

La formation hospitalière des internes de médecine générale : connaissances et implication des seniors.

Etude descriptive au Centre Hospitalier Régional de La Rochelle.

Table des matières.

1	INTRODUCTION.....	6
2	GENERALITES.....	8
2.1	Bases Légales : le Diplôme d'Etudes Spécialisées de Médecine.	8
2.2	L'Enseignement de la Médecine Générale à Poitiers.....	9
2.2.1	Les structures encadrantes.....	9
2.2.1.1	Le Département de Médecine Générale.....	9
2.2.1.2	Le Collège des Généralistes Enseignants et Maîtres de Stage..	10
2.2.2	Les objectifs pédagogiques du DES de MG.	11
2.2.2.1	Orientation pédagogique générale.	11
2.2.2.2	Le raisonnement en Médecine Générale.....	12
2.2.2.3	Les onze compétences du médecin généraliste.....	13
2.2.2.4	La formation théorique.	15
2.2.2.5	La formation pratique.	16
2.2.2.6	Outils et travaux pédagogiques.....	17
2.2.3	Validation du DES.	18
2.3	Le rôle des seniors hospitaliers.	19
2.3.1	Le chef de service.	19
2.3.2	Les autres seniors.	20
2.3.3	Place des internes de médecine générale.....	20
2.4	Approche pédagogique de l'enseignement clinique.	21
2.4.1	Les compétences de l'enseignant clinicien.	21
2.4.2	L'enseignement clinique et ses spécificités.	22
2.4.3	Le modèle de rôle.....	22
2.5	Pourquoi évaluer la situation.	24
2.6	Objectifs.....	25
3	MATERIEL ET METHODES.....	27
3.1	Objectifs.....	27
3.2	Type d'étude.....	27
3.3	Population étudiée.	27
3.4	Observation : Questionnaire 1.	28
3.4.1	Contenu.	28
3.4.2	Chronologie.	29
3.5	Intervention et Observation : Questionnaire 2.	29
3.5.1	Contenu.	29
3.5.2	Chronologie.	29
3.6	Evaluation des résultats.....	30
3.6.1	Types de réponses.....	30
3.6.2	Mode de tri des réponses.	30
4	RESULTATS.....	32
4.1	Questionnaire 1 : évaluation des connaissances et de l'implication.....	32
4.1.1	Nombre de réponses.....	32
4.1.2	Description de la population.....	32
4.1.2.1	Population des seniors répondant au premier questionnaire..	32
4.1.2.2	Description des pools.....	34
4.1.3	L'agrément du service pour la médecine générale.	35
4.1.4	La maquette du DES.	36
4.1.5	Les travaux du DES.....	36
4.1.6	Le carnet d'auto-évaluation.	37

4.1.7	L'enseignement théorique.	38
4.1.8	L'enseignement de gestes techniques spécifiques.	40
4.1.9	Les compétences relationnelles et de communication.....	41
4.1.10	Les connaissances réglementaires.	42
4.1.11	Les modalités du contrôle des connaissances.....	43
4.2	Second questionnaire : évaluation de l'impact de l'information.	44
5	DISCUSSION.....	46
5.1	Limites de l'étude.	47
5.2	L'agrément.	49
5.3	Les outils pédagogiques : le carnet d'auto-évaluation.	50
5.4	Les connaissances sur le fonctionnement du DES.....	51
5.5	Les compétences spécifiques du médecin généraliste.	52
5.6	L'enseignement aux IMG et le contrôle des connaissances.	54
5.7	Synthèse.	56
5.8	Perspectives.....	58
5.8.1	Nouveaux travaux.....	58
5.8.2	Changements possibles.....	59
5.8.2.1	Le carnet d'auto-évaluation.	59
5.8.2.2	Le contenu pédagogique.....	60
6	CONCLUSION.....	64
	ANNEXE 1 : BASES LEGALES DU DES DE MEDECINE GENERALE.	67
	ANNEXE 2 : ORGANIGRAMME DU DMG DE POITIERS (Novembre 2012)	72
	ANNEXE 3 : LE CARNET D'AUTO-EVALUATION.....	74
	ANNEXE 4 : QUESTIONNAIRE n°1.	78
	ANNEXE 5 : BROCHURE D'INFORMATION.	81
	ANNEXE 6 : QUESTIONNAIRE n°2.	84
	ANNEXE 7 : NUMEROTATION DES ITEMS DES QUESTIONNAIRES.	88
	ANNEXE 8 : RESULTATS DU SECOND QUESTIONNAIRE.....	91
	ANNEXE 9 : ARRETE FIXANT LE NOMBRE D'INTERNES A FORMER (extraits)	103
	BIBLIOGRAPHIE.....	108
	RESUME	109
	SERMENT	110

Liste des abréviations :

- ALD : Affection de Longue Durée
- ARS : Agence Régionale de Santé
- CHU : Centre Hospitalier Universitaire
- COGEMS : Collège des Généralistes Enseignants et Maîtres de Stage
- DDA : Dossier D'Apprentissage
- DDR : Dossier de Réussite
- DES : Diplôme d'Etudes Spécialisées
- DESC : Diplôme d'Etudes Spécialisées Complémentaires
- DMG : Département de Médecine Générale
- EBM : Evidence-Based Medicine
- ECA : Enseignants Cliniciens Ambulatoires
- ECN : Epreuve Classante Nationale
- GEAPI : Groupes d'Echange et d'Analyse de Pratiques entre Internes
- GEAPIT : Groupes d'Echange et d'Analyse de Pratiques entre Internes et Tuteurs
- IMG : Interne(s) de Médecine Générale
- MG : Médecine Générale
- MSU : Maître de Stage Universitaire
- RIT : Rencontre Individuelle avec le Tuteur
- RSCA : Récit de Situation Complexe et Authentique
- SASPAS : Stage Ambulatoire en Soins Primaires en Autonomie Supervisée
- TCEM : Troisième Cycle des Etudes Médicales
- UFR : Unité de Formation et de Recherche
- UMDSP : Unité Médicale Douleur et Soins Palliatifs

INTRODUCTION

1 INTRODUCTION

La formation des Internes de Médecine Générale (IMG) se fait avant tout via le rapport pédagogique que chaque interne entretient avec les seniors qui interviennent dans son cursus. Que ce soit pour les connaissances théoriques, l'apprentissage de la pratique quotidienne, ou simplement son rapport au patient, l'IMG puise dans toutes ces rencontres pédagogiques afin de forger le médecin généraliste qu'il deviendra.

Si la formation des IMG est basée sur l'auto-formation et l'auto-évaluation, le rôle des intervenants dans leur cursus est tout sauf un simple puits de connaissance. Bien au contraire, ils vont avoir la responsabilité de s'assurer que chaque IMG acquiert les compétences scientifiques, techniques et relationnelles nécessaires à sa pratique de la médecine.

Le Diplôme d'Etudes Spécialisées (DES) de Médecine Générale (MG) donne une place importante à l'apprentissage en milieu hospitalier, et une responsabilité importante incombe donc aux seniors hospitaliers, en termes d'apprentissage comme de contrôle.

Nous nous sommes demandés quelles sont les connaissances dont disposent ces seniors afin de guider au mieux les IMG dans leur cursus. Nous n'avons cependant trouvé aucune étude, régionale ou nationale, étudiant cet aspect pédagogique du DES de MG. Il nous a alors paru intéressant d'évaluer cette question.

Notre étude porte sur l'implication pédagogique des seniors hospitaliers dans la formation des IMG. Elle a été réalisée durant le semestre de Mai à Novembre 2011, auprès des seniors du Centre Hospitalier Saint-Louis de La Rochelle.

Cette étude se base sur 2 questionnaires successifs, évaluant les connaissances au sujet du DES de MG et leur implication en pratique dans l'éducation des IMG. Une brochure d'information dédiée aux seniors s'intercalait entre les deux questionnaires.

Nous souhaitons évaluer concrètement les connaissances et la manière dont ces seniors abordent l'éducation professionnelle des IMG, et évaluer l'impact d'une information leur étant spécifiquement destinée.

Notre recherche bibliographique n'ayant pas retrouvé d'étude à ce sujet, nous avons basé nos questions et notre information sur les différents textes de lois régissant le troisième cycle des études médicales et l'agrément d'un service au titre de la médecine générale [1,2,3], et les documents pédagogiques du Département de Médecine Générale (DMG) de la faculté de Poitiers [4,5]. Ces documents permettront de définir du mieux possible la place institutionnelle des seniors de médecine dans la formation des IMG.

GENERALITES

2 GENERALITES

Afin de cerner le rôle des seniors dans le cursus des IMG, nous étudierons d'abord le fonctionnement du DES de MG, notamment l'agrément d'un service au titre de la médecine générale et ses implications.

Nous étudierons ensuite les objectifs pédagogiques de la formation des IMG, ainsi que les outils mis à la disposition des seniors pour remplir leur rôle.

Enfin, nous aborderons les places respectives des seniors et des internes dans la formation du DES.

2.1 Bases Légales : le Diplôme d'Etudes Spécialisées de Médecine.

Le DES de MG est encadré par des textes de lois communs à tous les DES de médecine.

Leur contenu détaillé est précisé dans l'Annexe 1 de ce travail.

Deux éléments législatifs sont essentiels pour notre travail, l'organisation structurelle du DES, et le fonctionnement de l'agrément d'un service au titre de la médecine générale.

Les bases légales du DES et le concept de l'agrément impliquent que tout service hospitalier qui souhaite recevoir des IMG :

- doit leur assurer une formation spécifique, au même titre que les internes d'autres spécialités pour lesquelles ils auraient fait une demande d'agrément
- dispose d'un encadrement jugé suffisant, mais qui doit organiser son activité de sorte à pouvoir former correctement ses internes
- connaît et accepte les obligations d'enseignement des internes
- accepte que cet agrément puisse être remis en cause, notamment par le jugement des internes (de spécialité ou de médecine générale), voire que cet agrément puisse être retiré.

Il est important de souligner que ces éléments s'appliquent à tout service ayant l'agrément pour la médecine générale, même s'ils ne reçoivent que rarement (voire jamais) d'IMG. L'existence d'un agrément implique la possibilité, si la commission d'adéquation l'estime nécessaire, que le service reçoive des IMG qu'il aura la responsabilité de former comme tout autre service.

De plus, il faut bien préciser que l'agrément d'un service au titre de la médecine générale est une demande qui doit être faite par le service, la seule situation où cet agrément est automatique étant pour les services de gériatrie. Par conséquent, tout service ayant reçu l'agrément pour la médecine générale est un service qui en a fait la demande spécifique, et qui dispose donc d'un projet pédagogique spécifique aux IMG.

2.2 L'Enseignement de la Médecine Générale à Poitiers.

2.2.1 Les structures encadrantes.

2.2.1.1 Le Département de Médecine Générale.

Le Département de Médecine Générale (DMG) est la structure universitaire responsable de la formation des IMG en Poitou-Charentes. Il est installé sur le site de la Faculté de Médecine, à Poitiers.

Il est constitué de 2 structures, se recoupant sur certains postes : le conseil du DMG, et le staff du DMG. L'organigramme valable à compter de Novembre 2012 est disponible en Annexe 2.

➤ Le Conseil du DMG.

Cette structure regroupe :

- le Doyen : Pr Morichau-Beauchant Michel
- 1 médecin hospitalier par département, désigné par la CME, représentant les hôpitaux de la subdivision d'internat
- 1 Coordonnateur universitaire CHU-CHR, responsable des relations inter-hospitalières
- 2 représentants des internes de médecine générale
- Les professeurs de médecine générale (associés, émérites ou titulaires), et les maîtres de conférences associés de médecine générale
- le Président du COGEMS, représentant l'ensemble des MSU
- 4 MSU coordonnateurs départementaux des enseignements théoriques, responsables de l'organisation des enseignements au sein de leur département
- 4 MSU coordonnateurs départementaux des stages ambulatoires et des tuteurs, responsables de l'organisation des stages au sein de leur département

Le Staff du DMG regroupe tous les médecins généralistes membres du Conseil du DMG.

2.2.1.2 Le Collège des Généralistes Enseignants et Maîtres de Stage.

Il est la représentation de tous les Maîtres de Stage Universitaire (MSU, anciennement appelés Enseignants Cliniciens Ambulatoires, ECA), médecins généralistes.

Cette structure regroupe donc tout le Staff du DMG, auquel s'associe l'ensemble des MSU adhérents au COGEMS. Pour l'année 2012, on compte 210 MSU.

Les MSU doivent répondre à plusieurs critères, pédagogiques, professionnels et réglementaires afin de recevoir l'agrément leur permettant de former des IMG.

Ces critères sont des modes d'exercice et de raisonnement qui sont également les objectifs pédagogiques du DES de Médecine Générale, comme nous le verrons plus en détail par la suite.

Les critères pédagogiques imposent :

- la qualification de spécialiste en médecine générale
- au moins 3 ans d'exercice professionnel en médecine générale, sauf si les DES de médecine a été obtenu en ayant fait un stage ambulatoire de niveau 2 (SASPAS), le MSU ne devant alors avoir qu'un semestre d'exercice professionnel
- avoir validé certains séminaires de formation
- exercer essentiellement une médecine générale traditionnelle s'appuyant sur le diagnostic de situation, le système bio-psycho-social et la démarche Evidence-Based Medicine (EBM)
- réserver du temps pédagogique aux étudiants
- suivre une formation pédagogique tous les deux ans au minimum, et participer aux réunions organisées par le COGEMS au moins une fois par an

Les critères professionnels sont :

- être installé dans une structure de médecine générale ambulatoire
- tenir des dossiers médicaux informatisés
- s'engager dans un développement professionnel continu basé sur l'auto-évaluation et l'auto-formation
- travailler en coordination avec les autres soignants, assurer la continuité des soins et participer à la permanence des soins
- ne pas faire plus d'une vingtaine d'actes les jours de stage

Les critères réglementaires stipulent que la demande, afin d'obtenir le statut de MSU, doit être faite auprès du DMG, et que le praticien doit recevoir un avis favorable du responsable départemental des stages, du DMG et de la Faculté.

2.2.2 Les objectifs pédagogiques du DES de MG.

2.2.2.1 Orientation pédagogique générale.

En 2009, le DMG a révisé le programme d'enseignement du troisième cycle. Le socle de ce programme (2004) est une pédagogie centrée sur les apprentissages, qui a été repensée via une approche par compétences. Cette méthode, basée sur la « réflexivité », s'appuie sur les connaissances et les expériences de l'IMG. Elle lui permet de construire une logique de résolution des problèmes de type « auto-formation – auto-évaluation » aboutissant à l'acquisition des compétences requises. Elle met en avant « le rôle de l'étudiant qui apprend de façon autonome, en interaction avec les enseignants » au lieu du « rôle des professeurs qui enseignent à l'étudiant ».

Au travers des expériences personnelles de l'IMG, le but est de mettre en place un mode de raisonnement systématique, dans lequel l'inconnu fait l'objet d'une étude autonome par l'IMG, que ce soit pour des connaissances pures, une analyse de comportement ou une analyse du mode de réflexion.

La concrétisation de cette approche est le Dossier D'Apprentissage (DDA). Il s'agit d'un document numérique (accessible sur l'espace numérique de travail de l'université), où l'IMG déposera régulièrement ses travaux. Le DDA est un outil de suivi et d'évaluation, par l'IMG, de sa propre formation, facilitant le contact avec les intervenants du DMG.

Cependant, l'IMG n'est pas laissé en complète autonomie.

Un système de tutorat, obligatoire, est instauré dès l'entrée dans le 3^e cycle de médecine générale. Il s'agit d'un accompagnement pédagogique, visant à améliorer la formation, avec pour rôles le suivi et l'évaluation des progrès faits par l'IMG durant sa formation.

Le tuteur reste le pilote de sa formation, mais le soutien du tuteur lui permet d'optimiser ses apprentissages.

Le tutorat est obligatoire, mais le choix du tuteur reste libre (dans un certain délai). Des rencontres régulières, ainsi que la validation régulière du DDA par le tuteur, sont nécessaires pour la validation du DES.

Par ailleurs, le tuteur peut être le maître de stage du tuteuré, ainsi que son directeur de mémoire ou de thèse.

2.2.2.2 Le raisonnement en Médecine Générale.

Le mode de raisonnement est centré sur le Diagnostic de Situation.

L'approche médicale d'une situation en médecine générale consiste à analyser 3 champs différents qui constituent le système Bio-Psycho-Social :

1. Le champ Biologique : c'est la partie biologique de la situation
 - elle regroupe les symptômes et les diagnostics médicaux posés
 - elle doit répondre à :
 - quelles sont les hypothèses diagnostiques les plus probables au vu de la sémiologie et de la prévalence des maladies en soins primaires ?
 - quels sont les risques graves ou urgents ?
2. Le champ Psychologique : c'est la facette psychologique de la situation
 - elle analyse la représentation que le patient se fait de sa maladie
 - elle analyse la relation médecin – patient
3. Le champ Social : c'est le versant social de la situation
 - il répond à la question « quel est le contexte extérieur du patient ? »
 - il analyse de façon large la situation du patient, sur le plan familial, culturel, professionnel, socio-économique, réglementaire, et définit leur impact sur la prise en charge finale

Le Diagnostic de Situation est le résultat de l'analyse simultanée des interactions de ces 3 champs.

Ce diagnostic, fait dans le contexte des soins primaires et dans une approche de médecine générale, permet de définir une prise en charge adaptée à la situation du patient, clinique comme personnelle.

Cette prise en charge découle d'une démarche dite Evidence-Based Medicine (EBM), qui se fonde sur l'analyse de 3 données différentes :

- la situation clinique, correspondant au champ Biologique, qui définit le problème ou la situation médicale à résoudre
- les préférences et comportements du patient, correspondant aux champs Psychologique et Social, qui sont les choix du patient concernant la prise en charge médicale qui lui est proposée
- les données actuelles de la science, qui sont les références concernant la prise en charge médicale nécessaire au vu de la situation.

Ce mode de réflexion et cette démarche de soins permettent d'adopter une approche centrée sur la personne.

2.2.2.3 Les onze compétences du médecin généraliste.

Le DMG, dans le cadre de la formation théorique des IMG (séminaire), expose ses 11 objectifs de compétences du médecin généraliste.

Ces compétences représentent les 11 savoir-faire et savoir-agir qui sont définis comme des objectifs pédagogiques essentiels, et que doit cibler la formation des IMG.

Afin de les définir, le DMG s'est basé sur les travaux du Collège National des Généralistes Enseignants. Cette liste de compétences a été confrontée aux conclusions de la Wonca Europe 2002.

La Wonca Europe est la Société Européenne de médecine générale – médecine de famille, qui a rédigé en 2002 un texte intitulé « La Définition Européenne de la médecine générale – médecine de famille », publié avec la coopération du Bureau Européen de l'OMS [6].

Ces compétences sont les suivantes :

1- Savoir adapter son raisonnement et ses décisions au contexte des soins primaires, pour résoudre efficacement des problèmes de santé :

- savoir gérer, successivement ou simultanément, des problèmes de santé multiples, dans une population non sélectionnée
- pouvoir tenir compte de la faible prévalence des pathologies caractérisées, et du stade souvent précoce des maladies
- adopter une approche centrée sur la personne, pour une prise en charge globale du patient dans une démarche EBM

2- Prendre une décision adaptée en situation d'incertitude ou d'urgence.

3- Exécuter, avec sécurité, les gestes techniques les plus fréquents et utiles en médecine générale ambulatoire.

4- Savoir communiquer de façon appropriée avec le patient et son entourage :

- mener un entretien
- informer, négocier
- tenir compte de ses émotions et de celles du patient

5- Eduquer le patient à la gestion de sa santé et de sa maladie.

6- Entreprendre des actions de santé publiques :

- prévention, dépistage
- recueil épidémiologique, participation à une recherche

7- Travailler en équipe ou en réseau :

- lors de situations complexes, aiguës et chroniques
- pour coordonner les soins autour du patient (addictions, fin de vie, maintien à domicile, etc...)

8- Assurer le suivi au long cours et la continuité des soins, lors des problèmes et pathologies les plus fréquents en médecine générale

9- Pouvoir appliquer les dispositions réglementaires dans le respect des valeurs éthiques (dispositions médico-légales, médico-administratives, déontologiques, etc...)

10- Savoir gérer une entreprise médicale :

- fiscalité, comptabilité
- organisation
- informatique, dossier médical, etc...

11- Savoir entretenir ses compétences

- évaluer sa pratique
- organiser et maintenir sa formation professionnelle

Ces compétences constituent le socle de la pratique du médecin généraliste, en termes de connaissances comme de compétences relationnelles.

Elles restent assez générales pour pouvoir être appliquées à la plupart des types de pratiques médicales, mais le travail de l'IMG, et le propre de la médecine générale, vont être d'adapter cette vision médicale à un champ spécifique de la médecine et de la population des patients, celui de la médecine de premier recours, celui de la médecine générale comme interface avec les autres soignants.

2.2.2.4 La formation théorique.

De façon réglementaire, elle comprend environ 200 heures, réparties sur les 3 ans que dure le DES.

A la Faculté de Poitiers, dans un contexte d'autonomie, la formation théorique est répartie entre :

- les séminaires
- les groupes d'échange et d'analyse de la pratique entre internes (GEAPI)
- les apprentissages théoriques durant les stages
- les réunions avec les tuteurs (RIT)
- le temps de travail personnel nécessaire à la préparation des travaux pédagogiques
- les groupes d'échange et d'analyse de pratique entre internes et tuteurs (GEAPIT)

Les objectifs de l'enseignement théorique sont les 11 compétences du médecin généraliste, les champs d'application spécifiques de la médecine générale et les raisonnements intellectuels spécifiques (modèle bio-psycho-social, démarche EBM).

Des enseignements sont prévus 10 mois par an, séminaires ou GEAPI.

➤ Les Séminaires

- Au nombre de six, les cinq premiers sont effectués durant le TCEM1, le sixième ayant lieu durant le TCEM3.
- Ces enseignements théoriques se déroulent par séances de 6 heures sur une journée, autour de travaux pédagogiques effectués par certains IMG.
- Les Groupes d' Echange et d' Analyse de la Pratique entre Internes (GEAPI) : ces rencontres entre internes se déroulent sur des séances de 2 heures, autour d'un thème abordé de manière interactive « à la manière d'un groupe de pairs », encadrées par 2 MSU.

Pour chaque séminaire ou GEAPI, des IMG sont responsables de tâches pédagogiques qui animent la séance d'enseignement. Chaque IMG devra obligatoirement effectuer au minimum 1 tâche par an. La présence et la réalisation des tâches pédagogiques sont obligatoires pour la validation du DES, de même que l'évaluation post-enseignement faite numériquement par les IMG.

La formation théorique s'appuie également sur le tutorat, à travers des rencontres pédagogiques qui sont, elles aussi, obligatoires.

- Les Rencontres Individuelles avec le Tuteur (RIT) : 2 durant le TCEM1, puis une par an
- Les Groupes d'Echange et d'Analyse de Pratiques entre Internes et Tuteurs (GEAPIT) : Séances pédagogiques annuelles qui rassemblent tous les tuteurés de 2 à 4 MSU.

La validation, par le tuteur, de ces enseignements et de ces rencontres, est obligatoire pour la validation du DES.

2.2.2.5 La formation pratique.

La maquette du DES de MG se déroule sur 3 ans, et comporte 6 semestres de stages, devant se faire sur des lieux de stage agréés pour la médecine générale.

- 3 semestres hospitaliers obligatoires doivent être réalisés durant le DES
 - 1 pour la Médecine d'Adulte : médecine générale, médecine interne, médecine polyvalente, gériatrie aigüe
 - 1 pour la Pédiatrie ou la Gynécologie (ou les 2 si le lieu de stage le permet)
 - 1 pour la Médecine d'Urgence
- 1 semestre ambulatoire obligatoire auprès de praticiens généralistes agréés (les MSU) : le stage de Médecine Générale de Niveau 1, en cabinet de médecine générale
- 1 semestre libre, dans un lieu de stage agréé
- 1 semestre selon le projet professionnel :
 - second semestre hospitalier libre sur un lieu de stage agréé pour la médecine générale
 - ou second semestre de médecine générale : le Stage Ambulatoire en Soins Primaires en Autonomie Supervisée (SASPAS)
- 1 semestre hospitalier doit obligatoirement se faire en CHU

Il existe 2 types de stage pour le Médecine d'Adulte :

- Stages de type A : semestre directement validant pour la Médecine d'Adulte
- Stages de type B : 2 semestres dans des lieux de stage différents de type B permettent de valider la maquette pour la Médecine d'Adulte

Cette distinction est faite afin de permettre à tous les IMG de valider leur maquette et de simplifier l'adéquation à l'échelle régionale.

Un semestre est invalidé lorsque l'IMG interrompt ses fonctions pendant plus de 2 mois, quel que soit le motif, hormis repos de garde et formations universitaires.

Les absences liées à la formation universitaire doivent être prises en concertation entre tous les internes du service, afin de permettre à chacun d'assurer son enseignement sans nuire au fonctionnement du service. Les obligations de service sont de 11 demi-journées par semaine, dont 2 dédiées à la formation universitaire, qui peuvent être regroupées pour des raisons pratiques.

Le stage de médecine générale de niveau 1 s'effectue auprès de binômes ou de trinômes de MSU, et permettent également la réalisation de formations complémentaires dans des lieux de stage satellites (pharmacie, infirmière, kinésithérapeute, PMI, médecine du travail, etc...). Une formation auprès de l'ARS et des Caisses Primaires d'Assurance Maladie est également prévue durant ce stage.

➤ Le Dossier d'Apprentissage (DDA)

L'orientation pédagogique générale du DES de MG étant fondée sur l'autonomie, le DMG a mis en place le DDA afin de répondre à plusieurs objectifs institutionnels et pédagogiques :

- permettre d'évaluer tous les IMG sur la même base, en atténuant les différences de formation liées à la multiplicité des lieux de stage et aux différences d'exercice des MSU
- simplifier le suivi du cursus de l'IMG par l'administration de la faculté
- favoriser l'auto-évaluation : l'IMG analyse ses lacunes, ses apprentissages passés et ceux nécessaires
- soutenir l'auto-formation : l'IMG cible ses apprentissages selon les carences mises en avant par son DDA
- systématiser l'évaluation par le tuteur : le DDA permet une évaluation fiable du cursus pédagogique de l'IMG, quel que soit son parcours en pratique

Le DDA regroupe :

- toutes les validations administratives du DES (présences et validation obligatoires,...)
- les tâches pédagogiques (séminaires, GEAPI)
- les Récits de Situation Complexe et Authentique (RSCA)
- le Carnet d'Auto-Evaluation
- les comptes-rendus d'entretiens avec le tuteur
- les traces de travaux réalisés dans les différents stages
- et tout élément que l'IMG juge pertinent pour rendre compte de son travail et de sa progression dans l'acquisition des compétences

➤ Le Récit de Situation Complexe et Authentique (RSCA)

Travail emblématique de la formation de l'IMG, ce travail reflète la manière dont l'IMG parvient à prendre le recul nécessaire à l'analyse d'une situation médicale avec un point de vue de médecine générale, et non plus en simple somaticien.

Ce travail, obligatoire pour la validation du DES, se définit comme :

- le Récit : écrit à la première personne
- d'une Situation clinique : pertinente, illustrant les problèmes de santé les plus fréquemment rencontrés en soins primaires ambulatoires
- Complexe : situation d'incertitude, faisant appel à plusieurs dimensions de la médecine générale (modèle bio-psycho-social), sans solution standardisée
- et Authentique : réellement vécue par l'IMG

L'objectif des RSCA est de favoriser la réflexion de l'IMG, en l'amenant progressivement à s'approprier un raisonnement de médecine générale qu'il appliquera à toutes les situations médicales qu'il rencontrera, même lorsqu'il est sur des lieux de stage peu propices à cette approche.

Cette réflexion participe fortement à l'auto-formation des IMG, puis à leur auto-évaluation. De plus, les RSCA permettent aux encadrants (tuteurs ou maîtres de stage) de soutenir et d'optimiser la réflexion de l'IMG.

➤ Le Carnet d'Auto-Evaluation

Ce carnet contient toutes les compétences (théoriques, techniques et relationnelles) que l'IMG doit avoir acquises à la fin de son DES.

Il doit être consulté au début de chaque stage, ambulatoire ou hospitalier, avec le maître de stage, afin de cibler les compétences qui pourront être apprises sous sa tutelle.

Il doit également être validé à la fin du stage.

Ce carnet définit 3 catégories de compétences :

- compétences cliniques
- gestes techniques
- compétences transversales.

Pour chacun des items évalués, l'IMG peut définir 3 situations :

- « situation non rencontrée au cours du stage »
- « situation déjà rencontrée, mais pas assez d'expérience pour une gestion autonome de la situation »
- « situation déjà rencontrée plusieurs fois, gérable en autonomie »

Une description plus complète du carnet d'auto-évaluation est disponible en Annexe 3.

➤ Le Mémoire de Médecine Générale

Sa soutenance est obligatoire pour la validation du DES, et le mémoire peut prendre 3 formes :

- un travail original, clinique ou fondamental, publiable, dans l'un des champs de la discipline médecine générale (soin, recherche ou sciences de l'éducation), excluant toute étude purement bibliographique
- tout ou partie d'une thèse de soins primaires soutenue lors du TCEM3
- un Dossier de Réussite (DDR) : il a la préférence du DMG. Le contenu du DDR est un travail de réflexion, basé sur les meilleures traces d'apprentissage du DDA, et qui représente une auto-évaluation documentée du niveau de compétence de l'IMG au terme de son cursus.

2.2.3 Validation du DES.

La validation du TCEM et du DES de Médecine Générale implique :

- 1) la validation des 6 semestres de stages pratiques dans la maquette du DES
- 2) les attestations de participation à tous les enseignements théoriques
- 3) un DDA complet comprenant :
 - 4 traces de RIT
 - 3 traces de GEAPIT
 - 3 RSCA au minimum
 - 3 autres traces d'apprentissages au minimum
 - 3 travaux de séminaires ou de GEAPI
 - 6 validations semestrielles sur le carnet d'auto-évaluation
- 4) les validations (semestrielles ou annuelles) du DDA par le tuteur
- 5) un mémoire soutenu devant un jury nommé par le DMG

2.3 Le rôle des seniors hospitaliers.

Comme nous venons de le voir, le rôle des seniors hospitaliers repose sur une base légale forte, assise avant tout sur l'agrément, qui implique un fonctionnement du service permettant une formation pratique et théorique complète, avec un encadrement suffisant.

Les seniors de médecine, quel que soit leur grade, sont les médecins encadrant les IMG pendant 4 à 5 des 6 semestres que dure le DES de médecine générale. De fait, ils sont les médecins les plus souvent en contact avec les IMG, et se retrouvent en première ligne pour leur apprentissage pratique.

2.3.1 Le chef de service.

En tant que maître de stage, il est le responsable pédagogique et administratif de la formation des IMG qu'il accueille dans son service.

Par définition, il est le responsable de l'agrément de son service pour la médecine générale, quel que soit son mode d'obtention.

Cet agrément implique que les IMG peuvent y recevoir une formation adéquate à la médecine générale, quelle que soit la spécialité du service. Cette formation n'est pas que purement théorique, elle doit aussi inclure une formation aux compétences relationnelles indispensables à leur exercice, ainsi qu'aux pathologies et aux réseaux de soin spécifiques à la spécialité sur lesquels le futur médecin généraliste devra s'appuyer lors de sa pratique ambulatoire.

De plus, le maître de stage est responsable de la validation administrative du stage de l'IMG. Cette validation, loin d'être une simple formalité, doit pouvoir affirmer que l'IMG qui sort de son stage a assimilé correctement les enseignements qui devaient lui être prodigués.

Par ailleurs, il est impliqué dans la validation du carnet d'auto-évaluation. Cette validation signifie que non seulement l'IMG a reçu l'enseignement, mais est capable de le restituer. Cette validation implique donc que le maître de stage sache quels enseignements peuvent être apportés aux IMG durant son stage, et où ils en sont de leur formation.

Enfin, le maître de stage est celui qui, si besoin est, doit trouver un compromis entre l'enseignement pratique et universitaire de tous ses internes, quelle que soit leur spécialité. Il doit s'assurer que chacun peut participer à ses formations théoriques, sans léser d'interne, et surtout sans léser le fonctionnement du service et la qualité des soins.

Cependant, toutes ces responsabilités s'ajoutent aux autres responsabilités des chefs de service, c'est pourquoi la place des autres seniors du service est tout aussi importante.

2.3.2 Les autres seniors.

Avant toute chose, leur présence et leur implication dans l'encadrement des internes est un critère de l'agrément, sans lequel le service ne peut prétendre recevoir d'internes, de spécialité comme de médecine générale.

Compte-tenu du fonctionnement général des services, ils seront en première ligne pour assurer la formation pratique des IMG, formation continue que les maîtres de stage ne peuvent assurer seuls.

De même, ce sont eux qui vont être les mieux placés pour évaluer, quotidiennement, les IMG qu'ils encadrent.

Plus important encore, les seniors sont, de par leur place, les plus à même de contrôler les capacités relationnelles et de communication des IMG.

2.3.3 Place des internes de médecine générale.

Il est essentiel de se rappeler que les fondements pédagogiques du DES de médecine générale, en Poitou-Charentes, sont assis sur l'auto-formation et l'auto-évaluation.

Ainsi, malgré toutes les responsabilités qui pèsent sur les seniors de médecine encadrant les IMG, ces derniers sont les premiers acteurs de leur formation.

Il incombe à l'IMG, avant tout, de cibler lui-même ses lacunes, tant théoriques que pratiques, et d'aller chercher cet enseignement là où il se trouve.

En pratique, cela implique que c'est à l'IMG de faire en sorte que les compétences ciblées du carnet d'auto-évaluation soient acquises, ou qu'il les ait rencontrées au moins une fois.

Cela implique également que c'est à l'IMG avant tout de parfaire ses techniques de communication, ses compétences relationnelles, ses adaptations de comportement, face aux nombreuses situations différentes qu'il peut rencontrer en stage.

Il ne peut en aucun cas attendre passivement un enseignement adapté, c'est à l'IMG qu'incombe la démarche d'organiser un enseignement adapté de la médecine générale, dans le contexte du fonctionnement du lieu de stage où il se trouve.

Par ailleurs, les enseignements universitaires des IMG (séminaires, GEAPI, etc...) sont des formations prévues à l'avance, qui sont obligatoires, et pour lesquelles il est tout à fait possible de s'organiser en amont, afin de ne pénaliser ni le fonctionnement du lieu de stage, ni la formation des autres internes. Idéalement, le maître de stage ne devrait se voir proposer qu'un seul planning de formation semestriel pour tous ses internes et n'aurait donc pas à gérer de conflits, ces derniers ayant été résolus en amont par l'ensemble des étudiants. Les absences prévisibles (pour formation entre autres) ne doivent pas impacter négativement le fonctionnement du service ou des autres internes, et savoir organiser sa formation fait partie des objectifs des compétences essentielles du médecin généraliste.

2.4 Approche pédagogique de l'enseignement clinique.

Indépendamment des responsabilités propres à leur grade, les seniors hospitaliers ont également un rôle pédagogique majeur dans la mesure où ils serviront de modèles aux futurs médecins qu'ils forment.

En effet, étant les médecins encadrant les IMG pendant les deux-tiers de leur formation (au minimum), ces étudiants auront tendance à prendre les modes de fonctionnement (relationnel avec les patients, travail en équipe, organisation du temps de travail) de leurs maîtres comme prototypes, bien sûr en les adaptant à leur propre fonctionnement. Mais cette adaptation se fait sur la base du modèle des seniors avec lesquels ils travaillent, que ce soit « en bien » pour les reproduire, ou « en mal » pour les éviter.

Toutes ces rencontres entre seniors et IMG contribuent ainsi à façonner les futurs médecins généralistes, sur le plan intellectuel comme relationnel.

Dans leur article intitulé « Les compétences de l'enseignant clinicien et le modèle de rôle en formation clinique » [7], Chamberland et Hivon étudient les différentes facettes pédagogiques des enseignants et de l'enseignement en général dans le domaine médical.

2.4.1 Les compétences de l'enseignant clinicien.

Il faut bien dissocier deux types de compétences chez l'enseignant : la compétence clinique et la compétence pédagogique.

La compétence clinique est la somme des connaissances spécifiques, du raisonnement médical et des capacités de jugement et de communication.

Dans le cadre de la formation médicale, l'enseignant doit être beaucoup plus explicite sur son exercice médical et de son expertise clinique. Il doit prendre conscience de ses raisonnements et de ses actions afin de pouvoir les formaliser aux étudiants, puis de les discuter afin de les transmettre. Cette explicitation a pour but de minimiser la part informelle des enseignements, afin de transmettre un raisonnement médical en complément des connaissances pures.

Cependant, cette explicitation est une difficulté en elle-même, puisque d'une part elle impose de prendre du temps lors de situation qui ne s'y prêtent pas forcément (plusieurs problèmes à régler simultanément, situations d'urgence, etc..) et que d'autre part, la rapidité et l'automatisation des prises en charge font partie de l'expertise clinique.

La compétence pédagogique regroupe l'ensemble des compétences éducatives de l'enseignant. Ce sont notamment les principes d'enseignement et d'apprentissage, et les caractéristiques des étudiants.

Les compétences pédagogiques permettent à l'enseignant clinicien de planifier son enseignement, après avoir évalué les niveaux de compréhension et de connaissances des étudiants, et d'adapter les décisions pédagogiques à la fois aux élèves et aux situations cliniques

Ces compétences pédagogiques sont les outils et modes d'applications des compétences cliniques, les méthodes qui permettent de transmettre le savoir et les raisonnements

médicaux aux étudiants. Cette compétence, autrefois assimilée à l'expertise clinique pure, prend de plus en plus d'importance dans les sciences de l'éducation, et nécessite une formation spécifique des enseignants, quel que soit le domaine d'enseignement.

2.4.2 L'enseignement clinique et ses spécificités.

Chamberland et Hivon définissent cinq spécificités à l'enseignement clinique en médecine :

- une responsabilité particulière et lourde sur les enseignants, car l'objectif final de l'enseignement est la formation de praticiens compétents
- gérer deux processus simultanés de réflexion : celui de résolution du problème de santé du patient (raisonnement clinique), et celui d'un enseignement efficace pour les étudiants (raisonnement pédagogique)
- un contenu de l'enseignement nécessitant d'aborder et de coordonner de multiples dimensions cliniques simultanément
- une grande hétérogénéité des étudiants, en terme de niveaux d'expérience, d'orientations disciplinaires, de parcours, et de contexte de soins
- un contexte d'enseignement qui est celui de la pratique réelle, dans laquelle le contrôle des enseignants est minime sur certains facteurs déterminants : débit des patients, situations cliniques, organisation du temps

Les éléments de la formation clinique sont au nombre de quatre : le patient, l'enseignant, l'étudiant, et le contexte de l'enseignement.

Les interactions entre enseignant et étudiant définissent la formation et peuvent se faire dans deux sens, qui sont deux modalités pédagogiques de l'enseignement clinique : la supervision et le modèle de rôle. Ces deux modalités s'exercent durant les interactions d'une part avec le patient, l'autre part étant en position d'observateur. Elles sont spécifiques à l'enseignement clinique car elles impliquent les trois acteurs, dans le contexte de soin, afin de résoudre la situation médicale du patient en assurant la formation de l'étudiant.

La supervision est la modalité pédagogique dans laquelle se place l'enseignant lorsque l'étudiant est en situation d'exercice clinique avec le patient.

Le modèle de rôle est la modalité pédagogique dans laquelle se place l'enseignant lorsqu'il est lui-même en situation d'exercice clinique, observé par l'étudiant.

Si la supervision est une modalité pédagogique connue, le modèle de rôle est un concept récent qui mérite plus d'explications, afin d'améliorer la formation et l'investissement des enseignants dans cet outil.

2.4.3 Le modèle de rôle.

L'importance du modèle de rôle pour les étudiants, a fortiori pour les internes lors de leur formation médicale, provient du fait que l'enseignement du raisonnement médical, des capacités d'analyse et des capacités relationnelles, ne peut faire l'objet d'un « livre de référence » au même titre que les connaissances pures. De ce fait, les étudiants ont besoin des enseignants comme exemples afin d'intégrer des notions abstraites et complexes, dont l'explication textuelle reste floue en comparaison de la pratique.

Chamberland et Hivon décrivent le modèle de rôle comme « un médecin qui, dans le

contexte de son exercice professionnel, influence l'apprentissage des (étudiants) avec qui il est en contact ». Cette définition contient les différentes influences constatées dans la pratique réelle, en termes de direction et d'importance, qu'elles soient bonnes ou mauvaises.

Par ailleurs, les auteurs définissent les caractéristiques d'un « bon » modèle de rôle. Ces caractéristiques sont celles qui permettent aux étudiants de les identifier et de les choisir en tant que modèles. Ces caractéristiques semblent être perçues de façon similaires par les enseignants et les étudiants, et regroupent trois grandes catégories : l'expertise clinique, les habiletés d'enseignant et les qualités personnelles.

L'expertise clinique est rapportée comme essentielle mais non suffisante, et inclut les capacités de raisonnement comme les capacités de communication.

Les habiletés d'enseignant impliquent une approche de l'enseignement davantage centrée sur l'étudiant, communiquant activement avec lui et fournissant des retours approfondis.

Les qualités personnelles incluent la compassion, le souci de l'autre, l'enthousiasme, mais également le sens de l'humour. De plus, la conscience d'être un modèle de rôle est importante dans ces caractéristiques. Cette conscience se traduirait par une approche plus « active » de leur fonction, une tendance à être plus explicite sur des enseignements qui sont habituellement informels.

Les enseignants eux-mêmes définissent comme barrière au modèle de rôle : l'impatience, la rigidité, le dogmatisme, l'introversion et la surcharge de travail.

Au final, le concept de modèle de rôle est imagé par d'un côté les caractéristique du bon modèle (expertise clinique, habiletés d'enseignant, qualités personnelles) et d'un autre côté les barrières à sa mise en place, l'ensemble mis en balance via les compétences cliniques et la conscience du modèle de rôle.

De plus, les auteurs évoquent l'importance pour les étudiants de pouvoir entrer en contact avec plusieurs modèles de rôle différents, afin de pouvoir développer progressivement leur propre « personnalité » médicale.

Enfin, les auteurs soulignent les grandes limites du modèle de rôle : son caractère fréquemment tacite et implicite. Ceci s'accompagne de risques connus : variabilité des interprétations par les étudiants, de leur acceptation de certaines actions sans explication, difficulté de remise en question et de réflexion pour les étudiants.

En conclusion, Chamberland et Hivon, dans leur article, définissent le professeur clinicien expert à travers deux champs de compétences : clinique et pédagogique. Il définissent également les deux modalités pédagogiques à privilégier dans la formation clinique médicale : supervision et modèle de rôle.

2.5 Pourquoi évaluer la situation.

Comme nous venons de le voir, la formation pédagogique des IMG repose en grande partie sur les épaules des seniors de médecine hospitaliers, et est encadrée par des textes légaux associée des objectifs pédagogiques spécifiques définis par une structure référente régionale.

Cependant, nos recherches bibliographiques n'ont abouti à aucune source évaluant concrètement les connaissances et l'implication pratique de ces seniors.

Il est certain que tous les services dont l'agrément pour la médecine générale est maintenu dispensent une formation qui apparaît satisfaisante aux IMG (via leur évaluation positive en fin de stage), mais le concept de l'auto-évaluation peut biaiser ce jugement, car l'interne en début de cursus n'a pas le même regard sur sa formation que celui de sixième semestre (tel est l'objectif pédagogique du DES).

Dès lors, sachant la place qu'occupent les seniors dans la formation, théorique comme pratique, intellectuelle comme relationnelle, des futurs médecins généralistes, il nous paraît nécessaire de pouvoir juger réellement de leur implication pédagogique. En effet, la connaissance des objectifs du DES, de son organisation, de ses méthodes de validation, nous paraissent des éléments déterminants afin de former au mieux les IMG.

Par ailleurs, n'ayant retrouvé aucune trace de formation spécifique à l'attention de ces seniors, il semble que leurs seules sources d'information sur le DES de MG (organisation comme objectifs) proviennent des IMG qu'ils encadrent.

Là encore, par la logique même de la formation en médecine générale, les explications fournies par un interne de premier semestre seront forcément différentes de celles d'un sixième semestre, puisque le but du DES est justement de leur donner un regard de médecin généraliste, sur les situations cliniques comme sur leur propre formation.

On en conclut donc que les connaissances dont disposent les seniors sur le DES de MG sont un assemblage de différentes informations, fournies par différents IMG, ce qui ne favorise pas une formation « standardisée » dans la mesure où les objectifs de cette formation sont fluctuants.

De plus, les compétences pédagogiques des enseignants ne reposent pas uniquement sur les connaissances pures, mais également sur leurs habiletés pédagogiques et leur intégration des concepts de supervision et de modèle de rôle. Ces compétences ne sont pas simplement « innées » et liées à l'expertise clinique, mais nécessitent une explicitation, par et pour les enseignants, afin de les rendre plus efficaces.

Dans cette optique, les MSU doivent suivre une formation spécifique afin d'obtenir l'agrément les autorisant à recevoir des IMG. Cette formation a pour but de préparer les futurs enseignants à l'encadrement des différents étudiants qu'ils pourraient recevoir, et est organisée par le Collège National des Généralistes Enseignants.

Elle se déroule en 5 volets, sous forme de séminaires :

- le premier séminaire a pour thème « initiation à la maîtrise de stage » et pour objectif général « acquérir les éléments conceptuels, théoriques, administratifs et pratiques

nécessaires à la maîtrise de stage ambulatoire en troisième cycle de médecine générale ». Il définit les cadres légaux des stages, ce qu'il est possible d'enseigner, comment gérer la relation entre le médecin, l'étudiant et le patient, utiliser les outils pédagogiques ; c'est le séminaire qui a la thématique la plus large et la plus ouverte

- le second séminaire aborde l'encadrement des externes en stage long en médecine générale
- le troisième séminaire a pour thème « la supervision directe en maîtrise de stage »
- le quatrième séminaire étudie « la supervision indirecte en maîtrise de stage »
- le cinquième séminaire aborde la « supervision du futur médecin généraliste en stage ambulatoire en autonomie supervisée » (le SASPAS)

A l'opposé, il n'y a pas de formation institutionnelle, organisée par la médecine générale, à l'attention des seniors de spécialité impliqués dans la formation des IMG.

Par contre, il est certain que les séminaires de formation des MSU sont d'importants outils pour ces derniers, afin d'optimiser non pas leurs connaissances, mais la manière de les transmettre.

Ce constat ne fait que renforcer la nécessité d'une évaluation de la situation, car si les médecins généralistes ont besoin d'une formation spécifique afin de former les futurs médecins généralistes, il paraît raisonnable de supposer que les seniors hospitaliers puissent également en tirer un bénéfice, en premier lieu sur le fonctionnement de la médecine générale et les compétences et apprentissages spécifiques qui y sont liés.

2.6 Objectifs.

L'objectif de cette étude est double :

- Evaluer les connaissances et l'implication pratique des seniors de médecine dans la formation spécifique des IMG, par rapport aux objectifs du DMG et aux obligations liées à l'agrément, afin de répondre à la question suivante :
 - Quelle est l'implication des seniors hospitaliers dans la formation spécifique aux IMG ?
- Evaluer l'impact d'une information spécifique à l'égard des seniors de médecine sur leur implication pédagogique, afin de répondre à la question suivante :
 - Cette implication peut-elle être modifiée par une information ?

L'hypothèse de travail est qu'en pratique, les seniors hospitaliers ne connaissent que partiellement leur rôle pédagogique dans le DES de médecine générale, malgré l'existence d'objectifs pédagogiques spécifiques, et que cette méconnaissance vient d'une carence d'information en amont.

L'hypothèse associée est qu'une information spécifique pourrait améliorer leur implication en améliorant leurs connaissances.

MATERIEL ET METHODES

3 MATERIEL ET METHODES

3.1 Objectifs.

L'objectif de l'étude était :

- Objectif principal : évaluer les connaissances et l'implication des seniors de médecine dans la formation des IMG
- Objectif secondaire : informer et évaluer l'impact de cette information sur les seniors de médecine.

3.2 Type d'étude.

Il s'agit d'une étude interventionnelle, avec à une évaluation avant et après l'envoi d'une information.

3.3 Population étudiée.

Afin d'obtenir une unité de lieu dans le recueil des données, le site du Centre Hospitalier Saint-Louis de La Rochelle (Charente-Maritime) a été défini comme unique site hospitalier étudié.

La population interrogée a été sélectionnée parmi l'ensemble des services agréés pour la médecine générale durant l'année 2010-2011, donc agréés au début du semestre de mai à novembre 2011 au cours duquel cette enquête a été réalisée.

Les 18 services concernés sont :

- Diabétologie – Endocrinologie
- Gériatrie – Court Séjour
- Gynécologie – Obstétrique
- Hospitalisation à Domicile
- Médecine A – Cardiologie
- Médecine B – Neurologie
- Médecine E – Gastro-Entérologie
- Médecine Interne – Maladies Infectieuses
- Médecine Polyvalente
- Néphrologie
- Oncologie Médicale
- Pédiatrie
- Pneumologie
- Psychiatrie Adultes – Secteur 1
- Psychiatrie Adultes – Secteur 2
- Psychiatrie Adultes – Secteur 3
- Unité Médicale Douleurs et Soins Palliatifs (UMDSP)
- Urgences – SAMU – SMUR

Pour chacun de ces services, tous les praticiens ont été interrogés (chefs de service, praticiens temps plein ou temps partiel, hospitaliers ou contractuels).

Les attachés ont été exclus de l'étude au vu de leur mode d'exercice particulier, les écartant

de la formation hospitalière des IMG.

La liste des seniors a été fournie par l'administration du centre hospitalier, et contrôlée auprès des secrétariats de chaque service.

La population étudiée comprenait au final 119 seniors au début de l'étude, 1 senior supplémentaire ayant été ajouté durant le second questionnaire et portant le nombre final de sondés à 120.

3.4 Observation : Questionnaire 1.

Ce questionnaire a été conçu en plusieurs temps. Il a fait l'objet de 4 versions différentes, afin d'en affiner le contenu, d'évaluer différentes présentations, et a été testé auprès de plusieurs médecins (3 urgentistes, 1 médecin généraliste, 1 senior de médecine et 1 interne de spécialité médicale). La version utilisée est la quatrième version.

3.4.1 Contenu.

Le Questionnaire 1 est celui évaluant l'implication des seniors dans le DES de MG et leurs connaissances sur ce dernier. Il est disponible en Annexe 4.

Il est articulé autour de ces 2 thèmes, les connaissances puis l'implication « pratique » dans la formation des IMG. L'implication a été évaluée par une succession de situations pédagogiques auxquelles les sondés devaient répondre selon leur pratique.

Un item « commentaires libres » était également prévu à la fin du questionnaire.

La première catégorie des variables étudiées porte sur les connaissances au sujet du DES de MG. Elle comporte 3 sous-catégories :

- L'agrément du service : recherche de la participation au dossier d'agrément, et de la connaissance d'objectifs et de projets pédagogiques spécifiques liés
- Le fonctionnement du DES de MG : connaissance du carnet d'auto-évaluation, des principaux travaux pédagogiques et des travaux de fin d'étude
- La maquette du DES de MG : questions ouvertes portant sur le nombre de semestres prévus dans la maquette, et sur les lieux de stage obligatoires

La deuxième catégorie porte sur l'implication dans la formation pratique des IMG. Elle comporte 5 sous-catégories :

- L'enseignement théorique : recherche d'objectifs spécifiques aux IMG, modalités de choix, et modalités de réalisation en pratique
- L'enseignement technique : recherche d'objectifs spécifiques aux IMG, et modalités de choix
- L'enseignement des compétences relationnelles : implication des seniors dans les aptitudes de communication et d'éducation thérapeutique des IMG, et implication de ces derniers dans les réseaux de soins spécifiques au lieu de stage
- L'enseignement des connaissances réglementaires : implication des IMG dans les démarches médico-administratives
- Le contrôle des connaissances : recherche d'un contrôle des connaissances pour les enseignements théoriques, pratiques et réglementaires, et modalités de ce contrôle

3.4.2 Chronologie.

Ce questionnaire a fait l'objet de 3 envois durant le semestre où s'est faite notre étude.

Les 2 premiers envois se sont faits par mails (10/07/2011 et 15/08/2011) puis un envoi mail couplé au dépôt en version imprimée du questionnaire et de la lettre introductive (22/09/2011).

Les questionnaires ont été spécifiquement adressés aux praticiens sur leur adresse mail professionnelle du centre hospitalier, fournies par l'administration du CH et contrôlées auprès de chaque secrétariat. Les versions imprimées ont été spécifiquement adressées aux seniors n'ayant pas répondu par mail, et déposées directement dans les secrétariats concernés.

3.5 Intervention et Observation : Questionnaire 2.

Le Questionnaire 2 et la brochure ont été réalisés en 2 versions, afin d'en améliorer leur présentation. C'est la deuxième version qui est utilisée.

3.5.1 Contenu.

Il avait pour but d'apporter une information aux seniors concernant le DES de MG et d'évaluer l'impact de cette information.

Il comporte 2 documents :

- une brochure d'information, directement imprimable en 2 pages, comportant des informations sur le fonctionnement du DES et de l'agrément, les compétences du médecin généraliste, et la place des seniors de médecine dans le cursus des IMG. Cette brochure d'information est disponible en Annexe 5.
- un second questionnaire, qui reprend les items du premier questionnaire et ajoute une catégorie de questions portant sur la brochure d'information. Ce second questionnaire est disponible en Annexe 6.

Les nouvelles variables étudiées dans ce second questionnaire portent sur l'évaluation de la brochure d'information, et comportent 3 sous-catégories :

- Utilisation de la brochure d'information et impact, sur les validations de stage ou l'organisation des prochains stages
- Appréciation du contenu de la brochure d'information
- Appréciation de la forme de l'information

3.5.2 Chronologie.

Ce second questionnaire a fait l'objet de 2 envois mail, le premier à la fin du semestre de notre étude (26/10/2011), le second durant le semestre suivant (06/01/2012).

L'envoi s'est fait aux mêmes adresses mail que lors du premier questionnaire, selon les mêmes modalités.

3.6 Evaluation des résultats.

3.6.1 Types de réponses.

Nous avons retrouvé trois types de réponses aux questionnaires :

- seniors répondants aux questionnaires
- seniors ne répondant à aucune question, le renvoi du questionnaire étant accompagné de la justification « je ne suis pas concerné par cette étude »
- seniors n'ayant pas répondu aux questionnaires, sans motif renvoyé

Nous avons défini 2 types de réponses aux questions :

- réponses correspondant aux réponses proposées (« oui », « non », « non applicable » ou réponses adaptées aux questions ouvertes)
- absence de réponse donnée à une question : cette absence a été considérée comme une réponse négative

3.6.2 Mode de tri des réponses.

Les réponses ont été manuellement réunies, pour le premier questionnaire puis pour le second questionnaire.

Tout d'abord, les réponses de chaque senior ont été recueillies, puis rassemblées par service. Par la suite, les résultats des services ayant l'agrément pour un stage de médecine adulte de type A (directement validant dans la maquette) ont été regroupés, ainsi que ceux de pédiatrie et de gynécologie-obstétrique, ceux du service des urgences étant déjà à part, permettant de comparer les résultats des pools de service correspondant à des lieux de stage obligatoires de la maquette.

De même, pour chaque questionnaire, le total des réponses (tous services confondus) a été fait, permettant l'obtention des pourcentages globaux de réponses.

Enfin, les résultats des seniors ayant répondu aux 2 questionnaires ont été repris afin d'évaluer les changements de réponses.

RESULTATS

4 RESULTATS

4.1 Questionnaire 1 : évaluation des connaissances et de l'implication.

4.1.1 Nombre de réponses.

Le premier questionnaire a été adressé à 119 seniors.

Le taux de réponse global est de 41,2%, avec 49 répondants.

Sur ces 49 réponses :

- 29 réponses ont été obtenues par mail
- 18 réponses ont été obtenues en version manuscrite
- 2 seniors ont répondu qu'ils n'étaient pas concernés par cette étude.

Les résultats globaux seront donc analysés sur 47 seniors répondants.

4.1.2 Description de la population.

4.1.2.1 Population des seniors répondant au premier questionnaire.

➤ Age

Les réponses pour l'âge sont au nombre de 45, 2 personnes n'ayant pas renseigné cette question.

L'âge moyen global est de 41 ans, les bornes étant 27 et 68 ans.

Dans la tranche d'âge de 34 ans et moins, on trouve 16 personnes, la moyenne d'âge étant 30,9 ans, les bornes étant 27 et 33 ans.

Dans la tranche d'âge de 35 à 55 ans, on trouve 21 personnes, la moyenne d'âge étant 41,2 ans, les bornes étant 35 et 50 ans.

Dans la tranche d'âge de 56 ans et plus, on trouve 8 personnes, la moyenne d'âge étant 60,6 ans, les bornes étant 56 et 68 ans.

➤ Sexe

Sur les 47 réponses, on retrouve 25 femmes et 22 hommes, soit un sex ratio (femme/homme) de 1.14.

➤ Présence d'IMG durant le semestre en cours

17 services différents présentent au moins 1 senior ayant répondu au premier questionnaire. Parmi eux, 11 services ont répondu avoir des IMG, 5 ont répondu ne pas en avoir.

1 service a donné des réponses discordantes (2 « oui », 2 « non ») mais au vu d'une des réponses « non », il est possible que l'autre senior ayant répondu travaille lui aussi dans une unité sans IMG, pendant que les 2 seniors ayant répondu « oui » accueillent des IMG dans une autre unité du même service.

➤ Grades

Au vu des documents fournis par l'administration, on peut établir 3 populations selon les grades.

Les chefs de service sont au nombre de 7 à avoir répondu au premier questionnaire, l'un d'entre eux ayant répondu qu'il n'était pas concerné. Au total, 17 chefs de service différents ont été interrogés (les postes de médecins coordonnateurs de l'HAD sont assurés par un médecin de gynécologie-obstétrique, et un médecin de l'UMDSP).

Les praticiens sont au nombre de 35 à avoir répondu, l'un d'entre eux ayant répondu qu'il n'était pas concerné. Au total, 93 praticiens différents ont été interrogés.

Les assistants sont au nombre de 7, tous ayant répondu au questionnaire. Au total, 9 assistants ont été interrogés.

Il faut souligner que les grades des seniors ayant répondu ont été obtenus via les informations données par le CH La Rochelle, et non pas à travers une question du questionnaire, ce qui nous permet d'avoir les grades des 49 répondants.

➤ Ancienneté

3 groupes ont été définis, un groupe de 4 ans ou moins, un groupe de 5 à 10 ans, et un groupe de 11 ans et plus.

Cette segmentation se base sur la durée d'un agrément (5 ans en théorie), et permet d'avoir un groupe qui n'a potentiellement jamais connu d'agrément, un groupe qui a forcément connu au moins un agrément de son service, et un dernier groupe qui a forcément connu au moins 2 agréments de son service.

Dans le groupe de 4 ans d'ancienneté ou moins, on retrouve 20 seniors.

Dans le groupe de 5 à 10 ans d'ancienneté, on retrouve 13 seniors.

Dans le groupe de 11 ans d'ancienneté ou plus, on retrouve 14 seniors.

4.1.2.2 Description des pools.

Parallèlement, les résultats seront spécifiquement analysés pour les pools correspondant à des stages obligatoires de la maquette du DES.

➤ Pool Médecine d'Urgence :

Il est composé uniquement des réponses des seniors du service Urgences – SAMU – SMUR. Sur un total de 28 seniors contactés, 10 ont répondu au premier questionnaire.

➤ Pool Pédiatrie ou Gynécologie :

Il est composé des services de Pédiatrie (8 sondés) et de Gynécologie-Obstétrique (8 sondés).

Sur un total de 16 seniors contactés, 10 ont répondu au premier questionnaire.

➤ Pool Médecine d'Adulte :

Ce pool regroupe les services directement validants pour le stage de médecine d'adulte dans la maquette du DES, donc ceux ayant un agrément de type A.

Durant le semestre de notre étude, ces services étaient :

- Médecine Polyvalente (5 sondés)
- Médecine Interne – Maladies Infectieuses (3 sondés)
- Diabétologie – Endocrinologie (6 sondés)
- Gériatrie Court Séjour (3 sondés)

Sur un total de 17 seniors contactés, 8 ont répondu au premier questionnaire.

Les résultats sont présentés par thème et par item correspondant aux différentes questions du questionnaire. La numérotation des items est fournie en annexe 7.

4.1.3 L'agrément du service pour la médecine générale.

- Item I-1-1 (« avez-vous participé à la constitution du dossier d'agrément de votre service ? »)

Population	Nombre de réponses « oui » / Nombre de répondants	Pourcentage
Générale	5/47	10,6%
Médecine d'Urgence	0/10	0%
Pédiatrie et Gynécologie	1/10	10%
Médecine Adulte type A	2/8	25%

- Item I-1-2 (« connaissez-vous les objectifs et projets pédagogiques spécifiques liés à cet agrément ? »)

Population	Nombre de réponses « oui » / Nombre de répondants	Pourcentage
Générale	7/47	14,9%
Médecine d'Urgence	0/10	0%
Pédiatrie et Gynécologie	0/10	0%
Médecine Adulte type A	3/8	37,5%

- Item II-1-1-2 (choix d'objectifs pédagogiques théoriques spécifiques aux IMG, fait strictement selon l'agrément)

Dans la population générale, on retrouve 2 réponses « oui ».

Cependant, seul un senior parmi eux avait répondu « oui » à l'item I-1-2, nous n'avons donc qu'une seule réponse valable.

De fait, sur les 7 seniors déclarant connaître les objectifs pédagogiques spécifiquement liés à l'agrément, seul 1 déclare les utiliser pour définir des objectifs pédagogiques aux IMG, soit 14,3% (1/7).

Dans les résultats par pools, on ne retrouve qu'une seule réponse « oui », dans le pool Médecine d'Adulte, venant d'un senior ayant répondu « oui » à l'item I-1-2.

4.1.4 La maquette du DES.

- Item I-3-1 (« connaissez-vous le nombre de semestres prévus dans la maquette ? »)

Population	Nombre de réponses correctes (6 semestres) / Nombre de répondants	Pourcentage
Générale	34/47	72,3%
Médecine d'Urgence	7/10	70%
Pédiatrie et Gynécologie	6/10	60%
Médecine Adulte type A	7/8	87,5%

4.1.5 Les travaux du DES.

- Items I-2-2-x (« connaissez-vous les travaux suivants, nécessaires à la validation du DES et réalisables dans votre service ? »)

Les items répondant à cette question sont les suivants :

- Item I-2-2-1 : le dossier d'apprentissage (DDA)
- Item I-2-2-2 : les RSCA
- Item I-2-2-3 : les GEAPI
- Item I-2-2-4 : les séminaires
- Item I-2-2-5 : le mémoire de DES

Population	Pourcentage de réponses « oui » (Réponses / Répondants)				
	Item I-2-2-1 DDA	Item I-2-2-2 RSCA	Item I-2-2-3 GEAPI	Item I-2-2-4 Séminaires	Item I-2-2-5 Mémoire
Générale	21.3% (10/47)	51% (24/47)	23.4% (11/47)	80.9% (38/47)	85.1% (40/47)
Médecine d'Urgence	30% (3/10)	60% (6/10)	40% (4/10)	100% (10/10)	90% (9/10)
Pédiatrie et Gynécologie	20% (2/10)	50% (5/10)	20% (2/10)	80% (8/10)	100% (10/10)
Médecine Adulte type A	12.5% (1/8)	62.5% (5/8)	25% (2/8)	100% (8/8)	100% (8/8)

- Items I-2-3-x (« dirigez-vous certains des travaux d'IMG suivants ? »)

Les items répondant à cette question sont les suivants :

- Item I-2-3-1 : mémoire de DES de MG
- Item I-2-3-2 : mémoire de DESC (quel qu'il soit) d'un(e) IMG
- Item I-2-3-3 : thèse d'un(e) IMG

Population	Pourcentage de réponses « oui » (Réponses / Répondants)		
	Item I-2-3-1 Mémoire de DES	Item I-2-3-2 Mémoire de DESC	Item I-2-3-3 Thèse
Générale	4.3% (2/47)	6.4% (3/47)	27.7% (13/47)
Médecine d'Urgence	0% (0/10)	20% (2/10)	30% (3/10)
Pédiatrie et Gynécologie	0% (0/10)	0% (0/10)	30% (3/10)
Médecine Adulte type A	0% (0/8)	0% (0/8)	25% (2/8)

4.1.6 Le carnet d'auto-évaluation.

- Item I-2-1 (« connaissez-vous le carnet d'auto-évaluation des IMG ? »)

Population	Nombre de réponses « oui » / Nombre de répondants	Pourcentage
Générale	19/47	40,4%
Médecine d'Urgence	7/10	70%
Pédiatrie et Gynécologie	6/10	60%
Médecine Adulte type A	2/8	25%

- Dans la population générale :

Parmi les 19 réponses, seules 2 personnes déclarent utiliser le carnet d'auto-évaluation pour définir des objectifs théoriques spécifiques aux IMG (item II-1-1-3).

Toujours parmi ces 19 réponses, seule 1 personne déclare utiliser le carnet d'auto-évaluation pour définir des objectifs techniques spécifiques aux IMG (item II-2-1-1).

Enfin, également parmi ces 19 réponses, aucun ne déclare utiliser le carnet d'auto-évaluation pour le contrôle des connaissances de l'IMG (item II-5-2-3).

- Parmi les pools spécifiques :

Parmi ces réponses « oui », seul 1 senior (pool Urgences) déclare utiliser le carnet d'auto-évaluation pour définir des objectifs théoriques spécifiques aux IMG (item II-1-1-3).

Toujours parmi ces réponses « oui », seul 1 senior (pool Urgences) déclare utiliser le carnet d'auto-évaluation pour définir des objectifs techniques spécifiques aux IMG (item II-2-1-1).

Enfin, également parmi ces réponses « oui », aucun senior ne déclare utiliser le carnet d'auto-évaluation pour le contrôle des connaissances de l'IMG (item II-5-2-3).

4.1.7 L'enseignement théorique.

- Item II-1-1 (« avez-vous défini des objectifs spécifiques aux IMG ? »)

Population	Nombre de réponses « oui » / Nombre de répondants	Pourcentage
Générale	13/47	27,7%
Médecine d'Urgence	4/10	40%
Pédiatrie et Gynécologie	2/10	20%
Médecine Adulte type A	4/8	50%

- Items II-1-1-x (« comment ces objectifs sont-ils choisis ? »)

Parmi les réponses « oui », les critères de choix des objectifs spécifiques aux IMG explorés sont les suivants :

- Item II-1-1-1 : « selon votre propre expérience »
- Item II-1-1-2 : « strictement selon l'agrément »
- Item II-1-1-3 : « d'après le contenu du carnet d'auto-évaluation »
- Item II-1-1-4 : « sur proposition des IMG »

Population	Pourcentage de réponses « oui » (Réponses / Répondants)			
	Item II-1-1-1 Expérience	Item II-1-1-2 Agrément	Item II-1-1-3 Carnet	Item II-1-1-4 Proposition IMG
Générale	92.3% (12/13)	7.7% (1/13)	15.4% (2/13)	84.6% (11/13)
Médecine d'Urgence	100% (4/4)	0% (0/4)	25% (1/4)	100% (4/4)
Pédiatrie et Gynécologie	100% (2/2)	0% (0/2)	0% (0/2)	100% (2/2)
Médecine Adulte type A	100% (4/4)	25% (1/4)	0% (0/4)	100% (4/4)

Dans la population générale, il faut signaler qu'à l'item II-1-1-2 (l'agrément), 2 personnes avaient répondu utiliser l'agrément pour définir des objectifs théoriques spécifiques, mais 1 seule avait déclaré connaître les objectifs pédagogiques spécifiques liés à l'agrément (item I-1-2), 1 seule réponse « oui » est donc prise en compte.

- Items II-1-2-x (« comment réalisez-vous cet enseignement (spécifique ou non), en pratique »)

Les items répondant à cette question sont les suivants :

- Item II-1-2-1 : cours formels « en salle » (planning et contenus définis)
- Item II-1-2-2 : consultations en présence d'internes
- Item II-1-2-3 : visite « professorale » anticipée et dédiée à un thème ou pathologie
- Item II-1-2-4 : au cas-par-cas au pied du lit du patient

Population	Pourcentage de réponses « oui » (Réponses / Répondants)			
	Item II-1-2-1 Cours	Item II-1-2-2 Consultations	Item II-1-2-3 Visite dédiée	Item II-1-2-4 Au cas-par-cas
Générale	66% (31/47)	59.6% (28/47)	4.3% (2/47)	89.4% (42/47)
Médecine d'Urgence	100% (10/10)	100% (10/10)	0% (0/10)	100% (10/10)
Pédiatrie et Gynécologie	100% (10/10)	80% (8/10)	10% (1/10)	100% (10/10)
Médecine Adulte type A	75% (6/8)	62.5% (5/8)	12.5% (1/8)	100% (8/8)

- Item II-5-1-1 (« contrôlez-vous les acquis des IMG pour l'enseignement théorique ? »)

Population	Nombre de réponses « oui » / Nombre de répondants	Pourcentage
Générale	23/47	48,9%
Médecine d'Urgence	6/10	60%
Pédiatrie et Gynécologie	6/10	60%
Médecine Adulte type A	4/8	50%

4.1.8 L'enseignement de gestes techniques spécifiques.

- Item II-2-1 (« existe-t-il un enseignement spécifiquement dédié aux IMG, portant sur les gestes les plus fréquents de votre spécialité ? »)

Population	Nombre de réponses « oui » / Nombre de répondants	Pourcentage
Générale	18/47	38,3%
Médecine d'Urgence	7/10	70%
Pédiatrie et Gynécologie	2/10	20%
Médecine Adulte type A	3/8	37,5%

- Items II-2-1-x (« comment ces gestes sont-ils choisis ? »)

Parmi les réponses « oui », les items répondant à cette question sont les suivants :

- Item II-2-1-1 : « d'après le contenu du carnet d'auto-évaluation »
- Item II-2-1-2 : « sur proposition des IMG »
- Item II-2-1-3 : « au cas-par-cas devant la situation (consultation ou patient hospitalisé) »
- Item II-2-1-4 : « selon votre propre expérience »

Population	Pourcentage de réponses « oui » (Réponses / Répondants)			
	Item II-2-1-1 Carnet	Item II-2-1-2 Proposition des IMG	Item II-2-1-3 Au cas-par-cas	Item II-2-1-4 Expérience
Générale	5.6% (1/18)	77.8% (14/18)	88.9% (16/18)	88.9% (16/18)
Médecine d'Urgence	14.3% (1/7)	85.7% (6/7)	85.7% (6/7)	85.7% (6/7)
Pédiatrie et Gynécologie	0% (0/2)	50% (1/2)	100% (2/2)	100% (2/2)
Médecine Adulte type A	0% (0/3)	100% (3/3)	100% (3/3)	100% (3/3)

- Item II-5-1-2 (« contrôlez-vous les acquis des IMG pour l'enseignement de gestes techniques ? »)

Population	Nombre de réponses « oui » / Nombre de répondants	Pourcentage
Générale	25/47	53,2%
Médecine d'Urgence	6/10	60%
Pédiatrie et Gynécologie	6/10	60%
Médecine Adulte type A	7/8	87,5%

4.1.9 Les compétences relationnelles et de communication.

- Item II-3-1 (« supervisez-vous les aptitudes de communication des IMG avec les patients et leur entourage ? »)

Population	Nombre de réponses « oui » / Nombre de répondants	Pourcentage
Générale	34/47	72,3%
Médecine d'Urgence	7/10	70%
Pédiatrie et Gynécologie	8/10	80%
Médecine Adulte type A	8/8	100%

- Item II-3-2 (« supervisez-vous l'éducation thérapeutique des patients faite par les IMG ? »)

Population	Nombre de réponses « oui » / Nombre de répondants	Pourcentage
Générale	26/47	55,3%
Médecine d'Urgence	4/10	40%
Pédiatrie et Gynécologie	8/10	80%
Médecine Adulte type A	4/8	50%

- Item II-3-3 (« impliquez-vous les IMG dans les réseaux de soins spécifiques à votre service ? »)

Population	Nombre de réponses « oui » / Nombre de répondants	Pourcentage
Générale	19/47	40,4%
Médecine d'Urgence	5/10	50%
Pédiatrie et Gynécologie	5/10	50%
Médecine Adulte type A	4/8	50%

4.1.10 Les connaissances réglementaires.

- Item II-4-1 (« impliquez-vous les IMG dans les démarches médico-administratives rencontrées en médecine générale ambulatoire ? »)

Population	Nombre de réponses « oui » / Nombre de répondants	Pourcentage
Générale	21/47	44,7%
Médecine d'Urgence	2/10	20%
Pédiatrie et Gynécologie	6/10	60%
Médecine Adulte type A	4/8	50%

- Item II-5-1-3 (« contrôlez-vous les acquis des IMG pour les connaissances réglementaires ? »)

Population	Nombre de réponses « oui » / Nombre de répondants	Pourcentage
Générale	15/47	31,9%
Médecine d'Urgence	4/10	40%
Pédiatrie et Gynécologie	4/10	40%
Médecine Adulte type A	5/8	62,5%

4.1.11 Les modalités du contrôle des connaissances.

- Items II-5-2-x (« sous quelle forme se fait ce contrôle des connaissances »)

Les items répondant à cette question sont les suivants :

- Item II-5-2-1 : évaluation continue par l'observation de l'IMG
- Item II-5-2-2 : interrogation spécifique sur un sujet supposé acquis
- Item II-5-2-3 : par le carnet d'auto-évaluation

Les seules réponses prises en compte sont celles des seniors ayant répondu au moins une fois « oui » aux items concernant le contrôle des acquis (II-5-1-1 : enseignement théorique, II-5-1-2 : enseignement de gestes techniques ou II-5-1-3 : connaissances réglementaires).

Dans la population générale, ce groupe représente 29 seniors.

Dans le pool Urgences, ce groupe représente 6 seniors.

Dans le pool Pédiatrie et Gynécologie, ce groupe représente 7 seniors.

Dans le pool Médecine Adulte type A, ce groupe représente 7 seniors.

Population	Pourcentage de réponses « oui » (Réponses / Répondants)		
	Item II-5-2-1 Observation continue	Item II-5-2-2 Interrogation	Item II-5-2-3 Carnet
Générale	96.6% (28/29)	34.5% (10/29)	0% (0/29)
Médecine d'Urgence	83.3% (5/6)	0% (0/6)	0% (0/6)
Pédiatrie et Gynécologie	100% (7/7)	28.6% (2/7)	0% (0/7)
Médecine Adulte type A	100% (7/7)	57.1% (4/7)	0% (0/7)

4.2 Second questionnaire : évaluation de l'impact de l'information.

Le taux de réponse au second questionnaire, et surtout le nombre de seniors ayant répondu successivement au premier et au second questionnaire, sont trop peu importants pour permettre de dégager des résultats significatifs.

Par ailleurs, la méthodologie appliquée à ce deuxième questionnaire ne permet pas de pouvoir conclure à une différence significative qui serait liée à notre information, car le délai entre la délivrance de l'information et le second questionnaire est trop court. En effet, l'information a été délivrée en même temps que le second questionnaire, sans demander de délai de réponse, mais après évaluation auprès d'une statisticienne, il s'avère qu'un délai minimal de 6 mois entre l'information et le second questionnaire aurait été nécessaire.

Ces résultats sont donc fournis en Annexe 8, et ne serviront que pour évoquer des pistes, ou des tendances possibles dans l'interprétation des résultats.

DISCUSSION

5 DISCUSSION

Au terme de notre étude, et au vu des différents taux de réponses, les résultats principaux sont ceux du premier questionnaire (47 réponses exploitables sur 119 seniors sondés, soit 39.5%). Ils permettent de répondre au premier objectif de notre travail, une description de la population des seniors de médecine quant à leurs connaissances et leur implication dans le DES de Médecine Générale.

Avant d'aborder les éléments spécifiques de notre étude, il est important de rappeler quelle est l'importance de la formation des IMG.

L'arrêté du 12 juillet 2010, publié par le ministère de la santé et des sports [8], définit le nombre d'internes à former, par spécialité ou discipline, par région, par année, et pour la période de 2010 à 2014.

Le nombre total d'internes à former pour la période 2010-2014 est de 38578, regroupant les spécialités médicales, les spécialités chirurgicales, la médecine générale, l'anesthésie-réanimation, la biologie médicale, la gynécologie médicale, la gynécologie obstétrique, la médecine du travail, la pédiatrie, la psychiatrie et la santé publique.

Sur cette période, le nombre total d'internes à former :

- pour les spécialités médicales : 6790, soit 17.6% du total des internes à former
- pour les spécialités chirurgicales : 3126, soit 8.1% du total
- pour la gynécologie (médicale et obstétrique) : 1089, soit 2.8% du total
- pour la pédiatrie : 1396, soit 3.6% du total
- pour la médecine générale : 20644, soit 53.5% du total

La question de la formation des IMG par les seniors revêt alors une importance majeure à la lumière de ces chiffres, puisqu'il s'agit de plus de la moitié des internes annuellement formés, et que cette formation, actuellement, se fait pour au moins les deux-tiers en milieu hospitalier.

5.1 Limites de l'étude.

Les biais et faiblesses de notre étude ont été étudiés avec l'aide de la statisticienne du centre hospitalier de La Rochelle.

En premier lieu, la réalisation de l'étude sur un seul centre hospitalier introduit un biais dans la sélection de la population, qui reste limitée localement et donc potentiellement soumise à des contraintes ou des habitudes d'enseignement spécifiques que l'on pourrait ne pas retrouver ailleurs.

De même, il faut signaler que mon propre cursus d'interne m'a amené à être en contact avec un certain nombre des seniors interrogés, puisque j'ai pu effectuer 4 de mes stages sur ce site. C'est également ce fait qui nous a poussés à rester sur une étude quantitative descriptive, et non pas qualitative.

L'exploration de l'expérience des seniors n'est pas utilisable, car reposant uniquement sur leur ancienneté d'exercice dans leur service actuel. Au vu de l'importance de l'expérience des seniors dans nos résultats, il est certain que ce paramètre mérite une étude plus adaptée.

Enfin, la principale faiblesse de notre étude réside dans la méthodologie du second questionnaire, et dans son faible taux de réponse. En effet, ces résultats ne permettent pas, après évaluation auprès d'une statisticienne, de dégager de résultats significatifs afin de répondre au deuxième objectif de notre étude, qui était de savoir si l'implication pouvait être modifiée par une information. Ces résultats peuvent, au mieux, dégager une tendance qui demandera à être confirmée sur un plus grand nombre de réponses.

L'envoi de la brochure d'information a été couplé à l'envoi du deuxième questionnaire, alors qu'il aurait fallu un délai beaucoup plus important (de l'ordre de 6 mois) entre ces deux envois, afin de permettre un véritable changement de fonctionnement que l'on aurait pu constater lors d'un second questionnaire.

De plus, dans l'optique de notre objectif secondaire, les réponses exploitables auraient été celles de seniors ayant répondu aux deux questionnaires successifs. Dans notre cas, le pourcentage de réponse ne s'élève qu'à 12.5% de l'ensemble de la population interrogée, ce qui reste faible.

Pour finir, sur le faible nombre de répondants que nous avons obtenu au second questionnaire, l'un d'entre eux disait avoir déjà rempli ce questionnaire (alors que seul le premier questionnaire avait eu réponse), et il est certain que la manière dont est présentée aux seniors ce second questionnaire serait à revoir et puisse être responsable du faible taux de réponse.

En conséquence, le projet initial de notre travail (étude interventionnelle) a été recentré sur une étude descriptive transversale, se basant sur les résultats du premier questionnaire seulement.

Notre étude présente en contrepartie certaines forces.

En premier lieu, il s'agit d'un travail original, dans le sens où malgré nos recherches, personnelles comme avec l'aide des bibliothécaires de la faculté de Poitiers, nous n'avons trouvé aucune étude comparable à la nôtre.

En effet, l'essentiel de la bibliographie retrouvée s'intéressait aux points de vue des internes eux-mêmes (sur leur formation, leur vision de l'avenir) mais nous n'avons trouvé aucun document interrogeant directement les seniors de médecine.

Approcher la formation en sondant les formateurs plutôt que leurs élèves nous paraît important, afin d'éviter que le seul retour que les formateurs puissent avoir soit celui d'une sanction sous la forme d'un retrait d'agrément.

Par ailleurs, le taux de réponse au premier questionnaire nous paraît satisfaisant, avec 41.2% des seniors ayant répondu.

Bien que la population sondée appartienne à un seul centre hospitalier, nous pouvons envisager que ces chiffres (descriptifs) soient extrapolables à d'autres centres hospitaliers, sous réserve que les populations puissent être comparables, ce qui nécessiterait une analyse préalable. Nous disposons d'un certain nombre d'éléments descriptifs de la population (que ce soit l'âge, les grades ou l'ancienneté d'exercice dans le service) et, associé aux spécificités du centre hospitalier (bassin de population, activité), nous pouvons envisager que nos résultats soient utilisables dans d'autres études similaires.

5.2 L'agrément.

Les résultats montrent une sous-utilisation de l'agrément, pour la connaissance des objectifs pédagogiques (14.9%) comme pour la définition d'objectifs pédagogiques spécifiques aux IMG (14.3%).

Cette sous-utilisation peut être expliquée par la complexité du système de l'agrément, qui impose la réalisation d'un dossier lourd et spécifique à un seul type d'agrément, ainsi que la nécessaire multiplication des agréments des services spécialisés (au titre d'une ou plusieurs spécialités et d'une discipline de médecine générale).

D'autre part, il est certain que l'agrément représente essentiellement une partie très administrative de la gestion d'un service, et de ce fait, il pourrait être proposé une gestion « extérieure » de l'agrément. Cette gestion resterait locale, dans le centre hospitalier, mais permettrait de libérer les seniors de cet impératif administratif, tout en donnant une vision d'ensemble des agréments de médecine générale au sein du centre hospitalier, permettant là aussi une meilleure coordination de l'enseignement.

Par exemple, une gestion d'ensemble des agréments permettrait aux services n'ayant pas reçu d'affectation d'interne sur un semestre de recevoir malgré tout des IMG en consultation, permettant d'abord d'effectuer une partie de l'enseignement que les IMG doivent eux-mêmes s'assurer de recevoir, et permettant ensuite de maintenir le contact entre la médecine générale et des services ne recevant que rarement (voire jamais) d'IMG.

Il faut enfin rappeler que l'agrément repose également sur les évaluations bilatérales de fin de stage, et dans la mesure où l'évaluation du stage par les internes sortant reste satisfaisante, alors on peut supposer que l'enseignement est à la hauteur de leurs attentes, le biais de ce système étant qu'il s'agit des attentes d'IMG en auto-formation et non pas des attentes du DMG envers la formation des IMG.

Cependant, pour affiner l'analyse de l'importance de l'agrément des services, il semblerait intéressant d'évaluer les connaissances des seniors (de tous services) sur leur agrément pour leur propre spécialité, et de comparer les places respectives de chaque agrément (spécialités ou disciplines) dans l'organisation du service.

5.3 Les outils pédagogiques : le carnet d'auto-évaluation.

Les résultats montrent que l'existence du carnet d'auto-évaluation est acquise par un certain nombre de seniors (40.4%), les résultats montant à 70% dans le pool des seniors de médecine d'urgence.

Ces résultats montrent l'importance de délivrer aux seniors une information spécifique concernant, notamment, l'outil pédagogique qu'est le carnet d'auto-évaluation. Mais il est essentiel que cette connaissance s'accompagne d'une plus grande mise à disposition du carnet pour les seniors.

En effet, connaître l'existence du carnet d'auto-évaluation ne s'accompagne absolument pas de son utilisation. Dans notre étude, seulement 10.5% des seniors connaissant le carnet d'auto-évaluation l'utilisent pour définir des objectifs théoriques aux IMG, seulement 5.3% pour leur définir des objectifs techniques, et aucun n'utilise le carnet dans le cadre du contrôle des connaissances des IMG.

Ces résultats sont le reflet de l'auto-évaluation et de l'auto-formation qui sont les principes sur lesquels l'IMG doit organiser lui-même sa formation.

Sachant que c'est l'interne qui est lui-même le détenteur du carnet d'auto-évaluation, son utilisation par les seniors ne peut se faire que sous l'impulsion des IMG.

Partant de ce constat, la sous-utilisation du carnet d'auto-évaluation ne peut être interprétée que comme une limitation, une sous-utilisation du carnet par les IMG. Alors que le carnet d'auto-évaluation est un puissant outil pédagogique, il devient obsolète dès lors que l'IMG ne l'implique pas dans l'enseignement.

En conséquence, notre étude, via la différence entre la proportion de seniors connaissant le carnet d'auto-évaluation et celle l'utilisant, semble montrer soit que les IMG assurent mal leur auto-formation, soit qu'ils l'assument seuls sans demander le soutien des seniors avec lesquels ils sont quotidiennement en contact et qui paraissent pourtant les plus à même de juger leurs apprentissages.

Le principal problème est que ce carnet, bien qu'étant avant tout destiné à la formation de l'interne, est un outil pédagogique important pour tous les enseignants. En effet, il leur permettrait de plus simplement définir les enseignements et les objectifs pédagogiques de leurs internes, et de contrôler de manière objective les progrès de leurs étudiants.

Une étude de la manière dont les IMG abordent et utilisent le carnet d'auto-évaluation paraîtrait intéressante, afin de rendre véritablement toute sa place à cet outil pédagogique dans le DES. Mais cela devra s'accompagner soit d'une plus grande implication des IMG dans leur formation, soit d'un meilleur accès au carnet pour les enseignants.

Par ailleurs, afin de favoriser l'utilisation du carnet par les seniors, il pourrait être envisagé d'en faire un véritable outil de liaison entre les seniors hospitaliers et le tuteur de l'IMG. Il permettrait de faire suivre des commentaires, des indications sur les compétences actuelles de l'IMG, que ce soit en termes de connaissances, d'utilisation de ces connaissances ou de capacités relationnelles, notamment celles de travail en équipe qui sont plus largement évaluables dans un contexte hospitalier.

5.4 Les connaissances sur le fonctionnement du DES.

Les éléments reflétant le savoir des seniors hospitaliers sur le fonctionnement du DES de MG et étudiés dans notre travail, montrent une connaissance plutôt correcte de leur part.

En effet, concernant les travaux du DES, on constate que 2 éléments importants de la formation des IMG sont bien connus des seniors : les séminaires (80.9% de la population globale) et le mémoire de DES (85.1%).

Les RSCA sont un peu moins connus pour leur part (51% de la population générale), mais le fait qu'ils s'appuient sur des situations cliniques uniques explique que, si nécessaire, un seul senior soit impliqué dans le soutien à l'IMG (le senior impliqué dans la prise en charge), ce qui peut diminuer le nombre de seniors impliqués dans la réalisation des RSCA.

Les deux travaux les moins connus sont le DDA (21.3% de la population générale) et les GEAPI (23.4%).

Concernant le DDA, dans la mesure où il s'agit du dossier « scolaire » personnel de l'IMG, sous forme de support numérique pour lequel les seniors n'ont pas d'interaction spécifique, ce taux de connaissance paraît bon.

De même, les GEAPI étant essentiellement un travail de réflexion des IMG sur des spécificités de l'approche médicale en médecine générale, sa connaissance par les seniors est une preuve d'intérêt porté à la formation des IMG.

D'autre part concernant l'encadrement des travaux du DES, notre étude montre que 27.7% des seniors ayant répondu encadrent une thèse de médecine générale, alors que seulement 4.3% encadrent un mémoire de DES.

Cette différence est explicable par le souhait du DMG que le mémoire de DES prenne la forme d'un dossier de réussite, travail constituant le point final des démarches autonomes de formation et d'évaluation des IMG, mettant en lumière les compétences acquises dans le cadre d'une médecine de premier recours. Ce travail est donc plus volontiers encadré par un tuteur ou un maître de stage de médecine générale.

Enfin, concernant la connaissance de la maquette, nos résultats montrent que 72.3% des seniors ayant répondu connaît la durée de la maquette de médecine générale.

Globalement, les connaissances des seniors sur le fonctionnement du DES de MG sont bonnes, et montrent une population intéressée par le cursus des IMG.

5.5 Les compétences spécifiques du médecin généraliste.

Nous aborderons ici les compétences évoquées par la Wonca et évaluées dans notre étude, qui correspondent à certains des objectifs pédagogiques essentiels pour la médecine générale.

Les compétences de communication des IMG (avec les patient ou leur entourage) font l'objet d'une supervision par les seniors pour 72.3% des répondants, ce taux montant à 100% dans le pool des stages de médecine adulte de type A.

Ces données montrent clairement l'implication dans les capacités relationnelles élémentaires des IMG, et il est évident que cette implication est excellente, tant pour la formation des futurs médecins généralistes que pour la qualité des soins au sein du service.

L'éducation thérapeutique faite par les IMG auprès des patients bénéficie de moins de surveillance, mais reste malgré tout une préoccupation importante (55.3% des seniors répondants).

Cependant, cette différence d'implication doit être pondérée par les spécificités de chaque service, certains nécessitant une éducation thérapeutique permanente, quand elle est réduite au minimum dans d'autres services, du fait de leur type de soins. La différence entre le taux de supervision de l'éducation thérapeutique dans le pool de pédiatrie – gynécologie (80%) et le pool de médecine d'urgence (40%) nous paraît relever de ces différences d'activité.

L'implication des IMG dans les réseaux de soins spécifiques ne se fait que dans 40.4% des cas, sur la population générale des seniors, ce taux montant à 50% dans les pools spécifiques. Cependant, ces données doivent être pondérées par deux éléments.

Tout d'abord, chaque service ne bénéficie pas forcément d'un réseau de soins spécifique à son activité et dont l'accès direct soit possible ou utile en médecine ambulatoire. On peut admettre que le patient soit orienté dans certains réseaux dans le cadre d'une prise en charge par le spécialiste, alors que d'autres réseaux se prêtent plus facilement à une orientation par le médecin généraliste (par exemple, un réseau spécifique aux rhumatismes inflammatoires rares d'une part, et un réseau de prise en charge du diabète d'autre part).

Ensuite, l'implication des IMG dans un réseau spécifique ne peut se faire qu'à travers l'intervention des seniors qui s'occupent de ce réseau.

Cependant, les seniors d'un service ne sont pas tous forcément impliqués dans la gestion d'un réseau de soin. Par conséquent, nos données doivent être interprétées en regard du nombre de seniors gérant ou travaillant régulièrement avec des réseaux spécifiques à leur service, et qui pourraient y impliquer les IMG.

En conséquence, il paraît nécessaire, si ce critère de la formation des IMG devait être exploré à nouveau, de chercher plus d'informations sur ces réseaux : leur nature, leur mode de fonctionnement, leur accessibilité en médecine ambulatoire, leur impact dans le service.

Concernant les démarches médico-administratives, l'interprétation des données est plus difficile.

44.7% des seniors déclarent impliquer les IMG dans ces démarches, avec dans les pools spécifiques des variations allant de 20% dans le pool de médecine d'urgence à 60% dans le pool de pédiatrie et gynécologie.

Les objectifs initiaux de cette question étaient larges, et le but était double.

Le premier objectif était d'explorer l'éducation faite aux internes sur la partie administrative

du travail médical (rédaction des ordonnances d'ALD, des ordonnances sécurisées, des formulaires administratifs d'admission en structures spécialisées, des arrêts de travail ou déclaration de maladies professionnelles, constats de décès, etc...).

L'autre objectif était d'explorer l'éducation faite aux IMG sur les prescriptions spécifiques à leur service (prescription d'oxygénothérapie à domicile, médicaments d'exception sur ordonnances spécifiques, médicaments à prescription initiale par un spécialiste, etc...).

Cependant, il est probable que la formulation de la question restait trop évasive pour obtenir des réponses fiables, ce qui nous paraît expliquer les variations entre les pools et le taux de réponse global inférieur à 50%, alors que la rédaction de documents administratifs est quotidienne dans les services.

Concernant les autres objectifs de la Wonca pour la formation des IMG :

- le premier item (un raisonnement médical adapté et efficace, en soins primaires) n'est pas exploré dans notre étude, il relève de la validation des stages hospitaliers et ambulatoires
- le second item (gestion de l'urgence et de l'incertitude) n'est pas exploré dans notre étude, relevant de la validation du stage de médecine d'urgence, et de la validation des stages ambulatoires
- le troisième item (gestes techniques) est exploré par le carnet d'auto-évaluation, et sera également abordé plus loin dans notre travail
- le sixième item (entreprendre des actions de santé publique) n'est pas exploré dans notre étude
- le huitième item (suivi au long cours et continuité des soins) n'est pas exploré dans notre étude, et relève plus de la validation des stages ambulatoires
- le dixième item (l'entreprise médicale) n'est pas exploré dans notre étude
- le onzième item correspond à la formation médicale continue, et n'est pas explorée telle quelle dans notre étude (puisque s'adressant plus volontiers à des médecins installés) ; cependant, l'évaluation de l'auto-formation et de l'auto-évaluation faite dans notre étude (via l'exploration du carnet d'auto-évaluation) peut être vue comme un indicateur sur ce sujet, sans pouvoir extrapoler les résultats puisqu'il s'agit de populations différentes (IMG versus médecins installés), aux attentes et aux fonctionnements différents

5.6 L'enseignement aux IMG et le contrôle des connaissances.

Avant d'en évoquer les résultats, il est important de rappeler que ces items avaient pour but d'évaluer l'existence d'un enseignement spécifique aux IMG, les taux de réponse n'impliquant donc pas l'absence d'enseignement, mais l'absence de différenciation dans l'enseignement prodigué aux internes des spécialités médicales et aux IMG.

Des objectifs pédagogiques spécifiques aux IMG, théoriques comme techniques, ne sont proposés que peu souvent au vu de nos résultats, 38.3% de la population générale pour les gestes techniques, 27.7% pour les connaissances théoriques.

Les modalités de choix de ces objectifs (étudiés seulement dans la population des seniors définissant des objectifs spécifiques) montrent que le principal critère de choix est l'expérience des seniors (92.3% pour les connaissances théoriques, et 88.9% pour les gestes techniques). Concernant les gestes techniques, l'apprentissage au cas-par-cas vient à égalité, en consultation ou en hospitalisation. Cet enseignement en situation, basé sur l'expertise clinique des seniors, est le témoin d'une utilisation importante du modèle de rôle et de la supervision dans l'enseignement aux IMG.

De même que les items spécifiques l'avaient montré, l'agrément et le carnet d'auto-évaluation sont largement sous-utilisés par les seniors (15.4%).

L'implication des IMG prend une bonne place dans la définition des objectifs pédagogiques, 84.6% des choix pour les connaissances théoriques et 77.8% pour les gestes techniques, ce qui dénote d'une motivation importante des IMG pour définir leurs objectifs pédagogiques, et un soutien important de la part des seniors.

Cependant, la question qui se pose est de savoir comment les sujets proposés par les IMG sont choisis, puisque l'on peut évoquer deux possibilités : un choix selon les préférences et l'expérience de l'IMG (ses « goûts », ses ambitions de pratique future, son expérience des stages ambulatoires), ou un choix dicté par les impératifs du carnet d'auto-évaluation. Cette deuxième possibilité impliquerait que le carnet d'auto-évaluation soit beaucoup plus utilisé que nous ne l'avions supposé, mais que seuls les IMG le gèrent, sans s'appuyer sur les seniors (y compris pour la validation du carnet).

Les modalités de l'enseignement théorique mettent en évidence une grande versatilité de cet enseignement (au cas-par-cas pour 89.4%, cours formels pour 66%, consultations pour 59.6%), que l'on peut interpréter soit comme un reflet des contraintes de temps et d'organisation, soit comme le reflet du principal critère de choix des objectifs, l'expérience des seniors, qui permettent de repérer les objectifs pédagogiques essentiels quand ils se présentent.

Cette deuxième possibilité nous paraît la plus probable au vu des résultats précédents, mais il est certain que les contraintes d'organisation des services soient aussi importantes dans les modes d'enseignement.

Par ailleurs, cette versatilité est le reflet des spécificités de l'enseignement clinique : un enseignement en situation réelle où il faut saisir les opportunités d'enseignement qui se présentent. Ce panel de modes d'enseignement est donc le reflet d'une bonne implication des seniors dans l'enseignement.

Cependant, l'enseignement en consultation, du fait du contexte spécifique, s'inscrit

parfaitement dans la supervision et dans le modèle de rôle. De ce fait, une étude plus profonde de l'implication des IMG dans les consultations paraît intéressante.

Le contrôle des connaissances montre une variabilité importante entre les types de connaissances et les pools étudiés.

Concernant l'enseignement théorique, les chiffres restent homogènes, (48.9% de la population globale, 50% à 60% dans les pools) alors que pour l'enseignement technique, le contrôle des connaissances est plus disparate, 53.2% de la population globale contre 87.5% dans le pool des services de médecine d'adulte de type A.

De même, le contrôle des connaissances réglementaires retrouve des taux disparates, 31.9% de la population générale contre 62.5% dans les services de médecine d'adulte de type A.

Les modalités du contrôle des connaissances mettent en évidence l'importance de la relation entre les seniors et les IMG, puisque ce contrôle se fait essentiellement par l'observation continue des IMG (96.6% de la population générale). L'interrogation spécifique des IMG est plus variable, avec des chiffres allant de 0% (pool de médecine d'urgence) à 57.1% (pool de médecine d'adulte de type A). Le carnet d'auto-évaluation, lui, n'est jamais utilisé.

Les résultats concernant le contrôle des connaissances peuvent paraître plutôt faibles, mais la formulation du questionnaire recherchait un contrôle des connaissances spécifiques et l'on peut supposer que les seniors ayant répondu négativement estiment pratiquer un contrôle des connaissances « continu », comme le montrent les résultats des modalités du contrôle.

Ces résultats ne font donc que renforcer le caractère essentiel du rapport entre les seniors et leurs internes.

De plus, la prépondérance de l'observation continue dans le contrôle des connaissances peut être interprétée comme le reflet d'une supervision importante, témoin de l'implication pédagogique des seniors.

5.7 Synthèse.

Certains éléments descriptifs de notre étude sont à mettre en avant.

Tout d'abord, la sous-utilisation globale des outils référents.

L'outil institutionnel, l'agrément, et l'outil pédagogique, le carnet d'auto-évaluation, sont trop peu utilisés, notamment en regard de la bonne connaissance du fonctionnement du DES. A chaque outil, une explication peut être évoquée.

L'agrément peut s'avérer être un outil trop complexe dans le sens administratif, qui reste trop loin, dans sa conception, des seniors présents dans les services.

Le carnet d'auto-évaluation est un outil pédagogique important laissé uniquement dans les mains de l'étudiant, en autogestion, et notre étude montre que très peu de seniors l'utilisent concrètement. Une amélioration de l'information et de l'accessibilité du carnet pour les enseignants paraît importante afin de potentialiser l'impact de cet outil pédagogique.

Ensuite, la supervision des compétences relationnelles et éducatives des IMG paraît suffisante, alors que leur implication dans les réseaux de soins pourrait être améliorée.

Une amélioration de la visibilité de ces réseaux pourrait être organisée, là encore non pas à l'échelle du service mais à une échelle locale hospitalière et extra-hospitalière, intégrant la médecine ambulatoire (médecine générale ou spécialités ambulatoires), afin de resserrer le maillage local associatif et de permettre aux IMG d'être plus fréquemment en contact avec ces réseaux, que ce soit pendant leur formation hospitalière, ou pendant leur stages de médecine ambulatoire.

De même, l'enseignement des connaissances médico-administratives paraît limité, mais les biais de notre étude encouragent à rester prudents sur ce sujet, et à éventuellement envisager un nouveau travail dans ce sens.

Par ailleurs, l'enseignement des connaissances, théoriques comme pratiques, montre une prépondérance de l'expérience des seniors dans leurs choix pédagogiques, et une importante implication des IMG, qui sont les bases d'un enseignement de qualité basé sur le modèle de rôle.

Cependant, l'enseignement est décrit comme peu spécifique aux IMG, alors que leur nombre est conséquent, et ce point mériterait probablement d'être amélioré.

Pour ce faire, il est clair qu'il faut soutenir les seniors de spécialité hospitalière en leur apportant une vision et des thèmes d'enseignement provenant de la médecine générale ambulatoire, et donc organiser une présentation de l'enseignement attendu pour les IMG.

Enfin, le contrôle des connaissances montre une faible « systématisation », un contrôle basé sur beaucoup plus d'observation continue que de critères reproductibles. L'inconvénient de ce type de contrôle est de diminuer le poids d'un « socle commun » de connaissances des IMG, mais l'avantage est de donner plus de place à l'expertise des seniors dans leur supervision des IMG.

Une évaluation de l'efficacité du contrôle des acquis des IMG pourrait être envisagée. Son but serait de peser l'efficacité du contrôle des connaissances, c'est-à-dire son impact sur l'IMG et l'étendue des compétences explorées lors de ces contrôles. Là encore, les places du carnet d'auto-évaluation et de l'auto-formation des IMG pourraient être revues.

Bien que notre second questionnaire ne fournisse pas suffisamment de réponses pour être interprétable, il permet de dégager certaines pistes.

Concernant les outils que sont l'agrément et le carnet d'auto-évaluation, on peut noter une amélioration des connaissances après l'information des seniors. Cependant, cette amélioration ne s'accompagne pas d'une modification de leur utilisation, pour définir des objectifs pédagogiques comme pour le contrôle des connaissances. Cet élément soutient le fait qu'il faille modifier la forme de ces outils plutôt que leur poids.

Concernant les compétences médico-administratives, nous constatons une amélioration du contrôle des connaissances, qui pourrait être mise sur le compte d'une prise de conscience des spécificités de leur service par les seniors, mais la faible puissance de notre second questionnaire associée aux limites du premier concernant ces compétences empêche toute suggestion franche.

Concernant les enseignements, théoriques et pratiques, on note après information une augmentation du nombre de seniors déclarant définir des objectifs pédagogiques spécifiques. On ne note cependant que peu de modifications dans les modalités de choix de ces enseignements. Par contre, on peut noter une légère augmentation des seniors déclarant réaliser cet enseignement en consultation, ce qui est bénéfique à la formation spécifique des IMG.

Par ailleurs, on note, après information, une augmentation du nombre de seniors déclarant contrôler spécifiquement ces enseignements. De même, après information, on note une modification dans les modalités du contrôle des connaissances, avec une nette augmentation des interrogations spécifiques sur des sujets d'enseignement, et la persistance d'un contrôle prépondérant fait par l'observation continue.

Ces constatations vont là aussi dans le sens de la nécessité d'une meilleure information des seniors sur les objectifs pédagogiques des IMG.

Enfin, quant à l'information en elle-même, on note que les seniors se déclarent globalement satisfaits du contenu de cette information, mais que peu nombreux sont ceux déclarant avoir modifié leurs pratiques pédagogiques.

Sur la question de la forme de l'information, la forme la plus souhaitée reste une réunion avec les structures référentes du DES, ce qui souligne encore l'importance d'organiser une formation pédagogique des seniors, qui semblent demandeurs de ces informations.

5.8 Perspectives.

5.8.1 Nouveaux travaux.

Notre étude permet de soulever plusieurs questions. De par sa nature (enquête descriptive limitée à un seul CH régional), elle présente des limites qui peuvent être dépassées par de nouveaux travaux.

En premier lieu, un nouveau travail d'information et d'enquête auprès des seniors de médecine, qui reprendrait notre second questionnaire en améliorant drastiquement sa méthodologie, permettrait de mesurer l'impact d'une information adaptée, et l'avidité des seniors à recevoir cette information.

Nos résultats semblant montrer une demande, il serait intéressant, en améliorant la forme et la présentation de ce travail, de juger véritablement l'impact et les possibilités de changement dans les modalités pédagogiques appliquées aux IMG.

Ensuite, il paraît clair que l'agrément des services mérite une meilleure attention, afin, à notre avis, de lui faire quitter son carcan purement administratif pour en faire un véritable référentiel pédagogique sur lesquels les seniors puissent s'appuyer.

Cependant, avant de conclure réellement sur l'agrément des services, il faudrait évaluer plus en profondeur son importance, et probablement ne pas se limiter au seul agrément pour la médecine générale, mais à tous les types d'agréments. Du fait de son caractère très administratif, il est probable que l'impact et l'utilisation de l'agrément soient les mêmes dans tous les types de services (spécialités médicales ou chirurgicales). Cela permettrait une analyse large des agréments, en évitant de se focaliser sur un seul type de services.

Le critère discriminant le plus important à explorer dans les différentes applications de l'agrément nous paraît être celui de l'ancienneté de l'agrément. On peut supposer que les services ayant fait de nombreux efforts d'organisation pour obtenir un agrément (et donc la possibilité de recevoir des internes), ou les services qui se sont retrouvés menacés de perdre leur agrément (même temporairement) s'appuient beaucoup plus sur ce dernier pour organiser leur activité pédagogique.

Par ailleurs, une étude de la visibilité des réseaux de soins pourrait être envisagée, en ne se limitant pas simplement à leur visibilité pour les internes, mais en impliquant également les réseaux de soins de ville, de médecine générale comme de spécialité.

Il est certain que de nombreux réseaux méritent une meilleure place dans l'organisation du système de santé, et que ce système inclut certes les internes, mais aussi les médecins installés et les autres soignants de ville. Un travail devrait être envisagé, afin d'abord de prendre en compte les soignants ambulatoires, et ensuite parce que la visibilité des réseaux se doit d'être locale. C'est donc un ensemble de travaux qui devraient être envisagés, dans chaque secteur de soin où le besoin d'améliorer la visibilité des réseaux peut se faire sentir.

Enfin, la place des consultations dans l'enseignement devrait être étudiée.

En effet, c'est un cadre extrêmement propice à l'exercice du modèle de rôle, la consultation hospitalière se faisant dans un cadre se rapprochant des consultations de médecine ambulatoire. Les attitudes et modes de raisonnement y sont plus proches de la pratique de ville. C'est pourquoi il nous paraît important d'analyser la manière dont l'enseignement en consultation se fait.

La première question est de savoir dans quelles circonstances se fait cet enseignement afin

de définir qui en est l'initiateur, le senior ou l'interne.

La seconde question est de savoir quel est le type de consultation (pathologie aiguë ou suivie chronique, nouveau patient) au cours de laquelle se fait cet enseignement.

Il serait également intéressant de savoir comment sont organisées ces consultations (une seule consultation cible, ou un créneau de plusieurs consultations consécutives), ainsi qu'évaluer l'autonomie des internes en consultation.

L'objectif d'un tel travail serait de savoir dans quelle dimension pédagogique s'inscrivent les consultations, à savoir la présentation théorique pure (consultation ciblée), la supervision (autonomie importante de l'interne) ou le modèle de rôle (créneaux consécutifs de consultations en présence de l'interne, problèmes médicaux différents). Ce travail permettrait également de décrire l'initiateur de l'enseignement : l'IMG en auto-formation ou le senior et son expertise.

5.8.2 Changements possibles.

Notre étude ne se contente pas d'ouvrir la porte à de nouvelles études, mais elle pourrait en elle-même déjà proposer certains changements.

5.8.2.1 Le carnet d'auto-évaluation.

En premier lieu, c'est la place du carnet d'auto-évaluation qui pourrait être modifiée.

Par sa nature, il est un outil pédagogique puissant : il permet aux enseignants de définir des objectifs spécifiques aux IMG, adaptés à l'état de leurs connaissances, et de contrôler l'évolution de leurs étudiants, au cours du stage comme au cours de leur cursus entier.

Mais notre étude montre que l'utilisation du carnet reste limitée à celle que les IMG en font, et ne trouve que peu d'application dans l'enseignement fait aux internes.

Pourtant, il contient tous les objectifs nécessaires à la formation de médecins généralistes compétents, que ce soit sur le plan relationnel ou sur celui des connaissances pures, théoriques ou techniques. Par sa présentation, il autorise un enseignement par la supervision comme par le modèle de rôle, et mérite donc une place plus importante dans la pédagogie médicale.

Le premier point à améliorer concernant le carnet d'auto-évaluation serait l'information qui est délivrée aux seniors à son sujet.

En effet, bien qu'il soit un outil central de la formation, il reste connu par moins de la moitié des seniors. Les enseignants ne peuvent pas chercher à utiliser un outil dont ils ignorent l'existence, et comme tout outil, son utilisation nécessite une formation adaptée. Cette information devrait donc porter sur plusieurs éléments : l'existence du carnet et son fonctionnement, ses objectifs pédagogiques, et le contexte pédagogique dans lequel il s'inscrit.

Il paraît compliqué de laisser cet enseignement être réalisé par les IMG eux-mêmes, du fait de la diversité des étudiants : diversité d'avancée dans le cursus, de niveau de compétences, d'implication dans l'auto-formation, d'objectifs professionnels.

Afin de s'assurer une uniformité dans l'information délivrée aux seniors, il paraîtrait donc important qu'elle soit délivrée par une seule source, à tous les seniors qui se retrouveront impliqués dans la formation des IMG.

Le second point qui serait à améliorer concernant le carnet d'auto-évaluation serait son accessibilité par les seniors, pour répondre au problème de sa sous-utilisation.

En effet, en augmentant le nombre d'enseignants ayant un accès au carnet, il paraît envisageable que le nombre de personnes l'utilisant concrètement augmente lui aussi. Les seniors pourraient avoir accès au carnet d'auto-évaluation de leurs internes actuels, à travers un accès au DDA des internes. Ou encore, ils pourraient accéder à un carnet « vierge », qui pourrait à cette occasion être adapté pour les seniors en fonction de leurs services respectifs. Ce faisant, les enseignants se retrouveraient en possession de l'outil pédagogique tout en laissant les IMG piloter leur formation. Cet accès au carnet d'auto-évaluation ne modifierait que l'attitude des enseignants, en leur permettant de cibler certains enseignements spécifiques aux IMG sans dépendre de la manière dont les étudiants s'appuient sur le carnet d'auto-évaluation.

L'objectif final de ces changements serait de rendre une place importante au carnet d'auto-évaluation en tant qu'outil pédagogique. Ces changements permettraient, à chaque enseignant impliqué dans la formation des IMG, de s'appuyer sur son contenu pour définir des objectifs pédagogiques adaptés, et suivre les progrès de leurs étudiants.

5.8.2.2 Le contenu pédagogique.

L'autre domaine où des changements d'organisation seraient envisageables est celui du contenu de l'enseignement théorique en milieu hospitalier.

Notre étude montre que cet enseignement est essentiellement fait selon l'expérience des seniors, et au cas-par-cas. Ce mode d'enseignement favorise une supervision directe immédiate, et fait un terrain propice à l'exercice du modèle de rôle, mais la question n'est pas tant celle de la modalité pédagogique que celle du contenu. En effet, ce mode d'enseignement présente l'inconvénient de créer de grandes variabilités dans les connaissances théoriques des internes, pour une médecine générale qui par définition est déjà versatile.

Afin d'être sûr que chaque interne ait reçu les enseignements de chaque spécialité abordé dans le carnet d'auto-évaluation, et de créer un apprentissage spécifique aux IMG, il semblerait nécessaire de modifier en partie l'enseignement des connaissances théoriques.

Nous pensons qu'il serait possible d'envisager une systématisation de l'enseignement, en favorisant l'organisation de cours magistraux au sein de chaque grand centre hospitalier, auxquels tous les internes de médecine générale assisteraient (quel que soit leur lieu de stage) et dont les sujets seraient définis en début de semestre.

Les sujets d'enseignement seraient définis localement entre les coordonnateurs locaux du DMG et les seniors hospitaliers. Cela permettrait d'aborder des sujets typiquement de médecine générale mais avec un contenu théorique enseigné par les seniors de spécialité correspondant. Des intervenants de médecine générale seraient toujours présents pour expliquer les spécificités de telle pathologie en médecine générale, mais le cœur de l'enseignement serait apporté par un senior de spécialité.

L'importance de définir les sujets avant en associant DMG et seniors de spécialité est la

possibilité de diriger le contenu vers des pathologies de médecine de premier recours, et les stratégies de prise en charge seraient recadrées dans un contexte de premier recours.

L'avantage principal de ce fonctionnement est de s'assurer un enseignement théorique fait par les enseignants à la plus grande expertise (les seniors de leur spécialité), et d'être certains que les IMG ont tous reçus un enseignement adapté des connaissances théoriques indispensables pour les plus grands problèmes de santé publique, ou pour les situations les plus récurrentes en médecine ambulatoire.

L'avantage de garder un enseignement local est double.

Il permettrait d'abord d'adapter l'enseignement aux spécificités locales en terme de pathologies et de prise en charge (pathologies de bord de mer, des forêts, bassin de population âgée, spécificité microbiologiques locales, réseaux de soins locaux).

Il permettrait également d'intégrer à cet enseignement les médecins ambulatoires, afin de fournir une formation continue institutionnelle, en supplément de leurs formations habituelles. Ce type de formation permettrait de maintenir un lien entre l'hôpital et ces praticiens de ville, et permettrait de proposer une nouvelle formation continue au niveau local.

L'inconvénient principal de ce système est son organisation pratique. Il est certain qu'il faudrait une infrastructure importante pour recevoir l'ensemble des internes en même temps, les autres difficultés restant celles de l'organisation du planning de cours. Cependant, en imaginant des sessions d'enseignement assez longues pour aborder complètement un sujet (2 à 3 heures), on ne retrouverait en contrepartie que peu de séances à assurer (1 par mois par exemple), simplifiant donc la planification.

Par ailleurs, ces enseignements magistraux communs pourraient se substituer aux enseignements magistraux faits seulement à l'intérieur des services, permettant d'éviter de soustraire trop régulièrement les internes à l'activité hospitalière. Le temps d'enseignement serait simplement déplacé de telle sorte qu'il puisse concerner tous les internes. Le temps nécessaire à la réalisation de ces enseignements se substituerait au temps utilisé pour les enseignements au sein du service, permettant de ne pas augmenter la charge de travail des enseignants en se contentant de la déplacer.

La réalisation de l'enseignement serait faite par des seniors de spécialité et des enseignants de médecine générale, mais l'on peut imaginer un système dans lequel les internes réaliseraient certains travaux (au même titre que lors des séminaires) qui devraient être relus et validés par les enseignants, afin de partager le travail entre tous les participants. Par exemple, les IMG pourraient sélectionner, dans leur service, les cas cliniques leur paraissant les plus pertinents en terme de médecine générale, afin d'inscrire l'enseignement théorique dans un contexte clinique réel.

Ce type d'enseignement magistral ne se substituerait pas à l'enseignement clinique dans les services, mais son objectif n'est pas celui-là. Il serait de fournir un socle commun de connaissances à l'ensemble des internes de médecine générale à la fin de leur cursus, et permettrait d'atténuer les différences entre les internes qui suivent un cursus avec cardiologie et gastro-entérologie et ceux qui en suivent un avec endocrinologie et rhumatologie.

En aucun cas ce fonctionnement n'enlèverait la possibilité aux internes de choisir leurs lieux de stages libres en fonction de leurs goûts ou de leurs ambitions de pratique.

De même, il permettrait de recevoir des enseignements concernant des spécialités ne recevant que peu ou pas d'internes de médecine générale, y compris de services n'ayant pas forcément l'agrément, mais pour lesquels certaines pathologies sont prépondérantes en médecine générale (par exemple, les services de chirurgie ou de spécialités mixtes, comme l'ophtalmologie).

Au final, cette modification de l'enseignement permettrait d'uniformiser les connaissances théoriques essentielles minimales des IMG, en se contentant de déplacer le temps nécessaire des enseignants et des étudiants pour permettre de toucher un plus large public, sans modifier les modalités pédagogiques au sein du service et en s'assurant que les compétences du carnet d'auto-évaluation aient été abordées.

Ce système permettrait ainsi d'assurer un enseignement spécifique aux IMG, sans être soumis aux contraintes inhérentes à la formation clinique (patients non sélectionnés, impératifs de temps dans les prises en charge). Et ce faisant, il permettrait à l'enseignement au sein des services de se concentrer sur la formation clinique sans avoir à se préoccuper de l'enseignement théorique de fond.

CONCLUSION

6 CONCLUSION

Au travers des différentes références (textes légaux, objectifs d'enseignement du DMG, analyse pédagogique de la formation clinique en médecine), nous avons pu définir la place importante qui est celle des seniors hospitaliers de médecine dans le cursus d'apprentissage des IMG.

L'objectif principal de notre étude était d'évaluer les connaissances et l'implication des seniors hospitaliers de médecine dans la formation des internes de médecine générale.

Nous avons voulu réaliser une étude interventionnelle qui, pour des raisons méthodologiques, est analysée comme une étude descriptive. Elle a pour cible l'ensemble des seniors de médecine du CH de La Rochelle, à l'aide d'un questionnaire individuel explorant les connaissances autour du DES de MG, la définition d'objectifs pédagogiques et les modes d'enseignement.

Nous avons obtenu un taux de réponse global de 41.2%, parmi les 119 seniors sondés, et un total de 47 réponses exploitables.

Initialement, nous avons défini un second objectif, qui était d'évaluer l'impact d'une information spécifique à l'attention des seniors sur leurs connaissances et leurs modes d'enseignement.

Cependant, le faible nombre de réponses au second questionnaire et notre méthodologie sur ce point rendent les résultats non significatifs.

Nos résultats montrent une bonne connaissance des seniors sur les bases du DES de MG, mais un enseignement défini par les seniors comme peu spécifique aux IMG.

Par ailleurs, nos résultats montrent une nette sous-utilisation de deux importants outils pédagogiques : l'agrément (avec le projet pédagogique associé) et le carnet d'auto-évaluation (avec tous les objectifs pédagogiques de médecine générale qu'il apporte).

Notre étude débouche sur de nouvelles études paraissant intéressantes à envisager. Que ce soit évaluer l'impact d'une information adaptée sur les modes d'enseignement des seniors, réévaluer l'agrément et son impact dans les services, étudier la visibilité des réseaux de soins ou analyser la place des consultations dans l'enseignement clinique, nous pensons que de nouveaux travaux pourront s'avérer utiles pour les enseignants comme pour les étudiants.

Par ailleurs, nous pensons que nos résultats peuvent déboucher sur certains changements

Le premier évoqué est celui du carnet d'auto-évaluation, dont les ajustements porteraient essentiellement sur l'information faite aux seniors concernant ce carnet, et sur son accessibilité au sein du dispositif pédagogique.

Le but de ces modifications serait de permettre aux seniors de prendre en main un outil pédagogique permettant de potentialiser les apprentissages des IMG.

L'autre changement évoqué concerne le contenu de l'enseignement hospitalier fait aux IMG. Il vise à l'uniformiser en organisant un enseignement magistral au sein des CH, à l'attention de tous les IMG, se substituant à l'enseignement en cours limité au seul service. Il permettrait de créer un socle de connaissances communes aux IMG, définies à l'aide des membres du DMG, et dont l'enseignement serait fait par des spécialistes locaux.

Le but de ces changements serait de favoriser un enseignement théorique de médecine générale touchant à toutes les spécialités, orienté sur les pathologies les plus fréquentes en médecine ambulatoire, tout en permettant aux services les moins souvent en contact avec les IMG de garder un lien avec eux.

Il est important de garder en tête l'objectif de la formation des internes, quelle que soit leur spécialité : former des praticiens compétents, capables d'assurer en sécurité la prise en charge des patients.

L'importance de cet objectif impose de s'assurer que les enseignants disposent réellement de tous les outils nécessaires, que ce soit en termes de formation ou d'outils applicables en situation.

Du fait des difficultés inhérentes à l'enseignement clinique, il paraît donc capital de poser le cursus du TCEM sur une organisation solide et des outils maîtrisés par tous les intervenants, afin d'assurer aux futurs médecins la meilleure formation possible, celle qui avant tout leur donnera les raisonnements nécessaires à leur pratique, et les capacités de se former tout au long de leur vie professionnelle.

ANNEXES

ANNEXE 1 : BASES LEGALES DU DES DE MEDECINE GENERALE.

1. Les textes légaux.

3 textes de lois régissent le fonctionnement structurel du DES de MG.

Ces textes de loi sont accessibles librement, et sont utilisés dans une version en vigueur au 14/04/2011, soit le mois précédent le semestre hospitalier au cours duquel notre étude a débuté.

Le premier document est le Décret n°2004-67 du 16 janvier 2004 relatif à l'organisation du troisième cycle des études médicales, dans sa version consolidée au 02 novembre 2010 [1]. Ce décret comporte 59 articles servant de base légale à l'organisation des différents DES. Il y sera fait référence comme « Décret n°2004-67 ».

Le second document est l'Arrêté du 04 février 2011 relatif à l'agrément, à l'organisation, au déroulement et à la validation des stages des étudiants en troisième cycle des études médicales, dans sa version consolidée au 10 février 2011 [2]. Cet arrêté explicite, notamment, le fonctionnement de l'agrément. Il y sera fait référence comme « Arrêté 16A ».

Le troisième document est l'Arrêté du 04 février 2011 relatif à la commission de subdivision et à la commission d'évaluation des besoins de formation du troisième cycle des études de médecine, dans sa version consolidée au 10 février 2011 [3]. Cet arrêté crée et encadre les commissions de subdivision. Il y sera fait référence comme « Arrêté 17A ».

2. Les DES : généralités.

Le Décret n°2004-67 explicite, entre autres, les points suivants :

- Chapitre premier, Titre premier (Dispositions Générales) : conditions d'accès au troisième cycle des études médicales (TCEM)
 - L'accès au DES de MG se fait, comme pour toutes les autres disciplines et spécialités, en fonction du rang de classement lors des Epreuves Classantes Nationales (ECN) (art 10).
 - Le TCEM est organisé dans des circonscriptions géographiques dénommées « interrégions », comprenant au moins 3 centres hospitaliers universitaires (CHU). Les subdivisions d'internat créées au sein de ces interrégions comportent au moins 1 CHU. La liste des interrégions et des subdivisions d'internat est arrêtée par les ministres chargés de l'enseignement supérieur et de la santé (art 3).
 - L'ensemble de la formation est assurée sous le contrôle des Unités de Formation et de Recherche (UFR) de Médecine de la subdivision d'internat (art 3).

- Chapitre second, Titre premier, Première section : organisation des stages et des enseignements.
 - Les internes reçoivent une formation théorique et pratique, à temps plein, de 3 à 5 ans selon le DES envisagé. Pour chaque DES, le programme des enseignements, la durée et la nature des fonctions pratiques, ainsi que les règles de validation applicables, constituent la maquette de formation. Cette maquette est fixée par arrêté des ministres chargés de l'enseignement supérieur et de la santé (art 13).
 - La formation pratique des internes s'effectue sur des terrains de stage (« lieux de stages ») ou auprès de praticiens (« praticiens agréés-maîtres de stage ») qui, pour accueillir des internes, doivent être agréés au titre de la discipline et/ou de la spécialité visée (art 14).
 - Les IMG doivent suivre au moins un semestre de formation au sein d'un CHU, dans un lieu de stage agréé au titre de la discipline médecine générale (art 15).
 - L'interne est sous l'autorité du responsable médical du lieu de stage agréé ou du praticien agréé (art 16).

- Chapitre second, Titre premier, Troisième section : organisation des DES et DES Complémentaires (DESC).
 - La coordination des enseignement et du contrôle des connaissances de chaque diplôme est assurée conjointement par le collège des directeurs des UFR de l'interrégion et la commission interrégionale de coordination et d'évaluation du diplôme. Parmi ces structures, le coordonnateur interrégional élabore des propositions définissant les critères d'encadrement, d'activité, et le cahier des charges d'agrément, des lieux de stage ; ces propositions sont arrêtées par le collège des directeurs d'UFR (art 23).

- Chapitre second, Titre premier, Quatrième section : donne au directeur de l'Agence Régionale de Santé (ARS) le pouvoir d'arrêter les décisions concernant les lieux de stages agréés (et les praticiens agréés – maîtres de stage) ainsi que la répartition des postes d'internes. Ces propositions lui sont faites par une commission de subdivision réunie dans ce but.

3. Les commissions décisionnaires.

L'arrêté 17A décrit l'organisation et le fonctionnement des différentes commissions qui sont impliquées dans notre sujet.

- Par l'article 1, deux commissions sont créées dans chaque subdivision, l'article 2 définissant leur rôle :
 - une commission d'évaluation des besoins de formation : cette commission a pour unique mission de donner un avis au directeur de l'ARS concernant le nombre minimum de postes à ouvrir, chaque semestre, par spécialité, pour tous les internes de chaque discipline, afin de s'assurer du bon déroulement des maquettes de formation.
 - une commission de subdivision (conformément à l'art 30 du décret n° 2004-67) qui va statuer en 2 formations :
 - ♦ une formation en vue de l'agrément : avise le directeur de l'ARS sur l'agrément des lieux de stage pour la formation pratique en TCEM ; il y sera fait référence comme « Commission d'agrément ».
 - ♦ une formation en vue de la répartition des postes : propose au directeur de l'ARS la répartition des postes offerts aux choix des internes, en tenant compte de l'avis donné par la commission d'évaluation des besoins de formation.
- Ces commissions sont créées pour une durée maximale de 5 ans, et leurs membres sont nommés par arrêté du directeur général de l'ARS de la subdivision concernée (art 3).
- La commission d'agrément se compose de (art 4 - III) :
 - le directeur de l'UFR de Médecine, président de la commission
 - le directeur général de l'ARS
 - le (ou les) directeurs généraux des CHU de la subdivision
 - un médecin des armées, si des hôpitaux des armées relèvent de la subdivision
 - 2 enseignants, dont 1 de médecine générale, proposés par le directeur d'UFR de Médecine de la subdivision
 - 2 représentants des internes affectés dans la subdivision, dont 1 représentant des IMG, nommés par les organisations représentatives des internes.

4. L'Agrément d'un service.

L'arrêté 16A explicite le fonctionnement de l'agrément.

- La commission d'agrément propose les agréments au directeur général de l'ARS, qui prend la décision d'agréer ou non les lieux de stage (art 1).
- Un dossier de demande d'agrément (demande initiale ou renouvellement), est déposé auprès de l'UFR de médecine de la subdivision de rattachement du lieu de stage (art 1).
- Il existe 2 types d'agrément : au titre d'une spécialité, ou au titre d'une discipline (art 2). La Médecine Générale est considérée comme une discipline.
- Le dossier examiné par la commission d'agrément doit comporter (art 3) :
 - Description du lieu de stage : type d'activité (hospitalière et de consultation), et équipement
 - Description de l'encadrement assurant la continuité de la formation
 - Description des moyens éducatifs, notamment la fréquence des « réunions d'enseignement régulières durant lesquelles les dossiers doivent être discutés et présentés de façon multidisciplinaire et contradictoire par les internes et le responsable médical agréé »
 - Description de l'activité de recherche et de publication, si elle existe
 - Formulaire détaillé, rempli par le responsable médical du lieu de stage demandant l'agrément, précisant notamment le nombre maximal d'internes pouvant être accueillis et compatible avec un objectif de formation
 - Rapport établi après une visite sous l'autorité du directeur d'UFR, par une équipe comprenant un enseignant de la discipline (ou spécialité) concernée, un praticien non universitaire désigné par le directeur d'UFR, et un représentant des internes
 - Avis du coordonnateur local impliqué dans la discipline (ou spécialité)
 - Avis du représentant des internes de la discipline (ou spécialité)
 - Accréditation éventuelle
- Les grilles d'évaluation de fin de stage, remplies par les internes sortant, étudient la qualité pédagogique du lieu de stage, et ces évaluations sont présentées dans le cadre de la commission d'agrément (art 25). Le modèle de cette grille est déterminé par arrêté ministériel.
- La commission propose (art 5) :
 - soit un agrément sans réserve pour 5 ans
 - soit un agrément conditionnel pour 1 an, avec recommandations
 - soit un refus d'agrément, motivé et accompagné de recommandations

- L'agrément au titre d'une discipline est accordé de plein droit à tous les lieux de stage agréés pour une spécialité de la discipline concernée (art 4).
 - Par dérogation, entre autres, les lieux de stage agréés pour la spécialité « gériatrie » sont agréés pour la discipline « médecine générale ».
 - Les lieux de stage agréés pour un DESC de type 1 sont considérés comme agréés au titre de toutes les disciplines.
 - Après vérification auprès du secrétariat du DMG (qui a en charge la gestion de la commission d'agrément), il s'avère donc que tout agrément au titre de la médecine générale fait l'objet d'une demande spécifique, quel que soit le service et sa spécialité, à l'exception des services agréés pour la Gériatrie.

- L'agrément est systématiquement réexaminé comme suit (art 7) :
 - après 5 ans
 - lors d'un changement de responsable médical du lieu de stage agréé
 - sur demande motivée des représentants des internes
 - sur demande des coordonnateurs locaux, ou du directeur d'UFR, ou du directeur général de l'ARS.
 - Le réexamen tient compte du dossier d'agrément, et implique une nouvelle visite sur site.

- La table de codification des critères de refus d'agrément, fournie par l'ARS et le secrétariat du DMG, décrit 8 motifs de non agrément d'un service :
 - 1: Dossier insuffisamment motivé
 - 2: Encadrement insuffisant dans le service
 - 3: Service très spécialisé et, de ce fait, insuffisamment formateur dans la discipline pour laquelle est sollicité l'agrément
 - 4: Activité insuffisante du service au titre de la spécialité
 - 5: Changement récent du chef de service nécessitant un temps d'observation avant un réagrément éventuel
 - 6: Service extra-hospitalier n'offrant pas une formation clinique assez générale et s'insérant mal dans le dispositif de formation au DES/DESC
 - 7: Service ne répondant pas aux critères de formation retenus pour la spécialité
 - 8: Autres motifs

- La dernière commission d'agrément ayant eu lieu avant notre étude date du 15 Juin 2010. Concernant la médecine générale :
 - 119 demandes ont reçu un avis favorable
 - 6 demandes de renouvellement ont été refusées :
 - ◆ 2 pour le motif d'un encadrement insuffisant
 - ◆ 4 pour le motif de non respect des critères de formation
 - 14 demandes d'agrément ont été refusées :
 - ◆ 4 pour le motif d'un encadrement insuffisant
 - ◆ 6 pour le motif de non respect des critères de formation
 - ◆ 4 pour le motif d'un dossier insuffisant

ANNEXE 2 : ORGANIGRAMME DU DMG DE POITIERS (Novembre 2012)

Le DMG : Département de médecine générale de Poitiers					LA FONCTION	NOM en cours en 2012	RESPONSABILITES
Le CONSEIL du DMG					Le Doyen	Pr. Morichau-Beauchant Michel	Représentant es qualité de la Faculté
					Quatre médecins hospitaliers désignés par les CME de chaque département	- 16 Dr Lucke - 17 Nord Dr Gombert - 17 Sud Dr Padeloup - 79 Dr Volard - 86 Dr ?	Représentation des hôpitaux périphériques
					Le coordonnateur universitaire CHU-CHR	Pr. Roblot Pascal	Relations inter hospitalières
					Deux représentants des internes	Mesnier Thomas Didden Xavier	Représentation des internes
	Professeurs et Maîtres de conférences				Les professeurs associés (PA), émérite (PE) ou titulaires (PT) de médecine générale	Pr. Gomes José (PT)	Directeur du DMG Coordonnateur régional du DES
						Pr. Gavid Bernard (PE)	Responsable de l'ergonomie et de l'accessibilité à l'ENT
					Les maîtres de conférences associés de médecine générale	Dr. Valette Thierry	Directeur des programmes Porte parole du staff
						Dr. Birault François	Responsable de l'évaluation du DES et de la certification
						Dr. Binder Philippe	Directeur de Recherche
						Dr. Pascal Parthenay	Responsable des stages pratiques et du contenu de l'ENT
						Dr Stéphane Girardeau	Responsable des enseignements théoriques
						Dr. Grandcolin Stéphanie	Responsable du tutorat
						Dr. Frèche Bernard	Responsable des stages hospitaliers Organisation formations des MSU en région
						Dr. Poppelier Andrea	Coordination des contenus DMG - IMG
						Dr. Lemerrier Xavier	Gestion des outils de communication DMG - IMG
						Dr. De Vaugelade Jean	Responsable de l'évaluation des enseignements théoriques
						Dr Yann Brabant	?
					La présidente du COGEMS ou son représentant	Dr. Valérie Victor-Chaplet	Représentation des MSU
	Le STAFF du DMG						
	Le COGEMS						

				Les quatre MSU coordinateurs départementaux des enseignements théoriques	16 – Dr. Pascal Audier	Coordination et organisation des enseignements de son département géographique
					17 – Dr Brunet Vincent	
					79 – Dr Archambaud Pierrick	
					86 – Dr. Keuk Anne Marie	
				Les quatre MSU coordinateurs départementaux des stages ambulatoires et des tuteurs	16 – Dr Levesque Jean Louis	Coordination et organisation des stages pratiques de son département géographique
					17 – Dr Baron Denis	
					79 – Dr Heintz Anne Laure	
					86 – ?	
				Tous les autres MSU adhérents du CoGEMS	210 MSU.	Attachés – Chargés MSU
					<i>45 en Deux Sèvres</i>	
					<i>65 dans la Vienne</i>	
					<i>57 en Charente Maritime</i>	
					<i>43 en Charente</i>	

ANNEXE 3 : LE CARNET D'AUTO-EVALUATION.

1. Compétences Cliniques.

Elles regroupent les catégories suivantes :

1.1. Adulte : Problèmes aigus

- Elle comporte 46 items
- Exemples : Amaigrissement ; « Boule dans le cou » ; Céphalée ; Chute ; Douleur thoracique ; Fièvre ; « Grosse jambe » ; Prurit ; Toux ; Tremblements

1.2. Adulte : Problèmes chroniques

- Elle comporte 17 items
- Exemples : Patient hypertendu ; Patient diabétique ; Patient à risque cardiovasculaire ; Patient ayant une BPCO ; Patient insuffisant rénal ; Patient ostéoporotique ; Patient ayant une addiction ; Patient atteint d'une pathologie cancéreuse évolutive

1.3. Prise en charge gynécologique et obstétricale

- Elle comporte 12 items
- Exemples : Troubles des règles ; Ménopause ; Incontinence urinaire ; Problèmes liés au sein ; Suivi de la grossesse ; Prise en charge de la contraception ; Dépistage des cancers gynécologiques

1.4. Prise en charge pédiatrique

- Elle comporte 21 items
- Exemples : Connaître les phases majeures du développement de l'enfant ; Surveiller et examiner l'enfant normal ; Prendre en charge une fièvre de l'enfant ; Reconnaître l'urgence pédiatrique ; Connaître la conduite à tenir face à des sévices à enfants ; Prendre en charge le calendrier vaccinal

1.5. Prise en charge de l'adolescent

- Elle comporte 6 items
- Exemples : Dépister et orienter l'adolescent suicidaire ; Aider l'adolescent à la puberté et dans sa sexualité ; Prendre en charge les problèmes de peau

1.6. Prise en charge de la personne âgée

- Elle comporte 17 items
- Exemples : Confusion ; Troubles trophiques et ulcères ; Tassement vertébral ; Altération des fonctions supérieures ; Nutrition ; Handicap et perte d'autonomie ; Fin de vie

1.7. Tableaux cliniques à reconnaissance immédiate

- Elle comporte 9 sous-catégories
 - Dermatologie courante : 17 items (acné ; psoriasis ; urticaire ; folliculite ; herpès ; zona)
 - Rhumatologie : 3 items (crise de goutte ; kyste synovial ; hygroma)
 - Ophtalmologie : 2 items (chalazion ; orgelet)
 - Podologie : 4 items (hallux valgus ; intertrigo)
 - Proctologie : 2 items (fissure anale ; hémorroïde)
 - Pathologies infectieuses : 2 items (varicelle ; éruptions infantiles)
 - Psychiatrie : 1 item (états délirants)
 - Neurologie : 1 item (paralysie faciale)
 - Chirurgie : 3 items (hernie inguinale ; hernie ombilicale ; hernie de la ligne blanche)

2. Gestes techniques.

Ils sont organisés en 4 catégories :

2.1. Prévention – Dépistage – Diagnostic

- Elle comporte 22 items
- Exemples : Pratique et lecture de l'IDR tuberculinique ; ECG : pratique et interprétation ; Frottis cervico-vaginal de dépistage ; Usage des différentes méthodes de contraception ; Réalisation d'une glycémie capillaire ; Toucher rectal ; Examen du nourrisson ; Suivi d'une grossesse

2.2. Soins

- Elle comporte 14 sous-catégories :
 - Traumatologie et petite chirurgie : 11 items (suture adhésive et au fil ; Soins de brûlures ; Evacuation d'un hématome sous-unguéal)
 - Injections (IntraMusculaire / IntraVeineuse / SousCutanée) et pose d'une voie veineuse périphérique
 - Vaccinations (adultes et nourrissons)
 - Prélèvements bactériologiques
 - Dermatologie : 2 items (Soins d'ulcères et d'escarres ; Traitement des verrues et molluscums)
 - ORL : 6 items (Ablation des bouchons de cerumen ; Tamponnement d'épistaxis)
 - Urologie : 1 item (Pose de sonde urinaire)
 - Rhumatologie : 2 items (Infiltrations courantes ; Ponctions articulaires)
 - Pneumologie : 1 item (Maniement des aérosols et chambres d'inhalation)
 - Pédiatrie : 3 items (Soins du cordon ; Soins du prépuce)
 - Gynécologie-Obstétrique : 2 items (Accouchement ; Pose d'un pessaire)
 - Proctologie : 2 items (Incision d'une thrombose hémorroïdaire ; Evacuation d'un fécalome)
 - Vasculaire : 1 item (Pose de bandes à varices)
 - Allergologie : 1 item (Désensibilisation)

2.3. Gestes en situation d'urgence vitale

- Elle comporte 10 items
- Exemples : Massage cardiaque externe ; Ventilation au masque ; Position latérale de sécurité ; Conduite à tenir lors d'un accident de la voie publique

2.4. Mesures d'hygiène au cabinet et désinfection du matériel

- Elle comporte 3 items
- Exemples : Appliquer le principe de traitement hygiénique des mains

3. Compétences transversales.

Elles regroupent 10 sous-catégories, suivies de cas cliniques pour exemples.

3.1. Prendre en charge un problème de santé en soins de premier recours

- Elle comporte 5 items
- Exemples : Recueillir et analyser les demandes du sujet et/ou de son entourage ; Synthétiser les données recueillies à l'examen pour faire un diagnostic de situation ; Prendre une décision partagée

3.2. Communiquer de façon appropriée

- Elle comporte 6 items
- Exemples : Manifester une écoute active et empathique ; Adapter son discours aux possibilités de compréhension

3.3. Prendre une décision adaptée en situation d'urgence

- Elle comporte 4 items
- Exemples : Connaître l'organisation et la permanence des soins et des urgences ; Gérer les situations d'urgence les plus fréquentes et les plus graves en soins de première ligne

3.4. Eduquer le sujet à la gestion de sa santé et de sa maladie

- Elle comporte 3 items
- Exemples : Proposer un projet de soins impliquant le sujet

3.5. Travailler en équipe au sein du système de santé

- Elle comporte 3 items
- Exemples : Organiser la prise en charge des sujets dans des réseaux ou filières de soins adaptés

3.6. Assurer la continuité des soins pour tous les sujets

- Elle comporte 4 items
- Exemples : Collaborer avec le système de permanence des soins ; Organiser l'hospitalisation et le retour à domicile

3.7. Prendre des décisions fondées sur les données de la science, adaptées aux besoins et au contexte

- Elle comporte 4 items
- Exemples : Fonder son raisonnement et sa synthèse sur les données actuelles de la science ; Négocier avec le sujet pour aboutir à une prise en charge acceptable et acceptée

3.8. Entreprendre et participer à des actions de santé publique

- Elle comporte 3 items
- Exemples : Identifier les comportements à risque et mettre en route des actions de prévention ; Gérer et exploiter les données du dossier médical

3.9. Se préparer à l'exercice professionnel

- Elle comporte 5 items
- Exemples : Gérer les ressources humaines ; Obligations comptables et fiscales

3.10. Actualiser et développer ses compétences

- Elle comporte 3 items
- Exemples : Adopter une attitude critique sur ses savoirs ; Evaluer ses pratiques

La présentation des tableaux de compétences est la suivante :

Situation sélectionnée	Stage 1	Stage 2	Stage 3	Stage 4	Stage 5	Stage 6
Patient hypertendu						
Patient diabétique						
Patient à risque cardiovasculaire						
Patient insuffisant coronaire et artériel						

ANNEXE 4 : QUESTIONNAIRE n°1.

IMPLICATION DES SENIORS HOSPITALIERS DANS LA FORMATION DES INTERNES DE MEDECINE GENERALE ET CONNAISSANCES DE LEUR D.E.S.

Informations pour répondre à ce questionnaire :

- D.E.S : Diplôme d' Etudes Spécialisées
- D.E.S.C : Diplôme d' Etudes Spécialisées Complémentaires
- IMG : Interne(s) de Médecine Générale
- Pour les réponses de type « Oui [] / [] Non », cochez la bonne réponse dans la case [] associée (exemple de réponse « oui » : Oui [x])
- Ce questionnaire comporte 3 pages finissant par des commentaires libres

CONNAISSANCES AU SUJET DU D.E.S. DE MEDECINE GENERALE

1) Agrément de votre service au titre de la Médecine Générale

- Avez-vous participé à la constitution du dossier d'agrément de votre service ? Oui [] / [] Non
- Connaissez-vous les objectifs et projets pédagogiques spécifiques liés à cet agrément ? Oui [] / [] Non

2) Fonctionnement du D.E.S de Médecine Générale

- Connaissez-vous le Carnet d'Auto-évaluation des IMG ? Oui [] / [] Non
- Connaissez-vous les travaux suivants, nécessaires à la validation du DES et réalisables dans votre service :
 - Dossier d'Apprentissage (DDA) ? Oui [] / [] Non
 - Récit de Situation Complexe et Authentique (RSCA) ? Oui [] / [] Non
 - Groupe d'Échange et d'Analyse des Pratiques entre Internes (GEAPI) ? Oui [] / [] Non
 - Séminaires ? Oui [] / [] Non
 - Mémoire de DES de médecine générale ? Oui [] / [] Non
- Dirigez-vous certains des travaux d' IMG suivants :
 - Mémoire de DES de Médecine Générale ? Oui [] / [] Non
 - Mémoire de DESC (quel qu'il soit) d' un(e) IMG ? Oui [] / [] Non
 - Thèse d' un(e) IMG ? Oui [] / [] Non

3) Connaissances de la maquette du D.E.S de Médecine Générale

- Connaissez-vous le nombre de semestres prévus dans la maquette ?
- **Votre réponse :**
- Pouvez-vous citer les lieux de stage obligatoires ? (services ou structures de soins)
- **Votre réponse :**

IMPLICATION DANS LA FORMATION PRATIQUE CLINIQUE DES IMG

1) Enseignement d'un savoir théorique

- Avez-vous défini des objectifs spécifiques aux IMG ? Oui [] / [] Non
- ➔ Comment ces objectifs sont-ils choisis : Non Applicable []
 - ◆ Selon votre propre expérience ? Oui [] / [] Non
 - ◆ Strictement selon l'agrément ? Oui [] / [] Non
 - ◆ D'après le contenu du carnet d'auto-évaluation ? Oui [] / [] Non
 - ◆ Sur proposition des IMG ? Oui [] / [] Non
- Comment réalisez-vous cet enseignement (spécifique ou non), en pratique :
 - ➔ Cours formels « en salle » (planning et contenus définis) ? Oui [] / [] Non
 - ➔ Consultations en présence d'interne(s) ? Oui [] / [] Non
 - ➔ Visite « professorale » anticipée et dédiée à un thème ou pathologie ? Oui [] / [] Non
 - ➔ Au cas-par-cas au pied du lit du patient ? Oui [] / [] Non

2) Enseignement de gestes techniques spécifiques

- Existe-t-il un enseignement spécifiquement dédié aux IMG, portant sur les gestes les plus fréquents de votre spécialité ? Oui [] / [] Non
- ➔ Comment ces gestes sont-ils choisis : Non Applicable []
 - ◆ D'après le contenu du carnet d'auto-évaluation ? Oui [] / [] Non
 - ◆ Sur proposition des IMG ? Oui [] / [] Non
 - ◆ Au cas-par-cas devant la situation (consultation ou patient hospitalisé) ? Oui [] / [] Non
 - ◆ Selon votre propre expérience ? Oui [] / [] Non

3) Compétences relationnelles et de communication

- Supervisez-vous les aptitudes de communication des IMG avec les patients et leur entourage ? Oui [] / [] Non
- Supervisez-vous l'éducation thérapeutique des patients faite par les IMG ? Oui [] / [] Non
- Impliquez-vous les IMG dans les réseaux de soins spécifiques à votre service ? Oui [] / [] Non

4) **Connaissances réglementaires**

- Impliquez-vous les IMG dans les démarches médico-administratives rencontrées en médecine générale ambulatoire ? Oui [] / [] Non

5) **Contrôle des connaissances**

- Contrôlez-vous les acquis des IMG pour :
 - L'enseignement théorique ? Oui [] / [] Non
 - L'enseignement de gestes techniques ? Oui [] / [] Non
 - Les connaissances réglementaires ? Oui [] / [] Non
- Sous quelle forme se fait ce contrôle des connaissances : Non Applicable []
 - Évaluation continue par l'observation de l'IMG ? Oui [] / [] Non
 - Interrogation spécifique sur un sujet supposé acquis ? Oui [] / [] Non
 - Par le carnet d'auto-évaluation ? Oui [] / [] Non

A PROPOS DE VOUS

- Service :
- Ancienneté d'exercice dans le service :
- Age & Sexe :
- Titre de votre spécialité médicale :
- Titre de vos spécialités complémentaires éventuelles :
- Accueillez-vous des IMG en stage dans votre service ce semestre (Mai à Novembre 2011) ? Oui [] / [] Non

Commentaires libres :

ANNEXE 5 : BROCHURE D'INFORMATION.

La brochure d'information comporte deux pages, imprimables recto-verso, l'objectif étant de donner une information complète bien que dense sur un support pouvant être facilement accessibles aux seniors dans leur pratique quotidienne.

La mise en page initiale permettait l'impression d'un document au format A4 avec des marges minimales, et la reproduction dans notre thèse en modifie donc l'échelle.

LE D.E.S. DE MEDECINE GENERALE

→ Les Internes de Médecine Générale (IMG) choisissent leur CHU de rattachement pour la discipline Médecine Générale selon leur classement national au concours de l'internat (ENC), au même titre que tous les autres Internes de toutes disciplines.

Structures Référentes :

- Département de Médecine Générale (DMG)
- représente l'ensemble des acteurs, hospitaliers ou libéraux, impliqués dans la formation en médecine générale en Poitou-Charentes
- Collège des Généralistes Enseignants et Maîtres de Stage du Poitou-Charentes (COGEMSPC)
- représente les ECA (Enseignants Cliniciens Ambulatoires) du DMG
- Comité de la Région Poitou-Charentes des Internes de Médecine Générale (CRP-IMG)
- représente les IMG, notamment en siégeant aux commissions d'agrément et d'adéquation

Principes Pédagogiques :

- Le Dossier D'Apprentissage (DDA) : concrétise la démarche d'auto-formation et d'auto-évaluation de l'IMG, et regroupe l'ensemble des travaux théoriques effectués durant son cursus
- Les Révisits de Situation Complexe et d'Autoformation (RSCAL) : travail de réflexion sur une situation :
 - complexe : pluridimensionnelle, nécessitant des recherches, sans solution standard
 - authentique : expérience personnelle de l'IMG
 - pertinente : s'inscrivant dans une démarche de médecine générale, de soins primaires ambulatoires, illustrant les rôles et compétences du médecin généraliste

Formation Théorique :

- 200h sur 3 ans, mensuelles (sauf en juillet & août), et l'obligation de réaliser 1 tâche par an par IMG
- 2 types d'activités :
 - Séminaires (6 en TCEM1 et 1 en TCEM3)
 - Groupes d'Echange et d'Analyse des Pratiques entre Internes (GEAPI : 21/3 ans) et Tuteurs (GEAPT : 1/an)

Mémoire de DES :

- Obligatoire pour la validation du DES, il peut être de 3 types :
 - Dossier de Réussite : préférence pédagogique du DMG, c'est un travail de réflexion de l'IMG, matérialisant une auto-évaluation documentée des compétences et des ressources mobilisables par le futur médecin généraliste.
 - Travail original clinique ou fondamental, publiable, dans le champ de la médecine générale (soin, recherche ou éducation)
 - Tout ou partie d'une thèse de soins primaires

L'AGREMENT POUR LA MEDECINE GENERALE

→ L'agrément d'un service au titre de la discipline Médecine Générale est obtenu sur présentation d'un dossier spécifique d'agrément, avisé par la Commission de Subdivision (réunie en vue de l'agrément), et prononcé par le Directeur Général de l'ARS.

- Cet agrément peut être proposé :
 - pour 5 ans sans réserve
 - conditionnel pour 1 an
 - refusé avec motifs et recommandations
- Cet agrément est déclaré nul :
 - systématiquement tous les 5 ans
 - ou lors d'un changement de maître de stage
 - ou sur demande spécifique

Les critères de refus d'agrément sont :

- Dossier insuffisant
- Encadrement insuffisant
- Service très spécialisé, et de ce fait insuffisamment formateur dans la discipline pour laquelle l'agrément est demandé
- Activité insuffisante au titre de la spécialité
- Changement récent du chef de service nécessitant un temps d'observation
- Service extra-hospitalier n'offrant pas une formation clinique assez générale, et s'insérant mal dans le dispositif de formation du DES/DESC
- Service ne répondant pas aux critères de formation de la spécialité
- Autre

L'agrément de votre service au titre de la Médecine Générale implique que les structures décisionnelles universitaires, auxquelles votre service est rattaché, estiment que votre service est suffisamment formateur et organisé pour accueillir et former des Internes dans le cadre du DES de Médecine Générale.

L'agrément est différent de l'attribution de postes d'IMG.

Votre service peut être agréé sans avoir effectivement d'IMG, mais vous ne pouvez pas en recevoir sans agrément (sauf dérogation spécifique s'intégrant dans un projet professionnel personnel spécifique).

Validation du DES :

- Elle nécessite les validations des 6 stages, des formations théoriques, d'un DDA complet, et la soutenance d'un mémoire.

Formation Pratique :

- Maquette du DES :
- 6 SEMESTRES DE STAGE dans des lieux de stage agréés
- 3 SEMESTRES OBLIGATOIRES :
 - 1 au titre de la Médecine d'Adulte
 - 1 au titre de la Pédiatrie et/ou Gynécologie
 - 1 au titre de la Médecine d'Urgence
- 1 semestre (quel que soit le lieu de stage) doit obligatoirement se faire au CHU
- 1 SEMESTRE OBLIGATOIRE chez un praticien généraliste : Stage de médecine générale de niveau 1
 - 1 semestre libre dans un lieu de stage agréé
 - 1 semestre selon le projet professionnel de l'IMG :
 - soit un 2^e stage libre
 - soit SASPAS : Stage Autonome en Soins Primaires Ambulatoires Supervisés (stage de niveau 2) permettant une approche autonome de la MG plus avancée
- 2 types de stages pour la médecine d'adulte :
 - Type A : directement validant
 - Type B : 2 stages dans des lieux DIFFÉRENTS de type B permettent de valider le stage de médecine d'adulte dans la maquette
- Il faut au minimum 4 mois d'activité pour pouvoir valider un stage

Cahier d'Auto-Evaluation :

- Contient toutes les compétences que l'IMG doit acquérir durant son DES
- Doit être consulté en début, en cours et en fin de stage, et validé avec le maître de stage
- 3 catégories de compétences :
 - Compétences directement en rapport avec des motifs fréquents de consultation en médecine générale
 - Adulte : Problèmes aigus
 - Adulte : problèmes chroniques
 - Pathologie gynécologique
 - Pathologie de l'enfant
 - Pathologie de l'adolescent
 - Pathologie de la personne âgée
 - Tableaux cliniques à reconnaissance immédiate
 - Gestes techniques
 - Compétences transversales nécessaires à la médecine générale

LES COMPETENCES DU MEDECIN GENERALISTE

Le Raisonnement en Médecine Générale :

- Le Modèle OPE :
 - Base du raisonnement en médecine générale, il inclut 3 champs
 - Organe (O) : symptômes, syndromes, pathologies
 - Personne (P) : comportements, croyances personnelles, éléments psycho-relationnels impactant la prise en charge du patient
 - Environnement (E) : éléments familiaux, culturels, professionnels, sociaux, économiques, réglementaires, etc...
 - L'analyse simultanée de ces 3 champs conduit à un Diagnostic de Situation.

La Démarche EBM (Evidence-Based Medicine) :

- Permet d'atteindre une décision de prise en charge fondée sur le diagnostic de situation et centrée sur le patient
- Prend en compte 3 dimensions :
 - Situation clinique (Organe) : ce champs implique de développer son expérience clinique et son savoir-faire
 - Préférences et comportements du patient, et contraintes environnementales (Personne & Environnement) : ce champs implique d'adopter une approche centrée sur la personne
 - Données actuelles de la science : ce champs implique de mettre à jour ses connaissances en permanence, et de savoir le faire

Les 11 compétences du Médecin Généraliste :

Définies par le DMG et le COGEMSp, inspirées de conférences de consensus internationales (Woroca 2002).

- 1- Adapter son raisonnement et ses décisions au contexte des soins primaires :
 - Gérer successivement ou simultanément des problèmes multiples
 - Tenir compte de la faible prévalence et du stade souvent précoce des maladies
 - Adopter une approche centrée sur la personne, pour une prise en charge globale dans le cadre d'une démarche d'EBM
- 2- Prendre une décision adaptée en situation d'incertitude &/ou d'urgence
- 3- Exécuter avec sécurité les gestes techniques les plus fréquents et utiles en médecine générale ambulatoire
- 4- Communiquer de façon appropriée avec le patient et son entourage : mener un entretien, informer, négocier, etc...
- 5- Eduquer le patient à la gestion de sa santé et de sa maladie
- 6- Entreprendre des actions de santé publique : préventions & dépistages, recherche, recueil épidémiologique, etc...

SOURCES

- Décret n° 2004-87 du 16 Janvier 2004 relatif à l'organisation du troisième cycle des études médicales
 - NOR : MENS0302822D
 - Version consolidée au 02 Novembre 2010
 - En vigueur au 14 Avril 2011
- Arrêté du 04 Février 2011 relatif à l'agrément, à l'organisation, au déroulement et à la validation des stages des étudiants en troisième cycle des études médicales
 - NOR : ETSH1103816A
 - Version consolidée au 10 Février 2011
 - En vigueur au 14 Avril 2011
- Arrêté du 04 Février 2011 relatif à la commission de subdivision et à la commission d'évaluation des besoins de formation du troisième cycle des études de médecine
 - NOR : ETSH1103817A
 - Version consolidée au 10 Février 2011
 - En vigueur au 14 Avril 2011
- Livret de l'interne de Médecine Générale
 - Promotion 2010 // Années universitaires 2010-2012
 - Rédigé par le DMG et le COGEMSp

- 7- Travailler en équipe &/ou en réseau, et coordonner les soins autour du patient (addictions, maintien à domicile, fin de vie, ...)

- 8- Assurer le suivi au long cours et la continuité des soins lors des pathologies les plus fréquentes en médecine générale

- 9- Appliquer les dispositions réglementaires dans le respect des valeurs éthiques : disposition médico-légales, administratives, ...

- 10- Assurer la gestion de l'entreprise médicale

- 11- Entretenir ses compétences :

- Evaluer sa pratique
- Organiser et maintenir sa formation professionnelle

LA PLACE DES SENIORS DE MEDECINE

- Le Chef de Service :
 - Il est le Maître de Stage, et est le responsable pédagogique et administratif de la formation des IMG attribués à son stage
 - Il est celui qui valide le stage de l'interne et valide donc sa formation durant le semestre écoulé
 - Il est celui qui valide le cahier d'auto-évaluation avec l'IMG et s'assure de l'acquisition des compétences
 - Il est celui qui doit trouver un compromis entre l'enseignement pratique hospitalier et l'enseignement théorique extra-hospitalier de tous ces internes (de médecine générale et de spécialité), en permettant à chacun d'assurer sa formation tout en assurant la qualité des soins dans le service

- Les autres Seniors

- Leur présence et leur implication dans la formation des IMG est un des critères de l'agrément
- Ils sont donc responsables de l'enseignement pratique en continu des IMG (qu'un maître de stage ne peut faire seul) et du contrôle des connaissances
- Par leur proximité avec les internes, ils sont en première ligne pour contrôler l'acquisition des compétences relationnelles des internes

- La place de l'interne de Médecine Générale

- Les fondements pédagogiques du DES de Médecine Générale sont l'AUTO-FORMATION et l'AUTO-EVALUATION
- Les IMG doivent donc, d'eux-mêmes, faire en sorte d'acquérir les compétences et connaissances qui leur manquent (chercher des consultations spécifiques, des gestes techniques, etc...)

→ Les seniors de médecine sont les médecins encadrant les IMG durant 4 à 5 des 6 semestres de leur cursus. De fait, ils sont les médecins les plus souvent en contact avec les IMG, et en première ligne pour leur apprentissage pratique de la médecine.

→ Plus importants, ce sont eux qui serviront de modèles aux futurs médecins qu'ils forment.

ANNEXE 6 : QUESTIONNAIRE n°2.

IMPLICATION DES SENIORS HOSPITALIERS DANS LA FORMATION DES INTERNES DE MEDECINE GENERALE ET CONNAISSANCES DE LEUR D.E.S.

Informations pour répondre à ce questionnaire :

- ✓ D.E.S : Diplôme d' Etudes Spécialisées
- ✓ D.E.S.C : Diplôme d' Etudes Spécialisées Complémentaires
- ✓ IMG : Interne(s) de Médecine Générale
- ✓ Pour les réponses de type « Oui [] / [] Non », cochez la bonne réponse dans la case [] associée (exemple de réponse « oui » : Oui [x])
- ✓ Ce questionnaire comporte 3 pages finissant par des commentaires libres

CONNAISSANCES AU SUJET DU D.E.S. DE MEDECINE GENERALE

1) Agrément de votre service au titre de la Médecine Générale

- Avez-vous participé à la constitution du dossier d'agrément de votre service ? Oui [] / [] Non
- Connaissez-vous les objectifs et projets pédagogiques spécifiques liés à cet agrément ? Oui [] / [] Non

2) Fonctionnement du D.E.S de Médecine Générale

- Connaissez-vous le Carnet d'Auto-évaluation des IMG ? Oui [] / [] Non
- Connaissez-vous les travaux suivants, nécessaires à la validation du DES et réalisables dans votre service :
 - Dossier d'Apprentissage (DDA) ? Oui [] / [] Non
 - Récit de Situation Complexe et Authentique (RSCA) ? Oui [] / [] Non
 - Groupe d'Échange et d'Analyse des Pratiques entre Internes (GEAPI) ? Oui [] / [] Non
 - Séminaires ? Oui [] / [] Non
 - Mémoire de DES de médecine générale ? Oui [] / [] Non
- Dirigez-vous certains des travaux d' IMG suivants :
 - Mémoire de DES de Médecine Générale ? Oui [] / [] Non
 - Mémoire de DESC (quel qu'il soit) d' un(e) IMG ? Oui [] / [] Non
 - Thèse d' un(e) IMG ? Oui [] / [] Non

3) Connaissances de la maquette du D.E.S de Médecine Générale

- Connaissez-vous le nombre de semestres prévus dans la maquette ?
- **Votre réponse :**
- Pouvez-vous citer les lieux de stage obligatoires ? (services ou structures de soins)
- **Votre réponse :**

IMPLICATION DANS LA FORMATION PRATIQUE CLINIQUE DES IMG

1) Enseignement d'un savoir théorique

- Avez-vous défini des objectifs spécifiques aux IMG ? Oui [] / [] Non

→ Comment ces objectifs sont-ils choisis :

- ♦ Selon votre propre expérience ? Oui [] / [] Non
- ♦ Strictement selon l'agrément ? Oui [] / [] Non
- ♦ D'après le contenu du carnet d'auto-évaluation ? Oui [] / [] Non
- ♦ Sur proposition des IMG ? Oui [] / [] Non
- ♦ Non Applicable []

- Comment réalisez-vous cet enseignement (spécifique ou non), en pratique :

➤

- Cours formels « en salle » (planning et contenus définis) ? Oui [] / [] Non
- Consultations en présence d'interne(s) ? Oui [] / [] Non
- Visite « professorale » anticipée et dédiée à un thème ou pathologie ? Oui [] / [] Non
- Au cas-par-cas au pied du lit du patient ? Oui [] / [] Non

2) Enseignement de gestes techniques spécifiques

- Existe-t-il un enseignement spécifiquement dédié aux IMG, portant sur les gestes les plus fréquents de votre spécialité ? Oui [] / [] Non

→ Comment ces gestes sont-ils choisis :

- ♦ D'après le contenu du carnet d'auto-évaluation ? Oui [] / [] Non
- ♦ Sur proposition des IMG ? Oui [] / [] Non
- ♦ Au cas-par-cas devant la situation (consultation ou patient hospitalisé) ? Oui [] / [] Non
- ♦ Selon votre propre expérience ? Oui [] / [] Non
- ♦ Non Applicable []

3) Compétences relationnelles et de communication

- Supervisez-vous les aptitudes de communication des IMG avec les patients et leur entourage ? Oui [] / [] Non
- Supervisez-vous l'éducation thérapeutique des patients faite par les IMG ? Oui [] / [] Non
- Impliquez-vous les IMG dans les réseaux de soins spécifiques à votre service ? Oui [] / [] Non

4) **Connaissances réglementaires**

- Impliquez-vous les IMG dans les démarches médico-administratives rencontrées en médecine générale ambulatoire ? Oui [] / [] Non

5) **Contrôle des connaissances**

- Contrôlez-vous les acquis des IMG pour :
 - L'enseignement théorique ? Oui [] / [] Non
 - L'enseignement de gestes techniques ? Oui [] / [] Non
 - Les connaissances réglementaires ? Oui [] / [] Non
- Sous quelle forme se fait ce contrôle des connaissances :
 - Évaluation continue par l'observation de l'IMG ? Oui [] / [] Non
 - Interrogation spécifique sur un sujet supposé acquis ? Oui [] / [] Non
 - Par le carnet d'auto-évaluation ? Oui [] / [] Non
 - Non Applicable []

EVALUATION DE LA BROCHURE D'INFORMATION

1) **Utilisation de la brochure d'information**

- Avez-vous lu la brochure d'information ? Oui [] / [] Non
- Cette brochure a-t-elle modifié votre attitude ou votre implication concernant :
 - Les validations de stage en cours ? Oui [] / [] Non
 - L'organisation des prochains stages ? Oui [] / [] Non
 - Non Applicable []

2) **Appréciation du contenu de la brochure d'information**

- Les informations concernant les sujets suivants vous ont-elles parues suffisantes ?
 - Le DES de Médecine Générale ? Oui [] / [] Non
 - L'Agrément de votre service ? Oui [] / [] Non
 - Les Compétences du Médecin Généraliste ? Oui [] / [] Non

3) **Appréciation de la forme de la brochure d'information**

- Le format de la brochure d'information vous a-t-il satisfait ? Oui [] / [] Non

➤ Auriez-vous souhaité :

→ une brochure plus complète au format livre ? Oui [] / [] Non

→ un diaporama ? Oui [] / [] Non

→ une réunion avec les structures référentes du DES ? Oui [] / [] Non

A PROPOS DE VOUS

➤ Nom & Prénom :

➤ Service :

➤ Ancienneté d'exercice dans le service :

➤ Age & Sexe :

➤ Titre de votre spécialité médicale :

➤ Titre de vos spécialités complémentaires éventuelles :

➤ Accueillez-vous des IMG en stage dans votre service ce semestre (Mai à Novembre 2011) ? Oui [] / [] Non

Commentaires libres :

ANNEXE 7 : NUMEROTATION DES ITEMS DES QUESTIONNAIRES.

I- Connaissances au sujet du DES de MG

1) Agrément de votre service au titre de la médecine générale

Item I-1-1 : « avez-vous participé à la constitution du dossier d'agrément de votre service ? »

Item I-1-2 : « connaissez-vous les objectifs et projets pédagogiques spécifiques liés à cet agrément ? »

2) Fonctionnement du DES de MG

Item I-2-1 : « connaissez-vous le carnet d'auto-évaluation des IMG ? »

Items I-2-2-x : « connaissez-vous les travaux suivants, nécessaires à la validation du DES et réalisables dans votre service ? »

- I-2-2-1 : Dossier d'apprentissage
- I-2-2-2 : RSCA
- I-2-2-3 : GEAPI
- I-2-2-4 : Séminaires
- I-2-2-5 : Mémoire de DES de MG

Items I-2-3-x : « dirigez-vous certains des travaux d'IMG suivants : »

- I-2-3-1 : Mémoire de DES de MG
- I-2-3-2 : Mémoire de DESC (quel qu'il soit) d'un(e) IMG
- I-2-3-3 : Thèse d'un(e) IMG

3) Connaissances de la maquette du DES de MG

Item I-3-1 : « connaissez-vous le nombre de semestres prévus dans la maquette ? »

Item I-3-2 : « pouvez-vous citer les lieux de stage obligatoires ? (services ou structures de soins) »

II- Implication dans la formation pratique clinique des IMG

1) Enseignement d'un savoir théorique

Item II-1-1 : « avez-vous défini des objectifs spécifiques aux IMG ? »

Items II-1-1-x : « comment ces objectifs sont-ils choisis : »

- II-1-1-1 : « selon votre propre expérience »
- II-1-1-2 : « strictement selon l'agrément »
- II-1-1-3 : « d'après le contenu du carnet d'auto-évaluation »
- II-1-1-4 : « sur proposition des IMG »

Items II-1-2-x : « comment réalisez-vous cet enseignement (spécifique ou non), en pratique »

- II-1-2-1 : « cours formels « en salle » (planning et contenus définis) »
- II-1-2-2 : « consultations en présence d'interne(s) »
- II-1-2-3 : « visite « professorale » anticipée et dédiée à un thème ou pathologie »
- II-1-2-4 : « au cas-par-cas au pied du lit du patient »

2) Enseignement de gestes techniques spécifiques

Item II-2-1 : « existe-t-il un enseignement spécifiquement dédié aux IMG, portant sur les gestes les plus fréquents de votre spécialité ? »

Items II-2-1-x : « comment ces gestes sont-ils choisis : »

- II-2-1-1 : « d'après le contenu du carnet d'auto-évaluation »
- II-2-1-2 : « sur proposition des IMG »
- II-2-1-3 : « au cas-par-cas devant la situation (consultation ou patient hospitalisé) »
- II-2-1-4 : « selon votre propre expérience »

3) Compétences relationnelles et de communication

Item II-3-1 : « supervisez-vous les aptitudes de communication des IMG avec les patients et leur entourage ? »

Item II-3-2 : « supervisez-vous l'éducation thérapeutique des patients faite par les IMG ? »

Item II-3-3 : « impliquez-vous les IMG dans les réseaux de soins spécifiques à votre service ? »

4) Connaissances réglementaires

Item II-4-1 : « impliquez-vous les IMG dans les démarches médico-administratives rencontrées en médecine générale ? »

5) Contrôle des connaissances

Items II-5-1-x : « contrôlez-vous les acquis des IMG pour : »

- II-5-1-1 : « l'enseignement théorique »
- II-5-1-2 : « l'enseignement de gestes techniques »
- II-5-1-3 : « les connaissances réglementaires »

Items II-5-2-x : « sous quelle forme se fait ce contrôle des connaissances : »

- II-5-2-1 : « évaluation continue par l'observation de l'IMG »
- II-5-2-2 : « interrogation spécifique sur un sujet supposé acquis »
- II-5-2-3 : « par le carnet d'auto-évaluation »

III- Evaluation de la brochure d'information

1) Utilisation de la brochure d'information

Item III-1-1 : « avez-vous lu la brochure d'information ? »

Items III-1-1-x : « cette brochure a-t-elle modifié votre attitude ou votre implication concernant : »

- III-1-1-1 : « les validations de stage en cours »
- III-1-1-2 : « l'organisation des prochains stages »

2) Appréciation du contenu de la brochure d'information

Items III-2-x : « les informations concernant les sujets suivants vous ont-elles parues satisfaisantes ? »

- III-2-1 : « le DES de médecine générale »
- III-2-2 : « l'agrément de votre service »
- III-2-3 : « les compétences du médecin généraliste »

3) Appréciation de la forme de la brochure d'information

Item III-3-1 : « le format de la brochure d'information vous a-t'il satisfait ? »

Items III-3-2-x : « auriez-vous souhaité : »

- III-3-2-1 : « une brochure plus complète au format livre »
- III-3-2-2 : « un diaporama »
- III-3-2-3 : « une réunion avec les structures référentes du DES »

ANNEXE 8 : RESULTATS DU SECOND QUESTIONNAIRE.

1. Nombre de réponses.

Le second questionnaire a été adressé à 120 seniors.

Le taux de réponse global est de 20,83% avec 25 répondants.

Sur ces 25 réponses :

- 17 réponses ont été obtenues par mail
- 2 réponses ont été obtenues en version manuscrite
- 3 seniors ont répondu qu'ils n'étaient pas concernés par cette étude, s'ajoutant aux 2 seniors ayant répondu de même au premier questionnaire
- 1 senior a répondu avoir déjà rempli ce second questionnaire (alors qu'il n'avait répondu qu'au premier).

Un total de 15 seniors a répondu aux 2 questionnaires successifs.

Cela représente :

- 78,95% des réponses utilisables du second questionnaire (15/19)
- 60% de l'ensemble des réponses au second questionnaire (15/25)
- 31,91% des réponses utilisables du premier questionnaire (15/47)
- 30,61% de l'ensemble des réponses au premier questionnaire (15/49)
- 12,5% de l'ensemble de la population interrogée (15/120)

L'objectif du second questionnaire étant d'évaluer l'impact d'une information, nous ne prendrons en compte que les résultats des seniors ayant répondu aux 2 questionnaires.

2. Population des seniors répondants aux 2 questionnaires.

➤ Age

L'âge moyen est de 37,8 ans, les bornes étant 29 et 64 ans.

Dans la tranche d'âge de 34 ans et moins, on trouve 6 personnes, la moyenne d'âge étant 32,2 ans, les bornes étant 29 et 33 ans.

Dans la tranche d'âge de 35 à 55 ans, on trouve 8 personnes, la moyenne d'âge étant 38,8 ans, les bornes étant 35 et 50 ans.

Dans la tranche d'âge de 56 ans et plus, on trouve 1 personne, la moyenne d'âge étant de 64 ans.

➤ Sexe

Sur les 15 réponses, on retrouve 8 femmes et 7 hommes, soit un sex ratio (femme/homme) de 1.14.

➤ Présence d'IMG durant le semestre en cours

9 services différents présentent au moins 1 senior ayant répondu aux deux questionnaires.
Parmi eux, 6 services ont répondu avoir des IMG, 2 ont répondu ne pas en avoir, et 1 service a donné des réponses discordantes.

➤ Grades

1 seul chef de service a répondu aux 2 questionnaires.

11 praticiens ont répondu aux 2 questionnaires.

3 assistants ont répondu aux 2 questionnaires.

➤ Ancienneté

Dans le groupe de 4 ans d'ancienneté ou moins, on retrouve 9 seniors.

Dans le groupe de 5 à 10 ans d'ancienneté, on retrouve 4 seniors.

Dans le groupe de 11 ans d'ancienneté ou plus, on retrouve 2 seniors.

3. L'agrément du service pour la médecine générale.

- Item I-1-1 (« avez-vous participé à la constitution du dossier d'agrément de votre service ? »)

Population répondant aux 2 questionnaires	Nombre de réponses « oui » / Nombre de répondants	Pourcentage
Réponses au Premier Questionnaire	0/15	0%
Réponses au Second Questionnaire	1/15	6,7%

- Item I-1-2 (« connaissez-vous les objectifs et projets pédagogiques spécifiques liés à cet agrément ? »)

Population répondant aux 2 questionnaires	Nombre de réponses « oui » / Nombre de répondants	Pourcentage
Réponses au Premier Questionnaire	2/15	13,3%
Réponses au Second Questionnaire	5/15	33,3%

- Item II-1-1-2 (choix d'objectifs pédagogiques théoriques spécifiques aux IMG, fait strictement selon l'agrément)

Pour cet item, au premier et au second questionnaire, on retrouve 1 réponse « oui ». Cependant, ce senior avait répondu « non » à l'item I-1-2, et il n'y a donc aucune réponse « oui » valable à l'item II-1-1-2, et aucune réponse « oui » parmi les seniors déclarant connaître les objectifs pédagogiques spécifiques liés à l'agrément.

4. La maquette du DES.

- Item I-3-1 (« connaissez-vous le nombre de semestres prévus dans la maquette ? »)

Population répondant aux 2 questionnaires	Nombre de réponses correctes (6 semestres) / Nombre de répondants	Pourcentage
Réponses au Premier Questionnaire	11/15	73,3%
Réponses au Second Questionnaire	10/15	66,7%

5. Les travaux du DES.

- Items I-2-2-x (« connaissez-vous les travaux suivants, nécessaires à la validation du DES et réalisables dans votre service »)

Les items répondant à cette question sont les suivants :

- Item I-2-2-1 : le dossier d'apprentissage
- Item I-2-2-2 : les RSCA
- Item I-2-2-3 : les GEAPI
- Item I-2-2-4 : les séminaires
- Item I-2-2-5 : le mémoire de DES

Population répondant aux 2 questionnaires	Pourcentage de réponses « oui » (Réponses / Répondants)				
	Item I-2-2-1	Item I-2-2-2	Item I-2-2-3	Item I-2-2-4	Item I-2-2-5
Réponses au Premier Questionnaire	26.7% (4/15)	53.3% (8/15)	26.7% (4/15)	86.7% (13/15)	86.7% (13/15)
Réponses au Second Questionnaire	60% (9/15)	80% (12/15)	46.7% (7/15)	100% (15/15)	93.3% (14/15)

- Items I-2-3-x (« dirigez-vous certains des travaux d'IMG suivants »)

Les items répondant à cette question sont les suivants :

- Item I-2-3-1 : mémoire de DES de médecine générale
- Item I-2-3-2 : mémoire de DESC d'un(e) IMG
- Item I-2-3-3 : thèse d'un(e) IMG

Population répondant aux 2 questionnaires	Pourcentage de réponses « oui » (Réponses / Répondants)		
	Item I-2-3-1	Item I-2-3-2	Item I-2-3-3
Réponses au Premier Questionnaire	0% (0/15)	0% (0/15)	26.7% (4/15)
Réponses au Second Questionnaire	0% (0/15)	0% (0/15)	26.7% (4/15)

6. Le carnet d'auto-évaluation.

- Item I-2-1 (« connaissez-vous le carnet d'auto-évaluation des IMG ? »)

Population répondant aux 2 questionnaires	Nombre de réponses « oui » / Nombre de répondants	Pourcentage
Réponses au Premier Questionnaire	6/15	40%
Réponses au Second Questionnaire	9/15	60%

Au premier questionnaire, parmi les 6 réponses « oui » :

- Seule 1 personne déclare utiliser le carnet d'auto-évaluation pour définir des objectifs théoriques spécifiques aux IMG (item II-1-1-3).
- Aucun senior ne déclare utiliser le carnet d'auto-évaluation pour définir des objectifs techniques spécifiques aux IMG (item II-2-1-1), ni pour le contrôle des connaissances des IMG (item II-5-2-3).

Au second questionnaire, parmi les 9 réponses « oui » :

- Seules 2 personnes déclarent utiliser le carnet d'auto-évaluation pour définir des objectifs théoriques spécifiques aux IMG (item II-1-1-3).
- De même, 1 seul senior déclare utiliser le carnet d'auto-évaluation pour définir des objectifs techniques spécifiques aux IMG (item II-2-1-1).
- Enfin, 1 seul senior déclare utiliser le carnet d'auto-évaluation pour le contrôle des connaissances de l'IMG (item II-5-2-3).

7. L'enseignement théorique.

- Item II-1-1 (« avez-vous défini des objectifs spécifiques aux IMG ? »)

Population répondant aux 2 questionnaires	Nombre de réponses « oui » / Nombre de répondants	Pourcentage
Réponses au Premier Questionnaire	4/15	26,7%
Réponses au Second Questionnaire	7/15	46,7%

➤ Items II-1-1-x (« comment ces objectifs sont-ils choisis ? »)

Parmi les réponses « oui », les critères de choix des objectifs spécifiques aux IMG explorés sont les suivants :

- Item II-1-1-1 : « selon votre propre expérience »
- Item II-1-1-2 : « strictement selon l'agrément »
- Item II-1-1-3 : « d'après le contenu du carnet d'auto-évaluation »
- Item II-1-1-4 : « sur proposition des IMG »

Population répondant aux 2 questionnaires	Pourcentage de réponses « oui » (Réponses / Répondants)			
	Item II-1-1-1	Item II-1-1-2	Item II-1-1-3	Item II-1-1-4
Réponses au Premier Questionnaire	75% (3/4)	0% (0/4)	25% (1/4)	75% (3/4)
Réponses au Second Questionnaire	100% (7/7)	0% (0/7)	28.6% (2/7)	71.4% (5/7)

Pour le premier comme pour le second questionnaire, il faut signaler qu'à l'item II-1-1-2 (l'agrément), 1 senior avait déclaré utiliser l'agrément pour définir des objectifs théoriques spécifiques, mais cette personne avait déclaré ne pas connaître les objectifs spécifiques liés à l'agrément (item I-1-2), la réponse « oui » n'est donc pas prise en compte.

➤ Items II-1-2-x (« comment réalisez-vous cet enseignement (spécifique ou non), en pratique ? »)

Les items répondant à cette question sont les suivants :

- Item II-1-2-1 : « cours formels en salle »
- Item II-1-2-2 : « consultations »
- Item II-1-2-3 : « visite professorale anticipée et dédiée à un thème »
- Item II-1-2-4 : « au cas-par-cas au pied du lit du patient »

Population répondant aux 2 questionnaires	Pourcentage de réponses « oui » (Réponses / Répondants)			
	Item II-1-2-1	Item II-1-2-2	Item II-1-2-3	Item II-1-2-4
Réponses au Premier Questionnaire	73.3% (11/15)	46.7% (7/15)	6.7% (1/15)	93.3% (14/15)
Réponses au Second Questionnaire	73.3% (11/15)	60% (9/15)	6.7% (1/15)	93.3% (14/15)

- Item II-5-1-1 (« contrôlez-vous les acquis des IMG pour l'enseignement théorique ? »)

Population répondant aux 2 questionnaires	Nombre de réponses « oui » / Nombre de répondants	Pourcentage
Réponses au Premier Questionnaire	7/15	46,7%
Réponses au Second Questionnaire	9/15	60%

8. L'enseignement de gestes techniques spécifiques.

- Item II-2-1 (« existe-t-il un enseignement spécifiquement dédié aux IMG, portant sur les gestes techniques les plus fréquents de votre spécialité ? »)

Population répondant aux 2 questionnaires	Nombre de réponses « oui » / Nombre de répondants	Pourcentage
Réponses au Premier Questionnaire	5/15	33,3%
Réponses au Second Questionnaire	7/15	46,7%

- Items II-2-1-x (« comment ces gestes sont-ils choisis ? »)

Parmi les réponses « oui », les items répondant à cette question sont les suivants :

- Item II-2-1-1 : « d'après le contenu du carnet d'auto-évaluation »
- Item II-2-1-2 : « sur proposition des IMG »
- Item II-2-1-3 : « au cas-par-cas »
- Item II-2-1-4 : « selon votre propre expérience »

Population répondant aux 2 questionnaires	Pourcentage de réponses « oui » (Réponses / Répondants)			
	Item II-2-1-1	Item II-2-1-2	Item II-2-1-3	Item II-2-1-4
Réponses au Premier Questionnaire	0% (0/5)	60% (3/5)	80% (4/5)	100% (5/5)
Réponses au Second Questionnaire	14.3% (1/7)	85.7% (6/7)	100% (7/7)	85.7% (6/7)

- Item II-5-1-2 (« contrôlez-vous les acquis des IMG pour l'enseignement de gestes techniques ? »)

Population répondant aux 2 questionnaires	Nombre de réponses « oui » / Nombre de répondants	Pourcentage
Réponses au Premier Questionnaire	<i>6/15</i>	40%
Réponses au Second Questionnaire	<i>10/15</i>	66,7%

9. Les compétences relationnelles et de communication.

- Item II-3-1 (« supervisez-vous les aptitudes de communication des IMG avec les patients et leur entourage? »)

Population répondant aux 2 questionnaires	Nombre de réponses « oui » / Nombre de répondants	Pourcentage
Réponses au Premier Questionnaire	<i>11/15</i>	73,3%
Réponses au Second Questionnaire	<i>10/15</i>	66,7%

- Item II-3-2 (« supervisez-vous l'éducation thérapeutique des patients faite par les IMG ? »)

Population répondant aux 2 questionnaires	Nombre de réponses « oui » / Nombre de répondants	Pourcentage
Réponses au Premier Questionnaire	<i>10/15</i>	66,7%
Réponses au Second Questionnaire	<i>9/15</i>	60%

- Item II-3-3 (« impliquez-vous les IMG dans les réseaux de soin spécifiques à votre service ? »)

Population répondant aux 2 questionnaires	Nombre de réponses « oui » / Nombre de répondants	Pourcentage
Réponses au Premier Questionnaire	8/15	53,3%
Réponses au Second Questionnaire	9/15	60%

10. Les connaissances réglementaires.

- Item II-4-1 (« impliquez-vous les IMG dans les démarches médico-administratives rencontrées en médecine générale ambulatoire ? »)

Population répondant aux 2 questionnaires	Nombre de réponses « oui » / Nombre de répondants	Pourcentage
Réponses au Premier Questionnaire	11/15	73,3%
Réponses au Second Questionnaire	8/15	53,3%

- Item II-5-1-3 (« contrôlez-vous les acquis des IMG pour les connaissances réglementaires ? »)

Population répondant aux 2 questionnaires	Nombre de réponses « oui » / Nombre de répondants	Pourcentage
Réponses au Premier Questionnaire	4/15	26,7%
Réponses au Second Questionnaire	8/15	53,3%

11. Les modalités du contrôle des connaissances.

- Item II-5-2-x (« sous quelle forme se fait ce contrôle des connaissances »)

Les items répondant à cette question sont les suivants :

- Item II-5-2-1 : évaluation continue par l'observation de l'IMG
- Item II-5-2-2 : interrogation spécifique sur un sujet supposé acquis
- Item II-5-2-3 : par le carnet d'auto-évaluation

Les seules réponses prises en compte sont celles des seniors ayant répondu « oui » au moins une fois aux items II-5-1-1, II-5-1-2 ou II-5-1-3.

Ce groupe représente au total 9 seniors pour le premier questionnaire, 13 seniors pour le second questionnaire.

Population répondant aux 2 questionnaires	Pourcentage de réponses « oui » (Réponses / Répondants)		
	Item II-5-2-1	Item II-5-2-2	Item II-5-2-3
Réponses au Premier Questionnaire	100% (9/9)	33.3% (3/9)	0% (0/9)
Réponses au Second Questionnaire	92.3% (12/13)	53.9% (7/13)	7.7% (1/13)

Pour le second questionnaire, à l'item II-5-2-3, nous avons obtenu 2 réponses « oui », mais 1 seul senior avait déclaré connaître le carnet d'auto-évaluation des IMG (item I-2-1), 1 seule réponses « oui » est donc prise en compte.

12. L'utilisation de la brochure d'information.

Cette catégorie ne concerne que les réponses au second questionnaire.

- Item III-1-1 (« avez-vous lu la brochure d'information ? »)

On retrouve 14 réponses « oui », soit 93,3% (14/15).

- Items III-1-1-x (« cette brochure a-t-elle modifiée votre attitude ou votre implication concernant »)

Parmi les 14 réponses « oui » à l'item III-1-1, les réponses sont les suivantes :

- Item III-1-1-1 : « les validations des stages en cours »
- Item III-1-1-2 : « l'organisation des prochains stages »

Population répondant aux 2 questionnaires	Pourcentage de réponses « oui » (Réponses / Répondants)	
	Item III-1-1-1	Item III-1-1-2
Réponses au Second Questionnaire	7.1% (1/14)	21.4% (3/14)

13. L'appréciation du contenu de la brochure d'information.

Cette catégorie ne concerne que les réponses au second questionnaire.

- Items III-2-x (« les informations concernant les sujets suivants vous ont-elles parues satisfaisantes ? »)

Les items répondant à cette question sont les suivants :

- Item III-2-1 : le DES de médecine générale
- Item III-2-2 : l'agrément du service
- Item III-2-3 : les compétences du médecin généraliste

Population répondant aux 2 questionnaires	Pourcentage de réponses « oui » (Réponses / Répondants)		
	Item III-2-1	Item III-2-2	Item III-2-3
Réponses au Second Questionnaire	86.7% (13/15)	80% (12/15)	73.3% (11/15)

14. L'appréciation de la forme de la brochure d'information.

Cette catégorie ne concerne que les réponses au second questionnaire.

- Item III-3-1 (« le format de la brochure vous a-t'il satisfait ? »)

On retrouve 13 réponses « oui », soit 86,7% (13/15)

- Items III-3-2-x (« auriez-vous souhaité ? »)

Les items explorant les autres formes d'information qui pourraient être souhaitées par les seniors sont les suivants :

- Item III-3-2-1 : brochure plus complète au format livre
- Item III-3-2-2 : diaporama
- Item III-3-2-3 : une réunion avec les structures référentes du DES

Population répondant aux 2 questionnaires	Pourcentage de réponses « oui » (Réponses / Répondants)		
	Item III-3-2-1	Item III-3-2-2	Item III-3-2-3
Réponses au Second Questionnaire	13.3% (2/15)	6.7% (1/15)	33.3% (5/15)

ANNEXE 9 : ARRETE FIXANT LE NOMBRE D'INTERNES A FORMER **(extraits)**

20 juillet 2010

JOURNAL OFFICIEL DE LA RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

Texte 23 sur 85

Décrets, arrêtés, circulaires

TEXTES GÉNÉRAUX

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SPORTS

Arrêté du 12 juillet 2010 déterminant pour la période 2010-2014
le nombre d'internes en médecine à former par spécialité et par subdivision

NOR : SAS1018315A

La ministre de l'enseignement supérieur et de la recherche et la ministre de la santé et des sports,

Vu le code de l'éducation, notamment ses articles L. 632-2 et suivants ;

Vu le décret n° 2004-67 du 16 janvier 2004 modifié relatif à l'organisation du troisième cycle des études médicales ;

Vu l'arrêté du 22 septembre 2004 modifié portant détermination des interrégions et des subdivisions de l'internat,

Arrêtent :

Art. 1^{er}. – Le nombre d'internes en médecine à former par spécialité et par subdivision pour la période 2010-2014 est déterminé selon les tableaux figurant en annexe.

Art. 2. – La directrice générale de l'offre de soins et le directeur général pour l'enseignement supérieur et l'insertion professionnelle sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent arrêté, qui sera publié au *Journal officiel* de la République française.

Fait à Paris, le 12 juillet 2010.

La ministre de la santé et des sports,
ROSELYNE BACHELOT-NARQUIN

*La ministre de l'enseignement supérieur
et de la recherche,*
VALÉRIE PÉCRESSE

ANNEXE
NOMBRE D'INTERNES EN MÉDECINE À FORMER POUR LA PÉRIODE 2010-2014

INTERREGIONS et Subdivisions	TOTAL SPECIALITES MEDICALES					TOTAL 2010-2014
	2010-2011	2011-2012	2012-2013	2013-2014	2014-2015	
Ile de France	173	245	249	252	256	1 175
Nord-Est						
Strasbourg	40	44	45	44	47	220
Nancy	48	54	50	55	54	261
Besançon	38	36	38	37	38	187
Dijon	40	35	35	39	36	185
Reims	34	30	32	34	34	164
Nord-Ouest						
Caen	39	43	39	39	33	193
Rouen	52	52	52	51	52	259
Lille	78	86	89	87	90	430
Amiens	36	36	37	39	39	187
Rhône-Alpes Auvergne						
Clermont-Ferrand	35	41	38	40	41	195
Grenoble	30	31	31	31	32	155
Lyon	63	70	72	71	74	350
Saint Etienne	23	23	23	23	23	115
Ouest						
Brest	30	31	32	31	31	155
Rennes	43	47	47	47	46	230
Angers	27	28	38	38	38	169
Nantes	37	38	37	44	43	199
Tours	42	44	47	46	48	227
Poitiers	37	40	41	44	43	205
Sud						
Montpellier	51	62	67	68	69	317
Aix Marseille	40	50	51	52	51	244
Nice	23	23	24	23	24	117
Sud-Ouest						
Bordeaux	55	66	69	69	71	330
Océan Indien	10	10	11	12	10	53
Toulouse	49	59	59	61	62	290
Limoges	17	19	15	19	18	88
Antilles-Guyane	14	20	20	18	18	90
Total	1 204	1 363	1 388	1 414	1 421	6 790

POUR LA PÉRIODE 2010-2014

TOTAL SPECIALITES CHIRURGICALES					
2010-2011	2011-2012	2012-2013	2013-2014	2014-2015	TOTAL 2010-2014
84	103	104	104	105	500
16	26	25	29	26	122
18	21	24	23	24	110
16	16	15	17	15	79
16	18	20	19	18	91
14	14	14	14	14	70
14	15	15	14	14	72
20	19	16	17	16	88
42	46	47	49	48	232
22	23	23	22	23	113
18	19	19	19	19	94
17	19	19	20	20	95
33	33	33	33	33	165
14	14	14	14	14	70
15	15	15	15	15	75
17	17	17	17	17	85
13	15	15	15	13	71
20	21	21	21	21	104
18	16	17	16	17	84
13	15	14	16	17	75
21	23	24	24	23	115
26	38	38	39	39	180
12	17	17	17	17	80
24	29	28	31	31	143
3	3	3	3	3	15
17	20	20	21	21	99
7	10	9	11	8	45
7	11	11	13	12	54
557	636	637	653	643	3 126

20 juillet 2010

JOURNAL OFFICIEL DE LA RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

Texte 23 sur 85

	MEDECINE générale					
INTERREGIONS et Subdivisions	2010-2011	2011-2012	2012-2013	2013-2014	2014-2015	TOTAL 2010-2014
Ile de France	440	665	665	695	695	3 160
Nord-Est						
Strasbourg	140	133	133	133	134	673
Nancy	135	141	144	144	144	708
Besançon	105	118	118	118	118	577
Dijon	135	135	135	135	135	675
Reims	140	140	140	140	140	700
Nord-Ouest						
Caen	135	132	132	132	132	663
Rouen	135	132	132	132	132	663
Lille	236	228	228	228	228	1 148
Amiens	138	135	135	135	135	678
Rhône-Alpes						
Auvergne						
Clermont-Ferrand	120	130	130	130	130	640
Grenoble	90	97	104	111	113	515
Lyon	151	180	189	200	210	930
Saint Etienne	75	105	105	105	105	495
Ouest						
Brest	85	90	90	90	90	445
Rennes	110	105	113	120	120	568
Angers	120	120	120	120	120	600
Nantes	140	100	100	100	96	536
Tours	120	118	118	118	118	592
Poitiers	100	122	122	122	123	589
Sud						
Montpellier	115	171	178	183	188	835
Aix Marseille	121	179	214	245	270	1 029
Nice	66	77	88	99	101	431
Sud-Ouest						
Bordeaux	161	206	206	206	206	985
Océan Indien	42	44	44	46	46	222
Toulouse	134	146	152	160	168	760
Limoges	80	88	88	88	88	432
Antilles-Guyane	63	83	83	83	83	395
Total	3 632	4 120	4 206	4 318	4 368	20 644

TOTAL GENERAL					
2010-2011	2011-2012	2012-2013	2013-2014	2014-2015	TOTAL 2010-2014
950	1 337	1 343	1 381	1 389	6 400
239	251	250	254	257	1 251
263	275	278	281	284	1 381
194	205	206	207	206	1 018
237	232	233	238	234	1 174
241	235	236	238	237	1 187
234	235	232	229	221	1 151
257	253	250	250	250	1 260
459	477	481	483	485	2 385
242	239	240	241	241	1 203
216	234	232	233	234	1 149
171	186	194	203	206	960
314	354	364	375	388	1 795
136	166	166	166	166	800
158	165	166	166	165	820
211	212	220	228	227	1 098
199	206	217	220	215	1 057
242	199	198	207	201	1 047
219	217	221	219	222	1 098
191	225	224	230	231	1 101
226	308	319	327	336	1 516
251	354	392	425	450	1 872
129	151	162	174	176	792
300	383	386	389	390	1 848
73	74	76	78	77	378
264	297	304	315	324	1 504
125	143	135	144	139	686
98	137	136	138	138	647
6 839	7 750	7 861	8 039	8 089	38 578

BIBLIOGRAPHIE

- [1] Décret n° 2004-67 du 16 janvier 2004 relatif à l'organisation du troisième cycle des études médicales – NOR : MENS0302822D – Version consolidée au 02 novembre 2010, modifiée par Décret n° 2010-700 du 25 juin 2010 – Version en vigueur au 14/04/2011 - <http://www.legifrance.gouv.fr/>
- [2] Arrêté du 4 février 2011 relatif à l'agrément, à l'organisation, au déroulement et à la validation des stages des étudiants en troisième cycle des études médicales – NOR : ETSH1103816A – Version consolidée au 10 février 2011 – Version en vigueur au 14/04/2011 - <http://www.legifrance.gouv.fr/>
- [3] Arrêté du 4 février 2011 relatif à la commission de subdivision et à la commission d'évaluation des besoins de formation du troisième cycle des études de médecine – NOR : ETSH1103817A – Version consolidée au 10 février 2011 – Version en vigueur au 14/04/2011 - <http://www.legifrance.gouv.fr/>
- [4] Livret de l'Interne de Médecine Générale – règlement du DES de médecine générale – UFR de Médecine et Pharmacie de Poitiers – Promotion 2010 – Années Universitaires 2010 – 2012
- [5] Les Compétences à acquérir au cours du DES de Médecine Générale – Carnet d'Auto Evaluation – Promotion 2010
- [6] Wonca Europe 2002 : <http://www.woncaeurope.org/Web%20documents/European%20Definition%20of%20family%20medicine/WONCA%20definition%20French%20version.pdf> // le 08/05/2012
- [7] Chamberland M, Hivon R. Les compétences de l'enseignant clinicien et le modèle de rôle en formation clinique. *Pédagogie Médicale* 2005;6:98-111.
- [8] Arrêté du 12 juillet 2010 déterminant pour la période 2010-2014 le nombre d'internes en médecine à former par spécialité et par subdivision – NOR : SASH1018315A – Version consolidée au 27 août 2010 – Version en vigueur au 11/09/2012 - <http://www.legifrance.gouv.fr/>

RESUME

La formation hospitalière des internes de médecine générale est un élément central dans le cursus de ces futurs praticiens. En effet, les étudiants passeront les deux tiers de leur internat dans les services de médecine.

Nos recherches bibliographiques n'ayant pas retrouvé d'étude évaluant l'implication des seniors enseignants dans la formation des internes, nous nous sommes appuyés sur les textes légaux et les référentiels pédagogiques de la faculté de Poitiers pour étudier la place des praticiens hospitaliers de médecine dans le cursus de leurs étudiants.

En nous basant sur ces données, nous avons réalisé une étude descriptive, ciblant l'ensemble des seniors du centre hospitalier de La Rochelle exerçant dans des services ayant obtenu l'agrément au titre de la médecine générale.

L'objectif principal de notre travail était d'évaluer les connaissances des seniors hospitaliers au sujet du DES de médecine générale, et leur implication dans la formation pédagogique des internes.

Nos résultats montrent une bonne connaissance globale des enseignants sur le fonctionnement du DES.

Cependant, nos résultats montrent également que l'enseignement est considéré comme peu spécifique par les seniors. De plus, notre travail montre que deux des outils pédagogiques principaux sont sous-utilisés : l'agrément et le carnet d'auto-évaluation.

Notre étude ouvre la porte à de nombreux autres travaux sur la formation clinique, mais certains changements pourraient déjà être proposés afin de soutenir les enseignants dans leur rôle pédagogique.

D'une part, une amélioration de l'information et de l'accessibilité du carnet d'auto-évaluation pour les seniors pourrait permettre à cet outil de prendre la place importante qu'il mériterait.

D'autre part, une systématisation de l'enseignement local permettrait d'uniformiser un socle de connaissances chez les internes de médecine générale. Ceci leur assurerait un enseignement spécifique, sans dépendre de leur cursus ou des contraintes inhérentes au fonctionnement des services.

Mots-Clés : Formation pédagogique ; Médecine Générale ; Internes ; Seniors hospitaliers

SERMENT



En présence des Maîtres de cette école, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

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

