



HAL
open science

La maîtrise de stage : une démarche réflexive dans la dynamique du développement professionnel continu

Carine Lopes

► To cite this version:

Carine Lopes. La maîtrise de stage : une démarche réflexive dans la dynamique du développement professionnel continu. Médecine humaine et pathologie. 2014. dumas-01160845

HAL Id: dumas-01160845

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01160845v1>

Submitted on 8 Jun 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.

Carine LOPES

La Maitrise de stage : Une démarche réflexive dans la
dynamique du Développement Professionnel Continu

NICE 2014

UNIVERSITE DE NICE SOPHIA-ANTIPOLIS

FACULTE DE MEDECINE

**La Maitrise de stage : Une démarche réflexive dans la dynamique
du Développement Professionnel Continu**

THESE

Présentée et publiquement soutenue devant la Faculté de Médecine de

Nice le 6 mars 2014 par

Melle Carine LOPES

Née le 31 janvier 1985 à Cannes

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine (diplôme d'Etat)

Directeurs de thèse : Monsieur le Docteur Alain GANASSI

Monsieur le Professeur Philippe HOFLIGER

Membres du Jury

Monsieur le Professeur Jean- Baptiste SAUTRON

Président

Monsieur le Professeur Philippe HOFLIGER

Assesseur

Monsieur le Professeur Jean- Louis SADOUL

Assesseur

Monsieur le Docteur Alain GANASSI

Assesseur

UNIVERSITÉ DE NICE-SOPHIA ANTIPOLIS

FACULTÉ DE MÉDECINEListe des professeurs au **1er novembre 2013** à la Faculté de Médecine de Nice

| | |
|---|---|
| Doyen | M. BAQUÉ Patrick |
| Assesseurs | M. BOILEAU Pascal M. HÉBUTERNE Xavier M. LEVRAUT Jacques |
| Conservateur de la bibliothèque | M. SCALABRE Grégory |
| Chef des services administratifs | Mme CALLEA Isabelle |
| Doyens Honoraires | M. AYRAUD Noël M. RAMPAL Patrick M. BENCHIMOL Daniel |
| Professeurs Honoraires | |
| M. BALAS Daniel | M. LALANNE Claude-Michel |
| M. BLAIVE Bruno | M. LAMBERT Jean-Claude |
| M. BOQUET Patrice | M. LAPALUS Philippe |
| M. BOURGEON André | M. LAZDUNSKI Michel |
| M. BOUTTÉ Patrick | M. LEFEBVRE Jean-Claude |
| M. BRUNETON Jean-Noël | M. LE BAS Pierre |
| Mme BUSSIERE Françoise | M. LE FICHOUX Yves |
| M. CHATEL Marcel | M. LOUBIERE Robert |
| M. COUSSEMENT Alain | M. MARIANI Roger |
| M. DAR COURT Guy | M. MASSEYEFF René |
| M. DELMONT Jean | M. MATTEI Mathieu |
| M. DEMARD François | M. MOUIEL Jean |
| M. DOLISI Claude | Mme MYQUEL Martine |
| M. FREYCHET Pierre | M. OLLIER Amédée |
| M. GÉRARD Jean-Pierre | M. ORTONNE Jean-Paul |
| M. GILLET Jean-Yves | M. SCHNEIDER Maurice |
| M. GRELLIER Patrick | M. TOUBOL Jacques |
| M. HARTER Michel | M. TRAN Dinh Khiem |
| M. INGLES AKIS Jean-André | M. ZIEGLER Gérard |
| M.C.A. Honoraire | Mlle ALLINE Madeleine |
| M.C.U. Honoraires | M. ARNOLD Jacques M. BASTERIS Bernard Mlle CHICHMANIAN Rose-Marie M. EMILIOZZI Roméo |

M. GASTAUD Marcel
 M. GIRARD-PIPAU Fernand
 M. GIUDICELLI Jean
 M. MAGNÉ Jacques
 Mme MEMRAN Nadine
 M. MENGUAL Raymond
 M. POIRÉE Jean-Claude
 Mme ROURE Marie-Claire

PROFESSEURS CLASSE EXCEPTIONNELLE

| | | |
|-----|------------------------|--|
| M. | AMIEL Jean | Urologie (52.04) |
| M. | BENCHIMOL Daniel | Chirurgie Générale (53.02) |
| M. | CAMOUS Jean-Pierre | Thérapeutique (48.04) |
| M. | DARCOURT Jacques | Biophysique et Médecine Nucléaire (43.01) |
| M. | DELLAMONICA Pierre | Maladies Infectieuses ; Maladies Tropicales (45.03) |
| M. | DESNUELLE Claude | Biologie Cellulaire (44.03) |
| Mme | EULLER-ZIEGLER Liana | Rhumatologie (50.01) |
| M. | FENICHEL Patrick | Biologie du Développement et de la Reproduction (54.05) |
| M. | FUZIBET Jean-Gabriel | Médecine Interne (53.01) |
| M. | FRANCO Alain | Gériatrie et Biologie du vieillissement (53.01) |
| M. | GASTAUD Pierre | Ophthalmologie (55.02) |
| M. | GILSON Éric | Biologie Cellulaire (44.03) |
| M. | GRIMAUD Dominique | Anesthésiologie et Réanimation Chirurgicale (48.01) |
| M. | HASSEN KHODJA Reda | Chirurgie Vasculaire (51.04) |
| M. | HÉBUTERNE Xavier | Nutrition (44.04) |
| M. | HOFMAN Paul | Anatomie et Cytologie Pathologiques (42.03) |
| M. | LACOUR Jean-Philippe | Dermato-Vénérologie (50.03) |
| Mme | LEBRETON Élisabeth | Chirurgie Plastique, Reconstructrice et Esthétique (50.04) |
| M. | MICHIELS Jean-François | Anatomie et Cytologie Pathologiques (42.03) |
| M. | PRINGUEY Dominique | Psychiatrie d'Adultes (49.03) |
| M. | QUATREHOMME Gérald | Médecine Légale et Droit de la Santé (46.03) |
| M. | SANTINI Joseph | O.R.L. (55.01) |
| M. | THYSS Antoine | Cancérologie, Radiothérapie (47.02) |
| M. | VAN OBBERGHEN Emmanuel | Biochimie et Biologie Moléculaire (44.01) |

PROFESSEURS PREMIERE CLASSE

| | | |
|-----|------------------------|---|
| M. | BATT Michel | Chirurgie Vasculaire (51.04) |
| M. | BÉRARD Étienne | Pédiatrie (54.01) |
| M. | BERNARDIN Gilles | Réanimation Médicale (48.02) |
| M. | BOILEAU Pascal | Chirurgie Orthopédique et Traumatologique (50.02) |
| M. | BONGAIN André | Gynécologie-Obstétrique (54.03) |
| Mme | CRENESSE Dominique | Physiologie (44.02) |
| M. | DE PERETTI Fernand | Anatomie-Chirurgie Orthopédique (42.01) |
| M. | DRICI Milou-Daniel | Pharmacologie Clinique (48.03) |
| M. | ESNAULT Vincent | Néphrologie (52.03) |
| M. | FERRARI Émile | Cardiologie (51.02) |
| M. | GIBELIN Pierre | Cardiologie (51.02) |
| M. | GUGENHEIM Jean | Chirurgie Digestive (52.02) |
| Mme | ICHAÏ Carole | Anesthésiologie et Réanimation Chirurgicale (48.01) |
| M. | LONJON Michel | Neurochirurgie (49.02) |
| M. | MARQUETTE Charles-Hugo | Pneumologie (51.01) |
| M. | MARTY Pierre | Parasitologie et Mycologie (45.02) |
| M. | MOUNIER Nicolas | Cancérologie, Radiothérapie (47.02) |
| M. | MOUROUX Jérôme | Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire (51.03) |

| | | |
|-----|---------------------|--|
| M. | PADOVANI Bernard | Radiologie et Imagerie Médicale (43.02) |
| M. | PAQUIS Philippe | Neurochirurgie (49.02) |
| Mme | PAQUIS Véronique | Génétique (47.04) |
| M. | RAUCOULES-AIMÉ Marc | Anesthésie et Réanimation Chirurgicale (48.01) |
| Mme | RAYNAUD Dominique | Hématologie (47.01) |
| M. | ROBERT Philippe | Psychiatrie d'Adultes (49.03) |
| M. | ROSENTHAL Eric | Médecine Interne (53.01) |
| M. | SCHNEIDER Stéphane | Nutrition (44.04) |
| M. | TRAN Albert | Hépatogastro-entérologie (52.01) |

PROFESSEURS DEUXIEME CLASSE

| | | |
|------|---------------------------|---|
| M. | ALBERTINI Marc | Pédiatrie (54.01) |
| Mme | ASKENAZY-GITTARD Florence | Pédopsychiatrie (49.04) |
| M. | BAHADORAN Philippe | Cytologie et Histologie (42.02) |
| M. | BAQUÉ Patrick | Anatomie - Chirurgie Générale (42.01) |
| M. | BARRANGER Emmanuel | Gynécologie Obstétrique (54.03) |
| M. | BENIZRI Emmanuel | Chirurgie Générale (53.02) |
| Mme | BLANC-PEDEUTOUR Florence | Cancérologie – Génétique (47.02) |
| M. | BREAUD Jean | Chirurgie Infantile (54.02) |
| Mlle | BREUIL Véronique | Rhumatologie (50.01) |
| M. | CANIVET Bertrand | Médecine Interne (53.01) |
| M. | CARLES Michel | Anesthésiologie Réanimation (48.01) |
| M. | CASSUTO Jill-Patrice | Hématologie et Transfusion (47.01) |
| M. | CASTILLO Laurent | O.R.L. (55.01) |
| M. | CHEVALLIER Patrick | Radiologie et Imagerie Médicale (43.02) |
| M. | DUMONTIER Christian | Chirurgie plastique |
| M. | FERRERO Jean-Marc | Cancérologie ; Radiothérapie (47.02) |
| M. | FOURNIER Jean-Paul | Thérapeutique (48-04) |
| M. | FREDENRICH Alexandre | Endocrinologie, Diabète et Maladies métaboliques (54.04) |
| Mlle | GIORDANENGO Valérie | Bactériologie-Virologie (45.01) |
| M. | GUÉRIN Olivier | Gériatrie (48.04) |
| M. | HANNOUN-LEVI Jean-Michel | Cancérologie ; Radiothérapie (47.02) |
| M. | IANNELLI Antonio | Chirurgie Digestive (52.02) |
| M. | JOURDAN Jacques | Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire (51.03) |
| M. | LEVRAUT Jacques | Anesthésiologie et Réanimation Chirurgicale (48.01) |
| M. | PASSERON Thierry | Dermato-Vénérologie (50-03) |
| M. | PICHE Thierry | Gastro-entérologie (52.01) |
| M. | PRADIER Christian | Épidémiologie, Économie de la Santé et Prévention (46.01) |
| M. | ROGER Pierre-Marie | Maladies Infectieuses ; Maladies Tropicales (45.03) |
| M. | ROHRLICH Pierre | Pédiatrie (54.01) |
| M. | RUIMY Raymond | Bactériologie-virologie (45.01) |
| M. | SADOUL Jean-Louis | Endocrinologie, Diabète et Maladies Métaboliques (54.04) |
| M. | STACCINI Pascal | Biostatistiques et Informatique Médicale (46.04) |
| M. | THOMAS Pierre | Neurologie (49.01) |
| M. | TROJANI Christophe | Chirurgie Orthopédique et Traumatologique (50.02) |
| M. | VENISSAC Nicolas | Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire (51.03) |

PROFESSEUR DES UNIVERSITÉS

| | | |
|----|-----------------------|-------------------|
| M. | SAUTRON Jean-Baptiste | Médecine Générale |
|----|-----------------------|-------------------|

MAITRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

| | | |
|------|--------------------------|--|
| Mme | ALUNNI-PERRET Véronique | Médecine Légale et Droit de la Santé (46.03) |
| M. | AMBROSETTI Damien | Cytologie et Histologie (42.02) |
| Mme | BANNWARTH Sylvie | Génétique (47.04) |
| M. | BENLOIEL José | Biophysique et Médecine Nucléaire (43.01) |
| Mme | BERNARD-POMIER Ghislaine | Immunologie (47.03) |
| Mme | BUREL-VANDENBOS Fanny | Anatomie et Cytologie pathologiques (42.03) |
| M. | DELOTTE Jérôme | Gynécologie-Obstétrique (54.03) |
| M. | DOGLIO Alain | Bactériologie-Virologie (45.01) |
| Mme | DONZEAU Michèle | Biologie du Développement et de la Reproduction (54.05) |
| M. | FOSSE Thierry | Bactériologie-Virologie-Hygiène (45.01) |
| M. | FRANKEN Philippe | Biophysique et Médecine Nucléaire (43.01) |
| M. | GARRAFFO Rodolphe | Pharmacologie Fondamentale (48.03) |
| Mme | HINAULT Charlotte | Biochimie et biologie moléculaire (44.01) |
| Mlle | LANDRAUD Luce | Bactériologie-Virologie (45.01) |
| Mme | LEGROS Laurence | Hématologie et Transfusion (47.01) |
| Mme | MAGNIÉ Marie-Noëlle | Physiologie (44.02) |
| Mme | MUSSO-LASSALLE Sandra | Anatomie et Cytologie pathologiques (42.03) |
| M. | NAÏMI Mourad | Biochimie et Biologie moléculaire (44.01) |
| M. | PHILIP Patrick | Cytologie et Histologie (42.02) |
| Mme | POMARES Christelle | Parasitologie et mycologie (45.02) |
| Mlle | PULCINI Céline | Maladies Infectieuses ; Maladies Tropicales (45.03) |
| M. | ROUX Christian | Rhumatologie (50.01) |
| M. | TESTA Jean | Épidémiologie Économie de la Santé et Prévention (46.01) |
| M. | TOULON Pierre | Hématologie et Transfusion (47.01) |

PROFESSEURS ASSOCIÉS

| | | |
|-----|--------------------------|---|
| M. | DIOMANDE Mohenou Isidore | Anatomie et Cytologie Pathologiques |
| M. | HOFLIGER Philippe | Médecine Générale |
| M. | MAKRIS Démosthènes | Pneumologie |
| M. | PITTET Jean-François | Anesthésiologie et Réanimation Chirurgicale |
| Mme | POURRAT Isabelle | Médecine Générale |

MAITRES DE CONFÉRENCES ASSOCIÉS

| | | |
|-----|------------------|-----------------------------------|
| Mme | CHATTI Kaouthar | Biophysique et Médecine Nucléaire |
| M. | GARDON Gilles | Médecine Générale |
| Mme | MONNIER Brigitte | Médecine Générale |
| M. | PAPA Michel | Médecine Générale |

PROFESSEURS CONVENTIONNÉS DE L'UNIVERSITÉ

| | | |
|-----|---------------------------|-----------------------------------|
| M. | BERTRAND François | Médecine Interne |
| M. | BROCKER Patrice | Médecine Interne Option Gériatrie |
| M. | CHEVALLIER Daniel | Urologie |
| Mme | FOURNIER-MEHOUAS Manuella | Médecine Physique et Réadaptation |
| M. | QUARANTA Jean-François | Santé Publique |

Au Président du Jury,

A Monsieur le Professeur SAUTRON,

Vous me faites l'honneur de présider ce jury de thèse.

Soyez assuré de ma reconnaissance et de mon profond respect.

Aux membres du Jury,

A Monsieur le Professeur HOFLIGER,

Vous m'avez guidée tout au long de ce travail. Sans vos précieux conseils, rien n'aurait été possible.

Vous me faites l'honneur de juger ce travail.

Veillez trouver ici le témoignage de ma profonde considération.

A Monsieur le Professeur SADOUL,

Vous avez accepté de faire partie de ce jury de thèse et de juger ce travail.

Veillez trouver ici le témoignage de ma profonde considération.

A Monsieur le Docteur GANASSI,

Vous avez guidé mes premiers pas en médecine générale, vos précieux conseils m'ont permis de gagner de la confiance en moi.

Vous me faites l'honneur de juger ce travail.

Veillez trouver ici le témoignage de ma profonde considération.

Aux maîtres qui m'ont enseigné la médecine,

Monsieur le Docteur SEBAG, Madame le Docteur LASFARGUE, Madame le Docteur COLLIN -DUCASSE, Monsieur le Docteur VOISIN, Monsieur le Docteur LE POLLES, Monsieur le Docteur PERRIN, Madame le Docteur MARCO, Monsieur le Docteur DUVAL, Madame le Docteur FOUQUE KASSAB, Monsieur le Docteur CECCARELLI, Monsieur le Docteur FERRIER.

Je vous remercie.

A tous les Maitres de stage universitaires de la Faculté de Médecine de Nice et à leurs internes qui ont accepté de participer à l'enquête.

Merci d'avoir pris du temps pour participer à cette thèse.

A mes Parents,

Sans qui tout cela n'existerait pas...

Vous m'avez toujours encouragée, même dans les moments les plus difficiles, où j'ai bien failli baisser les bras...

Vous avez été ma force pendant toutes ces longues années, vous m'avez encouragée à me battre pour réaliser mon rêve...

Je vous remercie pour tout.

Je vous aime.

A ma petite sœur Elodie,

Merci de m'avoir « supportée », pendant toutes ces longues années... dans les moments difficiles...

J'espère que jamais rien ni personne ne détruira notre complicité.

Un jour, peut-être, on travaillera ensemble...

Je suis fière de toi.

A tous les membres de ma famille,

Principalement, à tous ceux qui m'ont encouragée à me battre pour mon rêve,

Je vous remercie

A tous ceux, qui n'y ont jamais cru,

Qui m'ont toujours dit que je n'en étais pas capable, qui ont essayé même de me décourager par moment,

Je suis parvenue à réaliser mon rêve,

Je vous remercie pour toute cette force que vous avez fait naître en moi...

Je me suis battue et j'ai réussi.

Sachez qu'il faut toujours croire en ses rêves...

A tous ceux qui sont déjà partis... et qui ne sont plus là pour voir tout cela,

A mes anges gardiens,

Vous êtes et vous resterez toujours au plus près de moi,

Je suis sûre que vous auriez été très fiers de moi...

Continuez à veiller sur moi...

Table des Matières

| | |
|--|-----------|
| I. Introduction | 13 |
| II. Historique : le stage chez le praticien médecin généraliste | 15 |
| 1. Le stage de niveau 1 | 17 |
| 2. Le stage SASPAS | 18 |
| 3. Comment devient-on MSU ? | 19 |
| III. Comment en est-on arrivé au DPC (développement professionnel continu) ? | 21 |
| 1. En quoi le DPC est-il différent de la Formation médicale continue (FMC) ou de l'évaluation des pratiques professionnelles (EPP) ? | 21 |
| 2. Cadre législatif : le décret n°2011-2116 du 30 décembre 2011 relatif au développement professionnel continu des médecins | 23 |
| 3. La liste des méthodes et des modalités permettant de valider l'obligation de DPC | 24 |
| IV. Méthodologie de l'enquête | 27 |
| 1. Population de l'étude | 27 |
| 2. Modalités de recrutement de la population | 27 |
| 3. L'enquête | 28 |
| 3.1. La méthode | 28 |
| 3.2. Création de la version informatisée | 29 |
| 3.3. Adaptation du protocole en cours d'étude | 30 |
| 4. Construction du « carnet de bord » | 31 |
| 5. Analyse des résultats | 32 |
| 6. Méthodologie de la recherche bibliographique | 32 |
| V. Résultats | 34 |
| 1. Participation | 34 |
| 2. Description du remplissage des « carnets de bords » | 34 |
| 3. Description des activités des MSU avec leurs internes pendant la période de recueil | 35 |
| 3.1. Description des consultations effectuées et des situations problématiques discutées | 35 |
| 3.2. Description des questions en suspens soulevées par les binômes | 40 |
| 3.3. Description des recherches effectuées et des ressources utilisées | 44 |

| | |
|--|-----------|
| 3.4. <i>Description de l'analyse et de la discussion des solutions trouvées et de leur adaptation aux patients</i> | 50 |
| 4. <i>Description des activités propres aux MSU</i> | 53 |
| VI. <i>Discussion</i> | 54 |
| 1. <i>Les limites de l'étude</i> | 54 |
| 1.1 <i>Biais de sélection</i> | 54 |
| 1.2 <i>Biais d'observation</i> | 55 |
| 1.3 <i>Biais de simplification</i> | 55 |
| 2. <i>Intérêts de l'étude</i> | 55 |
| 3. <i>La pédagogie par compétences</i> | 61 |
| VII. <i>Conclusion et perspectives</i> | 65 |
| VIII. <i>Annexes</i> | 67 |
| <i>ANNEXE 1 : Méthodes et modalités de DPC, HAS, décembre 2012</i> | 68 |
| <i>ANNEXE 2 : Mail adressé aux MSU de la Faculté de Médecine de Nice lors du recrutement</i> | 70 |
| <i>ANNEXE 3 : Carnet de recueil des données auprès des MSU et des internes, le « carnet de bord »</i> | 71 |
| <i>ANNEXE 4 : Liste des sites internet utilisables pendant et en dehors de la consultation</i> | 73 |
| IX. <i>Références bibliographiques</i> | 76 |

I. Introduction

Le stage chez le praticien médecin généraliste est devenu obligatoire pour l'interne en médecine générale depuis 1988 (1).

Ce stage, qui fait maintenant, partie intégrante de la maquette du Diplôme d'Etudes Spécialisées (DES) de médecine générale (2) est le premier contact véritable avec la médecine ambulatoire de premiers recours, pour l'interne en formation, qui n'a pratiquement connu que l'expérience hospitalière, tout au long de son externat. Il est donc pour cela, indispensable dans la formation des futurs médecins généralistes (3).

Quand on interroge les Maitres de Stage Universitaires (MSU) sur leur vécu par rapport à cette expérience de la maîtrise de stage, dans le cadre de la réalisation d'une thèse (4), ils admettent que, hormis le fait que l'accueil d'un interne, représente une charge de travail supplémentaire pour le MSU, la maîtrise de stage est le lieu de « *l'échange et du partage au quotidien* », ils prennent plaisir à enseigner à de jeunes confrères, mais surtout, ce « tiers » que représente l'interne en stage, est pour eux une « *source de remise en question* », c'est un « *booster pour améliorer sa propre pratique* », car pour pouvoir transmettre un savoir, il faut savoir « *accepter le jugement de l'autre* », se poser des questions sur sa propre pratique et réactualiser ses connaissances. C'est par là même, la définition de l'amélioration continue de la qualité.

L'amélioration continue de la qualité, est un sujet au cœur de notre actualité. En effet, en février 2013, le législateur met l'accent sur l'importance pour tout médecin d'évaluer ses pratiques et de remettre à jour ses connaissances, gage de la qualité et de la sécurité des soins. Il créait alors la notion de Développement Professionnel Continu (DPC), et rend obligatoire pour tout médecin, la réalisation d'activités participant à la validation de ce DPC (11), (ANNEXE 1).

Mais alors, on peut se demander si la maîtrise de stage, par l'intermédiaire de toutes les activités pédagogiques déployées par le MSU en compagnie de l'interne, ne pourrait pas s'inscrire dans une démarche d'amélioration continue de la qualité et relever donc du DPC ?

L'objectif principal de cette étude est donc de décrire les activités pédagogiques mises en œuvre sur le terrain de la maîtrise de stage par les MSU avec leurs internes et de comparer ces

activités pédagogiques aux critères validés par la HAS dans le cadre du travail « DPC et maîtrise de stage » (41).

L'objectif secondaire est de décrire les écarts constatés entre « la vraie vie » et les critères recommandés par la HAS et d'essayer de proposer des adaptations pour réduire ces écarts.

II. *Historique : le stage chez le praticien médecin généraliste*

Au *Moyen âge*, le futur médecin apprenait la médecine en suivant et en observant le médecin dans sa pratique quotidienne (25).

En *décembre 1968*, le projet d'un stage pratique chez un médecin généraliste est réellement né, lors d'une table ronde présidée par le doyen BRANET, après avoir été à l'ordre du jour de plusieurs congrès nationaux de médecine rurale (25).

Entre *1966 et 1972*, les associations d'étudiants avec notamment, l'ANEMF (association nationale des étudiants en médecine de France), réclament une formation sur le terrain, revendication alors approuvée par le conseil de l'ordre et les syndicats de médecins (25).

Ce n'est que le *13 juillet 1972*, que *l'article 358-1 du code de santé publique*, va officialiser le stage chez le praticien, en donnant à l'interne l'autorisation et non l'obligation d'effectuer une partie de sa pratique auprès d'un médecin généraliste (26).

En *1975*, la commission FOUGERE (chargée de rediscuter l'ensemble du cursus des études médicales), propose un troisième cycle obligatoire propre à la médecine générale, d'une durée de deux ans, comprenant un enseignement théorique, dix-huit mois de stages hospitaliers, et six mois de stages extra-hospitaliers dont au moins trois mois chez un praticien de ville (25), (26).

Le 16 juin 1975, deux directives sont prises par le conseil des communautés européennes : la première, concerne « la reconnaissance des diplômes, certificats et autres titres de médecin » et assure « la libre circulation des médecins généralistes ou spécialistes au sein de la communauté économique européenne (CEE) », la seconde, concerne l'harmonisation de la formation des étudiants au niveau de la CEE (25).

En *1977*, au regard de ces directives européennes, la commission FOUGERE, publie un rapport définitif sur la réforme du premier et du deuxième cycle des études médicales et sur la formation spécifique des médecins généralistes, pour être en harmonie avec les directives européennes. Ce rapport propose :

- un tronc commun de six ans répartis en deux cycles comprenant tous deux, un enseignement théorique et pratique

- un troisième cycle avec une formation spécifique dispensée au spécialiste et au généraliste, cette dernière étant constituée d'un stage pratique chez le généraliste d'une durée minimale de trois mois à temps plein.

Le 6 juillet 1979, la loi VEIL réforme le troisième cycle des études médicales avec la création d'une filière spécialiste « internat » et d'une filière généraliste « résidanat » comportant toujours le stage chez le praticien qui demeure pour autant facultatif (25).

Entre 1980 et 1986, plusieurs lois et décrets paraîtront, dont les décrets BARROT, la loi RALITE en 1982, qui va surtout modifier l'accès au troisième cycle, avec toutefois, la volonté de revaloriser la médecine générale. Le stage chez le praticien, quant à lui, reste inchangé (25).

C'est en 1986, qu'une directive européenne va modifier la formation des généralistes en rendant le stage chez les omnipraticiens obligatoire, à raison de 30 demi-journées réparties sur un semestre. Le but de cette directive était, par ailleurs, de délivrer un diplôme de docteur en médecine générale commun à tous les pays de la CEE (25).

En France, la réforme a lieu en Avril 1988, avec la parution au journal officiel de l'arrêté du 29 avril 1988 (1), rendant le stage chez le praticien obligatoire à tous les étudiants en troisième cycle de médecine générale, stage d'une durée de 30 demi-journées réparties sur un semestre, accessible dès le premier semestre de résidanat. Cette disposition restera en vigueur jusqu'en 1997 (25).

Le décret n°97- 495 du 16 mai 1997 (2), va modifier l'organisation du troisième cycle. En effet, l'enseignement pratique compte désormais, en plus de quatre semestres hospitaliers, un stage supplémentaire obligatoire de six mois chez le praticien, portant ainsi à deux ans et demi la durée du troisième cycle en médecine générale.

Récemment, de nouvelles mesures sont intervenues dans le but d'améliorer la formation pratique du futur généraliste avec la parution du décret n°2001- 64 du 19 janvier 2001 (24) qui allonge la durée de formation à trois ans, avec quatre stages obligatoires : urgences, mère/enfant, médecine polyvalente, stage chez le praticien, et deux stages libres.

De plus, en 2004, l'internat de spécialité sera supprimé et remplacé par un concours national classant qui ouvrira la voie au diplôme d'études spécialisées en médecine générale, au même titre que les autres spécialités médicales ou chirurgicales (25).

1. Le stage de niveau 1

Stage de six mois, rémunéré pour l'interne et le MSU, il se déroule sur onze demi-journées hebdomadaires (2).

Deux demi-journées sont consacrées à un travail en structure de soins primaires non libérale, par exemple, dans les services de la protection maternelle et infantile, médecine scolaire, médecine pénitentiaire, planning familial. Enfin, deux autres demi-journées sont consacrées à la formation personnelle du résident (thèse, recherche...) (2).

Le stage peut s'effectuer chez un seul, deux, ou bien, trois, médecins généralistes.

C'est à la suite du *décret du 16 mai 1997*(2), que le stage de niveau 1 est défini par ces trois phases, (5) distinctes dans la progression pédagogique du stage.

Ces trois phases sont de durée variable selon les internes.

Première phase : phase d'observation

C'est la période d'appropriation de l'environnement socioprofessionnel du médecin, un temps d'observation mutuelle entre le MSU et le résident (2).

Chacun apprend à travailler avec l'autre. Le stagiaire n'a pas de responsabilité réelle, mais il porte un regard attentif sur une pratique nouvelle pour lui.

Comme les autres périodes du stage, cette première phase n'a pas de durée déterminée à l'avance, et le résident pourra souvent revenir en situation d'observation pendant les deux phases suivantes si cela est nécessaire, en particulier lors de situations psychosociales nouvelles difficiles.

Deuxième phase : phase de supervision directe, ou phase de mise en situation

Dans ce deuxième temps de stage, le stagiaire est mis progressivement en situation de responsabilité sous le contrôle direct du MSU.

C'est la période où, chaque temps de la consultation, ou chaque comportement du stagiaire est analysé et discuté avec le MSU, tenant compte de la personnalité et des aptitudes du résident.

Troisième phase : la phase d'autonomie, ou supervision indirecte

Progressivement, le résident dont les aptitudes auront été reconnues comme suffisantes, pourra prendre en charge un patient en dehors du contrôle direct du MSU.

C'est la phase de confrontation à soi-même, de mise en évidence des niveaux réels de compétence pour réaliser un acte professionnel dans sa totalité.

L'interne ne pourra réaliser plus de trois actes seul par jour (en moyenne sur la durée du stage) (2).

Le MSU doit être joignable en permanence afin de pouvoir intervenir si l'interne en ressent le besoin.

Les objectifs de ce stage de premier niveau sont :

- identification de la place et des fonctions du médecin généraliste dans le système de santé
- développement de la capacité à analyser et à intégrer dans la prise en charge : les demandes de premiers recours, la poly-pathologie, les représentations et préférences du patient, l'environnement social et familial du patient, les conduites à risques, les objectifs d'éducation à la santé, la conduite d'actions de prévention adaptées et ciblées (3).
- analyse et optimisation de l'interface et des interactions avec : les autres professionnels de santé (développement des capacités de coopération au service du patient) et les autres acteurs du système (acteurs politiques, assurance maladie) (3).

2. Le stage SASPAS

Il s'agit du stage chez le médecin généraliste de niveau 2. Il s'agit d'un stage ambulatoire, en soins primaires, en autonomie et supervisé.

L'étudiant est présent trois jours par semaine chez trois MSU différents (6).

L'étudiant est seul au cabinet du MSU, il réalise entre 6 et 12 actes par jour.

Le maître de stage SASPAS est agréé par le Département de Médecine Générale.

Il est joignable par téléphone. La supervision indirecte est réalisée en fin de journée après chaque journée de stage.

Ce qui ressort de la thèse d'une étudiante Lyonnaise (7), de 2008, ayant pour objectif principal de décrire le SASPAS à Lyon, est une satisfaction globale des étudiants par rapport au SASPAS. En effet, ils considèrent que l'autonomie totale associée à une supervision indirecte différée apporte « *une prise de responsabilité sécurisée* », « *une acquisition de compétences* » et « *un gain d'assurance* ».

Les objectifs du SASPAS sont clairement définis, par les différents départements de médecine générale :

- mise en situation authentique de confrontation réelle aux demandes de soins, de décisions solitaires, avec supervision indirecte permanente (8).
- analyse des difficultés rencontrées et des solutions apportées
- prise en charge de patients nécessitant un suivi régulier au long cours (8)
- participation à l'organisation matérielle et à la gestion du cabinet en prenant compte des contraintes administratives et des difficultés de l'exercice quotidien.
- institution de contacts avec les confrères et une collaboration avec les autres professionnels de santé, notamment dans le cadre d'un travail en réseau (8).

3. Comment devient-on MSU ?

D'après les critères de recrutement des MSU décrits par le CAGE (Collège Azuréen des Généralistes Enseignants) :

- Exercer la médecine générale depuis au moins trois ans (9)
- adhérer à la charte du maître de stage (10)
- avoir une activité compatible avec l'accueil d'un stagiaire : un minimum de 50 actes par semaine, un maximum de 30 actes par jour
- attester d'une *formation médicale continue régulière*

- avoir suivi une formation pédagogique initiale à la maîtrise de stage (9)
- recevoir un avis favorable du conseil départemental de l'ordre des médecins
- recevoir un avis favorable du conseil du département de médecine générale et du conseil de la faculté (9)

La charte du MSU (Collège Azuréen des Généralistes Enseignants) :

« Le médecin généraliste qui décide d'enseigner sa discipline dans le cadre de la maîtrise de stage s'engage dans une démarche d'amélioration de ses compétences professionnelles et pédagogiques » (10)

La finalité de cet enseignement est d'améliorer la formation des futurs médecins généralistes afin qu'ils délivrent aux patients des soins de qualité.

Chaque enseignant devra mettre en œuvre tous les moyens dont il dispose pour (10) :

- respecter les principes de l'Éthique et de la Déontologie
- exercer la médecine générale en accord avec les bonnes pratiques professionnelles
- suivre une *formation continue* de qualité, adaptée à son exercice en soins primaires
- accueillir le stagiaire dans les conditions optimales pour l'apprentissage
- délivrer un enseignement pratique et théorique actualisé et personnalisé
- permettre au stagiaire d'exercer en toute autonomie sous supervision
- respecter les formalités réglementaires de la maîtrise de stage
- participer aux travaux de recherche proposés par le Département de Médecine Générale ou le collège azuréen des médecins généralistes enseignants (10)
- améliorer régulièrement sa compétence pédagogique en participant aux formations locales ou nationales

Le médecin généraliste doit signer cette charte en attestant qu'il a bien pris connaissance de ces principes et qu'il s'engage à tout faire pour les respecter.

III. Comment en est-on arrivé au DPC ?

1. En quoi le DPC est-il différent de la FMC ou de l'EPP ?

A son origine, la *Formation Médicale Continue (FMC)*, avait pour objectif de perfectionner les connaissances pour améliorer les pratiques (11).

Cette FMC, dans sa forme traditionnelle, apportait du savoir, du savoir-faire et permettait d'avancer dans son savoir- être.

Avec le temps, des analyses de pratiques se sont ajoutées en préalable et/ou à l'issue des actions de formation.

L'évaluation des pratiques professionnelles (EPP), partait d'une analyse de la pratique pour la confronter à des référentiels. La confrontation aux référentiels était destinée à construire des actions d'amélioration des pratiques (11).

Le Développement Professionnel Continu (DPC), qui tend à s'imposer dans de nombreux pays, apparait dans la *loi Hôpital Patient Santé Territoire (HPST) de juillet 2009*, il s'inscrit dans une « démarche réflexive », prise de recul par rapport aux situations et pratiques réelles.

Cette démarche comprend trois étapes :

Recueil et analyse des pratiques réelles : le professionnel réfléchit à ce qu'il fait réellement et aux problèmes qu'il rencontre (11).

Analyse et confrontation aux référentiels : il confronte son questionnement à des sources de référence (recommandations, synthèse de la littérature, consensus professionnels)

Suivi : il agit pour la qualité de ses pratiques. Dans l'idéal, il suit dans le temps sa pratique pour l'inscrire dans une démarche réflexive continue (11).

Le DPC rapproche donc l'EPP et la FMC dans une organisation commune, afin de permettre aux praticiens de s'approprier la *démarche qualité*, de l'appliquer à leurs pratiques de soins au quotidien, pour améliorer la qualité et la sécurité des soins (12).

Pour l'Organisation Mondiale de la Santé, la démarche qualité est une « *démarche qui doit permettre de garantir à chaque patient la combinaison d'actes diagnostiques et thérapeutiques qui lui assurera le meilleur résultat en terme de santé, conformément à l'état actuel de la science médicale, au meilleur coût, pour un même résultat, au moindre risque iatrogénique, et pour sa plus grande satisfaction en termes de procédures, de résultats, et de contacts humains à l'intérieur du système de soins* ».

Qu'en est-il des autres pays ?

- Les *Etats-Unis* ont très vite développé des systèmes basés sur l'appréciation des qualifications, en parallèle de la FMC. Ils ont mis en œuvre, plus tard, les concepts d'évaluation de pratiques et de développement professionnel continu (13). Les *Etats-Unis* ont commencé à mettre en place des systèmes de crédits pour mesurer les actions de FMC dès 1948 pour l'*American Academy of Family Physicians (AAFP)*, et dans les années 60 pour l'*American Medical Association (AMA)*. Plus tard, en 1981, les *Etats-Unis* ont créé l'*Accreditation Council for Continuing Medical Education (ACCME)* pour accréditer des organismes habilités à organiser les formations attribuant des crédits (13).

L'accréditation des programmes directement par l'*AAFP* n'a pas été remise en cause et cohabite encore en 2013 avec ce système de l'*ACCME*.

Quant à la certification des médecins, l'*American Board of Medical Specialists*, a progressivement mis en place les règles dans les années 70/80. Plus tard, les *Etats-Unis* ont développé les concepts de DPC. Le « *Performance Improvement* » a été mis en place par l'*AMA* en 2004 (13).

L'acquisition de crédits de FMC aux *Etats-Unis*, facile, il y a 20 ans, en comptant les médecins présents lors de sessions de formation, est devenue plus difficile car des objectifs basés sur les résultats de formation ont été demandés.

Le « *Performance improvement* » qui correspond à nos évaluations de pratiques professionnelles (EPP) a trouvé lentement sa place en 10 ans.

Donc les *Etats-Unis*, ont suivi le chemin : FMC, puis qualifications, puis DPC.

- En Europe, les pays du Nord, notamment avec le *Royaume-Uni*, ont voulu mettre en place une évaluation de la compétence dans les années 2010, de type « *revalidation* », alors que les pays du sud ont voulu rendre obligatoire des systèmes basés sur la FMC/DPC (13). Au

Royaume-Uni, il existe une FMC organisée avec les collèges royaux, basée sur un système de crédits. Un programme ancien d'audits cliniques qui a duré une quinzaine d'années n'a pas été convaincant pour le NHS (*National Health Service*), ni les collèges royaux.

Depuis 2005, le *General Medical Council* voudrait développer la « revalidation ». Après plusieurs tentatives, ce concept a été reporté, et l'objectif de revalider la pratique de tous les médecins devrait être atteint en mars 2016.

- La plupart des autres *pays européens*, ont défini et mis en place des systèmes de FMC basés sur des mesures de crédits (13).

L'*Union européenne des médecins spécialistes* (UEMS) a choisi le système des crédits pour harmoniser les pratiques entre les pays. Les ECMEC (*European Continuing Medical Education Credit*) permettent ainsi des équivalences de crédits entre pays, et surtout avec l'Amérique du Nord. N'oublions pas que beaucoup de médecins spécialistes participent à des congrès et se forment sur d'autres continents que celui de leur exercice. L'UEMS, a mis en place l'EACCME (*European accreditation council for accreditation of medical specialists qualifications*); dans ce domaine, quelques spécialités, ont été des disciplines pilotes. Il restera donc, à l'UEMS, à mieux formaliser des systèmes de « *performance improvement* », d'EPP ou de DPC plus complets.

2. Cadre législatif : le décret n°2011-2116 du 30 décembre 2011 relatif au développement professionnel continu des médecins

Dans ce décret de 2011, le DPC :

« Constitue *une obligation individuelle* qui s'inscrit dans une démarche permanente » (14)

« Le médecin satisfait à son obligation de DPC dès lors qu'il participe, au cours de *chaque année civile* à un programme de développement professionnel continu collectif annuel ou pluriannuel »

Ce programme doit :

« Etre conforme à une *orientation nationale ou à une orientation régionale* de développement professionnel continu » (14)

« Comporter une des *méthodes et des modalités validées par la Haute Autorité de Santé (ANNEXE 1)* après avis de la Commission Scientifique Indépendante des médecins ; ces méthodes et modalités précisent les conditions qui permettent d'apprécier la participation effective, en tant que participant ou en tant que formateur, à un programme de développement professionnel continu »

« Etre mis en œuvre par un organisme de développement professionnel continu enregistré »

« *L'organisme gestionnaire du DPC* financent le développement professionnel continu des médecins libéraux et des médecins exerçant dans les centres de santé conventionnés »

« L'organisme de DPC délivre une attestation aux médecins justifiant de leur participation, au cours de l'année civile, à un programme de DPC. Il transmet simultanément par voie électronique les attestations correspondantes au conseil départemental de l'ordre des médecins dont chaque médecin relève » (14)

Le conseil départemental de l'ordre des médecins s'assure, au moins une fois tous les cinq ans, sur la base des attestations fournies, que les médecins ont satisfaits à leur obligation.

3. Liste des méthodes et des modalités permettant de valider l'obligation de DPC

A partir du 1^{er} janvier 2013, les professionnels de santé doivent se soumettre à une obligation de DPC tous les ans.

La HAS a validé la liste des méthodes et des modalités de DPC, en décembre 2012 (*ANNEXE 1*).

Cette liste précise les exigences méthodologiques portant sur les programmes, les supports utilisés, les intervenants et la traçabilité de l'engagement des professionnels.

Les supports utilisés peuvent être des supports numériques ou papiers, ils ne doivent comporter aucune promotion, les liens d'intérêts doivent être précisés.

Il est demandé à tout professionnel de santé de décrire son implication dans le programme de DPC, en renseignant chaque année un bilan individuel d'activité comprenant les besoins

identifiés, le programme suivi et les actions mises en œuvre, il est également demandé de justifier toutes les actions entreprises, en conservant tous les documents susceptibles de lui être demandés.

Les organismes de DPC sont invités à choisir parmi les méthodes citées par la HAS dans sa fiche (*ANNEXE 1*), une méthode adaptée aux objectifs poursuivis, afin de construire leur programme.

Il peut s'agir d'utiliser une méthode de travail *individuelle* ou en *groupe, présentielle* (congrès, séminaire, colloque, formation universitaire...) ou *non présentielle* (formation à distance: e-learning...), la HAS cite dans la rubrique « Analyse des pratiques », la méthode de « *revue de dossiers et analyse de cas* » comprenant la méthode du *GAPP* (groupe d'analyse de pratiques entre pairs). Cette méthode de DPC, a souvent été étudiée dans de nombreuses thèses, dont celle d'Anne-Cécile Philibert, en 2012, étudiante à l'université de Grenoble (15).

Dans sa thèse, il en ressort, qu'à travers ce groupe, la présentation des dossiers cliniques et des problèmes qui en découlent, il y a, d'une part, une analyse des pratiques médicales, avec une remise en cause des pratiques de chacun, une comparaison aux référentiels, une résolution des problèmes soulevés, grâce à la recherche bibliographique ou la demande d'avis d'experts, une réelle discussion et réflexion entre pairs, et du coup, une amélioration des pratiques médicales et, par conséquent, une amélioration de la qualité des soins. Ce qui est le but du DPC.

D'ailleurs, la HAS a publié récemment les *orientations nationales du DPC des professionnels de santé pour l'année 2013* (16) :

- contribuer à l'amélioration de la prise en charge des patients
- contribuer à l'amélioration de la relation entre professionnels de santé et patients
- contribuer à l'implication des professionnels de santé dans la qualité et la sécurité des soins
- contribuer à l'amélioration des relations entre professionnels de santé et au travail en équipes pluri-professionnelles
- contribuer à l'amélioration de la santé environnementale
- contribuer à la formation médicale continue

Finalement, comme les groupes d'analyse de pratiques entre pairs, on peut se demander si les activités pédagogiques mises en œuvre sur le terrain de la maîtrise de stage, par le MSU en compagnie de son interne, ne pourraient pas s'inscrire dans une démarche d'amélioration continue de la qualité et relever donc du DPC ?

IV. Méthodologie de l'enquête

Notre travail a consisté à décrire les activités pédagogiques mises en œuvre sur le terrain de la maîtrise de stage, « dans la vraie vie », par les MSU en compagnie de leurs internes.

1. Population de l'étude

L'étude portait sur les MSU de la Faculté de Médecine de Nice, qu'ils soient de niveau 1 ou SASPAS, ainsi que sur leurs stagiaires, de niveau 1 ou SASPAS.

2. Modalités de recrutement de la population

Le recrutement des MSU s'est réalisé par courriel, à partir du mois d'août 2013.

J'ai obtenu l'autorisation du Département Universitaire de Médecine Générale de Nice, qui m'a communiqué les adresses mails des différents MSU de la faculté de médecine de Nice.

Un mail (*ANNEXE 2*), a été adressé à tous les médecins généralistes, MSU, de la faculté de médecine de Nice, soit à 120 médecins au total, environ. Ce mail a été envoyé le 26 août 2013.

Dans ce mail, la question de recherche a été explicitée et expliquée, l'objectif principal de l'étude et les objectifs secondaires ont été décrits.

La période de recueil des données a été inscrite dans le mail (du 16 septembre 2013 au 6 octobre 2013).

La méthode de recueil des données (« carnet de bord ») a été expliquée.

Le mail précisait que l'étude portait sur les MSU de la Faculté de médecine de Nice, qu'ils soient de niveau 1 ou SASPAS.

Il était également précisé que l'exploitation des données se ferait de manière anonyme.

J'ai demandé ensuite dans le mail, à tous les MSU, de me confirmer par retour de mail, leur acceptation ou leur refus de participer.

Le recrutement des MSU a été clôturé le 13 septembre 2013.

3. L'enquête

3.1. La Méthode

Il s'agit d'une étude descriptive, évaluative, quantitative et qualitative.

Le recueil des données s'est fait grâce au remplissage d'un « carnet de bord ».

Le « carnet de bord » permet au MSU et à son interne d'inscrire toutes les activités pédagogiques effectuées et ce, jour après jour de stage, pendant trois semaines environ.

Le « carnet de bord » est organisé en thèmes afin de faciliter le remplissage.

Le « carnet de bord », a initialement été créé en format papier.

Le but était de déposer ce « cahier de bord » au cabinet de chacun des MSU participants.

Le « carnet de bord » papier a été testé par trois internes et leurs MSU, pendant une semaine, du 2 au 6 septembre 2013. Ils devaient donc remplir le carnet de bord lors de chaque journée de stage.

Ce qui était demandé au MSU et à l'interne « test », était de décrire toutes les difficultés rencontrées aussi bien concernant le fond (difficultés de compréhension du texte), que dans la forme (format papier, temps de réalisation du remplissage ...).

A l'issue de ce test, il a été décidé :

- de choisir le remplissage par journée qui permet de ne rien oublier de ce qui a été fait par le MSU et par l'interne. Effectivement, on pouvait discuter d'un remplissage par semaine, moins long à remplir, mais avec l'inconvénient de la perte d'information.

- de revoir la formulation de certaines questions, qui étaient mal comprises
- d'alléger les thèmes « directeurs »
- de raccourcir la période de recueil des données à deux semaines, à partir du 16 septembre 2013, car le remplissage du carnet jour après jour, prend du temps, si on veut bien le faire.
- de créer un questionnaire informatisé pour ceux qui le préféraient

3.2 .Création de la version informatisée

Le « carnet de bord » a donc été retranscrit sur un site internet de sondage « ECHO », l'accès vers le « carnet de bord » pour le remplissage se faisant grâce à un lien internet.

Afin d'assurer un suivi des MSU, il a fallu créer un lien internet numéroté (à partir de ce site de sondage ECHO) pour chaque journée de stage de la semaine 1 et chaque journée de stage de la semaine 2. Chaque lien conduisant à un nouveau « carnet de bord » vierge, permettant le remplissage : https://www.sondageecho.com/Echo/Questionnaire/2511/63-_maitrise_de_stage_et_DPC_semaine_1_journee_1-1

Le MSU devait s'identifier sur chaque nouveau carnet journalier, et dès que celui-ci était rempli, il suffisait au MSU de cliquer sur l'onglet « soumettre mes réponses », et le « carnet de bord » rempli, m'était instantanément renvoyé sur ma boîte mail personnel, et une copie s'enregistrait également sur le site de sondage « ECHO ».

Je pouvais consulter donc, instantanément, les réponses reçues, et grâce à l'identifiant inscrit sur le « carnet de bord », je savais, à qui il fallait que j'envoie un nouveau lien pour une prochaine journée de stage.

L'identifiant me permettait donc d'assurer ce suivi, et de relancer les MSU dès que je voyais que le nombre de réponse était insuffisant.

En ce qui concerne les deux MSU qui ont préféré le format papier, j'ai déposé moi-même, le « carnet de bord » au cabinet médical, pour le premier MSU, puis pour le second, le « carnet » a été envoyé, par voie postale, à l'adresse de son cabinet médical.

Le premier lien vers le « carnet de bord » a été envoyé aux MSU le 13 septembre 2013, le recueil des données commençant dès le lundi 16 septembre 2013.

Les binômes MSU-interne ont donc poursuivi le remplissage lors de la deuxième semaine de recueil, soit à partir du 23 septembre 2013, mais, là encore, les réponses demeuraient peu nombreuses.

3.3 Adaptation du protocole en cours d'étude

J'ai donc décidé de prolonger la période de recueil, car certains MSU, prenaient également leurs congés à ce moment-là.

J'ai donc recontacté les MSU participants par mail, pour les informer que la période de recueil se prolongerait jusqu'au 31 octobre 2013, ce qui leur donner un mois supplémentaire.

Pendant tout le mois d'octobre, je surveillais la bonne réception des informations, et relancer les MSU peu répondeurs.

En effet, le but était de décrire les activités des MSU avec leurs internes sur une durée de deux semaines.

A la fin du mois d'octobre, quelques MSU avaient peu répondu (2 à 3 carnets de bords au plus), je leur ai donc permis de continuer un peu à répondre avec leur nouvel interne, puisque le changement d'interne, s'est réalisé le lundi 4 novembre 2013, et que je ne voyais pas de biais majeur, au remplissage avec un interne différent, puisque l'étude porte sur les activités pédagogiques des MSU et que l'on ne s'attache pas à décrire ce que fait l'interne.

Le recueil des données a été clôturé le 20 novembre 2013.

4. Construction du « carnet de bord »

Le « carnet de bord » contient 10 items (*ANNEXE 3*).

Une note explicative est insérée en haut du carnet de recueil.

Les items 1 à 8, concernent la description des activités du MSU en compagnie de son interne, ces items 1 à 8, sont donc à remplir par le MSU et par l'interne, ensemble.

Les items 9 et 10, concernent la description des activités propres aux MSU, ces items sont donc à remplir par le MSU, seul.

Parmi les thèmes abordés, certains font référence à des données quantitatives :

- nombre de consultations réalisées par l'interne
- temps consacré à la supervision directe et indirecte durant une journée de stage
- nombre de situations discutées pendant la phase de supervision directe et indirecte pendant une journée de stage
- nombre de recherches documentaires réalisées pendant le temps de présence au cabinet et en dehors du temps de présence au cabinet pendant une journée de stage
- temps consacré à la discussion et à l'analyse des solutions trouvées aux problèmes

D'autres thèmes, font référence à des données qualitatives :

- type de situations problématiques discutées pendant la phase de supervision directe et indirecte
- les questions en suspens qui doivent faire l'objet d'un approfondissement
- les types de ressources utilisées pour répondre aux problèmes soulevés
- les sites internet visités lors d'une journée de stage
- les situations problématiques ayant fait l'objet d'une discussion et d'une analyse des solutions trouvées et d'une adaptation des recommandations trouvées aux propres patients
- la participation du MSU aux différentes activités universitaires, ainsi qu'aux activités d'analyse de pratique et d'actualisation des connaissances.

5. Analyse des résultats

Une fois le recueil des données terminé, j'ai effectué le transfert des réponses du site ECHO sur fichier EXCEL.

Les données quantitatives ont d'abord été classées MSU par MSU, avant d'obtenir un résultat global pour les MSU participants.

La classification des données qualitatives, concernant notamment la description des situations problématiques discutées par les MSU et leurs internes ainsi que les questions en suspens, qui ont fait l'objet d'un approfondissement, a été réalisée grâce à la taxonomie élaborée par Ely et ses associés (17) (18).

Cette classification comporte six catégories : problématiques diagnostiques, thérapeutiques, problématiques concernant la gestion du patient, problématiques épidémiologiques, problématiques non cliniques (administratives, éthiques, législatives...) et les problématiques inclassables.

6. Méthodologie de la recherche bibliographique

La bibliographie nécessaire à la réalisation de ce travail a été réalisée de la façon suivante :

- Utilisation des moteurs de recherche sur internet : GOOGLE SCHOLAR, <http://scholar.google.fr>

- Utilisation des différents catalogues de données médicales : SUDOC (système universitaire de documentation), pour la recherche de thèses, qui ont été consultées soit en ligne sur internet, pour celles en accès libre, soit en utilisant le PEB (prêt entre bibliothèques). Le catalogue SUDOC a été consulté via l'ENT (espace numérique de travail) de la bibliothèque de l'Université de Nice Sophia Antipolis.

CISMEF (catalogue et index des sites médicaux francophones) du CHU de Rouen, en utilisant des mots-clés issus du thésaurus MeSH (medical subject headings), <http://www.chu-rouen.fr/cismef/>

CAIRN.INFO, qui regroupe un grand nombre de revues accessibles en ligne, dans les domaines de la psychologie, de la philosophie, des sciences humaines, et de la sociologie.

- Utilisation des bases de données bibliographiques : MEDLINE, la consultation de cette base est facilitée grâce à une interface de recherche performante PUBMED
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/sites/entrez>

La consultation de cette base s'est réalisée par l'intermédiaire de l'ENT (espace numérique de travail) de la bibliothèque de l'Université de Nice Sophia Antipolis.

- Consultation de différentes revues : REVUE FRANÇAISE DES AFFAIRES SOCIALES, ANNALES MEDICO- PSYCHOLOGIQUES, PEDAGOGIE MEDICALE, la consultation de ces revues s'est faite par l'intermédiaire de l'ENT (espace numérique de travail) de la bibliothèque de l'Université de Nice Sophia Antipolis.

- Consultation des recommandations Françaises : site internet de la HAS (Haute Autorité de Santé) <http://www.has-sante.fr>, SFMG (Société Française de Médecine Générale) <http://drefc.sfm.org/index.php>

- Consultation des textes de Loi: <http://www.legifrance.gouv.fr/>, site consulté en accès direct.

- Consultation de certains sites internet universitaires : Faculté de médecine d'Angers, Faculté de médecine de Marseille, CAGE (collège azuréen des généralistes enseignants), CNGE (collège national des généralistes enseignants), consultés en accès direct.

Mots-clés utilisés pour la recherche documentaire :

En Français :

- développement professionnel continu
- maîtrise de stage
- qualité des soins de santé
- pédagogie médicale

En Anglais :

- continuing medical education
- family doctors
- primary care quality
- clinical questions
- medical students

V. Résultats

1. Participation

- Trois des MSU de la liste m'ont répondu ne pouvoir participer puisqu'ils recevaient uniquement des externes pendant la période de recueil, ils ont donc été exclus.
- Deux MSU m'ont répondu vouloir participer, mais ils ne recevaient pas d'interne pendant la période de recueil des données prévue, ils ont donc été exclus.

Treize MSU ont donné leur accord entre le 26 août 2013 et le 6 septembre 2013.

Parmi, les treize participants, trois MSU n'ont jamais répondu à aucun « carnet de bord » permettant le recueil des données, malgré plusieurs relances.

Ce qui porte à dix, le nombre final de participants à l'étude.

Parmi les dix MSU, il y avait neuf MSU de niveau 1, et un seul MSU SASPAS.

2. Description du remplissage des « carnets de bords »

Le tableau n°1 décrit le remplissage des « carnets de bords » par les dix MSU pendant la période de recueil.

Tableau n°1 : Description du remplissage des « carnets de bords » pendant la période de recueil

| Recueil du 16.09.2013 au 20.11.2013 | | |
|-------------------------------------|--|--|
| MSU | Nombre de carnets de bords remplis pendant la période de recueil | Période de remplissage pour chaque MSU |
| MSU 1 | 7 | du 24.09.13 au 20.11.13 |
| MSU 2 | 6 | du 19.09.13 au 04.11.13 |
| MSU 3 | 6 | du 29.09.13 au 23.10.13 |
| MSU 4 | 6 | du 05.10.13 au 13.11.13 |
| MSU 5 | 10 | du 23.09.13 au 30.10.13 |
| MSU 6 | 10 | du 16.09.13 au 30.10.13 |
| MSU 7 | 11 | du 16.09.13 au 31.10.13 |
| MSU 8 | 7 | du 16.09.13 au 30.10.13 |
| MSU 9 | 6 | du 30.09.13 au 10.10.13 |
| MSU 10 | 5 | du 19.09.13 au 20.11.13 |
| TOTAL | 74 | |

Les dix MSU ont remplis au total 74 « carnets de bords ».

Le nombre de « carnets de bords » remplis pendant la période de recueil est inégal d'un MSU à l'autre. La période de remplissage est également différente d'un MSU à l'autre, elle correspond à la période à partir de laquelle le premier « carnet de bord » a été rempli par le MSU jusqu'à la date de réception du dernier « carnet de bord », pour ce même MSU.

3. Description des activités des MSU avec leurs internes pendant la période de recueil

3.1. Description des consultations effectuées et des situations problématiques discutées

Le tableau n°2, représente le nombre de consultations effectuées par les internes, durant les trois phases du stage chez le praticien (en observation, en supervision directe et en autonomie), ainsi que le nombre de situations discutées par les binômes MSU- interne pendant les phases de supervision directe et indirecte, et ce, pendant la période de recueil.

Tableau n°2 : Description des consultations effectuées par les internes et des situations discutées durant les supervisions, pendant la période de recueil.

| | Nombre | Pourcentage |
|--|--------|-------------|
| Nombre de consultations effectuées par les internes pendant la période de recueil | 1386 | 100.0% |
| en observation | 473 | 34.1% |
| en supervision directe | 607 | 43.8% |
| en autonomie | 306 | 22.1% |
| Nombre de situations plus particulièrement discutées pendant la période de recueil | 489 | 53.5% |
| pendant la phase de supervision directe | 310 | 51.0% |
| pendant la phase de supervision indirecte | 179 | 58.5% |

Durant la période de recueil, 1386 consultations ont été réalisées par les internes. 34.1 % de ces consultations ont été réalisées en observation, 43.8% de ces consultations ont été réalisées en supervision directe et 22.1% de ces consultations ont été réalisées en autonomie.

Durant la période de recueil, 489 situations problématiques ont été particulièrement discutées par les binômes MSU- interne, cela représente 53.5% des situations vues en consultation pendant les phases de supervision directe et indirecte. Parmi ces 489 situations discutées, 310 ont été discutées pendant la phase de supervision directe, ce qui représente 51% des situations vues en consultation pendant la supervision directe, 179 ont été discutées pendant la phase de supervision indirecte, ce qui représente 58.5% des situations vues en consultation pendant la supervision indirecte.

Le tableau n°3 représente le temps consacré aux supervisions pendant la période de recueil.

Tableau n°3 : Temps consacré à la supervision directe et indirecte par les MSU pendant la période de recueil

| | Temps consacré aux supervisions (en min) pendant la période de recueil | % | Nombre de situations discutées | Moyenne temps (min)/ situation |
|--------------------------|---|---------------|---|-----------------------------------|
| Supervision directe | 2336 | 46.0% | 310 | 7.5 |
| Supervision indirecte | 2740 | 54.0% | 179 | 15.3 |
| TOTAL | 5076 | 100.0% | 489 | 10.4 |

Pendant la période de recueil, les dix MSU ont consacré environ 2336 minutes (46 %) à la supervision directe et 2740 minutes (54 %) à la supervision indirecte. On obtient ainsi une moyenne de 7.5 minutes consacrées à chaque situation discutée pendant la supervision directe, et une moyenne de 15.3 minutes consacrées à chaque situation discutée pendant la supervision indirecte.

Le tableau n°4 représente la description des situations problématiques plus particulièrement discutées par les dix binômes MSU- interne pendant la phase de supervision directe et indirecte. Ces situations problématiques ont été classées selon la taxonomie d'Ely et al (17) (18).

| pendant la supervision directe | | | | |
|--|---|--|------------|---------------|
| THEME PRIMAIRE | THEME SECONDAIRE | DESCRIPTION | nombre | % |
| diagnostic | cause/interprétation d'un fait | quelle est la cause du symptôme X? | 12 | 6.7% |
| diagnostic | cause/interprétation d'un fait | quelle est la cause du signe clinique X? | 8 | 4.4% |
| diagnostic | cause/interprétation d'un fait | quelle(s) pathologie(s) peu(ven)t donner l'anomalie retrouvée pour l'examen complémentaire X? | 3 | 1.7% |
| diagnostic | cause/interprétation d'un fait | ce patient pourrait-il avoir le syndrome Y donné par les signes cliniques X1, X2 ? | 9 | 5.0% |
| diagnostic | critères/manifestations | quelles sont les manifestations liées au diagnostic X? | 12 | 6.7% |
| diagnostic | examens complémentaires | l'examen X est-il indiqué dans la situation Y? | 14 | 7.8% |
| diagnostic | orientation | quelles est la définition de la condition Y? | 2 | 1.1% |
| diagnostic | orientation | quelle est la définition de l'examen X? | 1 | 0.6% |
| traitement | prescription médicamenteuse | quelles sont les modalités de prescription du médicament X dans la situation Y? | 6 | 3.3% |
| traitement | prescription médicamenteuse | quelle est l'indication du médicament X? | 7 | 3.9% |
| traitement | prescription médicamenteuse | ce patient devrait-il recevoir une prophylaxie dans la situation Y? | 5 | 2.8% |
| traitement | prescription médicamenteuse | quels sont les effets indésirables du médicament X? | | |
| traitement | prescription médicamenteuse | quelles sont les précautions d'emploi du médicament ou du dispositif X? | 5 | 2.8% |
| traitement | prescription médicamenteuse | quelles sont les contre-indications du médicament X? | | |
| traitement | prescription médicamenteuse | quelles sont les interactions du médicament X? | | |
| traitement | prescription médicamenteuse | quel est le mode d'action du médicament X? | | |
| traitement | prescription médicamenteuse | quel est le coût du médicament X? | 1 | 0.6% |
| traitement | prescription médicamenteuse | quelle doit être la décision thérapeutique dans la situation Y? | 59 | 32.8% |
| traitement | prescription médicamenteuse | quelle est la durée de prescription du médicament X? | 1 | 0.6% |
| traitement | prescription médicamenteuse | quelles sont les informations générales concernant le traitement ou la procédure X? | 2 | 1.1% |
| gestion | gestion du patient | quels services sociaux sont disponibles pour la situation Y? | 5 | 2.8% |
| gestion | communication avec les autres professionnels de santé | comment mettre en place un traitement X pour la pathologie Y en concertation avec un confrère spécialiste? | | |
| gestion | communication avec le patient et sa famille | comment faire l'annonce d'une mauvaise nouvelle? | 3 | 1.7% |
| gestion | communication avec le patient et sa famille | quels outils de communication utiliser pour rassurer un patient ou sa famille? | 1 | 0.6% |
| gestion | communication avec le patient et sa famille | comment gérer une consultation à demandes multiples? | 1 | 0.6% |
| gestion | communication avec le patient et sa famille | comment analyser les non-dits au cours d'un entretien? | | |
| gestion | communication avec le patient et sa famille | comment gérer les demandes injustifiées du patient ou de la famille? | 1 | 0.6% |
| gestion | coordination des soins | quand adresser le patient au spécialiste dans le cadre d'une pathologie chronique X? | | |
| gestion | coordination des soins | comment travailler en réseau autour d'un patient présentant une pathologie chronique rare? | | |
| épidémiologie | prévalence/incidence | quelle est la prévalence/incidence de la condition Y? | | |
| non clinique | éducation du patient | quelles informations délivrer au patient lors de l'introduction d'un nouveau traitement X? | 1 | 0.6% |
| non clinique | éducation du patient | comment gérer la non-observance à un traitement X? | | |
| non clinique | éducation du patient | quelle stratégie d'éducation mettre en place lors de la prise en charge d'un patient présentant une addiction X? | | |
| non clinique | éducation du patient | comment gérer le nomadisme médical? | | |
| non clinique | éducation du patient | comment assurer l'éducation du patient présentant une maladie chronique X? | | |
| non clinique | administration | quelles sont les démarches administratives concernant la condition Y? | 9 | 5.0% |
| non clinique | éthique | quelles sont les considérations éthiques dans la situation Y? | 1 | 0.6% |
| non clinique | psychologie | comment gérer un déni de la maladie X? | 1 | 0.6% |
| non clinique | législation | quelles sont les considérations légales dans la situation Y? | 10 | 5.6% |
| nombre total de situations problématiques particulièrement discutées en supervision directe et ayant été décrites par les MSU | | | 180 | 100.0% |
| nombre de situations thérapeutiques | | | 86 | 47.8% |
| nombre de situations diagnostiques | | | 61 | 33.9% |
| nombre de situations non cliniques | | | 22 | 12.2% |
| nombre de situations concernant la gestion du patient | | | 11 | 6.1% |
| nombre de situations épidémiologiques | | | 0 | 0.0% |

| pendant la supervision indirecte | | | | |
|--|---|--|------------|---------------|
| THEME PRIMAIRE | THEME SECONDAIRE | DESCRIPTION | nombre | % |
| diagnostic | cause/interprétation d'un fait | quelle est la cause du symptôme X? | 4 | 3.1% |
| diagnostic | cause/interprétation d'un fait | quelle est la cause du signe clinique X? | 6 | 4.7% |
| diagnostic | cause/interprétation d'un fait | quelle(s) pathologie(s) peu(ven)t donner l'anomalie retrouvée pour l'examen complémentaire X? | 1 | 0.8% |
| diagnostic | cause/interprétation d'un fait | ce patient pourrait-il avoir le syndrome Y donné par les signes cliniques X1, X2? | 1 | 0.8% |
| diagnostic | critères/manifestations | quelles sont les manifestations liées au diagnostic X? | 6 | 4.7% |
| diagnostic | examens complémentaires | l'examen X est-il indiqué dans la situation Y? | 12 | 9.3% |
| diagnostic | orientation | quelles est la définition de la condition Y? | | |
| diagnostic | orientation | quelle est la définition de l'examen X? | | |
| traitement | prescription médicamenteuse | quelles sont les modalités de prescription du médicament X dans la situation Y? | 4 | 3.1% |
| traitement | prescription médicamenteuse | quelle est l'indication du médicament X? | 10 | 7.8% |
| traitement | prescription médicamenteuse | ce patient devrait-il recevoir une prophylaxie dans la situation Y? | 2 | 1.6% |
| traitement | prescription médicamenteuse | quels sont les effets indésirables du médicament X? | 2 | 1.6% |
| traitement | prescription médicamenteuse | quelles sont les précautions d'emploi du médicament ou du dispositif X? | 1 | 0.8% |
| traitement | prescription médicamenteuse | quelles sont les contre-indications du médicament X? | | |
| traitement | prescription médicamenteuse | quelles sont les interactions du médicament X? | 1 | 0.8% |
| traitement | prescription médicamenteuse | quel est le mode d'action du médicament X? | 1 | 0.8% |
| traitement | prescription médicamenteuse | quel est le coût du médicament X? | | |
| traitement | prescription médicamenteuse | quelle doit être la décision thérapeutique dans la situation Y? | 37 | 28.7% |
| traitement | prescription médicamenteuse | quelle est la durée de prescription du médicament X? | | |
| traitement | prescription médicamenteuse | quelles sont les informations générales concernant le traitement ou la procédure X? | 1 | 0.8% |
| gestion | gestion du patient | quels services sociaux sont disponibles pour la situation Y? | 2 | 1.6% |
| gestion | communication avec les autres professionnels de santé | comment mettre en place un traitement X pour la pathologie Y en concertation avec un confrère spécialiste? | 1 | 0.8% |
| gestion | communication avec le patient et sa famille | comment faire l'annonce d'une mauvaise nouvelle? | | |
| gestion | communication avec le patient et sa famille | quels outils de communication utiliser pour rassurer un patient ou sa famille? | 3 | 2.3% |
| gestion | communication avec le patient et sa famille | comment gérer une consultation à demandes multiples? | 3 | 2.3% |
| gestion | communication avec le patient et sa famille | comment analyser les non-dits au cours d'un entretien? | 1 | 0.8% |
| gestion | communication avec le patient et sa famille | comment gérer les demandes injustifiées du patient ou de la famille? | | |
| gestion | coordination des soins | quand adresser le patient au spécialiste dans le cadre d'une pathologie chronique X? | 2 | 1.6% |
| gestion | coordination des soins | comment travailler en réseau autour d'un patient présentant une pathologie chronique rare? | 1 | 0.8% |
| épidémiologie | prévalence/incidence | quelle est la prévalence/incidence de la condition Y? | 3 | 2.3% |
| non clinique | éducation du patient | quelles informations délivrer au patient lors de l'introduction d'un nouveau traitement X? | | |
| non clinique | éducation du patient | comment gérer la non-observance à un traitement X? | 2 | 1.6% |
| non clinique | éducation du patient | quelle stratégie d'éducation mettre en place lors de la prise en charge d'un patient présentant une addiction X? | 1 | 0.8% |
| non clinique | éducation du patient | comment gérer le nomadisme médical? | 1 | 0.8% |
| non clinique | éducation du patient | comment assurer l'éducation du patient présentant une maladie chronique X? | 1 | 0.8% |
| non clinique | administration | quelles sont les démarches administratives concernant la condition Y? | 16 | 12.4% |
| non clinique | éthique | quelles sont les considérations éthiques dans la situation Y? | | |
| non clinique | psychologie | comment gérer un déni de la maladie X? | | |
| non clinique | législation | quelles sont les considérations légales dans la situation Y? | 3 | 2.3% |
| nombre total de situations problématiques particulièrement discutées en supervision indirecte et ayant été décrites par les MSU | | | 129 | 100.0% |
| nombre de situations thérapeutiques | | | 59 | 45.8% |
| nombre de situations diagnostiques | | | 30 | 23.2% |
| nombre de situations non cliniques | | | 24 | 18.6% |
| nombre de situations concernant la gestion du patient | | | 13 | 10.1% |
| nombre de situations épidémiologiques | | | 3 | 2.3% |

Pendant la phase de supervision directe, les situations problématiques les plus discutées par les binômes MSU- interne concernent des problématiques thérapeutiques (47.8%) et diagnostiques (33.9%). Les problématiques moins fréquentes sont non cliniques (12.2%) et celles concernant la gestion du patient (6.1%).

Pendant la phase de supervision indirecte, les situations problématiques les plus discutées par les binômes MSU- interne concernent des problématiques thérapeutiques (45.8%) et diagnostiques (23.2%). Les problématiques moins fréquentes sont non cliniques (18.6%), celles concernant la gestion du patient (10.1%) et les problématiques épidémiologiques (2.3%).

3.2. Description des questions en suspens soulevées par les binômes

Le tableau n°5 met en évidence le nombre de questions en suspens, sélectionnées par les dix binômes MSU-interne à partir de ces situations problématiques, ainsi que le nombre de recherches qui ont été réalisées pour répondre à ces questions.

Tableau n°5 : Nombre de situations problématiques discutées, nombre de questions en suspens sélectionnées et nombre de recherches réalisées pour répondre à ces questions.

| | Nombre de situations discutées | Nombre de situations discutées ayant été décrites dans les carnets | Questions en suspens sélectionnées pour une recherche | | Nombre de recherches réalisées |
|-----------------------|--------------------------------|--|---|--------------|--------------------------------|
| | | | Nombre | Pourcentage | |
| Supervision directe | 310 | 180 | 53 | 17.0% | 144 |
| Supervision indirecte | 179 | 129 | 49 | 27.3% | |
| TOTAL | 489 | 309 | 102 | 20.9% | |

Ce tableau n°5 met en évidence que sur les 310 situations problématiques discutées pendant la phase de supervision directe, uniquement 180, ont été décrites et détaillées par les binômes MSU-interne dans les « carnets de bords », permettant ainsi de les classer d'après la taxonomie d'Ely et al (17) (18). Parmi ces 310 situations discutées, 53 questions en suspens (17%) ont été sélectionnées par les binômes MSU-interne pour faire l'objet d'un approfondissement.

Sur les 179 situations problématiques discutées pendant la phase de supervision indirecte, uniquement 129, ont été décrites et détaillées par les binômes MSU- interne dans les « carnets de bords », permettant ainsi de les classer d'après la taxonomie d'Ely et al (17) (18). Parmi ces 179 situations discutées, 49 questions en suspens (27.3%) ont été sélectionnées par les binômes MSU- interne pour faire l'objet d'un approfondissement.

Suite à la sélection de ces 102 questions en suspens, 144 recherches ont été réalisées.

Le tableau n°6 décrit les 102 questions en suspens sélectionnées par les binômes MSU-interne, devant faire l'objet d'un approfondissement. Ces questions ont été classées selon la taxonomie d'Ely et al. (17) (18)

| pendant la supervision directe | | | | |
|---|---|--|-----------|---------------|
| THEME PRIMAIRE | THEME SECONDAIRE | DESCRIPTION | nombre | % |
| diagnostic | cause/interprétation d'un fait | quelle est la cause du symptôme X? | 2 | 3.8% |
| diagnostic | cause/interprétation d'un fait | quelle est la cause du signe clinique X? | 4 | 7.6% |
| diagnostic | cause/interprétation d'un fait | quelle(s) pathologie(s) peu(ven)t donner l'anomalie retrouvée pour l'examen complémentaire X? | 1 | 1.9% |
| diagnostic | cause/interprétation d'un fait | ce patient pourrait-il avoir le syndrome Y donné par les signes cliniques X1, X2? | 3 | 5.7% |
| diagnostic | critères/manifestations | quelles sont les manifestations liées au diagnostic X? | 6 | 11.3% |
| diagnostic | examens complémentaires | l'examen X est-il indiqué dans la situation Y? | 6 | 11.3% |
| diagnostic | orientation | quelles est la définition de la condition Y? | | |
| diagnostic | orientation | quelle est la définition de l'examen X? | | |
| traitement | prescription médicamenteuse | quelles sont les modalités de prescription du médicament X dans la situation Y? | 2 | 3.8% |
| traitement | prescription médicamenteuse | quelle est l'indication du médicament X? | 3 | 5.7% |
| traitement | prescription médicamenteuse | ce patient devrait-il recevoir une prophylaxie dans la situation Y? | 4 | 7.6% |
| traitement | prescription médicamenteuse | quels sont les effets indésirables du médicament X? | | |
| traitement | prescription médicamenteuse | quelles sont les précautions d'emploi du médicament ou du dispositif X? | 1 | 1.9% |
| traitement | prescription médicamenteuse | quelles sont les contre-indications du médicament X? | | |
| traitement | prescription médicamenteuse | quelles sont les interactions du médicament X? | | |
| traitement | prescription médicamenteuse | quel est le mode d'action du médicament X? | | |
| traitement | prescription médicamenteuse | quel est le coût du médicament X? | | |
| traitement | prescription médicamenteuse | quelle doit être la décision thérapeutique dans la situation Y? | 16 | 30.2% |
| traitement | prescription médicamenteuse | quelle est la durée de prescription du médicament X? | 1 | 1.9% |
| traitement | prescription médicamenteuse | quelles sont les informations générales concernant le traitement ou la procédure X? | 1 | 1.9% |
| gestion | gestion du patient | quels services sociaux sont disponibles pour la situation Y? | 1 | 1.9% |
| gestion | communication avec les autres professionnels de santé | comment mettre en place un traitement X pour la pathologie Y en concertation avec un confrère spécialiste? | | |
| gestion | communication avec le patient et sa famille | comment faire l'annonce d'une mauvaise nouvelle? | | |
| gestion | communication avec le patient et sa famille | quels outils de communication utiliser pour rassurer un patient ou sa famille? | | |
| gestion | communication avec le patient et sa famille | comment gérer une consultation à demandes multiples? | | |
| gestion | communication avec le patient et sa famille | comment analyser les non-dits au cours d'un entretien? | | |
| gestion | communication avec le patient et sa famille | comment gérer les demandes injustifiées du patient ou de la famille? | | |
| gestion | coordination des soins | quand adresser le patient au spécialiste dans le cadre d'une pathologie chronique X? | | |
| gestion | coordination des soins | comment travailler en réseau autour d'un patient présentant une pathologie chronique rare? | | |
| épidémiologie | prévalence/incidence | quelle est la prévalence/incidence de la condition Y? | | |
| non clinique | éducation du patient | quelles informations délivrer au patient lors de l'introduction d'un nouveau traitement X? | | |
| non clinique | éducation du patient | comment gérer la non-observance à un traitement X? | | |
| non clinique | éducation du patient | quelle stratégie d'éducation mettre en place lors de la prise en charge d'un patient présentant une addiction X? | | |
| non clinique | éducation du patient | comment gérer le nomadisme médical? | | |
| non clinique | éducation du patient | comment assurer l'éducation du patient présentant une maladie chronique X? | | |
| non clinique | administration | quelles sont les démarches administratives concernant la condition Y? | 1 | 1.9% |
| non clinique | éthique | quelles sont les considérations éthiques dans la situation Y? | | |
| non clinique | psychologie | comment gérer un déni de la maladie X? | | |
| non clinique | législation | quelles sont les considérations légales dans la situation Y? | 1 | 1.9% |
| nombre total de questions soulevées en supervision directe | | | 53 | 100.0% |
| nombre de questions thérapeutiques | | | 28 | 52.8% |
| nombre de questions diagnostiques | | | 22 | 41.5% |
| nombre de questions non cliniques | | | 2 | 3.8% |
| nombre de questions concernant la gestion du patient | | | 1 | 1.9% |
| nombre de questions épidémiologiques | | | 0 | 0.0% |

| pendant la supervision indirecte | | | | |
|---|---|--|-----------|---------------|
| THEME PRIMAIRE | THEME SECONDAIRE | DESCRIPTION | nombre | % |
| diagnostic | cause/interprétation d'un fait | quelle est la cause du symptôme X? | 2 | 4.1% |
| diagnostic | cause/interprétation d'un fait | quelle est la cause du signe clinique X? | 3 | 6.1% |
| diagnostic | cause/interprétation d'un fait | quelle(s) pathologie(s) peu(ven)t donner l'anomalie retrouvée pour l'examen complémentaire X? | 1 | 2.0% |
| diagnostic | cause/interprétation d'un fait | ce patient pourrait-il avoir le syndrome Y donné par les signes cliniques X1, X2? | | |
| diagnostic | critères/manifestations | quelles sont les manifestations liées au diagnostic X? | 2 | 4.1% |
| diagnostic | examens complémentaires | l'examen X est-il indiqué dans la situation Y? | 5 | 10.2% |
| diagnostic | orientation | quelles est la définition de la condition Y? | | |
| diagnostic | orientation | quelle est la définition de l'examen X? | | |
| traitement | prescription médicamenteuse | quelles sont les modalités de prescription du médicament X dans la situation Y? | 1 | 2.0% |
| traitement | prescription médicamenteuse | quelle est l'indication du médicament X? | 4 | 8.2% |
| traitement | prescription médicamenteuse | ce patient devrait-il recevoir une prophylaxie dans la situation Y? | 1 | 2.0% |
| traitement | prescription médicamenteuse | quels sont les effets indésirables du médicament X? | 2 | 4.1% |
| traitement | prescription médicamenteuse | quelles sont les précautions d'emploi du médicament ou du dispositif X? | 1 | 2.0% |
| traitement | prescription médicamenteuse | quelles sont les contre-indications du médicament X? | | |
| traitement | prescription médicamenteuse | quelles sont les interactions du médicament X? | | |
| traitement | prescription médicamenteuse | quel est le mode d'action du médicament X? | 1 | 2.0% |
| traitement | prescription médicamenteuse | quel est le coût du médicament X? | | |
| traitement | prescription médicamenteuse | quelle doit être la décision thérapeutique dans la situation Y? | 15 | 30.7% |
| traitement | prescription médicamenteuse | quelle est la durée de prescription du médicament X? | | |
| traitement | prescription médicamenteuse | quelles sont les informations générales concernant le traitement ou la procédure X? | | |
| gestion | gestion du patient | quels services sociaux sont disponibles pour la situation Y? | | |
| gestion | communication avec les autres professionnels de santé | comment mettre en place un traitement X pour la pathologie Y en concertation avec un confrère spécialiste? | | |
| gestion | communication avec le patient et sa famille | comment faire l'annonce d'une mauvaise nouvelle? | | |
| gestion | communication avec le patient et sa famille | quels outils de communication utiliser pour rassurer un patient ou sa famille? | 2 | 4.1% |
| gestion | communication avec le patient et sa famille | comment gérer une consultation à demandes multiples? | | |
| gestion | communication avec le patient et sa famille | comment analyser les non-dits au cours d'un entretien? | | |
| gestion | communication avec le patient et sa famille | comment gérer les demandes injustifiées du patient ou de la famille? | | |
| gestion | coordination des soins | quand adresser le patient au spécialiste dans le cadre d'une pathologie chronique X? | 1 | 2.0% |
| gestion | coordination des soins | comment travailler en réseau autour d'un patient présentant une pathologie chronique rare ? | | |
| épidémiologie | prévalence/incidence | quelle est la prévalence/incidence de la condition Y? | 2 | 4.1% |
| non clinique | éducation du patient | quelles informations délivrer au patient lors de l'introduction d'un nouveau traitement X? | | |
| non clinique | éducation du patient | comment gérer la non-observance à un traitement X? | | |
| non clinique | éducation du patient | quelle stratégie d'éducation mettre en place lors de la prise en charge d'un patient présentant une addiction X? | | |
| non clinique | éducation du patient | comment gérer le nomadisme médical? | | |
| non clinique | éducation du patient | comment assurer l'éducation du patient présentant une maladie chronique X? | 1 | 2.0% |
| non clinique | administration | quelles sont les démarches administratives concernant la condition Y? | 4 | 8.2% |
| non clinique | éthique | quelles sont les considérations éthiques dans la situation Y? | | |
| non clinique | psychologie | comment gérer un déni de la maladie X? | | |
| non clinique | législation | quelles sont les considérations légales dans la situation Y? | 1 | 2.0% |
| nombre total de questions soulevées en supervision indirecte | | | 49 | 100.0% |
| nombre de questions thérapeutiques | | | 25 | 51.0% |
| nombre de questions diagnostiques | | | 13 | 26.6% |
| nombre de questions non cliniques | | | 6 | 12.2% |
| nombre de questions concernant la gestion du patient | | | 3 | 6.1% |
| nombre de questions épidémiologiques | | | 2 | 4.1% |

Pendant la phase de supervision directe, les questions les plus soulevées par les binômes MSU- interne concernent des questions thérapeutiques (52.8%) et diagnostiques (41.5%). Les questions moins fréquentes sont non cliniques (3.8%) et celles concernant la gestion du patient (1.9%).

Pendant la phase de supervision indirecte, les questions les plus soulevées par les binômes MSU- interne concernent des questions thérapeutiques (51.0%) et diagnostiques (26.6%). Les questions moins fréquentes sont non cliniques (12.2%), celles concernant la gestion du patient (6.1%) et les questions épidémiologiques (4.1%).

3.3. Description des recherches effectuées et des ressources utilisées

Le tableau n°7 décrit les recherches effectuées par les binômes MSU-interne pendant la période de recueil.

Tableau n°7 : Recherches effectuées par les binômes MSU-interne pour répondre aux questions en suspens, pendant la période de recueil.

| | Nombre | Pourcentage |
|---|---------------|--------------------|
| Questions en suspens | 102 | |
| Recherches | 144 | 100% |
| Recherches effectuées pendant le temps de présence au cabinet | 102 | 71% |
| Recherches effectuées en dehors du temps de présence au cabinet | 42 | 29% |

Pour répondre aux 102 questions en suspens, 144 recherches ont été effectuées, 102 (71%) pendant le temps de présence au cabinet médical et 42 (29%) en dehors du temps de présence au cabinet.

Le tableau n°8 représente les différents types de ressources utilisées pour répondre aux problèmes soulevés lors des supervisions.

Tableau n°8 : Types de ressources utilisées pour répondre aux questions soulevées

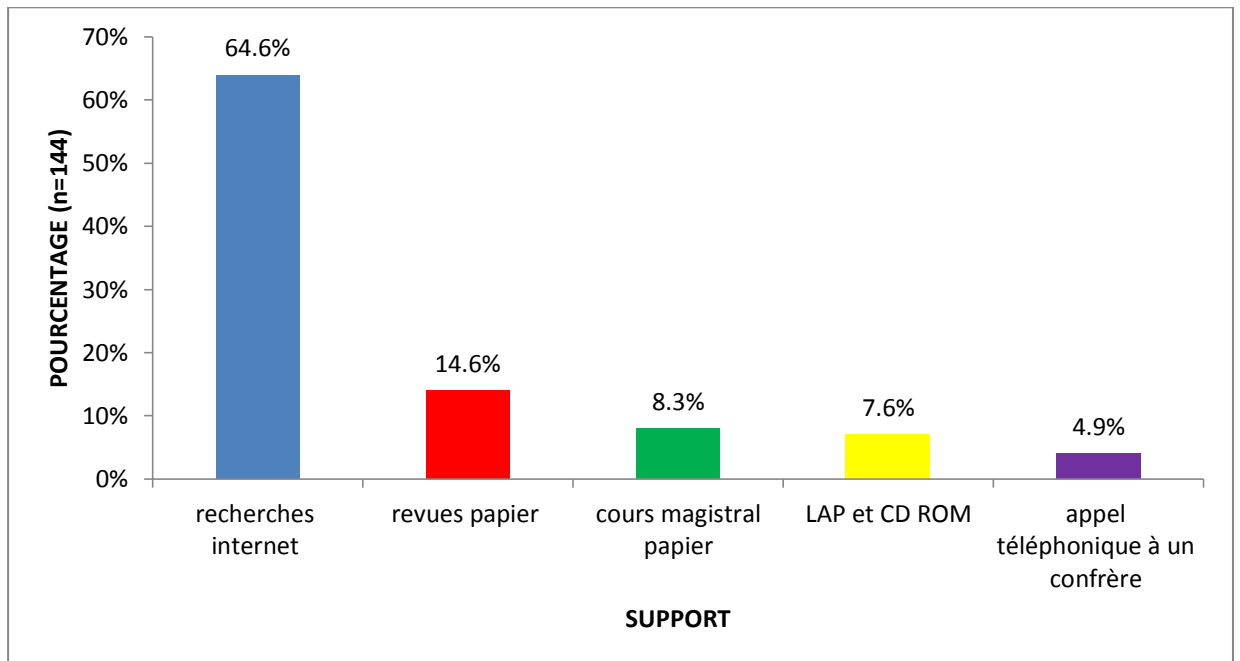
| | Nombre de recherches | Pourcentage |
|----------------------------------|-----------------------------|--------------------|
| Ressources électroniques | 104 | 72.2% |
| Recherche internet | 93 | 64.6% |
| LAP et CD ROM | 11 | 7.6% |
| Revue papier | 21 | 14.6% |
| Appel téléphonique à un confrère | 7 | 4.9% |
| Cours magistral papier | 12 | 8.3% |
| TOTAL | 144 | 100.0% |

Parmi les 144 recherches effectuées par les binômes MSU- interne, 104 (72.2%) ont été effectuées en utilisant une ressource électronique, 21 (14.6%) ont été effectuées en utilisant des revues papier, 12 (8.3%), en utilisant des cours magistraux papier et 7 (4.9%) en passant un appel téléphonique à un confrère.

Parmi les ressources électroniques, 93 recherches (64.6%) ont été effectuées sur internet et 11 recherches (7.6%) ont été effectuées en utilisant des Logiciels d'Aide à la Prescription (LAP) et d'autres CD ROM.

Le graphique n°1 montre la répartition des différentes ressources.

Graphique n°1 : Répartition des sources d'information utilisées pour répondre aux questions soulevées



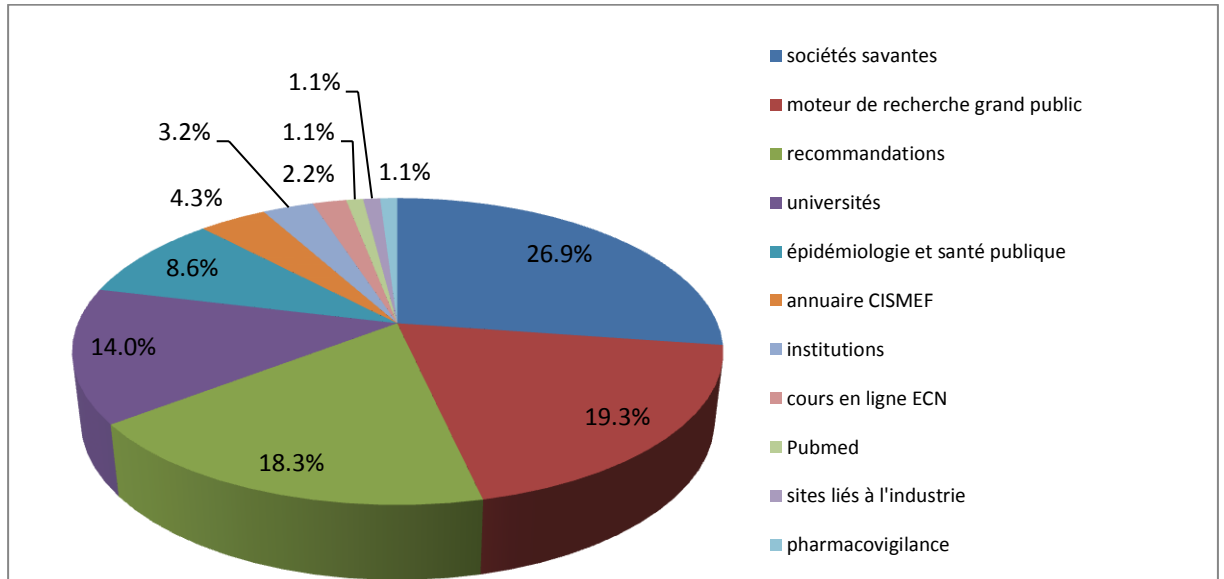
Les sources internet :

Le tableau n°9 décrit les sites internet visités pendant la période de recueil afin de trouver des solutions aux questions soulevées.

Tableau n°9 : Liste des sites internet cités par les binômes MSU-interne regroupés en onze catégories

| catégories | adresses | nombre | TOTAL | % |
|--|----------------------------|--------|-------|-------|
| moteur de recherche | google.fr | 17 | | |
| grand public | google images | 1 | 18 | 19.3% |
| recommandations | has-sante.fr | 17 | 17 | 18.3% |
| sociétés savantes | antibioclic.com | 2 | | |
| | sfr.larhumatologie.fr | 3 | | |
| | infectiologie.com | 10 | | |
| | splf.org | 4 | | |
| | urofrance.org | 3 | | |
| | sfcardio.fr | 2 | | |
| | sf-neuro.fr | 1 | 25 | 26.9% |
| annuaire CISMEF | cismef.org | 4 | 4 | 4.3% |
| Pubmed | ncbi.nlm.nih.gov/pubmed | 1 | 1 | 1.1% |
| épidémiologie et santé publique | invs.sante.fr/BEH | 4 | | |
| | sante.gouv.fr/vaccinations | 2 | | |
| | pasteur.fr | 1 | | |
| | inpes.sante.fr | 1 | 8 | 8.6% |
| universités | chu-rouen.fr | 1 | | |
| | med.univ-montp1.fr | 2 | | |
| | cofer.univ-lille2.fr | 4 | | |
| | cuen.fr/umvf | 2 | | |
| | med.univ-rennes1.fr | 2 | | |
| | univ-lyon1.fr | 2 | 13 | 14.0% |
| institutions | diplomatie.gouv.fr | 1 | | |
| | ameli.fr | 1 | | |
| | oms:who.int/fr | 1 | 3 | 3.2% |
| sites liés à l'industrie | sanofi.fr | 1 | 1 | 1.1% |
| pharmacovigilance | ansm.sante.fr | 1 | 1 | 1.1% |
| cours en ligne ECN | fascicules.fr | 1 | | |
| | memobio.fr | 1 | 2 | 2.2% |

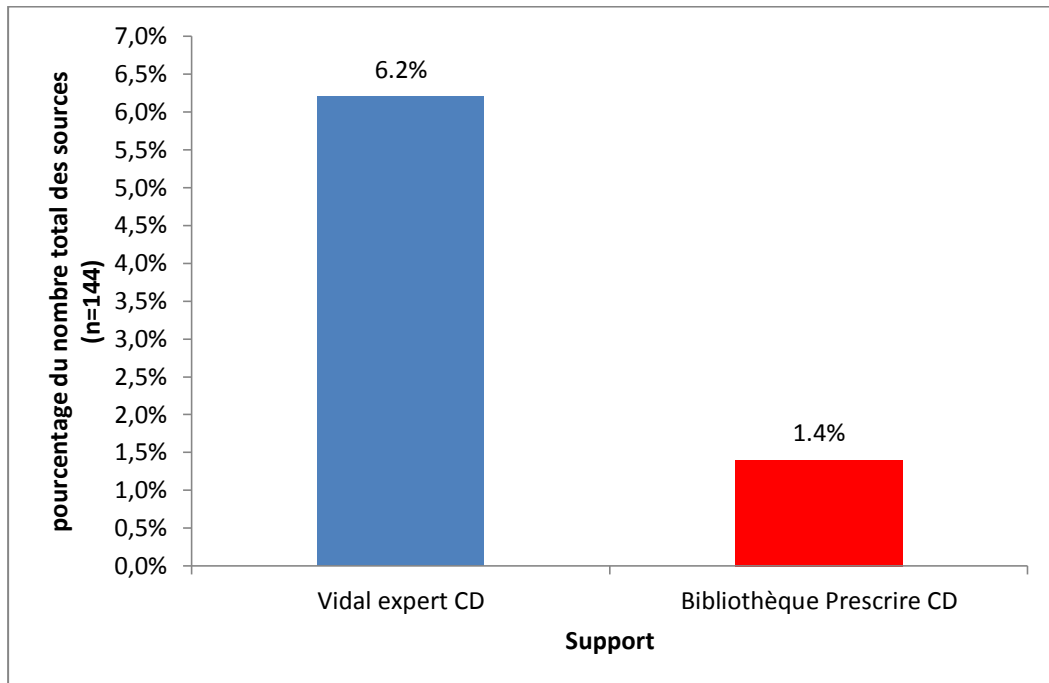
La répartition des sources internet par catégorie est reprise dans le graphique n°2.

Graphique n°2 : Répartition des sources internet (n=93)**Les autres sources électroniques :**

Nous regroupons sous ce terme les documents sur support CD et les logiciels d'aide à la prescription médicale (LAP).

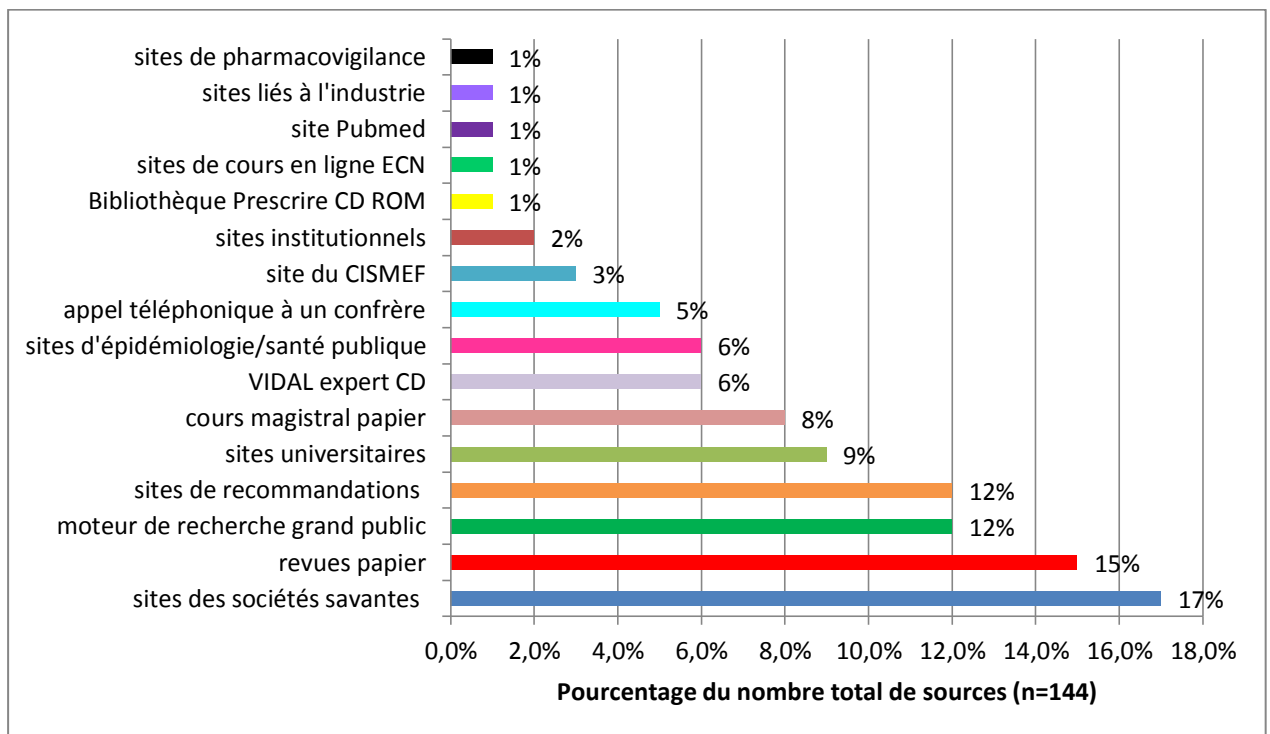
Tableau n°10 : Les autres sources électroniques

| | Nombre | % |
|---------------------------|--------|------|
| LAP et CD ROM | 11 | 7.6% |
| VIDAL expert CD | 9 | 6.2% |
| Bibliothèque Prescrire CD | 2 | 1.4% |

Graphique n°3 : Répartition des autres sources électroniques (non internet)

La répartition générale des sources utilisées par les dix binômes MSU-interne lors de l'enquête est représentée dans le graphique n°4.

Graphique n°4 : Répartition générale des sources d'information dans l'enquête



3.4. Description de l'analyse et de la discussion des solutions trouvées et de leur adaptation aux patients

Le tableau n°11 représente les questions, par rapport auxquelles, les solutions trouvées lors des recherches, ont été discutées et analysées par les binômes MSU-interne. Ce tableau représente également le nombre de solutions adaptées aux propres patients.

Tableau n°11 : Description des questions pour lesquelles les solutions trouvées ont été discutées et analysées par les binômes MSU-interne

| THEME PRIMAIRE | THEME SECONDAIRE | DESCRIPTION | nombre questions en suspens | nombre solutions discutées et analysées | solutions adaptées aux patients |
|----------------|---|--|-----------------------------|---|---------------------------------|
| diagnostic | cause/interprétation d'un fait | quelle est la cause du symptôme X? | 4 | 4 | 4 |
| diagnostic | cause/interprétation d'un fait | quelle est la cause du signe clinique X? | 7 | 7 | 7 |
| diagnostic | cause/interprétation d'un fait | quelle(s) pathologie(s) peu(ven)t donner l'anomalie retrouvée pour l'examen complémentaire X? | 2 | 2 | 2 |
| diagnostic | cause/interprétation d'un fait | ce patient pourrait-il avoir le syndrome Y donné par les signes cliniques X1, X2? | 3 | 3 | 3 |
| diagnostic | critères/manifestations | quelles sont les manifestations liées au diagnostic X? | 8 | 8 | 8 |
| diagnostic | examens complémentaires | l'examen X est-il indiqué dans la situation Y? | 11 | 11 | 11 |
| diagnostic | orientation | quelles est la définition de la condition Y? | 0 | 0 | 0 |
| diagnostic | orientation | quelle est la définition de l'examen X? | 0 | 0 | 0 |
| traitement | prescription médicamenteuse | quelles sont les modalités de prescription du médicament X dans la situation Y? | 3 | 3 | 3 |
| traitement | prescription médicamenteuse | quelle est l'indication du médicament X? | 7 | 7 | 7 |
| traitement | prescription médicamenteuse | ce patient devrait-il recevoir une prophylaxie dans la situation Y? | 5 | 5 | 5 |
| traitement | prescription médicamenteuse | quels sont les effets indésirables du médicament X? | 2 | 2 | 2 |
| traitement | prescription médicamenteuse | quelles sont les précautions d'emploi du médicament ou du dispositif X? | 2 | 2 | 2 |
| traitement | prescription médicamenteuse | quelles sont les contre-indications du médicament X? | 0 | 0 | 0 |
| traitement | prescription médicamenteuse | quelles sont les interactions du médicament X? | 0 | 0 | 0 |
| traitement | prescription médicamenteuse | quel est le mode d'action du médicament X? | 1 | 1 | 1 |
| traitement | prescription médicamenteuse | quel est le coût du médicament X? | 0 | 0 | 0 |
| traitement | prescription médicamenteuse | quelle doit être la décision thérapeutique dans la situation Y? | 31 | 31 | 31 |
| traitement | prescription médicamenteuse | quelle est la durée de prescription du médicament X? | 1 | 1 | 1 |
| traitement | prescription médicamenteuse | quelles sont les informations générales concernant le traitement ou la procédure X? | 1 | 1 | 1 |
| gestion | gestion du patient | quels services sociaux sont disponibles pour la situation Y? | 1 | 1 | 1 |
| gestion | communication avec les autres professionnels de santé | comment mettre en place un traitement X pour la pathologie Y en concertation avec un confrère spécialiste? | 0 | 0 | 0 |
| gestion | communication avec le patient et sa famille | comment faire l'annonce d'une mauvaise nouvelle? | 0 | 0 | 0 |
| gestion | communication avec le patient et sa famille | quels outils de communication utiliser pour rassurer un patient ou sa famille? | 2 | 2 | 2 |
| gestion | communication avec le patient et sa famille | comment gérer une consultation à demandes multiples? | 0 | 0 | 0 |
| gestion | communication avec le patient et sa famille | comment analyser les non-dits au cours d'un entretien? | 0 | 0 | 0 |
| gestion | communication avec le patient et sa famille | comment gérer les demandes injustifiées du patient ou de la famille? | 0 | 0 | 0 |
| gestion | coordination des soins | quand adresser le patient au spécialiste dans le cadre d'une pathologie chronique X? | 1 | 1 | 1 |
| gestion | coordination des soins | comment travailler en réseau autour d'un patient présentant une pathologie chronique rare? | 0 | 0 | 0 |
| épidémiologie | prévalence/incidence | quelle est la prévalence/incidence de la condition Y? | 2 | 2 | 2 |
| non clinique | éducation du patient | quelles informations délivrer au patient lors de l'introduction d'un nouveau traitement X? | 0 | 0 | 0 |
| non clinique | éducation du patient | comment gérer la non-observance à un traitement X? | 0 | 0 | 0 |
| non clinique | éducation du patient | quelle stratégie d'éducation mettre en place lors de la prise en charge d'un patient présentant une addiction X? | 0 | 0 | 0 |
| non clinique | éducation du patient | comment gérer le nomadisme médical? | 0 | 0 | 0 |
| non clinique | éducation du patient | comment assurer l'éducation du patient présentant une maladie chronique X? | 1 | 1 | 1 |
| non clinique | administration | quelles sont les démarches administratives concernant la condition Y? | 5 | 5 | 5 |
| non clinique | éthique | quelles sont les considérations éthiques dans la situation Y? | 0 | 0 | 0 |
| non clinique | psychologie | comment gérer un déni de la maladie X? | 0 | 0 | 0 |
| non clinique | législation | quelles sont les considérations légales dans la situation Y? | 2 | 2 | 2 |
| TOTAL | | | 102 | 102 | 102 |

Le tableau n°12 récapitule le nombre de solutions discutées, analysées par les binômes MSU-interne et adaptées aux propres patients.

Tableau n°12 :

| | Nombre | % |
|--|--------|--------|
| Questions en suspens soulevées lors des supervisions | 102 | |
| Recherches réalisées lors de l'enquête | 144 | |
| Solutions discutées et analysées par binômes MSU/interne | 102 | 100.0% |
| Solutions adaptées aux propres patients | 102 | 100.0% |

Pour répondre aux 102 questions soulevées lors des supervisions, les binômes MSU-interne ont réalisé 144 recherches.

Toutes les solutions trouvées ont été discutées et analysées par les binômes MSU-interne.

Toutes les solutions trouvées ont été adaptées aux propres patients, à la propre pratique.

Le tableau n°13 représente le temps consacré par les dix binômes MSU-interne à la discussion et à l'analyse des solutions trouvées.

Tableau n°13 : Temps consacré par les binômes à la discussion et à l'analyse des solutions trouvées pendant la période de recueil

| Temps consacré (en minutes) à la discussion et à l'analyse des solutions | Nombre de solutions discutées et analysées | Moyenne temps (min)/solution |
|--|--|------------------------------|
| 1445 | 102 | 14.2 |

Pendant la période de recueil, 1445 minutes ont été consacrées à la discussion et à l'analyse des solutions trouvées par les binômes MSU- interne, ce qui correspond à une moyenne de 14.2 minutes par solution trouvée.

4. Description des activités propres aux MSU

Le tableau n°14 représente les activités réalisées par les dix MSU.

Tableau n°14 : Description des activités propres aux MSU

| | Nombre de MSU ayant déjà réalisé cette activité | % |
|---|--|----------|
| Aide de l'interne à la sélection d'un cas complexe pour les GEASP | 6 | 60% |
| Aide de l'interne à la sélection d'un cas complexe pour les RSCA | 7 | 70% |
| Supervision à l'élaboration des RSCA | 6 | 60% |
| Aide de l'interne au choix d'un sujet de thèse | 5 | 50% |
| Participation active à un projet de thèse | 4 | 40% |
| Direction de thèse | 4 | 40% |
| Participation à des séminaires, des congrès | 7 | 70% |
| Participation à un groupe de pairs ou équivalent | 3 | 30% |

VI. Discussion

1. Les limites de l'étude

1.1. Biais de sélection

Une des limites de l'étude est le faible nombre de participants :

En effet, suite à l'envoi du mail de recrutement, treize MSU m'avaient donné leur accord pour participer, puis finalement, seulement dix MSU ont réellement remplis les « carnets de bords ».

Je n'ai pas réussi à connaître les raisons de la non-participation de ces trois MSU, car je n'ai jamais eu de réponse aux mails et appels téléphoniques de relance.

Le faible nombre de participants peut s'expliquer par le fait que cette enquête nécessite de consacrer du temps, notamment au remplissage des « carnets de bords », l'enquête a pu être perçue comme « chronophage » par certains MSU.

Une autre explication serait une mauvaise compréhension par les MSU des objectifs de cette enquête, avec la crainte d'être « observé » dans leur propre pratique et comparé aux autres MSU participants.

Une autre limite de cette enquête est le faible taux de réponses des participants :

En effet, les dix binômes MSU-interne participants, n'ont remplis, au total, que 74 « carnets de bords ».

Dès la première semaine de recueil des données, j'ai reçu peu de « carnets de bords » remplis. J'ai donc contacté par téléphone, les MSU, pour recueillir leurs impressions et difficultés. Ce qui en ressortait, c'est qu'effectivement, le remplissage prenait du temps, mais que c'était un bon moyen pour le MSU et pour l'interne, de faire la synthèse de ce qui s'était passé durant la journée de stage. Cela prenait donc du temps pour bien faire.

Ce manque de réponse de certains MSU s'expliquait aussi par le fait que l'interne était en congé, donc non présent au cabinet, ou alors par le fait qu'il était présent au cabinet de l'autre

MSU du binôme ou trinôme. Certains MSU partaient également en congé au même moment, il était donc impossible de remplir les « carnets de bords » dans les délais prévus initialement.

Face à ces difficultés rencontrées lors du recueil des données, j'ai dû faire des adaptations au protocole de l'étude, avec notamment une prolongation du temps de recueil des données jusqu'au 31 octobre 2013 puis jusqu'au 20 novembre 2013, d'où un nombre inégal de « carnets de bords » remplis d'un MSU à l'autre, et une période de remplissage différente d'un MSU à l'autre.

1.2. Biais d'observation

Le recueil des données de l'enquête s'est réalisé grâce au remplissage d'un « carnet de bord » par les binômes MSU-interne. Cette récolte des données s'est donc réalisée de manière subjective et non objective par un enquêteur observateur.

1.3. Biais de simplification

Nous avons choisi le remplissage du « carnet de bord » par journée, afin d'éviter la perte d'information, mais on note quand même, que sur les 489 situations problématiques discutées par les binômes MSU-interne, seulement 309 ont été décrites et détaillées dans les « carnets de bords ». Le recueil des données est donc synthétique, et il existe donc, un biais de simplification qui masque des situations très complexes dans les différents domaines psychologiques, sociaux, et de communication, qui se retrouvent peu dans les résultats, alors qu'ils sont très présents dans la pratique quotidienne du médecin généraliste.

2. Intérêts de l'étude

Cette étude d'observation des interactions MSU- interne a permis de mettre en évidence une démarche réflexive autour de situations complexes, favorisée par les questionnements des internes en stage, l'échange des savoirs. Comme le disait un MSU interrogé sur le vécu des MSU accueillant un SASPAS, lors d'un travail de thèse (4), « *Etre maître de stage, ce n'est*

pas un savoir qui est transmis à un ignorant, mais deux compétences, deux savoirs qui communiquent à un moment donné ».

Les supervisions directe et indirecte ont permis de dégager des problèmes à résoudre, ont fait formuler des questionnements, ont permis de mobiliser des ressources diverses pour trouver des solutions aux problèmes en suspens et d'adapter enfin les solutions trouvées aux cas particuliers des patients pris en charge.

Cette évaluation croisée MSU- interne, autours de la prise en charge des patients, amène le praticien à questionner sa propre pratique clinique et s'engager dans une démarche d'amélioration continue de la qualité.

Si on compare ces interactions MSU- interne aux activités décrites dans la fiche projet de la HAS « DPC et maîtrise de stage » (41), les 5 idées- forces qui permettent de dire que les MSU de notre enquête s'inscrivent bien dans une « dynamique de DPC » sont :

- le développement par les binômes d'« *une réflexion sur les situations rencontrées dans la pratique clinique* »
- le développement par les binômes « *de questions relatives à la prise en charge des patients, les décisions prises, les évènements indésirables et les problèmes rencontrés* ».
- le développement par les binômes d'une identification « *de réponses aux problèmes soulevés, à partir de différentes ressources, dont les données de la littérature, les recommandations et les référentiels professionnels validés* ».
- le développement par les binômes d'une « *analyse critique des solutions trouvées, ainsi qu'une appropriation/ adaptation au patient concerné* ».
- le développement par les MSU d'une supervision « *des travaux d'écriture clinique* » et d'encadrement de « *travaux de recherche* », de réalisation d'« *activités de formation, d'actualisation des connaissances: journées de formation, congrès, séminaires* » ainsi que des « *activités d'analyse de pratiques de type groupe d'analyse entre pairs (GAP)* ».

Cependant **plusieurs critiques** sont à apporter à notre enquête :

- Les situations discutées dans notre enquête sont majoritairement des situations thérapeutiques (47.8%) et diagnostiques (33.9%) en supervision directe comme en supervision indirecte (thérapeutiques 45.8%, diagnostiques 23.2%), ce qui est peu concordant avec la multitude des domaines de situations cliniques que l'on peut rencontrer en médecine générale (domaine psychologique, social, communication, coordination des soins...).

D'ailleurs le Collège National des Généralistes Enseignants (CNGE) a retenu en 2009, dans le *Référentiel Métier et Compétences du médecin généraliste* (22), seize situations cliniques types considérées comme particulièrement représentatives de la spécialité car elles font appel aux compétences du médecin généraliste dans différents domaines (diagnostique, thérapeutique, mais aussi, relationnel, gestion de l'urgence, préventif, éducatif, coordination médicale et sociale).

Il est donc regrettable dans notre enquête que les situations décrites ne balayent pas assez tous les domaines de la médecine générale comme décrits dans ce *Référentiel Métier*, et soient peu représentatives de la complexité des situations dans le quotidien du médecin généraliste. Les hypothèses soulevées pour expliquer cela : manque de temps des binômes pour tout décrire ?, Volonté de simplification des situations ? Oublis survenus dans la retranscription des situations de la part des binômes ? Carnet de bord mal construit, ne permettant pas cette description ?

- On note dans notre enquête, une majorité de questions thérapeutiques (52.8%) et diagnostiques (41.5%) en supervision directe comme en supervision indirecte (thérapeutiques 51%, diagnostiques 26.6%). Là encore, on peut faire la même critique que précédemment : les domaines de questionnements ne balayent pas assez tous les domaines de la médecine générale et se concentrent essentiellement sur la thérapeutique et le diagnostic.

Les problématiques de la médecine générale tournent autour de la complexité et de la prise en charge globale du patient intégrant le contexte bio-psycho-social et culturel de celui-ci. Là encore, le problème de la coordination des soins, de la relation avec les autres professionnels de santé y compris avec nos confrères spécialistes et le réseau hospitalier, mais aussi les

acteurs sociaux, l'éducation du patient, la prévention des maladies, la gestion des urgences réelles ou ressenties, la communication avec le patient, ses proches et les autres professionnels de santé, qui font partie des grandes *compétences du médecin généraliste* (21) (30)(31), se retrouvent largement sous-estimés dans notre enquête.

Comme précédemment, les binômes de l'enquête ont-ils manqué de temps pour décrire toutes les questions ? Ont-ils voulu simplifier les choses ? Ont-ils rencontré des difficultés pour identifier ces questions ? Ou bien, des erreurs dans la construction du carnet de bord (thèmes directeurs ambigus ?, manque de clarté dans la présentation du carnet ?) n'ont pas permis la description de ces questions ?

- Dans notre enquête, les sources d'information les plus utilisées sont internet (64.6%) et les revues papier (14.6%). Sur internet, les sites les plus visités, sont les sites des sociétés savantes (26.9% des recherches internet), les moteurs de recherche grand public (19.3% des recherches internet) et les sites de recommandations (18.3% des recherches internet).

L'informatique tient de nos jours une place incontournable, véritable outil de modernisation des pratiques du médecin généraliste. Outil de communication avec l'extérieur du cabinet, d'échange d'informations avec les autres professionnels de santé, il facilite la coordination des soins (32). Déjà dans la thèse d'une étudiante de la Faculté de Médecine de Nice de 2008 (33), qui étudiait les différentes ressources utilisées par les médecins généralistes pour trouver des réponses aux questions lors de leur pratique, INTERNET, représentait 38.2% des sources utilisées, puis venait en deuxième position les logiciels d'aide à la prescription et CD ROM (21.3%). Parmi les sites internet utilisés, les moteurs de recherche grand public représentaient 26.6% des recherches internet, puis venait en deuxième position les sites de recommandations (20.3%).

On note donc dans notre enquête, une diminution mais une part encore assez importante d'utilisation des moteurs de recherche grand public ainsi qu'une utilisation plus importante des sites des sociétés savantes, aux dépens des sites de recommandations qui n'arrivent qu'en troisième position.

Dans une thèse d'une étudiante de Strasbourg de 2011, étudiant les sources utilisées pour la formation continue des médecins, le moteur de recherche GOOGLE était utilisé à 72% pour trouver des informations. Or, dans l'enquête de l'étudiante de Nice de 2008 (33), 42% des

utilisateurs de GOOGLE étaient peu satisfaits des réponses obtenues, ceci s'expliquait par le trop grand nombre de réponses obtenues, qu'il fallait trier pour obtenir une réponse pertinente. La fiabilité de ce moteur de recherche avait été jugée comme nulle par les médecins interrogés, et d'ailleurs il n'est pas certifié HON (*Health On the Net*) par la HAS, certification permettant de dire que le site internet est fiable et pertinent.

Mais alors, pourquoi est-il encore largement utilisé, s'il est peu fiable ?

Parce qu'il est simple à utiliser ? Parce qu'il est rapide à utiliser ? Parce que les médecins et les internes ne savent pas utiliser d'autres moteurs de recherche ?

D'où la nécessité d'améliorer la recherche de données validées par la formation des internes et des MSU à la recherche documentaire.

C'est pourquoi, depuis cette année, une formation des internes à la recherche documentaire est menée à la Faculté de médecine de Nice, et ce, dès le début du DES 1.

Une liste des sites internet utilisables pendant la consultation et en dehors de la consultation (*ANNEXE 4*) réalisée à partir du travail de thèse de l'étudiante de la Faculté de Nice de 2008, actualisée régulièrement, est donnée à tous les MSU.

Une autre critique que l'on peut faire sur notre enquête est le fait que toutes les autres ressources mobilisables, tels que les services sociaux (Centre Communal d'Action Sociale), les professionnels paramédicaux, les psychologues (Centre médico-Psychologique), les intervenants à domicile (Service de Soins Infirmiers à Domicile, Hospitalisation à Domicile), les réseaux de soins palliatifs, ne sont pas cités dans notre enquête, alors que leur aide est très largement sollicitée par les médecins généralistes, dans la pratique courante.

Ceci peut s'expliquer par le fait que le carnet de bord ne leur permettait pas d'y inscrire toutes ces ressources, car seul était demandé de noter les appels téléphoniques aux confrères.

- Toutes les solutions trouvées (100%), ont été discutées et analysées par les binômes MSU-interne et toutes (100%), ont été adaptées aux propres patients. Un étudiant d'une Faculté de Médecine de Paris a mis en évidence dans sa thèse en 2009 (28), que la connaissance des recommandations récentes était supérieure chez les médecins généralistes MSU par rapport aux médecins généralistes non MSU ($p < 0.01$), dans sa thèse, les causes n'étaient pas étudiées

mais seulement des hypothèses étaient soulevées, parmi celles-ci, le rôle de formateur du MSU, qui doit « *expliquer ses références et l'origine de ses raisonnements* » et « *répondre aux interrogations de l'interne en ancrant les réponses sur des bases solides* », ainsi cet échange à partir des discussions permet au MSU une remise en question de sa pratique, et le pousse à analyser ses références, pour qu'elles soient fondées sur des preuves solides, et pouvoir ainsi les adapter aux patients.

Tout ceci fait référence, encore une fois à la recherche d'information, mais surtout à la validité des sources d'information et à leur niveau de preuve. C'est bien de rechercher des informations, mais encore faut-il que celles-ci soient valables ? Ceci est à la base de l'EBM (Evidence Based Medicine).

Dans notre enquête, toutes les solutions trouvées ont été discutées et analysées par les binômes et toutes ont été adaptées aux patients. Mais ce qui est critiquable, c'est que nous n'avons pas étudié la fiabilité des sources selon les médecins, ni leurs raisonnements les conduisant à adapter une solution trouvée à leurs propres patients. On peut supposer que dans notre enquête, un « tri » a été fait, par les binômes MSU- interne, dans les informations trouvées, leur permettant de n'adapter aux propres patients que ce qui est fiable et validé. Mais on ignore sur quels critères ils se sont fondés pour faire cette adaptation aux patients.

- 60% des MSU ont déjà aidé un interne à sélectionner un cas complexe pour les GEASP, 70% des MSU ont déjà aidé un interne à sélectionner un cas complexe pour les RSCA, 60% des MSU ont déjà supervisé un interne dans l'élaboration d'un RSCA, 50% des MSU ont déjà aidé un interne à choisir un sujet de thèse, 40% des MSU ont déjà participé activement à un projet de thèse et 40% des MSU ont déjà dirigé une thèse.

Dans l'étude d'une étudiante de la faculté de médecine de Créteil de 2004, consistant à analyser les caractéristiques géographiques, structurelles et pédagogiques des lieux de stage en soins primaires à Créteil (27), 10.5% des réponders (soit 4 MSU) ont été formés et ont déjà dirigé une thèse, mais 26% (soit 10 réponders) n'ont jamais dirigé une thèse et ne veulent pas y être formés. 66% acceptent l'idée de se former et de diriger à terme de tels travaux, mais 26% refuse encore cette idée. Dans notre enquête, on remarque également le faible nombre de MSU qui s'est déjà investi dans un projet de thèse.

Ceci est bien regrettable, et on peut soulever des hypothèses : manque de temps, manque d'idées, non formé, absence de sollicitation de la part des étudiants ?

Cette activité doit être encouragée, car elle favorise la recherche en médecine générale, donne plus de poids au département de médecine générale, et fait évoluer la discipline.

- 30% des MSU participent à un groupe de pairs ou équivalent. Dans l'enquête d'une étudiante de Strasbourg de 2011 (29), décrivant les différentes méthodes de formation médicale continue, 26% des médecins de son enquête participe à un groupe de pairs.

Quand on s'intéresse à la répartition française des groupes de pairs (34) en 2013, on remarque l'existence de 257 groupes, réunissant 2429 médecins. La région PACA, représente la troisième région française où le nombre de groupe de pairs est le plus élevé, d'après la Société Française de médecine générale, on en compte 23 en région PACA.

Les résultats de notre enquête ne sont donc pas représentatifs de cette « popularité » des groupes de pairs.

Il faudrait encourager le développement de ces groupes. Etudiés dans plusieurs thèses (15), leur implication dans l'analyse de pratique, la remise en question des pratiques et la résolution des problèmes, n'est plus à prouver. D'ailleurs, cette méthode de DPC, largement vantée par la HAS, figure dans la liste des méthodes de DPC validée par la HAS en 2012 (ANNEXE 1).

Le fonctionnement des différents groupes de pairs dépend des membres le composant et notamment de leur motivation, leur sérieux et leur rigueur. Les réunions se déroulant le plus souvent le soir, après une journée de consultations, la motivation des différents participants doit être importante pour que les réunions puissent avoir lieu régulièrement et avec un nombre suffisant de médecins. Ceci pourrait expliquer la non- participation de certains médecins.

3. La pédagogie par compétences

D'après les *Principes de la médecine générale* (19), il n'est plus question de définir la médecine générale comme une discipline « patchwork » constituée de petits morceaux de savoir sur tout. Ce modèle réducteur, faisant abstraction du patient, a laissé place à une

approche, centrée sur le patient, tenant compte de son vécu, de ses croyances, de son histoire personnelle et familiale. Ainsi, on considère que la plupart des problèmes de santé de la population sont traités et/ou suivis en médecine générale. Le champ d'activité est large, les domaines d'action sont variés, tout en étant l'élément central de la coordination des soins.

Il ne s'agit donc plus d'« empiler des savoirs », mais de développer des capacités de réflexion, d'auto-formation, d'évaluation, de communication, de travail en collaboration (20).

Cette analyse réflexive est une approche qui remonte à 1933, lorsque *John Dewey*, philosophe et pédagogue américain, soulignait que l'intervention d'un enseignant devrait être le fruit d'un processus de réflexion qui puisse lui permettre de justifier et de prévoir les conséquences de son action (35), pour lui, la pensée réflexive, est provoquée par un événement qui induit un doute, une perplexité ou une incertitude et qui conduit un individu à rechercher une explication et des solutions. Il décrit cinq étapes dans l'organisation opérationnelle d'une telle expérience (40) : la reconnaissance d'un problème, la définition de ce problème, la formulation de solutions hypothétiques, l'anticipation des résultats possibles et la mise à l'épreuve des hypothèses résolutes.

Plus tard, *Donald A. Schön* (36), un praticien chercheur du Massachusetts Institute of Technology (MIT), a entrepris des études qui s'inscrivent dans le prolongement des travaux de *Dewey*. Il faut donc voir dans l'analyse réflexive, un processus cognitif continu, un retour de la pensée sur elle-même, une réflexion en cours d'action et sur l'action (37).

C'est ce choix pédagogique qui a été fait par les généralistes enseignants de la Faculté de Médecine de Nice (20), mais aussi, par la plupart des Facultés de médecine Françaises, autour du Collège National des Généralistes Enseignants.

Il s'agit donc d'analyser les situations qui ont posé problème (38), et d'essayer de rechercher des solutions pour résoudre ces problèmes, ainsi, si ces situations venaient à se représenter, le futur médecin généraliste serait plus efficace pour les gérer (39). Il faut donc apprendre à réfléchir sur ses actions et ses décisions, ceci est fondamental pour consolider et améliorer ses compétences.

En accompagnant cette démarche réflexive de l'interne, le MSU favorise par la même occasion sa propre démarche réflexive, en se questionnant sur sa propre pratique et en cherchant à l'améliorer, ce qui l'inscrit dans une démarche d'amélioration continue de la qualité des soins.

Ainsi, cette méthode de travail choisie par les généralistes enseignants pour assurer la formation initiale des médecins généralistes, sera par la suite, utilisée, par ces mêmes médecins généralistes, dans le cadre du développement professionnel continu.

De plus, les futurs médecins généralistes devront également acquérir les *six grandes compétences* professionnelles exigées par leur futur métier (21),(22).

L'étudiant construira ses propres compétences en utilisant à la fois des ressources qui lui sont personnelles (ses connaissances, ses qualités personnelles, son savoir-faire...) et les ressources qu'il puise dans son environnement (27), (37). Ces ressources seront puisées dans un lieu formateur en soins primaires, d'où l'importance du stage chez le praticien (27).

C'est en partant de situations réelles, rencontrées au cours des stages chez le praticien de niveau 1 et au cours du SASPAS, et notamment en balayant les onze grandes familles de situations cliniques du DES (23) que le futur médecin généraliste, pourra développer cette démarche réflexive et acquérir ces compétences, qu'il pourra consigner dans son portfolio. Initialement utilisé au Royaume-Uni dans les programmes de formation d'infirmières et de sages- femme (40), le portfolio se révèle être un outil indispensable pour consigner les traces objectives d'apprentissage, il peut également servir de base à la démarche évaluative, mais aussi, il permet une réelle prise de conscience des besoins, des forces et des faiblesses de l'étudiant (40).

Une fois de plus, ces familles de situations cliniques (23) rendent compte de la complexité et de la diversité des situations rencontrées en médecine générale :

- prise en charge de patients souffrants de pathologies chroniques et de poly-morbidité
- prise en charge de situations liées à des problèmes aigus, non programmés, urgents
- prise en charge de situations autour de l'enfant et de l'adolescent
- prise en charge de situations autour de la sexualité
- prise en charge de situations liées à l'histoire familiale et à la vie de couple
- prise en charge de situations problématiques liées au travail
- prise en charge de situations où les aspects légaux, déontologiques, juridiques sont au premier plan

- prise en charge de situations avec des patients difficiles/ exigeants
- prise en charge de situations où les problèmes sociaux sont au premier plan
- prise en charge de patients d'une autre culture

En comparant ces situations à celles décrites dans notre enquête, on remarque une fois de plus que ces familles sont sous-estimées dans notre étude, probablement dû à un biais de simplification.

VII. Conclusion et perspectives

L'amélioration continue de la qualité, enjeu au cœur de notre actualité avec la création du développement professionnel continu (DPC), obligatoire pour tout médecin, représente un gage de la qualité et de la sécurité des soins.

Le stage chez le praticien de niveaux 1 et 2 est un lieu où se déploie la pédagogie par compétences, centrée sur une démarche réflexive du stagiaire à partir des situations rencontrées dans la pratique clinique. Cet accompagnement du stagiaire, amène forcément, en retour, le MSU à se positionner dans une démarche réflexive, à se remettre en question à son tour, à se questionner sur sa propre pratique et à chercher à l'améliorer. Ce qui est la définition même de l'amélioration continue de la qualité.

Notre étude avait pour objectif principal de décrire les activités pédagogiques déployées par les MSU de la Faculté de Médecine de Nice, en compagnie de leurs internes et de comparer ce qui a été réellement fait « dans la vraie vie » aux critères validés par la HAS dans le cadre du projet « DPC et maîtrise de stage ».

De par la mise en évidence, chez les MSU participants, d'activités de réflexion, de questionnements, de recherche de solutions, d'adaptation de ces solutions aux cas des propres patients, de participation aux activités universitaires, aux activités de formation et d'analyse de pratiques, nous espérons, être parvenus, à l'issue de cette étude descriptive, à décrire l'importance de la démarche réflexive dans les activités des MSU au quotidien, et donc, que la maîtrise de stage pourrait relever du DPC.

Cependant, il est nécessaire de travailler sur des **perspectives d'amélioration** concernant :

- **la recherche de ressources validées**, en proposant aux internes de médecine générale, une formation à la recherche documentaire, et ce, dès le tout début du troisième cycle. Une formation pourrait également être proposée aux MSU, qui ne se sentiraient pas à l'aise avec les méthodes de recherche d'information. C'est d'ailleurs, ce qui a été proposé cette année, aux internes de DES 1 de la Faculté de médecine de Nice.

- **la participation des MSU aux travaux de thèse et de recherche en médecine générale**, en promouvant la formation des MSU à de tels travaux, et ce, dans toutes les Facultés de Médecine Françaises. Mais aussi, nous internes, avons un rôle à jouer, en sollicitant plus nos MSU, en leur soumettant plus nos idées de recherche et nos projets, ce qui pourrait favoriser leur motivation.

- **la participation des MSU aux groupes d'analyse de pratiques entre pairs**, en favorisant une meilleure répartition du temps de travail des MSU, pour dégager des disponibilités pour une plus grande participation à ces groupes. Il est également nécessaire que les médecins participants à ce type de groupe, motivent leurs confrères qui n'y participent pas, en leur rappelant, non seulement, les avantages de ces groupes pour améliorer la pratique, mais aussi, le fait que les groupes de pairs apportent un grand soutien psychologique et brisent, quelques fois, l'isolement de certains médecins. Ceci n'est pas à négliger.

On pourrait également proposer à chaque groupe, une aide financière à la logistique des réunions, ou au financement de ressources validées pour la recherche documentaire. Un financement des participants au même titre que les journées de formation reste aujourd'hui utopique au vu des problèmes actuels de financement du DPC.

VIII. Annexes

ANNEXE 1 : Méthodes et modalités de DPC, HAS, décembre 2012

ANNEXE 2 : Mail adressé aux MSU de la Faculté de médecine de Nice lors du recrutement

ANNEXE 3 : Carnet de recueil des données auprès des MSU et des internes : le « carnet de bord »

ANNEXE 4 : Liste des sites internet utilisables pendant et en dehors de la consultation

ANNEXE 1 : Méthodes et modalités de DPC, HAS, décembre 2012



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

ÉVALUATION ET AMÉLIORATION DES PRATIQUES

Développement professionnel continu

Méthodes et modalités de DPC

Ce document présente :

- la liste des méthodes et des modalités de DPC *
- les conditions qui permettent d'apprécier la participation effective des professionnels à un programme de DPC *

Ce document a été validé par la HAS (19 décembre 2012) après avis des commissions scientifiques indépendantes (CSI) des pharmaciens, des chirurgiens-dentistes et des sages-femmes et de la commission scientifique du Haut Conseil des Professions Paramédicales.

n.b. : l'avis de la CSI des médecins sera recueilli dès que celle-ci aura été installée.

Pour les médecins, cette liste a été élaborée avec le concours d'un organisme composé de conseils nationaux professionnels de spécialité d'exercice selon des modalités définies par une convention conclue entre cet organisme et l'Etat (art. R. 4133-4 du décret n°2011-2116 relatif au DPC des médecins).

Ce document est destiné aux organismes de DPC qui mettent en œuvre des programmes de DPC.

LISTE DES MÉTHODES UTILISABLES DANS LE CADRE DU DPC

Pour construire leurs programmes de DPC, les Organismes de DPC sont invités à choisir, parmi les méthodes citées ci-dessous, les mieux adaptées aux contextes de soins, aux objectifs poursuivis, aux attentes des professionnels et aux démarches déjà entreprises.

Le tableau synthétique suivant présente la liste des méthodes selon un classement par type d'approche.

Cette liste a vocation à être évolutive.

| Approche dominante/activités | Méthodes de DPC |
|------------------------------------|---|
| 1. Pédagogique ou cognitive | |
| 1.1 - En groupe | <ul style="list-style-type: none"> • formation présentielle (congrès scientifique, séminaire, colloque, journée, atelier, formation interactive, formation universitaire ...) • revue bibliographique et analyse d'articles |
| 1.2 - Individuelle | <ul style="list-style-type: none"> • formation à distance (e-learning, supports écrits et numériques ...) • formations diplômantes ou certifiantes (autres que les D.U. validés¹ par les CSI et la CSHCPP) |
| | <p>A compléter par une activité d'analyse des pratiques</p> <ul style="list-style-type: none"> - soit intégrée à la démarche cognitive, au moment de l'identification des besoins de formation ou de l'évaluation de l'impact de la formation. - soit externalisée, en complément de l'activité cognitive, et articulée avec elle. |

| Approche dominante/Activités | Méthodes de DPC |
|--|--|
| 2. Analyse des pratiques | |
| 2.1 - Gestion des risques | <ul style="list-style-type: none"> • revue de mortalité et de morbidité (RMM), Comité de retour d'expérience (CREX), Revue des erreurs médicamenteuses (REMEDI) • analyse <i>a priori</i> des risques (analyse de processus, Analyse des modes de défaillances et de leurs effets : AMDE...) |
| 2.2 - Revue de dossiers et analyse de cas | <ul style="list-style-type: none"> • groupe d'analyse de pratiques, staff des équipes médico-soignantes ou médico-techniques, pratiques réflexives sur situations réelles • réunions de concertation pluridisciplinaire • revue de pertinence |
| 2.3 – Indicateurs | <ul style="list-style-type: none"> • suivi d'indicateurs • registres, observatoire, base de données • audit clinique |
| 2.4 - Analyse des parcours de soins | <ul style="list-style-type: none"> • chemin clinique • patients traceurs (en développement) |
| 2.5 -Analyse de parcours professionnel | <ul style="list-style-type: none"> • bilan de compétences |
| 3. Approche intégrée à l'exercice professionnel | |
| <p>Ce sont celles où l'organisation en équipe de l'activité clinique, biologique, pharmaceutique quotidienne, implique à la fois une protocolisation et une analyse des pratiques.</p> | |
| <ul style="list-style-type: none"> • gestion des risques en équipe (en développement) • exercice coordonné protocolé pluriprofessionnel (en réseaux, maisons, pôles ou centres de santé...) | |
| 4. Dispositifs spécifiques | |
| <ul style="list-style-type: none"> • accréditation des médecins exerçant une spécialité ou une activité à risque (art. 16 de la Loi 2004-810 du 13 août 2004) • accréditation des laboratoires de biologie médicale (ordonnance 2010-49 du 13/01/2012 et art. L. 6221-1 du CSP) • programme d'éducation thérapeutique (art. 84 de la Loi 2009-879 du 21 juillet 2009) • protocole de coopération (art. 51 loi 2009-879 de la Loi du 21 juillet 2009) • formation professionnelle tout au long de la vie (professionnels paramédicaux) | |
| 5. Enseignement et Recherche | |
| <ul style="list-style-type: none"> • publication d'un article scientifique • recherche clinique en matière d'amélioration de la qualité et de la sécurité • maîtrise de stage(en développement) • formateurs pour des activités de DPC | |
| 6. Simulation | |
| <ul style="list-style-type: none"> • session de simulation en santé • test de concordance de script (TCS) | |

ANNEXE 2 : Mail adressé aux MSU de la Faculté de médecine de Nice lors du recrutement

Bonjour,

Je m'appelle Carine Lopes, je suis interne à la faculté de médecine de NICE.

Je prépare actuellement une thèse de médecine générale sur le DPC et la maîtrise de stage, ma question de recherche est la suivante : « Est-ce que les méthodes pédagogiques mises en œuvre sur le terrain de la maîtrise de stage correspondent à des méthodes répondant aux objectifs du DPC, et par là même permettent de valider le DPC ».

Mon projet est validé par la cellule Thèse et c'est avec l'autorisation du Département Universitaire de Médecine Générale qui m'a transmis vos adresses mails que je vous demande votre participation.

J'aimerais donc dans mon étude, comparer les méthodes pédagogiques mises en œuvre sur le terrain de stage, « dans la vraie vie », aux méthodes qui seront prochainement publiées dans une fiche de synthèse réalisée par la HAS, dans le cadre du thème « maîtrise de stage et DPC ».

Pour cela, je compte sur les maitres de stage de la Faculté de médecine de Nice, qu'ils soient de niveau 1 ou SASPAS et des internes en stage pour recueillir ces informations.

Le recueil des données se fera dès le mois de septembre soit du 16 septembre au 6 octobre 2013. Un « cahier de bord » sera déposé à votre cabinet. Dans ce cahier, il vous sera demandé de noter avec l'aide de l'interne, toutes les activités pédagogiques que vous réalisez dans le cadre de la maîtrise de stage, toute la journée en compagnie de votre interne, et ce, pendant 3 semaines de stage.

Le cahier de recueil sera organisé par thèmes pour vous guider à classer vos réponses. Le recueil de données se fera de façon anonyme et sera uniquement qualitatif descriptif et non quantitatif. Il ne s'agit donc pas de mesurer, de quantifier ou de comparer l'activité des maitres de stage entre eux mais simplement de décrire pour l'HAS l'importance de la démarche réflexive dans les activités des maitres de stage au quotidien.

Ce travail sera ensuite adressé au Groupe de travail HAS/CNGE chargé de la validation de la Maîtrise de stage comme méthode de DPC.

Merci de me confirmer par mail à : carine.lopes@hotmail.fr, votre acceptation ou votre refus.

Je vous remercie par avance pour votre aide à la réalisation de ma thèse.

Carine Lopes

ANNEXE 3 : Carnet de recueil des données auprès des MSU et des internes : le « carnet de bord »

Items 1 à 8 : Description de l'activité du MSU avec l'interne (à remplir par le MSU et l'interne ensemble)

- 1) Nombre de consultations effectuées par l'interne, en observation, durant cette journée de stage :
 - 1.1 Nombre de consultations effectuées par l'interne, en supervision directe (avec vous à ses côtés), durant cette journée de stage :
 - 1.2 Nombre de consultations effectuées par l'interne, en autonomie, durant cette journée de stage :

Concernant la supervision directe :

- 2) Temps consacré (en minutes) à la supervision directe, durant cette journée de stage :
 - 2.1 Nombre de situations discutées, pendant la phase de supervision directe, durant cette journée de stage :
- 3) Types de situations problématiques discutées (biomédicale, psycho-affective, sociale,...), détaillez :
 - 3.1 Quelles sont les questions en suspens, que vous avez sélectionnées et qui doivent faire l'objet d'un approfondissement ?

Concernant la supervision indirecte :

- 4) Temps consacré (en minutes) à la supervision indirecte, durant cette journée de stage :
 - 4.1 Nombre de situations discutées, pendant la phase de supervision indirecte, durant cette journée de stage :
- 5) Type de situations problématiques discutées (biomédicale, psycho-affective, sociale....), détaillez :
 - 5.1 Quelles sont les questions en suspens, que vous avez sélectionnées et qui doivent faire l'objet d'un approfondissement ?

Recherches entreprises à partir des supervisions :

- 6) Nombre de recherches documentaires effectuées pendant le temps de présence au cabinet, durant cette journée :

6.1 Nombre de recherches documentaires effectuées en dehors du temps de présence au cabinet, durant la journée :

7) Type de ressources utilisées pour répondre aux problèmes soulevés durant cette journée :

- recherche internet
- revues papier
- appel téléphonique à un confrère
- cours magistral

7.1 Si recherche internet, quels sites ont été visités durant la journée, pour répondre aux problèmes soulevés ?

Discussion et analyse critique des différentes solutions trouvées :

8) Durant cette journée de stage, y a-t-il eu une discussion avec l'interne sur les différentes solutions trouvées ? Si oui, par rapport à quelles situations problématiques ?

8.1 Temps consacré (en minutes), durant cette journée de stage, à cette discussion et analyse ?

8.2 Parmi ces situations problématiques soulevées, quelles sont celles pour lesquelles vous avez finalement adapté les recommandations trouvées à vos propres patients ?

Items 9 et 10 : Description des activités du MSU (à remplir par le MSU seul)

9) Participation aux activités universitaires :

- aide de l'interne à la sélection d'un cas complexe pour les GEASP
- aide de l'interne à la sélection d'un cas complexe pour les RSCA
- supervision à l'élaboration des RSCA
- aide de l'interne au choix d'un sujet de thèse
- participation active à un projet de thèse
- direction de thèse

10) Autres activités :

- participation à des séminaires, des congrès
- participation à un groupe de pairs ou équivalent

ANNEXE 4 : Liste des sites internet utilisables pendant et en dehors de la consultation

Liste de sites Internet utilisables pendant la consultation

Diagnostic

Aide au diagnostic

<http://www.med.univ-rennes1.fr/adm.dir/presentation.html>

Maladies rares

<http://www.orpha.net/consor/cgi-bin/index.php?lng=FR>

Atlas de Dermatologie

<http://www.dermis.net/dermisroot/fr/search/a.3/search.htm?v=r>

Thérapeutique et Bases de données médicamenteuse

Femme enceinte et médicaments

<http://www.lecrat.org/sommaireFR.php3>

Antibiotiques

http://www.antibiolor.org/site/element_1699.php

<http://www.antibioclic.com/>

Sportifs : Agence française contre le dopage

<https://www.afld.fr/medical/les-aut>

Banque de données médicamenteuses et interactions

Banque Claude Bernard: RESIP

Vidal.fr

Thesorimed

Thériaque

<http://www.essentialdrugs.org/emed/about.php>

<http://www.biam2.org>

Prévention

Vaccination

➤ Calendrier vaccinal 2013

<http://www.invs.sante.fr/Publications-et-outils/BEH-Bulletin-epidemiologique-hebdomadaire/Archives/2013/BEH-n-14-15-2013>

<http://www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1447.pdf>

<http://www.sante.gouv.fr/calendrier-vaccinal-2013.html>

➤ Mes Vaccins.net

<http://www.mesvaccins.net/home/index.php>

➤ guide des vaccinations 2012

<http://www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1133.pdf>

Santé du voyageur : Conseils aux voyageurs 2013

<http://www.invs.sante.fr/Dossiers-thematiques/Populations-et-sante/Voyageur-s-Recommandations-sanitaires-aux-voyageurs>

<http://cmip.pasteur.fr/cmep/voy/listpays.html>

http://www.diplomatie.gouv.fr/fr/conseils-aux-voyageurs_909/index.html

Social

Annuaire sanitaires et sociaux

http://www.sanitaire-social.com/rech_pro_001.php

<http://finess.sante.gouv.fr/index.jsp>

Handicap : <http://doccismef.chu-rouen.fr/servlets/PIH>

Maladies prof

<http://maladies-professionnelles.cramif.fr/maladies-professionnelles-reperer.php>

<http://www.sistepaca.org/00-quisommesnous.htm>

SS: <http://www.ameli.fr/professionnels-de-sante/medecins/index.php>

Guide Violences faites aux femmes

http://urpsmla.org/IMG/pdf_Guide_maltraitance_femmes.pdf

Recommandations francophones en consultation de MG

SFMG : <http://drefc.sfmfg.org/index.php>

Fiches destinées aux patients

CISMEF patients : <http://www.chu-rouen.fr/cismefp/>

Fiches info patients – SSMG

Cancérologie : <http://www.e-cancer.fr/>
 INPES: <http://www.inpes.sante.fr/>
 Alimentation nourrissons : <http://www.monnourrisson.com/>
 Nutrition : <http://www.mangerbouger.fr/>

Utilitaires

Entremed : Certificats, outils <http://www.entremed.fr/index.php>
 Outils MG: Tools and Docs : <http://toolsdocs.fr/>

Liste de sites Internet utilisables en dehors de la consultation

Recommandations Françaises

ANSM : <http://ansm.sante.fr/>
 HAS :
http://www.has-sante.fr/portail/display.jsp?id=j_5
 Cancer - FNCLCC
<http://www.e-cancer.fr/>
 SFMG
<http://drefc.sfm.org/index.php>

Recommandations francophones

Minerva Belgique
<http://www.minerva-ebm.be/fr/home.asp>
 Guides de Pratique Clinique Canada AMC
<http://www.amc.ca/ressourcescliniques/guidedepratique>

Sociétés savantes

Cardiologie
<http://www.sfcardio.net/>
 Diabétologie
<http://www.sfdiabete.org/>
 Gynécologie
<http://www.cngof.asso.fr/>
 Gastro-entérologie
<http://www.snfge.asso.fr/>
 Infectiologie
http://www.infectiologie.com/site/_congres_conf_org_splf.php
 Pneumologie
<http://www.splf.org/s/>
 Psychiatrie
<http://psydoc-fr.broca.inserm.fr/>
 Pédiatrie
<http://www.sfpediatrie.com/>
<http://pediadoc.fr>

Douleur
<http://www.sfetd-douleur.org/accueil/index.phtml?mapViewDataId=958d2fbe-60a6-406a-afed-724a26017be8>
 Douleur Enfant
<http://pediadol.org/>

Toxicomanie

Observatoire des drogues et Toxicomanie
<http://www.bdsp.ehesp.fr/reseau/ofdt/>
 Drogues.gouv
<http://www.drogues.gouv.fr/>
 Tabac
<http://www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/pdf/657.pdf>
 Info patients Tabac
<http://www.tabac-info-service.fr/>
<http://www.stop-tabac.ch/fra/>
 Alcool
<http://www.alcoolinfoservice.fr>
<http://www.jeunes.alcoolinfoservice.fr>

Institutions

Agences sanitaires

<http://www.sante.fr/>

Ministère

<http://www.sante.gouv.fr/>

Service Public

<http://www.service-public.fr/>

Législation

<http://www.legifrance.gouv.fr/>

Assurance Maladie

<http://www.ameli.fr/>

Recommandations Anglo-saxonnes

Cochrane Library : http://www.mrw.interscience.wiley.com/cochrane/cochrane_clsystrev_crqlist_fs.html

Centre Cochrane Français :

<http://www.cochrane.fr/>

ICSI :

<http://www.icsi.org/>

National Guideline Clearinghouse :

<http://www.guideline.gov/>

NICE :

<http://www.nice.org.uk/>

Recherche documentaire

CISMEF

<http://www.chu-rouen.fr/cismef/>

BDSP

<http://www.bdsp.ehesp.fr/>

Pubmed

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/sites/entrez>

Article@inist

<http://services.inist.fr/public/fre/conslt.htm>

Bibliothèque de Santé (Société régionale de Santé Publique):

<http://www.qgbds.org/>

Education pour la santé :

<http://www.bib-bop.org/>

Documents universitaires :

<http://scholar.google.fr>

Outils aide recherche doc

Utilisation CISMEF

<http://www.chu-rouen.fr/documed/tuto.pdf>

Cours CISMEF et PubMed sonores

http://www.univ-rouen.fr/29623985/0/fiche_UFM__pagelibre/

Module Formation

<http://www.c2imes.org/>

IX. Références bibliographiques

- (1). France. Arrêté du 29 avril 1988 relatif à l'organisation du troisième cycle des études médicales. JO du 8 mai 1988, p 6706
- (2). France. Décret n°97- 495 du 16 mai 1997 relatif au stage pratique des résidents auprès des praticiens généralistes agréés. JO n°115 du 18 mai 1997, p 7538
- (3). Bloy G. La transmission des savoirs professionnels en médecine générale : le cas du stage chez le praticien. *Revue Française des affaires sociales*, 2005 ; 59 : p 103-125
- (4). Portier Lecarpentier M. Quel est le vécu des maitres de stage accueillant un interne en SASPAS ? Thèse : médecine, Paris Diderot, 2010, 98 p
- (5). Vidal M, Lauque D, Nicodeme R, Bros B, Arlet P. Les outils pédagogiques pour le stage des résidents au cabinet du médecin généraliste français. *Pédagogie médicale*, février 2002 ; 3 : p33-37.
- (6). Erpeldinger S, Dupraz C, Flori M, Perdrix C, Le Goaziou M, Dubois J et al. Evaluation du stage de niveau 2 à Lyon, à partir de deux thèses [en ligne], [consulté le 18.01.2014]. Disponible sur www.med.univ-angers.fr
- (7). Renaudier- Gilibert C. Evaluation du SASPAS à Lyon : étude descriptive du stage de mai 2004 à mai 2006, thèse : médecine, Lyon, 2008, 112p.
- (8). Gilles. DES de médecine générale : le SASPAS [en ligne], 2008, [consulté le 15.08.2013]. Disponible sur timone.univ-mrs.fr
- (9). Collège Azuréen des Généralistes Enseignants, Critères de recrutement des maitres de stage [en ligne], 2010, [consulté le 05.12.2013]. Disponible sur www.nice.cnge.fr
- (10). Collège Azuréen des Généralistes Enseignants, Charte du maitre de stage [en ligne], 2010, [consulté le 05.12.2013]. Disponible sur www.nice.cnge.fr
- (11). Collège de la médecine générale, Le DPC et ses modalités : enjeux, définitions, méthodes [en ligne], juin 2012, [consulté le 05.12.2013]. Disponible sur www.lecmg.fr
- (12). Bazin N. De l'évaluation des pratiques professionnelles au développement professionnel continu. *Annales médico-psychologiques*, 2013, n° 171, p 28-30.
- (13). Maisonneuve H. L'Europe du DPC se fera sans la France !. *Médecin radiologue*, avril 2013, n° 357, p 16-19
- (14). France. Décret n°2011-2116 du 30 décembre 2011 relatif au développement professionnel continu des médecins, JO du 30 décembre 2011, p 22685

- (15). *Philibert, A C. Les groupes de pratique entre pairs : un modèle de développement professionnel continu en médecine générale, thèse : médecine, Grenoble, 2012, 45p*
- (16). *France. Arrêté du 26 février 2013 fixant la liste des orientations nationales du développement professionnel continu des professionnels de santé pour l'année 2013, JO du 2 mars 2013, p 3899*
- (17). *Ely JW, Osheroff JA, Gorman PN, Ebell MH, Chambliss ML, Pifer EA, et al. A taxonomy of generic clinical questions: classification study. BMJ. 2000 Aug 12 ; 321 (7258) : 429-32.*
- (18). *Ely JW, Osheroff JA, Ebell MH, Bergus GR, Levy BT, Chambliss ML, Evans ER. Analysis of questions asked by family doctors regarding patient care. BMJ. 1999 Aug 7;319 (7206) : 358-61.*
- (19). *Collège Azuréen des Généralistes Enseignants, Principes de la médecine générale [en ligne], 2013, [consulté le 10.01.2014]. Disponible sur www.nice.cnge.fr*
- (20). *Pourrat I. Argumentaire du choix pédagogique, DES de médecine générale à Nice [en ligne], 2013, [consulté le 08.01.2014]. Disponible sur www.nice.cnge.fr*
- (21). *Collège Azuréen des Généralistes Enseignants, Les 6 grandes compétences [en ligne], 2013, [consulté le 08.01.2014]. Disponible sur www.nice.cnge.fr*
- (22). *Collège National des généralistes enseignants, Référentiel métier et compétences des médecins généralistes [en ligne], mars 2009, [consulté le 30.01.2014]. Disponible sur www.nice.cnge.fr*
- (23). *Collège Azuréen des Généralistes Enseignants, Les grandes familles de situations cliniques [en ligne], 2013, [consulté le 30.01.2014]. Disponible sur www.nice.cnge.fr*
- (24). *France. Décret n°2001- 64 du 19 janvier 2001 fixant l'organisation du troisième cycle des études médicales, JO du 26 janvier 2001, p 1371*
- (25). *Fourcroy C. Le stage chez le praticien à la Faculté de Lille 2 : enquête sur les méthodes et les outils pédagogiques, thèse : médecine, Lille, 2003, 124p*
- (26). *Conseil National de l'ordre des médecins, Rapport de la commission nationale permanente, Le stage des étudiants en médecine chez le praticien [en ligne], juin 1999, [consulté le 05.01.2014]. Disponible sur www.conseil-national.medecin.fr*
- (27). *Malvezin Marquis S. Evaluation des lieux de stages en soins primaires de la faculté de médecine de Créteil, thèse : médecine, Créteil, 2004, 107p*

- (28). Dubois E. *Maitre de stage : la meilleure méthode de formation continue en médecine générale, thèse : médecine, Paris, 2009, 88p*
- (29). Cordonnier P. *La formation continue des médecins généralistes, à l'aube du développement professionnel continu, thèse : médecine, Strasbourg, 2011, 242p*
- (30). Guilbert J. *Le « bon médecin » : quelles compétences et comment ? Pédagogie Médicale, Février 2007 ; volume 8 (1), p51-52*
- (31). Jouquan J. *De l'approche par objectifs à l'approche par compétences. Faut-il jeter le bébé avec l'eau du bain ? Pédagogie Médicale, novembre 2007 ; volume 8 (4), p197-198*
- (32). Binart Ecale H. *Recensement des difficultés et possibilités d'amélioration de la communication d'informations médicales entre médecins généralistes et autres professionnels de santé du secteur libéral, thèse : médecine, Paris, 2012, 128p*
- (33). Battesti E. *Où trouver les réponses aux questions pratiques des médecins généralistes ?, thèse : médecine, Nice, 2008, 85p*
- (34). *Société Française de médecine générale, Répartition des groupes de pairs en France en 2013 [en ligne], 2013, [consulté le 29.01.2014]. Disponible sur www.sfm.org*
- (35). Boutin G. *L'analyse réflexive. Département des sciences de l'éducation, université du Québec, Montréal, 2003*
- (36). Schön D. *Le praticien réflexif, à la recherche du savoir caché dans l'agir professionnel. Montréal : éditions Logiques, 1993.*
- (37). Bernard J-L, Reyes P. *Apprendre en médecine. Pédagogie Médicale, 2001 ; volume 2, p163- 169.*
- (38). Girard G, Clavet D, Boulé R. *Planification et animation de trois types d'ateliers pédagogiques. Pédagogie Médicale, 2008 ; volume 9, p42-53.*
- (39). Martineau B, Girard G, Boulé R. *Interventions en supervision directe pour développer la compétence du résident : une recherche qualitative. Pédagogie Médicale, 2008 ; volume 9, p19-31*
- (40). Naccache N, Samson L, Jouquan J. *Le portfolio en éducation des sciences de la santé : un outil d'apprentissage, de développement professionnel et d'évaluation. Pédagogie Médicale, 2006 ; volume 7, p110- 127*
- (41). HAS : DPC ; *Fiche technique Méthode : la Maîtrise de stage ; Document provisoire du 28 /11/2012 - A paraître.*

Serment d'Hippocrate

En présence des Maîtres de cette école, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine.

Je donnerai mes soins gratuitement à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail.

Je ne permettrai pas que des considérations de religion, de nation, de race, viennent s'interposer entre mon devoir et mon patient.

Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe. Ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs, ni à favoriser le crime.

Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leur père.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses, que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes condisciples si j'y manque.

