

2018-2019

THÈSE
pour le
DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE
Qualification en MÉDECINE GÉNÉRALE

**VALIDATION DE LA PHASE
SOCLE : ÉTAT DES LIEUX ET
OPINION DES INTERNES ENTRÉS
DANS LE DES DE MEDECINE
GÉNÉRALE EN NOVEMBRE 2017 À
ANGERS**

COLIN Adèle

Née le 4 Avril 1992 à Caen

DE BARBERIN-BARBERINI Alexandre

Né le 21 Septembre 1992 à Metz

Sous la direction de Mme **DE CASABIANCA Catherine**

Membres du jury

Monsieur le Professeur COUTANT Régis	Président
Madame la Professeure DE CASABIANCA Catherine	Directeur
Monsieur le Professeur CONNAN Laurent	Membre
Madame la Docteure ANGOULVANT Cécile	Membre

Soutenue publiquement le :
26 Septembre 2019

ENGAGEMENT DE NON PLAGIAT

Nous soussignés Adèle COLIN et Alexandre de BARBERIN-BARBERINI, déclarons être pleinement conscients que le plagiat de documents ou d'une partie d'un document publié sur toutes formes de support, y compris l'internet, constitue une violation des droits d'auteur ainsi qu'une fraude caractérisée. En conséquence, nous nous engageons à citer toutes les sources que nous avons utilisées pour écrire ce rapport ou mémoire.

Signé par les étudiants le **19/07/2019**

LISTE DES ENSEIGNANTS DE LA FACULTÉ DE SANTÉ D'ANGERS

Doyen de la Faculté : Pr Nicolas Lerolle

Vice-Doyen de la Faculté et directeur du département de pharmacie : Pr Frédéric Lagarce

Directeur du département de médecine : Pr Cédric Annweiler

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS

ABRAHAM Pierre	Physiologie	Médecine
ANNWEILER Cédric	Gériatrie et biologie du vieillissement	Médecine
ASFAR Pierre	Réanimation	Médecine
AUBE Christophe	Radiologie et imagerie médicale	Médecine
AUGUSTO Jean-François	Néphrologie	Médecine
AZZOZI Abdel Rahmène	Urologie	Médecine
BAUFRETON Christophe	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire	Médecine
BENOIT Jean-Pierre	Pharmacotechnie	Pharmacie
BEYDON Laurent	Anesthésiologie-réanimation	Médecine
BIGOT Pierre	Urologie	Médecine
BONNEAU Dominique	Génétique	Médecine
BOUCHARA Jean-Philippe	Parasitologie et mycologie	Médecine
BOUVARD Béatrice	Rhumatologie	Médecine
BOURSIER Jérôme	Gastroentérologie ; hépatologie	Médecine
BRIET Marie	Pharmacologie	Médecine
CAILLIEZ Eric	Médecine générale	Médecine
CALES Paul	Gastroentérologie ; hépatologie	Médecine
CAMPONE Mario	Cancérologie ; radiothérapie	Médecine
CAROLI-BOSC François-xavier	Gastroentérologie ; hépatologie	Médecine
CHAPPARD Daniel	Cytologie, embryologie et cytogénétique	Médecine
CONNAN Laurent	Médecine générale	Médecine
COUTANT Régis	Pédiatrie	Médecine
COUTURIER Olivier	Biophysique et médecine nucléaire	Médecine
CUSTAUD Marc-Antoine	Physiologie	Médecine
DE BRUX Jean-Louis	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire	Médecine
DE CASABIANCA Catherine	Médecine Générale	Médecine
DESCAMPS Philippe	Gynécologie-obstétrique	Médecine
DINOMAIS Mickaël	Médecine physique et de réadaptation	Médecine
DIQUET Bertrand	Pharmacologie	Médecine
DUBEE Vincent	Maladies Infectieuses et Tropicales	Médecine

DUCANCELLA Alexandra	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière	Médecine
DUVAL Olivier	Chimie thérapeutique	Pharmacie
DUVERGER Philippe	Pédopsychiatrie	Médecine
EVEILLARD Mathieu	Bactériologie-virologie	Pharmacie
FANELLO Serge	Épidémiologie ; économie de la santé et prévention	Médecine
FAURE Sébastien	Pharmacologie physiologie	Pharmacie
FOURNIER Henri-Dominique	Anatomie	Médecine
FURBER Alain	Cardiologie	Médecine
GAGNADOUX Frédéric	Pneumologie	Médecine
GARNIER François	Médecine générale	Médecine
GASCOIN Géraldine	Pédiatrie	Médecine
GOHIER Bénédicte	Psychiatrie d'adultes	Médecine
GUARDIOLA Philippe	Hématologie ; transfusion	Médecine
GUILET David	Chimie analytique	Pharmacie
HAMY Antoine	Chirurgie générale	Médecine
HUNAULT-BERGER Mathilde	Hématologie ; transfusion	Médecine
IFRAH Norbert	Hématologie ; transfusion	Médecine
JEANNIN Pascale	Immunologie	Médecine
KEMPF Marie	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière	Médecine
LACCOURREYE Laurent	Oto-rhino-laryngologie	Médecine
LAGARCE Frédéric	Biopharmacie	Pharmacie
LARCHER Gérald	Biochimie et biologie moléculaires	Pharmacie
LASOCKI Sigismond	Anesthésiologie-réanimation	Médecine
LEGENDRE Guillaume	Gynécologie-obstétrique	Médecine
LEGRAND Erick	Rhumatologie	Médecine
LERMITE Emilie	Chirurgie générale	Médecine
LEROLLE Nicolas	Réanimation	Médecine
LUNEL-FABIANI Françoise	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière	Médecine
MARCHAIS Véronique	Bactériologie-virologie	Pharmacie
MARTIN Ludovic	Dermato-vénérérologie	Médecine
MENEI Philippe	Neurochirurgie	Médecine
MERCAT Alain	Réanimation	Médecine
MERCIER Philippe	Anatomie	Médecine
PAPON Nicolas	Parasitologie et mycologie médicale	Pharmacie
PASSIRANI Catherine	Chimie générale	Pharmacie
PELLIER Isabelle	Pédiatrie	Médecine
PETIT Audrey	Médecine et Santé au Travail	Médecine
PICQUET Jean	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire	Médecine
PODEVIN Guillaume	Chirurgie infantile	Médecine
PROCACCIO Vincent	Génétique	Médecine
PRUNIER Delphine	Biochimie et Biologie Moléculaire	Médecine
PRUNIER Fabrice	Cardiologie	Médecine
REYNIER Pascal	Biochimie et biologie moléculaire	Médecine

RICHARD Isabelle	Médecine physique et de réadaptation	Médecine
RICHOMME Pascal	Pharmacognosie	Pharmacie
RODIEN Patrice	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques	Médecine
ROQUELAURE Yves	Médecine et santé au travail	Médecine
ROUGE-MAILLART Clotilde	Médecine légale et droit de la santé	Médecine
ROUSSEAU Audrey	Anatomie et cytologie pathologiques	Médecine
ROUSSEAU Pascal	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique	Médecine
ROUSSELET Marie-Christine	Anatomie et cytologie pathologiques	Médecine
ROY Pierre-Marie	Thérapeutique	Médecine
SAULNIER Patrick	Biophysique et biostatistique	Pharmacie
SERAPHIN Denis	Chimie organique	Pharmacie
SUBRA Jean-François	Néphrologie	Médecine
UGO Valérie	Hématologie ; transfusion	Médecine
URBAN Thierry	Pneumologie	Médecine
VAN BOGAERT Patrick	Pédiatrie	Médecine
VENIER-JULIENNE Marie-Claire	Pharmacotechnie	Pharmacie
VERNY Christophe	Neurologie	Médecine
WILLOTEAUX Serge	Radiologie et imagerie médicale	Médecine

MAÎTRES DE CONFÉRENCES

ANGOULVANT Cécile	Médecine Générale	Médecine
ANNAIX Véronique	Biochimie et biologie moléculaires	Pharmacie
BAGLIN Isabelle	Chimie thérapeutique	Pharmacie
BASTIAT Guillaume	Biophysique et biostatistique	Pharmacie
BEAUVILLAIN Céline	Immunologie	Médecine
BELIZNA Cristina	Médecine interne	Médecine
BELLANGER William	Médecine générale	Médecine
BELONCLE François	Réanimation	Médecine
BENOIT Jacqueline	Pharmacologie	Pharmacie
BIERE Loïc	Cardiologie	Médecine
BLANCHET Odile	Hématologie ; transfusion	Médecine
BOISARD Séverine	Chimie analytique	Pharmacie
CAPITAIN Olivier	Cancérologie ; radiothérapie	Médecine
CASSEREAU Julien	Neurologie	Médecine
CHEVAILLER Alain	Immunologie	Médecine
CHEVALIER Sylvie	Biologie cellulaire	Médecine
CLERE Nicolas	Pharmacologie / physiologie	Pharmacie
COLIN Estelle	Génétique	Médecine
DERBRE Séverine	Pharmacognosie	Pharmacie
DESHAYES Caroline	Bactériologie virologie	Pharmacie
FERRE Marc	Biologie moléculaire	Médecine
FLEURY Maxime	Immunologie	Pharmacie

FORTRET Jacques-Olivier	Physiologie	Médecine
HAMEL Jean-François	Biostatistiques, informatique médicale	Médicale
HELESBEUX Jean-Jacques	Chimie organique	Pharmacie
HINDRE François	Biophysique	Médecine
JOUSSET-THULLIER Nathalie	Médecine légale et droit de la santé	Médecine
LACOUEUILLE Franck	Biophysique et médecine nucléaire	Médecine
LANDREAU Anne	Botanique/ Mycologie	Pharmacie
LEBDAI Souhil	Urologie	Médecine
LEGEAY Samuel	Pharmacocinétique	Pharmacie
LE RAY-RICHOMME Anne-Marie	Pharmacognosie	Pharmacie
LEPELTIER Elise	Chimie générale	Pharmacie
LETOURNEL Franck	Biologie cellulaire	Médecine
LIBOUBAN Hélène	Histologie	Médecine
MABILLEAU Guillaume	Histologie, embryologie et cytogénétique	Médecine
MALLET Sabine	Chimie Analytique	Pharmacie
MAROT Agnès	Parasitologie et mycologie médicale	Pharmacie
MAY-PANLOUP Pascale	Biologie et médecine du développement et de la reproduction	Médecine
MESLIER Nicole	Physiologie	Médecine
MOUILLIE Jean-Marc	Philosophie	Médecine
NAIL BILLAUD Sandrine	Immunologie	Pharmacie
PAILHORIES Hélène	Bactériologie-virologie	Médecine
PAPON Xavier	Anatomie	Médecine
PASCO-PAPON Anne	Radiologie et imagerie médicale	Médecine
PECH Brigitte	Pharmacotechnie	Pharmacie
PENCHAUD Anne-Laurence	Sociologie	Médecine
PIHET Marc	Parasitologie et mycologie	Médecine
PY Thibaut	Médecine Générale	Médecine
RINEAU Emmanuel	Anesthésiologie réanimation	Médecine
RIOU Jérémie	Biostatistiques	Pharmacie
ROGER Emilie	Pharmacotechnie	Pharmacie
SAVARY Camille	Pharmacologie-Toxicologie	Pharmacie
SCHMITT Françoise	Chirurgie infantile	Médecine
SCHINKOWITZ Andréas	Pharmacognosie	Pharmacie
SPIESSER-ROBELET Laurence	Pharmacie Clinique et Education	Pharmacie
TANGUY-SCHMIDT Aline	Thérapeutique	
TESSIER-CAZENEUVE Christine	Hématologie ; transfusion	Médecine
TRZEPIZUR Wojciech	Médecine Générale	Médecine
	Pneumologie	Médecine

AUTRES ENSEIGNANTS

AUTRET Erwan	Anglais	Médecine
BARBEROUSSSE Michel	Informatique	Médecine
BRUNOIS-DEBU Isabelle	Anglais	Pharmacie
CHIKH Yamina	Économie-Gestion	Médecine
FISBACH Martine	Anglais	Médecine
O'SULLIVAN Kayleigh	Anglais	Médecine

PAST

CAVAILLON Pascal	Pharmacie Industrielle	Pharmacie
LAFFILHE Jean-Louis	Officine	Pharmacie
MOAL Frédéric	Pharmacie clinique	Pharmacie

ATER

FOUDI Nabil	Physiologie	Pharmacie
KILANI Jaafar	Biotechnologie	Pharmacie
WAKIM Jamal	Biochimie et chimie biomoléculaire	Médecine

AHU

BRIS Céline	Biochimie et biologie moléculaire	Pharmacie
CHAPPE Marion	Pharmacotechnie	Pharmacie
LEBRETON Vincent	Pharmacotechnie	Pharmacie

CONTRACTUEL

VIAULT Guillaume	Chimie organique	Pharmacie
------------------	------------------	-----------

REMERCIEMENTS

Remerciements aux membres du jury :

Remerciements à Monsieur le Professeur COUTANT Régis d'avoir accepté de présider notre thèse. Recevez toutes nos considérations.

À Madame le Professeur DE CASABIANCA Catherine de nous avoir longuement accompagnés pendant tout le temps de la rédaction de ce travail, merci de votre patience, de votre disponibilité, de votre pédagogie et de votre sympathie. Nous vous sommes infiniment reconnaissants.

À Monsieur le Professeur CONNAN Laurent d'avoir accepté de faire partie de ce jury pour juger notre travail.

À Madame le Docteur ANGOULVANT Cécile, merci pour l'intérêt que vous avez porté à notre travail et pour le temps que vous nous avez consacré.

À Madame VEYER pour votre aide dans ce travail de recherche et votre disponibilité.

Remerciements aux internes :

Merci à tous les internes interviewés qui ont accepté de nous aider à écrire ce travail, merci pour votre temps, pour ces temps de partage et de sincérité.

Remerciements personnels d'Alexandre :

À mes parents, pour votre amour inconditionnel, votre soutien de toujours. Merci pour tout.

À ma Béné, pour toute la joie et l'inspiration que tu me donnes.

A mi Naná, fuiste la primera en enseñarme la medicina.

À Marie, mon amour de chaque instant, merci d'exister.

À mes amis d'enfance, et ceux qui sont arrivés un peu après, pour le bout de chemin qu'on a fait ensemble.

Aux « Flamands Rôses ».

À Pauline et Aurélien, mes chers co-internes des débuts, je n'aurais pas pu imaginer meilleurs compagnons que vous pour débuter cette étape.

À Grégoire, Jade et Charlotte, pour les mêmes raisons.

A Jocelyne, à mes maîtres de stage, Cécile, Laetitia, et aux chers externes qui ont dû me supporter dans mon premier stage,

Et bien sûr ma chère Adèle, d'avoir fait avec moi ce dernier bout de chemin si important. En espérant le poursuivre en tant qu'ami par la suite et dans un contexte moins studieux.

Remerciements personnels d'Adèle :

À mes parents et mes sœurs, pour avoir été là pendant toutes ces longues années, pour avoir toujours répondu présents, pour m'avoir toujours encouragée dans cette voie, pour avoir toujours cru en moi, vous êtes ma source d'inspiration, vous me donnez envie d'être toujours meilleure pour mes patients.

Merci à papa, pour m'avoir donné la rigueur, la perfection et la douceur ;

Merci à maman pour ton soutien, ta présence permanente, ton dévouement infaillible pour tes enfants, tu trouves toujours les mots qu'il faut ;

Merci à Marie et Juju, les deux prunelles de mes yeux. À Mary pour les corrections littéraires et surtout le coaching avec les patients difficiles ; À Juju pour ton éternelle bonne humeur, pour ton engouement pour ces statistiques et le temps passé à nous aider ;

Merci à Popo-frérot et Seb, mes 2 beaux-frères.

À Papy, qui aurait tant voulu être présent avec nous ce soir pour enfin voir un médecin dans la famille.

À Mamie S, la meilleure des grands-mères, tu me manques, une bougie dans chaque église de chaque voyage que je fais est allumée pour toi.

Merci à Alice, ma petite sœur, ma cousine, pour tous les fous rires.

Merci à Alexandre, mon co-thésard, pour m'avoir supportée dans mes moments de pression et de stress, merci de ton calme et de ta patience à trouver le mot juste. Je suis si contente d'avoir eu l'opportunité de te connaître en tant que collègue mais surtout ami. Merci de m'accompagner également pour cette épreuve d'oral : j'aurais été terrorisée toute seule !

Merci à mes amies du collège : Alizou, Camille, Clemchou, Indigène, ma petite Morue, Sigrou, Zou ; les irréductibles ; celles qui me connaissent mieux que quiconque, nos vies ont sacrément évolué mais nos chemins ne se sont jamais éloignés. Merci ma petite Sigrid pour ces conversations téléphoniques, ces escapades, ton amitié m'est inestimable. Bienvenu au futur premier bébé de notre bande : j'ai hâte de te rencontrer !

Merci à mes amies d'Erasmus, Chloé et Mati, pour cette année volée, cette expérience inoubliable.

À mes amies de médecine de Caen : Ana, Delphine, Isa, Mathilda, pour m'avoir accompagnée et soutenue, pour avoir été les épaules sur lesquelles m'appuyer pour me relever, merci d'avoir été là pour moi. Merci Ana pour ces voyages, ton dévouement envers tes amies, tes FMC diabéto en temps réel.

Merci à Anysia pour ces soirées déjantées déguisées, tu es un petit bol d'air ;

Merci à Alexandra, ma super binôme, pour avoir partagé mon bureau à Mayenne ;

Merci à Julie, mon bébé, ma petite protégée.

Merci à Julien, mon amour, ma moitié, mon fiancé. Une partie de moi a commencé à vivre le jour où l'on s'est rencontré. Je chéris tous les jours où je me réveille auprès de toi, tu me permets d'appréhender la vie avec bonheur, apaisement et légèreté.

Liste des abréviations

CNGE	Collège National des Généralistes Enseignants
COREQ	Consolidated criteria for Reporting Qualitative Research
DES	Diplôme d'Études Spécialisées
DESC	Diplôme d'Études Spécialisées Complémentaires
DMG	Département de Médecine Générale
FENCIS	Fiche d'Evaluation des Niveaux de Compétences de l'Interne en Stage
FST	Formation Spécialisée Transversale
MSU	Maître de Stage Universitaire
NE	Non Exploité
NR	Non Renseigné
RSCA	Récit de Situation Complex Authentique
SASPAS	Stage Ambulatoire en Soins Primaires en Autonomie Supervisée

PLAN

LISTE DES ABREVIATIONS

PLAN

INTRODUCTION

MÉTHODES

RÉSULTATS

1. ÉTAT DES LIEUX : RÉSULTATS ET ANALYSE

1.1. Statistiques descriptives

- 1.1.1. Tableau descriptif de la base de données
- 1.1.2. Profil des étudiants
- 1.1.3. État de validation des prérequis
- 1.1.4. Diagrammes synthétiques de l'état de validation des prérequis
- 1.1.5. Score attribué aux grilles FENCIS
- 1.1.6. État d'avancement de la thèse
- 1.1.7. Projet professionnel de l'interne

1.2. Statistiques explicatives

2. OPINION DES INTERNES SUR LA RÉFORME ET L'ORAL DE VALIDATION

2.1. Caractéristiques de la population

2.2. Analyse des entretiens

- 2.2.1. Des internes globalement satisfaits de la réforme du DES
- 2.2.2. Une préparation fastidieuse pour un oral important
- 2.2.3. Un oral de validation vécu comme une discussion plutôt qu'un examen
- 2.2.4. Un moment ponctuel mais apprécié

DISCUSSION

CONCLUSION

BIBLIOGRAPHIE

TABLE DES MATIERES

ANNEXES

RESUME

INTRODUCTION

En France le Diplôme d'Etudes Spécialisées (DES) de médecine générale existe depuis 2004. Cela a permis de reconnaître la filière de médecine générale comme une spécialité à part entière. À partir de novembre 2017 a été mise en place la réforme du DES qui concerne l'ensemble des spécialités médico-chirurgicales (1). Plusieurs objectifs expliquaient cette mesure (2) : premièrement, à visée pédagogique avec une homogénéisation de la formation sur le plan national et la mise en place d'un contrat individualisé, deuxièmement une autonomisation progressive avec une hiérarchisation des responsabilités des internes, troisièmement une séparation des différentes filières de formation avec la suppression des DESC (Diplôme d'Etudes Spécialisées Complémentaires) et la création d'un DES de médecine d'urgence et de gériatrie, et enfin la création d'un accompagnement personnalisé de l'interne pour la réalisation de son projet professionnel.

Tout au long de son DES de médecine générale, qui s'articule autour d'une phase socle la première année puis d'une phase d'approfondissement la deuxième et troisième année, l'interne doit construire des compétences professionnelles qui ont été définies. Cette réforme s'est appropriée la méthode d'approche par compétences, qui rentre en opposition avec l'évaluation classique des savoirs, c'est-à-dire le cours magistral suivi de l'interrogation écrite (3) (4).

À partir d'une réflexion nationale a été conçue à Angers la FENCIS (Fiche d'Évaluation des Niveaux de Compétences de l'Interne en Stage, *cf Annexe 1*) qui synthétise les compétences requises. Six familles de compétences sont évaluées tout au long du DES avec une accentuation sur trois compétences attendues en fin de phase socle : l'aptitude face aux

situations d'urgences, la capacité à appréhender le patient de façon globale et la prise en compte de la complexité de la situation clinique, l'implication dans la relation avec le patient avec une vision centrée sur ce dernier.

Sur le plan national, la phase socle exige de réaliser lors de la première année le stage chez le praticien niveau 1 et le stage aux urgences qui seront tous deux évalués à l'aide de la FENCIS. Chaque faculté a créé des prérequis spécifiques à la validation de la phase socle. Pour la faculté d'Angers il est nécessaire que l'interne effectue quatre rencontres avec son tuteur qui devra rédiger un avis argumenté, valide un atelier de recherche documentaire ainsi que 3 modules A d'enseignements. Un enseignement du Module A correspond à une journée de formation ciblée choisie par l'interne en début d'année universitaire. L'interne doit également valider le module B correspondant à des enseignements obligatoires hors cabinet effectués lors du stage ambulatoire de niveau 1, et un stage de prise en compte de la souffrance psychique de 8 demi-journées. Il doit avoir rédigé également quatre Récits de Situations Complexes Authentiques (RSCA).

L'interne se présente au terme de sa première année devant un jury composé d'un Professeur Universitaire ou Associé ou d'un Maître de Conférence Associé ou d'un chef de clinique du Département de Médecine Générale associé à deux tuteurs. Il témoigne de son parcours de formation et est évalué sur les compétences attendues. Au terme de cet entretien, un contrat de formation est établi et signé entre les deux parties, détaillant son projet professionnel et de thèse, et conduisant à une éventuelle prescription pédagogique.

Dans l'hypothèse d'un avis défavorable, l'interne rencontrera alors le coordinateur du DES.

Ce travail de recherche a pour objectifs de réaliser un état des lieux d'une première expérience de validation de phase socle et recueillir l'opinion des internes sur cette modalité d'évaluation.

MÉTHODES

Il s'agit d'une étude mixte, quantitative et qualitative.

1. ETUDE QUANTITATIVE

Type d'étude

Elle est descriptive rétrospective et concerne l'ensemble des internes inscrits dans le DES de médecine générale, soit 108 étudiants, au premier Novembre 2017 à la faculté d'Angers.

Sélection de la population

Critères d'inclusion : Tous les internes rentrés dans le DES de médecine générale à Angers en Novembre 2017 ont été inclus dans l'étude.

Critères d'exclusion : La non validation d'un stage et ou d'enseignements pour raison de santé, l'absence de restitution des documents prérequis supports à la validation avant le 30 septembre 2018 ont concerné deux étudiants.

Matériels utilisés

Le recueil a été réalisé à partir des données transmises par le secrétariat du Département de Médecine Générale (DMG). Elles regroupaient la faculté d'origine, le genre, l'ordre des stages effectués, les prérequis à la validation composés :

- des attestations de participation :
 - aux enseignements du module A, au module B, à un atelier documentaire,
 - au stage de prise en compte de la souffrance psychique,
 - aux rencontres tutorat associées à l'avis argumenté du tuteur,
- de la rédaction des RSCA,
- de la transmission des FENCIS.

Les données concernant le projet professionnel ainsi que l'état d'avancement de la thèse pouvaient aussi bien apparaître dans l'avis argumenté du tuteur, que dans le contrat de formation établi à la fin de l'oral, accessibles aux chercheurs.

Déroulement de l'étude

Le déroulement de l'étude a été fait en deux temps : un premier consacré au recueil des données puis un deuxième portant sur l'analyse de celles-ci.

Analyse des données

L'analyse des données a été produite à l'aide d'un tableur Excel sur les critères étudiés de manière indépendante.

Tout d'abord les critères renseignant le genre, la faculté d'origine, le type et la chronologie des stages réalisés pendant la phase socle ont été analysés. En effet, le stage urgences pouvait être effectué sous forme couplée avec 3 mois passés dans un service autre de l'hôpital ou bien 6 mois pleins aux urgences.

Puis 6 prérequis ont été utilisés pour la construction de 2 indicateurs : le premier attribue une note de 0 à 6 selon le nombre de prérequis validés, appelé indicateur final, et le

second comptabilise le nombre d'attestations manquantes à ces 6 prérequis, appelé attestation « NR » pour « Non Renseigné ».

Les prérequis concernés étaient d'avoir :

- effectué au moins 4 rencontres tutorat,
- participé à au moins 3 modules A sur l'année,
- validé les enseignements du module B,
- accompli un stage de 8 demi-journées de prise en compte de la souffrance psychologique,
- réalisé un atelier documentaire,
- écrit au moins 4 RSCA.

Pour le cas des modules B, la programmation de certains enseignements intervenant après la période de soutenance de la phase socle, il a été créé une cotation « validation sous réserve » pour les internes n'ayant pas finalisé ce module. Dans le cas où les justificatifs manquaient totalement, la cotation « NR » était notée.

Il a été attribué un score aux 3 items attendus à la fin de la phase socle des FENCIS du 1er et du 2ème semestre en cotation artificiellement 0 pour Novice, 1 pour Intermédiaire, et 2 pour Compétent ; permettant d'obtenir un score sur 8 pour le premier item « premiers recours », sur 4 pour l'item « approche globale » et sur 12 pour le 3ème item « relation et communication ». Dans le cas où l'un des sous-items n'était pas renseigné, il était marqué comme non exploitable et aucun score n'était attribué.

Le remplissage des FENCIS se faisant manuellement en cochant des cases, il arrivait fréquemment qu'une croix soit faite entre deux cases, par exemple entre « novice » et « intermédiaire ». Dans ce cas de figure, le choix de considérer la notation par défaut a été

fait. En l'occurrence, la note retenue aurait été « novice » et non « intermédiaire ». Les scores ont été ainsi établis quand les évaluations FENCIS de fin de semestre étaient disponibles. Dans le cas contraire les données n'étaient pas exploitées. Devant des données trop peu nombreuses de FENCIS du 2^{ème} semestre, elles n'ont pas pu être exploitées. Il n'était pas fait de distinction, parmi les stages couplés, entre les FENCIS des internes ayant réalisé d'abord 3 mois aux urgences suivis de 3 mois dans un service hospitalier autre, et les internes ayant fini leur semestre par les 3 mois d'urgences, les données concernant la chronologie de ces 2 trimestres n'étant pas toujours disponibles.

Le T Test de Student a été utilisé afin de déterminer s'il existait des différences significatives sur les 3 différents items analysés aux FENCIS selon le genre, la faculté d'origine et la durée du stage urgence effectué.

Enfin, a été recueilli le projet professionnel de l'interne, évoquant le choix d'un exercice médical ambulatoire, hospitalier ou mixte, le département de son installation, la réalisation d'une Formation Spécifique Transverse (FST) et le travail de recherche. Compte tenu du nombre de réponses manquantes concernant le lieu d'installation envisagé, les données n'ont pas pu être exploitées.

2. ETUDE QUALITATIVE

Stratégie d'échantillonnage et recrutement

La deuxième partie de notre travail s'est intéressée à recueillir l'opinion des internes concernant leur passage devant le jury en fin de phase socle. Pour cela, il a été réalisé une étude qualitative par entretiens semi-dirigés auprès d'un échantillon d'internes inscrits dans le DES de médecine générale à Angers en Novembre 2017.

Critères de variation : Tous les internes inscrits dans le DES de médecine générale en Novembre 2017 à Angers étaient éligibles. L'échantillonnage visait la variation maximale sur les critères suivants : genre, faculté d'origine, lieu de réalisation des stages et composition du jury.

Le premier recrutement a été effectué par connaissance, puis les suivants, par la méthode dite en boule de neige.

Le 10ème et le 11ème entretien ont été choisis en privilégiant la faculté d'origine et le genre.

Guide d'entretien et recueil des données

Le guide d'entretien a été élaboré à l'aide des présupposés fait par les deux chercheurs associés aux données de la littérature.

Il abordait de façon générale l'opinion des internes sur l'organisation de la première année de la réforme du DES de la phase socle, puis se centrait sur le déroulement de la rencontre avec le jury. Après les deux premiers entretiens, le guide a été réévalué avec le directeur de recherche.

Les entretiens ont eu lieu en face à face, à l'endroit choisi par l'interviewé. Ils ont été menés de Mars à Juillet 2019. Ils ont été enregistrés après accord verbal et écrit des participants sur dictaphone. Malgré la liberté laissée à l'interne, aucun n'a souhaité stopper l'entretien avant la fin.

Analyse des données

Les entretiens ont été ensuite anonymisés puis retranscrits dans leur totalité sur fichier Word en respectant le langage oral. L'analyse des verbatims a été faite selon la méthode inductive, codés en sous thèmes et thèmes puis triangulés avec le chercheur n'ayant pas effectué l'interview, à l'aide du logiciel Excel.

RÉSULTATS

1. ÉTAT DES LIEUX : RÉSULTATS ET ANALYSE

1.1. Statistiques descriptives

1.1.1. Tableau descriptif de la base de données

Nom des variables	Définition
Genre	Masculin ou Féminin
Faculté d'origine	Ville de réalisation de l'externat
Chronologie des stages	Séquence des stages effectués la première année (urgences puis stage de niveau 1 ou stage de niveau 1 puis urgences)
Stage urgences	Stage urgences réalisé sur 6 mois ou en couplé (3 mois autre / 3 mois urgences)
Rencontre tutorat	Validé si présence d'au moins 4 rencontres tutorat sur l'année
Module A	Validé si attestation de participation à au moins 3 enseignements sur l'année
RSCA	Validé si rédaction d'au moins 4 RSCA sur l'année
Atelier documentaire	Validé si attestation participation à un atelier de recherche documentaire
Module B	Validé si attestation de présence à l'ensemble des enseignements (avec 4 absences de 2h tolérées)
SPSP	Validé si attestation de formation aux 8 demi-journées de stage de prise en charge de la souffrance psychologique
Indicateur final	Score sur 6 reflétant le nombre total de prérequis validés par l'interne
Indicateur NR	Score sur 6 de prérequis manquant pour chaque interne
Avis de la commission	Avis favorable ou défavorable
FENCIS 1	Score des 3 compétences attendues en fin de phase socle du stage effectué au 1er semestre
FENCIS 2	Score des 3 compétences attendues en fin de phase socle du stage effectué au 2ème semestre

1.1.2. Profil des étudiants

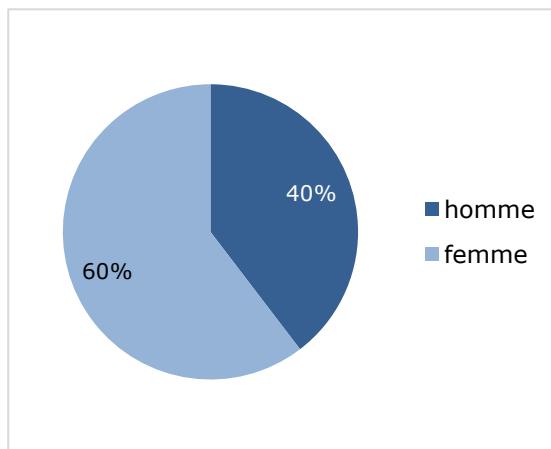


Figure 1. En fonction du genre

Les femmes représentaient 60% (64) de la promotion.

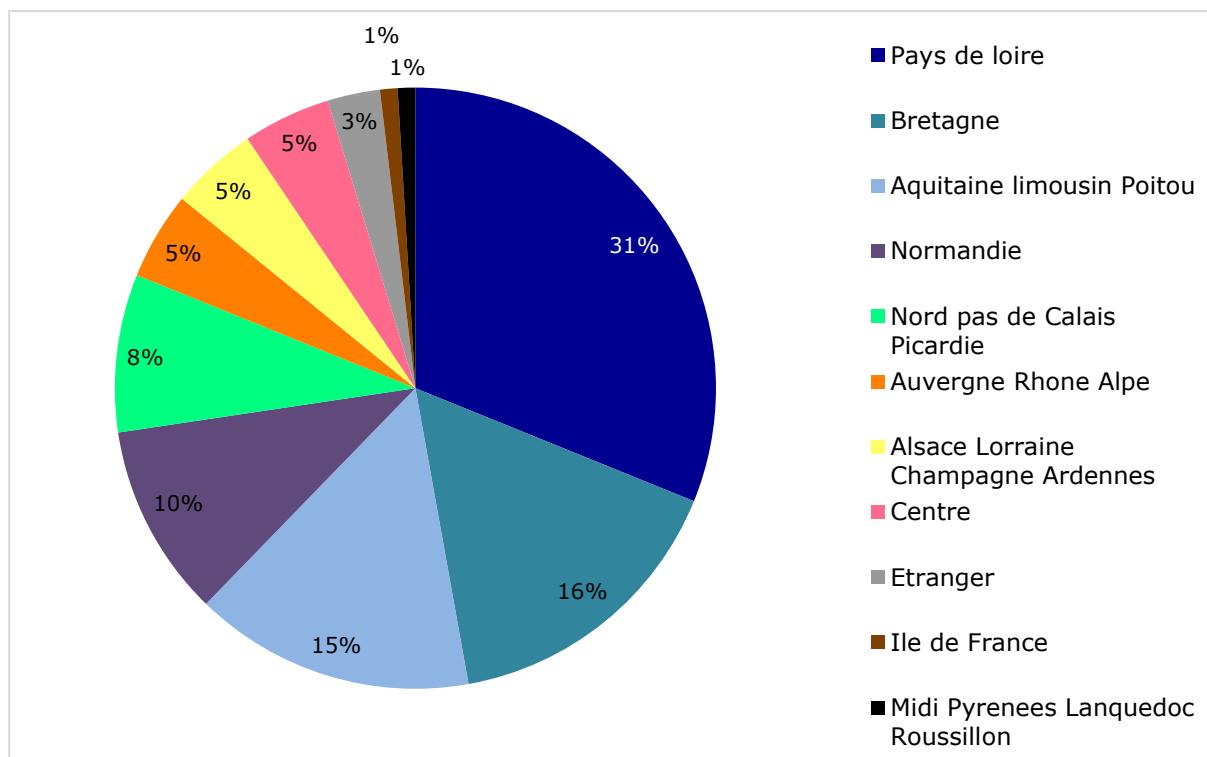


Figure 2. En fonction de la région d'origine

Un tiers des internes provenait de la région des Pays de Loire et le deuxième tiers des régions voisines : les internes du grand Ouest restaient dans le grand Ouest.

Chronologie des stages :

urgences puis stage praticien niveau 1 ou stage praticien niveau 1 puis urgences

La moitié de la promotion a réalisé son stage urgences en premier puis son stage de niveau 1, l'autre moitié de la promotion a fait l'inverse.

nombre d'internes

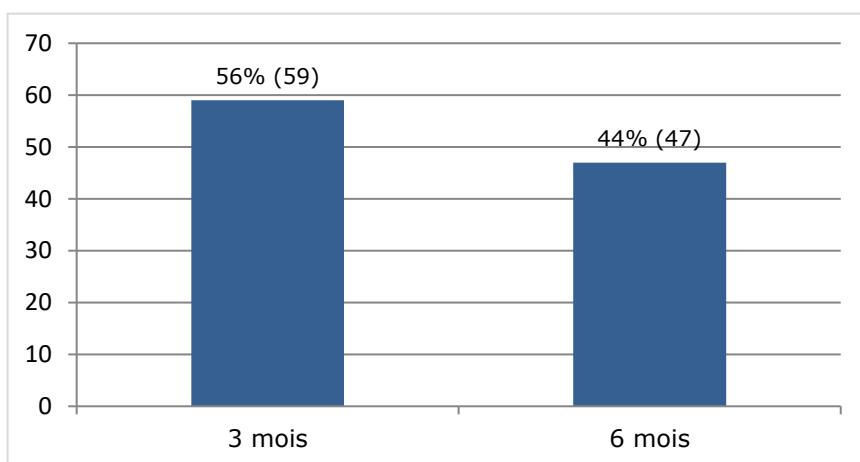


Figure 3. urgences en 6 mois ou couplé en 3 mois

Plus de la moitié des internes a effectué un stage couplé.

1.1.3. État de validation des prérequis

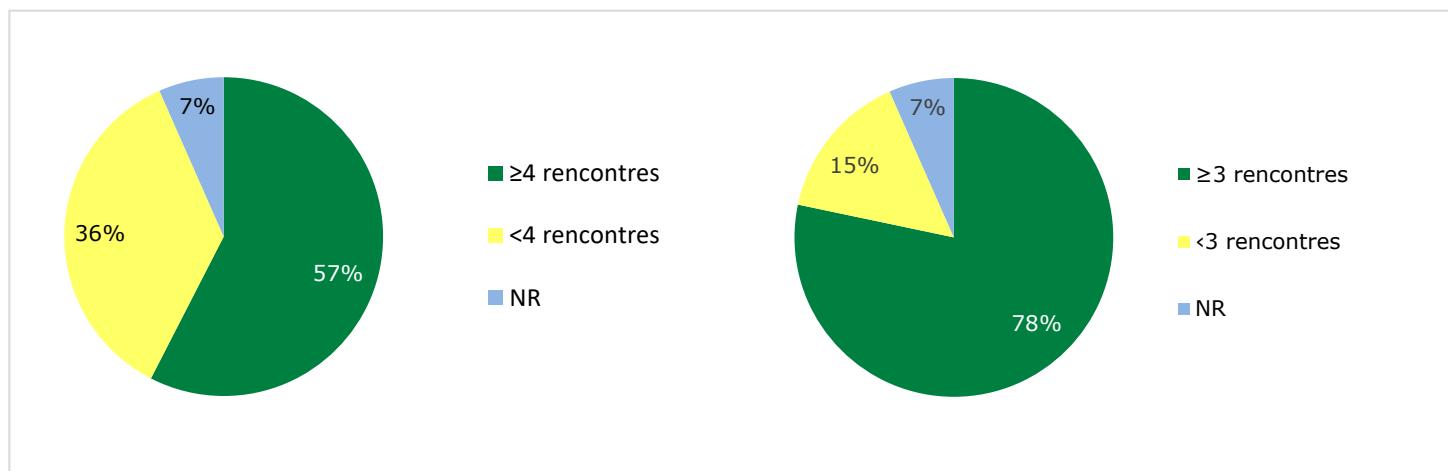


Figure 4. Validation des rencontres tutorat

36% (38) des internes n'avaient pas validé ce prérequis. Cependant, 78% (83) avaient participé à 3 rencontres.

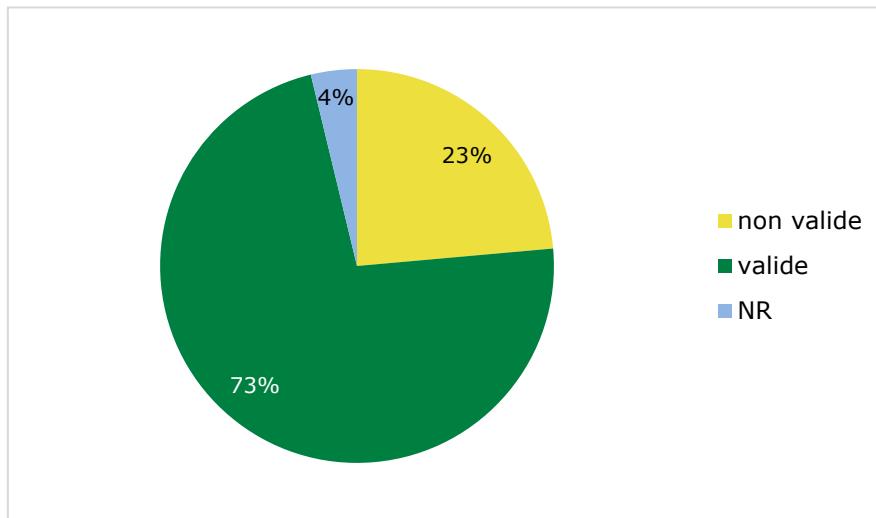


Figure 5. Validation des modules A

23% (24) de la promotion n'avait pas validé ce prérequis.

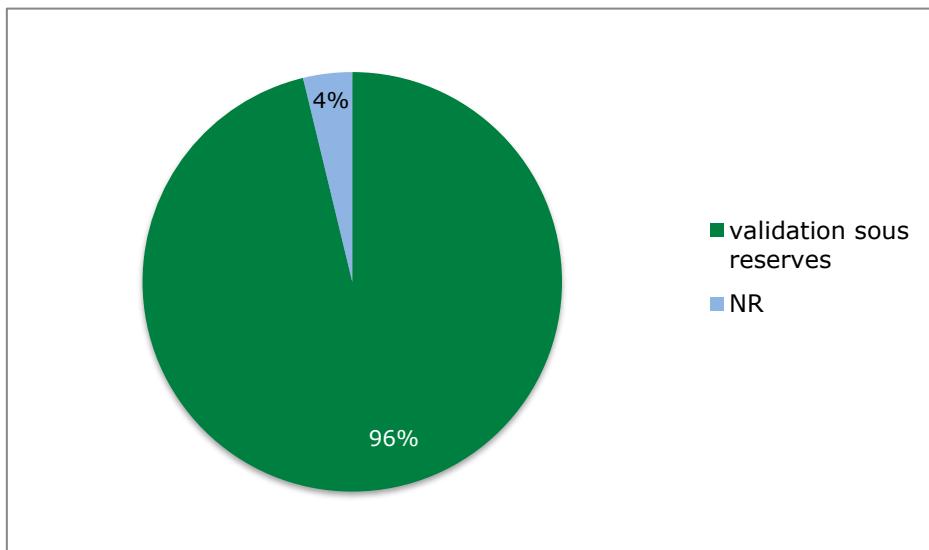


Figure 6. Validation du module B

96% (102) des internes avaient répondu aux attentes du DMG.

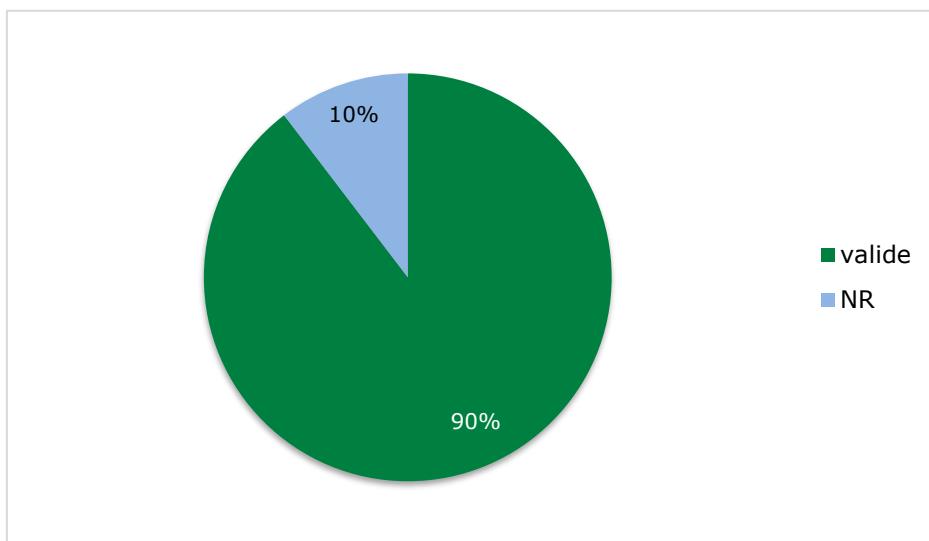


Figure 7. Validation des stages de prise en compte de la souffrance psychologique

La majeure partie de la promotion remplissait ce prérequis.

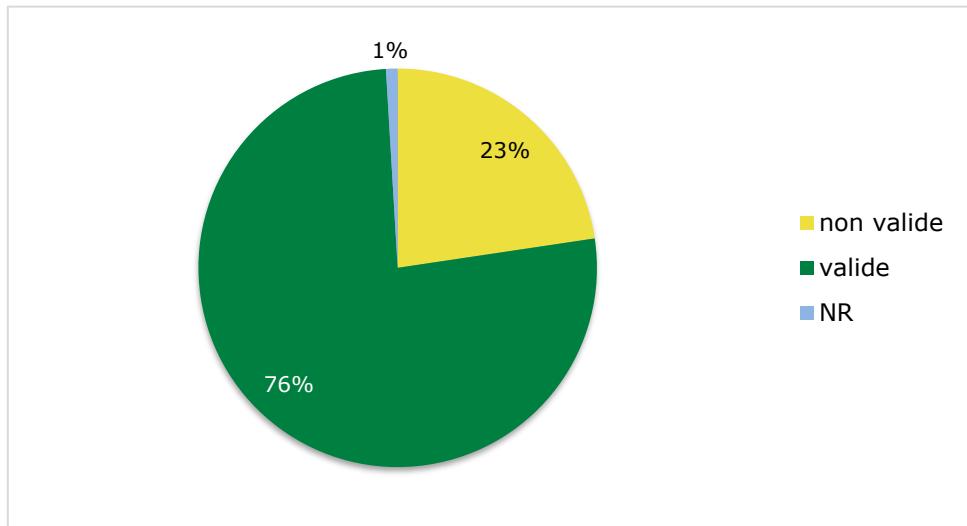


Figure 8. Validation de la rédaction des RSCA

Cette attente n'a pas été conclue par 23% (24) des internes.

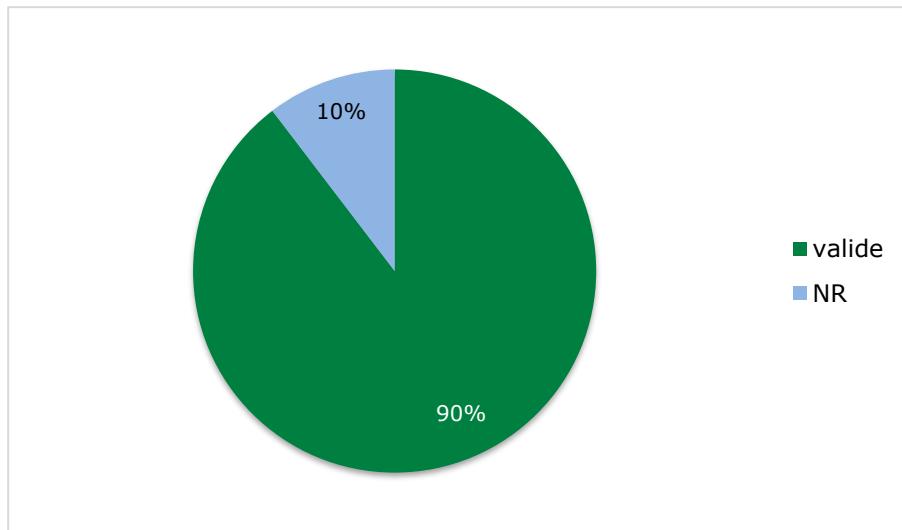


Figure 9. Validation d'un atelier recherche documentaire

90% (95) des internes avaient répondu à l'obligation.

1.1.4. Diagrammes synthétiques de l'état de validation des prérequis

nombre d'internes

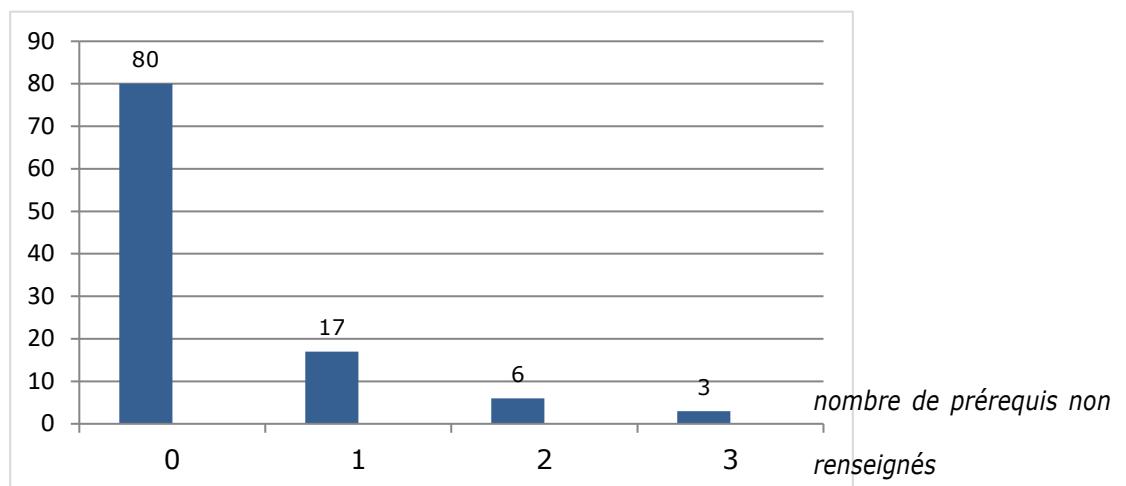


Figure 10. Nombre de prérequis non renseignés par l'interne

75% (80) des internes transmettaient leur état de validation des prérequis.

Pour 65% (17) des internes non répondeurs, un prérequis manquait. 8% (9) des internes avaient 2 ou plus prérequis manquants.

nombre d'internes

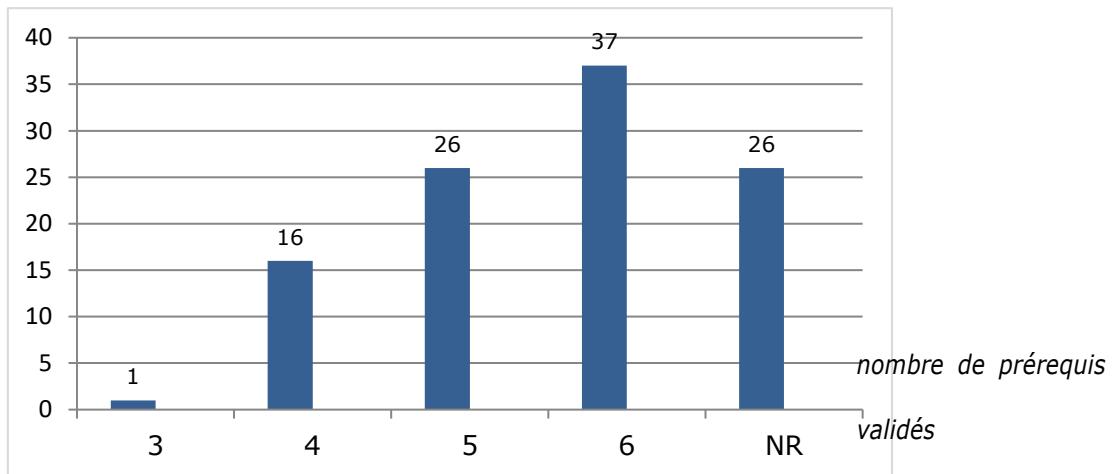


Figure 11. Nombre de prérequis validés sur les 6 requis

Pour 21% (17) des internes qui avaient déposé toutes leurs attestations, 4 ou plus prérequis n'étaient pas validés.

nombre d'internes

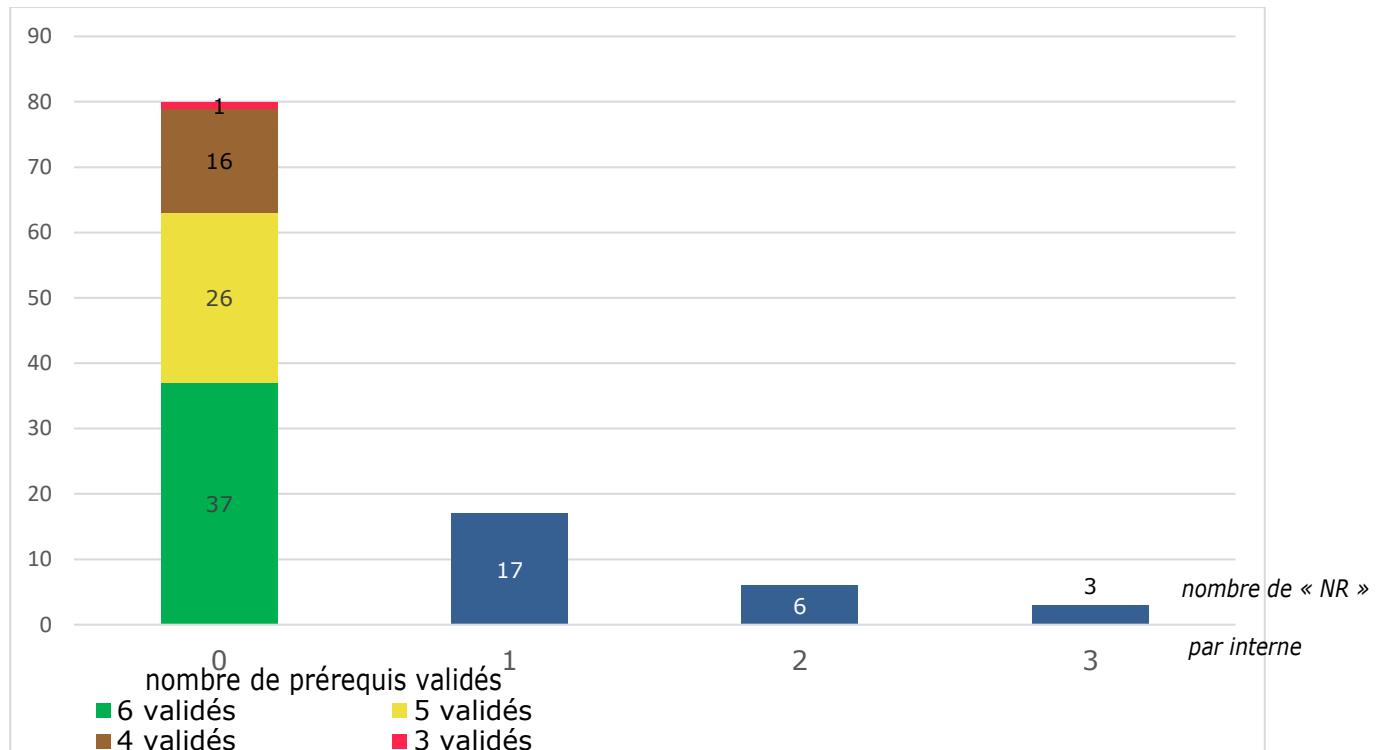


Figure 12. Tableau récapitulatif des deux diagrammes précédents

Pourcentage des facultés d'origine des internes n'ayant validé que 3 ou 4 prérequis

Les étudiants provenant des Pays de la Loire validaient proportionnellement plus de prérequis, à l'inverse, ceux originaires d'Aquitaine Limousin Poitou, de Normandie ou du Nord Pas de Calais étaient sur-représentés.

1.1.5. Score attribué aux grilles FENCIS

score moyen

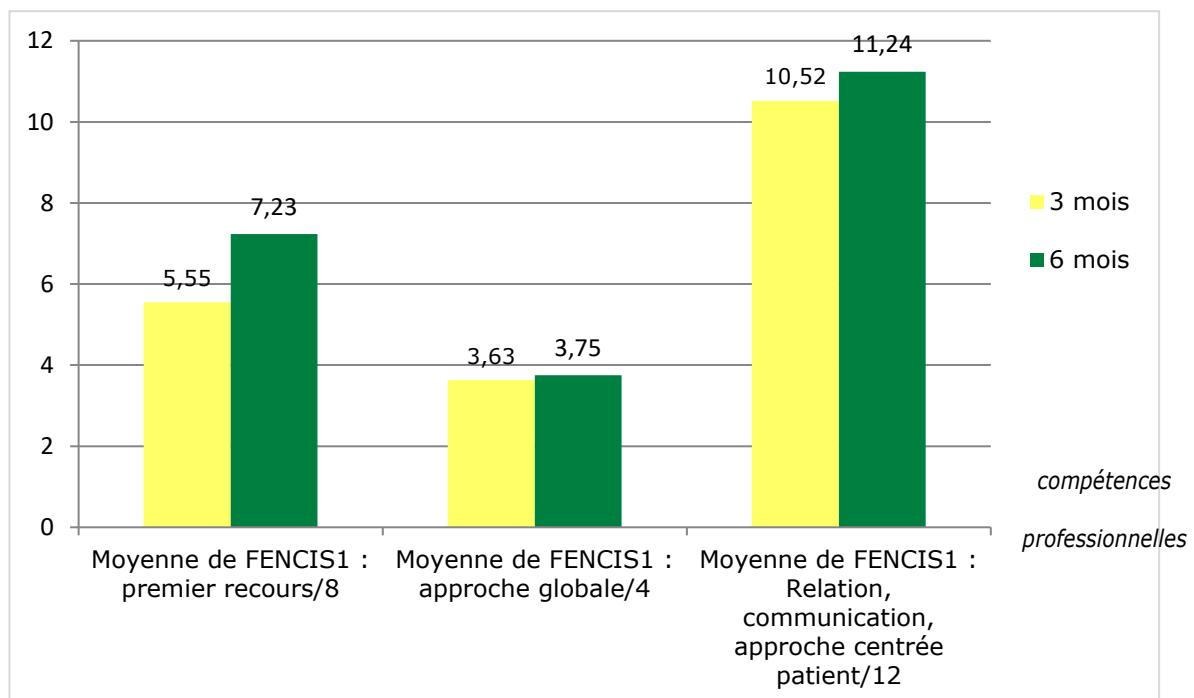


Figure 13. Score moyen attribué aux internes ayant fait 3 ou 6 mois d'urgences au premier semestre

1.1.6. État d'avancement de la thèse

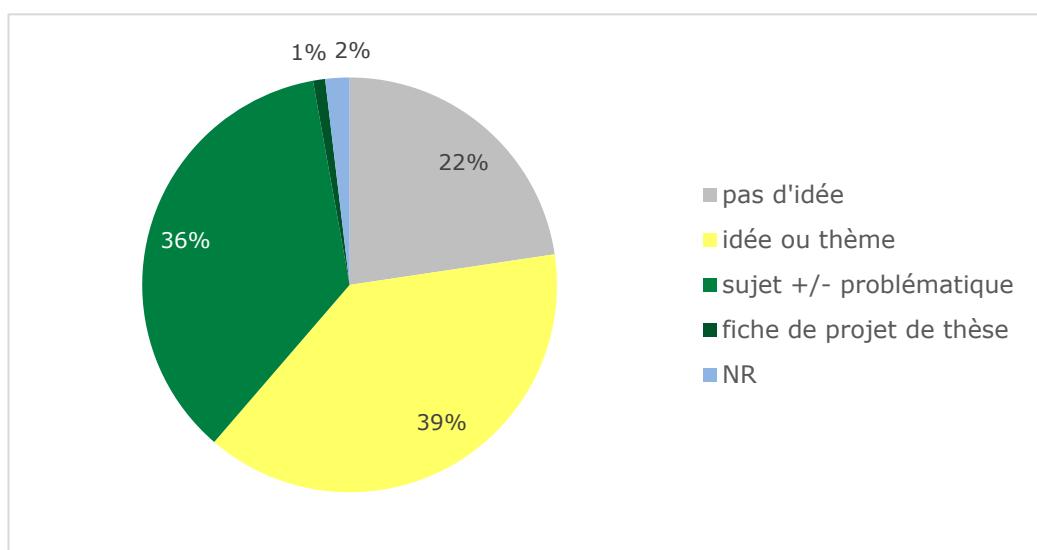


Figure 14. État d'avancement de la thèse des internes

37% (39) des internes avaient un sujet pour leur thèse.

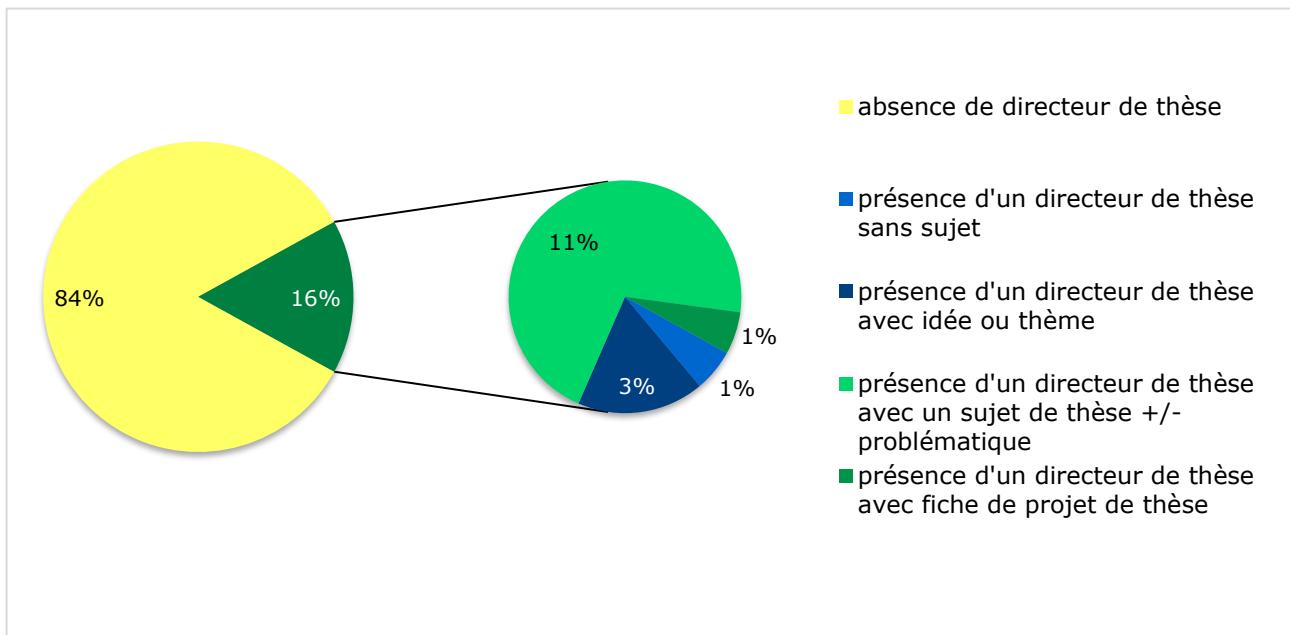


Figure 17. Représentation du pourcentage des internes ayant un directeur de thèse, et l'état de l'avancement de la thèse pour ceux ayant un directeur

16% (17) des internes avaient un directeur de thèse.

On observe que 24% (4) des internes ayant un directeur de thèse n'avaient pas de sujet précis.

1.1.7. Projet professionnel de l'interne

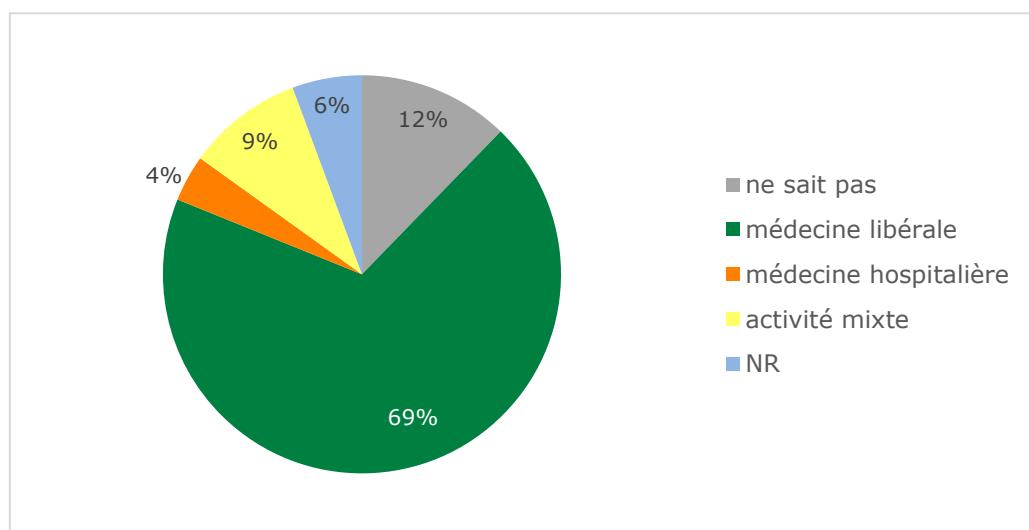


Figure 16. Type d'exercice envisagé par les internes

16% (17) des internes n'avaient pas déterminé leur type d'exercice professionnel ou alors, l'orientaient vers une médecine exclusivement hospitalière.

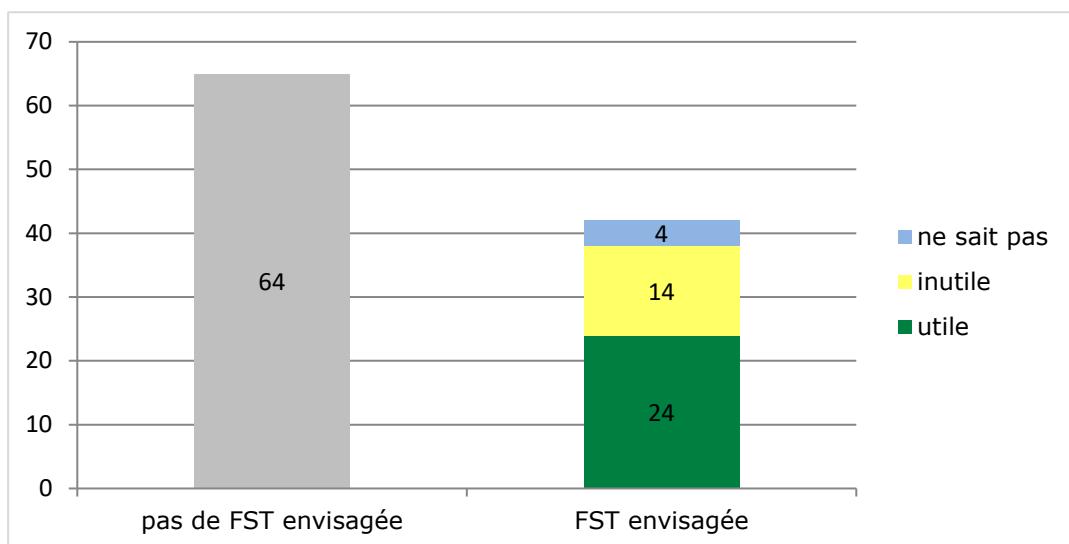


Figure 17. FST envisagée par les internes

40% (42) des internes envisageaient une FST. Pour 57% d'entre eux il s'agissait d'une FST classée comme « compatible » avec la médecine générale selon le CNGE, et pour 33% d'entre eux, une « incompatible ».

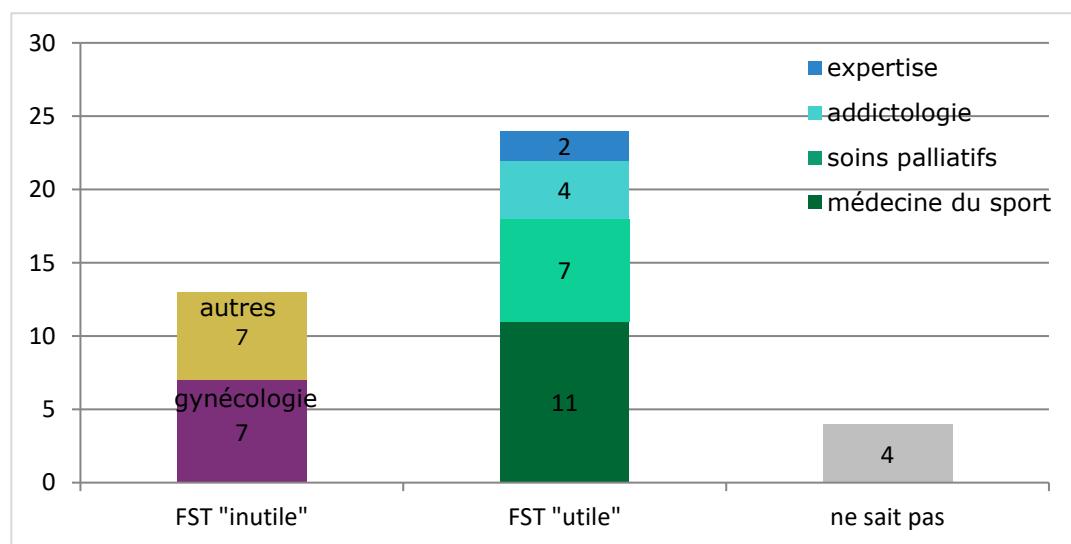


Figure 18. Détail des FST envisagées

La FST « gynécologie » est la FST classée comme « incompatible » la plus désirée. Pour le reste des internes souhaitant faire une FST classée comme « incompatible » ils envisagent

les FST pédiatrie, acupuncture, maladies tropicales, échographie, thérapie manuelle, ostéopathie, apnée du sommeil, sexologie, hypnose.

1.2. Statistiques explicatives

Il n'existe pas de différence de moyenne significative selon le T.Test de Student, selon le genre des internes pour les 3 compétences prioritaires en fin de phase socle.

Il existe une différence significative pour la compétence « premier recours aux urgences » ($p = 0,0016$) au détriment des internes ayant effectué leur stage urgences en 3 mois.

En comparant les scores aux 3 compétences FENCIS entre la faculté d'Angers et les autres, il est mis en évidence des différences significatives selon le T.Test de Student au détriment :

- des internes ayant effectué leur externat en Roumanie pour les compétences premiers recours ($p=0,026$) et approche globale ($p=0,023$).
- des internes en provenance de la faculté de Clermont Ferrand pour la compétence « approche globale » ($p=0,007$).
- des internes en provenance de Lille pour la compétence « approche globale » ($p=0,04$).
- des internes en provenance de la faculté de Nancy pour la compétence « approche centrée patient » ($p=0,02$).

2. OPINION DES INTERNES SUR LA MISE EN PLACE DE LA RÉFORME ET L'ORAL DE VALIDATION

2.1. Caractéristiques de la population

Tableau II : Caractéristiques des 11 internes interrogés

	genre	faculté d'origine	chronologie des stages	jury
AC1	féminin	Tours	stage urgences (couplé) puis stage praticien niveau 1	jury 1
AC2	féminin	Poitiers	stage urgences (couplé) puis stage praticien niveau 1	jury 2
AC3	féminin	Rennes	stage praticien niveau 1 puis stage urgences (6 mois)	jury 3
AC4	féminin	Poitiers	stage praticien niveau 1 puis stage urgences (couplé)	jury 4
AC5	féminin	Angers	stage urgences (couplé) puis stage praticien niveau 1	jury 5
AB1	masculin	Angers	stage urgences (couplé) puis stage praticien niveau 1	jury 4
AB2	masculin	Angers	stage urgences (6 mois) puis stage praticien niveau 1	jury 6
AB3	féminin	Angers	stage urgences (couplé) puis stage praticien niveau 1	jury 7
AB4	masculin	Poitiers	stage praticien niveau 1 puis stage urgences (couplé)	jury 2
AB5	masculin	Clermont-Ferrand	stage urgences (couplé) puis stage praticien niveau 1	jury 1
AB6	masculin	Nantes	stage praticien niveau 1 puis stage urgences (6 mois)	jury 8

2.2. Analyse des entretiens

2.2.1. Des internes globalement satisfaits

De manière générale, les internes perçoivent la réforme du DES comme positive : « Globalement je suis satisfaite » (AC3).

Ils mettaient en avant la réalisation des stages urgences et ambulatoire en première année comme étant pertinente pour leur exercice futur, à la fois pour **l'acquisition de compétences** utiles : « faire les urgences assez rapidement, ça permet une autonomie assez rapide » (AB1), et pour **confirmer ou non leur choix professionnel** : « ça nous plonge dans l'exercice futur, donc c'est intéressant de voir rapidement à quoi ça correspond et pouvoir aussi rapidement changer de voie si ça ne nous correspond pas » (AB1). Les internes soulignaient également la praticité d'avoir une **maquette fléchée** : « Ça facilite les choix de stage qu'on a à faire » (AC5), et un an de stage ambulatoire assuré : « Avec notre réforme le SASPAS est obligatoire (...) c'est déjà un point positif car on fait moins d'hospitalier. » (AC5).

Cependant plusieurs pointaient la **difficulté potentielle de réaliser leur stage aux urgences** dès la première année : « Ça peut être un peu brutal (...) moi j'ai été en difficulté » (AC5), « c'était un petit peu stressant au départ de commencer par les urgences » (AB2), tout en admettant que cela permettait d'avoir cette étape difficile derrière soi au plus vite : « Je m'étais dit, « bon bah comme ça, tu pars au combat direct » » (AC2), « De toutes façons on va devoir faire des gardes aux urgences pendant tous les autres semestres, ça permet de passer le cap » (AC1). De plus, à Angers, afin de permettre la réalisation du stage urgences à l'ensemble des premières années, des stages couplés ont été mis en place. Ils peuvent

entraîner une différence de niveau entre les internes : « Les chefs ont oublié que toi, tu viens d'arriver, et pensent que tu devrais être au même niveau que ceux qui ont déjà fait 3 mois » (AC2), d'où la **nécessité d'être bien encadré** : « Il faut juste être bien seniorisé, et en fait après on s'adapte vite » (AB3), chose parfois délicate dans un service comme les urgences : « Aux urgences, on n'a pas le temps de s'occuper à former les internes (...) Eux ils trouvaient ça difficile d'avoir des internes de premier semestre » (AC4).

Concernant le stage praticien de niveau 1, les internes étaient largement favorables à sa réalisation en première année, les principales difficultés citées étant **la solitude** : « Tu te retrouves en prat à Pétaouchnock-les-Oies et tu connais personne, du coup tu es très vite toute seule... Ce qui est vraiment difficile moi je trouve c'est l'isolement social quand tu arrives » (AC4), « t'as pas de collègue, et puis tu te retrouves, en tout cas moi, dans une région que je connaissais pas du tout » (AB6) et le manque de connaissances biomédicales : « Le prat ce serait peut-être mieux de le faire en deuxième année où tu profiterais mieux parce que tu es plus autonome » (AC4).

2.2.2. Une préparation fastidieuse pour un oral important

L'oral était perçu comme une étape importante, souvent **préparée et anticipée** par les internes : « c'était un lendemain de garde, donc j'avais bien prévenu pour faire mes transmissions à temps et pour arriver à l'heure » (AB4), « j'avais bien fait tous mes RSCA et pas mal de petits topos en plus » (AC5). Tous n'avaient cependant pu remplir les prérequis nécessaires : « Il y avait quelques papiers que je n'avais pas rendus » (AB2), se plaignant d'une **certaine lourdeur administrative** et d'un manque de praticité : « le côté un peu embêtant je dirais de cette phase socle : beaucoup de papiers à valider (...) on est obligé de faire signer notre propre feuille à chaque cours et en même temps on doit en signer une pour

la fac (...) Beaucoup de formulaires différents (...) On se rappelle pas trop où il faut les mettre sur internet » (AB2), liée aussi à la **période durant laquelle sont demandés tous les documents nécessaires** : « fin Août/début Septembre j'étais partie en vacances », « par exemple (...) tu as ton dernier module A 5 jours avant l'oral » (AC2).

Par rapport aux outils d'évaluation, la rédaction des RSCA a pu rester complexe : « j'avais pas compris tout à fait ce que c'était, on a pas vraiment eu de formation en fin de compte » (AB2). L'évaluation par les **grilles FENCIS a pu être perçue comme peu pertinente et subjective** : « C'est un peu bêbête comme truc, il y a 3 cases à chaque fois, c'est pas hyper nuancé (...) Je pense que si on était hyper ultra objectif sur les grilles FENCIS tout le monde serait intermédiaire pour tout » (AC2), même si reconnue comme nécessaire : « c'est important qu'on ait une évaluation » (AC2).

Si certains internes avaient déjà une idée des thèmes qui allaient être abordés lors de l'entretien : « On savait qu'ils allaient nous parler des RSCA, des stages et de la thèse » (AC1), **c'était pour d'autres une plongée dans l'inconnu** : « c'était un peu le mystère » (AC3), « Je me demandais un peu à quelle sauce on allait être mangé, est-ce que ça allait être un examen ou est-ce que ça allait plus être une discussion » (AC4).

Les internes attendaient généralement du jury un **rôle d'accompagnement**, notamment en cas de difficulté : « S'il y avait des internes en difficulté professionnellement ou autre, ou tuteur défaillant » (AC4), de préférence mettant l'interne dans un rôle actif « Si on y va juste pour être évalué, enfaite on est très passif, et à la limite, si on y va avec une demande, peut-être que ça marcherait plus des deux côtés » (AB6). Le rôle d'accompagnement était également attendu sur l'orientation du projet professionnel, sans espérer un bouleversement : « Je n'avais pas d'attente particulière, je n'attendais pas une révélation ou une illumination qui serait venu d'un des jurys (...) c'était quelqu'un qui allait discuter puis qui allait m'orienter et puis peut-être me faire apparaître certaines choses pour mon projet futur »

(AB4). Ils attendaient aussi un aiguillage sur la thèse : « Donner des clés si tu as une idée de thèse » (AC2), ou simplement valider une étape : « surtout savoir si on allait être validé ou pas » (AC3), et être complimentés : « J'aime bien que mes profs soient contents de moi » (AC2).

2.2.3. **Un oral de validation vécu comme une discussion plutôt qu'un examen**

a) **Un moment attendu**

Une certaine **apprehension** était fréquemment retrouvée chez les internes : « j'attendais dans le couloir sur ma chaise, c'était long (...) on a un peu discuté pour se rassurer » (AC3), mais la plupart y allait dans un état d'esprit de **tranquillité** : « j'y allais vraiment dans l'état d'esprit d'échanger sur la suite » (AB4), « J'étais pas trop stressée, j'étais assez confiante » (AC5).

b) **Un accueil mitigé**

L'accueil des internes a été **parfois froid, parfois très chaleureux** : « Souriants, ils m'ont serré la main, ils m'ont fait asseoir, ils étaient détendus déjà donc tout de suite ça détend (...) et ils ont direct dédramatisé le truc en disant « voilà, on est pas là pour t'examiner ni pour t'embêter, ça va juste être un entretien » » (AC4). Il fallait parfois un peu de temps au début de l'entretien pour mettre en confiance : « Ils m'ont appelé dans le couloir, comme l'oral au bac (...) De façon assez formelle » (AB1), « c'est juste que ça n'est pas confortable d'être face à trois personnes comme ça de manière très formelle et très... Froide (...) Mais après, la glace se brise rapidement » (AB3).

c) **Un jury globalement bienveillant et ouvert à la discussion**

Globalement le jury a été **perçu comme bienveillant** : « cet entretien j'ai trouvé ça confraternel (...) j'avais pas l'impression de me faire juger » (AB4), « Ils ont été vraiment encourageants, à l'écoute des problèmes posés, de l'évolution que j'avais pu avoir (...) attentifs à la singularité de mon cas » (AC5). Cette notion d'accompagnement personnalisé est ressortie à plusieurs reprises : « j'avais quand même l'impression que c'était assez personnalisé et puis assez intéressant » (AB1).

Pour la plupart des internes cet oral **a été vécu comme un échange** plutôt qu'un examen : « je n'ai pas vécu ça comme un entretien (...) comme un examen de passage » (AB4), « c'était un espèce d'oral de suivi, c'était pas vraiment un oral d'évaluation » (AB1), « c'était pas un examen, c'était plus un débrief de ton année, une orientation... C'était vraiment un accompagnement » (AC4), et ont apprécié la liberté d'expression et la confidentialité : « j'avais le droit de dire tout ce que je voulais, ça ne sortirait pas d'ici » (AC4), « Je me suis sentie quand même à l'aise pour parler, pour dire ce que j'avais envie de faire, et je trouvais que c'était assez libre comme échange » (AB3).

Dans les cas où ça s'est mal passé, l'entretien se transformait en véritable examen oral avec un **jury jugeant voire accusateur** : « il cherchait plus à me déstabiliser pour voir comment je réagissais (...) il était là à me titiller », « J'avais fait une autre RSCA sur la difficulté que j'avais eue à hiérarchiser (...) et sa conclusion : « faut apprendre à hiérarchiser mademoiselle » mais merci, j'ai fait un RSCA dessus, je sais », « Mon stage de souffrance psy (...) c'était en mode « vous y êtes vraiment allé ou il vous a signé le papier sans vous voir une seule fois ? », « j'ai trouvé ça plus professoral que confraternel (...) Je me suis sentie pendant toute l'éval comme une collégienne qui va recevoir des heures de colle » (AC2).

d) Une organisation au sein du jury

Une hiérarchisation du jury a été observée par les internes, avec souvent **un membre ayant une place imposante** par rapport aux autres : « Le président du jury aurait été tout seul, ça aurait été pareil (...) ou alors les autres s'écrasaient pour le laisser parler » (AC2), « il y en a surtout un qui parlait sur les 3, qui prenait un peu plus la parole que les 2 autres » (AB2). Parfois l'équilibre était partagé entre les membres, qui devenaient alors complémentaires : « C'était bien qu'ils soient 3, ils avaient chacun un avis ou des conseils différents à donner, et c'était intéressant » (AC1).

e) Un contenu peu orienté vers l'évaluation

A propos du contenu abordé, ce qui a principalement retenu l'attention des internes était le **temps dédié aux RSCA** : « Ils sont revenus assez précisément sur les récits de situations cliniques que j'avais écrits, jusqu'à citer certaines phrases, donc j'ai vu qu'elles avaient vraiment été lues attentivement » (AB3), « Plutôt que de me demander quels étaient mes projets, en quoi est-ce qu'ils pouvaient m'aider... Tu vois ça pour le coup ça aurait vraiment été plus constructif (...), plutôt que d'aller perdre du temps sur des RSCA » (AB5).

Les autres thèmes abordés étaient le projet professionnel des internes : « ils m'ont demandé ce que je souhaitais faire plus tard » (AB2), « Ils m'ont demandé où est-ce que je voulais m'installer », l'avancement de la thèse, du tutorat, mais aussi des difficultés rencontrées quand c'était nécessaire : « J'ai pu parler (...) qu'avec mon tuteur ça se passait assez mal » (AB1), « Mon ressenti aussi, sur l'internat, comment j'étais, si j'avais des difficultés, sur mon caractère aussi, mon caractère médical » (AC3). Les jurys en profitaient également pour faire un état des lieux des prérequis à la validation de l'année : « Ils revoyaient un peu notre port-folio » (AC4)

L'évaluation des compétences des internes a très peu été évoquée lors des entretiens, ce qui correspond bien à leur ressenti global de l'oral, plus comme une discussion

et non comme une évaluation : « ils refaisaient le point sur ce qu'on avait pu apprendre » (AB4), « Ils ont aussi lu les commentaires des évaluations de stage » (AC1).

Il en est de même pour le **contrat de formation, qui a été complètement omis** par les internes. Quand le sujet était évoqué : « Avez-vous abordé le contrat de formation ? », la grande majorité ne savait pas à quoi on faisait référence : « C'est le truc où tu gagnes des sous, c'est ça ? » (AC1), « Je ne sais pas ce que c'est » (AC4), « Non, ça ne me dit rien. » (AB3), « Oula, qu'est-ce que c'est que ce truc ? » (AC3). A l'explication de notre part, quelques souvenirs leur revenaient, et le contrat était vu soit comme un résumé de ce qui avait été évoqué pendant l'oral : « ils te mettent *grossio modo* ce qu'ils ont pensé de toi » (AB5), « Je trouvais que ça permettait de caler, de fixer sur papier ce qu'on a fait » (AB4) soit comme une simple formalité administrative en fin d'entretien : « C'était hyper succinct... Je ne me rappelle plus mais ça devait être un truc complètement bateau » (AC2).

Dans l'après rencontre, les internes, pour certains, témoignaient de leur apaisement « Je me suis sentie soulagée d'avoir passé ça » (AC1), « Une libération, j'étais contente » (AC3) pour d'autres de leur découragement : « Je suis sortie j'étais triste quoi, je me sentais comme une bouse » (AC2).

2.2.4. Un moment ponctuel mais apprécié

Globalement, même si cet oral n'a pas été vécu comme un bouleversement : « C'était un passage peut-être symbolique pour la fin de la première année, refaire un peu le point de tout ce qui a été fait (...) mais c'était pas une révélation » (AC3), les internes ont apprécié ce **temps d'échange privilégié** avec des référents pour faire un **bilan de l'année passée** : «

j'ai quand même trouvé ça pertinent, et d'avoir un temps pour revenir sur l'année (...) un moment un peu privilégié » (AB3).

Un des arguments importants était **l'utilité d'avoir une deadline** à la fin de l'année permettant aux internes de remplir tous les prérequis administratifs : « je pense que ça peut être bien aussi de mettre la pression à certains étudiants un peu traîneurs » (AB3), « Je voyais plus cela comme une espèce de *deadline* pour nous forcer à avoir les choses en ordre » (AC2), et aussi d'avancer sur la thèse : « Ca m'a stressée, mais en même temps c'est quelque chose de rassurant qu'on ait à y réfléchir dès le début » (AC5).

Le rôle positif d'orientation a été mis en avant, avec des conseils débouchant parfois sur des **conséquences concrètes** : « Une médecin qui faisait partie du jury et du DMG (...) m'a réorienté vers ma directrice de thèse actuelle » (AC1), « Ils m'ont proposé notamment de faire des petits débriefs le soir chez moi en fin de journée (...) et du coup mes prises en charge ont changé » (AC5), « Ils m'ont même proposé un clinicat » (AC1), et les internes se sont sentis encouragés : « Je me suis sentie motivée à poursuivre (...) aidée, guidée dans les points à améliorer » (AC5), « C'était pour authentifier ses défauts, et après essayer de les travailler et de s'améliorer » (AC3)

Les internes ont pu profiter des **échanges ouverts pour exprimer certaines difficultés** : « ça peut être bien d'en reparler avec eux aussi à ce moment-là » (AB3), en attendant une réponse concrète du jury : « Si j'avais été en difficulté avec mon tuteur, ça aurait réagi puisque c'est le DMG qui les gère, donc je pense qu'ils m'auraient mis un autre tuteur ou qu'ils l'auraient vu pour redresser les bretelles » (AC4).

Les limites de cet oral mentionnées par les internes sont liées dans un premier temps au format en lui-même, sur **l'aspect éphémère de l'évaluation** : « Comment, en 30 minutes d'interview avec des gens qu'on n'a jamais vus avant, on peut cataloguer quelqu'un ? » (AC2), « ils nous évaluent là comme ça, ponctuellement avec tous les éléments qu'ils ont là, mais il

n'y a pas de vraie relation de confiance, ils jugent l'étudiant sur ce qui est écrit sur le papier et sur le quart d'heure qu'on a avec eux » (AB3). **La comparaison entre jury et tutorat** était souvent établie par les internes. Lorsque le rôle du tuteur était bien rempli, les internes trouvaient cet entretien moins perspicace : « si je devais choisir entre garder un jury ou garder le tutorat pendant les trois ans, moi ce serait garder un tuteur, c'est vraiment quelqu'un qui nous connaît bien et qu'on rencontre plusieurs fois, qui nous suit tout au long du cursus » (AB3), tandis que dans le cas contraire, le jury pouvait recadrer les éventuels manques : « rien que sur l'analyse de mes RSCA, parce que du coup comme j'ai pas de tuteur (...) rien que de discuter un peu sérieusement de ça avec quelqu'un (...) ça m'a aidé » (AB1),

L'autre limite évoquée de cet oral est la **subjectivité et parfois son côté directif** : « J'avais l'impression qu'ils voulaient absolument me refourguer leurs sujets de thèse à eux, qui moi m'intéressaient pas forcément, et ça m'a un peu embêtée » (AC5), « Ils m'ont rappelé qu'il fallait que ma thèse soit axée médecine générale et pas médecine du sport, qu'il fallait pas, entre guillemets, que j'oublie mes origines (...) c'était pas vraiment des conseils c'était plutôt des freins » (AB5).

Cet oral n'a **pas été envisagé par les internes comme un oral préparatoire** à celui de la soutenance de thèse : « Je pense que c'est multiplier les oraux qui te permet d'être à l'aise, mais un comme ça, ça suffira pas » (AC3).

DISCUSSION

À partir des constatations d'une première expérience de validation :

Il est utile de rappeler que les données étudiées correspondent aux données fournies par les internes à un temps T de l'oral de validation de la phase socle et non à la fin du semestre, ce qui explique une grande partie le **nombre de données manquantes** ou non renseignées. Pourtant, même en tenant compte de cela le **taux de compliance des internes aux prérequis de validation est globalement satisfaisant**. Nous pouvons supposer que les internes ont été **bien informés** sur les prérequis à fournir ou bien qu'ils ont pu aller chercher l'information facilement.

Le prérequis le **moins bien rempli** est celui des 4 **rencontres tutorat**. On peut supposer qu'elles n'ont pas été effectives, car la mise en place de la phase socle nécessite un temps d'adaptation non seulement des tutorés mais aussi des tuteurs. À Angers, les tuteurs ont une formation annuelle au DMG. Cependant 26% des tuteurs ne participent pas à ces rencontres (5), et peut-être n'étaient-t-ils pas informés de cette réforme. Il est possible que la date de la 4ème rencontre ait été planifiée, mais *a posteriori* de l'oral de validation de la phase socle.

Pour la promotion de 2017, seulement 2 internes ont été arrêtés. Concernant le projet professionnel de l'interne, après un an d'internat et une expérience de 6 mois d'exercice ambulatoire, 1 étudiant sur 25 envisage une médecine hospitalière exclusive. L'oral de validation permet de repérer ces étudiants afin de les **réorienter précocement** vers une filière plus adaptée.

L'étude des FST envisagées par les internes permet aussi de mettre en évidence la demande d'une **partie non négligeable** d'internes pour une formation complémentaire qui **ne fait pas partie des FST reconnues compatibles** avec le DES de médecine générale par le CNGE, notamment en gynécologie. Le CNGE a catégorisé les FST en « compatibles » et « non compatibles » avec un exercice concret de médecine générale afin de répondre aux besoins de la population et rester dans les missions du médecin généraliste. (6) Afin qu'une FST soit classée comme « compatible » avec la médecine générale, il faut qu'elle soit en adéquation avec les compétences acquises pendant le DES de médecine générale et qu'elle puisse s'intégrer dans la pratique quotidienne du médecin généraliste. (7)

L'étude des FENCIS du premier semestre, lorsque l'on compare les notes des étudiants ayant réalisé 3 mois ou 6 mois dans un service d'urgences, montre une **différence significative, en faveur des internes ayant réalisé 6 mois d'urgences**, pour l'item « premiers recours ». Ces résultats sont à relativiser étant donné la nature subjective de la notation, qui varie d'autant plus lorsque les 2 trimestres sont réalisés dans 2 services différents. Il pourrait être intéressant d'évaluer plus profondément les répercussions éventuelles de la création de ces stages couplés, sur les compétences de l'interne (notamment pour la compétence « premiers recours »), dans une étude dédiée.

De même, des différences sont mises en évidence au niveau des compétences évaluées en fonction des facultés d'origine des étudiants. Cela pourrait s'expliquer par des disparités de maquettes et du contenu de formation proposé au cours de l'externat, notamment des obligations de réalisation de certains stages, pouvant varier d'une faculté à l'autre.

Il apparaît que le **système de notation par les FENCIS**, n'a **pas été complètement intégré** par les MSU. En effet, les moyennes des scores calculées, sont excellentes. Or il nous

apparaît difficilement possible, d'avoir quasiment acquis en fin de première année, le maximum des compétences espérées. Cela peut s'expliquer d'une part, par le taux de non-participation aux formations annuelles proposées par le DMG (restant sur la base du volontariat) qui est de 20% pour les MSU du stage praticien niveau 1. (5) D'autre part, les MSU côtoyant quotidiennement leurs internes en formation, peuvent être inconfortables à l'idée d'attribuer une cotation « Novice », cette évaluation pourrait être parasitée par une posture de compagnonnage. Il faudrait peut-être réitérer cette information également auprès des internes afin qu'ils ne se sentent pas déconsidérés en cas de cotation moins favorable.

Questionner les internes sur leur **projet de recherche** lors de l'oral de validation, va probablement les inciter à une réflexion précoce et à établir un projet dès le début de la phase d'approfondissement. Un état des lieux des travaux de recherche soutenus avant la fin du DES pourrait être intéressants à concevoir, il en va de même pour l'état de validation des prérequis.

À partir des ressentis exprimés par les internes :

Les internes trouvaient pertinent de réaliser le **stage de niveau 1** dès la première année, mais pouvaient se trouver en difficulté devant la **solitude** occasionnée par ce stage. Ce mode d'exercice solitaire correspond cependant peu au mode d'exercice de la médecine actuelle qui évolue vers une médecine de groupe avec création des maisons médicales et pluridisciplinaires. Il serait intéressant de savoir si ce sentiment persiste pour les internes effectuant leur stage SASPAS. Le groupement de MSU au sein de maisons médicales permettrait l'accueil de plusieurs internes de niveau 1 ou SASPAS, permettant ainsi de rompre le sentiment de solitude. Les internes pourraient également inventer via les réseaux sociaux, en dehors de l'université, des périodes de regroupement.

Pour le **stage aux urgences**, les internes ont **apprécié** la création de stages couplés, leur offrant la possibilité de réduire ce stage souvent craint, à une **durée plus courte**. À l'inverse, certains profils d'internes peut-être plus intéressés par les urgences ou alors présentant des profils plus *insecure* quant à leurs capacités à gérer les urgences dans leur cabinet, nécessitent d'être rassurés par une durée de stage conventionnelle de 6 mois.

Concernant le contenu de l'oral, les **informations** données aux internes **étaient disparates**. Cette différence était responsable d'une majoration de l'inquiétude pour certains. Elle s'explique probablement par le caractère innovant de la réforme. Dans un souci d'équité, il est nécessaire d'ajuster le discours en direction des internes sur le déroulé de la phase socle.

Une condition *sine qua non* rapportée par les internes, pour un entretien de qualité permettant un dialogue ouvert, était la posture bienveillante adoptée par le **jury**. Les internes se montraient notamment sensibles à l'attention du jury à la singularité de leur cas et à la **personnalisation** de l'entretien. Cette attitude fait écho à des compétences attendues par les MSU dans l'accueil des patients.

Ce travail de recherche révèle un **problème de calendrier** concernant le dépôt des attestations des prérequis demandé avant le passage de l'entretien oral de validation qui se déroule de mi à fin Septembre pour un deuxième semestre se finissant début Novembre. Cependant la date butoir de dépôt des documents ne peut être repoussée compte tenu de la procédure des choix de poste pour le 3^e semestre se déroulant début octobre, faisant suite à un avis favorable de la commission de validation qui délivre ensuite la liste des internes acceptés en phase d'approfondissement. L'organisation des oraux ne peut donc être différée

et les modules d'enseignements obligatoires quant à eux, ne peuvent être avancés, compte tenu de la fermeture estivale de la faculté et des vacances de chacun.

Les internes ont également fait remonter la **lourdeur administrative** du dépôt des attestations de participation aux prérequis. Une simplification pourrait s'envisager. La validation de la présence à un enseignement ou à un atelier par la voie électronique, transmise automatiquement au fur et à mesure, pourrait être une solution.

L'oral peut faire **doublon avec le tutorat**. Ainsi, pour les internes bénéficiant d'un tuteur pédagogue, présent et guidant, l'oral apparaissait peu utile ; à l'inverse des rencontres tutorat, une relation de confiance ne pouvait s'établir entre l'interne et le MSU. Devant ce constat apporté par les internes, on pourrait imaginer déléguer la responsabilité au tuteur d'émettre un avis favorable ou défavorable sur le passage en phase d'approfondissement qui serait ensuite validé par le coordinateur du DES de médecine générale. Il serait donc en charge de récupérer l'état de validation des prérequis et de signaler l'interne en difficulté. La rédaction de l'avis argumenté devrait s'effectuer avant le 30/09 pour ne pas retarder la procédure de choix. Cependant, cette rencontre avec le jury, permet un suivi de l'interne avec des regards croisés. De plus, cela poserait aussi une difficulté en cas de mauvaise entente entre l'interne et son tuteur, de la prise d'une décision pouvant être subjective et lourde de conséquences. Changer de tuteur à Angers n'est pas aisé et nécessite de développer un argumentaire appuyé par des faits objectifs.

Pour finir, **l'absence totale de souvenirs** pour l'interne de l'établissement et de la signature **du contrat de formation reste étonnante**. La signature de ce contrat, pourtant importante, permet un accord bipartite entre le jury et l'interne. Il permet à celui-ci, d'évoquer ses préférences concernant son orientation et de s'engager à suivre la prescription

pédagogique établie par le jury, dans le but d'améliorer ses compétences. Cette lacune peut être induite par les internes, qui attendaient de cet entretien un rôle d'accompagnement et d'orientation, pas forcément matérialisé par l'établissement d'un contrat. Il est probable que la notion d'engagement professionnel reste une nouveauté dont la portée prendra effet en fin de phase d'approfondissement, à la relecture du contrat.

Il n'existe à notre connaissance **qu'une seule autre étude** concernant la réforme du 3^{ème} cycle des études de médecine générale. Il s'agit d'une communication orale réalisée par le Dr Michèle Richemond et le Pr Henri Partouche pour la faculté Paris Descartes lors du congrès CNGE de Novembre 2018. Elle constitue une première expérience d'évaluation de la phase socle. Dans l'ensemble les résultats montraient une satisfaction générale des étudiants quant à ce nouveau mode d'évaluation, qui était constitué à Paris Descartes d'un passage devant un jury en fin de phase socle. Deux internes seulement avaient été arrêtés à l'issue de cette procédure. Des thématiques similaires à notre étude étaient déjà abordées, notamment la possibilité d'évoquer les difficultés tôt dans le DES, ainsi que la thèse, et les projets professionnels des internes. (8)

Forces et limites des études qualitatives et quantitatives

1. Forces

L'originalité de ce travail était d'évaluer la perception et le vécu de la réforme du DES de médecine générale avec la mise en place de la phase socle à Angers, par les internes.

La singularité de notre travail de thèse était caractérisée par la méthode de recherche mixte, permettant un travail formateur et diversifié.

L'étude quantitative a permis d'exploiter des données renseignées par la quasi-totalité de la promotion étudiée, avec un accès aux avis argumentés de tuteur et contrats de formation établis en fin d'oral de validation qui permettaient une richesse importante des données.

L'étude qualitative a permis de recueillir le ressenti des internes concernant cette première expérience tant sur le plan de l'organisation que du contenu. L'analyse a été croisée par l'interne n'ayant pas assisté et rédigé l'entretien, afin d'augmenter la puissance de l'étude.

L'étude a été conçue pour répondre à un maximum de critères de qualité COREQ (9) établis en 2008 pour assurer la rigueur scientifique des études qualitatives (*Annexe 3 et 4*).

2. Limites

Ce travail étant novateur car non abordé auparavant, la limite qui en découle est l'absence d'études complémentaires ou de revue de littérature permettant de mettre en relief nos résultats. Il n'existait pas encore d'études similaires en France au moment de la rédaction de notre travail de recherche.

Concernant l'étude quantitative, le principal biais résidait dans le recueil des données. En effet celui-ci a été effectué sur la base des informations transmises par la scolarité lors de l'entretien oral de validation de la phase socle, entretien étant antérieur à l'obtention de l'attestation de participation à certains modules. Il en résultait un taux d'informations manquantes conséquent, surestimant la non-participation des étudiants.

Un biais de classification pouvait entrer en compte dans le recueil de certaines données, notamment concernant les choix professionnels des internes ainsi que l'avancement de la thèse, son état d'avancement étant laissé à l'interprétation des chercheurs, en fonction de ce qui était indiqué sur les documents fournis. Ces données constituaient un support écrit de ce qui a pu être dit par l'interne, rapporté par le jury ou par son tuteur selon le support utilisé, et non par l'interne lui-même, rajoutant là encore un biais possible. Là encore un fort taux de données non renseignées était à déplorer, surtout concernant le nombre d'internes envisageant une FST, sans que l'on puisse savoir si le sujet n'a pas du tout été évoqué lors de l'entretien ou bien simplement non répertorié sur le contrat de formation.

Concernant le recueil des FENCIS, le problème d'une quantité importante de données non exploitables a été mis en évidence. Ceci pouvait s'expliquer par la non pertinence de certains items de notation en fonction des lieux de stage. La subjectivité de l'évaluation des internes, variant selon l'examinateur et le lieu de stage entrait également en compte.

PERSPECTIVES ET CONCLUSION

La validation de la phase socle correspondant à la fin de la première année, s'est déroulée à Angers sous forme présente. Les internes ont majoritairement **adhéré** au dispositif mis en place.

Cette première expérience a permis de **repérer** les internes ayant des projets professionnels établis, des travaux de recherche en perspective, des compétences professionnelles à approfondir.

La rencontre apparaît comme constructive si elle est **bienveillante**.

Le contenu de l'oral de validation du DES gagnerait à être davantage tourné vers **l'évaluation des compétences professionnelles** des internes.

Même si la place du **tuteur** reste incontournable dans le dispositif d'évaluation, la rencontre avec le jury composé d'un membre du DMG et de deux MSU SASPAS doit être conservée.

La **transmission** des traces d'apprentissage à la scolarité reste cependant à **améliorer**.

Les internes ayant expérimenté cette mise en place innovante pourront être sollicités pour participer à des travaux de recherche évaluant, en fin de DES, l'impact de leur participation à ce jury dans leur processus de formation.

BIBLIOGRAPHIE

- (1) Legifrance Arrêté du 12 Avril 2017
- (2) ISNAR-IMG, *La réforme du troisième cycle des études médicales en trois minutes !* 04/2017
- (3) Revue Exercer, 2014, *L'évaluation dans l'approche par compétences en médecine générale*, 06/2014, page 171, (Vol 24, N°108)
- (4) Revue Exercer « Définition et description des compétences en médecine générale » page 148, 06/2014, (Vol 24, N°108)
- (5) Données récupérées auprès du secrétariat de médecine générale
- (6) cnge.fr, *Proposition du CNGE pour la nouvelle maquette du DES de médecine générale*, rubrique « pédagogie »
- (7) Correspondance avec le président de *CNGE Formation*, Docteur Marc BAYEN
- (8) Michèle Richemond et Henri Partouche, *Expérience d'évaluation de la phase socle au sein d'un DMG*, communication orale au congrès CNGE 2018
- (9) Michel Gedda, *Traduction française des lignes directrices COREQ pour l'écriture et la lecture des rapports de recherche qualitative, kinésithérapie, la revue*, 01/2015, pages 50-54, (Vol 15, N° 157)

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION	1
MÉTHODES	3
RÉSULTATS	9
1. ÉTAT DES LIEUX : RÉSULTATS ET ANALYSE.....	9
1.1. Statistiques descriptives	9
1.1.1. Tableau descriptif de la base de données	9
1.1.2. Profil des étudiants.....	10
1.1.3. État de validation des pré-requis	12
1.1.4. Diagrammes synthétiques de l'état de validation des prérequis	15
1.1.5. Score attribué aux grilles FENCIS.....	17
1.1.6. État d'avancement de la thèse.....	18
1.1.7. Projet professionnel de l'interne.....	18
1.2. Statistiques explicatives	20
2. OPINION DES INTERNES SUR LA MISE EN PLACE DE LA RÉFORME ET L'ORAL DE VALIDATION	21
2.1. Caractéristiques de la population	21
2.2. Analyse des entretiens	22
2.2.1. Des internes globalement satisfaits	22
2.2.2. Une préparation fastidieuse pour un oral important	23
2.2.3. Un oral de validation vécu comme une discussion plutôt qu'un examen	25
a) Un moment attendu.....	25
b) Un accueil mitigé	25
c) Un jury globalement bienveillant et ouvert à la discussion	26
d) Une organisation au sein du jury	27
e) Un contenu peu orienté vers l'évaluation.....	27
2.2.4. Un moment ponctuel mais apprécié	28
DISCUSSION	31
PERSPECTIVES ET CONCLUSION.....	40
BIBLIOGRAPHIE.....	40
TABLE DES MATIÈRES	41
ANNEXES.....	42

ANNEXES

ANNEXE 1 : FENCIS

~~MO~~

EXEMPLAIRE A REMETTRE A LA SCOLARITE DES DE MÉDECINE GÉNÉRALE - ANGERS



IFR SANTÉ

ÉVALUER LES COMPÉTENCES DE L'INTERNE

<i>Nom et Prénom de l'interne</i>	Sans objet pour ce stage	Évaluation 1 (mi- stage)			Évaluation 2 (fin stage)		
		Novice	Intermédiaire	Compétent	Novice	Intermédiaire	Compétent
Premier recours, urgences							
Présente des aptitudes diagnostiques							
Présente des aptitudes thérapeutiques							
Présente des aptitudes à gérer l'urgence/les soins non programmés							
Est capable d'exécuter avec sécurité les gestes techniques les plus fréquents en MG (voir liste du DMG)							
Approche globale, prise en compte de la complexité							
Prend en compte la globalité du patient (données biomédicales, psychologiques, sociales, administratives, etc.)							
Est capable de synthétiser les données recueillies							
Éducation, dépistage, prévention, santé individuelle et communautaire							
Propose des actions de prévention et y participe							
S'implique dans le projet de soin du patient (en particulier l'éducation thérapeutique)							
Participe aux actions de santé publique qui impliquent son unité de stage							
Continuité, suivi et coordination des soins							
Participe à l'organisation du suivi du patient							
Vérifie que la transmission est faite entre les différents intervenants							
S'implique dans la tenue et le suivi des dossiers							
Relation, communication, approche centrée patient							
S'implique dans la relation ^{1/2} la communication centrée sur l'intérêt du patient dans le respect du secret médical							
... avec le patient							
... avec la famille							
... avec l'équipe de soins							
... avec les professionnels extérieurs au lieu de stage							
Est capable d'expliquer une décision, une prescription							
Est capable d'annoncer une nouvelle grave							
Professionalisme							
Comportement (ponctualité, assiduité, présentation, hygiène, propreté,)							
Investissement (motivation, curiosité intellectuelle)							
Autonomie / Prise de responsabilité							
Respect, comportement éthique							

Commentaire de l'interne sur son évaluation :

Signature de l'interne :

ANNEXE 2 : Guide d'entretien

« Que pensez-vous de la réforme du DES et plus particulièrement de la phase socle ? »

« Comment s'est passée votre validation de phase socle (racontez-moi : je vous propose de vous mettre en situation et de me décrire le vécu de votre validation) »

Questions de relance :

- « comment avez-vous été accueillis ? »
- « comment avez-vous trouvé les échanges (forme et contenu) avec le jury ? »
- « qu'avez-vous pensé du contrat de formation discuté ? »
- « Que pensez-vous de cette expérience ? »

ANNEXE 3 : Grille COREQ (4) d'Adèle COLIN

N° et Item	Guide : questions/description	Réponse
Domaine 1 : Équipe de recherche et de réflexion		
Caractéristiques personnelles		
1. Enquêteur/animateur	Quel auteur a mené l'entretien individuel ?	L'étudiante (Adèle COLIN)
2. Titre académiques	Quels étaient les titres académiques du chercheur ?	Interne en médecine générale
3. Activité	Quelle était leur activité au moment de l'étude ?	Interne en médecine générale
4. Genre	Le chercheur était-il un homme ou une femme ?	Une femme
5. Expérience et formation	Quelle était l'expérience ou la formation du chercheur ?	Absence d'expérience pratique de recherche qualitative
Relations avec les participants		
6. Relation antérieure	Enquêteur et participants se connaissaient-ils avant le commencement de l'étude ?	Oui pour le premier interne interrogé, non pour les suivants
7. Connaissances des participants au sujet de l'enquêteur	Que savaient les participants au sujet du chercheur ?	Qu'elle était interne en médecine générale réalisant un projet de thèse sur la réforme du DES de la phase socle
8. Caractéristiques de l'enquêteur	Quelles caractéristiques ont été signalées au sujet de l'enquêteur ?	Qu'elle était interne en médecine générale réalisant un projet de thèse sur la réforme du DES de la phase socle
Domaine 2 : Conception de l'étude		
Cadre théorique		
9. Orientation méthodologique et théorie	Quelle orientation méthodologique a été déclarée pour étayer l'étude ?	Analyse inductive du discours après retranscriptions écrite des entretiens, codage des vèbatims et analyse thématique

Sélection des participants		
10. Échantillonage	Comment ont été sélectionnés les participants	Par affinité pour le premier puis recrutement en boule de neige.
11. Prise de contact	Comment ont été contactés les participants ?	Par téléphone (message)
12. Taille de l'échantillon	Combien de participants ont été inclus dans l'étude ?	11 participants
13. Non-participation	Combien de personnes ont refusé de participer ou ont abandonné ? Raisons ?	Tout le monde a accepté de participer. En revanche une personne dont le nom nous avait été transmis a été exclue car elle n'avait pas participé à la 1ère commission de validation
Contexte		
14. Cadre de la collecte de données	Où les données ont-elles été recueillies ?	Endroit variable, choix laissé à l'interne interviewé
15. Présence de non-participants	Y avait-il d'autres personnes présentes, outre les participants et les chercheurs ?	Non parfois des passants
16. Description de l'échantillon	Quelles sont les caractéristiques principales de l'échantillon ?	Cf Tableau n°2
Recueil des données		
17. Guide d'entretien	Les questions, les amorces, les guidages étaient-ils fournis par les auteurs ? Le guide d'entretien avait-il été testé au préalable	Guide crée par les auteurs, guide revu après réalisation de 2 entretiens
18. Entretiens répétés	Les entretiens étaient-ils répétés ? Si oui, combien de fois ?	Non
19. Enregistrement audio/visuel	Le chercheur utilisait-il un enregistrement audio ou visuel pour recueillir les données ?	Enregistrement audio à l'aide d'un dictaphone
20. Cahier de terrain	Des notes de terrains ont-elles été prises pendant et/ou après l'entretien individuel ?	Oui, pendant
21. Durée	Combien de temps ont duré les entretiens individuels ?	De 12 à 46 minutes
22. Seuil de saturation	Le seuil de saturation a-t-il été discuté ?	Oui

23. Retour des retranscriptions	Les retranscriptions d'entretien ont-elles été retournées aux participants pour commentaire et/ou correction ?	Non
Domaine 3 : Analyse et résultats		
Analyse des données		
24. Nombre de personnes codant les données	Combien de personnes ont codé les données ?	Les deux internes rédigeant le sujet de thèse
25. Description de l'arbre de codage	Les auteurs ont-ils fourni une description de l'arbre de codage ?	Non
26. Détermination des thèmes	Les thèmes étaient-ils identifiés à l'avance ou déterminés à partir des données ?	Ils ont été déterminés à partir des données recueillies
27. Logiciel	Quel logiciel, le cas échéant, a été utilisé pour gérer les données ?	Microsoft Excel
28. Vérifications par les participants	Les participants ont-ils exprimé des retours sur les résultats ?	Non
Rédaction		
29. Citations présentées	Des citations de participants ont-elles été utilisées pour illustrer les thèmes/résultats ? Chaque citation était-elle identifiée ?	Oui
30. Cohérence des données et résultats	Y avait-il une cohérence entre les données présentées et les résultats ?	Oui
31. Clarté des thèmes principaux	Les thèmes principaux ont-ils été présentés clairement dans les résultats ?	Oui
32. Clarté des thèmes secondaires	Y a-t-il une description des cas particuliers ou une discussion des thèmes secondaires ?	Oui

ANNEXE 4 : Grille COREQ (4) d'Alexandre DE BARBERIN-BARBERINI

N° et Item	Guide : questions/description	Réponse
Domaine 1 : Équipe de recherche et de réflexion		
Caractéristiques personnelles		
1. Enquêteur/animateur	Quel auteur a mené l'entretien individuel ?	L'étudiant (Alexandre DE BARBERIN)
2. Titre académiques	Quels étaient les titres académiques du chercheur ?	Interne en médecine générale
3. Activité	Quelle était leur activité au moment de l'étude ?	Interne en médecine générale
4. Genre	Le chercheur était-il un homme ou une femme ?	Un homme
5. Expérience et formation	Quelle était l'expérience ou la formation du chercheur ?	Absence d'expérience pratique de recherche qualitative
Relations avec les participants		
6. Relation antérieure	Enquêteur et participants se connaissaient-ils avant le commencement de l'étude ?	Oui pour trois d'entre eux
7. Connaissances des participants au sujet de l'enquêteur	Que savaient les participants au sujet du chercheur ?	Qu'il était interne en médecine générale réalisant un projet de thèse sur la réforme du DES de la phase socle
8. Caractéristiques de l'enquêteur	Quelles caractéristiques ont été signalées au sujet de l'enquêteur ?	Qu'il était interne en médecine générale réalisant un projet de thèse sur la réforme du DES de la phase socle
Domaine 2 : Conception de l'étude		
Cadre théorique		
9. Orientation méthodologique et théorie	Quelle orientation méthodologique a été déclarée pour étayer l'étude ?	Analyse inductive du discours après retranscriptions écrite des entretiens, codage des verbatims et analyse thématique

Sélection des participants		
10. Échantillonage	Comment ont été sélectionnés les participants	Par affinité pour le premier puis recrutement en boule de neige puis sélection selon le genre et la faculté d'origine pour les deux derniers
11. Prise de contact	Comment ont été contactés les participants ?	Par téléphone (message)
12. Taille de l'échantillon	Combien de participants ont été inclus dans l'étude ?	11 participants
13. Non-participation	Combien de personnes ont refusé de participer ou ont abandonné ? Raisons ?	Tout le monde a accepté de participer. En revanche une personne dont le nom nous avait été transmis a été exclue car elle n'avait pas participé à la 1ère commission de validation
Contexte		
14. Cadre de la collecte de données	Où les données ont-elles été recueillies ?	Endroit variable, choix laissé à l'interne interviewé
15. Présence de non-participants	Y avait-il d'autres personnes présentes, outre les participants et les chercheurs ?	Non
16. Description de l'échantillon	Quelles sont les caractéristiques principales de l'échantillon ?	Cf Tableau n°2
Recueil des données		
17. Guide d'entretien	Les questions, les amorces, les guidages étaient-ils fournis par les auteurs ? Le guide d'entretien avait-il été testé au préalable	Guide créée par les auteurs, guide revu après réalisation de 2 entretiens
18. Entretiens répétés	Les entretiens étaient-ils répétés ? Si oui, combien de fois ?	Non
19. Enregistrement audio/visuel	Le chercheur utilisait-il un enregistrement audio ou visuel pour recueillir les données ?	Enregistrement audio à l'aide d'un dictaphone
20. Cahier de terrain	Des notes de terrains ont-elles été prises pendant et/ou après l'entretien individuel ?	Oui, pendant
21. Durée	Combien de temps ont duré les entretiens individuels ?	De 8 à 18 minutes
22. Seuil de saturation	Le seuil de saturation a-t-il été discuté ?	Oui

23. Retour des retranscriptions	Les retranscriptions d'entretien ont-elles été retournées aux participants pour commentaire et/ou correction ?	Non
Domaine 3 : Analyse et résultats		
Analyse des données		
24. Nombre de personnes codant les données	Combien de personnes ont codé les données ?	Les deux internes rédigeant le sujet de thèse
25. Description de l'arbre de codage	Les auteurs ont-ils fourni une description de l'arbre de codage ?	Non
26. Détermination des thèmes	Les thèmes étaient-ils identifiés à l'avance ou déterminés à partir des données ?	Ils ont été déterminés à partir des données recueillies
27. Logiciel	Quel logiciel, le cas échéant, a été utilisé pour gérer les données ?	Microsoft Excel
28. Vérifications par les participants	Les participants ont-ils exprimé des retours sur les résultats ?	Non
Rédaction		
29. Citations présentées	Des citations de participants ont-elles été utilisées pour illustrer les thèmes/résultats ? Chaque citation était-elle identifiée ?	Oui
30. Cohérence des données et résultats	Y avait-il une cohérence entre les données présentées et les résultats ?	Oui
31. Clarté des thèmes principaux	Les thèmes principaux ont-ils été présentés clairement dans les résultats ?	Oui
32. Clarté des thèmes secondaires	Y a-t-il une description des cas particuliers ou une discussion des thèmes secondaires ?	Oui

COLIN Adèle et DE BARBERIN-BABERINI Alexandre

Phase socle : état des lieux de la validation et opinion des internes entrés dans le DES de médecine générale en novembre 2017 à Angers

RÉSUMÉ

Introduction : La réforme nationale de la phase socle de Novembre 2017 concerne toutes les spécialités médico-chirurgicales. Elle a pu être appliquée à Angers dès la première année de sa parution. L'objectif de cette étude était de réaliser un état des lieux sur l'état de validation des prérequis demandés par le DMG, et de recueillir l'opinion des internes concernant la réforme de la phase socle. **Matériel et méthodes :** Il s'agit d'une étude mixte quantitative et qualitative. L'étude quantitative a analysé des données de 106 étudiants. Elles renseignent sur le profil de l'étudiant, l'état de validation des prérequis, l'état d'avancement de leur thèse et leur projet professionnel. L'étude qualitative a été réalisée par analyse thématique au moyen d'entretiens semi-dirigés réalisés par moitié sur un échantillon de 11 internes recrutés par la méthode dite en boule de neige. **Résultats :** 75% des internes ont déposé toutes les attestations de participation aux prérequis, 37% ont un sujet de thèse, 40% envisagent une FTS, 12% n'ont pas encore défini leur projet professionnel en fin de première année, et 4% s'orientent vers une médecine exclusivement hospitalière. Ils sont globalement satisfaits du déroulement de l'entretien oral. L'entretien oral de validation, permet de faire un bilan personnalisé de cette première année, de mettre l'état de validation des prérequis à jour, et d'avoir parfois de réelles pistes pédagogiques et professionnelles fournies par le jury. L'évaluation des compétences et l'établissement du contrat de formation n'ont pas été évoqués lors de cet entretien. **Conclusion :** Cette réforme est globalement positive, elle permet de repérer les internes ayant des projets professionnels établis, des travaux de recherche en perspective, des compétences professionnelles à approfondir.

Mots-clés : réforme de la phase socle, entretien oral de validation de la phase socle, validation des prérequis, opinion de internes

COLIN Adèle and DE BARBERIN-BABERINI Alexandre

Baseline phase validation : assessment and interns opinion of those who entered the DES of general medicine in November 2017 in Angers

ABSTRACT

Introduction: The national reform of the baseline phase of November 2017 concerns all medical and surgical specialties. It has been applied in Angers since the first year of its publication. The objective of this study was to assess the prerequisite validation status requested by the DMG, and to collect the opinion of the interns concerning the reform of the baseline phase. **Material and methods:** This is a mixed quantitative and qualitative study. The quantitative study analysed data from 106 students. It provides information on the student's profile, the prerequisite validation status, the progress of their thesis and their professional project. The qualitative study was carried out by thematic analysis using half-directed interviews conducted in half, on a sample of 11 interns recruited by the so-called snowball method. **Results:** 75% of the interns submitted all the certificates of participation to the prerequisites, 37% have a thesis subject, 40% are considering an FTS, 12% have not yet defined their professional project at the end of the first year, and 4% are moving towards an exclusively hospital medicine. They are generally satisfied with the progress of the oral interview. The validation oral interview, allows a personalized assessment of this first year, to update the prerequisites validation status, and to have sometimes real educational and professional leads provided by the jury. The skills assessment and the training contract establishment were not mentioned during this interview. **Conclusion:** This reform is generally positive, it allows to identify interns with established professional projects, research in perspective, professional skills to deepen.

Keywords: baseline phase reform, base phase oral validation, prerequisites validation, interns opinion

