



**HAL**  
open science

# Étude du vécu des évaluations de stage des internes en médecine générale chez le praticien de niveau 1

Arthur Raederstoerffer

► **To cite this version:**

Arthur Raederstoerffer. Étude du vécu des évaluations de stage des internes en médecine générale chez le praticien de niveau 1. Médecine humaine et pathologie. 2018. dumas-03238369

**HAL Id: dumas-03238369**

**<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03238369>**

Submitted on 27 May 2021

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

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



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

**UNIVERSITE DE MONTPELLIER**  
**FACULTE DE MEDECINE DE MONTPELLIER - NIMES**

**THESE**

Pour obtenir le titre de

**DOCTEUR EN MEDECINE**

Présentée et soutenue publiquement par

**ARTHUR RAEDERSTOERFFER**

LE 27/09/2018

TITRE

**ETUDE DU VECU DES EVALUATIONS DE STAGE DES INTERNES EN MEDECINE  
GENERALE CHEZ LE PRATICIEN DE NIVEAU 1**

Directeur de thèse : Dr Mélanie KINNE

Co-directeur de thèse : Dr Philippe SERAYET

JURY

<u>Président</u> :	Pr Michel AMOUYAL	Professeur Universitaire - Médecine Générale
<u>Assesseurs</u> :	Pr Mustapha SEBBANE	Professeur Universitaire -Praticien Hospitalier
	Dr Philippe SERAYET	Maître de Conférence Associé de Médecine Générale
	Dr Mélanie KINNE	Praticien Hospitalier Contractuel - Médecin Généraliste

**UNIVERSITE DE MONTPELLIER**  
**FACULTE DE MEDECINE DE MONTPELLIER - NIMES**

**THESE**

Pour obtenir le titre de

**DOCTEUR EN MEDECINE**

Présentée et soutenue publiquement par

**ARTHUR RAEDERSTOERFFER**

LE 27/09/2018

TITRE

**ETUDE DU VECU DES EVALUATIONS DE STAGE DES INTERNES EN MEDECINE  
GENERALE CHEZ LE PRATICIEN DE NIVEAU 1**

Directeur de thèse : Dr Mélanie KINNE

Co-directeur de thèse : Dr Philippe SERAYET

JURY

<u>Président</u> :	Pr Michel AMOUYAL	Professeur Universitaire - Médecine Générale
<u>Assesseurs</u> :	Pr Mustapha SEBBANE	Professeur Universitaire -Praticien Hospitalier
	Dr Philippe SERAYET	Maître de Conférence Associé de Médecine Générale
	Dr Mélanie KINNE	Praticien Hospitalier Contractuel - Médecin Généraliste



**PERSONNEL ENSEIGNANT**

**Professeurs Honoraires**

ALLIEU Yves	ECHENNE Bernard	NAVARRO Maurice
ALRIC Robert	FABRE Serge	NAVRATIL Henri
AUSSILLOUX Charles	FREREBEAU Philippe	OTHONIEL Jacques
AVEROUS Michel	GALIFER René Benoît	PAGES Michel
AYRAL Guy	GODLEWSKI Guilhem	PEGURET Claude
BAILLAT Xavier	GRASSET Daniel	POUGET Régis
BALDY-MOULINIER Michel	GROLLEAU-RAOUX Robert	PUECH Paul
BALMES Jean-Louis	GUILHOU Jean-Jacques	PUJOL Henri
BALMES Michel	HERTAULT Jean	PUJOL Rémy
BALMES Pierre	HUMEAU Claude	RABISCHONG Pierre
BANSARD Nicole	JAFFIOL Claude	RAMUZ Michel
BAYLET René	JANBON Charles	RIEU Daniel
BILLIARD Michel	JANBON François	RIOUX Jean-Antoine
BLARD Jean-Marie	JARRY Daniel	ROCHFORT Henri
BLAYAC Jean Pierre	JOYEUX Henri	ROUANET DE VIGNE LAVIT Jean Pierre
BONNEL François	LABAUGE Robert	SAINT AUBERT Bernard
BOUDET Charles	LAFFARGUE François	SANCHO-GARNIER Hélène
BOURGEOIS Jean-Marie	LALLEMANT Jean Gabriel	SANY Jacques
BRUEL Jean Michel	LAMARQUE Jean-Louis	SENAC Jean-Paul
BUREAU Jean-Paul	LAPEYRIE Henri	SERRE Arlette
BRUNET Michel	LESBROS Daniel	SIMON Lucien
CALLIS Albert	LOPEZ François Michel	SOLASSOL Claude
CANAUD Bernard	LORIOT Jean	SUQUET Pierre
CASTELNAU Didier	LOUBATIERES Marie Madeleine	THEVENET André
CHAPTAL Paul-André	MAGNAN DE BORNIER Bernard	VIDAL Jacques
CIURANA Albert-Jean	MARY Henri	VISIÉ Jean Pierre
CLOT Jacques	MATHIEU-DAUDE Pierre	
D'ATHIS Françoise	MEYNADIER Jean-Charles	
DEMAILLE Jacques	MICHEL François-Bernard	
DESCOMPS Bernard	MICHEL Henri	
DIMEGLIO Alain	MIMRAN Albert	
DU CAILAR Jacques	MION Charles	
DUBOIS Jean Bernard	MION Henri	
DUMAS Robert	MIRO Luis	
DUMAZER Romain		

**Professeurs Emérites**

ARTUS Jean-Claude	BLANC François
BOULENGER Jean-Philippe	BOURREL Gérard
CLAUSTRES Mireille	DEDET Jean-Pierre
DAURES Jean-Pierre	DAUZAT Michel
ELEDJAM Jean-Jacques	GUERRIER Bernard
MAURY Michèle	MILLAT Bertrand
MARES Pierre	MONNIER Louis
PREFAUT Christian	SULTAN Charles
TOUCHON Jacques	

## Professeurs des Universités - Praticiens Hospitaliers

### PU-PH de classe exceptionnelle

ASENCIO Gérard - Chirurgie orthopédique et Traumatologique  
BACCINO Eric - Médecine légale et droit de la santé  
BONAFE Alain - Radiologie et imagerie médicale  
BRINGER Jacques – **Doyen** - Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale  
CAPDEVILA Xavier - Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence  
COMBE Bernard - Rhumatologie  
COSTA Pierre - Urologie  
COTTALORDA Jérôme - Chirurgie infantile  
CRAMPETTE Louis - Oto-rhino-laryngologie  
CRISTOL Jean Paul - Biochimie et biologie moléculaire  
DAVY Jean Marc - Cardiologie  
DE LA COUSSAYE Jean Emmanuel - Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence  
DELAPORTE Eric - Maladies infectieuses ; maladies tropicales  
DOMERGUE Jacques - Chirurgie générale  
DUFFAU Hugues - Neurochirurgie  
DUJOLS Pierre - Biostatistiques, informatique médicale et technologies de la communication  
ELIAOU Jean François - Immunologie  
FABRE Jean Michel - Chirurgie générale  
GUILLOT Bernard - Dermato-vénéréologie  
HAMAMAH Samir - Biologie et Médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale  
HEDON Bernard - Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale  
HERISSON Christian - Médecine physique et de réadaptation  
JABER Samir - Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence (option anesthésiologie-réanimation)  
JEANDEL Claude Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie  
JONQUET Olivier - Réanimation ; médecine d'urgence  
LANDAIS Paul - Epidémiologie, Economie de la santé et Prévention  
LARREY Dominique - Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie  
MARTY-ANE Charles - Chirurgie thoracique et cardiovasculaire  
MERCIER Jacques - Physiologie  
MESSNER Patrick - Cardiologie  
MOURAD Georges - Néphrologie  
PELLISSIER Jacques - Médecine physique et de réadaptation  
RENARD Eric - Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale  
REYNES Jacques - Maladies infectieuses, maladies tropicales  
RIBSTEIN Jean - Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie  
RIPART Jacques - Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence  
SCHVED Jean François - Hématologie; Transfusion  
TAOUREL Patrice - Radiologie et imagerie médicale  
UZIEL Alain - Oto-rhino-laryngologie  
VANDE PERRE Philippe - Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière  
VOISIN Michel - Pédiatrie

## PU-PH de 1<sup>re</sup> classe

ALBAT Bernard - Chirurgie thoracique et cardiovasculaire  
ALRIC Pierre - Chirurgie vasculaire; médecine vasculaire (option chirurgie vasculaire)  
AVIGNON Antoine - Nutrition  
AZRIA David - Cancérologie ; radiothérapie  
BAGHDADLI Amaria - Pédiopsychiatrie ; addictologie  
BASTIEN Patrick - Parasitologie et mycologie  
BEREGI Jean-Paul - Radiologie et imagerie médicale  
BLAIN Hubert - Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie  
BLANC Pierre - Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie  
BORIE Frédéric - Chirurgie digestive  
BOULOT Pierre - Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale  
CANOVAS François - Anatomie  
CARTRON Guillaume - Hématologie ; transfusion  
CHAMMAS Michel - Chirurgie orthopédique et traumatologique  
COLSON Pascal - Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence  
COSTES Valérie - Anatomie et cytologie pathologiques  
COUBES Philippe - Neurochirurgie  
COURTET Philippe - Psychiatrie d'adultes ; addictologie  
CYTEVAL Catherine - Radiologie et imagerie médicale  
DAUVILLIERS Yves - Physiologie  
DE TAYRAC Renaud - Gynécologie-obstétrique, gynécologie médicale (option gynécologie-obstétrique)  
DE WAZIERES Benoît - Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement médecine générale, addictologie  
DEMARIA Roland - Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire  
DEMOLY Pascal - Pneumologie ; addictologie  
DEREURE Olivier - Dermatologie - vénéréologie  
DROUPY Stéphane - Urologie  
FRAPIER Jean-Marc - Chirurgie thoracique et cardiovasculaire  
HAMEL Christian - Ophtalmologie  
JORGENSEN Christian - Thérapeutique ; médecine d'urgence ; addictologie  
KLOUCHE Kada - Réanimation ; médecine d'urgence  
KOENIG Michel - Génétique moléculaire  
KOTZKI Pierre Olivier - Biophysique et médecine nucléaire  
LABAUGE Pierre - Neurologie  
LAFFONT Isabelle - Médecine physique et de réadaptation  
LAVABRE-BERTRAND Thierry - Cytologie et histologie  
LE QUELLEC Alain - Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie  
LECLERCQ Florence - Cardiologie  
LEFRANT Jean-Yves - Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence  
LEHMANN Sylvain - Biochimie et biologie moléculaire  
LEROUX Jean Louis - Rhumatologie  
LUMBROSO Serge - Biochimie et Biologie moléculaire  
MARIANO-GOULART Denis - Biophysique et médecine nucléaire  
MATECKI Stéfan - Physiologie  
MAUDELONDE Thierry - Biologie cellulaire  
MEUNIER Laurent - Dermato-vénéréologie  
MONDAIN Michel - Oto-rhino-laryngologie  
MORIN Denis - Pédiatrie  
NAVARRO Francis - Chirurgie générale  
PAGEAUX Georges-Philippe - Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie  
PETIT Pierre - Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie  
PUJOL Jean Louis - Pneumologie ; addictologie  
PUJOL Pascal - Biologie cellulaire  
QUERE Isabelle - Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire (option médecine vasculaire)  
ROUANET Philippe - Cancérologie ; radiothérapie  
SARDA Pierre - Génétique  
SOTTO Albert - Maladies infectieuses ; maladies tropicales  
TOUITOU Isabelle - Génétique  
TRAN Tu-Anh - Pédiatrie  
VERNHET Hélène - Radiologie et imagerie médicale  
YCHOU Marc - Cancérologie ; radiothérapie  
ZANCA Michel - Biophysique et médecine nucléaire

## PU-PH de 2ème classe

AGUILAR MARTINEZ Patricia - Hématologie ; transfusion  
ASSENAT Éric - Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie  
BERTHET Jean-Philippe - Chirurgie thoracique et cardiovasculaire  
BOURDIN Arnaud - Pneumologie ; addictologie  
CAMBONIE Gilles - Pédiatrie  
CAMU William - Neurologie  
CANAUD Ludovic - Chirurgie vasculaire ; Médecine Vasculaire  
CAPTIER Guillaume - Anatomie  
CAYLA Guillaume - Cardiologie  
CHANQUES Gérald - Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence  
COLOMBO Pierre-Emmanuel - Cancérologie ; radiothérapie  
CORBEAU Pierre - Immunologie  
COSTALAT Vincent - Radiologie et imagerie médicale  
COULET Bertrand - Chirurgie orthopédique et traumatologique  
CUVILLON Philippe - Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence  
DADURE Christophe - Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence  
DE VOS John - Cytologie et histologie  
DORANDEU Anne - Médecine légale -  
DUCROS Anne - Neurologie -  
DUPEYRON Arnaud - Médecine physique et de réadaptation  
FESLER Pierre - Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie  
GARREL Renaud - Oto-rhino-laryngologie  
GAUJOUX Viala Cécile - Rhumatologie  
GENEVIEVE David - Génétique  
GODREUIL Sylvain - Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière  
GUILLAUME Sébastien - Urgences et Post urgences psychiatriques -  
GUIU Boris - Radiologie et imagerie médicale  
HAYOT Maurice - Physiologie  
HOUEDE Nadine - Cancérologie ; radiothérapie  
KALFA Nicolas - Chirurgie infantile  
KOUYOUMDJIAN Pascal - Chirurgie orthopédique et traumatologique  
LALLEMANT Benjamin - Oto-rhino-laryngologie  
LAVIGNE Jean-Philippe - Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière  
LE MOING Vincent - Maladies infectieuses ; maladies tropicales  
LETOUZEY Vincent - Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale  
LUKAS Cédric - Rhumatologie  
MAURY Philippe - Chirurgie orthopédique et traumatologique  
MORANNE Olivier - Néphrologie  
MOREL Jacques - Rhumatologie  
NAGOT Nicolas - Biostatistiques, informatique médicale et technologies de la communication  
NOCCA David - Chirurgie digestive  
PANARO Fabrizio - Chirurgie générale  
PASQUIE Jean-Luc - Cardiologie  
PEREZ MARTIN Antonia - Physiologie  
PERNEY Pascal - Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie  
POUDEROUX Philippe - Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie  
PRUDHOMME Michel - Anatomie  
PURPER-OUAKIL Diane - Pédiopsychiatrie ; addictologie  
RIGAU Valérie Anatomie et cytologie pathologiques  
RIVIER François Pédiatrie  
ROGER Pascal - Anatomie et cytologie pathologiques  
ROSSI Jean François - Hématologie ; transfusion  
ROUBILLE François - Cardiologie  
SEBBANE Mustapha - Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence  
SEGNARBIEUX François - Neurochirurgie  
SIRVENT Nicolas Pédiatrie  
SOLASSOL Jérôme - Biologie cellulaire  
SULTAN Ariane - Nutrition  
THOUVENOT Éric - Neurologie  
THURET Rodolphe - Urologie  
VENAIL Frédéric - Oto-rhino-laryngologie  
VILLAIN Max - Ophtalmologie  
VINCENT Denis - Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie  
VINCENT Thierry - Immunologie

**PROFESSEURS DES UNIVERSITES**

COLINGE Jacques (Cancérologie, Signalisation cellulaire et systèmes complexes)  
LAOUDJ CHENIVESSE Dalila (Biochimie et biologie moléculaire)  
VISIER Laurent (Sociologie, démographie)

**PROFESSEURS DES UNIVERSITES - Médecine générale**

AMOUYAL Michel  
LAMBERT Philippe

**PROFESSEURS ASSOCIES - Médecine Générale**

DAVID Michel  
RAMBAUD Jacques

**PROFESSEUR ASSOCIE - Médecine**

BESSIS Didier (Dermato-vénéréologie)  
PERRIGAULT Pierre-François (Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence)

**Maîtres de Conférences des Universités - Praticiens Hospitaliers**

**MCU-PH Hors classe**

CACHEUX-RATABOUL Valère - Génétique  
CARRIERE Christian - Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière  
CHARACHON Sylvie - Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière  
FABBRO-PERAY Pascale - Epidémiologie, économie de la santé et prévention  
HILLAIRE-BUYS Dominique - Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie  
LACHAUD Laurence - Parasitologie et mycologie  
PARIS Françoise - Biologie et médecine du développement et de la reproduction  
PRAT Dominique - Anatomie  
PUJOL Joseph - Anatomie  
RAMOS Jeanne - Anatomie et cytologie pathologiques  
RICHARD Bruno - Thérapeutique ; médecine d'urgence ; addictologie  
RISPAIL Philippe - Parasitologie et mycologie  
SEGONDY Michel - Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière

**MCU-PH de 1<sup>re</sup> classe**

ALLARDET-SERVENT Annick - Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière  
BADIOU Stéphanie - Biochimie et biologie moléculaire  
BOUDOUSQ Vincent - Biophysique et médecine nucléaire  
BOULLE Nathalie - Biologie cellulaire  
BOURGIER Céline - Cancérologie, Radiothérapie  
COSSEE Mireille - Génétique Moléculaire  
GABELLE DELOUSTAL Audrey - Neurologie  
GIANSILY-BLAIZOT Muriel - Hématologie ; transfusion  
GIRARDET-BESSIS Anne - Biochimie et biologie moléculaire  
GUILPAIN Philippe - Médecine Interne  
JUNG Boris - Anesthésie-Réanimation, Médecine d'urgence  
LAVIGNE Géraldine - Hématologie ; transfusion  
MATHIEU Olivier - Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie  
MENJOT de CHAMPFLEUR Nicolas - Neuroradiologie  
PANABIERES Catherine - Biologie cellulaire  
PELLESTOR Franck - Cytologie et histologie  
PHILIBERT Pascal - Biologie et médecine du développement et de la reproduction  
RAVEL Christophe - Parasitologie et mycologie  
SCHUSTER-BECK Iris - Physiologie  
STERKERS Yvon - Parasitologie et mycologie  
STOEBNER Pierre - Dermato-vénéréologie  
TUAILLON Edouard - Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière  
YACHOUH Jacques - Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie

**MCU-PH de 2<sup>ème</sup> classe**

BRET Caroline - Hématologie biologique  
BRUN Miche - Bactériologie virologie, hygiène hospitalière  
DU THANH Aurélie - Dermato-Vénérologie  
GALANAUD Jean-Philippe - Médecine Vasculaire  
JEZIORSKI Eric - Pédiatrie  
LE QUINTREC Moglie - Néphrologie  
LESAGE François-Xavier - Médecine et Santé au Travail  
MOUZAT Kévin - Biochimie et biologie moléculaire  
OLIE Emilie - Psychiatrie Adultes, Addictologie  
THEVENIN-RENE Céline - Immunologie

**MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - Médecine Générale**

COSTA David  
FOLCO-LOGNOS Béatrice

**MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES - Médecine Générale**

CLARY Bernard  
GARCIA Marc  
MILLION Elodie  
REBOUL Marie-Catherine  
SEGURET Pierre

**MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES****Maîtres de Conférences hors classe**

BADIA Eric - Sciences biologiques fondamentales et cliniques

**Maîtres de Conférences de classe normale**

BECAMEL Carine - Neurosciences  
BERNEX Florence - Physiologie  
CHAUMONT-DUBEL Séverine - Sciences du médicament et des autres produits de santé  
CHAZAL Nathalie - Biologie cellulaire  
DELABY Constance - Biochimie et biologie moléculaire  
GUGLIELMI Laurence - Sciences biologiques fondamentales et cliniques  
HENRY Laurent - Sciences biologiques fondamentales et cliniques  
LADRET Véronique - Mathématiques appliquées et applications des mathématiques  
LAINE Sébastien - Sciences du Médicament et autres produits de santé  
LE GALLIC Lionel - Sciences du médicament et autres produits de santé  
LOZZA Catherine - Sciences physico-chimiques et technologies pharmaceutiques  
MAIMOUN Laurent - Sciences physico-chimiques et ingénierie appliquée à la santé  
MOREAUX Jérôme - Science biologiques, fondamentales et cliniques  
MORITZ-GASSER Sylvie - Neurosciences  
MOUTOT Gilles - Philosophie  
PASSERIEUX Emilie - Physiologie  
RAMIREZ Jean-Marie - Histologie  
TAULAN Magali - Biologie Cellulaire

**PRATICIENS HOSPITALIERS UNIVERSITAIRES**

FAILLIE Jean-Luc - Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie  
GATINOIS Vincent - Histologie, embryologie et cytogénétique  
GOUZI Farès - Physiologie  
HERLIN Christian - Chirurgie plastique ; reconstructrice et esthétique ; brûlologie  
HERRERO Astrid - Chirurgie générale  
KUSTER Nils - Biochimie et biologie moléculaire  
MICHON Anne-Laure - Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière  
MURA Thibault - Biostatistiques, informatique médicale et technologies de la communication  
PANTEL Alix - Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière  
PERS Yves-Marie - Thérapeutique, médecine d'urgence ; addictologie  
PINETON DE CHAMBRUN Guillaume - Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie  
TORRE Antoine - Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale

## **Remerciements**

### **A Mr le Pr AMOUYAL**

Pour m'avoir fait l'honneur d'accepter de présider mon jury de thèse et pour m'avoir donné de bons conseils aussi bien pour ce travail de thèse que pendant mon engagement au syndicat des internes qui fut une expérience très riche d'enseignements que je suis heureux d'avoir pu partager avec vous. J'espère avoir pu contribuer au bon déroulement des études de mes co-internes.

### **A Mr le Pr SEBBANE**

Pour sa participation à mon jury de thèse, pour m'avoir soutenu dans mon projet de DESC d'urgences et de s'être montré compréhensif lors de mon difficile choix de changement d'orientation.

### **A Mr le Dr SERAYET**

Pour avoir accepté de co diriger cette thèse, de nous avoir fait bénéficier de son expérience, de s'être rendu disponible pour nous guider dans ce travail de recherche qualitative que nous découvrons. J'espère que nous resterons en contact pour la suite de ma carrière professionnelle.

### **A Mme le Dr KINNE**

Pour m'avoir fait l'honneur d'accepter de diriger ma thèse, d'avoir toujours été présente pour répondre à mes interrogations Cette expérience nous aura, je pense, beaucoup apporté à tous les deux. Et merci pour ton soutien et tes conseils pour la vice présidence du syndicat en espérant avoir été à la hauteur de mon prédécesseur.

## **Aux internes ayant bien voulu répondre à mes questions**

Ce travail n'aurait jamais pu se faire sans vous, merci de votre disponibilité et de votre franchise lors des entretiens. Je souhaite que ce travail permette à nos futurs jeunes collègues de mieux profiter de leur stage chez le praticien.

## **A tous les médecins avec qui j'ai eu la chance de travailler pendant mon internat**

Qu'ils soient hospitaliers ou libéraux, je remercie tous les médecins qui m'ont accompagné pendant mon apprentissage de la médecine, qui ont été à mes côtés pour m'aider aussi bien sur le plan théorique qu'humain, dans les bons comme les moins bons moments.

## **A mes Co-internes**

Aux Biterrois, (Charles, Anne Flore, Mickaël, Aurélie, Sarah, Laurie...), pour cet été mémorable que nous avons passé ensemble, nos soirées et nos plonges dans cette magnifique piscine monté par nos soins, la découverte de cette région riche en surprises... que du bonheur!

Aux Alésiens, (Benoit, Sara, Emma, Wesley, Elise, Martin, Julia, Florian, Sophie...), ce semestre à été formidable grâce à vous et ça reste toujours un plaisir de passer du temps avec vous, merci pour tout!

## **Aux membres du syndicat des internes**

Merci pour cette expérience au sein du SILR, ce fut vraiment très enrichissant. Merci à nos trois formidables secrétaires Valérie, Marianne et Sylvia pour vos conseils. Votre travail est essentiel pour nous et j'espère que vous resterez au bureau encore longtemps!

## **A mes Amis**

Mes amis de toujours Matthieu et Romain, nous avons tellement de souvenirs tous les trois. Votre amitié compte énormément pour moi et j'espère qu'elle durera toujours. Félicitation à Romain pour son 2ème enfant, et à Matthieu pour l'ouverture de son magasin.

A Marie pour son aide dans ce travail

## **A ma Famille**

A ma mère pour son indéfectible soutien depuis toujours. Merci pour ta présence et ton implication dans tous les grands moments de ma vie et de ton aide précieuse pour la réalisation de cette thèse.

A tout le reste de ma famille, que j'aimerais voir plus souvent. Mon choix de partir vivre dans le sud a ses avantages mais aussi l'inconvénient de l'éloignement... J'espère que ma future organisation me permettra des visites plus régulières.

# **SOMMAIRE**

LISTE DES ABRÉVIATIONS .....	14
I - INTRODUCTION .....	15
<b>A. Le stage chez le praticien de niveau 1</b>	
1) La création du DES de médecine générale	
2) Les stages en médecine générale	
3) Déroulement du stage chez le praticien de niveau 1 .....	16
<b>B. Les évaluations de stage</b> .....	17
1) La place centrale des interactions interne-MSU	
2) Hétérogénéité du déroulement du stage .....	18
3) Etat actuel des évaluations de stage .....	19
4) Pourquoi vouloir une étude du ressenti sur le système d'évaluations .....	20
<b>C. Les objectifs de recherche</b> .....	21
II - MATÉRIEL ET METHODES.....	22
<b>A. Le choix de la méthode</b>	
1) Le type d'étude	
2) Le recueil des données	
3) L'analyse des données .....	23
<b>B. Réalisation de l'enquête</b> .....	26
1) Le recrutement	
2) Le guide d'entretien .....	27
3) la réalisation pratique de l'entretien .....	28

III - RESULTATS.....	29
----------------------	----

### **A. Analyse par entretien**

Entretien n°1 à Entretien n°10

<b>B. Emergence des catégories .....</b>	<b>40</b>
--	-----------

#### 1) Le ressenti de l'évaluation

- Un intérêt variable pour la démarche d'évaluation
- Une interactivité irrégulière ..... 42
- Une palette d'émotions hétérogène ..... 45

#### 2) Les pistes d'amélioration ..... 48

- L'instauration de séances d'évaluation supplémentaire
- La mise en place d'un cadre formalisé ..... 50
- De meilleures interactions ..... 52
- Adaptation du contenu de l'évaluation ..... 54
- Mieux former les praticiens à l'évaluation ..... 58

IV - DISCUSSION .....	59
-----------------------	----

### **A. Forces et faiblesses de l'étude**

- 1) L'échantillon
- 2) L'investigateur
- 3) La méthode ..... 60
- 4) L'entretien
- 5) L'analyse ..... 61

<b>B. Les résultats</b> .....	62
1) Pour notre objectif principal	
2) Pour notre objectif secondaire .....	64
- L'amélioration des échanges	
- Une adaptation du support .....	67
- Un intérêt pour le praticien .....	69
<b>C. Perspectives</b> .....	70
1) Des avancées pédagogiques en déploiement	
2) Futures études .....	71
V - CONCLUSION .....	72
BIBLIOGRAPHIE .....	74
ANNEXES .....	78
SERMENT D'HIPPOCRATE .....	82
PERMIS D'IMPRIMER .....	83
RESUME et MOTS CLES	

## **LISTE DES ABREVIATIONS**

DIU : Dispositif Intra Utérin

DMG : Département de Médecine Générale

ISNAR-IMG : InterSyndicale Nationale Autonome et Représentative des Internes de Médecine Générale

MSU : Maître de Stage Universitaire

NSN : Nombre de Sujets Nécessaires

SASPAS : Stage Autonome en Soins Primaires Ambulatoires Supervisé

SILR : Syndicat des Internes du Languedoc-Roussillon

# **INTRODUCTION**

## **A) Le stage chez le praticien de niveau 1**

### **1) La création du DES de médecine générale**

Depuis les années 70, la médecine générale, auparavant considérée comme une sous-spécialité, sans formation spécifique, s'est peu à peu imposée comme une spécialité à part entière. Elle a d'ailleurs été officiellement reconnue en tant que telle suite à la mise en place des épreuves nationales classantes en 2004 avec la création d'un diplôme d'études spécialisés (DES) (1).

La pédagogie médicale a été le cheval de bataille pour la reconnaissance universitaire de cette discipline : « *Nous sommes convaincus que c'est à l'université que nous gagnerons ou perdrons la bataille de la médecine générale* », citation issue de « *l'appel des dix* » de 1984 qui est à l'origine de la création du syndicat MG France (2). C'est donc un sujet central qui concerne toutes les spécialités médicales mais sur lequel la médecine générale est la plus avancée.

### **2) Les stages en médecine générale**

De façon concomitante à ces événements, il est apparu nécessaire d'apporter une formation solide aux jeunes médecins amenés à exercer par la suite cette spécialité. Au moment où nous écrivons ces lignes, l'internat de médecine générale comprend six semestres obligatoires que nous allons décrire ci dessous. Cependant, la réforme du 3ème cycle devrait modifier cette maquette pour la prochaine promotion (2017).

Deux semestres en médecine libérale avec des médecins généralistes peuvent être réalisés :

- Le premier, dit « de niveau 1 », est obligatoire. Dans la subdivision de Montpellier-Nîmes où j'ai effectué mon internat, l'interne est amené à consulter avec 2 ou 3 médecins généralistes agréés comme maîtres de stage universitaire (MSU) par le coordinateur de la filière de médecine générale (conformément à l'article 12 de l'arrêté du 22 septembre 2004 relatif à l'organisation, au déroulement et à la validation des stages des étudiants en troisième cycle des études médicales (3)). Une rotation est organisée tout le long du semestre pour une répartition équitable du temps de formation passé avec chacun des praticiens.

- Le second, dit de « niveau 2 », est optionnel (il devrait être rendu obligatoire par la réforme du 3ème cycle), communément appelé SASPAS (stage autonome en soins primaires ambulatoires supervisé) où l'étudiant consulte en autonomie complète en lieu et place du médecin mais en étant supervisé en permanence de manière directe et indirecte par celui-ci. Ce stage a donc pour but l'acquisition de l'autonomie nécessaire à l'exercice de la médecine générale.

Dans ce travail de thèse, nous nous intéresserons uniquement au stage de niveau 1, plus adapté à notre sujet d'étude. En effet, il est plus difficile de réaliser une évaluation précise de l'interne en SASPAS où le MSU ne travaille pas, ou très peu, directement avec lui.

### **3) Déroulement du stage chez le praticien de niveau 1**

Les phases de ce stage de niveau 1 sont d'après le collège des généralistes enseignants de Loire-Atlantique et Vendée (4) :

« • **l'observation active**, pendant laquelle l'interne observe le MSU, éventuellement à l'aide d'outils d'observation des consultations

• **la supervision directe**, pendant laquelle l'interne effectue la consultation en présence de son MSU, avec un temps de rétroaction pédagogique après la consultation.

- la **supervision indirecte**, pendant laquelle l'interne effectue seul la consultation, avec un temps de rétroaction pédagogique après la consultation. Le MSU n'est alors pas présent physiquement pendant la consultation mais doit rester joignable à tout moment par son interne. »

Ce stage est fondamental dans l'apprentissage de la médecine générale, en permettant à l'interne de se familiariser avec l'aspect pratique de ce qui constituera, pour le plupart, le cœur de leur future pratique professionnelle (que leur activité soit libérale ou non). Il a pour but l'acquisition d'une autonomisation progressive, mais qui ne sera jamais totale car le maître de stage doit toujours être prêt à intervenir en cas de problème rencontré par l'interne. Un interne n'ayant pas la possibilité de faire le stage libéral de niveau 2 peut donc potentiellement n'avoir que ce stage pour s'immerger dans le quotidien d'un médecin généraliste avant la fin de ses études.

« Ce semestre chez le praticien structure la découverte de la médecine générale de manière en principe accompagnée et progressive, mais peut provoquer aussi une prise de conscience précoce des difficultés et incertitudes de la décision en médecine générale, et donc la complexité d'un exercice exigeant dans cette discipline » (5)

En outre, la validation de ce stage ouvre aussi la possibilité pour l'interne de débiter les remplacements. Une bonne maîtrise des compétences de médecine générale doit donc impérativement avoir été acquise par l'interne.

## **B) Les évaluations de stage**

### **1) La place centrale des interactions interne-MSU**

Le but des études de médecine est l'acquisition de compétences dont une définition possible est : « Caractéristique individuelle ou collective attachée à la possibilité de mobiliser ou de mettre en œuvre de manière efficace dans un contexte donné un ensemble de connaissances, de capacités et d'attitudes comportementales » (6). C'est le fameux « savoir, savoir-faire et savoir-être » qui permet ensuite à l'étudiant de devenir autonome dans l'exercice de sa profession.

L'acquisition de cette autonomie qui, comme on l'a vu précédemment, doit se faire progressivement par étapes, nécessite donc des échanges réguliers entre l'interne et le MSU pour pouvoir progresser sereinement et rapidement. En effet c'est sur le principe de compagnonnage que repose ce stage. Le modèle pédagogique est donc « *constructiviste, axé sur la pratique : apprendre en résolvant des problèmes* » (7).

## **2) Hétérogénéité du déroulement du stage**

Mon expérience en tant que chef de filière de médecine générale et de vice président au sein du syndicat des internes de Montpellier (SILR) nous a permis de mettre en évidence une très forte hétérogénéité dans le vécu du stage chez le praticien.

Une thèse sur l'évaluation du ressenti des internes sur l'acquisition des compétences du métier de médecin généraliste au niveau national faite à Tours en 2014 (8) dans le cadre d'une enquête commandée par l'ISNAR-IMG comme base de travail pour la mise en place de la réforme du 3ème cycle a conclu à une forte inégalité d'acquisition des compétences par les internes. Ils citaient principalement les gestes techniques (42,9% des internes avaient posé un DIU à la fin de leur internat), et les aspects sociaux et économiques de la prise en charge des patients. Ils proposaient de mettre en place plus de stages en cabinet libéral et une meilleure formation des MSU, idée qui est reprise dans la réforme du 3ème cycle avec l'obligation de SASPAS et les stages en gynécologie et pédiatrie en libéral.

Des travaux antérieurs (5) ont déjà montré des variations très importantes dans les pratiques et la prise en charge des internes dans les différents lieux de stage, notamment dans les domaines suivants :

- **Temps de présence** du stagiaire (d'une vingtaine à une cinquantaine d'heures de travail)
- **Conditions matérielles** (au sens large, du simple tabouret accordé à l'interne, à la salle de consultation dédiée)

- **Gestions des 3 phases théoriques** dont nous parlions dans le chapitre précédent (du rôle d'observateur passif s'étendant à la totalité du stage, à l'autonomisation quasi immédiate)
- Les **temps pédagogiques** (de l'absence complète de temps passé avec le MSU pour la rétroaction pédagogique, à des moments organisés de façon systématique d'échanges sur les pratiques)

C'est cette dernière partie qui nous intéresse le plus dans notre travail. En effet, j'ai pu constater lors de mon travail au syndicat des internes (SILR) plusieurs cas de dysfonctionnements dans la communication entre interne et praticiens.

### 3) Etat actuel des évaluations de stage

L'évaluation de stage des internes en France, conformément à la réglementation (3) consiste actuellement à faire remplir par le responsable du stage un formulaire d'une page (annexe 1), avec une notation allant de la lettre A (très bien) à la lettre E (mauvais) pour les catégories suivantes :

- Connaissances théoriques
- Aptitudes diagnostiques
- Aptitudes thérapeutiques
- Aptitudes à l'urgence
- Hygiène / Propreté
- Relations avec les patients
- Ponctualité, assiduité
- Présentation orale des dossiers
- Intégration dans l'équipe de soins
- Acquisition au cours du stage

Cette grille est suivie par une section « *observations éventuelles* » comprenant un espace de 2 lignes pour décrire les « *aspects positifs* » et les « *difficultés rencontrées* ». Le MSU décide ensuite de cocher la case « *avis favorable* » ou « *avis défavorable* »

pour la validation du stage. La décision finale de validation ou invalidation du stage revient au doyen de la faculté.

Cette fiche d'évaluation est identique pour les stages hospitaliers et ambulatoires, alors que le mode d'exercice est très différent.

#### **4) Pourquoi vouloir une étude du ressenti sur le système d'évaluations**

L'évaluation est dite formative lorsqu'elle «  *vise à renseigner les étudiants et les formateurs sur la qualité des apprentissages réalisés, afin que les uns et les autres ajustent respectivement, en cours de route, leurs stratégies d'apprentissage et d'enseignement »* (9)

Un travail de thèse de 2015 sur le vécu des premières consultations en médecine générale lors du stage chez le praticien de niveau 1 (10) faisait ressortir qu'un «  *ciblage plus précis des points litigieux lors de l'autonomisation des résidents au cours du stage praticien (...) pourrait permettre de renforcer la confiance des résidents en leurs propres capacités, d'éviter le surmenage, et peut être de promouvoir une installation plus rapide »*. Les évaluations de stage nous semblent être un moment adapté pour mieux cerner ces « points litigieux » évoqués dans cette étude.

Nous n'avons trouvé aucune étude sur le vécu des internes en rapport avec leurs évaluations de stage. Ces temps pédagogiques sont, à notre avis et de par nos expériences personnelles, très importants dans le déroulement de notre cursus. C'est pourquoi nous nous sommes interrogés sur le ressenti des internes à ce sujet, préalable indispensable avant d'envisager (si elles s'avéraient pertinentes) des modifications du système actuel pour qu'elles soient exploitées pleinement.

## **C) Les objectif de recherche**

Notre projet dans ce travail est de déterminer le ressenti des internes sur ces évaluations de stage et, si cela leur paraît pertinent, ce qu'ils souhaiteraient modifier. Nous avons décidé de formuler la question de recherche ainsi : **quel est le vécu des internes lors de leurs évaluations de stage chez le praticien de niveau 1?**

L'objectif secondaire est de recueillir auprès des internes de médecine générale des propositions de changements du système d'évaluations de stage chez le praticien de niveau 1.

# **MATERIEL ET METHODES**

## **A) Le choix de la méthode**

### **1) Le type d'étude**

Notre étude a donc pour but de comprendre (paradigme compréhensif) la perception des internes sur leurs évaluations et éventuellement de faire ressortir des pistes pour les modifier. La méthode la plus appropriée semblait donc être la méthode qualitative car elle permet d'élargir le panel de réponses possibles grâce à l'utilisation de questions ouvertes, et donc favoriser l'émergence de nouvelles données.

« **Analyse qualitative** [Angl. *Qualitative analysis*] Travail de construction signifiante, progressant par approximations successives. Le témoignage de l'acteur n'est jamais totalement évident, il n'existe pas de mécanique simple ni de limpidité discursive. L'analyse qualitative ne correspond ni à l'application d'une technique ni à la simple recherche de récurrences, mais plutôt à un cheminement progressif de question en question. » (11)

L'ouvrage de Pierre Paillé et Alex Mucchielli (12) sur l'analyse qualitative, le livre de Huberman et Miles : l'analyse des données qualitatives (13) et l'article sur la méthode phénoméno-pragmatique édité par le département de médecine générale de Montpellier (14) furent nos principales références pour élaborer notre méthodologie.

### **2) Le recueil des données**

Nous avons opté pour la réalisation d'entretiens individuels. Le recueil par focus group (15) aurait pu être intéressant par la dynamique de parole qu'elle engendre, mais elle peut aussi inhiber certaines idées (effet leader), provoquer une dispersion par rapport au sujet initial (nécessite un animateur expérimenté), et présenter des difficultés d'organisation.

Il existe 3 types de façon de recueillir les données lors d'un entretien individuel (16) :

- « *l'entretien non directif : un thème est donné au sujet qui peut alors discourir librement, le chercheur n'est là que pour favoriser la parole de l'interviewé*
- *l'entretien semi directif : un guide d'entretien est mis au point par le chercheur. Il aborde différents thèmes tout en restant flexible et adaptable au discours de l'interviewé pour en tirer le maximum d'informations. L'interviewé est libre de s'exprimer. La trame de l'entretien peut être amenée à évoluer au cours de l'étude pour gagner en pertinence.*
- *l'entretien directif : un guide d'entretien est mis au point par le chercheur avec des questions précises dans un ordre précis qui appellent des réponses simples, sans digressions. »*

Nous avons opté pour un recueil de données par entretiens semi directif, qui est une méthode intermédiaire entre le directif et le non-directif. En effet la méthode directive se rapproche d'un questionnaire ce qui limite l'émergence de nouvelles données et la méthode non directive présente le risque de nous éloigner de la question de recherche par des digressions non pertinentes.

### **3) L'analyse des données**

Notre avons opté pour une approche Phénoménologique.

Elle est fondée sur la réduction phénoménologique de Husserl (émergence au début du XXème siècle), qui est « *l'étude d'un phénomène dont la structure se base sur l'analyse directe de l'expérience vécue par un sujet, en conséquence, la phénoménologie prend pour point de départ la description des vécus de conscience afin d'étudier la constitution essentielle des expériences ainsi que l'essence de ce vécu. »*

C'est donc une analyse qui vise à « *comprendre les phénomènes sociaux dans leur contexte naturel* » (17), le plus souvent en analysant des données verbales, ce qui correspond à la question de recherche de notre étude destinée à comprendre le vécu des internes par rapport à leurs évaluations.

Pour Paillé et Muchielli (12), la phénoménologie est décrite comme « *la volonté de s'en tenir aux phénomènes et de les décrire tels qu'ils apparaissent sans référence à une théorie explicative ni à des causes* ».

L'émergence du courant pragmatiste a transformé cette approche en ce que nous connaissons maintenant sous le nom de « *phénoménologie pragmatique (ou sémio pragmatique) car elle utilise tout ce qui fait signe, tout ce qui fait sens dans le matériau d'analyse pour informer le chercheur* » (12)

Cette phénoménologie pragmatique consiste, en se basant sur les faits, à proposer une conceptualisations selon les travaux de Peirce (18).

L'analyse sémio pragmatique débute par un découpage en unités de sens des verbatims issus de l'entretien (quel est le sens de ses paroles, exemple : « *je ne savais pas trop comment on allait commencer, ce que mon médecin allait me dire* » donne en unité de sens « *pas d'expérience préalable, pas de savoir* »)

Elle prend en compte l'énoncé (ce qui est dit), mais aussi le contexte de l'énonciation (les hésitations, l'attitude non verbale, l'environnement...)

On réalise par la suite une caractérisation sémiotique, selon les catégories de Peirce (19). Ces catégories peuvent résumer tous les phénomènes sociologiques selon Peirce (tableau 1) :

1 - La priméité, c'est ce qui est ressenti, perçu par l'individu (la « qualité » selon Peirce). On y retrouve les sentiments, les émotions, les représentations...

2- La secondéité, c'est ce qui se fait, le concret (le « fait » selon Peirce). Cela concerne l'expérience, les constats...

3- la tiercéité, ce qui devrait être (la « loi » selon Peirce). En font partie les théories, les principes, les concepts... « *C'est la catégorie conceptualisante qui pilote le sens, dégageant la logique interne du phénomène étudié* » (14)

Pour reprendre l'exemple précédent « *pas d'expérience préalable, pas de savoir* » sera classé en secondéité, c'est un fait.

« *Ces 3 catégories sont liées entre elle, les qualités se matérialisent dans les faits, les faits sont régis par les lois. Chaque catégorie présuppose la précédente, et les 3 coexistent invariablement* » (20), c'est donc par ces catégories universelles que l'on organise l'analyse sémiopragmatique.

Tableau 1 : Les 3 catégories universelles selon Peirce (20)

Catégories	Signes	Nature des phénomènes
Priméité Qui est ressenti	Qualité (qualisigne)	Perçus
		Sentiments, émotions, représentations, vécus, tons, esquisses, styles...
Secondéité Ce qui se fait (en train de se faire)	Fait (sinsigne)	vécus
		Expériences, constats, mises en acte, mises à l'épreuve, prises de consciences, relations, réflexivité
Tiercéité Ce qui devrait être	Loi (légisigne)	Théorisés, institués, interprétés
		Principes, concepts, pensées, habitus, théories, schémas subjectifs

La démarche analytique sémiopragmatique peut se résumer en cinq étapes :

- « – lecture de la retranscription de l’entretien
- transformation des verbatims par découpage en unités de sens
- repérage de « tous les éléments signifiants, linguistiques et contextuels (indices) » : c’est la catégorisation de premier ordre
- catégorisation sémiotique selon les 3 catégories de Peirce, ordonnancement logique; c’est la catégorisation de deuxième ordre
- restitution du sens : on synthétise, selon une hiérarchie de type 1-2-3 pour aboutir à un concept »

L’analyse thématique qui consiste en la « *transposition d’un corpus donné en un certain nombre de thèmes représentatifs du contenu analysé, en rapport avec l’orientation de la recherche* » (12) ne semblait pas correspondre à notre travail car elle ne nous permettait pas d’extraire de nos entretiens les informations en rapport avec le ressenti émotionnel des internes. Il n’y a pas de composante phénoménologique dans ce type d’analyse et de ce fait, cela nous aurait fait passer à côté d’informations importantes pour répondre à la question de recherche.

## **B) Réalisation de l’enquête**

### **1) Le recrutement**

Les internes recrutés pour les entretiens suivaient tous leur cursus de médecine générale dans la subdivision de Montpellier-Nîmes et avaient terminé leur stage chez le praticien de niveau 1. Il n’y avait pas de critère d’exclusion.

Les participants ont été sélectionnés sur la liste des internes correspondant à ces critères d’inclusion, fournie par le SILR. Nous avons pris des noms au hasard sur cette liste en rejetant ceux dont les caractéristiques étaient trop représentées, dans le but d’obtenir une diversification maximale des participants (60% de femmes en accord avec la proportion actuelle dans notre profession, répartition équivalente entre les

internes ayant réalisé leur stage chez le praticien de niveau 1 dans différentes localités du Languedoc Roussillon, en rural, semi rural et en ville). Nous avons aussi inclus un interne n'ayant pas validé son stage chez le praticien car son témoignage nous semblait pertinent pour ce travail. C'est la variabilité maximale de l'échantillon qui est recherchée en étude qualitative (3, 21).

Il n'y a pas de nombre de sujets nécessaire (NSN) en étude qualitative, contrairement à l'étude quantitative. L'objectif des entretiens est d'atteindre la saturation des données. C'est-à-dire lorsque la poursuite des entretiens n'apporte plus de nouveaux éléments de réponse ». Les entretiens sont donc stoppés lorsqu'au moins 2 entretiens supplémentaires n'apportent plus de nouvelles informations.

Les internes sélectionnés étaient contactés directement par téléphone pour leur proposer de participer à un entretien dans le cadre d'une thèse. Ils étaient informés que le sujet de la thèse concernait le stage chez le praticien de niveau 1 sans plus de précision.

Si l'interne acceptait de participer, un rendez-vous était fixé pour un entretien face à face (pas de tiers impliqué dans l'entretien).

## **2) Le guide d'entretien**

Le guide d'entretien est l'outil principal de recueil des données en entretien semi-dirigé. Il donne une trame à l'entretien tout en étant flexible. Il doit amener le sujet à s'exprimer librement (11, 22). Le guide d'entretien ne définit pas de déterminant à priori contrairement au questionnaire. « *Faire des entretiens comme on ferait un questionnaire, sans intégrer la situation d'interaction conduirait le chercheur à manquer son but* »

Notre entretien comprenait cinq questions ouvertes et conversationnelles, ainsi qu'un questionnaire démographique à remplir à la fin de l'entretien (annexe 3). On utilisait le tutoiement, plus naturel pour un dialogue entre internes :

La première question avait pour but d'amener l'interviewé à se remémorer son stage : *Comment s'est passé ton stage chez le praticien?*

La seconde cherchait à mettre l'interviewé dans une position de jugement sur l'acquisition des compétences : *Qu'as tu pensé de ta progression lors de ce stage?*

La troisième question concernait la qualité de la communication avec le MSU : *Comment as tu ressenti tes échanges avec tes praticiens?*

A la quatrième question on s'intéressait plus particulièrement à notre question de recherche en recentrant le discours sur l'évaluation : *Comment as tu vécu ton évaluation de stage?*

On finissait avec une 5ème question en lien avec notre objectif secondaire : *Si tu le juges nécessaire, quelles seraient selon toi les pistes d'améliorations de ces évaluations?*

On pouvait si nécessaire relancer la discussion en présentant à l'interne un exemplaire de la fiche d'évaluation actuelle.

A la fin de l'entretien, un petit questionnaire démographique était remis au participant pour préciser son âge, son sexe, sa promotion, le lieu et le milieu d'exercice où le stage chez le praticien avait été effectué.

La loi Jardé ne s'appliquait pas à notre étude, l'accord d'un CPP n'a donc pas été nécessaire.

### **3) la réalisation pratique de l'entretien**

L'entretien était réalisé après signature par l'interviewé et moi-même d'une fiche de consentement et d'information pour la participation à l'étude. Il était bien précisé que l'échange était enregistré sur dictaphone (l'enregistrement pouvait être refusé), et totalement anonymisé.

Le lieu était variable selon les préférences de l'interne.

## **RESULTATS**

Nous avons inclus dans notre étude 10 internes en médecine générale pour atteindre la saturation des données, entre le 16 octobre 2017 et le 18 janvier 2018. Le taux de réponses positives pour la participation à l'entretien a été excellent avec 10 réponses positives pour 11 demandes (1 refus pour éloignement géographique de Montpellier).

Nous avons recruté 6 femmes et 4 hommes qui ont réalisé leur stage chez le praticien en milieux variés (urbain, semi rural, rural, dans l'Hérault, l'Aude et le Gard). La saturation des données a été atteinte au bout du 8 ème entretien et confirmée par 2 entretiens supplémentaires.

### **A) Analyse par entretiens**

#### **Entretien n°1**

L'interne n°1 a exprimé un manque d'intérêt concernant l'évaluation de stage qui, pour elle, n'avait pour but que de valider le semestre. Elle rapporte une déception résultant de l'inadéquation entre l'évaluation de son praticien et son auto évaluation par rapport à son stage, sensation renforcée par l'impression de s'être beaucoup investie dans le stage et l'absence totale de discussion autour de cette évaluation (elle met en avant le fait qu'une discussion aurait été possible mais qu'un manque de volonté de débattre des 2 parties, en lien avec la fin imminente du stage et un manque d'intérêt du MSU, ne l'avaient pas permise).

Elle rapporte aussi une impression de désinvestissement du côté de l'évaluateur, un remplissage du formulaire sur un mode quasi aléatoire, qui n'a fait l'objet de réflexion que pour rapporter des événements particuliers lors du stage.

Elle regrette l'absence d'une communication directe et franche du praticien avec elle pendant la durée du stage et lors de l'évaluation, ce qui aurait été un obstacle à sa progression.

Elle propose pour améliorer les évaluations d'imposer un cadre fixe pour limiter l'hétérogénéité des pratiques qu'elle a pu constater en discutant avec d'autres internes. Il lui semblerait pertinent d'introduire une évaluation formalisée soit à mi - stage, soit à 2 puis à 4 mois de stage, en présence du MSU et de l'interne, avec un support papier similaire à celui qui sera utilisé en fin de stage.

On note un véritable désir de la part de l'interne d'avoir des retours sur ses erreurs pour pouvoir progresser. La critique constructive est vécue positivement par le sujet qui exprime une réelle envie de s'améliorer.

Au sujet de la feuille d'évaluation, elle considère la notation par lettre non pertinente, elle n'en comprend pas le sens et propose de la supprimer. Elle suggère de laisser une zone de commentaire libre pour chaque item d'évaluation, avec une partie pour l'évaluateur et une partie pour l'évalué, afin d'instaurer une discussion, un échange autour de l'item concerné.

## **Entretien n°2**

L'interne n°2 n'a pas exprimé de ressenti particulier par rapport à son évaluation de stage. Il était indifférent notamment parce que sa communication avec ses MSU tout au long du stage a été bonne. Les remarques éventuelles étaient faites au fur et à mesure et il n'avait donc pas d'attente particulière. Il a considéré son évaluation comme une formalité administrative pour passer au stage suivant.

Son évaluation s'est faite sans sa présence, sans discussion (qui aurait pu avoir lieu mais qu'il ne ressentait pas comme nécessaire), par un seul de ses 2 MSU et à priori sans discussion entre eux d'après l'interne.

Il met en avant l'importance d'avoir de bons échanges pendant le stage pour améliorer sa pratique et rapporte des variations à ce sujet entre les différents terrains de stage après discussion avec d'autres internes. Il pense que l'évaluation serait plus pertinente

en cours de stage (à mi parcours ou tous les 2 mois) pour qu'elle ait un intérêt pédagogique

Au sujet de la feuille d'évaluation il considère comme infantilisant l'utilisation d'un système de notation par lettre. Il propose de le supprimer pour le remplacer par des zones de commentaire écrit pour mieux personnaliser l'évaluation, en gardant les items actuels qui lui paraissent satisfaisants. Il pense qu'elle devrait se faire en présence de l'interne. Pour lui, il est important de protocoliser l'évaluation pour une uniformité entre les praticiens, même s'il considère que dans son cas cela n'était pas nécessaire

### **Entretien n°3**

L'interne n°3 considère avoir bien progressé pendant son stage chez le praticien sur le plan pratique et sur l'autonomie, mais moins sur le plan théorique. Un de ses maîtres de stage faisait un point quotidien sur les difficultés rencontrées, l'autre non. Elle se sentait très proche sur le plan humain avec ses praticiens, mais l'interne met en avant l'importance d'un regard neutre et objectif pour les évaluations. L'évaluation de fin de stage était abordée de façon humoristique pendant le stage.

Sa fiche d'évaluation a été remplie sans sa présence, sans discussion avec elle. Le ressenti a été tout de même bon car le contenu de l'évaluation était satisfaisant, la fiche d'évaluation étant considérée comme une validation administrative du bon déroulement du stage. Cela a conforté l'interne dans son travail.

Elle propose de faire 3 séances d'évaluation formalisées pendant le stage, une au début pour préciser les objectifs de stage, les points que l'interne voudrait travailler en particulier, puis faire une seconde évaluation en milieu de stage pour faire un bilan de la progression. Une dernière évaluation en fin de stage devrait être maintenue comme actuellement. Elle pense que l'évaluation permet certes des retours des MSU sur la pratique de l'interne, mais qu'elle devrait aussi être un moment pour l'interne de donner son opinion sur le déroulement du stage, pour aider les MSU à s'améliorer. Elle exprime des difficultés à le faire spontanément par timidité de la part des 2 parties.

Elle pense que les critères d'évaluation devraient être mieux détaillés (sans donner plus de précision sur la façon de procéder). La fiche semble peu adaptée aux objectifs du stage chez le praticien, elle considère que l'intérêt des items « présentation orale des dossiers » ou « intégration dans l'équipe de soins » est très discutable dans ce contexte, mais elle manque d'idées concrètes pour améliorer la fiche d'évaluation, ce qui semble la mettre dans l'embarras pendant l'entretien. La fiche actuelle lui paraît plutôt correcte, elle émet un doute sur le système de notation par lettres et propose de le remplacer par des cases « acquis », « non acquis », « en cours d'acquisition », mais sans grande conviction.

#### **Entretien n°4**

L'interne n°4 a apprécié son évaluation de stage qui a été faite en présence de l'ensemble de ses MSU, avec une vraie réflexion et un véritable débat entre eux sur la notation. Elle a ressenti un véritable intérêt porté par ses MSU à son évaluation et, même si elle n'a eu qu'un rôle de spectatrice, s'est sentie impliquée dans le processus grâce à des échanges francs sur ce que les praticiens pensaient d'elle. Elle dit que son vécu a été meilleur que si on lui avait simplement donné une feuille déjà remplie.

En amont de cette évaluation, elle nous explique qu'un point a été fait au début du stage pour déterminer ce qu'elle en attendait, puis un nouveau point à la moitié du stage pour échanger sur sa progression, sur les compétences qu'elle voulait améliorer, à chaque fois en présence de l'ensemble des MSU, ce que l'interne a beaucoup apprécié. Elle considère que ces réunions l'ont aidée pour son stage, que ses praticiens étaient vraiment à l'écoute de ses attentes.

Elle propose de rendre obligatoire la réalisation d'une évaluation de mi stage qu'elle a considérée comme très utile, pour mieux appréhender sa progression à la fin du stage. Elle met en avant l'importance des échanges francs et directs lors de ces évaluations entre l'interne et l'ensemble des MSU, même si elle doute que ce genre de réunion serait apprécié par tous les internes.

Elle considère que certaines items d'évaluation ne sont pas adaptés au stage chez le praticien comme « aptitude à l'urgence » (qui a laissé ses praticiens eux-mêmes perplexes), et « intégration dans l'équipe de soins ». Elle propose d'ajouter des items plus spécifiques de ce stage comme « gestion du temps au cabinet » qu'elle conçoit comme une compétence fondamentale pour un médecin généraliste.

Elle ne pense pas que la notation par lettre soit bien comprise par les internes mais elle ne sait pas quoi proposer en alternative.

### **Entretien n°5**

Le sujet n°5 a fait 2 stages chez le praticien (sur 2 terrains de stage différents). Il a appris son invalidation de stage pendant son évaluation à la fin de son semestre, le dernier jour, par oral uniquement, sans la fiche d'évaluation. Cela a été une surprise pour lui, un choc émotionnel important. La raison de l'invalidation avait fait l'objet de remarques informelles au cours de son stage, mais dont l'importance n'avait pas été bien appréhendée par l'interne. Il considère que le problème a été surévalué par ses praticiens, sensation d'injustice majorée par la bonne entente avec ses praticiens pendant l'ensemble du stage.

La peur de le blesser ou simplement le manque d'habitude de ses praticiens de faire des points réguliers sur sa progression, ses difficultés et l'absence de conseils pour s'améliorer sont, à son sens, la cause de cette incompréhension. Il émet tout de même une auto critique par rapport à son manque de motivation, d'investissement pour ce premier stage et la véracité de la critique sur son manque d'esprit de synthèse.

Son second stage chez le praticien a été ressenti comme bien plus formateur, avec la mise en place à sa demande d'évaluations régulières, tous les 2 mois, pour identifier les difficultés et les résoudre rapidement. Il a trouvé dans ce système un réel intérêt pédagogique qui lui a permis de progresser plus efficacement. Il propose de formaliser cette pratique pour qu'elle soit généralisée.

Les MSU pour son second stage ont montré une réelle volonté d'amélioration de leurs pratiques pédagogiques en demandant des retours à l'interne sur les points à améliorer de leur côté pour favoriser sa progression. Les évaluations ont eu un impact positif sur les 2 parties.

Sa seconde évaluation s'est déroulée une semaine avant la fin du stage, en présence de l'ensemble des MSU, avec une auto évaluation avant la notation par ses praticiens. Chaque critère d'évaluation a été discuté avec une prise en compte du point de vue de l'interne. Ces échanges et l'attitude optimiste des praticiens quant aux difficultés restantes ont été ressentis comme encourageantes par l'interne. Cette séquence d'évaluation avec auto évaluation puis discussion pour finir par la notation a été perçue comme très positive par l'interne : non stressante, non dégradante, non vexante, donc constructive.

L'interne propose d'améliorer la formation des MSU sur la façon de réaliser les évaluations et sur l'encadrement, ce qui permettrait à son sens d'éviter que sa situation lors de son premier stage se reproduise.

Les critères actuels d'évaluation lui semblent satisfaisants. Il propose tout de même la suppression des notations pour les items hygiène et ponctualité qu'il voudrait remplacer par « oui » ou « non » car il considère que ce sont des critères d'évaluation binaires, et ajout d'items en rapport avec « l'attitude » de l'interne, la relation avec les patients, et sur la capacité à gérer le temps lors des consultations.

## **Entretien n°6**

L'interne n°6 a été déçue par l'encadrement et les échanges pédagogiques pendant son stage. Elle aurait souhaité la mise en place de moments dédiés pour échanger avec ses praticiens.

Son évaluation a été faite par une seule praticienne, celle avec qui elle avait le moins d'affinités. Il n'y a pas eu d'échanges car la feuille a été laissée déjà remplie à la secrétaire du cabinet, ce qu'elle a vécu comme une déception. Elle a ressenti de la colère et du dégoût par rapport à une évaluation qu'elle considère comme injuste car

très éloignée de son ressenti, sans possibilité de discussion face à face, ce qui aurait diminué sa confiance en elle sur certains points. Elle a la sensation d'avoir été mal cernée. Elle reconnaît que sa timidité a pu être un frein aux échanges avec ses praticiens.

Elle considère l'évaluation comme inutile car réalisée en fin de stage et donc sans possibilité de s'améliorer.

Elle propose la mise en place d'une évaluation de mi-stage, en plus de celle réalisée actuellement, en présence de l'ensemble des praticiens, avec une interactivité, des échanges sur un pied d'égalité (en opposition avec une attitude professorale qui provoquerait, selon elle, le stress d'être jugée par ses pairs sur sa capacité à exercer son métier, l'interne exprime une peur de perte de ses moyens si l'évaluation est trop formelle).

L'interne regrette que la fiche d'évaluation soit considérée comme une formalité administrative par une grande partie des praticiens et des internes, pour valider le stage et obtenir la licence de remplacement, et non dans un but pédagogique constructif.

Elle pense qu'une forme papier avec transmission à la faculté doit être conservée pour qu'elle soit faite de façon systématique et tracé. Selon elle, l'item « présentation orale des dossiers » devrait être supprimé, de nouveaux items pourraient être ajoutés (exemples : « gestion des examens complémentaires en exercice libéral », « gestion du parcours de soins en exercice libéral ») et la notation par croix devrait être abandonnée au profit de commentaires écrits, avec une partie pour le praticien et une autre pour que l'interne puisse donner une réponse aux critiques.

Elle propose qu'une seconde fiche soit créée pour les évaluations de mi stage, sur le modèle de celle de fin de stage mais plus axée sur la capacité de progression pour chaque item.

## Entretien n°7

L'interne n°7 a eu un praticien qu'elle décrit comme fermé à la discussion, ne laissant pas d'autonomie, misogyne, avec un rapport de supériorité vis-à-vis de l'interne très marqué. C'est ce praticien qui a réalisé son évaluation, sans la participation de l'autre MSU.

Malgré tout, l'évaluation a été extrêmement positive ce qui a surpris l'interne, elle s'est faite sans réels échanges, les décisions de notation du MSU n'ont pas fait l'objet de discussion car il était fermé à l'avis de l'interne. Cette évaluation est resté centré uniquement sur l'aspect médical.

Une évaluation informelle a été faite avec son autre praticien, qui lui a abordé des sujets touchant plus au relationnel de l'interne avec les patients, sur sa façon d'être, ce que le sujet a trouvé plus constructif.

L'interne met en avant l'importance de cette évaluation de stage comme un moment qui devrait être dédié aux échanges, aux retours sur la façon de pratiquer la médecine, aussi bien sur le plan scientifique qu'humain. Elle pense que ces échanges ne se font pas spontanément si un temps dédié n'est pas imposé.

Elle propose d'ajouter une évaluation de mi-stage en plus de celle actuelle, mais qui ne serait pas transmise à la faculté (seul le papier final aurait une valeur administrative pour la validation du stage), sauf si l'interne présente de graves difficultés pouvant le rendre dangereux pour les patients, dans ce cas un système de signalement pourrait être mis en place.

Pour elle, le système de notation n'est pas pertinent car elle trouve qu'il n'apporte aucune information utile à l'interne pour s'améliorer. Elle souhaiterait un système de commentaires écrits car elle considère que les compétences que l'on demande à un interne d'acquérir ne peuvent s'évaluer par des notes. L'écrit permettrait aux praticiens de plus s'engager personnellement dans l'évaluation

Pour finir, les intitulés des critères d'évaluation seraient insuffisamment précis, parfois mal compris par les parties en présence. Elle considère certains items comme bien plus importants que d'autres, notamment l'item « acquisitions au cours du stage » qui devrait être mis plus en avant. Elle propose l'ajout d'un item sur l'autonomisation de l'interne dans la gestion du cabinet et elle souhaiterait l'introduction d'une notion d'évolution pendant le stage pour chaque critère. Le reste des critères d'évaluation lui paraissent pertinents.

## **Entretien n°8**

Le sujet n°8 a bénéficié pendant son stage avec l'un de ses praticiens de temps dédiés tous les soirs pour faire le point sur les problèmes de la journée, ce qui n'a pas été le cas avec les autres praticiens, donc une hétérogénéité de l'accompagnement.

Son évaluation s'est faite sans stress car l'interne avait la sensation que son stage s'était bien déroulé, il était confiant pour sa validation. Il a vécu cette évaluation plus comme une contrainte administrative. Elle a été faite très rapidement, au dernier moment. Un praticien avait déjà rempli la fiche sans discussion avec l'interne. Le second praticien a confirmé son accord avec son collègue devant l'interne, qui n'a pas jugé utile de discuter car son évaluation lui semblait satisfaisante et juste. Il a exprimé du soulagement concernant la validation de son stage, qui était pour lui le seul but de cet exercice, et de l'indifférence par rapport à son contenu.

Il propose pour donner plus d'intérêt à cette évaluation de faire un point à mi-stage, que l'ensemble des MSU participent à l'évaluation en présence de l'interne qui doit être impliqué dans le processus, en favorisant l'interactivité. Cette évaluation doit se faire, selon l'interne, dans les 2 sens, les MSU doivent entendre les critiques pour améliorer l'accompagnement de l'interne.

La fiche d'évaluation lui semble satisfaisante, en précisant tout de même le manque d'intérêt en médecine libérale de l'item « présentation orale des dossiers » ou « intégration dans l'équipe de soins ». Il propose de mettre en place des zones de commentaires écrits pour chacun des praticiens qui pourraient de cette façon exprimer

des opinions différentes sur l'interne et justifier les notes. Un item « gestion des examens para clinique en libéral » pourrait être pertinent à ajouter.

## **Entretien n°9**

L'interne n°9 a bénéficié d'un stage chez le praticien pendant lequel la longueur des temps de consultation a permis de nombreux échanges avec le praticien au fur et à mesure de la journée sur la pathologie rencontrée, le choix de la prise en charge, les alternatives thérapeutiques, les difficultés. Il a apprécié ce rapport sans hiérarchie, différent de la pratique hospitalière habituelle, qui a permis de créer une relation de confiance avec le MSU.

Son évaluation a été faite par un seul de ses MSU, au dernier moment (le second praticien étant indisponible), en face à face, avec en premier lieu une auto évaluation de l'interne, puis une discussion et notation du MSU sur chaque critère. Cet exercice a été perçu comme « bizarre » par l'interne qui n'était pas familier des auto évaluations, mais finalement le ressenti a été positif. Le sujet a vécu son évaluation comme un moment d'une grande importance car il la considère comme une validation par ses pairs de sa capacité à exercer son futur métier, ce qui a généré une certaine angoisse chez lui. L'évaluation étant finalement bonne, elle l'a conforté, rassuré dans son choix de carrière.

L'interne a été « pris par surprise » par cette évaluation qui n'avait pas été planifiée. L'absence de préparation a créé un sentiment de léger stress. Il a fortement apprécié de connaître l'opinion de son praticien sur ses progrès et ses lacunes. Il a trouvé cet échange très instructif pour sa pratique future. Il considère que les évaluations bien faites comme celle-ci sont rares.

Il pense qu'il faudrait mettre en place au moins 3 séances d'évaluation au cours du semestre, une première en début de stage pour fixer les objectifs (aussi bien pour l'interne que pour le praticien qui peut orienter ses efforts pédagogiques), une seconde à mi-stage pour faire le point sur la progression, puis une évaluation finale sur le modèle de ce qui se fait actuellement.

Il pense que la fiche d'évaluation devrait être adaptée à la pratique de la médecine générale, car les compétences nécessaires en milieu hospitalier sont très différentes de celles pertinentes en milieu libéral. Il considère que les critères d'évaluation sont mal définis, et donc mal compris, comme par exemple l'item « aptitudes diagnostiques ». L'item « présentation orale des patients » est considéré comme inutile en médecine libérale.

Il reconnaît l'importance de conserver un papier formalisé pour la réalisation de l'évaluation, mais pense qu'il faudrait laisser plus de place à l'écrit pour permettre de fixer des objectifs personnalisés et suivre la progression de l'interne pendant le stage, car il pense que les besoins spécifiques de chaque interne ne sont pas suffisamment pris en compte.

### **Entretien n°10**

L'interne n°10 n'a pas trouvé d'intérêt à cette évaluation. Pour elle, les échanges avec ses praticiens se sont faits de façon naturelle (malgré une mauvaise expérience avec l'un de ses praticiens qui a été changé rapidement par le département de médecine générale), avec des points sur les prises en charge des patients plusieurs fois par jour.

Elle l'a vécue comme une formalité administrative sans intérêt qui avait pour seul but de finaliser le stage. Elle s'est adaptée très rapidement à ses 2 praticiens.

Elle considère que les items d'évaluation devraient être revus et adaptés à l'exercice de la médecine générale en cabinet. Elle pense que les items « relation avec le personnel soignant », « intégration dans l'équipe de soins » et « présentation orale des dossiers » sont inadaptés.

Elle considérerait comme pertinent l'ajout d'items plus en lien avec la médecine générale, notamment sur la relation avec les patients, et sur la capacité à gérer un cabinet en autonomie (item qu'elle considère comme d'autant plus important que la validation du stage chez le praticien débouche sur l'obtention d'une licence de remplacement).

Enfin elle propose d'augmenter la place donnée aux commentaires écrits et d'éviter l'utilisation d'une notation par lettre.

## B) Emergence des catégories

### 1) Le ressenti de l'évaluation

#### - Un intérêt variable pour la démarche d'évaluation



a) L'évaluation est très souvent considérée comme une formalité administrative permettant uniquement la validation de stage, avec un impact pédagogique très limité

a.a) Aussi bien du côté de l'interne :

I2 « bien, rien de particulier (...) en fin de stage c'est un peu le papier que tu donnes à ton prat' pour avoir la validation parce que la fac le demande et passer au stage suivant, elles sont pas très exploitées au final »

I7 « le stage il faut qu'il soit validé ou pas validé, une fois que ça c'est dit avoir des notations sur ces items là je ne sais pas à qui ça sert »

I10 « je n'ai pas trouvé l'intérêt de l'évaluation de stage plus que ça, c'était juste pour finaliser le stage (...) c'est une formalité administrative, ça n'a pas d'intérêt... »

a.b) Que pour le MSU (selon le ressenti de l'interne) :

I1 « C'est un peu la loterie (...) y a plein de trucs où ils te mettent A sans réfléchir »

I2 "Je ne pense pas qu'ils en aient discuté entre eux, ils en ont pas discuté avec moi non plus"

I6 « pour les prats quand il te valident le stage ça veut dire pour eux : je te délivre une licence de remplacement »

b) Dans certains cas, elle est considérée comme ayant un réel intérêt pédagogique :

I4 « ils se sont quand même posé des questions. »

I9 « savoir ce que ton maître de stage pensait de toi donc c'était la première fois que ça m'arrivait, c'était bien. Savoir où est ce que t'en étais, ta marge de progression entre le début et la fin du stage et ce qui restait encore à acquérir... euh donc... c'était intéressant. »

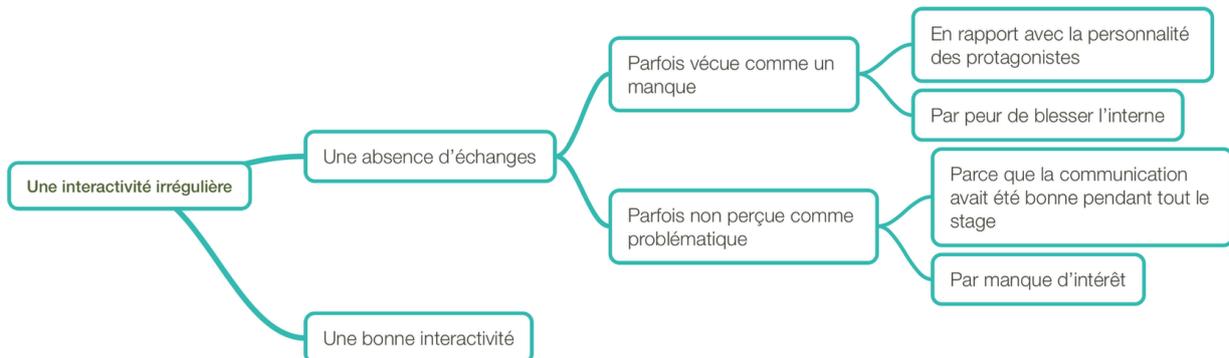
- Ou si cela n'a pas été le cas pour eux, certains pensent qu'il devrait en être ainsi :

I1 "Des fois on oublie qu'on est là pour apprendre, qu'on est là pour se tromper, qu'on me dise "non ce que tu fais c'est pas bien, faut plus le faire, comme ça ce serait mieux"

I6 «c'est censé être une fiche constructive et faudrait juste que tout le monde l'utilise comme ça »

La critique est donc vécue comme quelque chose de constructif, de positif

## - Une interactivité irrégulière



a) L' absence d'échanges lors de la réalisation de l'évaluation revient régulièrement dans les entretiens

a.a) Elle est parfois vécue comme un manque :

11 *"Je lui ai demandé pourquoi il ne m'en avait pas parlé avant, et il m'a dit "je ne voulais pas t'embêter avec ça"! (...) Je lui ai dit c'est dommage si tu ne m'en parles pas je ne peux pas progresser, je ne peux pas me remettre en question"*

15 *« J'ai pas pu prendre conscience de là où j'aurais pu m'améliorer »*

16 *"si on ne nous en parle pas avant, on le remarque pas forcément"*

- La personnalité des protagonistes a pu, d'après le ressenti de nos internes, être un facteur limitant aux échanges :

13 *« j'osais à peine dire ce qui n'allait pas trop ...c'était difficile, il y avait de la timidité des deux côtés lorsqu'on parlait du truc un peu plus professionnel quoi, mais voilà... »*

17 *« humainement il s'en rendait pas compte mais il était complètement fermé (...) j'étais pas du tout d'accord et dès que je commençais à argumenter il coupait la discussion il n'entendait pas la critique (...) Il n'y a pas eu du tout d'échange. Il n'a pas demandé d'avis à l'autre praticien »*

- Parfois une peur de blesser l'interne avec qui une relation proche a été nouée nous est rapportée.

I3 « *le soir on se voyait hors niveau professionnel on était pas des amis mais on avait une relation particulière et du coup, Ils rigolaient de ça en disant : « attention il faut qu'on valide ta feuille de stage » et tout ça donc c'était une forme de blague »* alors que ce même interne souligne l'importance d'un « *regard un peu plus extérieur et un peu plus neutre. »*

I5 « *elle ne voulait pas forcément me froisser (...) Elle avait peut être le sentiment d'avoir échoué par rapport au fait de me l'avoir déjà dit avant. De ne pas avoir assez progressé à ses yeux ce n'était peut être pas assez satisfaisant pour elle, et après elle l'a pris peut être de son côté comme un échec »*

a.b) Cependant l'absence d'échanges n'était parfois pas perçue comme problématique

- Soit parce que la communication avait été bonne tout au long du stage, ce qui semble fortement impacter l'investissement dans la démarche d'évaluation :

I2 « *Je lui ai filé la feuille. La semaine suivante elle me l'a rendue. On en a pas parlé elle m'a dit que tout était bon. (...) Mais je ne pense pas qu'ils en aient discuté entre eux. Ils en ont pas discuté avec moi non plus. La prat' principale m'a demandé si j'avais des remarques j'ai dit non. Pas de concertation, tout a été fait au fur et à mesure. La communication était satisfaisante. Ils étaient disponibles, et l'une était ouverte a la discussion. »*

I3 « *Ils me l'ont remplie quelques jours plus tard et me l'ont redonnée en me disant que globalement c'était ce qu'ils avaient dit avant »*

I10 « *On a pas eu à refaire le point plus que ça au moment de l'évaluation de stage, parce que l'évaluation, au final, et le debriefing se faisaient au fur et à mesure du stage. On n'a pas attendu la dernière minute pour que les langues se délient »*

- Soit par désintérêt pour l'évaluation :

I1 « *t'es pas là quand elle t'évalue et elle te rend une feuille (...) je suis sûre qu'elle aurait été ouverte à la discussion, après par flemme ce que je voulais c'était être validé* »

I8 « *Il avait déjà l'idée de ce qu'il allait me dire et de ce qu'il allait mettre... et voilà ... (...) Pour ça, je te mets ça parce que... et pour ça je te mets ça parce que... et voilà. je n'ai pas été forcément opposant...parce que l'ensemble était plutôt ... ça se passait plutôt bien, c'est pas comme si c'était des notes qui allaient m'invalider ou une évaluation que j'aurais trouvé injuste* »

b) Dans plusieurs entretiens on nous rapporte de bons échanges pendant l'évaluation :

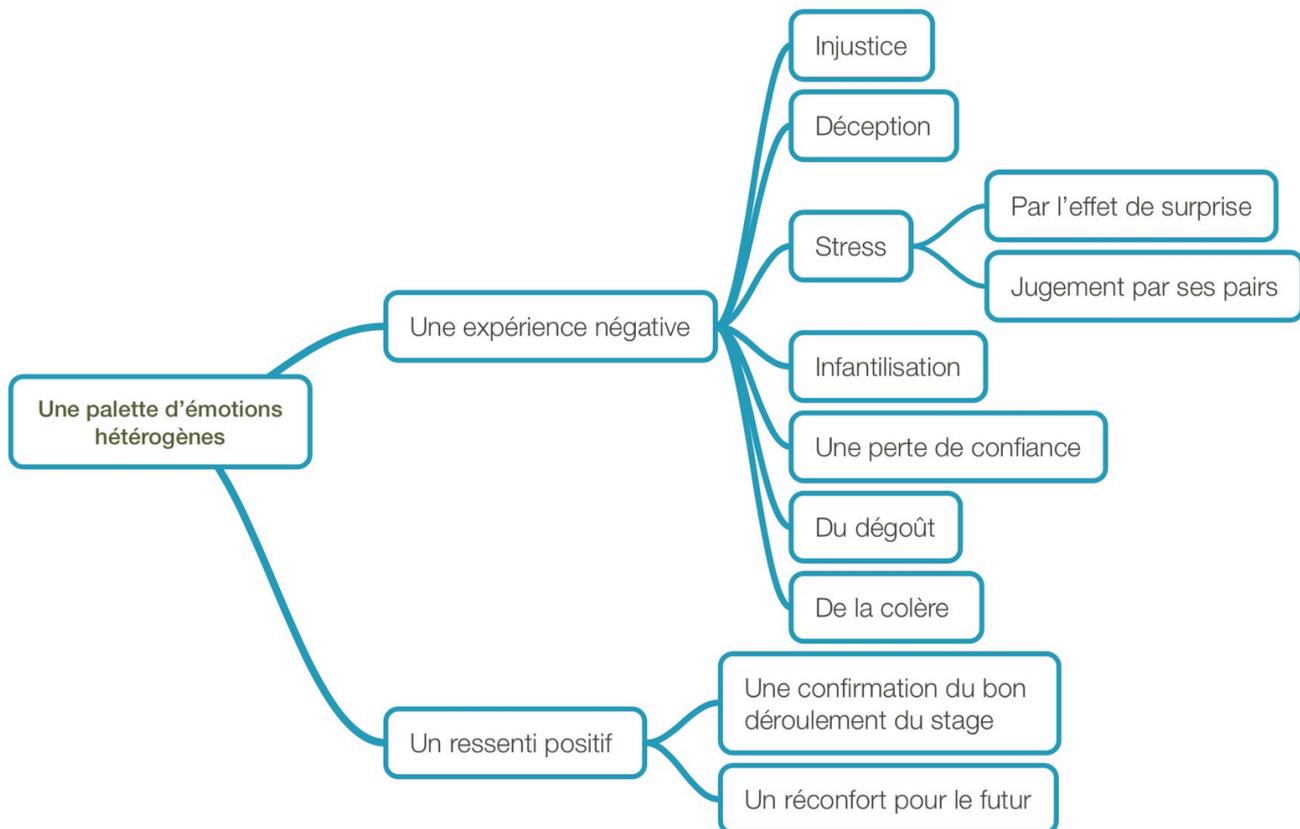
I4 « *Je voulais m'améliorer donc une réunion tous ensemble c'était super (...) Et ils ont discuté ensemble de quelle note me mettre (...) ce qui était bien c'est qu'il y avait les trois et qu'ils étaient capable entre eux de se parler (...) je l'ai plutôt bien vécu* »

I9 « *on a discuté point par point de tous les éléments de la feuille d'évaluation* »

- Il semblerait qu'une discussion, même unilatérale, puisse être considérée comme plus positive qu'une absence complète d'échanges :

I4 « *Le fait que j'étais là n'a pas changé leur décision et j'étais contente de faire partie du truc (...) Même si je n'ai pas parlé pendant qu'ils m'ont noté c'était mieux que de recevoir une feuille.* »

## - Une palette d'émotions hétérogène



a) L'évaluation a été ressentie comme une expérience négative par certains internes, les émotions rapportées sont diverses. On retrouve :

a.a) Un sentiment d'injustice du à un décalage d'opinions :

I1 « moi j'étais pas trop d'accord »

I5 « je pense que ne pas être synthétique en terme de médecine c'est pas dramatique ça peut se travailler encore en SASPAS, ça m'avait marqué (...) elle avait un ton un peu grave alors que le reste du stage s'était bien passé (...) je ne m'attendais pas à ce que ça ait une importance aussi grande »

I6 « on m'a mis des choses qui ne me correspondent pas (...) Je pense que la personne qui m'a évalué m'a mal cerné (...) Aussi un peu d'incompréhension j'ai pas trop compris les remarques (...) ceux qui sont invalidés c'est pas toujours pour les bonnes raisons... »

a.b) De la déception :

I1 « *t'es toujours un peu déçu si tu n'as pas que des A* »

I6 « *j'étais un peu déçue, j'ai récupéré un papier chez la secrétaire on a pas vraiment parlé en face* »

a.c) Du stress :

- par l'effet de surprise

I8 « *ça a été fait vraiment à la toute toute fin de stage et euh on a pas eu le temps, on m'avait pas prévenu, ça m'a mis un peu la pression...* »

I9 « *j'ai été pris un peu au dépourvu car on ne s'était pas dit : on se fixe tel jour, telle heure pour l'évaluation* »

- du fait du jugement par ses pairs

I6 « *c'est des médecins qui ont de l'expérience qui disent si tu seras un bon médecin ou pas...* »

I9 « *sur le moment ça te fait un peu réfléchir ça crée un petit sentiment de stress (...) c'est un peu le moment où tu te dis... moi qui ai choisi médecine générale est ce que le médecin qui t'a formé pense que tu peux faire ce métier après, donc c'était un tout petit peu angoissant* »

a.d) Une infantilisation :

I2 « *les lettres ça fait classe de primaire un peu bidon* »

a.e) Une perte de confiance en soi :

I6 « *Moi quand j'ai reçu la feuille ça m'a un peu braqué, ça m'a fait perdre un peu confiance en moi sur certains points* »

a.f) Du dégoût :

16 « *j'ai trouvé cette éval' un peu inutile vu qu'on me le dit qu'à la fin du stage et que je ne peux pas me corriger me reprendre j'étais un peu dégoutée, en colère. »*

a.g) De la colère :

16 « *un peu déçue, un peu en colère »*

b) A contrario on note un ressenti positif dans plusieurs entretiens :

b.a) Une confirmation du bon déroulement du stage :

13 « *c'était du coup le moment de redire ce qu'ils avaient pensé de moi et c'était plus sympa de le ré entendre à la fin »*

17 « *il était hyper content de moi. Il m'a dit que j'étais la meilleure interne qu'il ait eue dans son cabinet donc ça s'est très bien passé »*

18 « *C'était pas stressant parce que je sentais que le stage se passait bien... »*

L'interne 8 a ressenti un soulagement lors de son évaluation :

18 « *J'étais soulagé parce que tu officialises le fait que tu valides ton stage »*

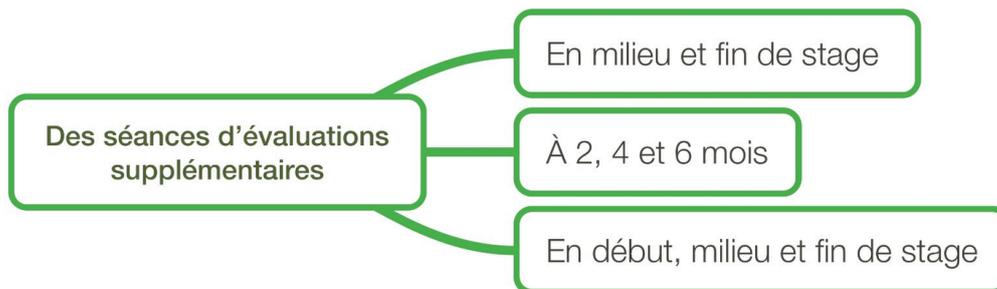
b.b) Un réconfort sur sa pratique future :

13 « *ça m'a conforté un petit peu, j'avais plutôt confiance dans leur jugement et dans le boulot que j'avais fait. »*

19 « *j'étais content d'avoir une bonne évaluation et ça m'a conforté aussi dans l'idée de mon choix de spécialité quoi pour mon internat de faire médecine générale. J'étais rassuré. »*

## 2) Les pistes d'amélioration

- L'instauration de séances d'évaluation supplémentaires en cours de stage est évoqué dans tous les entretiens :



a) Pour une évaluation de mi-stage en plus de l'évaluation finale :

I4 « *il faut déjà en obligatoire une évaluation en moitié de stage parce que ça m'a vraiment aidé* »

I6 « *s'il y a des choses à corriger, il faudrait en parler au milieu du stage (...) j'aurais aimé qu'on me fasse les remarques avant pour que j'essaie de corriger mes erreurs (...) Ça serait bien d'avoir une évaluation de mi-stage* »

I7 « *qu'il y en ait au moins deux évaluations pendant le stage à trois mois et à six mois* »

b) Pour une évaluation tous les 2 mois :

I1 « *Genre tous les deux mois il faudrait qu'il y ait une évaluation* »

I2 « *je pense que peut être faire une évaluation (...) à deux mois , quatre mois, six mois... ça pourrait être bien* »

I5 « *on m'a pas assez évalué régulièrement pour me dire mes difficultés. Et là où j'aurais du accélérer et faire un peu mieux les choses (...) je voulais faire un point tous les deux mois qu'ils me disent réellement ce qu'il fallait que j'améliore et ça m'a donné un vrai cap pour progresser et voir là où ça pêchait où je pouvais m'améliorer* »

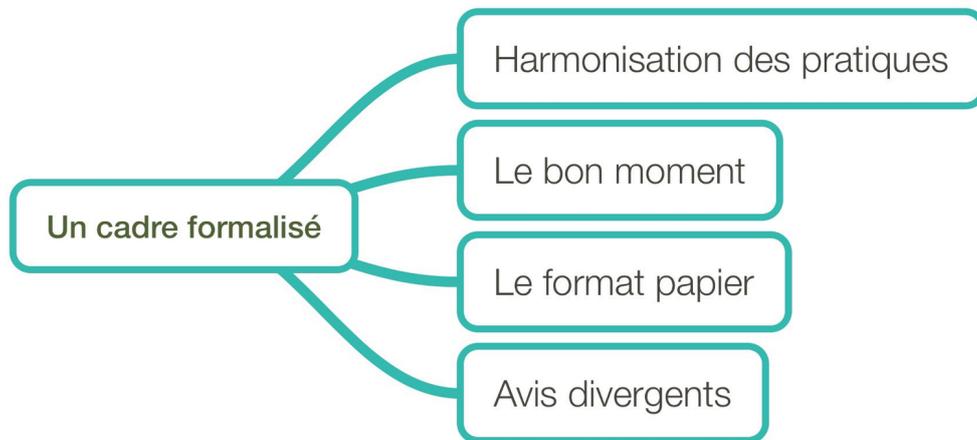
c) Pour une évaluation en début, à la moitié, puis à la fin du stage

13 « au début où tu arrives ils te disent un peu les objectifs du stage... en milieu de stage ils te font un débrief en disant ça ce serait à améliorer... des trucs un peu plus formalisés (...) et à la fin te dire quelle évolution tu as eue »

14 « On a fait des points au tout départ. Je les ai vus avant le stage donc on a parlé un peu de ce que j'attendais du stage. Je les ai revus au bout de trois mois ce qu'on avait fait ensemble et ce que j'avais fait, comment j'avais pu progresser effectivement »

19 « Euh déjà sur quand on le fait, moi je pense qu'il faudrait au minimum trois séances d'évaluation, une au tout début du stage, un peu informelle pour le coup, juste pour évaluer déjà sur tous les éléments qui sont sur la feuille ce que l'interne pense de lui-même... euh ça permet à l'interne de se poser des questions, de se fixer des objectifs pour le stage. Et au prat, au maître des stage, de se dire : « voilà et bien moi je vais plus travailler sur ça avec lui je sens... qu'il peut progresser dans ce domaine- là etc... » euh pour que lui il essaie de s'organiser pour faire progresser son interne. Et après, il faudrait une deuxième évaluation en mi-stage pour faire le point par rapport aux objectifs de début, pour voir si on est bien dans les objectifs du prat et de l'interne par rapport à ce qui était fixé au début et voir s'il faut en rajouter d'autres etc.. ; voir si il faut rebosser, ou des choses comme ça. Et après, à la fin faire l'évaluation comme celle qu'on a d'habitude ...ce serait plus pertinent »

- La mise en place d'un cadre formalisé



a) Pour harmoniser les pratiques d'évaluation :

I1 « *faut vraiment que ce soit instauré, limite obligé* »

I7 « *l'évaluation de stage donne un prétexte aux gens pour faire le point, de dire où est ce qu'on en est l'un par rapport à l'autre. Je pense que si on ne demande pas ils ne le font pas* »

- Qui sont fortement hétérogènes d'un stage à l'autre :

I5 « *on n'a pas fait de réelle évaluation de stage en fait à la fin du stage on a fait un point oral* »

I9 « *C'était la première fois qu'on me faisait une vraie évaluation.* »

b) Pour qu'elles soient faites au bon moment :

I1 "Et surtout ce qui est dommage c'est que cette évaluation elle arrive à la fin"

I6 « *j'ai trouvé cette eval' un peu inutile vu qu'on me le dit qu'à la fin du stage et que je ne peux pas me corriger me reprendre* »

I9 « *C'était la fin du stage et on était un peu pris par le temps, du coup on a donc décidé de le faire sans l'un des deux maîtres de stage.* »

c) L'utilisation d'un format papier est plébiscitée par certains :

12 *"avoir une feuille ça sert à formaliser, à protocoliser les choses entre tous les prats"*

16 *« au moins le fait que ce soit sur papier à rendre à la fac ben justement, c'est un truc qu'il faut faire, ça oblige à le faire (...) que l'éval' soit filé à la fac, comme ça la fac est au courant de ce qui a été fait (...) avoir une feuille ça sert a formaliser, à protocoliser les choses entre tous les prat' »*

19 *« Le fait d'avoir une feuille ça donne déjà les grandes lignes de l'entretien pour une évaluation de stage sinon on partirait un peu dans tous les sens et les internes... même si ce n'est pas forcément l'idéal... ça permet au moins que tous les internes soient évalués sur la même base... »*

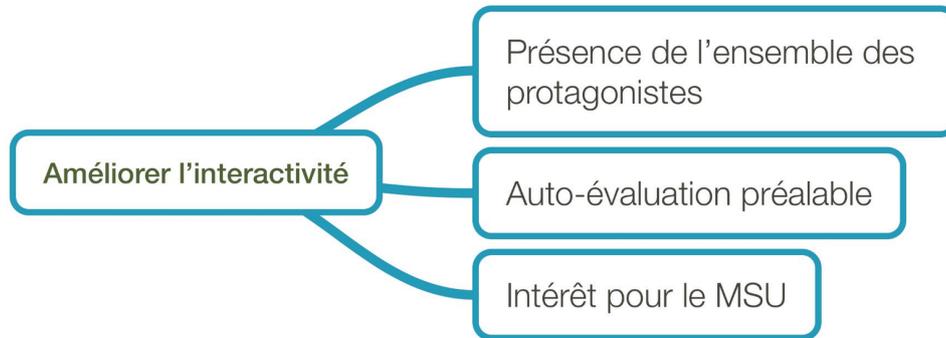
d) Cependant on relève quelques avis divergents sur ces sujets :

16 *« pas forcément de façon professorale parce que ça fait stresser, mais qu'on puisse en parler sans trop de stress avec le médecin qui nous évalue (...) si c'est formel ça risque de tourner à la même chose, en mettant des croix dans des cases (...) pas forcément un truc papier avec un tableau »*

On note que l'interne N°6 est ambivalente sur ce sujet, elle semble vouloir une formalisation des évaluations (cf section précédente) et la rejeter en même temps.

17 *« mais pas à rendre a la fac, mais qu'il y ait un papier pour dépister les internes dangereux »*

- De meilleures interactions entre internes et praticiens



a) La présence de l'ensemble des protagonistes semble appréciée par les internes :

11 « *Il faudrait que ce soit plus ouvert à la discussion. Il faut qu'on la remplisse ensemble* »

14 «*On l'a faite ensemble donc je l'ai plutôt bien vécu (...) et ils ont discuté ensemble de quelle note me mettre. Le fait que j'étais là n'a pas changé leur décision et j'étais contente de faire partie du truc. Même si je n'ai pas parlé pendant qu'ils m'ont noté mais c'était mieux que de recevoir une feuille (...) c'était un vrai échange et le fait d'être présente j'ai bien aimé* »

16 « *Déjà on ne me l'a pas dit en face (...) j'aurais aimé savoir l'avis des trois médecins (...) que ça se fasse en face à face / Moi quand j'ai reçu la feuille ça m'a un peu braqué, ça m'a fait perdre un peu confiance en moi sur certains points (...) alors que quand on est en face de quelqu'un, (...) tu peux discuter et tu peux dire à ben ouais, peut être bien...* »

b) L'instauration d'une auto évaluation préalable semble vécue positivement :

15 « *Ils me demandaient avant de me noter moi quelle note je me serais mis. En gros je justifiais un peu ce que je pensais et eux ensuite notaient. C'était pas mal ça permettait... c'était pas vexant* »

18 « *qu'il t'implique en disant : « qu'est-ce que tu en penses » ... sans être dans l'auto-critique, mais qu'ils disent : « est ce que tu penses que tu étais au point là-dessus? » et qu'on en discute et que je donne mon ressenti* »

19 « *Elle m'a demandé ce que j'en pensais ou comment je me situais et où elle me situait, et c'était une vraie évaluation* »

c) L'évaluation peut aussi être utile pour le MSU :

15 « *Quand on est maître de stage c'est pas que faire des critiques c'est aussi accepter d'être critiqué soi même. Donc comment ils pouvaient s'améliorer de leur côté (...) eux aussi m'ont demandé les critiques du stage pour qu'eux puissent s'améliorer. J'ai trouvé ça assez constructif* »

18 « *et que même le prat dise : qu'est-ce que j'aurais pu faire pour que toi tu t'améliores?* »

110 « *le principe d'évaluation à mi-parcours peut être bien, aussi bien côté enseignant que du côté interne. Ça permet de faire le point et de corriger certaines choses* »

**- Adaptation du contenu de l'évaluation :**



a) On note globalement une satisfaction sur le contenu général de l'évaluation actuelle :

15 « *Elle est déjà pas mal comme ça.* »

16 « *c'est pas mal dans l'ensemble je pense* »

18 « *C'est plutôt complet quand même je trouve* »

b) Mais tout de même des idées d'amélioration de la fiche d'évaluation :

b.a) Adapter les critères au stage chez le praticien

13 « *cette fiche elle n'est pas toujours très adaptée au contexte du stage chez le praticien* »

14 « *Peut être aussi adapter les questions, car chez le prat les questions n'étaient pas adaptées, c'était plutôt adapté hôpital des fois* »

19 « *c'est un peu bateau parce que c'est les mêmes compétences qui sont évaluées tout le temps dans tous les stages par lesquels on passe....alors que ce n'est pas forcément les mêmes compétences dont on a besoin partout (...) C'est pas adapté à comment on doit être évalué par rapport aux responsabilités qu'on a et qu'on peut avoir en stage. »*

#### b.b) Mieux détailler les objectifs pour une meilleure compréhension

15 "*Présentation orale des dossiers" je ne vois pas trop l'intérêt, je ne sais pas si c'est faire une présentation power point pendant le stage ou pas. A moins que ce soit quand on va demander un avis au praticien, de lui présenter le patient avant de lui montrer"*

17 « *Sur les items qui sont notés hygiène et propreté m'intriguent toujours. Je ne vois pas. Je ne sais pas à quoi ça se rapporte si c'est notre hygiène personnelle ou notre hygiène par rapport au patient. Je ne sais pas si c'est par rapport au fait qu'on se lave les mains avant de voir quelqu'un ou si c'est qu'on arrive sale en arrivant en stage (...) les connaissances théoriques c'est un peu dommage, on ne sait pas si c'est à la fin, au début... »*

19 « *Il y a des termes qui sont un peu vagues. Acquisitions au cours du stage c'est un peu vague, qu'est-ce que ça veut dire? (...) aptitudes diagnostic pareil est ce que c'est que clinique ou est-ce que c'est clinique avec examens complémentaires... je trouve que c'est un peu vague »*

#### b.c) Proposition de supprimer certains items semblant moins pertinents

13 « *présentation orale d'un dossier finalement on le fait peu, l'intégration dans l'équipe de soins... le prat a une secrétaire quoi.... »*

14 « *aptitude à l'urgence, chez le prat' c'est pas forcément adapté y a pas forcément eu (...) Intégration dans l'équipe de soins y a pas forcément d'équipe de soins donc heu inutile »*

110 « *Relation avec le personnel soignant (...) cette case n'a rien à faire dedans car il n'y en avait pas (...) Intégration dans l'équipe de soins et présentation orale du dossier ça ne sert à rien, les deux items, on ne fait pas ça ! »*

b.d) Des pistes pour des items à ajouter

I5 « *gérer le temps, en gros ce qui pouvait être reporté, ce qui nécessitait d'être revu plus tard, ne pas se laisser prendre par le temps (...) L'attitude, c'est à mon avis là dessus qu'il faut porter son attention* »

I6 « *la gestion des examens en libéral ce qu'on n'a pas l'habitude quand on est interne* »

I10 « *Savoir si à la fin de ce stage tu es autonome comme ce stage aboutit à une licence de remplacement, ça serait voir si tu es apte à remplacer en fait et à être seule dans un cabinet...* »

b.e) La notation par lettres semble peu appréciée par les internes :

I1 « *honnêtement A, B, C, D, E je trouve que ça ne veut pas dire grand chose (...) la différence entre C et D je ne la comprends pas très bien* »

I2 « *tu enlèves les lettres et tu mets un commentaire... des petits commentaires personnalisés (...) de ne pas avoir des questions en mode QCM ça serait plus productif, plus personnalisé* »

I7 « *Je ne suis pas pour un système de notation par des chiffres ou des lettres ou des notes. Je trouve ça caduque (...) on nous demande d'avoir des capacités qui ne sont pas notables (...) les lettres ça définit pas une personne au final* »

b.f) L'utilisation de commentaires écrits revient régulièrement dans les entretiens :

I7 « *Je trouve ça dommage qu'il n'y ait pas un travail demandé au maître de stage non pas de notation mais de justifications, avec des phrases. Qu'ils prennent la peine d'écrire (...) la plupart de ce que les gens aimeraient écrire ben là ils se contentent de mettre oui bof, entre A et B, très bien et bien c'est quoi? pis on sait pas trop* »

I8 « *si c'est bien, pas besoin de détailler mais s'il y a quelque chose qui est mauvais ou passable qu'il y ait une place pour le justifier quoi.* »

19 « *il faudrait plus détailler par écrit... je pense, plus par rapport aux objectifs de l'interne et du maître de stage définis au début* »

- En aménageant un espace pour permettre aux différents praticiens d'exprimer leur opinion personnelle :

18 « *qu'il y ait une partie pour chaque prat car si on a deux prats ils n'ont pas forcément le même avis... Ça ce serait déjà pas mal* »

- Et en laissant une place à l'interne pour répondre aux commentaires :

11 « *par exemple là, ça serait une ligne pour le médecin généraliste et là une ligne pour l'interne pour qu'il y ait un échange un peu comme tu sais quand t'as un accident de bagnole t'as deux côtés et chacun peut répondre* »

16 « *il faudrait créer quelque chose pour que le médecin dise ce qu'il pense et que l'interne réponde* »

b.g) L'évaluation pourrait mettre l'accent sur la progression de l'interne sur la durée du stage plutôt qu'un état des lieux à un instant précis :

16 « *une évaluation de mi-stage vers les trois mois avec à peu près les mêmes objectifs, avec « faut que tu t'améliores sur telle chose* »

17 « *on ne sait pas si on a évolué dans le stage, est ce qu'on a appris quelque chose dans le stage. Il faudrait qu'il y ait une évolution...* »

19 « *même si t'as une base de certaines aptitudes à acquérir, c'est plus important au final de voir ta progression personnelle, ce que t'a apporté le stage par rapport à tes attentes et par rapport à ce que tu vas faire après* »

**- Mieux former les praticiens à l'évaluation**

14 « *Je crois cette case là ils ne savent pas trop quoi mettre* »

15 « *elles n'avaient pas l'habitude de faire des points comme ça (...) en hospitalier ils sont habitués à avoir des externes, des internes, ils sont un peu plus rodés, alors qu'en médecine générale à mon avis, ils voient un interne tous les six mois, ils n'ont pas tous autant l'habitude des évaluations. Ils devraient être mieux formés par le DMG* »

17 « *La relation entre les patients, entre très bien et bien, je ne vois pas trop la différence je pense qu'eux non plus* »

# **DISCUSSION**

## **A) Forces et faiblesses de l'étude**

### **1) L'échantillon**

Notre étude s'est basée sur un échantillon d'internes comprenant 4 hommes et 6 femmes (représentatif de la proportion hommes/femmes dans notre profession, 60% des nouveaux inscrits à l'ordre des médecins en 2017 étaient des femmes). Ils avaient réalisé leur stage pour 4 dans l'Hérault, pour 4 dans le Gard et pour 3 dans l'Aude (un des 10 internes ayant fait 2 stages dans des régions différentes). Aucun des participants n'avait fait son stage dans les Pyrénées-Orientales.

La répartition entre ville et campagne était similaire. Notre étude était limitée aux internes du Languedoc-Roussillon et au stage chez le praticien de niveau 1. Elle ne peut donc pas être extrapolée sur le plan national et ne s'applique pas aux autres types de stage du cursus de l'internat.

Au total, nous avons mené dix entretiens n'ayant plus recueilli de nouvelles données à partir du huitième.

### **2) L'investigateur**

On notera aussi que les sujets interrogés avaient le même statut d'internes en médecine générale que moi, et que mon rôle de représentant de la médecine générale au SILR pendant mon cursus m'a fait connaître (au moins de nom) par la grande majorité de mes co-internes. Cela a certainement facilité le recrutement et favorisé la discussion. Cependant, même si l'on ne parle pas de biais en analyse qualitative, cela a pu avoir un impact sur le discours.

Mon manque d'expérience a pu être un frein à l'expression des participants. *"La recherche qualitative étant interprétative par nature, elle ne peut répondre au critère*

*d'objectivité exigé en recherche quantitative mais elle doit répondre au critère de réflexivité, qui implique que le chercheur doit prendre conscience de sa contribution dans la production, de la manière dont il influence les résultats et d'en rendre compte » (23)*

Mon temps de parole très limité et une attitude la plus neutre possible ont du limiter au maximum mon influence sur le discours du participant.

### **3) La méthode**

L'approche phénoménologique semble être appropriée pour ce type d'étude centrée sur le ressenti émotionnel.

Ma directrice de thèse encadrant sa première thèse et n'ayant pas d'expérience sur l'approche phénoménologique (son propre travail de thèse utilisant une méthode qualitative thématique), nous avons décidé de faire appel au Dr Serayet pour co diriger notre travail et ainsi nous faire profiter de son expérience dans ce domaine (validation du DU sur la méthode qualitative, encadrement de nombreuses thèses utilisant cette démarche)

### **4) L'entretien**

La technique de l'entretien semi-directif a été retenue pour notre étude car elle semblait adaptée à notre type de recherche, plus abordable pour un investigateur sans expérience (la gestion d'un groupe étant plus complexe, avec une plus forte tendance à la digression et à l'émergence de leader d'opinions), et plus simple à organiser. Cependant des échanges dans le cadre d'un focus group auraient peut être permis de faire ressortir plus d'idées nouvelles et son utilisation pour des études complémentaires à notre travail serait justifiée.

Le guide d'entretien a tout d'abord été validé par un entretien test, et n'a pas été modifié pendant l'étude car la durée des entretiens (entre 11 et 19 minutes) et les réponses des internes semblaient satisfaisantes.

L'enregistrement des entretiens a été fait par dictaphone, ce qui a pu gêner la parole de certains participants (plusieurs internes ont voulu s'assurer à plusieurs reprises que l'enregistrement ne serait jamais diffusé). Le lieu d'entretien était variable selon le souhait de l'interne, certains pouvant être plus propices que d'autres à la prise de parole (logement de l'interne, logement de l'investigateur, lieu public).

## **5) L'analyse**

Une triangulation partielle a été réalisée pour valider la méthode. Ainsi, avec ma directrice de thèse, nous avons analysé séparément et sans concertation préalable la retranscription des 2 premiers entretiens puis nous avons recoupé nos résultats. Ce regard extérieur renforce l'objectivité de notre travail.

J'ai analysé seul les entretiens restants.

*« Triangulation : Utilisation combinée de différentes méthodes de recherche, incluant plusieurs sources d'information, principalement pour contrôler la validité interne des résultats d'une étude » (21)*

Les participants n'ont pas validé leurs entretiens par une relecture de la retranscription. Les internes interrogés ayant atteint des niveaux différents dans leur cursus, on peut parler de triangulation temporelle qui selon Savoie-Zajc *« tente de prendre en considération la dimension évolutive du phénomène étudié » (13)*

Les critères COREQ ont été utilisés pour la validité de l'étude.

## **B) Les résultats**

### **1) Pour notre objectif principal**

La bibliographie en rapport avec le vécu des internes sur leurs évaluations étant très pauvre, nous ne pourrions pas faire de parallèles avec d'autres études. Cela appuie l'originalité et le caractère innovant de notre recherche.

Nos résultats montrent que la démarche d'évaluation est actuellement perçue très différemment selon les internes et selon les MSU (d'après les propos des internes).

Parfois comme une simple démarche administrative (validation de stage, délivrance d'une licence de remplacement) dont le contenu n'a finalement que l'impact que l'interne veut bien lui donner sur la suite de ses études, parfois comme une réelle aide à la progression.

Cependant tous les internes interrogés pensent qu'elle devrait être améliorée pour un meilleur bénéfice pédagogique. Ils sont demandeurs d'une critique constructive qu'ils considèrent comme indispensable pour progresser.

Les échanges entre l'interne et les praticiens lors de l'évaluation sont en pratique très variables. Inexistants dans certains cas, avec une fiche remplie sans aucune concertation, ce qui est parfois bien vécu par l'interne (notamment si les échanges avaient été réguliers pendant la durée du stage, ou par désintérêt de l'interne pour la démarche), mais parfois vécu comme un frein à sa progression. Dans un certain nombre de cas, l'interaction a été tout a fait satisfaisante, ce qui est toujours associé à un ressenti positif par l'interne.

La relation entre l'interne et les MSU, influencée par les personnalités des uns et des autres, a un impact important sur la qualité de ces échanges pédagogiques. En effet, une relation trop distante (notamment en cas de rapport hiérarchique marqué) peut limiter les interactions nécessaires à la pédagogie, tandis qu'une relation trop proche peut être tout aussi délétère en nuisant à l'objectivité des échanges (peur de blesser, peur de dégrader la relation... ). Un juste milieu semble nécessaire, d'autant que la qualité des échanges pendant toute la durée du stage semble être un facteur déterminant dans l'investissement et le vécu de l'évaluation.

Les émotions exprimées par les participants étaient très variables.

On retrouvait dans les vécus positifs un réconfort pour l'avenir (importance du jugement par ses pairs, un de nos participants mettait en avant l'importance de l'influence du premier stage libéral sur les pratiques futures de l'interne), ainsi qu'une confirmation du bon déroulement du stage.

Dans les sentiments négatifs la palette était plus variées : du sentiment d'injustice, de la déception, du dégoût, de la colère et une perte de confiance en soi en cas de mauvais commentaires. Une sensation d'infantilisation par le procédé de notation, du stress précédant l'évaluation (par crainte du jugement ou lors d'une évaluation faite sans que l'interne soit prévenu). La plupart de ces émotions négatives semblent être en lien avec un manque de communication entre le MSU et l'interne pendant le stage provoquant un décalage entre la perception que l'interne avait de sa pratique par rapport à celle de son MSU.

On note à plusieurs reprises dans nos entretiens un désintérêt pour cette démarche d'évaluation dans sa forme actuelle, aussi bien du côté des internes dont l'attention était portée uniquement sur la validation du stage, que pour certains MSU qui ont complété la fiche sans réflexion approfondie et sans concertation avec les différents praticiens en charge du stage (toujours selon la perception des internes). En l'état, cette évaluation est donc considérée, dans un certain nombre de cas, comme inutile d'un point de vue pédagogique.

## 2) Pour notre objectif secondaire

### - L'amélioration des échanges

Toutes les propositions de nos participants (mise à part certaines concernant la fiche d'évaluation) ont en commun la volonté de créer un cadre favorable à l'amélioration des échanges entre internes et MSU, en quantité et en qualité. Nous avons vu précédemment que la qualité de ces interactions étaient très variables (pendant mais aussi en dehors des évaluations), et que les ressentis négatifs des internes étaient tous liés à un manque à ce niveau.

#### a) Plus de moments dédiés

Les participants ont tous évoqué l'importance d'introduire des séances d'évaluation supplémentaires, ce qui a été confirmé par d'autres études. Il est notamment intéressant de citer un travail de thèse réalisé sur Poitiers (24) dont le sujet était très proche du nôtre mais utilisait une approche quantitative. Cette étude avait pour but de « *proposer un outil pédagogique permettant à l'interne de suivre l'évolution de ses acquisitions tout au long du semestre et au maître de stage d'adapter de manière évolutive les réponses nécessaires à la progression de l'étudiant* ». Elle était basée sur un questionnaire adressé aux internes de médecine générale et quantifiait leurs attentes en lien avec le stage chez le praticien. Le résultat de l'étude montrait que « *des échanges plus réguliers entre le maître de stage et son interne pourraient permettre de réduire le hiatus existant entre les attentes initiales de chacun et leurs acquisitions finales* » ce qui est en accord avec nos résultats.

On retrouve 3 types de schémas d'évaluation proposés par les internes dans nos entretiens :

- l'introduction d'une séance d'évaluation à 3 mois de stage en plus de l'évaluation finale pour permettre à l'interne de cibler les points à améliorer avant la fin du stage et lui laisser ainsi le temps d'y travailler.

- La mise en place d'évaluations à 2, 4 et 6 mois de stage, dont l'objectif est le même que la proposition précédente, mais avec une séance supplémentaire. Ce schéma est intéressant car il peut être mis en relation avec l'objectif d'autonomisation progressive en 3 phases proposé par la faculté (2 mois d'observation, 2 mois de consultations guidées, 2 mois d'autonomie complète, cf introduction) et permettrait ainsi de faire un point entre chacune de ces phases.
- la dernière proposition est d'instaurer une évaluation en début, milieu et fin de stage. Ce schéma permettrait de définir avant même le début du stage les attentes de l'interne, permettant ainsi au MSU de mieux cibler son enseignement, son encadrement...

Ces séances supplémentaires semblent tenir particulièrement à coeur des participants car une seule évaluation en fin de stage les empêche de cibler leurs lacunes suffisamment tôt et donc de les combler avant la fin du semestre.

#### b) Un cadre homogène

Le caractère obligatoire de ces séances d'évaluation semble être désiré par un certain nombre d'internes, dans le but d'harmoniser des pratiques parfois très hétérogènes. En effet certains MSU font déjà spontanément (ou à la demande de l'interne dans certains de nos entretiens) plusieurs séances d'évaluation durant le stage avec un suivi de la progression et des attentes de l'interne, tandis que d'autres ne font pas l'évaluation finale avec l'interne.

L'évaluation semble souvent faite au dernier moment du stage, voire le dernier jour, empêchant ainsi l'étudiant d'améliorer ses points faibles, parfois générateur de stress pour l'interne, diminuant la motivation des 2 parties pour la faire et posant parfois des problèmes d'organisation (MSU absents...). Cette problématique serait en grande partie résolue par l'introduction des séances d'évaluation supplémentaires dont nous parlions ci dessus, et une discussion sur la mise en place d'un calendrier obligatoire pour leur réalisation pourrait être menée, permettant ainsi qu'elles soient anticipées et ainsi faites dans de bonnes conditions.

L'utilisation d'un formulaire lors de l'évaluation semble pertinente pour plusieurs des participants. Elle permet de fixer un cadre identique pour tous les internes et de guider la séance d'évaluation. Cependant on note des opinions divergentes à ce sujet, un interne craint que le format papier rende l'évaluation trop « *formelle* » et donc « *stressante* ».

Plusieurs internes pensent que ce formulaire doit être rendu à la faculté pour renforcer son caractère obligatoire. Un interne propose toutefois qu'il ne soit pas obligatoirement rendu à la faculté mais qu'un formulaire pour déclarer les internes « *dangereux* » puisse être utilisé en cas de besoin.

### c) Plus de dialogue lors des évaluations

Pour améliorer les échanges, la présence de tous les protagonistes semble fondamentale (interne et l'ensemble des MSU).

L'idée d'une auto-évaluation préalable par l'interne revient à plusieurs reprises dans les entretiens et semble toujours améliorer le vécu de l'évaluation.

Des groupes de réflexion ont travaillé sur l'évaluation des internes lors de la mise en place du DES. Dans la revue « *Exercer* » (7) un groupe proposait une approche dite « *réflexive* » qui revient « *à apprendre par et dans l'action, autrement dit de compléter une formation académique par une formation par la pratique, et aussi de se former par l'analyse de sa propre pratique, pendant ou après celle-ci* » (25) ce qui est permis par l'auto-évaluation car l'interne valide ou non ses actions ce qui permettrait de « *donner du sens à sa pratique, améliorer la confiance en soi, accéder à une reconnaissance professionnelle* » (23)

Cette évaluation peut aussi avoir un intérêt pour les praticiens qui peuvent ainsi mieux identifier les attentes des internes et ainsi personnaliser leur enseignement.

## - Une adaptation du support

Les internes interrogés, bien que globalement satisfaits de la fiche d'évaluation actuelle, proposent tout de même quelques modifications :

### a) Adapter les critères d'évaluation

Les critères actuels semblent, d'après nos participants, plus adaptés à une pratique hospitalière qu'au stage chez le praticien. Une thèse quantitative sur l'évaluation des connaissances des internes de médecine générale faite à Amiens en 2016 (26) par un test de connaissances de 24 questions suggérait que les compétences acquises pendant l'internat étaient insuffisamment orientées vers la pratique de la médecine générale (régression des connaissances sémiologique, mauvaise maîtrise des démarches administratives, du suivi du nourrisson et de l'HTA... tandis que la maîtrise des examens complémentaires s'améliorait).

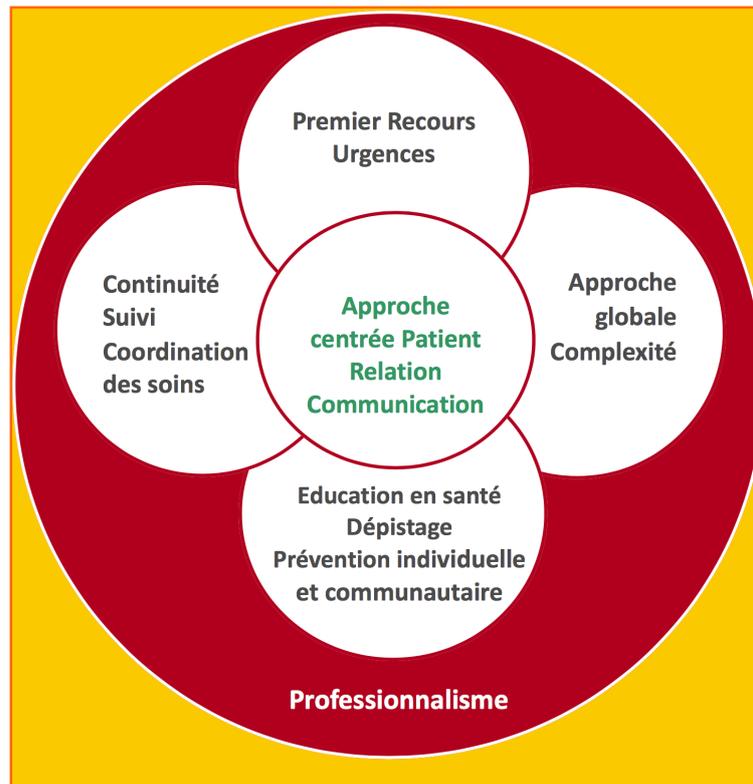
Il semble donc important d'orienter les critères d'évaluation, reflets des compétences que nous devons acquérir, vers la pratique libérale, ce qui est en accord avec les nouvelles dispositions de la réforme du 3ème cycle des études médicales.

Nos participants ont proposé à plusieurs reprises la suppression de certains items qui paraîtraient non adaptés au stage chez le praticien, notamment « *présentation orale des dossiers* », « *aptitude à l'urgence* », « *intégration dans l'équipe de soins* ».

Au contraire, des critères plus spécifiques à la pratique libérale pourraient être ajoutés. On retrouve comme proposition, des items en rapport avec la gestion du temps au cabinet, la gestion des examens et la prise d'avis en pratique libérale, l'utilisation des thérapeutiques spécifiques à la médecine de ville, l'acquisition de l'autonomie nécessaire aux remplacements, l'attitude de l'interne.

Une liste des compétences du médecin généraliste devant être acquises au cours du cursus a déjà été déterminée par de nombreux travaux (27, 28).

figure 1 : Marguerite de la CNGE (29)



Dans une synthèse de ces compétences, publiée dans la revue « *Exercer* » en 2015 (7), nombre de celles-ci sont absentes de la fiche d'évaluation actuelle : « *exécution des gestes techniques, actions de santé publique, éducation du patient, application des dispositions réglementaires, gestion de la formation professionnelle continue ou encore gestion de l'entreprise médicale* ».

Une thèse de médecine de 2013 qui portait sur « *L'évaluation des compétences acquises par les internes de médecine générale à la fin du stage chez le praticien de niveau 1* » (30) montrait que les MSU interrogés considéraient que leurs internes ne maîtrisaient pas correctement l'information du patient, le remplissage des documents administratifs, l'adaptation de la prise en charge aux ressources du bassin de santé.

Il est étonnant de constater qu'un bon nombre des compétences citées dans les deux travaux ci dessus, pourtant indispensables à notre profession, n'a pas été évoqué par les participants à notre étude.

Pour finir certains critères d'évaluation actuels semblent mal compris par les internes et les MSU et gagneraient, d'après nos entretiens, à être mieux définis, comme « *présentation orale des dossiers* », « *hygiène et propreté* », « *aptitudes diagnostiques* », « *connaissances théoriques* » ou encore « *acquisitions en cours de stage* ».

#### b) Modifier le système de notation

Le système de notation par lettre est globalement peu apprécié par les interrogés. Ladite notation serait trop subjective (car trop sujette à l'interprétation de l'évaluateur) et serait insuffisamment personnalisée. L'utilisation de commentaires écrits en remplacement ou en complément de la notation revient régulièrement dans nos entretiens. On note la proposition de laisser une zone de commentaire pour chaque MSU (en cas d'avis divergents), et une zone pour permettre à l'interne d'exprimer son opinion sur ces commentaires. Cette envie de favoriser les commentaires écrits peut être mise en lien avec cette volonté d'amélioration des échanges vue précédemment.

Nos participants proposent que la notion de progression de l'interne soit plus mise en avant, plutôt qu'une évaluation unique à un instant précis, ce qui serait favorisé par les séances d'évaluation supplémentaires.

#### **- Un intérêt pour le praticien**

L'amélioration des évaluations peut aussi avoir un impact positif sur le MSU qui cernerait mieux les attentes de l'interne et pourrait ainsi entendre ses critiques sur le déroulement du stage. En effet, une étude Grenobloise sur les attentes des internes de médecine générale pour le stage chez le praticien de niveau 1 et qui utilisait un questionnaire adressé aux internes et aux MSU en début et en fin de stage, a montré un décalage entre les internes qui recherchaient majoritairement l'acquisition de

compétences professionnelles pratiques, alors que les maîtres de stage restaient dans une optique de transmission de connaissances théoriques (31).

Nos participants ont émis l'idée qu'une amélioration de la formation des MSU sur l'évaluation des internes permettrait de mieux remplir cette fiche d'évaluation qui reste parfois mal comprise, de travailler leur approche pédagogique (attitude bienveillante, encadrement...) et de mieux cerner les attentes des internes sur le stage.

## **C) Perspectives**

### **1) Des avancées pédagogiques en déploiement**

De nombreux changements dans le système pédagogique Montpelliérain sont actuellement à l'oeuvre. Le développement du portfolio et la mise en place d'un tuteur référent pour les nouveaux internes constitue une avancée importante dans l'amélioration globale du suivi de l'étudiant sur la faculté de Montpellier. Une étude qualitative menée à Nantes (32), par focus group interrogeant les internes, les enseignants et les responsables facultaires, dans laquelle une promotion d'internes pouvait choisir entre un système d'évaluation traditionnel et un système expérimental incluant l'utilisation d'un portfolio, montrait que le nouveau système bien que complexe à mettre en place (rigueur dans la constitution du portfolio, investissement nécessaire des enseignants...) était plus apprécié par tous les groupes.

Le portfolio est une « *collection organisée de matériel permettant d'obtenir des informations sur les apprentissages effectués et sur les compétences développées par un étudiant* » (33, 34). Ce système est important à citer dans notre travail car il permet un suivi régulier de l'interne par un professionnel référent et constitue un outil d'auto-évaluation efficace qui vient se poser en complément d'une hétéro-évaluation directe par le praticien. Cela rejoint le souhait d'auto-évaluation que nous avons mis en avant dans cette étude.

On notera aussi la mise en place de la réforme du 3ème cycle, rendant le semestre de SASPAS obligatoire, et orientant le cursus vers une pratique plus libérale.

## **2) Futures études**

Maintenant que les attentes des internes pour leur évaluation de stage chez le praticien sont mieux cernées, une autre étude pourrait être menée auprès des praticiens pour mieux évaluer leur perception de ce travail d'évaluation, l'investissement qu'ils seraient prêts à y consacrer et leurs attentes sur le contenu. De plus, des études similaires pour les autres types de stages hospitaliers ou pour le SASPAS (qui est dorénavant obligatoire avec la réforme du 3ème cycle), pourraient compléter ce travail. En effet la problématique des évaluations est bien sûr tout aussi présente en milieu hospitalier.

Une thèse réalisait un « *état des lieux des pratiques d'évaluation des compétences des internes de médecine générale en stage hospitalier dans les différentes facultés françaises* » en 2015 (35) en interrogeant les responsables pédagogiques de 9 facultés françaises par entretien téléphonique semi dirigé. Elle montrait que des solutions à ces problématiques d'évaluation étaient en cours d'étude dans toutes les facultés interrogées, avec notamment « *l'élaboration de nouveaux outils, l'importance des traces écrites d'apprentissage et de l'autoévaluation, les moyens de maîtrise sur les stages proposés aux internes, ou encore les avantages d'une harmonisation des pratiques* ». Cette étude souligne encore une fois l'importance de l'évaluation dans le processus pédagogique et montre que cette problématique est au centre de nombreuses réflexions dans les différentes facultés françaises.

Tout ceci pourrait à terme déboucher sur la mise en place concrète d'un nouveau système d'évaluation plus adapté aux différents types de stage et plus proche des attentes des internes et des MSU en matière de pédagogie.

## **CONCLUSION**

La pédagogie médicale représente un point fondamental du travail du DMG. En amélioration constante depuis l'acquisition du statut de spécialité médicale de la médecine générale, elle semble porter ses fruits avec une nouvelle génération mieux formée.

Notre travail a montré que les internes ont un vécu très hétérogène de leur évaluation, très dépendant de leur investissement et de celui du MSU dans cette démarche, et surtout de la qualité de la communication pendant l'ensemble du stage. Toutes les évaluations réalisées en prenant le temps de la discussion et de l'échange, et/ou accompagnées d'interactions régulières tout au long du stage, sont toujours considérées comme bénéfiques et vécues positivement par les internes. Notre étude montre une réelle volonté de la part de nos participants d'avoir des retours réguliers et francs sur leurs pratiques pour mieux cibler leurs difficultés et ainsi progresser plus rapidement.

Tous les ressentis négatifs que nous avons recueillis étaient en lien avec un manque de communication tout au long du stage et/ou d'une évaluation faite sans interaction directe.

Pour améliorer cette situation, nos participants ont proposé plusieurs pistes avec principalement une augmentation du nombre de séances d'évaluation obligatoires pendant le stage, (notion présente à l'unanimité avec des fréquences variables selon les entretiens), une amélioration des échanges interne-MSU lors de ces évaluations, la modification de la forme de l'évaluation avec des critères spécifiques au stage chez le praticien, et une plus grande place pour les commentaires écrits sur la progression de l'interne. Enfin il est proposé d'améliorer la formation des MSU sur ce sujet pour les sensibiliser à l'importance et à la bonne conduite de cet exercice.

Suite à notre étude nous pensons que des travaux complémentaires pourraient être intéressants à mener en interrogeant les MSU pour avoir ainsi une vision plus globale des attentes des deux parties et favoriser une véritable synergie entre le MSU et l'interne.

Des études similaires à celle-ci pourraient être élargies aux autres types de stage où l'interne de médecine générale est amené à se former et ainsi faire ressortir des critères d'évaluation spécifiques pour chacun d'entre eux.

Le mot clé de cette étude est donc le compagnonnage, c'est sur ce principe que repose ce stage, un système de transmissions de connaissances et de formation qui a fait ses preuves et que les internes semblent vouloir exploiter à son maximum, l'amélioration du système d'évaluation n'étant qu'une piste parmi d'autres pour le renforcer.

## **Bibliographie**

1 - Levrino T. Perception du stage de médecine générale ambulatoire de DFASM1 des étudiants de 2ème cycle des universités de Montpellier-Nîmes. Thèse de médecine. Université de médecine de Montpellier-Nîmes ; 2016, 69p.

2 - Bloy G. À quoi bon former des médecins généralistes? Un modèle d'apprentissage et un modèle professionnel sous tensions. Revue française des affaires sociales 2014;n°1 :169-191.

3 - Legifrance, Arrêté du 22 septembre 2004 relatif à l'organisation, au déroulement et à la validation des stages des étudiants en troisième cycle des études médicales appelés internes ou résidents. [En ligne]. <https://www.legifrance.gouv.fr/eli/arrete/2004/9/22/SANP0423091A/jo>. consulté le 19/10/2017

4 - CGELAV (collège des généralistes enseignants de Loire-Atlantique et Vendée), stage internat de niveau 1. [En ligne]. <https://www.cgelav.fr/devenir-msu/les-stages-en-mg/internat-niveau-1/>. consulté le 19/10/2017

5 - Bloy G. La transmission des savoirs professionnels en médecine générale : le cas du stage chez le praticien. Revue française des affaires sociales. 2005;n°1:101-125

6 - Michel S, Ledru M. Capital compétence dans l'entreprise, une approche cognitive. Paris : Editions sociales de France; 1991, 227p.

7 - Le Mauff P, Bail P, Gargot G, Garnier F, Guyot H, Honorat C, Huez JF. L'évaluation des compétences des internes de médecine générale. Exercer,2005;n°73:63-69.

8 - Bagourd E. Evaluation du ressenti de l'acquisition des compétences du métier de médecin généraliste, par les internes de médecine générale, enquête nationale. Thèse de médecine. Université de médecine de Tours ; 2014, 59p.

- 9 - Jouquan J. L'évaluation des compétences professionnelles des futurs médecins : une exigence sociale et un enjeu pédagogique. *Réanimation et Urgences*. 1998;n°7:611-613.
- 10 - Maurice J. Expérience et vécu des premières consultations de médecine générale en autonomie au cours du stage chez le praticien de niveau 1. Thèse de médecine. Faculté de médecine Lyon Sud ; 2015, 176p.
- 11 - Letrillart L, Bourgeois I, Vega A, Cittée J, Lutsman M. Un glossaire d'initiation à la recherche qualitative. *Exercer*, 2009;n°87:74–79.
- 12 - Paillé P, Mucchielli A. L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales. 4ème édition. Paris, France : A. Colin ; 2016. 430p.
- 13 - Miles MB, Huberman AM. Analyse des données qualitatives. 2<sup>e</sup> édition. Bruxelles : de Boeck; 2003, 624p.
- 14 - Oude-Engberink A, Lognos B, Clary B, David M, Bourrel G. La méthode phénoméno-pragmatique : une méthode pertinente pour l'analyse qualitative en santé. *Exercer*.2013; n°105 : 4-11.
- 15 - Moreau A, Dedianne MC, Letrillart L, Le Goaziou MF, Labarere J, Terra JL. S'approprier la méthode du focus group. *La revue du Praticien*. 2004;n°645:382-384
- 16 - Blanchet A. Les Techniques d'enquête en sciences sociales. Paris: Dunod; 1987. 197p.
- 17 - Kakai H. Contribution à la recherche qualitative : cadre méthodologie de rédaction de mémoire. Université de Franche-Comté. Février 2008
- 18 - Apel K-O, Poulain J, editors. Critique de la raison phénoménologique: la transformation pragmatique. Paris: Editions du Cerf; 1991. 248 p.

- 19 - Peirce CS. Pragmatisme et pragmaticisme. Paris: Éditions du Cerf; 2002,496p.
- 20 - Houser N. La structure formelle de l'expérience selon Peirce. Études Phénoménologiques. 1989;5(9/10):77-111.
- 21 - Letrillart L, Bourgeois I, Vega A, Cittée J, Lutsman M. Un glossaire d'initiation à la recherche qualitative II. Exercer. 2009;n°88:106-112.
- 22 - Kaufmann JC. L'entretien compréhensif : L'enquête et ses méthodes. 3ème édition. Paris : Armand Colin; 2011, 128p.
- 23 - Oude Engberink A, Amouyal M, David M, Bourrel G. Étude qualitative du sentiment « d'être prêt à exercer » la médecine générale chez des internes et de jeunes médecins généralistes. Pédagogie Médicale,2011;n°12(4):199-212.
- 24 - Moussac A. Evaluation des attentes des internes pour le stage de niveau 1 en médecine générale : enquête quantitative auprès des internes de médecine générale de la Faculté de Médecine et Pharma. Thèse de médecine. Université de médecine de Poitiers ; 2013, 173p.
- 25 - A Schön D. Le praticien réflexif : A la recherche du savoir caché dans l'agir professionnel. Paris : LOGIQUES; 1994, 418p.
- 26 - Plaquet J. Évaluation des connaissances médicales théoriques des internes en médecine générale en dernier semestre du troisième cycle des études médicales en juin 2016 à la faculté de médecine d'Amiens. Thèse de médecine. Faculté de médecine d'Amiens ; 2016, 86p.
- 27 - Samuelsom M, Goriaux JL, Lévy G, Maulme JM, Née E, Vandebossche S. Pour un référentiel métier du médecin généraliste : Rénover l'Enseignement de la Médecine Générale. Paris : Collège de Basse Normandie des Généralistes Enseignants ;1997, 90p.

28 - Certain MH, Gervais Y, Perrin A. Un référentiel professionnel pour le médecin généraliste : Des compétences pour un métier. Paris : Editions Osiose,1999, 113p.

29 - Attali C, Bail P. la Marguerite du CNGE (Collège National des Généralistes Enseignants). [En ligne] [http://www.medecine.unilim.fr/IMG/pdf/Marguerite\\_version\\_definitive-1-.pdf](http://www.medecine.unilim.fr/IMG/pdf/Marguerite_version_definitive-1-.pdf), consulté le 26/10/2017

30 - Labat L. Evaluation des compétences acquises par les internes de médecine générale à la fin du stage chez le praticien de niveau 1. Thèse de médecine. Université de médecine de Toulouse III ; 2013, 51p.

31 - Chambefort C, Sarfati S. Le stage chez le praticien de premier niveau en troisième cycle de médecine générale à Grenoble : entre attentes et réalités. Thèse de Médecine. Faculté de médecine de Grenoble ; 2008, 168p.

32 - Le Mauff P, Pottier P, Goronflot L, Barrier J. Evaluation d'un dispositif expérimental d'évaluation certificative des étudiants en fin de troisième cycle de médecine générale. Pédagogie Médicale. 2006;n°7(3):142-154.

33 - Bail P, Le Reste JY, Boiteux F. Le portfolio, expérience du département de médecine générale de la Faculté de Brest. La Revue du Praticien. 2004;n°646:445-447.

34 - Le Mauff P, Farthouat N, Goronflot L, Urion J, Senand R. Récit de situation complexe et authentique : le modèle nantais. La Revue du Praticien. 2004;n°654:724-726.

35 - Lacoste T. Quel est l'état des lieux des pratiques d'évaluation des compétences des internes de médecine générale en stage dans les différentes facultés françaises?. Thèse de médecine. Faculté de médecine de Tours ; 2015, 98p.

# ANNEXES

## Annexe 1 : Fiche actuelle d'évaluation de stage des internes en médecine générale


 Université de Montpellier  
**FACULTÉ**  
 de  
**MÉDECINE**  
 Montpellier-Nîmes  
 Scolarité 3ème cycle des études médicales  
 Bureau DES Médecine Générale  
 Tél : 04 34 43 35 40 – Fax : 04 34 43 35 45  
 Mail : karine.anterrieu@umontpellier.fr


 Fiche à retourner entièrement complétée  
 au bureau DES MG dès la fin de chaque stage

### FICHE D'ÉVALUATION DU STAGE DE L'INTERNE DE MEDECINE GENERALE

Arrêté du 25/02/2016

Semestre n° ..... Du .....20.... Au .....20....

ETABLISSEMENT		INTERNE				
Nom : .....		Nom (de jeune fille) .....				
Ville : .....		Prénom .....				
Spécialité du service : .....		Année du DES : .....				
Chef de service Nom/prénom : .....						
GRILLE D'ÉVALUATION : APTITUDES PROFESSIONNELLES						
<i>Echelle d'évaluation : A = très bien, B = bien, C = assez bien, D = passabe, E = mauvais (justifier)</i>						
		A	B	C	D	E
1	Connaissances théoriques					
2	Aptitudes diagnostiques					
3	Aptitudes thérapeutiques					
4	Aptitudes à l'urgence					
5	Hygiène / Propreté					
6	Relations avec les patients					
7	Ponctualité, assiduité					
8	Présentation orale de dossiers					
9	Intégration dans l'équipe de soins					
10	Acquisitions au cours du stage					
Observations éventuelles						
Aspects positifs : .....						
.....						
Difficultés rencontrées : .....						
.....						

Avis du chef de service ou du Maître de stage référent (MSR)

(SASPAS, Praticien, Gynéco-Pédia) :

Avis favorable

Avis défavorable

Signature et Cachet du Chef de Service  
ou du MSR

Signature de l'Interne

Stage validé  OUI

NON

Le Doyen de la Faculté de  
Médecine Montpellier-Nîmes,

Michel MONDAIN

**Annexe 2 : Formulaire d'information et de consentement, questionnaire démographique**

**Thèse pour DES de médecine générale  
Interne : Raederstoerffer Arthur  
Directeur de thèse : Dr Kinné Mélanie  
Co-Directeur de thèse : Dr Philippe Serayet**

N° de codage de l'entretien :

Je certifie avoir donné mon accord pour participer à une étude qualitative en entretien individuel au sujet du stage chez le praticien de niveau 1, j'atteste avoir eu la possibilité de poser toutes les questions que je souhaitais et avoir obtenu des réponses satisfaisantes.

J'accepte volontairement de participer à cette étude. Mon consentement ne décharge pas les organisateurs de la recherche de leurs responsabilités et je conserve tous mes droits garantis par la loi. Je comprends que les informations recueillies sont strictement confidentielles et à usage exclusif des investigateurs concernés.

J'ai été informé(e) que mon identité n'apparaîtra dans aucun rapport ou publication et que toute information me concernant sera traitée de façon confidentielle (respect du secret professionnel). J'accepte que les données enregistrées à l'occasion de cette étude puissent être conservées dans une base de données et faire l'objet d'un traitement informatisé non nominatif. J'ai bien noté que le droit d'accès prévu par la loi « informatique et libertés » s'exerce à tout moment.

Fait à : ....., Date : .....

Nom de l'interviewé : .....

Signature de l'interviewé (précédée de la mention « lu et approuvé ») :

Je soussigné(e) Mr Raederstoerffer Arthur, investigateur de l'étude, certifie avoir communiqué à ..... toutes les informations utiles sur les objectifs et les modalités de cette étude.

Je m'engage à faire respecter les termes de ce formulaire de consentement, afin de mener cette étude dans les meilleures conditions, conciliant le respect des droits et libertés individuelles et les exigences d'un travail scientifique. Fait à ....., le ..... Signature

### **Annexe 3 : guide d'entretien**

Bonjour,

Je suis interne en dernier semestre de médecine générale. L'entretien que nous allons faire a pour but de mieux comprendre ce que les internes attendent de leur stage chez la praticien et essayer, si nécessaire, de l'améliorer.

Je te remercie d'avoir accepté de participer à cette étude. Nous venons de signer le formulaire de consentement et tu as accepté que l'entretien soit enregistré. Tout restera comme convenu anonyme. Nous pouvons donc commencer.

1) Comment s'est passé ton stage chez le praticien?

2) Qu'as tu pensé de ta progression lors de ce stage?

3) Comment as tu ressenti tes échanges avec tes praticiens?

4) Comment as tu vécu ton évaluation de stage?

5) Si tu le juges nécessaire, quelles sont selon toi les pistes d'amélioration possible de ces évaluations?

*Relance : je présentais la fiche d'évaluation actuelle (annexe 1) si nécessaire pour fournir un support à la discussion*

#### Annexe 4 : exemple d'analyse de retranscription

<p>- <b>Si tu le juges nécessaire, quelles sont les pistes d'améliorations possibles selon toi pour ces évaluations ?</b></p> <p>- <u>je pense que peut être faire une évaluation à mi stage, voir à deux mois , quatre mois, six mois... ça pourrait être bien, que ce soit en stage prat' ou de SASPAS, mais moi que ce soit moi ou mes prat' quand il y avait un truc qui n'allait pas ils me le disaient. Donc ça permet de changer de pratiques au fur et à mesure. Quand tu gardes pour toi, et lui pour lui, et il te le sort à la fin du stage... moi ça m'est pas arrivé mais je sais que ça été le cas en discutant avec d'autres internes. J'ai entendu une histoire ou un prat à dit à l'interne : j'aurais bien aimé faire une consult' d'une demi journée avec toi pour qu'on voit comment ça se passe que j'apprenne de ta façon de faire. Mais il n'en a pas reparlé et l'interne s'est pas lancé du coup à la fin du stage il ne s'était rien passé... Mais ça peut valoir le coup.</u></p> <p>- <i>Je montre la feuille d'évaluation actuelle que penses tu de la fiche d'évaluation?</i></p> <p>- Sur la feuille, <u>les lettres ça fait classe de primaire un peu bidon, tu enlèves les lettres et tu mets un commentaire...</u> des petits commentaires personnalisés on va dire. Hygiène propreté c'est un peu bidon mais bon ça va c'est pas si mal. Mais les lettres... <u>de ne pas avoir des questions en mode QCM ça serait plus productif plus personnalisé, mettre plutôt connaissances théoriques et tu mets plutôt des commentaires. Ça serait mieux de le faire avec l'interne de façon plus concerté. Malheureusement en fin de stage c'est un peu le papier que tu donnes à ton prat' pour avoir la validation parce que la fac le demande et passer au stage suivant elles sont pas très exploitées au final. Je pense ça rendrait plus service si c'était au cours du stage, un examen un petit débriefing avec les mêmes items. Après avoir une feuille ça sert a formaliser à protocoliser les choses entre tous les prat'. Mais pour moi ça se faisait au fur et à mesure sans que ce soit protocolisé sur une feuille.</u></p> <p>- Merci beaucoup.</p>	<p>(3) proposition d'introduire des évaluations de stage à mi parcours, voir tous les 2 mois</p> <p>(2) bonne communication pendant le stage</p> <p>(1) importance d'une communication au fur et à mesure et pas en fin de stage uniquement, plus d'interactivités serait bénéfique</p> <p>(2) hétérogénéité des pratiques selon les terrains de stage</p> <p>(3) Intérêt pour le MSU d'apprendre de son interne, notion d'échange dans les 2 sens</p> <p>(1) impression d'infantilisation par le système de notation par lettre</p> <p>(3) proposition de supprimer la notation par lettre et de la remplacer par des commentaires écrits (« plus productif, plus personnalisé »)</p> <p>(2) plutôt satisfait des items</p> <p>(3) propose une évaluation en présence de l'interne</p> <p>(1) ressenti comme une simple formalité administrative pour passer au stage suivant peu exploité</p> <p>(3) l'évaluation serait plus utile en cours de stage</p> <p>(3) importance de conserver un format papier pour uniformiser les pratiques entre les terrains de stage</p>
---	--

## 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, au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine.*

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

*Admis (e) 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 (se) et reconnaissant (e) envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.*

*Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses.  
Que je sois couvert (e) d'opprobre et méprisé (e) de mes confrères si j'y manque.*

# **RESUME**

**Introduction** : L'évaluation de stage des internes en France, conformément à la réglementation, consiste à faire remplir par le responsable du stage un formulaire avec une notation par lettres pour plusieurs catégories. Cette évaluation est identique dans tous les stages de l'internat, hospitaliers ou libéraux. Nous nous sommes intéressés dans cette étude au vécu des internes en rapport avec cette évaluation lors de leur stage chez le praticien de niveau 1. Notre objectif secondaire était de recueillir, si nécessaire, leurs propositions pour y apporter des modifications.

**Méthode** : Notre étude était qualitative. Nous avons interrogé dix internes ayant fait leur stage dans le Languedoc-Roussillon par entretiens semi dirigés comprenant 5 questions ouvertes. L'analyse était basée sur une approche phénoménologique.

**Résultats** : Nos résultats principaux montrent un intérêt très variable porté à cette évaluation, avec de fortes variations de la qualité des interactions entre internes et MSU. Enfin les émotions exprimées par nos participants étaient hétérogènes, les ressentis négatifs étaient associés à un manque de communication avec les praticiens. Dans les pistes d'amélioration proposées, on trouve principalement l'introduction de séances d'évaluation supplémentaires, une nécessité d'homogénéisation des pratiques et d'amélioration des interactions, une adaptation du support d'évaluation au stage chez le praticien et une proposition d'amélioration de la formation des praticiens à cette démarche.

**Conclusion** : Notre étude met principalement en évidence la volonté des internes d'optimiser la communication avec leurs MSU, les séances d'évaluation étant une part fondamentale de ces échanges. Des pistes intéressantes d'adaptations de ces évaluations pour le stage chez le praticien de niveau 1 ont été proposées dans ce travail.

**Mots clés** : médecine générale, étude qualitative, évaluations, stage chez le praticien, ressenti, communication, compagnonnage