



HAL
open science

Validation d'un référentiel de niveaux de compétence concernant le premier recours par des focus-groups d'internes du DES de Médecine Générale

Pauline Ridel

► To cite this version:

Pauline Ridel. Validation d'un référentiel de niveaux de compétence concernant le premier recours par des focus-groups d'internes du DES de Médecine Générale. Médecine humaine et pathologie. 2013. dumas-01157146

HAL Id: dumas-01157146

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01157146>

Submitted on 27 May 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 2013

N°72

THÈSE
POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT
DE
DOCTEUR EN MÉDECINE

Validation d'un référentiel de niveaux de compétence
concernant le premier recours
par des focus-groups d'internes du DES de Médecine Générale

Présentée et soutenue publiquement
le 13 juin 2013

Par

RIDEL, Pauline

Née le 15 août 1984 à Paris (12^e)

Dirigée par M. le Professeur GHASAROSSIAN, Christian

Jury :

M. Le Professeur GHASAROSSIAN, Christian (professeur associé) Président

Mme Le Professeur AUBIN-AUGER, Isabelle (professeur associé)

M. Le Professeur ATTALI, Claude (professeur titulaire)

M. Le Docteur SCHWARTZ, Jean-Claude (maître de conférence associé)



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

Remerciements

Monsieur le Professeur Christian Ghasarossian, Vous m'avez confié ce travail et m'avez soutenue tout au long de son élaboration. Vous me faites également l'honneur de présider cette thèse. Soyez assuré de mon respect et de ma gratitude.

Monsieur le Professeur Claude Attali, vous avez accepté de faire partie de mon jury et c'est pour moi un honneur de bénéficier de votre expertise.

Madame le Professeur Isabelle Aubin-Auger, vous avez grandement participé à cette thèse et je vous suis reconnaissante de votre disponibilité et de votre rigueur.

Monsieur le Docteur Jean-Claude Schwartz, merci d'avoir montré de l'intérêt pour mon travail et d'avoir accepté de le juger.

A ceux qui ont participé à ma formation et dont la rencontre a marqué ma pratique: Madame le Professeur Claire Lejeune, monsieur le Professeur Jean-Claude Viard, Monsieur le Professeur Jacques Blacher, Monsieur le Professeur Alain Eddi, l'équipe de réanimation de Longjumeau, Monsieur le Docteur Gilles Noussenbaum.

Aux médecins avec qui j'ai travaillé et qui m'ont transmis leur passion : les docteurs Elodie Taillandier, Anthony Mezière et Sébastien Krypaciak, le docteur Candice Meyzer et le docteur Jade Ghosn.

Au docteur Marion Casadevall, tu m'as appris à entretenir un esprit sain dans un corps

sain et tu m'inspires pour ma pratique.

A mes amies de toujours Lise, Rozina et Oriane.

A mes amies sur les bancs de la facs et pour longtemps encore : Del merci d'avoir toujours été là pour moi, Jeanne pour ton éternelle bonne humeur, Lulu que j'adore et Lya.

A mes co-internes, compagnons de galères qui ont partagé ces années inoubliables : Caro, Jeannot, Soiz' et Maëlle, Marine et Raphi, Chacha, Audrey, Aurore, Julie, Charlotte, Solenn, Marie et Marion.

A Élodie, ma co', précurseur de la médecine auto-testée... en souvenir de ces bons moments.

Aux internes qui ont travaillé avec moi sur ce sujet : Géraldine Chansel, Laure Perrot et Grégoire Dumont.

A mes frères, à ma mère et mon père pour leur soutien et leur amour pendant toutes ces années. Je vous dédie ce travail.

Enfin, tous mes remerciements à Guillaume, pour son aide et son soutien pendant ce travail, et pour l'amour qu'il m'a témoigné pendant toutes ces années, me permettant de me construire personnellement et comme médecin.

Table des matières

Remerciements	3
Introduction	9
1 La certification des compétences	13
1.1 Les exigences de la certification	13
1.1.1 Définition	13
1.1.2 Pourquoi une certification?	14
1.1.3 Cadre législatif	15
1.1.4 Maquette du DES de médecine générale	17
1.2 Les outils de l'évaluation des compétences	19
1.2.1 L'évolution de la définition des compétences	19
1.2.2 Synthèse de la mise en œuvre des compétences	22
1.2.3 Les niveaux de compétences	26
1.2.4 Élaborer des situations d'évaluation	27
1.3 Réflexion autour de la compétence premier recours	29
1.3.1 Généralités	29
1.3.2 Définition du premier recours	30
1.3.3 Particularités du médecin généraliste en premier recours	32
1.3.4 L'élaboration d'un référentiel des compétences en médecine générale	33
1.3.5 Compétences en premier recours attendues par le CNGE en fonction du niveau	38
1.3.6 Implications liées au concept de premier recours	41

Table des matières

2	Matériel et méthode	43
2.1	La méthode des focus-groups	43
2.1.1	Le choix de la recherche qualitative	43
2.1.2	Caractéristiques des focus-groups	45
2.1.3	Mise en œuvre d'un focus-group	46
2.1.4	Caractéristiques des focus-groups	49
2.2	Analyse des focus-groups	52
2.2.1	Introduction	52
2.2.2	Méthodologie de l'analyse des focus-groups	52
2.2.3	Mise en œuvre	54
3	Résultats	55
3.1	La notion de premier recours	55
3.1.1	Définir la notion de compétence en premier recours	55
3.1.2	Prendre en charge d'une situation fréquente ou urgente	57
3.1.3	Accueil de tout type de demande et hiérarchisation, organiser et planifier les soins	57
3.1.4	Nécessité de s'adapter au patient	58
3.1.5	Notion de geste technique	58
3.1.6	Aller au delà de la demande, prévention	59
3.2	Validité externe : schéma des compétences des focus-groups validant celles du CNGE	59
3.3	Niveau novice	59
3.3.1	Compétences et projet de formation	60
3.3.2	Accepte toutes les plaintes biomédicales	61
3.3.3	Repère les grandes urgences vitales	64
3.3.4	S'interroge sur sa capacité à faire face au champ d'activités possibles	65
3.3.5	Tableau comparatif des compétences au niveau novice	67
3.4	Niveau intermédiaire	67
3.4.1	Fait un lien entre la théorie et la pratique	67
3.4.2	Adhère au projet de formation, investissement personnel	69

3.4.3	Travaille avec d'autres intervenants	69
3.4.4	Accepte les particularités individuelles et de situation	70
3.4.5	Acquisition de hiérarchiser	73
3.4.6	Tableau comparatif des compétences au niveau intermédiaire	73
3.5	Niveau compétent	73
3.5.1	S'organise pour permettre l'émergence de plaintes	73
3.5.2	Fait des diagnostics de situation	75
3.5.3	Détecte les stades précoces des maladies	77
3.5.4	Autoformation	78
3.5.5	Semble plus à l'aise, confiance en soi	78
3.5.6	Tableau comparatif des compétences au niveau compétent	79
3.6	Autres compétences évoquées par les internes	79
3.7	Lacunes ressenties par les internes au terme de leur formation	81
3.7.1	Biomédical : Pathologies de médecine générale	81
3.7.2	Projection tardive dans la pratique	82
3.8	Moyens de formation évoqués	83
3.8.1	A l'hôpital	83
3.8.2	Pratique supervisée	83
3.8.3	Pratique seul	83
3.8.4	Autoformation	84
3.9	Autres données recueillies	84
3.10	Synthèse des résultats	85
4	Discussion	87
4.1	Validation des niveaux de compétences et indicateurs du CNGE	87
4.1.1	Validité externe	87
4.1.2	Explications des différences observées	90
4.2	Les limites de l'étude	90
4.2.1	Limites inhérentes à la technique des <i>focus-groups</i>	91
4.2.2	Limites dans l'analyse des données	93
4.2.3	Représentativité des résultats	94

Table des matières

4.3 Perspectives	95
4.4 Tableau récapitulatif des résultats	97
Conclusion	99
A Situations de soins types décrites dans le référentiel métier et compétences des médecins généralistes	101
B Situations de soins à forte prévalence décrites par le CNGE	103
C Loi Hôpital, Patient, Santé et Territoire: les missions du médecin généraliste	107
D Les caractéristiques de la discipline de la médecine générale - médecine de famille - Définition Européenne selon la WONCA - 2002	109
E Référentiel en soins primaires par Starfield	111
F Référentiel en soins primaires de MG Form	113
G Guide d'entretien des <i>focus groups</i>	115
H Retranscriptions des <i>focus-groups</i> et tables de codage	117
Références bibliographiques	122

Introduction

Dans une société où les exigences en matière de performance et de sécurité se font plus pressantes, les instances formatives doivent garantir le niveau de formation des médecins généralistes. En effet, de la compétence des médecins dépendent le niveau de performance du système de santé et la qualité de prise en charge des patients. Pour certifier les compétences, il faut les évaluer avec objectivité et transparence dans une démarche d'évaluation des pratiques professionnelles. Une certification permet la valorisation de la formation des spécialistes en médecine générale.

En 2004, le Ministère de l'Éducation Nationale a ajouté la médecine générale à la liste des spécialités médicales. La validation de la formation par un Diplôme d'Études Spécialisées pousse à s'assurer de l'efficacité de celle-ci. Les enseignants universitaires s'intéressent donc à la qualité de la formation en deuxième cycle. Déjà en 2001, un rapport de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) [1] évoque l'évaluation des compétences :

« En théorie, une évaluation objective de la capacité d'un étudiant à se comporter en médecin compétent devrait être une indication raisonnable de l'efficacité d'une faculté de médecine. »

Il pose un nouveau support pour garantir l'expertise des médecins formés. Les enseignants des différentes Unités de Formation Recherche ont pour mission de former des médecins généralistes compétents. La validation de l'acquisition des compétences a pour but final de certifier l'aptitude de l'étudiant à exercer la médecine générale. Bien que complexe, l'évaluation des compétences des futurs médecins généralistes est primordiale pour garantir la qualité de la formation dispensée.

Introduction

La démarche qui a été adoptée en médecine générale implique une évaluation réflexive dans laquelle l'étudiant doit donner la preuve, par la production de traces, des compétences acquises. Il va ainsi recueillir, tout au long de ses trois années de formation, les évaluations, traces d'apprentissage, validation de gestes, qui vont illustrer sa progression dans sa formation. Ce travail permet à l'interne d'évaluer les compétences qui lui font défaut et d'avoir une rétroaction en s'appliquant à acquérir ces compétences. L'interne apprend donc à compléter ses compétences dans une approche dynamique, qui lui sera indispensable dans sa pratique médicale.

Les compétences des médecins généralistes sont complexes à évaluer dans la mesure où elles impliquent l'identification de situations, l'utilisation de connaissances théoriques dans un contexte donné, la résolution efficace de problèmes. L'évaluation standardisée est donc impossible mais il est cependant primordial de proposer des critères sur lesquels juger le niveau de maîtrise de l'étudiant. Dans cette optique, le Collège National des Généralistes Enseignants (CNGE) s'est efforcé de développer un outil pratique d'évaluation des compétences. Ils ont commencé par définir les domaines de compétences suivants [2] :

- approche globale, prise en compte de la complexité
- relation, communication
- éducation, prévention
- continuité, coordination, suivi
- premiers recours, urgences
- professionnalisme.

Pour chaque domaine, ils se sont appliqués à définir au sein d'un référentiel les compétences nécessaires et à créer des indicateurs permettant de valider ces compétences. Ces indicateurs ont été définis à chaque niveau permettant de juger du niveau de maîtrise et de l'évolution. Avant de pouvoir utiliser ces outils, il faut s'assurer de l'adéquation entre les niveaux établis et ceux observés en pratique.

Nous avons choisi ici de développer la compétence en soins de premier recours et d'évaluer

la validité externe des compétences définies par les enseignants du CNGE. La technique des *focus-groups* a été sélectionnée et les données recueillies chez des étudiants en première, deuxième et troisième années de Diplôme d'Études Spécialisées (DES) des facultés Paris V et Paris VII. Un travail préparatoire reprenant les compétences évoquées par les internes dans les différents *focus-groups* a été conduit par M^{elle} Laure Perrot à Paris VII et par M. Grégoire Dumont à Paris V. M^{elle} Géraldine Chansel a proposé de comparer les résultats obtenus dans les deux universités et de dégager les différences observées. Le but de cette thèse est de comparer les compétences définies par les enseignants du CNGE avec celles observées chez les internes de différents niveaux (novice, intermédiaire et compétent). L'objectif final étant de conclure sur la validité des compétences et des indicateurs définis par le CNGE et de proposer des modifications ou des ajustements.

Je présenterai dans un premier temps les outils de certification et d'évaluation des compétences. Dans un deuxième temps, on décrira les matériels et méthodes de l'étude. La partie résultats présentera les résultats comparant les compétences observées à celles définies par le CNGE. La dernière partie proposera des éléments de discussion et de réflexion sur ce travail.

Chapitre 1

La certification des compétences

1.1 Les exigences de la certification

La certification est une exigence nouvelle qui répond à une demande sociétale et s'inscrit dans une politique d'évaluation des pratiques professionnelles. Je présenterai ici les raisons de l'émergence de cette notion et les différentes étapes qui ont abouti à l'évaluation des compétences telles qu'elles existent actuellement.

1.1.1 Définition

Dès 1995, le CNGE fait de l'évaluation de la compétence des Résidents le thème des rencontres nationales de Rennes. Entre 1999 et 2005, les procédures de certification sont le sujet de réflexion du CNGE. Dans l'Édito de la revue *Exercer* de 2005 [3], B. Gay souligne que la certification est « une démarche permettant d'attester du niveau de compétences acquis, que la recertification vient confirmer périodiquement ». Le concept d'Évaluation des Pratiques Professionnelles émerge et B. Gay y voit un excellent « indicateur de qualité de soin, non en terme de résultat mais de mise en œuvre de moyens et d'application des recommandations ».

Conscient de la nécessité d'une évaluation commune à tous les internes, le CNGE s'est

donné pour objectif de clarifier le concept de certification et de le faire connaître au sein de la communauté des enseignants de médecine générale en considérant la certification comme « une procédure indispensable à la qualité de l'enseignement universitaire et du médecin formé » [3]. Dès 2002 un groupe de travail du CNGE dirigé par C. Attali met en place le cadre de la certification, considérant qu'il s'agit d'une mission de responsabilité sociale. Avant de pouvoir envisager de certifier les internes en fin d'internat, il a fallu définir le modèle du professionnel que l'on souhaite certifier et en former les évaluateurs. Les enseignants du CNGE établissent un « cadre théorique pour étayer les orientations ». Ce cadre théorique pour la formation des internes s'appuie sur un courant socio-constructiviste reposant sur trois piliers [4] :

- une théorie de l'expertise qui décrit les compétences, les rôles et les caractéristiques professionnelles qu'il est souhaitable de susciter chez les étudiants;
- une théorie de l'apprentissage qui décrit les processus de construction de ces compétences par les étudiants;
- une théorie de l'enseignement et de l'évaluation qui prescrit les actions devant être prises par les étudiants.

Cette approche donne un cadre théorique à la formation et structure la démarche d'apprentissage.

1.1.2 Pourquoi une certification?

La formation des médecins a toujours été du ressort des universités. La société laissait à la profession médicale le soin de définir les modalités de son exercice. Les modifications de représentation des maladies, les associations de patients, l'approche plus consumériste, la diffusion de l'information médicale sont autant d'éléments qui ont modifié les attentes des différents partenaires. La certification est une « exigence sociale et un déficit pédagogique » [5]. Elle répond aux attentes de la société qui demande - de façon plus ou moins implicite - une garantie de compétence des médecins. Cette exigence peut se

comprendre à l'heure où l'autorisation d'exercer est délivrée par le Conseil de l'Ordre des Médecins sur présentation du diplôme d'État. En effet, par la suite, il n'y aura pas de vérification des connaissances. Devant les différents interlocuteurs, il apparaît évident que « la compétence du jeune médecin diplômé doit être définie par rapport à des fonctions reconnues et évaluées selon des règles transparentes avec un minimum d'homogénéité d'une faculté à l'autre. Il en va de la crédibilité de la profession toute entière » [6].

Certifier les compétences en médecine générale est donc un véritable enjeu ; il s'agit d'un processus nouveau, qui nécessite au préalable de disposer d'un référentiel métier, de s'assurer d'un programme de formation adapté, de créer les outils d'évaluation et de former des évaluateurs.

1.1.3 Cadre législatif

En ce qui concerne la législation nous retiendrons quelques moments clés permettant de comprendre l'évolution des études médicales. C'est avec la Révolution Française qu'apparaît la notion de diplôme des études médicales. Michel Foucault, en même temps de donner un monopole de l'exercice aux professionnels, évoque un contrôle par un diplôme [7].

« Quant aux études médicales ordinaires, elles devront être sanctionnées par un examen comportant une épreuve écrite, une autre orale, et des exercices d'anatomie, médecine opératoire et de médecine clinique tant interne qu'externe. Les critères de compétence une fois posés, on pourra faire le tri de ceux à qui on confiera sans danger la vie des citoyens ; la médecine deviendra alors une profession fermée. »

Cette définition entérine le principe d'une évaluation par ses pairs. Après une première évaluation de l'enseignement en 1988-89 et devant les conclusions sévères, la commission Lachaux recommande une réforme de l'internat. Cette réforme concerne à partir de 1997 tous les étudiants en médecine avec un troisième cycle d'une durée de deux ans

et demi comportant notamment un stage de 6 mois auprès de praticiens généralistes et d'une structure de soins primaires. Un an plus tard, le Comité National d'Évaluation suggère que les pouvoirs publics définissent les compétences attendues d'un médecin généraliste et que se poursuivent les efforts de structuration d'un troisième cycle orientés spécifiquement pour les médecins généralistes avec la création de modalités de validation, une formation aux sciences humaines et sociales ainsi qu'aux travaux de recherche clinique et épidémiologique. Dans le texte du Comité National d'Évaluation sur le troisième cycle [8], est évoquée pour la première fois la possibilité d'une certification finale.

Plusieurs rapports du Ministère de la Santé [9] mentionnent dès 1990 la nécessité d'une adaptation de la formation médicale des médecins généralistes reconnaissant ainsi l'évolution de ce métier. Les rôles de l'enseignement universitaire, du Conseil de l'Ordre ou encore de l'hôpital sont alors à préciser, voire à redéfinir. Dans le Code de Déontologie, article 32, le Conseil de l'Ordre vient appuyer ces nouvelles notions en soulignant que «Dès lors qu'il a accepté de répondre à une demande, le médecin s'engage à assurer personnellement au patient des soins consciencieux, dévoués et fondés sur les données acquises de la science, en faisant appel, s'il y a lieu, à l'aide de tiers compétents.» [10]. Le Conseil de l'Ordre reconnaît ainsi la nécessité d'une formation initiale et continue adaptée et de qualité.

La loi du 4 mars 2002 [11] introduit la notion de suspension d'exercice des professionnels devenus dangereux et insiste sur le rôle de l'Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé (ANAES) pour « participer à la mise en œuvre de l'évaluation des pratiques professionnelles ». En 2004 la réforme de l'Assurance Maladie exige une mise à jour des savoirs avec un regard sur les pratiques. Dans l'article 11, le Conseil de l'Ordre établit l'obligation de FMC [12]:

« Tout médecin doit entretenir et perfectionner ses connaissances ; il doit prendre toutes dispositions nécessaires pour participer à des actions de formation continue. Tout médecin participe à l'évaluation des pratiques professionnelles.» Un décret officialise la place de l'évaluation des pratiques [13] : « L'évaluation des pratiques professionnelles mentionnée à l'article L. 4133-1-1

a pour but l'amélioration continue de la qualité des soins et du service rendu aux patients par les professionnels de santé. Elle vise à promouvoir la qualité, la sécurité, l'efficacité et l'efficience des soins et de la prévention et plus généralement la santé publique, dans le respect des règles déontologiques. »

En 2005, A-M Magnier *et al.* décrivent les acteurs et événements qui ont contribué à l'élaboration d'une formation médicale de médecine générale [6]. Les associations de patients, conscientes de l'évolution de la représentation de la maladie et du rôle décisionnel du patient s'attachent à questionner les compétences des médecins. Les représentants des assurés (mutuelles, sécurité sociale, assurances privées) s'interrogent quant à eux sur l'organisation et l'accès aux soins, la maîtrise de l'évolution des dépenses de santé, la formation initiale et continue des médecins.

1.1.4 Maquette du DES de médecine générale

Le CNGE publie la maquette du DES en novembre 2012 [14]. Cette maquette met en parallèle les enseignements théoriques universitaires pratiques complétés par les stages pratiques hospitaliers et en cabinet (niveau 1 et Stage Ambulatoire en Soins Primaires en Autonomie Supervisée (SASPAS)). Ces formations doivent aboutir à l'acquisition de compétences encadrées par le tutorat. Au terme de cette formation, la délivrance du diplôme de troisième cycle d'études médicales valide l'acquisition des compétences.

La formation s'articule entre les stages pratiques et la formation théorique. Les stages hospitaliers représentent une grande partie de la formation pratique et l'un des rôles du tuteur et de la formation universitaire est de faire le lien avec la pratique en médecine générale. Les travaux demandés par les enseignants des facultés permettent d'exploiter les situations rencontrées en milieu hospitalier afin de les analyser dans une optique de prise en charge orientée médecine générale.

Le tutorat fait partie des outils mis en place dans une optique de Formation Médicale Continue (FMC). Ses missions sont : l'évaluation des connaissances, des compétences et le soutien-conseil aux internes. Les séances de tutorat ont lieu plusieurs fois par an, tout au long du DES de médecine générale. Elles ont différents objectifs : la

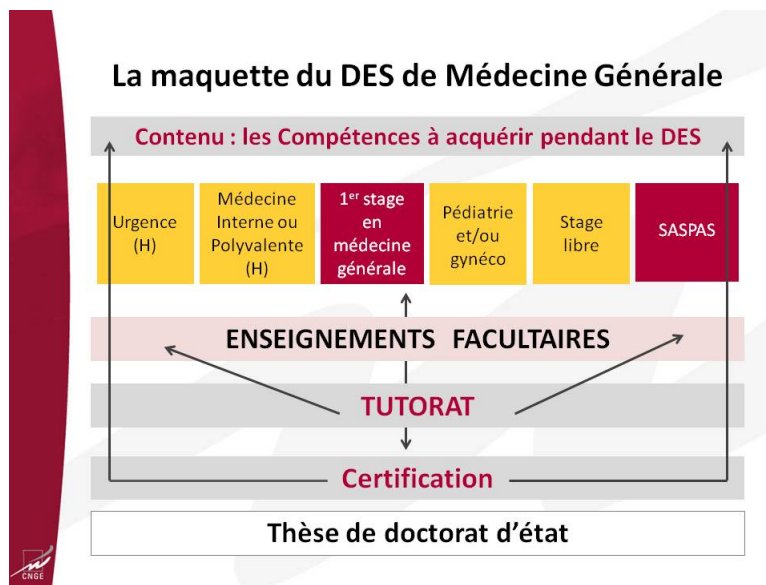


Figure 1.1: Maquette du DES de médecine générale

mise en place de la maquette du DES, l'établissement d'interactions productives entre tuteurs et tutorés, la réalisation de groupes d'échange de pratique, le développement de la pratique réflexive, l'apprentissage collaboratif via l'eportfolio, l'identification des problèmes, l'accompagnement des internes, la mise en place et l'évaluation des Récits de Situations Complexes Authentiques (RSCA). En définitive, les séances de tutorat ont pour objectif de certifier l'acquisition des compétences de manière exhaustive et performante. Pour Attali *et al.*, en matière de certification, d'autres témoins de l'acquisition dynamique des compétences devront également être produits par l'étudiant tout au long de son cursus : les traces d'apprentissage, les autres travaux et évaluations écrites jugées par l'étudiant comme les plus représentatives de ses capacités à assurer son rôle de médecin généraliste [15].

La certification est un processus final aussi bien pour l'étudiant (évaluation terminale des connaissances théoriques, pratiques et réactionnelles) que pour le corpus d'enseignants universitaires.

« Certifier qu'un médecin généraliste est un professionnel compétent, c'est juger qu'il possède des caractéristiques qui lui permettront de résoudre de façon appropriée la majorité des problèmes de santé auxquels il risque d'être

confronté dans le contexte de soins primaires ambulatoires » [4].

Si l'objectif reste clair, le chemin pour y parvenir est plus complexe et nécessite de travailler sur des outils d'évaluation adaptés. *In fine*, la certification aboutira à l'autorisation d'exercer.

1.2 Les outils de l'évaluation des compétences

Comme nous l'avons vu, pressés par la nécessité de proposer un cadre légal de la certification, les différentes structures de contrôle tardent à définir les compétences elles-mêmes, pourtant essentielles. La réflexion collégiale sur ces concepts doit aboutir à la construction d'outils d'évaluation.

1.2.1 L'évolution de la définition des compétences

En s'inspirant des travaux pédagogiques développés dans d'autres domaines, les enseignants de CNGE ont cherché à trouver le meilleur moyen d'évaluer les connaissances des internes.

Une approche par objectifs ou par compétences?

Historiquement, les écoles de médecine appuyaient leur formation sur le compagnonnage, c'est progressivement et sous la pression anglo-saxonne que s'est développée la notion d'évaluation. La première approche s'est faite par l'apprentissage par objectifs. Mager, dans son ouvrage sur les objectifs de l'enseignement [16] définit les objectifs comme devant décrire un ensemble de comportements observables dont il est postulé qu'ils attestent valablement les apprentissages maîtrisés par l'étudiant. L'approche par objectifs est centrée sur le savoir et le savoir faire. Si cette approche par objectifs a l'avantage de définir la finalité de la formation de façon rigoureuse, elle a soulevé de nombreuses réserves. La plus limitante d'entre elles est le morcellement du savoir par la spécialisation

des objectifs et conduit à une vision restreinte de la pratique. À cette approche est progressivement préférée l'approche par compétence.

Évolution de la terminologie

Pour appréhender la question de l'évaluation dans une approche par compétences, on voit apparaître une nouvelle terminologie. Elle illustre les modifications profondes et marque une nouvelle approche de l'évaluation. En 1969, Bloom [17] introduit la notion d'habileté. Une habileté selon Bloom *et al.* est la capacité de réorganiser l'information. Si la connaissance reste très théorique, la notion d'habileté introduit un autre niveau d'appréhension du savoir. Les habiletés peuvent être évaluées à travers des situations qui sollicitent différents degrés d'utilisation des connaissances. Ces situations mettent en jeu l'application immédiate d'une connaissance ou nécessitent une recherche approfondie dans le répertoire cognitif. En effet, la connaissance est une sollicitation directe d'information, l'habileté implique de se demander quelles connaissances utiliser.

D'Hainaut en 1977 rajoute la notion de mobilisation [18] qu'il définit comme une activité consistant à extraire du répertoire cognitif une ou plusieurs informations. La même idée de mobilisation du savoir est reprise quand Rogiers reprend le terme d'habileté. Une situation d'habileté selon Rogiers [19] mobilise les savoir-faire cognitifs, gestuels et socio cognitifs (savoir-être et savoir-devenir). Anderson [20] et Tardif [21] définissent les connaissances déclaratives comme un savoir théorique, procédural et conditionnel. B. Noel [22] en 1997 ajoute les niveaux de métacognition. Ces trois niveaux sont : la conscience que le sujet a de ses activités cognitives, le jugement qu'il porte sur ses activités, et la décision de modifier ses activités. Avec Noel, on voit théoriser les prémices de l'analyse réflexive.

Scallon [23] pour définir les compétences commence par décrire « ce que ce n'est pas » en décrivant l'apprentissage par objectifs :

« Ce n'est pas une performance : celle-ci est l'expression d'une compétence.

Ce n'est pas une capacité abstraite isolée de tout contexte : elle ne peut pas

1.2. Les outils de l'évaluation des compétences

s'exercer « à vide ». Ce n'est pas un corpus de connaissance ou de savoir-faire : elle implique l'utilisation de ces savoirs mais dans des modalités plus exigeantes que pour une habileté (appliquer de façon routinière des principes ou des règles dans des situations familières). Ce n'est pas un objectif même si cela peut correspondre à des intentions de formation.»

Scallon propose alors la définition suivante [23] :

« La compétence se définit comme un savoir-faire ou comme la capacité de mobiliser des savoirs, savoir-être et savoir-faire ou d'autres ressources.»

Perrenoud ajoute [24] :

« Le professionnel réfléchit avant, pendant et après l'action et au cours de sa réflexion il mobilise des représentations et des savoirs de sources diverses. Sans cette capacité de mobilisation et d'actualisation des savoirs, il n'y a pas de compétences mais seulement des connaissances.»

Pour Le Boterf [25] aussi les compétences ne prennent sens que dans leur contexte :

« La compétence est différente d'une liste de connaissances ou de savoir-faire mais procède de la mise en œuvre des connaissances.»

La définition de Roegiers [19] est également contextualisée, et sous-tend des processus internalisés :

« La compétence est la possibilité, pour un individu, de mobiliser de manière intériorisée un ensemble de ressources en vue de résoudre une famille de situations problèmes.»

En 2006, Tardif [26] définit la compétence comme :

Chapitre 1. La certification des compétences

« Un savoir agir complexe fondé sur la mobilisation et la combinaison efficaces d'une variété de ressources internes et externes à l'intérieur d'un ensemble de situations données. »

M-F Legendre de la Faculté des Sciences de l'éducation de l'Université de Montréal [27] insiste sur le concept très voisin de « savoir-agir » qui « [...] suppose, dans la poursuite d'un objectif clairement identifié, une appropriation et une utilisation intentionnelles de contenus notionnels et d'habiletés tant intellectuelles que sociales. » L'apprentissage par compétence valorise donc la capacité à intégrer des connaissances au cours d'expériences professionnelles et la capacité à mobiliser ce savoir dans un contexte particulier, en opposition avec la vision plus linéaire de liste de savoirs à valider dans l'approche par objectif. Le groupe du Centre de pédagogie appliquée aux sciences de la santé (CPASS) de l'Université de Montréal donne les points clés de la formation par compétences d'un point de vue pédagogique. Ils insistent sur [28] :

- l'importance des stratégies cognitives et méta-cognitives et l'activité réflexive des étudiants;
- le continuum d'apprentissage et de construction progressive des compétences;
- l'évaluation (dont autoévaluation) comme moyen d'apprentissage;
- les contextes d'apprentissage-évaluation (tâches intégratrices) près de la réalité de la pratique et choisis en fonction des compétences visées et du niveau de compétence attendu.

1.2.2 Synthèse de la mise en œuvre des compétences

Dans l'approche constructiviste, un ensemble de savoirs est mis en œuvre pour résoudre une situation-problème rencontrée. La compétence requière donc de mobiliser des ressources dans un contexte donné. Ces ressources peuvent être internes: ce sont les connaissances, les savoir-faire et les aptitudes personnelles; ou externes. Au sein des ressources internes, les connaissances regroupent les savoirs généraux (sémiologie clinique,

1.2. Les outils de l'évaluation des compétences

concepts de la discipline) et les savoirs procéduraux (lois et réglementations générales et spécifiques, recommandations thérapeutiques, démarches diagnostiques..). Le savoir-faire est la capacité à mettre en œuvre une habileté gestuelle ou conceptuelle et les savoirs nécessaires afin de mener à bien une activité. On distingue les savoir-faire opérationnels: maîtrise des procédures de soins et d'organisation, réalisation de gestes techniques, les savoir-faire relationnels : savoir se comporter face au patient, et son entourage et avec ses collaborateurs, les savoir-faire cognitifs : analyse de situation, et résolution de problèmes. Le Boterf ajoute les qualités propres de l'individu, ses aptitudes personnelles qui sont plus ou moins développées au cours de la formation. Les ressources externes peuvent être documentaires (protocoles, logiciels, aides automatisées, banques de données) ou mobiliser des réseaux (collègues, avis d'experts, correspondants) et font appel à la formation continue comme veille externe.

La Fig. 1.2 résume les savoirs mis en œuvre dans une compétence.

Le CNGE retient la définition suivante de la compétence :

« C'est un savoir-agir complexe, en lien avec le contexte d'apprentissage ou d'exercice, qui intègre plusieurs connaissances et qui permet à travers une famille de situations, non seulement l'identification de problèmes, mais également leur résolution par une action efficace et adaptée à un moment donné. Il ne s'agit en aucun cas d'un processus standardisé ou stéréotypé. Évaluer une compétence est un exercice difficile qui doit s'attacher à juger autant le résultat de l'action, c'est à dire la performance accomplie, que le processus dynamique qui sous-tend l'action, c'est à dire le raisonnement et les arguments. Différents outils d'évaluation utilisés à différents moments sont nécessaires.»

La compétence est donc définie dans une approche contextuelle où l'interne va apprendre à mobiliser ses savoirs en fonction des situations rencontrées. Le CNGE se propose donc d'évaluer ces compétences et développe les outils adaptés. Comme les définitions le sous-tendent, la formation par compétence est un processus dynamique qui suppose une

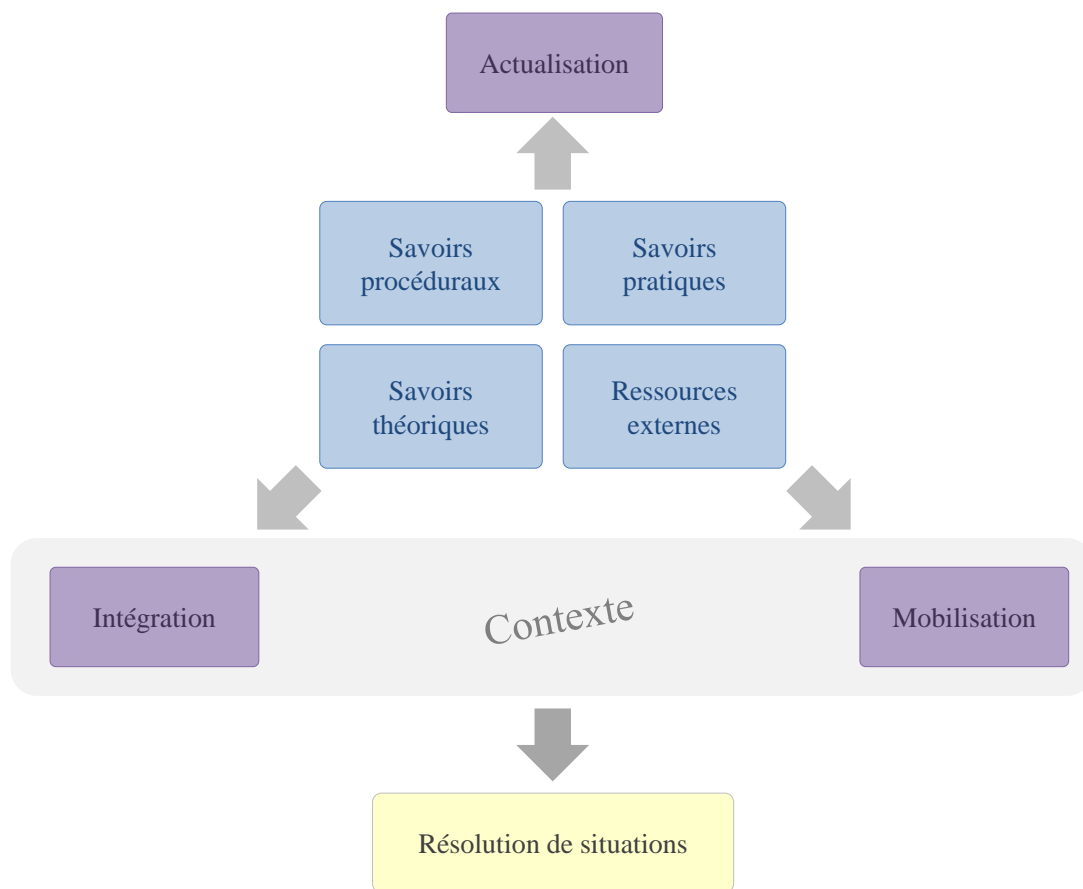


Figure 1.2: Synthèse de la dynamique des compétences

analyse réflexive de sa pratique. L'étudiant apprend à acquérir des compétences ce qui lui permet une évolution. Pour permettre ce processus réflexif, l'étudiant doit apporter la preuve de sa compétence. Son évolution va se faire vers une capacité à appréhender des situations de plus en plus complexes, avec des enjeux plus importants, en gagnant en autonomie et une capacité à démontrer ses connaissances accrues.

Une nouvelle approche de l'évaluation

Les tests standardisés sont des appréciations ponctuelles, objectives mais dont les situations sont souvent éloignées de la réalité. L'absence de justification des réponses laisse place au hasard. Scarr en 1981 [29] initie un renouveau en matière de théorisation de l'éducation en présentant l'aspect multidimensionnel de l'apprentissage : motivation,

1.2. Les outils de l'évaluation des compétences

engagement et investissement. Ce renouveau conduit au développement de nouvelles façons d'évaluer, avec l'émergence d'un modèle de mesure qui s'appuie sur la notion de standard appelé seuil de réussite. La notion d' « *assessment* » définie par Forcier [30] caractérise l'observation pour poser un jugement. L'*assessment* implique une interactivité, on témoigne des manifestations d'une performance. Il s'inscrit dans une démarche visant à conduire à un jugement éclairé et circonstancié d'un ensemble d'habiletés et de compétences. La modernisation de l'évaluation des apprentissages soutenue par Scallon correspond au renouveau des concepts en opposition avec l'évaluation standardisée exempte de toute subjectivité. Pour avoir une appréciation authentique, il faut mettre au point de nouveaux procédés d'appréciation de la performance. Selon Scallon [23] :

« L'enjeu est donc double lorsqu'on veut inférer une ou des compétences : il faut d'abord concevoir des situations complexes dans lesquelles on placera les élèves pour qu'ils puissent démontrer ce dont ils sont capables ; il faut ensuite élaborer des outils de jugement permettant d'intégrer en un tout cohérent divers indices observés au cours ou au terme de la progression des élèves. »

L'évaluation permet de dégager un jugement d'ensemble qui n'est pas seulement une somme de composantes, mais établit également un profil de progression.

L'intégration de l'évaluation à l'apprentissage

La définition de la compétence est liée à des préoccupations de formation. La fonction formative de l'évaluation selon M-F Legendre [27] tend, dans des situations authentiques, à vérifier les capacités, les compétences et apporter des mesures correctives (*feed-back*). Dans cette perspective, l'auto-correction responsabilise l'élève; le portfolio engage l'élève dans la gestion, la vérification et la régulation des apprentissages. Le portfolio peut s'intégrer dans l'évaluation des apprentissages d'un élève. Cet outil correspond selon la Northwest Evaluation Association à [31] :

« Un assemblage finalisé (*purposeful collection*) des travaux de l'élève qui démontre ses efforts, ses progrès et ses acquisitions dans un ou plusieurs

domaines. Il implique la participation de l'étudiant à la sélection des contenus, à la définition des critères de sélection et d'appréciation des travaux, ainsi que des manifestations d'auto-réflexion (*self-reflection*) de la part de l'étudiant.»

Scallon propose une méthodologie de l'évaluation [23]. Il propose d'évaluer des « situations de performance, authentiques ou réalistes », il met au centre du processus formatif « l'interactivité entre l'observateur et l'examiné », « l'intégration de l'évaluation à l'apprentissage » et la « participation de l'élève et autoévaluation ». Par ailleurs, il insiste sur le « caractère multidimensionnel de l'apprentissage ». Les objectifs de l'apprentissage sont la connaissance, les habiletés diverses et complexes. Il existe diverses situations d'apprentissage : les situations de répétition ou les situations de généralisation. En vue d'une évaluation, il propose différentes procédures de collecte d'information : l'autodescription (*self report* ou questionnaire), le test d'observation directe (test de situation), le portfolio ou dossier d'apprentissage (engager les élèves, retour réflexif, démarche d'autoévaluation, apporter des preuves). Il s'agit de trouver des démarches d'évaluation permettant de révéler les compétences. Il faut donc concevoir des situations complexes dans lesquelles on placera l'élève pour qu'il puisse démontrer ce dont il est capable. Les enseignants se sont donc attachés à concevoir des outils de jugement permettant d'intégrer en un tout cohérent divers indices observés au cours de la progression des élèves.

1.2.3 Les niveaux de compétences

Afin de marquer les étapes du développement, on définit des niveaux de compétences pour permettre l'évaluation. Ils permettent à l'étudiant et à l'évaluateur d'identifier les obstacles à l'acquisition d'une compétence au moyen d'indicateurs afin d'adopter une stratégie d'apprentissage-évaluation autour de cette compétence. Selon Andler [32], l'apprentissage se fait en cinq phases : le novice applique les règles sans recourir à l'expérience sans s'adapter au contexte, le débutant avancé utilise les situations rencontrées pour appliquer les règles apprises dans un environnement précis. Il ne se sent pas responsable du résultat de ses actes puisqu'il le considère comme le résultat

1.2. Les outils de l'évaluation des compétences

d'une spécification de ces règles. Au niveau compétent, l'exécutant structure sa situation autour d'un but lui permettant d'être plus efficient. Il s'engage émotionnellement car il se sent responsable du résultat de son choix. Le stade de maîtrise accomplit sans effort conscient la phase d'analyse tout en menant une démarche de réflexion. Enfin, le stade ultime, l'expertise se libère des règles et agit de manière intuitive sans recours à la réflexion. L'évolution des compétences en médecine générale est portée par différents ensembles. Les cours magistraux tiennent une place considérable au niveau novice. L'autoformation est présente pendant toute sa formation. La supervision prend des intensités différentes avec un besoin de supervision directe initialement qui va mener à une supervision indirecte jusqu'à une prise d'autonomie complète. L'étudiant va au stade compétent utiliser son expérience personnelle et solliciter de moins en moins l'avis du sénior. L'étudiant doit faire la preuve de ses rétroactions en produisant des traces qui sont présentées dans un portfolio sous forme de « résultats de tests formatifs, exposés, travaux, projets réalisés, histoires de cas, vidéos de pratique, etc... ». Les processus impliqués dans l'évolution des compétences sont résumés dans la fig.1.3.

1.2.4 Élaborer des situations d'évaluation

Dans « Évaluer des Compétences » [33], Gérard définit l'évaluation comme un « recueil d'informations qui permettent de déterminer le niveau d'acquisition de l'élève ». Ce guide invite à pratiquer aussi une interprétation critériée, c'est-à-dire à apprécier la performance d'un élève par rapport à un niveau de maîtrise d'une compétence ou d'un ensemble d'objectifs, à l'aide de critères, indépendamment de la performance des autres élèves. Il insiste sur la place de l'évaluation dans l'apprentissage. Gérard définit les principes fondamentaux de l'enseignement qui servent de modèle pour l'élaboration de situations complexes d'évaluation de compétence.

Il définit différents critères permettant d'élaborer une épreuve d'évaluation :

- définir les objectifs de l'évaluation et la démarche à adopter;
- déterminer avec précision, pour une discipline et un niveau, la compétence (ou le

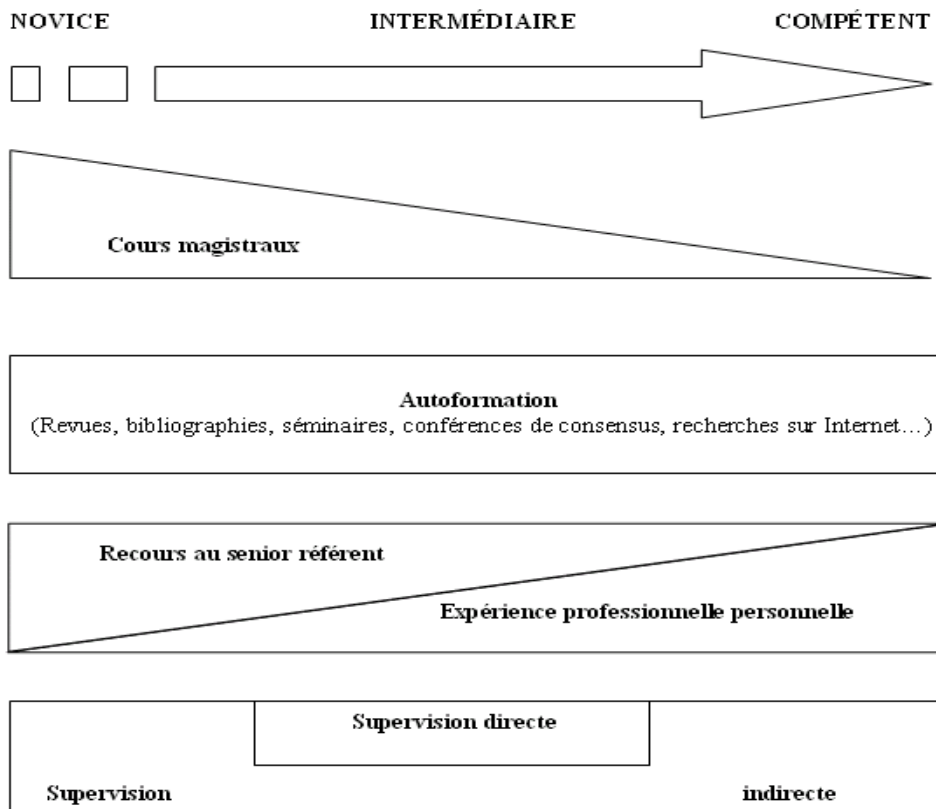


Figure 1.3: Processus d'évolution des compétences par G. Chansel

palier de compétence) que l'on va évaluer à partir de la situation;

- élaborer une situation d'intégration qui correspond à la compétence;
- s'assurer que les paramètres de la situation correspondent à ceux de la famille de situations d'évaluation prévues pour la compétence;
- vérifier si la situation mobilise des ressources adéquates à la compétence et préalablement apprises;
- recourir aux critères d'évaluation de la compétence, faire en sorte que l'épreuve permette de les évaluer au moins trois fois de manière indépendante et déterminer les indicateurs qui conviennent;
- s'assurer que la situation d'évaluation en a bien toutes les caractéristiques.

1.3. Réflexion autour de la compétence premier recours

On appelle « famille de situation » l'ensemble des évaluations qui permettent d'apprécier la maîtrise d'une compétence particulière. Idéalement, une situation évalue différentes compétences de façon indépendante. Tout comme il est nécessaire de créer des critères pour évaluer une compétence, il est nécessaire d'avoir des indices permettant de juger si le critère est maîtrisé.

Les évaluateurs doivent se positionner dans des situations variées et à différents stades de la formation. Les maîtres de stage hospitaliers et extra-hospitaliers, les enseignants et les tuteurs sont donc impliqués, assurant une complémentarité dans le recueil de situations. Les moyens utilisés sont la supervision avec ou sans observation directe, la rétroaction, les entretiens, les groupes de pairs et d'échanges de pratiques. Les outils aussi doivent être variés: analyse de cas cliniques, portfolio, audit de dossiers médicaux, révisions de dossiers, traces de présentation de dossier, participation aux staffs hospitaliers et projets personnels.

Le référentiel métier et compétences des médecins généralistes présente seize situations pratiques qui, si elles sont gérées avec pertinence permettent d'évaluer le niveau de maîtrise de compétences (cf Annexe A).

Le CNGE [15] évoque d'autres situations cliniques à forte prévalence qui doivent être rapportées dans le portfolio (cf Annexe B).

1.3 Réflexion autour de la compétence premier recours

1.3.1 Généralités

La notion de « soins de santé primaires » a été définie dans une optique de justice sociale. En 1978 à la conférence d'Alma-Ata sont introduites les notions de droit et d'accessibilité aux soins [34]. L'OMS y garantit l'universalité de l'accès aux soins et un droit à la santé, cette ambition est réaffirmée en 2008. En France, la loi HPST de 2009 garantit l'accès de tous à des soins de qualité et définit les soins de premiers recours (cf Annexe C). Ces soins recouvrent les champs de la prévention, du dépistage, de prise en charge des symptômes

courants, le suivi de pathologies chroniques, la continuité et la permanence des soins. La notion de soins primaires (*primary care*) est utilisée pour définir les missions assurées par les professionnels des soins ambulatoires. A l'inverse, les soins de deuxième recours concernent « une demande de diagnostic, d'orientation ou de traitements pour déterminer la prise en charge et le suivi les plus adaptés ». Cette prise en charge multidisciplinaire est coordonnée par le médecin généraliste.

1.3.2 Définition du premier recours

Le CNGE a repris le travail de la WONCA sur la définition des soins primaires (cf Annexe D) [35] pour définir les différentes fonctions du médecin généraliste : la compétence en soins de premier recours, la prise en charge globale, la coordination des soins, la continuité, le suivi et la dimension santé publique. La compétence en soins de premier recours caractérise la prise en charge globale d'une situation aiguë ou d'une urgence vitale. Elle a été définie par le Collège des Enseignants comme [2] :

« La capacité à prendre en charge des problèmes de santé, non sélectionnés, programmés ou non, selon les données actuelles de la science adaptés au contexte et aux possibilités du patient, quelque soit l'âge, le sexe, ou toutes autres caractéristiques de la personne concernée, en s'organisant pour une accessibilité complète (proximité, disponibilité, coût) aux usagers.»

Le groupe d'experts identifie plusieurs concepts dans cette définition. Dans un premier lieu le caractère fréquent : « gérer les situations les plus fréquentes (aiguës, chroniques, femmes et enfants) », ensuite, la notion d'urgence « intervenir si nécessaire dans l'urgence ou dans les situations non programmées ». Enfin, ils ajoutent les notions de hiérarchisation et celle de réalisation de gestes courants : « hiérarchiser les demandes, les plaintes et les pathologies multiples, aiguës ou chroniques chez le même patient. Exécuter avec sécurité les gestes les plus fréquents dans le contexte du premier recours ».

1.3. Réflexion autour de la compétence premier recours

La compétence en soins de premier recours nécessite l'analyse de la plainte du patient, l'identification des problèmes posés et l'élaboration d'une réponse adaptée à la situation. La compétence concernant le suivi suppose la tenue du dossier médical et répond à la nécessité de continuité des soins. La coordination des soins met en jeu la compétence organisationnelle à travers la mise en jeu de réseau, la mobilisation d'autres acteurs de santé dans des situations de soin complexes. La dimension de santé publique regroupe l'identification de situations à risque, la mise en œuvre des actions de dépistage et de prévention qui s'intègrent dans une vision collective de la santé. L'autre domaine de compétence est celui de la prise en charge globale qui tient compte de la personne dans son contexte social, religieux et économique. Ces différentes fonctions s'articulent autour de facultés relationnelles qui permettent une approche centrée sur le patient, en faisant appel à l'empathie, l'écoute et en s'adaptant au patient. Dans le référentiel métiers et compétences, le CNGE définit les 6 compétences principales en médecine générale [2], résumées dans la figure 1.4 .

La fonction de prise en charge en premier recours implique plusieurs caractéristiques. Le médecin généraliste s'appuie sur la démarche clinique. Celle-ci implique une prise en charge de premier recours de situations urgentes ou non programmées. Elle requière l'exécution de gestes techniques. Pour les appréhender, le praticien doit tenir compte de la prévalence et gérer l'incertitude.

La deuxième fonction est celle de coordination et de continuité des soins et de suivi.

La fonction de prévention (individuelle et communautaire) repose sur l'éducation en santé et le dépistage.

Ces fonctions s'effectuent dans une approche globale, centrée patient. Elle tient compte de la complexité et requière des compétences de communication et relationnelles.

Ces fonctions nécessitent du professionnalisme. Elles sont déterminées par un cadre réglementaire et éthique, s'appuient sur l'actualisation des connaissances et nécessitent une gestion de l'entreprise.

La notion de premier recours concerne donc des soins assurés par une équipe de proximité, garantissant un délai de réponse bref et une continuité des soins pour des soins non programmés ou un suivi de maladies chroniques programmé. Ces interlocuteurs

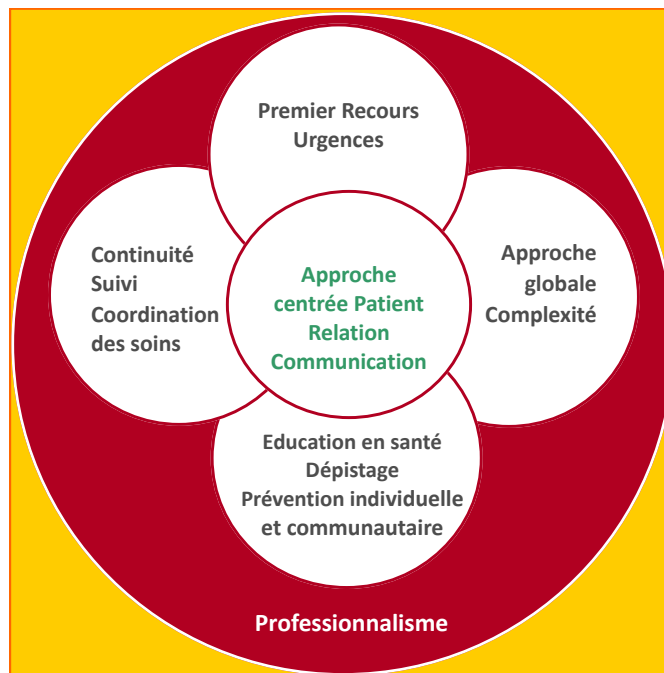


Figure 1.4: Marguerite des compétences du CNGE d'après C. Attali, P. Bail, groupe « niveaux de compétences » du CNGE.

sont l'infirmier, le pharmacien, le chirurgien dentiste, le masseur-kinésithérapeute, la sage-femme, l'orthophoniste, l'orthoptiste et le pédicure-podologue. De nombreuses structures ou dispositifs viennent soutenir ces acteurs dans leur mission (imagerie, biologie, exploration, avis d'experts, structures médico-sociales...).

1.3.3 Particularités du médecin généraliste en premier recours

La pratique en médecine générale présente des caractéristiques propres qui combinent des dimensions scientifique, comportementale et contextuelle. Dans sa pratique, le médecin généraliste rencontre différentes situations de soins et développe par conséquent différentes fonctions. Les spécificités de la discipline de médecine générale sont liées à la place qu'il occupe dans le système de soins. En effet, sa position de premier recours le place comme acteur privilégié dans la coordination des soins. Dans certains systèmes de santé, ce rôle est poussé à l'extrême puisque le généraliste devient le « *gate-keeper* », passage obligé pour accéder aux soins dispensés par les spécialistes. Dans cette approche multidisciplinaire, il reste celui qui assure une continuité et un suivi en gardant une

1.3. Réflexion autour de la compétence premier recours

approche globale.

Son approche est également spécifique puisqu'elle est centrée sur la clinique. En effet, il pourra dans de nombreux cas porter des diagnostics sans réaliser d'examens complémentaires. La prise en charge en deuxième et troisième recours s'appuie d'avantage sur des explorations biologiques et d'imagerie, par exemple pour les bilans de maladies inflammatoires ou systémiques.

On pourra également noter que le médecin généraliste rencontre certaines maladies à des stades précoces et que la présentation n'est pas toujours caractéristique. Les symptômes isolés ne sont pas toujours intégrés dans un tableau complet qui permettra de porter un diagnostic. Cette différence est notable puisque les patients rencontrés dans les services spécialisés présentent souvent des tableaux florides.

La médecine générale nécessite des capacités relationnelles et l'adaptation au contexte familial, culturel et religieux. Du fait de la place qu'il occupe, le médecin généraliste doit prendre en compte la prévalence dans le processus décisionnel.

On pourra ajouter à ces fonctions celle d'acteur de promotion de la santé, ou encore le rôle social.

1.3.4 L'élaboration d'un référentiel des compétences en médecine générale

Ces compétences génériques doivent être définies au sein d'un référentiel métier : un document de travail commun, outil d'apprentissage, d'évaluation et d'échange. Plusieurs collègues ont proposé leur version du référentiel dans le but de définir le champ de pratique, proposer des objectifs communs, et homogénéiser la formation des internes. En 1994, Starfield [36] évoque les différents aspects d'une approche en soins primaires. Il décrit les différents aspects qui illustrent les missions de médecine générale (cf Annexe E).

En 1999, MG Form propose un référentiel de compétences à l'usage des médecins généralistes (cf Annexe F). Chaque compétence est décrite autour de savoirs généraux, de savoirs procéduraux, de savoir-faire opérationnels, relationnels et cognitifs et de ressources extérieures. On retrouve de nombreux items communs au référentiel précédent comme la

Chapitre 1. La certification des compétences

gestion du cabinet ou encore des contraintes matérielles.

En 2005, le Collège de Basse Normandie des Généralistes enseignants sous la présidence du M. Samuelson propose un outil qui décrit les compétences du médecin généraliste dans une approche pratique. A l'issue de cette analyse dynamique, le CBNGE définit les principales attributions du médecin généraliste et les organise comme suit :

- organisation des consultations au cabinet et au domicile (organise et gère la consultation, pratique une consultation de premier recours, décide et coordonne des prestations sanitaires et sociales, assure la continuité des soins);
- est acteur de santé publique (prévention, dépistage, démarche épidémiologique, optimisation des dépenses de santé, organisation du système de santé);
- gère le cabinet comme une entreprise médicale (dossiers, gestion économique, management);
- se forme et se tient informé;
- contribue à la formation (de son personnel, des étudiants, de ses pairs);
- contribue à la recherche professionnelle.

Dans ce référentiel sont intégrées l'aptitude à transmettre le savoir et la capacité de recherche.

La faculté de médecine Paris Descartes met à disposition des étudiants un référentiel de compétences transversales pour rendre compte de l'évolution dans l'acquisition des compétences. Au sein de l'eportfolio, cette interface permet à l'étudiant de rapporter les situations illustrant les difficultés rencontrées et les compétences acquises. L'interne doit définir le problème rencontré et joindre un travail personnel illustrant la compétence. Onze compétences sont ainsi décrites.

1.3. Réflexion autour de la compétence premier recours

Prendre en charge un problème de santé en soins de premier recours

- 1- Recueillir et analyser les demandes du sujet et/ou de son entourage.
- 2- Synthétiser les données recueillies à l'examen pour faire un diagnostic de situation.
- 3- Élaborer une prise en charge globale adaptée au sujet et au contexte.
- 4- La proposer et l'expliquer au sujet.
- 5- Prendre une décision partagée notamment au plan thérapeutique.

Communiquer de façon appropriée avec le sujet et/ou son entourage.

- 1- Manifester une écoute active et empathique.
- 2- Savoir utiliser les techniques de communication verbales et non verbales.
- 3- Adapter son discours aux possibilités de compréhension du sujet.
- 4- Tenir compte de ses émotions et de celles du sujet.
- 5- Tenir compte du code de déontologie : information du sujet, secret médical.
- 6- Tenir compte des principes éthiques : principe d'autonomie, respect, humanisme.

Prendre une décision adaptée en situation d'urgence (potentielle/vraie)

- 1- Connaître l'organisation de la permanence des soins et des urgences.
- 2- Gérer les situations d'urgences les plus fréquentes et les plus graves en soins de première ligne.
- 3- Constituer et maintenir une trousse d'urgence adaptée à son lieu d'exercice.
- 4- Gérer un appel d'urgence d'un de ses sujets ou en garde.

Éduquer le sujet à la gestion de sa santé et de sa maladie

Chapitre 1. La certification des compétences

- 1- Établir un diagnostic éducatif.
- 2- Proposer un projet de soins impliquant le sujet.
- 3- Motiver et accompagner le sujet dans sa démarche.

Travailler en équipe au sein du système de santé

- 1- Coordonner la prise en charge autour du sujet.
- 2- Connaître les réseaux et les filières de soins.
- 3- Organiser la prise en charge des sujets dans des réseaux ou filières de soins adaptés.

Assurer la continuité des soins pour tous les sujets

- 1- Collaborer avec le système de la permanence des soins (nuits, jours fériés, week-end).
- 2- Collaborer avec les partenaires médico-sociaux.
- 3- Organiser l'hospitalisation et le retour à domicile.
- 4- Organiser ses absences (vacances, formations, activités hors cabinet...).

Prendre des décisions fondées sur les données actuelles de la science, adaptée aux besoins et au contexte

- 1- Fonder son raisonnement et sa synthèse sur les données actuelles de la science.
- 2- Tenir compte de la prévalence et de l'incidence des pathologies en premier recours.
- 3- Prendre en compte le fonctionnement du système de soins, les moyens disponibles et l'ensemble de l'environnement.
- 4- Négocier avec le sujet pour aboutir à une prise en charge acceptable et acceptée.

Entreprendre et participer à des actions de santé publique

1.3. Réflexion autour de la compétence premier recours

- 1- Repérer les sujets cibles de ces actions dans son activité.
- 2- Identifier les comportements à risque et mettre en route des actions de prévention.
- 3- Gérer et exploiter les données du dossier médical du sujet.

Se préparer à l'exercice professionnel

- 1- Gérer les ressources humaines.
- 2- Connaître les obligations comptables et fiscales.
- 3- Gérer les outils de travail : dossier médical, informatique, matériels. . . .
- 4- Organiser son temps de travail.
- 5- Adapter le lieu et les conditions d'exercice aux nécessités du système dans une démarche qualité : Exercice en commun, hygiène, maintenance.

Actualiser et développer ses compétences

- 1- Adopter une attitude critique sur ses savoirs.
- 2- Maintenir et améliorer ses compétences par une formation continue validée.
- 3- Évaluer ses pratiques.

Exécuter avec sécurité les gestes techniques les plus fréquents en soins de première ligne

- 1- Pratiquer des actes de prévention et de dépistage.
- 2- Pratiquer des actes diagnostiques et thérapeutiques.
- 3- Entretenir ses habiletés sur les actes pratiqués.

Le CNGE propose un référentiel de compétences qui vise à définir les différents champs professionnels à évaluer.

1.3.5 Compétences en premier recours attendues par le CNGE en fonction du niveau

Le référentiel que nous avons utilisé est celui élaboré par le CNGE. Il présente les compétences attendues aux niveaux novice, intermédiaire et compétent concernant la compétence premier recours. Ces compétences sont développées et décrites. Pour illustrer l'acquisition de ces compétences, les enseignants ont établi des indicateurs qui attestent de l'acquisition de la compétence.

Niveau Novice

C'est le niveau attendu à l'entrée du DES jusqu'au stage de niveau 1.

- accepte toutes les plaintes qui lui sont faites, en particulier du champ biomédical. On attend qu'il ait tendance à faire face aux demandes et plaintes du patient en sélectionnant prioritairement celles du champ biomédical, qu'il crée en cas de première fois le dossier médical ou lors du suivi le mette à jour (cf. Continuité et suivi) On attend qu'en cas de doute, il ait tendance à multiplier les examens complémentaires, On attend qu'il ait tendance à s'appuyer sur l'avis de tiers. On attend qu'il ait du mal à hiérarchiser. Qu'il essaye de répondre à toutes les plaintes biomédicales sur une même consultation, qu'il développe une démarche centrée maladie à partir de ces plaintes. On attend qu'il délègue ou ignore les plaintes de nature psychosociales.
- évoque et identifie les grandes urgences vitales et sait prévenir les structures d'urgences pour les adresser dans les services adéquats. On attend qu'il diagnostique les urgences vitales. On attend qu'il réalise un certain nombre de gestes d'urgence enseignés dans le deuxième cycle (« secouriste »). On attend qu'il ait tendance à évoquer volontiers les maladies les plus graves sans tenir compte des prévalences dans le contexte de soins.
- prend conscience de l'amplitude du champ d'activités possibles en exercice am-

1.3. Réflexion autour de la compétence premier recours

bulatoire et s'interroge sur ses capacités à y faire face. On attend qu'il mesure que sa formation initiale ne lui permet pas de comprendre et répondre de manière satisfaisante aux plaintes indifférenciées. On attend qu'il perçoive l'intérêt d'une formation spécifique. On attend qu'il soit inquiet devant ses nouvelles responsabilités.

Niveau intermédiaire

C'est le niveau attendu en fin de stage de niveau 1, soit l'acquisition d'une capacité à être mis en autonomie supervisée.

- recueille, accepte sans rejeter et analyse les demandes explicites les plus fréquentes, tente de les gérer en repérant la demande réelle en essayant de les hiérarchiser dans une vision centrée maladie plus que patient et tenant compte des prévalences liées au contexte. Tente de repérer la demande réelle derrière la plainte alléguée en essayant d'intégrer les antécédents et le contexte et les événements contexte de vie du patient ; mais a encore besoin de soutien sous la forme de supervision. On attend qu'il recherche dans le dossier les données essentielles permettant de mieux analyser et comprendre la situation. On attend qu'il adapte sa démarche décisionnelle à partir d'un diagnostic de situation, essayant de décoder les plaintes en essayant de les replacer dans leurs contextes. On attend qu'il utilise les éléments antérieurs existant dans le dossier médical.
- décide sans avoir systématiquement obtenu un diagnostic de maladie et accepte d'en parler au patient. On attend qu'il s'accommode de la prise de décision dans l'incertitude relative (il essaye de diminuer la part d'incertitude dans la prise de décision). On attend qu'il prescrive de façon moins systématique des examens complémentaires, confirmant ou infirmant les diagnostics différentiels et accepte d'y faire face sans tout maîtriser.
- accepte l'idée que les demandes urgentes recouvrent aussi des urgences ressenties. On attend qu'il se sente à l'aise dans la gestion des urgences prévalentes, apprécie

Chapitre 1. La certification des compétences

les prévalences, et la gravité des situations ressentie par le patient et le médecin.

- apprécie peu à peu le champ de ses capacités interventionnelles et fait bénéficier de façon pertinente les cas qui nécessitent une intervention extérieure. On attend qu'il identifie les situations qu'il estime ne pas pouvoir gérer seul, adresse pertinemment en fonction des compétences de chacun.
- élargit le contenu de la consultation à la prise en compte d'autres problèmes de santé. On attend qu'il s'intéresse aux plaintes mais aussi aux autres problèmes de santé du patient. La prise de décisions ne concerne pas uniquement la gestion des plaintes (cf prise en charge globale).

Niveau compétent

C'est le niveau attendu en fin de DES ou en fin de SASPAS.

- fait face aux plaintes les plus prévalentes de premier recours en mobilisant des ressources internes et externes permettant leurs résolutions. On attend qu'il crée un climat favorable à l'expression des plaintes (écoute attentive), qu'il fasse des propositions de résolution de problèmes.
- s'organise pour faire face aux plaintes les plus prévalentes de premier recours en participant aussi à la permanence de soins. On attend qu'il organise ses temps de consultation pour permettre l'accueil de l'ensemble des patients souhaitant le consulter, qu'il participe au tour de gardes du service d'urgences des hôpitaux, qu'il puisse accompagner ses Maîtres de Stage dans ses activités de Permanence de Soins (PDS).
- fait des diagnostics de situation. On peut s'attendre à ce qu'au-delà des plaintes, il soit capable de repérer la demande réelle et hiérarchiser les problèmes en tenant compte de l'agenda du patient et des contraintes liées à la maladie. On peut s'attendre à ce qu'il résolve de mieux en mieux les problématiques des patients dans un contexte d'incertitude, tenant compte des désirs du patient, des ressources du dossier médical et du contexte, de manière adaptée et partagée s'il le faut.

1.3. Réflexion autour de la compétence premier recours

- évoque les stades précoces des maladies Et en dehors des situations d'urgence se donne le temps (cf suivi). On peut attendre qu'il améliore ses capacités de cliniciens des stades précoces des maladies, qu'il soit en mesure de mettre en place un suivi, afin de faire la part des choses et de suivre l'évolution des plaintes et des symptômes.
- élargit le champ de la consultation aux autres dimensions de la consultation et aux autres problèmes de santé en programmant éventuellement des actions de prévention en accord avec le patient. On peut attendre qu'il fasse des diagnostics de prévention au-delà des diagnostics de situations. On peut attendre qu'il mette en place les conditions de prise en charge globale et de suivi adapté au patient et au contexte. On peut attendre à ce qu'il élargisse ses champs d'activité dans le cadre du premier recours.
- gère les urgences ressenties par le patient. On peut attendre qu'il arrive à évaluer les craintes des patients et leurs représentations. On peut attendre qu'il soit en mesure de rassurer le patient et de négocier les décisions.
- collabore avec les autres intervenants et assume ses responsabilités. On peut attendre qu'il adresse le patient à juste titre à des tiers pour pouvoir faire bénéficier les patients de leurs compétences, tout en étant capable de discuter leurs décisions et en l'assumant.

Le tableau 1.1 reprend les compétences attendues en fonction du niveau.

1.3.6 Implications liées au concept de premier recours

L'organisation du système de soins autour du premier recours répond à des contraintes liées au vieillissement de la population, à l'augmentation des maladies chroniques, à la répartition inégale des professionnels et aux limites budgétaires. La définition du premier recours permet de mobiliser des professionnels autour d'actions de santé et de construire une stratégie qui réponde à la nécessité de structuration de l'offre de soins en ambulatoire. Le cadre législatif, défini par les conventions et dispositifs législatifs,

Chapitre 1. La certification des compétences

Compétences	Novice	Intermédiaire	Compétent
Diagnostic	Diagnostic global Identifier la demande	Dépasse la demande	Projet d'intervention négocié avec le patient
Domaine	Médical	Approche globale	Prévention
Autonomie	Demande d'avis	Accepte le doute	Accepte toutes situations
Gestion urgence	Évoque l'urgence Notion de prévalence	Gère l'urgence	Notion d'urgence ressentie
Réflexion	Inquiétudes sur ses responsabilités	Réseau	Formation Entretien des compétences
Organisation			Permanence des soins Santé publique

Table 1.1: Compétences attendues par le CNGE

permet de définir une entité qui va être l'objet de politiques de santé. Les retombées en matière de santé publique et les enjeux économiques sont donc majeurs. On comprend donc mieux l'importance que peut revêtir ce découpage qui peut sembler artificiel.

Pour répondre aux objectifs définis par les politiques de santé, les enseignants de département de médecine générale se sont emparés de ces notions pour familiariser les médecins en devenir. En appuyant leur réflexion sur leur pratique sur ces données, les étudiants vont chercher à atteindre les objectifs attendus. Les enseignants vont s'attacher à transmettre ces outils théoriques, qui serviront de support pour l'analyse de pratique et l'autoformation.

Avant de généraliser l'utilisation de ces niveaux de compétences, nous avons cherché à valider ces niveaux afin que l'on confirme de la réalité et de la pertinence de ces indicateurs.

Chapitre 2

Matériel et méthode

2.1 La méthode des focus-groups

2.1.1 Le choix de la recherche qualitative

L'objectif de notre travail est d'établir les différences entre les acquis réels des étudiants en médecine générale et ceux attendus par les enseignants. Dans cette optique, deux approches complémentaires sont possibles : l'approche quantitative et l'approche qualitative. L'approche qualitative permet d'établir un état des lieux des différents aspects de la problématique, tandis que l'approche quantitative permet d'apporter des données chiffrables par une méthodologie statistique et apporte par conséquent de la puissance aux conclusions qu'elle fournit.

Dans la mesure où nous cherchons avant tout à dresser une première ébauche des compétences acquises par les internes au cours de leur cursus, nous avons choisi l'approche qualitative qui pourra dans le futur servir de base à une étude utilisant une approche quantitative. Dans la méthode qualitative, il faut cependant s'attacher à donner un cadre reproductible pour la collecte des résultats et utiliser une méthode d'analyse rigoureuse pour en rendre les conclusions généralisables.

Chapitre 2. Matériel et méthode

Nous avons jugé que pour apprécier avec pertinence les compétences réelles des internes, un questionnaire restrictif avec des réponses dichotomiques ou des pourcentages traduirait ce que l'interne perçoit de ses compétences sans donner une idée de ses compétences réelles. En laissant une parole libre et en encourageant la description des situations, des difficultés, nous obtenons une photo plus subtile du niveau de maîtrise de la compétence. Cette étude cherche à révéler des difficultés, identifier des compétences non acquises ou des inadéquations entre le niveau attendu et le niveau observé. La méthode qualitative apporte une réflexion sur sa pratique sans limiter les réponses par des questions fermées. Dans les études quantitatives, le nombre de sujets nécessaires doit être calculé en fonction de paramètres liés à l'événement à étudier. La taille de l'échantillon doit être suffisante pour garantir la validité statistique. Dans les études qualitatives, la taille de l'échantillon est fonction de la durée de l'interview et de la faisabilité. Les grandes études qualitatives ne portent pas sur plus de 50 à 60 personnes [37]. Les résultats sont représentatifs lorsque l'on arrive à saturation des données, c'est-à-dire que l'augmentation du nombre d'entretien n'apporte pas de nouvelles informations.

Les méthodes de collecte qualitatives (entretiens individuels, observations et *focus-groups*) sont des méthodes valides pour comprendre les idées, croyances, pratiques et comportements.

« Le *focus-group* est un moyen efficace au sein de la communauté de se procurer ces informations et de fournir une estimation valable de l'opinion de la population vis-à-vis du projet.» [38]

Une étude quantitative pourra dans un second temps valider les indicateurs et compétences établis dans ce travail.

2.1.2 Caractéristiques des focus-groups

Définition

Inspirée des techniques de *marketing* développées aux États-Unis dans les années 1950, cette méthode permet de recueillir les attentes et les opinions des personnes interrogées. L'intérêt de cette méthode tient surtout au dynamisme qui découle de la discussion libre. Elle permet de lever les inhibitions des uns, de stimuler les différents points de vue et de préciser les idées. Chaque participant défend ses priorités, ses préférences, ses valeurs et son vécu. En effet il ne s'agit pas de faire ressortir une opinion globale mais plutôt de recueillir des perceptions, des croyances, des attitudes et surtout de faire émerger des idées nouvelles dans le cadre d'une recherche préliminaire, de travaux exploratoires [39] [40]. Durant les séances, deux rôles sont définis pour interagir avec les participants. Le rôle de modérateur consiste à lancer le débat, à poser des questions afin de préciser des pensées et à guider l'entretien selon la trame prévue. Le rôle d'observateur consiste à relever les attitudes des participants, en particulier les attitudes physiques témoignant d'une opinion non verbalisée, souligner des réactions plus ou moins marquées.

Avantages

Les *focus-groups* produisent un important volume d'information, beaucoup plus rapidement et à moindre coût que d'autres méthodes de collecte qualitatives, par exemple, les entretiens individuels, les observations directes ou indirectes (par le biais d'analyse de conversation ou documentaire). Ils peuvent être aisément dirigés par des personnes sans formation spécifique aux méthodes de collecte qualitatives. Enfin, en raison de la formulation très souple des questions, ils permettent de découvrir des attitudes et des opinions que d'autres méthodes de collecte qualitatives ne seraient pas en mesure de révéler.

Inconvénients

Les résultats ne peuvent être étendus à la communauté au sens large : ils fournissent un éventail de points de vue et d'opinions. Il faut aussi être prudent dans l'interprétation des données. En effet dans l'analyse des résultats, la sélection de certaines réponses tend à généraliser des données qui ne sont que le reflet de la pensée de quelques participants. Par ailleurs, méthodologiquement, les données qualitatives sont contraignantes à interpréter et à analyser.

2.1.3 Mise en œuvre d'un focus-group

Le nombre idéal de participants est de six à douze personnes et un nombre minimal de quatre participants. Le critère principal de sélection était d'être interne en médecine générale dans la faculté de médecine où s'effectue le travail de recherche (Paris V ou Paris VII). Les internes ont été triés selon leur ancienneté, permettant ainsi de définir les trois catégories d'internes correspondant aux trois niveaux d'étude. Les internes représentant la catégorie « novice » devaient être en fin de premier semestre ou deuxième semestre lors de la réalisation des *focus-groups*. Les internes représentant la catégorie « intermédiaire » devaient être en fin de stage chez le praticien ou en début du semestre suivant. Enfin, pour appartenir à la catégorie « compétente » les internes devaient être en fin de SASPAS ou fin de DES (sixième semestre ou plus). Nous n'avons défini aucun critère d'exclusion; en effet, l'âge, le sexe, l'expérience du remplacement, la mise en disponibilité au cours de l'internat, la catégorie militaire ou civile, le choix de réalisation d'un Diplôme Universitaire ou d'un Diplôme des Études Spécialisées Complémentaire n'ont pas fait partie de nos critères de sélections des candidats.

Sélection des participants

Les internes ont participé aux *focus-groups* sur la base du volontariat en échange de la validation d'heures de cours. Ils ont été recrutés par le biais de la liste de diffusion de la faculté Paris V. Un courrier électronique a été envoyé pour chaque population d'internes

éligibles. Le courrier était à chaque fois succinct, ne devant pas révéler précisément l'objet de l'étude. Il y était expliqué que dans le cadre de notre thèse nous devions réaliser des *focus-groups* - - nous avons précisé qu'il s'agissait d'une réunion entre internes d'une durée maximale de deux heures - afin de discuter de la formation des internes en médecine générale. Nous avons d'emblée précisé les lieu, date et heure de la séance. La liste de diffusion de chaque groupe d'internes (niveau novice, intermédiaire et compétent) contient 70 à 150 adresses électroniques. Seuls les internes intéressés par la séance de *focus-group* nous ont répondu, soit quatre à neuf internes par groupe.

Nous avons cherché le moyen le plus adapté pour inciter les internes à participer à notre travail de recherche. La participation au *focus-group* permettait la validation de quatre heures de cours pour les internes en TCEM2 et TCEM3 (200 heures de cours doivent être validés dans le cadre du DES) et la validation d'une trace d'apprentissage pour les internes en TCEM1, pour lesquels la validation des heures de cours n'est plus obligatoire mais dont la validation d'un stage est soumise à la présentation de deux traces d'apprentissage. Les traces d'apprentissage correspondent à la production personnelle d'un travail écrit sur un sujet choisi par l'interne qu'il décide d'approfondir. Ici, nous avons convenu de la rédaction d'un résumé de la séance. Ces techniques d'attrait ont été proposées puis validées par le responsable de l'enseignement de la faculté. Après discussion avec les internes rencontrés lors de la séance des *focus-groups* (discussion hors du cadre du *focus-group*), il est apparu que les horaires des séances représentaient le principal obstacle à la participation des internes.

La sélection a suivi le même principe avec un appel à la participation par téléphone et courriers électroniques à partir de la liste de diffusion de la faculté Diderot, réalisation des *focus-groups* dans une des salles de cours de la Paris V.

Rédaction de la trame d'entretien

La trame d'entretien nous a été fournie par notre directeur de thèse (cf Annexe G). Elle correspond à un travail de recherche préalable effectué par le CNGE. Ce questionnaire sert

de canevas à la séance, comme le suggère le terme anglais *questioning route*. Il est composé de questions ouvertes simples dans leur compréhension, courtes et ne contenant ni jargon ni acronyme. Elles ont été élaborées afin d'orienter le débat une fois la question de recherche préalablement posée. Elles permettent d'obtenir des explications, des illustrations, des commentaires des participants et ainsi obtenir d'avantage de témoignages personnels que de généralités. La succession des questions suit le plan suivant : introduction (à l'aide de questions « brise glace »), transition, questions clés amenant directement le débat sur le sujet et à la fin, question permettant d'éventuels derniers commentaires sur le sujet. Au fur et à mesure de la discussion, d'autres questions émergent et visent à préciser des idées, développer des thèmes intéressants, relancer la réflexion, etc. L'avantage est d'observer des interactions spontanées et de faire apparaître la contradiction des intervenants entre la façon dont ils prétendent agir et la réalité de leur comportement[41]. Il existe une autre technique de déroulement des *focus-groups* : le *topic guide* qui consiste à donner une liste de mots clés autour desquels interagissent les participants. Cette technique nécessite une bonne maîtrise et une expérience des *focus-groups*. Si cette méthode permet d'orienter les discussions sur le sujet d'intérêt, on peut craindre qu'elle ne restreigne les idées exprimées.

Déroulement des séances

Une fois tous les participants présents, nous avons débuté la séance en nous présentant, en expliquant l'objectif de la recherche sans toutefois l'approfondir et en définissant succinctement ce qu'est un *focus-group*. Nous insistons sur le principe d'échange verbal, et sur le fait que tous les avis, opinions, idées sont intéressantes, qu'il n'y a pas de bonne ou mauvaise réponse. Nous avons rappelé les règles d'écoute et de prise de parole puis nous avons demandé l'autorisation à chacun d'enregistrer la séance en précisant que la retranscription rendra anonyme la participation de chacun. Cette phase d'introduction se déroule sans enregistrement. Elle a pour objectif de faire connaissance avec les internes présents, de les informer de la recherche et d'obtenir leur accord, de détendre les participants. Après nous être approprié le thème (la compétence premier recours) et avoir assimilé les attentes des enseignants en médecine générale en fonction des niveaux,

nous avons pu diriger ces *focus-groups* en s'appuyant sur la trame définie. Nous avons repris cette trame à chaque séance.

Pour les groupes de Paris V, M^{elle} Géraldine Chansel a tenu durant les 3 séances de *focus-group* le rôle de modératrice. M. Grégoire Dumont ou M^{elle} Pauline Ridet ont tenu tour à tour le rôle d'observateur. Lorsque cela leur a semblé nécessaire, ils ont pu demander des précisions ou redonner les points clés mis en évidence.

Pour les groupes de Paris VII, le Docteur Isabelle Aubin-Auger a tenu le rôle de modératrice et M^{elle} Laure Perrot celui d'observateur. Chaque *focus-group* a réuni entre huit et neuf internes de médecine générale de la faculté de médecine Bichat Université Denis Diderot Paris VII qui étaient au même niveau de leur DES : en premier, troisième et sixième semestre.

La date et la durée des séances, le nombre et les caractéristiques des participants sont retranscrits dans les tableaux suivants. Au total quarante-trois internes ont participé aux *focus-groups* dont quinze hommes et vingt-huit femmes. Les caractéristiques renseignées concernent leurs aspirations de pratique future (médecine libérale ou de spécialisation par des DESC) mais aussi le nombre de maîtres de stage en SASPAS et pour les internes de 6ème semestre la réalisation d'un SASPAS. Les caractéristiques des internes de Paris VII n'ont pas toutes été relevées. On remarque que la population féminine est plus largement représentée. Par ailleurs, on note que le groupe compétent de Paris VII ne comporte que des internes en SASPAS tandis qu'à Paris V, ils sont en stage hospitalier et seuls deux ont effectué un stage de niveau 2.

2.1.4 Caractéristiques des focus-groups

Caractéristiques des focus-groups de Paris V

Groupe Novice : Réalisé le 25.10.2011. 4 internes. Durée : 1h30

Chapitre 2. Matériel et méthode

	Sexe	Age	Semestre	Stage	Caractéristiques
Interne A	Homme	24 ans	2 ^{ème}	Méd.Int.	DIU acupuncture
Interne C	Femme	26 ans	2 ^{ème}	Méd.Int.	-
Interne B	Femme	26 ans	2 ^{ème}	Neuro	Militaire, médecine du sport
Interne J	Femme	26 ans	2 ^{ème}	Gériatrie	DESC gériatrie

Groupe Intermédiaire : Réalisé le 28.04.2011. 8 internes. Durée : 1h55

	Sexe	Age	Semestre	Stage	Caractéristiques
Interne N	Homme	26 ans	3 ^{ème}	Niveau 1	DESC urgences
Interne A	Homme	28 ans	4 ^{ème}	Niveau 1	cabinet
Interne P	Femme	28 ans	5 ^{ème}	Niveau 1	Remplacements puis cabinet
Interne S	Femme	28 ans	5 ^{ème}	Niveau 1	Remplacements puis cabinet
Interne T	Femme	26 ans	3 ^{ème}	Niveau 1	Cabinet
Interne R	Homme	26 ans	3 ^{ème}	Niveau 1	Cabinet
Interne J	Femme	27 ans	4 ^{ème}	Niveau 1	DU infectieux / humanitaire

Groupe Compétent : Réalisé le 30.06.2011. 6 internes. Durée : 1h24

	Sexe	Age	Semestre	Stage	Caractéristiques
Interne D	Femme	27 ans	6 ^{ème}	Pédiatrie	Installation
Interne S	Homme	27 ans	6 ^{ème}	Urgences	DU traumato sport
Interne L	Femme	27 ans	6 ^{ème}	Gériatrie	DESC Urgences
Interne C	Femme	27 ans	6 ^{ème}	Cardio	Assistanat
Interne V	Femme	27 ans	6 ^{ème}	Gynéco	(SASPAS+) Installation
Interne M-A	femme	29 ans	6 ^{ème}	Méd.Prév.	(SASPAS+) Installation

Caractéristiques des focus-groups de Paris VII

Groupe Novice : Réalisé le 28.04.2011. 8 internes. Durée : 50 minutes

2.1. La méthode des focus-groups

	Sexe	Age	Semestre	stage	Caractéristiques
Interne 10	Homme	27 ans	1 ^{er}	Médecine Interne	-
Interne 11	Femme	28 ans	1 ^{er}	Urgences	-
Interne 12	Femme	27 ans	1 ^{er}	Urgences	-
Interne 13	Femme	34 ans	1 ^{er}	Pédiatrie	-
Interne 14	Homme	26 ans	1 ^{er}	Médecine Interne	-
Interne 15	Homme	27 ans	1 ^{er}	SMUR	-
Interne 16	Homme	25 ans	1 ^{er}	SMUR	-
Interne 17	Homme	25 ans	1 ^{er}	SMUR	-

Groupe intermédiaire : Réalisé le 17.03.2011. 9 internes. Durée : 1h30.

	Sexe	Age	Semestre	Stage	Caractéristiques
Interne 1	Femme	27 ans	3 ^{ème}	Niveau 1	2 mds
Interne 2	Femme	26 ans	3 ^{ème}	Niveau 1	1 mds
Interne 3	Femme	27 ans	3 ^{ème}	Niveau 1	1 mds
Interne 4	Femme	27 ans	3 ^{ème}	Niveau 1	2 mds
Interne 5	Femme	26 ans	3 ^{ème}	Niveau 1	2 mds
Interne 6	Femme	25 ans	3 ^{ème}	Niveau 1	2 mds
Interne 7	Femme	24 ans	3 ^{ème}	Niveau 1	1 mds
Interne 8	Homme	28 ans	3 ^{ème}	Niveau 1	1 mds
Interne 9	Homme	26 ans	3 ^{ème}	Niveau 1	2 mds

Groupe Compétent : Réalisé le 12.07.2011. 8 internes. Durée 1h.

	Sexe	Age	Semestre	stage	Caractéristiques
Interne 18	Femme	28 ans	6 ^{ème}	SASPAS	-
Interne 19	Femme	28 ans	6 ^{ème}	SASPAS	-
Interne 20	Femme	28 ans	6 ^{ème}	SASPAS	-
Interne 21	Femme	29 ans	6 ^{ème}	SASPAS	-
Interne 22	Femme	29 ans	6 ^{ème}	SASPAS	-
Interne 23	Femme	28 ans	6 ^{ème}	SASPAS	-
Interne 24	Femme	28 ans	6 ^{ème}	SASPAS	-
Interne 25	Homme	28 ans	6 ^{ème}	SASPAS	-

2.2 Analyse des focus-groups

2.2.1 Introduction

La méthode du *focus-group* produit des résultats sous forme d'entretiens retranscrits contenant des données brutes mais difficiles à exploiter. En effet, si la méthode présente l'avantage d'une parole libérée, permettant de faire émerger des données nouvelles et authentiques, le matériau de travail reste dense. La méthode du *focus-group* étant qualitative, elle ne peut tirer sa puissance de données statistiques. Son analyse doit néanmoins s'appuyer sur une méthodologie rigoureuse, systématique qui rendra le résultat reproductible (conduisant aux mêmes conclusions quelque soit l'analyste).

2.2.2 Méthodologie de l'analyse des focus-groups

Les *focus-groups* ont été analysés, selon la technique de Deschamps. La première étape vise à « tirer un sens général de l'ensemble de la description » [42] en effectuant plusieurs lectures flottantes afin de s'en saisir de l'intérieur. La deuxième étape amène le chercheur à découper le contenu du verbatim en unités qui font sens. Il s'agit alors de sortir de son contexte des morceaux de phrase. La troisième phase permet de « développer le contenu des unités de signification de manière à en approfondir le sens ». Chaque unité est alors

2.2. Analyse des focus-groups

Code	Étiquette	Description	Extrait de verbatim
89-1	Difficulté à gérer son inquiétude	Donne une mauvaise image du médecin	« j'ai commencé à montrer une certaine inquiétude euh et il est parti en disant que j'étais un mauvais médecin »

Table 2.1: Tableau-exemple de codage

étiquetée sous un mot code et le chercheur explicite avec ses mots le sens profond. Il explicite le contenu des unités de signification de façon analytique. La dernière étape opère un classement qui vise à comparer et rapprocher les éléments similaires et à les regrouper sous une même étiquette. Cette étape vise à recontextualiser et former un tout intelligible et aboutit à la catégorisation par la création de thèmes. Cette étape réalise « la synthèse de tous les développements des unités de signification ». Tout en restant fidèle aux propos des participants, il s'agit là de conceptualiser et atteindre un niveau de généralité supérieure. Une description associée à l'étiquette permet d'explicitier le terme utilisé comme code (exemple dans le tableau 2.1).

Cette analyse se veut la plus objective possible, en évitant d'être interprétative dans le sens donné au verbatim. Les verbatims pouvaient être « double codés » s'ils apportaient différents éléments d'intérêt. La validité externe de cette méthode repose sur la notion de saturation des données, qui implique que le nombre de groupes est suffisant pour assurer que l'on ne pourrait obtenir d'éléments nouveaux sur l'objet de l'étude.

Pour le travail de comparaison avec les compétences définies par le CNGE, j'ai utilisé les tableaux codes et les données brutes. En effet, je n'ai pas repris les résultats déjà traités dans les précédents travaux afin d'aborder les réponses à la lumière des compétences définies. Je me suis attachée à identifier les concepts évoqués par les étudiants et qui correspondaient à des compétences attendues. J'ai ensuite repris les phrases qui illustraient la maîtrise de ces compétences. L'analyse des résultats se veut donc volontairement indépendante de celles des autres travaux et présente les réponses des deux étudiants des deux facultés.

2.2.3 Mise en œuvre

L'analyse des *focus-groups* a été expliquée par le Docteur Isabelle Aubin-Auger pendant une séance dédiée à la technique du codage. Pendant cette séance, la théorie du codage nous a été exposée et nous avons commencé à coder une partie des retranscriptions afin de corriger, harmoniser et confronter nos résultats. M^{elle} Laure Perrot ayant déjà commencé le codage avec le Docteur Aubin-Auger, son expérience nous a été précieuse pour corriger certains codages et nous pouvions faire appel à elle en cas de difficultés. L'analyse des retranscriptions a été facilitée par un travail d'imprégnation liée à la manipulation des données. En effet, en assistant aux groupes, en retranscrivant et corrigeant les *focus-groups*, nous avons pu nous familiariser avec les données brutes. La première étape consistait en un découpage du texte avec annotation dans la marge du code correspondant. Ce travail a été fait par binôme, par M^{elles} Pauline Ridel et Laure Perrot pour les groupes de Paris VII d'une part et M^{elle} Géraldine Chansel et M. Grégoire Dumont pour les groupes de Paris V d'autre part, de façon indépendante. A l'issue de ces codages individuels, les deux membres du binôme discutaient dans le but d'harmoniser leurs résultats, de choisir le code le plus adapté et de redécouper les phrases. Cette technique double lecture permet de sensibiliser le codage et de s'assurer de son caractère reproductible.

En pratique, le codage était débuté sur un groupe, les numéros attribués dans l'ordre de leur citation (1,2,3...). Certains codes pouvaient être subdivisés en sous catégories (a, b, c...) pour apporter une précision. Si des verbatims se rapportaient à un code ultérieur, ils prenaient alors le code précédent. Pour différencier les groupes de niveau, un code couleur était utilisé correspondant aux groupes compétent, intermédiaire et débutant. Ce travail d'analyse a été particulièrement fastidieux et a abouti à la création de deux tableaux-code. En travaillant en collaboration avec l'équipe de Paris VII, nous avons pu augmenter la quantité de données mais aussi la population d'étude et donc augmenter la validité externe (permettant d'extrapoler les résultats obtenus).

Chapitre 3

Résultats

Dans ce chapitre, nous retranscrivons les éléments de réponse évoqués dans les différents *focus-groups*. L'intégralité des entretiens des *focus-groups* ainsi que les tables de codage des groupes Paris V et Paris VII sont fournis (cf annexe H).

Les citations sont mises en relation avec les compétences attendues par le CNGE. Les dires des étudiants sont retranscrits sans correction, expliquant les tournures parfois familières ou peu claires. J'ai volontairement repris les phrases brutes sans utiliser le travail de thèse effectué sur les facultés Paris V et Paris VII afin de traiter les données dans leur ensemble. J'ai pu ainsi refaire une analyse en confrontant l'ensemble des données recueillies et en les mettant en parallèle avec les objectifs attendus par le CNGE.

3.1 La notion de premier recours

3.1.1 Définir la notion de compétence en premier recours

Dans les *focus-groups* de Paris V et Paris VII, les internes ne semblent pas du tout à l'aise avec l'idée de définir la notion de premier recours. Ils manifestent leur gêne par rapport à ce terme et à ce qu'il englobe. Les remarques soulevées l'illustrent. « Quelles compétences ? Je ne sais même pas comment le mettre au niveau verbal ces compétences

Chapitre 3. Résultats

» (Paris V compétent), « j’pense pas avoir entendu ce mot-là, disons c’est la première fois que j’entends » (Paris VII intermédiaire), « j’ai l’impression je comprends pas trop cette compétence dans le premier recours » (Paris VII compétent), « Le problème c’est que l’on ne connaît pas la liste des compétences que l’on est censé avoir. Si on l’a, mais c’est parce que tu n’as pas lu le papier » (Paris V novice).

Bien que le terme de compétence soit mal défini, on perçoit aisément que c’est plus la terminologie qui gêne que le fond. En effet, au cours des entretiens, on constate rapidement que les concepts évoqués correspondent bien à des compétences et que les étudiants comprennent ce qu’est une compétence et comment elle peut évoluer. Ils font par ailleurs référence à la façon de les acquérir par l’auto-formation, l’expérimentation personnelle et l’enseignement des maitres de stage. La génération actuelle d’internes se trouve dans une situation intermédiaire car il lui est demandé de découvrir a posteriori quelles compétences elle a acquises, tandis que les générations à venir pourront commencer leur apprentissage en maîtrisant déjà ces outils leur permettant ainsi de structurer plus aisément leur analyse réflexive :

« La compétence premier recours c’que j’en ai compris ben c’est le premier recours d’un patient face à un professionnel de santé donc soit aux urgences pour ceux qui sont aux urgences ou le médecin généraliste qui voit son patient qui le suit dans son cabinet, après y a différentes listes de compétences à valider qui permettent de rester dans le cadre et de progresser » (Paris VII novice),

« La compétence elle est là, c’est que j’ai appris à l’utiliser cette compétence » (Paris V compétent).

La notion de premier recours en revanche est correctement caractérisée et ce dès le niveau novice dans les deux facultés. Ainsi, un interne résume le premier recours ainsi :

« Un interne lorsqu’il a fini, il sait traiter les pathologies hyper fréquentes en médecine générale de façon, vraiment sans problème, il sait orienter sur

les maladies un peu plus, au moins il sait faire le diagnostic ou l'approche diagnostique d'une maladie un peu plus pointue et il l'oriente » (Paris V novice).

3.1.2 Prendre en charge d'une situation fréquente ou urgente

La notion de motif de consultation fréquent et de caractère urgent est évoquée à différents niveaux. « Ce qui est grave, ce qui n'est pas grave », « Ce qui est urgent, ce qui n'est pas urgent » (Paris V intermédiaire).

« alors pour moi premier recours ça veut dire c'est les choses qu'on voit fréquemment enfin les situations qui se présentent fréquemment en médecine générale » (Paris VII intermédiaire).

3.1.3 Accueil de tout type de demande et hiérarchisation, organiser et planifier les soins

Le médecin devient donc la « porte d'entrée » dans la filière des soins pour un motif particulier :

« en fait on est la première personne qu'il voit pour un motif particulier et après c'est un peu l'entrée dans la filière de soins c'est pour ça c'est le premier recours » (Paris VII intermédiaire),

« que chaque consultation représente l'ouverture de quelque chose » (Paris VII compétent).

Ils décrivent le médecin comme « en première ligne » (Paris VII compétent), « le premier rempart » (Paris VII intermédiaire), « le premier interlocuteur » (Paris VII intermédiaire), « le premier contact médical » (Paris VII intermédiaire). On retrouve également les notions de hiérarchisation et de planification.

« C'est un premier travail de hiérarchisation » (Paris V intermédiaire),

« De planification et d'organisation des soins » (Paris V intermédiaire),

« Son rôle sera ensuite d'aiguiller, ce sera celui qui va prendre en charge, qui va savoir pour que les soins soient le mieux coordonnés » (Paris V intermédiaire).

3.1.4 Nécessité de s'adapter au patient

La notion d'individu et de prise en charge de l'humain est présente à tous les niveaux et représente fréquemment une difficulté.

« Des gens qui ont la même plainte, on ne va pas du tous réagir de la même manière en fonction de leur niveau social, au niveau de plein de facteurs » (Paris V compétent).

La particularité liée au contexte socio-économique émerge particulièrement dans les niveaux compétents.

« En premier recours, il y a aussi la notion d'accessibilité aux soins, que ça soit tout ce qui est PMI, les choses comme cela, c'est aussi justement en fonction du niveau socio-économique » (Paris V compétent),

« [...]qui viennent voir le médecin ça dépend comment les dans quel contexte y sont au niveau social quoi » (Paris VII intermédiaire).

3.1.5 Notion de geste technique

Contrairement à la définition du premier recours par le Collège des enseignants, la réalisation d'un geste technique n'est pas associée en premier lieu à la notion de premier recours mais est parfois évoquée.

3.2. Validité externe : schéma des compétences des focus-groups validant celles du CNGE

« Dr A : dans la compétence premier recours tu mettais aussi ? Le geste aussi usuel aux urgences euh en fait pose d'une sonde urinaire euh je sais pas » (Paris VII novice).

3.1.6 Aller au delà de la demande, prévention

Les internes de médecine générale évoquent le champ de la prévention comme appartenant au premier recours. Ils estiment que les demandes bénignes doivent être l'occasion pour le médecin de mettre en place des actions de prévention : « et surtout d'aller au-devant de leur question c'est la prévention » (Paris VII intermédiaire), « euh ça peut être pour le dépistage, pour la prévention pour... » (Paris VII compétent).

La notion de premiers recours évoquée par les internes est très semblable à celle définie par le CNGE. On pourra noter que la réalisation de gestes techniques n'est que peu évoquée comme premier recours probablement parce qu'elle n'est qu'un outil pour prendre en charge en situation de premier recours.

Nous allons à présent comparer les compétences attendues par les enseignants de médecine générale avec celles évoquées par les internes en fonction de leur niveau.

3.2 Validité externe : schéma des compétences des focus-groups validant celles du CNGE

3.3 Niveau novice

En ce qui concerne le niveau novice, les enseignants de médecine générale s'attendent à ce qu'il :

« [...] possède des notions sur les compétences nécessaires, accepte a minima le projet professionnel, envisage de couvrir l'ensemble du champ MG en prenant en compte toutes les plaintes, a conscience qu'il opère sur l'être humain, est

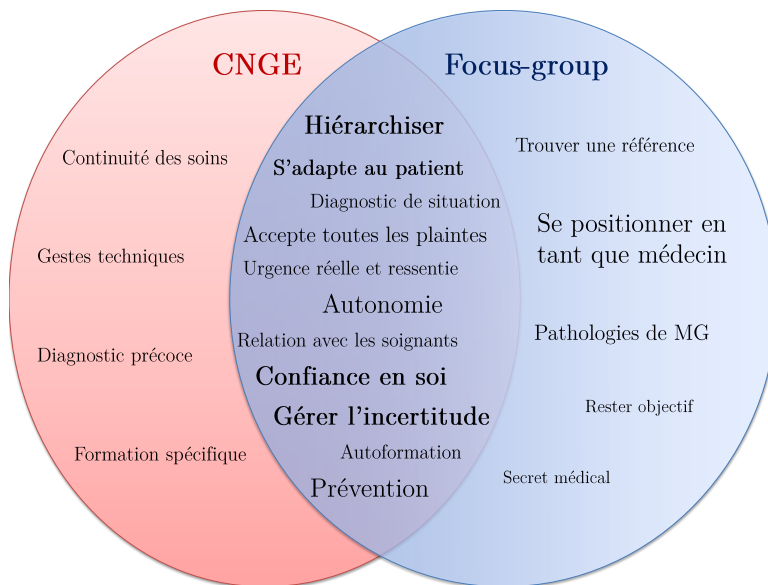


Figure 3.1: Concordance entre les compétences évoquées par les internes comparées à celles du CNGE

apte à supporter une part d'incertitude, a conscience de la complexité des problèmes et que plusieurs réponses sont possibles et montre un début de questionnement sur sa pratique ».

3.3.1 Compétences et projet de formation

Cette définition sollicite plusieurs champs de compétence. Comme nous l'avons vu plus haut, l'interne novice ne possède que peu de notions sur les compétences théoriques nécessaires en médecine générale. A son niveau, il est confronté à des situations de premier recours et des contraintes assez éloignées de sa future pratique libérale. Cependant, il ressort des *focus-groups* que très tôt, les problématiques liées aux spécificités de la médecine générale émergent. Ainsi, les internes novice évoquent la particularité de la prise en charge hospitalière, qui demande une réponse immédiate, la nécessité de fonctionner par diagnostic d'urgence. Par ailleurs, ils évoquent la frustration à ne pas pouvoir porter plus loin leurs explorations et ne pas avoir de suivi.

Concernant le projet de formation, certains internes déplorent le décalage entre le projet de formation universitaire et la réalité de la pratique hospitalière. Ils ont des difficultés à

intégrer la production de traces à leur pratique, même si d'autres reconnaissent l'intérêt de se soumettre à un travail d'analyse.

« Après sur la fac, ce qu'ils nous demandent, je trouve cela très déconnecté de ce que l'on vit à l'hôpital. Cela reste pour moi les RSCA, traces d'apprentissage... » (Paris V novice),

« Et ensuite, peut être un petit peu déçue qu'en tant qu'externe on nous demande d'être très carré, qu'il y a des choses qui sont tout de même codifiées [...] un petit peu déçue de ce côté-là » (Paris V novice).

3.3.2 Accepte toutes les plaintes biomédicales

Concernant la compétence évoquée de devoir couvrir l'ensemble du champ de médecine générale, on peut constater que cet aspect ne ressort pas des *focus-groups* novice. Cependant, les internes novices évoquent les situations complexes qu'ils rencontrent et mentionnent leur difficultés personnelles, signifiant la conscience qu'ils ont de l'étendue de cette spécialité. Ils rencontrent bien des difficultés à gérer les plaintes multiples et variées.

En terme de prise en charge biomédicale, on peut constater qu'il est plutôt à l'aise avec les plaintes médicales. Il privilégie une démarche centrée maladie même s'il ne peut nier qu'il est confronté à des situations qui mobilisent des compétences psycho-sociales. Comme attendu, il recueille dans le dossier médical l'ensemble des plaintes, l'examen, le diagnostic et les décisions. Il met en pratique les compétences acquises.

Répond en priorité aux demandes biomédicales

Cette compétence est acquise après le deuxième cycle d'études médicales.

« On a appris ça en D3 ou D4, pâleur, anémie, moi lorsque je l'ai vu pâle,

je ne pensais pas à l'anémie, elle me paraissait juste un cas, pas comme les autres » (Paris V novice),

« Je n'ai jamais fait de pédiatrie. Mais c'est facile de peser l'enfant, de voir qu'il a perdu 8 pourcents de son poids ou 10 pourcents de son poids bah de toutes façons si après tu suis ce que l'on t'a appris, effectivement de 0 à 5 tu restes à la maison, de 5 à 10 ça dépend, et au dessus de 10 tu les envoies c'est sûr, donc si tu fais comme cela... » (Paris V novice),

« De toutes façons on a le savoir sur les grosses maladies. Non pas que des trucs aigus, [...]. On a des profils très établis dans la tête et du coup voilà » (Paris V intermédiaire),

« On se rend compte qu'elle prend la Ventoline genre trois fois par jour et que son asthme n'est pas du tout équilibré » (Paris V novice).

Bien que les situations rencontrées regroupent des plaintes concernant différents champs de compétence, la prise en compte de l'ensemble des plaintes émerge plutôt en niveau intermédiaire lorsque l'interne prend plus de place dans la prise en charge globale du patient.

« [...] un peu de précarité, de prise en charge des soins , chez quelqu'un qui n'a pas de prise en charge sociale, qui n'a pas de lieu de vie, pour l'hospitaliser, du coup c'était très compliqué » (Paris V intermédiaire).

Se rassure avec des examens complémentaires

A ce stade; l'interne inscrit sa pratique dans une démarche centrée sur la maladie, avec une prescription d'examens complémentaires de manière plutôt systématique.

« C'est la première consultation de débrouillage, c'est un diagnostic, c'est

urgent et ensuite c'est prescrire des examens complémentaires, on peut approfondir le dossier par la suite » (Paris V novice),

« Une dame qu'on voit aux urgences, bah il y a plein d'autres choses qui peuvent faire mal au ventre et qui peuvent faire des vomissements, donc je vais forcément lui faire des béta HCG, je vais lui faire un ionogramme sanguin, je vais lui faire des transaminases, je vais lui faire une BU, je vais lui faire je ne sais pas quoi, un ECG » (Paris V novice).

En revanche, au cours des discussions, les internes ne mentionnent pas le fait de justifier la pertinence des examens complémentaires. En effet, ils évoquent plutôt l'importance de proposer un diagnostic ou d'éliminer une urgence et en appellent à l'obligation de moyens.

Demande de l'avis de d'un tiers

A ce stade de la pratique, il est attendu et normal que l'interne sollicite l'avis de ses pairs et doute de sa pratique. Il a recours à la supervision de son chef et demande fréquemment confirmation quant à la prise en charge adaptée.

« Avant d'avoir fait la pédiatrie, je pense que j'envoyais très très facilement aux urgences » (Paris V novice),

« On a toujours un senior au-dessus à qui on peut se référer et quand on a un doute pour ça y a pas de souci » (Paris VII novice).

Difficulté à hiérarchiser

Alors qu'il apprécie la multitude des plaintes, les accepte et organise une prise en charge adaptée, en niveau novice, le jeune médecin constate la difficulté de hiérarchiser en dehors

de l'urgence. Il se trouve confronté à la notion de gestion du temps et peine encore à reporter les prises en charge.

« Enfin voilà, du coup j'ai eu un peu de mal à hiérarchiser les choses puis à expliquer correctement » (Paris V novice).

Aborde les problématiques psycho-sociales

Cependant, contrairement à ce qui est attendu par le CNGE, les novices ont conscience des demandes de nature psychosociales et tentent d'y répondre. En effet, dès le niveau novice, il est confronté à un besoin d'aller au delà de la demande et en éprouve des difficultés.

« Donc parfois dans les soins de premiers recours, il n'y a pas forcément que des demandes immédiates, il se cache des choses derrière où l'on se sent un peu impuissant » (Paris V novice),

« Si sa dernière consultation c'était il y a dix ans, c'est sûr, je vais lui demander si elle prend la pilule, si elle a un suivi gynécologique, qu'est-ce qu'elle fait comme travail, je vais la peser, enfin je ne sais pas. Si je la vois deux/trois fois par an pour une gastro ou un rhume, si je la connais... » (Paris V novice),

« Il y a également la relation avec le patient, il y a tout le côté relationnel qui est abordé et donc expliquer à la patiente ce qui fallait faire, ce qui est le mieux pour elle quoi » (Paris V novice).

3.3.3 Repère les grandes urgences vitales

L'interne effectue des gestes d'urgence et évoque des situations d'urgence. Il est très attentif à ne pas passer à côté d'urgences vitales.

« Parce que lorsque l'on est seul, faut que tu fasses la part des choses urgentes pas urgentes, et comment je gère » (Paris V),

« [...] tout ce qui est sur infarctus, AVC, tout ça on sait très bien gérer, mais quelqu'un arrive av 0000ec le SAMU, tu traites l'urgence » (Paris V novice).

Comme attendu à ce niveau, il sous estime la prévalence et surestime la gravité. En milieu hospitalier, il évoque en premier lieu les diagnostics graves.

« D'éliminer certains diagnostics. Ne pas passer à côté de quelque chose. Pour éliminer des diagnostics urgents » (Paris V novice),

« Quel que soit l'âge, quel que soit le contexte et quel que soit le type de douleur, même si c'est flagrant que c'est une douleur pariétale, j'envoie aux urgences » (Paris V novice).

Cependant, il que sa démarche s'inscrit dans un contexte particulier et répond au cadre de la gestion de l'urgence. Il parvient à se projeter dans sa pratique future et conçoit qu'elle différera de celle actuelle.

« La démarche que j'ai lorsque je suis aux urgences et lorsque je suis en cabinet de ville, la démarche diagnostique n'est pas la même » (Paris V Novice).

3.3.4 S'interroge sur sa capacité à faire face au champ d'activités possibles

Comme attendu, l'interne dès le début de sa pratique s'interroge sur celle-ci.

Limites de la formation théorique

Il a conscience que sa formation initiale ne lui permet pas de répondre de manière satisfaisante aux plaintes indifférenciées.

« Ce qu'on nous apprenait en théorie à la fac et en fait allier les deux ça a été au début difficile » (Paris VII intermédiaire).

Cependant, cette expérimentation *in vivo* de compétence théorique est également évoquée aux niveaux intermédiaires et compétents.

Inquiétude face à ses responsabilités

Les différentes situations mentionnées illustrent les difficultés face à la multitude de situations et ses responsabilités nouvelles.

« Je trouve que quand même ce qui est un peu difficile, et je me demande comment réussir à gérer ça, c'est de continuer à faire de la bonne médecine, avec des consultations aussi courtes » (Paris V novice),

« Il faut vraiment bien se débrouiller ça fait un peu peur, parce qu'il faut être au point sur plein plein de choses... On est en face de trucs graves, des trucs pas graves, des trucs spécialisés [...] » (Paris V intermédiaire).

Il manifeste une gêne face à l'incertitude.

« Si mais le problème c'est lorsque l'on ne sait pas de quelles compétences ça relève! Si c'est quelqu'un qui vient avec un truc complètement farfelu... Et puis parfois ce n'est pas qu'on ne sait pas ce qu'il a, c'est aussi parfois que ça ne correspond à rien » (Paris V intermédiaire).

Dès le niveau novice, les internes manifestent leurs difficultés à négocier et convaincre le patient.

« Il y a une grande partie de la visite qui était en fait dédiée à de la négociation avec la patiente » (Paris V novice).

Les internes de stade novice évoquent fortement le doute et les difficultés de communication qu'ils peuvent rencontrer. Ils sont déjà confrontés à des situations complexes qui dépassent le strict domaine biomédical et commencent à trouver les outils pour y répondre.

3.3.5 Tableau comparatif des compétences au niveau novice

3.4 Niveau intermédiaire

Le CNGE attend des internes de niveau intermédiaire une prise d'autonomie, s'appuyant sur une meilleure confiance en soi.

3.4.1 Fait un lien entre la théorie et la pratique

Les internes décrivent les difficultés de confronter les savoirs théoriques aux tableaux cliniques rencontrés.

« C'est jamais vraiment comme dans les bouquins bon on tâtonne un peu »
(Paris VII intermédiaire),

« C'est quelque chose que j'avais euh enfin qu'on m'avait jamais appris et que théoriquement on savait inscrire des patients dans un réseau mais sur dans les faits » (Paris VII intermédiaire).

Chapitre 3. Résultats

Compétences CNGE	Résultats des <i>focus-groups</i>
Notion des compétences	<i>Non évoqué</i>
Accepte a minima le projet de formation	Formation perçue comme inadaptée
Envisage de couvrir l'ensemble du champ MG	<i>Non évoqué</i>
A conscience de la diversité des situations rencontrées	Evoque des situations fin de vie, biomédicales, conflictuelles, précarité, problèmes non médicaux
Supporte une part d'incertitude	Difficulté à gérer l'incertitude
Début de questionnement sur sa pratique	Doutes et inquiétudes sur sa pratique
Accepte toutes les plaintes	Identifie les plaintes non médicales
Tente de répondre à toutes les plaintes	A conscience de la difficulté de hiérarchiser
Recueille l'ensemble des plaintes, l'examen, les décisions	Exemples de situations avec plaintes variées
Explique les grandes lignes de sa démarche	Difficulté de délivrer l'information au patient, communication difficile
Justifie la pertinence des examens complémentaires	<i>Non évoqué</i>
Repère les grandes urgences vitales	Repère l'urgence
Surestime la prévalence des urgences	Peur de passer à côté de l'urgence
Réalise un certain nombre de gestes d'urgence (carnet de gestes)	Quelques gestes évoqués
S'interroge sur l'amplitude du champ d'activité Diversité des situations rencontrées	Accepte de ne pas savoir, nécessité de FMC
Adresse le patient au moindre doute Nombres de recours externes	Difficulté à prendre une décision, recours au sénior
Gène face à l'incertitude	Problème majeur lié à l'incertitude et la prise de décision (en situation d'urgence, décision d'hospitaliser)
	Compétence anticiper, prévention

Figure 3.2: Tableau comparatif des compétences CNGE et *focus-groups* au niveau novice. Les zones grisées correspondent aux compétences non acquises.

3.4.2 Adhère au projet de formation, investissement personnel

En stage de niveau 1, la pratique est celle de médecine générale et la formation prend une valeur particulière car elle couvre le domaine spécifique de la médecine générale. L'investissement et l'adhésion prend alors tout son sens. A travers son investissement personnel et en terme de temps, l'interne montre son engagement dans le processus de formation.

« Toutes les femmes battues qu'on recevait aux urgences que je trouvais qu'on recevait pas bien, enfin, qu'on était pas bon aux urgences en fait je me suis rendu compte j'ai commencé à en recevoir après je me suis dit, après voilà j'ai un peu lu des trucs là-dessus » (Paris VII intermédiaire).

3.4.3 Travaille avec d'autres intervenants

La notion de travail en réseau est présente dès le niveau novice puisque l'interne sollicite des avis, écrit des courriers et discute du patient. En stage de niveau 1, il devient acteur de ce réseau et prend une place plus importante dans cette triangulaire, mettant en rapport le patient et les autres professionnels. Il prend conscience de l'importance du réseau et des correspondants.

« Moi je me suis rendu compte que l'outil le plus important qu'on ait c'est quand même notre carnet d'adresse quoi mais franchement ça va de la kiné l'infirmière le spécialiste enfin tout » (Paris VII intermédiaire),

« [...] voir que des gens qui se réunissent pour réfléchir ensemble à comment améliorer le quotidien de personnes en difficultés, d'ailleurs des difficultés très diverses » (Paris VII intermédiaire).

3.4.4 Accepte les particularités individuelles et de situation

Accueille les demandes implicites et explicites en prenant en compte l'individu

A partir du niveau intermédiaire, l'interne doit tenir compte de l'influence de la personnalité, des antécédents et du contexte de vie du patient. L'interne a conscience de la signification des plaintes et essaye de les interpréter dans leurs contextes.

« Dans le premier recours, il y a aussi le premier lieu où l'on peut venir en cas de détresse. Ce n'est pas forcément une détresse médicale ou typiquement organique, mais c'est aussi la première personne à qui s'adresser dans une situation qui n'est pas forcément médicale » (Paris V intermédiaire),

« [...] ça marche avec certains mais, (plusieurs parlent en même temps) ce n'est pas toujours adapté aux patients qu'on a devant soi » (Paris V intermédiaire).

Adapte sa démarche avec une volonté de résolution de problème

Prenant en considération l'individu et le contexte, le médecin doit adapter sa prise en charge et essayer de rester efficace dans la situation imposée. Les internes ont conscience de cette difficulté et y répondent parfois avec succès mais se heurtent à des échecs.

« Si vous voulez qu'on fasse bien les choses, on fait ça de façon différée. Vu qu'il y a des choses qui ne sont pas urgentes, vous choisissez ce qu'il vous paraît le plus important pour vous » (Paris V intermédiaire),

« [...] définir ce qui est réalisable pour le patient aussi et ce qui est un peu moins réalisable » (Paris V intermédiaire),

« Mais des fois aussi les démarches, ça peut mettre un certain temps à les admettre sur le coup il faut savoir patienter » (Paris V intermédiaire),

« Donc savoir s'adapter aussi, savoir à qui on a à faire et s'assurer de la compréhension » (Paris V intermédiaire).

Expliquer un diagnostic de situation et les pistes de solution au patient

Au niveau intermédiaire, les internes ont appris à s'adapter au patient et à l'inclure dans leur démarche décisionnelle.

« [...] ce que j'ai dit, c'est : je ne sais pas ce que vous avez, ça peut être telle ou telle chose, de toute manière pour faire avancer les choses, il faut que vous alliez à l'hôpital » (Paris V intermédiaire),

« Je n'ai pas laissé tomber le truc, j'insistais, j'expliquais, avec plusieurs approches différentes pour lui faire comprendre qu'elle n'avait pas trop le choix en fait, mais j'ai quand même été étonné qu'elle ait fait la démarche » (Paris V intermédiaire).

Différencie urgence réelle et urgence ressentie

On s'attend à ce qu'il se sente plus à l'aise dans la gestion des urgences, apprécie mieux les prévalences, et la gravité des situations ressentie par le patient et le médecin. Les remarques des internes montrent qu'ils essaient de rassurer le patient en cas d'urgence ressentie.

« [...] d'être simple et rassurant sur les questions des gens » (Paris VII intermédiaire),

« Ça dépend toujours du degré d'urgence. Y'en a je pense que oui, tu peux être, euh, enfin euh, je sais pas, je vais dire, s'il y a un danger vital immédiat, et que la personne s'entête, tu peux lui dire aussi : bon ben voilà, je vous demande pas votre avis » (Paris V intermédiaire),

« Moi, que j'ai eu du mal à gérer au début parce que je me disais : et mince, j'ai cette responsabilité, je suis toute seule, il faut que ce gars aille consulter. Que dois-je faire ? Quels sont les mots à employer ? Pourquoi il ne perçoit pas le danger ? Pourquoi il n'a pas cette notion ? Il y a de la frustration aussi... » (Paris V intermédiaire),

« La plupart du temps tu leur dis que ce n'est pas grave et puis ça suffit » (Paris V intermédiaire),

« [...] mais là la vraie urgence c'était juste de qui soit rassuré » (Paris VII intermédiaire).

Adresse à bon escient, prescrit moins d'explorations

Un des reflets de la prise d'autonomie est que l'interne prescrit de façon plus adaptée et adresse moins fréquemment.

« [...] non ça c'est bon je prends en charge, je vois éventuellement avec un rhumato si je ne m'en sors pas et après on verra » (Paris V intermédiaire),

« [...] la troisième consultation où je l'ai vu, donc là j'avais organisé que le gastro le voit le lendemain, pour que le cardio le voit la semaine d'après » (Paris V intermédiaire),

« [...] j'ai appelé le cabinet de radiologie juste à côté, donc j'ai téléphoné pour savoir s'il pouvait la recevoir pour une écho » (Paris V intermédiaire).

Cette compétence est évoquée par un interne compétent.

« [...] avec des moyens, disons un plateau technique limité, en se basant plus sur l'interrogatoire, l'examen clinique » (Paris V compétent).

3.4.5 Acquisition de hiérarchiser

Confronté à la nécessité de gérer dans une consultation des demandes multiples, les internes de niveau 1 apprennent à hiérarchiser les plaintes. Ils acceptent de repousser la résolution de problèmes non urgent en accord avec le patient.

« mais là aujourd'hui on essaie quand même de hiérarchiser, savoir ce qu'il faut faire dans un temps imparti. Même si souvent c'est un peu difficile, mais déjà moi j'ai appris ça » (Paris V intermédiaire),

« Quand on a un patient qui vient avec 10 motifs qui partent dans tous les sens, c'est vrai que si on écrit tout : problème numéro 1, tac, problème numéro 2, tac, et qu'à la fin on conclue point par point je pense que la consultation est de meilleure qualité. Oui c'est bien de hiérarchiser » (Paris V intermédiaire).

3.4.6 Tableau comparatif des compétences au niveau intermédiaire

3.5 Niveau compétent

Enfin, au niveau compétent, le jeune médecin doit détenir les outils nécessaires pour affronter la vie professionnelle. Ce stade correspond à une autonomie quasi-complète qui implique une maîtrise des compétences médicales, organisationnelles, relationnelles et une certaine confiance en soi.

3.5.1 S'organise pour permettre l'émergence de plaintes

Même s'ils regrettent le manque de temps ou avouent parfois ne pas en avoir le courage, les internes compétents savent qu'il est important de faire émerger les plaintes plus complexes et de s'en donner les moyens. Certains partagent même les stratégies qu'ils utilisent. Ils insistent sur la place de l'écoute attentive et du temps de consultation.

Chapitre 3. Résultats

Compétences CNGE	Résultats des <i>focus-groups</i>
Fait le lien entre théorie et pratique	Difficulté à faire correspondre théorie et pratique
Adhère au projet de formation	Investissement au cabinet, autoformation, analyse de sa pratique
Est en voie d'agir en autonomie / confiance en soi	Manque de confiance en soi, image projetée
Recherche la demande réelle, hiérarchiser sur une demande centrée maladie Est capable d'expliquer les plaintes	Evoquée dès le niveau novice, aller au-delà de la demande, motif caché Gérer les demandes multiples
Adapte sa démarche en fonction du contexte, des antécédents, volonté de résolution de problème Note le diagnostic de situation	S'adapte au patient, tient compte de sa situation
A conscience que plusieurs réponses sont acceptables	Adaptation au patient
Décide sans avoir de diagnostic de maladie et accepte d'en parler au patient Explique au patient un diagnostic de situation	Abordé en niveau novice mais parfois difficulté de faire accepter
Urgence ressentie et urgence réelle	Importance de savoir rassurer
Adresse à bon escient	<i>Non évoqué</i>
Prescrit moins d'examen complémentaires	<i>Non évoqué</i>
Met en place des stratégies de réassurance	Convaincre le patient
Apprécie le champ d'activités et sa capacité d'y faire face	Evoque les situations multiples
Adresse plus pertinemment	<i>Non évoqué</i>
Utilise mieux le système de santé	Découverte réseaux, interactions spécialistes
Identifie les situations qu'il ne peut gérer seul	Situations complexes évoquées, analyse réflexive Inquiétudes sur ses capacités
S'occupe des plaintes et des maladies Importance de dépasser le motif de consultation	Va au-delà de la demande Acquis dès le niveau novice
Actions de prévention Prescriptions d'explorations de prévention	Prévention évoquée comme compétence premier recours

Figure 3.3: Tableau comparatif des compétences CNGE et focus-group au niveau intermédiaire. *Les zones grisées correspondent aux compétences non acquises.*

« Je leur laisse un temps et après ils répondent, comme ça je note les trois/quatre choses intéressantes qu'ils disent,[...] On leur demande : « est-ce que vous avez des problèmes, des questions, des interrogations ? », des trucs comme ça. Et puis est-ce que vous aviez quelque chose d'autre dont il fallait que l'on parle ? » Des choses comme cela. Laisser un temps en parole, ça peut être lorsque l'on rédige notre examen clinique...» (Paris V intermédiaire),

« [...] déjà ça ouvre une porte elles vont pas tout livrer d'un coup ça s'est évident mais déjà ça ouvre une porte et elles savent que c'est un endroit où elles peuvent parler de ça donc ça me paraît être intéressant pour la compétence premier recours » (Paris VII compétent).

En revanche, la notion de permanence de soin n'a pas été abordée.

3.5.2 Fait des diagnostics de situation

Dans sa façon d'évoquer ses difficultés avec les patients, on perçoit que l'interne compétent prend en compte l'individu dans son intégralité et dans son milieu. Il s'appuie sur les éléments recueillis même s'il regrette ne pas avoir une connaissance profonde du patient et de son histoire.

Utilise les ressources du dossier

Cette notion est évoquée lorsque l'interne regrette ne pas avoir les informations nécessaires pour la prise en charge du patient en raison d'un dossier non tenu.

« Et puis du coup cela prend un petit peu de temps, la femme était handicapée, ne se déplaçant qu'en fauteuil roulant, difficile de la convoquer pour pouvoir faire le point » (Paris V compétent).

Prend des décisions en fonction du patient et du coût - efficacité

Si la pertinence des examens est parfois mentionnée, le coût n'a jamais été évoqué et on ne sait pas quelle place prend la politique de santé publique dans les décisions prises.

« [...] mais lorsque tu es tout seul dans ton cabinet, tu dois savoir si justement tu demandes un examen complémentaire ou pas, dans quel délai » (Paris V niveau compétent),

« Jusqu'où je dois me battre pour essayer d'apporter la meilleure solution pour lui, si finalement il a envie de rester vivre à la maison et de revenir aux urgences ? » (Paris V compétent).

Dépasse le motif de consultation en faisant des actions de prévention et de dépistage

La notion de dépistage et de prévention est évoquée dès le stade novice, tous les internes s'accordent sur cet aspect en filigrane dans chaque consultation.

« Le premier recours, pour moi aussi comprend dépistage et prévention » (Paris V intermédiaire),

« Est-ce qu'il y a des conseils faciles à obtenir sur le plan médical, au niveau de la prévention même » (Paris V compétent).

Élargit le champ de compétences

Les internes en fin de cursus ont bien conscience de la diversité des situations à prendre en charge et cherchent à avoir une vision globale du patient.

« Enfin, c'était complexe parce que d'un point de vue médical, c'était plutôt simple mais il y avait beaucoup de choses à faire d'un point de vue de médecine

générale, c'était un peu complexe, parce qu'il y avait autant sur le plan médical que social, et puis même la prise en charge médicale à l'hôpital dès le départ, aussi bien avec l'équipe médicale et paramédicale, c'était délicat » (Paris V compétent),

« et euh voilà la manière dont j'ai fonctionné aussi faisait que j'avais vraiment l'impression de tout prendre en charge par rapport au dépistage, prévention, traitement des symptômes, suivi etc » (Paris V compétent).

Gère les urgences ressenties et fait accepter les décisions

La notion d'urgence ressentie n'est pas évoquée dans les groupes compétents, tandis qu'au niveau intermédiaire ils sont conscients de l'importance d'écouter et de répondre aux demandes des patients.

« Simplement de se rendre compte d'être passé, d'avoir écouté cette demande, ça suffisait et pas forcément une sanction thérapeutique ou autre chose » (Paris V intermédiaire).

3.5.3 Détecte les stades précoces des maladies

Si la notion de diagnostic précoce n'émerge pas, on peut supposer que les actions de dépistage recoupe celle de diagnostic précoce.

« Ce sont des choses qui à mon sens, peuvent être détectés par le médecin généraliste et qui peut être vigilant (...) Et c'est aussi quelque chose que je pense que le médecin généraliste peut être un peu vigilant, à prendre le poids régulièrement, faire des dosages d'albumine » (Paris V compétent).

3.5.4 Autoformation

« En fait, tu es plus pragmatique dans le sens où ce n'est pas forcément que tu as plus de connaissances mais tu sais aller plus vite, où aller chercher » (Paris V compétent),

« Les connaissances théoriques elles changent tout le temps » (Paris V compétent).

3.5.5 Semble plus à l'aise, confiance en soi

Au terme de trois années d'internat, on voit à travers les situations décrites qu'il prend en charge des situations plus complexes avec plus d'autonomie, et a acquis en confiance.

« [...] ça dépend toujours mais euh j'prends plus confiance en moi » (Paris VII compétent),

« [...] je pense notamment à des gestes de gynécologie poser un stérilet ou ce genre de enlever un implant la première fois que j'avais fait ça j'avais dû vraiment chercher charcuter un peu et j'avais eu le recours de de mon prat' et là effectivement l'expérience que l'on acquiert en SASPAS ou peut être que c'est le je me sens plus à l'aise et plus en confiance pour pouvoir les pratiquer seule » (Paris VII compétent),

« [...] c'est vrai qu'on est plus, en tout cas j'me trouve plus sûre de moi » (Paris VII compétent).

Cependant, l'interne de niveau compétent manifeste encore plus de doute. Devant la pression des responsabilités qui vont lui échoir, il semble peu confiant.

« [...] je trouve que l'on fait tous nos stages dans des trucs spécialisés, où en fait il y a déjà quelqu'un qui a dit, « lui, il est malade et lui, il a besoin

3.6. Autres compétences évoquées par les internes

d'être hospitalisé » On n'est pas très bien formé, enfin, dans la formation, on n'intègre pas trop ça je trouve » (Paris V compétent),

« [...] si tu ne sais pas tu peux l'appeler quoi et il y aura toujours quelqu'un pour te répondre et je trouve cela pas mal » (Paris V compétent),

« [...] je suis peut être passée à côté de quelque chose, je n'ai peut-être pas vu la détresse là qu'il y avait » (Paris V compétent).

Demande d'avis pertinente et adaptée

Cette compétence est acquise en niveau intermédiaire et peu évoquée en niveau compétent.

3.5.6 Tableau comparatif des compétences au niveau compétent

3.6 Autres compétences évoquées par les internes

La méthode du *focus-group* laisse une grande liberté de parole puisque les entretiens ne sont pas orientés. Ils permettent ainsi de voir immerger des notions qui n'avaient pas été auparavant cernées. Si les internes évoquent les compétences listées par le CNGE comme acquises ou présentant une difficultés, ils font également affleurer d'autres éléments. Au travers d'exemples de situations rencontrées, on peut identifier d'autres compétences plus ou moins maîtrisées qui représentent une difficulté.

Ces compétences touchent à la communication avec le patient. En effet, ils évoquent notamment la difficulté spécifique de gérer des demandes abusives. Ils se sentent pris au dépourvu et avouent avoir du mal à ne pas satisfaire toutes les demandes des patients qui se montrent parfois revendicatifs. Un autre exemple de difficulté de gestion de la relation est illustré par la problématique de l'intimité avec le patient. Cette question est soulevée au niveau intermédiaire. Les futurs médecins sont gênés de s'immiscer dans l'intimité de leurs patients. Ils s'étonnent de la facilité avec laquelle leurs patients se dévoilent et prennent conscience de leur situation particulière.

Chapitre 3. Résultats

Compétences CNGE	Résultats des <i>focus-groups</i>
Agit en autonomie, assume ses responsabilités	A gagné en autonomie, est effrayé par ses responsabilités
Collabore efficacement avec les intervenants	Maitrise des réseaux, des demandes d'avis, importance du carnet de contacts
S'interroge sur sa pratique	S'interroge sur sa prise en charge, peur de passer à coté...
S'organise pour permettre l'émergence de plaintes	Ecoute attentive, stratégies d'écoute
Organise son agenda et cabinet pour l'émergence des plaintes	Volonté de laisser un temps d'écoute
Fait des diagnostics de situation	Approche centrée patient, adaptation
Renseigne des diagnostics de situation	maitrisée
Résout les problématiques dans un contexte d'incertitude tenant compte des désirs et contexte.	Sait résoudre des problématiques en tenant compte du patient
Hierarchise les problématiques du patient	Bonne hiérarchisation
Utilise le dossier médical	Place du dossier pour prendre décisions
Décision en fonction des désirs du patient	Solution la plus adaptée
Décision rapport coût efficacité	<i>Pas de mention du coût</i>
Dépasse le motif de consultation, actions de prévention	Mise en place d'actions de prévention
Elargit le champ d'activité	Ouverture sur des problématiques variées
Associe dépistage et prévention à la résolution de problèmes	
Gère les urgences ressenties	A l'écoute
Evalue les craintes des patients	Répond aux angoisses du patient
Répond aux urgences ressenties	
Maitrise les techniques de réassurance, annonce mauvaise nouvelle	Stratégies de réassurance
Gère les urgences	
Adresse à bon escient vers urgences ou seconde ligne	Recours externes adaptés
Autonomie, plus à l'aise	Impression globale de confiance mais difficulté à se positionner comme médecin, confiance en soi
Semble plus à l'aise	
Utilise le 1 ^{er} recours comme point d'entrée	
Élargit prévention et dépistage, prise en charge globale	Optique de prise en charge globale, actions de dépistage et prévention

Figure 3.4: Tableau comparatif des compétences CNGE et focus-group au niveau compétent. *Les zones grisées correspondent aux compétences non acquises.*

3.7. Lacunes ressenties par les internes au terme de leur formation

« [...] j'étais effarée de ce que nous donnais les patients c'est-à-dire que ils disent des choses mais des choses tellement intimes et moi la première réaction j'avais l'impression d'être submergée » (Paris VII compétent).

Ensuite, la question de gérer une fin de vie ou de l'annonce d'un diagnostic difficile est également évoquée à différents niveaux.

Par ailleurs, les thèmes de la confiance en soi et de l'image de soi semblent primordiaux pour les étudiants interrogés. Un des éléments qui ressort à plusieurs reprises est la difficulté de gérer et dissimuler ses inquiétudes. Ils se demandent comment un patient pourrait avoir confiance en eux s'ils n'ont pas eux-mêmes confiance en leurs décisions. Ils évoquent également la difficulté de se positionner en tant que médecin. Le contexte de pratique (stagiaire - remplaçant), l'aspect physique (air jeune, vêtements), l'image renvoyée sont autant d'éléments qui ébranlent la position toute puissante que l'interne essaie de construire. Les étudiants estiment que cette image joue sur la confiance que les malades vont leur accorder. Plus la confiance est grande et plus la prise en charge leur paraît aisée.

3.7 Lacunes ressenties par les internes au terme de leur formation

La réalisation de ces groupes inter-étudiants permet de délier les langues et les internes en profitent pour critiquer parfois de façon acerbe leur formation. Ils estiment que certaines carences sont dues à un manque de formation au niveau universitaire.

3.7.1 Biomédical : Pathologies de médecine générale

Les internes constatent que leur formation universitaire ne leur permet pas de répondre à des demandes fréquente en médecine générale qui concernent des pathologies bénignes. Ils regrettent de ne pas avoir de connaissances sur des syndromes spécifiques à la médecine

générale.

« [...] le névrome de Morton, on n'en avait jamais entendu parler avant d'arriver chez un généraliste en dermato, on n'a jamais fait le top 20 des trucs foireux de dermato » (Paris V intermédiaire),

« [...] toute la partie bobologie, que l'on ne connaît pas, enfin moi quand je suis arrivée chez le praticien, ça m'a fait ça, ça me manque quoi. Moi je ne savais pas quoi donner pour un rhume, mais j'étais en galère » (Paris V novice).

Ils souhaiteraient avoir un enseignement plus orienté vers la pratique.

« [...] que on fait dans l'immédiat, pas seulement, ah bah pas seulement donner un antihypertenseur, par lequel on commence, à quelle posologie, lequel est l'équivalent de celui-là » (Paris V novice).

3.7.2 Projection tardive dans la pratique

Les maquettes des deux facultés proposent une formation hospitalière et deux stages en médecine de ville (cabinet ou/et PMI, médecine préventive, maison de retraite, crèche). Cependant, à cause du nombre de postes limité, tous les internes ne pourront effectuer un stage de niveau 2 et parfois, le stage de niveau 1 n'est fait qu'en 3^{ème} année. Les internes regrettent donc de ne rencontrer leur futur exercice que trop tardivement.

« Moi je trouve que le niveau 1, ça serait bien qu'il soit plus tôt. J'aurais bien aimé faire mon stage chez le praticien plus tôt » (Paris V intermédiaire),

« Il y a les externes dans les cabinets maintenant (...) Il était temps. Enfin faire ça pendant l'externat je trouve cela plus opportun, plus logique, enfin quand tu veux faire de la médecine générale. Quand tu as l'intention de travailler en ville, ça paraît tellement logique » (Paris V intermédiaire).

3.8 Moyens de formation évoqués

Les internes évoquent les lieux de formation pendant leur cursus. Si pour certains l'hôpital est un lieu de choix, d'autres estiment que la pratique seul ou en supervision est plus formatrice.

3.8.1 A l'hôpital

« [...] ceux qui veulent faire un ou deux semestres de plus ils peuvent, parce que j'ai l'impression que pour rallonger ton internat en médecine générale » (Paris V novice),

« [...] je suis partisante de profiter au maximum de hôpital et de ce que l'hôpital peut m'offrir. Voilà, je ne voulais pas six mois de ça parce que je pense qu'il y a des choses à apprendre à l'hôpital » (Paris V novice).

3.8.2 Pratique supervisée

« [...] que le SASPAS il est aussi fait pour ça pour nous faire réfléchir à ce qu'on a fait dans la journée ».

3.8.3 Pratique seul

« [...] donc déjà tous les matins j'étais seul dans le bureau, j'ouvrais le cabinet, je voyais les gens, je gérais mais je ne sais pas, ça pouvait être parfois quinze le matin, fallait aussi y aller, et je gérais toute seule et ça c'était super » (Paris V compétent),

« Toute seule c'est plutôt bénéfique parce que ça force un peu à le faire et euh on y arrive quoi ça paraît infaisable et puis finalement on y arrive » (Paris VII compétent).

3.8.4 Autoformation

« En fait, tu es plus pragmatique dans le sens où ce n'est pas forcément que tu as plus de connaissances mais tu sais aller plus vite, où aller chercher » (Paris V compétent).

3.9 Autres données recueillies

Les discussions entre internes permettent d'identifier les compétences acquises à chaque niveau. Les internes révèlent les situations considérées comme difficiles et les acquisitions dans leur cursus. Par ailleurs, la liberté de parole accordée permet d'ouvrir la question, notamment en mentionnant les limites de la formation hospitalo-universitaire. En effet, les internes sont critiques sur la formation dispensée. Les internes revendiquent le besoin de poursuivre leur formation théorique. La durée de l'internat fait débat : certains trouvent la formation trop longue, les autres, au contraire, aimeraient pouvoir faire un ou deux semestres supplémentaires pour acquérir d'autres connaissances plus spécialisées (par exemple en rhumatologie ou en gynécologie). Les stages hospitaliers sont reconnus comme formateurs et adaptés à la médecine générale. Les internes ajoutent que le stage au cabinet permet de mettre en pratique un savoir théorique, à l'adapter à chaque type de situation, à chaque patient.

Ils regrettent que le stage ambulatoire de niveau 1 ne puisse pas se faire systématiquement en deuxième ou troisième semestre. Ils s'accordent sur le fait que ce stage permet aux internes de pointer les lacunes rencontrées dans l'exercice de la médecine générale et combler ces lacunes dans les prochains stages.

Les étudiants sont aussi amenés à évoquer les difficultés liées au statut de médecin généraliste. Les internes font le constat que lorsque les spécialistes ont à faire à une problématique qui n'appartient pas à leur champ de compétence, ils renvoient aisément le patient vers son médecin traitant. De même, ils regrettent que les médecins hospitaliers ont tendance à ne pas prendre en compte les problèmes sociaux et familiaux et renvoient les

patients à leur médecin traitant. Ils pointent ainsi l'une des difficultés et des particularités de la Médecine générale : assurer une prise en charge globale du patient quelque soit le type de demande médicale initiale. Ils mentionnent également leur frustration en tant que remplaçant et expriment un désir de suivre leurs patients au long cours. Enfin, ils expriment également la nécessité d'accepter l'idée de ne pas tout connaître et de reconnaître les limites de son savoir.

3.10 Synthèse des résultats

Le tableau comparatif résume les résultats obtenus dans les différents niveaux. Il met en parallèle les niveaux de maîtrise attendus et observés en fonction du niveau (novice, intermédiaire, compétent) pour les compétences définies. Les compétences ont été organisées en sous-groupes en fonction de la correspondance entre le niveau attendu et observé. Ainsi on verra d'abord les compétences pour lesquelles le niveau attendu correspond à celui observé puis celles pour lesquelles la maîtrise est plus précoce dans les *focus-groups* puis les compétences pour lesquelles les internes ont un retard voire une absence de maîtrise de la compétence. Le dernier sous-groupe correspond aux compétences pour lesquelles une absence de données empêchait de conclure.

Chapitre 3. Résultats

Compétences attendues par le CNGE	Novice	Intermédiaire	Compétent
Adéquation entre les compétences attendues et celles observées dans les <i>focus-groups</i>			
Intérêt d'une formation spécifique			
Apprécie le champ des compétences			
Utilise le dossier			
Accepte les plaintes biomédicales			
Gestion de l'urgence			
Réalise des gestes			
Sait orienter, adresser			
Approche globale			
Tient compte de la prévalence			
Utilise le dossier pour comprendre situation			
Agit en autonomie, responsabilité			
Ecoute attentive			
Met en place un suivi			
Compétences acquises plus précocement selon les <i>focus-groups</i>			
Hierarchise les plaintes			
Identifie la demande réelle			
Gère la notion d'urgence ressentie			
Prend en compte le contexte, s'adapte			
Volonté de résolution de problème			
Organisation, gestion du temps			
Met en place des actions de prévention			
Compétences attendues non acquises selon les <i>focus-groups</i>			
Accepte une part d'incertitude			
Confiance en soi			
Compétence non mentionnée dans les <i>focus-groups</i>			
Diagnostic précoce	?	?	?
Demande d'avis pertinente	?	?	?
Permanence des soins	?	?	?

Légende

Compétence acquise	CNGE
	<i>Focus-groups</i>
Compétence partiellement acquise	CNGE
	<i>Focus-groups</i>
Compétence insuffisamment acquise	CNGE
	<i>Focus-groups</i>

Figure 3.5: Tableau comparatif des compétences attendues par le CNGE avec celles observées dans les *focus-groups*.

Chapitre 4

Discussion

4.1 Validation des niveaux de compétences et indicateurs du CNGE

4.1.1 Validité externe

L'analyse comparative entre les données recueillies par *focus group* et les compétences définies par le CNGE a pour but de tester la validité externe de ces compétences. Au regard des résultats décrits dans le chapitre précédents, nous pouvons confirmer qu'il existe bien une correspondance entre les compétences théoriques et celles acquises en pratique. On constate en effet que les internes reprennent - parfois sous des termes différents - les compétences attendues. A travers les expériences évoquées par les internes, nous avons pu identifier les interrogations, les difficultés ressenties ainsi que les compétences déclarées acquises selon les niveaux. Notons que les internes peuvent considérer certains domaines comme non acquis, alors que leurs récit prouve le contraire. Il apparaît donc que les internes n'ont pas nécessairement conscience d'avoir acquis certaines compétences et qu'une démarche qui aurait consisté à demander directement à l'interne s'il possédait telle ou telle compétence, aurait largement sous-estimé son niveau.

Concernant les niveaux et les indicateurs

Il existe une grande similitude entre les compétences attendues aux niveaux établis et celles objectivées. Concernant la nécessité d’embrasser tout le champ de la médecine générale et d’accepter toutes les plaintes, les internes découvrent rapidement qu’il leur faudra dépasser le champ biomédical s’ils veulent avoir une prise en charge globale de leur patient. Dès le niveau novice, ils se retrouvent face à des demandes qui sortent du cadre médical et s’en trouvent désarçonnés. Cette surprise est compréhensible puisque ces étudiants se sont construits pendant leur deuxième cycle autour de certitudes basées sur leurs connaissances biomédicales. Ils se heurtent en troisième cycle à l’incertitude qu’induit la prise de décision et voient leur champ d’action s’élargir au champ médico-psycho-social. Au fur et à mesure, ils acceptent de prendre en charge ces plaintes, ils s’attachent, au niveau compétent, à créer un cadre qui permet à des demandes moins explicites d’émerger. On peut noter cependant une variabilité individuelle à répondre à ces demandes. En effet, certains internes sont plus réfractaires à ouvrir leur consultation sur des champs plus personnels et éloignés du biomédical.

La même évolution est constatée en ce qui concerne les diagnostics de situations dans une stratégie de résolution de problème. Comme attendu par les enseignants du CNGE, les internes de niveau novice tentent de répondre à toutes les plaintes dans la même consultation. Les internes de niveau intermédiaire ont mis en place des stratégies pour différer les plaintes moins urgentes. Au niveau compétent, les internes peuvent gérer leur consultation en hiérarchisant les plaintes et organiser leur temps pour répondre de façon satisfaisante sans en ressentir une frustration.

Dans l’optique d’une prise en charge globale du patient, les internes évoquent rapidement la nécessité d’aller au delà de la demande. Ils se familiarisent avec les notions d’urgences ressenties et de demande cachée. La maîtrise de cette compétence est obtenue dès le niveau intermédiaire. La nécessité d’aller au delà de la plainte amène les futurs médecins à intégrer une approche de prévention dès le contact de premier recours. Cette conscience de l’importance des actions de dépistage est rapportée dès les niveaux novices mais mieux maîtrisée dans les niveaux supérieurs.

La notion de diagnostic de situation apparaît dans les groupes novices mais représente

4.1. Validation des niveaux de compétences et indicateurs du CNGE

une difficulté. En effet, les internes conçoivent la nécessité de s'adapter au patient mais en éprouvent des difficultés. Dans les niveau intermédiaires et compétents, la capacité à s'adapter à une personnalité, un contexte est souvent acquise même s'il reste certaines situations complexes où le jeune médecin peine à négocier ou convaincre le patient.

Comme attendu, au début de leur pratique, les internes ont de grandes difficultés à accepter l'incertitude diagnostique. Il demeure cependant un décalage entre les compétences attendues et celles objectivées puisque les internes de niveau compétent sont gênés pour communiquer avec le patient en absence de diagnostic de certitude. Même s'ils arrivent à mettre en place des stratégies de réassurance, leur manque de confiance en soi constitue un obstacle dans leur relation avec le patient.

La compétence liée à la gestion de l'urgence est rapidement abordée au cours de l'internat. Comme attendu, les internes commencent par surestimer la prévalence de l'urgence. La structure et leur mode de pratique dans les premiers semestres les poussent à ne pas réfléchir en terme de prévalence mais de gravité. Ils mettent alors du temps à se défaire de ces réflexes. C'est seulement aux niveaux intermédiaires et compétents qu'ils commencent à réfléchir en terme de fréquence - sans pour autant négliger les urgences vitales.

En ce qui concerne la relation avec les autres intervenants et la mise en œuvre de réseaux, cette compétence est utilisée dès le niveau novice puisqu'elle fait partie du quotidien de l'interne. En effet, pour fonctionner aussi bien aux urgences qu'en hospitalisation, l'interne sollicite les avis de ses chefs puis ceux d'autres spécialistes. Il adapte ensuite cette compétence à la pratique en cabinet et s'attache à répondre aux demandes des patients en sollicitant les intervenants nécessaires quand cela lui est utiles. Avec l'expérience, il peut constater qu'il a moins besoin d'avis.

Enfin, on peut constater que la confiance en soi reste un problème à tous les niveaux. Même si les internes constatent une amélioration grâce à leur formation supervisée, ils mentionnent qu'ils ont du mal à assumer leurs nouvelles responsabilités. La fonction qui leur incombe prend tout son sens en situation d'autonomie et les décisions sont plus lourdes car ils en connaissent la force. Ils sont alors plus critique par rapport à leur prise en charge et plus exigeants.

Il ressort des *focus groups* que si les compétences des internes semblent correspondre à celles définies par le CNGE, il apparaît cependant que les indicateurs proposés pour les évaluer ne sont pas ressortis lors des discussions. En effet, on peut constater qu'il n'est pas fait mention d'items tels que « justifier d'examens complémentaires », « expliquer une démarche diagnostique », « justifier la réalisation d'examens », « prescrit moins d'examens ». D'autres indicateurs sont cependant évoqués et valident l'acquisition des compétences. En effet, dans leurs récits, les internes évoquent des situations et des expériences qui illustrent des compétences acquises.

4.1.2 Explications des différences observées

On peut expliquer que certains indicateurs ne sont pas évoqués car ils correspondent à des aspects pratiques. Les discussions ne font pas ressortir certaines informations pragmatiques et seule une observation directe ou un interrogatoire explicite permettrait de valider ces indicateurs. L'approche par *focus-group* ne permet pas d'être exhaustif dans les réponses apportées aux questions posées. En effet, les *focus-groups* étant menés sans questions précises, les groupes n'étaient pas orientés pour valider ces indicateurs.

Un autre facteur à prendre en compte est lié aux éléments rapportés par les internes. En effet, on peut estimer que les étudiants ne vont pas mentionner des compétences qu'il ont acquises et intériorisées. Par exemple, la pertinence d'un examen complémentaire n'est pas forcément évoquée car il semble aller de soi qu'elle est acquise. De la même façon, la compétence geste technique réalisé dans le contexte d'urgence n'est que peu mentionnée car elle fait partie des compétences déjà acquises pendant l'externat et mises en pratiques.

4.2 Les limites de l'étude

La recherche qualitative présente un véritable intérêt par rapport à la recherche quantitative, en particulier, elle permet de choisir un critère de jugement principal en rapport avec le ressenti. Elle permet, par exemple, d'étudier une opinion générale. Par ailleurs, elle

permet d'obtenir des résultats en observant une population moins grande. Cette approche a néanmoins ses limites, d'une part car les faits observés ne sont pas quantifiables et d'autre part parce que la recherche qualitative est particulièrement chronophage. Nous avons déjà justifié plus haut notre choix d'une méthode de recherche qualitative. Nous allons à présent analyser les difficultés et les biais rencontrés lors de notre travail.

4.2.1 Limites inhérentes à la technique des *focus-groups*

Biais de recrutement

Le recrutement se faisant sur la base du volontariat, on ne peut exclure que les participants ne présentent des caractéristiques communes sélectionnées par le mode de recrutement. De plus, les internes n'ayant pas répondu pourraient être moins préoccupés par les thématiques liées aux compétences. Afin de ne pas attirer spécifiquement les internes les plus intéressés, nous avons rédigé les courriers électroniques de participation sans en dévoiler le sujet précis. On remarquera également une proportion plus importante de femmes chez les participants, mais qui ne semble être que le reflet de la population actuelle des internes en médecine. Par ailleurs, il ne semble pas exister de profil prédominant chez les internes analysés.

Limites liées aux guides d'entretien

Une autre limite est due à l'élaboration des guides d'entretien qui servaient de trame pour les discussions. En effet de ces guides dépend le déroulement des séances. En ce qui concerne les guides d'entretien, ils ont été élaborés par les membres du CNGE dans le but même de réaliser les *focus-groups* dont l'analyse fait l'objet de nos travaux. Ils sont donc adaptés aux entretiens réalisés et tendent à orienter les discussions sur les questions d'intérêt. Il est crucial que les questions ne soient pas trop directives afin de ne pas induire les réponses escomptées. Cette liberté de parole, inhérente aux *focus-groups* augmente les risques de s'éloigner du sujet. Rappelons que nous ne cherchons pas à avoir un grand nombre de réponses identiques, puisque c'est justement la richesse de ces

réponses qui augmente la puissance des études qualitatives.

Limites dans le déroulement des séances

Dans la mesure où l'on s'intéresse à la dynamique des séances collectives, cela implique de modérer a minima les échanges du groupe. Dans ce cadre, nous avons pu constater que certains internes participaient davantage que les autres sans pour autant qu'il ne se forme de « leader d'opinion ». En revanche, certains participants n'ont que très peu exprimé leurs idées ou réagi à celles des autres. Dans chacun des groupes au moins l'un des participants n'a que très peu participé aux discussions sans que l'on ne puisse réellement en déterminer la cause : désintérêt du sujet, fatigue ou paresse, timidité, accord ou désaccord complet avec le sujet ou les opinions émises, etc...

Biais de recueil

L'interaction créée par l'animateur lors des *focus-groups* peut induire une orientation des réponses données par les participants. Il est en effet indispensable de guider les participants vers le sujet étudié sans orienter leurs réponses, sans les influencer dans leurs récits. Cependant, on peut imaginer que certains étudiants, par crainte d'être jugés, n'ont pas osé faire part de leurs difficultés ou de leur critiques. Nous avons essayé de laisser une liberté suffisamment grande aux groupes pour que chaque participant puisse donner son opinion ou effectuer les remarques qui lui tenaient à cœur tout en gardant à l'esprit la question étudiée et sans qu'il y ait trop de digressions. Le caractère décontracté de la séance était naturellement propice à faire déborder les discussions hors du cadre initialement envisagé. Dans la mesure du possible, c'est-à-dire lorsque le temps restant nous le permettait, nous avons autorisé ces débordements afin de ne pas passer à côté d'une information nouvelle. Gardant à l'esprit le travail d'analyse et de codage des entretiens, nous avons fait reformuler à haute voix certains des commentaires des internes afin d'être certain d'en avoir bien compris le sens. Cela a permis de lever certaines ambiguïtés, lorsque la remarque d'un participant n'était pas formulée clairement. En pratique, cette discussion « entre internes » a permis de faire émerger des critiques qui

témoignent de la franchise dans les échanges recueillis.

4.2.2 Limites dans l'analyse des données

La retranscription

Il est très important de retranscrire les échanges avec la plus grande rigueur possible. Pour cela, nous avons retranscrit mot pour mot l'intégralité de chacun des entretiens. La reformulation était tentante car la retranscription écrite d'un discours oral met en relief la familiarité du langage oral, riche en termes familier ou argotique, fautes grammaticales, formulations étranges. De plus, les interactions au sein du groupe amènent régulièrement à des propos interrompus. Lors des séances, le sens des discussions était très clair, et nous avons choisi de ne pas compléter la retranscription par des notes explicatives. Ce choix a l'inconvénient de ne pas guider le lecteur étranger aux *focus-groups* mais présente l'avantage de ne pas modifier le sens des répliques. Le fait d'avoir participé à toutes les séances et d'en avoir écouté attentivement les enregistrements nous a permis de coder ces échanges en gardant à l'esprit leur sens.

Reproductibilité de la technique du codage

La technique du codage nous a été enseignée à tous, en même temps, et par le Docteur Aubin-Auger. M^{elles} Pauline Ridel et Laure Perrot ont analysé les groupes de Paris VII sous le rétrocontrôle du Docteur Isabelle Aubin-Auger. M^{elle} Chansel Géraldine et M. Grégoire Dumont ont assuré l'analyse des groupes de Paris V guidés par M^{elle} Pauline Ridel. Une lecture croisée, certes très coûteuse en temps mais nécessaire à l'objectivité des résultats, a ainsi été effectuée pour chacun des *focus-groups* analysés. Tous ces travaux de relecture ont été réalisés dans le but d'optimiser la reproductibilité de nos résultats. Les résultats d'une recherche qualitative n'étant pas des valeurs cartésiennes, une objectivité maximale dans les résultats traduits de la recherche est gage de qualité et de reproductibilité du travail en question.

4.2.3 Représentativité des résultats

Biais de puissance

Dans la mesure où notre étude n'a pu inclure que 6 *focus-groups* (soit 43 étudiants), nous ne sommes pas arrivés à saturation des données. Par conséquent, les résultats n'apportent pas la crédibilité espérée. Cependant, les similitudes des résultats entre les *focus-groups* de Paris V et de Paris VII montrent que ces données présentent tout de même un intérêt. Ces résultats lancent quelques pistes et on peut imaginer que des travaux pourront être poursuivis pour confirmer les compétences et niveaux établis. Il convient d'admettre qu'une série de trois autres *focus-groups* aurait permis de confirmer le caractère significatif de nos résultats.

Biais de sélection

Concernant la comparaison entre les données du CNGE avec celles des *focus-groups*, des citations ont été sélectionnées pour illustrer les compétences évoquées. Certaines compétences étaient considérées comme acquises car mentionnées par un ou deux internes. cependant, on peut s'interroger sur l'extension de ces compétences à tous les étudiants du groupe. A l'inverse, dès qu'une difficulté était mentionnée, elle pouvait être généralisée à l'ensemble des internes du même groupe particulièrement si elle n'était pas contrebalancée par une opinion contraire. Nous n'avons pas pondéré les différentes réponses en fonction du nombre de fois qu'il en avait été fait mention car il était difficile de faire un lien entre l'importance de l'élément et sa récurrence. En effet, les internes pouvaient faire mention de données assez attendues de multiples fois. C'est parfois un concept mentionné une unique fois nous a à l'inverse semblé plus pertinent et a permis de marquer une avancée dans la discussion. On peut donc signaler un biais de sélection qui consiste à faire matcher les compétences définies par le CNGE. En effet, en cherchant à faire correspondre les caractéristiques retrouvées chez les internes avec celles des enseignants du CNGE, on risque de perdre les informations qui ne vont pas dans le sens d'une correspondance vraie.

4.3 Perspectives

Cette première analyse valide les niveaux de compétences établis par les enseignants du CNGE. Cependant, les indicateurs n'ont pu être tous objectivés. On retrouve les compétences mentionnées par des internes aux niveaux correspondants. Du fait de la méthode qualitative employée, on ne peut apporter de données chiffrables pour renforcer une impression générale.

On peut proposer une autre étude qui s'appliquerait à renseigner directement les indicateurs recherchés sur une population choisie de façon aléatoire. Il s'agirait de prendre en compte les éléments rapportés mais aussi les compétences observables (en supervision directe ou à travers les traces produites). Par ailleurs, on peut regretter de ne pas avoir cherché à recueillir l'avis des jeunes médecins en début d'exercice. En effet, ils sont ceux qui voient leurs compétences acquises confrontées à l'exercice de leur métier. Ils peuvent donc souligner des manques dans leur formation et permettre ainsi de mieux préparer les futures générations dans leur pratique. Une séance de *focus-group* chez les jeunes remplaçants ou jeunes installés apporterait un retour sur l'adéquation entre la formation dispensée et la pratique.

En pratique, les enseignants de médecine générale ont déjà commencé à adopter une approche par le biais des compétences en premier recours pour aborder l'analyse des pratiques. J'ai pu assister à une séance d'enseignement tutorée menée au sein de l'Université Paris V chez des étudiants de première année orientée sur la thématique de compétences en premier recours. La séance se déroulait en deux phases. Les étudiants ont d'abord défini ce que représentait le premier recours et quelles compétences étaient mises en jeu. Après quoi, une mise en situation pratique a conduit à une analyse des pratiques, des difficultés rencontrées. Cette analyse était orientée par des questions centrées autour des compétences premier recours, ainsi, les étudiants pouvaient réfléchir aux compétences mises en œuvre. Les internes observateurs désignés devaient identifier les actions en lien avec la compétence premier recours en utilisant des questions guide:

- quelle est la ou les demandes ou motifs de consultation du patient

Chapitre 4. Discussion

- comment ont-elles été priorisées, hiérarchisées?
- quels étaient les véritables enjeux de la consultation?
- quelles actions ont été entreprises?
- quelles réponses ont été apportées?
- quelles ont été les difficultés de cette consultation?
- pourquoi est-ce une illustration de premier recours?

A l'issue de la simulation de situation de premier recours, les internes ont rapidement évoqué leurs difficultés. En utilisant comme outil les questions et en organisant leur réflexion autour des compétences, la discussion a été pertinente. Les étudiants ont évoqué leur difficulté pour la gestion du temps, leurs difficultés relationnelles avec le patient, leur gêne concernant l'intimité, les problèmes de communication. Ils ont en revanche souligné qu'ils se sentaient à l'aise avec le champ biomédical, la hiérarchisation, l'utilisation du réseau. Les internes se sont interrogés sur leur capacité à gérer tout le champ de l'humain (certains étant visiblement très gênés voire réfractaires à aborder des sujets intimes pour le patient). Cette séance de quelques heures autour d'une situation de soins de premier recours a permis une réflexion et une évolution dans la gestion du patient. J'ai pu constater que le cadre donné par l'identification de compétences facilitait la réflexion et permettait d'extrapoler en élargissant à d'autres familles de situations. On peut imaginer à terme que l'analyse de situations types ou vécues en se centrant sur les compétences mises en jeu pourrait être un bon moyen de rétro-action et d'évolution.

En plus de fournir un cadre théorique commun à l'enseignement, l'élaboration de compétences et d'indicateurs permet de rattacher la pratique hospitalière aux particularités de la médecine générale. En effet, les internes ont eu une formation principalement hospitalière pendant leur externat et leurs stages d'internat. Les questions soulevées et l'approche sont donc éloignées de leur pratique future. En analysant des situations rencontrées en utilisant comme outils les indicateurs de compétences en soins de premier recours, on peut faire un lien entre la médecine générale et la pratique hospitalière. L'étudiant est amené à se poser des questions orientées par une approche de médecine

4.4. Tableau récapitulatif des résultats

	Novice	Intermédiaire	Compétent
Hierarchise les plaintes			
Identifie la demande réelle			
Gère la notion d'urgence ressentie			
Prend en compte le contexte, s'adapte			
Volonté de résolution de problème			
Organisation, gestion du temps			
Met en place des actions de prévention			
Accepte une part d'incertitude			
Confiance en soi			
Diagnostic précoce	?	?	?
Demande d'avis pertinente	?	?	
Permanence des soins	?	?	?

Légende	
Acquisition de la compétence égale au niveau attendu	
Acquisition de la compétence supérieure au niveau attendu	
Acquisition de la compétence inférieure au niveau attendu	
Pas d'information sur l'acquisition de la compétence	?

Figure 4.1: Tableau comparatif des compétences attendues par le CNGE avec celles observées dans les *focus-groups*.

générale. Ce travail est donc primordial afin d'exploiter au mieux les savoirs acquis en stage et pour le préparer à sa pratique.

4.4 Tableau récapitulatif des résultats

La figure 4.1 reprend les différences retrouvées entre le référentiel du CNGE et les compétences objectivées dans les *focus-groups*.

Conclusion

En réponse aux exigences attendues par la société, les départements de médecine générale s'accordent pour homogénéiser la formation et proposer une procédure de certification commune au terme du troisième cycle d'études médicales. Les enseignants ont appréhendé l'évaluation des pratiques dans une approche constructiviste basée sur l'analyse réflexive. Les compétences dans les différents champs de la médecine générale sont destinées à être utilisées dans les facultés de médecine dans toute la France. L'objectif final est de certifier les compétences d'un étudiant et de lui donner les outils pour permettre l'évolution de la qualité pratique. A chaque niveau, différentes compétences ont été définies pour servir de support à la réflexion et à l'évolution des étudiants. En terme de soins de premier recours, les compétences et leurs indicateurs ont été définies pour les niveaux novice, intermédiaire et compétent par les enseignants du CNGE. Le but de cette thèse était d'évaluer la concordance entre les compétences définies par le CNGE et celles effectivement acquises par les internes selon leur niveau. Des groupes de discussion, appelés *focus-groups* ont été dirigés dans les universités Paris V et Paris VII sur les thématiques de compétence en premier recours.

Compte-tenu du nombre limité de *focus-goups* (6 groupes au total soit 43 étudiants), nous ne sommes pas arrivés à saturation des données et les résultats obtenus n'apportent pas la crédibilité escomptée. Les résultats semblent cependant confirmer la validité du document créée par le CNGE. En effet, on constate la maîtrise de la compétence gestion de l'urgence, la prise en compte de toutes les plaintes, l'interaction avec les intervenants, l'acquisition de l'autonomie et la communication aux niveau attendus. La hiérarchisation

Conclusion

et la notion de diagnostic de situation sont mentionnés à des stades plus précoces. On constate également que les internes dépassent le motif principal et mettent en œuvre des actions de prévention à un niveau plus précoce. A l'inverse, on peut constater que la notion de diagnostic précoce et celle de continuité des soins ne sont pas mentionnées par les internes. L'élément le plus inquiétant cependant reste le manque de confiance en soi qui persiste dans les groupes compétents, ainsi que la difficulté à se positionner et à s'affirmer en tant que médecin. Pour atténuer cette donnée, on peut ajouter que cette angoisse peut paraître légitime chez ses jeunes médecins qui se retrouvent face à des responsabilités et des défis de taille.

Ce travail tend à confirmer la pertinence des compétences définies par les enseignants du CNGE. La prochaine étape sera de vérifier si l'utilisation de ces niveaux est possible dans la pratique pour en confirmer le caractère opérationnel. Par le biais du portfolio, regroupant le journal de bord et les traces d'apprentissage, les étudiants pourront justifier de la maîtrise de ces compétences. D'autres universités sont chargées d'étudier les autres champs de la médecine générale définies : la prévention à Poitiers [43], urgences... Ces travaux proposent également de valider les niveaux de compétences établis.

Annexe A

Situations de soins types décrites dans le référentiel métier et compétences des médecins généralistes

1. Patient asthénique
2. Douleurs abdominales chez un jeune adulte, signalées par un appel téléphonique
3. Découverte et prise en charge d'un diabète de type II (50 ans)
4. Adolescente face à la contraception
5. Hématurie aiguë isolée avec brûlures mictionnelles chez femme de 40 ans
6. Homme de 65 ans obèse polypathologique avec BPCO, HTA, épigastralgies et indication de prothèse pour gonarthrose
7. Femme de 58 ans venant consulter pour un bilan de santé compétences requises sont d'ordre relationnel et préventif.
8. Enfant de 20 mois "tout le temps malade" présentant une rhino-pharyngite récurrente

Annexe A. Situations de soins types décrites dans le référentiel métier et compétences des médecins généralistes

9. Homme de 50 ans souffrant d'une pathologie invalidante post accident du travail, chaudronnier
10. Homme alcoolo-tabagique de 48 ans venant de perdre son travail
11. Consultation pour un certificat de non contre indication à la pratique du sport
12. Homme de 70 ans cancer du côlon métastatique traité au domicile
13. Couple octogénaire sans plainte : femme avec troubles mnésiques, homme hypertendu insuffisant cardiaque
14. Plaintes somatiques dans un contexte de conflit conjugal
15. Patiente de 35 ans avec un tableau de dépression itérative
16. Patient migrant accompagné s'exprimant mal en français

Dans chaque situation de compétence, les aptitudes mises en jeu par le médecin sont regroupées en compétences génériques:

- poser un diagnostic global de la situation
- élaborer un projet d'intervention négocié avec le patient suivant les situations
- mettre en œuvre un projet thérapeutique
- effectuer un suivi et assurer la continuité de la prise en charge
- effectuer un suivi en temps différé

Annexe B

Situations de soins à forte prévalence décrites par le CNGE

1. Situation de soins autour de l'éducation du patient dans un contexte de maladie chronique à forte prévalence en médecine générale
 - HTA et pathologies cardio-vasculaires
 - Diabète
 - Asthme
 - Autres
2. Situation autour d'une action individuelle ou collective de prévention
 - Cancers
 - Obésité
 - Autres
3. Situations autour d'un problème d'urgence en rapport avec la médecine ambulatoire ou situation de prise de décision en contexte d'incertitude, très fréquent en médecine

Annexe B. Situations de soins à forte prévalence décrites par le CNGE

générale

- Traumatisme
- Douleur thoracique
- Autres

4. Situation autour d'un problème de santé concernant la personne âgée

- Maintien à domicile
- Problématique de handicaps
- Chute
- Démence
- Iatrogénie
- Accompagnement d'une fin de vie à domicile

5. Situation autour d'un problème de santé concernant la femme

- Contraception
- Ménopause
- Suivi de grossesse
- Pathologie gynécologique
- Autres

6. Situation autour d'un problème de santé impliquant le médecin dans la famille

- Violence
- Pathologies conjugales
- Sexualité
- Sévices

-
- Mesure de protection
7. Situation de prise en charge d'un problème de souffrance psychique
- Anxiété
 - Dépression
 - Tentative de suicide
8. Situation autour d'un problème de santé au travail
- Inaptitude
 - Invalidité
 - Handicap
 - Harcèlement
 - Maladie professionnelle
 - Souffrance au travail
9. Situation clinique évoquant un problème de conflit ou de responsabilité
- Médico-légale
 - Déontologique
 - Juridique
10. Situation relationnelle particulièrement satisfaisante ou difficile
- Patient en deuil
 - Patient revendicatif ou insatisfait
 - Annonce de diagnostic ou pronostic grave
11. Situation autour d'un problème de dépendance
- Alcool
 - Tabac

Annexe B. Situations de soins à forte prévalence décrites par le CNGE

- Cannabis
- Héroïne

Annexe C

Loi Hôpital, Patient, Santé et Territoire: les missions du médecin généraliste

Loi Hôpital, Patient, Santé et Territoire. Art. L. 4130-1. Les missions du médecin généraliste de premier recours sont notamment les suivantes [44] :

- Contribuer à l'offre de soins ambulatoire, en assurant pour ses patients la prévention, le dépistage, le diagnostic, le traitement et le suivi des maladies ainsi que l'éducation pour la santé. Cette mission peut s'exercer dans les établissements de santé ou médico-sociaux;
- Orienter ses patients, selon leurs besoins, dans le système de soins et le secteur médico-social;
- S'assurer de la coordination des soins nécessaire à ses patients;
- Veiller à l'application individualisée des protocoles et recommandations pour les affections nécessitant des soins prolongés et contribuer au suivi des maladies chroniques, en coopération avec les autres professionnels qui participent à la prise en charge du patient ;

Annexe C. Loi Hôpital, Patient, Santé et Territoire: les missions du médecin généraliste

- S'assurer de la synthèse des informations transmises par les différents professionnels de santé ;
- Contribuer aux actions de prévention et de dépistage ;
- Participer à la mission de service public de permanence des soins dans les conditions fixées à l'article L. 6314-1 ;
- Contribuer à l'accueil et à la formation des stagiaires de deuxième et troisième cycles d'études médicales.

Annexe D

Les caractéristiques de la discipline de la médecine générale - médecine de famille - Définition Européenne selon la WONCA - 2002

1. Elle est habituellement le premier contact avec le système de soins, permettant un accès ouvert et non limité aux usagers, prenant en compte tous les problèmes de santé, indépendamment de l'âge, du sexe, ou de toutes autres caractéristiques de la personne concernée.
2. Elle utilise de façon efficiente les ressources du système de santé par la coordination des soins, le travail avec les autres professionnels de soins primaires et la gestion du recours aux autres spécialités, se plaçant si nécessaire en défenseur du patient.
3. Elle développe une approche centrée sur la personne dans ses dimensions individuelles, familiales, et communautaires.

Annexe D. Les caractéristiques de la discipline de la médecine générale - médecine de famille - Définition Européenne selon la WONCA - 2002

4. Elle utilise un mode de consultation spécifique qui construit dans la durée une relation médecin-patient basée sur une communication appropriée.
5. Elle a la responsabilité d'assurer des soins continus et longitudinaux, selon les besoins du patient.
6. Elle base sa démarche décisionnelle spécifique sur la prévalence et l'incidence des maladies en soins primaires.
7. Elle gère simultanément les problèmes de santé aigus et chroniques de chaque patient.
8. Elle intervient à un stade précoce et indifférencié du développement des maladies, qui pourraient éventuellement requérir une intervention rapide.
9. Elle favorise la promotion et l'éducation pour la santé par une intervention appropriée et efficace.
10. Elle a une responsabilité spécifique de santé publique dans la communauté.
11. Elle répond aux problèmes de santé dans leurs dimensions physique, psychologique, sociale, culturelle et existentielle.

Annexe E

Référentiel en soins primaires par Starfield

La fonction de premier contact:

- accessibilité physique, géographique, temporelle et financière;
- aide au patient dans sa trajectoire de soins;
- accueil sans aucune discrimination de tous les âges de la vie, de toutes les conditions de vie et de toutes les populations.

Le rôle de continuité des soins:

- garantie d'une absence d'interruption de la prise en charge des patients ou des communautés dans le temps. L'instauration d'une relation de confiance durable entre soignants et patients est l'un des critères majeurs de la qualité des soins.

Le rôle de coordination :

- situation au début de la chaîne médicale de prise en charge, coordination des

Annexe E. Référentiel en soins primaires par Starfield

différents maillons, intersection de la prise en charge individuelle et des programmes collectifs de santé publique.

La globalité de la prise en charge:

- prise en charge de l'individu dans sa globalité, sur le plan biologique, psychologique et social;
- pas de focalisation sur un aspect du soin à l'inverse des soins secondaires et tertiaires;
- prise en compte de la dimension communautaire. Proposition d'un large éventail de services de premier recours capables de répondre à la plupart des besoins sanitaires d'une population.

Annexe F

Référentiel en soins primaires de MG Form

Les quatorze compétences de base sont les suivantes:

- élaborer un diagnostic global de situation d'un patient, dans le but d'identifier le ou les problèmes à résoudre;
- élaborer et proposer un projet de santé adapté à la situation du patient (négocier, décider, planifier, réévaluer);
- élaborer et proposer un projet de soins adapté à la situation du patient (négocier, décider, orienter, planifier, réévaluer);
- réaliser les gestes techniques utiles à la prise en charge du patient en pratique de soins primaires;
- réaliser une prescription personnalisée conforme aux données actuelles des sciences et techniques médicales et aux réglementations en vigueur;
- s'assurer la coopération d'autres intervenants des domaines sanitaire et social pour une prise en charge coordonnée du patient;
- collaborer à la réalisation d'objectifs de santé publique;

Annexe F. Référentiel en soins primaires de MG Form

- établir et entretenir une relation d'aide personnalisée avec le patient et son entourage, dans l'instant et dans la durée;
- informer, conseiller et éduquer le patient, afin de lui permettre de s'impliquer dans la gestion de sa santé;
- gérer la micro-entreprise qu'est le cabinet, aux plans matériel, humain, administratif et économique
- organiser le fonctionnement du cabinet de façon à assurer continuité et permanence des soins;
- organiser et gérer l'information médicale, quelle qu'en soit l'origine;
- organiser l'entretien de sa compétence;
- maîtriser la qualité des prestations.

Annexe G

Guide d'entretien des *focus groups*

Novices : Entrants en T1, représentations du premier recours (premier semestre)

- Tour de table de présentation des internes les uns après les autres
- Question « brise-glace » : Comment se passe votre premier semestre d'interne ?
- Avez-vous déjà identifié une situation complexe en stage et si oui quelles compétences illustre-t-elle ?
- Pour vous que représente la compétence premier recours ?
- Avez-vous déjà été confronté à une situation de premier recours ? Si oui racontez là ? Quelles difficultés avez-vous rencontré ? Un ou des diagnostics ont-ils été posés ? Quelles décisions ont été prises ? Quelle analyse critique avez-vous de cette situation ?
- Avez-vous fait un stage d'externe en MG ou aux Urgences ? (question de « repêchage »). vous rappelez vous une situation concernant le premier recours ?

Intermédiaire : En fin de stage chez le praticien (troisième ou quatrième semestre)

Annexe G. Guide d'entretien des *focus groups*

- Tour de table de présentation des internes les uns après les autres
- Question « brise-glace » : Comment se passe votre premier semestre d'interne en ambulatoire
- Avez déjà identifié une situation complexe en stage et si oui quelles compétences illustre-t-elle ?
- Pour vous que représente la compétence premier recours ?
- Racontez une situation vécue au cours de ce stage qui fait appel à cette compétence
- Gérer les situations ambulatoires dans le cadre de cette compétence du premier recours vous évoque quoi ? Quelles difficultés vous y trouvez encore ? En quoi, vous y êtes plus à l'aise du fait de votre stage actuel ?
- Envisagez-vous de faire par la suite un SASPAS ? (question de repêchage) Si oui, en quoi pensez-vous vous améliorer concernant la compétence du premier recours?

Compétent : En fin de SASPAS ou fin de D.E.S. (fin de cinquième ou sixième semestre)

- Tour de table de présentation des internes les uns après les autres
- Question « brise-glace » : Comment se passe votre second semestre d'interne en ambulatoire ?
- Avez déjà identifié une situation complexe en stage et si oui quelles compétences illustre-t-elle ?
- Pour vous que représente la compétence premier recours ?
- En quoi d'être tous les jours en autonomie, vous a amélioré dans la compétence du premier recours ? Avez-vous encore des difficultés dans cette compétence ? Si oui pourquoi, d'après vous ? revenir à une situation vécue.
- Pensez-vous que si vous aviez la possibilité de faire des remplacements tuteurés, vous pourriez encore améliorer la compétence de gérer le premier recours ? Si oui, en quoi ? (question de repêchage)

Annexe H

Retranscriptions des *focus-groups* et tables de codage

Sur CD-ROM, comportant l'intégralité de la retranscription des *focus-groups* et les tables de codage de Paris V et Paris VII

Références bibliographiques

- [1] J.-J. Guilbert, “Une vision OMS des facultés de médecine à travers le monde,” *Pédagogie médicale* **5**, 167–170.
- [2] C. CNGE, *Référentiel métier et compétences des médecins généralistes* (Paris, 2010), berger-lev ed.
- [3] B. Gay, “La certification en marche,” *La Revue Exercer* **74**, Edito (2005).
- [4] P. Bail, “Certification: un cadre théorique pour étayer les orientations,” *La Revue Exercer* **74**, 83 (2005).
- [5] C. Attali, “Certifier la compétence à exercer en médecine générale,” *La Revue Du Praticien – Médecine Générale* **20**, Edito (2006).
- [6] A-M Magnier et al., “La certification des médecins: une exigence sociale,” *La Revue Exercer* **74**, 76 (2005).
- [7] M. Foucault, *Naissance de la Clinique* (Paris, 1988), puf ed.
- [8] Comité National D'évaluation, “Le troisième cycle dans les universités françaises,” (1998).
- [9] P. Lazar, “12 thèses pour le renouveau de la médecine libérale,” Tech. rep. (1990).
- [10] Code de Santé Publique, “Article R4124-32,” (2004).
- [11] Journal Officiel, “Loi 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé,” *Journal officiel de la République française* .

Références bibliographiques

- [12] Code de Santé Publique, “Article R4127-11,” (2004).
- [13] Journal Officiel, “Decret 2005-346 du 14 avril 2005 relatif à l'évaluation des pratiques professionnelles. art-4133-1-1.” Journal officiel de la République française 15 avril 2005 (2005).
- [14] CNGE, “Maquette du DES de médecine générale,” (2012).
- [15] C. Attali, “La certification de la compétences des internes de médecine générale : mode d'emploi,” *La Revue Exercer* **74**, 96 (2005).
- [16] R. F. Mager, *Preparing instructional objectives* (Fearon Publishers, 1975), belmont, c ed.
- [17] B. S. Bloom, *Taxonomy of Educational Objectives: The Classification of Educational Goals* (1969).
- [18] D'Hainaut L., *Des fins aux objectifs de l'éducation* (Paris, 1977), fernand na ed.
- [19] X. Roegiers, *Une pédagogie de l'intégration: compétences et intégration des acquis dans l'enseignement* (Bruxelles, 2000), de boeck u ed.
- [20] Anderson J.R., “Acquisition of cognitive skill,” *Psychological Review* **89-4** (1982).
- [21] Tardif J., *Pour un enseignement stratégique: l'apport de la psychologie cognitive* (Montréal, 1992), les editio ed.
- [22] Noel B., *La métacognition* (Bruxelles, 1997), de boeck u ed.
- [23] G. Scallon, *L'évaluation des apprentissages dans une approche par compétences* (2004).
- [24] P. Perrenoud, “Compétences, habitus et savoirs professionnels,” *European journal of teacher education* **17**, 45–48 (1994).
- [25] Le Boterf G., *De la compétence: essai sur un attracteur étrange* (Paris, 1994).
- [26] J. Tardif, “L'évaluation dans le paradigme constructiviste,” in “L'évaluation des apprentissages. Réflexions, nouvelles tendances et formation,” (1993), université ed.

- [27] M.-F. Legendre, “De la difficulté à opérationnellement les compétences dans les plans d’études : quelques éléments de réflexion à partir de l’expérience québécois,” (2004).
- [28] C. de pédagogie appliquée aux sciences de la santé, “Penser les compétences pour penser la recherche,” Tech. rep., Montréal (2006).
- [29] S. Scarr, “testing for children: Assessment and many determinants of intellectual competence,” *American Psychologist* **36**, 1159–1166 (1981).
- [30] P. Forcier, ““Évaluation”, dites-vous? Non, “assessment”,” *Pédagogie collégiale* **4-3**, 36 (1991).
- [31] Northwest Evaluation Association, *Aggregating portfolio data: A working retreat* (1990).
- [32] D. Andler, P. Livet, M. Anspach, R. Cummins, and Collectif, *Introduction aux sciences cognitives* (Gallimard, 1992).
- [33] F.-M. Gerard, *Évaluer des compétences - Guide pratique* (De Boeck, 2008).
- [34] Organisation mondiale de la Santé, “Déclaration d’Alma-Ata sur les soins de santé primaires,” Tech. rep., OMS, Alma-Ata (URSS) (1978).
- [35] J. Allen and B. Gay, “La définition de la médecine générale - Médecine de famille Wonca,” (2002).
- [36] Starfield B., “Is primary care essential?” *Lancet* **344:1129-3** (1994).
- [37] Britten N., “Qualitative research: qualitative interviews in medical research,” *BMJ* **311**, 251–3 (1995).
- [38] Service Technique d’Appui aux Opérations Medecins du Monde, “Guide « Collecte de données. Méthodologies qualitatives »,” Tech. rep. (2011).
- [39] B. D. Silva, “La recherche qualitative : un autre principe d’action et de communication,” *Revue Médicale de l’Assurance Maladie* **32**.

Références bibliographiques

- [40] A. Moreau, “S’appropriier la méthode du focus group,” *La Revue Du Praticien – Médecine Générale* **18-645**, 382 (2004).
- [41] J. Kitzinger, “Qualitative Research: Introducing focus groups,” *BMJ* **311**, 299 (1995).
- [42] C. Deschamps, *L’approche phénoménologique en recherche: comprendre en retournant le vécu de l’expérience humaine* (1993).
- [43] Amy FEREDAY BOWRING, “Niveaux de compétence des internes en médecine générale de Tours en matière d’éducation, de prévention et de dépistage. Une enquête qualitative,” Ph.D. thesis, Poitiers (2012).
- [44] HPST, “loi HPST, réforme de l’hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires,” (2009).