

**Université de Poitiers
Faculté de Médecine et Pharmacie**

ANNEE 2017

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

présentée et soutenue publiquement
le 19 octobre 2017 à Poitiers
par Madame Camille LATOUR

**Le ressenti des internes de médecine générale à propos de l'utilisation
du recueil d'activité au quotidien lors de leur stage ambulatoire en
soins primaires et autonomie supervisée et perspectives d'amélioration
de l'outil.**

Composition du Jury

Président :

- Monsieur le Professeur José GOMES

Membres :

- Monsieur le Professeur Marc PACCALIN
- Monsieur le Professeur René ROBERT

Directeur de thèse :

- Monsieur le Docteur Benoit TUDREJ

*Le Doyen,*

Année universitaire 2017 - 2018

LISTE DES ENSEIGNANTS DE MEDECINE**Professeurs des Universités-Praticiens Hospitaliers**

- AGIUS Gérard, bactériologie-virologie (**surnombre jusqu'en 08/2018**)
- ALLAL Joseph, thérapeutique
- BATAILLE Benoît, neurochirurgie
- BRIDOUX Frank, néphrologie
- BURUCCO Christophe, bactériologie – virologie
- CARRETIER Michel, chirurgie générale
- CHEZE-LE REST Catherine, biophysique et médecine nucléaire
- CHRISTIAENS Luc, cardiologie
- CORBI Pierre, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
- DAHYOT-FIZELIER Claire, anesthésiologie – réanimation
- DEBAENE Bertrand, anesthésiologie réanimation
- DEBIAIS Françoise, rhumatologie
- DROUOT Xavier, physiologie
- DUFOUR Xavier, Oto-Rhino-Laryngologie
- FAURE Jean-Pierre, anatomie
- FRASCA Denis, anesthésiologie-réanimation
- FRITEL Xavier, gynécologie-obstétrique
- GAYET Louis-Etienne, chirurgie orthopédique et traumatologique
- GICQUEL Ludovic, pédopsychiatrie
- GILBERT Brigitte, génétique
- GOMBERT Jean-Marc, immunologie
- GOJJON Jean-Michel, anatomie et cytologie pathologiques
- GUILLEVIN Rémy, radiologie et imagerie médicale
- HADJADJ Samy, endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
- HAUET Thierry, biochimie et biologie moléculaire
- HOUETO Jean-Luc, neurologie
- INGRAND Pierre, biostatistiques, informatique médicale
- JAAFARI Nematollah, psychiatrie d'adultes
- JABER Mohamed, cytologie et histologie
- JAYLE Christophe, chirurgie thoracique t cardio-vasculaire
- KARAYAN-TAPON Lucie, cancérologie
- KEMOUN Gilles, médecine physique et de réadaptation (**en détachement**)
- KRAIMPS Jean-Louis, chirurgie générale
- LECRON Jean-Claude, biochimie et biologie moléculaire
- LELEU Xavier, hématologie
- LEVARD Guillaume, chirurgie infantile
- LEVEQUE Nicolas, bactériologie-virologie
- LEVEZIEL Nicolas, ophtalmologie
- LEVILLAIN Pierre, anatomie et cytologie pathologiques (**surnombre jusqu'en 12/2017**)
- MACCHI Laurent, hématologie
- MARECHAUD Richard, médecine interne (**émérite à/c du 25/11/2017**)
- MAUCO Gérard, biochimie et biologie moléculaire (**surnombre jusqu'en 08/2018**)
- MEURICE Jean-Claude, pneumologie
- MIGEOT Virginie, santé publique
- MILLOT Frédéric, pédiatrie, oncologie pédiatrique
- MIMOZ Olivier, anesthésiologie – réanimation
- NEAU Jean-Philippe, neurologie
- ORIOT Denis, pédiatrie
- PACCALIN Marc, gériatrie
- PERAULT Marie-Christine, pharmacologie clinique
- PERDRISOT Rémy, biophysique et médecine nucléaire
- PIERRE Fabrice, gynécologie et obstétrique
- PRIES Pierre, chirurgie orthopédique et traumatologique
- ROBERT René, réanimation
- ROBLLOT France, maladies infectieuses, maladies tropicales
- ROBLLOT Pascal, médecine interne
- RODIER Marie-Hélène, parasitologie et mycologie
- SAULNIER Pierre-Jean, thérapeutique
- SILVAIN Christine, hépato-gastro- entérologie
- SOLAU-GERVAIS Elisabeth, rhumatologie
- TASU Jean-Pierre, radiologie et imagerie médicale
- THIERRY Antoine, néphrologie
- THILLE Arnaud, réanimation
- TOUGERON David, gastro-entérologie
- TOURANI Jean-Marc, cancérologie
- WAGER Michel, neurochirurgie

Maîtres de Conférences des Universités-Praticiens Hospitaliers

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

Professeur des universités de médecine générale

- BINDER Philippe
- GOMES DA CUNHA José

Maître de conférences des universités de médecine générale

- BOUSSAGEON Rémy (**disponibilité d'octobre à janvier**)

Professeurs associés de médecine générale

- BIRAULT François
- PARTHENAY Pascal
- VALETTE Thierry

Maîtres de Conférences associés de médecine générale

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

Enseignants d'Anglais

- DEBAIL Didier, professeur certifié
- LOVELL Brenda Lee, maître de langue étrangère

Professeurs émérites

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

Professeurs et Maîtres de Conférences honoraires

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

REMERCIEMENTS

A Monsieur le Professeur José GOMES,

Vous me faites un grand honneur de présider notre jury de thèse. En tant que responsable du Département de Médecine Générale de notre faculté, votre expertise concernant ce travail nous semblait primordial. Je vous remercie infiniment de m'avoir fait partager votre passion de la Médecine Générale ces six mois à vos côtés. Veuillez accepter mes sincères remerciements et mon plus profond respect.

A Monsieur le Professeur Marc PACCALIN,

Vous me faites l'honneur de juger ce travail en participant à ce jury. Veuillez trouver ici l'expression de mes sincères remerciements et ma profonde estime.

A Monsieur le Professeur René ROBERT,

Vous me faites l'honneur de juger ce travail en participant à ce jury. Veuillez trouver ici l'expression de mes sincères remerciements et ma profonde estime.

A Benoit, mon directeur de thèse,

Je te remercie infiniment d'avoir accepté de diriger ce travail, de m'avoir épaulée et soutenue, de t'être rendu disponible pour répondre à mes interrogations tout au long de l'année.

A Monsieur le docteur Yann BRABANT,

Je te remercie pour ton aide gentille proposée au début de ce travail, ainsi que tes remarques et tes commentaires précieux.

A Monsieur le docteur Pascal AUDIER et à Monsieur le docteur Emmanuel ROBIN, Vous me faites l'honneur de participer à cette soutenance. C'est avec grand intérêt que nous recevrons vos jugements sur ce travail.

A tous mes anciens maîtres de stage hospitaliers et ambulatoires qui m'ont accueillis durant ces trois années d'internat et qui m'ont transmis leur connaissance et leur expérience afin que j'exerce une médecine de qualité. Je pense particulièrement au Dr PUSNIAK, Dr DJEZZAR-HOMO, Pr ROBLOT, Dr GOUDET, Dr COLIN, Dr GROSSIN, Dr FLITAN, Dr ROMEN, Dr PERROTIN, Dr LARDEUR, Dr SOUCHAUD-MENARD et au Dr RUCQUOIS.

A mes co-internes préférés,
Maud, Marina, Romain, Amélie, Adélie, Nicolas, Marie-Charlotte, Martin, et Virginie,
nos échanges, nos entraides, et nos moments détentes... Nous avons partagé bien plus d'un stage et je vous en remercie.

A toutes les équipes de soignants que j'ai pu croiser, pour leur soutien et leur aide au quotidien.

A tous les enseignants des facultés de médecine de Rouen pour mon externat, et de Poitiers pour mon internat.

A ma famille,
Mes parents, Brigitte et Eric, pour les valeurs que vous m'avez transmises, pour m'avoir soutenue et encouragée depuis le début de mes études. Merci pour votre amour et pour le reste à venir en tant que « papi et mamie cool »
Mes sœurs adorées, Sophie et Juliette, la distance ne changera en rien notre complicité.
Mes grands-parents, pour m'avoir toujours soutenus et d'être bienveillants avec moi chaque jour.
Mes oncles, tantes, cousins et cousines, que de supers moments à vos côtés.

A ma belle- famille,
Merci d'être une deuxième famille pour moi, de créer des moments inoubliables.
Françoise, Pierre, Clémence, Alix, Romain, Augustin et Alexandre (que j'ai hâte de découvrir), merci de tout coeur.

A ma meilleure amie,
Roxane, merci pour ton amitié fidèle depuis toutes ces années, pour nos soirées coloc à refaire le monde, pour nos fous rires, pour ton soutien même dans les moments moins drôles, pour nos vacances topissimes aux 4 coins de l'Europe et peut être bientôt en Afrique ou aux Etats-Unis avec Pierre, nouveau dans notre team, merci à lui pour son âme de globe trotteur, son humour légendaire et surtout de prendre soin de toi.

Aux copains de Rouen qui resteront les meilleurs,
Lisou, Marion et Henri toujours partants pour tout : soirées, resto, vacances au ski mémorables, fous rires ... Même si nos études nous ont éloignées géographiquement, vous êtes toujours là quoi qu'il arrive.
Oliv, une super coloc
Merci pour votre amitié sincère et tous ces moments partagés

A mes amies de toujours,
Raphaëlle et Marie

Maud, une co-interne en or. Tellement de bonne humeur lors de ce premier semestre à tes côtés. Une belle amitié est née.

Aux copains de Poitiers, où la fabuleuse histoire de la thèque,

Tout a commencé à l'internat de La Rochelle par de mémorables soirées et 156 groupes Whatsapp plus tard toujours les mêmes : Alexis, Aurore, Christelle, Clément, Clem, Maria, Marie-Eve, Marielle, Paul, Pier Em, Samy et Vincent, merci d'avoir fait de cet internat un moment inoubliable. Sans oublier les nouveaux et futurs thèquards, Côme mon filleul adoré, le petit citron et Bisquan junior.

A Nico, mon amour, merci d'être là au quotidien, ton soutien, ton amour, tout ce que tu m'apportes depuis toutes ces années. J'aime notre vie ensemble et me tarde de découvrir celle à 3.

TABLE DE MATIERES

ABREVIATIONS	3
INTRODUCTION	4
1. Le contexte.....	4
2. Le SASPAS.....	5
3. Outils pédagogiques.....	6
4. Justifications de notre travail.....	8
MATERIELS ET METHODES	9
1. Choix de la méthode qualitative.....	9
2. Population de l'étude.....	9
3. Réalisation des entretiens semi-dirigés.....	10
3.1 Elaboration du guide d'entretien qualitatif.....	10
3.2 Constitution de l'échantillon.....	13
3.3 Déroulement des entretiens.....	13
4. Analyse du contenu.....	13
4.1 Retranscriptions des entretiens.....	13
4.2 Analyse des données.....	14
RESULTATS	15
1. Données générales.....	15
1.1 Caractéristiques générales.....	15
1.2 Caractéristiques de l'échantillon.....	15
2. Analyse thématique transversale des entretiens.....	16
2.1 Impressions des internes du SASPAS.....	17
2.1.1 Ressenti positif.....	18
2.1.2 Ressenti neutre.....	19
2.1.3 Ressenti négatif.....	19
2.2 Déroulement du débriefing.....	20
2.2.1 Les outils utilisés.....	21

2.2.2 Points positifs.....	22
2.2.3 Points négatifs.....	22
2.3 Le RAQ.....	24
2.3.1 Les raisons de non utilisation du RAQ.....	25
2.3.2 Ressenti positif.....	26
2.3.3 Ressenti négatif.....	27
2.4 Perspectives d'amélioration : l'outil idéal.....	29
DISCUSSION.....	31
1. Limites méthodologiques.....	31
1.1 Choix d'une étude qualitative.....	31
1.2 Population d'étude.....	32
1.3 Réalisation des entretiens.....	33
1.4 Analyse des données.....	34
2. Limites des résultats.....	34
2.1 SASPAS/Débriefing.....	35
2.2 Evaluation du RAQ.....	35
2.3 Proposition d'amélioration.....	37
CONCLUSION.....	39
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES.....	40
ANNEXES.....	42

ABREVIATIONS

COGEMS Collège des Généralistes Enseignants et Maîtres de stage
CNGE Collège National des Généralistes Enseignants
DES Diplôme d'Etudes Supérieures
DMG Département de Médecine Générale
EBM Evidence-Based-Medicine
ECN Examen Classant National
IMG Interne de Médecine Générale
ISNAR-IMG Inter Syndicale National Autonome Représentative des Internes de
Médecine Générale
MSU Maître de Stage Universitaire
RAQ Recueil d'Activité au Quotidien
SARP Stage en Autonomie Réflexive Professionnalisante
SASPAS Stage Ambulatoire en Soins Primaires en Autonomie Supervisée

INTRODUCTION

1. Le contexte

Depuis 2004 et la mise en place de l' Examen Classant National (ECN), la médecine générale est devenue officiellement une spécialité à part entière (21). La médecine générale s'organise pour définir sa spécificité notamment par la mise en place d'un enseignement centré sur l'apprentissage des compétences plutôt que sur la simple transmission de savoirs (2-4), basculant du paradigme d'enseignement au paradigme d'apprentissage (5).

La maquette des stages du Diplôme d'Etudes Supérieures (DES) de médecine générale, établie par l'arrêté du 19 octobre 2001 comporte quatre semestres obligatoires (1) : médecine adulte polyvalente, mère-enfant, urgences, stage chez le praticien (niveau 1) et deux semestres laissés au libre choix de l'interne mais l'un deux doit se faire « préférentiellement en ambulatoire ».

En effet, La formation des médecins généralistes à leur exercice futur relève d'une exigence de qualité incontournable. Parmi les éléments clés de cette formation se trouve la pratique de stages ambulatoires. Ce type de stage permet aux étudiants de perfectionner leur autonomie.

- Le stage dit « niveau 1 », réalisé au cours du 3eme cycle des études de médecine générale, existe depuis 1996 et est obligatoire. Ce stage de 6 mois se déroule dans un ou plusieurs sites d'exercice. Le médecin praticien se doit d'être présent au cabinet en même temps que l'interne. Son objectif est la mise en autonomie progressive de l'interne au cours de 3 phases pédagogiques : observation, supervision directe puis indirecte.

- Le stage dit « niveau 2 » ou Stage Ambulatoire en Soins Primaires en Autonomie Supervisée (SASPAS) d'une durée de 6 mois est actuellement facultatif. Cependant selon les propositions du Collège National des Généralistes Enseignants (CNGE), le 3 ème cycle de médecine générale pourrait être réformé en 2017, avec une évolution vers un DES de médecine générale à 4 ans pour permettre la mise en place d'un troisième stage ambulatoire de niveau 3 dit Stage en Autonomie Réflexive Professionnalisante (SARP) avec le stage SASPAS rendu obligatoire (22,23).

En effet, Les Internes de Médecine Générale (IMG) semblent plébisciter les stages ambulatoires. Selon une enquête sur les souhaits de formation des futurs généralistes menée par l'Inter Syndicale National Autonome Représentative des Internes de

Médecine Générale (ISNAR-IMG), le nombre moyen de stages ambulatoires souhaité par les internes est de 2,73 et 45,9 % des internes souhaitent voir leur nombre porté à trois (24).

2. Le SASPAS

Le SASPAS a pour objectif de finaliser l'autonomie de l'interne de médecine générale (IMG) en fin de cursus à l'aide d'une supervision indirecte, véritable pilier pédagogique de ce stage, d'après Kilminster qui la décrit comme la fourniture d'une guidance à l'égard d'un étudiant en formation et d'une rétroaction (feedback) à l'égard de son développement personnel, professionnel et éducationnel, dans le contexte d'une expérience de soins dispensés à un patient avec sécurité et de manière appropriée (5).

Ainsi l'interne consulte seul au cabinet, il va travailler en lieu et place de ses maîtres de stage qui assurent une assistance en temps réel, c'est à dire que l'interne peut à tout moment le contacter par téléphone ou bénéficier d'une rencontre immédiate en cas de besoin ainsi qu'une action pédagogique centrée sur l'évaluation formative et l'acquisition des compétences en situation authentique de médecine générale notamment à l'aide de la supervision indirecte, temps de débriefing programmé dans la journée avec les maîtres de stage universitaire (MSU) où l'interne présente les situations cliniques auxquelles il a été confronté seul, les difficultés rencontrées et les moyens mis en œuvre pour les palier. Pour optimiser cette rétro action, en partant de l'autoévaluation de l'interne, le MSU apporte des clés ou des pistes d'exploration pour parfaire ses connaissances et ses compétences (6)(25).

Cette interaction permettra de concilier une finalité pédagogique qui permet à l'étudiant d'appréhender l'autoévaluation et la démarche réflexive essentielles à son exercice professionnel futur ainsi qu'une finalité médicale, pour s'assurer de l'efficacité et la sécurité des tâches de soins dispensées au patient ce qui reste le plus important (7).

Le SASPAS apparaît comme primordial. C'est un semestre professionnalisant pour des étudiants en fin de cursus universitaire.

Nous retrouvons un certain nombre de travaux de thèses ayant pour objectif l'évaluation du SASPAS. Globalement leurs résultats confirment l'impact positif de ce stage dans la formation des internes, qui le plébiscitent (8–10). Toutefois, ils font aussi apparaître la nécessité d'améliorer certains paramètres dont la supervision indirecte qui ne donne pas toujours entière satisfaction (9,11–13).

Dès 2006, Carine Larue dans sa thèse « Particularités pédagogiques du SASPAS », évoque la nécessité de formaliser d'avantage la supervision indirecte et donc propose une grille de recueil de données à titre expérimental (9).

En 2010, Elise Petite, dans son travail de thèse intitulé « Obstacles à la supervision indirecte en SASPAS à Grenoble : identification par les maîtres de stage et perspectives d'amélioration », évoque la nécessité d'implication de l'interne dans l'organisation autour de la supervision. L'interne doit être acteur de sa formation, c'est ce que souhaitent la plupart des maîtres de stages, et donne ainsi une dynamique à sa formation, et la supervision est plus simple à mettre en place (14).

En 2011, Marie Blanchard-Rocheteau dans son travail « La supervision indirecte au cours du SASPAS à Nantes : enquête descriptive auprès des internes », rapporte que 59% des internes jugent la supervision indirecte de bonne qualité, 20% de qualité moyenne et 21% de mauvaise qualité. Concernant les supports de la supervision, 83% des maîtres de stage disent reprendre la liste des patients vus en consultation, 77% utilisent le dossier informatique, 68% utilisent les notes libres prises par l'interne en cours de consultation, et 19% utilisent un outil type tableau de bord, carte conceptuelle. Ceci indique la diversité des supports utilisés, et un pourcentage élevé (41%) des internes jugeant la supervision de qualité moyenne à mauvaise (15).

En Poitou-Charentes, en 2014, Marine Andrieux, dans son travail de thèse « Evaluation de la formation en SASPAS pour le internes en médecine générale de la Faculté de Poitiers » (16), cherche à identifier les points forts et faibles du SASPAS, afin d'établir des pistes d'amélioration pour la formation des internes en SASPAS. Il en ressort comme évoqué précédemment un débriefing très apprécié par les internes de façon global, mais avec un encadrement peu assidu de certains maîtres de stage, ayant des débriefing aléatoires. De plus les internes expriment la volonté de pouvoir parler de leur ressenti lors des rétroactions, moment initialement prévu en partie à cet effet, mais rendu parfois trop théorique (quelle pathologie ? quel traitement ?).

Ainsi, une des pistes d'amélioration proposées à ce moment consisterait en un tableau de bord à remplir quotidiennement et systématiquement avec différents items, permettant à l'interne de juger de son évolution et d'attester du niveau de compétence atteint.

3. Outils pédagogiques

Des supports pédagogiques existent déjà lors de la supervision indirecte. Par exemple, il existe la liste des patients vus par l'interne ou les notes personnelles de l'interne.

Projets plus aboutis, il existe encore un « journal de bord ». Sa dénomination, son contenu et ses objectifs varient selon les départements de médecine générale (26). Par exemple, à Créteil (27), c'est un recueil d'évènements marquants ou significatifs ou critiques dits « incidents critiques » vécus par l'interne (et/ou le MSU).

Cependant, dans le but d'améliorer la supervision indirecte, une proposition d'outil pédagogique semble souhaitable.

En Poitou-Charentes un outil pédagogique servant de support au suivi de l'interne en SASPAS est déjà utilisé depuis quelques années par certains maîtres de stage, membre du Département de Médecine Générale (DMG) du Poitou-Charentes. Il est nommé « Relevé d'activité au quotidien ». C'est un support à la supervision indirecte de l'interne, mais aussi un support pédagogique pour l'apprentissage dans le cadre de l'enseignement théorique du cursus de médecine générale.

C'est un outil informatique, composé de plusieurs parties :

- la première partie est remplie en autonomie par l'interne : il retranscrit dans un tableur les consultations de sa journée au cabinet, cela correspond au « journal de bord »
- la deuxième partie concerne la rétroaction pédagogique avec le maître de stage, ce dernier aide l'interne à choisir des situations notables pouvant documenter son dossier d'apprentissage. Ils établissent ensemble les diagnostics pédagogiques, la mise en place des prescriptions pédagogiques et axes d'apprentissages, qui découlent des difficultés rencontrées
- la troisième partie concerne la trace d'apprentissage en elle-même réalisée par l'interne
- la quatrième partie correspond à l'évaluation du niveau de compétence, pour chacune des 6 compétences (du médecin généraliste)

Ces 4 parties permettent de tracer le cheminement de l'apprentissage par compétence et le raisonnement clinique de l'interne : sa capacité de réflexivité. Cela lui permet d'acquérir des outils de formation dans une démarche d'évaluation formative. Cet outil, n'est utilisé que par une minorité des maîtres de stage ayant des internes en SASPAS, en Poitou-Charentes.

4. Justifications de notre travail

Notre travail fait suite à celui de Gwenola Zollinger qui a mené une étude descriptive afin d'observer et de décrire l'utilisation du Recueil d'Activité au Quotidien (RAQ), par les internes en SASPAS en Poitou-Charentes, de novembre 2015 à mai 2016 (17).

Elle a créé un nouvel outil plus précis, plus dynamique en collaboration avec le président du Collège des Généralistes Enseignants de Médecine Générale (COGEMS).

L'interne remplit pour chaque patient vu en consultation une ligne d'information : « âge », « sexe », « motif de consultation », « diagnostic de situation », « décision » comme un tableau de bord puis il réalise une (auto) évaluation dans différents domaines : « Diagnostic », « Relationnel », « Thérapeutique » et « Organisationnel ». Une vue d'ensemble de l'évolution mois par mois et sur le semestre était proposée permettant ainsi de rendre plus interactif ce temps pris pour le débriefing en confrontant cette auto-évaluation de l'interne avec l'hétéro-évaluation du maître de stage. Cette double évaluation doit permettre à l'interne de parfaire sa réflexivité et ses compétences (annexe 1).

Dans un but final d'améliorer un outil pédagogique pour les internes en SASPAS de Poitou-Charentes, il convenait dans un premier temps de mettre à l'épreuve cet outil en situation réelle et d'observer son utilisation.

La mise à l'épreuve de cet outil par les internes a permis d'analyser 10 644 consultations réalisées en autonomie. L'étude démontrait de manière générale une amélioration ressentie par l'interne de ses capacités diagnostiques, relationnelles, thérapeutiques et organisationnelles au cours du semestre.

La participation fut moyenne puisque sur 32 internes en SASPAS durant ce semestre, 17 internes ont utilisé le RAQ avec une diminution de participation des internes au cours du semestre. Il serait intéressant de comprendre les raisons de cette diminution de participation avec le temps et ainsi de recueillir le vécu de la gestion de la supervision indirecte et de l'utilisation ou non du RAQ pour en établir les points positifs mais aussi négatifs.

L'objectif principal de notre travail sera d'explorer le ressenti des IMG en SASPAS à propos du RAQ. L'objectif secondaire sera de comparer le ressenti des utilisateurs et des non utilisateurs afin de mettre en évidence les points forts et les points à améliorer, dans la perspective de pouvoir rendre l'outil plus pertinent.

MATERIELS ET METHODES

1. Choix de la méthode qualitative

Etude descriptive qualitative sur le ressenti des IMG à propos de l'utilisation du RAQ lors d'un SASPAS via des entretiens téléphoniques semi-dirigés (selon un guide d'entretien) chez tous les internes du Poitou Charentes ayant réalisés leur semestre en SASPAS de novembre 2015 à mai 2016.

L'utilisation de la méthode qualitative semblait la plus adaptée à la réalisation de cette étude en raison des nombreuses possibilités qu'elle ouvre de verbaliser le ressenti et les expériences personnelles des différents internes interrogés. Elle évalue des facteurs subjectifs comme des besoins et des attentes, cherche à comprendre des opinions, des motivations ou décrypter des comportements ou des perceptions.

Elle devrait permettre d'analyser au mieux la pertinence de l'outil et les différents points à améliorer afin de pérenniser cet outil.

Ainsi, ce travail exploratif s'inclut dans une recherche-action, qui a débuté par le travail précédent de Gwenola Zollinger présenté au Congrès National de CNGE à Grenoble en novembre 2016.

De plus, en amont, lors des échanges de mail du travail précédent avec les internes, nous avons profité d'un mail où elle motivait les internes à participer, pour exposer notre travail (annexe 4).

2. Population d'étude

Les 32 internes en médecine générale en SASPAS du semestre novembre 2015 à mai 2016 en Poitou-Charentes ont été inclus.

La liste des internes ayant utilisé ou non l'outil était connu formant 2 groupes distincts (17) :

- 17 internes l'ont utilisé au moins 2 mois au cours du semestre dont 11 durant tout le semestre (annexe 2)

à noter une perte conséquente de participation les deux derniers mois (une situation d'arrêt maladie pour 1 interne était connue, mais aucune information pour les autres internes)

- 15 internes n'ont pas utilisé le RAQ lors de la supervision

3. Réalisation des entretiens semi-dirigés

3.1 Elaboration du guide d'entretien qualitatif

Après avoir défini notre question de recherche et sélectionné notre population d'étude, nous avons choisi d'élaborer deux guides d'entretien : pour les «non utilisateurs du RAQ » dans un 1^{er} temps puis pour les « utilisateurs du RAQ » dans un deuxième temps en utilisant les réponses des « non utilisateurs ». Nous souhaitons ainsi évaluer les critiques des « non utilisateurs » chez les « utilisateurs » pour savoir quelles sont les raisons de leur utilisation.

Cela devrait permettre de comparer les réponses des deux groupes et ainsi de mettre en évidence ou non une différence entre les deux groupes sur l'appropriation des concepts pédagogiques choisis par le DMG ou sinon de mettre en évidence un problème d'outil.

De plus, chaque questionnaire cherchait à explorer des informations sur le vécu de la gestion de la supervision indirecte et l'utilisation ou non du RAQ par les internes permettant d'établir les points positifs et négatifs à son utilisation afin d'améliorer cet outil et aussi de comprendre les raisons de perte de participation des utilisateurs.

Dans un premier temps, nous avons ainsi élaboré deux guides d'entretiens semi-structurés. Chaque guide devait être reproductible d'un interne à l'autre et composé de questions permettant de guider l'interne interrogé vers notre question de recherche. □ Ils comportaient une trame de questions communes, ouvertes, simples et neutres. Chaque question explorait une idée et était volontairement neutre afin de ne pas influencer les réponses.

Puis dans un deuxième temps, la compréhension des questions a été testée auprès de volontaires ne faisant pas partie de l'échantillon étudié.

Au décours de ces tests, des modifications ont été apportées aux guides d'entretiens. Les guides ont été modifiés au fur et à mesure de la réalisation des entretiens de manière à clarifier certaines questions.

Entretien téléphonique 1 pour les "non utilisateurs"

-Allo, bonjour, je suis Camille LATOUR, médecin généraliste remplaçant, je me permets de t'appeler dans le cadre de ma thèse cela sera très rapide et ne prendra que quelques minutes. C'est un travail sur les débriefings en SASPAS

As tu quelques minutes à me consacrer ? ...

Je sais que tu as réalisé un SASPAS le semestre dernier de novembre 2015 à mai 2016.

- Qu'as tu pensé de ton stage en SASPAS ?

- ...

- Quels souvenirs as-tu de tes debriefings ?

-...

- Quels outils avez-vous utilisés pour les debriefings ?

-...

- Quels sont les points forts des debriefings réalisés? Quels sont les points faibles des debriefings réalisés ?

- ...

- As tu entendu parler du RAQ ?

- Non,

- Rappelle toi, tu avais été contacté par Gwenola, c'est un tableau à remplir pour chaque patient vu en consultation... T'en souviens tu ?

- Non,

Si Oui à une des deux questions précédentes :

- Pourquoi ne l'as tu pas utilisé ?

- ...

- Tes MSU le connaissaient-ils ?

-...

- Quels sont les points forts du RAQ ?

-...

- Quels sont les points faibles du RAQ ?

- ...

- Je te remercie pour ces réponses et te souhaite une bonne fin de journée.

Entretien téléphonique 2 pour les « utilisateurs »

-Allo, bonjour, je suis Camille LATOUR, médecin généraliste remplaçant, je me permet de t'appeler dans le cadre de ma thèse cela sera très rapide et ne prendra que quelques minutes.

As tu quelques minutes à me consacrer ? ...

Je sais que tu as réalisé un SASPAS le semestre dernier de novembre à mai et que tu as rempli le RAQ.

- Dans un 1^{er} temps, qu'attendais tu de cet outil ?

- ...

- L'as tu utilisé comme outil pour ton debriefing avec ton MSU ?

- ...

- Ton MSU le consultait il ?

- ...

- As tu consulter les stats auto-générées ?

- ...

- Quels sont les points forts et les points faibles de cet outil ?

- ...

- Quelles difficultés as tu rencontrées lors de son utilisation ?

- ...

- Es tu globalement satisfait de cet outil ? :

- très satisfait / plutôt satisfait / plutôt insatisfait / très insatisfait

- Parfait merci pour ces réponses, quel est pour toi le support idéal à utiliser lors d'un debriefing ?

- ...

- au revoir

3.2 Constitution de l'échantillon :

Notre question de recherche s'intéressait à la diversité des opinions, du ressenti des internes en SASPAS à propos du RAQ. La population d'étude est la même que celle utilisée dans la thèse précédente. Ainsi, la taille de l'échantillon est fixe et connu et est de 32 internes (17), afin d'obtenir une exhaustivité des données.

3.3 Déroulement des entretiens :

Les internes ont été contactés par téléphone directement en fonction de leur disponibilité.

L'intégralité des discussions a été enregistrée à l'aide d'un dictaphone numérique après avoir mis la conversation en haut parleur.

Un consentement oral des internes participants après explication de l'enregistrement audio était requis.

Il était rappelé à cette étape l'anonymisation des données tout au long de leur utilisation pour l'étude.

4. Analyse du contenu :

4.1 Retranscription des entretiens :

Les entretiens ont été enregistrés au dictaphone puis retranscrits en verbatim sur un document Word®. Nous avons veillé à respecter et à retranscrire les habitudes de langage de chacun ainsi que les aspects non verbaux. Une ponctuation spécifique a été utilisée : point d'exclamation lors d'une indignation, d'une surprise et autre sentiment fort ; des points de suspension lors de l'expression d'une idée non

totale­ment verbalisée mais séman­ti­que­ment identi­fi­able ou lors d'une hésitation.

Pour l'ano­nymisation des inter­ro­gés, leurs propos ont été retranscrits en les nommant I, pour interne, suivi d'un numéro. Les propos de l'interviewer ont été reportés mais ne seront pas analysés (annexe 3).

4.2 Analyse des données :

L'ensemble des entretiens a été analysé par un codage axial du verbatim. C'est-à-dire que chaque partie de la retranscription a été découpée en mots, phrases et/ou idées. L'analyse a été réalisée de manière continue, systématique et transversale. Lors de la lecture des verbatims, nous avons encodé un maximum de données pour limiter la perte d'information (18). Celles-ci ont été classées dans une catégorie ou nœud, selon l'idée qu'elle véhicule. Ces catégories sont ensuite regroupées en catégories plus générales, ou découpées en sous-catégories.

Ce travail a été effectué parallèlement par le directeur de recherche, un interne extérieur au projet de thèse, pour son regard neutre et la thésarde. Chacun a réalisé ce travail individuellement. Les résultats ont ensuite été confrontés selon le principe de la triangulation, afin de déterminer le découpage thématique, de mettre en évidence d'éventuelles occurrences passées inaperçues et de palier à la subjectivité de l'interviewer.

La thésarde a ensuite encodé informatiquement tous les entretiens, grâce au logiciel NVivo 10®. Cela a permis de réaliser l'arborescence thématique et de clarifier le codage axial des données.

RESULTATS

1. Données générales

1.1 Caractéristiques générales :

24 entretiens semi-dirigés ont été réalisés de avril à juillet 2017.

Les internes du groupe “non utilisateurs” du RAQ ont été contactés dans un premier temps. 11 entretiens ont pu être réalisés. Puis les “utilisateurs” dans un deuxième temps et 13 entretiens ont pu être réalisés.

Les entretiens ont duré entre 4 et 10 minutes.

Les moments de la journée pour réaliser ces entretiens étaient variables :

Lors de journée de travail : lors d’une pause déjeuner ou une pause entre deux consultations ou entre deux visites à domicile, en fin de journée, lors de journée de repos ou de formation.

Une possibilité de rappeler était proposer à l’interne s’il n’avait que peu de temps afin d’avoir une meilleure qualité des réponses.

1.2 Caractéristiques de l’échantillon :

11 entretiens téléphoniques ont été réalisés chez les « non utilisateurs » du RAQ (I1 à I11) : 3 manquaient, 1 par manque de numéro de téléphone, et 2 par non réponse malgré plusieurs appels et contacts par mail pour convenir d’une rendez-vous en fonction de leurs disponibilités.

Puis 13 entretiens téléphoniques ont été réalisés chez les « utilisateurs » du RAQ (I12 à I24) : 4 manquaient, 2 par manque de numéro de téléphone, 2 par non réponse malgré plusieurs appels et contacts par mail pour convenir d’une rendez vous en fonction de leurs disponibilités.

2. Analyse thématique transversale des entretiens

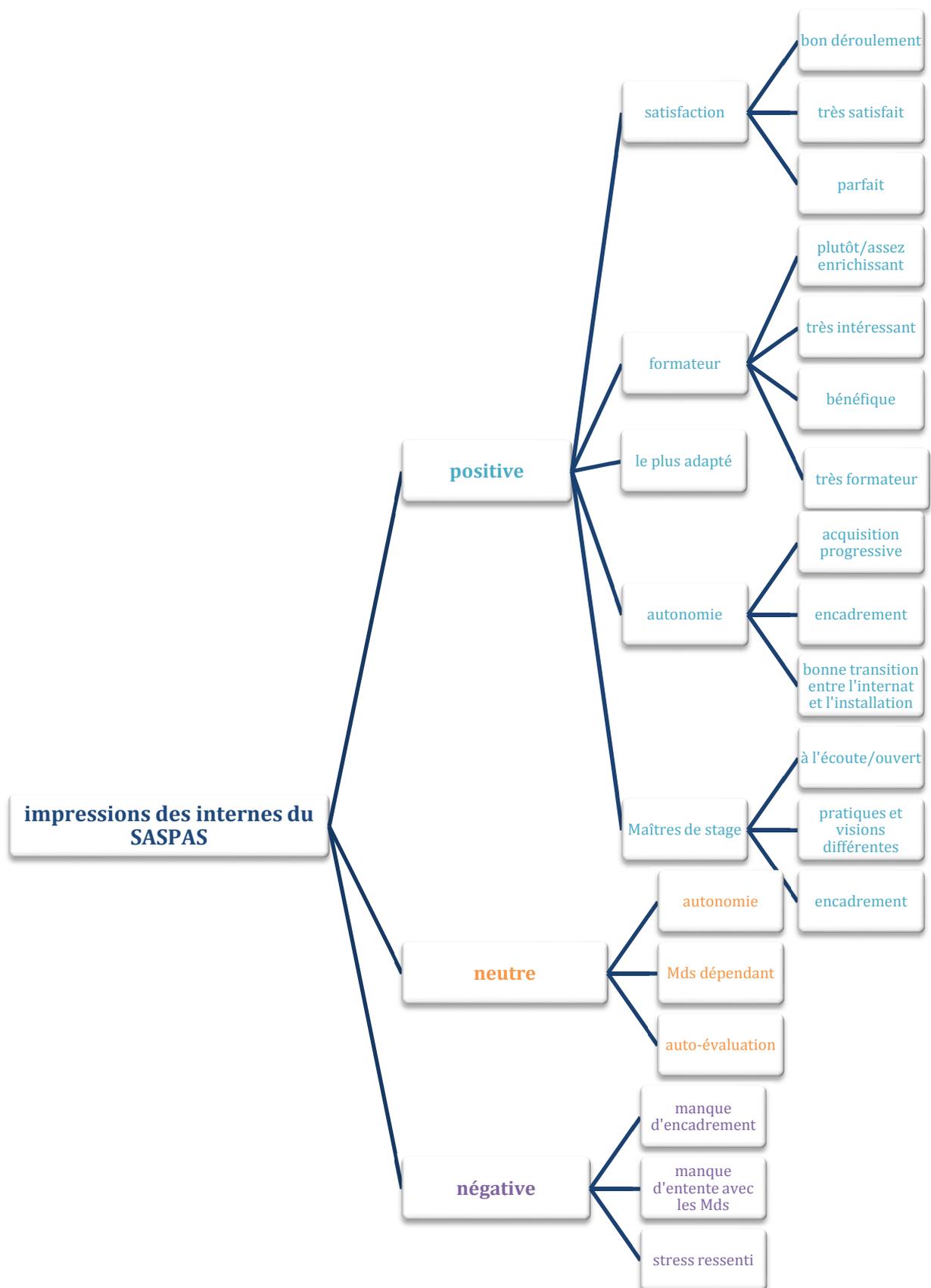
Dans ce chapitre, nous détaillons les résultats en rapport avec l'analyse qualitative thématique transversale des verbatims provenant des entretiens semi-dirigés, en citant les références encodées les plus pertinentes pour exprimer les idées contenues dans l'analyse.

Nous avons dégagé quatre grands thèmes majeurs de l'analyse de contenu :

- Impression /Avis/ Ressenti des internes du SASPAS
- Déroulement des débriefings et différents outils utilisés
- Le RAQ : attentes, points positifs et négatifs
- Perspectives d'amélioration : l'outil idéal

Pour chaque thème, nous avons construit des arbres conceptuels détaillant les sous-thèmes.

2.1 Impressions des internes du SASAPS



Carte conceptuelle du ressenti des internes du SAPSPAS

2.1.1 ressenti positif

La plupart on évoquait leur ressenti en commençant par les points positifs.

En effet, ils étaient **satisfait** de ce stage,

I1 : très satisfaite I2 : c'était très bien I11 : c'est vraiment très très bien passé ... c'était parfait

le qualifiant de **formateur**,

I1 : c'est un stage plutôt très intéressant... c'était un stage plutôt enrichissant. I3 : très formateur I4 : j'ai vu une grosse progression I6 : (Une MSU) était passionnante I8 : C'est très formateur I9 : C'est assez enrichissant I10 : C'est bénéfique
--

d'être une **bonne transition** entre l'internat et l'installation,

I1 : C'est une bonne transition entre l'internat et l'installation.

d'être **le plus adapté**,

I3 : Ça correspond bien en fait à notre formation en fait. C'est ce qui... c'est le stage qui a correspondu le mieux d'ailleurs. Le plus adapté on va dire.

permettant **d'acquérir progressivement une autonomie**,

I2 : Moi je trouvais que ça m'avait vachement permis d'acquérir une autonomie I4 : ça m'a bien apporté effectivement pour que je me lance que j'ose vraiment faire les choses à ma façon I7 : j'ai totalement apprécié cette autonomie qu'on nous donne et ... enfin on fait notre travail dès tout jeune tout en étant encadré... on apprend petit à petit on est lâché dans le vide progressivement et ça c'est très bien

facilité par des maîtres de stage avec des pratiques et des visions différentes, présents pour les encadrer.

I2 : ça m'a permis vraiment d'avoir ce côté libéral toute seule mais encadrée

I8 : ils étaient très ouverts et puis vraiment tu pouvais poser des questions comme tu voulais
I11 : Ils avaient vraiment une vision et une pratique assez différente, donc, là aussi c'était plutôt bénéfique,

2.1.2 ressenti neutre

Certains ont évoqué le rôle d'**auto-évaluation** du SASPAS,

I5 : c'était d'avoir un regard sur ce que je faisais ... je voulais avoir un peu d'expérience, je voulais avoir un retour sur ma pratique

un stage qui **dépendait du maître de stage.**

I6 : ça dépend du maître de stage

2.1.3 ressenti négatif

Certains critiquent **le manque d'encadrement,**

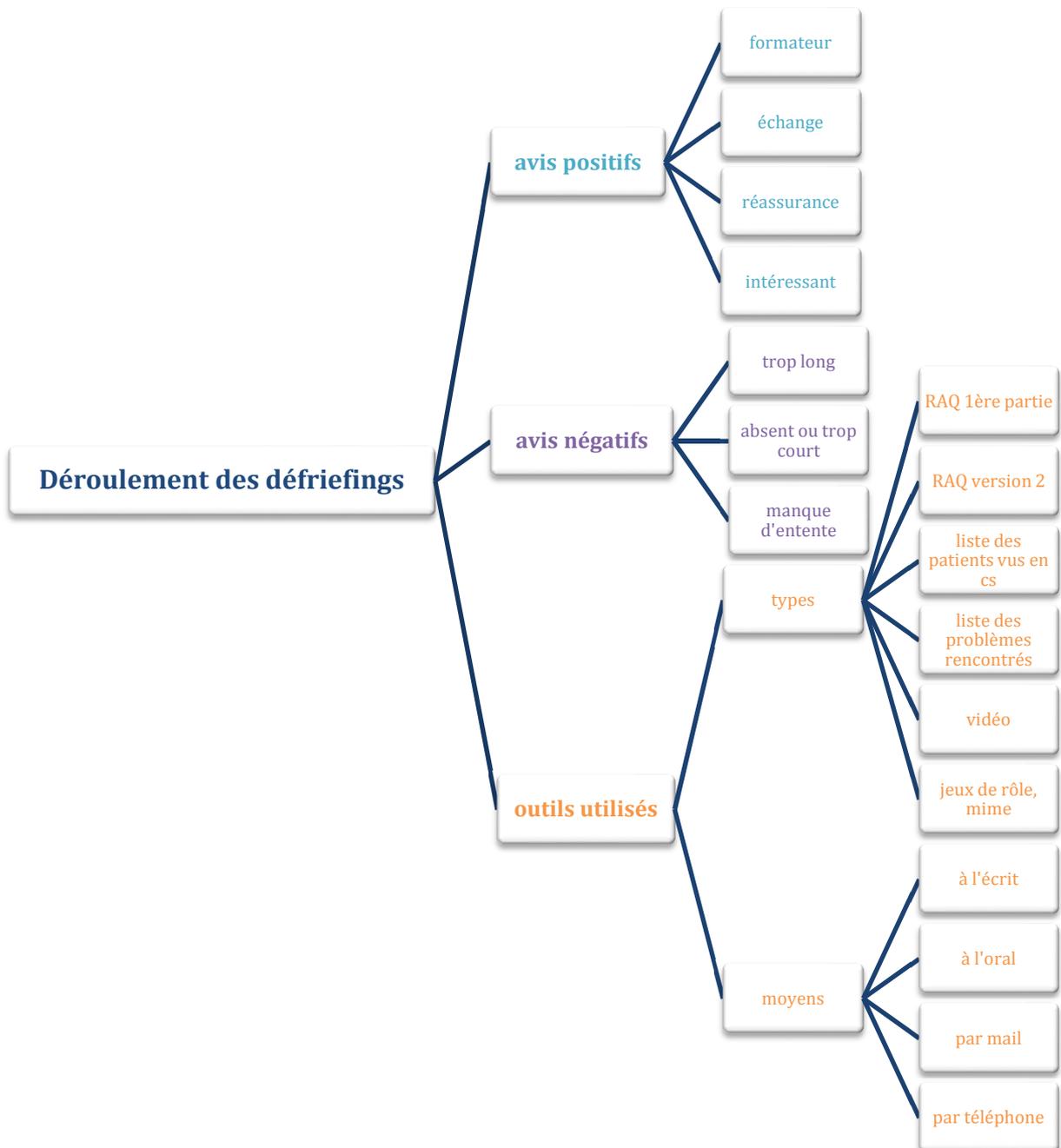
I10 : mais ça manque d'encadrement

le manque d'entente avec les maîtres de stage,

ou **le stress ressenti** au début de stage.

I4 : ça m'a beaucoup stressée

2. 2 Déroulement des débriefings



Carte conceptuelle du déroulement des débriefings

2.2.1 Les outils utilisés

Différents outils ont été utilisés :

- liste des patients vus en consultation le jour même avec annotations
- liste des problèmes rencontrés en consultation le jour même

I1 : ils me demandaient ce que j'avais eu comme problème et puis si j'en n'avais pas vraiment...on parlait plus d'autres choses que...

I6 : les débriefings c'est : « Ca c'est bien passé ? Oui ? Non ? Au revoir

- enregistrements vidéo entre co-internes sur même lieu de stage, qui ont pu réaliser des consultations vécues en jouant le rôle de médecin chacun à leur tour.
- première partie du RAQ ou "journal de bord", tableur où l'interne retranscrit toutes les consultations de sa journée
- RAQ version 2 proposé par la thésarde précédente

Les outils ont été utilisés à l'écrit, avec un format papier ou informatique, à l'oral, par mail, par téléphone en fin de journée ou en fonction des disponibilités du maître de stage.

Nous nous sommes rapidement rendu compte que des « non utilisateurs » avaient utilisé le RAQ, mais ne l'avaient pas envoyé soit parce que leur maître de stage leur avait présenté l'outil avant la thésarde précédente ayant travaillé sur le sujet, soit parce qu'il avait été utilisé de manière irrégulière (quelques mois ou qu'avec certains MSU), ou de manière incomplète (première partie ou "journal de bord"), soit qu'un problème de format s'était présenté donc il était utilisé à l'oral, soit fait par téléphone.

D'autres part, des "utilisateurs" du RAQ ne l'ont pas utilisé pour leur debriefing soit parce qu'il n'y avait pas de debriefing réalisés, soit le MSU leur avait proposé un autre outil, soit problème informatique, soit pour des raisons inconnues.

I23 : Pas franchement... alors j'avais trois maîtres de stage. Pour un, le logiciel, enfin l'ordinateur avait un logiciel trop ancien pour que je puisse utiliser Word 2003. Donc je ne pouvais pas ouvrir le RAC.

I14 : Avec du coup, deux sur trois parce qu'avec le troisième on ne faisait pas de débriefing ... de la journée.

I15 : Jamais, ça n'a jamais été utilisé dans aucun de mes trois SASPAS. Alors, il y en avait un qui avait un fonctionnement déjà fait, c'est-à-dire que je devais faire des copier-coller de chaque consultation, de son logiciel en fait, c'était un texte libre et du coup,... c'était un peu le même principe en tout cas, que le RAQ.

2.2.2 points positifs

Les débriefings sont qualifiés de **formateur**,

I1 : ça permet de nous rassurer ou de corriger nos erreurs
I3 : très formateur(...) formateur pour tout ce qui est surtout communication, il a vachement développé ça donc ça c'était très bien...c'est un aspect que tu vois jamais dans les autres stages
I10 : très investie dans le milieu pédagogique donc c'était des vrais débriefings avec des réflexions, des recherches, vraiment très reco

d'**intéressant**,

I2 : Sur mes 3 médecins il y avait vraiment 2 des débriefings qui étaient vraiment très intéressants
I3 : débriefing général on va dire mais bien, dans l'ensemble... c'était bien (...) je trouvais ça intéressant de parler de chaque patient

permettant d'**échanger avec le maître de stage**,

I2 : ça permettait d'avoir quand même leur point de vue et de discuter de différentes manières de prendre en charge les choses, donc c'était pas mal, c'était pas mal (...) bah vraiment pas se sentir seule, de reparler de tout ce qui est thérapeutique ou même du relationnel avec les patients surtout que eux ils les connaissent donc c'est vrai que des fois ça change un peu la donne...
I6 : c'est forcément positif de partager l'expérience

et de **rassurer l'interne** en formation.

I1 : ça permet de nous rassurer ou de corriger nos erreurs
I10 : C'est rassurant (...) on ne part pas avec des questions quoi...

2.2.3 points négatives

Les debriefings étaient qualifiés également d'**aléatoire**,

I1 : pas forcément hyper intéressant, hyper enrichissant, ça n'apportait pas beaucoup de solution
I9 : ça dépendait des jours

absent ou trop court,

I8 : il y avait pas forcément un debriefing (...) Et que du coup c'est souvent ça sautait par exemple
I10 : il n'y avait pas de débriefing, on était remplaçant
I11 : C'était beaucoup plus succinct que ce que j'avais imaginé (...) il y avait très peu de retour
I15 : la troisième je ne faisais quasiment pas de débriefing

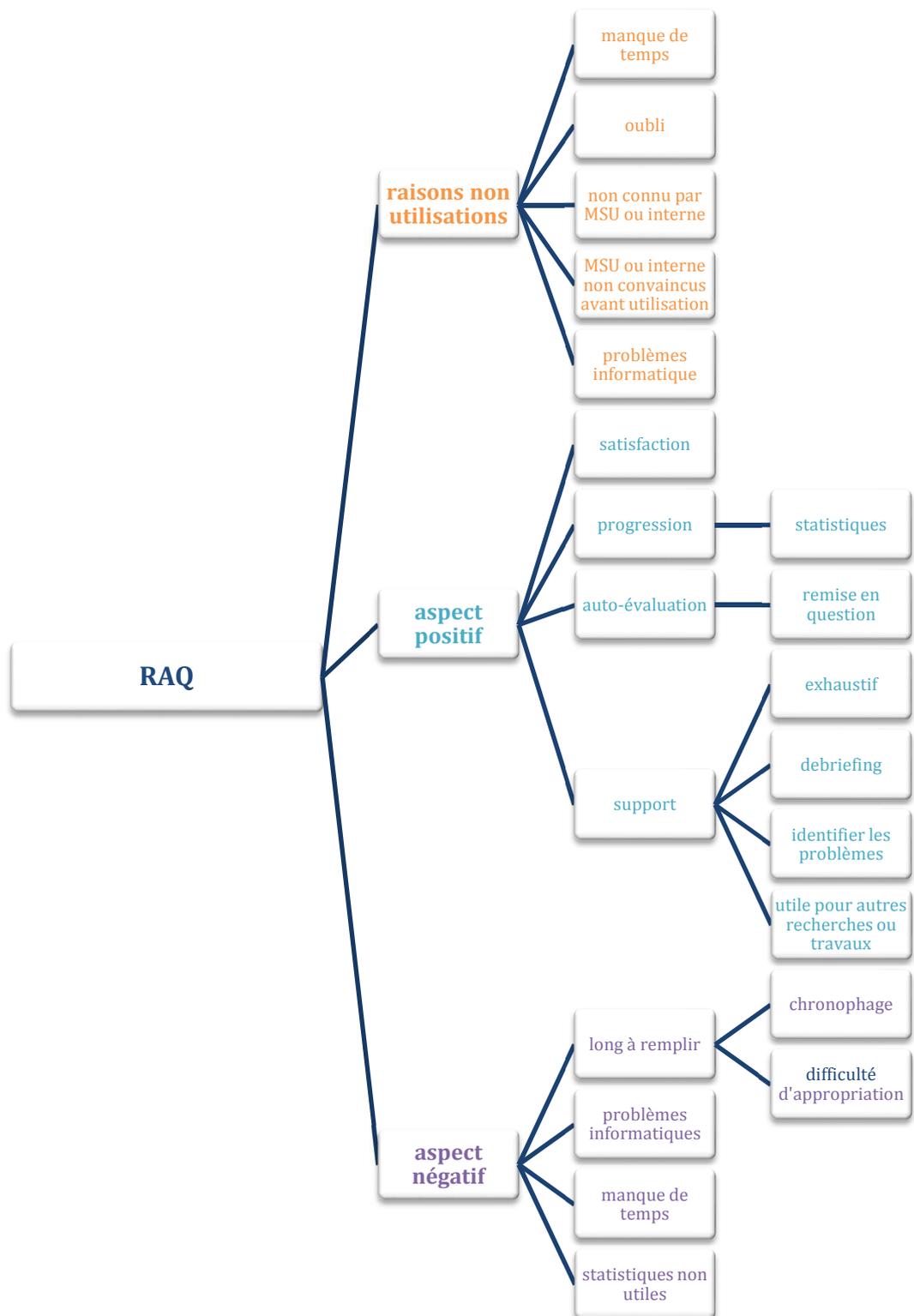
trop long,

I1 : ça prend 2 h un débriefing ... j'avoue que ça me saoulais
I2 : des fois c'est un peu long, un peu long, surtout...

manque d'entente avec les maîtres de stage.

I2 : après il y en avait une... bon... c'était surtout une question d'entente, on n'a pas très bien accroché l'une et l'autre
I3 : c'était un peu plus compliqué parce que du coup, on débriefait... je parlais de chacun de mes patients mais il était pas très reco, alors du coup, c'est vrai qu'on s'est pas frittés mais ouais c'était un peu dur... il était pas toujours d'accord, donc c'était un peu dur

2.3 Le RAQ



Carte conceptuelle sur l'utilisation du RAQ

2.3.1 Les raisons de non utilisation par « non utilisateurs » et « utilisateurs »

Plusieurs raisons ont été évoquées,

le **manque de temps**,

I1 : je n'avais pas le temps...
I9 : Je n'avais vraiment pas le temps chez lui

par **oubli**,

I3 : J'en ai envoyé qu'un... c'est que en fait après j'ai zappé le truc

les **MSU ne le connaissaient pas** ou **ne souhaitaient pas l'utiliser**,

I2 : Et l'autre pourtant elle le connaissait mais elle n'en voyait pas l'utilité du tout.
I10 : ils n'étaient pas du tout au courant de tout ça
I15 : le RAQ ne l'a pas du tout intéressé

un **interne ne le connaissait pas**,

I6 : mais est-ce que tu te rappelles avoir entendu parler du RAQ ? Le relevé des activités quotidiennes ? « Non. » Camille : Non tu ne te souviens pas ? « Non »

des **internes ne souhaitaient pas l'utiliser**,

I2 : ça me plaisait pas trop je n'ai pas insisté à les utiliser
I5 : les médecins m'ont dit « voilà il y a ça à faire », j'ai regardé « j'ai dit moi je ne fais pas ça... je ne vais pas faire ça... »

d'autres ont eu des **problèmes informatiques**.

I4 : les formats ne sont pas compatibles et après j'ai un peu lâché l'affaire
I8 : j'avoue que vu qu'il était sur un Mac et que moi j'avais un poste avec Windows et tout, ça beugait, donc du coup très vite on a arrêté.

2.3.2 Ressenti positif

Les internes ont exprimés leur **satisfaction**.

I1 : après je pense que c'était intéressant

I4 : c'est vrai que c'est très utile (...), j'en ai tiré que du bénéfice

I9 : je pense que c'est un bon outil

I13 : je pense que c'est un bon outil (...) c'est un super outil (...) c'est vraiment très très bien fait

I14 : je trouvais que c'était plutôt utile, finalement

Une question à choix multiples chez les 13 « utilisateurs » a permis de mettre en évidence que **5 se sont dit être « très satisfait de l'outil »**, **6 « plutôt satisfait »**, **2 « plutôt insatisfait »** et **0 « très insatisfait »**.

Ils ont pu voir leur **progression** tout au long du semestre notamment grâce aux statistiques.

I4 : j'ai découvert les statistiques j'ai réessayé plusieurs fois... ça te donne confiance en toi aussi parce que tu vois que mine de rien tu t'en rends pas compte mais ça t'améliore quand même

I13 : pour voir son évolution dans la pratique quotidienne (...) Et puis vraiment, ça permet de voir la progression

I15 : j'ai bien aimé le fait de pouvoir voir ma propre progression

I24 : pouvoir voir la progression, les domaines où justement il y avait une marge de progression plus importante que dans d'autres domaines où on se sentait plus compétent rapidement...

Permise également grâce à l'**auto-évaluation** permanente.

I17 : Point fort euh... pouvoir s'auto-évaluer après chaque consultation et donc avoir une réflexion sur soi-même et sur son travail tu vois que j'aurais peut-être pas fait spontanément sans cet outil

I18 : ça permettait peut-être d'analyser notre consultation puis lors de la prochaine consultation avec ce même patient on peut s'améliorer...

I19 : mais des fois on sait qu'on n'est pas à l'aise dans une consultation mais on n'arrive pas à savoir pourquoi donc ça nous permet de décortiquer

I23 : En fait c'est la remise en question constante de est-ce que j'ai été à l'aise dans tel truc, tel truc, tel truc

I24 : Le point fort c'est justement de pouvoir remettre en question sa pratique, essayer d'avoir un outil un peu plus objectif que juste son propre avis sur sa pratique...

Ils ont décrit le RAQ comme **support exhaustif**, permettant une revue systématique des patients,

I2 : ça permettait quand même de faire une revue systématique des patients
I20 : Les points forts c'est qu'on est exhaustif.
I21 : Je trouvais que c'était pas mal d'avoir un document synthétique qui montrait les pathologies que j'avais eu, ce que j'avais fait à travers un document. C'était plus facile on va dire pour ... dans le cadre de la formation SASPAS

essentiel pour le débriefing, en faisant gagner du temps et en synthétisant les consultations.

I4 : finalement c'est vrai que c'est très utile et ça sert bien pour les débriefings puisque sans ça en fait ça serait plus compliqué je pense...
I9 : C'est vraiment je pense pour gagner du temps pour les debriefs c'est sûr
I14 : ça permettait de synthétiser un petit peu la consultation, enfin, de faire le point sur la journée

C'est un support qui **permet d'identifier les difficultés** du jour,

I2 : Des fois c'est vrai que ce qui nous pose, enfin... pas problème mais peut être des fois un problème quand même... c'est peut-être un problème que je n'avais pas identifié sur le moment...
I4 : ça m'a servi aussi pour me rappeler un peu où j'avais eu des problèmes ...
I15 : voir vite les consultations qui ont posées problèmes, et pouvoir en rediscuter
I16 : ce qui est bien c'est que ça te permet de... quand tu resynthétises ta journée, ça te permet quand même de mettre en évidence les difficultés. Voilà.
I18 : c'est surtout pour se rendre compte des difficultés je trouve le point important... des difficultés qu'on aurait pu...parfois on va d'une consultation à une autre sans se dire bah là j'ai eu cette difficulté, faudrait revoir ça... parfois on oublie à la fin de la journée alors que ça ça nous permet de suivre

et qui **peut servir à des recherches ultérieures**, traces, travaux pour groupe de pairs, mémoire.

I3 : les points forts, je dirais, ouais ça permet par exemple quand tu vas à des groupes de paires euh quand ils te disent consultation du tant bah tu vas dessus et tu sais de quoi ça parle enfin tu ... c'est vite fait, pareil pour toutes tes traces, c'est pas mal, parce que tu coup ça te replonge dedans plus rapidement pour retrouver les informations
I4 : Je m'en suis servi aussi pour mon mémoire. Je m'en suis servi aussi pour des ... quand je n'avais pas de cas particuliers, que je n'avais pas de traces sur thème particulier et qu'il m'en fallait un et que j'avais vu en SASPAS mais j'aurais été incapable de retrouver où... quand...je m'en suis bien servi après

2.3.3 Ressenti négatif

Le RAQ apparaît être un **outil long à remplir**, chronophage ou difficile à se l'approprier,

I2 : je trouvais clairement un peu trop lourd comme outil... je trouvais que c'était un peu long à

remplir à chaque fois et que pour la plupart des consultations c'était pas forcément nécessaire...

I3 : les points négatifs c'est... bon ça prend... c'est assez chronophage...

I4 : au début, j'avoue que le RAQ ça m'a fait un peu grincer des dents, et puis finalement à la fin... c'est un outil génial mais faut se l'approprier quoi... puisque au début t'as l'impression que déjà tu galère à faire ta journée de consultations mais en plus t'es obligée de remplir un espèce de tableau qui te ... saoule... je dirais... voilà...

I10 : Je trouvais que ça prenait trop de temps

I11 : Ca peut paraître assez long au début, à remplir

surtout lors de journée où l'interne **manquait de temps.**

I15 : ça reste, je trouve quand même chronophage, surtout quand tu as trente consultations par jour

L'interne a pu rencontrer des **problèmes informatiques.**

I4 : les formats ne sont pas compatibles et après j'ai un peu lâché l'affaire

I8 : j'avoue que vu qu'il était sur un Mac et que moi j'avais un poste avec Windows et tout, ça beugait, donc du coup très vite on a arrêté

I17 : mais en gros en fait à chaque fois je remplissais un sur un ordinateur d'un médecin... en fait j'en n'avais pas un commun aux trois, il y en avait trois différents... ça c'était peut-être aussi un des côtés négatifs tu vois, du truc

I22 : Bah en fait c'est que il faut que tu sortes de ton logiciel pour aller dans le RAC ça prend un peu de temps quand même c'est vraiment un point faible du coup

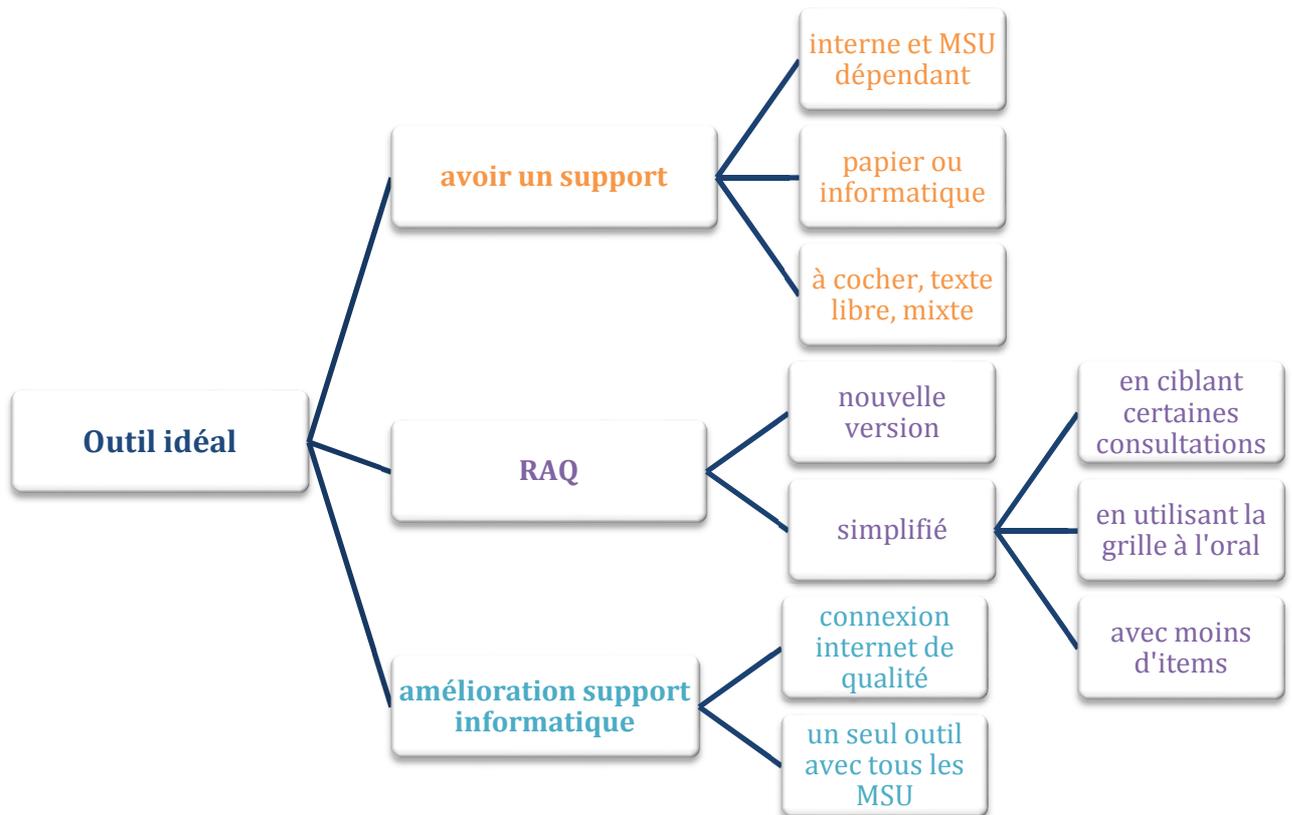
Les statistiques sont apparues peu utiles.

I2 : Honnêtement je les ai très peu regardés les statistiques, je trouvais que ça variait pas énormément

I21 : tu consultais les statistiques auto-générés ? Oui je l'ai regardé un peu, ça m'amusait. Sans plus, je jetais un coup d'œil. Après ... ils apportaient ... pas trop ... enfin par exemple sur l'évolution, etc. je n'ai pas trop fait attention.

I24 : Alors euh ça je n'ai pas utilisé, j'ai regardé un petit peu au début et puis en fait, enfin, j'arrivais à voir des statistiques assez rapidement, juste en regardant les chiffres. Oh c'était surtout le fait de me rendre compte ... voilà, dans quel domaine est-ce que j'étais moins à l'aise initialement.

2.4 Perspectives d'amélioration : l'outil idéal



Carte conceptuelle des perspectives d'amélioration

Cette dernière partie a permis aux internes de proposer un outil idéal.

Les réponses ont été très variées :

Dans un premier temps, il est important d'avoir **un support**,

I15 : j'ai utilisé trois manières de débriefer différentes et finalement la seule qui me correspondait c'était avec un support justement et les deux autres je n'avais pas de support,...

interne et MSU dépendant,

I23 : je pense pas qu'il y ait de support idéal parce que ça dépend vraiment de l'interne et du maître de stage

papier ou informatique,

I16 : pour moi c'était le papier en fait puis après... côté papier pour moi et après avoir internet quand même parce qu'on regardait le reco

à cocher, en texte libre ou mixte, le RAQ ou le RAQ simplifié en ciblant les consultations, en utilisant la grille à l'oral, ou avec moins d'items.

I13 : L'outil idéal ...Après ça, ça me semblait vraiment très bien,

I15 : je pense que le RAQ il est bien parce qu'avec tout ce qui est notation et chiffre (...) Peut-être plus simplifié, peut-être ne pas mettre toutes les consultations

I18 : pas qu'on ait à écrire, mais à cocher mais quand c'est des problèmes relationnels ou des problèmes de...ou des problèmes de communication... ce n'est pas facile de faire... de l'exprimer par des trucs prédéfinies

I19 : ouais il est bien complet, enfin moi je trouve qu'il a quand même beaucoup de points positifs

I23 : Oui donc à la limite ça serait ... pour moi le plus important le relationnel et ... peut-être faire une case relationnel et médical où là tu peux mettre en relief quel a été le problème à la limite mais peut-être pas autant détaillé et à la limite pour se souvenir du patient

Une **amélioration du support informatique** semble nécessaire avec une connexion internet de qualité,

I24 : c'est le support idéal à mon sens, mais, c'est le support idéal quand t'as une connexion Internet

et **un seul outil** utilisé pour tous les MSU.

I17 : J'avais pas, je n'ai pas pensé, je n'ai pas essayé de trouver comment je pouvais utiliser un seul pour tous

DISCUSSION

1. Limites méthodologiques

1.1 Choix d'une étude qualitative

L'entretien semi-dirigé individuel, utilisé pour cette étude, fait partie des techniques d'enquête qualitative.

Pour J. Green et N. Britten (19), la recherche qualitative peut constituer une facette complémentaire de l'Evidence-Based-Medicine (EBM) plus performante, dans le sens où elle nous permet de franchir le fossé qui sépare parfois l'évidence scientifique de la pratique clinique. Cette idée d'un lien complémentaire entre l'EBM et la recherche qualitative est aussi mise en avant par Popay et Williams (20) et permettrait à la recherche qualitative de comprendre certains phénomènes peu quantifiables. Ces propos nous ont semblé correspondre à notre travail de recherche puisqu'il s'agissait de souligner le ressenti, les attentes des internes quant à leur travail avec un outil pédagogique, le RAQ, afin de le rendre plus efficient ou de l'améliorer.

Notre méthode, avec l'utilisation de questions ouvertes, semblait la plus adaptée à la réalisation de cette étude en raison des nombreuses possibilités qu'elle ouvrait de verbaliser le ressenti et les expériences personnelles des différents internes interrogés. Elle évalue des facteurs subjectifs comme des besoins et des attentes, cherche à comprendre des opinions, des motivations ou décrypter des comportements ou des perceptions. Elle sert aussi à faire émerger de nouvelles idées.

Les modalités pratiques (tel que l'utilisation de question ouverte ou courtes) du déroulement de l'entretien ont été rappelées au début de chaque entretien téléphonique ainsi que le principe d'anonymisation, afin de faciliter la parole.

L'utilisation d'entretien de groupe ou focus groupe avait été envisagée dans un premier temps. La dynamique de groupe nous semblait intéressante pour explorer et stimuler différents points de vue par la discussion. Toutefois, un biais d'information ne peut être exclu. En effet, un des risques était que les participants se limitent à des idées considérées comme « correctes » ou la présence d'un meneur qui pouvait entraver la libre expression.

L'utilisation de l'entretien individuel semblait donc être le plus adapté à notre travail de recherche et à ses objectifs primaires et secondaires mais également à sa faisabilité. Le choix d'un entretien téléphonique nous semblait favoriser une spontanéité des

réponses de la part des internes qui ne connaissaient pas les questions en amont. Ils avaient été néanmoins prévenus de l'existence de cette thèse un an auparavant lors d'un mail de la précédente thésarde. De plus, nous pensions avoir une bonne participation du fait qu'aucun déplacement ou prise de rendez-vous n'était nécessaire en amont.

Néanmoins, le manque de coordonnées de certains internes (erronées ou non communiquées par la faculté) fut un biais de sélection réel.

Enfin, afin de limiter un biais de mesure fréquent avec ce type d'étude, nous avons dès l'élaboration du guide d'entretien, en plus des idées et des thèmes principaux à aborder, élargi les questionnaires en recueillant des informations plus générales. Cela pouvait permettre ainsi de « cacher » l'hypothèse de travail.

1.2 Population d'étude

Sur les 32 internes en SASPAS lors du semestre de novembre 2015 à mai 2016, en utilisant les résultats de la thèse précédente (17), deux groupes distincts se sont formés : les internes « utilisateurs » et « non utilisateurs » du RAQ.

Nous avons utilisé ces deux groupes de manière distincte et ainsi réaliser deux entretiens distincts. En effet devant une participation moyenne de la part des internes et une diminution au cours du semestre des utilisateurs du RAQ, il apparaissait intéressant de comprendre les différentes raisons de ces résultats antérieurs.

Sur les 15 « non utilisateurs » du RAQ, 11 ont répondu à notre entretien et sur les 17 « utilisateurs » du RAQ, 13 ont répondu à notre entretien.

Il existe un manque de contrôle d'information en amont de notre étude. Les coordonnées récupérées lors du choix de stage en octobre 2015 auprès des internes n'étaient plus valables et les plus récents ne souhaitaient pas être fournis par la scolarité. De plus certains internes étaient difficiles à contacter de par leur emploi du temps ou leur refus de participation.

En vue d'éviter un biais de sélection pour cette étude, en amont, lors des échanges par mail du travail précédent avec les internes, et avec son accord, nous avons profité d'un mail où elle motivait les internes à participer en exposant notre travail (annexe 4).

1.3 Réalisation des entretiens

1.3.1 Choix d'élaboration de deux guides d'entretien distincts

Nous avons réalisé deux guides d'entretien distincts : un pour les «non utilisateurs» du RAQ, l'autre pour les «utilisateurs du RAQ».

Ainsi le premier guide d'entretien a été élaboré en ciblant le vécu du SASPAS et le déroulement des débriefings.

Nous nous sommes rendu compte rapidement qu'un certain nombre d'internes étiquetés «non utilisateurs» avait utilisé finalement le RAQ sans l'envoyer à la précédente thésarde.

Nous avons donc décidé d'analyser conjointement les résultats des deux groupes et d'adapter les questions selon l'utilisation réelle ou non du RAQ.

1.3.2 Conditions de déroulement des entretiens

Les conditions de réalisation des entretiens influent sur la validité interne de l'étude notamment en ce qui concerne les données qualitatives recueillies, leur fiabilité et leur crédibilité.

Les entretiens ont été réalisés de Avril à Juillet 2017, soit un an après la réalisation de leur stage.

Ceci s'explique car la nécessité de clarifier les objectifs de ce travail à partir des résultats de la thèse précédente connus en juin 2016. Une idée importante a émergé notamment la nécessité de travailler également sur le ressenti des maîtres de stage. Ce qui fait actuellement l'objet d'un travail de thèse en parallèle.

Etant réalisés tardivement, cela peut faire envisager une limite à l'étude. Ce biais de mémorisation est susceptible de diminuer la qualité des résultats. Cependant, les internes interrogés étaient en réalité de jeunes médecins débutant leur activité. Un recul sur ce stage effectué un an auparavant pouvait apporter une vision plus générale et réflexive.

De plus, étant peu nombreux leur participation était indispensable, nous avons donc laissé la possibilité à l'interne d'être rappelé si le moment n'était pas propice.

Nous avons pu observer également que les entretiens étaient relativement courts (entre 4 et 10 mins), ce qui ne favorise pas la libération de la parole de l'interne. La contrainte étant la faisabilité des entretiens, la réponse du plus d'internes possible était

primordiale pour la qualité et la richesse de nos résultats.

La réalisation d'entretien est sensible au biais, notamment lors de la pose de questions ou la reformulation dans le cas d'une mauvaise compréhension par l'interviewer qui est susceptible de diminuer la qualité de représentativité de la réalité. L'interviewer a ainsi cherché à rester le plus neutre possible en employant des « oui » et « d'accord » entre chaque réponse et des questions ouvertes ont été choisies. Concernant les questions courtes ou fermées utilisées, l'interviewer a cherché à encourager les internes à parler avec quelques relances.

1.4 Analyse des données

Pour limiter un biais majeur de perte des données, le ralentisseur de vitesse de lecture de l'enregistrement audio a été utilisé pour bien déchiffrer le discours de chacun. La retranscription a été effectuée par l'interviewer. Puis une seconde écoute a été réalisée afin de corriger la perte potentielle d'informations.

De plus, afin de limiter également un biais d'évaluation de la thésarde quant à l'interprétation des réponses apportées par les internes, le codage ou le découpage thématique des enregistrements a été effectué par trois personnes : la thésarde, le directeur de thèse et un professionnel médical, extérieur au projet de recherche, pour son regard neutre. L'objectif de cette triangulation est de palier à la subjectivité du chercheur.

Enfin, nous avons opté pour une analyse thématique (18) devant différents critères :

- Elle est la plus simple à mettre en œuvre, pour palier à notre manque d'expérience dans le domaine de la méthode qualitative.
- Elle est adaptée à l'analyse de la quantité d'informations collectées.

2. Limites des résultats

Afin d'attester de la validité externe de notre étude, nous allons dans ce chapitre confronter nos résultats aux données de la littérature et les critiquer. Il nous semble également pertinent de souligner les axes à développer ou à concrétiser.

2.1 SASPAS /débriefing

Malgré une participation moyenne, nous avons réussi à avoir des impressions riches et variées des internes concernant leur SASPAS.

Ce stage est globalement plébiscité. Cependant il reste à améliorer. En effet, nous retrouvons des avis négatifs du SASPAS ou du débriefing comme le manque d'encadrement et l'absence de débriefing. Ces éléments avaient déjà été mis en évidence (16). Afin d'encadrer le déroulement du stage, chaque MSU signe une chartre concernant les modalités et l'encadrement des internes en SASPAS spécifiant la rétroaction quotidienne obligatoire.

Décrit par Kilminster comme véritable pilier pédagogique du SASPAS, le débriefing permet à l'interne de se réassurer, d'améliorer ses compétences et de pouvoir échanger de façon privilégiée avec son maître de stage ; élément représentant pour les internes un réel apport dans leur formation encore trop souvent oublié par certains MSU pouvant dénoter d'un manque de travail pédagogique du maître de stage, dommageable pour la formation des internes.

Les outils utilisés sont nombreux. Alors que plusieurs travaux de thèse l'avaient mis en évidence, notamment en 2011, Marie Blanchard-Rocheteau dans son travail « La supervision indirecte au cours du SASPAS à Nantes : enquête descriptive auprès des internes », cette dernière indiquait également la diversité des supports utilisés, et un pourcentage élevé (41%) des internes jugeant la supervision de qualité moyenne à mauvaise (15).

2.2 Evaluation du RAQ

Les avis ont été plus nombreux que prévu car comme dit précédemment beaucoup de « non utilisateurs » ont utilisé l'outil lors de leur débriefing. Ce qui pourrait apparaître être plus intéressant que des internes «utilisateurs» de l'outil ne l'ayant utilisé pour leur débriefing.

De nombreuses raisons de non utilisations de l'outil peuvent être améliorées :

- Le manque d'information en amont mis en avant lors du travail précédent (17) expliquerait la non connaissance de l'outil ou l'absence de motivation pour

l'utiliser par le MSU ou l'interne. Ainsi, en novembre dernier a eu lieu le congrès du CNGE à Grenoble où la RAQ a pu être présentée lors d'une communication orale. L'outil a été bien accueilli et la diffusion de ce dernier à d'autres DMG a été plébiscitée. Le retour des utilisateurs du RAQ en dehors de la région pourra également apporter des éléments d'amélioration de l'outil.

- La place laissée à la pédagogie par le MSU et l'IMG. En effet, quelle représentation du statut de l'interne se fait le MSU et l'IMG lui-même ? On peut voir par exemple des différences entre les IMG qui ont pris une disponibilité pour faire des remplacements et les autres. Ainsi, les IMG sont-ils en SASPAS en formation pour apprendre des compétences ou pour profiter d'un stage pour se perfectionner ?

Une problématique commune aux raisons de non utilisations et aux aspects négatifs de l'outil est le manque de temps avec un outil qui peut être long à utiliser et chronophage. Cette critique n'est pas évoquée par tous les internes, est-ce un problème de gestion par l'interne du temps de la consultation ? ou une surcharge de nombre de consultations pour l'interne en formation ? Certain évoquait avoir jusqu'à 40 consultations par jour. Nous n'avons pas étudié s'il existait une corrélation entre le nombre d'acte par jour et le remplissage du RAQ.

De plus, l'outil informatique peut être un obstacle. En effet, tous les postes ne sont pas équipés de Microsoft Excel°, logiciel informatique payant. Dans ces situations, le tableur OpenOffice°, téléchargeable librement à partir d'internet, est compatible, mais il s'avère que son utilisation est moins ergonomique et la connexion internet est indispensable. Il est certain que la problématique d'accès à l'outil sur le poste informatique du maître de stage ait été une limite à son utilisation.

Le RAQ s'avère être un outil essentiel par la progression ressentie par l'interne et la possibilité d'auto-évaluation où l'interne se remet en question constamment dans différents domaines de compétences.

Partant du principe que le RAQ est un outil pédagogique intéressant pour l'interne, et favorable pour sa formation, ce dernier se doit de prendre le temps nécessaire pour remplir le RAQ. Son remplissage rigoureux peut être considéré comme une prescription pédagogique.

2.3 Propositions d'améliorations

Notre étude a donc permis d'identifier des pistes intéressantes à améliorer :

Rappelons que tout interne même en 6^{ème} et dernier semestre d'internat est un interne en formation et qu'il est indispensable que toute prise en charge réalisée seule doive être contrôlée et validée comme le serait un interne dans une autre spécialité médicale et chirurgicale lors de staff ou de visites quotidiennes.

Ainsi, il serait important que le débriefing soit acté dans le planning du MSU et de l'interne, ce qui permettrait sa réalisation systématique. Cela sous entend également que certains plannings de consultations pourraient être allégés en fonction des besoins des internes pour notamment remplir le RAQ au fur et à mesure.

De plus, une piste d'amélioration pour passer outre le biais d'information, serait d'incorporer le RAQ dans le logiciel informatique de gestion de consultation, qui prendrait en compte automatiquement les données du patient (âge et sexe) et les caractéristiques de la consultation (motif, résultat, décision), l'outil deviendrait moins long à remplir.

On a pu voir également que le ressenti et le déroulement d'un débriefing pouvaient être internes ou MSU dépendants du fait d'une entente variable. Il serait intéressant que dès le début du semestre interne et MSU se mettent d'accord sur les modalités d'utilisation du RAQ en laissant la possibilité de l'utilisation d'un RAQ simplifié en ciblant les consultations, en utilisant la grille à l'oral, ou en limitant les items. L'outil apparaîtrait néanmoins moins exhaustif.

Il serait également intéressant devant un outil exhaustif pour l'interne, d'avoir le ressenti des MSU l'ayant utilisé ou non. Ce qui fait l'objet du travail de thèse en cours.

Ainsi, une partie serait intéressante à créer dans le RAQ pour le MSU. Cela pourrait palier au manque d'adhésion de certains MSU et IMG, pourrait améliorer l'entente pour ceux dont les convictions sont différentes et permettrait aux MSU d'avoir une vision globale du ressenti de l'interne et de la validation des compétences, nécessaire pour l'évaluation en fin de stage.

Dans cette partie à créer, il pourrait donc être discuté de créer des sous items (en faisant référence à la listes des 6 compétences des IMG et de ses composantes) aux items Diagnostic, Relationnel, Thérapeutique et Organisationnel pour le MSU, afin de permettre au RAQ de refléter une meilleure réalité de l'acquisition de compétence en plus du ressenti d'aisance face à une situation clinique. L'acquisition pourrait être validée par une croix par le MSU. Cela pourrait permettre de mettre en évidence de nouveaux objectifs pédagogiques en cours de stage et ainsi de proposer de nouvelles prescriptions pédagogiques à l'interne.

En confrontant cette auto-évaluation de l'interne avec l'hétéro-évaluation du maître de stage, cette double évaluation permettrait à l'interne d'apprendre à s'auto-évaluer

selon les standards de la discipline définis dans la description des compétences de niveau novice à expert.

CONCLUSION

Le SASPAS, pilier pédagogique de la formation, officialisé depuis 2004, a fait l'objet de multiples études, chacune confirmant les bénéfices de ce stage par les internes. Mais un élément reste à améliorer et à homogénéiser : la qualité de la supervision indirecte de ce stage.

La supervision indirecte lors du SASPAS est un temps essentiel, qui apparait formateur, rassurant pour l'interne en formation qui peut échanger avec le MSU, mais qui a pour lacune un encadrement aléatoire. Le RAQ, support du débriefing entre l'interne et le maître de stage est utilisé à Poitiers depuis plus d'un an. Il a pour but de donner un cadre et d'inciter l'interne à une démarche réflexive.

Après avoir analysée et étudiée les opportunités pédagogiques du RAQ (16), cette étude a permis, en analysant 24 entretiens d'IMG qui avaient pu utiliser ou non l'outil, d'évaluer les critères d'adhésion à l'outil, objectif principal de l'étude.

Les internes se sont vus être satisfaits par l'outil qui permettait d'avoir une visibilité sur leur progression grâce à une auto-évaluation permanente.

Le RAQ est apparu être un support exhaustif, essentiel pour les debriefings avec une revue systématique et synthétique des patients, qui bien approprié permettait de gagner du temps lors du debriefing.

Cependant, l'outil pouvait être long à remplir surtout lors de journée dense pour l'interne et des problèmes informatiques ont pu être rencontré.

Ainsi, les critères proposés par les IMG pour un outil idéal ont permis de mettre en évidence des pistes d'amélioration qui pourraient être intéressantes à travailler.

Enfin, l'objectif suivant sera de proposer un outil, améliorant la supervision indirecte, ce qui permettra la certification des compétences des étudiants.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Le Mauff P, Bail P, Gargot F, Garnier F, Guyot H, Honnorat C, et al. L'évaluation des compétences des internes de médecine générale. *Exercer*. 2005;73:63–9.
2. Le Mauff P, Pottier P, Goronflot L, Barrier J. Évaluation d'un dispositif expérimental d'évaluation certificative des étudiants en fin de troisième cycle de médecine générale. *Pédagogie Médicale*. 2006;7(3):142–154.
3. Attali C, Bail P, Magnier A, Beis J, Ghasarossian C, Gomes J. Diplôme d'études spéciales (DES): certifier la compétence des internes à exercer la médecine générale. *Rev Prat Med Gen*. 2005;19(708/709):1237.
4. Bail P, Le Mauff P. Comment réussir une évaluation formative des compétences des internes en étant centré sur leurs processus cognitifs d'apprentissage. *Exerc Rev Fr Médecine Générale*. 2008;19(83):104–110.
5. Jouquan J, Bail P. A quoi s'engage-t-on en basculant du paradigme d'enseignement vers le paradigme d'apprentissage. *Pédagogie Médicale*. 2003;4(3):163–175.
6. Chermand D. 6^{ème} semestre : un projet dans les starting-blocks. *Rev Prat Med Gen*. 2003;(625):1189–1190.
7. Schon DA. Le praticien réflexif: à la recherche du savoir caché dans l'agir professionnel [Internet]. *Logiques*. 1994 [cité 28 juin 2017]. Disponible sur: <http://eduq.info/xmlui/handle/11515/7473>
8. Durand M. Evaluation de la supervision indirecte en SAPSAS (stage ambulatoire en soins primaires en autonomie supervisée) en Aquitaine de Mai à Octobre 2004. Thèse de Médecine. Université Bordeaux II;2006.
9. Larue C. Particularités pédagogiques du SPSAS: enquête auprès des étudiants de Lariboisière-Saint Louis. Thèse de Médecine. Université Paris Diderot;2006.
10. Ismenoux S. Le stage autonome en soins primaires ambulatoire supervisé: bilan de l'organisation et de la supervision du stage dans l'inter région ouest universitaire et perspectives d'améliorations. Thèse de Médecine. Tours:Université François Rabelais;2005.
11. Danquigny M-H. Le SPSAS (Stage Autonome en Soins Primaires Ambulatoire Supervisé) et sa perception: enquête qualitative par interviews semi-dirigées auprès de résidents en Languedoc-Roussillon. Thèse de Médecine. Université Montpellier I;2005.
12. Kaya E. Le SPSAS (Stage Ambulatoire en Soins Primaires Autonome Supervisé): instauration, application et mise au point. Enquête auprès des premiers Maîtres de SPSAS en France. Thèse de Médecine. Strasbourg:Université Louis Pasteur;2005.
13. Ponçot C. Évaluation du stage autonome en soins primaires ambulatoire supervisé (SPSAS) en 2006: enquête nationale auprès des internes de médecine générale. Thèse de Médecine. Université Besançon;2006.
14. Petite É. Obstacles à la supervision indirecte à la SPSAS à Grenoble: identification par les maîtres de stages et perspectives d'amélioration. Thèse de Médecine. Grenoble:Université Joseph Fourier; 2010.
15. Blanchard-Rocheteau M. La supervision indirecte au cours du SPSAS à Nantes: enquête

descriptive auprès des internes. Thèse de Médecine. Université Nantes; 2011.

16. Andrieux M. Évaluation de la formation en SASPAS par les internes de Médecine Générale de la Faculté de Poitiers. Thèse de Médecine. Université Poitiers; 2014.

17. Zollinger G. L'utilisation du recueil d'activité au quotidien par les internes: développement d'un outil pédagogique pour la supervision indirecte du stage ambulatoire en soins primaires et autonomie supervisée. Thèse de Médecine. Université Poitiers; 2016.

18. Wanlin P. L'analyse de contenu comme méthode d'analyse qualitative d'entretiens: une comparaison entre les traitements manuels et l'utilisation de logiciels. *Rech Qual.* 2007;3:243–272.

19. Green J, Britten N. Qualitative research and evidence based medicine. *BMJ.* 1998;316(7139):1230.

20. Popay J, Williams G. Qualitative research and evidence-based healthcare. *J R Soc Med.* 1998;91(35_suppl):32–37.

21. Conseil National de l'Ordre des Médecins. La médecine générale et la qualification de spécialiste en médecine générale. [Internet]. Juin 2014 [cité 28 juin 2017]. Disponible sur: <https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/cnomrepartitionmg.pdf>

22. Ministère du travail, de l'emploi, de la formation professionnelle, Ministère de l'éducation nationale. Réforme du troisième cycle des études médicales. [Internet]. 2015 [cité 28 juin 2017]. Disponible sur: <http://www.igas.gouv.fr/IMG/pdf/2014-100R.pdf>

23. Collège National des Généralistes Enseignants. Proposition du CNGE pour la nouvelle maquette du DES de médecine générale [Internet]. [cité le 08 mai 2017]. Disponible sur: http://www.cnge.fr/la_pedagogie/proposition_du_cnge_pour_la_nouvelle_maquette_du_d/

24. ISNAR-IMG. Enquête nationale sur la formation des internes de médecine générale. Réalisée par l'ISNAR-IMG de novembre à décembre 2013. Résultats. [Internet]. 2015 [cité 15 févr 2017]. Disponible sur: http://www.isnar-img.com/.../150126_enquete_nationale_isnar-img_-_formati...

25. ISNAR-IMG. Enquête nationale sur les souhaits d'exercice des internes de médecine générale. Réalisée par l'ISNAR-IMG. Du 2 juillet 2010 au 1er janvier 2011. Résultats. [Internet]. 2011 [cité 15 févr 2017]. Disponible sur: http://www.isnar-img.com/.../110422%20_ISNAR-IMG_Enquete_nationale_so...

26. Règlement du SASPAS nantais. [Internet]. [cité 15 févr 2017]. Disponible sur: http://www.sante.univnantes.fr/med/medgen/fp/des/sp/saspas/SASPASNantais_Cahierdcharges.pdf

27. Faculté de médecine de Créteil. Le programme du D.E.S de Médecine Générale 2013- 2014 Pour les étudiants entrant en 3ème année de 3ème cycle [Internet]. [cité 15 févr 2017]. Disponible sur: http://www.medecinegen-creteil.net/wp_creteil/wp-content/uploads/2013/10/Programme_T3_DES_MG_Creteil_2013_2014.pdf

ANNEXES

Annexe 1 : Page de présentation de l'outil

LE RELEVÉ D'ACTIVITÉ QUOTIDIEN (RAQ)

* Le RAQ est un outil pédagogique, il vous servira de support lors du debriefing avec votre maître de stage de votre journée de consultations en autonomie.

* L'idéal est de remplir la ligne correspond au patient immédiatement après la consultation, cela prendra peu de temps (1 à 2 minutes en fonction des difficultés rencontrées), mais normalement rythme compatible avec celui d'un interne en SASPAS.

* Il y a 8 feuillets dans ce classeur excel: le 1er pour les consignes, puis un feuillet pour chaque mois de votre semestre en SASPAS (donc penser à changer de feuillet chaque mois!), et le 8e et dernier feuillet est une vue d'ensemble du semestre en statistiques.

Consignes pour le remplissage

* **colonne "Date"**: inscrire la date de la journée de consultation, utile **seulement pour la 1ère consultation de la journée** afin de s'y retrouver, sous la forme JJ/MM/AA

* **colonne "NOM Pre"**: inscrire les **3 première lettres du nom et du prénom**. Utilité lors debriefing, mais pour un souci éthique le noms seront effacés lors du recueil des données

* **colonne "Sexe H/F"**: noter le sexe de la personne vue en consultation F pour femmes et H pour hommes

* **colonne "Age"**: noter **en chiffres l'âge** (sans préciser les mois, ni noter "ans"), et **pour les enfants de <1an**: noter 0, sans préciser les mois

* **colonne "Motif(s) de consultation"**: cellules avec texte libre, noter le motif ou les motifs de cette consultation

* **colonne "Résultat(s) de consultation"**: cellule avec texte libre, noter votre diagnostic de situation de cette consultation

* **colonne "Décision(s)"**: cellule avec texte libre, noter vos actions pour cette consultations: thérapeutiques, examens, conseils, lettres...

* **les colonnes vertes "J'évalue mon aisance de 1 à 4, dans les domaines"**: pour chaque domaine D (diagnostic), R (relationnel), T (thérapeutique) et O (organisationnel), évaluer votre aisance de 1 à 4 et le noter dans la cellule correspondante. Vous pouvez avoir été en difficulté dans aucun, un ou plusieurs domaines pour la même consultation

- | | |
|---|--|
| • Diagnostic (D) : domaine du diagnostic de situation | • 1 : j'ai été très à l'aise |
| • Relationne (R) : domaine de la communication et notamment de la négociation | • 2 : j'ai été plutôt à l'aise |
| • Thérapeutique (T) : domaine du projet de soins médicamenteux ou non | • 3 : j'ai été plutôt mal à l'aise |
| • Organisationnel (O) : domaine de l'organisation des soins, suivi et continuité des soins | • 4 : j'ai été pas à l'aise du tout |

Interprétation des statistiques mensuelles

→ **Graphique "Situations à l'aise"**: correspond en valeur absolu aux nombres de situations où le domaine concerné (D,R,T ou O) n'a pas posé de difficultés majeures, c'est-à-dire lorsque "je suis très à l'aise (1) ou plutôt à l'aise (2)"

→ **Graphique "Situations difficiles"**: correspond au contraire, aux nombres de situations difficiles dans chaque domaines (D,R,T ou O), c'est à dire "j'ai été plutôt mal à l'aise (3) ou pas à l'aise du tout (4)"

→ **Le tableau "les consultations par tranches d'âges"**: indique le nombre de patients vus, par tranche d'âge en valeur absolue et en pourcentage sur le total des consultations

8ème feuillet: statistiques sur le semestre

→ Graphique représentant l'évolution mensuelle, sur le semestre, du pourcentage des **situations "à l'aise"** (celles évaluées 3 ou 4) dans chaque domaines (D/R/T/O)

→ Graphique représentant l'évolution mensuelle, sur le semestre, du pourcentage des **situations "difficiles"** (celles évaluées 3 ou 4) dans chaque domaines (D/R/T/O)

→ Tableau récapitulatif du nombre de consultations pour chaque tranche d'âge au cours du semestre

❖ Pour toutes question avant et tout au long du semestre n'hésitez pas de me contacter sur l'adresse mail suivant: evaluation.raq@gmail.com

❖ Chaque fin de mois, je vous rappellerai de m'envoyer, sur cette même adresse mail, le tableur complété.

Merci d'avance !
Gwénola Zollinger

Annexe 2 : Répartition de la participation des internes sur le semestre lors de la thèse précédente

Tableau I : Répartition de la participation des internes sur le semestre

	Novembre	Décembre	Janvier	Février	Mars	Avril
I1						
I2						
I3						
I4						
I5						
I6						
I7						
I8						
I9						
I10						
I11						
I12						
I13						
I14						
I15						
I16						
I17						

 Absence de RAQ

 RAQ complété

Annexe 3 : Transcription intégrale des entretiens sous format Word® (sur CD)

ENTRETIEN TELEPHONIQUE AVEC INTERNE 2

I2 : Allô !

Camille : Allô, oui bonjour je suis Camille Latour médecin généraliste remplaçante. Je me permets de t'appeler dans le cadre de ma thèse. Ça sera très rapide, ça prend que quelques minutes. Est-ce que je te dérange ?

I2 : Non, non c'est bon.

Camille : Non ? Super, merci beaucoup.

I2 : Pas de souci.

Camille : En fait c'est un travail sur les débriefings en SASPAS.

I2 : D'accord.

Camille : Alors je sais que tu as réalisé un SASPAS ... c'était de novembre 2015 à mai 2016 et alors du coup je vais avoir 4 ou 5 questions à te poser. Donc c'est des questions assez ouvertes, pour que tu puisses vraiment me dire ce que tu en as pensé.

I2 : D'accord.

Camille : Donc tout d'abord qu'as-tu pensé de ton stage en SASPAS ? De manière globale ?

I2 : C'était très bien. Moi je trouvais que ça m'avait vachement permis d'acquérir une autonomie avant de faire mes remplacements parce que j'ai pris une dispo en fait juste derrière.

Camille : D'accord.

I2 : Du coup ça m'a permis vraiment d'avoir ce côté libéral toute seule mais encadré, donc j'ai vraiment trouvé que ça m'avait servi.

Camille : D'accord parce qu'après ta dispo tu t'en es servie pour faire des remplacements c'est ça par la suite ?

I2 : Oui tout à fait.

Camille : Ok, très bien. Quels souvenirs as-tu de tes débriefings avec tes maîtres de stages ?

I2: Globalement c'était médecin dépendant. Sur mes 3 médecins il y avait vraiment 2 des débriefings qui étaient vraiment très intéressants après il y en avait une... bon... c'était surtout une question d'entente, on n'a pas très bien accroché l'une et l'autre, donc c'est vrai que des fois c'était un peu plus délicat, on va dire... mais de manière générale c'est vrai que c'était bien. On ne parlait pas forcément de tous les patients mais vraiment des patients qui me posaient souci et puis ça permettait d'avoir quand même leur point de vue et de discuter de différentes manières de prendre en charge les choses, donc c'était pas mal, c'était pas mal

Camille : Ok est-ce que tu utilisais des outils, des supports pour ces débriefings ou vous repreniez chaque patient... ?

I2: Alors, avec une des 3 personnes on prenait le RAQ.

Camille : D'accord.

I2: Je l'utilisais...

Camille : Que tu remplissais...

I2: Que je remplissais systématiquement à chaque consultation.

Camille : D'accord.

I2: Et quand je trouvais clairement un peu trop lourd comme outil... je trouvais que c'était un peu long à remplir à chaque fois et que pour la plupart des consultations c'était pas forcément nécessaire... après les autres ce que je faisais c'est que j'imprimais ma liste des consultations, donc ça me permettait de mettre un petit mot juste à côté du nom à chaque fois pour dire bah là... juste des fois le diagnostic ou alors je mettais une petite flèche sur la question que je m'étais posée et je trouvais ça plus pratique, plutôt que de réécrire le nom, l'âge, le diagnostic de situation, le diagnostic, le traitement... enfin je crois que ça me faisait perdre du temps et c'était pas forcément toujours utile.

Camille : D'accord et vous les faisiez pas forcément en direct, vous les faisiez sinon par téléphone ? C'est pour ça que tu remplissais ça ou...

I2: Non la plupart du temps on les faisait en direct.

Camille : D'accord.

I2: Le soir même, après ça m'est arrivé pour cause d'emploi du temps de choses particulières pour qu'on les fasse par téléphone, mais ça n'a pas été si fréquent que ça.

Camille : D'accord. Ok et d'une manière générale, donc ces débriefings, donc tous maîtres de stage confondus, quels points forts et quels points faibles tu pourrais en retirer ?

I2: Des débriefings euh...

Camille : T'as trouvé ça utile ?

I2: Les points forts euh... bah vraiment pas se sentir seule, de reparler de tout ce qui est thérapeutique ou même du relationnel avec les patients surtout que eux ils les connaissent donc c'est vrai que des fois ça change un peu la donne...

Camille : Ouais.

I2: Euh ... voilà puis bon ... on avance quand même sur une autre façon de travailler donc, donc pas mal...euh pour le négatif c'est que des fois c'est un peu long, un peu long, surtout... voilà c'est qu'avec le RAQ ... oui c'est un peu long...

Camille : Et du coup ce RAQ tu l'as utilisé ? C'était la première version ? Ou la version que Gwenola t'avais envoyée, une autre interne ? Je ne sais pas si tu te souviens...

I2: Bah non c'était la première version.

Camille : Donc toi t'avais pas le... ? T'avais le tableau Excel et ensuite t'avais pas les statistiques qui te permettaient de voir si tu avais progressé ?

I2: Ah si si si, j'avais ça ...1 ... 2 ...3 ...4 ça c'était la deuxième version ?

Camille : Oui

I2: Ah oui j'avais ça... j'avais ça moi.

Camille : Tu l'avais... super ! Et du coup est-ce que... parce que Tu l'avais pas envoyé du coup à Gwenola, peut-être pas à chaque fois ?

I2: Non

Camille : Ok, tes maîtres de stage le connaissaient avant que tu reçoives le mail de Gwenola ? C'est eux qui te l'avaient proposé ou ...

I2: Oui c'était la personne en fait avec qui je le remplissais, c'est lui qui me l'avait proposé parce qu'en fait c'était le MSU 1 qui fait partie du DMG. Donc lui était déjà au courant et c'est avec lui que je le faisais, après un autre maître de stage maintenant je sais qu'il le fait avec suivants mais moien fait j'étais ça première SASPAS et puis je pense que moi ça me plaisait pas trop je n'ai pas insisté à les utiliser de manière systématique mais après je sais qu'il le fait, mais avec moi du coup on l'a pas fait. Et l'autre pourtant elle le connaissait mais elle n'en voyait pas l'utilité du tout.

Camille : Ok alors du coup pour finir même si bon apparemment tu ne l'as pas trop apprécié qu'est-ce que... est-ce que tu pourrais en tirer des points forts sur cet outil ? Des points forts et des points faibles ?

I2 : Euh points forts euh, bah ça permettait quand même de faire une revue systématique des patients. Des fois c'est vrai que ce qui nous pose, enfin... pas problème mais peut être des fois un problème quand même... c'est peut-être un problème que je n'avais pas identifié sur le moment... après vraiment le point faible c'est le ... c'est que c'est rébarbatif quoi... entre chaque consultation le remplir... euh pffffff...

Camille : Ouais t'avais le temps entre chaque consultation ?

I2 : Quand j'étais un peu à la bourre enfin je zappais plus mon RAQ que... je ne prenais pas forcément le temps de le faire et puis c'est vrai que souvent ça me gonflait de réécrire la même chose que j'avais écrite dans le dossier médical... oui.

Camille : Dans le dossier, oui... et est-ce que

I2 : Je préférais des fois mettre une petite étoile à côté des noms quitte à dire bah ... en rouge sur le logiciel le nom du patient et puis on regarde ce que j'ai écrit quoi...

Camille : Oui...

I2 : Mais tout réécrire c'était un peu long... quoique il y avait peut-être trop de cases aussi...

Camille : D'accord. Et est-ce que t'as trouvé que pour toi pour ta progression personnel ça t'avais... le fait qu'il y ait des ... au niveau des statistiques ... quand tu...

I2 : Honnêtement je les ai très peu regardés les statistiques, je trouvais que ça variait pas énormément.

Camille : D'accord.

I2 : Bah des fois il y avait des différences mais bon c'était vraiment à chaque fois... j'ai trouvé que c'était plus patients dépendants que par rapport à moi. Je n'ai pas trouvé que ça m'avait apporté à moi dans ma progression...

Camille : Ok ce n'était pas la ...

I2 : Peut-être plus pour le côté relationnel tout ça parce que forcément au début on est peut-être un peu plus pressée donc du coup on se sent peut être moins à l'aise au niveau relationnel. Sur la fin on le voit, après pour tout ce qui est médical ... franchement pas vraiment... c'est vraiment au cas par cas sur ce que tu tombes en consultation...

Camille : Ouais...

I2 : ... que ça fait quelque chose... après ...

Camille : Ouais ça n'a pas été... oui pour toi ça n'a pas été la partie la plus...

I2 : Oui voilà après par contre j'ai trouvé ça très très intéressant ... après le fait qu'il y ait vraiment ce support, je l'ai pas ... je m'étais créé... vraiment le lien par mon système de... je marque quelques petites choses, ça me permettait de m'en souvenir et puis après d'en reparler mais là... donc le débriefing oui, le RAQ, moins.

Camille : Ok. Bon bah super je te remercie beaucoup en tous cas pour toutes ces réponses...

I2 : De rien.

Camille : Et puis je te souhaite une bonne fin de journée ça va beaucoup m'aider... merci.

I2 : Oui ... à toi aussi, merci bon courage.

Camille : Au revoir.

I2 : Au revoir.

ENTRETIEN TELEPHONIQUE AVEC INTERNE 17

I17: Allo ?

Camille: Allo ...?

I17 : Oui

Camille : Oui excuse-moi de te déranger. Je suis Camille Latour médecin généraliste remplaçante et je me permettais de t'appeler en fait, dans le cadre de ma thèse. Est-ce que tu aurais quelques minutes à me consacrer ?

I17: Oui vas-y.

Camille : C'est gentil. Merci. En fait je sais que t'as réalisé un SASPAS de novembre 2015 à mai 2016 et tu as rempli le RAC. Tu es dans la liste des personnes qui l'ont rempli. Donc je voulais savoir, je vais avoir 4, 5 questions, certaines vont être plutôt ouvertes et d'autres tu auras juste à répondre par oui ou par non. Donc dans un premier temps, je voulais savoir ce que tu attendais de cet outil quand on te l'a présenté initialement ?

I17: Euh surtout de pouvoir ... que ce soit un outil qui permette de bien débriefer avec le maître de stage en fin de journée. Tu vois surtout de pouvoir se rappeler... pouvoir se rappeler pour chaque consultation en gros le motif de

consultation, là où on a eu surtout des difficultés et voilà. Enfin moi j'ai pris en tous cas cet outil pour moi en me disant ça va me servir bien pour bien débriefer le soir.

Camille : Ok et tu l'as utilisé finalement comme outil pour débriefer avec tes maîtres de stage ?

I17: Oui c'est ça !

Camille : Avec tous tes maîtres de stage ?

I17 : Tous mes maîtres de stage oui.

Camille : Ok super et en plus du débriefing est-ce que tes maîtres de stage consultaient le RAC ?

I17 : On le regardait en même temps en fait du coup.

Camille : Ok très bien. Est-ce que toi de ton côté tu consultais les statistiques auto-générées par l'outil ?

I17 : Euh je l'ai surtout fait je pense les deux derniers mois sur le coup, j'ai pas, enfin je pense que les premiers mois j'y ai pas pensé à regarder, les stat et tout et j'ai dû regarder plus les derniers un petit peu au niveau de l'âge, je crois qu'on avait l'âge des patients quelque chose comme ça ... L'âge et puis... et les notes je crois... qu'on avait aussi... je regardais mais pas tout au début.

Camille : D'accord pour toi qu'est-ce que tu pourrais dire comme points forts et comme points faibles pour cet outil ?

I17 : Point fort euh... pouvoir s'auto évaluer entre guillemets après chaque consultation et donc avoir une réflexion sur soi-même et sur son travail tu vois que j'aurais peut-être pas fait spontanément sans cet outil, c'est-à-dire que je serais passer à la consultation d'après sans forcément réfléchir à la consultation qui venait de se passer. Points faibles... le temps que ça prend, enfin entre guillemets pour remplir les choses...

Camille : D'accord parce que t'avais des journées, t'avais beaucoup de patients ?

I17 : Non pas spécialement. Et en fait ça dépendait... j'avais deux maîtres de stage où je n'avais pas énormément de consultation donc ça allait. Un troisième où c'était un peu plus hard et des fois je ne remplissais pas forcément après la consultation mais genre après 3 ou 4 consultations je remplissais les 3, 4 consultations qui venaient de se passer parce que j'avais un peu de retard entre, comme ça ... voilà...

Camille : D'accord. Est-ce que tu te souviens avoir rencontré des difficultés lors de son utilisation du point de vue matériel ?

I17 : Euh...

Camille : Pour l'installer par exemple sur les ordinateurs ?

I17 : Ah non pas du tout. Non pas de difficultés pour l'installer, pas de difficultés après pour l'envoyer au format ... même format ... non non ça ça allait.

Camille : Ok. Tu pourrais dire globalement que tu étais très satisfaite, plutôt satisfaite, plutôt insatisfaite, ou très insatisfaite de l'outil ?

I17 : Plutôt satisfaite.

Camille : Plutôt satisfaite, parfait. Et quel serait pour toi le support idéal à utiliser lors de débriefings ... même si finalement tu l'as utilisé avec tous tes maîtres de stage ?

I17 : Ah non... le support idéal, faut que ce soit... enfin, ils sont tous informatisés je pense que maintenant il faut que qu'il soit informatique... pour moi il faut qu'il soit informatisé. Après oui, ah oui, le seul truc où j'avais... alors je sais pas peut-être que les autres l'avaient pas fait comme ça, je sais pas comment ils faisaient, mais en gros en fait à chaque fois je remplissais un sur un ordinateur d'un médecin... en fait j'en n'avais pas un commun aux trois, il y en avait trois différents... ça c'était peut-être aussi un des côtés négatifs tu vois, du truc. J'en avais trois différents et donc à chaque fin de mois entre guillemets j'en envoyais trois tu vois. J'avais pas, je n'ai pas pensé, je n'ai pas essayé de trouver comment je pouvais utiliser un seul pour tous. Et à chaque fois... que je rouvre et

tout... et en fait je l'avais mis sur l'ordinateur tu vois, j'avais fait un fichier sur l'ordinateur pour chaque médecin et je l'ouvrais directement sur l'ordinateur pour pas avoir ce côté où j'oubliais la clé machin, tu vois...

Camille : Ok, bon bah super, parfait.

I17 : Voilà !

Camille : Merci beaucoup pour toutes ces réponses, tu vas beaucoup aider... Bonne fin de journée, au revoir.

I17 : Merci, bon courage !

Annexe 4 : Mail envoyé par la précédente thésarde en février 2016 pour présenter notre travail

Bonjour à tous,

Etant le premier du mois, n'oubliez pas de m'envoyer vos RAQ complétés du mois de janvier. Courage !!! Je vais vous harceler encore (plus que) 3 mois, et oui nous sommes déjà à la moitié du semestre !

J'en profite pour vous parler de Camille Latour, une collègue qui vient de terminer son cursus de médecine générale à Poitiers, et qui va réaliser un travail dans la continuité du mien sur le RAQ. Son travail, qui rentre également dans le cadre d'une thèse, a pour objectif d'évaluer la faisabilité du RAQ lors du SASPAS ou pour ceux n'ayant utilisé cet outil, identifier les obstacles à son utilisation et permettre ainsi de mettre en évidence les caractéristiques de l'outil pédagogique idéal. Pour cela, elle interviendra à la fin de votre semestre, lors d'un entretien individuel de 15 minutes environ. Cet entretien sera anonyme, rapide, aucune préparation n'est nécessaire et pourra être réalisé sur votre lieu de stage ou à l'endroit de votre choix. Camille vous contactera très prochainement afin de programmer ces entretiens.

Nous souhaitons vous rappeler que ces travaux s'inscrivent dans un objectif pédagogique, afin d'améliorer la formation en SASPAS, et plus précisément le temps de la supervision indirecte, où il n'existe encore aucun support pédagogique standardisé, malgré les

J'espère que vous allez adhérer à ce projet, et n'oubliez de m'envoyer vos RAQ dans la semaine. Merci +++

Nous vous souhaitons une bonne semaine

Gwénola et Camille

RESUME ET MOTS CLES

Ressenti des internes à propos de l'utilisation du Relevé d'Activité au Quotidien (RAQ) en SASPAS et perspectives d'améliorations

Introduction : La supervision indirecte lors du Stage Ambulatoire en Soins Primaires et Autonomie Supervisée (SASPAS) est un temps essentiel, mais qui a pour lacune un manque d'encadrement. Le Relevé d'Activité au Quotidien (RAQ), support du débriefing entre l'interne et le maître de stage est utilisé à Poitiers depuis plus d'un an. Il a pour but de donner un cadre et d'inciter l'interne à une démarche réflexive. Après avoir analysé et étudié les opportunités pédagogiques du RAQ, cette étude évalue les critères d'adhésion à l'outil par les internes. L'objectif secondaire est de proposer des pistes d'amélioration pour la prochaine version du RAQ en cours d'élaboration dans une démarche de certification des compétences.

Matériels et méthodes : Etude qualitative via des entretiens semi-dirigés auprès des internes en SASPAS de avril à juillet 2017 en Poitou-Charentes. 32 internes ont été inclus. La liste des internes ayant utilisé ou non l'outil était connu formant 2 groupes distincts. 2 questionnaires ont été réalisés afin d'apporter des réponses sur le vécu de la gestion de la supervision indirecte et l'utilisation ou non du RAQ.

Résultats : 24 entretiens ont été réalisés et analysés sur les 32 internes en SASPAS pendant cette période. Les réponses des 2 questionnaires ont été analysées conjointement après avoir modifiée la liste des internes de chaque groupe. Les résultats permettent de mettre en évidence les points forts et les points faibles de l'outil dans l'acceptabilité de son utilisation au quotidien par les internes et les MSU.

Conclusion : A partir de ces résultats, nous pourrions proposer et discuter des perspectives d'amélioration de l'outil RAQ afin qu'il puisse répondre aux exigences de supervision indirecte et de certification des compétences, tout en étant facilement utilisable au quotidien.

Mots clés : Ressenti des internes à propos de l'utilisation du Relevé d'Activité au Quotidien (RAQ) en SASPAS et perspectives d'améliorations.

Interns felt about the use of the SASPAS Daily Activity Report (RAQ) and prospects for improvements

Background : Indirect supervision during the Ambulatory Course in Primary Care and Supervised Self-Care (SASPAS) is a key factor, which presents a lack of supervision as a gap. The Daily Activity Report (RAQ), which supports the debriefing between the intern and the supervisor, has been used in Poitiers for more than a year. Its aim is to provide a framework and to encourage the intern to a reflexive approach. After studying the educational opportunities of the RAQ, this study assesses the acceptance of the tool by the interns. The secondary objective is to propose areas of improvement for the next version of the RAQ being developed in a process of certification of skills.

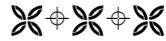
Methods : A qualitative study via semi-directed interviews with SASPAS interns from April to July 2017 in Poitou-Charentes Region. 32 interns participated. The list of interns who used or not the tool was known in order to form 2 distinct groups. 2 questionnaires were carried out to provide answers on the experience of the management of the indirect supervision and the use or not of the RAQ.

Results : 24 interviews were conducted and analyzed from the 32 SASPAS interns during this period. The responses from the 2 questionnaires were analyzed jointly after changing the list of interns in each group. The results enable to highlight strengths and weaknesses of the tool regarding the acceptance of its daily use by the interns and the MSU.

Conclusion : Based on these results, we should be able to propose and discuss the opportunities for improving the RAQ tool in such a way that it could meet the requirements of indirect supervision and skills certification , while being easily usable on a daily basis.

Key words : Feed backs of the interns about the use of the Daily Activity Report in SASPAS and opportunities for improvement.

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

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

