



HAL
open science

Niveau de compétence en “ Prévention, Éducation, Dépistage ” des internes en médecine générale de Rennes, et apport du tutorat du Service Sanitaire des Étudiants en Santé

Adèle Meraud

► To cite this version:

Adèle Meraud. Niveau de compétence en “ Prévention, Éducation, Dépistage ” des internes en médecine générale de Rennes, et apport du tutorat du Service Sanitaire des Étudiants en Santé. Sciences du Vivant [q-bio]. 2020. dumas-03241451

HAL Id: dumas-03241451

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03241451>

Submitted on 28 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.



THÈSE D'EXERCICE / UNIVERSITÉ DE RENNES 1

sous le sceau de l'Université Bretagne Loire

Thèse en vue du

DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE

présentée par

Adèle Meraud

Née le 26 novembre 1991 à Bar-Le-Duc

**Niveau de compétence
en « Prévention,
Éducation, Dépistage »
des internes en
médecine générale de
Rennes, et apport du
tutorat du Service
Sanitaire des Étudiants
en Santé**

**Thèse soutenue à Rennes
le 20 octobre 2020**

devant le jury composé de :

Jean-François VIEL

PU-PH, université de Rennes 1 / *président*

Sylvie JAILLARD

MCU, université de Rennes 1 / *examineur*

Anthony CHAPRON

MCU, université de Rennes 1 / *examineur*

Arnaud MAURY

Fonction + établissement / *directeur de thèse*



THÈSE D'EXERCICE / UNIVERSITÉ DE RENNES 1
sous le sceau de l'Université Bretagne Loire

Thèse en vue du
DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE

présentée par

Adèle Meraud

Née le 26 novembre 1991 à Bar-Le-Duc

**Niveau de compétence
en « Prévention,
Éducation, Dépistage »
des internes en
médecine générale de
Rennes, et apport du
tutorat du Service
Sanitaire des Étudiants
en Santé**

**Thèse soutenue à Rennes
le 20 octobre 2020**

devant le jury composé de :

Jean-François VIEL

PU-PH, université de Rennes 1 / *président*

Sylvie JAILLARD

MCU, université de Rennes 1 / *examineur*

Anthony CHAPRON

MCU, université de Rennes 1 / *examineur*

Arnaud MAURY

Fonction + établissement / *directeur de thèse*

PROFESSEURS DES UNIVERSITES

NOM	PRENOM	CNU
ANNE-GALIBERT	Marie-Dominique	Biochimie et biologie moléculaire
BARDOU-JACQUET	Edouard	Gastroentérologie; hépatologie; addictologie
BELAUD-ROTUREAU	Marc-Antoine	Histologie; embryologie et cytogénétique
BELLISSANT	Eric	Pharmacologie fondamentale; pharmacologie clinique; addictologie
BELOEIL	Hélène	Anesthésiologie-réanimation; médecine d'urgence
BENDAVID	Claude	Biochimie et biologie moléculaire
BENSALAH	Karim	Urologie
BEUCHEE	Alain	Pédiatrie
BONAN	Isabelle	Médecine physique et de réadaptation
BONNET	Fabrice	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques; gynécologie médicale
BOUDJEMA	Karim	Chirurgie viscérale et digestive
BOUGUEN	Guillaume	Gastroentérologie; hépatologie; addictologie
BRASSIER	Gilles	Neurochirurgie
CARRE	François	Physiologie
CATROS	Véronique	Biologie cellulaire
CATTOIR	Vincent	Bactériologie-virologie; hygiène hospitalière
CORBINEAU	Hervé	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
CUGGIA	Marc	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
DARNAULT	Pierre	Anatomie
DAVID	Véronique	Biochimie et biologie moléculaire

DAYAN	Jacques	Pédopsychiatrie; addictologie
DE CREVOISIER	Renaud	Cancérologie; radiothérapie
DECAUX	Olivier	Médecine interne; gériatrie et biologie du vieillissement; addictologie
DESRUES	Benoît	Pneumologie; addictologie
DONAL	Erwan	Cardiologie
DRAPIER	Dominique	Psychiatrie d'adultes; addictologie
DUPUY	Alain	Dermato-vénéréologie
ECOFFEY	Claude	Anesthésiologie-réanimation; médecine d'urgence
FERRE	Jean-Christophe	Radiologie et imagerie Médecine
FEST	Thierry	Hématologie; transfusion
FLECHER	Erwan	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
GANDEMER	Virginie	Pédiatrie
GANDON	Yves	Radiologie et imagerie Médecine
GANGNEUX	Jean-Pierre	Parasitologie et mycologie
GARIN	Etienne	Biophysique et médecine nucléaire
GAUVRIT	Jean-Yves	Radiologie et imagerie Médecine
GODEY	Benoit	Oto-rhino-laryngologie
GUGGENBUHL	Pascal	Rhumatologie
GUILLÉ	François	Urologie
GUYADER	Dominique	Gastroentérologie; hépatologie; addictologie
HAEGELEN	Claire	Anatomie
HOUOT	Roch	Hématologie; transfusion
JEGO	Patrick	Médecine interne; gériatrie et biologie du vieillissement; addictologie

JEGOUX	Franck	Oto-rhino-laryngologie
JOUNEAU	Stéphane	Pneumologie; addictologie
KAYAL	Samer	Bactériologie-virologie; hygiène hospitalière
LAMY DE LA CHAPELLE	Thierry	Hématologie; transfusion
LAVIOLLE	Bruno	Pharmacologie fondamentale; pharmacologie clinique; addictologie
LAVOUE	Vincent	Gynécologie-obstétrique; gynécologie médicale
LE BRETON	Hervé	Cardiologie
LE TULZO	Yves	Réanimation; médecine d'urgence
LECLERCQ	Christophe	Cardiologie
LEDERLIN	Mathieu	Radiologie et imagerie Médecine
LEJEUNE	Florence	Biophysique et médecine nucléaire
LEVEQUE	Jean	Gynécologie-obstétrique; gynécologie médicale
LIEVRE	Astrid	Gastroentérologie; hépatologie; addictologie
MABO	Philippe	Cardiologie
MAHE	Guillaume	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire
MATHIEU-SANQUER	Romain	Urologie
MENER	Eric	Médecine générale
MEUNIER	Bernard	Chirurgie digestive
MOIRAND	Romain	Gastroentérologie; hépatologie; addictologie
MORANDI	Xavier	Anatomie
MOREL	Vincent	Médecine palliative
MOSSER	Jean	Biochimie et biologie moléculaire
MOURIAUX	Frédéric	Ophthalmologie

MYHIE	Didier	Médecine générale
NAUDET	Florian	Thérapeutique-Médecine de la douleur ; addictologie
ODENT	Sylvie	Génétique
OGER	Emmanuel	Pharmacologie fondamentale; pharmacologie clinique; addictologie
PARIS	Christophe	Médecine et santé au travail
PERDRIGER	Aleth	Rhumatologie
PLADYS	Patrick	Pédiatrie
RAVEL	Célia	Histologie; embryologie et cytogénétique
RENAUT	Pierric	Médecine générale
REVEST	Matthieu	Maladies infectieuses; maladies tropicales
RIFFAUD	Laurent	Neurochirurgie
RIOUX-LECLERCQ	Nathalie	Anatomie et cytologie pathologiques
ROBERT-GANGNEUX	Florence	Parasitologie et mycologie
ROPARS	Mickaël	Chirurgie orthopédique et traumatologique
SAINT-JALMES	Hervé	Biophysique et médecine nucléaire
SAULEAU	Paul	Physiologie
SEGUIN	Philippe	Anesthésiologie-réanimation; médecine d'urgence
SEMANA	Gilbert	Immunologie
SIPROUDHIS	Laurent	Gastroentérologie; hépatologie; addictologie
SOMME	Dominique	Médecine interne; gériatrie et biologie du vieillessement; addictologie
SOULAT	Louis	Médecine d'urgence
SULPICE	Laurent	Chirurgie viscérale et digestive
TADIÉ	Jean-Marc	Réanimation; médecine d'urgence

TARTE	Karin	Immunologie
TATTEVIN	Pierre	Maladies infectieuses; maladies tropicales
THIBAULT	Ronan	Nutrition
THIBAULT	Vincent	Bactériologie-virologie; hygiène hospitalière
THOMAZEAU	Hervé	Chirurgie orthopédique et traumatologique
TORDJMAN	Sylvie	Pédopsychiatrie; addictologie
VERHOYE	Jean-Philippe	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
VERIN	Marc	Neurologie
VIEL	Jean-François	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
VIGNEAU	Cécile	Néphrologie
VIOLAS	Philippe	Chirurgie infantile
WATIER	Eric	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique; brûlologie
WODEY	Eric	Anesthésiologie-réanimation; médecine d'urgence
BOUGET	Jacques	Thérapeutique; médecine d'urgence; addictologie
BRETAGNE	Jean-François	Gastroentérologie; hépatologie; addictologie
BRISSOT	Pierre	Gastroentérologie; hépatologie; addictologie
CHALES	Gérard	Rhumatologie
DAUBERT	Jean-Claude	Cardiologie
DEUGNIER	Yves	Gastroentérologie; hépatologie; addictologie
EDAN	Gilles	Neurologie
HUSSON	Jean-Louis	Chirurgie orthopédique et traumatologique
HUTEN	Denis	Chirurgie orthopédique et traumatologique

LEGUERRIER	Alain	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
MALLEDANT	Yannick	Anesthésiologie-réanimation; médecine d'urgence
MICHELET	Christian	Maladies infectieuses; maladies tropicales

LISTE DES MAITRES DE CONFERENCE UNIVERSITAIRES

NOM	PRENOM	CNU
ALLORY	Emmanuel	Médecine générale
AME-THOMAS	Patricia	Immunologie
AMIOT	Laurence	Hématologie ; transfusion
ANSEMI	Amédéo	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
BANATRE	Agnès	Médecine générale
BEGUE	Jean Marc	Physiologie
BERTHEUIL	Nicolas	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie
BOUSSEMART	Lise	Dermato-vénéréologie
BROCHARD	Charlène	Physiologie
CABILLIC	Florian	Biologie cellulaire
CASTELLI	Joël	Cancérologie ; radiothérapie
CAUBET	Alain	Médecine et santé au travail
CHAPRON	Anthony	Médecine générale
CHHOR-QUENIART	Sidonie	Médecine générale
CORVOL	Aline	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie
DAMERON	Olivier	Informatique
DE TAYRAC	Marie	Biochimie et biologie moléculaire
DEGEILH	Brigitte	Parasitologie et mycologie
DROITCOURT	Catherine	Dermato-vénéréologie
DUBOURG	Christèle	Biochimie et biologie moléculaire
DUGAY	Frédéric	Histologie, embryologie et cytogénétique
EDELIN	Julien	Cancérologie ; radiothérapie
FIQUET	Laure	Médecine générale
GANGLOFF	Cédric	Médecine d'urgence
GARLANTEZEC	Ronan	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
GOUIN épouse THIBAUT	Isabelle	Hématologie ; transfusion
GUILLET	Benoit	Hématologie ; transfusion
JAILLARD	Sylvie	Histologie, embryologie et cytogénétique
KALADJI	Adrien	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire
KAMMERER-JACQUET	Solène- Florence	Anatomie et cytologie pathologiques
LAVENU	Audrey	Sciences physico-chimiques et ingénierie appliquée à la santé
LE GALL	François	Anatomie et cytologie pathologiques
LE GALL	Vanessa	Médecine générale
LEMAITRE	Florian	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
MARTINS	Pédro Raphaël	Cardiologie
MENARD	Cédric	Immunologie
MICHEL	Laure	Neurologie
MOREAU	Caroline	Biochimie et biologie moléculaire
MOUSSOUNI	Fouzia	Informatique
PANGAULT	Céline	Hématologie ; transfusion

ROBERT	Gabriel	Psychiatrie d'adultes ; addictologie
SCHNELL	Frédéric	Physiologie
TURLIN	Bruno	Anatomie et cytologie pathologiques
VERDIER épouse LORNE	Marie-Clémence	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
ZIELINSKI	Agata	Philosophie

Remerciements :

Au Professeur VIEL :

Vous me faites l'honneur et le plaisir d'accepter la présidence du jury de cette thèse. Je vous en remercie. Veuillez trouver ici l'expression de mon profond respect et de ma sincère reconnaissance.

Au Dr Sylvie JAILLARD

Vous m'avez fait l'honneur d'accepter de faire partie de mon jury et de juger mon travail. Veuillez accepter le témoignage de ma profonde gratitude.

Au Dr Anthony CHAPRON

Vous m'avez fait l'honneur d'accepter de faire partie de de mon jury et de juger mon travail. Je vous remercie pour votre soutien, et la pertinence de vos conseils.

Au Dr Arnaud MAURY

Tu as immédiatement accepté de diriger ce travail, et tu m'as accompagné avec bienveillance tout le long de sa réalisation. Je te remercie pour tes conseils et pour ton soutien.

Au Dr Agnes BANATRE

Je te remercie d'avoir accepté la co-direction de ce travail. Je te remercie pour ton soutien et pour tes précieux conseils.

Au Dr Anne JOSSENS

Je te remercie de m'avoir soutenue dans mes recherches de sujet de thèse. Merci pour ton accueil et pour la formation en pédiatrie dispensée sur le semestre passé à St Malo.

Au Dr Géraldine TEXIER

Je te remercie de m'avoir soutenue et d'avoir pris le temps de me prodiguer tes conseils pour ce travail. Ta capacité d'écoute, tes savoirs et ton professionnalisme sont des modèles pour moi.

Au Pr MOREL et aux Dr TADIE, Dr TEXIER , Dr PLANTARD et Dr CAHAGNE

Merci infiniment pour la formation en soins palliatifs prodiguée sur le semestre passé à vos côtés. Du fond du cœur, je vous remercie de la confiance que vous me témoignez pour l'année qui vient.

Aux Dr FOURCADE, Dr DAILLAND, Dr DUFEU, Dr ROUSSEAU, Dr COSTES, Dr MALLARD, Dr PAVY, Dr LE HOUEROU et Dr LE CARFF

Merci à vous tous qui avaient marqué mon parcours d'interne, de façon positive et joyeuse. Ma pratique sera marquée par les vôtres.

A Mme RIOU

Merci d'avoir pris le temps de me recevoir et de d'avoir échangé avec moi sur mon sujet. Je vous remercie pour la formation inspirante qui a inauguré le tutorat du Service Sanitaire des Etudiants en Santé et qui a motivé le choix de ce sujet.

A Cynthia HUREL :

Merci d'avoir pris le temps pour m'aider sur les statistiques.

A Simon AUBAILLY

Merci d'avoir pris le temps de revoir avec moi ma méthodologie.

A mes co-internes : Faustine, Lolita, Marine, Julien, Fabrice, Isis merci pour ces semestres passés à vos côtés

A Béatrice, Charly, Fanny, Louis, Joachim, Hélène, Jean-Baptiste, Damien, Charlotte, Victor et Antoine merci pour une vie d'étudiante inoubliable et pour les retrouvailles.

A mes co-externes Camille, Agathe, Léa, Claire, Mathilde, Victoria et Manon

A mes amis Quentin, Constance , Florian, Daphné, Camille et Ségolène merci d'avoir toujours été là lorsque j'en avais besoin, merci pour les fous rires.

Merci aux infirmières qui m'ont aidée, notamment lors des gardes, où elles m'ont beaucoup appris.

A ma famille

A mes parents (Jacques et Marie-Cécile), merci de m'avoir donné toutes les opportunités pour me réaliser, merci pour l'amour qui règne à la maison, merci de m'avoir transmis le sens de la famille. En résumé : merci.

Toujours à mes parents, à mes frères (Vincent, Théodore et Mickael) et à mes sœurs (Jeanne, Sarah et Ingrid), merci de votre soutien infailible, merci pour notre belle unité. A mes superbes neveux (Georges, Emilie-Rose et Paul) qui sont si drôles, merci. Comme on dit en famille « mieux vaut piller, que torpiller » j'ajouterai donc, « Soyons heureux, soyons très heureux ».

A Zélia, merci de m'avoir appris la gentillesse, l'honnêteté, l'empathie.

A mon compagnon, Quentin, merci d'être là ce matin et d'avoir annulé ta garde de ce soir. Mais surtout merci pour ton soutien, merci pour nos beaux projets. L'avenir se dessine à deux et il est radieux. Je te dédie ce travail, tu es mon rayon de soleil.

Table des matières

Remerciements :	10
Liste des abréviations :	2
Introduction :	3
Matériel et méthode :	5
Population.....	5
Outil (Annexe 2).....	6
Chronologie	7
Traitement des données.....	7
Critères de jugement	8
Principal.....	8
Secondaire	8
Résultats	9
Effectifs retenus.....	9
Traitement des résultats	9
Description des réponses de la promotion en fin de DES 1 puis en fin de DES 2.	10
Niveau de compétence dans la capacité : prévention (Figure 1)	10
Niveau de compétence dans la capacité : éducation (Figure 2)	11
Niveau de compétence dans la capacité « implication » (Figure 3).....	12
Différences de moyenne observée par capacité entre les groupes tuteurs et non tuteurs	13
1) Bilan 1 (fin de DES 1)	13
2) Bilan 2 (fin de DES 2).....	13
Différences observées entre les groupes sur un tracé en radar pour la capacité « éducation » (Figure 4).....	14
Discussion	16
Principaux résultats :	16
Validité interne.....	16
Validité externe :	17
Analyse :	20
Perspectives : `	21
Bibliographie	23
Annexe 1 : Mode d'emploi de la toile de compétence	26
Annexe 2: Toile Excel-er onglet de la compétence « Prévention, Education »	27
Annexe 3 : référentiel métier et compétence de l'interne de médecine générale	28

Liste des abréviations :

CNGE : Collège national des généralistes enseignants

DES : Diplôme d'études spécialisées

DMG : Département de la médecine générale

EPD : Éducation Prévention Dépistage

FG : Focus Group

GEP : Groupe d'Échange de Pratique

IREPS : Instance Régionale d'Éducation et de Promotion de la Santé

MSU : Maîtres de Stages Universitaire

PACES : Première Année Commune aux Études de Santé

PF : Portfolio

SN1 : Stage praticien niveau 1

RCSA : Récit clinique en situation authentique

SSES : Service Sanitaire des Étudiants en Santé

Introduction :

La formation professionnelle, et notamment celle des internes en médecine générale, bascule progressivement d'un paradigme d'enseignement vers un paradigme d'apprentissage. Ces évolutions pédagogiques entraînent une adaptation des objectifs de formation, favorisent la réflexion et proposent une formation centrée sur l'autonomie de l'étudiant (1). Il est désormais attendu de l'interne qu'il valide l'acquisition de compétences. Une compétence est définie comme « *un savoir agir modulable (...) pour aborder une situation clinique ou professionnelle authentique et complexe* » (2).

Les compétences du médecin généraliste sont décrites au sein d'un « référentiel métier et compétence » (3). Un référentiel similaire à destination des internes de médecine générale (4), a été publié en 2013 (5) et décrit les 6 compétences :

- Premiers recours, urgence
- La continuité des soins, le suivi au long cours, la coordination des soins
- L'éducation à la santé, le dépistage, la prévention, la santé individuelle et communautaire (Annexe 3)
- L'approche globale, la complexité
- La relation médecin/malade, la communication, l'approche centrée sur le patient
- Le professionnalisme

Ainsi que leurs niveaux (6) d'apprentissage (novice, intermédiaire, compétent).

L'acquisition de ces compétences a pour objectif de permettre la certification du futur médecin généraliste par son DMG (7). Depuis 2017 les internes de médecine générale de la faculté de Rennes 1 se sont vu proposer un outil supplémentaire participant au processus de certification. Il s'agit d'un questionnaire d'autoévaluation qui permet de situer les étudiants dans leur progression par compétence (8). Cet outil se nomme « La toile des compétences » et appartient à un processus d'évaluation formative. L'évaluation formative est un « *Processus d'évaluation continue ayant pour objet d'assurer la progression de chaque individu avec une démarche d'apprentissage dans l'intention de modifier la situation d'apprentissage ou le rythme de cette progression pour apporter, s'il y a lieu, des correctifs appropriés* (9) ». Cette grille n'est pas associée à un seuil de réussite, c'est-à-dire à un « *Niveau de qualité à partir duquel on considère une performance comme réussie* (9) ». Il n'a pas été trouvé dans la littérature d'expérimentation de l'outil ou de comparaison des résultats produits par l'outil à d'autres méthodes d'évaluation. Nous nous sommes demandé quel était le profil de compétence moyen obtenu via la « toile des compétences » en Éducation, Prévention, Dépistage (EPD) ?

La littérature produite par la faculté de Rennes 1 se concentre sur cette compétence. Elle est définie comme la « *Capacité à accompagner « le » patient dans une démarche autonome visant à maintenir et améliorer sa santé, prévenir les maladies, les blessures et les problèmes psychosociaux dans le respect de son propre cheminement, et donc à intégrer et à articuler dans sa pratique l'éducation et la prévention* » (Annexe 3). En 2013 le Dr Sabourin (10) avait cherché à mettre en avant d'éventuels indicateurs de développement de cette compétence en fonction de l'avancée dans le cursus, en vue de créer un référentiel national. Elle fait écho à des travaux de thèses synchrones

et de même méthode conduits sur d'autres universités du grand ouest : Nantes, Poitiers, Tours et Angers (11,12,13,14).

Ces travaux ont notamment mis en évidence des attentes spécifiques en termes de formation à la communication en EPD. Pour les internes interrogés, le succès des démarches de prévention et d'éducation résidait dans l'efficacité de la communication médecin-patient. Ils souhaitaient donc davantage de formation dans ce domaine. Cette enquête sur Rennes mettait également en avant l'attente de cours davantage pratiques que magistraux, notamment dans le domaine de l'EPD.

La création du tutorat du SSES, à l'université de Rennes 1, en 2019 pourrait répondre à ces attentes (15). Le SSES est un dispositif innovant, qui vise à initier l'ensemble des étudiants en troisième année de médecine à la promotion de la santé par la réalisation d'actions concrètes (16,17). Pour ce travail ils sont répartis en groupes et tutorés par un interne de médecine générale ou de santé publique volontaire. Les tutorés bénéficient de cours magistraux et d'ateliers pratiques de posture éducative et de séméiologie. Parmi les thèmes proposés en intervention on trouvait : l'alimentation, les addictions, l'exposition aux écrans, la santé sexuelle et affective, l'activité sportive. Ils sont intervenus dans des milieux divers : scolaire, carcéral, associations de patients, EHPAD. Afin de pouvoir accompagner leur groupe les internes volontaires ont bénéficié d'une formation à l'éducation pour la santé.

Les bénéfices de la participation du tutorat du SSES ont été étudiés par H. Josselin dans ses travaux de thèse (18). Ils ont notamment souligné que l'inscription au tutorat était grandement motivée par un désir de progression en éducation pour la santé. Cela s'est-il traduit par une meilleure progression sur les auto-évaluations des étudiants ?

Le principal objectif de cette étude est d'étudier le profil moyen en EPD des internes en DES de médecine générale sur la faculté de Rennes 1. L'objectif secondaire est de rechercher un éventuel bénéfice de compétence en éducation qui serait lié à la participation au tutorat du SSES.

Matériel et méthode :

Étude rétrospective descriptive portant sur l'évaluation du niveau de la compétence EPD des internes de médecine générale de faculté de Rennes.

Population

Le critère d'inclusion dans l'études est : l'inscription en DES 1 de l'internat de médecine générale sur la faculté de Rennes 1 en 2017.

Les critères de non-inclusion sont de deux ordres. Le premier étant l'exercice d'un droit au remord à l'issu du DES 1 de médecine générale. Le second concerne les étudiants issus d'autres spécialités, entrés dans la formation par l'exercice d'un droit au remord en 2017.

Afin de recueillir leur consentement au recueil de données, l'ensemble des internes potentiellement concernés par l'étude a reçu un mail d'information. La possibilité était donnée de s'opposer à la collecte de leurs auto-évaluations en réponse à ce courrier. Le mail précisait que les données seraient traitées de façon anonyme. Il n'y a pas eu de retour de mail s'opposant à la collecte des données.

Certains des internes de la population étaient inscrits à la formation de tuteur du SSES. Ces internes avaient bénéficié d'une demi-journée de formation à l'éducation pour la santé dispensée par l'IREPS. Cette intervention reprenait des notions théoriques concernant l'éducation pour la santé ainsi qu'une formation à la démarche projet en promotion de la santé. Il leur a également été proposé la participation à des GEP, afin d'échanger sur leurs éventuelles difficultés et incertitudes dans l'accompagnement de leurs groupes. Enfin, deux mois avant l'intervention, les internes pouvaient assister aux ateliers préparatoires du SSES pendant lesquelles les étudiants tutorés présentaient leurs interventions à un expert du public ciblé.

Outil (Annexe 2)

« La toile des compétences » est une grille d'auto-évaluation, dont la mise à jour est obligatoire pour tous les internes en fin de DES 1, de DES 2, de DES 3. Les étudiants déposent l'auto-questionnaire rempli dans leur portfolio (PF). Il s'agit d'un espace personnel sécurisé sur le site internet du DMG. La présence et la qualité de ces auto-évaluations sont des critères retenus dans le processus de certification final de l'interne. Afin d'apprendre à utiliser cet outil les internes sont formés à son utilisation par le DMG lors de journées d'initiation obligatoires au cours de leur premier semestre d'internat.

Cet outil de suivi de niveau de compétence est un tableur Excel. Il comporte un onglet pour chacune des six compétences. Les données qui sont traitées ici sont issues de l'onglet « Prévention - Éducation » (Annexe 3)

Cet onglet évalue le niveau de compétence en EPD via trois grandes capacités :

- La prévention et le dépistage, capacité définie comme « *l'ensemble de mesures visant à réduire le nombre et la gravité des maladies et des accidents* » (OMS 1948)
- L'éducation du patient, capacité dont nous pourrions rapprocher la définition de celle de l'éducation pour la santé qui « *a pour but que chaque citoyen acquière tout au long de sa vie les compétences et les moyens qui lui permettront de promouvoir sa santé et sa qualité de vie ainsi que celles de la collectivité.* » (35)
- L'implication du soignant, capacité pour laquelle il n'existe pas de définition précise mais qui pourrait être définie comme la faculté à placer le patient en position de sujet dans l'ensemble des démarches précédentes.

Chacune de ses capacités est décrite par 11 indicateurs (soit 33 indicateurs étudiés au total). Un indicateur décrit soit un savoir, soit un savoir-agir, soit un savoir-être.

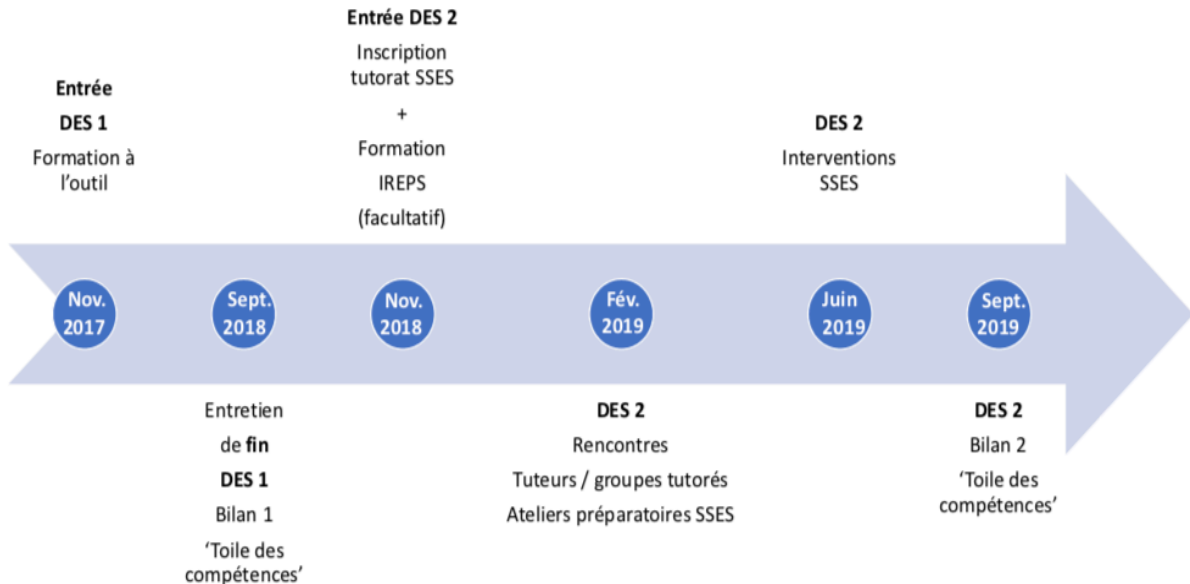
Les indicateurs sont classés par niveaux d'acquisition croissants au sein de chaque capacité. Il en existe trois (10) :

- 1) Les indicateurs de niveau novice sont normalement acquis en fin de DES 1
- 2) Les indicateurs de niveau intermédiaire sont normalement acquis en milieu ou en fin de DES 2,
- 3) Les indicateurs de niveau compétent sont normalement acquis en cours ou en fin de DES 3, voire pour certains seraient à acquérir à la fin d'un DES de quatre ans.

Pour chaque indicateur l'interne peut répondre sur l'outil par OUI (acquis) ou NON (en voie d'acquisition ou non acquis). Chaque validation d'indicateur enregistré par l'interne se reporte automatiquement dans les bilans ultérieurs. A contrario si la notion portée par l'indicateur n'est pas acquise les cases des bilans ultérieurs sont laissées vierges.

La note obtenue sur les 11 indicateurs, qui composent chaque capacité est ensuite reportée sur 10. Pour plus de lisibilité, une représentation graphique en radar retraçant les acquisitions de l'année se crée automatiquement sur la page finale.

Chronologie



Traitement des données

L'investigateur a bénéficié d'un accès administrateur supervisé par le DMG aux PF. Cela lui a permis de collecter les « Toiles de compétences ».

L'anonymisation des données a été faite par attribution d'un nombre aléatoire compris entre 1 et 105. La correspondance avec les identités des étudiants n'a été accessible qu'à l'investigateur et a été détruite à l'issue du recueil des données. Les données ont été rassemblées dans un tableur Excel.

Quelques relances ont été effectuées via les réseaux sociaux ou via les adresses courriel de la faculté lorsque les données recueillies n'étaient pas exploitables (données incomplètes, format incompatible).

Dans le tableur, le profil de chaque interne a été codé en fonction de sa participation ou non au service sanitaire, de la présence d'un bilan 1 exploitable et d'un bilan 2 exploitable.

Critères de jugement

Principal

A partir du profil de compétence individuel, les résultats obtenus sont agrégés par indicateur. Ceci permet de décrire le profil de compétence pour l'ensemble des internes de la promotion. Une étude de la distribution des notes a ensuite été réalisée.

La progression est mesurée par la différence de score de la note sur 10 entre les premiers et seconds bilans.

Les statistiques observationnelles ont été réalisées avec toutes les « Toiles de compétence » disponibles (indépendamment de la complétude du bilan 2).

Secondaire

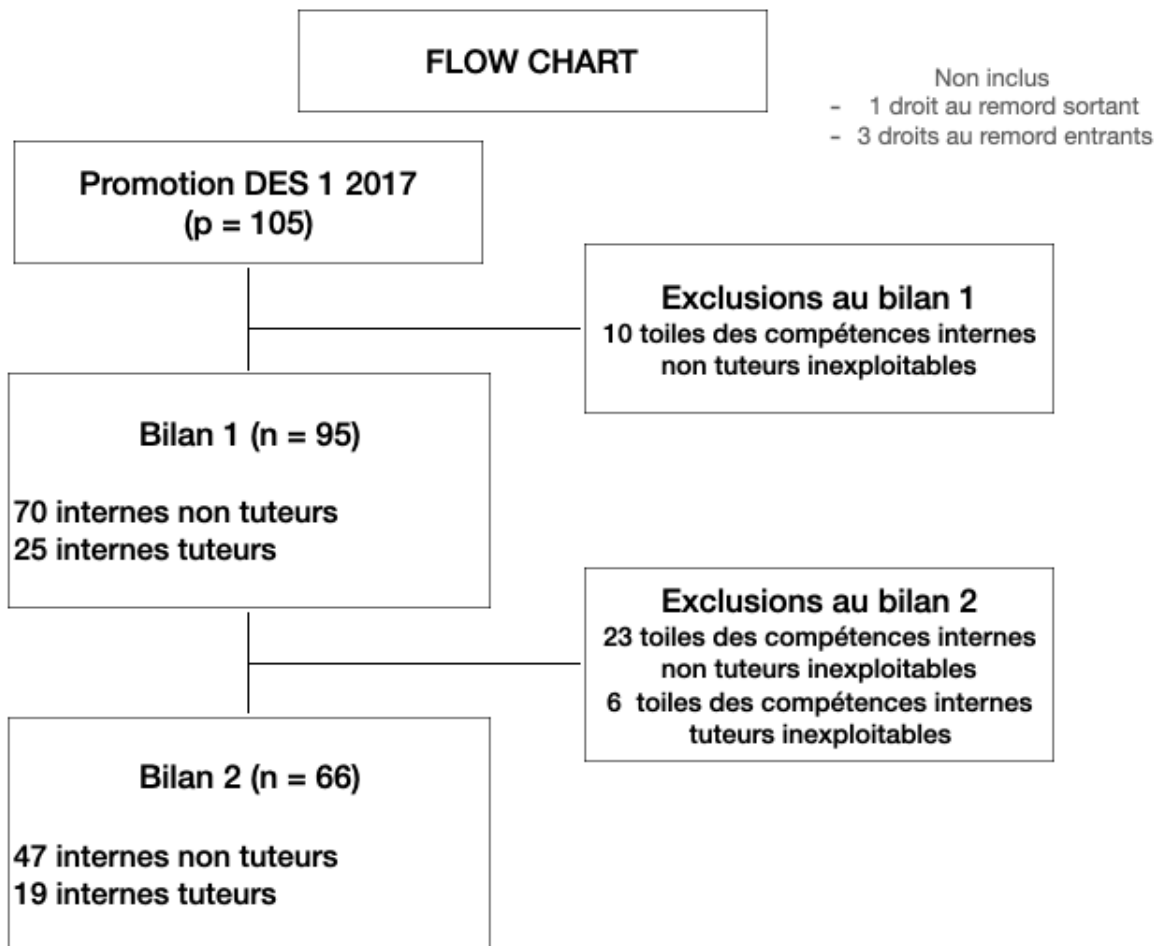
Il consiste en la recherche d'une différence de moyenne par capacité entre les groupes tuteurs et non tuteurs avant puis après le tutorat du SSES. L'hypothèse nulle (H_0) est définie par l'absence de différence de moyenne par capacité entre les deux groupes.

Afin de ne pas augmenter le risque alpha, les indicateurs de chaque capacité (au nombre de 33 au total) n'ont pas été comparés. Les statistiques ont été réalisées via le site « BiostaTGV ».

Les statistiques analytiques ont été réalisées à partir des « Toiles de compétence » comportant deux bilans exploitables.

Résultats

Effectifs retenus



Traitement des résultats

L'effectif du groupe tuteur étant inférieur à 30 une analyse de la distribution graphique des réponses par capacité a été réalisée. Elle montre une absence de distribution suivant une loi normale dans le groupe tuteur. Dès lors, le choix d'un test non paramétrique a été fait afin de comparer les moyennes avant et après la participation : test de Mann et Whitney

Description des réponses de la promotion en fin de DES 1 puis en fin de DES 2.

Niveau de compétence dans la capacité : prévention (Figure 1)

1) Bilan 1 (fin de DES 1)

Les internes étudiés ont un profil novice pour la majorité. Les indicateurs de ce niveau sont quasiment tous acquis (94,3%). Les résultats se distribuent de façon homogène (entre 92,6 et 96,8%). Entre un tiers et la moitié des internes ont un profil intermédiaire (43,12%) à compétent (39,6%).

Concernant les quatre indicateurs du niveau intermédiaire, les résultats sont compris entre 35,8% et 58,9%. L'indicateur « capacité à répondre à une demande de prévention exprimée par le patient immédiatement ou en organisant une consultation spécifique ultérieure » (B1 CPI1) présente le plus haut score. Les trois autres indicateurs ont des résultats compris entre 37,9% et 40%.

Pour les trois indicateurs de niveau compétent, les résultats sont compris entre 28,4% et 47,4%. L'indicateur le mieux noté est la « capacité à argumenter pour convaincre un patient non motivé à l'utilité de réaliser un acte de prévention » (B1 CPC2). L'indicateur le moins bien noté est la « capacité à argumenter pour convaincre un patient de renoncer à un acte de prévention injustifié ou inutile » (B2 CPC3).

2) Bilan 2 (fin de DES 2)

Les indicateurs de niveaux novices sont acquis chez tous les internes (100%). Neuf internes sur dix (91,7%) valident le niveau intermédiaire avec une répartition de résultats compris entre 84,8% et 97%. Près des trois quarts des internes (73,7%) ont validé les indicateurs de niveau compétent, avec des résultats compris entre 56,1% et 84,8%. La « capacité à argumenter pour convaincre un patient à un acte de prévention injustifié ou inutile » était acquise chez 37 internes (56,1%) il s'agit de l'indicateur qui avait la plus faible progression sur ce niveau.

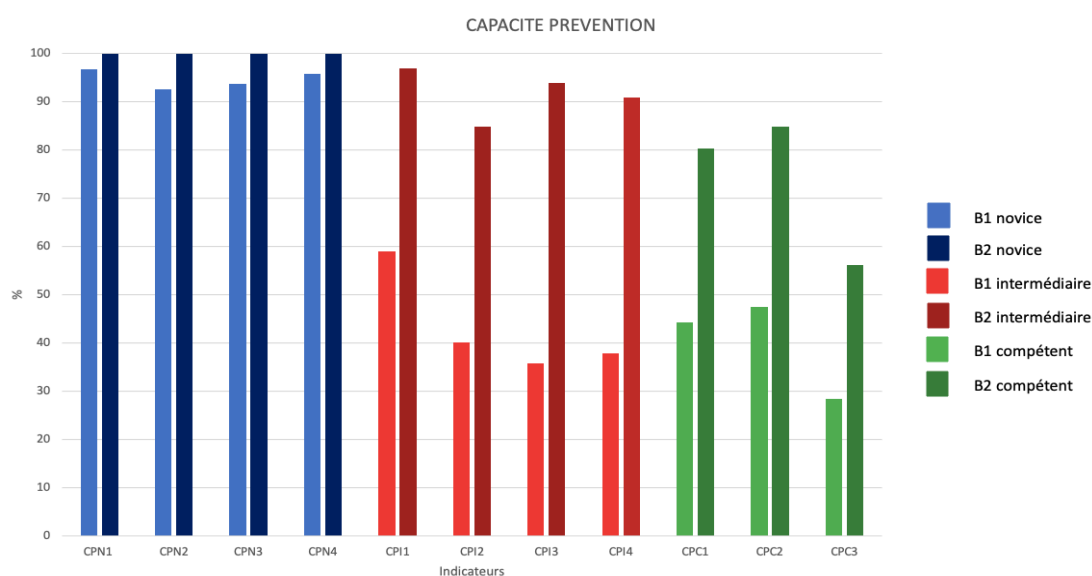


Figure 1: niveau en capacité prévention

Niveau de compétence dans la capacité : éducation (Figure 2)

1) Bilan 1 (fin de DES 1)

Le niveau novice est acquis pour 78,6 %, le niveau intermédiaire pour 52 %, le niveau compétent pour 42,1 % des internes.

Les quatre indicateurs de niveau novice se répartissent de façon inhomogène (64,2% - 98,9%). L'indicateur qui présente la note la plus basse, est « peut faire des confusions entre les concepts d'éducation à la santé du patient (prévention primaire), d'éducation du patient à sa maladie (connaissance, acceptation de la maladie) et d'éducation thérapeutique du patient (démarche de prise en charge personnelle) (B1 CEN1). L'indicateur « limite l'éducation à des conseils et à de l'information » (B1 CEN2) comporte 64 (67,4%) réponses positives. 80 internes (84,2%) expriment « des difficultés à mettre en place les différents concepts éducatifs » (B1 CEN3). Enfin, 94 internes (98,9%) sont « conscients de nécessaires acquisitions à réaliser dans le domaine de l'éducation » (B1 CEN4).

Les résultats pour les quatre indicateurs du niveau intermédiaire sont homogènes avec des résultats compris entre 43,2 et 56,8%.

Les résultats pour les trois indicateurs de niveau compétent sont compris entre 17,9% et 70,5%. L'indicateur « Accepte l'idée que l'éducation se construise dans la durée » (B1 CEC2) est le mieux noté. L'indicateur « profite de certaines consultations « simples » ou qui laissent du temps pour faire le point sur des mesures d'éducation pertinentes » (B1 CEC3) est le moins bien noté.

2) Bilan 2 (fin du DES 2)

Les indicateurs de niveau novice sont acquis pour les trois quarts de l'effectif (77,7%). Il est observé sur les deux premiers indicateurs une régression des scores, respectivement 6,6% et 3,8%. Les indicateurs de niveau intermédiaires sont acquis chez huit internes pour dix (85,6%) avec des résultats entre 80,3% et 89,4%. Enfin les indicateurs de niveau compétent sont acquis à 80,8%. L'indicateur « profite de certaines consultations « simples » ou qui laissent du temps pour faire le point sur des mesures d'éducation pertinentes » (B2 CEC3) est celui qui progresse le plus.

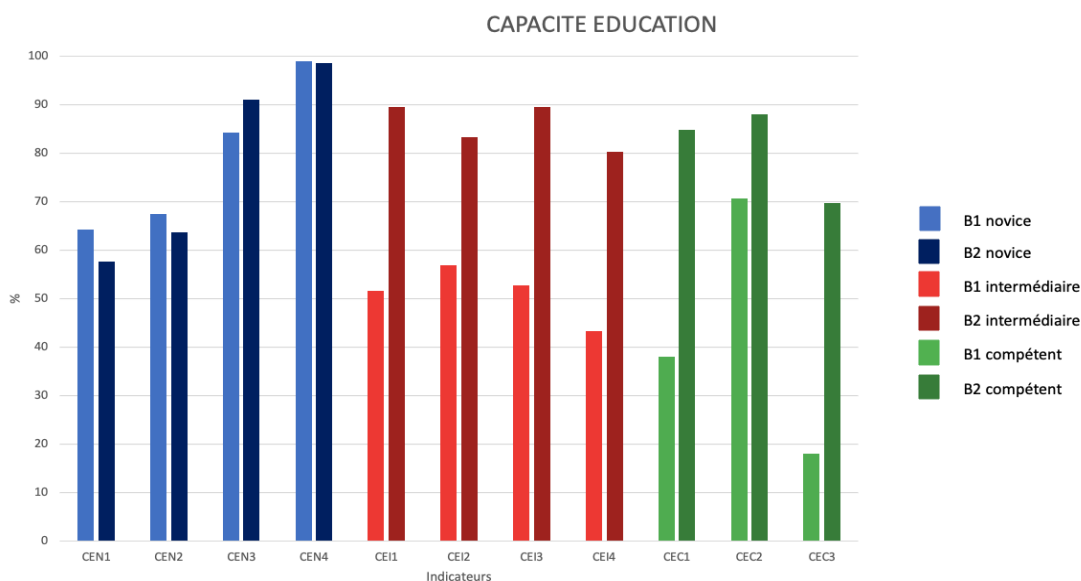


Figure 2 : niveau en capacité éducation

Niveau de compétence dans la capacité « implication » (Figure 3)

1. Bilan 1 (fin de DES 1)

Le niveau novice est acquis pour la moitié (49,1 %) des internes. Le niveau intermédiaire est acquis pour les trois quarts (74,22%) des internes. Enfin le niveau compétent est acquis pour un peu plus de la moitié (54,75%).

Concernant les trois indicateurs de niveau novice : les résultats sont compris entre 36,8 et 56,8%. Le score le plus bas correspond à un indicateur formulé : « tente d'assumer la responsabilité de la santé du patient sans respecter son autonomie et sans lui laisser cette responsabilité » (B1 CIN1). Le score le plus haut est l'indicateur « met en avant les risques pour le patient de devenir malade plutôt que les avantages attendus pour sa qualité de vie et la promotion de sa santé » (B1 CIN2). 51 internes (53,7 %) « recherchent l'adhésion du patient en argumentant ses propositions sur son raisonnement sans tenir compte des représentations du patient » (B1CIN3).

Concernant les indicateurs de niveau intermédiaire les résultats sont compris entre 49,5% et 89,5%.

Concernant les indicateurs de niveau compétent les résultats sont compris entre 17,9% et 77,9%. Le score le plus bas, porte sur l'indicateur « collabore à un programme d'éducation thérapeutique pour un patient atteint de maladie chronique visant à moduler ses habitudes de vie et à le rendre plus autonome dans la gestion de sa santé » (B1 CIC2).

2. Bilan 2 (fin de DES 2)

Il n'y a pas de progression concernant les indicateurs de niveau novice acquis à 49%. Les indicateurs de niveau intermédiaires sont acquis pour 88,6% des internes avec des résultats compris entre 74,2% et 100% Enfin les indicateurs de niveau compétent sont acquis pour 73,5% (40,9%-98,8%)

La plus haute progression d'indicateur s'observe sur la collaboration des internes à un programme d'éducation thérapeutique (augmentation du score de 23%).

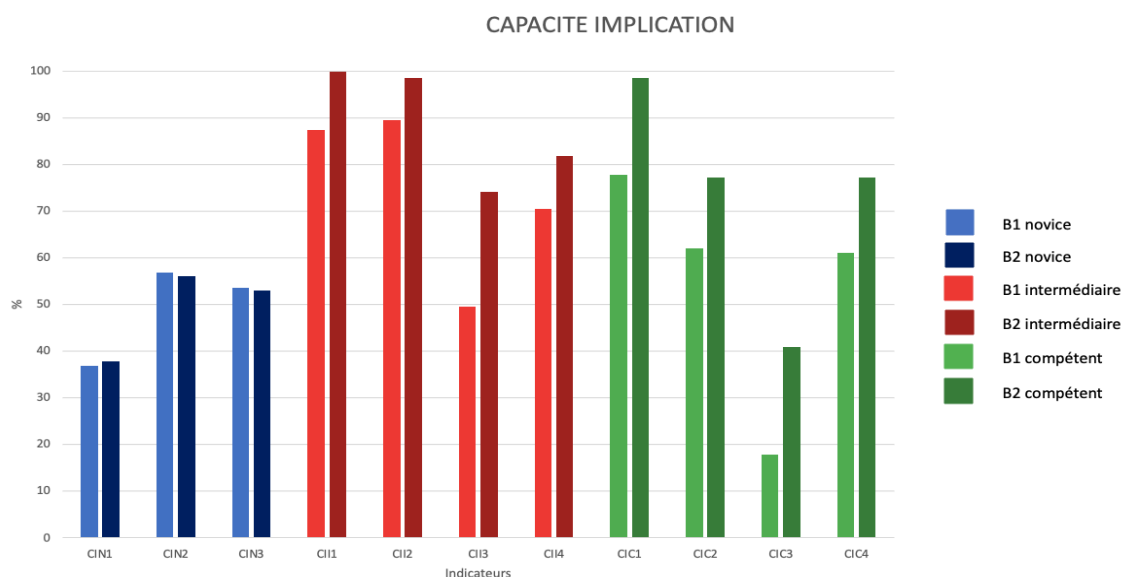


Figure 3 : niveau en capacité implication

Différences de moyenne observée par capacité entre les groupes tuteurs et non tuteurs

Les résultats sont repris dans le tableau 1. Nous détaillons pour exemple la capacité « éducation ».

1) Bilan 1 (fin de DES 1)

Dans la capacité « éducation » le groupe des internes tuteurs obtient une moyenne de 5,07/10, écart-type 2,06. Le groupe des internes non-tuteurs acquiert une moyenne de 5,99/10, écart-type 1,88. La comparaison des moyennes des internes tuteurs et non tuteurs par un test de Mann et Whitney est significative avec $p = 0,02$.

2) Bilan 2 (fin de DES 2)

Dans la capacité éducation le groupe des internes tuteurs obtient une moyenne de 7,90/10 avec un écart-type de 1,67, le groupe des internes non-tuteurs acquiert une moyenne de 8,24/10 avec un écart-type de 1,28. La comparaison de moyennes est non significative avec $p = 0,36$. Le groupe des internes tuteurs progresse en moyenne de 3,11/10 avec un écart-type de 2,67, le groupe des internes non-tuteurs a une progression de moyenne de 2,47/10 avec un écart-type de 1,43. La comparaison de la progression par la différence des moyennes entre les deux groupes par un test de Mann et Whitney est non significative avec $p = 0,11$.

Tableau 1 : comparaison des moyennes des niveaux des niveaux de compétences

Internes		Tuteurs (n = 19)		Non tuteurs (n = 47)		P-value
		Moyenne (sur 10)	Écart type	Moyenne (sur 10)	Écart-type	
Prévention	Bilan 1	5,36	2,20	6,11	2,41	0,25
	Bilan 2	8,61	1,43	9,13	1,10	0,12
	Progression	3,25	2,32	3,32	2,02	0,81
Éducation	Bilan 1	5,07	2,06	5,99	1,88	0,02
	Bilan 2	7,90	1,67	8,24	1,28	0,36
	Progression	3,11	2,67	2,47	1,43	0,11
Implication	Bilan 1	5,79	1,95	6,05	1,32	0,17
	Bilan 2	6,94	1,74	7,35	1,25	0,37
	Progression	1,26	1,52	1,43	1,42	0,67

Différences observées entre les groupes sur un tracé en radar pour la capacité « éducation » (Figure 4)

Avant leur participation au tutorat du SSES, soit au bilan 1, les internes tuteurs estiment davantage « faire des confusions entre les différents concepts d'éducation à la santé du patient, d'éducation du patient à sa maladie et d'éducation thérapeutique du patient » et « limiter l'éducation à des conseils et à de l'information ». Après avoir participé au tutorat du SSES, soit au bilan 2, la note des internes tuteurs est plus faible sur ces indicateurs. Les internes non-tuteurs s'inscrivent dans une dynamique inverse. Leurs notes sur ces indicateurs est plus basse au bilan 1, et ils progressent au bilan 2. Les niveaux de compétence finaux des deux groupes, sur cette composante, se rejoignent.

Les internes tuteurs expriment davantage leurs difficultés à mettre en place les différents concepts d'éducation, par rapport aux non-tuteurs au bilan 1. Ils expriment également davantage qu'ils ont des acquisitions à faire dans la compétence éducation au bilan 1. Les internes non-tuteurs rejoignent le niveau initial (bilan 1) des internes tuteurs au bilan 2.

Concernant les indicateurs de niveaux intermédiaires, les internes tuteurs se donnent une note moins favorable sur chacun des items. Notamment dans les composantes : « interroge le patient sur des actions d'éducation même s'il n'en est pas le demandeur » et « apprend à la famille à faire face à des incidents critiques potentiels ». Les niveaux finaux dans ces deux composantes sont globalement superposables.

Enfin, pour ce qui est des composantes rattachées au niveau compétent, les profils initiaux, finaux des deux groupes apparaissent superposables. Il est à noter, que les internes tuteurs se notent un peu mieux dans la composante « accepte que l'éducation se construit dans la durée » aux deux bilans par rapport aux non-tuteurs. Les internes du groupe tuteurs saisissent moins les opportunités éducatives qui se présentent au fil des consultations aux deux bilans. Les progressions sont superposables dans cette composante.

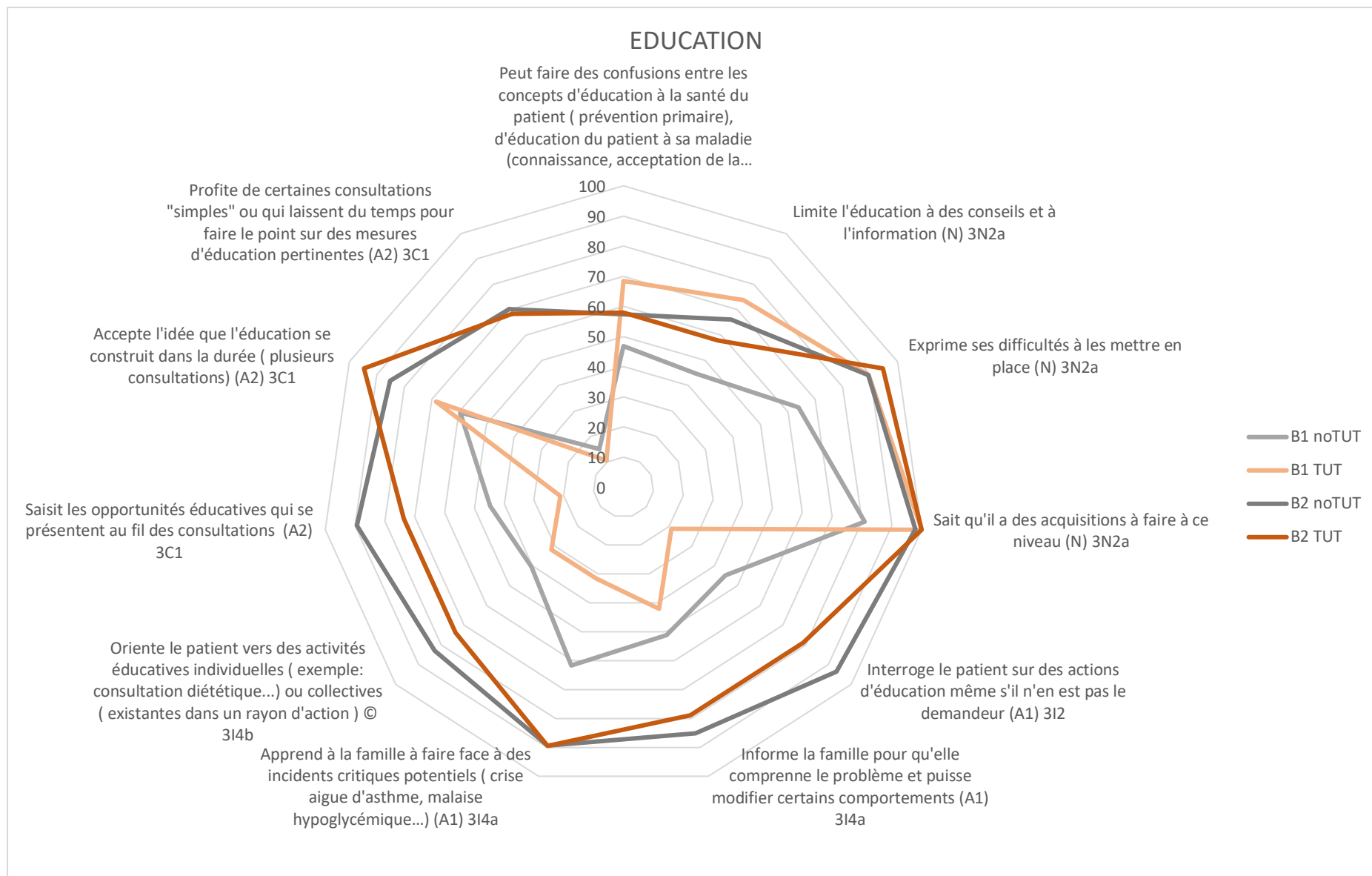


Figure 4 : Niveau de compétence et progression dans la capacité éducation des groupes interne tuteurs et non tuteurs aux deux bilans

Discussion

Principaux résultats :

Concernant l'objectif principal, l'étude montre une validation des indicateurs de niveaux intermédiaires et compétents, plus rapide qu'attendue dans les trois capacités.

Pour l'objectif secondaire, en capacité « éducation » : les moyennes des groupes tuteurs et non-tuteurs au bilan 2 sont équivalentes. Néanmoins, les profils de réponse sur le tracé en radar sont différents. Les internes tuteurs ont une approche plus réflexive.

Validité interne

Il s'agit d'une étude monocentrique. Pour autant le recrutement des internes de médecine générale à la faculté de Rennes 1 n'a pas de raison d'être différent des autres universités.

Il existe des biais de sélection. Seules les toiles comportant des réponses exhaustives sur la compétence ont été utilisées. Ainsi, l'étude n'a porté que sur les internes impliqués dans leur formation. Des « Toile de compétences » n'ont pu être exploitées car rendues sur supports incompatibles.

Cette étude présente également un biais d'attrition. 29 « toiles de compétence » étaient inexploitable au bilan 2.

L'ordre de réalisation des stages n'a pas été pris en compte. Ceci aurait pu être intéressant dans la mesure où le SN1 (premier stage ambulatoire de médecine générale) est considéré par les internes comme ayant un fort impact dans l'apprentissage de l'EPD. (10)

L'utilisation de cet outil comporte un biais de mesure. En effet l'outil a été détourné de son usage initial. Il a été développé pour réaliser des mesures intra-individuelles. De plus il s'agit d'un nouvel outil pour les internes, récemment mis en place par les DMG (19). Ils doivent donc s'approprier son utilisation. L'outil est connu pour présenter des faiblesses (8), retrouvées dans ce travail. Certains des indicateurs sont libellés de façon négative rendant leur compréhension difficile. La « Toile des compétences » présente au total 216 indicateurs, parfois redondants, ce qui la rend chronophage. Enfin, les indicateurs ne sont pas formulés comme des objectifs d'apprentissage et peu de verbe d'action sont utilisés. Ceci pourrait limiter la capacité de l'interne à imaginer le transfert d'indicateurs dans son cadre de travail. Cependant il s'agit d'un outil de mesure reconnu. Il a été validé par ronde de Delphi (20). Le but de sa création était de proposer une évaluation normative (c'est-à-dire d'harmoniser le processus de certification et de fixer des repères d'apprentissage dans le cursus).

La toile est à destination du DMG de Rennes et rentre dans un processus de certification à l'issue du DES (21) de ce fait il génère un biais de désirabilité sociale.

Validité externe :

A notre connaissance, il n'existe pas d'étude similaire utilisant cet outil. En revanche des études de méthode qualitative portant sur le niveau de compétence des internes de médecine générale en EPD sont disponibles. Elles avaient pour but principal de confronter les indicateurs retenus par le CNGE aux verbatims d'études qualitatives. Elles ont été réalisées via des travaux de thèse sur les facultés du grand-ouest pour ce qui concerne la compétence EPD (10,11,12,13,14).

1. Concordances avec la littérature

L'outil « La toile des compétence » a été mis en place afin de « *visualiser la progression des internes* » (8). Nous observons effectivement en EPD une progression dans les scores moyens des internes dans toutes les capacités.

- a. La capacité « prévention » respecte le rythme de progression qui a été proposé

La progression des scores, par niveau, en capacité « prévention » est cohérente avec ce qui était attendu dans les travaux du Dr Compagnon (6). Ainsi dans cette étude, les indicateurs du niveau novice sont acquis de façon majoritaire, au bilan 1. Les indicateurs des niveau intermédiaire et compétent apparaissent, logiquement, en ordre décroissant. Au bilan 2, les indicateurs du niveau novice sont acquis pour l'ensemble de la promotion. Les indicateurs du niveau intermédiaire sont davantage validés que les indicateurs du niveau compétent.

- b. La capacité « éducation » chez les internes participants au tutorat du service sanitaire

- i. Absence de différence de moyenne en capacité « éducation » chez les internes tuteurs par rapport aux non-tuteurs

Nous avons choisi la capacité « éducation » afin d'identifier un gain potentiel de compétence chez les internes volontaire au tutorat du SSES. Ce choix est justifié par la nature de ce programme dont le sujet est la construction d'une intervention d'éducation pour la santé.

L'évaluation d'une formation utilise l'échelle en quatre étapes de Kirkpatrick (1956). La première étape de ce processus consiste à évaluer la satisfaction des participants à la formation, réalisée par l'organisation d'un GEP. La deuxième consiste à l'évaluation des apprentissages et compétences tirées de la formation. Cette étape a été conduite via les travaux de méthode qualitative de H. Josselin (18). La troisième étape consiste à évaluer le transfert des apprentissages en situation de travail. Enfin la quatrième étape consiste à mesurer les bénéfices en termes d'indices chiffrés. Les travaux présentés ici mettent en avant les caractéristiques de l'étape 2, complémentaires des travaux de H. Josselin (18). Ils présentent des acquisitions de compétence. Néanmoins les données recueillies par auto-questionnaire présentent des limites, puisqu'il s'agit alors d'une évaluation subjective de l'apprentissage (22).

En revanche il existe bien une mesure avant et une mesure après ainsi qu'un groupe contrôle ce qui est identifié comme une force d'étude.

L'étude n'a pas permis de mettre en évidence de différence de notes moyenne par capacité. Cette observation n'est pas contredite par les travaux de H. Josselin (18) qui a observé que les internes participants se sentaient « *initiés mais non compétents* ».

Dans notre étude, il a été observé, au premier bilan, des taux d'acquisition des indicateurs de niveau intermédiaire, plus bas chez le groupe tuteur. Ces indicateurs reflètent davantage des savoirs-être et des savoirs-agir. Au second bilan ces indicateurs sont toujours moins acquis chez les internes tuteurs mais les différences de moyenne des deux groupes sont moins grandes. Ceci indique une progression plus forte en capacité « éducation » dans le groupe tuteur.

ii. Indices de gain de réflexivité chez les internes tuteurs

On observe des trajectoires visuellement différentes entre les deux groupes (Figure 4).

Au premier bilan, les internes tuteurs ont davantage validé les indicateurs exprimant des limites d'acquisitions. Au deuxième bilan le nombre de validation de ces indicateurs formulés de façon négative a baissé. Cette dynamique n'a été observée que dans le groupe tuteur. Ce point est surprenant, puisqu'un indicateur une fois validé est automatiquement reporté sur les bilans ultérieurs. Ceci suggère que les internes ont volontairement décochés l'acquisition de ces indicateurs. Ceci est concordant avec les travaux du Dr Josselin (18) qui a observé une meilleure maîtrise des concepts d'éducation pour la santé à l'issue du tutorat du SSES.

Les travaux conduits en 2013 sur le grand ouest (10,11,12,13,14) ont montré une attente de formation à la communication chez les internes de médecine générale. Cette attente était motivée par la volonté de mener leurs actions d'EPD de manière plus efficiente. Plusieurs indicateurs étudiés ici évaluent des habiletés communicationnelles. Nos travaux ont montré chez les internes ayant participé au tutorat des taux de progressions supérieurs pour certains de ces indicateurs. Ce résultat est validé par l'étude synchrone du Dr H. Josselin (18). Les participants « *(Ils) ont entrepris un questionnaire global de leur pratique, surtout sur leur communication avec le patient* ». Cette citation souligne qu'au-delà d'une simple réflexion sur leurs habiletés communicationnelles, le tutorat a initié un questionnaire global des internes sur leur pratique. Cette faculté à s'interroger sur sa pratique entre dans la définition de l'individu métacognitif : « *l'individu capable de prendre du recul et réfléchir à sa propre pratique* » (23). L'émergence de la réflexivité est l'un des buts pédagogiques de la formation des internes de médecine générale (6). Les internes y sont essentiellement formés par la rédaction de RCSA, les échanges avec les MSU ainsi que les GEP. Le tutorat pourrait donc être un nouveau moyen de formation à la réflexivité.

2. Discordances avec la littérature

a. Capacité « éducation »

Contrairement à la capacité « prévention » les validations d'indicateurs au bilan 2 ne sont pas en cohérence avec les résultats prévus (6).

Au bilan 1, les indicateurs majoritairement acquis sont logiquement les indicateurs de niveau novice suivis des indicateurs de niveau intermédiaire et compétent.

Au bilan 2, les indicateurs de niveau novice progressent peu. Les indicateurs qui sont majoritairement acquis sont les indicateurs de niveau intermédiaire suivis des indicateurs de niveau compétent puis des indicateurs de niveau novice.

b. Capacité « implication »

Dès le bilan 1, les scores observés dans la capacité « implication » reflètent une posture de l'interne, responsabilisante ou autonomisante. Cette observation ne correspond pas aux études antérieures qui suggéraient que l'attitude paternaliste est l'attitude prédominante en niveau novice. (11,12,13,14).

Cette évolution de posture dans la relation a d'ailleurs été retrouvée dans les travaux synchrones et de même méthode menés sur les universités du grand ouest (11,12,13,14). Les résultats ont montré une approche paternaliste de l'EPD chez les internes de niveau novice. Les internes de niveau intermédiaire développaient une approche davantage responsabilisante. Enfin, les internes compétents abordaient davantage l'autonomisation du patient.

Dans « La toile des compétences » les indicateurs de la capacité « implication » sont ceux qui reflètent le mieux l'évolution de posture de l'interne en EPD. Les indicateurs de niveau novice qui reflètent une position paternaliste sont peu validés à l'issu du DES 1. Dès le bilan 1, les indicateurs des niveaux intermédiaire et compétent, (correspondant respectivement à une approche responsabilisante / autonomisante) présentent de hauts scores de validation.

Analyse :

1) Facteurs explicatifs d'acquisition précoce d'indicateurs de niveau supérieurs à ceux attendus

Outre le biais de désirabilité social identifié dans cette étude, les acquisitions précoces d'indicateurs peuvent être expliquées par :

a. La novicité des internes

Dans toutes les capacités on note l'acquisition d'indicateurs de niveau compétent dès le premier bilan. Les travaux réalisés à la faculté de Tours par le Dr Dussart Brulé (13) ont montré que « *Les novices respectaient le cheminement et reconnaissaient la responsabilité du patient dans la prise en charge, en théorie.* ». Les internes novices seraient alors seulement conscients des objectifs de leur formation sans qu'un transfert dans leur pratique soit effectivement réalisé. Le profil observé pourrait donc être le fruit d'un effet Dunning-Krüger (24) : l'interne de niveau novice ayant moins été confronté à l'exercice de l'EPD surestimerait ses compétences réelles.

b. La formation en second cycle

La population étudiée est forte de notions théoriques acquises en second cycle et imprégnée de l'observation des pairs lors de la réalisation des stages d'externat. On parle alors de modèle de rôle (25). Sur l'ensemble des stages effectués, et notamment lors du stage chez le praticien, désormais obligatoire en second cycle (26), il est possible qu'une sensibilité à l'EPD se soit développée.

c. L'image du médecin généraliste dans la société

L'image du médecin généraliste dans la société est liée à une mission de prévention. Il est possible que les apprenants priorisent l'acquisition de cette compétence (27). Tous les internes ont, au bilan 1, validé l'indicateur novice qui exprime l'importance de cette compétence en médecine générale. Ils sont donc susceptibles de s'investir particulièrement dans l'acquisition de la compétence EPD.

2) Facteurs explicatifs de moindre validation des indicateurs de niveau novices dans les capacité éducation et implications au bilan 2

La rédaction des indicateurs est identifiée comme limite principale.

Les indicateurs sur lesquels une absence de progression, voire une régression d'acquisition (CEN1, CEN2) ont été observés, sont des indicateurs qui valident une limite dans les acquisitions, ils sont les suivants :

- CEN1 : « Peut faire des confusions entre les concepts d'éducation à la santé du patient (...), d'éducation du patient à sa maladie (...) et d'éducation thérapeutique (...) »
- CEN2 : « Limite l'éducation à des conseils et à de l'information »
- CIN1 : « Tente d'assumer la responsabilité du patient sans respecter son autonomie et sans lui laisser cette responsabilité »

- CIN2 : « Met en avant les risques de devenir malade plutôt que les avantages attendus pour sa qualité de vie et la promotion de la santé »
- CIN3 : « Recherche l'adhésion du patient en argumentant ses propositions sur son raisonnement clinique sans tenir compte des représentations du patient »

La formulation de ces indicateurs questionne. Elle est source de difficultés à conclure à une progression ou à une absence de progression.

Dans l'outil « La toile des compétence », plus la note synthétique sur dix est élevée, meilleure est considérée la maîtrise de la compétence. La validation de ces indicateurs de formulation négative, augmente la note finale de l'interne dans sa compétence. Dès lors ces formulations complexifient la lecture du graphique en radar synthétique et de la note sur dix de l'interne.

3) Facteurs explicatifs des différences de profils observés chez les internes tuteurs par rapport au non-tuteurs en capacité éducation

Les populations internes tuteurs et non tuteurs sont considérées comme comparables sur leurs caractéristiques démographiques. Sont-elles comparables sur leur motivation dans l'apprentissage de l'EPD ?

La thèse d'Hélène Josselin (18) a mis en avant que les internes participants au tutorat du SSES présentaient une appétence pour la pédagogie. Ils ont « *tous (..) vécu une expérience positive en tant que tuteuré (...) notamment au cours de la PACES* »

Au-delà de l'attrance pour le type de dispositif, ces travaux (18) ont également mis en évidence que l'apprentissage de l'éducation pour la santé était une des motivations principales de l'inscription.

Perspectives :

1) A propos de l'auto-évaluation par la toile des compétences

Les indicateurs choisis sont directement repris du « Référentiel de Compétence » ceci afin de reproduire la complexité en situation clinique authentique de l'exercice de la médecine générale (6). Néanmoins la complexité de leur rédaction rend l'exercice et l'interprétation de l'auto-évaluation, processus déjà subjectif, d'autant plus difficile. On peut se demander si l'approche par objectif, dans le cadre de la rédaction de grille d'autoévaluation, ne serait pas plus efficiente.

Des indicateurs plus spécifiques sur « la toile des compétence » pourraient apporter une évaluation plus fidèle des internes. Selon Bastable 2014 : un objectif d'apprentissage « *est l'énoncé, en termes de comportement observable, de ce que l'apprenant sera capable de faire après une activité éducative donnée* » (28) La méthode SMART acronyme anglophone pour Spécifique (facile à comprendre, verbe d'action) Mesurable (fixer des étapes et une quantité à atteindre) Atteignable (accessible, pas trop ambitieux), Réaliste (posséder les moyens pour atteindre les objectifs), Temps précis (fixer une date d'échéance) dont les items ont été proposés

par Locke en 1968 (29) permet de formuler de tels objectifs. Le programme de résidence de médecine de famille de Montréal utilise d'ailleurs davantage de verbes d'action dans la rédaction de ces indicateurs (30). Par exemple : l'indicateur compétent de la capacité implication « favorise l'alliance thérapeutique » pourrait être comparé à l'indicateur du référentiel Canadien « Ajuste et réévalue le plan d'intervention avec le patient (discuter des barrières et être facilitateur) ».

Comment rendre aisée la certification d'acquisitions complexes ? Dans la perspective de certification : l'évaluation multimodale mise en place par le CNGE permet d'utiliser des faisceaux d'arguments attestant du transfert effectif des indicateurs dans la pratique. En effet, l'intégralité du portfolio est utilisée dans la certification des internes (RCSA, rencontre tutorale, traces d'apprentissage, évaluations de stage...). Les supports choisis demeurent cependant variables selon les DMG (19). Un travail a d'ailleurs été réalisé afin de répertorier les données sources (RSCA, évaluation de stage..) qui serait à utiliser pour valider l'acquisition de chaque indicateur. (31). Un groupe de travail a initié une réflexion autour de l'harmonisation des modalités de certifications en 2017 (19). Si cette méthode de validation d'indicateurs par preuve sur donnée source, était adoptée elle pourrait être comparée aux autoévaluations des étudiants et leur permettre une rétroaction dans leurs apprentissages.

2) A propos de l'acquisition de compétence via des activités de tutorat

Lors du GEP final le retour sur l'expérience des internes qui ont participé au tutorat du SSES était très positif. La venue d'expert de l'IREPS en amphithéâtre a été très appréciée. La venue d'experts spécialistes du public ciblé, afin d'examiner les propositions d'intervention des groupes tutorés a été également très appréciée.

Quelques remarques ont été formulées. Elles reprenaient les attentes en formation « pratique » à la communication mis en avant dans l'étude de la compétence EPD sur le grand ouest de 2013 (10,11,12,13,14). Des ateliers pratiques de posture éducative à l'image de ceux qui ont été proposés aux groupes tutorés seraient peut-être une piste.

Au-delà de l'acquisition de compétence en éducation pour la santé, c'est l'acquisition de compétences en pédagogie qui a intéressé les internes. H. Josselin (18) a montré un gain de compétence dans le champ éducatif. Certains se projetaient dans un rôle de MSU.

Les internes tuteurs du SSES se sont positionnés en faveur d'une poursuite du dispositif avec création d'un calendrier prévisionnel. Ceci leur permettrait de prendre part plus facilement à l'ensemble des GEP et interventions d'experts.

Bibliographie

1. Jouquan J, Bail P. A quoi s'engage-t-on en basculant du paradigme d'enseignement vers le paradigme d'apprentissage ? Pédagogie Médicale. Août 2003;4(3):163-175.
2. Frappé P, Attali C, Matillon Y. Socle historique des référentiels métier et compétences en médecine générale. Exercer. 2010 numéros 91 :41–46.
3. Druais P, Attali C, Frappe P, Certain M. Référentiel métier et compétences des médecins généralistes. Mars 2009 : 37-43
4. Renoux C, Lebeau JP, Potier A, Lehr Drylewicz AM. "Un référentiel de compétences pour une évaluation formative des internes en stage de premier niveau en médecine générale" Exercer 2013;108:187-192.
5. Compagnon et al., "Définitions et descriptions des compétences en médecine générale » Exercer 2013;108:148-155.
6. Compagnon L, Bail P, Huez J-F, Stalnikiewicz B, Ghasarossian C, Zerbib Y, et al. Les niveaux de compétences. Exercer ;108 :156-164
7. CNGE. Matrice maquette DES médecine générale. In.
8. Houdard G, Ménard D, Dumoitier N. DES de médecine générale : un nouvel outil pour évaluer les niveaux de compétences. Exercer ;2016 ;127: 226-232
9. Legendre, R. (2005). Dictionnaire actuel de l'Éducation (3e éd.). Montréal: Guérin (1er éd. 1988).
10. Sabourin AL Niveaux de compétence des internes en médecine générale de Rennes en matière d'éducation, de prévention et de dépistage. Une enquête qualitative. (Thèse) Rennes : Rennes 1 2013
11. Chaillou-Péan E. Les niveaux de compétence des internes en médecine générale de Nantes en matière d'éducation prévention et dépistage. 2012.
12. Federay-Bowring X Amy ; Gomes, José; Lemercier. Les niveaux de compétence des internes en médecine générale de Poitiers en matière d'éducation, de prévention et de dépistage une enquête qualitative. 2012.
13. Dussart-Brulé M. Les niveaux de compétence des internes en médecine générale de Tours en matière d'éducation prévention et dépistage. Université de Tours; 2012.
14. Briand H. Niveaux de compétence des internes en médecine générale d'Angers en prévention, éducatio thérapeuthique et dépistage. Enquête qualitative. Thèse de doctorat en médecine. Angers : université d'Angers. 2012.

15. Chartier S, Adeline-Duflot F, Le Breton J, Compagnon L, Bercier S, Ferrat E. La mise en œuvre d'un programme d'apprentissage dans une logique de compétence : aspects théoriques et retour d'expérience. *Exercer*;111:33-9. 2014;25(111):33-9.
16. Arrêté du 12 juin 2018 relatif au service sanitaire pour les étudiants en santé.
17. Décret n° 2018-472 du 12 juin 2018 relatif au service sanitaire des étudiants en santé. 2018-472 juin 12, 2018.
18. Josselin. H Le tutorat du Service sanitaire des étudiants en santé. La bascule pédagogique vécue par les internes de médecine de Rennes (Thèse) Rennes 1. 2019.
19. Ariza M, Ferra E, Forence A, Chartier S, Borgne J-Y, Compagnon L. Le portfolio de médecine générale : contenu et modes d'évaluation dans les départements de médecine générale français. *Exercer*. nov 2017;(137):142.
20. Letrilliart, Laurent, and Marc Vanmeerbeek. "A la recherche du consensus : quelle méthode utiliser ?" *Exercer* 99 (December 2011).
21. Butori R, Parguel B. Les biais de réponse - Impact du mode de collecte des données et de l'attractivité de l'enquêteur. :20.
22. Gillet I, Gilibert D, Girandola F. "L'évocation de la liberté améliore-t-elle l'efficacité d'une formation ?" *Les Cahiers Internationaux de Psychologie Sociale*. 15 oct 2013;Numéro 98(2):147-71.
23. Bernard J-L, Reyes P. Apprendre, en médecine (2e partie). *Pédagogie Médicale*. nov 2001;2(4):235-41.
24. Kruger J, Dunning D. Unskilled and Unaware of It: How Difficulties in Recognizing One's Own Incompetence Lead to Inflated Self-Assessments. :34.
25. Chamberland M, Hivon R. Les compétences de l'enseignant clinicien et le modèle de rôle en formation clinique. *Pédagogie Médicale*. mai 2005;6(2):98-111.
26. Arrêté du 8 avril 2013 relatif au régime des études en vue du premier et du deuxième cycle des études médicales - Article 14.
27. Santé M des S et de la, Santé M des S et de la. Médecin généraliste [Internet]. Ministère des Solidarités et de la Santé. 2020 [cité 3 août 2020]. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/metiers-et-concours/les-metiers-de-la-sante/les-fiches-metiers/article/medecin-generaliste>
28. Ndengeyingoma A, Gauvin-Lepage J, Ledoux I. Interventions éducatives en matière de santé. *PUQ*; 2019. 111.
29. Locke EA. Toward a theory of task motivation and incentives. *Organizational Behavior and Human Performance*. mai 1968;3(2):157-89.

30. Authier L, Sanche G, Université de Montréal, Centre de pédagogie appliquée aux sciences de la santé. Le programme de résidence de médecine de famille de l'Université de Montréal: un programme structuré en approche par compétences : document cadre. 2014.
31. Ariza M, Chastang J, Grimault C, Compagnon L. Élaboration d'un outil d'évaluation des compétences de la phase socle chez les internes de médecine générale. Exercer. oct 2019;(156) 1-4.

Autres références non citées :

Noel B, Cartier SC, Tardif J. De la métacognition à l'apprentissage autorégulé. De Boeck Supérieur; 2016. 13p.

Morissette R. Accompagner la construction des savoirs, Montréal, Chenelière/Mc Graw-Hill, 2002,p7

Cornet P. La construction d'une pédagogie en médecine générale Quelle place pour les humanités médicales ? exercer 2020; :41-6.

Annexe 1 : Mode d'emploi de la toile de compétence

Feuille de route pour utilisation de l'outil d'évaluation de DES de médecine générale

Argumentaire

Nous proposons d'utiliser un nouvel outil d'évaluation normative permettant :
De suivre la progression du niveau d'acquisition des compétences de l'interne au cours de DES

L'auto-évaluation de l'interne

La réalisation d'une évaluation en vue d'une certification finale

L'outil pourra être utilisé tout au long des stages aussi bien hospitaliers, qu'ambulatoires mais les bilans de compétence seront réalisés de préférence lors des deux derniers mois de stage. Chaque bilan ne sera finalisé et validé qu'au moment de la rencontre tuteur.

Cette validation se fera entre le 15/08 et le 15/09 de chaque année de DES lors d'une rencontre présenteielle entre tuteur et tuteuré et est obligatoire pour que l'interne passe dans l'année supérieure.

L'interne aura l'outil à sa disposition sur une clef USB, dédiée à cet usage qui lui sera fournie en début de DES.

Pour utiliser l'outil d'évaluation il suffit d'un ordinateur équipé du logiciel Excel :

1/ Ouvrir le document Excel

2/ Cliquer sur le deuxième onglet : cursus

3/ Remplir les différents éléments

Il faut saisir dans cet onglet « Cursus » une date de début de DES (par exemple : 01/11/2014)

Cette date impliquera la date des trois bilans et ne devra pas être modifiée

Ce deuxième onglet devra être mis à jour au fur et à mesure du cursus de l'étudiant

4/ Ouvrir les uns après les autres les 6 onglets suivants qui correspondent aux six grandes compétences génériques de la médecine générale et les remplir. Pour chaque compétence, il faut renseigner toutes les capacités communes qui se déroulent au fur et à mesure de l'utilisation. Quand l'indicateur est acquis il faut mettre « oui », s'il n'est pas acquis, il faut mettre « non ». La somme se calcule automatiquement, ainsi que la note qui est recalculée sur 10 pour plus de visibilité. Elle se retrouve dans le tableau de synthèse. (Il est normal lors du premier bilan que la note soit plus proche de 3 que de 10 !). Pour le premier bilan (fin de première année de DES) on utilise la colonne un. Pour le 2e bilan (fin de 2e année de DES) on utilise la colonne 2 et les cases vierges. Pour le 3e bilan (fin de 3e année de DES) on utilise la colonne 3 et les cases vierges. Les indicateurs validés lors d'un bilan sont considérés comme acquis dans les bilans suivants vous n'avez alors plus aller enseigner puisque les réponses oui se sont inscrites automatiquement.

5/ Ouvrir l'onglet 9 : synthèse

Les notes de synthèse et l'implantation dans le graphique radar et l'histogramme apparaissent automatiquement. Le graphique est en rouge pour le premier bilan les différentes couleurs apparaissant au fur et à mesure

Annexe 2: Toile Excel-er onglet de la compétence « Prévention, Education »

NIVEAUX	CAPACITE COMMUNE: PREVENTION ET DEPISTAGE	BILAN 1	BILAN 2
NOVICE	Perçoit l'importance du rôle du médecin généraliste dans les actions de prévention		
	Sait définir et hiérarchiser les 3 niveaux de prévention de l'OMS, primaire, secondaire et tertiaire		
	Comprend l'intérêt de ces 3 niveaux		
	Sait qu'il a des acquisitions à faire dans le domaine de l'éducation du patient		
INTERMEDIAIRE	Répond à une demande de prévention exprimée par un patient ou organise une consultation spécifique ultérieure		
	Utilise des outils d'informations de prévention		
	Prescrit ou réalise à bon escient des gestes de dépistage individuels et organisés (mammographie, hémocult)		
	Propose un suivi selon les résultats du dépistage avec ou sans autres intervenants		
	Intègre dans sa pratique qu'il est nécessaire de revoir le patient pour des consultations plus spécifiquement dédiées à la prévention		
COMPETENT	Est capable d'argumenter pour convaincre un patient non motivé de l'utilité de réaliser un acte de prévention		
	Est capable d'argumenter pour convaincre un patient de renoncer à un acte de prévention injustifié ou inutile		
NIVEAUX	CAPACITE COMMUNE : L'EDUCATION DU PATIENT	BILAN 1	BILAN 2
NOVICE	Peut faire des confusions entre les concepts d'éducation à la santé du patient (prévention primaire), d'éducation du patient à sa maladie (connaissance, acceptation de la maladie) et d'éducation thérapeutique du patient (démarche de prise en charge personnelle)		
	Limite l'éducation à des conseils et à l'information		
	Exprime ses difficultés à les mettre en place		
	Sait qu'il a des acquisitions à faire à ce niveau		
INTERMEDIAIRE	Interroge le patient sur des actions d'éducation même s'il n'en est pas le demandeur		
	Informe la famille pour qu'elle comprenne le problème et puisse modifier certains comportements		
	Apprend à la famille à faire face à des incidents critiques potentiels (crise aigue d'asthme, malaise hypoglycémique...)		
	Orienté le patient vers des activités éducatives individuelles (exemple: consultation diététique...) ou collectives (existantes dans un rayon d'action)		
	Saisit les opportunités éducatives qui se présentent au fil des consultations		
COMPETENT	Accepte l'idée que l'éducation se construit dans la durée (plusieurs consultations)		
	Profite de certaines consultations "simples" ou qui laissent du temps pour faire le point sur des mesures d'éducation pertinentes		
NIVEAUX	CAPACITE COMMUNE: LE DEGRE D'IMPLICATION DU SOIGNANT	BILAN 1	BILAN 2
NOVICE	Tente d'assumer la responsabilité de la santé du patient sans respecter son autonomie et sans lui laisser cette responsabilité		
	Met en avant les risques pour le patient de devenir malade plutôt que les avantages attendus pour sa qualité de vie et la promotion de sa santé		
	Recherche l'adhésion du patient en argumentant ses propositions sur son raisonnement sans tenir compte des représentations du patient		
	Accepte que les patients comprennent les problèmes de santé de façon différente de lui		
INTERMEDIAIRE	Intègre que les refus du patient ne sont pas définitifs, que celui-ci peut changer d'avis et qu'il doit en tenir compte		
	Met en avant les avantages attendus pour la qualité de vie du patient et la promotion de sa santé plutôt que ses risques de devenir malade		
	Exprime ses difficultés à respecter l'autonomie du patient quant à la gestion de sa santé		
	Accepte que le patient ait une autonomie dans la gestion de sa maladie et de sa santé		
	Comprend et accepte le refus du patient à ses propositions		
COMPETENT	Collabore à un programme d'éducation thérapeutique pour un patient atteint de maladie chronique visant à moduler ses habitudes de vie et à le rendre plus autonome dans la gestion de sa santé		
	Favorise l'alliance thérapeutique (décision partagée et accords négociés)		

Annexe 3 : référentiel métier et compétence de l'interne de médecine générale

Définition : **Capacité à accompagner « le » patient dans une démarche autonome visant à maintenir et améliorer sa santé, prévenir les maladies, les blessures et les problèmes psychosociaux dans le respect de son propre cheminement, et donc à intégrer et à articuler dans sa pratique l'éducation et la prévention.**

Composantes : *C'est à dire en :*

- *Mettant en place des actes destinés à diminuer l'incidence d'une maladie par des mesures individuelles de prévention, à favoriser un dépistage précoce des maladies, et à réduire les séquelles d'une maladie.*
- *Développant une posture qui place le patient en position de sujet, et s'engageant dans une alliance, un partenariat en aidant le patient à construire ses compétences.*
- *Déterminant le moment opportun et la durée de l'action de prévention et d'éducation pour le patient et pour soi-même, en tenant compte des possibilités de chacun.*
- *Partageant le suivi avec d'autres intervenants.*
- *Collaborant à et/ou élaborant des programmes, des projets et des actions de prévention et d'éducation.*
- *Adoptant une posture réflexive sur ces actions.*

DESCRIPTION DU NIVEAU NOVICE

3N1a. Accepte la place et l'importance des différentes composantes de cette grande compétence dans l'activité du généraliste,

On attend qu'il :

- *en perçoive l'importance,*
- *mette en pratique essentiellement des actions de prévention primaire sous la forme de conseils*
- *sache qu'il a des acquisitions à faire en particulier dans le domaine de l'éducation du patient*

3N1b. Définit ce que recouvrent les 3 niveaux de prévention de l'OMS, primaire, secondaire et tertiaire,

On attend qu'il :

- *n'ait pas de difficulté à définir, hiérarchiser ces niveaux et en comprendre l'intérêt*

3N2a. Possède des notions vagues de ce que recouvre l'éducation du patient avec ses 3 niveaux d'activité, du plus général au plus spécifique : l'éducation pour la santé du patient, l'éducation du patient à sa maladie et l'éducation thérapeutique du patient (se reporter aux définitions dans le mode d'emploi). On attend qu'il :

- *fasse des confusions entre ces différents concepts,*
- *limite l'éducation essentiellement au conseil et à l'information,*
- *exprime des difficultés à les mettre en pratique*
- *sache qu'il a des acquisitions à faire à ce niveau*

3N2b. Se sent responsable de la gestion de la santé du patient.

On attend qu'il :

- tente d'assumer la responsabilité de la santé du patient sans respecter son autonomie et sans lui laisser cette responsabilité
- mette en avant les risques pour le patient de devenir malade plutôt que les avantages attendus pour la qualité de vie et la promotion de la santé

3N3. Argumente ses propositions dans le but d'obtenir l'adhésion du patient, par une approche logique centrée sur son propre raisonnement et sans tenir compte des représentations du patient

On attend qu'il :

- recherche l'adhésion du patient en pensant qu'un argumentaire fondé sur la raison et le rationnel peut suffire

DESCRIPTION DU NIVEAU INTERMEDIARE

3I1a. (C) Réalise des consultations dédiées à la prévention en les intégrant aux soins à partir de la demande du patient et de ses contraintes de médecin, (il n'est pas besoin de tout préciser)

On attend qu'il :

- réponde dans l'immédiat à une demande de prévention exprimée par un patient ou programme une consultation spécifique ultérieure
- accepte, sans trop discuter, la demande du patient de lui prescrire un acte de prévention non indispensable voire inutile
- recherche et utilise des outils d'information, d'éducation et de prévention sur des supports différents

3I1b. (A1) Réalise les démarches et gestes de prévention dans les situations les plus simples,

On attend qu'il :

- prescrive à bon escient et/ou réalise correctement les gestes de dépistage individuel et organisé ou non qui font consensus (FCV, hémocult, mammographie ...) - propose un suivi selon les résultats du dépistage avec ou sans autres intervenants

3I2. (A1) Reconnaît que le patient est acteur de sa santé,

On attend qu'il :

- accepte que les patients comprennent les problèmes de santé de façon différente de lui
- interroge les patients sur des actions de prévention /éducation même s'ils n'en sont pas demandeurs (intervention brève par ex.)
- intègre que les refus implicites ou explicites du patient ne sont pas obligatoirement définitifs, que celui-ci peut changer d'avis et qu'il doit en tenir compte
- mette en avant les avantages attendus pour la qualité de vie du patient et la promotion de sa santé plutôt que les risques seuls de devenir malade

3I3. (A2) Repère et exprime ses difficultés à changer de posture de soignant, On attend qu'il :

- exprime ses difficultés à respecter l'autonomie et les compétences du patient à gérer sa propre santé
- participe aux formations qui traitent de ces difficultés

3I4a. (A1) Cherche la collaboration et le soutien de l'entourage familial pour aider le patient,

On attend qu'il :

- *informe la famille pour qu'elle comprenne le problème et puisse modifier certains comportements*
- *apprenne à la famille à faire face à des incidents critiques potentiels (crise aiguë d'asthme, malaise hypoglycémique, ...)*

3I4b. (C) Travaille avec d'autres intervenants impliqués dans la prévention et l'éducation du patient,

On attend qu'il :

- *fonctionne plutôt en termes de délégation de tâches (où le médecin se décharge de son activité d'éducation vers des professionnels paramédicaux) et s'appuie sur d'autres intervenants*
- *oriente le patient vers des activités éducatives, individuelles (par exemple des consultations avec une diététicienne formée à l'éducation thérapeutique) ou collectives (par exemple des ateliers animés par l'équipe de coordination d'un réseau), mises en œuvre sur son secteur*

DESCRIPTION DU NIVEAU COMPETENT

3C1. (A2) Intègre couramment dans son activité de soins et dans la durée des moments dédiés à la prévention individuelle, au dépistage organisé et à l'éducation du patient,

On attend qu'il :

- *accepte l'idée que la prévention et l'éducation se construisent dans la durée et dans le temps, que tout ne peut pas être résolu en une seule consultation,*
- *intègre dans sa pratique qu'il est nécessaire de revoir le patient pour des consultations plus spécifiquement dédiées à l'éducation et à la prévention,*
- *profite de certaines consultations « simples » ou qui laissent du temps (demande de certificats, problèmes infectieux ponctuels, renouvellement d'ordonnances) pour faire le point sur des mesures de prévention et d'éducation pertinentes,*
- *réalise régulièrement des consultations spécifiquement dédiées à la prévention et à l'éducation en fonction des besoins et de la demande du patient et des contraintes du médecin*
- *soit en mesure de saisir les opportunités éducatives qui se présentent à lui au fil des consultations*

3C2. (C) Accompagne le patient dans une démarche d'éducation à sa santé (posture d'éducateur),

On attend qu'il :

- *accepte que le patient a une autonomie et une responsabilité dans la gestion de sa maladie et de sa santé,*
- *intègre que s'il est l'expert de la maladie, le patient est lui l'expert du vécu de celle-ci,*
- *favorise l'alliance thérapeutique,*
- *collabore à un programme d'éducation thérapeutique pour un patient atteint de maladie chronique, visant à moduler ses habitudes de vie (tabac, alcool, exercice physique, alimentation) et à le rendre plus autonome dans la gestion de sa santé.*

3C3. (C) Clarifie les tensions entre enjeux individuels et collectifs de la prévention pour rechercher l'adhésion du patient,

On attend qu'il :

- *soit capable d'argumenter pour convaincre un patient non motivé de réaliser un acte de prévention utile pour lui-même dans le cadre d'une action organisée*
- *soit capable d'argumenter pour convaincre un patient de renoncer à un acte de prévention inutile ou injustifié ou contraire à une éthique de justice (équité)*
- *soit capable de comprendre et d'accepter le refus du patient à ces propositions*
- *soit capable de reprendre ses arguments à un autre moment*

3C4. (C) Collabore activement avec d'autres intervenants impliqués dans la prévention et l'éducation du patient

On attend qu'il :

- *raisonne en termes de collaboration et de partage de compétences (où chaque catégorie de professionnels apporte sa contribution spécifique à l'éducation)*

MERAUD, Adèle.- Niveau de compétence en « Prévention, Éducation, Dépistage » des internes en médecine générale de Rennes, et apport du tutorat du Service Sanitaire des Étudiants en Santé .

32 feuilles., 4 graphiques., 1 tableau. 30 cm.- Thèse : Médecine ; Rennes 1; 2020 ; N°

Résumé français

Introduction : L'apprentissage par compétence constitue le paradigme de formation en médecine générale. Un outil d'auto-évaluation : « Toile de compétences » permet le suivi des acquisitions. Il participe à la certification des compétences à la fin du cursus. Les internes s'évaluent selon des indicateurs de niveaux « novice », « intermédiaire » ou « compétent. ». Parmi les internes étudiés certains sont impliqués dans un dispositif de tutorat pour le Service Sanitaire des Étudiants en Santé (SSES). Ce dispositif doit développer la compétence d'éducation pour la santé.

Objectif : L'objectif principal est de décrire le niveau des internes de Rennes 1 dans la compétence « Éducation, Prévention, Dépistage » en fin de première année d'internat puis en fin de deuxième année. L'objectif secondaire est de rechercher un éventuel bénéfice à la participation au programme de tutorat du SSES.

Résultats : Les acquisitions en capacité « Prévention » respectent la progression attendue lors de la création de l'outil. Par contre la chronologie des acquisitions sur les capacités « Éducation » et « Implication » est plus inattendue. Certains internes n'ayant pas atteint le niveau novice, déclarent simultanément maîtriser des indicateurs de niveau compétent. Les résultats moyens des autoévaluations des internes tuteurs du SSES ne se différencient pas des scores atteints par les internes non-tuteurs. Cependant, les résultats détaillés du groupe des tuteurs pourraient indiquer un gain de réflexivité.

Discussion : Les divergences constatées entre les niveaux attendus et les autoévaluations des internes peuvent s'expliquer par un biais de désirabilité sociale. La novicité des internes peu aptes à s'autoévaluer et la formulation compliquée des indicateurs de « la toile de compétence » sont également des pistes pour expliquer ces différences. La « toile des compétence » est un outil dans la mesure des acquisitions mais sa précision reste à perfectionner.

Rubrique de classement : **Pédagogie Médicale**

Mots-clés : **Éducation, Prévention, Dépistage, Compétence, interne médecine générale, Toile des compétences, certification, tutorat, Service Sanitaire des Étudiants en Santé**

Mots-clés anglais MeSH : **Certification, competency, education, prevention, interns general practice**

JURY :

Président : Monsieur le Professeur VIEL

Assesseurs : Mr le Docteur Arnaud Maury (directeur de thèse)
Mme le Docteur Sylvie Jaillard
Mr le Docteur Anthony Chapron