

Université de Poitiers

Faculté de Médecine et Pharmacie

ANNEE 2018

THESE

POUR LE DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE (décret du 16 janvier 2004)

présentée et soutenue publiquement
le 28 Juin 2018 à Poitiers
par **Madame Géraldine TOTY**

Evaluation de la progression des niveaux de compétences au cours du SASPAS :
enquête auprès des internes entre novembre 2016 et novembre 2017
en Nouvelle Aquitaine

Composition du Jury

Président :

- Monsieur le Professeur José GOMES DA CUNHA

Membres :

- Monsieur le Professeur Pascal PARTHENAY
- Monsieur le Docteur Pierrick ARCHAMBAULT
- Monsieur le Docteur Yann BRABANT

Directeur de thèse :

- Madame le Docteur Marine ANDRIEUX

Université de Poitiers

Faculté de Médecine et Pharmacie

ANNEE 2018

THESE

POUR LE DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE (décret du 16 janvier 2004)

présentée et soutenue publiquement
le 28 Juin 2018 à Poitiers
par **Madame Géraldine TOTY**

Evaluation de la progression des niveaux de compétences au cours du SASPAS :
enquête auprès des internes entre novembre 2016 et novembre 2017
en Nouvelle Aquitaine

Composition du Jury

Président :

- Monsieur le Professeur José GOMES DA CUNHA

Membres :

- Monsieur le Professeur Pascal PARTHENAY
- Monsieur le Docteur Pierrick ARCHAMBAULT
- Monsieur le Docteur Yann BRABANT

Directeur de thèse :

- Madame le Docteur Marine ANDRIEUX

Le Doyen,

Année universitaire 2017 - 2018

LISTE DES ENSEIGNANTS DE MEDECINE

Professeurs des Universités-Praticiens Hospitaliers

- AGIUS Gérard, bactériologie-virologie (**surnombre jusqu'en 08/2018**)
- ALLAL Joseph, thérapeutique
- BATAILLE Benoît, neurochirurgie
- BRIDOUX Frank, néphrologie
- BURUCOA Christophe, bactériologie – virologie
- CARRETIER Michel, chirurgie générale
- CHEZE-LE REST Catherine, biophysique et médecine nucléaire
- CHRISTIAENS Luc, cardiologie
- CORBI Pierre, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
- DAHYOT-FIZELIER Claire, anesthésiologie – réanimation
- DEBAENE Bertrand, anesthésiologie réanimation
- DEBIAIS Françoise, rhumatologie
- DROUOT Xavier, physiologie
- DUFOUR Xavier, Oto-Rhino-Laryngologie
- FAURE Jean-Pierre, anatomie
- FRASCA Denis, anesthésiologie-réanimation
- FRITEL Xavier, gynécologie-obstétrique
- GAYET Louis-Etienne, chirurgie orthopédique et traumatologique
- GICQUEL Ludovic, pédopsychiatrie
- GILBERT Brigitte, génétique
- GOMBERT Jean-Marc, immunologie
- GOUJON Jean-Michel, anatomie et cytologie pathologiques
- GUILLEVIN Rémy, radiologie et imagerie médicale
- HADJADJ Samy, endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
- HAUET Thierry, biochimie et biologie moléculaire
- HOUETO Jean-Luc, neurologie
- INGRAND Pierre, biostatistiques, informatique médicale
- JAAFARI Nematollah, psychiatrie d'adultes
- JABER Mohamed, cytologie et histologie
- JAYLE Christophe, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
- KARAYAN-TAPON Lucie, oncologie
- KEMOUN Gilles, médecine physique et de réadaptation (**en détachement**)
- KRAIMPS Jean-Louis, chirurgie générale
- LECRON Jean-Claude, biochimie et biologie moléculaire
- LELEU Xavier, hématologie
- LEVARD Guillaume, chirurgie infantile
- LEVEQUE Nicolas, bactériologie-virologie
- LEVEZIEL Nicolas, ophtalmologie
- LEVILLAIN Pierre, anatomie et cytologie pathologiques (**surnombre jusqu'en 12/2017**)
- MACCHI Laurent, hématologie
- MARECHAUD Richard, médecine interne (**émérite à/c du 25/11/2017**)
- MAUCO Gérard, biochimie et biologie moléculaire (**surnombre jusqu'en 08/2018**)
- MEURICE Jean-Claude, pneumologie
- MIGEOT Virginie, santé publique
- MILLOT Frédéric, pédiatrie, oncologie pédiatrique
- MIMOZ Olivier, anesthésiologie – réanimation
- NEAU Jean-Philippe, neurologie
- ORIOT Denis, pédiatrie
- PACCALIN Marc, gériatrie
- PERAULT Marie-Christine, pharmacologie clinique
- PERDRISOT Rémy, biophysique et médecine nucléaire
- PIERRE Fabrice, gynécologie et obstétrique
- PRIES Pierre, chirurgie orthopédique et traumatologique
- RICHER Jean-Pierre, anatomie
- RIGOARD Philippe, neurochirurgie
- ROBERT René, réanimation
- ROBLOT France, maladies infectieuses, maladies tropicales
- ROBLOT Pascal, médecine interne
- RODIER Marie-Hélène, parasitologie et mycologie
- SAULNIER Pierre-Jean, thérapeutique
- SILVAIN Christine, hépato-gastro-entérologie
- SOLAU-GERVAIS Elisabeth, rhumatologie
- TASU Jean-Pierre, radiologie et imagerie médicale
- THIERRY Antoine, néphrologie
- THILLE Arnaud, réanimation
- TOUGERON David, gastro-entérologie
- TOURANI Jean-Marc, oncologie
- WAGER Michel, neurochirurgie

Maîtres de Conférences des Universités-Praticiens Hospitaliers

- ALBOUY-LLATY Marion, santé publique
- BEBY-DEFAUX Agnès, bactériologie – virologie
- BEN-BRIK Eric, médecine du travail (**en détachement**)
- BILAN Frédéric, génétique
- BOURMEYSTER Nicolas, biologie cellulaire
- CASTEL Olivier, bactériologie - virologie – hygiène
- COUDROY Rémy, réanimation
- CREMNITER Julie, bactériologie – virologie
- DIAZ Véronique, physiologie
- FEIGERLOVA Eva, endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
- FROUIN Eric, anatomie et cytologie pathologiques
- GARCIA Magali, bactériologie-virologie
- LAFAY Claire, pharmacologie clinique
- PERRAUD Estelle, parasitologie et mycologie (**mission 09/2017 à 03/2018**)
- RAMMAERT-PALTRIE Blandine, maladies infectieuses
- SAPANET Michel, médecine légale
- SCHNEIDER Fabrice, chirurgie vasculaire
- THUILLIER Raphaël, biochimie et biologie moléculaire

Professeur des universités de médecine générale

- BINDER Philippe
- GOMES DA CUNHA José

Maître de conférences des universités de médecine générale

- BOUSSAGEON Rémy (**disponibilité de 10/2017 à 01/2018**)

Professeurs associés de médecine générale

- BIRAULT François
- PARTHENAY Pascal
- VALETTE Thierry

Maîtres de Conférences associés de médecine générale

- AUDIER Pascal
- ARCHAMBAULT Pierrick
- BRABANT Yann
- FRECHE Bernard
- MIGNOT Stéphanie
- VICTOR-CHAPLET Valérie

Enseignants d'Anglais

- DEBAIL Didier, professeur certifié
- SIMMONDS Kevin, maître de langue étrangère

Professeurs émérites

- DORE Bertrand, urologie (08/2020)
- EUGENE Michel, physiologie (08/2019)
- GIL Roger, neurologie (08/2020)
- GUILHOT-GAUDEFFROY François, hématologie et transfusion (08/2020)
- HERPIN Daniel, cardiologie (08/2020)
- KITZIS Alain, biologie cellulaire (16/02/2019)
- MARECHAUD Richard, médecine interne (**émérite à/c du 25/11/2017 – jusque 11/2020**)
- POURRAT Olivier, médecine interne (08/2018)
- RICCO Jean-Baptiste, chirurgie vasculaire (08/2018)
- SENON Jean-Louis, psychiatrie d'adultes (08/2020)
- TOUCHARD Guy, néphrologie (08/2018)

Professeurs et Maîtres de Conférences honoraires

- ALCALAY Michel, rhumatologie
- ARIES Jacques, anesthésiologie-réanimation
- BABIN Michèle, anatomie et cytologie pathologiques
- BABIN Philippe, anatomie et cytologie pathologiques
- BARBIER Jacques, chirurgie générale (ex-émérite)
- BARRIERE Michel, biochimie et biologie moléculaire
- BECQ-GIRAUDON Bertrand, maladies infectieuses, maladies tropicales (ex-émérite)
- BEGON François, biophysique, médecine nucléaire
- BOINOT Catherine, hématologie – transfusion
- BONTOUX Daniel, rhumatologie (ex-émérite)
- BURIN Pierre, histologie
- CASTETS Monique, bactériologie -virologie – hygiène
- CAVELLIER Jean-François, biophysique et médecine nucléaire
- CHANSIGAUD Jean-Pierre, biologie du développement et de la reproduction
- CLARAC Jean-Pierre, chirurgie orthopédique
- DABAN Alain, oncologie radiothérapie (ex-émérite)
- DAGREGORIO Guy, chirurgie plastique et reconstructrice
- DESMAREST Marie-Cécile, hématologie
- DEMANGE Jean, cardiologie et maladies vasculaires
- FAUCHERE Jean-Louis, bactériologie-virologie (ex-émérite)
- FONTANEL Jean-Pierre, Oto-Rhino Laryngologie (ex-émérite)
- GRIGNON Bernadette, bactériologie
- GUILLARD Olivier, biochimie et biologie moléculaire
- GUILLET Gérard, dermatologie
- JACQUEMIN Jean-Louis, parasitologie et mycologie médicale
- KAMINA Pierre, anatomie (ex-émérite)
- KLOSSEK Jean-Michel, Oto-Rhino-Laryngologie
- LAPIERRE Françoise, neurochirurgie (ex-émérite)
- LARSEN Christian-Jacques, biochimie et biologie moléculaire
- MAGNIN Guillaume, gynécologie-obstétrique (ex-émérite)
- MAIN de BOISSIERE Alain, pédiatrie
- MARCELLI Daniel, pédopsychiatrie (ex-émérite)
- MARILLAUD Albert, physiologie
- MENU Paul, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire (ex-émérite)
- MORICHAU-BEAUCHANT Michel, hépato-gastro-entérologie
- MORIN Michel, radiologie, imagerie médicale
- PAQUEREAU Joël, physiologie
- POINTREAU Philippe, biochimie
- REISS Daniel, biochimie
- RIDEAU Yves, anatomie
- SULTAN Yvette, hématologie et transfusion
- TALLINEAU Claude, biochimie et biologie moléculaire
- TANZER Joseph, hématologie et transfusion (ex-émérite)
- VANDERMARCO Guy, radiologie et imagerie médicale

REMERCIEMENTS

Aux membres du jury,

A Monsieur le Professeur José GOMES DA CUNHA,
Merci de me faire l'honneur de présider ce jury de thèse. Pour votre engagement dans la pédagogie en Médecine, veuillez trouver ici l'expression de mon profond respect.

A Monsieur le Professeur Pascal PARTHENAY,
Merci d'avoir accepté de juger mon travail. Vous avez été mon tuteur durant ces trois années d'internat et j'ai eu également la chance de vous avoir comme maître de stage de SASPAS. Veuillez trouver ici ma sincère reconnaissance.

A Monsieur le Docteur Pierrick ARCHAMBAULT,
Merci d'avoir accepté de juger mon travail. Compte tenu de votre engagement dans la pédagogie des stages ambulatoires, c'est un honneur de vous compter dans les membres du jury. Veuillez trouver ici mes sincères remerciements.

A Monsieur le Docteur Yann BRABANT,
Merci d'avoir accepté de juger mon travail. Compte tenu de votre engagement dans la formation du DES de médecine générale, c'est un honneur de vous compter dans les membres du jury. Veuillez trouver ici mes sincères remerciements.

A Madame le Docteur Marine ANDRIEUX,
Merci d'avoir accepté de diriger ce travail et de m'avoir conseillée dans le choix de cette étude. Merci pour tes corrections et commentaires. Trouves ici ma profonde gratitude.

Et également,

A Monsieur le Professeur Jean-Philippe JOSEPH et Madame le Professeur Nathalie DUMOITIER,
Merci d'avoir accepté la diffusion de mon questionnaire sans quoi mon travail n'aurait pas été complet. Veuillez trouver mes sincères remerciements.

Aux professionnel(le)s de santé que j'ai pu côtoyer pendant ces trois années,

Aux équipes médicales, et en particulier celle du service de gériatrie à Angoulême

Aux équipes paramédicales, du service des urgences de Royan, du service de gynécologie-obstétrique d'Angoulême, du service d'HAD de Poitiers, et du service de gériatrie

A mes co-internes, en particulier la team HAD.

A ceux après l'internat,

Aux médecins et secrétaires des cabinets médicaux rue Waldeck Rousseau à Angoulême, rue du Temple à Châteauneuf, allée Jean Rostand à Saint Michel, un grand merci pour votre accompagnement et votre confiance.

Egalement un grand merci aux Docteurs Geneviève Sevestre et Laurence Jourdes, de l'hôpital de La Rochefoucauld de m'avoir fait découvrir une autre façon d'exercer la médecine générale.

Merci à Madame Bordage, de la scolarité du troisième cycle de la faculté de Poitiers pour tous les documents fournis.

Mille mercis aux confrères et consœurs qui ont pris le temps de répondre au questionnaire et permis ainsi de réaliser cette thèse.

A ma famille et mes amis,

A mes parents, merci pour votre présence et votre amour inconditionnel

A mon grand-père Raymond, tu as été le seul papi que j'ai connu mais tu as été présent comme deux. Tu étais un homme exceptionnel, merci pour tout

A ma grand-mère Jeanne, merci pour ta tendresse et tes sourires

Merci à toi Jérôme, pour ta patience et ton amour

Merci à toi Harry et Bernadette pour vos conseils et votre présence durant toutes ses années

A ma très chère Sœur Marie-Julienne qui a été et sera à tout jamais dans mon cœur. Merci pour vos prières

A Claude et Maggy, merci pour tous ces cadeaux du bout du monde et les bouteilles de champagne pour chaque année de médecine passée

Merci à Jean-Pierre pour vos attentions et les couscous

A Guy, merci pour vos encouragements lors de mes footings tous les dimanches de mon PCEM1

Merci à toi Lionel de m'avoir toujours poussé pour aller de l'avant

Merci à mes amies Caroline, Amandine, Camille, Marjorie, Laura, Sandy, Isis, pour tous ses nombreux et bons souvenirs ensemble, malgré mon manque de disponibilité et parfois la distance géographique.

Une pensée à tous les autres qui m'ont fait passer de bons moments pendant ses longues années d'études et notamment Pauline, Anthony, Charles, Joachim, Elodie...

Table des matières

REMERCIEMENTS	4
LISTE DES ABRÉVIATIONS	10
RÉSUMÉ	11
ABSTRACT	12
INTRODUCTION	13
GÉNÉRALITÉS	14
1. DES de Médecine Générale.....	14
2. SASPAS.....	15
3. Compétences du médecin généraliste.....	15
4. Familles de situations.....	15
5. Niveaux de compétences	16
OBJECTIFS	17
MATÉRIEL ET MÉTHODES	18
1. Population étudiée et type d'étude	18
2. Recueil des données.....	18
3. Analyse statistique	19
RÉSULTATS	20
1. Profil de la population étudiée.....	20
1.1 Sex ratio.....	20
1.2 Moyenne d'âge.....	20
1.3 Faculté d'internat	20
2. Caractéristiques du SASPAS.....	21
2.1 Semestres	21
2.2 Périodes du SASPAS.....	21
2.3 Choix de réalisation	21
2.4 Nombre de Maîtres de Stage Universitaires	21
2.5 Zones de stage.....	21
2.6 Nombre de jours travaillés par semaine	22
3. Déroulement des journées.....	22
3.1 Nombre d'actes journaliers.....	22
3.2 Nombre de visites journalières	22
3.3 Travail administratif	22
3.4 Conditions matérielles.....	22
3.5 Aide en cas de difficultés.....	22
3.6 Surcharge de travail.....	23
4. Rétroaction.....	23
4.1 Régularité	23
4.2 Durée.....	23

4.3	Communication	23
4.4	Outils pédagogiques	23
4.5	Ecriture de traces	23
5.	Compétences de Médecine Générale	23
5.1	Avant le SASPAS.....	24
5.2	Après le SASPAS.....	25
5.3	Progression au cours du SASPAS	26
5.3.1.	Progression par niveau de compétences	26
5.3.2.	Progression par interne	28
6.	Confrontation aux différentes familles de situations.....	29
7.	Réalisation de gestes techniques	30
8.	Gestion du cabinet	30
8.1	Participation	30
8.2	Utilisation des logiciels	31
8.3	Gestion administrative et comptable.....	31
9.	Projet professionnel des internes	31
9.1	A court terme	31
9.2	Formation des internes	32
10.	Note de satisfaction globale.....	32
10.1	Note de satisfaction.....	32
10.2	Comparaison des niveaux de progression selon la note de satisfaction globale attribuée par les internes	32
11.	Commentaires obligatoires	34
12.	Commentaires libres	34
	DISCUSSION.....	35
1.	Principaux résultats	35
2.	Points forts et limites de l'étude	35
2.1.	Points forts	35
2.2.	Limites de l'étude	36
3.	Analyse des résultats.....	37
3.1.	Evolution du niveau de compétences dans les six compétences entre le début et la fin du SASPAS.....	37
3.1.1.	Niveau de compétences avant le SASPAS	38
3.1.2.	Niveau de compétences après le SASPAS	38
3.1.3.	Progression par compétences	39
3.1.4.	Progression par interne	39
3.2.	Note de satisfaction globale.....	40
3.3.	Autres résultats	40
3.3.1.	Population étudiée	40
3.3.2.	Caractéristiques du SASPAS.....	40
3.3.3.	Déroulement des journées.....	41
3.3.4.	Rétroaction	41
3.3.5.	Familles de situations	42
3.3.6.	Gestes techniques	43

3.3.7. Gestion du cabinet médical.....	43
4. Pistes d'amélioration.....	44
4.1. Recruter davantage de formateurs.....	44
4.2. Améliorer la qualité de l'encadrement	45
4.3. Retravailler les critères d'évaluations	46
4.4. Améliorer la formation dans des domaines de compétences précis.....	46
CONCLUSION	49
BIBLIOGRAPHIE	50
ANNEXES	53
Annexe I : Les six compétences de Médecine Générale et leurs composantes.....	53
Annexe II : Les niveaux génériques des six compétences de Médecine Générale	56
Annexe III : Questionnaire envoyés aux internes (retranscrit)	64
Annexe IV : Premier mail envoyé aux internes	72
Annexe V : Relances effectuées par email	73
Annexe VI : Commentaires obligatoires – Points améliorables au cours du SASPAS.....	74
Annexe VII : Commentaires libres	78
SERMENT D'HIPPOCRATE	80

Table des figures et tableaux

Figures

Figure 1. Répartition des internes selon les différentes zones d'exercice.....	21
Figure 2. Niveau de compétences génériques (novice, intermédiaire, compétent) en fonction des six compétences de Médecine Générale, perçu par les internes, avant la réalisation du SASPAS.....	24
Figure 3. Niveau de compétences génériques (novice, intermédiaire, compétent) en fonction des six compétences de Médecine Générale, perçu par les internes, après la réalisation du SASPAS.....	25
Figure 4. Progression dans les niveaux de compétences génériques en fonction des six compétences de Médecine Générale perçue par les internes après la réalisation du SASPAS.	26
Figure 5. Progression globale des niveaux génériques de compétences pendant le SASPAS en fonction des six compétences de Médecine Générale perçue par les internes.....	27
Figure 6. Nombre de compétences améliorées après le stage par les internes.	28
Figure 7. Nombre de compétences déjà acquises avant leur stage par les internes.....	28
Figure 8. Fréquence à laquelle les internes ont été confrontés aux onze familles de situations cliniques.....	29
Figure 9. Participation des internes à des formations médicales.	30
Figure 10. Projet professionnel des internes à court terme après le SASPAS.	31
Figure 11. Note globale de satisfaction des internes sur leur formation pendant le SASPAS (note sur 10).....	32

Tableau

Tableau 1. Tableau résumant les variables où l'on retrouve une différence significative entre les groupes A et B.	33
---	----

LISTE DES ABRÉVIATIONS

AGA : Association de Gestion Agréée

ALD : Affection de Longue Durée

CARMF : Caisse Autonome de Retraite des Médecins de France

CNGE : Collège National des Généralistes Enseignants

COGEMS : Collège des Généralistes Enseignants et Maîtres de Stage

DES : Diplôme d'Études Spécialisées

DMG : Département universitaire de Médecine Générale

FMC : Formation Médicale Continue

FPC : Formation Pédagogique Continue

GEAPI : Groupe d'Échange et d'Analyse de Pratique entre Internes

MDPH : Maison Départementale des Personnes Handicapées

MSU : Maître de Stage Universitaire

RAQ : Relevé d'Activité Quotidienne

RSCA : Récit de Situation Complexe et Authentique

SASPAS : Stage Ambulatoire en Soins Primaires en Autonomie Supervisée

URSSAF : Union de Recouvrement pour la Sécurité Sociale et les Allocations Familiales

RÉSUMÉ

Introduction - Dans le cadre de l'obtention du Diplôme d'Etudes Spécialisées (DES) de Médecine Générale, le Stage Ambulatoire en Soins Primaires en Autonomie Supervisée (SASPAS) permet à l'interne d'être confronté à des situations authentiques de Médecine Générale et d'améliorer ses compétences. Nous nous sommes interrogées sur le bénéfice réel de ce stage sur la progression des six compétences spécifiques de Médecine Générale. L'objectif de notre étude était d'évaluer la progression du niveau de compétence des internes après un SASPAS, en fonction des trois niveaux génériques (novice, intermédiaire, compétent).

Matériel et Méthodes - Etude descriptive rétrospective multicentrique menée par auto-questionnaire entre le 25 février 2018 et le 5 mai 2018. Envoi par courriel aux anciens internes ayant réalisé un SASPAS en Nouvelle Aquitaine entre le 2 novembre 2016 et le 1^{er} novembre 2017.

Résultats - Le taux de réponse était de 81,8 %. En fin de stage, l'interne a atteint le niveau compétent à hauteur de 59% minimum toutes compétences confondues. La progression minimale dans chaque domaine de compétence était de 41 %. Les internes ont progressé en moyenne de 3,8 compétences. La note globale moyenne de satisfaction du stage était de 8. Les points faibles de la formation étaient principalement la gestion du cabinet médical, la rétroaction et la confrontation à la famille de situation sur la sexualité, la génitalité et la reproduction.

Conclusion - Les internes ont majoritairement progressé et atteint un niveau compétent en fin de SASPAS. Toutefois, des améliorations pourraient être apportées. La réforme du DES pourra peut-être pallier certaines des difficultés rencontrées.

Mots clefs - Médecine Générale, SASPAS, compétences, niveaux génériques, familles de situations

ABSTRACT

Introduction – In order to obtain the general practice training, the Ambulatory Course in Primary Care in Supervised Autonomy (SASPAS) enables the resident to face authentic situations of general practice and improve his skills. We wondered about the actual benefit of this course on the improvement of the six specific skills of general practice. The aim of our study was to determine how residents evaluated their progress on level of competence after SASPAS, according to the three generic levels (novice, intermediate, competent).

Material and Methods – Retrospective multicentric descriptive study conducted by self-assessment questionnaire between February 25, 2018 and May 5, 2018. Sent by email to ex-residents who had completed SASPAS in New Aquitaine between november 2, 2016 and november 1st, 2017.

Results - The response rate was 81.8 %. At the end of the internship, a minimum of 59 % of residents reached the competent level, all skills combined. The minimum progression in each jurisdiction was 41 %. Residents had improved an average of 3.8 skills. The overall satisfaction rating for the internship was 8. The weak points of the training were medical office management, mainly feedback and confrontation with family situation about sexuality, genitality and reproduction.

Conclusion – Most residents have progressed and reached a competent level at the end of SASPAS. However, improvements could be made. The reform of general practice training would be able to overcome some of the encountered difficulties.

Keywords - General practice, SASPAS, skills, generic levels, family situation

INTRODUCTION

Depuis ces vingt dernières années, la formation de Médecine Générale a bénéficié de nombreux changements.

En 1997, la création d'un stage ambulatoire obligatoire de six mois, en autonomie progressive, chez un médecin généraliste libéral (stage de niveau 1) a allongé le troisième cycle des études médicales d'un cinquième semestre.

Puis en 2003, est apparu un second stage ambulatoire en cabinet libéral de six mois, en autonomie supervisée (SASPAS), mais ce stage était facultatif.

La mise en place de ces stages ambulatoires est une avancée plus qu'importante pour les futurs médecins généralistes, la formation des internes de Médecine Générale étant, avant la création de ces stages, exclusivement hospitalière. L'étudiant est ainsi exposé à des situations authentiques rencontrées en Médecine Générale et acquiert, notamment au cours du SASPAS, une plus grande autonomie.

Enfin, en 2004, la Médecine Générale devient une spécialité à part entière avec la création du Diplôme d'Etudes Spécialisées (DES) en Médecine Générale et passe à six semestres (1).

Parallèlement, la pédagogie médicale a également évolué et tend désormais vers une approche centrée sur les compétences, c'est-à-dire, l'apprentissage et l'acquisition d'un savoir-agir et non plus sur les objectifs (enseignement et acquisition d'un savoir-faire).

Ainsi, entre 2011 et 2013, ont été décrits des consensus non formels définissant six compétences (initialement au nombre de onze), trois niveaux génériques ainsi qu'onze grandes familles de situations cliniques (2, 3, 4). Ceux-ci sont utilisés comme support afin de juger de l'évolution des étudiants au cours de leur troisième cycle.

Dernièrement, l'arrêté du 21 avril 2017 remodèle le DES avec la création de phases d'apprentissage. Ces phases, appelées socle et approfondissement pour la Médecine Générale, définissent des objectifs de travail précis, et notamment, l'obligation de réalisation d'un SASPAS et officialise l'évaluation de la progression par les niveaux de compétences (4, 5).

Jusqu'à ce jour, les études réalisées sur le SASPAS montraient une satisfaction globale quant à l'autonomisation (6, 7, 8). Les points faibles relevés étaient la rétroaction non quotidienne, parfois inexistante (6, 9, 10) et les domaines administratifs et comptables qui n'étaient pas assez souvent abordés (6, 7).

Mais au-delà de la satisfaction des internes, nous nous sommes interrogées sur le bénéfice réel de ce stage sur la progression des compétences spécifiques de Médecine Générale, selon les trois niveaux génériques.

Aussi, nous avons mené une étude en Nouvelle Aquitaine évaluant par auto-questionnaire la progression des internes durant le SASPAS dans les registres de compétences en fonction des trois niveaux génériques. L'objectif était également de recueillir les points faibles de ce stage selon les internes afin de rechercher des pistes d'amélioration.

Notre travail se déclinera en deux parties :

- une première partie présentant la formation dans le cadre du DES de Médecine Générale avec le mode d'évaluation des compétences des internes mis en place récemment ;
- une deuxième partie correspondant à notre étude évaluant la progression des internes au cours du SASPAS.

GÉNÉRALITÉS

1. DES de Médecine Générale

Le DES de Médecine Générale comprend une formation pratique et théorique complémentaires de trois ans.

La formation pratique repose sur six stages semestriels (11, 12). Lors de la période concernée par notre étude, les stages étaient répartis ainsi :

Stages obligatoires :

- un semestre en médecine d'urgence ;
- un semestre en médecine adultes (médecine polyvalente, gériatrie, médecine interne...)
- un semestre en pédiatrie et/ou gynécologie (ambulatoire ou hospitalier) ;
- un semestre auprès d'un médecin généraliste : stage de niveau 1.

Stages au choix :

- un stage au centre hospitalier universitaire ;
- un SASPAS ;
- un stage libre, selon le projet professionnel.

L'enseignement hors stage est constitué principalement en Groupes d'Echanges et d'Analyses de Pratiques entre Internes (GEAPI), en séminaires et en travaux d'écriture personnelle. Selon la faculté, des ateliers de gestes techniques pratiques sont également proposés.

Lors de ces groupes, les internes exposent des situations vécues comme difficiles initiant une réflexion qui permet de générer des solutions. Si l'interne devait être de nouveau confronté à une situation comparable, ces solutions lui permettraient de résoudre le problème.

Les séminaires vont davantage traiter des modalités de la pratique médicale en rapport avec les compétences de Médecine Générale.

Les travaux d'écriture se déclinent, entre autres, en traces d'apprentissage ou en Récits de Situations Complexes et Authentiques (RSCA). Les traces d'apprentissage peuvent être demandées à la suite d'un GEAPI, d'un séminaire ou être en lien avec une recherche personnelle. La rédaction du RSCA est un exercice réflexif d'auto-évaluation de sa pratique professionnelle et d'auto-formation à partir d'une situation complexe vécue.

Chaque étudiant dispose d'un portfolio numérique où sont consignés ses travaux théoriques. Ce portfolio permet le suivi de la construction des connaissances et des compétences en vue de la validation de la formation.

Les enseignements hors stage et obligations rédactionnelles ne seront pas détaillés davantage car il existe des variations entre facultés.

Au terme de ces formations, le DES de Médecine Générale vise l'acquisition de six compétences de Médecine Générale que nous détaillerons plus loin.

2. SASPAS

Le SASPAS, également nommé stage de Médecine Générale de niveau 2, vise à préparer l'interne à l'exercice de la Médecine Générale ambulatoire afin qu'il soit apte à s'installer à l'issue du stage.

L'interne consulte seul toute la journée. Une supervision indirecte est effectuée par le Maître de Stage Universitaire (MSU) sous forme de débriefing après les consultations. Les situations ayant pu poser problèmes y sont abordées. Si la supervision ne peut se faire en fin de journée, elle peut être reportée à un autre moment : temps du déjeuner ou le lendemain selon les possibilités de l'interne et du MSU. Le MSU doit rester joignable à tout moment par l'interne.

L'interne travaille une journée par semaine chez chacun de ses MSU, généralement au nombre de trois. Le nombre d'actes effectués par l'interne est fixé par la loi de six à douze par demi-journées.

Il faut noter que même si la majorité des internes en SASPAS ont une licence de remplacement, il est légalement interdit à un interne de remplacer ses MSU pendant la durée de son SASPAS.

3. Compétences du médecin généraliste

La compétence correspond à un savoir-agir en situation. Il s'agit non seulement d'avoir des connaissances pratiques et théoriques, mais d'avoir des aptitudes à les réunir pour résoudre les situations complexes.

Au terme de sa formation, l'interne doit avoir acquis les six compétences de Médecine Générale et ses composantes telles que définies par le Collège National des Généralistes Enseignants (CNGE) (2) :

- Premier recours, urgence ;
- Relation, communication, approche centrée-patient ;
- Approche globale, prise en compte de la complexité ;
- Education, prévention, santé individuelle et communautaire ;
- Continuité, suivi, coordination des soins autour du patient ;
- Professionnalisme.

Les composantes des compétences sont décrites en *annexe I*.

4. Familles de situations

Au cours du DES, l'interne est confronté à onze grandes familles de situations détaillées ci-dessous (3).

- 1 Situations autour de patients souffrant de pathologies chroniques, poly-morbidités à forte prévalence ;
- 2 Situations liées à des problèmes aigus / programmés ou non / fréquents ou exemplaires ;
- 3 Situations liées à des problèmes aigus dans le cadre des urgences réelles ou ressenties ;
- 4 Situations autour de problèmes de santé concernant les spécificités du nourrisson, de l'enfant et de l'adolescent ;
- 5 Situations autour de la sexualité, de la génitalité et de la reproduction ;
- 6 Situations autour de problèmes liés à l'histoire personnelle, familiale et à la vie de couple ;
- 7 Situations de problèmes de santé et /ou de souffrance liés au travail ;
- 8 Situations dont les aspects légaux, règlementaires, déontologiques et juridiques sont au premier plan ;

- 9 Situations avec des patients perçus comme difficiles/ exigeants ;
- 10 Situations où les problèmes sociaux ou situations de précarité sont au premier plan ;
- 11 Situations avec des patients d'une autre culture.

Toutes les sous-familles ne sont pas nécessairement rencontrées étant donné leurs prévalences variables. Toutefois, grâce au savoir-agir que l'interne acquiert durant son cursus, il est à même de regrouper les moyens nécessaires pour faire face à de nouvelles situations. Entre autres, les familles de situations sont un outil qui va aider l'interne dans sa construction des compétences de Médecine Générale.

5. Niveaux de compétences

Six compétences spécifiques de Médecine Générale ont donc été définies et décrites. Dans le cadre du DES de Médecine Générale, chacune d'elles a été déclinée dans trois niveaux génériques afin de situer l'interne dans son évolution (4) :

- Novice ;
- Intermédiaire ;
- Compétent.

Le niveau requis dépend de la phase d'apprentissage dans lequel se situe l'interne (*annexe II*). A la fin du troisième cycle, un niveau compétent est espéré dans chacune des six compétences spécifiques de Médecine Générale.

Ce nouveau modèle d'apprentissage par phase et de développement par niveaux de compétences est effectif depuis fin 2017 (5, 13).

OBJECTIFS

Hypothèse de travail et objectifs de l'étude

La structure du DES de Médecine Générale a été récemment modifiée. L'évaluation des internes par leur MSU est désormais basée sur la progression des niveaux de compétences dans chacune des compétences spécifiques de Médecine Générale en fonction de la phase d'apprentissage (*annexe II*). Le SASPAS est également devenu un stage obligatoire.

A la veille de ces réformes, nous avons voulu réaliser un état des lieux afin de répondre à la question suivante :

- Le SASPAS permet-il une progression du niveau de l'ensemble des compétences vers le niveau le plus élevé (c'est-à-dire compétent) ?

L'hypothèse était que le SASPAS permet d'acquérir un niveau compétent pour la majorité des étudiants.

Notre objectif principal était :

- d'évaluer la progression du niveau de compétences des internes, après la réalisation d'un SASPAS, selon leur ressenti et les trois niveaux génériques.

Nos objectifs secondaires étaient :

- d'évaluer la satisfaction des internes par rapport à ce stage ;
- de déterminer les points faibles dans l'organisation, la rétroaction, l'exposition aux familles de situation notamment, pouvant influencer sur les niveaux de compétences.

MATÉRIEL ET MÉTHODES

1. Population étudiée et type d'étude

Nous avons mené une étude descriptive rétrospective multicentrique en Nouvelle Aquitaine (facultés de Bordeaux, Limoges et Poitiers) entre le 25 février et le 5 mai 2018 parmi les anciens internes de Médecine Générale ayant réalisé un SASPAS entre le 2 novembre 2016 et le 1^{er} mai 2017 ou le 2 mai 2017 et le 1^{er} novembre 2017.

Critère d'inclusion

Pouvaient être inclus les anciens internes de Médecine Générale ayant réalisé un SASPAS pendant l'un des deux semestres entre le 2 novembre 2016 et le 1^{er} novembre 2017, dans la région Nouvelle Aquitaine.

Critère d'exclusion

Il n'existait que deux critères d'exclusion :

- la non réponse au questionnaire ;
- les internes militaires (modalités du SASPAS spécifiques)

2. Recueil des données

Un auto-questionnaire a été adressé aux anciens internes entre le 25 février 2018 et le 5 mai 2018.

Elaboration du questionnaire (*annexe III*)

Le questionnaire comportait trente-quatre questions réparties selon dix catégories : les données personnelles, les caractéristiques du SASPAS, le déroulement des journées, la rétroaction, les six compétences du médecin généraliste, les onze familles de situations, les gestes techniques, la gestion du cabinet, le projet professionnel, la note de satisfaction et les commentaires.

Le questionnaire a été élaboré par les auteurs de l'étude en s'appuyant sur des travaux de thèses précédemment réalisés (6, 8, 10). Celui-ci prenait en compte les six compétences décrites par le CNGE, les onze familles de situations et les différents niveaux de compétences d'après une série d'articles publiés dans la revue *Exercer* en 2013 (2, 3, 4).

Il a été relu par deux membres du Département universitaire de Médecine Générale (DMG) de la faculté de médecine de Poitiers et testé auprès de deux médecins remplaçants en Médecine Générale et un interne en SASPAS non inclus dans l'étude.

Il a ensuite été informatisé sur *Google Forms*®. Il a été réalisé de telle sorte que l'ancien interne devait obligatoirement cocher une ou plusieurs réponses (selon les indications) pour passer à la question suivante. Toutefois, celui-ci pouvait revenir sur une question précédente. Seuls les commentaires libres facultatifs ne nécessitaient pas de réponses obligatoires. En cas de réponse à choix unique, l'ancien interne n'avait pas la possibilité de cocher plusieurs réponses.

Critères de confidentialité

Les réponses ont été recueillies de manière anonyme.

Distribution

Le questionnaire, une fois validé, a été diffusé aux anciens internes inclus par courriel via un lien hypertexte (*annexe IV*).

Afin de retrouver les anciens étudiants à inclure dans l'enquête et leurs coordonnées, nous avons contacté les scolarités, les DMG et les syndicats d'internes de Médecine Générale des facultés de Bordeaux, Limoges et Poitiers.

Pour des raisons de confidentialité et/ou de charge de travail, les scolarités, les DMG et les syndicats d'internes n'ont pas accepté de transmettre les adresses mails (universitaires ou personnelles) des étudiants concernés.

La scolarité de Poitiers nous a adressé la liste des noms et prénoms des internes, associés à leurs lieux de stage. Un travail a été réalisé afin d'obtenir l'adresse mail universitaire : nom.prenom@univ-poitiers.fr.

En ce qui concerne les facultés de Limoges et de Bordeaux, le questionnaire a été envoyé aux directeurs des DMG respectifs qui l'ont transmis par la suite aux étudiants concernés via les adresses mails universitaires pour Bordeaux et via les adresses mails personnelles pour Limoges.

Chacune des facultés nous a également envoyé, à notre demande, l'effectif des internes ayant réalisé un SASPAS dans la période étudiée ainsi que le total d'internes de la promotion correspondante (2014).

Deux relances mails étaient prévues (*annexe V*).

Critères de jugement

Notre critère de jugement principal était le pourcentage d'acquisition du niveau compétent en fin de stage.

Les critères de jugement secondaires étaient :

- le pourcentage de progression des compétences par interne ;
- le pourcentage de confrontation aux familles de situations ;
- la note de satisfaction globale ;
- les points améliorables d'après les internes.

3. Analyse statistique

Les données du questionnaire ont, par la suite, été traitées et analysées à l'aide d'un logiciel *Excel®* (*Microsoft*) entre le 5 et le 10 mai 2018. Les réponses aux questions suivaient une échelle de Likert à trois items : novice, intermédiaire, compétent ou quatre items : jamais, parfois, rarement, souvent. Les résultats ont été exprimés majoritairement en pourcentage et également rendus sous forme de graphiques.

Les pourcentages de progression et les caractéristiques du stage ont été comparés selon la note de satisfaction globale par un test de khi 2. Deux groupes d'internes ont été définis : ceux ayant donné une note ≤ 7 (groupe A) et ceux ayant donné une note ≥ 8 (groupe B).

Les différences étaient considérées comme statistiquement significatives pour un $p < 0,05$.

Les analyses statistiques ont été réalisées avec le logiciel *Excel®* version 2013.

Nous avons procédé de même pour la comparaison d'accès au SASPAS entre les trois facultés.

RÉSULTATS

Les résultats seront abordés selon la chronologie du questionnaire envoyé aux anciens internes (*annexe III*). Nous les nommerons « internes » puisque c'était leur statut du moment dans le cadre de cette étude.

1. Profil de la population étudiée

Le nombre d'internes potentiellement concernés par l'étude était respectivement de 78, 49, 16 pour les facultés de Poitiers, Bordeaux et Limoges, soit un total de 143 internes.

Pour la faculté de Poitiers, il s'est avéré que 26 des 78 adresses mails étaient invalides. Nous avons alors contacté les secrétariats des lieux de stages afin de récupérer des coordonnées (adresses mails personnelles et/ou numéros de téléphone). Deux adresses mails personnelles ont pu être obtenues par réseau social (Facebook), une dizaine de mails personnels et de numéros de téléphone par les conseils de l'ordre de Poitou-Charentes. Cependant trois personnes n'ont pas pu être recontactées. Une troisième relance téléphonique a été réalisée pour les étudiants de la faculté de Poitiers pour lesquels nous avions les coordonnées téléphoniques.

Cent dix-sept réponses ont été reçues, soit un taux de participation de 81,8 %.

Les taux de participation entre chaque faculté étaient équivalents : 82 % pour la faculté de Poitiers, 81,6 % pour la faculté de Bordeaux et 81 % pour la faculté de Limoges.

La possibilité de réaliser un SASPAS était inégale entre les facultés puisque seuls 25 % des internes de Bordeaux y avaient accès, 32 % pour ceux de Limoges et 61 % pour ceux de Poitiers. Une différence significative se dégagait de la faculté de Poitiers par rapport aux deux autres ($p = 2.10^{-11}$ pour Bordeaux, $p = 6.10^{-4}$ pour Limoges). Il n'y avait pas de différence entre Bordeaux et Limoges ($p = 0,2$).

1.1 Sex ratio

Les femmes représentaient la majorité de la population avec 72,6 % ($n = 85$). Les hommes représentaient 27,4 % ($n = 32$).

1.2 Moyenne d'âge

Plus de la moitié des internes avait entre 25 à 28 ans (58,1 % ; $n = 68$). Entre 29 et 31 ans, les internes représentaient un taux de 35,9 % ($n = 42$). Seuls 5,1 % ($n = 6$) avaient plus de 31 ans et 0,9 % ($n = 1$) moins de 25 ans.

1.3 Faculté d'internat

Un peu plus de la moitié des internes provenait de la faculté de Poitiers et représentait 54,7 % ($n = 64$). La représentativité des internes entre les deux autres facultés se déclinait en 34,2 % ($n = 40$) originaires de la faculté de Bordeaux et 11,1 % ($n = 13$) de la faculté de Limoges.

2. Caractéristiques du SASPAS

2.1 Semestres

Les internes ayant réalisé leur SASPAS en sixième semestre étaient plus nombreux : 69,2 % (n = 81). Seuls 30,8 % (n = 36) ont réalisé leur SASPAS en cinquième semestre. Il convient de souligner qu'aucun SASPAS n'a été réalisé en quatrième semestre.

2.2 Périodes du SASPAS

La répartition des répondants entre les deux semestres était sensiblement équivalente : 47 % (n = 55) pour le semestre entre novembre 2016 et avril 2017 et 53 % (n = 62) entre mai 2017 et octobre 2017.

2.3 Choix de réalisation

La quasi-totalité des répondants (90,6 % ; n = 106) ont réalisé leur SASPAS par envie. Pour 7,7 % (n = 9) des internes, il s'agissait d'un choix de ne pas faire un stage hospitalier et pour 1,7 % (n = 2) d'une obligation.

2.4 Nombre de Maîtres de Stage Universitaires

La plupart des internes ont eu trois MSU : 89,7 % (n = 105). Seulement 7,7 % (n = 9) ont eu deux MSU et 2,6 % (n = 3) ont eu quatre MSU. Aucun interne n'a eu qu'un seul MSU.

2.5 Zones de stage

Globalement, la répartition des internes dans les différentes zones d'exercice variait modérément. Les résultats sont présentés dans la *figure 1* ci-dessous. Les internes avaient le choix de cocher plusieurs réponses.

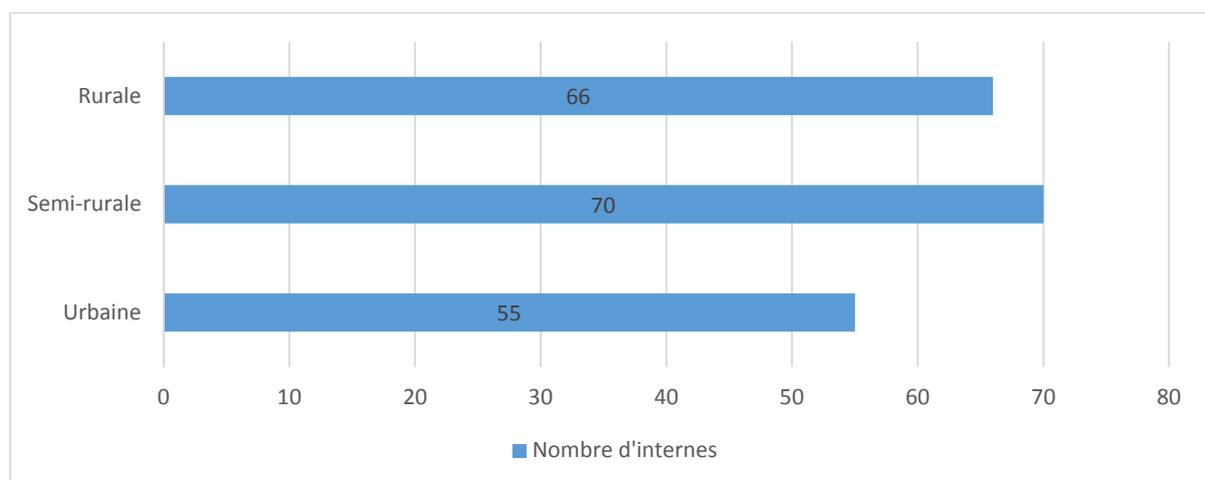


Figure 1. Répartition des internes selon les différentes zones d'exercice.

De manière individuelle, presque la moitié des internes (48,7 % ; n = 57) n'a travaillé que dans un seul type de zone. Les répartitions étaient sensiblement homogènes : 17 % (n = 20) en zone rurale, 12 % (n = 14) en zone urbaine, 19,7 % (n = 23) en zone semi-rurale.

Concernant les internes ayant travaillé dans deux zones, le taux s'élevait à 39,3 % (n = 46) représentant 12 % (n = 14) en zone urbaine/semi-rurale, 11,1 % (n = 13) en zone urbaine/rurale et 16,2 % (n = 19) en zone semi-rurale/rurale.

Seulement 12 % (n = 14) des répondants ont travaillé dans les trois zones.

2.6 Nombre de jours travaillés par semaine

Un peu moins des deux tiers (65 % ; n = 76) des internes ont travaillé trois jours par semaine. Ils étaient 33,3 % (n = 39) à travailler plus de trois jours et 1,7 % (n = 2) à travailler moins de trois jours par semaine.

3. Déroulement des journées

3.1 Nombre d'actes journaliers

Plus des trois quart (82,9 % ; n = 97) des internes ont effectué en moyenne à la fin de leur stage entre douze et vingt-quatre actes par jour. Pour 13,7 % (n = 16) des internes, plus de vingt-quatre actes par jour étaient effectués et pour 3,4 % (n = 4) moins de douze actes par jour.

3.2 Nombre de visites journalières

A la fin de leur stage, 82,9 % (n = 97) des internes ont réalisé entre une à quatre visites par jour. Pour 11,1 % (n = 13) des internes, aucune visite n'a été réalisée durant le SASPAS alors que pour 6 % d'entre eux (n = 7), ils effectuaient plus de quatre visites.

3.3 Travail administratif

La majorité des internes (77,8 % ; n = 91) a réalisé du travail administratif (type protocole ALD, demande de maladie professionnelle, dossier MDPH...) ; les autres (22,2 % ; n = 26) n'ayant pas eu à en faire.

3.4 Conditions matérielles

La quasi-totalité (97,4 % ; n = 114) des internes estimait que les conditions matérielles (incluant dossiers informatisés, accès internet, salle de consultation, salle de travail...) étaient satisfaisantes. Seuls 2,6 % (n = 3) les estimaient insuffisantes.

3.5 Aide en cas de difficultés

Les répondants estimaient à 96,6 % (n = 113) que leur MSU était facilement disponible en cas de difficultés rencontrées. Seuls 3,4 % (n = 4) considéraient ne pas avoir eu d'aide.

3.6 Surcharge de travail

Aucune surcharge de travail n'a été relevée par 87,2 % (n = 102) des internes. Nous noterons que 12,8 % (n = 15) se sont sentis en surcharge.

4. Rétroaction

4.1 Régularité

La rétroaction quotidienne était effective pour 76,1 % (n = 89) des internes. Pour 23,9 % (n = 28), ce n'était pas le cas.

4.2 Durée

La majorité des répondants (81,2 % ; n = 95) estimait que le temps passé en rétroaction était suffisant. La durée de la rétroaction était considérée comme insuffisante pour 18,8 % (n = 22).

4.3 Communication

La quasi-totalité (95,7 % ; n = 112) pensait que la communication était aisée avec leur MSU. Ce n'était pas le cas pour 4,3 % (n = 5).

4.4 Outils pédagogiques

Un peu plus de la moitié des internes (51,3 % ; n = 60) a eu recours à des outils pédagogiques de mesure de progression (type portfolio, plan de progression, relevé d'activité quotidienne (RAQ)...). Ce recours n'a pas été effectif pour 48,7 % (n = 57) des internes. L'absence d'utilisation d'un support par faculté était la suivante : 29,5 % en Poitou-Charentes, 44 % en Limousin et 55 % en Aquitaine.

4.5 Ecriture de traces

Un peu moins de deux tiers (60,7 % ; n = 71) des internes a été amené à faire des recherches et à écrire une trace au cours de leur SASPAS. Nous soulignons que 39,3 % (n = 46) n'en ont pas effectué au cours de leur SASPAS.

5. Compétences de Médecine Générale

Dans ce chapitre, nous présenterons le ressenti des internes sur leur niveau de compétences selon les trois niveaux génériques (novice, intermédiaire, compétent) pour chacune des six compétences de Médecine Générale avant et après le SASPAS.

Dans un second temps, deux sous-chapitres correspondant respectivement à la progression des compétences par compétence et par interne seront exposés.

5.1 Avant le SASPAS

Les internes ont été interrogés sur leur niveau ressenti des compétences spécifiques de Médecine Générale selon les niveaux génériques avant la réalisation de leur SASPAS. Les résultats sont reportés dans la *figure 2* ci-dessous.

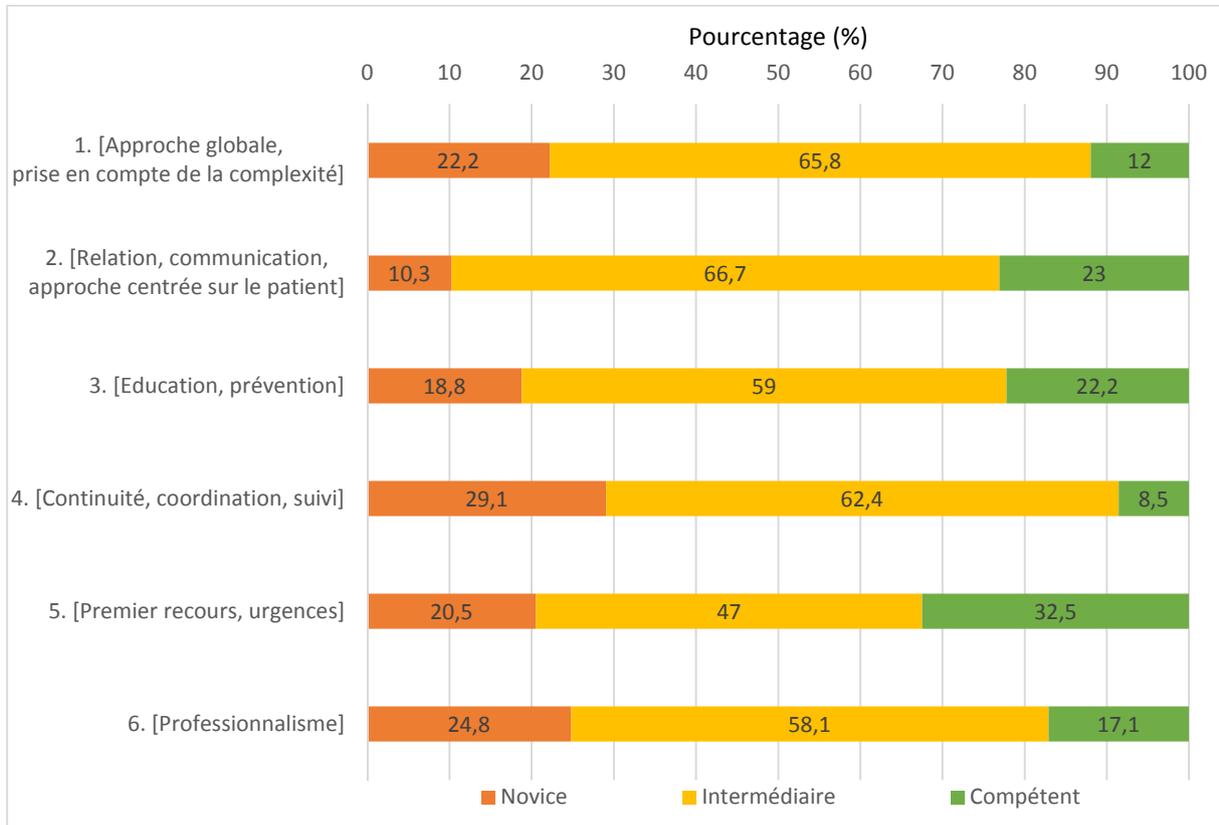


Figure 2. Niveau de compétences génériques (novice, intermédiaire, compétent) en fonction des six compétences de Médecine Générale, perçues par les internes, avant la réalisation du SASPAS.

Avant le SASPAS, pour chacune des six compétences, les internes s'estimaient en majorité de niveau intermédiaire. Les pourcentages de niveau intermédiaire oscillaient entre 47 % pour la compétence « premiers recours, urgences » et 66,7 % pour la compétence « relation, communication, approche centrée sur le patient ».

Pour les niveaux novice et compétent, la proportion d'internes était sensiblement équivalente.

Les pourcentages du niveau novice oscillaient entre 10,3 % pour la compétence « relation, communication, approche centrée sur le patient » et 29,1 % pour la compétence « continuité, coordination, suivi ».

Les pourcentages du niveau compétent variaient entre 8,5 % pour la compétence « continuité, coordination, suivi » et 32,5 % pour la compétence « premiers recours, urgences ».

5.2 Après le SASPAS

Concernant le critère de jugement principal, les internes ont été ensuite interrogés sur leur niveau ressenti des compétences spécifiques de Médecine Générale selon les niveaux génériques après la réalisation de leur SASPAS. Les résultats sont reportés dans la *figure 3*, ci-dessous.

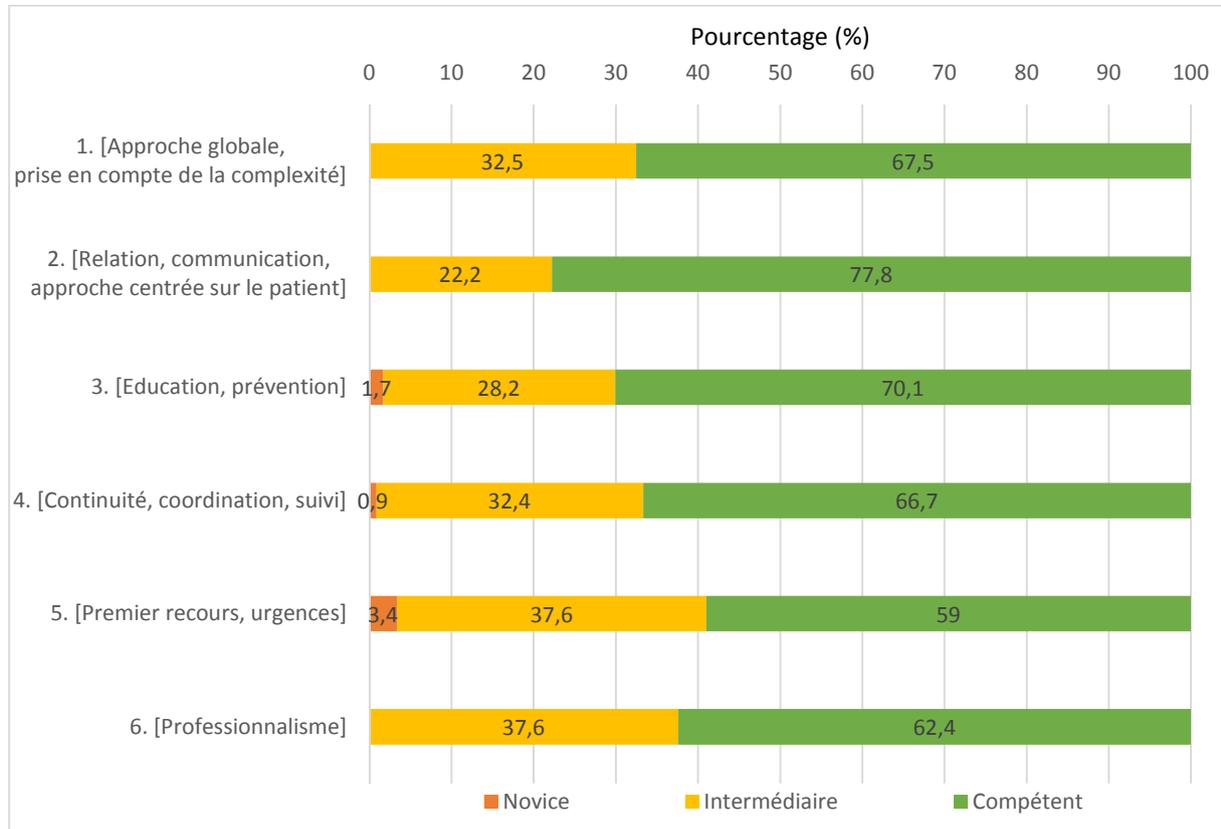


Figure 3. Niveau de compétences génériques (novice, intermédiaire, compétent) en fonction des six compétences de Médecine Générale, perçues par les internes, après la réalisation du SASPAS.

Après le SASPAS, pour chacune des six compétences, les internes s'estimaient en majorité au niveau compétent. Les pourcentages de niveau compétent oscillaient entre 59 % pour la compétence « premiers recours, urgences » et 77,8 % pour la compétence « relation, communication, approche centrée sur le patient ».

Les pourcentages de niveau intermédiaire variaient entre 22,2 % pour la compétence « relation, communication, approche centrée sur le patient » et 37,6 % pour les compétences « premiers recours, urgences » et « professionnalisme ».

Quant au niveau novice, le nombre d'internes demeurait très faible et présent uniquement dans les compétences « premiers recours, urgences », « continuité, coordination, suivi » et « éducation, prévention ». Nous noterons que parmi les sept étudiants de niveau novice, six étaient en sixième semestre.

5.3 Progression au cours du SASPAS

5.3.1. Progression par niveau de compétences

Nous avons détaillé la progression des internes en fonction de chacune des compétences de Médecine Générale selon les trois niveaux de compétences génériques. Les résultats sont retranscrits dans la *figure 4*.

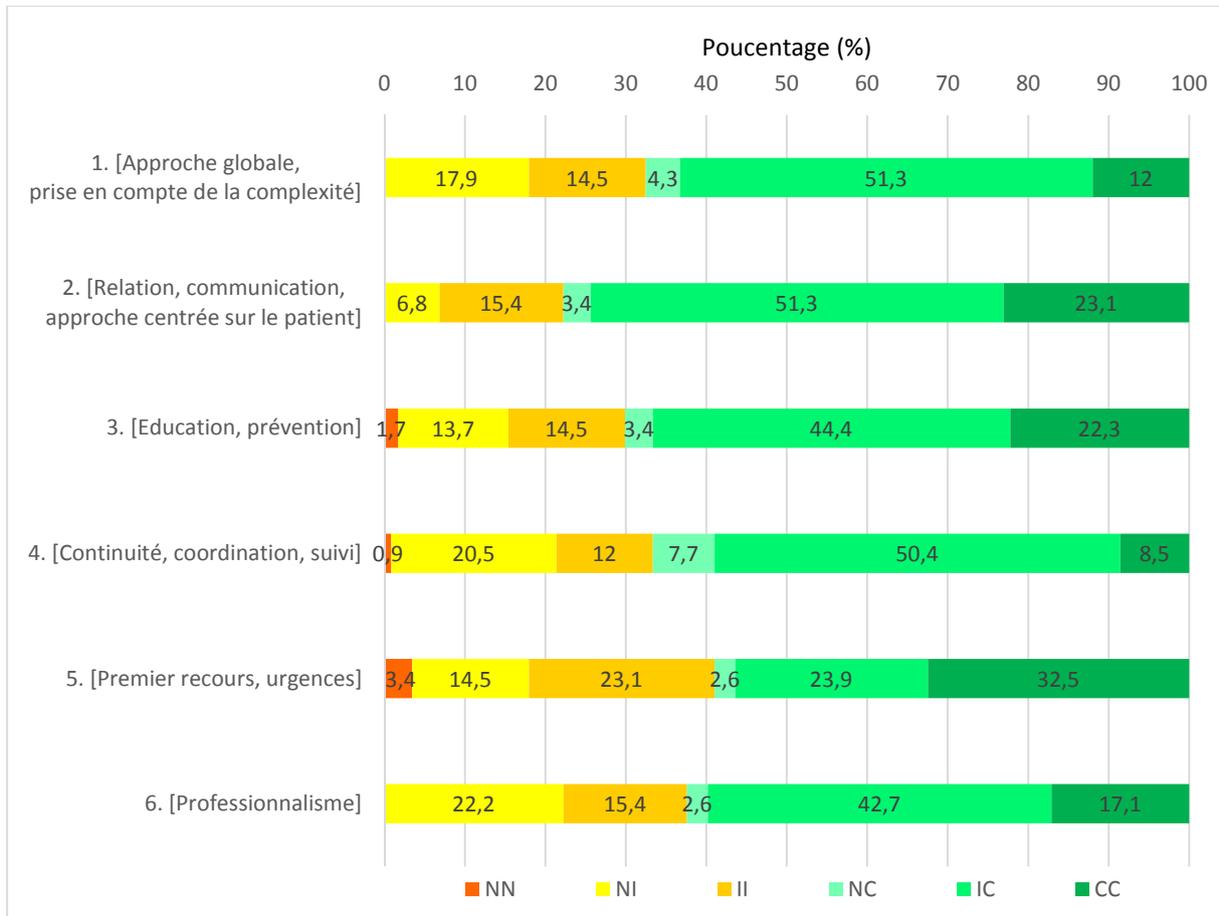


Figure 4. Progression dans les niveaux de compétences génériques en fonction des six compétences de Médecine Générale perçue par les internes après la réalisation du SASPAS.

- NN : Niveau novice perçu avant et après le stage
- NI : Niveau novice avant le stage et Intermédiaire après le stage
- II : Niveau intermédiaire avant et après le stage
- NC : Niveau novice avant le stage et compétent après le stage
- IC : Niveau intermédiaire avant le stage et compétent après le stage
- CC : Niveau compétent avant et après le stage

La majorité des internes a progressé d'un niveau intermédiaire à un niveau compétent. La proportion d'internes NI et II était équivalente. Le taux de NC était faible dans chaque compétence.

Nous avons ensuite déterminé le pourcentage de progression globale durant le stage en fonction des six compétences. Les résultats sont retranscrits dans la *figure 5*.

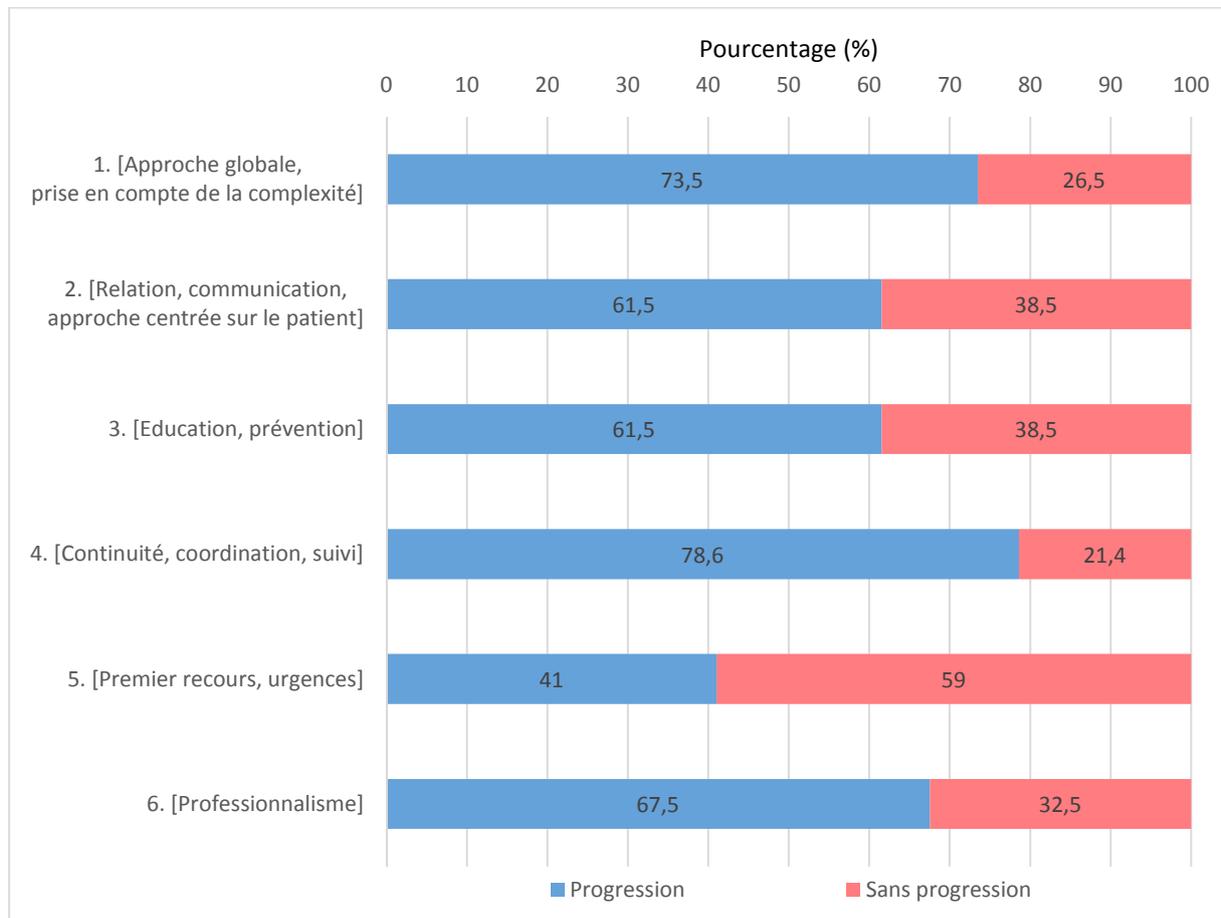


Figure 5. Progression globale des niveaux génériques de compétences pendant le SASPAS en fonction des six compétences de Médecine Générale perçue par les internes.

Pour cinq des six compétences, nous avons observé une progression de plus de 60 %. La progression la plus importante était dans la compétence « continuité, coordination et suivi » et la plus faible dans la compétence « premier recours » avec 41 % d'évolution.

5.3.2. Progression par interne

Nous avons déterminé le nombre de compétences de Médecine Générale où l'interne a progressé. Les résultats, exprimés en pourcentage, sont détaillés dans la *figure 6*.

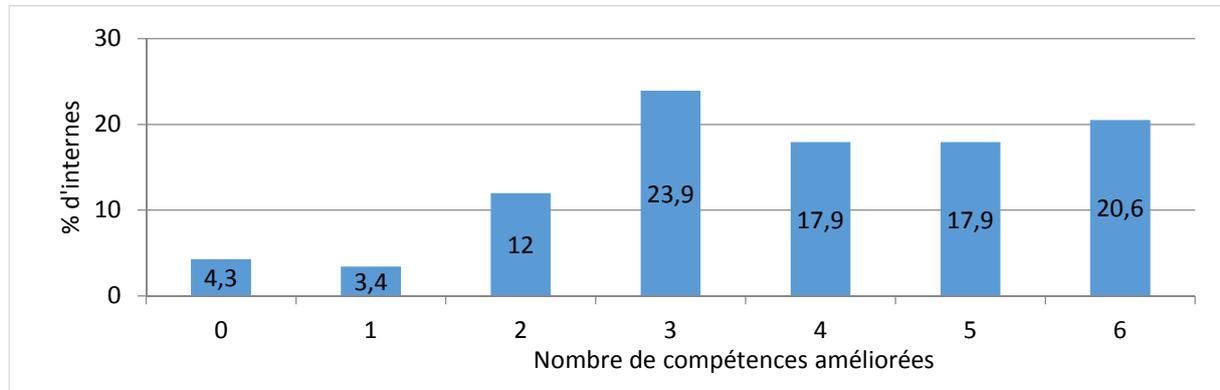


Figure 6. Nombre de compétences améliorées après le stage par les internes.

La moyenne du nombre de compétences où nous retrouvions une progression, par interne, était de 3,8 (écart-type = 1,6). Une majorité d'internes a donc progressé dans plus de la moitié des compétences.

Cet histogramme ne mettant pas en évidence les internes qui étaient compétents avant leur SASPAS, nous représenterons ces effectifs en pourcentage dans la *figure 7* ci-dessous.

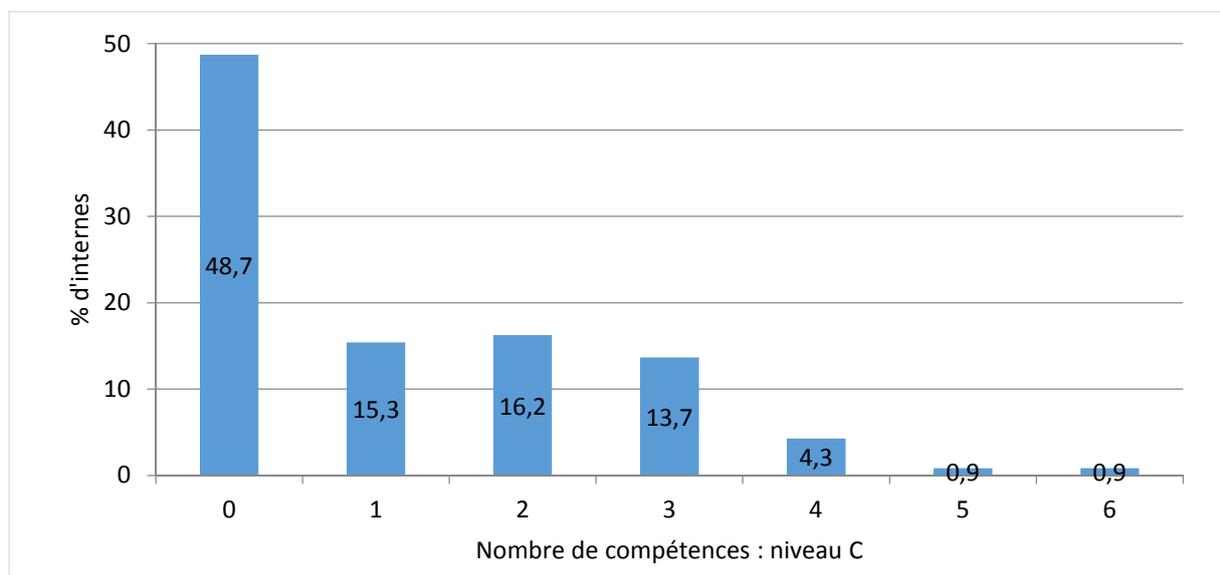


Figure 7. Nombre de compétences déjà acquises avant leur stage par les internes.

C = Niveau compétent avant le stage

Un peu plus de la moitié des internes était de niveau compétent avant leur SASPAS dans au moins une compétence de Médecine Générale. Seuls 19,8 % des internes étaient de niveau compétent dans trois compétences ou plus.

6. Confrontation aux différentes familles de situations

Nous avons évalué à quelle fréquence les internes étaient confrontés aux onze familles de situations cliniques de Médecine Générale au cours de leur SASPAS. Les résultats sont retranscrits dans la *figure 8*.

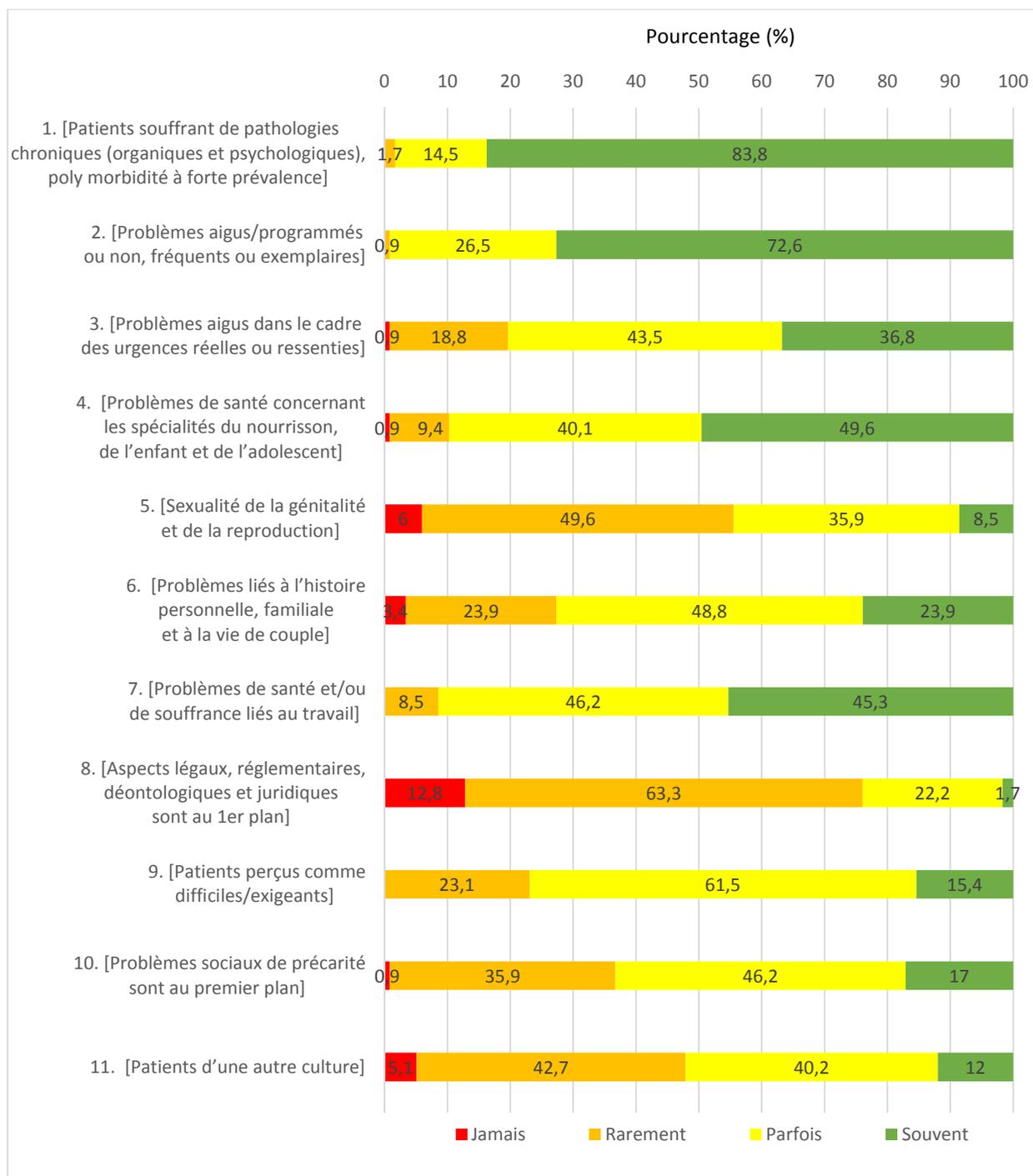


Figure 8. Fréquence à laquelle les internes ont été confrontés aux onze familles de situations cliniques.

Les familles de situations concernant les pathologies chroniques et les pathologies aiguës étaient les plus fréquemment rencontrées. Les aspects légaux, réglementaires, déontologiques et juridiques ainsi que la sexualité, la génitalité et la reproduction étaient les moins abordés.

7. Réalisation de gestes techniques

Un peu plus des deux tiers (67,5 % ; n = 79) des internes pensait avoir réalisé suffisamment de gestes techniques pour être à l'aise dans leur exercice futur contre 32,5 % (n = 38).

8. Gestion du cabinet

8.1 Participation

La participation à une des formations citées dans le questionnaire (Formation Médicale Continue (FMC), Gardes/Astreintes, Groupe de pairs, réunions de cabinet) se répartissait comme détaillée dans la *figure 9* ci-dessous. Les internes avaient le choix de cocher plusieurs réponses.

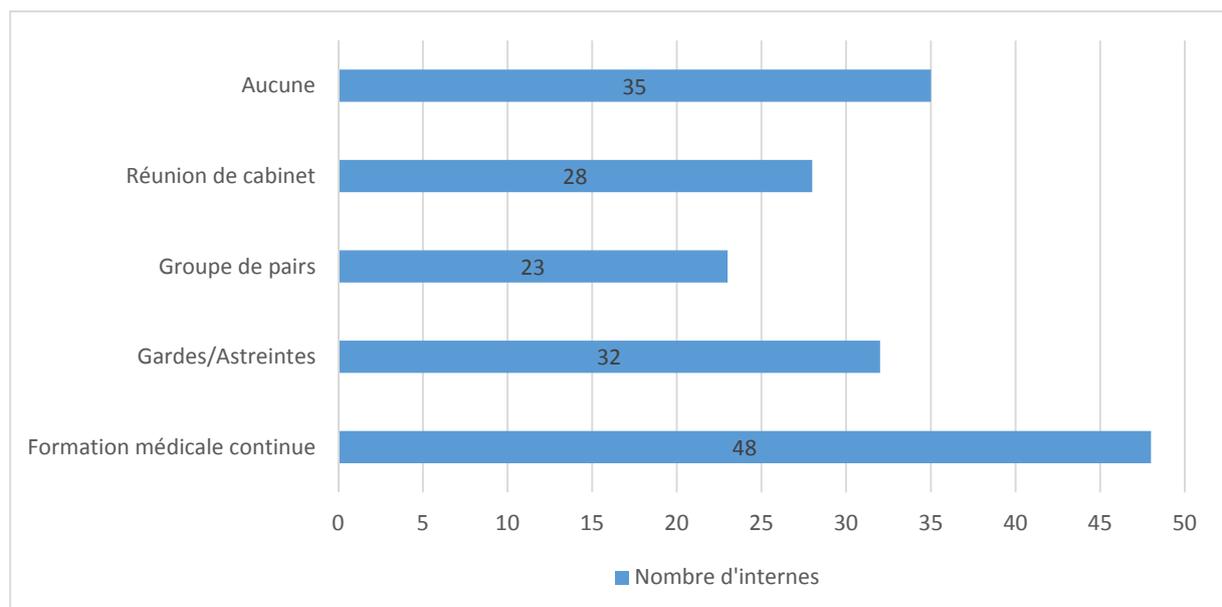


Figure 9. Participation des internes à des formations médicales.

Si 70 % (n = 82) des internes ont assisté à au moins une des formations mentionnées, 30 % (n = 35) déclaraient ne jamais avoir assisté à une seule des formations citées.

De façon individuelle, un peu plus de la moitié des répondants (52,4 % ; n = 43) a assisté à une seule formation. La FMC a eu le plus de participation (20,5 % ; n = 24). Concernant les internes ayant suivi deux formations, le taux s'élevait à 25,6 % (n = 30). Seuls 6,8 % (n = 8) ont suivi trois formations et 0,9 % (n = 1) les quatre formations.

8.2 Utilisation des logiciels

La prise en main des logiciels médicaux et informatiques était reconnue par la quasi-totalité des internes (97,4 % ; n = 114). Seuls 2,6 % (n = 3) éprouvaient encore des difficultés.

8.3 Gestion administrative et comptable

Seuls 35,9 % (n = 42) des répondants pensaient avoir acquis les connaissances envers les exigences fiscales (AGA...), contre 64,1 % (n = 75) s'estimant insuffisamment renseignés.

De même, pour les connaissances envers les exigences administratives (URSSAF, CARMF, Conseil de l'Ordre...), le ratio des internes pensant avoir acquis ces connaissances ne représentait que 41,9 % (n = 49). Ce n'était pas le cas pour 58,1 % (n = 68).

9. Projet professionnel des internes

9.1 A court terme

Les projets à court terme sont représentés selon leurs catégories dans la *figure 10*. Les internes avaient le choix de cocher plusieurs réponses.

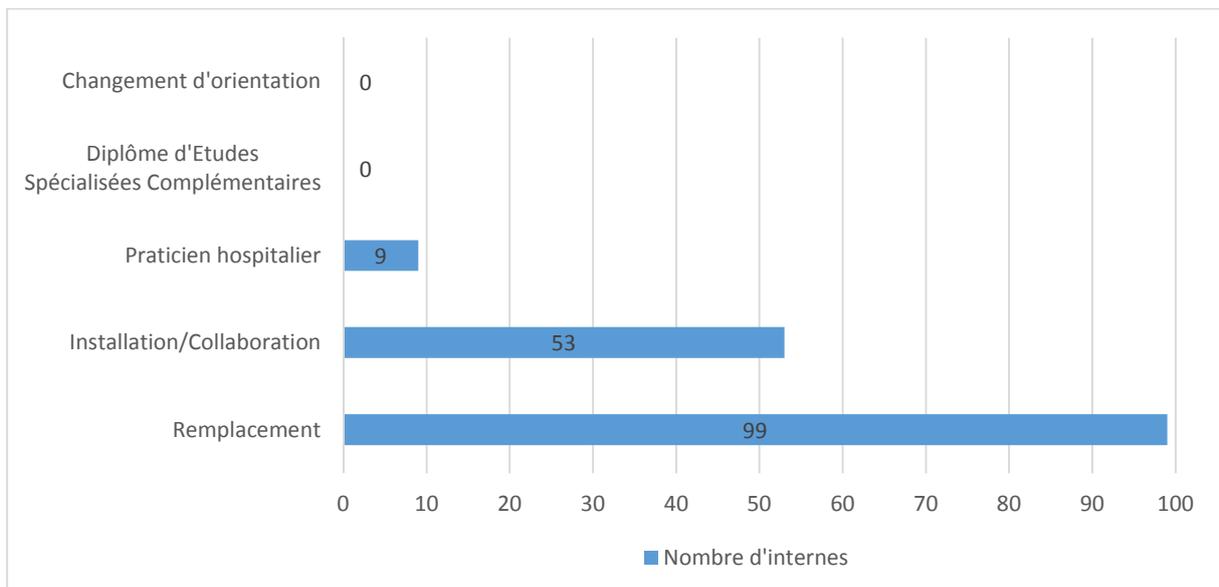


Figure 10. *Projet professionnel des internes à court terme après le SASPAS.*

De façon individuelle, 48,7 % (n = 57) n'envisageaient de faire que des remplacements, 12,8 % (n = 15) souhaitaient directement une installation/collaboration et 1,7 % (n = 2) un travail en hospitalier. Ils étaient 30,8 % (n = 36) à prévoir de faire un remplacement et/ou une collaboration/installation. Seuls 4,3 % (n = 5) comptaient faire des remplacements et/ou un travail hospitalier, 0,9 % (n = 1) une installation et/ou un travail hospitalier. Une seule personne (0,9 % ; n = 1) envisageait de faire des remplacements, un travail hospitalier et/ou installation libérale.

9.2 Formation des internes

Les internes ont été interrogés sur leur envie de former des internes à leur tour. Ils étaient 83,8 % (n = 98) à être prêts à former des internes contre 16,2 % (n = 19) qui n'étaient pas d'accord.

10. Note de satisfaction globale

10.1 Note de satisfaction

En fin du questionnaire, il a été demandé d'attribuer une note sur dix pour évaluer la satisfaction globale sur la formation au cours du SASPAS. La note globale moyenne était de 8 (écart-type = 1,2). Soixante-dix pour cent des répondants ont donné une note $\geq 8/10$. Le détail des résultats est mentionné dans la *figure 11* ci-dessous.

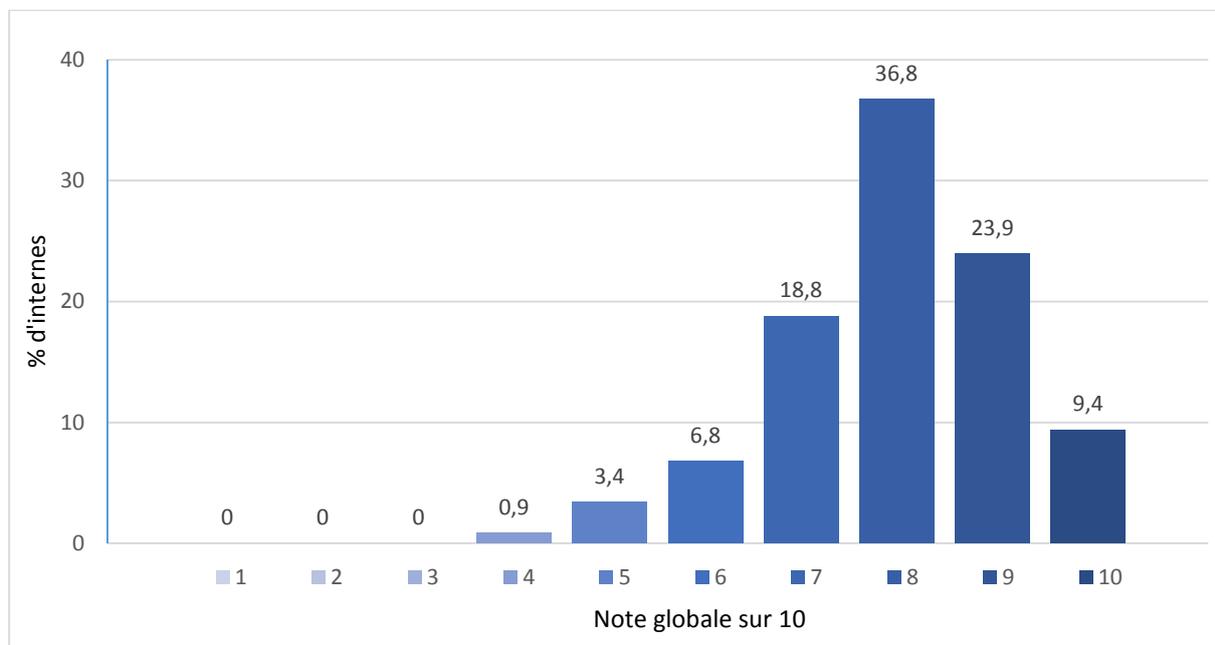


Figure 11. Note globale de satisfaction des internes sur leur formation pendant le SASPAS (note sur 10).

10.2 Comparaison des niveaux de progression selon la note de satisfaction globale attribuée par les internes

Afin de déterminer s'il existait un lien entre le niveau de progression des internes et la note de satisfaction attribuée, nous avons donc comparé deux groupes : l'un constitué par les internes ayant mis une note au SASPAS $\leq 7/10$ (groupe A) et le deuxième ayant mis une note $\geq 8/10$ (groupe B).

Les résultats significatifs sont retranscrits dans le *tableau 1*.

Thèmes	Point divergent	Gr. A Note ≤7	Gr. B Note ≥8	p-value (p<0.05)
Votre faculté d'internat est :	Poitiers	40,0%	61,0%	0,037
En cas de difficulté, votre MSU était-il facilement disponible ?	Oui	91,4%	98,8%	0,045
Vous êtes-vous sentis en surcharge de travail au cours du stage ?	Oui	28,6%	6,1%	0,001
La rétroaction avec vos MSU, était-elle quotidienne ?	Oui	45,7%	89,0%	0,0000005
Estimez-vous que le temps passé fût suffisant ?	Oui	57,1%	91,5%	0,0000136
La communication avec vos MSU était-elle aisée ?	Oui	85,7%	100,0%	0,000468
Notation AVANT SASPAS				
2. [Relation, communication, approche centrée sur le patient]	Novice	20,0%	6,1%	0,023
4. [Continuité, coordination, suivi]	Novice	42,9%	23,2%	0,032
Notation APRES SASPAS				
1. [Approche globale, prise en compte de la complexité]	Compétent	54,3%	73,2%	0,046
2. [Relation, communication, approche centrée sur le patient]	Compétent	54,3%	87,8%	0,000065
3. [Education, prévention]	Compétent	54,3%	76,8%	0,015
3. [Education, prévention]	Intermédiaire	42,9%	22,0%	0,021
4. [Continuité, coordination, suivi]	Compétent	48,6%	74,4%	0,007
4. [Continuité, coordination, suivi]	Intermédiaire	48,6%	25,6%	0,015
5. [Premier recours, urgences]	Novice	8,6%	1,2%	0,045
Notation de la PROGRESSION				
Test progression (Nombre de compétences améliorées)	0	11,4%	1,2%	0,012
2. [Relation, communication, approche centrée sur le patient]	II	34,3%	7,3%	0,00021
2. [Relation, communication, approche centrée sur le patient]	NC	8,6%	1,2%	0,045
2. [Relation, communication, approche centrée sur le patient]	IC	28,6%	61,0%	0,001
3. [Education, prévention]	II	28,6%	8,5%	0,005
4. [Continuité, coordination, suivi]	NI	34,3%	14,6%	0,016
5. [Premier recours, urgences]	NN	8,6%	1,2%	0,045
5. [Premier recours, urgences]	IC	11,4%	29,3%	0,038
6. [Professionnalisme]	II	25,7%	11,0%	0,043
Notation des familles de situations				
11. [Patients d'une autre culture]	Rarement	57,1%	36,6%	0,040
11. [Patients d'une autre culture]	Souvent	2,9%	15,9%	0,047

Tableau 1. Tableau résumant les variables où l'on retrouve une différence significative entre les groupes A et B.

- NN : Niveau novice perçu avant et après le stage
- NI : Niveau novice avant le stage et Intermédiaire après le stage
- II : Niveau intermédiaire avant et après le stage
- NC : Niveau novice avant le stage et compétent après le stage
- IC : Niveau intermédiaire avant le stage et compétent après le stage
- CC : Niveau compétent avant et après le stage

Les internes les plus satisfaits (groupe B) étaient ceux se considérant comme le plus souvent de niveau compétent en fin de stage. Dans le groupe des moins satisfaits (groupe A), on notait plus de stagnation dans les niveaux intermédiaires et novices, davantage d'internes n'ayant progressé dans aucune compétence.

La satisfaction globale du stage était aussi dépendante de la qualité de la rétroaction : les internes les plus satisfaits bénéficiaient d'une rétroaction plus fréquente et d'une durée suffisante ainsi que d'une meilleure communication avec le MSU.

11. Commentaires obligatoires

Une question ouverte et obligatoire était posée après la notation du stage pour connaître les points que les internes souhaiteraient voir améliorer afin que le SASPAS soit un stage complet. Les commentaires sont retranscrits en intégralité en *annexe VI*.

Les sujets les plus souvent abordés étaient la gestion du cabinet (fiscalité, comptabilité) et la gestion administrative (dossier MDPH, maladie professionnelle) pour lesquelles les internes espèreraient au moins une demi-journée consacrée avec leur MSU.

Les autres sujets fréquemment rencontrés étaient le manque de réalisation de gestes techniques, les débriefings non systématiques et parfois incomplets ainsi que le ressenti de remplacements déguisés.

Une plus faible proportion de répondants aurait préféré voir plus de situations cliniques de patients chroniques, de gynécologie-pédiatrie et de dermatologie. A ce titre, certains évoquaient la nécessité de stages satellites.

D'autres personnes auraient souhaité un meilleur encadrement avec la détermination d'objectifs en début, milieu et fin de stage afin de mieux évaluer l'évolution de leur progression pendant le stage.

12. Commentaires libres

Ces commentaires étaient facultatifs. Les internes ont été 20,5 % (n = 24) à en déposer. Les commentaires sont retranscrits en intégralité en *annexe VII*.

L'élément ressortant le plus souvent était l'inégalité de pédagogie entre les maîtres de stage. Les internes répondaient plutôt favorablement lors du remplissage du questionnaire. Quelques-uns mentionnaient un possible biais du fait d'avoir réalisé des remplacements avant le SASPAS par rapport aux connaissances administratives. Pour d'autres, cela a confirmé le désir de travailler en Médecine Générale.

DISCUSSION

Dans ce chapitre, nous reprendrons les principaux résultats puis nous traiterons des points forts et des limites de l'étude. Nous discuterons ensuite des résultats de l'étude ainsi que des travaux déjà réalisés sur le sujet. Enfin, des pistes d'amélioration seront proposées.

1. Principaux résultats

Le taux de réponse était de 81,8 %. Il était équivalent entre chaque faculté par rapport au nombre d'internes inclus. Toutefois, l'accès au SASPAS était inégal entre les facultés.

En début de stage, pour chacune des six compétences, les internes s'estimaient en majorité de niveau intermédiaire. En fin de stage, l'interne a atteint le niveau compétent à hauteur de 59% minimum toutes compétences confondues.

La progression minimale dans chaque domaine de compétence était de 41 %, la plus faible étant pour la compétence « urgences, premiers recours ». Les internes ont progressé en moyenne de 3,8 compétences. Seuls 4,3 % n'ont progressé dans aucune compétence.

Les familles de situations concernant les pathologies chroniques et les pathologies aiguës étaient les plus fréquemment rencontrées. Les aspects légaux, réglementaires, déontologiques et juridiques ainsi que la sexualité, la génitalité, la reproduction étaient les moins abordés.

La note globale moyenne de satisfaction du stage était de 8. Les internes les plus satisfaits (groupe B) étaient ceux se considérant comme le plus souvent de niveau compétent en fin de stage. La satisfaction globale du stage était aussi dépendante de la qualité de la rétroaction : les internes les plus satisfaits bénéficiaient d'une rétroaction plus fréquente et d'une durée suffisante ainsi que d'une meilleure communication avec le MSU.

Les points faibles de la formation cités dans les commentaires étaient principalement la gestion du cabinet médical, la rétroaction et la réalisation de gestes techniques.

2. Points forts et limites de l'étude

2.1. Points forts

Taux de participation

Grâce à deux relances mails dans chaque faculté et une relance téléphonique pour la faculté de Poitiers, un taux de participation de 81,8 % a été obtenu. Nous avons cependant rencontré des difficultés notamment pour l'accord de diffusion du questionnaire auprès des facultés de Limoges et de Bordeaux, nécessitant de nombreux échanges avec les directeurs des DMG et entraînant ainsi un retard de l'envoi du questionnaire par rapport aux dates retenues dans notre agenda.

Toutefois, notre persévérance et la bonne volonté des anciens internes à participer à l'étude ont permis d'atteindre ce taux élevé. Cela a été facilité par le fait que la grande majorité des répondants venait de passer leur thèse ou commençait la leur, faisant ainsi preuve d'empathie. Nous pensons également que l'anonymat du questionnaire a pu favoriser le taux de participation et l'expression libre du ressenti des anciens internes. Nous pouvons aussi supposer que la rapidité à renseigner le questionnaire a été un facteur encourageant. En revanche, il nous est impossible de connaître les raisons de non-participation. Nous pouvons suspecter la présence de mails erronés, de mails

universitaires mis dans les spams, de mails non vus dans le flux de mails, un manque de temps ou l'absence de désir de participer à ce travail.

Nombre de semestres évalués

Nous avons fait le choix de porter l'étude sur deux semestres afin d'avoir un échantillon plus grand et donc plus représentatif. Afin de limiter un biais de mémorisation, nous n'avons cependant pas souhaité réaliser l'étude sur une plus longue période. De même, nous avons privilégié les semestres les plus récents pour limiter ce biais de mémorisation.

L'autre avantage de réaliser cette étude sur deux semestres était de permettre dans la quasi-totalité des cas une seconde évaluation des terrains de stage et une plus grande représentativité de la population des internes. En effet, les progressions peuvent être différentes selon l'interne (niveau de compétence initial, implication) et ses maitres de stage (relation avec l'interne, pédagogie).

Etude multicentrique

Pour ce travail, trois facultés de médecine ont été sollicitées. Cela nous a permis d'avoir un échantillon important (143 internes) et d'augmenter la puissance de l'étude. Le choix de ces facultés nous a été guidé par la réforme territoriale de 2015. En effet, ces trois facultés font désormais partie d'une nouvelle région nommée Nouvelle Aquitaine. Ainsi, dans l'avenir, nous assisterons peut-être à un rapprochement des DMG, de la pédagogie voire de l'enseignement. Notre travail peut, par conséquent, constituer une première base de données à l'éventuelle mise en place d'un DMG commun.

2.2. Limites de l'étude

Biais

Dans le questionnaire, nous aurions pu demander si les internes avaient déjà effectué des remplacements car nous pouvons craindre un biais d'information quant à la question des connaissances administratives et fiscales. Certains internes en font part dans les commentaires.

Par ailleurs, les internes allant travailler à l'avenir en hospitalier se sont peut-être sentis moins concernés par la gestion d'un cabinet médical ambulatoire, compte tenu des différences notables entre exercice libéral et salarié, pouvant induire un biais déclaratif.

De plus, même si le taux de participation de chaque faculté était équivalent, l'accès au stage entre les facultés était significativement différent, pouvant induire un biais de sélection. Le SASPAS étant désormais obligatoire, sa réalisation devrait être effective pour tous les étudiants et ainsi limiter ce biais en cas de nouvelle étude.

Evaluation globale

Dans les commentaires obligatoires et facultatifs, nous relevons plusieurs fois une inégalité ressentie dans la pédagogie des MSU. Aussi, dans notre questionnaire, pour plus de fiabilité, nous aurions pu proposer des réponses à choix multiples selon le nombre de MSU et réaliser par la suite une moyenne de ces réponses. Cependant, nous avons préféré limiter le nombre de questions, de crainte que par lassitude l'interne décide d'arrêter de remplir le questionnaire ou au contraire ne le remplisse trop vite sans réelle réflexion. Ainsi, nous limitons un biais déclaratif tout en ayant un taux de participation correcte.

De plus, nous avons supputé que l'interne répondrait selon son ressenti global. Les commentaires laissés sont en faveur de cette hypothèse puisque certains internes ont mentionné qu'ils avaient noté de façon générale. D'autres internes, en revanche, avaient noté plutôt favorablement, pouvant faire surestimer la note globale.

Auto-évaluation des compétences

Parmi les différents types d'études, nous avons retenu l'auto-évaluation. Toutefois, il convient d'admettre que la capacité d'auto-évaluation des internes n'est pas optimale car ceux-ci ont tendance à se sous-évaluer pouvant entraîner un plus faible taux de progression dans nos résultats. Plusieurs études dont celles de C. Lajzerowicz à Bordeaux en 2017 (9) et C. Manjarres à Paris en 2012 (14) nous le rappellent.

Nous aurions pu faire réaliser l'évaluation par les MSU mais nous n'aurions pas pu connaître le niveau de compétence initial. Une évaluation des compétences par les MSU en début de stage paraissait difficile de par l'absence de recul sur les capacités de l'interne. Ils auraient pu se baser sur les évaluations de fin de stages précédentes mais celles-ci n'étaient pas encore homogènes. En ce qui concerne la faculté de Poitiers, les évaluations sont désormais identiques depuis la mise en place de la réforme.

De plus, nous aurions pu être confrontées à des discordances de notation entre les différents MSU selon la qualité de leur supervision et leur subjectivité de perception des connaissances de l'interne. C. Lajzerowicz (9) avait déjà mis en évidence cette problématique dans son travail.

En comparaison, nous pourrions faire remplir le même questionnaire à chaque MSU afin de vérifier s'ils jugent de la même manière les internes. De même, une étude comparative entre le ressenti de la progression de l'interne et celle d'un des MSU pourrait désormais être initialisée.

3. Analyse des résultats

Nous aborderons tout d'abord les résultats de l'objectif principal puis analyserons ceux des autres données. Dans le chapitre suivant, nous énoncerons des pistes d'amélioration.

3.1. Evolution du niveau de compétences dans les six compétences entre le début et la fin du SASPAS

A la fin de leur SASPAS, les internes étaient majoritairement compétents dans chacune des six compétences. Nous retrouvons une progression dans toutes les compétences et l'interne avait progressé en moyenne dans un peu plus de la moitié d'entre elles.

3.1.1. Niveau de compétences avant le SASPAS

Avant le SASPAS, pour chacune des six compétences, les internes s'estimaient en majorité de niveau intermédiaire. Pour les niveaux novice et compétent, la proportion d'internes était sensiblement équivalente.

A la lecture de ces résultats, nous pouvons nous interroger sur la proportion d'internes s'estimant de niveau novice. En effet, nous estimons qu'un interne de cinquième ou sixième semestre, donc en fin de cursus, devrait avoir acquis lors de ses stages précédents un niveau minimal intermédiaire dans chacune des compétences.

A titre d'exemple, nous pouvons nous étonner que le taux de novices dans la compétence « premiers, recours urgences » atteigne 20,5 % alors que l'interne est censé avoir fait un stage obligatoire aux urgences ainsi qu'en niveau 1 où ces situations sont largement rencontrées.

Plusieurs hypothèses peuvent être émises. Il est d'abord possible que les internes se soient sous-estimés (9, 14). Par ailleurs, certains internes ont peut-être pensé que le questionnaire n'évaluait que des situations rencontrées au cours du stage et donc n'ont pas pris en compte les capacités acquises lors de leurs précédents stages hospitaliers. Autre possibilité, c'est l'acquisition insuffisante des connaissances au travers de leurs stages précédents.

Par ailleurs, selon les nouvelles directives nationales (5) et le programme du DES de la faculté de Poitiers notamment (13), il est attendu en fin de phase d'approfondissement un niveau minimal « intermédiaire » sur les six compétences spécifiques mais aussi un niveau espéré « compétent » pour un maximum de compétences. Aussi, les résultats de notre étude étant avant la fin de la phase d'approfondissement, nous pouvons espérer que tous les internes de niveau novice progressent au minimum vers le niveau intermédiaire en fin de cursus.

3.1.2. Niveau de compétences après le SASPAS

Après le SASPAS, pour chacune des six compétences, la majorité des internes s'estimait avoir atteint le niveau compétent. La plus grande proportion était retrouvée dans la compétence « relation, communication, approche centrée sur le patient » et la plus faible dans la compétence « premiers recours ».

La plus grande proportion de niveau intermédiaire était retrouvée dans les compétences « premiers recours, urgences » et « professionnalisme » et la plus faible dans la compétence « relation, communication, approche centrée sur le patient ».

Quant au niveau novice, le nombre d'internes demeurait très faible. Toutefois, nos résultats ont montré que six des sept étudiants novices, après le SASPAS, étaient en sixième semestre. Si l'étude n'avait pas été anonyme, il aurait été intéressant d'approfondir les causes de cette absence de progression.

Au regard des données, nous pouvons estimer que le SASPAS est un stage permettant à la quasi-totalité des internes d'atteindre le niveau intermédiaire ou compétent, et dans plus de la moitié des cas, le niveau compétent à la fin du stage, satisfaisant ainsi les objectifs facultaires (5, 13).

3.1.3. Progression par compétences

Toutes les compétences ont été améliorées. Pour cinq des six compétences, nous retrouvons une progression globale de plus de 60 %.

Seule la compétence « premiers recours, urgences » n'a progressé que de 41 %. Nous décelons une petite particularité pour cette compétence. Avant le SASPAS, le pourcentage de niveau compétent était le plus important des six compétences alors qu'après le stage, c'est la compétence où nous retrouvons le moins de niveau compétent. Nous pouvons penser, encore une fois, que l'interne se sous-estime. De plus, les situations d'urgence sont généralement pourvoyeuses de stress pouvant engendrer une plus grande difficulté à se sentir apte à leur gestion. Une autre possibilité serait que l'interne ait interprété le terme urgence en pensant aux urgences vitales.

Il aurait été intéressant, si l'étude n'avait pas été anonyme, de contacter et recueillir les causes de cette faible évolution dans cette compétence auprès des internes.

Parmi les cinq autres compétences, les trois ayant marqué la plus grande progression étaient celles concernant « l'approche globale, prise en compte de la complexité », la « continuité, coordination, suivi » et le « professionnalisme ». Les travaux de C. Lajzerowicz (9) retrouvaient une progression concernant la « communication et l'approche centrée patient », la « coordination des soins » ainsi que la gestion de l'« outil professionnel », soit deux communes à notre travail. Malgré une progression notable de la compétence « professionnalisme », dans les commentaires obligatoires de notre étude, les internes estimaient avoir insuffisamment acquis certains éléments comme la fiscalité et la comptabilité. Le détail de la progression des compétences dans le travail de C. Lajzerowicz (9) mettait en évidence le même constat.

Au total, les internes ont soit progressé, soit sont restés au niveau auquel ils étaient (novice, intermédiaire ou compétent). Aucun n'a régressé. La grande majorité des internes a progressé du niveau intermédiaire au niveau compétent. Il y a autant de progression du niveau novice à intermédiaire que de stagnation dans le niveau intermédiaire. Cependant, nous pouvons envisager que les internes ayant « stagné » ont pu progresser dans certains items de chaque niveau. L'utilisation d'une échelle numérique ou l'évaluation des composantes des niveaux génériques auraient permis des résultats plus affinés. Cependant, cela aurait rendu le questionnaire moins attrayant créant un biais déclaratif ou un taux de réponse plus faible. De telles études sont plus difficiles à mettre en place et nécessiteraient une adaptabilité méthodologique. On pourrait, par exemple, imaginer une étude prospective.

3.1.4. Progression par interne

La majorité des internes a progressé dans plus de la moitié des compétences et seuls cinq internes n'ont progressé dans aucune compétence. Toutefois, il faut prendre en compte que parmi ces internes, plusieurs avaient un niveau compétent dans une ou plusieurs compétences dès le début de stage. Il était donc impossible de déceler une progression même si le stage était formateur pour lui. A ce titre, et comme évoqué précédemment, l'évaluation des composantes du niveau compétent aurait permis de mieux cibler la progression au cours du stage.

3.2. Note de satisfaction globale

Les internes étaient 70 % à avoir mis une note $\geq 8/10$, ce qui témoigne d'une satisfaction générale de la formation au cours du SASPAS. Nos résultats sont comparables à ceux retrouvés dans la thèse de M. Andrieux (6) évaluant la satisfaction de la formation des internes lors du SASPAS.

Dans le groupe A, correspondant aux internes les moins satisfaits, nous retrouvons plusieurs critères en rapport avec la rétroaction et le MSU. Ces données peuvent être mises en parallèle avec celles retrouvées par C. Lajzerowicz (9), qui montrait une différence de progression des internes en fonction de la qualité de supervision.

Plus l'interne a progressé vers le niveau compétent, plus il a attribué une note élevée de satisfaction. A l'inverse, nous pouvons supposer que les internes ayant le moins progressé, ont estimé que leur stage n'avait pas été assez formateur et ont attribué une note plus faible.

Les internes de la faculté de Poitiers ont attribué, de manière significative, de meilleures notes que les autres facultés. Ce constat est peut-être lié à la subjectivité des notations. Nous pouvons aussi supposer que, grâce à l'utilisation d'un RAQ par davantage d'internes (les MSU y étant sensibilisés), la rétroaction était probablement de meilleure qualité.

3.3. Autres résultats

3.3.1. Population étudiée

La majorité des répondants était des femmes. Nous ne pensons pas que les femmes aient tendance à choisir davantage les SASPAS mais que ces résultats sont en lien avec la féminisation de notre profession (d'après l'article d'E. Favereau, paru dans Libération en octobre 2017 (15)). Il n'a d'ailleurs pas été retrouvé de profil de SASPAS dans les études réalisées précédemment notamment celle de C. Manjarres (14).

3.3.2. Caractéristiques du SASPAS

La majorité des internes a réalisé le SASPAS en sixième semestre. Cela peut témoigner du souhait de réserver ce stage avant le début de l'activité libérale ou de difficultés d'accès.

La répartition des internes entre les deux semestres (novembre 2016 à avril 2017 et mai 2017 à octobre 2017) étant comparable, le risque de biais de sélection n'est pas à craindre. Il est possible que les internes en sixième semestre lors du semestre de novembre 2016 à avril 2017 aient pris, au préalable, une disponibilité.

Toutefois, les motifs de consultations peuvent varier selon la saison. La saison estivale a pu diminuer les demandes d'actes administratifs et surtout les plaintes des registres respiratoires et digestifs en l'absence d'épidémies. Le but de notre étude n'étant pas de comparer les motifs de consultations entre les deux semestres, nous supposons que les grandes familles de situations rencontrées sont équivalentes. Une étude pourrait être réalisée pour savoir s'il y a une différence significative.

La quasi-totalité a réalisé ce stage par envie. Cela concorde avec les résultats retrouvés dans la thèse de M. Andrieux à Poitiers en 2014 (6). Parmi les autres internes, deux ont fait ce stage par obligation.

Nous pouvons supposer que cela soit dû à leur classement en fin de promotion et l'imposition de pourvoir tous les postes de SASPAS.

La moitié des internes a travaillé dans une seule zone : urbaine, semi-rurale ou rurale. Pourtant, le nombre de terrains de stage dans chaque zone est équivalent. Un travail pourrait être réalisé pour comparer les motifs de consultation et la mise en situation face aux familles de situations selon chaque terrain. Cela permettrait de savoir s'il y a un intérêt à ce que l'interne ait trois terrains de stage dans des zones différentes.

3.3.3. Déroulement des journées

Le cadre de réglementation du SASPAS (13) était globalement respecté puisque la majorité des internes a travaillé trois jours par semaine, a effectué entre douze et vingt-quatre actes par jour et a eu trois MSU.

Par ailleurs, la quasi-totalité des internes s'est sentie soutenue en cas de difficultés rencontrées durant son SASPAS.

Nous constatons cependant qu'environ 10 % des internes se sentaient en surcharge de travail, n'ont pas effectué de travail administratif ni de visites au cours de leur stage. Ces deux derniers items sont pourtant des incontournables du métier du médecin généraliste. Il aurait été intéressant d'en connaître les raisons. Nous pouvons supposer que la non réalisation de visite pouvait être liée à un défaut matériel (l'absence de véhicule), une cause personnelle (l'impossibilité d'utiliser un véhicule, le refus d'effectuer des visites, etc.) ou liée au MSU (absence de visites dans son planning). La surcharge de travail était possiblement en lien avec un agenda trop chargé, imposé par le personnel du lieu de stage ou lié à une mauvaise gestion de l'interne.

Enfin nous pouvons retenir l'effort des cabinets puisque les internes exprimaient majoritairement avoir été accueillis dans des conditions matérielles favorables.

3.3.4. Rétroaction

La rétroaction paraissait globalement satisfaisante puisqu'elle était plutôt régulière, d'une durée suffisante et que la communication était aisée avec le MSU.

En revanche, seule la moitié a utilisé un « journal de bord » (RAQ pour la faculté de Poitiers) ou des outils pédagogiques lors de la rétroaction. Ce taux est regrettable, car il a été prouvé que l'utilisation d'un RAQ améliorerait le ressenti de l'interne sur ses capacités diagnostiques, relationnelles, thérapeutiques et organisationnelles.

Quant à l'écriture de traces d'apprentissage, un peu plus d'un tiers n'en a pas effectué. Ce chiffre est étonnant car le SASPAS est un lieu de stage où les situations complexes sont fréquentes et donc, théoriquement, donne lieu à l'écriture de RSCA. Les réglementations étant différentes entre facultés, certains internes avaient peut-être atteints leur quota de traces obligatoires à réaliser.

3.3.5. Familles de situations

L'analyse des résultats faisait apparaître une grande disparité dans la confrontation de ces onze situations cliniques définies par le CNGE (3).

Les familles de situations concernant les pathologies chroniques et les pathologies aiguës étaient les plus fréquemment rencontrées. Ces résultats sont comparables aux données du travail de M. Andrieux (6).

Deux familles de situations ressortaient comme ayant été rarement ou jamais rencontrées : la « sexualité, la génitalité et la reproduction » (famille 5) et les « aspects légaux, réglementaires, déontologiques et juridiques au premier plan » (famille 8).

Concernant la situation autour de la « sexualité, de la génitalité et de la reproduction », nous retrouvons également dans les commentaires obligatoires, plusieurs internes qui auraient souhaité avoir davantage de suivi gynécologique (motifs tous confondus). Nous retrouvons ces résultats dans la thèse de M. Andrieux (6).

Ces résultats peuvent s'expliquer, en partie, par les caractéristiques d'exercice et la patientèle du MSU : les patients pouvant privilégier leur suivi par leur spécialiste et le MSU pouvant ne pas réaliser certains gestes. Nous retrouvons ces hypothèses dans le travail d'E. Deleau à Poitiers en 2005 (16).

La maquette des stages peut être aussi incriminée. En effet, les internes inclus dans notre étude avaient le choix de réaliser un stage soit de gynécologie soit de pédiatrie soit couplé gynécologie/pédiatrie, ces derniers étant peu nombreux. Ainsi, certains internes peuvent ne pas s'estimer assez formés en gynécologie s'ils ont choisi le stage de pédiatrie vu qu'ils ont vu moins de situations cliniques.

Cependant, il ne faut pas oublier que, par exemple, le dépistage des cancers du sein par mammographie et des cancers du col de l'utérus par frottis cervico-vaginal font partie intégrante des missions du médecin généraliste. De plus, dans un article paru en mars 2017 dans le journal quotidien le Figaro, il est évoqué que les délais de rendez-vous pour les consultations gynécologiques augmentaient depuis cinq ans : plus treize jours soit soixante-huit jours (17). La formation des internes dans le suivi gynécologique a donc un rôle non négligeable dans la santé publique.

Les aspects légaux, réglementaires, déontologiques et juridiques étant des situations qui nous paraissent peu fréquentes, nous n'avons pas été étonnés de constater les résultats mentionnés.

Nos résultats sont divergents par rapport à ceux retrouvés dans la thèse commune de J. Postollec et P. Ribeill à Angers en 2017 (18). En effet, ceux-ci ont trouvé une prévalence plus faible concernant les familles de situations « patient d'une autre culture » (famille 11), « problèmes de santé et/ou souffrance liés au travail » (famille 7) et « problèmes sociaux, de précarité » (famille 10). Plusieurs hypothèses peuvent être évoquées.

Tout d'abord, pour éviter que notre questionnaire paraisse trop long, nous avons privilégié la notation du thème général des familles de situations et nous n'avons pas détaillé leurs sous-familles. Il est possible qu'en détaillant les sous-familles comme fait dans le travail de J. Postollec et P. Ribeill (18) cela aurait pu avoir un impact sur nos résultats. En effet, l'interne a pu ne pas penser à certaines situations incluses dans les familles.

D'autres hypothèses sont mentionnées par les auteurs de la thèse (18) : la subjectivité lors des codages, certains mots dont « culture » et « migrants » pouvant être interprétés différemment selon l'histoire personnelle de chacun et l'absence de rapport de situations vécues (la qualité des comptes rendus lors des GEAPI étant a priori très variable). Nous pouvons également citer, pour les séances de GEAPI, le fait que certains internes ne se soient pas exprimés ou à l'inverse n'aient cité que des

situations qui leur ont posé problème, le GEAPI mettant en avant la réflexion de groupe sur certaines situations ou prises en charge seulement.

Malgré ces divergences, la sous-famille « situations de dépistages des cancers mammaires et génitaux en fonction des niveaux de risque de la femme » a été peu retrouvée dans leur travail (18) confortant nos résultats et les commentaires obtenus sur la famille « sexualité, génitalité et reproduction ».

Une éventuelle différence des motifs de consultations entre régions, ou dans une même zone géographique à l'intérieur de la même région, pourrait être aussi une autre explication.

3.3.6. Gestes techniques

Un quart des internes estimait ne pas avoir réalisé suffisamment de gestes techniques pour être à l'aise dans leur exercice futur. Ces résultats sont équivalents à la tendance retrouvée dans la thèse de M. Andrieux (6).

Pour mémoire, ce constat était observé dans chaque faculté, les pourcentages oscillant entre 54 et 69 %.

Nous avons fait le choix de ne pas lister de gestes techniques car nous estimons que ceux-ci peuvent varier en fonction des caractéristiques d'exercice du MSU et des projets professionnels de l'interne, comme le confirme le travail de B. Boulard à Rouen en 2013 (19).

3.3.7. Gestion du cabinet médical

Hormis la gestion des logiciels médicaux et informatiques, la gestion administrative et comptable était jugée à l'unanimité comme insuffisante. Cela était un point souvent souligné dans les commentaires des internes.

Moins de la moitié s'estimait suffisamment renseignée sur ces modalités administratives et comptables. Or, nos chiffres ont pu être légèrement surévalués car certains internes ont précisé dans leurs commentaires qu'ils connaissaient ces données grâce à la réalisation préalable de remplacements. Les études précédemment réalisées de M. Andrieux (6), C. Manjarres (14) et C. Lajzerowicz (9) concluaient aux mêmes résultats et nous pouvons nous questionner sur l'absence de progression positive malgré les sollicitations itératives dans ce domaine.

A l'inverse, nous pouvons être satisfaits de la participation à au moins une des formations citées au sein du cabinet. Cela révèle la motivation de l'interne et l'implication du MSU dans le cadre du professionnalisme. Nous pouvons que plébisciter la participation d'un plus grand nombre d'internes à plusieurs de ces formations.

4. Pistes d'amélioration

4.1. Recruter davantage de formateurs

Recrutement de formateurs

Suite à la réforme du DES de Médecine Générale en 2017, le SASPAS est devenu un des stages obligatoires de ce troisième cycle. Depuis sa création, le SASPAS connaît des inégalités d'accès dues au manque de terrains de stage. Des difficultés vont donc être rencontrées par les facultés afin de satisfaire au respect de ce décret. Il y a nécessité de recruter davantage de MSU.

Les résultats montraient que 83,9% des internes accepteraient de former à leur tour des internes et seraient donc des MSU potentiels. La grande majorité des internes privilégiera les remplacements à la suite de leur internat. Or, pour devenir MSU, il faut effectuer une formation et être installé depuis deux ans. Pour recevoir un interne en SASPAS, il est nécessaire d'avoir reçu un interne de niveau 1 au minimum un semestre. Il pourrait être intéressant d'engager une réflexion avec le Collège des Généralistes Enseignants et Maîtres de Stage (COGEMS) sur la possibilité d'effectuer cette formation avant installation et de considérer l'expérience acquise au cours des remplacements pour diminuer le délai d'installation nécessaire pour devenir MSU.

En parallèle, comme évoqué dans le travail de C. Lajzerowicz (9) il est important de poursuivre les démarches de recrutements au niveau national et local si ce n'est pas le cas.

Cadre réglementaire

Avec ce besoin supplémentaire de MSU, devrait être désormais retenu un cadre de bonnes pratiques qui permette de satisfaire les MSU et les internes et donc de gommer les observations négatives mentionnées.

En effet, dans leurs commentaires, certains internes relevaient une inégalité d'encadrement. D'autres internes évoquaient parfois des remplacements déguisés.

Cela laisse à penser soit à un non-respect du cadre réglementaire (voulu ou non), soit à un encadrement perçu comme insuffisant par l'interne.

Aussi, concernant le premier point, le DMG et/ou le COGEMS de chaque faculté pourraient effectuer un bref rappel du cadre réglementaire en début de stage, pour chaque MSU et secrétariat, via un mail ou une fiche récapitulative (rétroaction journalière, etc.).

Par ailleurs, afin de cibler et d'évaluer les problématiques rencontrées par l'interne, le DMG pourrait s'aider des évaluations de fin de stage (si ce n'est pas le cas). A ce titre, il est écrit dans le chapitre VI de l'article 57 de l'arrêté du 12 avril 2017 (5) :

« L'étudiant remplit chaque semestre une grille d'évaluation de la qualité de son stage portant notamment sur les aspects pédagogiques et les conditions de travail et d'exercice. Cette grille d'évaluation est portée à la connaissance du directeur de l'unité de formation et de recherche ou du président du comité de coordination des études médicales, ainsi que du coordonnateur local et du coordonnateur régional de la spécialité, selon des modalités garantissant l'anonymat des étudiants [...] Ce partage d'informations contribue à préserver et à améliorer la qualité globale des stages ».

4.2. Améliorer la qualité de l'encadrement

Cet encadrement peut être amélioré par une meilleure rétroaction, mais aussi l'utilisation d'un RAQ et l'instauration d'une Formation Pédagogique Continue (FPC).

Rétroaction, recommandations de pratiques

Certains commentaires pointaient un encadrement insuffisant. D'ailleurs, dans nos résultats, 23,9 % des internes n'avaient pas de rétroaction régulière sur le semestre. Pourtant, les MSU signent une charte en début de stage où il est spécifié que la rétroaction doit être obligatoirement quotidienne (20).

La supervision indirecte est la partie pédagogique la plus importante de la journée de SASPAS et aussi la plus bénéfique pour la progression de l'interne d'après les résultats du travail de C. Lajzerowicz (9). C'est un rappel indispensable à diffuser auprès des MSU.

Toutefois, la supervision est un travail techniquement difficile à réaliser pour les MSU comme le précisent dans différents travaux C. Renoux à Angers en 2017 (21) et E. Benech-Riopel à Paris en 2005 (10).

Pour aider le MSU dans son rôle pédagogique mais aussi l'interne dans sa démarche réflexive, plusieurs solutions doivent être soutenues dont les recommandations de pratiques récemment proposées par C. Lajzerowicz (9) :

- « - une durée minimum de supervision indirecte : au moins 20 minutes par jour
- une révision d'au moins la moitié des dossiers : les cas ayant posé problème mais également des cas pris au hasard, afin de permettre à l'interne de s'évaluer dans tous les types de situation et d'aborder plus de thèmes relatifs à la médecine générale
- une rétroaction en face à face
- une rétroaction le jour même et en deux fois (midi et soir)
- des prescriptions pédagogiques proposées de façon régulière. »

Le RAQ, un outil de soutien pédagogique

Afin de diriger et faciliter de surcroît cette supervision pour les deux protagonistes, un outil pédagogique existe à Poitiers : le RAQ.

Le RAQ est une partie d'un outil plus complet nommé le « journal de bord ». Celui-ci contient les données administratives (coordonnées, parcours, activité...) et les modalités pédagogiques (objectifs, « RAQ » avec ses rétroactions et traces d'apprentissage, évaluations...) du stage (13).

Son utilisation permet de s'assurer que l'interne ait bien traité les six compétences génériques ainsi que les onze familles de situations de la Médecine Générale au cours de son stage. Proposée par G. Zollinger à Poitiers en 2016 (22), l'étude de l'utilisation de ce support pédagogique mettait en évidence une amélioration du ressenti global des capacités de l'interne. Cette étude recommandait aussi au MSU le RAQ comme aide à l'évaluation de l'interne en fin de stage.

Depuis, cet outil a été retravaillé et transmis aux MSU de la faculté de Poitiers. Toutefois, son utilisation est parfois aléatoire au regard de nos résultats. Il est possible que cela soit dû au fait que le RAQ était alors en cours d'étude et donc pas encore bien appréhendé ou insuffisamment diffusé pour les internes participant à l'étude.

Sa reconnaissance et sa diffusion sur tout le territoire seraient des enjeux intéressants.

La formation pédagogique continue

En plus des recommandations pratiques et d'un support pédagogique, une FPC pourrait être instaurée. Dans l'enquête menée par P. Eon-Dehais à Nantes en 2013 (23), les MSU étaient globalement favorables à l'obligation d'une FPC. Selon le travail de C. Renoux (21), une FPC régulière des MSU influencerait favorablement la qualité de la supervision, le développement de l'esprit critique de l'interne sur sa pratique et la gestion du cabinet. Ces points faibles étaient retrouvés dans les travaux de M. Andrieux (6) et C. Lajzerowicz (9) notamment, ainsi que dans le nôtre.

4.3. Retravailler les critères d'évaluations

Rassurer l'interne sur les niveaux de compétences à acquérir

Comme reconnu, les internes ont tendance à se sous-estimer lors des évaluations. Cela est dû à la difficulté de s'autoévaluer mais peut-être également à la manière dont sont édictés les compétences et leurs niveaux. C'est pourquoi, comme proposé dans l'étude réalisée par C. Soyer à Angers en 2017 (24), les compétences pourraient être abordées sous un autre angle.

D'une part, il serait judicieux de rappeler régulièrement à l'interne qu'il doit tendre vers les critères décrits dans chacune des compétences et non pas les acquérir strictement. L'interne aurait donc une perception moins négative des objectifs qu'il jugerait trop nombreux et difficile à atteindre, en particulier pour le niveau compétent.

D'autre part, mentionner les niveaux qui font suite au niveau compétent (maîtrise puis expert) permettrait de diminuer le sentiment de perfectionnement, rendant l'accès au niveau compétent plus réalisable.

Fixer dès le début du stage des objectifs précis et individualisés à atteindre

Comme mentionné dans le travail de C. Soyer (24), l'utilisation d'une fiche d'évaluation des niveaux de compétences de l'interne en auto-évaluation et hétéro-évaluation est une autre piste intéressante. L'auto-évaluation avant le stage permettrait de mieux aider l'interne et le MSU à repérer les objectifs du stage.

Par la suite, un état des lieux en milieu de stage permettrait de cibler les lacunes (dans les familles de situations et les compétences) et adapter la suite du stage : orientation des consultations, stages satellites. La feuille d'évaluation pourrait être la même pour mieux se rendre compte de la progression et aider à la réalisation de l'évaluation finale du stage. Nous pouvons nous poser la question de quel MSU ferait le suivi du parcours de l'interne. Peut-être qu'un MSU principal pourrait être défini.

Par ailleurs, il est reconnu que l'auto-évaluation des compétences est bénéfique en termes d'analyse réflexive pour l'interne. Mais à ce jour, seul le MSU remplit une fiche d'évaluation sur le portfolio de l'étudiant (5).

4.4. Améliorer la formation dans des domaines de compétences précis

Gestion du cabinet

Malgré les formations dédiées (GEAPI, séminaires), la gestion administrative et comptable restait majoritairement non acquise.

Les formations théoriques restent probablement trop abstraites pour les internes. Des demi-journées dédiées avec le MSU et/ou son comptable paraissent nécessaires. Tout en prenant garde à ne pas

généraliser d'inquiétude, pour autant, il est important de mettre l'interne face à la réalité comme le mentionne S. Allou à Paris en 2016 dans son travail portant sur les savoirs de la gestion du cabinet médical à acquérir en vue d'une installation libérale (25).

Aussi, une demi-journée pourrait être dédiée à la formation comptable et une seconde à la rédaction des formulaires (administratifs, certificats...). Une autre pourrait être envisagée selon le projet professionnel de l'interne : explication sur les différents types d'installation, etc.

Sur la faculté de Poitiers, le syndicat des internes a mis à disposition pour les internes un « guide pratique pour bien démarrer les remplacements ». Il reprend toutes les modalités administratives et fiscales à réaliser, leur délai, etc. Si ce n'était pas effectif, une diffusion de ce type de livret sur le territoire serait une aide précieuse supplémentaire pour les futurs remplaçants.

Gestes techniques

La réalisation des gestes techniques les plus courants reste inégale. Pour aider l'interne à avoir une pratique suffisante, certaines facultés ont mis en place des formations facultatives de gestes techniques spécifiques à la Médecine Générale. Son intérêt a été démontré notamment dans l'étude de F. Haget à Bordeaux en 2014 (26). Une diffusion de l'information devrait permettre aux internes d'acquérir les gestes qu'ils souhaitent réaliser dans leur exercice futur.

Compétences des internes dans la famille « sexualité, génitalité et reproduction »

Cette famille a été l'une des moins rencontrées. Aussi, le MSU pourrait essayer de promouvoir les suivis gynécologiques au sein de sa patientèle et ces rendez-vous de consultations pourraient être redirigés vers l'interne. Même si nous ne devons pas occulter que certains patients préfèrent avoir un suivi par leur médecin référent ou spécialiste uniquement.

Certains internes auraient aimé pouvoir faire ou refaire des stages satellites en gynécologie. D'autres stages satellites, en pédiatrie et en dermatologie notamment, étaient requis dans les commentaires. Le déficit de connaissances pédiatriques ou gynécologiques peut être corrélé à l'absence de réalisation de l'un des deux stages.

Or, depuis la réforme du DES de Médecine Générale en 2017, l'interne devrait pouvoir réaliser un stage en santé de l'enfant et un stage en santé de la femme ou un stage couplé santé de l'enfant et de la femme. Si le nombre de postes disponibles était suffisant, le manque de connaissances pourrait être pallié dans ces domaines évoqués par les internes.

Formations annexes

Pour les familles de situations ayant été peu rencontrées, nous pouvons soutenir les formations supplémentaires, comme proposé dans le travail de L. Foucaud à Toulouse en 2016 pour l'éducation thérapeutique (27), voire les stages satellites dans le domaine juridique par exemple. Cela dépendrait de la motivation de l'interne, son projet professionnel et des compétences qu'il lui reste à acquérir. La détermination des objectifs de stage en début de SASPAS demeure donc primordiale.

Diversifier les zones d'exercice

La moitié des internes travaillait dans une seule zone que ce soit dans un seul cabinet ou plusieurs cabinets mais dans une zone similaire.

Avoir plusieurs terrains de stage et zones de stage serait plus enrichissant. Cela permettrait à l'interne d'être confronté à plusieurs environnements et à des différences de prises en charge : celles-ci pouvant différer selon un exercice rural ou urbain par exemple.

Cette hypothèse a également été mentionnée dans le travail de M. Andrieux (6). Le COGEMS définit les trinômes de stage et pourrait intervenir davantage dans le choix de ces zones de stage.

Un travail pourrait porter sur la confrontation aux différentes familles de situations selon les terrains de stage dans l'objectif de mesurer l'impact sur les progressions.

Toutefois, avoir plusieurs zones de stage pour un interne peut être contraignant ne serait-ce que par les localisations géographiques qui peuvent parfois être très éloignées. De même, la disponibilité des MSU pour recevoir les internes et autres obligations pourraient limiter les choix de trinômes. Aussi, dans un premier temps, une réflexion sur l'accueil des internes pourrait être engagée.

CONCLUSION

Au cours de notre étude, les internes ont pu évaluer leur ressenti de niveau de compétences, après la réalisation d'un SASPAS, selon trois niveaux génériques. Ces résultats ont été obtenus sur un échantillon représentatif : 117 internes ayant réalisé un SASPAS sur deux semestres de la région Nouvelle Aquitaine.

La majorité des anciens internes interrogés a progressé dans les six compétences spécifiques de Médecine Générale. La quasi-totalité d'entre eux a atteint un niveau intermédiaire ou compétent en fin de stage.

Le SASPAS est donc un stage professionnalisant qui permet d'acquérir les connaissances nécessaires à l'exercice de la Médecine Générale. Notre étude corrobore les résultats des travaux précédemment réalisés.

Aussi, nous ne pouvons qu'adhérer aux décisions prises lors de la réforme du DES de Médecine Générale en 2017, avec notamment la réalisation d'un SASPAS obligatoire, l'évaluation par niveaux de compétences au cours du troisième cycle mais aussi la possibilité de réaliser un stage à la fois en santé de l'enfant et en santé de la femme.

Cependant, il ne faut pas gommer les problématiques rencontrées avant cette réforme et celles qui restent d'actualité avec la mise en place de celle-ci.

C'est pourquoi, plusieurs pistes d'amélioration peuvent être proposées pour optimiser la formation au cours du SASPAS. Il faut notamment accompagner les changements liés à la réforme, continuer à promouvoir un encadrement de qualité par les MSU et plébisciter les formations personnalisées pour les étudiants. Les apports de la réforme et des pistes d'amélioration pourraient pallier certaines difficultés.

Pour compléter notre travail, une étude prenant en compte les composantes des niveaux génériques permettrait d'avoir une approche plus fine. De même, une étude comparative des données récoltées selon le ressenti des internes et celui des MSU pourrait être intéressante.

La Médecine Générale a bénéficié de nombreux changements ces vingt dernières années. Au vu des problèmes actuels en besoins de santé, l'exercice de la Médecine Générale connaîtra d'autres réformes. En s'adaptant aux réformes, nous continuerons d'accompagner les étudiants afin de maintenir un niveau optimal dans la formation.

BIBLIOGRAPHIE

1. Légifrance. Arrêté du 22 septembre 2004 fixant la liste et la réglementation des diplômes d'études spécialisées de médecine. Journal officiel de la République française du 6 octobre 2004
2. Attali C. et al. Définitions et description des compétences en Médecine Générale. Exercer. 2013 ; 108:148-55
3. Attali C. et al. Familles de situations cliniques types en médecine générale. Exercer. 2013 ; 108:165-9
4. Attali C et al. Les niveaux de compétences. Exercer. 2013 ; 108 : 156-64
5. Légifrance. Arrêté du 21 avril 2017 relatif aux connaissances, aux compétences et aux maquettes de formation des diplômes d'études spécialisées et fixant la liste de ces diplômes et des options et formations spécialisées transversales du troisième cycle des études de médecine ; chapitre DES de médecine générale 2.4 et 3.4.
Disponible :
<https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000034502881>
(Dernière consultation le 10/05/2018)
6. Andrieux M. Évaluation de la formation en SASPAS par les internes de Médecine Générale de la Faculté de Poitiers. [thèse]. Poitiers. 2014
7. Gori M. Ressenti du Stage Autonome en Soins Primaires Ambulatoire Supervisé (SASPAS) par les internes de médecine générale en Alsace : enquête qualitative par entretiens semi dirigés. [thèse]. Strasbourg. 2015
8. Michelin A. Deuxième évaluation du stage ambulatoire en soins primaires en autonomie supervisé (SASPAS) en Champagne-Ardenne dix ans après sa création : le point de vue des internes. [thèse]. Reims. 2015
9. Lajzerowicz C. Etude AquISI : le SASPAS en Aquitaine en 2016 : enquête auprès des internes sur les pratiques de supervision et l'acquisition des compétences professionnelles pendant le stage. [thèse]. Bordeaux. 2017
10. Benech-Riopel E. Evaluation du premier semestre de stage ambulatoire en soins primaires en autonomie supervisée (SASPAS) à l'université de Créteil Paris XII. [thèse]. Paris Val-de-Marne. 2005
11. Légifrance. Arrêté du 10 août 2010 modifiant l'arrêté du 22 septembre 2004 fixant la liste et la réglementation des diplômes d'études spécialisées de médecine
12. Département de Médecine Générale de l'Université de Poitiers. Programme du DES de Médecine Générale promotion 2014, années universitaires 2014-2016.

13. Département de Médecine Générale de l'Université de Poitiers. Programme du DES de Médecine Générale, années universitaires 2017-2019.
Disponible : <https://bv.univ-poitiers.fr/access/content/group/edb1a182-b8f3-4062-aa81-5283b64b421a/resspub/3%20Programme%20du%20DES-MG/Programme%20DES%20MG%202017.pdf> (Dernière consultation le 09/05/2018)
14. Manjarres C. Influence du Stage Ambulatoire en Soins Primaire en Autonomie Supervisée (SASPAS) sur la formation et sur les compétences des jeunes médecins généralistes : étude comparative. [thèse]. Paris-Créteil. 2012
15. Favereau E. La féminisation de la médecine en pleine santé. Libération. Octobre 2017
Disponible : http://www.liberation.fr/france/2017/10/10/la-feminisation-de-la-medecine-en-pleine-sante_1602155 (Dernière consultation le 08/05/2018)
16. Deleau E. et al. Activité d'une interne de médecine générale en SASPAS. Revue du Praticien Médecine Générale. Tome 19, n°684/6853, 7/03/2005
17. Renault M-C. Médecin : le délai d'attente pour obtenir un rendez-vous région par région. Le Figaro. Mars 2017.
Disponible : <http://www.lefigaro.fr/conjoncture/2017/03/23/20002-20170323ARTFIG00004-dentiste-ori-ophtalmologue-decouvrez-le-delai-d-attente-par-region.php> (Dernière consultation le 10/05/2018)
18. Postollec J., Ribeill P. Etat des lieux des familles de situations cliniques abordées au cours des séances de groupe d'échange et d'analyse de pratique en stage praticien de niveau 1 et 2. [thèse]. Angers. Juin 2017
19. Boulard B. Réalisation des gestes techniques en cabinet libéral : Etude des pratiques des médecins généraliste en Haute Normandie. [thèse]. Rouen. 2013
20. COGEMS Poitou-Charentes. Charte des maîtres de stage des universités du département de Médecine Générale de Poitiers. Janvier 2013
Disponible : <https://bv.univ-poitiers.fr/access/content/group/edb1a182-b8f3-4062-aa81-5283b64b421a/resspub/5%20Enseignements%20pratiques/Outils%20des%20stages%20ambulatoires/Outils%20administratifs/2013%20Charte%20MSU%20Poitiers.pdf> (Dernière consultation le 18/12/2017)
21. Renoux C. Influence de la formation pédagogique continue des Maîtres de stages SASPAS sur la qualité de l'encadrement des internes pour la période de novembre 2011 à mai 2015. [thèse]. Angers. 2017
22. Zollinger G. L'utilisation du recueil d'activité par les internes : développement d'un outil pédagogique pour la supervision indirecte du stage ambulatoire en soins primaires et autonomie supervisée. [thèse]. Poitiers. 2016
23. Eon-Dehais P. Encadrement pédagogique des maitres de stage des universités en médecine générale. [thèse]. Nantes. 2013

24. Soyer C. Intérêt de la Fiche d'Évaluation des Niveaux de Compétences de l'Interne en Stage (FENCIS) pour la construction des compétences professionnelles. [thèse]. Université d'Angers. 2017
25. Allou S. Les savoirs sur la gestion du cabinet médical à acquérir en vue d'une installation libérale en Médecine Générale. Etude qualitative en Ile de France auprès des professions ressources de la Médecine Générale. Paris Diderot – Paris 7. 2016
26. Haget F. Déterminants de la participation facultative des internes en médecine générale de l'université de Bordeaux à des ateliers de gestes techniques. Enquête qualitative auprès d'internes en SASPAS. [thèse]. Bordeaux. 2014
27. Foucaud L. Formation validante de 40 heures en éducation thérapeutique du patient proposée de façon expérimentale à huit internes SASPAS : évaluation par un « focus group ». [thèse]. Toulouse. 2016
28. Tribert F. Evaluation du stress et de l'assurance dans la maîtrise des compétences professionnelles perçus par les internes en SASPAS. [thèse]. Angers. 2016
29. Grégoire C. Freins à la réalisation du Stage Ambulatoire en Soins Primaire en Autonomie Supervisée : études qualitative par focus groups auprès d'internes en Médecine Générale bourguignons. [thèse]. Dijon : Université de Bourgogne. 2016
30. Frebault Taraud J, Moulin J. Une base de données, numérique, personnalisée, d'aide à la pratique en consultation de médecine générale, est-elle utilisable au sein d'une population de SASPAS de la faculté de médecine de Tours, en 2016 ? [thèse]. Tours. 2016
31. Gourrin E. Apports d'une initiation au groupe Balint dans la formation à la relation médecin-patient des étudiants en SASPAS en DES de Médecine Générale : étude qualitative par entretien semi-directif. [thèse]. Bordeaux. 2014
32. Weisbecker G. Le Stage Ambulatoire de Soins Primaires en Autonomie Supervisée (SASPAS) : faible impact sur la démographie médicale : étude cas-témoins chez les généralistes formés en Franche-Comté entre novembre 2013 et octobre 2010. [thèse]. Besançon. 2015
33. Prat G. Evaluation du niveau de compétence ressenti des internes de médecine générale en fin d'études. [thèse]. Poitiers. 2016

ANNEXES

Annexe I : Les six compétences de Médecine Générale et leurs composantes

COMPETENCE : RELATION, COMMUNICATION, APPROCHE CENTREE PATIENT.

Définition : Capacité à construire une relation avec le patient, son entourage, les différents intervenants de santé, ainsi que les institutionnels, en utilisant dans les différents contextes les habiletés communicationnelles adéquates, dans l'intérêt des patients. C'est-à-dire en :

- Menant des entretiens avec tout type de patients et leurs entourages, en restant centré sur leurs besoins implicites et explicites, en intégrant des notions d'éthique de la communication.
- Construisant et maintenant à travers ces contacts, une relation avec le patient et/ou son entourage, en étant attentif à rester dans le cadre professionnel et en se questionnant sur ses propres capacités et limites relationnelles.
- Respectant les différentes législations et code déontologique concernant les droits du malade et les devoirs du médecin.
- Communiquant avec les autres professionnels de santé et médico sociaux intervenant auprès du patient, dans l'intérêt de celui-ci, en utilisant le media le plus judicieux en fonction du problème dans son contexte.
- Communiquant avec les institutionnels dans l'intérêt du patient

COMPETENCE : APPROCHE GLOBALE, PRISE EN COMPTE DE LA COMPLEXITE.

Définition : Capacité à mettre en œuvre une démarche décisionnelle centrée patient selon un modèle global de santé (EBM, Engels, ...) quel que soit le type de recours de soins dans l'exercice de Médecine Générale. C'est-à-dire en :

- Adoptant des postures différentes en fonction des situations : soins, accompagnement, soutien, éducation, prévention, réparation, ...
- Identifiant, évaluant, les différents éléments disponibles de la situation et leurs interactions (complexité), dans les différents champs (bio-psycho-social et culturel, pour les prendre en compte dans la décision.
- Élaborant un diagnostic de situation inscrit dans la trajectoire de vie du patient. C'est à dire intégrant le contexte bio-psycho-social et culturel à l'analyse de la situation.
- Négociant une décision adaptée à la situation et partagée avec le patient (voir décision centrée patient).
- Évaluant les décisions et leurs conséquences, à court, moyen et long terme (voir le suivi au long court).
- Tentant de cogérer avec le patient des plaintes et des pathologies aiguës et chroniques de manière hiérarchisée (voir le premier recours).

COMPETENCE : EDUCATION, PREVENTION

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. 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.

COMPETENCE : PREMIER RECOURS, URGENCE.

Définition : C'est la capacité à gérer avec la personne les problèmes de santé indifférenciés, non sélectionnés, programmés ou non, selon les données actuelles de la science, le contexte et les possibilités de la personne, quelque soit son âge, son sexe, ou toutes autres caractéristiques, en organisant une accessibilité (proximité, disponibilité, coût) optimale...C'est-à-dire :

- Gérer les situations les plus fréquentes aux différents stades d'évolution (situations aiguës ou chroniques, les urgences, la santé des femmes, des enfants etc.,...)
- Intervenir si nécessaire dans le contexte d'urgence réelle ou ressentie ou dans les situations médicales non programmées
- Hiérarchiser et gérer simultanément des demandes, des plaintes et des pathologies multiples, aiguës ou chroniques, chez le même patient.
- Exécuter avec sécurité les gestes techniques les plus fréquents dans le contexte du premier recours

COMPÉTENCE : CONTINUITÉ, COORDINATION, SUIVI

Définition : Capacité à assurer la continuité des soins et la coordination des problèmes de santé du patient engagé dans une relation de suivi et d'accompagnement. C'est-à-dire en :

- Étant le référent du patient dans l'espace et la durée,
- Utilisant judicieusement toutes les possibilités du dossier médical pour le suivi et l'accompagnement du patient,
- En prenant en compte l'évolution de ses problèmes de santé lors de cet accompagnement
- Collaborant avec les différents acteurs médico-sociaux dans l'intérêt du patient,
- Mettant en place et entretenant une relation médecin patient évolutive, mutualisée, en redéfinition continue,
- Organisant son activité en fonction de ces objectifs.

COMPÉTENCE : PROFESSIONNALISME

Définition : C'est la capacité à assurer l'engagement envers la société et les personnes et à répondre à ses attentes. C'est-à-dire en étant en mesure de :

- Développer une activité professionnelle en privilégiant le bien être des personnes par une pratique éthique et déontologique,
- D'améliorer ses compétences par une pratique réflexive dans le cadre de la médecine basée sur des faits probants
- D'assumer la responsabilité des décisions prises avec le patient en explicitant ses décisions en informant honnêtement les patients, y compris de ses conflits d'intérêts
- D'agir avec altruisme, et sans discrimination
- De favoriser l'accès équitable aux soins pour tous
- Respecter la personne en tenant compte en premier lieu de son mieux-être et en favorisant son libre choix, son autonomie,
- Fondant ses choix sur l'intérêt du patient, mais aussi sur la gestion pertinente des ressources de soins
- Garantir la confidentialité des échanges avec les patients
- Continuer à améliorer ses compétences professionnelles par l'identification de ses besoins de formation et intégrant ses acquis à sa pratique

CNGE collège académique 6 Bis rue des deux communes 94300 VINCENNES

C. ATTALI, P. BAIL, groupe « niveaux de compétences »

Les niveaux génériques

Niveau générique	Attribut des internes
<p>L'interne Novice</p> <p><i>De l'entrée dans le D.E.S à la moitié du stage de niveau 1</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Possède des notions sur les spécificités de la discipline et les compétences nécessaires à acquérir pour exercer la MG <input type="checkbox"/> Accepte a minima le projet proposé <input type="checkbox"/> A conscience qu'il opère sur l'être humain <input type="checkbox"/> Est apte à supporter une part d'incertitude <input type="checkbox"/> A conscience de la difficulté (complexité) des problèmes auxquels il va être confronté <input type="checkbox"/> Envisage qu'il va devoir couvrir l'ensemble du champ de la discipline (champ et fonctions) <input type="checkbox"/> Montre un début de questionnement sur sa pratique antérieure et actuelle
<p>L'interne Intermédiaire</p> <p><i>De la moitié du stage de niveau 1 au milieu du SASPAS</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Est en mesure de faire le lien entre théorie enseignée et la pratique observée et /ou exercer (identifie les capacités, connaissances, habiletés nécessaire à l'exercice de la compétence) <input type="checkbox"/> A pris conscience de ce qui est demandé et participe activement à son propre développement <input type="checkbox"/> Améliore sa capacité d'autonomie en s'appuyant sur une meilleure confiance en soi (prenant progressivement de l'assurance)
<p>L'interne Compétent</p> <p><i>Fin de cursus/après le SASPAS</i></p>	<p>Dans les situations courantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Agit en autonomie et assume ses responsabilités <input type="checkbox"/> Collabore efficacement avec les autres intervenants <input type="checkbox"/> Possède une approche centrée patient <input type="checkbox"/> S'interroge sur sa pratique

COMPETENCE : RELATION, COMMUNICATION, APPROCHE CENTREE PATIENT

Définition : Capacité à construire une relation avec le patient, son entourage, les différents intervenants de santé, ainsi que les institutionnels, en utilisant dans les différents contextes les habiletés communicationnelles adéquates, dans l'intérêt des patients.

Niveau	Description du niveau
Novice	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Accepte l'idée qu'il doit entrer en relation avec le patient pour exercer la médecine générale <input type="checkbox"/> Connait quelques fondements théoriques de la communication, la différence entre relation et communication <input type="checkbox"/> Connaît les caractéristiques fondamentales de la relation médecin malade. <input type="checkbox"/> Identifie les difficultés inhérentes à la mise en pratique des habiletés relationnelles et communicationnelles et repère que l'acquisition des compétences et des capacités dans le domaine de la relation et de la communication doivent faire l'objet d'une formation. <input type="checkbox"/> Mène un entretien directif, interprète les données avec une grille de lecture majoritairement de nature « bio médicale », y perçoit des limites en termes de perception et de compréhension de la situation clinique. <input type="checkbox"/> Utilise principalement une communication verbale <input type="checkbox"/> Explique les décisions et espère obtenir l'adhésion du patient <input type="checkbox"/> Communique avec l'entourage des patients à partir de ce qu'il pense être important pour le patient. <input type="checkbox"/> Communique avec différents intervenants en utilisant différents médias
Intermédiaire	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Identifie les données communicationnelles et relationnelles qui participent à la démarche décisionnelle <input type="checkbox"/> Dans l'analyse d'une consultation, peut utiliser certaines notions de psychologie médicale afin de mieux comprendre le patient et le sens de ses réactions. (voir aussi approche globale et complexité) <input type="checkbox"/> Dans les situations courantes, construit une relation en s'appliquant à utiliser les habiletés d'une communication centrée patient. <input type="checkbox"/> Accepte l'idée que l'on ne peut tout aborder et tout régler dans le temps d'une seule consultation <input type="checkbox"/> Repère et exprime ses difficultés relationnelles et communicationnelles <input type="checkbox"/> Communique avec l'entourage du patient, en utilisant les mêmes habiletés qu'avec le patient, en étant attentif au secret médical <input type="checkbox"/> Met en œuvre une relation avec les intervenants (y compris paramédicaux et médicosociaux) en adaptant les moyens de communication et d'information à la situation et à l'intervenant avec lequel il communique

Compétent	<ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> En dehors des situations très complexes, mène en autonomie un entretien centré patient et structure ce dernier.<input type="checkbox"/> Dans les conditions habituelles, de complexité modérée, est capable de gérer les émotions, de rester empathique et respectueux.<input type="checkbox"/> Dans les conditions habituelles, de complexité modérée, est capable de mettre en place une relation de soutien, à effet psychothérapeutique bénéfique pour le patient<input type="checkbox"/> Lors de situations et/ou de relations qui posent problème (agressivité, séduction, sympathie, rejet etc.) construit et tente de maintenir la relation tout en se questionnant sur la nature de celle-ci<input type="checkbox"/> Communique sur ses erreurs en tenant compte de l'avis du patient et en acceptant d'être remis en cause.<input type="checkbox"/> Dans les conditions habituelles, réfléchit à sa capacité communicationnelle avec le patient et son entourage.<input type="checkbox"/> Met en œuvre avec les intervenants médicaux, médicosociaux et l'entourage du patient, une relation opérationnelle dans l'intérêt du patient.
------------------	---

APPROCHE GLOBALE, PRISE EN COMPTE DE LA COMPLEXITE

Définition : Capacité à mettre en œuvre une démarche décisionnelle centrée patient selon un modèle global de santé (EBM, Engels etc.) quel que soit le type de recours de soins dans l'exercice de Médecine Générale.

Niveau	Description du niveau
Novice	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Explore certains aspects de la situation clinique en les segmentant de façon analytique et en privilégiant l'aspect bio médical aux dépens des aspects psycho sociaux. <input type="checkbox"/> Utilise le temps de la consultation et de l'examen clinique pour le recueil des données principalement bio médicales. <input type="checkbox"/> Entrevoit qu'il existe des données psycho sociales, culturelles, éthiques, juridiques et administratives dans la démarche décisionnelle et qu'il est nécessaire de les prendre en compte. <input type="checkbox"/> Accepte l'idée que s'occuper du patient ne se réduit pas à se centrer sur sa maladie mais que cette démarche n'est pas évidente pour lui. <input type="checkbox"/> Cherche à améliorer ses connaissances pour trouver la bonne réponse à une situation.
Intermédiaire	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> A conscience qu'une situation clinique ne peut pas se réduire au diagnostic médical et qu'il est nécessaire d'intégrer d'autres aspects pour comprendre et gérer cette situation clinique. <input type="checkbox"/> Tente de passer du diagnostic médical à un diagnostic qui intègre une partie du contexte sans pour autant qu'il s'agisse d'un diagnostic de situation (voir le référentiel métier compétence). <input type="checkbox"/> Lors d'une consultation il peut utiliser certaines notions de psychologie médicale afin de mieux comprendre le sens de ses propres réactions et celles du patient dans le but d'aider ce dernier <input type="checkbox"/> Est en mesure de réévaluer une situation, de changer d'analyse de cette situation lors des recours suivants pour intégrer de nouvelles données après réflexion. <input type="checkbox"/> Change de registre pour comprendre mieux la situation et modifie sa posture initiale si besoin. <input type="checkbox"/> A conscience qu'il existe des temporalités différentes entre le médecin et le patient dans toutes les situations, en particulier en cas de discordance (temps nécessaire à chaque patient). <input type="checkbox"/> Accepte l'idée qu'il existe plusieurs réponses acceptables en fonction des différentes analyses possibles. De ce fait, prend en compte une partie de la complexité en situation. Reconnaît la place de l'incertitude dans la démarche décisionnelle.
Compétent	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Dans les situations habituelles, tient compte des données émanant de plusieurs champs et de plusieurs sources, tente de les intégrer dans une décision centrée patient. <input type="checkbox"/> Prend le temps nécessaire et suffisant pour explorer une situation. Laisse le temps au patient de métaboliser. <input type="checkbox"/> Gère simultanément plusieurs problèmes de nature différente en les hiérarchisant. <input type="checkbox"/> Utilise le temps comme allié, comme une aide à la décision en adéquation avec la situation du patient. <input type="checkbox"/> En fonction des situations, est en mesure de modifier sa posture. <input type="checkbox"/> Dans les conditions habituelles, de complexité modérée, est capable de mettre en place une relation de soutien, à effet psychothérapeutique bénéfique pour le patient <input type="checkbox"/> Fait la différence entre incertitude personnelle et incertitude professionnelle

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.

Niveau	Description du niveau
Novice	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Accepte la place et l'importance des différentes composantes de cette grande compétence dans l'activité du généraliste, <input type="checkbox"/> Définit ce que recouvrent les 3 niveaux de prévention de l'OMS, primaire, secondaire et tertiaire, <input type="checkbox"/> Possède des notions 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). <input type="checkbox"/> Se sent responsable de la gestion de la santé du patient. <input type="checkbox"/> 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
Intermédiaire	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 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, <input type="checkbox"/> Réalise les démarches et gestes de prévention dans les situations les plus simples, <input type="checkbox"/> Repère et exprime ses difficultés à changer de posture de soignant, <input type="checkbox"/> Cherche la collaboration et le soutien de l'entourage familial pour aider le patient, <input type="checkbox"/> Travaille avec d'autres intervenants impliqués dans la prévention et l'éducation du patient
Compétent	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 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, <input type="checkbox"/> Accompagne le patient dans une démarche d'éducation à sa santé (posture d'éducateur), <input type="checkbox"/> Clarifie les tensions entre enjeux individuels et collectifs de la prévention pour rechercher l'adhésion du patient, <input type="checkbox"/> Collabore activement avec d'autres intervenants impliqués dans la prévention et l'éducation du patient

PREMIER RECOURS, URGENCES

Définition : capacité à gérer avec la personne les problèmes de santé indifférenciés, non sélectionnés, programmés ou non, selon les données actuelles de la science, le contexte et les possibilités de la personne, quelque soit son âge, son sexe, ou toutes autres caractéristiques, en organisant une accessibilité (proximité, disponibilité, coût) optimale..

Niveau	Description du niveau
Novice	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Accepte toutes les plaintes qui lui sont faites, en particulier du champ biomédical. <input type="checkbox"/> Evoque et identifie les grandes urgences vitales et sait prévenir les structures d'urgences pour les adresser dans les services adéquats. <input type="checkbox"/> Prend conscience de l'amplitude du champ d'activités possibles en exercice ambulatoire et s'interroge sur ses capacités à y faire face.
Intermédiaire	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Recueille, accepte sans rejeter et analyse les demandes explicites les plus fréquentes, tente de les gérer en repérant la demande réelle en essayant de les hiérarchiser dans une vision centrée maladie plus que patient et tenant compte des prévalences liées au contexte. <input type="checkbox"/> Fait des tentatives de repérer la demande réelle derrière la plainte alléguée, en essayant d'intégrer les antécédents et le contexte de vie du patient ; mais peine à élargir sa vision centrée maladie et a besoin de soutien sous la forme de supervision pour se centrer patient. <input type="checkbox"/> Décide sans avoir systématiquement obtenu un diagnostic de maladie et accepte d'en parler au patient. <input type="checkbox"/> Accepte l'idée que les demandes urgentes recouvrent aussi des urgences ressenties. <input type="checkbox"/> Etend peu à peu le champ de ses capacités interventionnelles et fait bénéficier de façon pertinente les problèmes ou situations de patients qui nécessitent une intervention extérieure. <input type="checkbox"/> Elargit le contenu de la consultation à la prise en compte d'autres problèmes de santé
Compétent	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Fait face aux plaintes les plus prévalentes de premier recours en mobilisant des ressources internes et externes permettant leurs résolutions. <input type="checkbox"/> S'organise pour faire face aux plaintes les plus prévalentes de premier recours en participant aussi à la permanence de soins. <input type="checkbox"/> Fait des diagnostics de situations <input type="checkbox"/> Evoque les stades précoces des maladies et en dehors des situations d'urgence se donne le temps (cf suivi). <input type="checkbox"/> Evoque la possibilité de symptômes bio médicalement inexpliqués (SBI) <input type="checkbox"/> Elargit le champ de la consultation aux autres dimensions de la consultation et aux autres problèmes de santé en programmant éventuellement des actions de prévention en accord avec le patient. <input type="checkbox"/> Gère les urgences ressenties par le patient. <input type="checkbox"/> Collabore avec les autres intervenants et assume ses responsabilités.

CONTINUITÉ, SUIVI, COORDINATION DES SOINS AUTOUR DU PATIENT

Définition : Capacité à assurer la continuité des soins et la coordination des problèmes de santé du patient engagé dans une relation de suivi et d'accompagnement.

Niveau	Description du niveau
Novice	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Accepte l'idée qu'il va être amené à revoir les patients <input type="checkbox"/> Utilise le dossier médical <input type="checkbox"/> Fait volontiers appel à d'autres intervenants sur des critères décisionnels centrés sur le biomédical et le médecin <input type="checkbox"/> Transmet les informations nécessaires à la continuité des soins <input type="checkbox"/> Utilise et prend en compte les informations des autres intervenants <input type="checkbox"/> Met en place une relation médecin malade basée sur une posture expert « haute » et perçoit ses limites <input type="checkbox"/> Se rend disponible pour la permanence des soins.
Intermédiaire	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Utilise le temps dans la démarche décisionnelle dans certaines situations <input type="checkbox"/> Prend en compte les problèmes et les plaintes afin d'organiser le suivi <input type="checkbox"/> Construit une relation dans le temps en essayant de faire participer le patient à la décision et à la démarche. <input type="checkbox"/> Utilise et renseigne le dossier médical dans une optique de suivi <input type="checkbox"/> Fait le lien entre les différents moments ponctuels de recours <input type="checkbox"/> Met en œuvre une relation avec les intervenants, en particulier paramédicaux et médicosociaux, en adaptant les moyens de communication et d'information à la situation et à l'intervenant avec lequel il communique (cf. communication)
Compétent	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Conçoit que le patient a une histoire personnelle et une vie qui déterminent ses traits de caractère et qui influencent le type de suivi <input type="checkbox"/> Hiérarchise les plaintes et les problèmes et établit un suivi centré patient <input type="checkbox"/> Utilise le temps comme allié, comme une aide à la décision en adéquation avec la situation du patient <input type="checkbox"/> Choisit les intervenants en accord avec le patient selon des critères bio-psycho-sociaux <input type="checkbox"/> Analyse les avis des différents intervenants, les synthétise pour prendre une décision centrée patient <input type="checkbox"/> Utilise le dossier médical pour programmer un suivi dans une perspective, de promotion de la santé au niveau individuel et collectif, de prévention et de dépistage. <input type="checkbox"/> Collabore à la continuité et la coordination du maintien à domicile <input type="checkbox"/> Participe à l'organisation de l'accessibilité aux soins y compris lors de ses absences

PROFESSIONNALISME

Définition : capacité à assurer l'engagement envers la société et à répondre à ses attentes, de développer une activité professionnelle en privilégiant le bien être des personnes par une pratique éthique et déontologique, d'améliorer ses compétences par une pratique réflexive dans le cadre de la médecine basée sur des faits probants, d'assumer la responsabilité des décisions prises avec le patient.

Niveau	Description du niveau
Novice	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Entrevoit un projet professionnel <input type="checkbox"/> Accepte son rôle d'interne <input type="checkbox"/> Présente un engagement altruiste envers le patient <input type="checkbox"/> Participe aux formations théoriques et pratiques du D.E.S
Intermédiaire	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Manifeste un engagement pour la médecine générale <input type="checkbox"/> S'occupe du patient avec altruisme, honnêteté, dans le respect des règles déontologiques <input type="checkbox"/> Prend conscience de besoin d'acquisition permanente de nouvelles connaissances afin d'améliorer ses compétences. <input type="checkbox"/> Définit des objectifs de formations en fonction de son projet professionnel. <input type="checkbox"/> Organise son temps de travail
Compétent	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Assume sa responsabilité envers le patient et la société <input type="checkbox"/> Collabore avec les autres soignants <input type="checkbox"/> Organise son outil et son temps de travail <input type="checkbox"/> Améliore ses compétences <input type="checkbox"/> Prend en charge le patient avec altruisme <input type="checkbox"/> S'implique dans le rayonnement de la discipline

Annexe III : Questionnaire envoyés aux internes (retranscrit)

Evaluation de la progression des niveaux de compétences des internes de Médecine Générale après un SASPAS

Merci d'y répondre le plus honnêtement et sérieusement possible.

Si pour certaines questions, aucun item ne correspond à votre situation merci de le préciser dans les commentaires à la fin du questionnaire.

VOTRE PROFIL *(une seule réponse possible)*

- 1) Vous êtes :
 - Un Homme
 - Une Femme

- 2) Vous avez :
 - Moins de 25 ans
 - Entre 25 et 28 ans
 - Entre 29 et 31 ans
 - Plus de 31 ans

- 3) Votre faculté d'internat est :
 - Poitiers
 - Bordeaux
 - Limoges

CARACTERISTIQUES DU SASPAS

- 4) Vous avez effectué votre SASPAS en : *(une seule réponse possible)*
 - 4^{ème} semestre
 - 5^{ème} semestre
 - 6^{ème} semestre

- 5) Vous avez effectué votre SASPAS entre : *(une seule réponse possible)*
 - Novembre 2016 et Avril 2017
 - Mai 2017 et Octobre 2017

- 6) Vous avez effectué votre SASPAS par : *(une seule réponse possible)*
 - Obligation
 - Envie
 - Choix de ne pas faire un stage hospitalier

- 7) Combien avez-vous eu de maîtres de stage : *(une seule réponse possible)*
 - 1
 - 2
 - 3
 - 4

8) Vous avez travaillé en zone : *(plusieurs réponses possibles)*

- Urbaine
- Semi-rurale
- Rurale

9) Vous avez travaillé au cabinet médical, par semaine : *(une seule réponse possible)*

- Moins de 3 jours
- 3 jours
- Plus de 3 jours

DEROULEMENT DES JOURNEES

10) Vous avez effectué en moyenne à la fin du stage, par jour : *(une seule réponse possible)*

- Moins de 12 actes
- 12 et 24 actes
- Plus de 24 actes

11) Vous avez effectué en moyenne à la fin du stage, par jour : *(une seule réponse possible)*

- 0 visite
- 1 à 4 visites
- Plus de 4 visites

12) Avez-vous eu à faire du travail administratif (demande ALD, maladie professionnelle, dossier MDPH...) ? *(une seule réponse possible)*

- Oui
- Non

13) Les conditions matérielles étaient-elles satisfaisantes (dossiers informatisés, accès internet, salle de consultation, salle de travail) ? *(une seule réponse possible)*

- Oui
- Non

14) En cas de difficulté votre MSU (Maître de Stage Universitaire) était-il facilement disponible ? *(une seule réponse possible)*

- Oui
- Non

15) Vous êtes-vous sentis en surcharge de travail au cours du stage ? *(une seule réponse possible)*

- Oui
- Non

RETROACTION

16) La rétroaction avec vos MSU, était-elle quotidienne ? *(une seule réponse possible)*

- Oui
- Non

17) Estimez-vous que le temps passé fût suffisant ? (une seule réponse possible)

- Oui
- Non

18) La communication avec vos maîtres de stage était-elle aisée ? (une seule réponse possible)

- Oui
- Non

19) Avez-vous eu recours à des outils pédagogiques de mesure de progression (portfolio, plan de progression, relevé d'activité quotidienne...)? (une seule réponse possible)

- Oui
- Non

20) Avez-vous été amené à faire des recherches et à écrire une trace écrite ou RSCA (récit de situation complexe authentique)? (une seule réponse possible)

- Oui
- Non

LES 6 COMPETENCES DU MEDECIN GENERALISTE, (Cf. Marguerite des compétences du CNGE)

Pour les questions suivantes, vous devrez évaluer vos compétences selon 3 niveaux génériques, d'après les définitions non exhaustives suivantes :

- **Novice** : avoir des connaissances de base sur la discipline de médecine générale et être apte à progresser dans l'acquisition des compétences (c'est-à-dire tolérer l'incertitude, avoir conscience de la complexité des problèmes qui seront rencontrés et commencer à se questionner sur sa pratique antérieure et actuelle)

- **Intermédiaire** : améliorer sa capacité à travailler en autonomie (c'est-à-dire en faisant le lien entre la théorie enseignée et la pratique observée et /ou exercer, en participant à son propre développement et en améliorant sa confiance en soi)

- **Compétent** : être autonome tout en démontrant des capacités à progresser vers le statut de professionnel (c'est-à-dire une approche centrée patient, une collaboration entre intervenants, s'interrogeant sur sa pratique, assumant ses responsabilités)

Quel niveau pensiez-vous avoir atteint AVANT votre SASPAS ?

⇒ **Mise en forme : tableau à choix multiple**

⇒ **Une seule réponse possible**

21) Approche globale, prise en compte de la complexité

- Novice
- Intermédiaire
- Compétent

22) Relation, communication, approche centrée sur le patient :

- Novice
- Intermédiaire
- Compétent

23) Education, prévention :

- Novice
- Intermédiaire
- Compétent

24) Continuité, coordination, suivi

- Novice
- Intermédiaire
- Compétent

25) Premier recours, urgences

- Novice
- Intermédiaire
- Compétent

26) Professionnalisme

- Novice
- Intermédiaire
- Compétent

Quel niveau pensez-vous avoir atteint APRES votre SASPAS ?

⇒ **Mise en forme : tableau à choix multiple**

⇒ **Une seule réponse possible**

27) Approche globale, prise en compte de la complexité

- Novice
- Intermédiaire
- Compétent

28) Relation, communication, approche centrée sur le patient :

- Novice
- Intermédiaire
- Compétent

29) Education, prévention :

- Novice
- Intermédiaire
- Compétent

30) Continuité, coordination, suivi

- Novice
- Intermédiaire
- Compétent

31) Premier recours, urgences

- Novice
- Intermédiaire
- Compétent

32) Professionnalisme

- Novice
- Intermédiaire
- Compétent

LES 11 FAMILLES DE SITUATIONS CLINIQUES

Avez-vous été confronté aux situations suivantes ?

⇒ **Mise en forme : tableau à choix multiple**

⇒ **Une seule réponse possible**

33) Situations autour de patients souffrant de pathologies chroniques (organiques et psychologiques), poly morbidité à forte prévalence
(une seule réponse possible)

- Jamais
- Rarement
- Parfois
- Souvent

34) Situations liées à un problème aigu/programmé ou non, fréquent ou exemplaire
(une seule réponse possible)

- Jamais
- Rarement
- Parfois
- Souvent

35) Situations liées à des problèmes aigus dans le cadre des urgences réelles ou ressenties
(une seule réponse possible)

- Jamais
- Rarement
- Parfois
- Souvent

36) Situations autour de problèmes de santé concernant les spécialités du nourrisson, de l'enfant et de l'adolescent *(une seule réponse possible)*

- Jamais
- Rarement
- Parfois
- Souvent

37) Situations autour de la sexualité de la génitalité et de la reproduction
(une seule réponse possible)

- Jamais
- Rarement
- Parfois
- Souvent

38) Situations autour de problèmes liés à l'histoire personnelle, familiale et à la vie de couple
(une seule réponse possible)

- Jamais
- Rarement
- Parfois
- Souvent

39) Situations de problèmes de santé et/ou de souffrance liés au travail
(une seule réponse possible)

- Jamais
- Rarement
- Parfois
- Souvent

40) Situations dont les aspects légaux, réglementaires, déontologiques et juridiques sont au 1^{er} plan (une seule réponse possible)

- Jamais
- Rarement
- Parfois
- Souvent

41) Situations avec des patients perçus comme difficiles/exigeants
(une seule réponse possible)

- Jamais
- Rarement
- Parfois
- Souvent

42) Situations où les problèmes sociaux de précarité sont au premier plan
(une seule réponse possible)

- Jamais
- Rarement
- Parfois
- Souvent

43) Situations avec des patients d'une autre culture (une seule réponse possible)

- Jamais
- Rarement
- Parfois
- Souvent

GESTES TECHNIQUES :

44) Pensez-vous avoir réalisé suffisamment de gestes techniques pour être à l'aise dans votre exercice futur ? (une seule réponse possible)

- Oui
- Non

GESTION DU CABINET

45) Au cours de votre SASPAS, avez-vous assisté à : (plusieurs réponses possibles)

- Formation Médicale Continue
- Groupe de pairs
- Astreintes, gardes
- Réunion de cabinet
- Aucun

46) Pensez-vous avoir progressé dans l'utilisation des logiciels médicaux et informatique : (une seule réponse possible)

- Oui
- Non

47) Pensez-vous avoir progressé dans la gestion administrative et comptable :

- Connaissance des exigences fiscales (AGA) (une seule réponse possible)
 - o Oui
 - o Non

- Connaissance des exigences administratives (URSSAF, CARMF, Conseil de l'Ordre) (une seule réponse possible)
 - o Oui
 - o Non

PROJET PROFESSIONNEL

48) Projet professionnel : (plusieurs réponses possibles)

- Remplacement
- Installation/Collaboration
- Praticien hospitalier
- DESC
- Changement d'orientation

49) Seriez-vous prêts à former des internes lorsque vous serez installés ? (une seule réponse possible)

- Oui
- Non

AU TOTAL

50) Donnez une note globale de satisfaction quant à la formation lors de votre SASPAS :

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

51) Qu'aimeriez-vous voir améliorer au cours des SASPAS pour qu'il soit complet ?

Réponse libre obligatoire

52) Commentaires libres (facultatif)

Annexe IV : Premier mail envoyé aux internes

(Le 25 Février pour la faculté de Poitiers, le 27 Février pour la faculté de Limoges, et le 4 Avril pour la faculté de Bordeaux)

Objet : Questionnaire de thèse pour les SASPAS entre Novembre 2016 et Octobre 2017

Bonjour,

J'effectue ma **thèse de Médecine Générale** sur la **progression du niveau de compétence après un SASPAS** auprès des internes ayant effectué le leur **entre Novembre 2016 et Octobre 2017** dans la région Nouvelle Aquitaine.

Mon étude se fait via un questionnaire qui est **anonyme** et ne prend **pas plus de 5 minutes** !

Voici le lien :

<https://goo.gl/forms/ACDGsqI9UK8Zak592>

Ne portant que sur un nombre d'interne restreint, j'ai vraiment **besoin de votre participation** pour avoir un nombre de répondants suffisant pour une réelle représentativité !

Merci par avance pour votre aide,

Géraldine Toty,

geraldine.toty@gmail.com

Sous la direction du Dr Marine Andrieux (médecin généraliste en Charente)

PS : en fin de questionnaire, vous avez la possibilité de laisser votre adresse email dans les commentaires libres pour être tenu informé des résultats de ce travail.

Pour toute information ou problèmes rencontrés vous pouvez me joindre via mon adresse mail si dessus

Annexe V : Relances effectuées par email

(Les 3 et 14 Mars pour la faculté de Poitiers, les 6 et 15 Mars pour la faculté de Limoges, et les 24 et 30 Avril pour la faculté de Bordeaux)

Objet : Relance pour les SASPAS de Nov. 2016-Avr 2017 et Mai 2017-Oct. 2017

Bonjour,

Je me permets de vous relancer dans le cadre de ma thèse.

Mon étude se fait via un questionnaire qui est **anonyme** et ne prend **pas plus de 5 minutes** !

Voici le lien : <https://goo.gl/forms/ACDGsqI9UK8Zak592>

J'ai vraiment **BESOIN de VOTRE PARTICIPATION** pour avoir un nombre de répondants suffisant pour une réelle représentativité !

Mille mercis aux personnes ayant déjà répondu à mon enquête, je leur demande de ne pas tenir compte de cette relance!

Pour rappel, j'effectue ma **thèse de Médecine Générale** sur la **progression du niveau de compétence après un SASPAS** auprès des internes ayant effectué le leur **entre Novembre 2016 - Avril 2017 et Mai 2017 - Octobre 2017** dans la région Nouvelle Aquitaine.

Re-voici le lien :

<https://goo.gl/forms/ACDGsqI9UK8Zak592>

Merci par avance pour votre aide,

Géraldine Toty,

geraldine.toty@gmail.com

Sous la direction du Dr Marine Andrieux (médecin généraliste en Charente)

Annexe VI : Commentaires obligatoires – Points améliorables au cours du SASPAS

1	L'aspect comptabilité et légal n'est abordé que lors du dernier séminaire, les informations fournies sont bien trop nombreuses en une seule fois et il serait bien plus intéressant pour nous de l'aborder progressivement et en pratique avec nos MSU libéraux.
2	Possibilité à tous les internes de faire ce stage, et importance du RAQ et discussion en fin de journée avec MSU.
3	Gestion du cabinet, comptabilité, administratif, gestes techniques.
4	Papiers administratifs (maladies professionnelle,...)
5	Axer encore un peu plus sur l'administratif, et éventuellement les gestes techniques ?
6	Plus de formation sur les modalités administratives et sur les gestes techniques.
7	Plus réglementer les journées avec le nb d'actes, de visites et un contrôle réel de l'application des règles. Trop de SASPAS = remplacements dans la tête de certains médecins.
8	Que l'on retire de certains groupes les médecins qui font uniquement cela pour l'argent ! et cela représente un bon tiers je pense.
9	Voir plus de patients chroniques.
10	Il serait peut-être nécessaire d'organiser des stages satellites en dermatologie, gynécologie, rhumatologie, PML...cela n'a pas été possible dans mon cas.
11	Ne pas se retrouver avec le MSU en Afrique :))
12	Toute la partie administrative / libérale du métier avant de la découvrir de plein fouet lors de l'installation (n'évoquons pas le séminaire portant sur ce thème qui n'apporte que quelques outils/exemples et n'es pas suffisant). Un cours spécifique aux étudiant actuellement en SASPAS sur l'aspect gestion administrative et financière du cabinet pourrait être envisagé.
13	Formation à l'aspect "administratif" du métier.
14	Réalisation de gestes avec l'aide du MSU.
15	Que les règles soient respectées (pas plus de 24 patients, 1 consultation toutes les 20minutes). Une vraie supervision le soir (pas par mail ou téléphone comme le font certains maîtres de stage) ou l'on revoit tous les patients à l'aide du RAC et pas seulement ceux qui nous ont posés problème.
16	J'aurais aimé avoir plus de gynécologie et pédiatrie mais c'était lié au fait que les 3 praticiens avec qui je travaillais avaient une patientèle plus âgée.
17	Plus de débriefing.
18	Un débriefing systématique par tous les maitres de stage (1 de mes 3 MSU ne le faisait pas) et une considération de l'interne en ne le prenant pas pour un remplaçant mais bien pour un étudiant.
19	Implication dans la gestion et fonctionnement d'un cabinet.
20	Plus de gestes techniques et plus de communication avec le maître de stage.
21	Compétence administrative - financière, sujet de thèse, geste technique.
22	Rien.
23	Diversité des lieux de stage, ex SOS médecin, médecin salarié, promouvoir les stages satellites.
24	Justement être davantage confrontée à la gestion administrative, connaissances URSSAF, CARMF etc... on se sent un peu lâches dans la nature sur les premiers rempla.
25	Gestion administrative du futur médecin généraliste.
26	Gestes.
27	La régularité des débriefings avec certains MSU.
28	Apprentissage compta/gestion/administratif.
29	Devrait être obligatoire / Plus de formation concernant l'administratif, la gestion des documents organisé par la faculté ainsi que de discussion concernant les ressources médicales à solliciter.
30	Gestion du cabinet médical (compétence « professionnalisme ») +++
31	Moins filtrer les patients difficiles en fin de SASPAS

32	Un suivi des patients délicats vus en consultation et /ou adressé aux urgences Même si communication bonne pas toujours de recul sur nos prises en charges.
33	Peut-être changer le débriefing systématique du soir car à cause de ça les journées sont très longues. Il s'agit d'un semestre très fatigant.
34	Moins d'actes, essayez de faire en sorte de ne pas avoir le sentiment d'être hyper-exploité à certains moments... De plus, je pense qu'une formation "comptable" est absolument indispensable pour les futurs MG mais nous n'en avons quasiment jamais eu.
35	Formation sur la gestion d'entreprise.
36	Plus de formation sur la partie administrative, gestion du cabinet médical.
37	Sans objet.
38	Objectifs professionnels à déterminer en début de stage et à réévaluer tout au long par les maitres de stage.
39	Approche administrative, un peu plus d'info sur les démarches à l'installation...
40	Ras
41	Geste technique supervisé, fiscalité.
42	Varié les types d'exercice (proposer du SOS médecin par exemple...).
43	Gestes techniques et astuces liés à l'expérience du senior.
44	Voir le côté comptabilité (savoir gérer une entreprise) et la mise en relation avec les différents organismes (ordre des médecins, CPAM, ARS, URSSAF).
45	Que les médecins chez qui nous sommes en stage adapte leurs journées à l'interne et ne pas faire une journée comme le médecin (par exemple 40 actes/j) que tous les médecins chez qui nous faisons des SASPAS aient un secrétariat et soient informatisés que les médecins ne nous considèrent pas comme des remplaçants gratos et partent en weekend prolongé ou congrès ou autre lors des SASPAS.
46	Professionnalisme, administratif, gestion d'entreprise.
47	Tout ce qui est administratif : compte, fiscalité ...
48	Choix des maîtres de stage.
49	Accorder une part plus importante à la gestion comptable/administrative d'un cabinet.
50	Cours comptabilité, fiscalité, administratif !!!
51	Travailler avec les outils du DMG, pour faciliter la rédaction du mémoire. Mais je n'ai pas pensé à en faire la demande.
52	Gérer le planning des rendez-vous !
53	Réelle adaptation du temps de cs à l'étudiant en SASPAS (et pas comme pour certains MSU, faire bosser son SASPAS comme un remplaçant avec un rythme de cs très serré et des horaires à rallonge, alors que l'étudiant ne connaît pas les patients et débute ds le métier et prend dc par définition plus de temps pr mener sa cs à bien).
54	Formation gestion cabinet.
55	Un meilleur suivi de l'évolution pendant le SASPAS.
56	Plus de formation sur l'administration et la comptabilité.
57	Avoir 2 cs par jour en binôme pour gestes techniques.
58	Parfois plus de débriefing (variant selon les maîtres des stages) / prendre un moment pour voir plus de gestes techniques
59	Plus de vision administrative du cabinet gestion SCI SCM formalité CARMF, URSSAF.
60	J'ai eu un excellent SASPAS je n'y changerai rien.
61	Il faudrait plus de formation pratique et technique, mais dans le cadre générale du DES de médecine générale ...
62	Plus de formation sur le côté administratif, CARMF, MDPH,...
63	Maitres de stage plus présents avec débriefing plus abouti.
64	Éventuellement plus d'aide dans les démarches administratives (URSSAF, CARMF...), et plus de formation sur les dossiers type MDPH etc.
65	Rendre les débriefings obligatoires ainsi que la présence du maitre de stage à son cabinet au moins la demi-journée notamment au début du semestre.
66	Cours sur la partie administrative de la gestion d'un cabinet.

67	Une plus grande implication dans la gestion administrative et financière du cabinet (URSSAF, CARMF, frais, impôts...) pour vraiment parfaire la formation du SASPAS.
68	Gestion administrative.
69	Journée adaptée moins de 24 actes / jours. Utilisation du relevé d'activité quotidien est très important et devrait peut-être être obligatoire...
70	Rien, le système fonctionne plutôt bien.
71	Harmonisation des SASPAS, certains sont bien lotis d'autres beaucoup moins...
72	Certains maîtres de stage, débriefing obligatoire.
73	Rien en particulier.
74	Le fait de déterminer avec les maîtres de stage des objectifs propres à chaque interne selon l'état de leurs connaissances théoriques et pratiques au début du stage, de faire le point à mi stage et en fin de stage de l'atteinte ou non de ces objectifs.
75	La connaissance d'URSSAF, CARMF, AGA, etc.
76	Plus de formation quant à la gestion théorique du cabinet (qui peut différer de ce qui est fait en pratique par les maîtres de stage).
77	Meilleure répartition du travail, certains praticiens beaucoup trop exigeants comparativement à d'autres, possibilité de faire un SASPAS correspondant aux projets futurs (exemple d'un SASPAS en milieu urbain alors que désormais remplacements en milieu rural).
78	Plus de formation administrative ?
79	Amélioration du débriefing, gestes techniques et gestion administrative.
80	Gestion administrative.
81	Organisation du cabinet autour du SASPAS, parfois les patients n'étaient pas au courant ou n'avaient pas compris.
82	Obliger les maîtres de stage à faire un minimum de retour sur consultation.
83	Que tous les SASPAS soient comme le mien.
84	Imposer une revue systématique des patients de la journée : chaque patient obligatoirement, même les rhinopharyngites, devrait être discuté, 30 min pour le praticien pour environ 500 euros d'honoraires rapportés par l'interne par jour...
85	Comptabilité quotidienne.
86	URSAFF, CARMF,... installation en cabinet, gestion, autonomie dans la pratique.
87	Rien.
88	Plus de formation concernant la comptabilité.
89	L'investissement du médecin recueillant l'étudiant : pour ma part 2 médecins certes différents mais dans le partage et un médecin pour qui c'était du remplacement déguisé !
90	Je pense qu'il manque une formation adaptée pour les maîtres de stage (organisation / pédagogie / gestes à accomplir) les stages ne sont pas uniformes d'un binôme à un autre. Les MSU ne sont pas contrôlés donc chacun fait comme il l'entend.
91	Suivi pédagogique.
92	D'avantage d'explications quant aux aspects comptables et organisationnel de la pratique.
93	Respect du temps de présence obligatoire.
94	Plus de gestes.
95	Frontière souvent fine avec du réel remplacement. Aucune rétrocession. Auto formation plus que formation maître de stage —> interne. Peu de formation sur la gestion de la comptabilité et autres contraintes administratives.
96	La gestion du cabinet et tous les papiers (demande ALD lien médical avec la médecine du travail ou la sécurité sociale).
97	J'ai trouvé mon SASPAS très bien et formateur.
98	Que le cadre soit plus défini pour les maîtres de stage pour éviter d'avoir des remplacements déguisé. Avec des contrôle par le DMG !!! Et peut-être une obligation à la formation continue pour les maîtres de stage

99	Formation sur la gestion et la comptabilité, apprentissage de gestes (injections intra musculaires, perfusion, premiers gestes d'urgence...).
100	- Voir plus de patient pour du suivi de pathologie chronique : les renouvellements d'ordonnance sont un motif fréquent de consultation en médecine générale, connaître les traitements et savoir les manier, les modifier. Cela s'apprend en le pratiquant avec le patient, le côté théorique ne suffit pas. - Voir plus de gynéco, suivi de début de grossesse, faire des examens speculum, PV, frottis etc. (d'abord avec MSU, puis en autonomie). D'autant plus que je suis un homme et que moins on en voit, moins on sait faire et donc moins on en fait. C'est dommage car il y a de moins en moins de gynécologues, et le médecin généraliste va devoir atteler à cette mission.
101	Plus de gestes techniques, un des médecins en faisait pas mal mais difficile de calquer les consultations où il en faisait et les moments où j'étais libre.
102	Plus de gestes techniques et de formation administrative et comptable pour la gestion d'un cabinet.
103	Moins de consultation par j et des jours banalisés pour une formation sur la compta et la gestion du cabinet.
104	Ras
105	Obligation de relecture des dossiers en fin de journée. 2/3 de mes prats en SASPAS ne regardaient pas ce que j'avais fait. Ils étaient joignables si besoin, mais aucune relecture de mes dossiers.
106	Faire en sorte que les temps de rétroaction soient réellement respectés.
107	Rétroaction de façon plus systématique.
108	Supervision de qualité variable selon le MSU.
109	aborder d'avantage la gestion du cabinet, les cotisations, etc...
110	Plus de SASPAS, le mien était à 1h de chez moi...
111	Plus de visites.
112	Plus de formation administrative.
113	Préparation au statut de remplaçant (exigences administratives et fiscales, gestion financière), participation à des groupes de pairs/réunions, pédiatrie.
114	Plus d'encadrement, moins d'autonomie. Que cela ne ressemble pas à un remplacement.
115	Un meilleur encadrement, plus de geste technique.
116	-Maîtres de stage plus investis dans la formation de son interne et apte à débriefer des cas qui ont posé problème. -Formation sur la gestion fiscale et des charges du cabinet en vue d'une future installation et ce que ça implique.
117	Plus (+) de reprise des dossiers avec les MSU.

Annexe VII : Commentaires libres

1	Mes réponses reflètent le déroulement de mon SASPAS chez les deux MSU auprès desquels il s'est déroulé dans sa majorité, ayant eu des problèmes avec le 3°. J'ai par la suite passé deux jours chez l'un des deux MSU en compensation.
8	Ton questionnaire est bien mais n'est pas très pertinent.
10	Le SASPAS est praticien dépendant personnellement j'ai surtout eu un médecin qui m'a beaucoup appris et qui était très disponible.
20	Je pense que la qualité du SASPAS dépend essentiellement de la motivation et implication du maître de stage et de ses associés. Personnellement, j'ai bien plus appris en 3 mois de remplacement (dans des cabinets de groupes avec jeunes médecins motivés, aidants, et secrétaires efficaces) qu'en 6 mois de SASPAS où l'ambiance n'était pas en faveur d'une bonne intégration et où il y avait peu d'entraide... Dommage.
30	Pour les gestes techniques, nous sommes formés à être des médecins généralistes sans gestes techniques, ce pourquoi j'ai répondu que nous étions formés. Nous avons la chance d'être dans une spécialité qui s'adapte à ce que nous voulons faire (gynécologie, rhumatologie pour les ponctions, traumatologie pour les plâtres, attelles...). Ma réponse a été oui, car je travaille sans le faire au quotidien, mais cruellement oui, il nous faudrait maîtriser plusieurs gestes pratiques et/ou se former encore aux gestes d'urgence et de soins primaires comme nos confrères le faisaient il y a une ou deux générations. Tout dépend aussi de notre lieu d'exercice et nous sommes moins nombreux en rural strict de fait.
31	Le SASPAS donne confiance en soi et permet, en s'habituant à la gestion du cabinet, de mieux se centrer sur le patient.
34	Bon courage pour l'élaboration de ta thèse :)
40	Ce n'est quand même pas aisé de parler d'une telle progression lors d'un SASPAS de seulement 6 mois, les remplacements représentent une expérience similaire !
51	J'ai fait une dispo le semestre d'avant, donc pour l'URSSAF, la CARMF., je m'étais renseigné le semestre d'avant.
63	L'un de mes 3 maîtres de stage a pratiqué un stage de niveau 1 avec moi car son activité et son cabinet n'était pas du tout adapté à un interne de SASPAS (pas de secrétariat, patients très mal éduqués, nombre d'actes beaucoup trop élevé...).
72	Disparité entre les différents maîtres de stage donc réponse au questionnaire un peu biaisées
74	Mon avis est sûrement biaisé dans le sens où j'avais effectué une disponibilité et des remplacements avant de réaliser un SASPAS (et je m'étais, entre autre, déjà renseignée sur l'AGA, le conseil de l'ordre, l'URSSAF, etc.). J'y ai tout de même trouvé un bénéfice en termes de partage et d'acquisition de connaissances sur le plan théorique et pratique.
80	Bon courage pour la thèse, le questionnaire est intéressant !
81	Bon courage !
82	Pour la question sur la facilité de communication, m'a réponse est différent en fonction du MSU, très facile avec certain, compliqué avec d'autre.
85	Particularité de mon SASPAS : lieu d'exercice futur dans le cadre de mon clinicat de MG, avec 1 MCA et 1 Chargé d'enseignement, et 2 MSU classiques. Présence d'un interne de 1er niveau.
87	SASPAS un peu particulier car chez SOS Médecins.
89	J'ai eu qlq difficultés à répondre à certaines questions car il y a 2 médecins sur les 3 avec qui cela s'est bien passé et un pas du tout donc j'ai répondu plutôt favorablement aux questions mais cela est un peu biaisé.
96	J'ai fait un SASPAS projet professionnel car je prends la suite d'un de mes maître de stage (stage niveau 1 et SASPAS du coup) à la campagne une fois Thésée.

98	J'ai dû poser mes conditions pour que mon stage ressemble à un SASPAS (4 jours par semaine au lieu de 5, débriefing au moins téléphonique en fin de journée au lieu de quelques mots entre la salade et le dessert...) sinon c'était un rempla déguisé d'un médecin qui se croyait déjà en retraite ... après ils étaient dispo mais fallait que ce soit moi qui les sollicite ! Bon courage pour ta thèse !
99	Dans mon cas j'ai eu la chance de faire un stage chez le praticien niveau 1 + un stage prat gynéco pédiat + un SASPAS. Très formateur ! Par contre je ressens quelques lacunes sur des gestes simples que l'on peut réaliser en ambulatoire car j'ai bénéficié de peu d'observation et ai plutôt réalisé des consultations en autonomie.
100	Stage très enrichissant pour ma part. Cela n'a fait que confirmer mon envie de médecine libérale. (j'ai même fait un deuxième SASPAS (gynéco pédiat cette fois ci) le semestre suivant, mais je n'en ai pas tenu compte pour remplir le questionnaire, pour que celui-ci reste représentatif).
105	Je n'ai pas vraiment progressé en SASPAS, mais c'était mon 3eme stage prat (Prat Niveau 1 puis Prat Gynéco-Péd), et j'avais également fait déjà plusieurs semaines de remplacements, donc je connaissais déjà bien les aspects administratifs, ou financiers. Mon SASPAS était un SASPAS en projet pro. J'ai donc pu travailler pendant 6 mois avec mon futur associé (qui le sera dès ma thèse passé) afin d'être certain que ça collait. Ce stage ne m'a donc pas beaucoup apporté pour ma pratique clinique, mais il m'a permis de confirmer où je souhaitais m'installer, ce qui est très important. Bon courage pour ta thèse.
112	J'étais dans un SASPAS où je travaillais 2 jours par semaine en binôme avec chacun de mes maîtres de stage, dans un même cabinet. Être dans un seul cabinet 4 jours par semaine m'a vraiment permis de faire le suivi des patients ou des urgences que j'avais géré et de faire entièrement partie de l'équipe. Le fait d'être en binôme m'a permis d'avoir des contacts brefs et répétés pour poser mes questions, les déjeuners ensemble aussi étaient une occasion de bien discuter. Par ailleurs, j'ai continué jusqu'à la fin à consulter à deux une matinée par semaine, ce qui était très formateur.

SERMENT D'HIPPOCRATE



En présence des Maîtres de cette école, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admise 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. Respectueuse et reconnaissante 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 couverte d'opprobre et méprisée de mes confrères si j'y manque !



RESUME

Introduction - Dans le cadre de l'obtention du Diplôme d'Etudes Spécialisées (DES) de Médecine Générale, le Stage Ambulatoire en Soins Primaires en Autonomie Supervisée (SASPAS) permet à l'interne d'être confronté à des situations authentiques de Médecine Générale et d'améliorer ses compétences. Nous nous sommes interrogées sur le bénéfice réel de ce stage sur la progression des six compétences spécifiques de Médecine Générale. L'objectif de notre étude était d'évaluer la progression du niveau de compétence des internes après un SASPAS, en fonction des trois niveaux génériques (novice, intermédiaire, compétent).

Matériel et Méthodes - Etude descriptive rétrospective multicentrique menée par auto-questionnaire entre le 25 février 2018 et le 5 mai 2018. Envoi par courriel aux anciens internes ayant réalisé un SASPAS en Nouvelle Aquitaine entre le 2 novembre 2016 et le 1^{er} novembre 2017.

Résultats - Le taux de réponse était de 81,8 %. En fin de stage, l'interne a atteint le niveau compétent à hauteur de 59% minimum toutes compétences confondues. La progression minimale dans chaque domaine de compétence était de 41 %. Les internes ont progressé en moyenne de 3,8 compétences. La note globale moyenne de satisfaction du stage était de 8. Les points faibles de la formation étaient principalement la gestion du cabinet médical, la rétroaction et la confrontation à la famille de situation sur la sexualité, la génitalité et la reproduction.

Conclusion - Les internes ont majoritairement progressé et atteint un niveau compétent en fin de SASPAS. Toutefois, des améliorations pourraient être apportées. La réforme du DES pourra peut-être pallier certaines des difficultés rencontrées.

Mots clefs - Médecine Générale, SASPAS, compétences, niveaux génériques, familles de situations