



HAL
open science

Validation d'un outil critérié d'évaluation des compétences de la phase socle en médecine générale : étude qualitative en Picardie

Manon Bost

► To cite this version:

Manon Bost. Validation d'un outil critérié d'évaluation des compétences de la phase socle en médecine générale : étude qualitative en Picardie. Médecine humaine et pathologie. 2020. dumas-02894882

HAL Id: dumas-02894882

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02894882>

Submitted on 9 Jul 2020

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.



ANNÉE 2019/2020

THÈSE

POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Validation d'un outil critérié d'évaluation des compétences de la phase socle en médecine générale : étude qualitative en Picardie

Présentée et soutenue publiquement le 11/06/2020 par Madame BOST Manon

Membres du jury :

Présidente:

Madame le Professeur Catherine BOULNOIS
Professeur des universités (Médecine générale)
Directeur du Département de médecine générale
Assesseur 3ème cycle

Directeur :

Monsieur le Docteur Matthieu ARIZA
Chef de clinique des universités (Médecine générale)

Membres:

Monsieur le Professeur Éric HAVET
Professeur des universités - Praticien hospitalier (Anatomie)
Assesseur 1er cycle UFR de Médecine (Chirurgie orthopédique)

Monsieur le Professeur Jean SCHMIDT
Professeur des universités - Praticien hospitalier (Médecine interne)

Monsieur le Docteur Olivier BALEDENT
Maître de conférences des universités - Praticien hospitalier
Responsable de l'unité de traitement de l'imagerie médicale du CHU d'Amiens

Remerciements

À Madame le Professeur Catherine BOULNOIS, Professeur des Universités (Médecine Générale). Directeur du Département de Médecine Générale. Assesseur 3ème cycle.

Merci pour le temps que vous passez au service des étudiants.

Vous me faites l'honneur de présider ce jury, recevez mes sincères remerciements et le témoignage de ma profonde considération.

À Monsieur le Professeur Éric HAVET, Professeur des Universités - Praticien Hospitalier (Anatomie). Assesseur 1er cycle UFR de Médecine (Chirurgie orthopédique).

Vous avez accepté avec gentillesse de juger ce travail. Recevez mes sincères remerciements.

À Monsieur le Professeur Jean SCHMIDT, Professeur des Universités - Praticien Hospitalier (Médecine interne).

Je vous remercie de l'intérêt que vous avez bien voulu porter à ce travail.

Soyez assuré de ma respectueuse considération.

À Monsieur le Docteur Olivier BALEDENT. Maître de Conférences des Universités - Praticien Hospitalier. Responsable de l'unité de traitement de l'imagerie médicale du CHU d'AMIENS.

Merci d'avoir accepté d'évaluer mon travail en faisant partie de ce jury.

Recevez ici toute ma reconnaissance.

À Monsieur le Docteur Matthieu ARIZA. Chef de clinique des universités (Médecine générale).

Merci de la confiance que vous m'avez accordé pour l'élaboration de cette thèse, de votre disponibilité et de votre patience lors de vos nombreuses corrections.

À tous les médecins ayant accepté de participer à cette thèse.

Merci d'avoir accepté de donner de votre temps pour ces entretiens.

À mon mari, Benjamin, merci pour ton aide et ton soutien si précieux durant ces longues années d'étude. Tu es le pilier de mon existence et tu es un Papa formidable. Je t'aime.

À mes fils, Nathan et Arthur, mes rayons de soleil. Merci d'avoir égayé ces longues heures passées à rédiger cette thèse. Je vous aime tellement.

À mes parents, c'est grâce à vous si j'en suis là aujourd'hui. Merci pour tout. Et merci d'endosser votre rôle de grands-parents avec tant de joie.

À mes frères et sœurs, j'ai eu la chance de grandir à vos côtés, merci pour tous ces souvenirs que nous avons partagés et ceux à venir.

Et merci à toi Jacques pour ton aide à la traduction de mon résumé.

À mes cousins, cousines, oncles et tantes, merci pour tous ces bons moments passés ensemble, en direct ou au téléphone.

À ma belle-famille, merci pour votre accueil si chaleureux, et en particulier **à mes beaux-parents,** merci d'avoir pris soins de moi comme si j'étais votre fille lors de mon stage à l'hôpital de Noyon.

À mes amis, j'aurais aimé que vous soyez là aujourd'hui...merci pour toutes ces années qui m'auraient paru bien longues sans vous !

À tous les professionnels de santé rencontrés lors de mes études, qui ont participé à ma formation pendant toutes ces années.

Lexique :

CNGE : Collège national des généralistes enseignants

DES : Diplôme d'études spécialisées

DMG : Département de médecine générale

MSU : Maître de stage universitaire

OCEC : Outil d'évaluation critérié des niveaux de compétence

OMS : Organisation mondiale de la santé

RSCA : Récit de Situation Complexe Authentique

SASPAS : Stage Ambulatoire en Soins Primaires en Autonomie Supervisée

TEA : Traces écrites d'apprentissage

Sommaire

Sommaire	6
1. Introduction.....	8
2. Matériel et Méthode.....	10
2.1. Type d'étude et objectif.....	10
2.2. Population interrogée.....	10
2.3. Recueil des données.....	10
2.4. Analyse des données.....	11
3. Résultats.....	12
1. Caractéristiques de la population étudiée :.....	12
2. Entretiens réalisés	12
3. Analyse des résultats	14
1.1.1. Validité et faisabilité de l'outil.....	14
1.1.2. Un nouvel outil, reproductible et évolutif.....	14
4. Discussion :.....	20
A) La méthode qualitative :.....	20
1) Force de l'étude	20
2) Limites de l'étude	21
B) Discussion autour des résultats et comparaison aux données de la littérature	21
1) Validité et faisabilité.....	21
2) Améliorations possibles (figure 1)	28
3) Comparaison avec les données d'une autre région.....	32
5. Conclusion :.....	34
6. Bibliographie :	36
7. Annexes :	40

1. Introduction

La compétence est définie par le Parlement européen et le Conseil de l'Europe comme « une combinaison de connaissances, d'aptitudes et d'attitudes appropriées à une situation donnée » [1]. Son modèle s'inscrit directement au cœur des évolutions professionnelles et sociétales actuelles [2]. Il a pour objectif de former des professionnels compétents capables de dispenser des soins de qualité. Les compétences en médecine générale ont été définies et organisées en 6 grandes compétences [3], détaillées en descripteurs de 3 niveaux : novice, intermédiaire, compétent. La validation du DES nécessite un niveau compétent sur l'ensemble des six compétences de la médecine générale.

L'évaluation du portfolio participe, à travers les traces d'apprentissage et les RSCA, à l'évaluation du niveau atteint dans les six compétences de la médecine générale. La validation du portfolio est nécessaire à la validation du DES de médecine générale [7]. Le portfolio est désormais un outil reconnu et utilisé à travers le monde entier pour le développement des compétences professionnelles, et pour l'évaluation dans une approche par compétences [4]. Celui-ci est obligatoire et certifiant [5,6]. Plusieurs études sur le portfolio [4,7] des internes ont tenté de rechercher et d'améliorer les outils permettant d'évaluer les acquis des internes avec notamment l'écriture des RSCA. Il n'y a pas de consensus sur l'hétéro-évaluation du portfolio.

En médecine générale, la réforme du DES entrée en vigueur à la rentrée universitaire 2017-2018, décrivait 2 phases : une année de phase socle et deux années de phase d'approfondissement [8]. Elle s'est accompagnée d'une modification pédagogique et structurelle du DES et de son évaluation, accompagnant un désir d'harmonisation avec consensus national [7]. L'évaluation de l'étudiant en fin de phase socle se fonde désormais sur le référentiel de niveau de compétences diffusé par le CNGE [8]. Il permet une autonomie d'apprentissage en tant que futur professionnel.

Celui-ci permet également de multiplier les sources d'évaluation, de formation et les situations différentes pour permettre à l'interne de construire sa compétence à partir de situations complexes et authentiques [9].

Lors de l'étude Refesocle réalisée en 2018, un nouvel outil d'évaluation du niveau de compétences des étudiants de la phase socle de médecine générale a été proposé, utilisable par tous les acteurs de l'évaluation (en stage et hors stage) [8]. Celui-ci avait pour but d'évaluer de manière croisée le niveau de l'étudiant en médecine générale en fin de phase socle.

Il semble plus adapté car il permet de formaliser l'évaluation de compétences de manière critériée.

Cependant, la faisabilité ainsi que la validité inter-évaluateur de cet outil n'ont pas encore été évaluées, et aucune étude n'avait pour objectif principal de déterminer si cet outil convenait aux MSU, aux référents urgentistes et aux tuteurs. L'analyse des résultats de notre étude pourrait non seulement permettre de connaître l'acceptabilité de ce nouvel outil par les tuteurs, MSU et référents urgentistes, sa validité, son opérabilité pour estimer les compétences mais aussi d'obtenir des propositions d'amélioration par les principaux intéressés.

L'objectif principal était d'évaluer la faisabilité et la validité de l'outil d'évaluation des niveaux de compétences de la phase socle de médecine générale auprès des MSU, référents urgentistes et tuteurs dans notre subdivision.

L'objectif secondaire était de proposer des améliorations à cet outil.

2. Matériel et Méthode

2.1. Type d'étude et objectif

Nous avons réalisé une étude de méthodologie qualitative semi-directive afin d'évaluer auprès des MSU, référents urgentistes et tuteurs l'outil d'évaluation critérié des niveaux de compétences (OCEC) de la phase socle de l'interne en médecine générale sur la promotion 2018-2019.

2.2. Population interrogée

Afin de recueillir les données concernant la validation et la faisabilité de cet outil, nous avons sélectionné 15 MSU ou référents urgentistes ou tuteurs via la liste des MSU et référents urgentistes du DMG d'Amiens, 5 dans l'Oise, 5 dans la Somme et 5 dans l'Aisne et nous avons arrêté après 2 entretiens à saturation.

Les critères d'inclusions étaient d'être un médecin accueillant en stage des étudiants de médecine générale en phase socle (Maître de stage des universités ou médecin urgentiste) ou d'être tuteur depuis au moins deux ans d'internes de médecine générale en phase socle dans notre subdivision.

Les critères d'exclusions étaient la participation à l'étude Refesocle.

2.3. Recueil des données

Le recueil des données a été réalisé durant l'année universitaire 2018-2019.

Les données ont été obtenues lors d'entrevues individuelles semi-structurées utilisant la méthode de la pensée à voix haute (thinkaloud) [10].

Cette méthode est l'une des plus utilisées pour les tests d'utilisabilité. Il s'agit de demander aux participants de verbaliser leurs pensées, interrogations et réactions, de manière à ce que l'observateur ou le modérateur aient accès à leurs processus de réflexion.

Celle-ci permet de confronter les concepteurs ou décideurs aux mots et réactions directes des utilisateurs en recueillant les réflexions et pensées à chaud, formulées aussitôt qu'elles ont été pensées [11].

Pour recueillir les informations jugées les plus importantes pour répondre à l'objectif de recherche, les entretiens suivaient un guide d'entretien (Annexe 2).

Les participants étaient informés que toutes les données seraient rendues anonymes afin de garantir leur confidentialité. Un court exercice d'entraînement sur la grille d'évaluation semblable à la tâche à effectuer leur était présenté.

Puis il leur était demandé d'évaluer leur interne en stage en utilisant l'outil critérié d'évaluation des compétences, item par item et de « tout verbaliser à voix haute, incluant leurs pensées, intentions et ressentis au moment où ils accomplissaient les tâches » [11].

Le praticien exprimait alors sa compréhension de chaque élément de la fiche et les raisons sous-tendant son choix, s'il observait ou non chaque compétence.

Enfin il leur était demandé les améliorations possibles de cet outil à l'aide de deux questions ouvertes : « Quelles sont, pour vous, les améliorations possibles pour cet outil ? » et « Quelles sont, pour vous, les notions à conserver ou éliminer ? ».

Des questions non présentes dans le guide pouvaient être posées si elles étaient jugées importantes en cours d'entretien.

En plus d'une prise de notes pendant le test, les entretiens ont été enregistrés sous dictaphone puis retranscrits intégralement. À la suite du premier entretien, il a été décidé de demander au praticien interrogé de détailler son ressenti après chaque item afin de relever les points positifs et négatifs relevés item par item.

2.4. Analyse des données

Une analyse descriptive des données a été réalisée à l'aide du logiciel d'analyse qualitative N'Vivo, par un codage des verbatims ouvert, puis axial selon la théorie ancrée inductive.

Enfin, chaque catégorie a fait l'objet d'une synthèse descriptive.

3. Résultats

1. Caractéristiques de la population étudiée :

Tableau 1 : Caractéristiques de la population étudiée

Entretien	Sexe	Age	région	Nombre d'année d'exercice	Lieu d'exercice	Durée de l'entretien	Grille évaluée
Entretien 1	Femme	56 ans	Somme	38 ans	Cabinet	24 min 02	MSU et tuteur
Entretien 2	Homme	48 ans	Somme	14 ans	Urgences	18 min 27	MSU
Entretien 3	Homme	56 ans	Oise	30 ans	Urgences	36 min 56	MSU
Entretien 4	Homme	55 ans	Somme	24 ans	Cabinet	54 min 31	MSU
Entretien 5	Homme	55 ans	Somme	18 ans	Urgences	23 min 45	MSU
Entretien 6	Femme	54 ans	Oise	22 ans	Cabinet	29 min 58	MSU
Entretien 7	Homme	44 ans	Aisne	17 ans	Urgences	25 min 01	MSU
Entretien 8	Homme	31 ans	Somme	2 ans	Cabinet	16 min 36	tuteur
Entretien 9	Homme	63 ans	Aisne	32 ans	Cabinet	13 min 36	tuteur
Entretien 10	Homme	30 ans	Somme	2 ans	Cabinet	21 min 32	tuteur
Entretien 11	Femme	37 ans	Oise	8 ans	Cabinet	25 min 18	MSU

2. Entretiens réalisés

La réalisation des entretiens s'est étendue du mois d'avril 2019 au mois de novembre 2020. Quinze médecins ont été contactés par téléphone ou par mail durant cette période. Quatre étaient des urgentistes et sept des médecins généralistes en ambulatoire. Parmi eux, trois tuteurs, sept MSU ou référents urgentistes et un tuteur et MSU. Douze ont accepté de fixer un rendez-vous pour l'entrevue. Un a refusé par manque de temps, un était en congé longue durée et une en congé maternité. Un s'est finalement désisté. Aucun des médecins généralistes contactés n'a été exclu.

Une saturation des données a été obtenue au bout du neuvième entretien. Au total, onze entretiens ont été réalisés. Ceux-ci se sont déroulés sur le lieu de travail du praticien interrogé (au cabinet du médecin généraliste ou aux urgences).

La durée des entrevues variait de 13 à 54 minutes. Soit, en moyenne, 26 minutes.

3. Analyse des résultats

1.1.1. Validité et faisabilité de l'outil

Les médecins interrogés ont apprécié la présentation de la grille et de ses différents items, et il en ressortait un jugement de bon système d'évaluation : « *la façon de présenter est bien* » (entretien 1) ; « *globalement c'est bien conçu* » (entretien 2) ; « *C'est TRÈS BIEN, je ne sais pas la personne qui t'a aidé à la réalisation des questions, c'est très très bien fait* » (entretien 7).

Les médecins interrogés ont également trouvé que l'outil était utile pour l'interne : « *Nous on est très peu aidé à ce niveau-là [...] je pense que ça peut aider l'interne dans ses missions* » (entretien 5) ; mais aussi pour le maître de stage dans son cadre pédagogique : « *Il nous aide après à mettre en place les items pour l'étudiant qu'on va accueillir* » (entretien 4).

1.1.2. Un nouvel outil, reproductible et évolutif.

Certains médecins interrogés soulevaient l'importance d'évaluer les choses acquises pendant le stage : « *ça nous donne quand même un outil qu'on peut reproduire et qui peut évoluer avec le temps* » (entretien 5).

Un praticien utilisait déjà une grille utilisée en région parisienne : « *jusque-là j'avais commune d'appliquer un dispositif que j'avais pris sur un site, c'était plutôt de la région parisienne* » (entretien 2).

Les médecins interrogés ont trouvé certains items particulièrement intéressants :

1) « *L'étudiant en situation explique différentes options diagnostiques ou thérapeutiques et tente d'impliquer le patient dans le choix final* » : « *cette question-là, elle est intéressante. Elle met en action deux moteurs importants dans l'observance* » (entretien 4) ; « *je trouve cet item très intéressant [...] c'est de l'éducation motivationnelle [...] c'est variable en fonction des patients mais c'est intéressant* » (entretien 6).

2) **« L'étudiant montre qu'il sait prioriser, temporiser et organiser un projet de soins sur plusieurs rencontres »** : « Alors ça c'est intéressant [...] je pense que c'est important effectivement, que ça fait partie des spécificités de notre façon de travailler qui est l'étalement dans le temps de la prise en charge » (entretien 4).

Les médecins interrogés ont évoqué des thèmes jugés majeurs, à valoriser davantage. Parmi lesquels :

1) Le secret médical : « je pense que c'est encore un problème le secret médical [...] malheureusement, il y a des étudiants qui se laissent prendre dessus » (entretien 2).

2) L'éducation, la prévention et le dépistage : « Ah ça c'est important ! Quand je disais la médecine elle est préventive, elle est curative, elle est promotionnelle » (entretien 2) ; « c'est une part importante et essentielle de notre activité donc je pense que c'est quelque chose de bien à évaluer et de très important » (entretien 8).

3) La prise en charge globale : Concernant l'item : « **le MSU constate que l'étudiant réalise une anamnèse non plus seulement biomédicale mais centrée sur la globalité biopsychosociale** » : « ça je pense que c'est à valoriser » (entretien 2).

4) La santé publique : Concernant l'item : « **l'étudiant s'est impliqué dans les soins ou les décisions de santé, en sachant qu'il devait pouvoir rendre compte de ses actes. Il s'enquerrait de l'évolution de l'état de santé du patient, des résultats des investigations et des prescriptions** » : « c'est très bien hein, c'est de la médecine de santé publique, on devrait tous être concerné. » (entretien 7).

Parmi les items devant être acquis absolument, les médecins interrogés ont retenu :

« L'étudiant participe aux gardes du service et respecte les horaires prévus de fonctionnement du service » : « ça c'est la première des choses ! » (Entretien 2).

« Le MSU retrouve les traces de consultation dans les dossiers médicaux en étant dûment identifié » : « tout à fait. C'est même indispensable ! » (Entretien 5).

« L'étudiant a reconnu les signes d'alerte et les éléments d'anamnèse des diagnostics urgents. Il sait mener l'évaluation initiale, alerter le médecin sénior disponible et justifier le choix du mode de transfert » : « ça c'est TRÈS TRÈS important, c'est la question pour nous qui est importante, c'est-à-dire qu'au bout de six mois, si ça n'est pas acquis, c'est, soit nous on n'est pas bons, soit l'étudiant faut qu'il revoie les choses » (entretien 5) ; « un interne qui évolue dans un service d'urgence pour une durée de six mois devrait à mon sens savoir stratifier les gens. [...] on a vocation, impérativement de savoir stratifier les urgences vitales des urgences relatives » (entretien 7).

Les médecins interrogés ont constaté certaines limites :

1. La crainte d'une non-applicabilité pour les tuteurs avec la déconnexion entre le portfolio et les qualités médicales de l'interne.

En effet, ceux-ci ne profitent pas de l'observation directe de l'interne qu'ils évaluent. Plusieurs tuteurs ont jugé nécessaire de bien connaître l'étudiant pour pouvoir remplir la grille : *« pour le tuteur, on vous voit, on vous rencontre mais c'est tout, on ne vous voit pas travailler » (entretien 1) ; « On peut avoir un très bon portfolio et être un mauvais médecin ou être un bon médecin et avoir un moins bon portfolio » (entretien 1).*

2. Certaines notions difficiles à acquérir en 6 mois.

(Beaucoup de compétences demandées, un déséquilibre entre les internes de médecine générale et ceux d'autres spécialités)

Concernant l'item « L'étudiant a participé à des séances d'éducation thérapeutique de groupe » : « c'est des choses qui sont difficiles à mettre en application parce que le temps nous manque » (entretien 5) ; ainsi que pour l'item « L'étudiant montre qu'il sait prioriser, temporiser et organiser un projet de soins sur plusieurs rencontres » : « sur deux mois c'est pas forcément évident d'avoir plusieurs rencontres » (entretien 6).

3. Des limites liées au manque d'autonomie des internes lors du stage au cabinet de médecine générale en phase socle.

« L'étudiant a reconnu les signes cliniques d'alerte et les éléments d'anamnèse des diagnostics urgents. Il sait mener l'évaluation initiale, alerter le Médecin senior disponible et justifier le choix de mode de transfert » : « il y a des questions qui sont pour les SASPAS hein là-dedans. [...] moi je suis tout le temps là donc euh... » (Entretien 4).

4. La difficulté à se remémorer les situations permettant de répondre à l'item (pour les situations rares ou sans exemples concrets)

Concernant l'item : *« Le MSU a pu faire travailler l'étudiant sur une décision qui lui a semblé influencée par la relation au patient » : « j'ai pas d'exemple concret donc je ne sais pas. Ca ne s'est pas posé comme situation » (entretien 1) ;*
« Les difficultés si tu veux pour nous, c'est de revenir à des situations et de se dire, dans ces situations-là, comment a-t-il été » (entretien 4).

5. Des réponses pouvant être hétérogènes selon l'interne, le lieu et de stage (avec une tendance de l'interne à imiter son maître de stage)

« Le MSU constate que l'étudiant réalise une anamnèse non plus seulement biomédicale mais centrée sur la globalité bio-psycho-sociale et l'expérience du patient en recherchant une relation de soins collaborative » : « l'étudiant il va faire ce que nous on fait » (entretien 4).

6. Certaines notions difficiles à intégrer dans une évaluation avec certaines notions jugées comme ne relevant pas d'un apprentissage.

« L'étudiant s'exprime efficacement et clairement, il se fait comprendre du patient en adaptant son langage au niveau socioculturel, mais ne prête pas encore attention à la posture, le geste, le regard ni de son côté, ni de celui du patient » : « chaque étudiant à sa façon de travailler, chaque Médecin a sa façon de travailler [...] vous ne pouvez pas faire apprendre ce genre de mise en scène je pense... » (Entretien 5).

7. Certains énoncés difficiles à comprendre à la première lecture (lourds, termes ambigus...)

« L'étudiant propose sur des critères uniquement scientifiques le parcours de soins du patient et a exprimé des questions en rétro-actions sur l'efficacité de cette approche. » : « Je suis obligé de la lire plusieurs fois avant de comprendre » (entretien 3) ; « L'étudiant a présenté des actions altruistes qui ne relevaient pas nécessairement de son rôle. Il expliquait ses raisons lorsqu'il n'accédait pas à toutes les demandes que le patient lui faisait » : « J'ai pas compris la question : « a présenté des actions altruistes », par exemple ? Quel est l'attendu ? » (Entretien 3); « tu peux aller plus loin ? Parce que moi je...il va au-delà de sa... ? » (Entretien 5) ; « L'étudiant présente des TEA ou il a défini les différents niveaux de prévention. Il présente des TEA d'action de prévention dont il définit le niveau et qu'il confronte à la littérature. » : « Je me la refais. Parce que j'ai du mal à voir dans une première lecture la différence avec la précédente. Je vois le principe de la question mais ça me semble un petit peu lourd » (entretien 8).

8. Certains items trop poussés pour des internes de phase socle

« L'étudiant propose sur des critères uniquement scientifiques le parcours de soins du patient et a exprimé des questions en rétro-actions sur l'efficacité de cette approche. » « Phase socle, ça me parait un petit peu jeune » (entretien 1) ; « L'étudiant mène des interrogatoires sémiologiques et anamnestiques corrects et commence à s'intéresser au vécu du patient. » : « Il faut quand même une certaine expérience pour s'intéresser au vécu des gens [...] quand tu commences à prendre de l'âge et du recul dans la profession, oui [...] ils ne le font pas beaucoup les internes » (entretien 7).

De façon plus générale, des commentaires recueillis soulevaient :

- La nécessité de connaître la grille avant le stage (pour l'interne et le maître de stage)
- Des items très intellectuels, beaucoup d'items d'ordre psychologique
- Une évaluation très théorique
- Un problème de compréhension des abréviations « TEA » et « MSU »
- La redondance de certains items

Les améliorations proposées étaient :

- Faire deux questionnaires différents (pour les MSU en ambulatoire et les référents urgentistes)
- Faire des questions plus simples et plus courtes, allant à l'essentiel (une question = une idée), avec d'éventuelles sous-questions si nécessaire et une réponse binaire
- Faire une échelle de réponse
- Certaines notions à rajouter.
- Parmi les items à retravailler, plusieurs solutions ont été proposées : reformuler, fusionner, clarifier, scinder...

4. Discussion :

A) La méthode qualitative :

1) Force de l'étude

Cette étude est la première étude évaluant la faisabilité et la validité de ce nouvel outil.

Actuellement, il est souligné la nécessité d'adapter l'évaluation de fin de stage des internes de médecine générale en phase sociale aux principes d'évaluation axés sur les compétences.

Ceci est déjà le cas au Canada et aux Etats-Unis. L'outil critérié d'évaluation des compétences de fin de stage s'ajuste aux objectifs de chaque stage et au cheminement du résident à l'intérieur de sa formation. La validité pré-implantable de cet outil a été démontrée [5].

De plus amples analyses de validation étaient à effectuer une fois l'outil implanté sur le terrain, ce qui était l'objet de cette étude.

L'approche qualitative ne cherche pas à mesurer ou à quantifier, mais à faire ressortir les comportements et les idées des personnes interrogées par rapport à un sujet prédéfini [12].

Cette méthode a permis ici de recueillir et d'analyser les attentes des MSU.

Ceci nous a aussi permis de poser des questions personnalisées, adaptées à chaque praticien interviewé. Ce qui a limité les incompréhensions ou les biais d'interprétation de l'analyste.

La grille d'évaluation présentée était inconnue par les praticiens interrogés, permettant de recueillir des réponses spontanées.

Les praticiens interrogés avaient des modes d'exercices variés, dans des zones différentes. L'échantillon apparaît diversifié en termes d'âge, de secteur d'activité et d'expérience en tant que maître de stage.

Ce type d'étude n'a pas pour but d'obtenir un échantillon représentatif mais un échantillon de qualité dans la richesse des propos. L'objectif est de reconstruire l'univers sur lequel on travaille. La construction d'un échantillon le plus diversifié possible était donc recherchée. Celui-ci permet de mettre à jour toute la diversité des pratiques et attitudes chez les MSU.

2) Limites de l'étude

Ce travail comporte plusieurs limites.

L'enregistrement par un dictaphone a pu entrainer quelques fois la retenue des médecins, ceci pouvant constituer un biais de recueil. De plus, lors des premiers entretiens, faute d'expérience, il était parfois difficile de poser les bonnes questions, l'échange était moins fluide. Hormis les deux premiers entretiens, l'analyse a été effectuée par une seule personne, il n'y a donc pas eu de triangulation pour tous les entretiens ce qui pourrait entrainer un biais d'interprétation.

Le faible nombre de personne interviewée peut également être une des limites de cette étude.

B) Discussion autour des résultats et comparaison aux données de la littérature

1) Validité et faisabilité

Plusieurs points positifs ont été mis en évidence dans notre étude.

Les médecins interrogés ont appréciés la grille dans sa globalité.

En effet, plusieurs praticiens ont trouvé que la grille était un outil utile et nécessaire à l'évaluation des stages. Il peut être remarqué le manque de support en lien avec le référentiel de compétences sur la grille d'évaluation des internes en médecine générale en phase socle jusqu'à présent. Cet outil d'évaluation s'appuyant sur les compétences s'avère utile.

Les praticiens l'ont trouvé utile pour eux, leur permettant de connaitre les objectifs à travailler avec leurs étudiants, ce qui facilite le travail de notation. Ils ont également souligné son utilité pour les étudiants qui peuvent ainsi connaitre les choses qu'ils doivent acquérir pendant les stages. (« ça peut aider l'interne dans ses missions » (entretien n°5)). Ils jugent donc important la lecture de la grille avant le début du stage. Il semble nécessaire de donner la grille aux maitres de stage ainsi qu'aux étudiants au début du semestre, avant le début des stages, afin d'optimiser son utilité.

Certains praticiens soulevaient l'importance d'évaluer les choses acquises pendant le stage.

En effet, la validation de la phase socle repose en partie sur la validation des stages (un stage est validé ou non). Mais les stages de médecine générale sont très variés selon les internes (lieu d'exercice, maître de stage, façon d'exercer...etc.), il s'agit donc de s'assurer que les points importants soient vus par tous et dans tous les terrains de stage.

Les médecins interrogés soulignaient aussi l'importance d'une évaluation objective et homogène pour tous les étudiants. Ce qui est le cas avec l'utilisation de la grille présentée.

En effet, la faculté de Paris Descartes a déjà intégré la grille au passeport de l'interne. Celui-ci est le support d'évaluation de l'interne durant son DES.

La mise en place d'un système d'évaluation reproductible à l'échelle nationale comme celui-ci est indispensable.

Les items les plus appréciés des médecins interrogés étaient ceux concernant des sujets reconnus comme majeurs dans l'exercice de la médecine générale et pertinents pour un étudiant en phase socle. Les praticiens ont mis en avant certains sujets de la grille qu'ils souhaitent revaloriser. Tels que le secret médical, la prise en charge globale, l'éducation thérapeutique, ou encore la participation aux gardes du service lorsque l'étudiant est en stage aux urgences.

Concernant le secret médical, il incarne un des piliers de l'exercice de la médecine puisque « il n'y a pas de soins sans confidences, de confidences sans confiance, de confiance sans secret » [13]. La violation du secret médical est réprimée par le code de santé publique et le code pénal. Or les frontières du secret médical s'avèrent parfois difficiles à définir. Il semble donc être un sujet important à évoquer dès le début de l'internat en médecine générale.

L'item « *L'étudiant communique avec l'entourage du patient mais est en difficulté pour préserver le secret médical. Il a tendance à bien l'opposer dans les situation « sensible » (dépistage VIH) mais pas dans les situations banales (vaccinations)* » pourrait donc faire partie des items à acquérir absolument. Cependant, une simplification de l'item pourrait être envisagée car la formulation négative a causé des difficultés auprès des médecins interrogés. L'item pourrait être raccourci et formulé comme suit : « l'étudiant communique avec l'entourage du patient en préservant le secret médical dans les situations « sensibles » (dépistage VIH par exemple). Ceci est le niveau novice exigé. La deuxième partie pourra être travaillée par la suite lors des niveaux suivants.

Concernant la notion de prise en charge globale. Celle-ci fait partie des spécificités de la médecine générale. Elle appartient, elle aussi, aux principes essentiels qui régissent son

organisation. Il pourrait être envisagé d'exiger à la fin de la phase socle qu'au moins 3 items sur les 5 du paragraphe « *Approche globale, prise en compte de la complexité* » soient acquis. Ceci pourrait être signalé entre parenthèses à la suite du titre.

Concernant l'éducation thérapeutique, celle-ci s'impose depuis quelques années en raison d'une augmentation des pathologies chroniques. Elle contribue à une meilleure prise en charge de celles-ci. Concernant l'item : « *L'étudiant identifie des situations où il doit mettre en œuvre des actions de dépistage, d'éducation et de prévention* », il pourrait être envisagé de le rendre obligatoirement acquis, de séparer les trois notions en trois items, ou de rajouter un item insistant sur la participation de l'étudiant à l'éducation thérapeutique des patients.

L'item : « *L'étudiant participe aux gardes du service et respecte les horaires prévus de fonctionnement du service* » pourrait être rendu obligatoire également.

Les médecins interrogés ont soulevé certaines limites.

Il a été évoqué la difficulté d'acquérir certains items en six mois de stage seulement.

Concernant l'item « *L'étudiant montre qu'il sait prioriser, temporiser et organiser un projet de soins sur plusieurs rencontres* », il est mis en évidence un problème de compréhension. En effet, il est demandé si l'étudiant sait planifier plusieurs temps lors de la première rencontre avec le patient. Il n'est pas demandé à ce que l'étudiant voit plusieurs fois le patient, ce qui paraîtrait effectivement plus difficile à réaliser en six mois de stage.

L'item pourrait donc être reformulé plus clairement. On pourrait demander par exemple : « *L'étudiant montre qu'il sait prioriser, temporiser et organiser un projet de soins en planifiant d'autres rencontres pour les différents problèmes rencontrés lors d'une consultation* ».

Concernant les séances d'éducation thérapeutique de groupe, plusieurs médecins interrogés ont remarqué que celles-ci n'étaient pas réalisables dans tous les cabinets. Notamment lorsque le médecin généraliste exerçait seul.

Il pourrait être noté entre parenthèse « une des deux propositions » devant l'item « *L'étudiant a participé à des séances d'éducation thérapeutique de groupe. L'étudiant a identifié des situations d'éducation correspondant à chacun des 3 niveaux* ». Les médecins comprendront ainsi qu'une seule des deux propositions permettra d'attester l'observation. Les étudiants en stage en ambulatoire ne faisant pas de séances d'éducation thérapeutique de groupe ne seront donc pas pénalisés.

Le manque d'autonomie des étudiants lors du stage en ambulatoire en phase socle a aussi entraîné des difficultés pour les médecins interrogés qui n'ont pas pu répondre de façon évidente à certains items. Ils soulignaient le fait qu'ils étaient toujours présents avec l'étudiant en stage. Les MSU ont alors décrits ces items comme plus adaptés aux SASPAS. A contrario, les référents urgentistes n'ont pas soulevé de difficultés.

Il est légitime de rappeler ici que la grille est basée sur les compétences niveau novice. Si certains items sont décrits comme plus adaptés pour les SASPAS, cela signifie que les SASPAS sont encore au niveau novice. Or ils sont censés être au niveau compétent sinon les compétences exigées ne pourront être acquises à la fin du DES de médecine générale.

La question qui pourrait être soulevée est la suivante : Est-il normal d'observer autant de différence d'autonomie entre le stage aux urgences et celui en ambulatoire pour un étudiant appartenant à la même phase ? Les étudiants en ambulatoire ne devraient-ils pas être plus autonomes ? Les étudiants en stage aux urgences ne devraient-ils pas être plus encadrés ? Il serait donc pertinent de revoir le fonctionnement des stages sur ce point afin d'harmoniser l'encadrement des maîtres de stage aux urgences et en ambulatoire. Cependant, nous pouvons noter que la présence permanente du MSU n'empêche pas obligatoirement la constatation des items, à partir du moment où le MSU laisse l'étudiant de niveau 1 mener certaines consultations. Cela permet à la fois un apprentissage constructiviste grâce aux rétroactions sur les consultations menées et une évaluation des compétences lors des consultations observées par le MSU.

Les médecins interrogés ont évoqué le problème d'hétérogénéité avec certaines réponses pouvant être très différentes selon l'étudiant, le maître de stage et le lieu de stage, avec une tendance de l'étudiant à imiter son maître de stage. Là encore, l'hétérogénéité semble liée à la généralité de la grille. Il est effectivement constaté une grande diversité des terrains de stage concernant le stage en ambulatoire. La présence d'items généraux, pouvant être retrouvés chez tous les étudiants, quel que soit le lieu de stage est donc indispensable. Ce qui est déjà le cas dans la grille.

En pratique, le changement de lieu de stage et de maître de stage tous les deux mois avec des trios comportant, pour certains, un stage en milieu rural, semi-rural et urbain contribue à diminuer l'hétérogénéité des stages. Cette nouvelle grille d'évaluation permet également d'harmoniser au niveau national les compétences requises chez tout médecin généraliste quel que soit son exercice.

De plus, les médecins interrogés ont remarqué qu'il était parfois difficile de se remémorer les situations en rapport avec l'item. Surtout pour les situations rares ou sans exemple concret. Ceux-ci préféreraient, encore une fois, le choix d'items plus généraux, plus larges, sur des situations courantes.

Par exemple dans la grille des tuteurs : « *l'étudiant présente des TEA sur des enseignements suivis sur les niveaux de prévention de l'OMS* ». Une reformulation de l'item sur la prévention en générale pourrait être faite comme dit précédemment. Exiger la description des trois niveaux de l'OMS est exiger une connaissance pure et ceci semble relever plutôt du domaine de l'externat. La hiérarchie de la prévention selon les niveaux de l'OMS pourrait donc être considérée comme acquise en théorie. Cependant, cette exigence est présente dans le référentiel. L'item pourrait alors rechercher la notion de prévention appliquée en pratique lors des stages, dans sa globalité, tout en sous-entendant la connaissance des différents niveaux théoriques. Il en est de même pour l'item concernant la prévention dans la grille des tuteurs.

Des notions ont été jugées difficiles à évaluer. Les médecins interrogés se demandaient même si celles-ci relevaient vraiment d'un apprentissage. Comme par exemple, l'item « *l'étudiant s'exprime efficacement et clairement, il se fait comprendre du patient en adaptant son langage au niveau socioculturel, mais ne prête pas encore attention à la posture, le geste, le regard ni de son côté, ni de celui du patient* ».

Dans tout acte, la communication interactive avec le patient est d'une importance fondamentale [14]. La question soulevée par les médecins paraît être : peut-on enseigner la façon d'être de chacun ?

La relation médecin-malade est désormais enseignée en médecine générale. Elle fait même l'objet de plusieurs items pris en compte dans l'examen classant national. Elle est basée sur des données scientifiques. Plusieurs études ont montré que des efforts portés sur la communication ont un impact « faible mais statistiquement significatif » sur la santé des patients et l'adhérence thérapeutique [15]. Ainsi, la HAS décrit la communication comme étant un élément clé dans la construction de la relation soignant-soigné. Le défaut de communication a donc un impact direct sur la qualité et la sécurité des patients.

Il est essentiel d'intégrer cette notion à l'évaluation des étudiants en fin de phase socle. Celle-ci étant fortement liée à la notion d'éthique, l'observation de l'item pourrait même être obligatoire.

Des énoncés ont été difficilement compris par les médecins interrogés après une première lecture. Avec certains items décrits comme « un peu lourds » ou certains termes jugés ambigus.

Une séparation de certains items en plusieurs et le remplacement de certains mots comme les « actions altruistes » par des mots moins complexes, ne contenant qu'une seule idée pourrait être envisagé.

Altruiste est un adjectif utilisé pour définir un comportement qui consiste à « s'occuper des autres de façon généreuse et désintéressée ». Il pourrait être décrit directement des actions altruistes, comme « *donner un mouchoir à quelqu'un qui pleure, prendre quelqu'un dans ses bras quand il est vraiment effondré...etc.* » (entretien n°6). Mais il serait alors difficile de retranscrire toutes les possibilités d'actions altruistes et l'item serait beaucoup plus restreint. L'étudiant n'ayant pas rencontré l'occasion de faire telle ou telle action altruiste se verrait invalider l'item alors qu'il pourrait en avoir fait d'autres non citées. Il pourrait par contre être envisagé de remplacer le mot par un synonyme tel que « des actions bienveillantes et désintéressées » par exemple.

De plus, la signification des abréviations « TEA » et « MSU » pourrait être écrite au début de la grille car plusieurs médecins n'ont pas compris avant explication.

Des items ont été jugés trop poussés pour des étudiants en phase socle.

Par exemple l'item : « ***L'étudiant propose sur des critères uniquement scientifiques le parcours de soins du patient et a exprimé des questions en rétroactions sur l'efficacité de cette approche*** ».

En première année, la plupart des étudiants appliquent simplement le protocole HAS. Mais ils peuvent commencer à se poser des questions sur l'individualisation et l'applicabilité systématique de ces protocoles généraux. Cela devient de plus en plus spontané avec l'expérience mais l'étudiant est-il trop jeune pour commencer à le faire ? Cette notion est dans le descripteur du niveau du référentiel. Celui-ci serait-il trop exigeant ? Sa description dans le premier niveau permet à l'étudiant de commencer à s'entraîner pour l'acquérir complètement dans les niveaux du dessus. En effet, si la notion n'est pas évoquée, aucun étudiant n'y prêterait attention en première année.

L'échelle de réponse paraît dans ce cas très appropriée. Celle-ci permettrait également de voir l'évolution entre les deux semestres.

Concernant l'item : « ***L'étudiant mène des interrogatoires sémiologiques et anamnestiques corrects et commence à s'intéresser au vécu du patient*** ». Là encore, un interne de phase

socle est-il trop jeune pour « commencer » à s'interroger au vécu du patient, sans pour autant l'avoir acquis entièrement et définitivement ? En effet, l'étudiant doit commencer à travailler sur ce point dès le début de son internat et quelques questions sur le vécu du patient au cours de la consultation permettent d'observer l'item mais une échelle de réponse semble là aussi pertinente.

Certaines remarques ont également été retenues concernant la grille des tuteurs.

Plusieurs tuteurs ont évoqué la différence entre le niveau de l'interne et son portfolio avec la possibilité d'avoir un bon portfolio mais d'être moins bon dans la pratique et inversement. De plus, il a été décrit une crainte de non-applicabilité pour les tuteurs.

Pour faciliter l'évaluation des compétences des internes en médecine générale en phase socle, deux tableaux ont récemment été élaborés : « supervision directe en stage » et « portfolio ». Ceux-ci sont à remplir par le MSU ou référent urgentiste pour le premier et par le tuteur pour le deuxième [8]. Deux grilles participent donc à la validation de la phase socle. Les compétences peuvent être vues en stage pour un étudiant plus à l'aise dans la pratique ou dans le portfolio pour un étudiant plus théorique. Un étudiant ne se verra invalidé que si les compétences ne sont vues dans aucune des deux parties. La pratique et le portfolio semblent donc complémentaires pour évaluer le niveau de l'interne et aucun des deux n'est éliminatoire. La différence entre le portfolio et le stage impacte donc peu les étudiants dans l'évaluation.

Plusieurs tuteurs ont évoqué la nécessité de bien connaître l'étudiant pour pouvoir remplir la grille. En effet, le tuteur est défini comme la personne ressource qui oriente, accompagne et conseille l'interne dans ses choix et démarches. Il est le lien entre l'étudiant et le DMG tout au long du DES de l'interne [16]. Les rencontres de visu entre le tuteur et le tuteuré doivent être au moins semestrielles. Tout cela laisse supposer que le tuteur connaît bien son tuteuré. La grille paraît donc adaptée. Cependant, on peut se demander si la définition du rôle des tuteurs n'est pas imprécise, tant pour ces derniers que pour les étudiants et si la qualité de la relation tuteur/étudiant est égale pour tous. Ces interrogations ont déjà été évoquées dans un article de la revue exercer [17].

Certains tuteurs ont évoqué ne pas vouloir avoir un travail de notation mais plutôt un rôle de conseil et de partage d'expérience avec une personne extérieure.

Plusieurs travaux s'intéressants au rôle du tuteur ont été effectués ces dernières années. Dans la thèse qualitative de Camille Rose en 2015 sur les enseignements théoriques du DES de médecine générale à Amiens, on retrouve un résultat similaire avec un tuteur décrit comme ayant un « rôle de partage et d'écoute » [18]. Le travail de thèse de L. Muzard en 2010 avait également montré que le rôle d'évaluateur du tuteur était décrié par les tuteurés et décrit comme nuisant à la relation de confiance tuteur-tuteuré [19]. Cependant, en 2017, C. Shanouda a montré dans sa thèse que l'évaluation du tuteur était souhaitée par 77,5% des futurs internes [20]. La plupart des données retrouvées dans la littérature sont en faveur d'un tutorat certifiant [21, 22].

2) Améliorations possibles (figure 1)

Un manque d'item sur les gestes techniques sans précision particulière a été évoqué dans plusieurs entretiens. Il semble pertinent de rajouter quelques items sur ce point, apparaissant comme essentiel au métier de médecin généraliste.

Certains items devant absolument être acquis ont été mis en avant. Notamment les deux items suivants : « *Le MSU retrouve les traces des consultations de l'étudiant dans les dossiers médicaux en étant dûment identifiées* » et « *l'étudiant présente des TEA soulignant l'importance de la prévention en médecine générale* ». Il semblerait intéressant de notifier pour certains items qu'ils sont à acquérir obligatoirement pour tous les étudiants en phase socle.

De façon globale, les médecins interrogés ont préféré les items synthétiques, véhiculant une idée simple, comprise à la première lecture. Il pourrait être pertinent de raccourcir les items les plus longs et scinder les items contenant plusieurs phrases et donc, de conserver seulement des items, véhiculant une seule idée, allant à l'essentiel et facilement compréhensibles pour tous. Par exemple, concernant l'item suivant : « *le MSU hospitalier est témoin d'une sollicitation adaptée, l'étudiant cherche la responsabilité mais s'arrête à ses limites. L'étudiant a un comportement professionnel dans son interaction avec les patients et les autres professionnels* ». La première phrase de cet item a posé un problème de compréhension. Celle-ci pourrait être supprimée. Cependant, il est légitime de se demander si

cela n'entraînerait pas une perte de signifiant. Dans ce cas, la compréhension à la deuxième lecture paraît acceptable, plutôt qu'une perte d'information.

Pour certains items, dessous-questions avec une réponse pour chaque idée pourraient être ajoutées. Par exemple pour l'item : « *L'étudiant manipule le téléphone, courrier, mail au quotidien dans ses échanges professionnels. Les informations données sont adaptées au destinataire. L'étudiant écrit des courriers médicaux conformes aux recommandations* ».

Les deux dernières phrases de l'item pourraient être des sous-questions.

Plusieurs médecins interrogés ont également remis en question le système de réponses binaires (« observé » ou « non observé »), étant gênés lorsque la réponse leur semblait être « entre deux » ou « en cours d'acquisition ». Il pourrait être proposé un système à 3 réponses possibles. Par exemple, une croix évoquant un item atteint, l'absence de croix si l'item est non atteint et un trait oblique (demi croix) si l'item est partiellement atteint. Un système avec 3 cases à cocher pourrait aussi être envisagé : non acquis, en cours d'acquisition ou acquis. Un système de lettres serait possible également : A pour Améliorable, P pour pertinent.

Certains items ont été décrits comme redondants, évoquant la même idée qu'une autre. Il pourrait ainsi être envisagé de rassembler les deux items suivants : « *L'étudiant centre ses consultations sur les aspects biomédicaux. Il n'explore pas encore les sujets psychosociaux* » et « *L'étudiant note des éléments psycho-sociaux, culturels, éthiques, administratifs dans le dossier. Il remarque les limites de l'approche biomédicale* ».

L'item : « *L'étudiant est en mesure de repérer au cours des rétroactions avec le MSU les difficultés relationnelles / communicationnelles qui entravent sa pratique ; il s'interroge sur les moyens de s'améliorer* » a aussi été jugé comme « redondant » avec d'autres idées du chapitre : « *Relation, communication, approche centrée patient* ». Il pourrait aussi être fusionné avec un autre item du chapitre.

Concernant la grille des tuteurs, il pourrait être envisagé la suppression d'un des deux items suivants : « *L'étudiant présente des TEA réflexives ou il identifie un problème communicationnel ou relationnel* » et « *L'étudiant présente des TEA dans lesquelles il a une posture réflexive sur ses capacités communicationnelles et relationnelles* ».

Plusieurs MSU en ambulatoire se sont trouvés non concernés par certains items destinés aux référents urgentistes selon eux. Il peut paraître plus simple de réaliser 2 grilles différentes, une destinée aux référents urgentistes et l'autre aux MSU en ambulatoire. Ou d'identifier, dans la grille, des items à remplir par les référents urgentistes et d'autres par les MSU en ambulatoire.

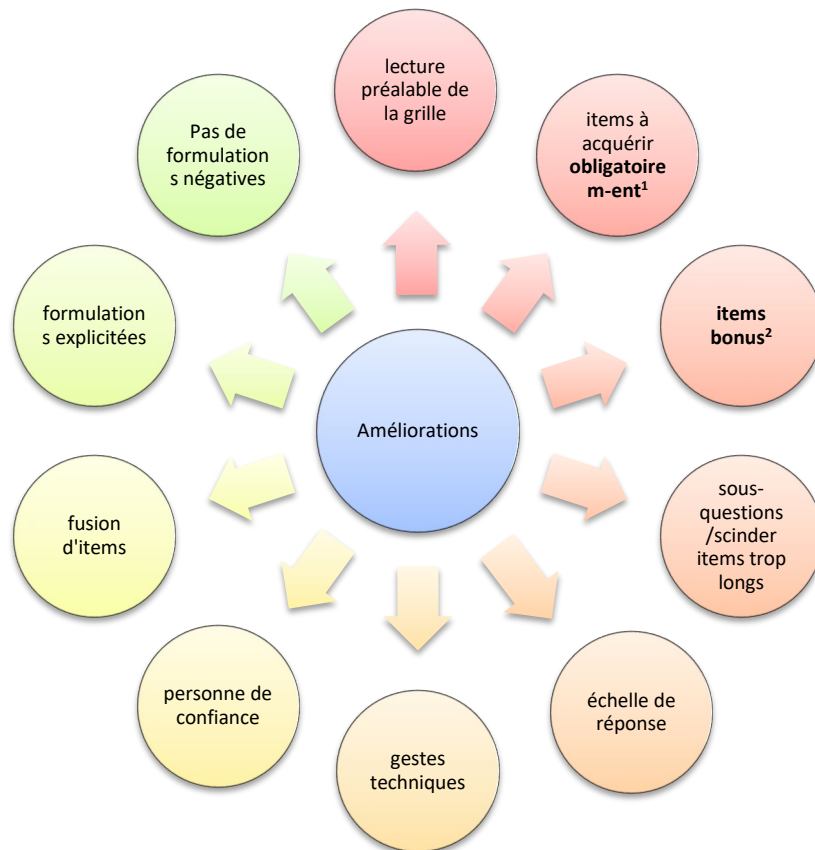
Ceci permettrait aussi de diminuer la longueur de l'évaluation pour chacun. Cependant, il serait plus puissant de garder une seule grille commune mais d'expliquer qu'il s'agit d'une grille de première année et que chaque médecin ne doit remplir que ce qui a été observé, sans chercher à tout remplir et que le deuxième référent de stage de l'année aura la même grille déjà pré-remplie par le premier et devra compléter les compétences observées dans son stage. Ceci semble difficile à mettre en œuvre. Il pourrait aussi être envisagé de confier au tuteur le rôle de faire la synthèse des différentes grilles d'évaluation de son étudiant.

Des notions non présentes dans la grille ont été demandées, telles que la personne de confiance. La grille a été décrite comme déjà longue dans cette étude. Cependant l'ajout de cette notion importante semble justifié.

Figure 1 : idées d'amélioration

¹ou nombre d'items obligatoirement atteints dans un chapitre

²Item bonus : non pénalisant si non atteint



3) Comparaison avec les données d'une autre région

Comparaison avec les données d'une autre région

Nous retrouvons de nombreuses similitudes avec les commentaires libres sur la grille et la faisabilité, recueillis par le Dr Nutte auprès des médecins généralistes de la région parisienne, ce qui confirme l'idée de simplifier la formulation de certains items évoquée par les médecins interrogés de notre subdivision. Par exemple la richesse de la grille d'évaluation résume bien la médecine générale, elle est adaptée à sa pratique et détaille bien les différentes compétences à acquérir. Le côté pratique et utile de cet outil pour l'évaluation des internes a également été évoqué. De plus, la majorité des points ont été décrits comme bien acquis par l'étudiant et observés lors du stage.

De même, les limites évoquées sont très nettement comparables à celles évoquées dans notre étude, ce qui rejoint la partie précédente de la discussion :

- La complexité de certains items avec un manque de compréhension et de clarté parfois. Ce qui confirme le besoin de simplifier les items et d'en réécrire certains avec des mots plus simples.
- La longueur de la grille. La diminution du nombre de questions pourrait aussi être envisagée. Le nombre de questions correspond au nombre de compétences à acquérir. Certains items pourraient alors contenir plusieurs compétences de manière à diminuer le nombre d'items sans diminuer le nombre d'idées dans la grille. Mais il pourrait aussi être judicieux de se demander si toutes les compétences sont indispensables au métier de médecin généraliste. Et si toutes les compétences, même si elles sont utiles, doivent obligatoirement présenter un caractère sanctionnant dans l'évaluation si elles ne sont pas constatées chez l'étudiant.
Cependant, si celles-ci ne sont pas présentes dans l'évaluation, il est peu probable que les étudiants essaient de les développer.
- Les possibilités de réponses limitées et binaires ont aussi été mises en avant alors que les items ont été décrits comme comportant plusieurs idées. Ce qui rejoint l'idée de faire une échelle de réponse avec la possibilité de donner une réponse intermédiaire.
- L'absence de compétence « biomédicale » et d'items sur les gestes techniques. Mais l'acquisition des compétences biomédicales et des principaux gestes techniques

(telles que la vaccination, les plâtres etc) n'est-elle pas plutôt du domaine de l'externat ? Quelques items sur ces points pourraient être effectivement rajoutés pour s'assurer de la bonne acquisition de certaines notions biomédicales (suivi des pathologies les plus fréquentes en ambulatoire par exemple (HTA, diabète etc.)) et gestes techniques semblant indispensables au métier de médecin généraliste. Même si cela augmenterait encore la longueur de la grille, point discuté auparavant.

- Les questions ont été décrites comme parfois subjectives, ce qui rejoint la question de la globalité, sujet important en médecine générale.
- La redondance de certains items.
- Certain items trop compliqués avec quelques questions difficiles à mettre en place pour un interne de première année et semblant parfois plus adaptées au SASPAS.

La formulation de l'item : « *En entretien avec le patient, l'étudiant argumente ses points de vue en s'appuyant sur ses connaissances et cherche à convaincre son patient* » a été décrite comme non adaptée. En effet, cette formulation paraît renvoyer à un modèle paternaliste. Or désormais, le modèle médical est plutôt autonomiste avec une reconnaissance de l'autonomie des patients dans la loi. Le médecin doit actuellement respecter la volonté de la personne après l'avoir informée des conséquences de ses choix. Même s'il s'agit d'un refus de traitement [23]. Toutefois, le terme « cherche à convaincre » peut coexister avec le respect du refus. L'idée est d'orienter le patient vers les décisions paraissant les plus scientifiquement correctes, ce qui est congruent avec les attentes d'un étudiant novice ne pratiquant pas encore des entretiens centrés patient. Le médecin incarnant l'expert utilisant son savoir pour proposer un guide, le patient aura alors le pouvoir de choisir ce qu'il souhaite [24].

L'absence de notion de progression de l'étudiant dans la grille a été mise en avant, avec certains items adaptés à un interne « novice » et d'autres à un interne en fin de stage. Il s'agit ici d'un biais de recueil. En effet, la grille doit être remplie en fin de stage or les entretiens de cette étude n'ont pas tous été effectués en fin de stage puisqu'ils se sont déroulés tout au long de l'année universitaire. La grille peut et doit être utilisée en début et milieu de stage pour fixer les attentes et faire un point à mi-parcours, mais elle représente bien uniquement le niveau minimum attendu en fin de stage.

5. Conclusion :

L'adaptation de l'évaluation de l'étudiant en médecine générale en fin de phase socle au référentiel de niveaux de compétences du CNGE est indispensable. Les MSU, référents urgentistes et tuteurs en sont les acteurs principaux.

Cette étude a permis de valider l'acceptabilité et la faisabilité de cette nouvelle grille pour l'évaluation par les maitres de stage des compétences des étudiants en médecine générale en phase socle. Ces caractéristiques étaient indispensables à décrire avant la mise en pratique de ce nouvel outil. Son utilisation sur l'ensemble du territoire pourrait permettre une harmonisation des pratiques d'évaluation et de formation. Une nouvelle version de cet outil doit suivre grâce à cette étude, en prenant en compte les pistes d'améliorations mises en avant par les médecins concernés.

6. Bibliographie :

[1] ISNAR.IMG, Guide de l'apprentissage par compétences [en ligne] <https://www.isnar-img.com/wp-content/uploads/apprentissage-par-competences-le-guide.pdf>

[2] Matillon Y. Modalités et conditions d'évaluation des compétences professionnelles des métiers de la santé [Internet]. 2003 août [cité 25 août 2016].

[3] Compagnon L, Bail P, Huez J, Stalnikiewicz B, Ghasarossian C, Zerbib Y, et al. Définitions et descriptions des compétences en médecine générale. Exercer. 2013 ;(108) :148-55.

[4] Ariza M, Ferrat E, Florence A, et al. Le portfolio de médecine générale : contenu et modes d'évaluation dans les départements de médecine générale français. Exercer ; 2017 :137:412-8.

[5] Simard ML, Lacasse M, Simard C, Renaud JS, Rheault C, Tremblay I, Côté L. Validation d'un outil critérié d'évaluation des compétences des résidents en médecine familiale : étude qualitative du processus de réponse. Pédagogie Médicale. 2017 ;181 :17-24 [en ligne] <https://www.pedagogie-medicale.org/articles/pmed/abs/2017/02/pmed160062/pmed160062.html>

[6] Galand B, Bourgeois E, Freynay M. développement et validation d'un outil de mesure permettant d'évaluer l'effet d'un dispositif. Université Catholique de Louvain. 2002.

[7] Compagnon L, Fabre J, Renard V, et al. Portfolio national en DES de médecine générale : résultats d'un processus de consensus formalisé. Exercer ; 137:420-5.

[8] Ariza M, Chastang J, Grimault C et Compagnon L. Élaboration d'un outil d'évaluation des compétences de la phase socle chez les internes de médecine générale. exercer. 2019 ;378-380
156

[9] Compagnon L. Evaluation par compétences: en pratique? 2016 nov; Congrès du CNGE de Grenoble.

[10] Forget MH. Le développement des méthodes de verbalisation de l'action : un apport certain à la recherche qualitative. *RecherQual* 2013;32(1):57-80.

[11] Meystre V, Rey R. Tests d'utilisabilité : comparaison de deux méthodes appliquées au site e-rara.ch. Mémoire de recherche. Master en Information documentaire Haute École de Gestion de Genève (HEG-GE). Carouge, le 10 janvier 2014

[12] Aubin-Auger I, Mercier A, Baumann L, Lehr-Drylewicz A-M, Imbert P, Letrilliart L, et al. Introduction à la recherche qualitative. *Exercer*. 2008;19(84) :142-5

[13] Hoemi B. *Ethique et déontologie médicale*. 2000

[14] Arlet P. La formulation du patient atteint de maladie chronique. La personnalisation de la prise en charge médicale. item n°1 : La relation médecin-malade. L'annonce d'une maladie grave.

[15] M Kelley J, Kraft-Todd G, Schapira L, Kossowsky J, Riess H. The influence of the patient-Clinician Relationship on Healthcare Outcomes : A systematic Review and Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials. *PLOS ONE*. 2014.

[16] Schwartz JC. Département de médecine générale. Université Paris Descartes [en ligne]. Disponible sur <http://dmg.medecine.parisdescartes.fr/enseignants/tuteur/>.

[17] Lerustel S, Duriez S, Lerougel P, Andregnette P. Tutorat au cours du troisième cycle de médecine générale à la faculté de Lille. *Exercer*. 2008 ;82 :82-6

[18] Roose C. Attentes des internes de première année. Thèse de médecine générale. Université d'Amiens. 2015. 39 p

[19] Muzard L. Evaluation du tutorat de DES de médecine générale de la faculté Paris Descartes [thèse d'exercice]. Faculté de médecine de Paris Descartes ;2010

- [20] Shanuda C. Le tutorat au cours du DES de médecine générale à Amiens. Préférences des futurs internes. Thèse de médecine générale. Université d'Amiens. 2017. 38p
- [21] Van Tartwijk J, W.Driessen. Portfolios for assessment and learning: AMEE Guide no. 45. Leidenuniversity. University of Maastricht, The Netherlands. Medicalteacher. 2009; 31: 790-801
- [22]Anselme.F. Evaluation du tutorat du DES de médecine générale à l'UFR de Poitiers en 2013 (Thèse pour le diplôme d'état de docteur en médecine) Poitier: Faculté de Médecine et de Pharmacie; 2013.
- [23] Markus J, Cristol D, Peigné J, Sprungard S. Code de la santé publique. Article R.4127-36. 2016.
- [24] Richard C. Lussier M-T. Assertivité, professionnalisme et communication en santé. Exercer.2019 ;155 :322-7
- [25] Attali C, Huez J, Valette T, LehrDrylewicz A. Les grandes familles de situations cliniques. Exercer. 2013 ;(108) :148-55

7. Annexes :

Grille d'évaluation de stage phase socle (Annexe 1)

Tableau 7 : Grille d'évaluation de stage Phase socle

	Observé
Relation, communication, approche centrée patient	
L'étudiant accepte d'assister le MSU dans ses consultations et il accepte l'idée qu'il va devoir en mener seul également	
L'étudiant a discuté avec son MSU d'une consultation où il était acteur ou observateur et où il a exprimé des difficultés d'ordre relationnelles avec le patient, et il a évoqué la nécessité de se former davantage	
L'étudiant mène des interrogatoires sémiologiques et anamnestiques corrects et commence à s'intéresser au vécu du patient, à laisser parler et à écouter, au-delà des questions habituelles de l'anamnèse. Il saisit la nuance entre un interrogatoire et un entretien.	
L'étudiant s'exprime efficacement et clairement, il se fait comprendre du patient en adaptant son langage au niveau socio-culturel, mais ne prête pas encore attention à la posture, le geste, le regard ni de son côté ni de celui du patient.	
L'étudiant en situation explique différentes options diagnostiques ou thérapeutiques et tente d'impliquer le patient dans le choix final.	
L'étudiant communique avec l'entourage du patient mais est en difficulté pour préserver le secret médical : il a tendance à bien l'opposer dans les situations "sensibles " (dépistage VIH) mais pas dans des situations "banales" (vaccinations)	
L'étudiant manipule le téléphone, courrier, mail au quotidien dans ses échanges professionnels. Les informations données sont adaptées au destinataire. L'étudiant écrit des courriers médicaux conformes aux recommandations	
Le MSU a pu faire travailler l'étudiant sur une décision qui lui a semblé influencée par la relation au patient	
Lors d'une rétro-action, l'étudiant est capable de relier ses notions de psychologie médicale au comportement d'un patient	
Le MSU constate que l'étudiant réalise une anamnèse non plus seulement biomédicale mais centrée sur la globalité bio-psycho-sociale et l'expérience du patient en recherchant une relation de soins collaborative.	
L'étudiant montre qu'il sait prioriser, temporiser et organiser un projet de soins sur plusieurs rencontres.	
L'étudiant est en mesure de repérer au cours des rétroactions avec le MSU les difficultés relationnelles / communicationnelles qui entravent sa pratique ; il s'interroge sur les moyens de s'améliorer	
Premier recours, urgences	
L'étudiant a accepté de s'occuper de tout type de plainte mais il a tendance à sélectionner prioritairement celles du champ biomédical. Il a du mal à hiérarchiser les motifs de consultation.	
L'étudiant a reconnu les signes cliniques d'alerte et les éléments d'anamnèse des diagnostics urgents. Il sait mener l'évaluation initiale, alerter le médecin sénior disponible et justifier le choix du mode de transfert.	

Pendant ses entretiens avec le patient, l'étudiant élargit ses questions avec l'intention d'une approche globale, en sachant qu'il favorise ainsi l'expression des demandes cachées.	
Dans ses observations, l'étudiant catégorise avec précision le tableau clinique (symptôme, syndrome, maladie, diagnostic prouvé). Il intègre l'incertitude diagnostic et décisionnelle aux soins de premier recours, et l'explique au patient.	
L'étudiant a discuté pendant une rétro-action et a montré qu'il avait compris la motivation d'une urgence ressentie.	
L'étudiant aborde en consultation les thèmes de santé utiles pour le patient au-delà des motifs initiaux.	

Professionalisme

Le MSU a pris un temps de discussion sur les interrogations de l'étudiant sur l'exercice de la MG (représentations et inquiétudes), en lui apportant son avis sur la viabilité de son projet professionnel	
Le MSU hospitalier est témoin d'une sollicitation adaptée, l'étudiant cherche la responsabilité mais s'arrête à ses limites. L'étudiant a un comportement professionnel dans son interaction avec les patients et les autres professionnels.	
L'étudiant a présenté des actions altruistes qui ne relevaient pas nécessairement de son rôle. Il expliquait ses raisons lorsqu'il n'accédait pas à toutes les demandes que le patient lui faisait.	

Approche globale, prise en compte de la complexité

L'étudiant centre ses consultations sur les aspects biomédicaux, il n'explore pas encore les sujets psychosociaux.	
L'étudiant note des éléments psycho-sociaux, culturels, éthiques, administratifs dans le dossier. Il remarque les limites de l'approche biomédicale.	
En rétroaction, l'étudiant a discuté de l'environnement psycho social, culturel, juridique, éthique ou administratif...modifiant la prise en charge.	
En rétroaction l'étudiant a discuté du décalage entre sa prise en charge et les attentes des patients	
En rétroaction, l'étudiant a exprimé son incertitude face à une situation complexe. Il a exprimé qu'il n'y avait pas une seule bonne réponse face à une situation clinique	

Education, prévention, dépistage, santé individuelle et communautaire

L'étudiant identifie des situations où il doit mettre en œuvre les actions de dépistage, d'éducation et de prévention.	
L'étudiant a participé à des séances d'éducation thérapeutique de groupe. L'étudiant a identifié des situations d'éducation correspondant à chacun des 3 niveaux.	

L'étudiant s'est impliqué dans les soins ou les décisions de santé, en sachant qu'il devait pouvoir rendre compte de ses actes. Il s'enquerrait de l'évolution de l'état de santé du patient, des résultats des investigations et des prescriptions.	
En entretien avec le patient, l'étudiant argumente ses points de vue en s'appuyant sur ses connaissances et cherche à convaincre son patient.	

Continuité, suivi, coordination des soins autour du patient	
L'étudiant exprime ou note dans le dossier les éventuelles suites de la consultation qui pouvaient être proposées	
Le MSU retrouve les traces des consultations de l'étudiant dans les dossiers médicaux en étant dûment identifié.	
L'étudiant adresse à un médecin d'une autre spécialité pour répondre à ses propres doutes biomédicaux.	
L'étudiant rédige des courriers adaptés contenant les informations synthétiques pertinentes à la continuité des soins et nécessaires au correspondant	
L'étudiant applique les consignes données dans les courriers des correspondants en cherchant à en discuter la pertinence.	
L'étudiant propose sur des critères uniquement scientifiques le parcours de soins du patient et a exprimé des questions en rétro-actions sur l'efficacité de cette approche.	
L'étudiant participe aux gardes du service et respecte les horaires prévus de fonctionnement du service.	

Tableau 8 : Grille d'évaluation pour le tuteur (portfolio phase socle)

	Repéré dans le portfolio
Relation, communication, approche centrée patient	
L'étudiant présente des TEA où l'enjeu communicationnel est au premier plan, et dans lesquelles il apporte des hypothèses théoriques accompagnées de ses réflexions personnelles.	
L'étudiant présente des TEA où la relation dans la consultation a posé un problème et où sa recherche documentaire présente les bases théoriques de la relation médecin malade.	
L'étudiant présente des TEA réflexives où il identifie un problème communicationnel ou relationnel	
L'étudiant a une posture réflexive sur un projet de soins ou il repère que ce projet a été influencé par sa relation au patient.	
L'étudiant présente des TEA où il manipule des notions de psychologie médicale pour expliquer le comportement du patient d'une consultation et a une posture réflexive en portant un questionnement sur sa relation au patient.	
L'étudiant présente des TEA dans lesquelles il a une posture réflexive sur ses capacités communicationnelles et relationnelles.	
Premier recours, urgences	
L'étudiant présente des TEA décrivant la totalité de la prise en charge possible dans une situation. Il a argumenté le niveau de la prise en charge où il a ressenti le besoin de déléguer.	
L'étudiant présente des TEA dans lesquelles il relève des consultations à motifs multiples et où il explique comment il hiérarchise en expliquant ce qui lui semble le plus légitime médicalement.	
L'étudiant présente des TEA en rapport avec les familles de situations rencontrées en soins premiers et exprimant que ses recherches documentaires lui permettront de réaliser lui-même une partie plus importante de la prise en charge.	
Professionalisme	
Les TEA du portfolio renvoient et citent les compétences disciplinaires. Les traces du portfolio comportent des recherches documentaires répondant aux problématiques posées. Les synthèses des traces du portfolio présentent des propositions basées sur les données de la science.	
Approche globale, prise en compte de la complexité	

Elaboration du référentiel de la phase socle du D.E.S de Médecine Générale

L'étudiant rédige des TEA se limitant au biomédical.	
L'étudiant discute dans ses TEA des limites de l'approche centrée maladie. Il décrit des données psychosociales, culturelles, éthiques juridiques ou administratives mais n'arrive pas encore à les utiliser efficacement	
Pour écrire ses TEA, l'étudiant fait des recherches documentées mais essentiellement biomédicales.	
L'étudiant présente des TEA intégrant l'environnement psycho-social, culturel, juridique, éthique ou administratif pour nuancer la situation.	
L'étudiant présente des TEA dans laquelle il mentionne un décalage entre sa prise en charge et les attentes du patient	

Education, prévention, dépistage, santé individuelle et communautaire	
L'étudiant présente des TEA soulignant l'importance de la prévention en médecine générale.	
L'étudiant présente des TEA où il a défini les différents niveaux de prévention. Il présente des TEA d'actions de prévention dont il définit le niveau et qu'il confronte à la littérature.	
L'étudiant présente des TEA sur des enseignements suivis sur les niveaux de prévention de l'OMS.	
L'étudiant présente des TEA définissant les différents niveaux d'éducation du patient. Il présente des TEA d'actions d'éducation dont il définit le niveau et qu'il confronte à la littérature.	
L'étudiant présente des TEA sur des enseignements suivis sur l'éducation au patient.	

Guide d'entretien (Annexe 2) :

Déroulement de l'entretien semi-directif.

0) Au téléphone :

Bonjour Docteur, je m'appelle Manon BOST et je suis interne en médecine générale. Je réalise une thèse qualitative sur la validation de l'outil d'évaluation des compétences de la phase socle en médecine générale en Picardie. Pour cela, j'aimerais interroger les tuteurs et MSU de Picardie qui ont eu un interne en phase socle de la promotion 2018-2019. Est-ce votre cas ? Avez-vous participé à la mise en place des niveaux de compétences avec Matthieu Ariza? (si oui, exclusion)

Êtes-vous d'accord pour participer ? Je vous montrerai la grille pour évaluer votre étudiant et vous me direz ce que vous en pensez tout simplement.

(Si oui) Pouvons-nous fixer une date/heure pour l'entretien ? (celui-ci durera 30 à 40 minutes)

NB : noter si refus

1) Au cours de l'entretien,

Comportement à adopter : laisser le MSU/tuteur s'exprimer librement, tout enregistrer (dictaphone après autorisation du MSU + prise de notes sur le comportement du MSU (expression du visage etc...))

A) Introduction

Bonjour Docteur, merci d'avoir accepté de répondre à cet entretien.

Je tiens à vous rappeler que cet entretien est anonyme. Les enregistrements seront ensuite effacés.

La durée de cet entretien sera de 30 à 40 minutes.

Comme évoqué au téléphone, je m'appelle Manon BOST et je suis interne en 1ère année de médecine générale.

Je réalise une thèse qualitative sur la validation de l'outil critérié d'évaluation des compétences de la phase socle en médecine générale en Picardie. Cette étude est faite sur la promotion 2018-2019.

Le but est d'évaluer localement la faisabilité et la validité de cet outil qui a fait l'objet d'un travail national incluant des MSU de toutes les régions. Puis, de proposer, grâce aux entretiens avec les personnes concernées, des améliorations à cet outil.

Tout d'abord, je vais vous poser quelques questions administratives ?

Quel âge avez-vous ?

Depuis combien de temps exercez-vous ?

Voici la grille d'évaluation.

Lors de l'enregistrement, je vous demanderai d'évaluer votre interne qui a fini son stage chez vous, avec cette grille devant moi. Item par item et de tout verbaliser à voix haute, incluant vos pensées, intentions et ressentis. Ainsi, vous exprimerez votre compréhension de chaque élément de la fiche et les raisons sous-tendant votre choix, si vous observez ou non chaque compétence.

Puis, une fois l'évaluation de l'interne terminée, pour la deuxième partie de l'entretien, je vous poserai 2 questions ouvertes.

Ce qui m'importe c'est de bien comprendre votre point de vue, comment vous voyez les choses. Dites-moi les choses le plus librement possible. Je les retranscrirai sans jugement.

Avez-vous des questions avant de débiter ?

Êtes-vous d'accord pour que j'enregistre l'entretien

[B\) Première partie : évaluation de l'interne avec la grille](#)

[C\) Deuxième partie : 2 questions ouvertes](#)

(Avec pauses et demande de précision si besoin : « pouvez vous expliquer un peu plus ? », « pouvez vous me donner un exemple concret ? » etc..., sinon, répondre de façon neutre : « d'accord », « ok », « oui », avec expression du visage neutre)

-> Quelles sont, pour vous les améliorations possibles pour cet outil ?

-> Quelles sont, pour vous, les notions à conserver ou éliminer ?

NB : possibilité de poser des questions non présentes dans le guide, si elles paraissent importantes en cours d'entretien.

2) Conclusion :

Nous allons maintenant conclure cet entretien.

Pour résumer, (résumé bref des réponses aux questions)

Est-ce exact ? (possibilité pour le répondant d'indiquer si je n'ai pas entièrement compris une réponse)

Avez-vous quelque chose à ajouter que nous n'aurions pas évoqué ?

Je vous remercie d'avoir participé. Votre contribution nous sera précieuse. Je vous ferai parvenir les résultats si vous le souhaitez.

Résumé :

Validation d'un outil critérié d'évaluation des compétences de la phase socle en médecine générale : étude qualitative en Picardie.

Introduction : L'évaluation des étudiants de médecine générale en fin de phase socle se fonde désormais sur un référentiel de niveau de compétences. Lors de l'étude Refesocle réalisée en 2018, un nouvel outil d'évaluation du niveau de compétences a été proposé, prenant la forme d'une grille à remplir par les maîtres de stage et les tuteurs. Cette étude avait pour but d'évaluer la faisabilité ainsi que la validité inter-évaluateur de cet outil en Picardie. **Matériel et méthode :** Des entretiens individuels semi-directifs auprès de 11 encadrants de stage et tuteurs de notre subdivision ont été effectués selon la méthode de la pensée à voix haute (thinkaloud). Les données ont été analysées par une méthode qualitative. **Résultats :** Cette étude met en avant un nouvel outil jugé indispensable et utile aux MSU, tuteurs et étudiants en phase socle. Ceux-ci apprécient sa présentation et sa reproductibilité. Des thèmes à acquérir absolument ont été mis en avant, ainsi que des pistes d'amélioration. **Conclusion :** Cette nouvelle grille a paru acceptable, faisable, et ainsi valide pour l'évaluation par les maîtres de stage des compétences à acquérir chez les étudiants en médecine générale en phase socle. Son utilisation sur l'ensemble du territoire permettrait une harmonisation des pratiques d'évaluation, et de la formation. Une deuxième version de cet outil devrait être proposée à la lumière de cette étude. **Mots clés :** Modèle de compétences attendues ; Evaluation des acquis scolaires; Etudiant médecine ; Compétence professionnelle ; Stage de formation clinique.

Validation of a criterion-tool evaluating the competencies in the basisphase of general medicine: qualitative study in Picardy.

Background: Evaluation of students in general medicine at the end of the basis phase is now based on a competency-level standard. During the Refesocle study carried out in 2018, a new tool for evaluating the level of student's competencies has been suggested in the form of a grid aimed at supervisors and tutors. This study was intended to assess feasibility and inter-rater reliability of this tool in Picardy. **Design and method:** Individual semi-structured interviews have been conducted with 11 supervisors and tutors from our subdivision in accordance with the think-aloud method. Data was analyzed using qualitative method. **Results:** This study draws attention to a new tool deemed necessary and useful to supervisors, tutors and students in the basis phase. Supervisors and tutors appreciated its presentation and reproducibility. Themes to acquire absolutely and ideas for improvement were put forward. **Conclusion:** This new grid was seemed satisfactory, feasible and valid for supervisors to evaluate the competencies which must be acquired by students in general medicine during the basis phase. Its use over the whole territory would make it possible to harmonize evaluation practices and thus student's training. A second draft of this tool should be proposed in the light of this study. **Keywords:** Competency-based Education; Educational measurement; Students, medical; Professional Competence; Clinical Clerkship.