Université de Poitiers Faculté de Médecine et Pharmacie

ANNEE 2016

Thèse n°

THESE

POUR LE DIPLOME D'ETAT

DE DOCTEUR EN MEDECINE

(décret du 16 janvier 2004)

présentée et soutenue publiquement le 03/03/2016 à Poitiers par M. PRAT Gaël

Evaluation du niveau de compétence ressenti des internes de médecine générale en fin d'études

Composition du Jury

Président: Monsieur le Professeur GOMES DA CUNHA José

Membres: Monsieur le Professeur ROBLOT Pascal

Madame le Professeur MIGEOT Virginie

<u>Directeur de thèse</u> : Monsieur le Docteur BRABANT Yann

Université de Poitiers Faculté de Médecine et Pharmacie

ANNEE 2016

Thèse n°

THESE

POUR LE DIPLOME D'ETAT

DE DOCTEUR EN MEDECINE

(décret du 16 janvier 2004)

présentée et soutenue publiquement le 03/03/2016 à Poitiers par M. PRAT Gaël

Evaluation du niveau de compétence ressenti des internes de médecine générale en fin d'études

Composition du Jury

Président: Monsieur le Professeur GOMES DA CUNHA José

Membres: Monsieur le Professeur ROBLOT Pascal

Madame le Professeur MIGEOT Virginie

<u>Directeur de thèse</u>: Monsieur le Docteur BRABANT Yann

Université © Poitiers

Universite de Poitiers

Faculté de Médecine et de Pharmacie





Année universitaire 2015 - 2016

LISTE DES ENSEIGNANTS DE MEDECINE

Professeurs des Universités-Preticiens 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 nudéaire
- CHRISTIAENS Luc, cardiologie
- CORBI Pleme, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire.
- DEBAENE Bertrand, anesthésiologie réanimation
- DEBIAIS Françoise, rhumatologie
- DROUOT Xavier, physiologie
- DUFOUR Xavier, Oto-Rhino-Lanynopiople
- EUGENE Michel, physiologie (curnombre jucqu'en 08/2016)
- FAURE Jean-Pierre, anatomie
- 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
- GUILHOT-GAUDEFFROY François, hématologie et transfusion
- GUILLET Gérard, dermatologie
- GUILLEVIN Rémy, radiologie et imagerie médicale
- HADJADJ Samy, endocrinologie et maiadles m\u00e9taboliques
- HAUET Thierry, blochimie et biologie moléculaire
- HERPIN Daniel, cardiologie
- HOUETO Jean-Luc, neurologie
- INGRAND Pierre, biostatistiques, informatique médicale.
- JAAFARI Nematoliah, psychiatrie d'adultes
- JABER Mohamed, cytologie et histologie
- JAYLE Christophe, chirurgle thoracique t cardio-vasculaire
- KARAYAN-TAPON Lucie, cancérologie
- KEMOUN Gilles, médecine physique et réadaptation (en détachement)
- KITZIS Alain, biologie cellulaire
- KRAIMPS Jean-Louis, chirurgie générale
- LECRON Jean-Claude, blochimie et blologie moléculaire
- LELEU Xavier, hématologie
- LEVARD Gullaume, chirurgie infantile
- LEVEQUE Nicolas, bactériologie-virologie
- LEVEZIEL Nicolas, ophtalmologie
- LEVILLAIN Pierre, anatomie et cytologie pathologiques (surnombre Jusqu'en 08/2018)
- MACCHI Laurent, hématologie
- MARECHAUD Richard, médecine interne
- MAUCO Gérard, blochimie et blologie moléculaire.
- MEURICE Jean-Claude, pneumologie
- MIGEOT Virginie, santé publique
- MILLOT Frédéric, pédiatrie, oncologie pédiatrique
- MIMOZ Clivier, anesthésiologie réanimation
- NEAU Jean-Philippe, neurologie
- ORIOT Denis, pédiatrie

- PACCALIN Marc, oériable
- PAQUEREAU Joël, physiologie (jusqu'au 31/10/2016).
- PERAULT Marie-Christine, pharmacologie clinique
- PERDRISOT Rémy, biophysique et médecine nucléaire
- PIERRE Fabrice, gynécologie et obstétrique
- POURRAT Olivier, médecine interne (surnombre jusqu'en 08/2018)
- PRIES Plerre, chirurgie orthopédique et traumatologique
- RICCO Jean-Baptiste, chirurgie vasculaire
- RICHER Jean-Pierre, anatomie
- RIGOARD Philippe, neurochirurgie
- ROBERT René, réanimation
- ROBLOT France, maladies infectieuses, maladies implicales.
- ROBLOT Pascal, médecine interne.
- RODIER Marie-Hélène, parasitologie et mycologie
- SENON Jean-Louis, psychiatrie d'adultes (surnombre jusqu'en 08/2017)
- SILVAIN Christine, hépato-gastro- entérologie
- SOLAU-GERVAIS Elisabeth, rhumatologie
- TASU Jean-Pierre, radiologie et imagerie m\u00e9dicale.
- THIERRY Antoine, néphrologie
- THILLE Amaud, réanimation
- TOUGERON David, gastro-entérologie
- TOURANI Jean-Marc, cancérologie
 - WAGER Michel, neurochirurgie

Maltres de Conférences des Universités-Praticions Hospitalians

- ALBOUY-LLATY Marion, santé publique
- BEBY-DEFAUX Agnès, bactériologie virologie
- BEN-BRIK Eric, médecine du travail
- BILAN Prédéric, génétique
- BOURMEYSTER Nicolas, biologie celulaire
- CASTEL Clivier, bactériologie virologie hygiène
- CREMNITER Julie, bactériologie virologie
- DAHYOT-FIZELIER Claire, anesthésiologie réanimation
- DIAZ Véronique, physiologie
- FAVREAU Frédéric, blochimie et biologie moléculaire
- FRASCA Denis, anesthésiologie réanimation
- HURET Jean-Loup, génétique
- LAFAY Claire, pharmacologie clinique
- PERRAUD Estelle, parasitologie et mycologie (ex-CATEAU)
- RAMMAERT-PALTRIE Blandine, majadies infectieuses
- SAPANET Michel, médecine légale
- SCHNEIDER Fabrice, chirurgle vasculaire
- THUILLIER Raphaël, blochimie et blologie moléculaire

Professeur des universités de médecine cénérale

GOMES DA CUNHA José

Professeurs associés de médecine générale

- BINDER Philippe
- **BIRAULT François**
- VALETTE Thiery

Maîtres de Conférences associés de médecine générale

- ARCHAMBAULT Plentck
- **BOURSAGEON RAMY**
- FRECHE Bemard
- GIRARDEAU Stéphane
- GRANDCOLIN Stáphanie
- PARTHENAY Pascal
- VICTOR-CHAPLET Valerie

Enseignents d'Angleis

- DEBAIL Didler, professeur certifié
- JORDAN Stephen, maître de langue étrangère
- 8A8U Elena, contractuelle enseignante

Professeurs émérites

- DORE Bertrand, urologie (08/2016)
- GIL Roger, neurologie (08/2017)
- MAGNIN Gullaume, gynécologie-obstétrique (08/2016)
- MARCELLI Daniel, pidopsychiatrie (08/2017)
- MENU Paul, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire (08/2017)

Professeurs et Maltres de Conférences honoraires

- ALCALAY Michel, rhumatologie
- ARIES Jacques, anesthésiologie-réanimation
- BABIN Michèle, anatomie et cytologie pathologiques
- BABIN Philippe, anatomie et cytologie pathologiques
- BARBIER Jacques, chirurgle générale (ex-émérite) BARRIERE Michel, blochimie et biologie moléculaire
- BECG-GIRAUDON Bertrand, majadies infectieuses. maladies tropicales (ex-émérite)
- BEGON François, biophysique, médecine nudéaire
- BOINOTCatherine, himatologie transfusion
- BONTOUX Daniel, rhumatologie (ex-émérite)
- BURIN Pleme, histologie
- CASTETS Monique, bactériologie virologie hygiène
- CAVELLIER Jean-François, biophysique et médecine nudéaire
- CHANSIGAUD Jean-Pierre, biologie du développement et de la reproduction
- CLARAC Jean-Pierre, chirurgie orthopidique
- DABAN Alain, cancérologie radiothéraple (ex-émérite)
- DAGREGORIO Guy, chirurgie plastique et reconstructrice
- DESMAREST Marie-Céclie, hématologie
- DEMANGE Jean, cardiologie et maladies vasculaires
- FAUCHERE Jean-Louis, bactériologie-virologie (exámárite)
- FONTANEL Jean-Pierre, Oto-Rhino Laryngologie (ex-
- **GOMBERT Jacques, blochimie**
- GRIGNON Bemadette, bactériologie
- GUILLARD Olivier, blochimie et biologie moléculaire
- 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, blochimie et biologie moléculaire
- MAIN de BOISSIERE Alain, pédiatrie
- MARILLAUD Albert, physiologie
- MORICHAU-BEAUCHANT Michel, hépato-gastroentárologie:
- MORIN Michel, radiologie, imagerie médicale
- POINTREAU Philippe, blochimie
- REISS Daniel, blochimie
- RIDEAU Yves, anatomie
- SULTAN Yvette, hématologie et transfusion
- TALLINEAU Claude, blochimie et biologie moléculaire
- TANZER Joseph, hématologie et transfusion (ex-émérite) TOUCHARD Guy, néphrologie
- VANDERMARCO Guy, radiologie et imagerie médicale

Bat. D1 - 6 rue de la Miletrie - TSA 51115 - 86073 POITIERS CEDEX 9 - France

REMERCIEMENTS

A Monsieur le Professeur José GOMES DA CUNHA.

Vous me faites l'honneur de présider cette thèse. Veuillez recevoir mes plus sincères remerciements.

A Madame le Professeur Virginie MIGEOT et Monsieur le Professeur Pascal ROBLOT.

Vous avez accepté de juger ce travail. Veuillez trouver ici l'assurance de ma sincère reconnaissance.

A Monsieur le Docteur Yann BRABANT.

Un grand merci à mon directeur de thèse. Tes conseils, ta réactivité, ton soutien, ton enthousiasme m'ont énormément aidé dans la rédaction de ce travail.

Plus généralement, merci à vous tous, madame et messieurs les membres du jury d'avoir accepté de participer à cette soutenance de thèse en toute simplicité.

A tous les membres du groupe Pédagogie du pôle recherche du Département de Médecine Générale.

Merci pour tous vos conseils pour la réalisation de ce travail.

A Isabelle, s'il n'y avait qu'une personne à remercier...ton soutien, ta bonne humeur de chaque instant, ta gentillesse m'accompagnent déjà depuis plus de dix ans. La vie à tes côtés est un bonheur de chaque jour et un peu plus chaque jour...et puis comme disait le « Grand Jacques » : *Quand Isabelle dort, plus rien ne bouge*...

A mes parents, vous m'avez toujours encouragé dans cette voie. Maman, pour ta gentillesse, il n'y a pas un jour où je n'utilise tes conseils de communication et d'écoute. Papa, depuis tout petit « je veux faire le même travail que papa », en espérant devenir un médecin aussi compétent que toi. Profitez de la vie!

A ma grande sœur Céline, la sœur que tout le monde rêverait d'avoir. Toujours là, malgré les trois gremlins dans tes pattes ! Iwen, Louise et Thaïs, vous êtes adorables. Merci aussi à mon bôf, Hervé, pour sa joie de vivre, ses blagues.

A Vincent, mon grand frère. Merci pour tout ce que tu m'as apporté depuis notre enfance, ta passion pour la musique, la littérature... Toujours partant pour un petit footing, une session ski ou pour une discussion enflammée!

A toute ma famille, grand-parents, oncles, tantes, cousins. Vous avez toujours été présents.

A la famille Casamayor-Mongay, vous m'avez accueilli les bras ouverts, toujours prêts pour une partie de mus. A Sandrinou, parce que c'est Sandrinou.

A tata Biquet, merci pour tout. J'ai dit un jour : « jamais je ne viendrai à Poitiers pour mes études... ». Il ne faut jamais dire jamais. Je ne regrette pas ce choix, bien au contraire!

A Bilou, parce que t'as un beau chapeau, parce que t'as eu une reu-5, parce que tu peux être drôle, parce que tu avances ta table en physique chimie, parce que tu as du basket, parce que tu portes des joggings maintenant, parce que le plus important c'est d'avoir des chaussettes propres...

A Toutoune, parce que sinon elle va râler!

A Pierre Arnaud, pour les supers moments passés sur les bancs du lycée, sur les pistes de ski, dans les nombreux bars de Bordeaux. A Floriane, parce que c'est important d'avoir un bon genou.

A Fabien, parce qu'il est toujours dispo pour un petit déménagement ! A Sabi, parce que la fille la plus malchanceuse a trouvé le gars le plus poissard ! Merci Monsieur et Madame la Poisse.

A Kteu, mon petit gnome sauvage des steppes béarnaises. Merci pour la théière, pour la rue Mouneyra, pour la révolution des tulipes, pour le cochon d'Inde de Roukine, pour les dizaines de choses que j'oublie.

A Roukine, parce que tu m'en dois toujours une depuis une nuit, arrêt Sainte Germaine... à Maxou, parce qu'un frigo ça se porte seul et à Lise.

A Kmo, merci pour ton doigt sur mon épaule!

A Véro, Seb, Charly et Sandro, la famille Fatas-Lebon au grand complet! On vous attend sur Bayonne!

A Jean-To, merci pour ces 5 supers années d'externat.

A Florent et Camille, merci au roi du TP et au spectre tout simplement!

A tous les autres, Inès, Vince, Sophie, Yannick, Keupin', Florent A., Erwan et Anne-Laure (et Arsène) Gus (rock n'roll) et YonYon...

Je tiens à remercier tous mes anciens maîtres de stage, notamment Régis, mais aussi Philippe, Michel, Véronique, Christian et Anne-Laure, pour tous les conseils qu'ils m'ont apportés. Merci à tous les médecins que j'ai côtoyé plus particulièrement Nathalie, Eric D., Eric C., et Haude.

Enfin, un grand merci à mon ancienne tutrice, le Docteur Andrea Poppelier, qui m'a accompagné pendant mon internat et qui est la première à m'avoir aidé pour ce travail.

SOMMAIRE

REMERCIEMENTS
TABLE DES ILLUSTRATIONS
GLOSSAIRE11
1. INTRODUCTION 12
1.1. Objectifs
2. MATERIELS ET METHODES
2.1. Les critères d'inclusion
2.2. Les critères de non inclusion
2.2. Les critères d'exclusion
3. RESULTATS
3.1. Description de la population
3.2. Résultat principal
3.3. Autres résultats
3.3.1. Par compétences
3.3.1.1. Premier recours, urgences
3.3.1.2. Continuité, suivi, coordination des soins autour du patient24
3.3.1.3. Education, prévention, dépistage, santé individuelle et communautaire 25
3.3.1.4. Approche globale, prise en compte de la complexité
3.3.1.5. Relation, communication, approche globale
3.3.1.6. Professionnalisme
3.3.2. SASPAS vs pas de SASPAS
3.3.2.1. Général
3.3.2.2. Par compétence
3.3.3. Un stage ambulatoire vs 3 stages ambulatoires
3.3.3.1. Général
3.3.3.2. Par compétence

3.3.4. Impact activité remplacement	30
3.3.4.1. Général	30
3.3.4.2. Par compétence	30
4. DISCUSSION	32
4.1. Général	32
4.2. Comparaison SASPAS vs pas de SASPAS	35
4.3. Comparaison activité de remplaçant vs pas de remplacement	37
4.4. Comparaison d'un seul stage ambulatoire vs trois stages ambulatoires	38
4.5. Limites de l'étude	39
4.6. Perspectives d'études	41
5. CONCLUSION	43
6. BIBLIOGRAPHIE	44
ANNEXES	47
Annexe 1 : Texte explicatif envoyé aux IMG	47
Annexe 2 : Questionnaire : autoévaluation des compétences.	48
Annexe 3 : Résultats détaillés compétence par compétence (SASPAS vs pas de	
SASPAS)	56
SERMENT	60

TABLE DES ILLUSTRATIONS

Figure 1 : Marguerite des compétences du médecin généraliste	14
Figure 2 : Histogramme des moyennes suivant une loi normale.	23
Tableau I : Caractéristiques de la population (1ère partie).	21
Tableau II : Caractéristiques de la population (2ème partie).	22
Tableau III : Moyennes des différents items de la première compétence.	23
Tableau IV : Moyennes des différents items de la seconde compétence.	24
Tableau V : Moyennes des différents items de la troisième compétence.	25
Tableau VI : Moyennes de différents items de la quatrième compétence	25
Tableau VII : Moyennes des différents items de la cinquième compétence	26
Tableau VIII : Moyennes des différentes items de la sixième compétence	27
Tableau IX: Moyenne des internes, compétence par compétence, selon leur passage ou nor	ı en
SASPAS	28
Tableau X : Moyenne des internes, compétence par compétence, selon le nombre de stage	
ambulatoire réalisé.	29
Tableau XI: Moyenne des internes, compétence par compétence, selon s'ils ont remplacé o	ou
non	31

GLOSSAIRE

- CNGE : Conseil National des Généralistes Enseignants
- DES : Diplôme d'Etudes Spécialisées
- WONCA: World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians
- TCEM : Troisième Cycle des Etudes Médicales
- SASPAS : Stage Autonome en Soins Primaires Ambulatoires Supervisé
- DUMG : Département Universitaire de Médecine Générale
- RIT : Rencontre Individuelle avec Tuteur RIT
- GEAPI : Groupes d'Echange et d'Analyse de Pratique d'Internes
- GEAPIT : Groupe d'Echange et d'Analyse de Pratique d'Internes avec Tuteurs
- DDR : Dossier De Réussite
- RSCA : Récit de Situation Complexe et Authentique
- MG: Médecin Généraliste
- PF: Portfolio
- DDR : Dossier De Réussite
- URSSAF: Unions de Recouvrement des cotisations de Sécurité Sociale et d'Allocations Familiales

1. INTRODUCTION

Le rôle de la formation pédagogique est primordial. En effet, depuis 2003, le Conseil National des Généralistes Enseignants (CNGE) a fait le choix pédagogique d'une formation médicale initiale à travers l'apprentissage par compétence et du tutorat [1].

Le but de la formation des internes en Diplôme d'Etudes Spécialisées (DES) de médecine générale est de transformer un médecin « indifférencié » (qui a un savoir constitué, acquis au cours du deuxième cycle des études médicales) en un médecin généraliste possédant des compétences spécifiques dans une approche constructiviste [2]. Elle estime que le savoir se construit grâce aux interventions directes, explicites et fréquentes de l'enseignant. Cette approche a été préférée aux courants **normatif**, où la transmission de faits et de règles se faisait dans une relation d'autorité (maître-élève), ou **béhavioriste** (théorie associationiste où les connaissances se développent par des associations automatiques), prépondérants dans le passé [3-5].

Au cours de leurs trois ans de formation, les étudiants doivent faire preuve de l'acquisition de compétences [6].

L'approche par compétence a vu le jour dans les années 1980 aux Etats Unis, à la suite de l'approche par objectif (années 1950-60), du fait des limites de cette dernière (ex : risque du morcellement des apprentissages, difficulté des enseignants à choisir le juste degré de spécificité, de validité des objectifs au niveau opérationnel, communication avec les étudiants de longues listes d'objectifs juxtaposés, trop formelles et sans véritable signification...) [7]. Elle est de nature à stimuler et à soutenir la motivation de l'étudiant durant son cursus.

La définition de la compétence est complexe. Les compétences recouvrent l'ensemble des tâches et fonctions du médecin généraliste [8].

Selon Voorhees, une compétence est « l'intégration des habiletés, des connaissances et des capacités nécessaires à l'accomplissement d'une tâche spécifique ».

Selon Tardif, la compétence est « un savoir-agir complexe prenant appui sur la mobilisation et la combinaison d'une variété de ressources internes et externes à l'intérieur d'une famille de situations ». Par-là, il souligne son caractère **intégrateur** (fait appel à de nombreuses ressources), **combinatoire** (combinaison de ces ressources), **développemental**

(se développant tout au long de la vie), **contextuel** (à partir de contextes orientant l'action) et **évolutif** (possibilité d'intégrer de nouvelles ressources et de nouvelles situations).

Grâce à ces définitions, il a été possible de mettre en place une formation par apprentissage dans une logique d'acquisition de compétences. L'enseignant a un rôle pédagogique fondamental. Il doit pointer les spécificités liées au contexte (la contextualisation) et faire comprendre les changements induits par une modification du contexte (la décontextualisation) [1].

A l'instar de la World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians (WONCA, l'organisation mondiale des médecins généralistes), de la CanMeds (projet canadien mené par le Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada afin d'améliorer la formation des médecins canadiens) et du rapport Tommorrow's doctors publié par le General médical Council [9], il a été décrit, en France, six compétences génériques transversales [1], définissant l'ensemble des tâches du médecin généraliste :

- Premier recours, Urgences
- Continuité, Suivi, Coordination des soins autour du patient
- Education, Prévention, Dépistage, Santé individuelle et communautaire
- Approche globale, prise en compte de la complexité
- Relation, Communication, Approche globale
- Professionnalisme

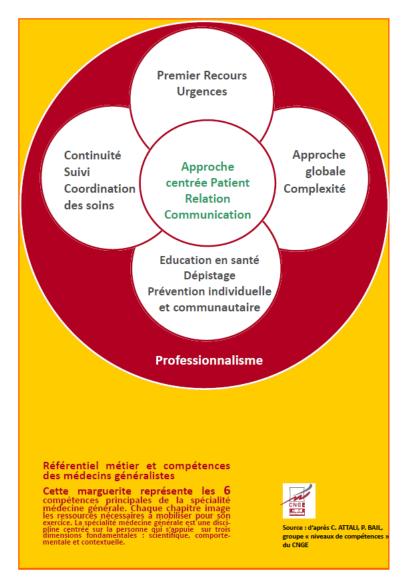


Figure 1 : Marguerite des compétences du médecin généraliste [8].

Il faut prendre en compte également la notion de niveau de compétence, car l'acquisition de ces compétences est dynamique. L'université n'a pas la même attente envers un interne de première année et un interne en fin de cursus que cela soit d'un point de vue qualitatif ou quantitatif.

A la fin du 3^{ème} cycle, les étudiants doivent valider leur DES par la validation de l'ensemble des stages, la réalisation et la soutenance d'un mémoire devant un jury évaluant l'acquisition des compétences. Cette évaluation, dite « certification », est réalisée par l'université médicale qui est responsable (responsabilité sociale) de la formation des professionnels de santé. Du fait de cette responsabilité, la faculté a différents objectifs :

- Développer de façon optimale l'apprentissage,

- Former les enseignants cliniciens à la supervision, à la rétroaction,
- Encourager la pratique réflexive et l'apprentissage collaboratif,
- Créer un environnement favorable à l'apprentissage des compétences grâce au tutorat.

De plus, selon le référentiel [10], l'étudiant doit avoir atteint le niveau compétent. Il doit être capable de travailler en autonomie tout en démontrant des capacités à progresser vers le statut professionnel, dans des situations courantes :

- Agir en autonomie et assume ses responsabilités ;
- Intégrer la notion d'incertitude dans la décision, tout en essayant de la réduire de manière acceptable pour le patient et la société ;
- Collaborer avec les autres intervenants ;
- Posséder une approche centrée patient ;
- S'interroger sur sa pratique.

La formation du Troisième Cycle des Etudes Médicales (TCEM) est soumise à un cadre légal [11,12]. L'interne, au cours de son cursus de médecine générale, doit réaliser six stages pratiques : quatre étant obligatoires (médecine adulte polyvalente, médecine d'urgence, stage de pédiatrie ou de gynécologie et stage de médecine générale ambulatoire de niveau un) et deux stages « au choix » (dont un stage de médecine générale de niveau deux, le Stage Autonome en Soins Primaires Ambulatoires Supervisé – SASPAS). On remarque dès lors, que deux tiers du cursus sont réalisés dans le cadre hospitalier (au minimum 4 stages sur 6).

Des objectifs pour les stages hospitaliers, pour les internes de médecine générale, ont été proposés par un panel d'experts hospitaliers et d'experts généralistes enseignants [13].

Dans le but de favoriser la formation ambulatoire, l'université de médecine de Poitiers a ouvert, depuis quelques années, un terrain de stage ambulatoire de médecine femme-enfant.

La formation théorique comprend 200 heures réparties en différentes activités d'enseignement (par exemple : acquisition de méthodes d'analyse de situation-problème, analyse critique et synthèse d'information médicale) et regroupées au sein d'un tutorat (individuel, de groupe ou mixte).

Le Département Universitaire de Médecine Générale (DUMG) de Poitiers a choisi la voie d'un tutorat mixte. D'une part, un tutorat individuel pour chaque tutoré, avec un tuteur attitré avec lequel doivent être organisées des Rencontres Individuelles avec Tuteur – RIT – obligatoires, le reste du suivi est composé d'échanges mails, téléphoniques... et d'autre part,

un tutorat de groupe dont les enseignements sont séparés en trois entités : les groupes d'enseignement facultaire ou séminaires, les Groupes d'Echange et d'Analyse de Pratique d'Internes – GEAPI- et les Groupes d'Echange et d'Analyse de Pratique d'Internes avec Tuteurs –GEAPIT.

Le DUMG de Poitiers a décidé [14] d'utiliser le Dossier De Réussite (DDR) comme outil pédagogique. Il contient un travail réflexif collectant toutes les meilleures traces d'apprentissages élaborées pendant le DES. Il s'agit de démontrer à partir de différentes traces (traces de GEAPI, Récit de Situation Complexe et Authentique – RSCA...), la bonne acquisition des six compétences.

Il doit répondre à plusieurs attentes de l'IMG :

- Quel est son niveau à la fin de l'internat ?
- Quels sont ses points forts ou ses lacunes, dans telle ou telle compétence ?
- A-t-il progressé?
- Si oui, comment a-t-il progressé ? Quelles ressources ont été mobilisées ?
- Si non, quelles ressources devra-t-il mobiliser dans le futur?

Bien que le DDR soit, avant tout, un outil d'auto-évaluation, l'acquisition des compétences est évaluée lors de la soutenance du mémoire face à des représentants universitaires. Cette évaluation est bien entendu indispensable pour s'assurer de la bonne acquisition des compétences. De plus, elle valide le TCEM et donc le DES de médecine générale, ce qui en fait une évaluation certificative.

Cependant, l'IMG pense-t-il vraiment avoir acquis ces compétences ? Nous nous sommes demandé si le jeune médecin généraliste fraichement diplômé pensait avoir acquis ces compétences et donc s'il se sentait compétent pour l'exercice de la médecine générale.

1.1. Objectifs

L'objectif principal de ce travail est d'évaluer le niveau de compétence ressenti des jeunes médecins généralistes à la fin de leur DES.

Les objectifs secondaires consistent en une évaluation de l'impact du SASPAS et des activités de remplacement sur ce niveau de compétence déclaré.

2. MATERIELS ET METHODES

Nous avons réalisé une étude déclarative descriptive visant à explorer le niveau de compétence ressenti des Internes de Médecine Générale (IMG) en fin de DES-MG.

La population étudiée est celle des IMG de l'université de médecine de Poitiers ayant terminé la maquette de leur cursus du troisième cycle de médecine générale en Octobre 2014 et ayant soutenu leur mémoire de DES.

Le recueil des données a eu lieu par un auto-questionnaire informatique, sur une durée d'un mois, du 17 Novembre 2014 au 17 Décembre 2014. Un texte explicatif leur était joint (Annexe 1), et deux rappels ont été adressés par mail à J10 (le 27 Novembre 2014) et J17 (le 04 Décembre 2014) afin de recueillir le plus de données possibles.

L'étude a été réalisée en collaboration avec le groupe pédagogie du pôle recherche du DMG de la faculté de médecine et de pharmacie de Poitiers.

2.1. Les critères d'inclusion

Pour être inclus dans l'étude, les IMG devaient :

- Etre IMG issus des promotions ECN 2011 ou antérieures ;
- Avoir soutenu leur mémoire de DES en 2014 ;
- Avoir transmis leur adresse électronique au DMG via le formulaire de consentement signé à l'issue du DES ;
- Accepter de répondre au questionnaire informatique.

2.2. Les critères de non inclusion

Les critères de non inclusion étaient :

- Une adresse mail non donnée à la faculté ou consentement non signé ;
- Une adresse mail erronée.

2.2. Les critères d'exclusion

Les critères d'exclusion étaient :

- Ne pas avoir terminé sa maquette de stages de DES en Octobre 2014 (IMG ayant pris une disponibilité et à qui il reste un stage à valider).
- Les internes dont le questionnaire n'était pas exploitable ont été également exclus.
- Les internes ayant soutenu leur mémoire de DES en Octobre 2014 mais ayant terminé leur maquette plus tôt.

Au total, la population cible éligible était donc de 111 étudiants. Parmi ceux-ci, 26 n'ont pas été inclus : 23 d'entre eux n'ayant pas donné leur adresse de messagerie courriel à la faculté, 3 ayant transmis une adresse ne fonctionnant pas.

Par ailleurs, 6 autres ont été exclus (3 finissant leur DES en Mai 2015) et 3 ayant terminé leur maquette de stage avant octobre 2014.

Le questionnaire (Annexe 2) a été réalisé à partir du référentiel de niveaux de compétence en médecine générale, production d'un groupe d'expert du CNGE [15]. Il comptait 50 questions.

Nous avons utilisé l'outil en ligne Google Form®, utilitaire du service « Google Drive® » pour la diffusion de ce questionnaire.

Les internes devaient répondre aux questions grâce à une échelle de Likert à 5 entrées :

- Pas du tout d'accord
- Pas d'accord
- Ni en désaccord ni en accord
- D'accord
- Tout à fait d'accord

Pour favoriser l'interprétation des données et des résultats, nous avons donné une valeur numérique à chaque entrée de l'échelle : de 1 point pour « pas du tout d'accord » à 5 points pour l'entrée « tout à fait d'accord ».

De plus, pour une plus grande clarté, nous avons interprété les différentes entrées de telle façon que l'item « pas du tout d'accord » correspondait à « pas du tout compétent », celui « pas d'accord » à « pas compétent », celui « ni en désaccord ni en accord » à « ni

incompétent ni compétent », l'entrée « d'accord » à « compétent » et celle « tout à fait d'accord » à « tout à fait compétent ».

Une phase de test de questionnaire a été réalisée avec l'aide de six anciens IMG de la promotion précédente à celle de notre échantillon. Certaines questions ont été reformulées pour s'assurer d'une compréhension optimale.

L'analyse statistique a été réalisée avec les logiciels Excel® et Statview®. Pour la comparaison des différentes moyennes, nous avons utilisé des tests de Student (ou t-tests non appariés). Ces tests nous ont permis de démontrer que les moyennes étaient ou non identiques. L'hypothèse nulle était que les moyennes étaient identiques. Si la valeur du p était inférieure à 0,05, nous pouvions conclure qu'elles ne l'étaient pas.

3. RESULTATS

3.1. Description de la population

Sur les 85 IMG interrogés, nous avons obtenu 50 réponses soit un taux de réponse de 58,8%. Six questionnaires ont été exclus car ils n'étaient pas exploitables. Quarante-quatre ont été analysés.

L'échantillon était représentatif de la population étudiée, selon les caractéristiques descriptives notées dans les tableaux I et II, avec un intervalle de confiance de 10% et un niveau de confiance de 95%. La représentativité de l'échantillon par rapport à la population étudiée a été calculée grâce à un calculateur [16].

	n	%	
Sexe			
M	13	29,5	
F	31	70,5	
Age Moyen			28,8 ans (+/- 1,9 ans)
<u>SASPAS</u>			
OUI	29	66	
NON	15	34	
Date de passage mémoire			
oct-13	6	13,6	
avr-14	8	18,2	
oct-14	30	68,2	
Type de mémoire			
DDR	44	100	
autre	0	0	
Stage pédiatrie-gynécologie			
Pédiatrie	27	62	
Gynécologie-Obstétrique	12	27	
Stage ambulatoire femme enfant	5	11	
Remplacements			
OUI	29	65,9	
NON	15	34,1	

Tableau I : Caractéristiques de la population (1ère partie).

	n	%
Projet activité remplaçant		
OUI	31	70,4
NON	13	29,6
Durée projet remplacement		
≤ 1 an	10	32,3
1 à 2 ans	8	25,8
> 2ans	13	41,9
Projet d'installation libéral		
OUI	25	56,8
NON	19	43,2
Type de DESC		
Urgences	4	40
Gériatrie	3	30
Angiologie	1	10
Gynécologie	1	10
Infectiologie	1	10
<u>Thèse</u>		
Soutenue	14	32
En cours	30	68

Tableau II : Caractéristiques de la population (2ème partie).

3.2. Résultat principal

L'étude menée visait à évaluer le niveau de compétence des jeunes médecins à la fin de leur cursus. Au travers des données récoltées, nous avons pu calculer une moyenne globale de ce sentiment à 3,99 (+/- 0,39) sur une échelle de 1 à 5 allant de 1 point pour « pas du tout compétent » à 5 points pour l'entrée « tout à fait compétent».

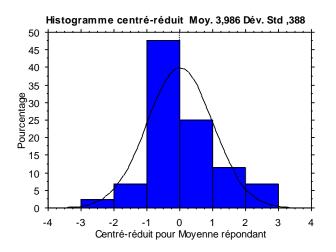


Figure 2 : Histogramme des moyennes suivant une loi normale.

3.3. Autres résultats

3.3.1. Par compétences

3.3.1.1. Premier recours, urgences

En ce qui concerne cette première compétence, la moyenne retrouvée était de 4,08 (+/-,41), les étudiants se sentaient compétents. De plus, si nous prenons question par question, nous notons une moyenne plus basse en ce qui concerne la question 1.5., i.e., « A l'issue de votre DES, pensez-vous que vous êtes capable d'évoquer la possibilité de symptômes bio-médicalement inexpliqués (SBI) (J'envisage la possibilité de SBI, sans avoir de certitude pour la prise en charge) », à 3,64 (+/-,81).

	Moyenne	DS
Compétence 1 : Premiers recours, urgences	4,08	0,41
1.1. Mobiliser des ressources internes et externes	4,27	0,58
1.2. Organiser en participant à la PDS (permanence des soins)	4,04	0,68
1.3. Faire des diagnostics de situations	4,25	0,58
1.4. Evoquer les stades précoces d'une maladie (hors urgences)	4	0,57
1.5. Evoquer la possibilité de SBI (symptômes bio-médicalement inexpliqués)	3,64	0,81
1.6. Programmer des actions de prévention en accord avec le patient	4,04	0,61
1.7. Gérer les urgences ressenties par le patient	4,16	0,55
1.8. Collaborer avec les autres intervenants, assumer les responsabilités	4,23	0,64

Tableau III : Moyennes des différents items de la première compétence.

3.3.1.2. <u>Continuité, suivi, coordination des soins autour du</u> <u>patient</u>

Concernant la deuxième compétence à acquérir au cours du cursus, les étudiants se trouvaient également compétents avec une moyenne retrouvée à 3,97 (+/- ,42).

Si nous prenons l'item 2.1. « A l'issue de votre DES, pensez-vous que vous êtes capable de concevoir que le patient a une histoire personnelle et une vie qui déterminent ses traits de caractère et qui influencent le type de suivi », nous retrouvons une moyenne plus élevée à 4,59 (+/- ,54). A contrario, à la question 2.7. « A l'issue de votre DES, pensez-vous que vous êtes capable de collaborer à la continuité et la coordination du maintien à domicile », la moyenne retrouvée est à 3,61 (+/- ,72).

	Moyenne	DS
Compétence 2 : Continuité, suivi, coordination des soins autour du patient	3,97	0,42
2.1. Concevoir l'histoire personnelle du patient (traits de caractère)	4,59	0,54
2.2. Hiérarchiser les plaintes et problèmes et établir un suivi centré patient	4,18	0,45
2.3. Prendre le temps pour prendre une décision	3,86	0,73
2.4. Choisir les intervenants avec le patient selon des critères bio-psycho-sociaux	4,04	0,75
2.5. Analyser les avis des différents intervenants pour prendre une décision	3,91	0,8
2.6. Utiliser le dossier médical pour le suivi (individuel et collectif), la prévention et le dépistage	3,84	0,74
2.7. Collaborer à la continuité et la coordination du maintien à domicile	3,61	0,72
2.8. Organiser l'accessibilité aux soins y compris lors de vos absences	3,75	0,65

Tableau IV : Moyennes des différents items de la seconde compétence.

3.3.1.3. <u>Education, prévention, dépistage, santé individuelle et communautaire</u>

La moyenne calculée pour la troisième compétence était de 3,92 (+/- ,57).

	Moyenne	DS
Compétence 3 : Education, prévention, dépistage, santé individuelle et communautaire	3,92	0,57
3.1. Prendre des moments dédiés : prévention, dépistage et éducation patient	3,91	0,83
3.2. Accompagner le patient dans une démarche d'éducation à sa santé (posture d'éducateur)	3,93	0,69
3.3. Différencier les enjeux individuels et collectifs de la prévention	3,79	0,76
3.4. Collaborer avec d'autres intervenants impliqués dans la prévention et l'éducation	4,04	0,64

Tableau V : Moyennes des différents items de la troisième compétence.

3.3.1.4. <u>Approche globale, prise en compte de la complexité</u>

En ce qui concerne l'approche globale et la prise en compte de la complexité, la moyenne était de 3,93 (+/- ,48).

	Moyenne	DS
Compétence 4 : Approche globale, prise en compte de la complexité	3,93	0,48
4.1. Tenir compte de plusieurs données et tenter de les intégrer dans une décision	4,18	0,49
4.2. Prendre le temps et laisser le temps au patient de métaboliser	3,98	0,63
4.3. Gérer simultanément plusieurs problèmes de nature différente en les hiérarchisant	4,07	0,73
4.4. Etre en mesure de modifier sa posture selon les situations	3,98	0,79
4.5. Mettre en place une relation de soutien, à effets psychothérapeutiques bénéfiques	3,7	0,79
4.6. Faire la différence entre incertitude personnelle et incertitude professionnelle	3,68	0,8

Tableau VI : Moyennes des différents items de la quatrième compétence

3.3.1.5. Relation, communication, approche globale

Les jeunes médecins se trouvaient également compétents pour cette compétence-ci, avec une moyenne de 3,90 (+/- ,49).

	Moyenne	DS
Compétence 5 : Relation, communication, approche globale	3,9	0,49
5.1. Mener en autonomie un entretien centré patient et le structurer	3,84	0,78
5.2. Gérer ses émotions, rester empathique et respectueux	4,04	0,81
5.3. Construire une relation, lors de situations compliquées (agressivité, séduction, sympathie, rejet)	3,66	0,68
5.4. Communiquer sur ses erreurs selon l'avis du patient et accepter la remise en	3,84	0,74
cause		
5.5. Réfléchir à sa capacité communicationnelle avec le patient et son entourage	4,07	0,66
5.6. Mettre en œuvre avec les différents intervenants une relation opérationnelle pour le patient	3,98	0,63
le patient		

Tableau VII : Moyennes des différents items de la cinquième compétence.

3.3.1.6. Professionnalisme

Enfin, en ce qui concerne la compétence « Professionnalisme », la moyenne retrouvée était de 4,05 (+/- ,48), les étudiants se sentaient donc compétents. Si nous nous intéressons à chaque question indépendamment, nous notons qu'à la question 6.6. « A l'issue de votre DES, pensez-vous que vous êtes capable de vous impliquer dans le rayonnement de la discipline (Je contribue et je participe à la formation des professionnels de santé (recherche, tutorat...) », la moyenne n'est plus que de 3,20 (+/- 1,00).

	Moyenne	DS
C6: Professionnalisme	4,05	0,48
6.1. Assumer sa responsabilité envers le patient et la société	4,07	0,73
6.2. Collaborer avec les autres soignants	4,43	0,62
6.3. Organiser son temps de travail	4	0,89
6.4. Améliorer ses compétences	4,39	0,54
6.5. Prendre en charge le patient avec altruisme	4,23	0,56
6.6. S'impliquer dans le rayonnement de la discipline	3,2	1

Tableau VIII : Moyennes des différents items de la sixième compétence.

3.3.2. <u>SASPAS vs pas de SASPAS</u>

3.3.2.1. <u>Général</u>

Nous avons profité de cette étude pour connaître le ressenti des étudiants sur leurs compétences en fonction de leur passage ou non en SASPAS. Parmi l'échantillon étudié, 29 internes (66%) étaient passés dans un tel stage. Pour l'impression de compétence dans sa globalité, nous retrouvions une moyenne de 3,88 (+/- ,47) chez les étudiants ne l'ayant pas réalisé contre une moyenne à 4,04 (+/- ,34). Malgré une tendance à une notation plus élevée chez le deuxième groupe avec un t-test à 1,28, la différence n'était pas significative (p à 0,21).

3.3.2.2. Par compétence

Nous avons également comparé les deux groupes vis-à-vis des différentes compétences indépendamment les unes des autres.

Les résultats sont exposés dans le tableau numéro IX. Les résultats plus détaillés, par sous-items sont exposés dans l'annexe 3.

Les différences observées n'étaient pas significatives sauf pour la compétence « Education, prévention, dépistage, santé individuelle et communautaire ». En effet, nous retrouvions une moyenne de 4,06 (+/-,52)/5 chez les étudiants ayant réalisé un SASPAS

contre une moyenne de 3,65(+/-,60)/5 chez les étudiants n'ayant pas fait de SASPAS, avec p<0,05.

De plus en ce qui concerne la compétence « Continuité, Suivi, Coordination des soins autour du patient », nous avions des résultats significatifs pour deux sous-items. Une différence était retrouvée pour la question 2.1. « Concevoir l'histoire personnelle du patient » avec une moyenne à 4,72/5 pour les internes étant passés en SASPAS vs 4,33/5 pour les autres, p<0,05. De même pour le sous-item 2.3. « Prendre son temps pour prendre une décision », la moyenne chez le groupe SASPAS était à 4,03/5 contre 3,53/5 pour l'autre groupe, avec p<0,05.

Compétences	Moyenne	Déviation Standard	t-test	p
C1: Premier recours,	4,14	0,49	1,42	0,16
Urgences	3,96	0,36	1,42	0,10
C2 : Continuité, suivi,	4,05	0,26		
coordination des soins autour du patient	3,82	0,12	1,73	0,09
C3: Education, prévention,	4,06	0,52		
dépistage, santé individuelle et communautaire	3,65	0,60	2,36	<0,05
C4 : Approche globale, prise	4,01	0,45	1 42	0.16
en compte de la complexité	3,79	0,52	1,43	0,16
C5 : Relation,	3,91	0,43		
communication, approche globale	3,89	0,60	0,16	0,87
CC . Due feet and lines	4,03	0,21	0.47	0.64
C6: Professionnalisme	4,10 0,28	0,28	0,47	0,64

Moyenne des internes ayant réalisé un SASPAS

Moyenne des internes n'ayant pas réalisé de SASPAS

<u>Tableau IX: Moyenne des internes, compétence par compétence, selon leur passage ou non en SASPAS</u>.

3.3.3. Un stage ambulatoire vs 3 stages ambulatoires

3.3.3.1. <u>Général</u>

Nous avons également étudié la différence entre les étudiants ayant réalisé un seul stage en ambulatoire (le stage de niveau 1, obligatoire) par rapport à ceux ayant réalisé trois stages ambulatoires (niveau 1, SASPAS et stage ambulatoire femme / enfant).

D'un point de vue général, le t-test était à 1,94 avec une nette tendance en faveur des étudiants ayant fait 3 stages ambulatoires. En effet, la moyenne était de 4,33 (\pm , 34) vs 3,88 (\pm , 47), cependant cette différence n'était pas significative, p = 0,07.

3.3.3.2. Par compétence

Les résultats sont rapportés dans le tableau numéro X. Nous avons pu remarquer des différences significatives entre les deux groupes. Les internes ayant réalisé 3 stages ambulatoires durant leur cursus se sentiraient plus compétents dans « la Continuité, suivi, coordination des soins autour du patient » et « l'Approche globale, prise en compte de la complexité ». De plus, nous notions également une différence en ce qui concerne « Education, prévention, dépistage, santé individuelle et communautaire.

Compétences	Moyenne	Déviation Standard	t-test	p
C1 : Premier recours,	3,96	0,49	0,89	0,39
Urgences	4,45	0,29		
C2 : Continuité, suivi,	3,82	0,26		
coordination des soins autour du patient	4,32	0,10	2,11	0,05
C3: Education, prévention,	3,65	0,57		
dépistage, santé individuelle et communautaire	4,40	0,45	2,04	0,06
C4 : Approche globale, prise	3,79	0,51	2,55	0,02
en compte de la complexité	4,23	0,49		
C5 : Relation,	3,89	0,36		
communication, approche globale	4,20	0,16	1,67	0,11
C6 : Professionnalisme	4,10	0,28	1,08	0,29
	4,33	0,18		

Moyenne du groupe des internes n'ayant réalisé qu'un seul stage ambulatoire

Moyenne du groupe des internes ayant réalisé 3 stages ambulatoires

<u>Tableau X : Moyenne des internes, compétence par compétence, selon le nombre de stages ambulatoires réalisés.</u>

3.3.4. Impact activité remplacement

3.3.4.1. <u>Général</u>

Un des objectifs secondaires était d'étudier le niveau de compétence ressenti par les internes en fin de cursus en comparant les étudiants qui ont eu une expérience de remplaçant pendant leurs études par rapport à ceux qui n'en ont pas eu.

D'un point de vue général, nous ne retrouvions pas de différence significative entre les deux groupes. Les moyennes étaient comparables dans les deux cas. Nous avions une moyenne de 3,95 (+/- ,44) chez les étudiants n'ayant pas réalisé de remplacements (15 internes vs 29) contre 4 (+/- ,37) pour le second groupe. Le t-test était à 0,44 (p = 0,66).

3.3.4.2. Par compétence

Les résultats ne montraient pas de différence entre les deux groupes comme nous pouvons le voir sur le tableau numéro XI.

Les internes ayant réalisé des remplacements se sentiraient peut être un peu plus compétent en ce qui concerne le professionnalisme. La moyenne était de 4,13 vs 3,89 mais cette différence n'était pas significative (p = 0,13).

Compétences	Moyenne	Déviation Standard	t-test	p
C1 : Premier recours, Urgences	4,12 4,01	0,38 0,47	0,82	0,41
C2 : Continuité, suivi, coordination des soins autour	3,96 4,00	0,44 0,39	-0,29	0,77
du patient C3 : Education, prévention, dépistage, santé individuelle et communautaire	3,89	0,59	-0,52	0,61
	3,98	0,56		
C4 : Approche globale, prise en compte de la complexité	3,94 3,92	0,48 0,5	0,09	0,93
C5 : Relation, communication, approche	3,93	0,45	-0,48	0,64
globale C6: Professionnalisme	3,86 4,13	0,47 0,42	1,54	0,13
Co. 110108510IIIIIIIII	3,89	0,57	1,0 1	-,

m1 = moyenne du groupe des internes ayant fait des remplacements durant leur cursus m2 = moyenne du groupe des internes n'ayant pas fait de remplacements durant leur cursus

<u>Tableau XI : Moyenne des internes, compétence par compétence, selon s'ils ont remplacé ou non.</u>

4. **DISCUSSION**

4.1. Général

Notre étude consistait en une autoévaluation, par les jeunes médecins généralistes de leurs compétences à la fin de leur cursus de troisième cycle. Nous avons retrouvé une moyenne globale de 3,99 sur 5, ce qui correspondait à un sentiment de bon niveau de compétence.

Si nous nous focalisions sur chaque compétence, les unes indépendamment des autres, nous remarquions également que les internes se notaient positivement. Les moyennes de chaque compétence étaient très proches les unes des autres, avec des notes un peu supérieures pour la première compétence (Premiers recours, Urgences) à 4,08 sur 5 et le Professionnalisme à 4,05 sur 5.

Concernant cette première compétence, cette moyenne un peu plus élevée par rapport à la moyenne globale pouvait être expliquée. L'IMG, par son passage dans un service d'urgence, participe à la permanence de soins. Il doit gérer les situations d'urgences réelles et ressenties par le patient. De plus, les stages en milieux hospitaliers lui permettent de collaborer avec les différents intervenants médicaux et paramédicaux. Il a également la possibilité de mobiliser des ressources externes (praticiens hospitaliers, chefs de cliniques, collègues, littérature...) facilement. Une étude [13] a formulé des objectifs à acquérir par les IMG lors de quatre stages hospitaliers obligatoires notamment celui des Urgences, ces objectifs reprenant les tâches à maîtriser pour l'exercice de la médecine générale ambulatoire. L'émergence de telles listes d'objectifs, permettrait certainement aux IMG d'être mieux encadrés lors de leur stage et donc de se sentir plus compétents dans cette première compétence.

Nous avons été surpris du résultat correspondant à la compétence « Professionnalisme ». Une autre étude réalisée il y a plusieurs années à Poitiers [17] démontrait que les problèmes administratifs liés à la profession de médecin généraliste sont clairement un facteur de difficulté en début d'activité. Nous pensions que l'acquisition de cette sixième et dernière compétence était plus difficile et nous nous attendions donc à un ressenti de niveau compétence moindre chez l'étudiant. Il est possible que l'amélioration de la

qualité des stages et des enseignements, notamment le séminaire n°6 sur la « gestion de l'entreprise médicale » expliquent ce ressenti positif vis-à-vis de la compétence « Professionnalisme ».

Nous avons également remarqué une faible note concernant la notion « s'impliquer dans le rayonnement de sa discipline », la moyenne la plus faible de tous les sous-items, avec cependant l'écart-type le plus important à 1. L'ampleur de la dispersion des notes de ressenti vis-à-vis de cette sous-compétence s'expliquerait peut-être par l'existence de quelques IMG très déterminés et souhaitant s'impliquer pour le rayonnement de la médecine générale alors que vraisemblablement la majorité des IMG ne se sentiraient pas compétents ou préoccupés par leur participation à la formation (recherche en médecine générale, maîtrise de stage, enseignement, tutorat...).

La prise de conscience du rôle que peuvent prendre les jeunes médecins généralistes dans la formation de leurs cadets et dans la recherche en médecine générale pourrait être un nouvel enjeu intéressant pour la faculté. La pratique des GEAPIT (9h sur 3 ans), lieux d'échange entre les internes, pouvant ressembler à un tutorat entre internes n'est vraisemblablement pas assez importante.

Une étude lilloise [18] proposait l'association des IMG de TCEM 2 et 3 comme tuteurs généralistes. L'idée de recruter les nouveaux tuteurs parmi les jeunes diplômés, voire les étudiants en fin de cursus, avait été également décrite comme une piste complémentaire dans un travail du département de MG de Paris Ile-de France Ouest en 2013 [19].

La moyenne de la compétence « Relation, Communication et Approche globale » était en dessous de la moyenne globale.

Nous pouvions expliquer cela par le fait que les compétences liées à la communication étaient peut-être plus difficiles à acquérir [20,21]. Les difficultés seraient de plusieurs ordres :

- Un manque de modèle de référence, de cadre conceptuel,
- Une approche pédagogique « non conventionnelle »,
- Une absence d'évaluation « sanctionnante » fiable et valide.

La plupart des IMG apprennent les habiletés en communication verbale et non verbale en observant leurs enseignants et leurs maîtres de stages [22]. Ces observations se font, la plupart du temps, lors de situations cliniques. Elles peuvent également avoir lieu au décours de jeux de rôles, de travail de groupe (GEAPI). Ces mises en situation sont parfois mal vécues par l'IMG qui doit faire face aux regards et à la critique de ses pairs.

La subjectivité d'une bonne communication rend son évaluation difficile. En effet, en fonction des différentes personnalités, celle-ci n'est pas perçue de la même manière. Le caractère « non palpable » de cette dernière en fait une compétence délicate à maîtriser. L'expérience serait-elle gage de son apprentissage ?

De plus, tous les médecins ne sont pas égaux en termes de communication. Une bonne communication est basée sur trois composants essentiels (communication verbale, non-verbale et para-verbale). La première d'entre elles est certainement la plus facile à acquérir cependant elle ne représenterait que 10% du message délivré [23]. L'acquisition des deux autres composantes est plus difficile.

Afin d'améliorer cette acquisition, de nombreuses études [22] rapportent l'utilisation d'un outil puissant favorisant l'apprentissage de la communication : l'enregistrement sur vidéo avec rétroaction. Il permet aux apprenants d'identifier les points à améliorer en observant leur propre comportement durant des interactions avec des patients. Il n'est pas toujours possible d'être pleinement conscient de la globalité de ses faits et gestes pendant une entrevue, en particulier en ce qui concerne les signes non verbaux. Les vidéos peuvent être utilisées pour étudier, comparer avec les pairs ou suivre l'amélioration de la communication avec le temps.

Pour les autres compétences, les moyennes des compétences étaient très proches de la moyenne globale (3,99/5).

Pour la compétence « Continuité, suivi, coordination des soins autour du patient », la moyenne était de 3,97/5. Nous retrouvions une moyenne identique pour « Education, prévention, dépistage, santé individuelle et communautaire » à 3,92/5. Pour la compétence « Approche globale, prise en compte de la complexité », la moyenne était de 3,93/5.

Les IMG avaient le sentiment d'un bon niveau de compétence dans ces trois compétences, probablement les plus spécifiques à la médecine générale.

4.2. Comparaison SASPAS vs pas de SASPAS

Dans un second temps, nous nous proposions de comparer ce sentiment de compétence chez les IMG ayant réalisé un SASPAS versus avec ceux n'ayant réalisé qu'un stage ambulatoire, le stage obligatoire de niveau un.

Les moyennes retrouvées montraient une tendance en faveur du premier groupe (le groupe SASPAS) avec une moyenne globale à $4{,}04/5$ vs $3{,}88/5$, le t-test était à $1{,}28$. Cependant, nous ne pouvions pas conclure à une différence entre les deux groupes (p = $0{,}21$).

L'utilisation d'un échantillon plus important aurait certainement permis de mettre en évidence une différence significative. Le SASPAS est par essence professionnalisant, car il permet la mise en autonomie complète de l'IMG, tout en lui assurant une certaine sécurité et un regard extérieur sur sa pratique permis par la supervision indirecte à la fin de la journée de consultation.

Une étude récente [22] a évalué l'assurance professionnelle ressentie dans les compétences du médecin généraliste en début et au terme du SASPAS. Elle démontrait que le niveau global élevé de l'assurance professionnelle des internes en médecine générale à l'issue de leur sixième semestre réalisé en SASPAS était encourageant. Elle confirmait l'importance de ce stage professionnalisant dans la formation initiale des internes de médecine générale. En effet, à l'issue du SASPAS, les internes se sentaient plus compétents pour leur future profession. Ils percevaient moins de stress lié à leur exercice, d'où l'espoir d'une augmentation des installations.

En comparant les deux groupes (SASPAS vs pas de SASPAS effectué), compétence par compétence, il n'y avait pas de différence significative pour la plupart des compétences. Seule la compétence « Education, Prévention, Dépistage, Santé individuelle et communautaire », présentait une différence significative en faveur des étudiants ayant réalisé le SASPAS (4,06/5 vs 3,65/5).

Nous pouvions supposer que cette compétence est mieux développée en stage ambulatoire qu'en hospitalier. Les occasions de réaliser des actions de prévention, de dépistage ou d'éducation du patient, sont plus fréquentes en ambulatoire qu'à l'hôpital. En SASPAS, l'IMG étant en autonomie avec le patient, il se trouve plus particulièrement en posture éducative.

De même, pour la compétence « Continuité, Suivi, Coordination des soins autour du patient », la moyenne pour les internes passés en SASPAS était plus élevée mais non significative, 4,05 sur 5 vs 3,82 sur 5.

L'absence de différence significative peut être expliquée par le fait que les IMG apprennent également de façon satisfaisante le travail en équipe et la coordination des soins pendant leurs stages hospitaliers. Le choix des intervenants (médicaux et para-médicaux) est certainement plus aisé à l'hôpital avec des réseaux déjà présents. De même, l'étudiant en médecine est formé durant son cursus (externat et internat) à utiliser le dossier médical du patient, rédiger des observations... Nous retrouvions ces notions dans les items à acquérir dans cette compétence (concevoir l'histoire personnelle du patient, utiliser le dossier médical, choisir les intervenants, analyser leurs avis...).

Il est encore étonnant de constater l'absence de différence significative pour « l'approche globale » et « la relation/communication ». Nous pouvons supposer que le stage ambulatoire obligatoire de niveau 1 suffit à donner une bonne vision « généraliste » aux IMG. Ils peuvent également continuer de développer les compétences de MG en stage hospitalier, aidés par leurs maîtres de stage hospitaliers.

En ce qui concerne « Le Professionnalisme », la tendance était inversée avec une moyenne chez les étudiants n'ayant pas réalisé le SASPAS à 4,10/5 contre 4,03/5 pour les autres IMG. Cependant cette différence ne pouvait pas être prise en compte du fait d'un p = 0.64.

Cette tendance est particulièrement surprenante. L'IMG en autonomie a probablement rencontré plus de problèmes administratifs et de gestion du cabinet que les étudiants ayant fait uniquement le stage ambulatoire de niveau 1.

Nous pouvons émettre l'hypothèse que les IMG ayant fait un SASPAS ont plus facilement pris conscience des difficultés de l'exercice libéral. Ainsi, leur ressenti semble moins bon que celui des internes passés en stage hospitalier.

Cependant, une autre explication permet d'expliquer ce résultat paradoxal : les questions posées pour évaluer la compétence du « Professionnalisme » étaient assez générales. Elles demandaient aux internes s'ils se sentaient capables « d'assumer leur responsabilité sociale et envers le patient », « d'agir avec altruisme », « d'organiser leur temps de travail »... Dans notre étude, la réalisation d'un SASPAS n'est donc pas un facteur déterminant quant à l'acquisition de sous-compétences assez générales.

Il est probable qu'une différence aurait pu être observée si le questionnaire s'était intéressé à l'acquisition de compétences spécifiques (ex. : la gestion de l'entreprise médicale).

En effet, un net avantage du SASPAS semble exister dans la littérature. Une étude a permis de faire émerger cette constatation [24] : « *C'est en faisant de la médecine générale que l'on devient généraliste* ». Les stages ambulatoires sont importants et mèneraient à un niveau de développement professionnel plus abouti.

D'autres études ont montré également le bénéfice du SASPAS. Il permettrait une mise en situation authentique au regard des demandes de soins et favoriserait les décisions solitaires. Les compétences spécifiques acquises lors du SASPAS permettraient à l'interne de mieux connaître la pratique médicale ambulatoire [25]. De plus, il a été rapporté [26] que les stages de niveau 2 (SASPAS) apporteraient une amélioration des compétences en communication, en démarche diagnostique paraclinique et en thérapeutique chez les IMG. Un échantillon plus important, et donc une augmentation de la puissance de notre étude, mènerait peut-être à un résultat similaire, bien que les variables utilisées soient des sous-compétences assez générales.

Enfin, d'autres notions ont été notées quant aux aspects positifs du SASPAS. Il raccourcirait légèrement le délai entre la fin du TCEM et la soutenance de thèse. Il aurait donc une influence positive sur le désir d'installation rapide. Le SASPAS influencerait le type de remplacement, 50 % des IMG passés dans un tel stage exerceraient le même type d'activité que leur maître de stage. Le SASPAS favorise une activité libérale en groupe avec rachat de patientèle, association ou collaboration, plutôt en milieu semi-rural [25].

4.3. Comparaison activité de remplaçant vs pas de remplacement

Nous avons essayé de démontrer que l'activité de remplacements durant le DES avait une influence sur le sentiment de compétence dans les différents items proposés.

Toutes compétences comprises, nous n'avons pas trouvé de différence significative. Les IMG n'ayant pas réalisé de remplacements s'auto-évaluaient à 3,95 sur 5 tandis que nous notions une moyenne globale de 4 sur 5 pour les « étudiant remplaçants » (p=0,66). Nous pouvions donc conclure que l'activité de remplacement ne modifiait pas a priori le sentiment de compétence chez les étudiants.

Nous avons par ailleurs détaillé les résultats compétence par compétence. Là encore, nous n'avons pas retrouvé de différence significative. Les moyennes pouvaient être considérées comme identiques. Le programme du DES de MG étant déjà chargé, la plupart des IMG n'ont fait que quelques jours de remplacements. Cela explique probablement qu'ils n'aient pas eu le temps d'améliorer leurs compétences, du moins leur ressenti sur celles-ci. Les remplacements leur ont permis de se retrouver seul, en responsabilité, face à des patients, ce qui a également pu être anxiogène et donc diminuer leur ressenti d'assurance quant à la maîtrise des compétences.

Cependant, en ce qui concerne le « Professionnalisme », les internes ayant pratiqué des remplacements s'autoévaluaient plus favorablement avec une moyenne de 4,13/5 contre 3,89/5 chez les autres, (p = 0,13). Le passage dans un cabinet médical, seul, sans maître de stage, questionnerait-il donc sur la responsabilité impliquée et sur son impact sur la compétence « Professionnalisme » ?

Le remplaçant a l'obligation d'entreprendre des démarches administratives par rapport à l'IMG n'ayant pas fait de remplacements (rencontre avec le conseil de l'ordre, inscription à l'Union de Recouvrement des cotisations de Sécurité Sociale et d'Allocations Familiales (URSSAF)...). Ces formalités, ainsi que les différentes tâches administratives liées au remplacement (l'organisation de l'agenda des consultations, la comptabilité, la gestion du cabinet...) pourraient expliquer un meilleur ressenti vis-à-vis du professionnalisme.

4.4. <u>Comparaison d'un seul stage ambulatoire vs trois stages</u> <u>ambulatoires</u>

Nous avons montré une tendance à un meilleur sentiment de compétence chez les IMG ayant réalisé trois stages ambulatoires (stage de niveau un, SASPAS, stage ambulatoire femme-enfant) par rapport à ceux n'ayant fait que le stage de niveau un. Les résultats n'étaient pas significatifs, et ce, probablement dû au faible effectif. Cette tendance confirme l'importance de la pratique de la médecine ambulatoire pendant la formation médicale initiale.

A plus grande échelle, la différence serait certainement significative. Une étude sur ce thème serait souhaitable.

4.5. Limites de l'étude

L'évaluation est primordiale dans la formation. Dans le Dictionnaire de l'éducation, Legendre, en 1988, définit ainsi l'évaluation des apprentissages : « Appréciation des connaissances, des habiletés ou des attitudes d'un élève qui a pour objet de déterminer dans quelle mesure des objectifs éducatifs ont été atteints ». Cette définition est insuffisante car elle ne met pas l'accent sur les métamorphoses cognitives et métacognitives de l'élève. Elle n'est centrée que sur l'atteinte d'objectifs éducatifs sans faire référence au cheminement cognitif de l'étudiant.

En 1992, Gardner l'a définie comme le processus par lequel des informations sont obtenues (constructivisme) au sujet des connaissances et des capacités d'une personne et ce processus de recueil d'informations vise à fournir une rétroaction sur les données acquises [3].

Cette évaluation est utile pour favoriser la motivation de l'étudiant. Elle permet de dépister ses conceptions erronées afin de les corriger avec les bonnes informations dans un but de progression, en l'orientant...[27]. Il est primordial que cette évaluation ait lieu tout au long du cursus. Des connaissances partielles seront prises en compte au début de la formation pour conduire à des compétences abouties et différenciées à la fin du cycle.

Bien entendu, notre étude était une autoévaluation, nous ne pouvions omettre le biais de désirabilité inhérent à ce type d'étude.

Dans la littérature [28], lors d'autoévaluation, les étudiants auraient tendance à surestimer leurs compétences en diagnostic plutôt que leurs compétences de traitement.

Selon une méta-analyse [29], l'ensemble des élèves serait plus susceptible de surestimer les compétences basées sur la communication que les mesures de performance fondées sur la connaissance objective. Les étudiantes sous-estimeraient leur performance plus que les étudiants de sexe masculin.

De plus, il a été démontré [30] que les étudiants les moins compétents étaient aussi les moins capables de s'autoévaluer avec précision.

L'autoévaluation est fondamentale et primordiale. Malgré cela plusieurs études ont montré qu'elle avait de nombreux inconvénients.

Dory et al. [31], ont rapporté dans la leur, de nombreuses lacunes de l'autoévaluation. L'outil le plus souvent utilisé, à savoir l'échelle, serait le plus souvent « sans indicateur descriptif précis, laissant à l'individu toute liberté d'interprétation ». Elle manquerait de validité et de fidélité. Les travaux de Gordon [32] et Ward [33] ont démontré une performance jugée faible à modérée.

Il serait illusoire de penser ce jugement totalement objectif. La majorité, voire la totalité de nos actes, se déroulent seul (en consultation) sans autre observateur que soi-même et bien sûr le patient. Une étude [34] a montré que les autoévaluations étaient mal corrélées avec d'autres mesures de rendement. Cependant de nombreux éducateurs voyaient la capacité de reconnaître et de communiquer ses lacunes comme un élément important de l'apprentissage des adultes.

Sur le plan métacognitif, nos interprétations sont influencées par nos affects et nous avons tendance à accorder plus de poids au positif qu'au négatif. Cela expliquerait certainement la surestimation des étudiants lors d'une autoévaluation.

Notre étude présentait un biais d'échantillonnage. Notre échantillon était-il représentatif de la population source ? La question se posait et l'idéal aurait été d'inclure la totalité de la population source.

Après deux relances, le nombre de questionnaires exploitables restait en deçà des attentes. Malgré un échantillon représentatif, la puissance de l'étude était plus faible que prévue.

Nous pouvions dès lors nous demander : Pourquoi certains internes n'avaient-ils pas communiqué leur adresse mail à la faculté ? Ce groupe d'étudiants présenterait-il des différences avec ceux ayant transmis leur adresse ?

Concernant cette dernière question, nous pouvions considérer qu'étant donné la réalisation au hasard de l'échantillon les groupes étaient comparables.

De plus, seuls les volontaires avaient répondu au questionnaire. Ceci entrainait un biais d'auto sélection. Plusieurs réflexions devraient être émises :

- Pourquoi certains internes avaient-ils refusé de répondre ?
- La longueur du questionnaire (20 minutes en moyenne) avait-elle rebuté certains étudiants ?
- Se sentaient-ils en difficulté devant certains items et avaient-ils donc préféré ne pas participer à l'étude ?
- Les répondants n'étaient-ils pas les internes les plus à l'aise dans leur exercice médical, ne craignant donc pas l'évaluation de leur compétences ?

Enfin, il existait un dernier biais à notre étude, celui de l'admission. Une partie de la population source (les internes qui n'avaient pas terminé leur maquette de stages de DES en Octobre 2014, i.e. les IMG ayant pris une disponibilité et donc à qui il restait un stage à valider) n'était pas assimilable à la population cible. Les internes ayant envisagé la réalisation d'une autre activité dans le cadre d'une disponibilité (remplacement par exemple) auraient-ils un niveau de compétence différent ? Cependant, grâce à un de nos objectifs secondaires, nous avons montré que l'activité de remplacement n'avait pas d'impact significatif sur le sentiment de compétence, dans notre échantillon.

4.6. Perspectives d'études

Cette étude pouvait être considérée comme la première partie d'une étude plus complète sur la formation des internes de médecine générale et leur sentiment de compétence à la faculté de médecine de Poitiers. D'autres études devraient être envisagées.

Il serait très intéressant de réaliser de nouvelles recherches sur ce sujet. Tout d'abord, une étude sur un plus grand échantillon (plusieurs promotions soumises au même programme de DES) paraît indispensable. Elle représenterait une plus grande puissance et donnerait probablement des résultats plus significatifs.

A travers ce travail, nous avons pris en compte le sentiment de l'IMG sur son niveau de compétence. Une étude associant autoévaluation et hétéroévaluation (par les enseignants de médecine générale) serait à réaliser.

Il serait intéressant de confronter le ressenti du niveau de compétence des IMG à leur propre résultat lors de la certification du DES (soutenance de leur DDR) ou à leur portfolio. Mais il existe d'autres méthodes de certification des compétences. Certaines facultés utilisent par exemple la technique d'Examen Clinique Objectif Standardisé – ECOS (s'inspirant du Collège des médecins de famille du Canada). Elle consiste à évaluer, lors de situations de consultations cliniques fréquentes et/ou présentant un problème simple simulées par un acteur, les capacités de l'étudiant en fin de DES de médecine générale à adapter ses connaissances aux compétences de médecine générale

[35,36]. Cette technique n'est pas optimale, elle a bien entendu ses limites [26]. Notamment elle ne reflèterait pas la complexité d'une consultation entière mais elle permettrait par contre une évaluation juste et objective de certaines compétences. Ainsi, il pourrait être également intéressant de confronter le ressenti de compétence des IMG à leur performance lors d'épreuves ECOS.

Des études multicentriques pourraient également être réalisées. La plus simple consisterait à comparer le sentiment de compétence des IMG de différentes facultés et par extension des méthodes de formation et d'enseignement.

5. CONCLUSION

Notre étude a permis d'explorer le niveau de compétence ressenti des IMG à la fin de leur DES de médecine générale.

Les résultats émanant de notre travail montrent que les jeunes diplômés de médecine générale se sentiraient compétents dans l'exercice de leur spécialité à la fin de leur cursus universitaire.

Nous notions que les IMG s'autoévaluaient plus positivement pour les compétences « Premiers recours, Urgences » et « Professionnalisme » que pour les autres compétences. A contrario, pour la compétence « Relation, Communication, Approche globale », le ressenti était moins bon que pour les autres compétences.

Nos objectifs secondaires s'attachaient à étudier l'impact des stages ambulatoires, notamment celui du SASPAS, et de l'activité de remplacement sur ce niveau de compétence ressenti.

Nous retrouvions une tendance à un meilleur sentiment de niveau de compétence chez les étudiants ayant réalisé le SASPAS. Cette notion était commune au reste de la littérature.

Les remplacements n'avaient pas d'influence sur la notation et donc sur le sentiment de compétence chez les deux groupes étudiés.

Enfin, malgré l'absence de différence significative retrouvée, le rôle des stages en ambulatoire serait déterminant dans la bonne acquisition des compétences.

De nombreuses pistes pourraient être étudiées au décours de cette étude. En effet, ce travail a été réalisé sur une promotion de la faculté de médecine de Poitiers. Une étude sur plusieurs promotions serait souhaitable permettant une meilleure puissance statistique.

De plus, un couplage autoévaluation de l'interne avec une hétéroévaluation par l'enseignant est envisageable. Néanmoins, il est difficile en mettre en œuvre en pratique.

6. BIBLIOGRAPHIE

- 1. Bail P, Giet D. Enjeux et promesses de la formation initiale en contexte de médecine ambulatoire et de soins primaires. Pédagogie Médicale. 2009;10(3):157-9.
- 2. Le Mauff P, Bail P, Gargot F, Garnier F, Guyot H, Honnorat C, et al. L'évaluation des compétences des internes de médecine générale Aspects théoriques, réflexions pratiques. Exercer. 2005;73:63-9.
- 3. Tardif J. L'évaluation dans le paradigme constructiviste. In: L'évaluation des apprentissages Réflexion, nouvelles tendances et formation [Internet]. 1993 [cité 4 oct 2014]. p. 27-56. Disponible sur: https://cudc.uqam.ca/upload/files/15btardif.pdf
- 4. Bernard J, Reyes P. Apprendre, en médecine (1re partie). Pédagogie Médicale. août 2001;2(3):163-9.
- 5. Chartier S, Le Breton J, Ferrat E, Compagnon L, Attali C, Renard V. L'évaluation dans l'approche par compétences en médecine générale. Exercer. 2013;24(108):171-7.
- 6. Potier A, Robert J, Ruiz C, Lebeau J-P, Renoux C. Un portfolio pour certifier les compétences : des concepts à la pratique. Exercer. 2013;24(108):178-84.
- 7. Nguyen D-Q, Blais J-G. Approche par objectifs ou approche par compétences ? Repères conceptuels et implications pour les activités d'enseignement, d'apprentissage et d'évaluation au cours de la formation clinique. Pédagogie Médicale. nov 2007;8(4):232-51.
- 8. Compagnon L, Bail P, Huez J-F, Stalnikiewicz B, Ghasarossian C, Zerbib A, et al. Définitions et descriptions des compétences en médecine générale. Exercer. 2013;24(108):148-55.
- 9. Naccache N, Samson L, Jouquan J. Le portfolio en éducation des sciences de la santé : un outil d'apprentissage, de développement professionnel et d'évaluation. Pédagogie Médicale. mai 2006;7(2):110-27.
- 10. Compagnon L, Bail P, Huez J-F, Stalnikiewicz B, Ghasarossian C, Zerbib A, et al. Les niveaux de compétences. Exercer. 2013;24(108):156-64.
- 11. Décret n° 2004-67 du 16 janvier 2004 relatif à l'organisation du troisième cycle des études médicales. 2004-67 janv 16, 2004.
- 12. 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.
- 13. Lerouge P, Leruste S, Cunin M, Deleplanque D, Stalnikiewicz B. Objectifs de stages hospitaliers pour les internes de médecine générale. Exercer. 2013;24(106 (suppl 2)):60-1.
- 14. Département de Médecine Générale, COGEMS Poitou-Charentes. Livret de l'Interne de Médecine Générale. Réglement du DES de médecine générale, UFR de Médecine et

- Pharmacie Poitiers [Internet]. 2011 [cité 24 oct 2015]. Disponible sur: http://www.cogemspc.fr/des/promotion2010/Livret_IMG_2010_2012.pdf
- 15. Attali C, Bail P, Compagnon L, Ghasarossian C, Huez J-F, Piriou C, et al. 2014 Référentiel niveaux de compétence en MG.pdf.
- 16. Calculateur de taille d'échantillon [Internet]. CheckMarket. [cité 24 nov 2015]. Disponible sur: https://fr.checkmarket.com/ressources-etudes-de-marche/calculateur-taille-echantillon-enquete/
- 17. Kandel L, Poisson-Rubi S. Devenir des jeunes généralistes issus de la faculté de Poitiers. Rev Prat En Médecine Générale [Internet]. 2007 [cité 11 déc 2013]; Disponible sur: http://www.cogemspc.fr/theses/liste_these/these_poisson_article.pdf
- 18. Leruste S, Duriez S, Lerouge P, Andregnette P. Tutorat au cours du troisième cycle de médecine générale à la faculté de Lille. Exercer. 2008;82:82-6.
- 19. Ries G, Jami A, Potier D, Piriou C. Le tutorat individuel face à l'augmentation du nombre d'internes. Exercer. 2013;24(106):70-7.
- 20. Armengau C. Evaluation de sa compétence de communicateur en médecine générale: opinions d'internes en Médecine Générale sur l'autoévaluation de leur communication au moyen de l'enregistrement vidéo [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Nice-Sophia Antipolis. Faculté de Médecine; 2011.
- 21. Millette B, Lussier M-T, Goudreau J. L'apprentissage de la communication par les médecins : aspects conceptuels et méthodologiques d'une mission académique prioritaire. Pédagogie Médicale. 2004;5(2):110-26.
- 22. Al Odhayani A, Ratnapalan S. Enseigner l'art de la communication. Can Fam Physician. oct 2011;57(10):e398-400.
- 23. Ranjan P, Kumari A, Chakrawarty A. How can Doctors Improve their Communication Skills? J Clin Diagn Res JCDR. mars 2015;9(3):JE01-4.
- 24. Rat C, Le Mauff P, Van Wassenhove L, Goronflot L, Urion-Lacaille J, Senand R. Diplôme d'études spécialisées de médecine générale : la validation des premiers internes de Nantes. Exercer. 2008;19(81):45-8.
- 25. Bernard Frèche, Justine Le Grand -Penguilly, Jean-Yves Le Reste, Patrice Nabbe, Marie Barais, Bernard Le Floch. Les débuts et les modalités d'exercice des étudiants de la faculté de Brest sont-ils influencés par le SASPAS ? Exercer. 2011;22(95):21-4.
- 26. Secret J, Schuers M. Impact du SASPAS sur les performances des internes aux ECOS. Exercer. 2013;24(106 (suppl 2)):58-9.
- 27. Jouquan J. L'évaluation des apprentissages des étudiants en formation médicale initiale. Pédagogie Médicale. févr 2002;3(1):38-52.
- 28. Mattheos N, Nattestad A, Falk-Nilsson E, Attström R. The interactive examination: assessing students' self-assessment ability. Med Educ. avr 2004;38(4):378-89.

- 29. Blanch-Hartigan D. Medical students' self-assessment of performance: results from three meta-analyses. Patient Educ Couns. juill 2011;84(1):3-9.
- 30. Colthart I, Bagnall G, Evans A, Allbutt H, Haig A, Illing J, et al. The effectiveness of self-assessment on the identification of learner needs, learner activity, and impact on clinical practice: BEME Guide no. 10. Med Teach. 2008;30(2):124-45.
- 31. Dory V, De Foy T, Degryse J. L'auto-évaluation : postulat préalable, finalité de la mission éducative ou utopie pédagogique ? Clarifications conceptuelles et pistes pour une application en éducation médicale. Pédagogie Médicale. 2009;10:41-53.
- 32. Gordon MJ. A review of the validity and accuracy of self-assessments in health professions training. Acad Med J Assoc Am Med Coll. déc 1991;66(12):762-9.
- 33. Ward M, Gruppen L, Regehr G. Measuring self-assessment: current state of the art. Adv Health Sci Educ Theory Pract. 2002;7(1):63-80.
- 34. Eva KW, Cunnington JPW, Reiter HI, Keane DR, Norman GR. How can I know what I don't know? Poor self assessment in a well-defined domain. Adv Health Sci Educ Theory Pract. 2004;9(3):211-24.

ANNEXES

Annexe 1: Texte explicatif envoyé aux IMG

Bonjour à toutes et à tous,

Dans le cadre d'une thèse dirigée par le Docteur BRABANT, et en collaboration avec le pôle recherche du DMG, nous travaillons sur l'auto-évaluation de l'acquisition des compétences en fin de cursus de médecine générale.

Les réponses au questionnaire ci-joint vous prendront 15 à 20 minutes de votre temps. http://goo.gl/forms/2DNV7IOWHd

Nous vous demandons de répondre le plus sincèrement possible, c'est pourquoi les données recueillies resteront anonymes,

Nous comptons sur votre participation à tous pour éviter un biais de sélection étant donné que nous travaillons sur une promotion unique.

L'échéance du recueil de données est prévue le 1^{er} décembre 2014, nous vous adresserons des rappels par mail d'ici là afin de recueillir le maximum de données.

Nous comptons sur votre participation: http://goo.gl/forms/2DNV7IOWHd

Pour toute question concernant le questionnaire, je vous adresse ci-joint mon adresse mail : gaelprat.these@gmail.com

Merci beaucoup!

Bonne journée à tous!

Gaël PRAT

Annexe 2 : Questionnaire : autoévaluation des compétences.

Merci de répondre le plus sincèrement et le plus sérieusement à ce questionnaire. Les données recueillies resteront anonymes. La durée de réalisation de ce questionnaire est de 15 à 20 minutes. *Obligatoire

1 ^{ère} Que	partie du formulaire estion n° 1 : Etes-vous ? *
	Une femme
	Un homme
Que	estion n° 2 : Quel âge avez-vous ? *
Que	estion n° 3 : A quelle date avez-vous fini votre maquette de DES (6 stages) ? *
	Avril 2013
	Octobre 2013
	Avril 2014
	Octobre 2014
	Autre:
Que	estion n° 4 : Dans quel stage de la maquette gynécologie-pédiatrie êtes-vous passé ? *
	Pédiatrie
	Gynécologie-Obstétrique
	Stage ambulatoire femme/enfant
Que	estion n° 5 : Avez-vous réalisé un SASPAS *
	Oui
	Non
Que	estion n° 6 : Avez-vous effectué des remplacements durant votre cursus ? *
	Oui
	Non
Que	estion n° 7 : Avez-vous un projet professionnel d'activité de remplaçant ? *
0	Oui
0	Non
Act	ivité remplacement
-	estion n° 7bis : Si oui, quelle durée de remplacement envisagez-vous ?
Rép	onse en année (ex. : 6 mois = 0,5 ; 1 an = 1)

Question n° 8 : Avez-vous un projet professionnel d'installation en activité libérale ? *

48

0	Oui
0	Non
	estion n° 8bis : Si oui, dans combien d'année ? nonse en année (ex. : 6 mois = 0,5 ; 1 an = 1)
Que	estion n° 8ter : Si oui, dans quel milieu souhaiteriez-vous exercer ? Rural Semi-rural
Que	Urbain estion n° 9 : Avez-vous un projet professionnel d'activité salariée hospitalière * Oui Non
Que	estion n° 10 : Avez-vous un projet de DESC ? * Oui Non
DES Que	SC estion n° 10bis : Si oui, quel type de DESC ?
Que	Mémoire de recherche Dossier de réussite Autre :
Qua	Mars/Avril 2014 Septembre/Octobre 2014 Autre:
Que	estion n° 12 : Thèse ? * En cours Soutenue

2ème partie du formulaire

DES de médecine gé	nérale	que vo	ous ve	nez de	termin	enir votre autoévaluation des compétences acquises lors du er. Merci d'y répondre avec cette échelle d'évaluation : 1 : accord ni en accord ; 4 : D'accord ; 5 : Tout à fait d'accord
prévalentes de premi	er reco	urs en	mobil	lisant (des ress	que vous êtes capable de faire face aux plaintes les plus sources internes et externes permettant leurs résolutions * s, je fais des propositions de résolution des problèmes.
	1	2	3	4	5	
Pas du tout d'accord	0	0	0	0	0	Tout à fait d'accord
plaintes les plus prév	alentes s de co	s de pr nsultai	emier tion po inence	recoui	rs en pa rmettre	que vous êtes capable de vous organiser pour faire face aux rticipant aussi à la permanence de soins * l'accueil de l'ensemble des patients souhaitant me
	1	2	3	4	5	
Pas du tout d'accord	0	0	0	0	0	Tout à fait d'accord
Question n° 15 : A l'i	issue d	e votre	e DES	, pense	ez-vous	que vous êtes capable de faire des diagnostics de situations
	malaa	lie. Je	résous	s les pi	roblème	mes en tenant compte de l'agenda du patient et des es dans un contexte d'incertitude, en tenant compte des et du contexte.
	1	2	3	4	5	
Pas du tout d'accord	0	0	0	0	0	Tout à fait d'accord
Question n° 16 : A 1's maladies et en dehors						que vous êtes capable d'évoquer les stades précoces des s donner le temps *
	1	2	3	4	5	
Pas du tout d'accord	0	0	0	0	0	Tout à fait d'accord
symptômes bio médi	caleme	ent ine	xpliqu	és (SE	8I) *	que vous êtes capable d'évoquer la possibilité de de pour la prise en charge
0 1	1	2				
Pas du tout d'accord	0	0	0	0	0	Tout à fait d'accord
aux autres dimension actions de prévention	ns de la n en ac cs de p ale et a	consucord av révent de suiv	iltation vec le ion au i adap	n et au patien -delà c eté au j	x autres t * des diag patient	que vous êtes capable d'élargir le champ de la consultation s problèmes de santé en programmant éventuellement des gnostics de situations. Je mets en place les conditions de et au contexte.
	1	2	3	1	5	

Pas du tout d'accord C C C C Tout à fait d'accord

le patient *	et j'int	ègre de				que vous êtes capable de gérer les urgences ressenties par craintes et représentations du patient et je suis en mesure de
	1	2	3	4	5	
Pas du tout d'accord	0	0	0	0	0	Tout à fait d'accord
Question n° 20 : A l'i intervenants et d'assu						que vous êtes capable de collaborer avec les autres
	1	2	3	4	5	
Pas du tout d'accord	0	0	0	0	0	Tout à fait d'accord
						que vous êtes capable de concevoir que le patient a une its de caractère et qui influencent le type de suivi *
	1	2	3	4	5	
Pas du tout d'accord	0	0	0	0	0	Tout à fait d'accord
Question n° 22 : A l'i problèmes et d'établin				ient *	z-vous 5	que vous êtes capable de hiérarchiser les plaintes et les
Pas du tout d'accord					0	Tout à fait d'accord
comme une aide à la	décisio	on en a	déquat	tion av	ec la s	que vous êtes capable d'utiliser le temps comme allié, ituation du patient * re capable de programmer le suivi à court, moyen et long
	1	2	3	4	5	
Pas du tout d'accord	0	0	0	0	0	Tout à fait d'accord
avec le patient selon de la respecte le secret de	des cri <i>médica</i>	tères b ıl dans	io-psy la trai	cho-sonsmiss	ciaux ion des	que vous êtes capable de choisir les intervenants en accord * s informations aux autres professionnels de santé, je prends si leur accessibilité, leur disponibilité, le niveau
	1	2	3	4	5	
Pas du tout d'accord	0	0	0	0	0	Tout à fait d'accord
Question n° 25 : A l'i						que vous êtes capable d'analyser les avis des différents n centrée patient *
	1	2	3	4	5	
Pas du tout d'accord	0	0	0	0	0	Tout à fait d'accord

	dans ı	ine pei				que vous êtes capable d'utiliser le dossier médical pour tion de la santé au niveau individuel et collectif, de
	1	2	3	4	5	
Pas du tout d'accord	0	0	0	0	0	Tout à fait d'accord
Question n° 27 : A l'i				, pense	z-vous	que vous êtes capable de collaborer à la continuité et la
	1	2	3	4	5	
Pas du tout d'accord	0	0	0	0	0	Tout à fait d'accord
l'accessibilité aux so J'informe des conditi	ins y c ons da re de i	ompris ins lesq nodifie	s lors o quelles er ces	de vos s je sui conditi	absenc s acces ions en	sible et disponible (présence, téléphone) dans le cadre d'un cas de problèmes ou de situations qui nécessite un suivi
Pas du tout d'accord	0	0	0	0	0	Tout à fait d'accord
activité de soins et da l'éducation du patien J'intégre qu'il est néc	ans la d t * cessair le poir queme	durée d e de re it sur d nt dédi	les mo voir le les me ées à	oments e patie sures d la prév	dédiés nt pour de prév	que vous êtes capable d'intégrer couramment dans votre à la prévention individuelle, au dépistage organisé et à des consultations spécifiques. Je profite de consultations ention et d'éducations pertinentes. Je réalise des et à l'éducation.
	1	2	3	4	5	
Pas du tout d'accord	0	0	0	0	0	Tout à fait d'accord
démarche d'éducatio	n à sa ent ait	santé (<i>une au</i>	postur <i>tonon</i>	e d'éd nie et u	ucateui ine resț	que vous êtes capable d'accompagner le patient dans une c) * consabilité. Je collabore à un programme d'éducation
	1			4		
Pas du tout d'accord	0	0	0	0	0	Tout à fait d'accord
individuels et collect Je suis capable de co	ifs de l nvainc r à un	la prév re un p tel acte	ention patient e. Je si	pour in pour i	recherc notivé d	que vous êtes capable de clarifier les tensions entre enjeux her l'adhésion du patient * de réaliser un acte de prévention ou au <i>contraire je le</i> <i>e comprendre et d'accepter son refus. Je suis capable de</i>
	1	2	3	4	5	
Pas du tout d'accord	0	0	0	0	0	Tout à fait d'accord

d'autres intervenants	impli	qués da	ans la	préven	tion et	l'éducation du patient *
	1	2	3	4	5	
Pas du tout d'accord	0	0	0	0	0	Tout à fait d'accord
tenir compte des don décision centrée patie	nées é ent * <i>les do</i>	manan nnées	t de pl recuei	lusieur llies da	s cham ans les	s que vous êtes capable dans les situations habituelles, de ps et de plusieurs sources, de tenter de les intégrer dans une différents champs (bio psycho social, familiaux, culturel), je seée.
,	1	2			5	
Pas du tout d'accord	0	0	0	0	0	Tout à fait d'accord
	er une os et en	situati a donne	on, de	laisse atient.	r le ten	que vous êtes capable de prendre le temps nécessaire et apps au patient de métaboliser *
	1	2	3	4	5	
Pas du tout d'accord	0	0	0	0	0	Tout à fait d'accord
problèmes de nature	différe	ente en	les hi	érarchi	sant *	que vous êtes capable de gérer simultanément plusieurs
	1	2	3	4	5	•
Pas du tout d'accord	0	0	0	0	0	Tout à fait d'accord
mesure de modifier v	otre p des re	osture essoure	* es de	nature	différe	s que vous êtes capable, en fonction des situations, d'être en entes selon le contexte.
	1	2	3	4	5	
Pas du tout d'accord	0	0	0	0	0	Tout à fait d'accord
complexité modérée, bénéfiques pour le pa Je sais utiliser mes c	, d'être atient ' <i>ompét</i> e	capab * ences 1	le de r	nettre e	en plac s et con	que vous êtes capable dans les conditions habituelles, de e une relation de soutien, à effets psychothérapeutiques municationnelles pour aider le patient à exprimer ses ifficulté psychologique mais je l'aide à trouver ses propres
	1	2	3	4	5	
Pas du tout d'accord	0	0	0	0	0	Tout à fait d'accord

Question n° 32 : A l'issue de votre DES, pensez-vous que vous êtes capable de collaborer activement avec

décisions en maîtrisant de manière complète ou parfaite tous les éléments de la situation et toute l'étendue des connaissances biomédicales. 0 0 Pas du tout d'accord 0 0 Tout à fait d'accord Question n° 39 : A l'issue de votre DES, pensez-vous que vous êtes capable, en dehors des situations très complexes, de mener en autonomie un entretien centré patient et de structurer ce dernier * J'utilise des techniques communicationnelles adaptées au patient, je l'associe à la démarche clinique et à la décision. Je structure l'entretien et cela dans un temps acceptable (20 à 30 minutes). 3 5 Pas du tout d'accord \circ Tout à fait d'accord Question n° 40 : A l'issue de votre DES, pensez-vous que vous êtes capable, dans les conditions habituelles, de complexité modérée, de gérer les émotions, de rester empathique et respectueux * J'utilise dans le soin l'investissement affectif et l'attente relationnelle. J'aide le patient à se mettre en position pour répondre à une difficulté psychologique et à trouver ses propres solutions, j'évite de répondre à sa place. Je prends du recul par rapport à mon propre a priori de soignant face aux positions subjectives du patient. 2 3 4 5 Pas du tout d'accord \bigcirc \bigcirc \bigcirc \bigcirc Tout à fait d'accord Question n° 41 : A l'issue de votre DES, pensez-vous que vous êtes capable, lors de situations et/ou de relations qui posent problème (agressivité, séduction, sympathie, rejet etc.) de construire et de tenter de maintenir la relation tout en vous questionnant sur la nature de celle-ci * 2 3 1 Pas du tout d'accord \bigcirc \bigcirc \circ 0 Tout à fait d'accord Question n° 42 : A l'issue de votre DES, pensez-vous que vous êtes capable de communiquer sur vos erreurs en tenant compte de l'avis du patient et en acceptant d'être remis en cause * 1 2 3 4 5 Pas du tout d'accord \circ \bigcirc \circ \bigcirc Tout à fait d'accord Question n° 43 : A l'issue de votre DES, pensez-vous que vous êtes capable, dans les conditions habituelles, de réfléchir à votre capacité communicationnelle avec le patient et son entourage * 1 2 3 5 Pas du tout d'accord \circ 0 \circ 0 Tout à fait d'accord

Question n° 38 : A l'issue de votre DES, pensez-vous que vous êtes capable de faire la différence entre

Je suis capable de différencier les différents types d'incertitude : liée à mes connaissances propres, aux données de la science, aux situations, ou aux patients. J'ai conscience que je ne pourrai pas fonder l'ensemble de mes

incertitude personnelle et incertitude professionnelle *

intervenants médicaux, médicosociaux et l'entourage du patient, une relation opérationnelle dans l'intérêt du patient * J'utilise les compétences de chaque intervenant (para-médicaux, médico-sociaux...). Je fais passer les intérêts du patient avant ceux des intervenants. Je garde une vision critique des décisions des autres intervenants. \bigcirc Pas du tout d'accord \circ \circ 0 Tout à fait d'accord Question n° 45 : A l'issue de votre DES, pensez-vous que vous êtes capable d'assumer votre responsabilité envers le patient et la société * Je m'interroge sur mes possibles conflits d'intérêts. Je respecte les règles déontologiques, légales, d'honnêteté. \bigcirc \bigcirc 0 Pas du tout d'accord Tout à fait d'accord Question n° 46 : A l'issue de votre DES, pensez-vous que vous êtes capable de collaborer avec les autres soignants * 1 2 5 \bigcirc Pas du tout d'accord \bigcirc \circ \circ Tout à fait d'accord Question n° 47 : A l'issue de votre DES, pensez-vous que vous êtes capable d'organiser votre outil et votre temps de travail * 1 5 Pas du tout d'accord 0 O Tout à fait d'accord Question n° 48 : A l'issue de votre DES, pensez-vous que vous êtes capable d'améliorer vos compétences * J'analyse ma pratique et j'en déduis mes besoins de formation et de progression. J'intégre mes acquis dans ma pratique. \circ \circ Pas du tout d'accord Tout à fait d'accord Question n° 49 : A l'issue de votre DES, pensez-vous que vous êtes capable de prendre en charge le patient avec altruisme * Je privilégie l'autonomie et le choix du patient. J'exprime des dilemmes éthiques. J'assume mes choix. 5 \bigcirc \bigcirc Pas du tout d'accord Tout à fait d'accord Question n° 50 : A l'issue de votre DES, pensez-vous que vous êtes capable de vous impliquer dans le rayonnement de la discipline * Je contribue et je participe à la formation des professionnels de santé (recherche, tutorat...) 2 3 4 5

 \circ

Pas du tout d'accord

 \bigcirc

 \bigcirc

 \circ

Tout à fait d'accord

Question n° 44 : A l'issue de votre DES, pensez-vous que vous êtes capable de mettre en œuvre avec les

<u>Annexe 3 :</u> Résultats détaillés compétence par compétence (SASPAS vs pas de SASPAS)

	Moyenne	p
Compétence 1 : Premiers recours, urgences	4,14 3,96	0,16
1.1. Mobiliser des ressources internes et externes	4,31 4,2	0,56
1.2. Organiser en participant à la PDS (permanence des soins)	4,1 3,93	0,44
1.3. Faire des diagnostics de situations	4,28 4,2	0,68
1.4. Evoquer les stades précoces d'une maladie (hors urgences)	4,1 3,8	0,09
1.5. Evoquer la possibilité de SBI (symptômes bio-médicalement inexpliqués)	3,65 3,6	0,83
1.6. Programmer des actions de prévention en accord avec le patient	4,17 3,8	0,05
1.7. Gérer les urgences ressenties par le patient	4,24	0,18
1.8. Collaborer avec les autres intervenants, assumer les responsabilités	4,27 4,13	0,49
Compétence 2 : Continuité, suivi, coordination des soins autour du patient	4,05 3,82	0,09
2.1. Concevoir histoire personnelle du patient (traits de caractère)	4,72 4,33 4,21	<0,05
2.2. Hiérarchiser les plaintes et problèmes et établir un suivi centré patient	4,13 4,03	0,61
2.3. Prendre le temps pour prendre une décision	3,53 4,17	<0,05
2.4. Choisir les intervenants avec le patient selon des critères bio-psycho-sociaux	3,8 3,97	0,12
2.5. Analyser les avis des différents intervenants pour prendre une décision	3,8 3,97	0,52
2.6. Utiliser le dossier médical pour suivi (individuel et collectif), prévention et dépistage	3,6 3,67	0,12
2.7. Collaborer à la continuité et la coordination du maintien à domicile	3,59 3,76	0,73
2.8. Organiser l'accessibilité aux soins y compris lors de vos absences	3,73	0,9

Moyenne des internes ayant réalisé un SASPAS

Moyenne des internes n'ayant pas réalisé de SASPAS

Moyennes des internes, par sous-items, selon leur passage au non en SASPAS, 1ère partie.

	Moyenne	р
Compétence 3 : Education, prévention, dépistage, santé individuelle et communautaire	4,06 3,65	<0,05
3.1. Prendre des moments dédiés : prévention, dépistage et éducation patient	4,17 3,4	<0,05
3.2. Accompagner le patient dans une démarche d'éducation à sa santé (posture d'éducateur)	4 3,8	0,37
3.3. Différencier les enjeux individuels et collectifs de la prévention	3,93 3,53	0,1
3.4. Collaborer avec d'autres intervenants impliqués dans la prévention et l'éducation	4,14 3,87	0,19
Compétence 4 : Approche globale, prise en compte de la complexité	4,01 3,79	0,16
4.1. Tenir compte de plusieurs données et tenter de les intégrer dans une décision	4,17 4,2	0,86
4.2. Prendre le temps et laisser le temps au patient de métaboliser	4,03 3,87	0,41
4.3. Gérer simultanément plusieurs problèmes de nature différente en les hiérarchisant	4,14 3,93	0,38
4.4. Etre en mesure de modifier sa posture selon les situations	4,07 3,8	0,29
4.5. Mettre en place une relation de soutien, à effets psychothérapeutiques bénéfiques	3,86 3,4	0,07
4.6. Faire la différence entre incertitude personnelle et incertitude professionnelle	3,76 3,53	0,38

Moyenne des internes ayant réalisé un SASPAS

Moyenne des internes n'ayant pas réalisé de SASPAS

Moyennes des internes, par sous-items, selon leur passage au non en SASPAS, 2ème partie.

57

	Moyenne	p
Compétence 5 : Relation, communication, approche globale	3,91 3,89	0,87
5.1. Mener en autonomie un entretien centré patient et le structurer	3,72 4,07	0,17
5.2. Gérer ses émotions, rester empathique et respectueux	4,07 4	0,79
5.3. Construire une relation, lors de situations compliquées (agressivité, séduction, sympathie, rejet etc.)	3,65 3,67	0,96
5.4. Communiquer sur ses erreurs selon l'avis du patient et accepter la remise en cause	3,9 3,73	0,5
5.5. Réfléchir à sa capacité communicationnelle avec le patient et son entourage	4,1 4	0,63
5.6. Mettre en œuvre avec les différents intervenants une relation opérationnelle pour le patient	4,03 3,87	0,41
C6 : Professionnalisme	4,03 4,1	0,64
6.1. Assumer sa responsabilité envers le patient et la société	4,03 4,13	0,67
6.2. Collaborer avec les autres soignants	4,52 4,27	0,21
6.3. Organiser son temps de travail	3,97 4,07	0,72
6.4. Améliorer ses compétences	4,38 4,4	0,9
6.5. Prendre en charge le patient avec altruisme	4,17 4,33	0,38
6.6. S'impliquer dans le rayonnement de la discipline	4,38 4	0,72

Moyenne des internes ayant réalisé un SASPAS

Moyenne des internes n'ayant pas réalisé de SASPAS

Moyennes des internes, par sous-items, selon leur passage au non en SASPAS, 3^{ème} partie.

Evaluation du niveau de compétence ressenti des internes de médecine générale en fin d'études

RESUME

Introduction : Le Diplôme d'études spécialisées de médecine générale a pour but de permettre aux Internes de médecine générale (IMG) d'acquérir les compétences nécessaires à l'exercice de leur future profession.

L'objectif de notre étude était de mesurer le ressenti du niveau de compétences des internes à la fin de leur cursus

Méthode : Étude déclarative descriptive chez les IMG de notre région ayant terminé leur cursus de troisième cycle de médecine générale en Octobre 2014 et ayant soutenu leur mémoire de DES. L'auto-évaluation s'est déroulée de novembre à décembre 2014, par le biais d'un questionnaire informatique de 50 questions réalisé à partir du référentiel de niveaux de compétences produit par un groupe d'expert du CNGE. Les IMG s'autoévaluaient à l'aide d'une échelle de Likert de 1 (pas du tout d'accord) à 5 (tout à fait d'accord) pour chaque descripteur du niveau « compétent » du référentiel.

Résultats : Sur 79 IMG interrogés, le taux de répondant était de 56 %. Les 44 IMG de l'échantillon se sentaient compétents d'un point de vue général avec une note de 4,0 sur 5 (+/-0,4). Le même sentiment a été retrouvé pour chaque compétence indépendamment les unes des autres. Il n'y avait pas de différence significative entre les IMG ayant réalisé un SASPAS par rapport à ceux qui n'en avaient pas réalisé (4,0 vs 3,9 p = 0,21), de même pour les IMG ayant réalisé des remplacements pendant leur cursus.

Conclusion : Malgré un biais déclaratif probablement important, les IMG en fin de cursus se sentiraient compétents pour exercer leur spécialité. Ce ressenti serait à confirmer par une hétéro-évaluation avec des critères objectifs, plus difficile à mettre en pratique.

Mots clés : Soins de santé primaires, Internat et résidence, Évaluation de programme, compétence professionnelle



Universite de Poitiers



Faculté de Médecine et de Pharmacie

SERMENT

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. Admis dans l'intérieur des maisons mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

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



Evaluation du niveau de compétence ressenti des internes de médecine générale en fin d'études

RESUME

Introduction : Le Diplôme d'études spécialisées de médecine générale a pour but de permettre aux Internes de médecine générale (IMG) d'acquérir les compétences nécessaires à l'exercice de leur future profession.

L'objectif de notre étude était de mesurer le ressenti du niveau de compétences des internes à la fin de leur cursus

Méthode : Étude déclarative descriptive chez les IMG de notre région ayant terminé leur cursus de troisième cycle de médecine générale en Octobre 2014 et ayant soutenu leur mémoire de DES. L'auto-évaluation s'est déroulée de novembre à décembre 2014, par le biais d'un questionnaire informatique de 50 questions réalisé à partir du référentiel de niveaux de compétences produit par un groupe d'expert du CNGE. Les IMG s'autoévaluaient à l'aide d'une échelle de Likert de 1 (pas du tout d'accord) à 5 (tout à fait d'accord) pour chaque descripteur du niveau « compétent » du référentiel.

Résultats : Sur 79 IMG interrogés, le taux de répondant était de 56 %. Les 44 IMG de l'échantillon se sentaient compétents d'un point de vue général avec une note de 4,0 sur 5 (+/-0,4). Le même sentiment a été retrouvé pour chaque compétence indépendamment les unes des autres. Il n'y avait pas de différence significative entre les IMG ayant réalisé un SASPAS par rapport à ceux qui n'en avaient pas réalisé (4,0 vs 3,9 p = 0,21), de même pour les IMG ayant réalisé des remplacements pendant leur cursus.

Conclusion : Malgré un biais déclaratif probablement important, les IMG en fin de cursus se sentiraient compétents pour exercer leur spécialité. Ce ressenti serait à confirmer par une hétéro-évaluation avec des critères objectifs, plus difficile à mettre en pratique.

Mots clés : Soins de santé primaires, Internat et résidence, Évaluation de programme, compétence professionnelle