Université de Poitiers
Faculté de Médecine et Pharmacie

ANNEE 2016

Thèse n°

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

présentée et soutenue publiquement
le 30 juin 2016 à Poitiers
par Madame Gwénola ZOLLINGER

L'utilisation du Recueil d'Activité au Quotidien par les internes : développement d'un outil pédagogique pour la supervision indirecte du Stage Ambulatoire en Soins Primaires et Autonomie Supervisée

COMPOSITION DU JURY

Président :

- Monsieur le Professeur José GOMES

Membres :

- Monsieur le Professeur Marc PACCALIN
- Monsieur le Professeur Olivier POURRAT
- Monsieur le Docteur Pascal AUDIER

Directeur de thèse :

- Monsieur le Docteur Benoit TUDREJ

UNIVERSITE DE POITIERS

Faculté de Médecine et de Pharmacie

Le Doyen,

Année universitaire 2015 - 2016

LISTE DES ENSEIGNANTS DE MEDECINE

Professeurs des Universités-Praticiens Hospitaliers

- AGIUS Gérard, bactériologie-virologie **(surnombre jusqu'en 08/2018)**
- ALLAL Joseph, thérapeutique
- BATAILLE Benoît, neurochirurgie
- BRIDOUX Frank, néphrologie
- BURUCOA Christophe, bactériologie – virologie
- CARRETIER Michel, chirurgie générale
- CHEZE-LE REST Catherine, biophysique et médecine nucléaire
- CHRISTIAENS Luc, cardiologie
- CORBI Pierre, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
- DEBAENE Bertrand, anesthésiologie réanimation
- DEBIAIS Françoise, rhumatologie
- DROUOT Xavier, physiologie
- DUFOUR Xavier, Oto-Rhino-Laryngologie
- EUGENE Michel, physiologie **(surnombre jusqu'en 08/2016)**
- FAURE Jean-Pierre, anatomie
- FRITEL Xavier, gynécologie-obstétrique
- GAYET Louis-Etienne, chirurgie orthopédique et traumatologique
- GICQUEL Ludovic, pédopsychiatrie
- GILBERT Brigitte, génétique
- GOMBERT Jean-Marc, immunologie
- GOUJON Jean-Michel, anatomie et cytologie pathologiques
- GUILHOT-GAUDEFFROY François, hématologie et transfusion
- GUILLET Gérard, dermatologie
- GUILLEVIN Rémy, radiologie et imagerie médicale
- HADJADJ Samy, endocrinologie et maladies métaboliques
- HAUET Thierry, biochimie et biologie moléculaire
- HERPIN Daniel, cardiologie
- HOUETO Jean-Luc, neurologie
- INGRAND Pierre, biostatistiques, informatique médicale
- JAAFARI Nematollah, psychiatrie d'adultes
- JABER Mohamed, cytologie et histologie
- JAYLE Christophe, chirurgie thoracique t cardio-vasculaire
- KARAYAN-TAPON Lucie, cancérologie
- KEMOUN Gilles, médecine physique et réadaptation **(en détachement)**
- KITZIS Alain, biologie cellulaire
- KRAIMPS Jean-Louis, chirurgie générale
- LECRON Jean-Claude, biochimie et biologie moléculaire
- LELEU Xavier, hématologie
- LEVARD Guillaume, chirurgie infantile
- LEVEQUE Nicolas, bactériologie-virologie
- LEVEZIEL Nicolas, ophtalmologie
- LEVILLAIN Pierre, anatomie et cytologie pathologiques **(surnombre jusqu'en 08/2018)**
- MACCHI Laurent, hématologie
- MARECHAUD Richard, médecine interne
- MAUCO Gérard, biochimie et biologie moléculaire
- MEURICE Jean-Claude, pneumologie
- MIGEOT Virginie, santé publique
- MILLOT Frédéric, pédiatrie, oncologie pédiatrique
- MIMOZ Olivier, anesthésiologie – réanimation
- NEAU Jean-Philippe, neurologie
- ORIOT Denis, pédiatrie
- PACCALIN Marc, gériatrie
- PAQUEREAU Joël, physiologie **(jusqu'au 31/10/2015)**
- PERAULT Marie-Christine, pharmacologie clinique
- PERDRISOT Rémy, biophysique et médecine nucléaire
- PIERRE Fabrice, gynécologie et obstétrique
- POURRAT Olivier, médecine interne **(surnombre jusqu'en 08/2018)**
- PRIES Pierre, chirurgie orthopédique et traumatologique
- RICCO Jean-Baptiste, chirurgie vasculaire
- RICHER Jean-Pierre, anatomie
- RIGOARD Philippe, neurochirurgie
- ROBERT René, réanimation
- ROBLOT France, maladies infectieuses, maladies tropicales
- ROBLOT Pascal, médecine interne
- RODIER Marie-Hélène, parasitologie et mycologie
- SENON Jean-Louis, psychiatrie d'adultes **(surnombre jusqu'en 08/2017)**
- SILVAIN Christine, hépato-gastro- entérologie
- SOLAU-GERVAIS Elisabeth, rhumatologie
- TASU Jean-Pierre, radiologie et imagerie médicale
- THIERRY Antoine, néphrologie
- THILLE Arnaud, réanimation
- TOUGERON David, gastro-entérologie
- TOURANI Jean-Marc, cancérologie
- WAGER Michel, neurochirurgie

Bât. D1 - 6 rue de la Milétrie – TSA 51115 - 86073 POITIERS CEDEX 9 - France
☎05.49.45.43.43 - 🖷 05.49.45.43.05

Maîtres de Conférences des Universités-Praticiens Hospitaliers

- ALBOUY-LLATY Marion, santé publique
- BEBY-DEFAUX Agnès, bactériologie – virologie
- BEN-BRIK Eric, médecine du travail
- BILAN Frédéric, génétique
- BOURMEYSTER Nicolas, biologie cellulaire
- CASTEL Olivier, bactériologie - virologie – hygiène
- CREMNITER Julie, bactériologie – virologie
- DAHYOT-FIZELIER Claire, anesthésiologie – réanimation
- DIAZ Véronique, physiologie
- FAVREAU Frédéric, biochimie et biologie moléculaire
- FRASCA Denis, anesthésiologie – réanimation
- HURET Jean-Loup, génétique
- LAFAY Claire, pharmacologie clinique
- PERRAUD Estelle, parasitologie et mycologie
- RAMMAERT-PALTRIE Blandine, maladies infectieuses
- SAPANET Michel, médecine légale
- SCHNEIDER Fabrice, chirurgie vasculaire
- THUILLIER Raphaël, biochimie et biologie moléculaire

Professeur des universités de médecine générale

- GOMES DA CUNHA José

Professeurs associés de médecine générale

- BINDER Philippe
- BIRAULT François
- VALETTE Thierry

Maîtres de Conférences associés de médecine générale

- ARCHAMBAULT Pierrick
- BOUSSAGEON Rémy
- FRECHE Bernard
- GIRARDEAU Stéphane
- GRANDCOLIN Stéphanie
- PARTHENAY Pascal
- VICTOR-CHAPLET Valérie

Enseignants d'Anglais

- DEBAIL Didier, professeur certifié
- JORDAN Stephen, maître de langue étrangère
- SASU Elena, contractuelle enseignante

Professeurs émérites

- DORE Bertrand, urologie (08/2016)
- GIL Roger, neurologie (08/2017)
- MAGNIN Guillaume, gynécologie-obstétrique (08/2016)
- MARCELLI Daniel, pédopsychiatrie (08/2017)
- MENU Paul, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire (08/2017)
- TOUCHARD Guy, néphrologie (08/2018)

Professeurs et Maîtres de Conférences honoraires

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

Remerciements

***À Monsieur le Professeur José GOMES**,*
Vous me faites un grand honneur de présider notre jury de thèse. En tant que responsable du Département de Médecine Générale de notre faculté, j'attache la plus grande importance à votre expertise concernant ce travail. Veuillez accepter mes sincères remerciements et salutations.

À Monsieur le Professeur Marc PACCALIN,
Merci d'avoir accepté de participer à notre jury. Mon passage au CHU de Poitiers : ces six mois passés dans votre service de gériatrie resteront gravés dans ma pratique quotidienne de la médecine générale. Sans oublier les relations humaines vécues, c'est toujours avec plaisir que je prends des nouvelles de l'équipe. Merci de symboliser tout cela en ce jour, j'en suis infiniment reconnaissante.

À Monsieur le Professeur Olivier POURRAT,
Vous me faites l'honneur de juger ce travail, même si le sujet est loin de votre pratique quotidienne. Nous vous exprimons toute notre gratitude et notre plus profond respect.

À Monsieur le Docteur Pascal AUDIER,
Vous me faites l'honneur de participer au jury de notre thèse, et en tant que président du COGEMS c'est avec grand intérêt que nous recevrons votre jugement sur ce travail. Nous vous exprimons tous nos sincères remerciements

À mon directeur de thèse,
Merci Benoit d'avoir accepter de diriger ce travail et d'avoir fait germer l'idée de cette thèse entre deux consultations dans le cabinet des Couronneries. Je te remercie d'avoir répondus tout au long du travail à mes diverses interrogations. Bonne continuation dans les chemins de la pédagogie en médecine générale.

À tous les services et chefs de mon internat,
La pédiatrie, les urgences de La Rochelle, aux équipes de gériatre de Niort et de Poitiers, à tous mes maitres de stages de niveau 1 et de SASPAS. Merci aux patients qui y étaient lors de mon passage. Merci pour cette belle formation que j'ai eu en Poitou-Charentes.

Aux internes en SASPAS du semestre novembre 2015
Merci d'avoir participer à l'élaboration de ce travail, je suis désolée de vous avoir harcelé pendant ces 6 mois. Je vous en suis très reconnaissante.

À ma famille,
À mes parents, Maryvonne et Erich, merci pour les valeurs que vous m'avez transmises tout au long de mes années. Merci pour cette cohésion familiale infaillible que vous avez su créer. Merci pour votre soutien.
À mes frères et sœurs, sans oublier leurs conjoints (même si vous avez 100g de chocolat en moins à Noël !) :
Lionel, Noo, Angela et Clément, votre venue est toujours synonyme de fête, il me tarde la session Lagarde été 2016 !

Nolwenn, Olivier, Rozenn, Elouann, c'est trop bien de vous avoir proches, je ne désespère pas de fouler la carrière du Boscq !
Raphaël et Cristina, j'espère secrètement vous revoir en France et pourquoi pas Toulouse ! Et comment te remercier Raphaël pour ce travail énorme de statistiques que tu as fourni, pas tout le monde à la chance d'avoir un frère dans les big data, et surtout s'en rendre compte à temps !

À ma belle-famille,
Merci d'être la prolongation de ma famille, de créer des moments inoubliables. Isabelle et Jean-Philippe, merci de tout cœur.
Mes belles sœurs adorées, Anne et Alice, mes complices chez manufacture, sur whatsapp et dans les bâârs ! Edouard n'oublie jamais que je suis adorable !

À mes deux meilleures amies, mes témoins, nées le 15 mai !
Marianne, *depuis notre « coup de foudre amical » au collège de Condom, nos vies se suivent, te retrouver à Toulouse pendant cette année, à été une joie immense, ca va être difficile de ne plus se voir régulièrement. Merci à Serge de prendre soin de toi.*
Sophie*, que de souvenirs, la P1 : sur le chemin de la salade ponsan, la P2 : Toulouse nous voilà, l'internat : bienvenue en Poitou-Charentes ! Toujours là quoi qu'il arrive ma Sophie, et c'est pas fini ! Je vous souhaite de belles années à Angoulême avec Jérémie.*

Aux copains de Toulouse toulousains et expatriés
Minou, merci pour ta disponibilité, ton amitié fidèle, j'espère que Poitiers aura encore la chance de t'accueillir pendant ces 2 ans !! Max et Jess, merci pour cette courte collocation, vous êtes toujours au top. Camcam, Cathy, Anne-Lolo, Marion, Arthur, Joseph, Raphio, Olivier, BP, (spéciale dédicace pour le super titre!), depuis la P2, c'est toujours top de se retrouver entre connards.

Aux copains de Poitiers
Grace à vous tous, Poitiers est devenu énorme !
Les Brigoudebat, vous nous manquez, hâte de vous retrouver. Marie et Dan, à nos soirées de gros, on viendra à Quimper manger des galettes ! Amandine (merci la gériatrie de nous avoir réunie !), Arnaud (vive le futur président !), Hugo (on coupe les ponts dans 2 ans promis !), Marie-Anne et Chachou (on va boire un verre ?), Pierre-Alain (je regrette mes bensimon dans le Clain !), Jeannot et Claire (le troll est plus fort que nous !)… Merci d'avoir fait de cet internat un si bon moment.

Vous tous avez fais la personne que je suis aujourd'hui, et je pense n'oublier personne…ah si…oui ***Quentin*** *bien sure ! J'aime bien notre vie ensemble, c'est vraiment bien ! Et bientôt notre vie à trois, ça sera chouette ! Une chose est sure je ne n'échangerais pas ma vie contre celle du roi du Maroc !*

TABLE DES MATIERES

ABREVIATIONS **3**

I. INTRODUCTION **4**

A. La médecine générale et la formation du médecin généraliste **4**

1) La médecine générale : principes et définitions 4

2) Evolution de la formation du médecin généraliste 5

3) Le SASPAS 7

B. Du paradigme de l'enseignement à l'apprentissage par compétences **9**

1) La pédagogie 9

2) L'évaluation formative et l'évaluation sommative 9

3) La notion de compétence 10

C. La supervision indirecte en SASPAS **11**

1) Définition - Pilier pédagogique du stage 11

2) Littérature : lacune et absence de support pédagogique 12

3) Existence d'outils pédagogiques 14

4) Justifications de notre travail 15

II. MATERIEL ET METHODES **16**

A. Schéma de l'étude **16**

B. Population participante à l'étude **16**

C. L'outil : le Relevé d'activité quotidien (RAQ) **16**

1) Création de l'outil et fonctionnement 16

2) Diffusion de l'outil 21

3) Mode de recueil des données 21

4) Critères d'évaluations 22

5) Logiciel utilisé et analyses statistiques 23

III. RESULTATS **24**

A. Caractéristiques des internes **24**

B. Caractéristiques des consultations **25**

C. Analyse de l'évolution de l'aisance des internes sur le semestre **29**

1) Analyse globale 29

2) Analyse individuelle 30

D. Analyse de la répartition des cotations d'aisance par les internes **31**

1) Analyse globale des internes 31
2) Analyse individuelle par interne 32

IV. DISCUSSION 34

A. Critique des résultats 34

1) Caractéristiques des internes 34
2) Caractéristiques des consultations 35
3) Analyse de l'évolution de l'aisance des internes sur le semestre 36
4) Analyse de la répartition des cotations d'aisance par les internes 37

B. Limites de l'étude 39

1) L'informatique 39
2) Evolution du taux de participation 40

C. Eléments de réflexion – Perspectives 41

1) Optimisation de l'outil 41
2) Vers un outil de certification 42
3) Auto-évaluation versus hétéro-évaluation 42
4) Le RAQ, une partie du Journal de Bord 43

V. CONCLUSION 44

RÉFÉRENCES BIBILOGRAPHIQUES 45

ANNEXES 48

ANNEXE 1 48
ANNEXE 2 49
ANNEXE 3 50
ANNEXE 4 51
ANNEXE 5 51
ANNEXE 6 52
ANNEXE 7 53

ABREVIATIONS

SASPAS : Stage Ambulatoire en Soins Primaires et Autonomie Supervisée

WONCA : World Organization of National Colleges Academies and Academic Asssociations of General Practitioners/Family Physicians

SFMG : Société Française de Médecine Générale

SFTG : Société de Formation Thérapeutique du Généraliste

FMC : Formation Médicale Continue

CNGE : Conseil National des Généralistes Enseignants

DES : Diplôme d'Etudes Spécialisés

UFR : Unité de Formation et de Recherche

DMG : Département de Médecine Générale

RAQ : Recueil d'Activité au quotidien

COGEMS : Collège des Généralistes Enseignants et Maitres de Stage

RSCA : Récit de Situations Complexes et Authentiques

DREES : Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques

I. INTRODUCTION

L'introduction qui suit se décompose en trois parties : les deux premières exposent d'une part l'évolution de la formation du médecin généraliste, et d'autre part des notions de pédagogie médicale. Ces deux parties permettent de mieux appréhender les particularités pédagogiques de la formation en médecine générale, de ses enjeux et de ses possibilités d'évolution. Ainsi la troisième partie, au croisement des deux premières, se penche sur la pédagogie en médecine générale et plus précisément lors du Stage Ambulatoire en Soins Primaires en Autonomie Supervisée (SASPAS).

A. La médecine générale et la formation du médecin généraliste

1) La médecine générale : principes et définitions

Au niveau international, depuis la seconde moitié du XXe siècle, une réflexion est menée pour définir les grands principes de la médecine générale.

Au départ plusieurs modèles théoriques sont présentés, mais s'avèrent être des modèles réducteurs. Une première conception fait état d'un système composé d'un fragment de chaque spécialité, et l'assemblage de ces fragments constituerait un ensemble homogène. Dans cette optique, la médecine générale serait une discipline « patchwork » constituée d'un petit morceau de savoir sur tout. Cette conception est centrée sur la maladie. Parallèlement une autre définition est proposée : la médecine générale correspondrait à l'application d'un même savoir médical mais appliqué dans un autre lieu que l'hôpital. Dans cette approche, la médecine générale ne serait qu'une discipline d'exercice. Son contenu ne serait pas différent de celui de la médecine interne par exemple, mais ses conditions d'application seraient particulières. Cette perspective est centrée sur le médecin. Or ces deux conceptions font abstraction du patient (1).

Au début des années 70, les structures académiques de médecine générale se regroupent dans une organisation mondiale, la WONCA (World Organization of National Colleges and Academies of General Practice / Family Medecine).

Au niveau européen, en 1974, le groupe de travail de Leeuwenhorst propose sa première définition, plutôt centrée sur les activités professionnelles et cadre d'exercice du médecin généraliste, et non sur les principes fondamentaux de la discipline (2).

En France, durant les années 70, l'enseignement de la médecine générale connait de nouvelles ambitions par l'intermédiaire de quelques praticiens militants et de la création des premières sociétés savantes : la Société Française de Médecine Générale (SFMG) en 1973 (3), la Société Française de Thérapeutique Générale (SFTG) en 1977, appuyées par les premières associations de formation médicale continue (FMC). Aussi l'implication des médecins généralistes dans la formation de leurs futurs confrères a abouti à la création du Collège National des Généralistes Enseignants (CNGE) en 1983. Les généralistes enseignants font le pari que la discipline se doit de devenir universitaire afin de développer une formation adéquate de ses étudiants et de replacer la médecine générale dans le système de santé.

C'est en 2002, que la WONCA EUROPE, branche européenne de la WONCA, valide « La définition européenne de la médecine générale-médecine de famille » : « *La médecine générale-médecine de famille est une discipline scientifique et universitaire, avec son contenu spécifique de formation, de recherche de pratique clinique, et ses propres fondements scientifiques. C'est une spécialité clinique orientée vers les soins primaires* » (2). Elle est constituée de trois parties, la première : les caractéristiques de la discipline de la médecine générale-médecine de famille, la deuxième : la spécialité de la médecine générale-médecine de famille et la troisième : les compétences fondamentales de la médecine générale-médecine de famille.

2) Evolution de la formation du médecin généraliste

a. Avant 1997 : naissance des stages chez le praticien

Le 23 juin 1968, le Conseil National de l'Ordre des Médecins émet dans son journal officiel un avis favorable concernant la réalisation d'un stage en médecine générale en reprenant les propositions d'une association d'étudiants. La législation de ce stage est parue dans le journal

officiel du 14 juillet 1972. Les étudiants ont alors l'autorisation, et non l'obligation, d'effectuer une partie de leur formation pratique auprès d'un médecin généraliste de ville.

C'est au début des années 1970 que l'on commence à parler des stages chez le médecin généraliste. En effet, cette même période correspond aux travaux cités précédemment de définition la médecine générale, et ceci incite donc les médecins généralistes à se mobiliser pour la reconnaissance de la spécificité de la médecine générale et pour la mise en place d'une formation adaptée.

Alors que le conseil des ministres du conseil de l'Europe recommande « d'organiser une formation spécifique du généraliste par les omnipraticiens eux-mêmes» et devant l'absence d'un véritable internat de médecine générale, le gouvernement met en place la commission Fougères. Cette commission, fruit de deux années de travaux (1973-1975), va proposer le 1er avril 1975, la création d'un troisième cycle spécifique à la médecine générale : formation d'une durée de deux ans obligatoire dont un stage extrahospitalier chez un praticien de ville (4).

Au total, à la fin des années 1980, le cursus de médecine générale est composé de quatre semestres de résidanat en milieu hospitalier, vingt à quarante demi journées de stage chez le praticien et un enseignement théorique de cent cinquante à deux cents heures, avec une grande variabilité selon les facultés de médecine.

A noter, c'est seulement à partir de 1990, à la suite des recommandations de la commission Lachaux, qu'il est devenu obligatoire d'avoir effectué le stage pour être autorisé à faire des remplacements.

b. Après 1997 : émergence du SASPAS

Au cours de l'année 1997, différents décrets se suivent modifiant et/ou complétant les précédents (décrets du 16 mars, 16 mai et 24 décembre) (5,6). Pour aboutir à un résidanat allongé à deux ans et demi, lors duquel le stage pratique devient obligatoire. Stage d'une durée d'un semestre, chez un à trois praticien(s) agrée(s) « maître de stage » et qui peut être réalisé lors du 2e, 3e, 4e ou 5e semestre. Ce stage considéré de nos jours de « niveau 1 » se compose d'une phase d'observation active, d'une phase de consultation sous supervision directe par le maître de stage, et d'une troisième de consultation avec supervision indirecte.

L'arrêté du 19 octobre 2001, marque la création d'un 6e semestre de médecine générale (7). Il précise que « *deux semestres libres sont laissés au choix des résidents en accord avec le directeur du département de médecine générale de l'UFR médicale. Ils sont effectués dans des lieux de stage agréés pour la médecine générale. L'un d'eux se fait préférentiellement en secteur ambulatoire* ». Cet arrêté prépare la mise en place du SASPAS

A la demande des ministères concernés, se constitue un groupe de travail ayant pour but de présenter un projet commun sur le 6e semestre. Ce groupe s'est réuni en mai 2002 sous la direction du Professeur Nemitz. Son rapport donne une idée précise sur ce que pourrait être le 6e semestre, tant au niveau de son déroulement, que des modalités de choix et de validation de ce stage, il précise que « l'interne devrait avoir la possibilité d'effectuer son stage selon un projet personnel professionnalisant et sur des terrains de stage aussi divers que possible». Le groupe Nemitz préconise alors la création des SASPAS.

C'est la circulaire du 26 avril 2004 qui officialise enfin le SASPAS sous les directives du groupe Nemitz (8).

3) Le SASPAS

Ce stage est encore à l'heure actuelle facultatif, mais la réforme du DES de médecine générale prévue pour la rentrée 2016 évoque de le rendre obligatoire pour l'ensemble des étudiants (9). De plus cette idée est renforcée par le passage du DES de médecine générale à 4 ans, avec la possibilité d'un deuxième SASPAS professionnalisant (10).

a. Objectifs du SASPAS

Il a pour objectif principal de perfectionner l'autonomie de l'interne pour lui permettre d'exercer seul.

Les objectifs généraux à atteindre par l'interne en SASPAS sont (11):

- D'être mis en situation authentique de confrontation réelle aux demandes de soins, de décisions solitaires, avec supervision indirecte permanente.
- D'analyser les difficultés rencontrées et les solutions apportées.

- De prendre en charge des patients nécessitant un suivi au long cours (maladies chroniques, grossesses, nourrissons, maladies évolutives).
- De participer à l'organisation matérielle du cabinet et à la gestion de l'outil de travail en prenant en compte les contraintes administratives et les difficultés de l'exercice quotidien.
- D'instituer des contacts avec les confrères et une collaboration avec les autres professionnels de santé, en particulier dans le cadre d'un travail en réseau.

En fonction du projet professionnel de l'interne, les objectifs spécifiques du SASPAS permettent de développer ses compétences concernant l'activité du cabinet, la gestion des consultations et des visites, la réflexion sur sa pratique, l'interdisciplinarité et la recherche en médecine générale.

b. Organisation du SASPAS

Stage de 6 mois avec un minimum de 4 mois pour être validant. Il se déroule à raison de 11 demi-journées (3h30) d'activité par semaine, avec deux demi-journées consacrées à la formation universitaire et neuf autres demi-journées consacrées à la réalisation de 6 à 12 actes par demi-journée en autonomie.

Le nombre de terrains de stages est limitant, malgré les efforts pour inciter les médecins généralistes à devenir maître de stage.

c. Le SASPAS en Poitou-Charentes

Quelques chiffres : en 2010 et 2011, pour des promotions respectivement de 100 et 114 internes, il y avait 24 postes de SASPAS disponible par semestre, donc à peine la moitié ont pu bénéficier de cette formation ; en 2015 le nombre de postes de SASPAS est monté à 32, mais avec une augmentation conjointe du volume des promotion. Ainsi actuellement la moitié des internes ont pu réaliser un SASPAS.

B. Du paradigme de l'enseignement à l'apprentissage par compétences

1) La pédagogie

La pédagogie, c'est « l'art d'enseigner ou les méthodes d'enseignement propres à une discipline, à une matière, à un ordre d'enseignement, à un établissement d'enseignement ou à une philosophie de l'éducation ».

On peut retrouver deux versants dans la notion de pédagogie (12) :

- Le premier celui de l'*enseignement* : « pratique, mise en œuvre par un enseignant, visant à transmettre des connaissances (savoir, savoir-faire, compétences...) à un élève, un étudiant ou tout autre public dans le cadre d'une institution éducative ». L'élève peut être considéré comme passif,
- le deuxième celui de l'*apprentissage* : « ensemble de mécanismes menant à l'acquisition de savoir-faire, de savoirs ou de connaissances qui par opposition implique une action de l'étudiant pour s'approprier des connaissances ». L'élève est actif pour s'approprier des connaissances.

Dans le cadre des études médicales, on peut considérer que les deux premiers cycles correspondent à l'enseignement théorique du savoir des bases médicales. Le troisième cycle de médecine générale, quant à lui, a un rôle professionnalisant et d'autonomisation. C'est dans cet objectif de formation continue que s'intègre la notion d'apprentissage (13).

2) L'évaluation formative et l'évaluation sommative

Le concept d'évaluation formative a été développé en 1967 pour s'opposer à l'évaluation sommative traditionnelle (14).

L'évaluation formative, contrairement à l'évaluation sommative qui se situe à la fin d'un apprentissage pour vérifier les acquis, est une évaluation qui fait partie intégrante du processus d'apprentissage et se situe à tous les stades de celui-ci. Elle consiste à recueillir des informations permettant de connaître le degré de maîtrise atteint et de situer les difficultés éventuelles des apprenants afin de leur proposer ou de leur faire découvrir des moyens de les surmonter.

Tout au long du cursus du DES de médecine générale, l'évaluation formative et notamment l'auto-évaluation formative sont à la base du processus d'apprentissage. Ceci est représenté a travers la réalisation des traces d'apprentissages, RSCA (Récit de Situations Complexes et Authentiques), groupes de pairs et au cours du SASPAS.

3) La notion de compétence

Dans le domaine de l'éducation, le concept d'apprentissage par compétences s'est progressivement diffusé : d'abord aux Etats-Unis dans les années 1970, puis au Québec à la fin des années 1990, en Belgique en 1993, en Australie en 1995 et aussi en Amérique du Sud et Afrique dans les années 2000. En France, les compétences sont apparues dans les politiques d'éducation nationale à la fin des années 1980, avec un rapport demandé par Lionel Jospin, alors ministre de l'Education. Leur place a été réaffirmée en 2005 avec la publication du « Socle commun de connaissances et de compétences » s'intégrant dans les exigences européennes (15).

Le concept d'apprentissage par compétences a fait son apparition dans les orientations pédagogiques des facultés de médecine et se développe aujourd'hui encore dans l'objectif de former des professionnels compétents capables de dispenser des soins de qualité.

Le CNGE a retenu cette définition de la compétence : « c'est un savoir agir complexe, en lien avec le contexte d'apprentissage ou d'exercice, qui intègre plusieurs types de ressources et qui permet, à travers une famille de situations, non seulement l'identification de problèmes, mais également leur résolution par une action efficace et adaptée à un moment donné ».

Toujours selon le CNGE, le médecin généraliste doit pouvoir adapter ses connaissances théoriques et leurs applications pratiques au contexte de la relation patient-médecin. En effet, chaque situation de soins est unique, il n'y a donc pas de protocole universel. Le principe des compétences est de pouvoir adapter nos savoirs, savoir-faire, savoir-être à chaque consultation (16).

La WONCA Europe, en 2002, définit les compétences fondamentales de la Médecine Générale - Médecine de famille (2). Elle évoque onze caractéristiques : « Les onze caractéristiques centrales qui définissent la discipline se rapportent à des capacités ou habiletés que chaque médecin de famille spécialisé doit maitriser ».

A partir du *Référentiel métier et compétences du médecin généraliste (17)*, le CNGE a défini six compétences génériques mises en forme dans un schéma appelé « marguerite des compétences » :

- professionnalisme ;
- premier recours, incertitudes, urgences ;
- continuité/suivi, coordination des soins autour du patient ;
- éducation/prévention/dépistage, santé individuelle communautaire;
- prise en charge globale/complexité ;
- relation/communication, approche centrée patient.

L. Compagnon, dans la revue Exercer en 2013 (18), publie les résultats d'un travail de groupe de recherche national, ayant permis d'établir les 3 niveaux de compétences de l'interne attendus au cours du cursus du DES de médecine générale :

- niveau novice,
- niveau intermédiaire,
- niveau compétent.

Ces trois niveaux sont décrits pour chacune des six compétences du médecin généraliste vues précédemment, et peuvent servir de support pédagogique à des outils d'évaluations.

C. La supervision indirecte en SASPAS

1) Définition - Pilier pédagogique du stage

Durant le SASPAS, l'interne va travailler en lieu et place de ses maîtres de stage, l'objectif étant rappelons le, la finalisation de l'acquisition des compétences nécessaires à l'exercice de la médecine générale, lors de situations de soins réelles.

Ces médecins généralistes, maîtres de stage, agréés par la Faculté, acceptent de confier leur patientèle et d'assurer en retour :

- Une assistance en temps réel, c'est à dire que l'interne peut à tout moment contacter le maître de stage par téléphone ou bénéficier d'une rencontre immédiate en cas de besoin.
- Une action pédagogique centrée sur l'évaluation formative et l'acquisition des compétences en situation authentique de médecine générale notamment à l'aide de la supervision indirecte, véritable pilier pédagogique de ce stage. C'est cette redevance pédagogique qui permet de différencier ce stage d'un remplacement.
- Les maîtres de stage s'engagent d'autre part à suivre des formations pédagogiques.

Il existe deux modalités de supervision, couramment employées dans le cadre de la formation en contexte de stage (19):

- La supervision dite « directe » lorsque la rétroaction fournie à l'étudiant succède à une phase d'observation directe de l'étudiant dans sa tâche clinique.
- La supervision dite « indirecte » lorsque l'interaction avec l'étudiant est développée à partir de la présentation que fait ce dernier de la situation clinique, sans que le maître de stage l'ait personnellement observé.

Il est important de signifier que la supervision indirecte en contexte de stage vise à concilier deux objectifs:

- D'une part, faciliter l'apprentissage de l'étudiant à partir de cette tâche professionnelle : finalité pédagogique de la supervision, ce qui nous intéresse dans ce travail.
- D'une part assurer l'efficacité et la sécurité des tâches de soins dispensées au patient : finalité médicale de la supervision, à ne pas négliger.

2) Littérature : lacune et absence de support pédagogique

L'objectif de cette partie n'est pas de réaliser une revue complète et exhaustive de la littérature concernant la supervision indirecte du SASPAS, mais de souligner qu'il existe à ce

niveau une lacune. Lacune qui s'avère être tant sur la forme que sur le fond. Or comme évoqué précédemment, le temps de la supervision indirecte est essentiel lors du SASPAS.

En effet, nous retrouvons un certain nombre de travaux de thèses ayant pour objectif l'évaluation du SASPAS. Globalement leurs résultats confirment l'impact positif de ce stage dans la formation des internes, qui le plébiscitent. Toutefois, ils font aussi apparaitre la nécessité d'améliorer certains paramètres dont la supervision indirecte qui ne donne pas entière satisfaction.

Dès 2006, Carine Larue dans sa thèse « Particularités pédagogiques du SASPAS », évoque la nécessité de formaliser d'avantage la supervision indirecte et donc propose une grille de recueil de données à titre expérimental (20).

En 2010, Elise Petite à Grenoble dans son travail de thèse intitulé « Obstacles à la supervision indirecte en SASPAS à Grenoble : identification par les maîtres de stage et perspectives d'amélioration », évoque la nécessité d'implication de l'interne dans l'organisation autour de la supervision. L'interne doit être acteur de sa formation, c'est ce que souhaitent la plupart des maîtres de stages, et donne ainsi une dynamique à sa formation, et la supervision est plus simple à mettre en place (21).

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

En Poitou-Charentes, en 2014, Marine Andrieux dans son travail de thèse « Evaluation de la formation en SASPAS pour le internes en médecine générale de la Faculté de Poitiers » (22), cherche à identifier les points forts et faibles du SASPAS, afin d'établir des pistes d'amélioration pour la formation des internes en SASPAS. Il en ressort comme évoqué précédemment un débriefing très apprécié par les internes de façon global, mais avec un encadrement peu assidu de certains maîtres de stage, ayant des débriefing aléatoires. De plus les internes expriment la volonté de pouvoir parler de leur ressenti lors des rétroactions,

moment initialement prévu en partie à cet effet, mais rendu parfois trop théorique (quelle pathologie ? quel traitement ?). Ainsi, une des pistes d'amélioration proposées à ce moment consisterait en un tableau de bord à remplir quotidiennement et systématiquement avec différents items, permettant à l'interne de juger de son évolution et attester son niveau de compétences atteint.

3) Existence d'outils pédagogiques

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

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

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

A travers ces parties, on retrouve le cheminement de l'apprentissage par compétence et le raisonnement clinique de l'interne : sa capacité de réflexivité. Cela lui permet d'acquérir des outils de formation au travers d'une évaluation formative

Cet outil, n'est utilisé que par une minorité des maitres de stage ayant des internes en SASPAS, en Poitou-Charentes. Les autres maitres de stage ont parfois d'autres supports pédagogiques : la liste des patients vus par l'interne, les notes personnels de l'interne ou

encore des documents personnels. L'uniformisation de la prise en charge de la supervision de l'interne en formation s'avère actuellement indispensable.

Il existe d'autres outils, notamment un « Journal de bord » : recueil d'évènements marquants ou significatifs ou critiques « incidents critiques » vécus par l'interne (et/ou le MSU). Sa dénomination, son contenu et ses objectifs varient selon les départements de médecine générale.

Par exemple le journal de bord utilisé à Créteil Paris-Est (23), est basé sur une évaluation qualitative et quantitative de critères préétablis (10 familles de situation). Cette grille critériée a également pour rôle de certification des compétences de l'interne en formation. Mais pour le moment, cet outil n'a pas encore été évalué dans le cadre d'un travail de recherche.

4) Justifications de notre travail

Dans le but final de valider un outil pédagogique pour les internes en SASPAS tout d'abord au niveau régional, en Poitou-Charentes, il convient dans un premier temps de mettre à l'épreuve cet outil en situation réelle et d'observer son utilisation.

En partant de l'hypothèse que cette action de mise en situation sur le terrain peut être source de connaissances empiriques, cela permettra d'améliorer la réalité qu'est la supervision de l'interne en SASPAS. C'est la recherche-action, dont le principe fondamental est : « modifier la réalité afin de la connaître, et de la connaître pour l'améliorer ».

Plusieurs travaux seront nécessaires pour rechercher et obtenir l' « outil idéal » de la supervision indirecte de l'interne, afin de pouvoir conclure à sa pertinence. Pour débuter cela, le travail qui suit va prendre pour support l'outil déjà existant en Poitou-Charentes, cité plus haut. Mais nous allons nous focaliser sur une seule partie de cet outil, la première : le Relevé d'activité au quotidien (RAQ), et non sur les feuillets de rétroaction. Nous considèrerons donc à partir de maintenant que la dénomination « RAQ » dans ce travail fera allusion à cette partie uniquement de l'outil pédagogique.

L'objectif de cette étude est d'observer et de décrire l'utilisation d'un outil pédagogique, le Relevé d'Activité au Quotidien (RAQ), par des internes en SASPAS au cours d'un semestre de novembre 2015 à mai 2016 en Poitou-Charentes.

II. MATERIEL ET METHODES

A. Schéma de l'étude

Etude prospective descriptive menée de novembre 2015 à mai 2016.

B. Population participante à l'étude

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

L'échantillon de population de cette étude correspondait à la population cible.

C. L'outil : le Relevé d'activité quotidien (RAQ)

1) Création de l'outil et fonctionnement

Pour la création de cet outil, nous nous sommes inspirés d'un outil informatique existant déjà en Poitou-Charentes. Nous avons souhaité en créant ce nouvel outil, affiner les critères de jugements, notamment en proposant une évaluation par l'interne pour chacun des domaines : « Diagnostic », « Relationnel », « Thérapeutique » et « Organisationnel », et non pas seulement une évaluation globale de l'aisance lors de la consultations. De plus il nous a semblé pertinent d'introduire des éléments d'analyses statistiques automatiques, pouvant être visualisés directement par l'interne au fur et à mesure des journées de consultations. Ceci dans le but de créer un nouvel outil plus précis, plus dynamique et donc plus attractifs.

L'outil se présente sous la forme d'un tableur, composé de 8 feuillets, le premier répertoriait les consignes de remplissage du tableur (Annexe 1), les six feuillets suivants représentaient chaque mois de novembre à mai et le 8ème feuillet permettait d'avoir une vue d'ensemble de l'évolution sur le semestre sous forme de statistiques.

Pour chaque patient vu en consultation, l'étudiant notait les informations concernant ce même patient sur cette ligne, comme un tableau de bord des consultations vues dans la journée (Figure 1). Il était conseillé de noter que les trois premières lettres du nom et du prénom par souci de confidentialité, ce dernier point est à moduler puisque dans le cadre de cette étude,

les noms ont été soit effacés par l'étudiant avant l'envoi des données, soit effacés par l'investigateur lui-même lors du recueil des données.

Ensuite nous distinguons 3 groupes de colonnes.

Les deux colonnes suivantes précisaient les caractéristiques démographiques du patient : l'âge et le sexe. Il était bien expliqué dans les consignes les modalités d'inscription de l'âge : afin que les données soient interprétées correctement par l'outil statistique : pour les enfants de moins de 1 an, noter 0 et non le nombre de mois.

Les trois colonnes suivantes correspondaient au(x) motif(s) de consultation(s), au(x) résultat(s) de consultation puis aux décisions prises par l'étudiant. Ces trois cases pouvaient être remplies par l'étudiant en texte libre, de façon plus ou moins succincte.

Le dernier groupe de colonnes correspondait au moment où l'étudiant porte un regard rétrospectif sur la consultation dans son ensemble. Il devait juger de son niveau d'aisance dans quatre domaines. Ces domaines ont été définis de telle sorte qu'ils correspondaient à une prise en charge globale du patient.

- Diagnostic (D) : domaine du diagnostic de situation
- Thérapeutique (T) : domaine du projet de soins médicamenteux ou non
- Relationnel (R) : domaine de la communication, de la négociation
- Organisationnel (O) : domaine de l'organisation du suivi et continuité des soins

Pour chaque domaine, l'étudiant estimait s'il était à l'aise ou non. Pour cela un système de cotation était mis en place avec quatre niveaux d'aisance notés 1, 2, 3 ou 4.

- 1 : « j'ai été très à l'aise »
- 2 : « j'ai été plutôt à l'aise »
- 3 : « j'ai été plutôt mal à l'aise »
- 4 : « je n'ai pas été à l'aise du tout »

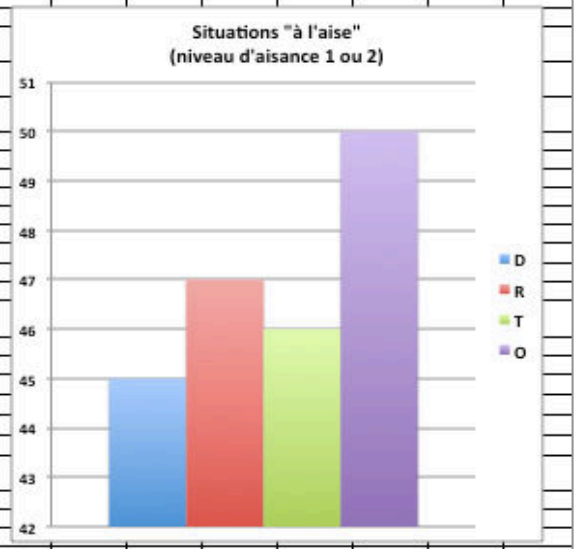
Il a été décidé à priori de faire deux catégories d'aisances à partir de cette cotation sur quatre niveaux. D'une part les « consultations considérées à l'aise » regroupant les cotations « 1 » et « 2 » pour chaque domaine D, R, T ou O. Et d'autre part les « consultations considérées non à l'aise» regroupant les cotations « 3 » et « 4 ».

Ainsi sur chaque feuillet mensuel étaient représentés deux graphiques sous forme d'histogramme :

- le graphique "Situations à l'aise": correspondait en valeur absolu aux nombres de situations où le domaine concerné (D, R, T ou O) n'a pas posé de difficultés majeures, pour rappel, lorsque "je suis très à l'aise (1) ou plutôt à l'aise (2)"
- le graphique "Situations difficiles": correspondait au contraire, aux nombres de situations difficiles dans chaque domaine (D, R, T ou O), pour rappel "j'ai été plutôt mal à l'aise (3) ou pas à l'aise du tout (4)"

Ces données étaient regroupées sur le 8ème feuillet pour une visualisation de l'évolution sur le semestre (Figure 2).

Date	NOM Pré	Sexe F/H	Age	Motif(s) de consultation	Résultat(s) de consultation / Diagnostic de situation	Décision(s)	J'évalue mon aisance de 1 à 4, dans les domaines:				
							D	R	T	O	explication difficulté(s)
		H	57	oedeme joue	infection? Patho salivaire?	pyostacine	3	1	3	1	part dans tous les sens,.....FS papier
		H	5	fievre	angine erythémato pultacée TDRneg	amox si fièvre plus de 3J	1	1	1	1	FS papier, ACS
		F	23	bila nsécu douleur costale	? intercostale? Contusion?	radio car fumeuse et dure depuisn des mois	3	1	2	1	
		F	67	toux depuis 2 semaines	bronchite sans signe de gravité	amox 3g 10 J	1	2	1	1	anglaise, venue avec " interprète"
		F	42	vomissment diarrhée	gea en amélioration	ttt sympto / discussion surpoids	1	1	1	1	
		F	53	douleur abdo chronique	angoisse? Colopathe?	ttt sympto	2	1	2	1	
		F	28	douleur abdo diarrhée	gea	ttt sympto	1	1	1	1	
		H	5	douleur abdo	gea	ttt sympto	2	1	1	1	papa inquiet réassuré
		H	6	douleur abdo	gea probabble	ttt sympto	1	1	1	1	
		F	3	douleur abdo et vulvite?	gea probable	ttt sympto cicalfate	1	1	1	1	
		H	3	douleur abdo , diarrhée	gea ?	copro si récidive sur plusieurs jours	2	1	1	1	intérêt copro plus tard?
		F	30	otalgie	inflammation des CAE	pleurs +++	2	2	2	2	
		F	34	ganglion	adénopathie cervicale isolée	echo sans urgence	3	1	1	1	
		H	14	vomissment diarrhée	gea + angine érythémateuse TDR neg	ttt sympto	1	2	1	1	vu seul sans parents
		F	64	suivi hta	va bien	hemoccult a faire	1	1	1	1	discussion sur TP
		F	26	suivi péricardite?	reprise travail		2	2	2	2	
		F	66	suivi ttt	va bien		1	1	1	1	baisse mianserine à prévoir?
		F	35	suite de couche	moral bas, culpabilise	a revoir / omézelis	2	1	3	1	culpabilisation de la pédiatre,...
		H	25	oedeme genou opéré	arthroscopie	ains 2 J / appeler radio	2	3	3	1	cs difficile / long car bégaie/
		H	13	patho multiple	virose	paracetamol	2	2	1	1	enfant ds la maitrise++
		F	29	contraception/douleur iliaque	ains si nécessaire /pas de signe de gravité		2	1	1	1	
		F	75	suivi hta		hausse amlor à 10 mg	1	1	1	1	
		H	57	suivi PR	va bien	prévoir cardio pour cialis	2	1	2	1	bio prescrite pour hosto
		F	16	suivi pilule OP / gibbosité			2	2	1	1	mineure seule : peu à l'aise
		F	14	douleur epaule droite	entorse?	rx et echo , echarppe	2	1	2	1	a revoir pour réévaluation
		H	35	douleur multiple	sd pseudo grippal	paracetamol arret 2 j	1	1	1	1	
		F	42	céphalées et douleur abdo	virose migraine	ains IPP ultra levure paraceta AT 2 J	2	1	1	1	en fait IPP à laisser quotidiennement
		H	43	toux depuis 15 jours,	pharyngite importante	solupred si insupportable	1	1	1	1	travaille en maladie inf
		F	35	boule dans dos/enceinte?	lipome/kyste sébacée?	surveillance / hcg plasmatique	3	1	1	1	aide msu pour boule dans le dos
		H	67	problème champ visuel	? Pb rétinien pas de signe de gravité?	urgences ophtalmo chu	4	1	4	1	
		H	42	vomissement douleur abdo	gea	va mieux, AT 48h	1	1	1	1	
		H	32	Surinfection cutanée	impetigo / gale?	augmentin biseptine stromectol	2	1	2	1	
		H	77	suivi hypercholesterolemie	va bien		1	1	1	1	
		H	72	toux depuis un mois	va mieux	amox dans 72 h si pas d'amélioration	1	1	1	1	
		F	31	vomissement douleur abdo	gea	ttt sympto arret deux jours	1	1	1	1	
		F	3	otalgie	OMA sur otite séreuse?	amox en fonction du rdv avec l'ORL	2	1	2	1	
		H	55	suivi , anxiété, chute?	hemoccult donné		1	2	2	1	difficulté de communication / accompagnatrice très bavarde +++
		F	87	douleur	asthénie suite à probable	nécessité de réassurance +++ /	2	1	2	1	
		F	5	douleur abdo	constipation ++++	rhd forlax	1	1	1	1	
		H	41	cephalées vomissement	gea	at 3 jours (prof de cuisine)	1	3	1	1	peu aimable ++
		F	4	vomissement/asthénique	gea probable suite à multiples infection ORL	dynamique++	1	1	1	1	
		H	10	douleur cheville droite	Contusion? Fracture?	rx	2	1	1	1	reconsulter si pb ou apres la radio
		H	5	fièvre depuis trois jours	fievre nue	amox dans 48h?	2	1	2	1	
		H	41	diarrhée vomissement	gea	ttt sympto arret deux jours	1	1	1	1	
		F	15	céphalées vertiges	pas d'hypoTA / angoisse?	advil	2	2	1	1	la maman souhaitait une prise de sang pour elle,...cs longue
		H	80	oedeme mollet	insuffisance cardiaque	lasilix / diffu k	2	1	2	1	retard 45 min
		F	31	suivi sd depressif		poursuite deroxat	1	1	1	1	long +++
		F	71	douleur gorge, hypoacousie	pharyngite	amox?? Cs ORL (bouchon cerumen et hypoacousie)	2	1	2	1	
		H	40	malaise? Epilepsie?	? Epilepsie?		4	4	4	4	long +++++
		F	36	vomissement diarrhée	gea	AT deux jours ttt sympto	1	1	1	1	
		H	28	vertige	gea?		2	3	1	1	difficulté pour explications au vu du contexte ++



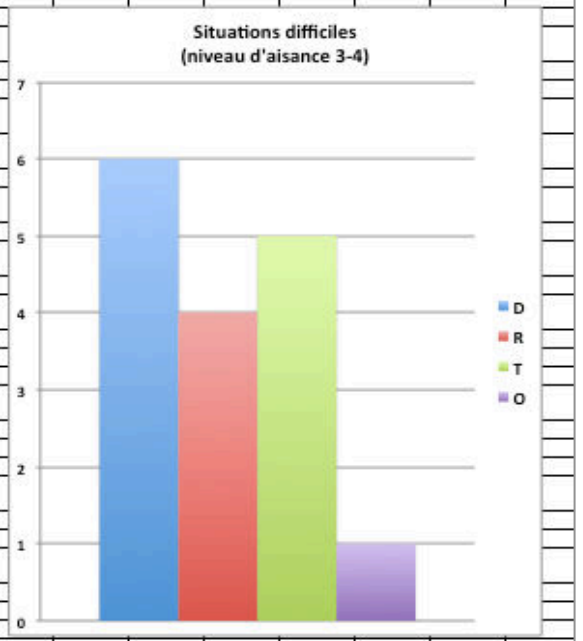


Figure 1 : Capture d'écran d'un feuillet du RAQ complété par un interne

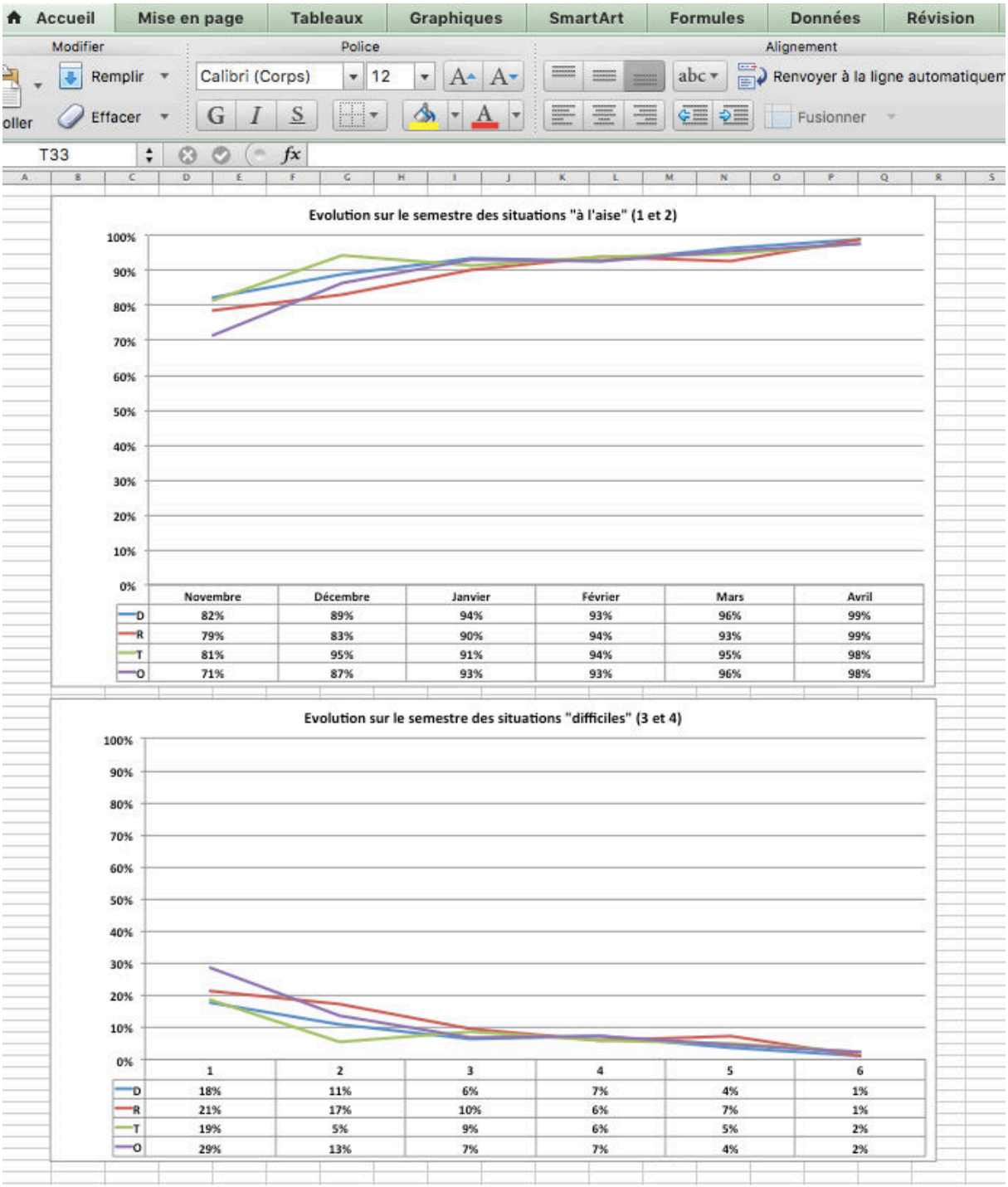


Figure 2 : Capture d'écran du 8ème feuillet du RAQ d'un interne

Cet outil à été mis à l'épreuve durant une semaine dans un cabinet médical avec deux internes en SASPAS en septembre 2015, afin de s'assurer de sa compréhension et faisabilité. Aucun obstacle pédagogique ou informatique n'a été relevé. Ces deux internes n'ont pas fait parti de la population de l'étude.

La condition d'utilisation, étant un outil informatique, créé sur base d'un tableur Excel°, était d'avoir installé sur l'ordinateur du cabinet médical le logiciel Excel° ou à défaut le tableur OpenOffice°, également compatible, téléchargeable gratuitement.

2) Diffusion de l'outil

Lors des choix de stage en octobre 2015, premier contact individuel a été réalisé avec les internes ayant choisi un SASPAS pour le semestre de l'étude, soit de novembre 2015 à mai 2016. Explication brève du déroulé de l'étude, et recueil des noms et adresses e-mail des internes. Les internes ont été informés que ce travail faisait l'objet d'une thèse.

Courant octobre un message électronique a été envoyé à tous les maitres de stages accueillant un interne en SASPAS, avec l'accord et l'aide du COGEMS de Poitou-Charentes, les informant de ce travail et joignant l'outil : le RAQ (Annexe 2). De même pour les 32 internes en SASPAS (Annexe 3).

Une adresse mail a été créée réservée exclusivement à ce travail : evaluation.raq@gmail.com

3) Mode de recueil des données

Tous les premiers du mois, un mail a été envoyé aux internes pour qu'ils envoient leurs tableurs de RAQ complétés du mois précédant, sur l'adresse mail citée plus haut. Un rappel a été réalisé la semaine suivante, et plus en fonction des réponses.

Les consultations rapportées incomplètes (âge, sexe et/ou évaluation aisance manquants) ont été supprimées et n'ont pas fait parti de l'analyse.

Pour le respect du secret médical, tous les internes étaient informés, que les noms complets ou non des patients inscrits sur les tableurs, pouvaient être soit effacés par eux-mêmes avant l'envoi sur la boite mail, soit laissés et supprimés par l'investigateur, lors de la réception et retranscriptions des données. Aucun tableau avec les noms des patients n'a été conservé par l'investigateur.

4) Critères d'évaluations

Après l'analyse du taux de participation des internes et des caractéristiques des consultations, nous avons préétablis deux axes d'analyses principaux, tous les deux se référant à une même variable : le comportement de l'interne.

a. Caractéristiques des consultations

Description du nombre de consultations en totalité, par mois, par interne et sexe ratio. Description de la patientèle par tranches d'âges : pour établir ces tranches d'âges nous nous sommes inspirées des données issues d'une enquête sur les consultations et visites des médecins généralistes libéraux, publiée en 2002 par le DREES (Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques). Nous avons comparé non données de l'étude avec ces chiffres.

b. Analyse de l'évolution de l'aisance des internes au cours du semestre

Etude de l'évolution sur le semestre des « consultations considérées à l'aise », regroupant les cotations « 1 » et « 2 », pour tous les internes confondus et par interne individuellement. Les « consultations considérées non à l'aise » sont un miroir des autres, il est donc inutile de réaliser les deux. Pour favoriser le renforcement positif nous avons décidé d'analyser l'évolution de l'amélioration, et non des difficultés.

c. Analyse de la répartition des cotations d'aisance par les internes (analyse discriminante)

Analyse globale et individuelle par interne de la répartition des 4 groupes de cotations d'aisance. La réalisation de deux catégories précédentes a été décidée de façon arbitraire. Nous nous sommes donc posé la question si dans le même groupe « consultation à l'aise » il existe des disparités entre cotation « 1 » et « 2 ».

5) Logiciel utilisé et analyses statistiques

Données recueillies sur logiciel Microsoft Excel° 2011.

Pour les analyses statistiques descriptives et la réalisation des figures, le logiciel R a été utilisé. R est un logiciel libre basé sur le langage de programmation S, qui est couramment utilisé en sciences pour les analyses statistiques et prédictives.

Pour évaluer l'amélioration de l'aisance des internes un t-test non apparié à été utilisé, et le valeur de $p<0,05$ à été retenu pour seuil de significativité.

III. RESULTATS

A. Caractéristiques des internes

Sur les 32 internes (22 femmes et 10 hommes) en SASPAS durant le semestre novembre 2015 à avril 2016, 17 internes ont utilisés le RAQ (Tableau I).

30 internes avaient trois MSU différents. Les 2 autres en avaient quatre (les 4 mêmes).

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

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

Absence de RAQ *RAQ complété*

Les internes ont fait part de leurs commentaires lors d'échanges de mails, ils sont retranscrits tels quels en Annexe 6. L'élément principal qui en ressort est la difficulté de remplissage du RAQ car est ressenti comme trop chronophage. Trois internes disent le remplir mais ne pas l'utiliser avec leur maitre de stage. Deux internes rapportent des obstacles informatiques pour l'utilisation du RAQ.

B. Caractéristiques des consultations

Les internes ont retranscrit 10 733 consultations sur le semestre. Quatre vingt neuf consultations supprimées : 12 en novembre, 17 en décembre, 14 en janvier, 22 en février, 7 en mars et 17 en avril. Donc total de 10 644 consultations analysées.

Le nombre de consultations mensuel varie de 1098 à 2197 consultations (Figure 3).

Le nombre de consultations rapportées par les internes sur le semestre varie de 131 pour l'interne I05 à 1035 consultations pour l'interne I17 (Figure 4). La proportion de femmes et d'hommes ne présente pas de différence significative.

Sexe ratio total de 56,03% femmes pour 43,97% hommes, soit 27, 4% plus de femmes de d'hommes (Tableau II).

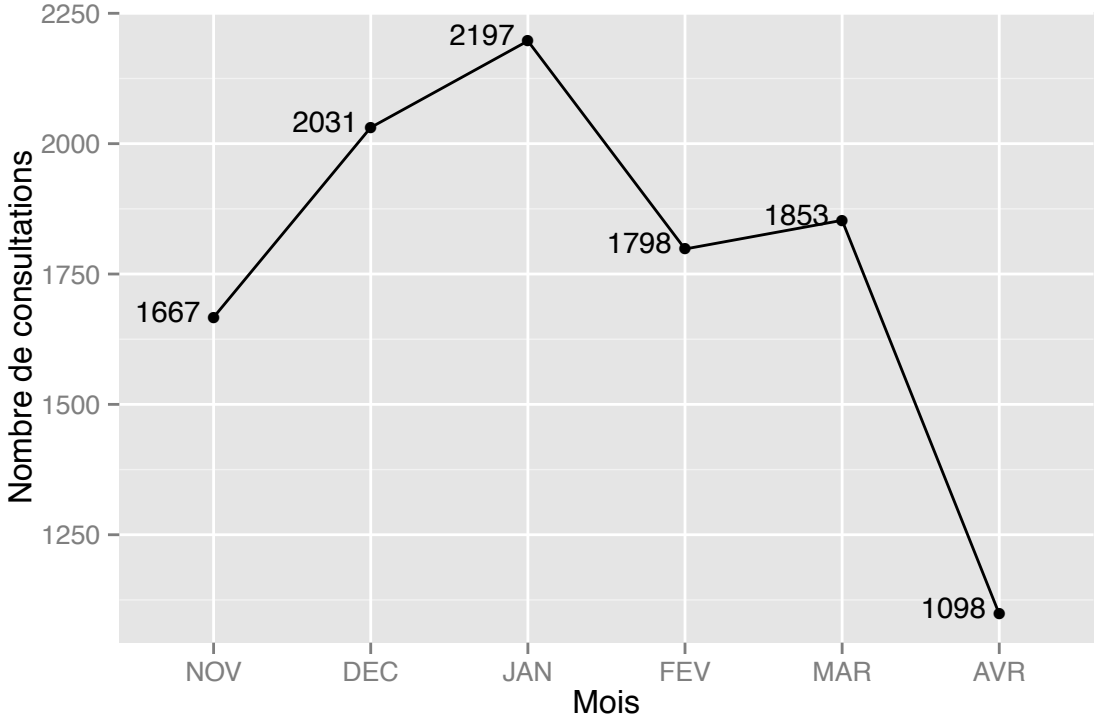


Figure 3 : Evolution du nombre total de consultations par mois sur le semestre

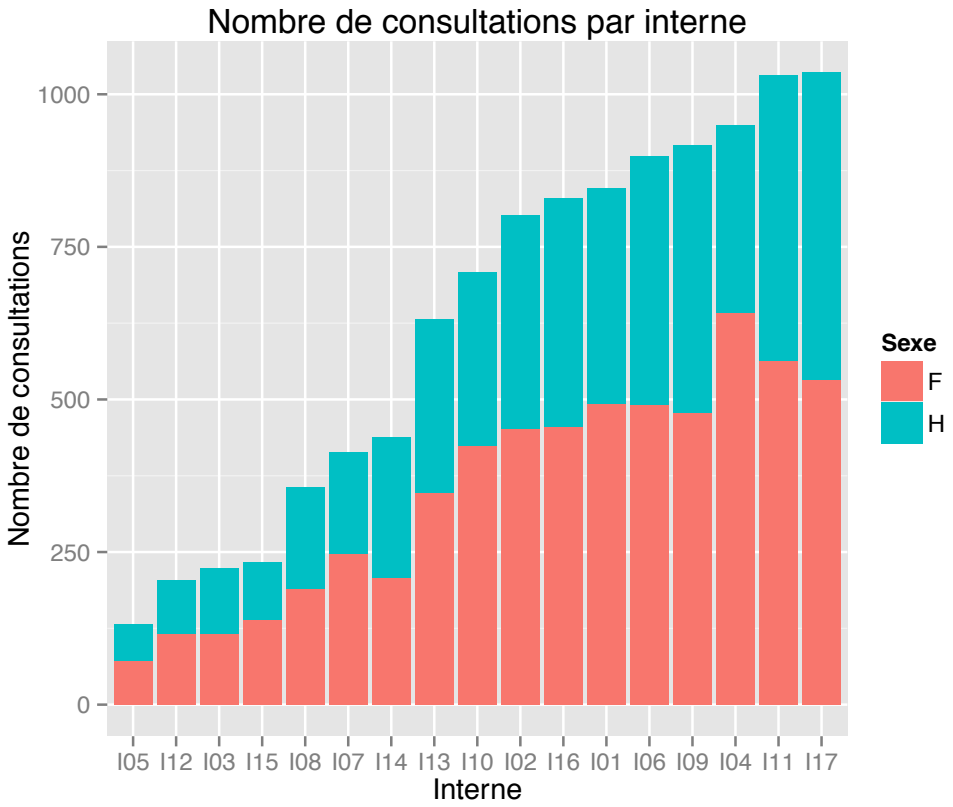


Figure 4 : Nombre de consultations retranscrites sur le semestre par interne et en fonction du sexe du patient

Tableau II : Répartition mensuelle des femmes, hommes et total des deux, en valeur absolue et en pourcentage

	Femmes n (%)	**Hommes n (%)**	**Total n (%)**
Novembre	946 (56,7)	721 (43,3)	1667 (15,7)
Décembre	1149 (56,6)	882 (43,4)	2031 1(9,3)
Janvier	1208 (55,0)	989 (45,0)	2197 (20,3)
Février	996 (55,4)	802 (44,6)	1798 (16,7)
Mars	1039 (56,1)	814 (43,9)	1853 (17,4)
Avril	625 (56,9)	473 (43,1)	1098 (10,5)

L'âge moyen des patients vus en consultation par tous les internes confondus est 38,9 ans, minimum 0 an, maximum 102 ans et âge médian de 38 ans (Figure 5).

L'analyse individuelle par interne, indique une moyenne d'âge de la patientèle de 30,1 ans pour l'interne I01 et de 60,2 ans pour l'interne I17 (Annexe 4).

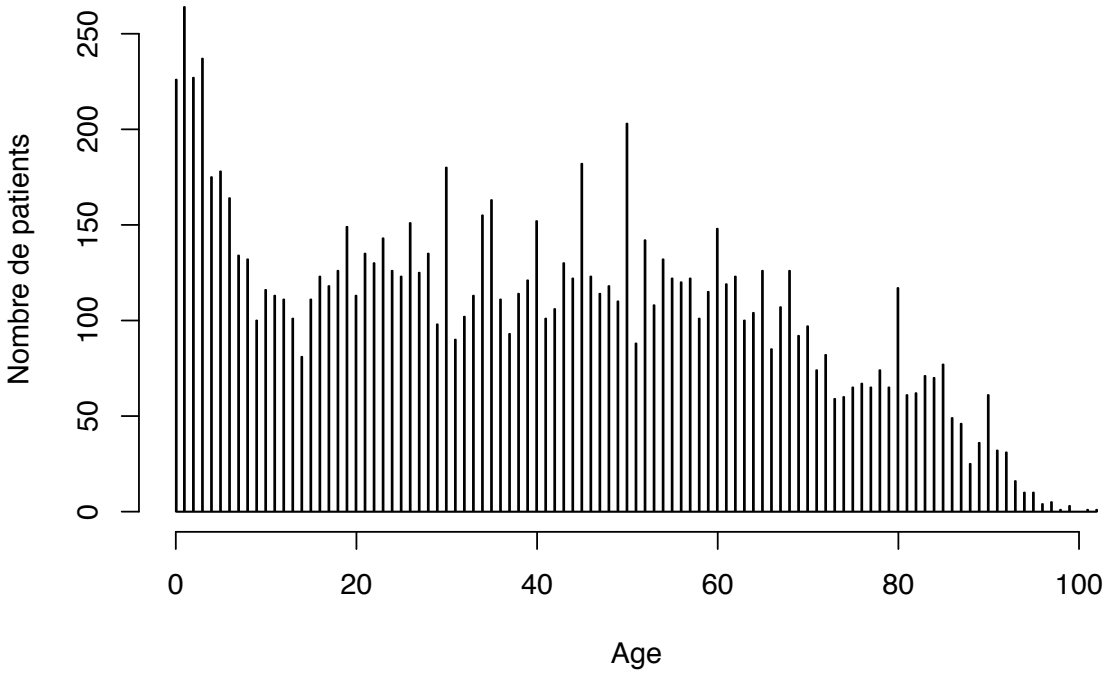


Figure 5 : Distribution des âges des patients sur toutes les consultations retranscrites par les internes sur le semestre

L'analyse par tranches d'âges des patients de la totalité des consultations retranscrites par les internes durant le semestre indique que la seule tranche d'âge où la proportion entre femmes et hommes est équivalente, est la tranche des moins de 12 ans, respectivement 1061 et 1116 (Figure 6).

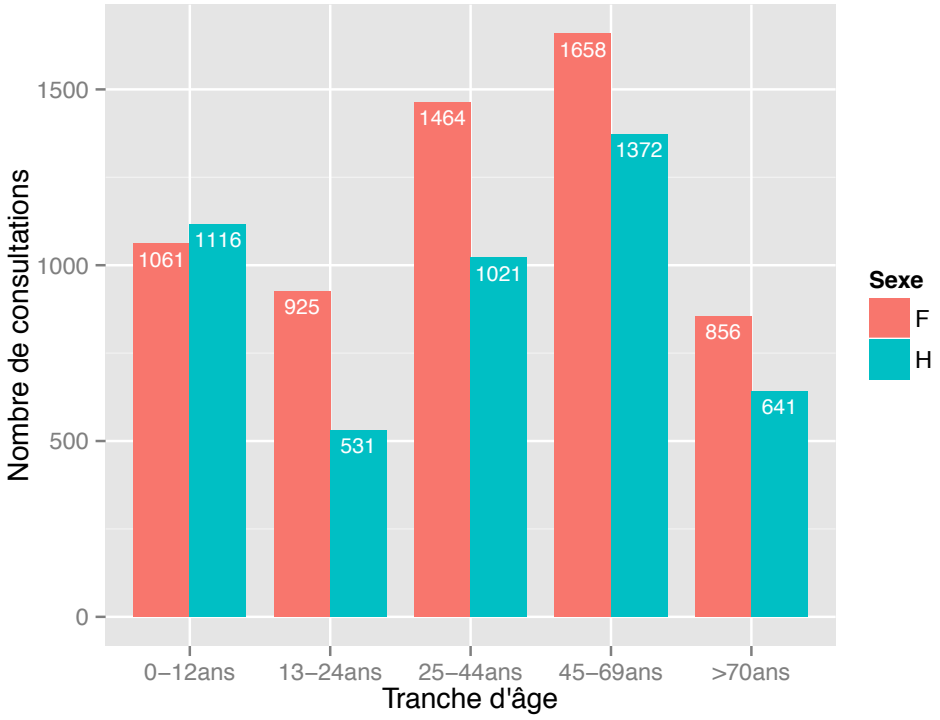


Figure 6 : Distribution par tranches d'âges des patients vus en consultation par les internes durant le semestre

La comparaison des données de notre étude avec les données de la DREES, indique une différence de la population vue en consultations par les internes en SASPAS en Poitou-Charentes, et la populations vue par les médecins généralistes libéraux en France : dans notre études les internes ont une patientèle entre 0 et 12 ans deux fois plus importante, et une patientèle de plus de 70 ans deux fois moins importante (Tableau III).

Tableau III : Proportions (en %), selon les tranches d'âges et selon le sexe de la patientèle vue par les internes de notre étude (RAQ), comparées aux données de la *DREES*

	Femmes		**Hommes**		**Total**	
	RAQ	*DREES*	RAQ	*DREES*	RAQ	*DREES*
0-12 ans	18	*13*	24	*10*	20	*11*
13-24 ans	15	*8*	11	*8*	14	*8*
25-44 ans	25	*20*	22	*21*	23	*21*
45-69 ans	28	*34*	29	*30*	29	*32*
> 70	14	*25*	14	*31*	14	*28*

C. Analyse de l'évolution de l'aisance des internes sur le semestre

1) Analyse globale

L'analyse de l'évolution sur le semestre des « consultations considérées à l'aise » par l'interne montre une amélioration du sentiment d'aisance en consultations dans tous les domaines : D, R, T et O (Figure 7).

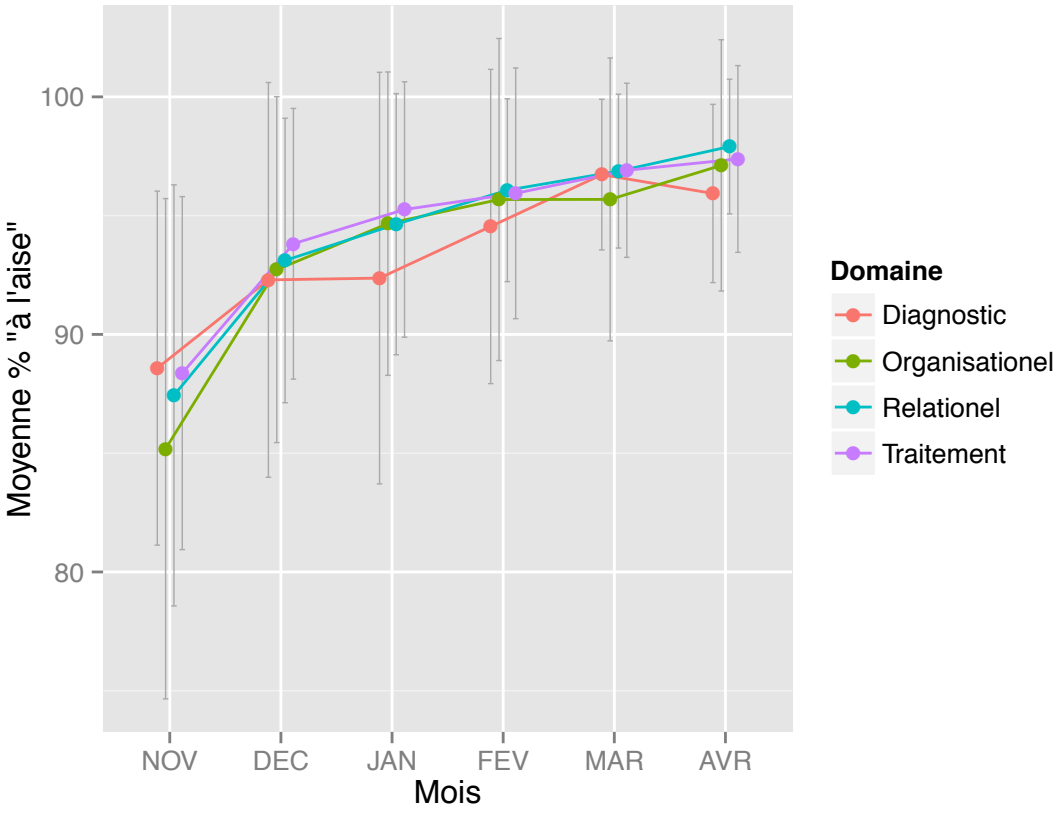


Figure 7 : Evolution du pourcentage de « consultations considérées à l'aise » par tous les internes confondus dans les domaines D, R, T et O par mois sur le semestre. Les barres verticales témoignent de l'écart-type pour chaque domaine.

L'analyse comparative du pourcentage des consultations considérées à l'aise entre les mois de novembre et avril, montre une amélioration significative dans tous les domaines : diagnostic [88,6% vs 95,9%, p=0,00334], relationnel [87,4% vs 97,9%, p=0,00046], thérapeutique [88,4% vs 97,4%, p=0,00060] et organisationnel [85,2% vs 97,1%, p=0,00104] (Annexe 5). L'amélioration de l'aisance est significative dès le mois de décembre pour les domaines R, T et O, et l'est à partir du mois de février pour le domaine D (Tableau IV).

Tableau IV : Représentation de l'amélioration de l'aisance par rapport au mois de novembre par la valeur de p et l'intervalle de confiance à 95 % dans les 4 domaines D, R, T et O (t-test non apparié)

	Diagnostic	Relationnel	Thérapeutique	Organisationnel
Décembre	0,199 [-9.50 ; 2.09]	**0,048** [-11.40 ; -0,05]	**0,031** [-10.35 ; -0.52]	**0,030** [-14.29 ; -0.87]
Janvier	0,201 [-9.72 ; 2.14]	**0,013** [-12.80 ; -1.70]	**0,007** [-11.71 ; -2.06]	**0,006** [-16.03 ; -3.05]
Février	**0,026** [-11.15 ; -0.76]	**0,003** [-13.01 ; -3.45]	**0,003** [-12.36 ; -2.76]	**0,003** [-17.12 ; -3.95]
Mars	**0,001** [-12.54 ; -3.73]	**0,001** [-14.66 ; -4,31]	**<0,001** [-13.02 ; -4.04]	**0,003** [-17.04 ; -4.05]
Avril	**0,003** [-11.98 ; -2.71]	**<0,001** [-15.69 ; -5.34]	**<0,001** [-13,68 ; -4.32]	**0,001** [-18.48 ; -5.46]

2) Analyse individuelle

Pour le domaine ***Diagnostic***, le pourcentage des « consultations considérées à l'aise » par les internes s'étale de 70% à 98% en novembre, et en avril de 88% à 100% (Figure 8).

Pour le domaine ***Relationnel***, le pourcentage des « consultations considérées à l'aise » par les internes s'étale de 75% à 99% en novembre, et de 92% à 100% en avril (Figure 8).

Pour le domaine ***Thérapeutique***, le pourcentage des « consultations considérées à l'aise » par les internes s'étale de 74,5% à 97,5% en novembre, et de 86,5% à 100% en avril (Figure 8).

Pour le domaine ***Organisationnel***, le pourcentage des « consultations considérées à l'aise » par les internes s'étale de 63% à 97,5% en novembre, et de 83% à 100% en avril (Figure 8).

Il existe une variation interindividuelle de l'évolution sur le semestre : l'interne I08 indique une progression rapide de son ressenti d'aisance dans tous les domaines D, R, T et O, il estime dans 70% de « consultations à l'aise » au mois de novembre, puis augmente à 85% en décembre pour atteindre 96% en avril. L'interne I10, lui montre une progression plus faible, peu de différentiel entre novembre et avril en termes de « consultations à l'aise », respectivement 96% et 97,5%. L'interne I08, suit une évolution inverse, il estime 84% de « consultations à l'aise » en novembre puis diminution jusqu'à 66% au mois de janvier pour ensuit réamorcer une amélioration qui atteint 88% au mois d'avril. Il existe donc bien une

amélioration de l'aisance ressentie pour tous les internes au cours du semestre, mais avec des schémas d'évolution différents.

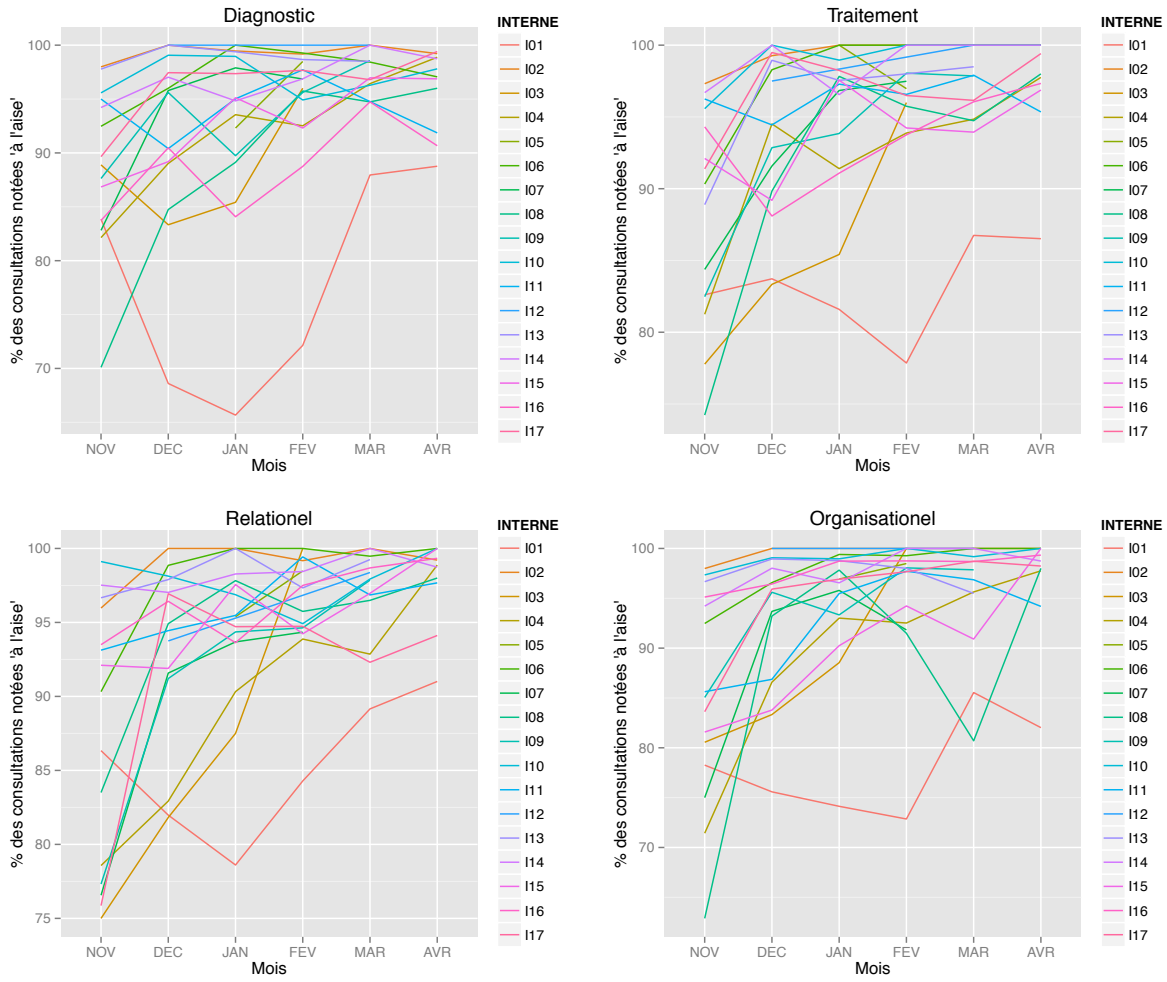


Figure 8 : Evolution en pourcentage des « consultations considérées à l'aise » par les internes individuellement dans les 4 domaines D, R, T et O

D. Analyse de la répartition des cotations d'aisance par les internes

1) Analyse globale des internes

Tous les internes confondus, il n'existe pas de différence entre les cotations d'aisance « 1 », « 2 », « 3 » et « 4 » pour les domaines D, R, T et O (Figure 9). On note 65% à 70% de cotation « 1 : je suis très à l'aise », 25% à 30% de cotation « 2 : je suis plutôt à l'aise », soit totale de 80 à 100% de « consultations considérées à l'aise ».

On ne constate pas de différence entre les patients hommes ou femmes pour les cotations de l'aisance dans chacun des domaines (Annexe 6).

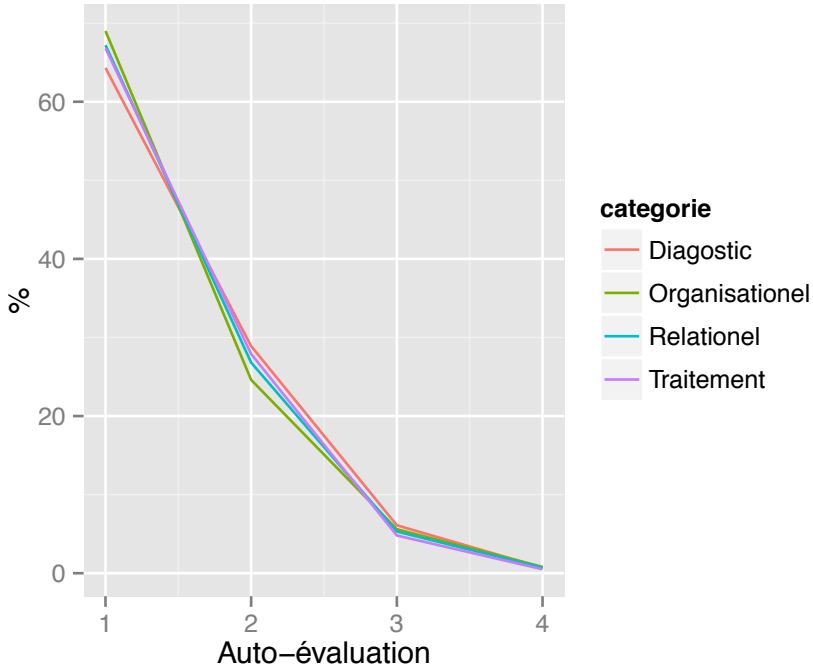


Figure 9 : Distribution en pourcentage des cotations d'aisance dans chacun des domaines

2) Analyse individuelle par interne

L'analyse individuelle par interne de la distribution de la cotation de l'aisance pour les domaines D, R, T et O, indique clairement trois groupes différents parmi les 17 internes (Figure 10) :

- 10 internes, estiment leur aisance à « 1 » dans 80 à 90% des cas. Les cotations « 2 » sont attribuées dans 10 à 15% des consultations, « 3 » et « 4 » sont attribuées dans <5% des consultations

- 4 internes s'estiment à l'aise soit « 1 » dans environ 50% des consultations, la même proportion pour la cotation « 2 ». Puis pour les cotations « 3 » et « 4 », on observe une différences plus marquée soit respectivement attribués dans 15% puis <5% des consultations.

- 3 internes se cotent à « 1 » dans moins de 10% des consultations, et s'attribuent un « 2 » dans 80 à 90% des consultations. L'aspect de distribution pour les cotations « 3 » et « 4 » est superposable au groupe précédent, soit 10 à 20 % pour la cotation « 3 » et <5% pour la cotation « 4 ».

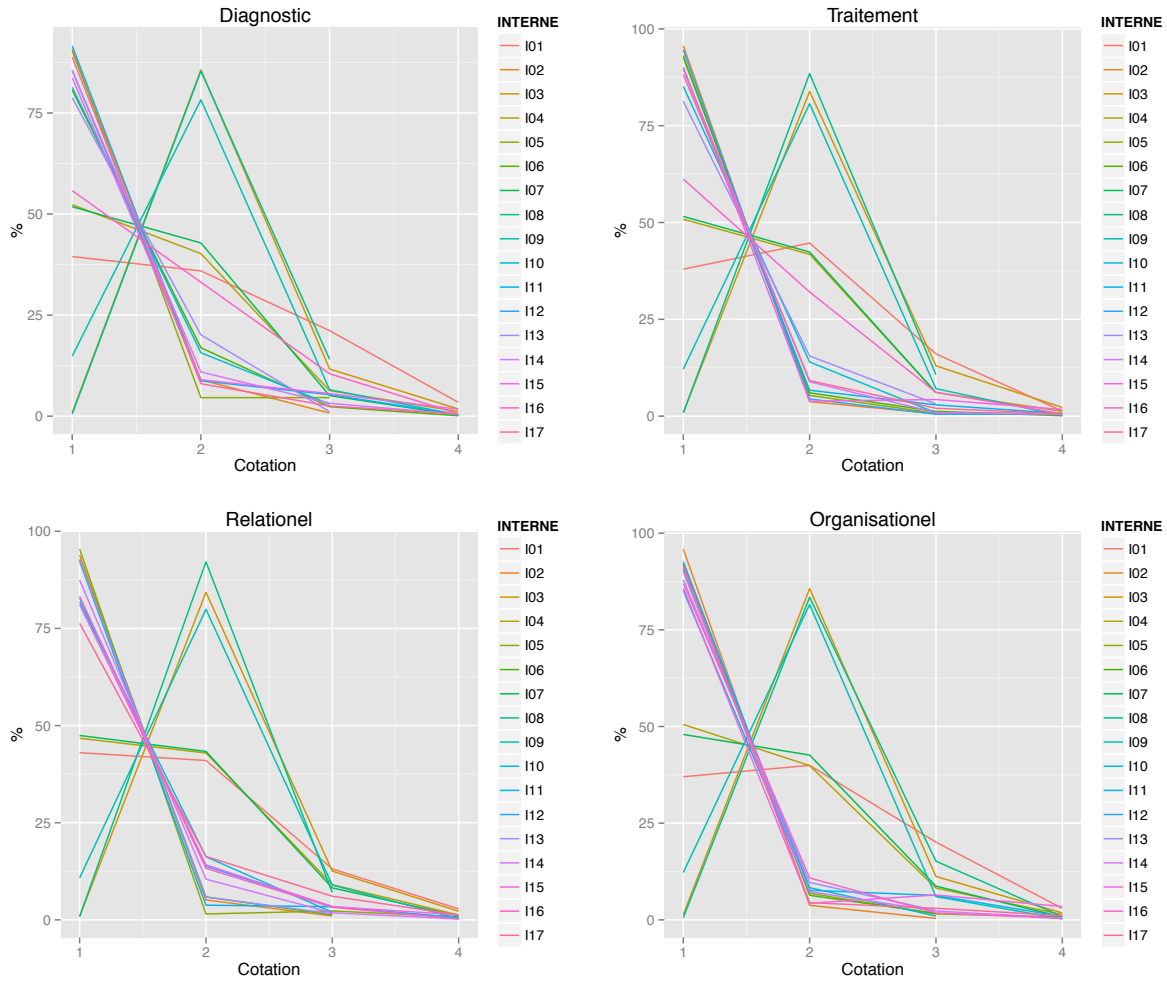


Figure 10 : Distribution des cotations d'aisance en pourcentage dans les 4 domaines, par interne

IV. DISCUSSION

Il s'agit d'une étude novatrice, jusqu'à présent aucun travail ne s'est intéressé à l'étude d'un outil pédagogique support de la supervision en SASPAS. Et cela malgré les diverses études menées sur le SASPAS, relevant chacune des lacunes sur la gestion de la supervision indirecte.

Notre travail s'est consacré à l'observation et description des données résultantes de l'utilisation d'un nouvel outil, le RAQ, par des internes en SASPAS. En aucun cas ce travail n'a cherché à évaluer cet outil ou en établir sa pertinence.

A. Critique des résultats

1) Caractéristiques des internes

Sur les 32 internes en SASPAS lors du semestre novembre 2015 à avril 2016, 17 internes ont utilisés le RAQ, avec une diminution de la participation à 14 puis 11 internes respectivement pour les mois de mars et avril. Nous pouvons en conclure une participation moyenne de la part des internes : environ la moitié les quatre premiers mois avec une perte conséquente les deux derniers mois. L'absence de données d'une interne le deux dernier mois est connu, elle expliqué par une situation d'arrêt maladie. Nous n'avons pas d'informations sur les autres perdus de vus : perte de motivation ? Interne ou maitre de stage en congés ? Il serait intéressant de comprendre les raisons de cette diminution de participation avec le temps : ceci pourra sans doute être expliqué dans le travail de thèse en cours au sein de la faculté de Poitiers sur l'évaluation du RAQ pendant ce semestre. Recueillir le vécu de la gestion de la supervision indirecte et l'utilisation on non du RAQ, par les internes et les maitres de stages, permettra d'en établir les point positifs mais aussi négatifs afin d'améliorer cet outil.

Nous aurions pu espérer davantage de participation. Le manque d'information en amont sur l'outil (rôle, objectifs…) explique sans doute en partie cette participation d'emblée moyenne. En effet la plupart des internes ont été brièvement informés de l'existence de cet outil, et de sa mise à l'épreuve durant le semestre, lors des choix de stage en octobre 2015. N'ayant pu réaliser à cette occasion une annonce officielle et globale devant l'assemblée des internes (par décision des organisateurs de ne pas mélanger l'objectif de cette matinée de choix de stage

avec des objectifs de thèses), il a été difficile d'intercepter tous les internes à cette occasion. Les jours suivants un mail explicatif leur a été transmis avec le RAQ en pièce jointe.

Seulement certains maitres de stages avaient connaissance de cet outil. Les autres se sont familiarisés avec le RAQ lors de l'envoi du mail explicatif courant octobre 2015, ce qui pouvait limiter leur adhésion au projet. De plus, il est légitime de penser qu'il n'est facile pour l'interne arrivant dans un nouveau cadre de stage, d'apporter un nouvel outil lorsque le maitre de stage n'en a pas l'usage habituel.

Cet outil a été construit en collaboration avec le président du COGEMS, qui a soutenu le projet et aidé sa diffusion aux maitres de stages. Mais l'outil n'a pas été présenté de façon interactive lors de réunion de formation des maitres de stages : expliquer au mieux l'outil, l'appréhender en amont permettrait d'améliorer l'adhésion au projet. Toutefois, il est intéressant de noter que l'outil est depuis un an présenté aux maitres de stages lors des formations CNGE de Maitrise de Stage ayant lieu dans la région Poitou-Charentes. Les nouveaux maitres de stages de la région sont donc à présent systématiquement formés à l'utilisation du RAQ dans sa forme complète de Journal de Bord.

2) Caractéristiques des consultations

La mise à l'épreuve du RAQ sur un semestre par les internes en SASPAS, a permis d'obtenir un grand échantillon analysable: 10 644 consultations.

Concernant la répartition sur le semestre, nous avons pu constater un pic des consultations rapportées lors des mois de décembre et janvier, soit respectivement 2031 et 2197 consultations. Ceci peut être expliqué d'une part par une plus importante participation des internes : 17 en décembre et 16 en janvier, et d'autre part par l'augmentation du volume des consultations en période d'épidémies hivernales.

Mais nous avons également noté une franche diminution des consultations le mois d'avril, soit 1098 consultations analysables, quasiment la moitié des consultations attendues en comparaison des autres mois. Explications évidentes : la diminution de participations des internes qui n'étaient plus que 14 à utiliser le RAQ et la moindre quantité de consultations retranscrites par interne.

La répartition des âges des patients, nous a permis de voir des pics francs de consultations aux âges des dizaines. Ceci n'est certainement pas le reflet de la réalité mais un biais de mémorisation : l'interne en complétant le RAQ après la consultation, ne se souvient pas de l'âge exact et inscrit donc un âge approximatif. Une piste d'amélioration pour passer outre ce biais, serait d'incorporer le RAQ dans un logiciel métier, qui prendrait en compte automatiquement les données du patient.

La comparaison de nos données avec les données de la DREES (24), montre des disparités importantes, notamment pour le tranches d'âges extrêmes. Les internes en SASPAS en Poitou-Charentes ont une patientèle de moins de 12 ans, évaluée à 20% dans notre étude, cela correspond au double des données françaises, soit 11%. A l'inverse, les internes ont moins de personnes âgées de plus de 70 ans : 14%, contre 28% pour les médecins généralistes français. Une des explications possibles, est sans doute la volonté des personnes âgées de voir « leur médecin », et non « le remplaçant » ou « l'étudiant ». Cette tranche d'âge de la population est celle plus susceptible d'être atteinte de pathologies chroniques, et donc d'avoir un rythme de consultations plus réguliers, avec des visites de routines, par exemples des visites de suivi et de renouvellement de traitement. Ces patients décident à l'avance du jour de leur consultation. Les enfants sont plus sujets à des pathologies aigues, nécessitant une consultation le jour même, les parents n'hésitent pas à emmener leur enfant voir « le remplaçant ».

Cette différence entre interne en SASPAS et maitre de stage, qui ne voient pas la même proportion de « pathologie chronique » versus « pathologie aigue » a déjà été constaté dans le travail de thèse réalisé à Poitiers, par E. Deleau (25) : au sein du même cabinet l'interne voyait en moyenne 14% de « pathologies chroniques » contre 25% à 36% selon le maitre de stage. La même constatation pour les « pathologies aigues » : 37% pour l'interne contre 22 et 24%. Ces résultats ne sont pas superposables au nôtres, car « population jeune » n'est pas synonyme de pathologie aigue, et « population âgée » de pathologie chronique, mais cela est une tendance globale. Ceci pose donc le problème de la formation des internes dans le domaine du suivi des pathologies chroniques, qui peut être insuffisant.

3) Analyse de l'évolution de l'aisance des internes sur le semestre

L'analyse de l'évolution des « consultations considérées à l'aise » tous les internes confondus montre une amélioration statistiquement significative dans tous les domaines (diagnostic, relationnel, thérapeutique et organisationnel) entre le mois de novembre et le mois d'avril. La

SASPAS apporte bien un bénéfice pour les internes dans la gestion et le ressenti des consultations en autonomie. Ces résultats sont bien sûrs à pondérer avec la diminution de participants les deux derniers mois de stages, générant un biais de mesure, mais l'analyse statistique reste valable. De plus, les internes ayant répondus vers la fin du stage, ont rapportés moins de consultations : réalité ou sélection des consultations à l'aise car plus facile et plus rapide à remplir ? Ceci représente un éventuel biais d'information.

L'amélioration de l'aisance est statistiquement significative dès le premier mois de stage, dans notre cas en décembre, pour les domaines relationnel, thérapeutique et organisationnel. Pour le domaine diagnostic, l'amélioration devient significative en février. Ceci peut être en partie expliqué par un pourcentage de « consultations considérées à l'aise » pour le domaine D (88,6%) plus élevée par rapport aux autres domaines, la marge de progression est par conséquent moins aisée. De plus, les domaines R, T et O sont plus spécifiques de la médecine générale, les internes ayant eu des stages en milieux hospitaliers auparavant sont moins habitués à une prise en charge (thérapeutique et non thérapeutique) en ambulatoire.

L'analyse individuelle par interne des « consultations considérées à l'aise », c'est à dire celles cotées « 1 » et « 2 », sur le semestre indique une amélioration pour tous les internes au cours du semestre. Il y a donc bien une amélioration de l'aisance au cours du semestre, le SASPAS permet donc à l'interne de se sentir plus à l'aise dans tous les domaines pris en compte dans ce travail : diagnostic, relationnel, thérapeutique et organisationnel. Nous pouvons tout de même remarquer la disparité entre certains internes, mais ceci est le fait du principe de l'auto-évaluation, chaque interne a une façon différente de s'évaluer avec ses propres critères de jugement.

4) Analyse de la répartition des cotations d'aisance par les internes

Il existe un biais inhérent au principe même du RAQ et à son utilisation : la part de subjectivité de l'interne dans l'évaluation de son aisance ressentie lors de la consultation.

Cette subjectivité découle de la stratégie d'auto-évaluation mise en place dans cet outil pédagogique. Le concept d'autonomie qu'est l'auto-évaluation, est parfois considéré comme finalité de la démarche éducative, mais plusieurs hypothèses neuro-psychologiques tendent à conforter la notion que l'exactitude de l'auto-évaluation, lorsqu'elle est comparée à des évaluations externes, est relativement médiocre (26). Dans le cadre de la supervision indirecte

et du débriefing avec le maitre de stage, cette auto-évaluation a surtout pour intention de pousser l'interne à la réflexion sur ses habilités et compétences. L'exactitude de l'auto-évaluation n'est pas l'intérêt premier. Toutefois il serait intéressant de comparer l'auto-évaluation des internes avec l'hétéro-évaluation des maitres de stages. Ceci pourrait faire l'objet d'un travail dans l'avenir, d'autant plus pertinent que l'évaluation des internes par les maitres de stage est depuis peu critériée sur les 6 compétences de la médecine générale (18). L'obstacle est bien sure la confidentialité de ces évaluations : il faudra discuter l'accord d'utilisation de ces données avec le DMG et le COGEMS.

Afin de s'adapter au mieux à la subjectivité de cette auto-évaluation, nous avions décidé d'établir 4 niveaux d'aisance, pour que chaque interne avec sa propre personnalité, puisse facilement s'identifier à un niveau d'aisance. Il est évident que selon le trait de personnalité, certains internes ont plus de difficultés à inscrire un niveau d'aisance « 1 : je suis très à l'aise », mais vont se situer fréquemment au niveau « 2 : je suis plutôt à l'aise », même si la consultation n'a posé aucun problème. Réalité ou conséquence d'une certaine humilité de la part de l'interne ? Ou à l'inverse la mise en évidence d'une difficulté à la réflexivité sur ses pratiques ? De même pour les niveaux d'aisance « 3 : je suis plutôt mal à l'aise » et « 4 : je ne suis pas à l'aise du tout ».

En partant de ce postulat, la représentation de l'évolution de l'aisance dans notre RAQ, se distingue en deux types de consultations : « les consultations considérées à l'aise » et « les consultations considérées non à l'aise ».

Mais nous nous sommes posé la question de la justesse de cette dichotomie, d'où l'analyse de la distribution des cotations d'aisance.

Et les résultats sont flagrants : dans chacun des domaines D, R, T et O, nous pouvons identifier clairement trois groupes d'internes :

- Un premier groupe de 10 internes qui estiment être « 1 : très à l'aise » dans 80 à 90% de leurs consultations et « 2 : plutôt à l'aise » dans 5 à 15% des consultations.
- Un deuxième groupe, miroir du premier, de 3 internes qui n'estiment être dans une situation « 1 : je suis très à l'aise » que dans moins de 15% des consultations, par contre 80 à 90% des consultations sont estimées « 2 : j'ai été plutôt à l'aise »
- Le troisième groupe, mixte des deux premiers, estime de façon quasi indifférenciée dans 40 à 50% des consultations leur aisance comme « 1 : j'ai été très à l'aise » ou « 2 : j'ai été plutôt à l'aise »

Pour les groupes de cotations « 3 : j'ai été plutôt mal à l'aise » et « 4 : j'ai été pas à l'aise du tout », les différences entre les trois catégories d'internes ne sont pas significatives.

Cet aspect croisé « en X » s'est bien sur effacé lors de l'analyse de l'évolution de l'aisance sur le semestre, comme « les consultations à l'aise » regroupent les cotations « 1 » et « 2 »

Il existe donc des profils d'internes, ceci appui notre hypothèse de départ de classer l'aisance en 4 catégories afin de s'adapter aux personnalités de chacun. Mais nous pouvons nous poser la question de l'utilité de cette critérisation, de l'utilité de son objectivité, puisque l'objectif premier de cet outil est toujours de guider l'interne à la réflexion sur ses compétences. Proposer uniquement deux possibilités de cotation d'aisance par exemple : « Je suis à l'aise ? OUI ou NON » débouche également à une rétroaction. Est-elle différente d'une critérisation plus fine ? Ou encore maintenir ces 4 catégories d'aisance, pour cerner le profil de l'interne, pourrait permettre au maitre de stage d'adapter son débriefing : pousser un peu plus l'interne qui se dit être à l'aise, faire du renforcement positif pour des internes ayant tendance à se dévaloriser.

B. Limites de l'étude

1) L'informatique

Le RAQ est un outil informatique, mis en place et optimisé sur le support Microsoft Excel°. Le premier obstacle est donc la nécessité d'avoir accès à ce logiciel sur le poste informatique du cabinet de consultation, pour en avoir l'utilisation optimale. Or tous les postes ne sont pas équipés de ce Microsoft Excel°, logiciel informatique payant. Dans ces situations, le tableur OpenOffice°, téléchargeable librement à partir d'internet est compatible, mais il s'avère que son utilisation est moins ergonomique sur ce dernier support. Il est certain que la problématique d'accès à l'outil sur le poste informatique du maitre de stage ait été une limite à son utilisation.

L'utilisation d'un outil informatique sur Excel° est source de dysfonctionnements, inhérents aux fonctionnalités du logiciel :

- les données sont analysées à condition d'une mise en forme correcte des données, c'est-à-dire telles qu'elles ont été programmées pour l'analyse des données en simultanée. La manière de compléter le RAQ était exposée dans les consignes et

pouvait donc à tout moment être visualisé par l'interne. Mais lors du recueil des données, nous avons observé à plusieurs reprises des inscriptions ne répondant pas aux consignes, par exemple pour les enfants de moins de 1an, les internes notaient souvent l'âge en mois : « 9m » pour 9 mois au lieu de « 0 ». Le logiciel ne pouvait interpréter cette donnée.

- Possibilité de modifier des paramètres enregistrés par erreur de manipulation sur le clavier
- Lisibilité des graphiques modifiés en fonction de la quantité de texte inscrit dans les parties à remplissage libre (motif, résultats de consultations et décisions)

Un autre facteur était susceptible d'influencer la cotation du niveau d'aisance par l'interne : la visualisation des statistiques et graphiques montrant l'évolution des consultations à l'aise et difficiles. En effet, nous pouvons se poser la question, si l'interne en observant ses courbes d'évolution sur le semestre, est peut être poussé inconsciemment à améliorer ses statistiques.

2) Evolution du taux de participation

Sur les 17 internes participant habituellement à l'utilisation du RAQ, seuls 14 l'ont utilisés le mois de mars et 11 le mois d'avril : cette diminution de la participation des internes les derniers mois peut être expliqué en autres par la baisse de motivation. En effet, lors de la communication avec les internes pour récupérer les données, un élément est fréquemment soulevé : le fait que le remplissage du RAQ soit chronophage. Les remarques des internes regroupées par mois sont en Annexe 7. Le problématique qui en découle pour le développement de l'outil qu'est le RAQ, c'est de le rendre plus simple d'utilisation et donc moins chronophage. Cette critique n'est pas évoquée par tous les internes, est-ce un problème de gestion par l'interne du temps de la consultation? Une surcharge de nombre de consultations pour l'interne en formation? Or partant du principe que le RAQ est un outil pédagogique intéressant pour l'interne, et favorable pour sa formation, ce dernier se doit de prendre le temps nécessaire pour remplir le RAQ.

C. Eléments de réflexion – Perspectives

1) Optimisation de l'outil

Intégrer l'outil dans le logiciel informatique de gestion de consultation est l'idée finale. Ainsi les paramètres du patient (âge, sexe) et les caractéristiques de la consultation (motif, résultat, décision) seront automatiquement pris en compte, évitant à l'interne de répéter ces données, et par conséquent pas de perte de temps. L'interne aurait simplement à évaluer sa consultation de la même façon que dans le RAQ (Figure 11). Le problème qui se pose actuellement dans l'organisation de ce logiciel métier est le traitement des données statistiques qui doivent être extraites du logiciel.

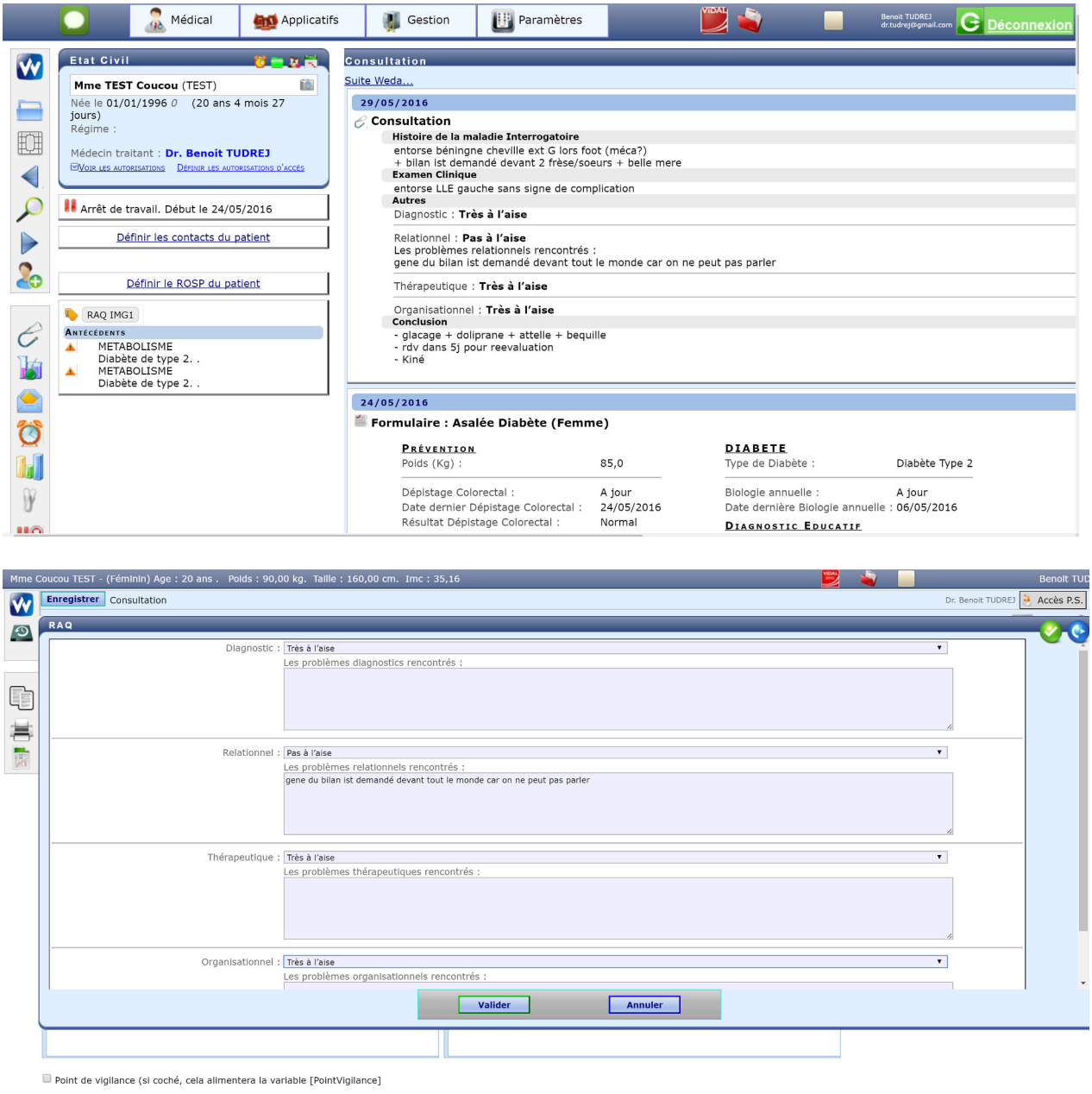


Figure 11 : Capture d'écrans du prototype du logiciel métier

2) Vers un outil de certification

Comme évoqué dans l'introduction, il existe un outil pédagogique, appelé « Journal de bord » utilisé dans le département de médecine générale de Créteil, qui se base sur des items préétablis (correspondant à des situations clinique, relationnelles, organisationnelles et autres) qui font l'objet d'une évaluation qualitative et quantitative de la part des maitres de stages. En réalisant ainsi une critérisation cela peut servir de support à la certification des connaissances, en vue de valider le cursus de médecine générale. Cependant, cet outil n'a pas encore été évalué.

Il serait intéressant de combiner cet élément de certification pour compléter la formation de l'interne en médecine générale.

Il pourrait donc être discuté de critérier les items D, R, T et O afin de permettre au RAQ de refléter une meilleure réalité de l'acquisition de compétence plutôt qu'un ressenti d'aisance face à une situation clinique.

3) Auto-évaluation versus hétéro-évaluation

L'auto-évaluation de l'aisance ressentie par l'interne pourrait se faire lors de la séance de supervision indirecte, en simultanée avec l'hétéro-évaluation du maitre de stage. Celui-ci peut mettre en évidence lors du débriefing des éléments que l'interne n'avait pas pris conscience lors de la consultation, et donc modifier sa cotation de l'aisance. Toujours dans l'optique d'ouvrir le débat et la réflexivité.

Cette confrontation entre l'auto-évaluation par l'interne et l'hétéro-évaluation par le maitre de stage est intéressante. Elle peut également être réalisée sous forme d'enregistrements vidéo de certaines consultations, ce qui est déjà réalisé sur certains terrains de stage en Poitou-Charentes. Et ainsi comparer le sentiment d'aisance de l'interne avec celui du maitre de stage, mais avec un jugement équivalent cette fois ci à une supervision directe de la consultation.

Tous ces éléments réalisés de façons conjointes permettraient d'optimiser le stage qu'est le SASPAS.

4) Le RAQ, une partie du Journal de Bord

Il faut rappeler ici que le RAQ est la première partie d'un outil plus complexe qu'est le Journal de Bord. Celui-ci contient dans les autres feuillets, la place pour les prescriptions pédagogiques, les rétroactions et l'évaluation de l'interne sur les 6 compétences génériques de la médecine générale.

C'est pourquoi, l'utilisation de l'hétéro-évaluation et la critérisation des items D, R, T, O pourraient alors être la porte d'entrée du RAQ comme outil de certification des compétences.

Les prescriptions pédagogiques et les rétroactions au sein du Journal de Bord, permettraient de s'assurer que l'interne ait bien traités les 6 compétences génériques ainsi que les 11 familles de situations de la médecine générale au cours de son stage.

Les évaluations critériées de ses traces seraient alors le complément du RAQ pour certifier les compétences de l'interne. La certification de l'outil Journal de Bord sera le grand enjeu des travaux futurs.

V. CONCLUSION

Notre étude s'inscrit dans une démarche de recherche-action, dans une discipline en pleine évolution : la médecine générale. La discipline est encore jeune, et la pédagogie pour former les futurs médecins généralistes s'adapte et s'améliore au fil du temps.

Le SASPAS, pilier pédagogique de la formation, officialisé depuis 2004, a fait l'objet de multiples études, chacune confirmant les bénéfices de ce stage par les internes. Mais un élément reste à améliorer et à homogénéiser : la qualité de la supervision indirecte de ce stage. L'absence de cadre pour la supervision indirecte, nous a motivé à créer un outil pédagogique pouvant servir de support à ce temps essentiel du stage : le Recueil d'Activité au Quotidien.

La mise à l'épreuve de cet outil, le RAQ, par les internes en SASPAS du Poitou-Charentes lors du semestre novembre 2015 à avril 2016, a permis d'analyser 10 644 consultations réalisées en autonomie. L'étude démontre une amélioration ressentie par l'interne de ses capacités diagnostics, relationnelles, thérapeutiques et organisationnelles au cours du semestre. L'analyse de l'auto-évaluation de l'aisance ressentie par l'interne, quel que soit le domaine de capacité, a fait émerger des profils d'internes : trois profils représentatifs de la perception de l'aisance.

L'objectif de notre étude était d'observer et décrire l'utilisation du RAQ, première ébauche de cet outil pédagogique. La diminution de participation des internes au cours du semestre, partiellement expliqué par le coté chronophage de cet outil, va être exploré dans des travaux ultérieurs en cours à la faculté de Poitiers. C'est l'exploration de l'utilisabilité et de l'utilité ressentie par les internes et les maitres de stage : la pertinence du RAQ et ses pistes d'améliorations.

Diverses problématiques émergent lorsque l'on tente de créer un outil pédagogique, avec des ambitions d'objectivité, alors que le but est d'ouvrir le débat avec le maitre de stage, support d'une démarche réflexive et dans l'objectif d'une certification des compétences.

RÉFÉRENCES BIBILOGRAPHIQUES

1. Pouchain D. Médecine Générale : Concepts & Pratiques. Introduction : Principes de la médecine générale [Internet]. Masson. 1996 [cité 26 janv 2016]. 1100 p. Disponible sur: http://www.md.ucl.ac.be/didac/mege2110/pouchain.htm

2. WONCA Europe. La définition européenne de la médecine générale-médecine de famille [Internet]. 2002 [cité 26 janv 2016]. Disponible sur: http://www.woncaeurope.org/sites/default/files/documents/WONCA%20definition%20French%20version.pdf

3. SFMG. La S.F.M.G. Une Société Scientifique de Médecine Générale: Pourquoi? Pour qui? Pour quoi faire ? Comment en faire partie? Documents de recherche en médecine générale [Internet]. 2e et 3e trimestre 1991 [cité 26 janv 2016];(39-40). Disponible sur: http://www.sfmg.org/data/generateur/generateur_fiche/1209/fichier_1_sfmg_drmg_39_40_1991_1075ea8.pdf

4. Comité National d'Evaluation, des établissements publics à caractère scientifique, culturel et professionnel. LE 3ème CYCLE DE MÉDECINE GÉNÉRALE DANS LES UNIVERSITÉS FRANÇAISES [Internet]. 1998 [cité 26 janv 2016]. Disponible sur: https://www.cne-evaluation.fr/WCNE_pdf/Medecine3ecycle.pdf

5. République française. Décret n°97-495 du 16 mai 1997 relatif au stage pratique des résidents auprès des praticiens généralistes agréés [Internet]. Disponible sur: http://www.legifrance.gouv.fr

6. République française. Décret n°97-1213 du 24 décembre 1997 modifiant le décret n° 97-495 du 16 mai 1997 relatif au stage pratique des résidents auprès des praticiens généralistes agréés [Internet]. Disponible sur: http://www.legifrance.gouv.fr

7. République française. Arrêté du 19 octobre 2001 modifiant l'arrêté du 29 avril 1988 modifié relatif à l'organisation du troisième cycle des études médicales [Internet]. Disponible sur: http://www.legifrance.gouv.fr

8. Ministère de la santé, Ministère de l'éducation nationale. Circulaire DGS/DES/ 2004 / n° 192 du 26 avril 2004 relative à l'organisation du Stage Autonome en Soins Primaires

Ambulatoire Supervisé.

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

10. Collège National des Généralistes Enseignants. Proposition du CNGE pour la nouvelle maquette du DES de médecine générale [Internet]. [cité le 08 mai 2016] Disponible sur: http://www.cnge.fr/la_pedagogie/proposition_du_cnge_pour_la_nouvelle_maquette_du_d/

11. Le département de médecine générale, KB, paris-sud. Objectifs généraux du SASPAS (stage ambulatoire en soins primaires en autonomie supervisée) [Internet]. [cité 26 janv 2016]. Disponible sur: http://www.kb.u-psud.fr/medecine-generale/DES/SASPAS/objectifs.htm

12. Saleur C. Situation d'apprentissage et séquence pédagogique [Internet]. 2014 [cité 27 janv 2016]. Disponible sur: https://wikidocs.univ-lorraine.fr/download/attachments/117999219/SITUATION%20D'apprentissage%20et%20séquence%20pédagogique%20relu%20Frisch.pdf?version=1&modificationDate=1425484242000&api=v2

13. Jouquan J, Bail P. A quoi s'engage-t-on en basculant du paradigme d'enseignement vers le paradigme d'apprentissage? Pédagogie médicale. août 2003;4(3):163-75

14. Dubouchet F. Evaluation formative [Internet]. Cours technologies éducatives, université de Geneve; [cité le 13 mai 2016] Disponible sur: http://tecfaetu.unige.ch/staf/staf-h/fdubou/staf11/ex1/evaluation.html

15. Education Nationale. Décret n°2015-372 du 31 mars 2015. Socle commun de connaissances, de compétences et de culture [Internet]. [cité le 26 janvier 2016] BO avril, 2015. Disponible sur: http://www.education.gouv.fr

16. ISNAR-IMG. Guide de l'apprentissage par compétences [Internet]. 2013 [cité 26 janv 2016]. Disponible sur: http://www.isnar-img.com

17. CNGE. Référentiel metier et compétences des médecins généralistes [Internet]. 2009. Disponible sur: http://www.cgelav.fr/app/download/9285401099/26_Referentiel_Metier_et_Competences_MG.pdf?t=1412418470

18. Compagnon L, Bail P, Huez J-F, Stalnikiewicz B, Ghasarossina C, Zerbib Y. Définitions et déscriptions des compétences en médecine générale. Exercer. 2013;24(108).

19. Jouquan J. La minute du superviseur. Pédagogie Médicale [Internet]. février 2010 [cité 26 janv 2016];11(1). Disponible sur: http://www.pedagogie-medicale.org

20. Larue C. Particularités pédagogiques du SASPAS : enquête auprès des étudiants de Lariboisière-Saint Louis. [Paris 7]: Université Paris Diderot; 2006.

21. Petite E. Obstacles à la supervision indirecte en SASPAS à Grenoble : identification par les maîtres de stage et perspectives d'amélioration. [Grenoble]: Faculté de médecine de Grenoble; 2010.

22. Andrieux M. Évaluation de la formation en SASPAS par les internes de Médecine Générale de la Faculté de Poitiers. [Poitiers]: Faculté de médecine de Poitiers; 2014.

23. Faculté de médecine de Créteil. Le programme du D.E.S de Médecine Générale 2013-2014 Pour les étudiants entrant en 3ème année de 3ème cycle [Internet]. Disponible sur: http://www.medecinegen-creteil.net/wp_creteil/wp-content/uploads/2013/10/Programme_T3_DES_MG_Créteil_2013_2014.pdf

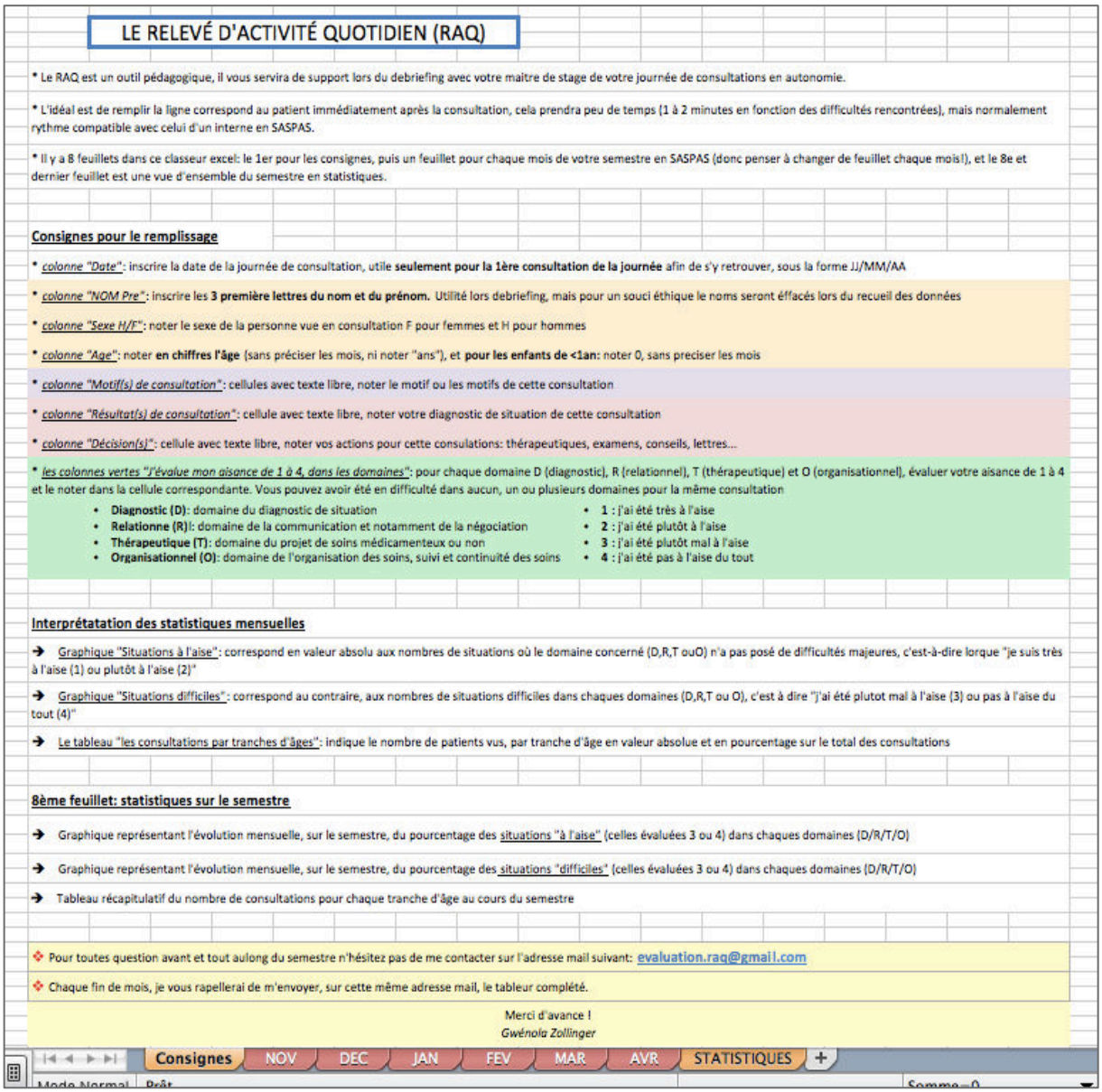
24. DREES. Les consultations et visites des médecins généralistes, un essai de typologie. juin 2004;(315).

25. Deleau E, Kandel O, Maugard J-F. Activité d'une interne en médecine générale en SASPAS. La revue du praticien. 7 mars 2005;19(684/685).

26. Dory V, de Foy T, Degryse J. L'auto-évaluation : postulat préalable, finalité de la mission éducative ou utopie pédagogique ? Clarifications conceptuelles et pistes pour une application en éducation médicale. Pédagogie médicale. mars 2009;10(1):41-53.

ANNEXES

ANNEXE 1



LE RELEVÉ D'ACTIVITÉ QUOTIDIEN (RAQ)

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

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

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

Consignes pour le remplissage

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

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

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

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

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

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

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

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

- **Diagnostic (D)**: domaine du diagnostic de situation
- **Relationne (R)**l: domaine de la communication et notamment de la négociation
- **Thérapeutique (T)**: domaine du projet de soins médicamenteux ou non
- **Organisationnel (O)**: domaine de l'organisation des soins, suivi et continuité des soins

- **1** : j'ai été très à l'aise
- **2** : j'ai été plutôt à l'aise
- **3** : j'ai été plutôt mal à l'aise
- **4** : j'ai été pas à l'aise du tout

Interprétatation des statistiques mensuelles

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

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

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

8ème feuillet: statistiques sur le semestre

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

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

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

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

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

Merci d'avance !
Gwénola Zollinger

Consignes | NOV | DEC | JAN | FEV | MAR | AVR | STATISTIQUES | +

ANNEXE 2

Poitiers, le 5 octobre 2015
Mesdames et Messieurs les maitres de stages,
Le *Relevé d'activité quotidien* (RAQ), est un outil pédagogique. Il sert de support au débriefing de la journée de consultation avec l'interne en SASPAS.
Certains d'entre vous l'utilisent déjà ou en avez peut-être connaissance sans l'utiliser. Ceux qui l'utilisent en sont satisfaits, et rapportent un débriefing plus facile et plus complet.
Quelques explications :
Le RAQ est un « journal de bord » des consultations réalisées par l'interne, mais avec une nouveauté : des données statistiques instantanément calculées sur les difficultés rencontrées dans des domaines prédéfinis (voir pus loin).
Ceci permettra à l'interne, et à vous-même, d'avoir une vue globale de l'évolution du stage mois par mois, et sur le semestre, sous forme de statistiques et de graphiques.
Pour chaque patient, l'interne note en quelques mots (outre l'âge et sexe) : le motif et les résultats de consultations, ainsi que les décisions prises. L'interne va ensuite auto-évaluer son aisance dans chacun des 4 domaines suivants : Diagnostic (D), Relationnel(R), Thérapeutique (T) et Organisationnel (O).
L'aisance est évaluée de 1 à 4 (1 : « j'ai été très à l'aise » et 4 : « J'ai été pas à l'aise du tout »).
L'objectif est double: donner un cadre à la supervision indirecte, jugée trop souvent aléatoire par les internes et identifier les domaines dans lesquels l'interne est le plus en difficulté.
Concrètement, je vous propose d'utiliser cet outil avec votre interne en SASPAS lors du prochain semestre de Novembre 2015 à Mai 2016. Je précise que cela ne représente aucune surcharge de travail de votre part, mais au contraire est susceptible de simplifier le temps de supervision indirecte, et permettra également à l'interne de s'auto-évaluer.
Les internes qui auront choisi un SASPAS seront informés de l'existence de cet outil, de son fonctionnement, et il leur sera transmis.
Pour finir, je me présente ! Je m'appelle Gwénola Zollinger, je viens de terminer mon cursus de médecine générale à Poitiers et je suis en train de réaliser un travail sur le RAQ dans le SASPAS : l'objet de cette intervention. Travail de thèse en cours avec les Dr Benoit Tudrej et Dr Christophe Bonnet.
En pièce jointe, vous trouverez l'outil « RAQ », sous forme de tableur Excel.
Je suis à votre disposition pour toutes questions, précisions concernant ce travail, avant et durant tout le semestre. N'hésitez pas.
Par e-mail : **evaluation.raq@gmail.com**
Par téléphone : **06 33 75 75 66**
Merci pour votre participation
Bien cordialement
Gwénola Zollinger

ANNEXE 3

Bonjour à tous,
J'ai eu l'occasion de croiser certains d'entre vous lors des choix de stage au début du mois, j'ai ainsi pu récupérer vos coordonnées et expliquer brièvement mon intervention.
Donc voici en pièce jointe l'outil pédagogique, sous forme de tableur Excel, outil appelé *Relevé d'activité quotidien, « RAQ »*.
Quelques explications, pourquoi ce travail : lors du SASPAS, le temps de la supervision indirecte, c'est à dire le débriefing, est un temps essentiel, jugé trop souvent insuffisant et aléatoire par les internes. Un outil à été créé pour tenter de pallier à ce problème, invention poitevine ! Une première en France !!
Certains maitres de stage demandent déjà de réaliser un « journal de bord » des consultations, servant ainsi de support au débriefing.
En clair :
Le RAQ est comme un journal de bord des consultations réalisées par l'interne, mais avec une nouveauté : des données statistiques instantanément calculées sur les difficultés rencontrées dans des domaines prédéfinis (voir pus loin).
Ceci vous permettra et à votre MSU, d'avoir une vue globale de l'évolution du stage mois par mois, et sur le semestre, sous forme de statistiques et de graphiques.
Pour chaque patient, vous notez en quelques mots (outre l'âge et sexe) : le motif et les résultats de consultations, ainsi que les décisions prises. Ensuite auto-évaluer son aisance dans chacun des 4 domaines suivants : Diagnostic (D), Relationnel(R), Thérapeutique (T) et Organisationnel (O).
L'aisance est évaluée de 1 à 4 (1 : « j'ai été très à l'aise » et 4 : « J'ai été pas à l'aise du tout »).
L'objectif est double: donner un cadre à la supervision indirecte et identifier les domaines dans lesquels vous êtes le plus en difficulté ainsi que l'évolution.
Concrètement, je vous demande, et à votre maitre de stage d'utiliser cet outil lors de votre semestre en SASPAS. L'idéal est de remplir le RAQ après chaque patient, ou lors d'un « creux » dans l'enchainement des consultations, cela prendra que peu de temps une fois familiarisé avec l'outil. Rythme compatible avec celui d'un interne en formation.
Les maitres de stage sont au courant du projet et y adhèrent, l'outil leur a été envoyé, et donc en principe disponible sur leurs ordinateurs (compatible avec open office également, téléchargeable gratuitement si Excel non présent). Eventuellement si vous pouvez mettre l'outil sur une clé USB et l'apporter au début...on ne sait jamais avec les connexions internet !
J'analyserai mensuellement les données, je vous rappellerai donc à chaque début de mois de m'envoyer par mail le tableur complété.
Pour finir, je me présente : Gwénola Zollinger, je viens de terminer mon cursus de MG à Poitiers, et je réalise ce travail dans le cadre d'une première thèse sur le sujet, projet en association avec le COGEMS et DMG.
Pour toutes questions sur le travail, l'outil ou autre ne pas hésiter pas de me contacter par mail (evaluation.raq@gmail.com) ou téléphone (06 33 75 75 66).
Merci d'avance pour votre investissement
Gwénola

ANNEXE 4

Analyse des données des consultations pas interne

interne	nbConsults	nbF	%	nbH	%	D1	D2	D3	D4	R1	R2	R3	R4	T1	T2	T3	T4	O1	O2	O3	O4	ageMin	ageMax	ageMoy	ageMed
I01	846	493	58.3	353	41.7	334	304	179	29	364	347	111	24	321	378	136	11	313	338	170	25	0	94	30.1	27
I02	801	452	56.4	349	43.6	723	72	6	0	752	41	8	0	766	30	5	0	768	30	3	0	0	93	38.6	38
I03	223	115	51.6	108	48.4	2	191	26	4	2	188	28	5	2	187	29	5	3	191	25	4	0	92	33.2	28
I04	950	642	67.6	308	32.4	497	382	60	11	444	408	86	12	483	397	58	12	480	379	78	13	0	94	30.9	27.5
I05	131	72	55.0	59	45.0	119	6	6	0	125	2	3	1	122	7	1	1	119	9	2	1	0	88	33.5	28
I06	898	491	54.7	407	45.3	724	152	21	1	833	53	12	0	832	54	11	1	826	57	15	0	0	95	36.4	34
I07	413	247	59.8	166	40.2	214	177	21	1	196	179	34	4	213	175	25	0	198	176	36	3	0	89	39.5	37
I08	356	189	53.1	167	46.9	2	304	50	0	3	328	25	0	3	315	38	0	2	297	54	3	0	99	33.9	29.5
I09	916	478	52.2	438	47.8	136	717	60	3	99	732	82	3	111	739	65	1	112	747	55	2	0	99	44.1	48
I10	708	424	59.9	284	40.1	576	111	21	0	579	115	14	0	603	99	6	0	642	59	7	0	0	93	37.7	40
I11	1031	564	54.7	467	45.3	882	90	55	4	951	39	35	6	925	69	30	7	878	79	65	9	0	97	41.4	40
I12	203	116	57.1	87	42.9	186	17	0	0	168	28	7	0	192	9	1	1	188	15	0	0	0	88	41.3	43
I13	631	347	55.0	284	45.0	497	127	7	0	584	37	10	0	513	98	20	0	555	61	15	0	0	98	41.3	42
I14	439	208	47.4	231	52.6	375	48	14	2	384	46	8	1	394	39	4	2	395	32	10	2	0	95	41.1	40
I15	233	138	59.2	95	40.8	195	21	13	4	189	33	8	3	210	9	10	4	200	10	15	8	0	101	60.2	66
I16	830	455	54.8	375	45.2	463	275	87	5	691	110	27	2	508	266	51	5	722	90	15	3	0	96	34.3	32.5
I17	1035	532	51.4	503	48.6	920	83	26	6	790	169	63	13	913	95	21	6	947	46	31	11	0	102	49.0	52

ANNEXE 5

Tableau indiquant pour chaque mois dans chaque domaine la moyenne (en %) de « consultations considérées à l'aise », et l'ecart-type.

		Diagnostic	Relationnel	Thérapeutique	Organisationnel
Novembre	Moyenne	88.58	87.43	88.37	85.19
	Ecart-type	7.45	8.86	7.43	10.53
Décembre	Moyenne	88.58	93.11	93.82	92.73
	Ecart-type	8.31	5.99	5.70	7.28
Janvier	Moyenne	92.37	94.64	95.26	94.66
	Ecart-type	8.66	5.50	5.38	6.39
Février	Moyenne	94.54	96.07	95.94	95.68
	Ecart-type	6.61	3.85	5.28	6.78
Mars	Moyenne	96.73	96.87	96.91	95.68
	Ecart-type	3.17	3.24	3.66	5.96
Avril	Moyenne	95.93	97.91	97.39	97.11
	Ecart-type	3.75	2.84	3.93	5.29

ANNEXE 6

Tableau des données en pourcentage des cotations « 1 », « 2 », « 3 » et « 4 » dans chaque domaine les deux sexes confondus, pour les femmes et pour les hommes.

	D total	%	D F	%	D H	%	R total	%	R F	%	R H	%	T total	%	T F	%	T H	%	O total	%	O F	%	O H	%
1	6,845	64.3	3,817	64.0	3,028	64.7	7,154	67.2	3,991	66.9	3,163	67.6	7,111	66.8	3,958	66.4	3,153	67.4	7,348	69.0	4,105	68.8	3,243	69.3
2	3,077	28.9	1,721	28.9	1,356	29.0	2,855	26.8	1,611	27.0	1,244	26.6	2,966	27.9	1,681	28.2	1,285	27.5	2,616	24.6	1,493	25.0	1,123	24.0
3	652	6.1	390	6.5	262	5.6	561	5.3	318	5.3	243	5.2	511	4.8	296	5.0	215	4.6	596	5.6	319	5.3	277	5.9
4	70	0.7	35	0.6	35	0.7	74	0.7	43	0.7	31	0.7	56	0.5	28	0.5	28	0.6	84	0.8	46	0.8	38	0.8

ANNEXE 7

Commentaires RAQ novembre 2015

1- Concernant son utilisation, mes maîtres de stage ne le regardent quasiment pas. Le débriefing est fait à partir de l'agenda de la journée.
Par contre moi j'y jette un oeil tout au long du débriefing pour vérifier que j'ai bien parlé de tout ce qui m'a potentiellement posée problème au cours de la journée.
Il m'a été difficile au début de l'utiliser, pour moi le plus simple est de le faire en toute fin de consultation, ceci prenant 1 à 2 minutes de plus mais le dossier du patient étant toujours ouvert on a tout de suite son âge sous les yeux !!

2- Après discussion avec mes MSU, il apparait que ce tableur ne peut pas être rempli en consultation ou pendant le débrief, car cela prend beaucoup trop de temps. Il faut donc prendre le temps après chaque journée de tout retranscrire dans ce tableur. Ce travail est très long, je ne suis pas persuadée qu'il sera correctement réalisé s'il faut le faire après chaque journée pendant 6 mois.

3- Pour renvoyer les RAQ, on enlève les noms des patients avant ?
Ça me gène un peu de l'envoyer tel quel avec tous leurs noms et j'imagine en plus que ça n'est pas essentiel.
Sinon, une autre question : est-ce qu'il y a une évaluation des internes avec les RAQ ?

4- ESt il prévu une analyse concernant le sexe et l'age des consultations, genre que les mecs entre 20 et 40ans on les voit peu?

5- Oui...Désolé : j'ai essayé mais c'est abominablement long. En ayant quasi continuellement 1h de retard (alors que je ne suis pas surchargé de patients), j'ai du mal à me dire "je vais prendre encore 2 minutes supplémentaires pour mon RAQ" : je fais sortir le précédent et prend immédiatement le suivant.
En plus, les ordinateurs de certains de mes prat étant des antiquités : ils buguent ! Et hop : tous les patients remplis dans le RAQ effacés ! J'ai essayé l'ipad mais pas pratique. Il y a une fois où j'ai oublié ma clef USB à Niort (100km de chez moi) et j'ai fini par me retrouver avec un RAQ copie 1, RAQ copie 2, etc.
Bref : je n'ai pas trouvé l'organisation nécessaire pour le remplir. Et l'informatique m'a mis des bâton dans les roues.
Et puis... Imagine : je vois un patient à qui je dois faire 1 courrier pour l'adresser. Je remplis ma consultation sur le dossier médical, ensuite je recommence pour la lettre et enfin, il faudrait que je recommence à nouveau sur le RAQ.
C'est pas facile. Je vais voir si je peux te rendre qq chose, j'ai pris des notes papiers. Mais ne te promets rien car j'ai mon mémoire que je n'ai pas fait, ma thèse dont je n'ai qu'un vague sujet, et mes lacunes du quotidien que j'essaie de renflouer.

6- Je t'avoue que j'ai eu un début de stage assez mouvementé et je ne me suis pas trop penché sur le RAQ, avec toutes mes excuses.
Je n'ai pas parlé de ceci à mes MSU mais j'ai la chance d'avoir un stage avec des débriefings très longs le soir où nous reparlons de tous les patients en général, donc je

ne pense pas avoir le temps de faire un résumé de chaque consultation en plus ce débrief.
Ce projet est-il en relation avec une thèse ou est-ce dans le cadre d'un travail obligatoire de la fac?
Je t'avoue que je trouve dommage de devoir faire ça parce que certains MSU ne font pas de débrief alors que c'est la base et le but du SASPAS, je pense qu'une discussion à chaud est plus efficace.

7- Pour répondre à ta demande, je l'utilise pour 2 de mes maîtres de stage. Chez le 3e cela est compliqué faute de temps devant un exercice rural seul avec une activité ne me permettant pas de prendre le temps nécessaire pour le compléter.

Commentaires RAQ décembre 2015

1- Bon voilà décembre...J'ai failli oublié de le remplir sur 2 jours tellement ca plombe mes consults.. Je pense à toi sur mes jours de repos.. (imagine dans 2 mois).

2- J'abandonne. Je n'ai pas le temps de recopier tous les patients que j'ai vu sur le fichier excel. J'ai un mois pour faire mon mémoire...
Désolé. Je trouve pourtant que ce RAQ est une bonne initiative.
Cordialement et bon courage

3- Salut Gwénola, voilà les RAQ correspondant à 2 de mes MSU, pour le 3° finalement j'ai arrété car on débriefe sur les dossiers directement, ce qui permet de voir si je les remplis bien etc... Voilà!
Bon courage

Commentaires RAQ janvier 2016

1- Je suis lassée de ce truc mais bon... Ca me mange environ 30min/semaine.
Tu es à combien de % de non réponse par rapport au début?

2- Peut etre que c'est du au fait que mes SASPAS sont biens et donc je ne suis guère démunie car tjs au moins 1 docteur pour m'aider (quand ne s'ajoute pas un docteur de plus du cabinet).
Ca ne m'apporte rien, ça me prend du temps, des fois j'oublie donc c'est fait une semaine après.. (ya un cabinet où je ne peux ouvrir ton tableau mais c'est depuis que je l'ai ouvert dans un autre cabinet, qui a du modifier ses paramètres...).
Je ne vois pas en quoi cela peut m'apporter qq chose. C'est sensé m'etre utile de quelle manière?

3-Bonsoir voici le dernier RAQ de janvier. Une petite question, je n'ai aucun graphique qui s'affiche sur Numbers (iPad) juste les statistiques c'est normal ?

4- Je ne t'en ai pas parlé jusqu'ici mais ce n'est pas très pratique pour moi. Je le rempli seulement parce que ça fait l'objet d'une (plusieurs) thèse(s)!
Chez un de mes prat, il n'a pas de version word compatible, je ne peux même pas l'ouvrir. Du coup je recopie après coup les données sur les patients...
Chez les 2 autres, je le fais, ça prend un peu de temps sur le moment mais bon... ça se fait! Par contre, je l'utilise peu avec mes prat :on parle seulement de certains patients, du coup je surligne en rouge les patients à revoir. MAis on ne regarde pas les colonnes motif, diagnostic et action ainsi que l'aisance parce qu'on réouvre le dossier du patient et on parle directement dessus.
Voila...je reparlerais de ces difficultés à Camille!

5- je ne te demande que de me parler de toi.. Moi je sais deja où je suis à l'aise et où je ne le suis pas (en gros je fuis tout ce qui est gynéco et obstétrique... un réflexe primaire, va falloir que je bosse la dessus).
L'enseignement théorique externat ou internat. Car externat tout a été encore changé (ca change tout le temps, ca efface les traces..) internat, ca a aussi rechangé...Bref.Bon je continue mon mémoire..
PS: a la fin je risque de te demander le % de répondeurs.. J'espère qu'on est au moins la moitié que tes résultats reflètent la population d'étude...

Commentaires RAQ février 2016

Bon courage,
Ca reste long et très chiant à faire..
J'espère que tu nous diras ce que tu as trouvé

Commentaires RAQ mars 2016

Bonsoir,
voici mon raq, je suis désolée il n'est pas terminé mais je n'ai plus envie de prendre sur mon temps libre pour le faire.

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 !

ZOLLINGER Gwénola

COLLECTION OF DAILY ACTIVITY BY RESIDENTS : DEVELOPMENT OF AN EDUCATIONAL TOOL FOR INDIRECT SUPERVISION OF INTERNSHIPS BY GENERAL PRACTITIONERS

Background : Indirect supervision during the Internship by General Practitioners (IGP) is essential, but still lacks a well defined frame. A new educational tool: Collection of Daily Activity (CDA), which supports the debriefing between residents and master of internship, was created to test a uniform evaluation structure and incite the residents to a reflexive approach. The aim of our study was to observe and to describe the use of the CDA by residents in IGP from November 2015 to April 2016 in Poitou-Charentes.
Methods : Descriptive prospective study, which included residents doing an IGP from November 2015 to April 2016. Residents were asked to use the CDA to support their indirect supervision. The evolution of the resident's self-asessment in the 4 aspects : diagnosis (D), relationship (R), therapeutic (T) and organizational (O) was analysed over the 6 months-period.
Results : In total 10 644 consultations were retranscribed by 17 residents on 32 residents in IGP. Between November and April resident's self-assessment improved in statistically significant way in the 4 different aspects : diagnosis [88,6 % vs 95,9 %, p=0,00334], relationship [87,4 % vs 97,9 %, p=0,00046], therapeutics [88,4 % vs 97,4 %, p=0,00060] and organizational [85,2 % vs 97,1 %, p=0,00104]. Distribution analysis of the self-assessment marks, reveals 3 clearly distinct self-assessment behaviours by the residents.
Conclusion : The CDA allows to create and to guide the reflexive approach of residents : the pillar of learning. The use of CDA by residents of Poitou-Charentes during a half-year proves the profit of the IGP, considering the improvement of the ease felt during the half-year, in four domains D, R, T and O. Making the CDA a tool of certification, will be the challenge for subsequent evaluation studies.

TITLE : Collection of daily activity by residents : development of an educational tool for indirect supervision of internships by general practitioners

ADMINISTRATIVE DISCIPLINE : General medicine

KEY WORDS : Internships by general practitioners – Indirect supervision – Educational tool – Collection of daily activity – General medicine

Faculté de Médecine et Pharmacie – Université de Poitiers,
6, rue de la Milétrie 86 073 POITIERS Cedex 9

Supervisor: Docteur Benoit TUDREJ

ZOLLINGER Gwénola

L'UTILISATION DU RECUEIL D'ACTIVITÉ AU QUOTIDIEN PAR LES INTERNES : DÉVELOPPEMENT D'UN OUTIL PÉDAGOGIQUE POUR LA SUPERVISION INDIRECTE DU STAGE AMBULATOIRE EN SOINS PRIMAIRES ET AUTONOMIE SUPERVISÉE

Introduction : La supervision indirecte lors du Stage Ambulatoire en Soins Primaires et Autonomie Supervisée (SASPAS) est un temps essentiel, mais qui a pour lacune un manque d'encadrement. La création d'un nouvel outil pédagogique : le Recueil d'Activité au Quotidien (RAQ), support du débriefing entre l'interne et le maitre de stage, a pour but de donner un cadre et inciter l'interne à une démarche réflexive. L'objectif de notre étude était d'observer et décrire l'utilisation du RAQ par des internes en SASPAS lors du semestre novembre 2015 à avril 2016 en Poitou-Charentes.
Matériels et méthodes : Etude prospective descriptive incluant les internes réalisant un SASPAS de novembre 2015 à avril 2016. Proposition d'utilisation du RAQ pour support à la supervision indirecte. Analyse de l'évolution des consultations considérées à l'aise par l'interne sur le semestre et analyse de la distribution de la cotation de l'aisance dans les domaines diagnostics (D), relationnels (R), thérapeutiques (T) et organisationnels (O).
Résultats : Au total 10 644 consultations analysées sur le semestre, retranscrites par 17 internes sur les 32 internes en SASPAS. Entre novembre et avril les internes montrent une amélioration statistiquement significative de leur aisance en consultations dans les domaines diagnostic [88,6% vs 95,9%, p=0,00334], relationnel [87,4% vs 97,9%, p=0,00046], thérapeutique [88,4% vs 97,4%, p=0,00060] et organisationnel [85,2% vs 97,1%, p=0,00104]. La distribution des cotations d'aisance par les internes, analysée individuellement, révèle trois profils d'internes.
Conclusion : Le RAQ permet de créer et guider la démarche réflexive de l'interne, pilier de l'apprentissage. L'utilisation du RAQ par les internes de Poitou-Charentes durant un semestre prouve le bénéfice du SASPAS, compte tenu de l'amélioration de l'aisance ressentie lors du semestre, dans les quatre domaines D, R, T et O. Faire du RAQ un outil de certification sera l'enjeu des prochains travaux d'évaluation.

TITLE : Collection of daily activity by residents : development of an educational tool for indirect supervision of internships by general practitioners

DISCIPLINE ADMINISTRATIVE : Médecine générale

MOTS CLÉS : SASPAS – Supervision indirecte - Outil pédagogique – Recueil d'Activité au Quotidien – Médecine Générale

Faculté de Médecine et Pharmacie – Université de Poitiers,
6, rue de la Milétrie 86 073 POITIERS Cedex 9

Directeur de thèse : Docteur Benoit TUDREJ