

2016-2017

THÈSE

pour le

DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Qualification en Médecine Générale

Intérêt de la Fiche d'Evaluation des Niveaux de Compétences de l'Interne en Stage (FENCIS) pour la construction des compétences professionnelles

SOYER Coralie

Née le 19 juin 1984 à Sèvres (92)

Sous la direction de M. CONNAN Laurent

Membres du jury

Monsieur le Professeur COUTANT Régis	Président
Monsieur le Professeur CONNAN Laurent	Directeur
Madame le Professeur BARON Céline	Membre
Monsieur le Professeur CAILLIEZ Éric	Membre

Soutenue publiquement le :
19 octobre 2017



UFR SANTÉ

ENGAGEMENT DE NON PLAGIAT

Je, soussignée Mademoiselle SOYER Coralie
déclare être pleinement consciente que le plagiat de documents ou d'une
partie d'un document publiée sur toutes formes de support, y compris l'internet,
constitue une violation des droits d'auteur ainsi qu'une fraude caractérisée.
En conséquence, je m'engage à citer toutes les sources que j'ai utilisées
pour écrire ce rapport ou mémoire.

signé par l'étudiante le 15/08/2017

LISTE DES ENSEIGNANTS DE L'UFR SANTÉ D'ANGERS

Directeur de l'UFR : Pr Isabelle RICHARD

Directeur adjoint de l'UFR et directeur du département de pharmacie : Pr Frédéric LAGARCE

Directeur du département de médecine : Pr Nicolas LEROLLE

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS

ABRAHAM Pierre	Physiologie	Médecine
ASFAR Pierre	Réanimation	Médecine
AUBE Christophe	Radiologie et imagerie médicale	Médecine
AUDRAN Maurice	Rhumatologie	Médecine
AZZOUZI Abdel Rahmène	Urologie	Médecine
BARON-HAURY Céline	Médecine générale	Médecine
BARTHELAIX Annick	Biologie cellulaire	Médecine
BATAILLE François-Régis	Hématologie ; transfusion	Médecine
BAUFRETON Christophe	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire	Médecine
BEAUCHET Olivier	Gériatrie et biologie du vieillissement	Médecine
BENOIT Jean-Pierre	Pharmacotechnie	Pharmacie
BEYDON Laurent	Anesthésiologie-réanimation	Médecine
BIZOT Pascal	Chirurgie orthopédique et traumatologique	Médecine
BONNEAU Dominique	Génétique	Médecine
BOUCHARA Jean-Philippe	Parasitologie et mycologie	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
CHABASSE Dominique	Parasitologie et mycologie	Médecine
CHAPPARD Daniel	Cytologie et histologie	Médecine
CONNAN Laurent	Médecine générale	Médecine
COUTANT Régis	Pédiatrie	Médecine
COUTURIER Olivier	Biophysique et médecine nucléaire	Médecine
CUSTAUD Marc-Antoine	Physiologie	Médecine
DARSONVAL Vincent	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique	Médecine
DE BRUX Jean-Louis	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire	Médecine
DESCAMPS Philippe	Gynécologie-obstétrique	Médecine
DIQUET Bertrand	Pharmacologie	Médecine
DUVAL Olivier	Chimie thérapeutique	Pharmacie
DUVERGER Philippe	Pédopsychiatrie	Médecine
ENON Bernard	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire	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
GARRE Jean-Bernard	Psychiatrie d'adultes	Médecine
GOHIER Bénédicte	Psychiatrie d'adultes	Médecine
GRANRY Jean-Claude	Anesthésiologie-réanimation	Médecine
GUARDIOLA Philippe	Hématologie ; transfusion	Médecine
GUILET David	Chimie analytique	Pharmacie

HAMY Antoine	Chirurgie générale	Médecine
HUEZ Jean-François	Médecine générale	Médecine
HUNAUULT-BERGER Mathilde	Hématologie ; transfusion	Médecine
IFRAH Norbert	Hématologie ; transfusion	Médecine
JARDEL Alain	Physiologie	Pharmacie
JEANNIN Pascale	Immunologie	Médecine
JOLY-GUILLOU Marie-Laure	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière	Médecine
LACOURREYE Laurent	Oto-rhino-laryngologie	Médecine
LAGARCE Frédéric	Biopharmacie	Pharmacie
LARCHER Gérard	Biochimie et biologie moléculaires	Pharmacie
LASOCKI Sigismond	Anesthésiologie-réanimation	Médecine
LAUMONIER Frédéric	Chirurgie infantile	Médecine
LEFTHERIOTIS Georges	Physiologie	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-vénéréologie	Médecine
MENEI Philippe	Neurochirurgie	Médecine
MERCAT Alain	Réanimation	Médecine
MERCIER Philippe	Anatomie	Médecine
MILEA Dan	Ophtalmologie	Médecine
PAPON Nicolas	Parasitologie mycologie	Pharmacie
PASSIRANI Catherine	Chimie générale	Pharmacie
PELLIER Isabelle	Pédiatrie	Médecine
PICHARD Éric	Maladies infectieuses ; maladies tropicales	Médecine
PICQUET Jean	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire	Médecine
PODEVIN Guillaume	Chirurgie infantile	Médecine
PROCACCIO Vincent	Génétique	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
ROHMER Vincent	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 M.-Christine	Anatomie et cytologie pathologiques	Médecine
ROY Pierre-Marie	Thérapeutique ; médecine d'urgence	Médecine
SAINT-ANDRE Jean-Paul	Anatomie et cytologie pathologiques	Médecine
SAULNIER Patrick	Biophysique pharmaceutique et biostatistique	Pharmacie
SENTILHES Loïc	Gynécologie-obstétrique	Médecine
SERAPHIN Denis	Chimie organique	Pharmacie
SUBRA Jean-François	Néphrologie	Médecine
UGO Valérie	Hématologie ; transfusion	Médecine
URBAN Thierry	Pneumologie	Médecine
VENIER Marie-Claire	Pharmacotechnie	Pharmacie
VERNY Christophe	Neurologie	Médecine
WILLOTEAUX Serge	Radiologie et imagerie médicale	Médecine
ZAHAR Jean-Ralph	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière	Médecine
ZANDECKI Marc	Hématologie ; transfusion	Médecine

MAÎTRES DE CONFÉRENCES

ANNAIX Véronique	Biochimie et biologie moléculaires	Pharmacie
ANNWEILER Cédric	Gériatrie et biologie du vieillissement	Médecine
AUGUSTO Jean-François	Néphrologie	Médecine
BAGLIN Isabelle	Pharmaco-chimie	Pharmacie
BASTIAT Guillaume	Biophysique et biostatistique	Pharmacie
BEAUVILLAIN Céline	Immunologie	Médecine
BELIZNA Cristina	Médecine interne	Médecine
BELLANGER William	Médecine générale	Médecine
BENOIT Jacqueline	Pharmacologie et pharmacocinétique	Pharmacie
BIGOT Pierre	Urologie	Médecine
BLANCHET Odile	Hématologie ; transfusion	Médecine
BOISARD Séverine	Chimie analytique	Pharmacie
BOURSIER Jérôme	Gastroentérologie ; hépatologie	Médecine
CAPITAIN Olivier	Cancérologie ; radiothérapie	Médecine
CASSEREAU Julien	Neurologie	Médecine
CHEVAILLER Alain	Immunologie	Médecine
CHEVALIER Sylvie	Biologie cellulaire	Médecine
CLERE Nicolas	Pharmacologie	Pharmacie
CRONIER Patrick	Chirurgie orthopédique et traumatologique	Médecine
DE CASABIANCA Catherine	Médecine générale	Médecine
DERBRE Séverine	Pharmacognosie	Pharmacie
DESHAYES Caroline	Bactériologie virologie	Pharmacie
DINOMAS Mickaël	Médecine physique et de réadaptation	Médecine
DUCANCELLE Alexandra	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière	Médecine
FERRE Marc	Biologie moléculaire	Médecine
FLEURY Maxime	Immunologie	Pharmacie
FORTRAT Jacques-Olivier	Physiologie	Médecine
HELESBEUX Jean-Jacques	Chimie organique	Pharmacie
HINDRE François	Biophysique	Médecine
JEANGUILLAUME Christian	Biophysique et médecine nucléaire	Médecine
JOUSSET-THULLIER Nathalie	Médecine légale et droit de la santé	Médecine
KEMPF Marie	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière	Médecine
LACOEUILLE Franck	Biophysique et médecine nucléaire	Médecine
LANDREAU Anne	Botanique	Pharmacie
LE RAY-RICHOMME Anne-Marie	Valorisation des substances naturelles	Pharmacie
LEPELTIER Elise	Chimie générale Nanovectorisation	Pharmacie
LETOURNEL Franck	Biologie cellulaire	Médecine
LIBOUBAN Hélène	Histologie	Médecine
MALLET Sabine	Chimie Analytique et bromatologie	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
PAPON Xavier	Anatomie	Médecine
PASCO-PAPON Anne	Radiologie et imagerie médicale	Médecine
PECH Brigitte	Pharmacotechnie	Pharmacie
PENCHAUD Anne-Laurence	Sociologie	Médecine
PETIT Audrey	Médecine et santé au travail	Médecine
PIHET Marc	Parasitologie et mycologie	Médecine
PRUNIER Delphine	Biochimie et biologie moléculaire	Médecine
RIOU Jérémie	Biostatistique	Pharmacie
ROGER Emilie	Pharmacotechnie	Pharmacie
SCHINKOWITZ Andréas	Pharmacognosie	Pharmacie
SIMARD Gilles	Biochimie et biologie moléculaire	Médecine

TANGUY-SCHMIDT Aline
TRICAUD Anne
TURCANT Alain

Hématologie ; transfusion
Biologie cellulaire
Pharmacologie

Médecine
Pharmacie
Médecine

AUTRES ENSEIGNANTS

AMIARD Stéphane
AUTRET Erwan
BRUNOIS-DEBU Isabelle
CAVAILLON Pascal
CHIKH Yamina
FISBACH Martine
LAFFILHE Jean-Louis
LETERTRE Elisabeth
O'SULLIVAN Kayleigh

Informatique
Anglais
Anglais
Pharmacie Industrielle
Économie-Gestion
Anglais
Officine
Coordination ingénierie de formation
Anglais

Médecine
Médecine
Pharmacie
Pharmacie
Médecine
Médecine
Pharmacie
Médecine
Médecine

A Monsieur le Professeur COUTANT Régis

Vous me faites l'honneur de présider le jury de cette thèse.
Pour votre engagement pour la pédagogie en Médecine,
veuillez trouver ici l'expression de mon profond respect et le témoignage de ma reconnaissance.

A Monsieur le Professeur CONNAN Laurent

Vous m'avez proposé ce travail de thèse et accepté de le diriger :
pour votre disponibilité, même dans l'urgence, votre aide et votre patience,
veuillez trouver ici le témoignage de ma profonde gratitude, et ma haute considération.

A Monsieur le Professeur HUEZ Jean-François

Vous m'avez fait l'honneur de codiriger ce travail de thèse avant de quitter vos fonctions :
pour vos conseils et votre participation active, soyez assuré de ma profonde estime.

A Madame le Professeur BARON Céline

Pour l'intérêt que vous témoignez à ce travail en y participant en tant que membre du jury :
veuillez croire en mon entière reconnaissance.

A Monsieur le Professeur CAILLIEZ Éric

Vous me faites l'honneur de participer au jury de cette thèse.
Pour l'attention que vous portez à ce travail :
soyez assuré de ma sincère reconnaissance.

A ceux sans qui ce travail n'aurait pas pu voir le jour

Sans les nommer, compte tenu du respect de leur anonymat :
Merci aux internes qui ont accepté de donner de leur temps pour que ce projet de thèse aboutisse.
Merci encore pour votre participation. Bonne route

A mes maîtres de stage

Les Dr Edith et Philippe Derquin
Merci pour votre accueil et votre générosité. Que votre passion pour l'enseignement et la Médecine Générale restent intacts.

A mon tuteur

Le Dr Pascal Gendry
Merci pour ces moments de partage professionnels, et votre soutien, qui m'ont permis d'évoluer et d'effacer progressivement mes doutes quant à mes capacités à exercer ce beau métier qu'est la Médecine Générale

Aux personnes qui m'ont accompagné pendant toutes ces années

Marie Christine Renaud, Laura Assémat, Leslie Meignen, et bien d'autres
Qui ont été un moteur et d'une aide précieuse dans mon épanouissement professionnel
Avec toute mon amitié.

A ma famille

Pour la relecture et vos précieux conseils.
Pour votre présence et votre écoute pendant ces années.
Avec toute mon affection.

A Jérémie

Pour ta patience et ton soutien au quotidien.
Avec tout mon amour.

Liste des abréviations

[illegible]

Plan

LISTE DES ABRÉVIATIONS

RÉSUMÉ

INTRODUCTION

MÉTHODE

RÉSULTATS

A. Les caractéristiques des participants

B. Les données

C. L'analyse des données

1. Les outils considérés comme des guides dans la formation du DES de MG
 - 1.1. La marguerite
 - 1.2. Le guide d'auto-évaluation
 - 1.3. Les cours de Module A=>D
 - 1.4. Les Groupes d'Echange et d'Analyse des Pratiques (GEAP)
 - 1.5. Le tutorat
 - 1.6. Les échanges avec les maîtres de stage
 - 1.7. Le retour des patients
2. Les moyens pour mesurer la progression dans la formation (hors FENCIS)
 - 2.1. Hors outils fournis par le DMG : Le ressenti par l'expérience
 - 2.2. Parmi les outils fournis par le DMG : les outils papiers utilisés en vue de la préparation à la validation du DES
3. L'avis des internes sur les niveaux de compétences de la FENCIS et leurs descriptifs
 - 3.1. Les généralités
 - 3.2. Le niveau novice
 - 3.3. Le niveau compétent
 - 3.4. Le niveau intermédiaire
4. L'utilisation de la FENCIS
 - 4.1. L'utilisation effective par les participants
 - 4.2. Les utilisateurs potentiels de la FENCIS
 - 4.3. L'utilisation de la FENCIS lors du bilan de fin de stage
 - 4.4. Les autres circonstances d'utilisation de la FENCIS (hors bilan de fin de stage)
 - 4.5. Autre utilité potentielle de la FENCIS : Evaluer la pédagogie d'un lieu de stage

DISCUSSION

1. Principaux résultats
 - 1.1. Les outils pédagogiques fournis par le DMG (hors FENCIS)
 - 1.2. Les généralités sur les descriptifs des compétences de la FENCIS et de leurs niveaux
 - 1.3. Les descriptifs des niveaux de compétences respectifs
 - 1.4. L'utilisation de la FEENCIS par les internes
 - 1.5. L'utilisation de la FENCIS par les maîtres de stage
 - 1.6. Une utilisation annexe de la FENCIS
2. Critique de la Méthode
 - 2.1. La recherche qualitative et son inconvénient majeur
 - 2.2. La méthode par Focus Group
3. Discussion des résultats
4. Pistes de réflexion

CONCLUSION

BIBLIOGRAPHIE

TABLE DES MATIÈRES

ANNEXES

**INTERET DE LA FICHE D’EVALUATION DES NIVEAUX
DE COMPETENCES DE L’INTERNE EN STAGE (FENCIS)
POUR LA CONSTRUCTION DES COMPETENCES
PROFESSIONNELLES**

SOYER Coralie

RÉSUMÉ

Contexte : Depuis une quinzaine d'années, la pédagogie médicale se tourne vers l'approche par compétence. En mars 2016, le Département de Médecine Générale (DMG) de l'UFR Santé d'Angers a créé une Fiche d'Évaluation des Niveaux de Compétences de l'Interne en Stage (FENCIS), qui détaille les indicateurs des niveaux des six compétences à acquérir pour réaliser les tâches professionnelles qui incombent au médecin généraliste. La FENCIS sera utilisée pour l'évaluation et la validation des stages.

Objectif : L'objectif principal de cette thèse était de recueillir l'avis des internes concernant l'intérêt de cette fiche pour la construction des compétences professionnelles.

Méthode : Une étude qualitative utilisant la technique d'entretien par Focus Group (FG) a été réalisée. Sur la période de mai à octobre 2016, 13 internes d'Angers, en stage ambulatoire en soins primaires en autonomie supervisée, ont été interrogés. Deux FG ont eu lieu entre septembre et octobre 2016. Leur contenu a été retranscrit intégralement, puis le verbatim analysé de façon thématique.

Résultats : Certains internes sont restés sceptiques quant à l'utilité de la FENCIS, qu'ils réduisaient à sa fonction sanctionnante. Ils trouvaient l'outil jugeant, et son contenu trop exhaustif et abstrait. D'autres trouvaient, au contraire, son contenu précis et pertinent, voire même nécessaire pour permettre une évaluation fiable et reproductible, quel que soit le stage. Par ailleurs, pour la plupart, elle n'était pas seulement perçue comme un moyen d'évaluation-notation. Elle pouvait leur servir d'outil pour s'autoévaluer, et leur permettre de s'investir dans leur progression. Elle pouvait également servir de guide aux maîtres de stage : en ayant une meilleure connaissance des attentes de cette formation, cela permettrait une prescription pédagogique pertinente et adaptée aux besoins de chaque interne, en facilitant le repérage des lacunes, améliorant ainsi la supervision.

Conclusion : La FENCIS pourrait être à la fois un support-guide dans la construction des compétences professionnelles de l'interne et un outil d'évaluation-notation. Elle serait utile en ce sens à la fois pour les internes mais aussi pour les maîtres de stage, que ce soit dans leur rôle d'accompagnateur ou d'évaluateur.

Mots clés : Médecine générale – étude qualitative – fiche d'évaluation – niveaux de compétences – internes

INTRODUCTION

Les programmes de formation médicale se sont développés dans le but d'améliorer l'enseignement, l'apprentissage, et leur évaluation. L'approche par objectifs (APO), courant très influent depuis une quarantaine d'années en éducation, a permis de clarifier les performances désirées. Mais elle a favorisé un morcellement des apprentissages au détriment d'une construction de représentations plus globales et plus signifiantes du métier.

[1]

Depuis une quinzaine d'années les écrits en pédagogie médicale ont fait émerger un nouveau concept : l'approche par compétences (APC) [1]. Cette conception socioconstructiviste est issue de courants multiples et convergents, en lien avec le développement des sciences de l'apprentissage et de leurs applications en éducation [1]. Elle tend à se substituer peu à peu à la conception comportementaliste (ou behavioriste) dont est issue l'APO [1]. Alors que cette dernière est centrée sur l'enseignement, et vise l'acquisition d'un savoir-faire, l'APC est centrée sur l'apprentissage [1] et vise l'acquisition d'un savoir-agir [2]. Elle se place ainsi dans une perspective d'évaluation authentique en situation [3]. Il ne s'agit donc plus d'évaluer les connaissances théoriques, mais ce qu'on est capable de faire avec celles-ci en situation authentique. Cela a fait émerger le modèle de « médecin compétent », au détriment de celui de « médecin savant » [1], ainsi que le modèle de « formateurs facilitateurs des apprentissages » au détriment de celui de « formateurs dispensateurs de savoirs » [4].

Aujourd'hui, dans la littérature, il n'existe pas de données permettant l'élaboration et la stabilisation d'un modèle d'apprentissage des différentes compétences [5]. Jacques Tardif, ancien professeur [6] en psychologie de l'éducation de l'Université de Montréal [7-8], a largement contribué à la mise en œuvre et à l'évaluation de programmes axés sur le développement de compétences [8]. Il a proposé de construire des modèles théoriques à partir de l'expérience professionnelle, puis de valider ces conceptualisations au fur et à mesure de leurs usages auprès de plusieurs groupes d'étudiants [5]. Cette dernière étape nécessite la mise en place d'outils pertinents d'évaluation et d'auto-évaluation, qui pourront servir à la procédure de validation et de certification [5].

En France, dans cette optique d'APC, a été initialement écrit un référentiel métier¹ [9]. Il décrit 16 situations de soins types, représentatives du métier de médecin généraliste [9]. A partir de ce référentiel, un groupe de travail du Collège National des Généralistes Enseignants (CNGE), a identifié et détaillé de façon précise 6 compétences génériques transversales (illustrées par une marguerite – en Annexe I) [11]. Puis ont été décrits différents niveaux de compétences pour chacune d'elles² dans l'optique d'une évaluation certificative crédible des internes [12]. Par la suite (entre mars 2011 et 2013), un consensus non formalisé d'experts, tous enseignants de médecine générale (MG), a identifié 11 grandes familles de situations pour couvrir au mieux le champ de la discipline [12]. Les internes devront y être confrontés afin d'acquérir et d'évaluer leurs compétences [12].

En mars 2016, dans cette continuité, le Département de Médecine Générale (DMG) d'Angers a créé une Fiche d'Évaluation des Niveaux de Compétences de l'Interne en Stage (FENCIS - en Annexe II) incluant des descripteurs des différents niveaux de compétences pour chacune des 6 compétences répertoriées³.

L'objectif principal de cette thèse était de recueillir l'avis des internes concernant l'intérêt de la FENCIS pour la construction des compétences professionnelles.

Deux objectifs secondaires étaient attendus. Celui d'améliorer, grâce à la FENCIS, les objectifs de la supervision, pour une prescription pédagogique pertinente, adaptée aux besoins de formation de l'interne en stage. Et celui de promouvoir l'utilisation de la FENCIS pour l'autoévaluation et l'évaluation/validation de chaque stage.

¹ « Référentiel métier et compétences des médecins généralistes », publié en juin 2009, sous l'égide d'une mission ministérielle [9] et sous la direction du CNGE [10]

² au nombre de 3 dans le cadre du 3^{ème} cycle d'études médicales en médecine générale : novice/intermédiaire/compétent [5]

³ s'inspirant de celle utilisée depuis 2013 par le DMG de la Faculté de Médecine de Paris Descartes [13]

MÉTHODE

Pour répondre aux objectifs de cette thèse, le choix de la méthode s'est porté sur une étude qualitative par entretiens collectifs semi-directifs (focus group) [14].

Sur la période de stage allant de mai à octobre 2016, les enseignants facultaires et animateurs des GEAP ont fait, en début de celui-ci, une présentation brève de la FENCIS. Ils s'adressaient aux internes de MG qui réalisaient leur SASPAS (Stage Ambulatoire en Soins Primaires en autonomie Supervisée). Ils leur ont suggéré d'utiliser cette fiche de manière facultative en tant que « fiche d'entraînement », en vue des Focus Group (FG). Elle ne serait utilisée officiellement qu'à partir du semestre suivant, comme fiche d'auto-évaluation et d'évaluation des différents stages du Diplôme d'Etudes Spécialisées (DES) de MG.

Le recrutement s'est fait sur une base de volontariat parmi ces internes [14-15].

Deux Focus Groups (FG) ont été réalisés vers la fin de leur stage, en date du 16 septembre et du 14 octobre 2016. Ils étaient constitués respectivement de 6 et 7 participants.

Les FG se sont déroulés à la Faculté de Médecine d'Angers.

Ils ont été animés par deux membres du DMG [15].

Le rôle de l'observateur a été tenu par l'auteur de ce travail [17]. Sa mission était de relever par écrit, les informations relatives aux prises de parole et aux éléments non verbaux ou interactifs constatés lors de l'entretien [14-15].

En premier lieu un rappel a été fait sur l'anonymat et la confidentialité des données qui seraient recueillies lors de cet entretien [16]. Les participants ont par la suite répondu par écrit à un questionnaire visant à caractériser l'échantillon (en Annexe IV) [18].

Afin de permettre une transcription exacte et intégrale à l'issue des entretiens, ils ont bénéficié d'un enregistrement audio numérique double [15-17] : à l'aide d'un dictaphone ainsi que du logiciel Audacity téléchargé sur ordinateur portable (en back-up) [18].

L'enregistrement n'a débuté qu'après avoir eu leur consentement [15-16-17].

Le guide d'entretien⁴ élaboré en amont a été utilisé dans les deux FG [16]. Il se composait de questions ouvertes [15] et abordait à tour de rôle les thèmes suivants :

- les moyens d'évaluation qu'ont pu utiliser les internes au cours de leur DES pour mesurer leur progression (hors FENCIS),
- leur avis concernant les descriptifs des compétences et ceux de leurs niveaux (explicités dans la FENCIS),
- l'utilisation qu'ils ont pu faire de la FENCIS (eux-mêmes, et éventuellement leurs maîtres de stage),
- et les aspects bénéfiques ou délétères de la FENCIS en termes d'évaluation de la progression et de validation d'un stage.

Le contenu verbal de chaque entretien a été intégralement transcrit sous forme de verbatim sur Word⁵ [15].

Quant au contenu non verbal relevé lors des entretiens il a été inclus au verbatim le plus fidèlement possible [14-15].

L'analyse du contenu des retranscriptions a été effectuée manuellement par codage axial inductif du verbatim [15-17-18]. Elle a tout d'abord consisté à repérer les unités de signification [14-19]. En catégorisant les données, cela a permis de faire ressortir tout d'abord des sous thèmes, qui ont pu être regroupés par la suite en grands thèmes, plus généraux [15-17-18-20]. Chaque thème a fait l'objet d'une synthèse descriptive, soutenue et illustrée par des extraits de citations du verbatim [14-15]. Il en résulte un plan détaillé qui représente les résultats du travail [19].

⁴ Le guide d'entretien initial ainsi que les modifications apportées entre le premier et le second FG se trouvent en Annexe III (réévalué à l'issue de l'analyse du premier entretien collectif) [15-16]

⁵ Le support papier n'étant pas adapté à inclure la totalité des 110 pages de verbatim, elle est fournie en Annexe V sous forme de CD.

RÉSULTATS

A. Les caractéristiques des participants (en Annexe VI)

Les deux FG ont permis de réunir treize internes d'Angers en SASPAS. Ils étaient tous en 6^{ème} semestre de leur DES de MG. La tranche d'âge des participants s'étendait de 27 à 30 ans, avec une moyenne d'âge de 27.8 ans. Ils ont réuni 11 femmes et 2 hommes, soit 84.6% de femmes et 15.4% d'hommes.

B. Les données

L'ensemble des enregistrements comptait deux heures et quarante-cinq minutes d'entretiens, et a abouti à la transcription de cent dix pages de texte rédigé.

L'analyse du contenu du verbatim a permis de dégager quatre grands axes, dont trois amenés par le questionnaire initial du guide d'entretien. Ces grands thèmes ont été subdivisés en sous thèmes.

Les premier et deuxième axes traitent respectivement des outils pédagogiques fournis par le DMG dans la formation du DES de MG (hors FENCIS) : ceux jugés comme des guides, puis ceux considérés comme des moyens d'évaluation pour mesurer la progression dans l'acquisition des compétences. Le troisième axe décrit l'avis des internes au sujet des descriptifs de la FENCIS, et le quatrième des pistes sur l'utilisation concrète de la FENCIS (par qui/comment/quand).

C. L'analyse des données

1. Les outils considérés comme des guides dans la formation du DES de MG

1.1. La marguerite

Beaucoup critiquaient l'abstrait de son contenu en début d'internat, déjà chargé d'exigences et de nouveautés.

(1) : « je suis en train de me demander comment va se passer ma première garde [...] et là on me parle de [...] cette marguerite [...] ça me paraît totalement abstrait »

Même si certains admettaient qu'elle pouvait être une aide pour prendre conscience des rôles et des compétences qui sont attendus d'un médecin généraliste, pour la plupart son contenu avait été intégré au contact des maîtres de stages ambulatoires.

(8) : « j'ai lu la marguerite [...] au premier semestre, mais [...] c'est plus par l'échange [...] c'est ça qui permet [...] de voir la globalité du truc »

1.2. Le guide d'auto-évaluation

Beaucoup ne l'avaient utilisé qu'une seule fois (lors du stage chez le praticien notamment). Ils s'en étaient servis surtout pour savoir ce qu'on attendait d'eux, et vérifier qu'ils avaient tout abordé. Toutefois, ils ne l'avaient pas utilisé dans l'optique de pouvoir combler leurs lacunes, puisqu'ils ne l'avaient jamais repris par la suite.

(5) : « j'ai dû m'en servir une fois [...] pour savoir [...] est-ce que je j'avais vu à peu près ce qu'il y avait à voir »

(1) : « mais ce que je n'ai pas fait à l'époque, je ne suis pas sûre de l'avoir fait maintenant »

1.3. Les cours de Module A=>D

Ils leur permettaient de se remettre à jour sur un certain nombre de sujets, utiles en MG et à court terme. Ces sujets n'auraient pas forcément été traités ou revus aussi tôt dans leurs parcours, s'ils n'y avaient pas été invités ou motivés.

(7) : « les [...] cours, module A [...] B [...] C [...] D [...] mettaient en avant ce qu'il fallait travailler »

(6) : « ça fait quand même réviser des choses qu'on n'aurait pas forcément révisé »

1.4. Les Groupes d'Echange et d'Analyse des Pratiques (GEAP)

Ils ont particulièrement été plébiscités et appréciés lors du SASPAS, comme outil d'aide à la progression, à la fois pour les échanges entre pairs mais aussi pour les recherches qu'ils entraînaient.

Les internes ont vécu ces échanges comme indispensables et utiles, afin de soulever des questionnements difficiles à avoir seul. D'autant que les thèmes abordés étaient en lien direct avec leur pratique au quotidien, puisque partant d'expériences vécues en ambulatoire. Ils l'ont vécu comme un accompagnement, un soutien motivant et stimulant.

(6) : « ce qui m'a beaucoup aidé [...] c'est les groupes d'échanges de pratique [...] c'est très formateur le fait qu'on discute tous ensemble, de cas qui nous posent problème [...] et des recherches du coup que ça implique [...] je me suis sentie [...] bien accompagnée [...] pour continuer à me motiver »

1.5. Le tutorat

Les discussions avec le tuteur étaient souvent perçues comme un moment agréable.

Le tuteur représentait à leur yeux une personne ressource, qui pouvait les aider à progresser ou à trouver une solution à un problème. Mais il était jugé utile et important surtout pour les internes qui rencontraient des difficultés, ou lors des stages hospitaliers dont la formation de base n'avait pas de lien avec la MG. C'était même le principal rôle attendu du tuteur : d'être accompagnateur, et non évaluateur.

(6) : « c'était un bon moment d'échange mais [...] je ne sais pas si j'aurais vraiment vu la différence si je l'avais pas eu [...] je pense que c'est un outil intéressant quand il y a un souci [...] qu'on a une personne à qui se référer, qui puisse nous aider à trouver des solutions »

(10) : « dans les stages de spécialités, ils oublient qu'on va être généralistes plus tard [...] pour ça le tuteur c'est pas mal [...] il a le regard externe en disant [...] ce stage-là, profite-en pour essayer de savoir faire ça...ça te servira plus tard »

(13) : « je trouve ça difficile de le voir comme une évaluation [...] mais par contre comme une aide, comme un accompagnement »

1.6. Les échanges avec les maîtres de stage

Les outils oraux principalement évoqués, concernaient les échanges avec les maîtres de stages issus de formation de MG, notamment en ambulatoire.

La progression des internes dépendait, selon eux, des compétences et de la qualité des supervisions de leur maître de stage. D'ailleurs le rôle principal attendu du maître de stage, était celui d'orientateur. Il devait être capable de leur transmettre les compétences générales à acquérir, de soulever des problèmes auxquels ils n'avaient pas pensé, et de repérer leurs difficultés afin de les aider à y pallier.

(7) : « c'est [...] à force de parler avec les praticiens, surtout [...] ambulatoires [...] que je voyais ce que j'avais acquis ou pas, et ce que je devais travailler »

Ils ont notamment souligné l'aide qu'ils ont pu leur apporter pour sortir du *modèle hospitalier*, leur ouvrant la voie vers une prise en charge plus globale et adaptée à la pratique de la médecine générale.

(2) : « *mes praticiens [...] au début [...] m'avaient dit, tu es [...] trop scolaire, trop hôpital [...] il faut réussir à prendre le patient dans sa globalité [...] il faut plus penser urgence, il faut penser prévalence* »

Quant aux maîtres de stage hospitaliers qui n'ont pas eu cette formation, ils étaient considérés comme inaptes à les encadrer, du fait de leur manque de connaissances en la matière.

(13) : « *sachant que les médecins qui nous encadrent ne sont pas des généralistes [...] qu'ils ne connaissent pas ce que c'est que la pratique [...] c'est [...] difficile [...] pour eux* »

Par contre plusieurs participants se questionnaient devant la difficulté pour les maîtres de stage en SASPAS, de pouvoir apprécier objectivement les capacités de l'interne et de repérer ses lacunes sans le voir travailler directement. Ils doutaient de la fiabilité de leur évaluation.

(6) : « *en SASPAS c'est plus difficile pour nos maîtres de stage [...] de repérer là où sont nos difficultés [...] ils voient les problèmes que nous on lui soulève [...] on n'est [...] pas forcément objectifs [...] si on fait du dépistage, [...] on peut [...] en parler, mais pas [...] le noter dans le dossier [...] du coup [...] il va se dire [...] elle ne fait pas de dépistage [...] je ne sais pas comment il peut vraiment apprécier* »

1.7. Le retour des patients

En ambulatoire, cela leur a permis de se remettre parfois en question, notamment sur la qualité de leurs entretiens.

(11) : « *j'avais vu des gens sortir d'hospitalisation, qu'avaient rien compris, et je me disais [...] il faut que je change mon entretien de famille quand je serai à l'hôpital. [...] et en ambulatoire [...] le retour des patients [...] qui parlent à la secrétaire [...] aux autres médecins [...] ça arrive d'avoir un patient qui dit [...] je n'ai pas bien compris la dernière fois ce qu'il m'a raconté [...] ça questionne* »

2. Les moyens pour mesurer la progression dans la formation (hors FENCIS)

Nombreux ont répondu qu'il n'y avait pas d'outils utilisables en ce sens.

(2) : « *je pense qu'on est tous d'accord [...] on n'a pas vraiment de moyen* »

Un des participants a même précisé que ce type d'outil n'était pas nécessaire.

(7) : « en préparant mon DES [...] je me suis rendu compte en remplissant la grille que [...] ça avait bien fonctionné comme ça, sans utiliser d'outil »

2.1. Hors outils fournis par le DMG : Le ressenti par l'expérience

Dans le premier FG, tous ont initialement et spontanément évoqué leur ressenti comme étant l'unique moyen qu'ils avaient eu pour mesurer leur progression durant leur internat.

Ils ont surtout parlé de l'évolution remarquée lors des passages en stage ambulatoire.

A l'hôpital c'est un rôle paternaliste et une pratique ciblée sur le somatique qui dominaient. En ambulatoire ils ont découvert que leur rôle devait être plus accompagnant que directif, pour une prise en charge plus globale et adaptée au mode de vie du patient, et ainsi avoir des patients plus acteurs que spectateurs.

(3) : « quand on sort du modèle hospitalier on est très formaté avec l'examen clinique : organe par organe [...] sauf que [...] en médecine générale, on est sur la prise en charge globale de la personne [...] on voit comment [...] faire en pratique avec le mode de vie du patient [...] quand on est à l'hôpital [...] on a des œillères»

Ils ont précisé qu'en début de stage ambulatoire, ils ressentaient un certain manque de compétence devant cette nouvelle pratique et approche du patient. Ils se sentaient stressés quel que soit le motif de consultation, et avaient peur de passer à côté de quelque chose. Par conséquent leur interrogatoire était exhaustif. Puis, après avoir effectué le stage aux urgences (qui était un prérequis nécessaire à leur progression), et avec l'expérience, ils ont pu voir une progression dans leur attitude et dans la construction de leurs entretiens. Ils se disaient plus confiants et géraient mieux leurs émotions face à certaines situations. Ils ciblaient alors mieux et plus rapidement le problème ayant amené le patient à consulter. Cela a entraîné une modification de leurs problématiques et leur a permis de laisser une place plus importante et quasi-systématique pour l'abord du dépistage, du psycho-social, ... des thèmes pas forcément liés à la demande initiale du patient.

(6) : « en stage prat. [...] tout motif [...] c'était [...] de la découverte [...] de médecine générale ambulatoire [...] ça me prenait [...] beaucoup de temps de réinterroger les patients [...] me perdre [...] dans les détails [...] je n'avais pas [...] le temps [...] de faire du dépistage. [...] là [sous-entendu en SASPAS] [...] je suis plus à l'aise [...] mes consultations sont [...] plus [...] structurées [...] maintenant c'est ancré »

(3) : « les problématiques [...] ce n'est plus les mêmes qu'au début [...] c'était surtout l'organique, et puis là [...] c'est plus large»

2.2. Parmi les outils fournis par le DMG : les outils papiers utilisés en vue de la préparation à la validation du DES

2.2.1. Les 11 familles de situations cliniques

Une personne avait fait d'elle-même la démarche de voir s'il y avait eu une évolution dans sa prise en charge, entre le début et la fin de son internat, lorsque qu'elle avait rencontré plusieurs fois une même famille de situation clinique.

(11) : « j'ai repris les 11 familles [...] de situations cliniques [...] est-ce que je les ai rencontrées plusieurs fois, et en fonction de où c'était dans mon internat, est-ce que j'ai changé [...] ça m'a permis [...] de voir l'évolution »

2.2.2. Les RSCA (Récits de Situations Complexes Authentiques)

Dans le premier FG cet outil a été amené dans la discussion par l'animateur.

Un participant le voyait comme une contrainte, qu'il fallait absolument inclure dans le portfolio en vue de la validation du DES, sans en tirer de bénéfice personnel.

(1) : « la première fois que j'ai fait ça, je me suis dit [...] il faut que je fasse ce truc là pour mettre dans mon portfolio, et c'était un devoir [...] je n'avais pas l'impression de faire ça pour moi »

Pour certains, grâce à leur relecture, ils ont pris conscience (avec ou sans l'aide du tuteur) de leur évolution au long de leur internat. Au fil du temps, leur contenu laissait une place plus importante à une prise en charge globale du patient, plus que ciblée.

(4) : « les RSCA que j'avais faits au premier et au deuxième semestre [...] en comparaison avec ceux que j'ai pu faire récemment [...] j'étais plus centrée sur quelque chose, alors que maintenant il y a vraiment une prise en charge plus globale du patient »

Toutefois pour d'autres, leur affectation précoce dans des services tels que les soins de suite ou les soins palliatifs, ne leur a pas permis d'évaluer franchement leur évolution à partir de leurs écrits, puisqu'ayant d'emblée été confrontés et donc sensibilisés à ces problématiques d'ordre global.

(2) : « mon premier semestre j'étais en soins de suite et [...] dès le début mes RSCA c'était beaucoup centré sur le social [...] la mort [...] il y avait le problème somatique [...] mais [...] il était en fin de vie, il fallait gérer la famille [...] je n'arriverai pas à évaluer mon évolution du truc avec les RSCA »

3. L'avis des internes sur les niveaux de compétences de la FENCIS et leurs descriptifs

Les participants du premier FG n'avaient pas lu les descriptifs des niveaux de compétences, ou ne s'en souvenaient plus. Une lecture a été effectuée au cours de l'entretien afin de pouvoir recueillir leur avis.

3.1. Les généralités

- Dans le premier FG, les descriptifs les ont laissés perplexes. Ils ne se seraient pas basés sur les critères formulés pour évaluer leur niveau de compétence.

(6) : « je ne me serais pas jugée en fonction de ce qui est marqué là [...] novice [...] intermédiaire [...] et compétent [...] pour moi ce n'était pas ça »

Ce qui n'était pas le cas pour le participant du second FG qui avait utilisé la FENCIS en mi stage.

(8) : « on a rempli en aveugle [...] on a pris les items et on a coché [...] après on a repris [...] on a lu aussi en même temps [...] et [...] ça collait plutôt pas mal »

- Toujours lors du premier FG, autant ils trouvaient la grille des compétences claire et concise, autant le lexique des descriptifs était jugé exhaustif. Elle engendrait une difficulté d'intégration et d'utilisation lors d'un bilan.

(3) : « je vais plus me servir de la grille [...] que des 2 pages à côté [...] la grille [...] c'est clair et concis [...] après si ils veulent lire, mais je trouve ça [...] rébarbatif, et [...] long »

(4) : « faut qu'on la relise deux fois pour vraiment intégrer tout ce qu'il y a »

Ils trouvaient également certains descriptifs incompréhensibles ou abstraits.

(1) : « ça ne me va pas du tout [...] qu'est-ce que j'ai comme action de santé publique dans mon lieu de stage [...] c'est abstrait »

Pourtant, dans le second FG, les items étaient considérés pertinents, quel que soit le stage à évaluer.

(8) : « je pense que les items [...] sont pertinents, que ce soit à l'hôpital ou en ville »

Les descriptifs étaient perçus comme précis et clairs, voire même nécessaires pour savoir ce sur quoi progresser.

(12) : « je trouve que les critères sont [...] objectifs ; c'est clair »

(10) : « la description est indispensable [...] parce que [...] avoir 2 [sous-entendu 2 sur 4] dans « prendre en compte la globalité du patient », ça nous dit pas tout ce qu'il y a à voir »

Ils voyaient la FENCIS plus comme un support pour donner une trame à l'entretien, que pour noter chaque compétence. D'ailleurs, dans le premier FG, l'idée d'être évalués ne les séduisait guère, car cela donnait à l'outil un air d'évaluation-sanction. Pour eux, les niveaux novice/intermédiaire et compétent, impliquaient d'être

stigmatisés comme nul/moyen ou parfait. Du fait de cette impression, certains ont même mentionné leur appréhension très forte du verdict de l'évaluation.

(1) : « *j'irai avec un peu mal au ventre [...] parce que je sais qu'il y a cette histoire de croix et que ce ne sera pas un bon moment pour moi [...] on voit plus ça comme [...] une sanction [...] une punition [...] le fait qu'il n'y ait que 3 choix de réponses : c'est nul, moyen ou parfait en gros* »

(5) : « *ça peut faire peur ; on peut se dire [...] est-ce que je suis bien faite pour ça ?* »

Ils ne souhaitent plus qu'on leur impose ce type d'outil.

(2) : « *c'est [...] très scolaire [...] et [...] on en a marre [...] être jugé [...] c'est toujours désagréable* »

3.2. Le niveau novice

Surtout dans le premier FG, les termes employés pour la description des niveaux « novice » étaient perçus comme négatifs, sévères et non encourageants.

(1) : « *tous les novices c'est de la négation, et s'il n'y a pas de négation, il y a le mot difficile dans les 3 premiers mots [...] ou incomplet* »

Certains trouvaient même que ce niveau ne pouvait correspondre à personne, même en début d'internat.

(11) : « *je trouve que ça correspond à personne* »

D'autres, le trouvaient quand même nécessaire pour repérer les internes en grande difficulté.

(7) : « *si il y en a qui sont comme ça [...] c'est sûr, que ce sera peut-être moins de 1% ... mais il faut bien le mettre* »

D'ailleurs, dans le second FG, leur sentiment sur le terme Novice était beaucoup plus tempéré : il avait tout de même plus de signification qu'un niveau 1 non explicité (comme il y avait dans l'ancienne fiche d'évaluation des stages chez le praticien). Ils lui trouvaient une connotation positive, et non dégradante. Il signifiait non pas incompetent, mais plutôt débutant, laissant entrevoir une marge de progression.

(8) : « *c'est pas incompetent* »

(12) : « *le terme [...] novice [...] ça a un côté positif ; plutôt que 1 [...] c'est une marge de progression* »

3.3. Le niveau compétent

Pour ce niveau, à l'inverse, la majorité des participants trouvaient que les descriptifs reflétaient une perfection inatteignable en tout temps. Ils ressentaient une exigence trop forte pour y accéder, même en fin d'internat.

(5) : « personne est parfait [...] on a l'impression que c'est ce qu'il faudrait atteindre, mais que personne ne pourra [...] on n'arrivera peut-être pas toujours à être au top ; ce n'est pas pour autant qu'on est mauvais »

(3) : « on peut toujours mieux faire dans certains domaines, de toute façon »

Toutefois une minorité interprétait ce niveau différemment : non pas comme n'ayant plus rien à apprendre, mais comme ayant une capacité suffisante à raisonner pour l'acquérir.

(7) : « même si tu n'as pas le diagnostic [...] tu sais raisonner [...] compétent ça veut pas forcément dire que tu n'as plus rien à apprendre »

3.4. Le niveau intermédiaire

Pour eux, il y avait un fossé trop important entre ce niveau et celui de novice ou compétent. Ils estimaient que les évaluateurs risquaient de cocher souvent ce niveau par élimination (également en rapport aux reproches faits précédemment sur les 2 autres niveaux). Tous ont fini par suggérer la nécessité d'un curseur ou de graduations pour le niveau intermédiaire, afin de pouvoir être plus représentatif du niveau où se situe l'interne. Cela permettrait une évaluation plus subtile.

(8) : « novice [...] c'est [...] il sait pas faire grand-chose voire rien du tout [...] compétent [...] ça y est tout est parfait ; et qu'il y a un intermédiaire entre les deux. [...] du coup [...] facilement on pourrait être amené à mettre intermédiaire partout [...] ça manque [...] de souplesse »

(10) : « mettre une barre de progression [...] ou il est vraiment intermédiaire, on met le trait au milieu ; il est intermédiaire plus proche d'être compétent, mettre le trait plus proche de compétent »

4. L'utilisation de la FENCIS

4.1. L'utilisation effective, par les participants

Dans le premier FG aucun des participants n'avait utilisé la FENCIS. Dans le second, seul un participant l'avait utilisé pour un bilan de mi stage, ayant un maître de stage déjà sensibilisé à cette fiche.

(8) : « je [...] l'ai utilisée [...] comme j'ai un de mes maîtres de stage qui fait partie du DMG »

L'animateur a donc demandé aux autres de se projeter pour évaluer l'intérêt de cette fiche.

4.2. Les utilisateurs potentiels de la FENCIS

4.2.1. Les internes et l'autoévaluation

Nombreux sont ceux qui jugeaient difficile de s'évaluer soi-même. De plus, pour mieux pouvoir se positionner dans leur autoévaluation, ils trouvaient qu'il manquait des niveaux intermédiaires, ou tout du moins un curseur dans le niveau intermédiaire.

(6) : « *c'est [...] difficile de se juger [...] d'être objectif soi-même [...] rien ne correspond vraiment [...] on voudrait des niveaux encore intermédiaires* »

Dans le second FG quelques-uns soulignaient tout de même son importance, afin de pouvoir progresser par soi-même.

(12) : « *d'où l'intérêt de l'auto-évaluation [...] parce qu'on apprend quand même [...] pour la formation plus tard de médecine générale [...] il faut savoir le faire par soi-même* »

Toutefois, certains pensaient qu'ils s'en étaient très bien passés jusque-là pour évaluer leur progression.

(4) : « *on se rend tous compte [...] qu'au début de l'internat on se met plutôt dans novice ou intermédiaire [...] en fin d'internat on est plutôt intermédiaire ou compétent [...] est-ce qu'on a vraiment besoin de cet outil-là ?* »

4.2.2. Les maîtres de stage et la supervision

Pour beaucoup, le rôle d'un maître de stage compétent était de guider l'interne dans sa formation, en repérant et en soulevant ses lacunes. Ils pensaient qu'elles pourraient être plus faciles à mettre en évidence grâce à cette fiche.

(6) : « *il y a peut-être d'autres problèmes dont on ne se rend pas compte [...] qui permettrait [...], en faisant [...] le bilan de compétence [...], de se dire [...] j'avais pas pensé à ça [...] mais [...] là j'ai un problème* »

Cette aide était considérée d'autant plus précieuse pour les maîtres de stage hospitaliers non issus de formation de MG.

(10) : « *en hospitalier [...] ça mériterait [...] qu'ils soient [...] briefés sur l'intérêt de cette fiche [...] c'est [...] à but de nous faire progresser* » »

Certains pensaient même que seuls les maîtres de stage devaient avoir à l'intégrer, dans le but de faciliter la progression de l'interne, sans que l'interne n'ait à s'en préoccuper. Ils ajoutaient qu'ils pourraient leur faire part de leurs remarques tout en s'appuyant dessus, mais sans forcément la sortir lors du bilan.

(2) : « *c'est plus intéressant d'avoir des prat. qui nous disent [...] là c'est bien, mais tu peux peut-être progresser [...] dans tel domaine, sans dire que eux de leur côté ils ont cette grille de compétence ; ils peuvent se l'intégrer dans leur tête pour nous* »

Toutefois quelques-uns restaient perplexes quant à son utilité. Ils considéraient que les maîtres de stage n'en avaient pas besoin pour faire les remarques qu'ils jugeaient nécessaires lors d'un bilan.

(2) : « *quand il y a des réflexions à me faire, on me les fait [...] on n'a pas besoin de cette fiche pour me dire ce qui ne va pas ; mais je me trompe peut-être* »

4.3. L'utilisation de la FENCIS lors du bilan de fin de stage

4.3.1. Remplissage en présence de l'interne

Pour tous sans exception l'évaluation devait se faire en leur présence, pour que ce soit constructif. L'intérêt était de pouvoir discuter des lacunes à combler mais aussi de valoriser les progrès.

(1) : « *l'intérêt c'est on discute [...] il y a eu des difficultés par rapport à ça, mais il y a eu telle ou telle progression* »

4.3.2. Avec un évaluateur qui connaît l'interne

Ils trouvaient important et plus objectif que l'évaluateur soit quelqu'un qui les a vus travailler tout au long du stage.

(10) : « *j'ai été évaluée par le chef de service, qui me connaît pas et qui [...] avait mis [...] en présentation de dossier [...] ça je ne t'ai jamais vu en présenter donc [...] je ne vais pas te mettre bien, je vais te mettre moins bien [...] là, je fais [...] je veux bien être évalué par quelqu'un qui m'a vu faire* »

Et s'ils étaient plusieurs maîtres de stage, les internes réclamaient à ce qu'au moins ils se concertent avant le bilan, car ils pouvaient ne pas être tous d'accord sur le niveau de certaines compétences de l'interne.

(7) : « *le bilan de fin de stage doit se faire avec tous les maîtres de stage, ou au moins qu'ils communiquent entre eux, qu'ils se mettent d'accord sur ce qui est coché* »

4.3.3. Avec un évaluateur qui connaît la formation de MG

L'utilité de la FENCIS a été jugée primordiale, surtout pour les maîtres de stage hospitaliers non issus de formation de MG. Elle faciliterait l'homogénéisation de l'évaluation d'un stage à l'autre, et l'évaluation n'en serait que plus sérieuse et objective.

(11) : « pour les hospitaliers [...] ils font pas autant de prévention [...] ils se disent [...] il doit expliquer le natispray, c'est bien [...] c'est pas ce qu'on attend des compétences d'un médecin généraliste [...] ça lisse un peu [...] les résultats »

4.4. Les autres circonstances d'utilisation de la FENCIS (hors bilan de fin de stage)

Cette question n'a été abordée que lors du second FG, une fois que l'animateur leur ait expliqué l'utilisation théorique de la FENCIS prévue par le DMG : effectuer une évaluation en « début » et en fin de stage.

4.4.1. En début de stage

Une seule idée était en faveur d'une évaluation dès le début du stage. En effet, en connaissant d'emblée les points faibles de l'interne qui arrive en stage, le nouveau maître de stage pourrait s'attarder sur ceux-ci en vue de le faire progresser dessus au plus tôt.

(10) : « il peut se dire [...] effectivement tu étais en difficulté au stage d'avant [...] nous on va tout faire pour te faire progresser »

Mais ce sont surtout des réticences qui ont été exprimées par les participants. La majorité pensait que leur nouveau maître de stage ne devait pas reprendre avec eux la FENCIS dès le début du stage.

Déjà, parce que l'évaluation de la fin du stage précédent venait d'être effectuée. Et tout simplement parce qu'il ne les connaissait pas encore. Il leur paraissait difficile de juger des compétences de l'interne sans l'avoir vu progresser dans le service, ou lui demander d'être d'emblée opérationnel.

(7) : « en début de stage [...] on se réhabitue à un nouveau fonctionnement [...] on n'est [...] pas tout de suite [...] prêts [...] donc arriver dans le nouveau stage, et le premier jour reparler de l'évaluation qu'on a faite la veille avec le chef de service qui nous connaissait depuis 6 mois, avec un médecin qui nous connaît pas encore, alors qu'en parler au bout de 3 mois, ça a son sens de comparer les évaluations »

D'autre part, en ayant accès à l'évaluation du stage précédent, le risque que le nouveau maître de stage, voire l'équipe entière, ait des préjugés sur l'interne n'était pas négligeable. Il leur paraissait nécessaire que le nouveau maître de stage puisse se faire sa propre opinion, sans être influencé.

(12) : « si il [...] voit « s'implique avec le patient » et que c'est écrit novice, si le chef de service [...] dit [...] notre interne qu'on va recevoir [...] il est pas très fin [...] il arrive avec déjà une réputation qui peut braquer [...] il aura même pas le temps de se justifier si il y a eu un problème dans l'équipe »

(11) : « je pense, à chaque début de stage de laisser un peu la chance au maître de stage d'apprendre à connaître la personne »

4.4.2. A mi stage

L'utilité principale de l'évaluation à mi stage, dégagée par les participants, était de repérer et soulever les lacunes de l'interne. Le stage pourrait ainsi être réorganisé, tant que possible, pour s'adapter aux besoins de formation de l'interne afin de tenter de les combler.

(7) : « en SAFE [...] à mi stage on avait fait une évaluation [...] et derrière [...] les maîtres de stage ont orienté, et essayé de m'impliquer justement quand ça touchait à ces carences. Donc, j'imagine si j'avais utilisé la fiche, que évidemment ça aurait servi »

Ils ont souligné l'importance que l'évaluation de mi stage se fasse sur la même feuille que celle de fin de stage, pour pouvoir mieux apprécier la progression en fin de stage.

(11) : « c'est bien qu'il y ait les trucs de mi stage sur la même feuille [...] elle n'est pas finie de remplir, il va falloir y retourner [...] ça oblige à voir la progression »

Ils étaient plus sceptiques quant à la pertinence, de comparer les compétences d'un stage à un autre, notamment lors d'un passage entre un stage ambulatoire à un stage hospitalier (ou vice versa), où les compétences (ou leurs niveaux) pouvaient diverger ou ne pas être transposables.

(7) : « sur une évaluation hospitalière, on serait susceptible d'être intermédiaire ou compétent facilement si on a bien compris le mouvement du service [...] mais je ne suis pas sûr, que ce soit [...] transposable entre deux stages [...] tout de suite se poserait la question entre l'hospitalier et l'ambulatoire [...] je ne sais pas si ce sera toujours pertinent »

Par contre ils trouvaient que c'était un moment adéquat pour parler d'éventuelles discordances avec l'évaluation du stage précédent.

(11) : « c'est [...] intéressant de pouvoir en parler [...] pourquoi moi je trouve que tu es compétent là-dedans et lui il avait mis novice ? [...] On lui explique et puis ça prend du sens pour l'interne aussi »

D'autres avançaient que cela pouvait aussi permettre d'aborder des sujets délicats, qu'ils n'oseraient aborder autrement que via la fiche qui en fait mention (comme la communication avec l'équipe soignante).

(11) : « *des fois il y a un souci, on ne sait pas trop comment s'y prendre [...] ça permet de lancer le sujet en se basant sur la fiche ; on n'est pas venu pleurnicher mais on fait une évaluation [...] parce que [...] c'est difficile [...] quand il y a un problème dans une équipe de soins* »

4.5. Autre utilité potentielle de la FENCIS : Evaluer la pédagogie d'un lieu de stage

Certains participants du second FG ont proposé une utilisation rétrospective de la FENCIS, par analyse des évaluations d'internes passés dans un même stage. Cela permettrait de mettre en évidence, par exemple, un problème de communication plutôt en lien direct avec l'équipe soignante du service concerné, et non pas un manque de compétence intrinsèque à l'interne. Ainsi, on pourrait améliorer le niveau de compétence pédagogique d'un lieu de stage, pour les internes à venir.

(12) : « *ça peut permettre de voir aussi, si c'est l'interne qu'arrive pas à progresser [...] en fait [...] on va reprendre les fiches, et c'est le service où il y a un problème relationnel depuis [...] cinq stages* »

DISCUSSION

1. Principaux résultats

1.1. Les outils pédagogiques fournis par le DMG (hors FENCIS)

Il existe déjà de nombreux outils. Mais la plupart étaient considérés par les internes seulement comme des guides ou des aides à la progression dans leur formation. Ils n'étaient pas vus comme des moyens d'évaluation de leur avancée dans la construction de leurs compétences professionnelles (ou en tout cas pas utilisés comme tels).

Dans cette étude on remarque que les internes comptaient surtout sur les échanges avec leurs maîtres de stage (ou leur tuteur), pour avancer dans leur formation. Les internes attachaient plus d'importance à la supervision qu'à l'évaluation, et donc à l'aide que les maîtres de stage pouvaient leur apporter en les orientant dans leur formation. Ces derniers étaient perçus comme des accompagnateurs plus que des évaluateurs.

1.2. Les généralités sur les descriptifs des compétences de la FENCIS et de leurs niveaux

Dans le premier FG dominait un sentiment de perplexité quant à l'utilité de cet outil : l'outil était considéré scolaire, et jugeant. Ils ne souhaitaient plus qu'on leur impose ce type d'outil. Certes ils trouvaient la grille d'évaluation claire et concise, mais ils reprochaient aux descriptifs d'être exhaustifs ou abstraits ce qui impliquait une difficulté d'intégration.

Dans le second FG à l'inverse, les items étaient jugés pertinents quel que soit le stage à évaluer. Ils trouvaient les descriptifs précis, clairs et même nécessaires pour permettre une progression et une évaluation plus objective.

1.3. Les descriptifs des niveaux de compétences respectifs

Les niveaux « novice » : Dans le premier FG, leurs termes étaient considérés trop négatifs, voire dégradants. Dans le second, ce niveau était perçu plutôt comme « débutant ».

Les niveaux « compétent » : pour la majorité, leur contenu reflétait, à l'inverse, une perfection inatteignable en tout temps.

Les niveaux « intermédiaire » : les participants ont surtout suggéré que soit inclus un curseur pour ajouter des graduations, afin d'être plus représentatif du niveau où se situe l'interne. Cela rendrait l'évaluation plus subtile, et permettrait de donner une meilleure visibilité de l'état de progression.

1.4. L'utilisation de la FENCIS par les internes

Certains dans le second FG voyaient en elle une fiche d'autoévaluation, qui leur permettrait d'avancer dans leur formation par eux-mêmes (à la condition d'ajouter un curseur sur le niveau intermédiaire).

1.5. L'utilisation de la FENCIS par les maîtres de stage

- Hors évaluation de fin de stage : pour la majorité des participants, il paraissait évident que son utilisation faciliterait le repérage des lacunes des internes. Elle permettrait une meilleure supervision (également pour les maîtres de stage hospitaliers non issus de formation de MG), en s'adaptant aux besoins de formation de l'interne. Toutefois, certains pensaient que les maîtres de stage n'avaient pas besoin d'elle pour émettre leurs critiques. Sinon ils lui trouvaient un autre intérêt : en ayant une trame pour l'entretien, les internes pourraient plus facilement parler de sujets délicats, qu'ils n'oseraient aborder autrement que via la fiche qui en fait mention (comme la relation avec l'équipe soignante).

Par ailleurs, ils trouvaient plus pertinent que les bilans de « début » de stage, reprenant l'évaluation de fin du stage précédent, n'aient pas lieu en début mais à mi stage. Cela laisserait le temps à l'interne de s'adapter au nouveau stage, et au maître de stage de se faire sa propre opinion des capacités de l'interne, sans avoir de préjugés. Ils ont souligné l'importance que les résultats soient reportés sur la même feuille d'évaluation que celle de fin de stage, pour permettre ainsi un meilleur aperçu de leur progression.

- Lors du bilan d'évaluation de fin de stage : la FENCIS permettrait l'homogénéisation des évaluations d'un stage à l'autre. Ils suggéraient qu'il se fasse en présence de l'interne, afin de pouvoir bénéficier de critiques constructives, et que l'évaluateur soit quelqu'un qui les ait vu évoluer au sein du stage, pour plus d'objectivité.

1.6. Une utilisation annexe de la FENCIS

Grâce à cette fiche, ils ont également soumis l'idée de pouvoir évaluer la pédagogie des lieux de stage, en analysant rétrospectivement les évaluations des internes passés au sein d'un même stage. Elle pourrait aider à soulever d'éventuelles lacunes pédagogiques, qui une fois mises en évidence pourraient être corrigées. Ceci permettrait aux futurs internes de bénéficier d'une meilleure formation, en améliorant le niveau de compétence pédagogique au sein de ces lieux de stage.

2. Critique de la méthode

2.1. La recherche qualitative et son inconvénient majeur

Il ne peut y avoir d'extrapolation à la population générale, car l'échantillon n'est pas représentatif. [15-19]

2.2. La méthode par Focus Group

Ses avantages :

Elle permettait aux participants de s'exprimer librement tout en étant guidés par les questions de la grille d'entretien. La dynamique de groupe quant à elle faisait émerger des idées et des réactions. [15-19]

Le recrutement s'étant fait auprès des internes en SASPAS au cours des GEAP, la plupart des participants se connaissaient et avaient l'habitude d'échanger entre eux. Cette particularité du groupe a permis à la discussion d'être menée dans un contexte « convivial ». [15-19]

Ses inconvénients :

En lien avec l'échantillon :

- Seulement 2 FG ont pu être organisés, avec un nombre limité de participants (par manque de volontaires disponibles). Il est difficile d'être certain d'avoir atteint une saturation des données à leur terme. Cela pourrait mettre à mal la validité des résultats de cette étude. [17-18]
- Par ailleurs, la population cible visait ici des internes en fin de parcours de leur DES de MG [19]. Or, l'intérêt et la mise en application de la FENCIS toucherait surtout les internes qui leur succèderaient. Ce choix a tout de même été fait. Il était important d'avoir leur regard pour obtenir une vue d'ensemble sur les outils qu'ils avaient pu utiliser depuis le début de leur internat. Le but était de pouvoir mettre en avant ce que la FENCIS aurait pu leur apporter de plus. Il est vrai, qu'après analyse du contenu du verbatim, l'enthousiasme suscité vis-à-vis de la FENCIS était faible, chez les participants du premier FG. Toutefois cela a permis d'écarter un biais de recrutement, et cela n'a pas empêché d'obtenir de nombreuses informations pertinentes auprès d'eux. [18]

En lien avec le choix des animateurs :

Pour des raisons de délai, de disponibilité et de faisabilité, les animateurs étaient certes expérimentés, mais faisaient partie du DMG et animaient les GEAP [19]. Pour faire en sorte qu'ils aient une position la plus neutre possible, l'animateur de chaque FG ne côtoyait évidemment pas les participants dans leur GEAP [19]. Malgré cela, leur statut au sein du DMG a pu induire des biais, et influencer les prises de parole ou les réponses fournies par les participants (peur d'être jugés ? désir de donner des réponses justes ?...) [16]. Afin de limiter cela, les animateurs avaient précisé au début de chaque séance, que leur rôle n'était pas de porter de jugement [16]. Ils ont précisé qu'au contraire ils souhaitaient des réponses honnêtes (quelles qu'elles soient), tout en rappelant que cela resterait confidentiel [16-19].

En lien avec la méthode :

D'autres biais potentiels doivent être évoqués. On ne peut se défaire de raisons culturelles propres à chacun, en rapport avec sa personnalité. Elles influencent notamment la facilité de la prise de parole (répartition du temps de parole en Annexe VII), l'émission d'idées personnelles, ou encore l'émergence de contradictions au cours des échanges. Cela peut faire perdre l'intérêt du FG : les membres peuvent se conformer à l'opinion de la majorité et non à leur propre opinion, ce qui est difficile à déterminer (consensus réel ou influence ?). [18-19]

Par ailleurs il s'agit d'une méthode interprétative, et l'analyse (dans cette étude) a été effectuée par une seule et même enquêtrice. Il n'y a donc pas eu de triangulation, ce qui aurait pu renforcer la validité des résultats. [15-17-19]

3. Discussion des résultats

Le contrat social, le professionnalisme, et les outils pédagogiques

Selon la littérature, il existe un contrat social implicite entre la médecine et la société. Cette dernière exige des garanties de compétences en vue de l'attribution des certifications professionnelles. Cela a fait renaître le besoin d'explicitier ce qu'est le professionnalisme médical et les responsabilités qui lui incombent [27].

Mais il existe des difficultés pour évaluer et certifier le niveau de professionnalisme et donc pour construire les programmes d'enseignement adéquats à ces exigences sociétales [8-23]. Dans cette optique, des démarches ont été entreprises pour l'élaboration de référentiels pédagogiques explicites, soutenues par la CIDMEF (Conférence internationale des doyens des facultés de médecine d'expression française) et par l'OMS (Organisation Mondiale de la Santé) [7-23].

Ainsi une charte internationale du professionnalisme médical a été élaborée afin d'explicitier enfin les obligations professionnelles [27]. Elle définit les valeurs et les principes fondamentaux et universels liés à la profession en vue d'harmoniser le système des soins de santé [8-26]. Le CNGE s'en est inspiré lors de la création du référentiel métier des médecins généralistes [9].

D'autres outils ont été élaborés dans le même but, tels que les grandes familles de situation clinique [8], les définitions et descriptions des compétences [6], et celles des différents niveaux de compétences [7].

La FENCIS

Un outil d'évaluation

Comme le soulignent les internes ayant participé à cette étude, le DMG fourni déjà de nombreux outils pour les aider à progresser dans leur formation. Mais la plupart étaient considérés comme des guides, ou des aides, et non pas comme des moyens d'évaluation de leur progression dans la construction des compétences professionnelles.

La FENCIS est le premier outil qui a été créé en s'inspirant de tous ces référentiels, dans le but de permettre la construction [1], l'évaluation authentique et la certification/validation des compétences professionnelles requises [1-7].

La définition et la description des compétences

Le CanMEDS (The Royal College of physicians and surgeons of Canada) avait pris le parti d'utiliser plutôt des qualificatifs pour définir et décrire les compétences. En France, à l'instar de la WONCA (World Organization of National College Academies ; dont le CNGE est une branche européenne), elles ont été explicitées clairement en utilisant des substantifs, afin de mieux refléter l'aspect complexe, global et intégratif de la compétence. Pour enrichir la signification et donner plus de cohérence au contenu, il y a eu également une évolution de découpage des compétences par rapport à celles de la WONCA [6].

Pourtant dans cette étude plusieurs ont critiqué l'emploi de descriptions exhaustives et parfois abstraites rendant difficile leur intégration. D'autres, par contre, les considéraient précises, claires et même nécessaires pour permettre une progression et une évaluation objective.

La description des niveaux de compétences

Au Canada, une méthode développée par Allen et al., a permis de définir un (et seulement un) niveau de compétence à atteindre pour la certification des jeunes médecins généralistes. Elle n'a pas proposé non plus de

méthode pour l'évaluation de leurs performances. En France, plusieurs niveaux de compétences ont été définis, de manière plus approfondie, ainsi que des descripteurs de ces niveaux [7].

Principalement pour les niveaux « intermédiaire », les internes suggéraient tout de même d'y ajouter des graduations en vue de permettre une évaluation plus représentative de leur progression dans la formation.

Quant aux termes employés pour la description des niveaux « novice », a été critiquée leur négativité quasi-systématique. Cela engendrait chez certains un sentiment de dévalorisation.

En ce qui concerne le niveau « compétent » : certes dans la littérature, il semble bien refléter ce qu'on attend du jeune médecin au sortir de sa formation initiale [7]. Mais dans cette étude, sa description reflétait, selon eux, une perfection qui leur semblait inatteignable, risquant un découragement de leur part.

Or, les écrits dans la littérature précisent qu'il faut surtout éviter que l'interne se sente incompetent, ou contraint [22]. Il vaut mieux au contraire conditionner la confiance en soi et l'estime de soi des internes, en passant éventuellement par des encouragements [22]. En effet, certains internes dans cette étude, avaient bien signifié leur manque d'enthousiasme face à toute contrainte imposée par le DMG. L'évaluation via la FENCIS en faisait partie, du fait notamment de la signification péjorative qu'ils associaient aux termes de chaque niveau.

Il serait peut-être intéressant aussi pour les internes d'avoir connaissance de la description des niveaux de maître et d'expert, pour leur permettre de s'approprier l'idée que la construction de leurs compétences se poursuivra tout au long de leur vie professionnelle [7].

L'autonomie et l'autoévaluation

Dans cette étude, certains trouvaient que la FENCIS pourrait également servir à s'autoévaluer, afin de pouvoir progresser de façon autonome. Mais la plupart jugeaient difficile de s'évaluer soi-même.

Bien qu'il faille veiller à ce que l'interne ait le sentiment d'avoir un espace d'autodétermination et de liberté dans le cadre de sa formation, pour garantir un niveau de motivation et par conséquent la qualité de l'apprentissage, la littérature précise que l'autonomie des internes et leur capacité à s'autoévaluer et auto-diriger leurs apprentissages est souvent déficiente [22-25]. En effet ils présentent souvent une difficulté face à l'évaluation de leurs besoins de formation, liée à l'absence de perception de besoins pourtant réels, dits scotomes, qui est attribuée à une méconnaissance profonde d'une partie de leur pratique [24-25].

D'ailleurs, dans cette étude, on remarque que les internes comptaient beaucoup sur les échanges avec les enseignants, notamment avec leurs maîtres de stages, et principalement en ambulatoire, pour avancer dans leur formation. Ils étaient perçus comme des accompagnateurs plus que des évaluateurs.

Les difficultés quant à son utilisation

Dans cette étude, bien que certains trouvaient les items pertinents quel que soit le stage à évaluer, d'autres avaient exprimé leur perplexité quant à l'utilité de cet outil, qu'ils considéraient scolaire et jugeant plus qu'évaluateur.

Il est avéré que toute réforme suscite toujours son lot de résistance, d'où la nécessité d'essayer d'anticiper les risques de rejet en sollicitant l'engagement et la motivation profonde des personnes notamment grâce à l'interaction de l'apprenant avec ses enseignants [23-25].

Toutefois, le problème n'est souvent pas lié aux outils eux-mêmes (dont les dispositifs d'évaluation), mais à la pertinence de leur utilisation par rapport au but poursuivi, et qui conditionne la qualité d'un programme de formation, donc de l'apprentissage qui doit être cohérent avec l'objectif à atteindre [22-24-25].

D'où la nécessité d'un contrat didactique clair entre enseignant et apprenant, sur les finalités et les méthodes de la formation, au risque sinon de conduire à une démotivation ou à une frustration [22].

Le rôle et les responsabilités pédagogiques de l'enseignant-maître de stage

Dans la littérature le rôle de l'enseignant est effectivement considéré comme déterminant dans une démarche éducative centrée sur l'apprenant [22-23]. Ils ont un rôle « capital » d'accompagnement et de soutien [22]. On parle maintenant de rôle de facilitateur d'apprentissage [21].

Dans cette étude, les internes leur attribuaient, en effet, un rôle d'accompagnateurs. Il s'agissait de les recadrer dans leur formation : en repérant leurs lacunes, en leur faisant bénéficier de critiques constructives, et en adaptant leur supervision à leurs besoins de formation.

Dans la littérature, l'analyse des besoins prioritaires éducationnels, en référence aux compétences professionnelles, est en effet considérée comme une entité réelle et indiscutable de la démarche de planification pédagogique [24-25]. Or savoir identifier ces besoins requiert d'avoir des compétences pédagogiques dans le domaine du professionnalisme pour l'opérationnaliser [23-24-25].

Dans la continuité de l'analyse des besoins : le référentiel des grandes familles de situation clinique [8] permet de donner des pistes d'action pour organiser des situations d'apprentissage pertinentes et adaptées aux besoins des apprenants [7-21-23-25].

De plus, le fait de conduire à faire rencontrer aux internes des objectifs-obstacles favoriserait l'acquisition de connaissances dites conditionnelles, qui se font en situation authentique [21-22]. D'une part

elles permettent, par l'utilisation de la mémoire épisodique, de favoriser l'acquisition de connaissances en lien avec une situation émotionnelle [22]. D'autre part elles permettent de susciter un questionnement d'ordre métacognitif, permettant également à l'interne de prendre conscience de l'importance de certaines compétences, parfois négligées ou ignorées jusqu'alors, voire d'éprouver un besoin d'évoluer dans leurs représentations de la pratique [21-22]. En ce sens, il est essentiel de considérer une construction active et individuelle des connaissances [22].

Dans cette étude, cette prise de conscience avait été relevée, notamment lors des passages en stages ambulatoires, du fait d'une pratique pour eux inhabituelle.

Par ailleurs, il est également conseillé dans la littérature :

- que l'enseignant ait une attente sur la capacité d'amélioration des performances de l'apprenant, car elle permettrait d'augmenter les chances de cette dernière par effet Pygmalion [22].
- d'insister sur le message essentiel à privilégier, idéalement à l'aide d'un support visuel (le stimulus visuel étant le plus efficace) [22]. D'ailleurs, dans cette étude, la FENCIS étant considérée utile par la plupart des internes pour servir entre autre de trame aux entretiens.
- de favoriser la répétition, la disparition des informations encodées dans la mémoire à court terme étant contrée par la répétition. Cela fait partie d'une stratégie élémentaire pour l'apprentissage [22].

Le tout est de créer une dynamique d'adhésion en éveillant l'intérêt de l'interne, pour permettre l'appropriation de la méthode pédagogique proposée. Il est important que l'utilisation de l'approche par compétence, et donc de la FENCIS, ait du sens et soit perçue comme pertinente pour la formation. L'interne pourra ensuite élargir sa représentation du métier, et sa motivation conditionnera l'encodage et l'apprentissage de nouvelles connaissances et pratiques [22-23-24].

Suggestions des internes pour une formation pédagogique

Les internes jugeaient pertinent d'effectuer un bilan à mi stage, et de noter les performances atteintes sur la même feuille que pour l'évaluation de fin de stage, afin d'avoir un meilleur aperçu de leur progression. De plus ils ont émis le souhait, afin de bénéficier d'une évaluation objective en fin de stage, d'être évalués par un maître de stage qui les a justement accompagné et qui les a vu évoluer.

Grâce à cette fiche, les internes ont soumis l'idée de s'en servir également pour évaluer la pédagogie des lieux de stage, et donc celle des maîtres de stage, afin de pouvoir soulever d'éventuelles lacunes, et permettre par la

suite d'améliorer la formation des futurs internes.

Dans la littérature, et dans ce sens, on propose qu'un travail de recensement soit fait sur l'impact réel de ces démarches sur le contenu des formations qui en ont bénéficié [24].

4. Pistes de réflexion

En pratique, la première chose à faire serait de réaliser une autre étude, auprès d'un plus grand nombre d'internes. Il faudrait qu'ils aient effectivement utilisé la FENCIS lors de bilans ou d'évaluations de stage sur plusieurs semestres. D'une part, cela aboutirait à un recueil de données qui arriverait plus certainement à saturation. Et d'autre part, cela permettrait d'étayer ou de réfuter les propos recueillis dans cette étude, voire d'obtenir des pistes supplémentaires. Peut-être serait-il également intéressant de réaliser une étude pour recueillir cette fois-ci le point de vue des maîtres de stage.

Toutefois, à travers cette étude, il apparaît déjà quelques pistes intéressantes dans le but d'améliorer cet outil, et ainsi permettre une meilleure adhésion des internes à cette nouvelle approche.

Afin de moins percevoir l'évaluation comme un jugement, ou une sanction, les descriptifs des niveaux novices pourraient être formulés de manière moins négative. Pour ce qui est des niveaux compétents : il pourrait être précisé que pour les atteindre, il ne s'agit pas de respecter tous les critères décrits et en tout temps, mais de tendre vers eux le plus souvent. Il serait peut-être judicieux que les internes aient connaissance des deux stades d'acquisition des compétences qui succède au niveau compétent, et qui concernent l'après internat (la maîtrise puis l'expertise). Cela leur donnerait une vision d'ensemble plus globale. Peut-être que leur sentiment de perfection vis-à-vis du niveau compétent s'estomperait.

Une autre suggestion, concernant la grille de la FENCIS, serait de faire apparaître un curseur avec des graduations dans les cases des différents niveaux. Cela induirait une évaluation plus subtile et représentative du niveau de l'interne, et permettrait une meilleure visibilité de leur progression tout au long du cursus.

Quant à l'utilisation de la FENCIS, les internes préconisaient d'en discuter avec leur nouveau maître de stage à mi stage (et non au début). Puis que l'évaluation de fin de stage se fasse avec un évaluateur qui a suivi leur parcours. Le DMG pourrait quant à lui envisager d'évaluer la pédagogie des lieux de stage, dans la mesure du possible, par analyse rétrospective des évaluations des internes.

CONCLUSION

La FENCIS pourrait réunir les avantages de certains des outils fournis par le DMG et avoir plusieurs fonctionnalités, en plus d'être un moyen d'évaluation-notation.

Elle pourrait servir de guide personnel pour les internes et les maîtres de stage, y compris hospitaliers, dans la formation de médecine générale.

Pour les internes cela leur permettrait de connaître les attentes de la formation de façon précise. Elle pourrait également permettre aux internes de s'autoévaluer, et s'investir de façon individuelle dans leur progression.

Pour les maîtres de stage cela leur permettrait d'être informés sur toutes les compétences attendues d'un futur médecin généraliste, et grâce à elle de pouvoir plus facilement repérer les lacunes des internes pour ensuite les aider à progresser. Cela améliorerait les supervisions, et aiderait à une prescription pédagogique pertinente adaptée aux besoins de formation de chacun. La FENCIS pourrait aussi leur servir de trame pour mener leurs entretiens auprès des internes.

Et enfin, elle servirait d'outil d'évaluation plus objective des compétences en fin de chaque stage. Tout cela incluant des échanges, jugés primordiaux, entre les internes et leurs maîtres de stage, qui ont à la fois un rôle d'accompagnateurs et d'évaluateurs dans la formation des internes.

Cette étude explore donc des pistes sur l'intérêt que peuvent porter les internes à la FENCIS, pour construire leurs compétences professionnelles. Les résultats de cette étude suggèrent aussi des pistes en vue d'améliorer cet outil. Elles permettraient d'obtenir une meilleure adhésion des internes à l'approche par compétence.

Toutefois il est nécessaire que d'autres études viennent compléter ce travail afin de corroborer ou non ces résultats obtenus sur un petit échantillon, et sur une population n'ayant pas vraiment utilisé la FENCIS.

BIBLIOGRAPHIE

- [1] Nguyen DQ, Blais JG. Approche par objectifs ou approche par compétences ? Repères conceptuels et implications pour les activités d'enseignement, d'apprentissage et d'évaluation au cours de la formation clinique. *Pédagogie Médicale*. 2007 Nov ; 8 (4) : 232-51.
- [2] Chartier S, Ferrat E, Djassibel M, Bercier S, Compagnon L, Renard V, Attali C. La mise en œuvre d'un programme d'apprentissage dans une logique de compétence : difficultés et propositions. *Exercer*. 2012 ; 23 (103) : 169-74.
- [3] Attali C, Bail P, Lebeau JP, Piriou C, Compagnon L. Certifier les compétences nécessaires à l'exercice de la médecine générale, Guide Pratique de l'enseignant clinicien ambulatoire en médecine générale, volume 4. Paris : Éditions scientifiques L&C ; 2011 Mar.
- [4] Chartier S, Le Breton J, Ferrat E, Compagnon L, Attali C, Renard V. L'évaluation dans l'approche par compétence en Médecine Générale. *Exercer*. 2013 ; 24 (108) : 171-7.
- [5] Compagnon L, Bail P, Huez JF, Stalnikiewicz B, Ghasarossian C, Zerbib Y, Piriou C, Ferrat E, Chartier S, Le Breton J, Renard V, Attali C. Les niveaux de compétences. *Exercer*. 2013 ; 24 (108) : 156-64.
- [6] Université de Sherbrooke-Voir au futur. (page consultée le 31/07/16). Jacques Tardif, Professeur émérite en éducation. 2014. [en ligne]. <https://www.usherbrooke.ca/accueil/fr/udes-en-bref/professeurs-emerites/liste-des-professeurs-emerites/t/jacques-tardif/>
- [7] La plateforme Blog de l'Université Saint-Joseph de Beyrouth. (page consultée le 31/07/16). Notice biographique (Jacques Tardif). [en ligne]. <http://pedagogieuniversitaire.blogs.usj.edu.lb/files/2013/03/CV-Jacques-TARDIF.pdf>
- [8] Université de Lorraine-SU2IP. (page consultée le 31/07/16). Conférence de Jacques Tardif. [en ligne]. <http://sup.univ-lorraine.fr/conferences-2/jtardif/>
- [9] Druais PL, coordonnateur du groupe de rédaction, Président du CNGE. Référentiel métier et compétences des médecins généralistes. CNGE. 2009 Juin.
- [10] Chartier S, Adeline-Duflot F, Le Breton J, Compagnon L, Bercier S, Ferrat E. La mise en œuvre d'un programme d'apprentissage dans une logique de compétence : aspects théoriques et retour d'expérience. *Exercer*. 2014 ; 25 (111) : 33-9.

- [11] Compagnon L, Bail P, Huez JF, Stalnikiewicz B, Ghasarossian C, Zerbib Y, Piriou C, Ferrat E, Chartier S, Le Breton J, Renard V, Attali C. Définitions et descriptions des compétences en Médecine Générale. Exercer. 2013 ; 24 (108) : 148-55.
- [12] Attali C, Huez JF, Valette T, Lehr Drylewicz AM. Les grandes familles de situations cliniques. Exercer. 2013 ; 24 (108) : 165-9.
- [13] Université Paris Descartes. (page consultée le 31/07/16). D.E.S. de Médecine Générale, Année universitaire 2013-2014 : 36-41. [en ligne]. http://dmg.medecine.parisdescartes.fr/wp-content/uploads/sites/3/2014/03/Plaquette_T1_2013-2014.pdf
- [14] Duchesne S, Haegel F. L'enquête et ses méthodes : Les entretiens collectifs. Nathan, pp.126, 2004, 2-09-191309-X br. <halshs-00841629>. [en ligne ; page consultée le 31/07/16]. <https://halshs.archives-ouvertes.fr/halshs-00841629>
- [15] Moreau A, Dedienne MC, Letrilliart L. S'approprier la méthode du « focus group ». Rev Praticien Med Gen. 2004 Mar 15 ; 18 (645) : 382-84.
- [16] Pasquier E. Comment préparer et réaliser un entretien semidirigé dans un travail de recherche en Médecine Générale [Mémoire de Médecine Générale]. Lyon Nord : Faculté ; 2004 Avr.
- [17] Aubin-Augier I, Mercier A, Baumann L, Lehr-Drylewicz, Imbert P, Letrilliart L, et al. Introduction à la recherche qualitative. Exercer. 2008 ; 19 (84) : 142-5.
- [18] Touboul P, Département de Santé Publique CHU de Nice. (page consultée le 31/07/16). Recherche qualitative : La méthode des Focus Groupes, Guide méthodologique pour les thèses en Médecine Générale. [en ligne]. www.nice.cnge.fr/IMG/pdf/Focus_Groupes_methodologie_PTdef.pdf
- [19] Konaté MK, Sidibé A, du Centre d'Appui à la Recherche et à la Formation. (page consultée le 31/07/16). Extraits de guides pour la Recherche Qualitative. Bamako ; 2006. [en ligne]. www.rocure.org/PetitesSubventions_GuideRechercheQuali.pdf
- [20] Hudelson P. La recherche qualitative en médecine de premier recours. Rev Med Suisse. 2004 ; volume 0. 24011. [en ligne ; page consultée le 31/07/16]. <http://revmed.ch/rms/2004/RMS-2497/24011>
- [21] Bernard JL, Reyes P. Apprendre, en médecine (1^{ère} partie). Pédagogie Médicale. 2001 ; 2 (3) : 163-69.
- [22] Bernard JL, Reyes P. Apprendre, en médecine (2^{ème} partie). Pédagogie Médicale. 2001 ; 2 (4) : 235-41.
- [23] Barrier JH, Brazeau-Lamontagne L, Colin R, Quinton A, Llorca G, Ehua F S, le Conseil pédagogique de la Conférence Internationale des Doyens des Facultés de Médecine d'Expression Française. La formation au

professionnalisme des futurs médecins. Recommandations du Conseil Pédagogique de la CIDMEF. Pédagogie Médicale. 2004 Mai ; 5 (2) : 75-81.

[24] Honnorat C, Levasseur G. Quels besoins enseigner, quel besoin d'enseigner ? Pédagogie Médicale. 2001 Fév ; 2 (1) : 26-30.

[25] Jouquain J. La problématique de l'analyse des besoins de formation. Pédagogie Médicale. 2004 Août ; 5 (3) : 133-35.

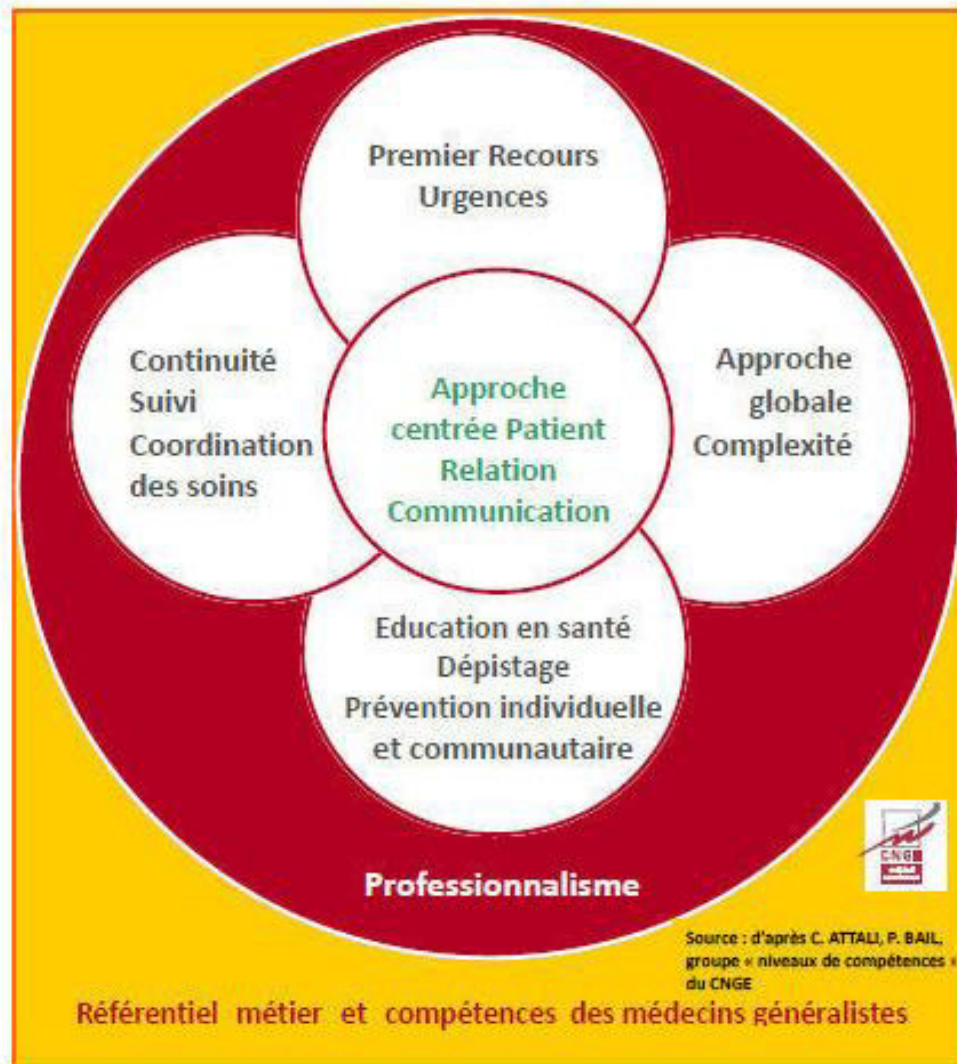
[26] American Board of Internal Medicine Foundation, American College of Physicians-American Society of Internal Medicine Foundation, European Federation of Internal Medicine. Le professionnalisme médical pour le nouveau millénaire : une charte pour les praticiens. Pédagogie Médicale. 2004 Fév ; 5 (1) : 43-5.

[27] Cruess RL, Cruess SR. Professionnalisme, éducation médicale et la « Charte internationale ». Pédagogie Médicale. 2004 Fév ; 5 (1) : 7-10.

TABLE DES MATIÈRES

LISTE DES ABREVIATIONS	VI
RESUME	2
INTRODUCTION	3
METHODE	5
RESULTATS	7
A. Les caractéristiques des participants	7
B. Les données	7
C. L'analyse des données	7
1. Les outils considérés comme des guides dans la formation du DES de MG	7
1.1. La marguerite	7
1.2. Le guide d'auto-évaluation	8
1.3. Les cours de Module A => D	8
1.4. Les Groupes d'Echanges et d'Analyse des Pratiques (GEAP)	8
1.5. Le tutorat	9
1.6. Les échanges avec les maîtres de stage	9
1.7. Le retour des patients	10
2. Les moyens pour mesurer la progression dans la formation (hors FENCIS)	10
2.1. Hors outils fournis par le DMG : Le ressenti par l'expérience	10
2.2. Parmi les outils fournis par le DMG : les outils papiers utilisés en vue de la préparation à la validation du DES	11
3. L'avis des internes sur les niveaux de compétences de la FENCIS et leurs descriptifs	12
3.1. Les généralités	12
3.2. Le niveau novice.....	14
3.3. Le niveau compétent.....	14
3.4. Le niveau intermédiaire	15
4. L'utilisation de la FENCIS	15
4.1. L'utilisation effective par les participants	15
4.2. Les utilisateurs potentiels de la FENCIS.....	15
4.3. L'utilisation de la FENCIS lors du bilan de fin de stage	17
4.4. Les autres circonstances d'utilisation de la FENCIS (hors bilan de fin de stage)	17
4.5. Autre utilité potentielle de la FENCIS : Evaluer la pédagogie d'un lieu de stage	19
DISCUSSION	20
1. Principaux résultats	20
1.1. Les outils pédagogiques fournis par le DMG (hors FENCIS)	20
1.2. Les généralités sur les descriptifs des compétences de la FENCIS et de leurs niveaux	20
1.3. Les descriptifs des niveaux de compétences respectifs	20
1.4. L'utilisation de la FEENCIS par les internes	21
1.5. L'utilisation de la FENCIS par les maîtres de stage	21
1.6. Une utilisation annexe de la FENCIS	21
2. Critique de la Méthode	22
2.1. La recherche qualitative et son inconvénient majeur	22
2.2. La méthode par Focus Group	22
3. Discussion des résultats	23
4. Pistes de réflexion	28
CONCLUSION	29
BIBLIOGRAPHIE	30
TABLE DES MATIERES	33
ANNEXES	I

ANNEXE I – LA MARGUERITE



ANNEXE II – LA FENCIS



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



UFR SANTÉ

FICHE D'ÉVALUATION FORMATIVE DES COMPETENCES DE L'INTERNE EN DES DE MÉDECINE GÉNÉRALE

Nom de l'interne :

Prénom :

Semestre d'internat :

STAGE HOSPITALIER	STAGE AMBULATOIRE
Niveau du stage dans la maquette	Niveau du stage dans la maquette
<input type="checkbox"/> Médecine polyvalente	<input type="checkbox"/> Stage praticien
<input type="checkbox"/> Urgences	<input type="checkbox"/> SASPAS
<input type="checkbox"/> Stage mère-enfant	<input type="checkbox"/> Stage femme enfant
<input type="checkbox"/> Stage libre	<input type="checkbox"/> Stage libre
Etablissement	Maître de stage ambulatoire responsable
Chef de service	Nom :
Nom :	Prénom :
Prénom :	Autres maîtres de stage
Maître de stage hospitalier	Nom&Prénom
Nom&Prénom	Nom&Prénom

Avis du chef de service ou du maître de stage universitaire :

Durée du stage : ☐ entre 6 et 4 mois ☐ moins de 4 mois

Absences injustifiées : ☐ oui ☐ non

Proposition de validation ☐ oui ☐ avis réservé ☐ proposition de non validation

Signature et cachet

Signature de l'interne

Validation institutionnelle du semestre

Stage validé : ☐ oui ☐ non

Participation à au moins une rencontre de tutorat : ☐ oui ☐ non

Participation à au moins un cours de module A : ☐ oui ☐ non



EXEMPLAIRE A CONSERVER PAR L'INTERNE



UFR SANTÉ

EVALUER LES COMPETENCES DE L'INTERNE

Semestre :

Stage :

Etudiant :

	Sans objet pour ce stage	Evaluation 1 (mi-stage)			Evaluation 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 ^{et/ou} 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							



Critères d'évaluation des 3 niveaux : NOV = Novice, INT : Intermédiaire, COMP = Compétent

Premier recours, urgences

- *Présente des aptitudes diagnostiques*

NOV examen clinique souvent imprécis et superficiel, inadapté au problème posé ; connaissances des maladies et de leurs diagnostics limitées, mal organisées, mal utilisées. Ne fait pas le lien entre les données recueillies et la pathologie. Faible capacité diagnostique.

INT examen assez précis, tentant de s'adapter au problème posé ; connaissances des maladies et de leurs diagnostics incomplètes, peu organisées ; analyse correcte des données recueillies et tentative d'établir un lien avec les hypothèses diagnostiques.

COMP examen précis, fiable, orienté en fonction des problèmes du patient, découvre des signes discrets. Connaissances des maladies et de leurs diagnostics approfondies, bien utilisées. Bonne analyse des données recueillies. Capable d'évoquer les hypothèses diagnostiques

- *Présente des aptitudes thérapeutiques*

NOV connaissance limitée des traitements courants ; ne prend pas en compte le rapport bénéfice /risque ; ne prend pas en compte l'inconfort liés aux prescriptions

INT connaissances incomplètes des traitements courants ; prise en compte insuffisante du rapport bénéfice /risque et de l'inconfort liés aux prescriptions

COMP bonne connaissance des traitements courants. Intègre le rapport bénéfice/risque dans sa décision. Réduit l'inconfort du patient.

- *Présente des aptitudes à gérer l'urgence/les soins non programmés*

NOV ne prend pas efficacement en charge les urgences prévalentes. A des difficultés à hiérarchiser ses tâches devant des demandes de soins non programmés.

INT capable de prendre en charge les urgences les moins complexes parmi les urgences prévalentes. Tente de hiérarchiser ses tâches.

COMP capable de prendre en charge les urgences prévalentes de façon adaptée. Hiérarchise ses actions et organise son temps pour répondre aux soins non programmés

- *Est capable d'exécuter avec sécurité les gestes techniques les plus fréquents*

NOV ne pose pas l'indication et ne réalise pas les gestes techniques prévalents avec sécurité

INT pose l'indication et exécute en supervision certains gestes techniques prévalents

COMP pose l'indication et réalise en autonomie et avec sécurité les gestes techniques prévalents

Approche globale, prise en compte de la complexité

- *Prend en compte la globalité du patient (données biomédicales, psychologiques, sociales, administratives, etc.)*

NOV décision ne tenant pas compte de la prévalence ou de la gravité, uniquement basée sur une démarche bioclinique, n'intégrant pas l'avis du patient ni les répercussions de la plainte ou de la maladie sur sa vie et son entourage.

INT décision tentant de prendre en compte la prévalence et la gravité et d'intégrer les données biopsychosociales du patient

COMP décision adaptée à la situation, tenant compte de la prévalence ou de la gravité, basée sur une démarche intégrant les données biopsychosociales du patient et intégrant l'avis du patient et les répercussions de la plainte ou de la maladie sur sa vie et son entourage.



- *Est capable de synthétiser les données recueillies*

NOV présente des observations brouillonnes et non hiérarchisées

INT organise les données de ses observations en tentant de les hiérarchiser

COMP les dossiers présentent des données concises, précises, organisées et hiérarchisées en fonction des problèmes posés

Éducation, dépistage, prévention, santé individuelle et communautaire

- *Propose ou participe à des actions de prévention*

NOV n'intègre pas la prévention ni le dépistage dans les consultations. Se contente de répondre aux problèmes ponctuels même si ceux-ci sont facilement gérables.

INT pense à intégrer des actions de prévention ou de dépistage dans les situations de soins facilement gérables.

COMP intéressé par la promotion de la santé et propose des démarches de prévention et dépistage individuel et /ou organisé validées.

- *S'implique dans le projet de soin du patient (en particulier l'éducation thérapeutique)*

NOV ne s'intéresse pas à l'éducation du patient, informations inexistantes. Ne tient pas compte des représentations, des possibilités ou de l'avis du patient. Les objectifs ne sont ni explicités ni négociés. N'évalue pas les capacités et les apprentissages du patient.

INT donne des informations, tente de prendre en compte les représentations du patient. Propose des objectifs éducatifs sans évaluer les capacités et les apprentissages du patient.

COMP prêt à intégrer l'éducation à partir d'une démarche centrée patient et d'un diagnostic éducatif. Prend en compte les contraintes liées à la maladie et les préférences et possibilités du patient dans son contexte de vie et de travail.

- *Participe aux actions de santé publique qui impliquent son unité de stage*

NOV ne s'implique pas spontanément dans les actions de santé publique ayant lieu dans son lieu de stage

INT participe aux actions de santé publique de son lieu de stage s'il y est invité

COMP s'implique spontanément et personnellement dans les actions de santé publiques ayant lieu dans son lieu de stage

Continuité, suivi et coordination des soins

- *Participe à l'organisation du suivi du patient*

NOV n'est pas attentif à la continuité des soins, reste centré sur le problème ponctuel, ne planifie pas les étapes du suivi. Ne fait pas bénéficier le patient des ressources des autres professionnels de santé

INT pense à poser les étapes du suivi du patient à court terme ; y intègre les principaux intervenants en rapport avec ces étapes.

COMP intègre dans sa décision la continuité des soins et planifie le suivi à court et moyen terme. Fait bénéficier le patient des ressources des autres professionnels de santé chaque fois que nécessaire.

- *Vérifie que la transmission est faite entre les différents intervenants*

NOV a des difficultés à travailler en équipe, difficultés de communication avec les intervenants extérieurs dans l'intérêt du patient

INT communique les éléments qui lui semblent importants aux membres de son équipe

COMP communique avec aisance et s'assure que les données du suivi du patient sont connues de l'ensemble des intervenants dans l'intérêt du patient.



- *S'implique dans la tenue et le suivi des dossiers*

NOV les dossiers ne comportent pas le minimum requis (ATCD, motif de recours, demande réelle, hypothèses diagnostiques, décision prises et projet de soins et de suivi)

INT capable de renseigner les dossiers avec les items requis mais ne sont pas présents dans la majorité des dossiers

COMP la majorité des dossiers comportent le minimum requis de manière intelligible concise et structurée.

Relation, communication, approche centrée patient, secret médical

S'implique dans la relation ^{et/ou} la communication centrée sur l'intérêt du patient dans le respect du secret médical

- *avec le patient*

NOV a des rapports difficiles avec le patient, réalise des entretiens incomplets superficiels, non orientés par les problèmes du patient. Coupe rapidement la parole au patient, ne propose pas de reformulation ou d'aide à l'expression du patient. N'explore pas l'intégration des plaintes dans la vie du patient.

INT a de bons rapports avec les patients, tente de construire son entretien en fonction des problèmes posés par le patient, commence à structurer cet entretien

COMP a des bons rapports avec le patient. Entretien complet précis fiable, orienté en fonction des problèmes du patient, alterne questions ouvertes et fermées, reformule, respecte les silences, s'autorise à explorer le retentissement des plaintes dans la vie du patient

- *avec la famille*

NOV a des rapports difficiles avec la famille des patients. N'oppose pas le secret médical en cas de maladie lui semblant bénigne. N'intègre pas l'influence de la famille dans sa décision

INT a de bons rapports avec les familles ; communique sur les pathologies du patient en opposant le secret médical si cela lui semble nécessaire.

COMP communique avec aisances avec les proches du patient en respectant le secret médical quelque soit la gravité de la pathologie. Intègre les influences possibles des proches dans la décision.

- *avec l'équipe de soins*

NOV a des relations difficiles avec les membres de son équipe, manque de politesse et de respect.

INT s'intègre avec politesse dans l'équipe de soins.

COMP communique avec aisance avec les membres de l'équipe de soin dans le respect de l'expertise de chacun

- *avec les professionnels extérieurs au lieu de stage*

NOV n'adapte pas le media ni la méthode de communication en fonction du professionnel. Ne tient pas compte du secret médical

INT communique facilement avec les autres professionnels mais n'arrive pas à apprécier les limites du secret médical

COMP communique efficacement avec les professionnels extérieurs au lieu de stage, dans l'intérêt du patient et dans le respect du secret médical.

- *Est capable d'expliquer une décision, une prescription*

NOV utilise un langage trop médical et ne rend pas intelligible ses décisions au patient, ne tient pas compte de son avis

INT tente de mettre son vocabulaire à la portée du patient, évite le jargon médical

COMP utilise un langage clair et adapté au patient, vérifie la bonne compréhension du patient et intègre son avis



- *Est capable d'annoncer une nouvelle grave*

NOV ne fait pas preuve d'empathie ni d'écoute attentive ; peut être brutal dans son annonce, ne prend pas en compte les signes non verbaux du patient

INT prend du temps pour faire son annonce et tente de rester empathique face à la mobilisation de ses propres émotions

COMP attentif aux signes non verbaux tout en restant empathique, permet au patient d'avancer à son rythme dans l'acceptation de la nouvelle grave dont il est l'objet.

Professionnalisme

- *Comportement (ponctualité, assiduité, présentation, hygiène, propreté,)*

NOV manque de ponctualité et d'assiduité. Ne prend pas les mesures d'hygiène et de propreté conseillées dans la pratique quotidienne.

INT le plus souvent assidu et ponctuel ; mesures d'hygiène et de propreté respectées la plupart du temps

COMP Ponctuel et assidu, met en place les mesures d'hygiène et de propreté conseillées dans la pratique quotidienne.

- *Investissement (motivation, curiosité intellectuelle)*

NOV insuffisamment motivé dans l'acquisition des connaissances. Faible capacité de lecture critique des données.

INT intéressé par l'acquisition des connaissances sans pour autant mettre en œuvre des stratégies de recherche adéquates.

COMP motivé pour apprendre ; à la recherche d'information validée et actualisée, forte capacité à la lecture d'article.

- *Autonomie / Prise de responsabilité*

NOV ne se pose pas de question sur sa pratique, en difficulté pour s'autoévaluer, manque de réflexivité. Ne se rend pas compte de ses limites, en termes de connaissance et compétences, en difficulté pour prendre une décision en situation complexe

INT capable de se poser des questions sur sa pratique, prend conscience de certaines de ses limites.

COMP Réflexif, se pose des questions avant pendant et après l'action, bonne capacité d'autoévaluation. Connait ses limites en termes de connaissance et compétences et est capable de prendre des décisions en situation complexe.

- *Respect, comportement éthique*

NOV manque de respect du patient, de compassion et d'empathie, n'est pas préoccupé par une posture éthique (justice, bienfaisance, non malfaisance et autonomie du patient)

INT intègre, dans sa pratique, le respect et l'éthique dans la majorité des situations

COMP Honnête et respectueux des patients, capable de compassion et d'empathie, préoccupé par une posture éthique (justice, bienfaisance, non malfaisance et autonomie du patient)

ANNEXE III – LE GUIDE D’ENTRETIEN

1. « Hors utilisation de la FENCIS, comment avez-vous mesuré votre progression *dans l’acquisition des compétences au cours de vos 3 années d’internatⁱ ? » (à l’aide de quels outils- moyens d’évaluation)*

2. « Que pensez-vous de la description des compétences et de celle des différents niveaux de compétences explicitées sur la FENCIS ? »

3. « Comment avez-vous utilisé la FENCIS lors du stage ? »

3. bis « Quelle influence cela a eu sur votre attitude/votre pratique *(après la mise en évidence de vos besoins de formation)*, en terme d’apprentissage ? » et « Pourquoi ? »

4. « Comment votre maître de stage utilise-t-il la FENCIS ? » *(De quelle manière votre maître de stage a procédé pour vous aider à planifier/à construire vos objectifs d’apprentissage)* ; « Pouvez-vous donner un exemple ? »

4. bis « Comment définiriez-vous son rôle ? »

5. « Sous quelles mesures pensez-vous que cet outil d’évaluation/validation/certification sera bénéfique, ou au contraire délétère, à la formation et à l’évaluation de la formation en Médecine Générale ? »

6. « Quelles seraient vos suggestions pour améliorer cet outil d’évaluation /ou pour améliorer son utilisation ? »

() Autres suggestions ou précisions pour amener la question si celle-ci n’est pas comprise

ⁱSuggestions en violet ajoutées entre le premier et le second FG

ANNEXE IV – LE QUESTIONNAIRE QUANTITATIF FOURNI A L'ECHANTILLON

1. Quel âge avez-vous ? (ans)
2. Vous êtes : une femme ? un homme ?
3. Vous vivez : seul ? en couple ?
sans enfant ? avec enfant(s) ?

Votre commune d'habitation (dont code postal) :

4. La spécialité de la Médecine Générale était-il votre premier choix avant les résultats du concours d'internat ? oui non
5. Quel est votre niveau de stage dans la maquette du DES de Médecine Générale :
5^{ème} semestre ? 6^{ème} semestre ?
6. Lors du choix des postes, le SASPAS vous-a-t-il été imposé ? oui non

ANNEXE V - VERBATIM

Dans le respect de l'anonymat des participants, leur a été attribué à chacun, afin de les distinguer, un nombre choisi en fonction de leur emplacement dans le cercle formé lors des entretiens. Ainsi la première personne qui se trouvait à la gauche de l'animateur (hors observateur) a été codée (1) dans le premier focus group et (7) dans le second, celle à la gauche de cette dernière a été codée (2) dans le premier focus group et (8) dans le second, et ainsi de suite, (6) correspondant de ce fait à la première personne à la droite de l'animateur dans le premier focus group, et (13) dans le second ; (0) correspondant à l'animateur du premier focus group et (0') à celui du second.

Les éléments ajoutés en italique représentent le contenu non verbal relevé lors des entretiens.

VERBATIM DU 1^{ER} FOCUS GROUP

(1) : interne en 6^{ème} semestre, en SASPAS, sur Angers ;

J'avoue on n'a pas utilisé la feuille pour notre évaluation de mi- stage, mais on va le faire pour le prochain, on va refaire un point, et du coup je l'ai feuilleté rapidement ;

(2) : interne en 6^{ème} semestre, en SASPAS, dans la Sarthe ;

Je n'ai pas non plus utilisé la feuille des compétences, mes maîtres de stage ne m'en ont pas parlé non plus, je ne sais pas si eux étaient au courant ou si c'était que nous qui étions au courant, mais personne ne m'en a parlé, enfin, on nous en a parlé au DMG (*sourire* 5), mais sinon on n'en a pas parlé ; pour l'instant je n'ai pas prévu de la réutiliser, mais j'essaierai de...

(0) : bon, ça va être un peu compliqué...*rire*

(3) : interne en 6^{ème} semestre, en SASPAS, en Mayenne ;

Pareil, la fiche c'est vrai qu'on en a entendu parler lors de la réunion d'entrée, je ne l'ai pas utilisé non plus ; je l'ai feuilletée mais juste brièvement, mais je pense que je le ferai là pour la fin du stage, tout en sachant c'est vrai que mes prat. non plus ne m'en ont pas parlé.

(4) : interne en 6^{ème} semestre, en SASPAS, dans le Maine et Loire

C'est pareil, en cours de stage je l'ai découverte lors de la journée de réunion le premier jour ; on n'en a pas discuté avec mes prat. Pour le bilan de mi- stage on ne l'a pas utilisé non plus ; je l'avais consulté au début et puis c'est vrai que j'avais prévu de l'utiliser pour le bilan de fin de stage parce qu'on nous en a reparlé pendant les groupes d'échange de pratiques, mais c'est vrai que jusque-là je l'ai quasiment pas du tout utilisée

(0) : bon...

(5) : interne en 6^{ème} semestre, en SASPPAS dans la Sarthe

La fiche j'ai dû la lire quand on nous l'a donnée, donc au tout début, et depuis j'y ai pas retouché ; et puis ben pareil, mes prat. ne m'en ont pas parlé, mais je pense que je vais l'utiliser à la fin...

(0) : on est là pour en parler, donc euh...

(1) : ça va nous sensibiliser plus...

(6) : interne en 6^{ème} semestre, en SASPAS, en Mayenne

Pareil, on en a parlé au départ ; on n'a pas fait de bilan collectif de mi- stage, mais plutôt individuels, pour lesquels on n'a pas utilisé la fiche ; on va faire un bilan de fin de stage, et je pense que ce sera l'occasion pour

en discuter avec mes maîtres de stage, et pour les informer aussi, parce qu'on n'en a pas du tout parlé, et on n'a jamais discuté de ça ensemble

(0) : Et Laurent, au mois de juin, vous avait incitées en disant il faut que vous l'utilisiez, parce qu'on va parler de ça pendant le focus group, c'est ça qui sera intéressant...

Acquiescement 2

(0) : bon, et bien, nous allons de quelque chose que vous avez lu, si j'ai bien compris,

Acquiescement général

(0) : donc vous en avez quand même quelques idées, quelques pensées. Pour commencer, vous allez essayer d'expliquer, comment, vous, avec les moyens que vous avez, vous évaluez votre progression par rapport à ce qu'on vous a proposé comme modèle pédagogique, qui s'appelle l'approche par compétences, c'est-à-dire comment vous évaluez votre progression dans l'acquisition de compétences pour arriver à la fin du DES, qui va, pour tout le monde, être très bientôt. Est-ce qu'on peut d'abord parler de ça ? C'est à dire, vous poser la question sur comment vous progressez, et est-ce que vous avez des outils qui vous permettent d'évaluer ça ? Comment vous appréciez votre progression ?

(2) *gestes avec les mains/septique* : je pense qu'on est tous d'accord, c'est qu'on n'a pas vraiment de moyens

Acquiescement 4

(2) : pour évaluer notre progression, mais après, on le sent quand même

(0) : voilà ;

Acquiescement 1

(2) : et on le voit en fait qu'on progresse, on est plus à l'aise avec les patients

(4) : la mise en confiance

(2) : ouais, c'est la mise en confiance, ouais, mais c'est quelque chose qui se fait progressivement ; alors après moi dès que j'ai des questions, des doutes, j'en discute avec mes praticiens, et après c'est au fur et à mesure ; alors on n'a pas de choses vraiment concrètes pour évaluer ça

Acquiescement 3

(2) : mais, parce que moi ce que je vais reprocher de l'approche par compétence, c'est que c'est quelque chose de très scolaire,

Acquiescement 4

(2) : et que peut-être qu'on en a marre en fait de ça

Acquiescement 6

(2) : après je ne sais pas les maîtres de stage mais je pense que quand on est en difficulté, si ils voient qu'il y a quelque chose sur lequel on butte, normalement ils sont là pour ça, et, après, alors moi je n'ai pas eu de souci particulier, et peut-être que ça peut être intéressant pour des internes qui sont en difficulté, mais, il faut savoir les repérer (*septique*), alors voilà, pour moi c'est quelque chose de progressif

(6) : non mais c'est vrai qu'en SASPAS c'est peut-être plus difficile pour nos maîtres de stage, dans la mesure où ils ne sont pas avec nous, de repérer là où sont nos difficultés, et que, même si, enfin du coup je ne l'ai pas du tout non plus rempli, et c'est vrai que ça fait scolaire et que, on n'a pas plus envie de remplir des A, B, C, même si là ce n'est pas ABC mais ... et puis c'est quand même aussi assez difficile de se juger soi-même

Acquiescement 5

(6) : mais en stage prat. je pense que ça peut être, enfin le maître de stage voit un petit peu comment fonctionne l'interne. Je pense que indirectement ils le voient aussi en SASPAS mais beaucoup moins. Ils voient les problèmes que nous on lui soulève. Finalement on n'est peut-être pas forcément objectifs, et il y a peut-être d'autres problèmes dont on ne se rend pas compte on va dire dans notre pratique, et qui permettrait peut-être, en faisant bien le bilan de compétence, de soulever, de nous-même, de se dire ben tiens ça j'avais pas pensé à ça, c'est vrai que je ne m'étais pas posée la question mais oui là j'ai un problème, peut-être qu'il faut en discuter... Enfin ça, ça peut être intéressant pour ça en SASPAS je pense ; moi de mon point de vue, parce que c'est vrai qu'avec mes maîtres de stage on discute de nos problèmes, mais finalement ils ne voient pas comment vraiment on est

Acquiescement général

(6) : si on fait du dépistage, alors si on le note, parce qu'on peut très bien en parler, mais pas forcément le noter dans le dossier. Le dépistage par exemple, je sais que le fait quasiment systématiquement, je le note pas forcément dans le dossier, mais, en général j'essaye, mais tout dépend de mon retard, mais du coup peut-être que derrière certaines consult. il va se dire ben tiens, elle ne fait pas de dépistage, enfin, je ne sais pas comment il peut vraiment apprécier ... le dépistage on n'en parle jamais en fin de débrieft, ce n'ai pas quelque chose qui me pose problème ; je ne sais pas si lui il peut apprécier sans ça si vraiment je suis à fond là-dedans ou pas

(0) : puisque tu parles de dépistage, et que si on renvoie ça au niveau de compétence, toi tu as l'impression que le dépistage quand tu as commencé ton DES c'était : voilà, je connais, je sais ce qu'il faut faire, je sais comment m'adapter

(6) : non c'est maintenant, c'est vraiment...

(0) : tu peux parler un peu de ça ; comment tu t'apprécies dans

(6) : en stage prat. c'était beaucoup moins... Là j'ai l'impression que j'en parle beaucoup plus, parce que je suis plus à l'aise sur les motifs de consultations. J'ai l'impression qu'en stage prat., tout motif, même si c'était pas un problème, mais c'était tellement de la découverte vraiment de médecine générale ambulatoire que ça me prenait déjà beaucoup de temps de réinterroger les patients de leur prendre tous les ATCD , de peut-être me perdre un peu dans les détails. Que finalement que je n'avais pas eu vraiment le temps dans ma consultation de faire du dépistage, et que maintenant mes consultations elles sont je pense beaucoup plus organisées : il y a le motif principal, les choses qui m'intéressent, les choses pour lesquelles je les interroge. On fait l'examen, et puis ou avant parler de dépistage ou pendant, mais il y a toujours une place à un moment donné, que ce soit au début ou à la fin, pour parler frottis...enfin tous les dépistages ; réinterroger sur leurs ATCD familiaux, qu'on n'interroge pas forcément, et du coup pour lesquels on ne sait pas vraiment trop si ils ont besoin d'un dépistage ou pas. Mais c'est que maintenant je pense que ma consultation est beaucoup plus structurée, et j'ai plus de temps, et moins peur aussi face à tous les motifs de consultations qui peuvent arriver, et puis peut-être aussi après le stage d'urgences où j'arrive mieux à voir ce qui est grave/pas grave, enfin je sais pas, mais en tout cas je me sens plus à l'aise dans la consultation pour avoir un peu de temps pour discuter du dépistage, et parce que maintenant c'est ancré, au départ

(0) : dans ce que tu es en train de dire c'est que pour pouvoir progresser, il y a un certain nombre de choses qu'il faut régler

Acquiescement 6 puis général

(0) : c'est à dire être tranquille avec les urgences, être tranquille dans la position peut-être du rapport individuel avec le médecin et puis les patients qu'on ne maîtrise pas... à l'hôpital on les maîtrise entre guillemets mieux, hein, c'est quelque chose comme ça... je ne sais pas, pour celles qui ne sont pas intervenu, il faut

(4) : oui je trouve, enfin, au début on apprend les consultations et c'est tellement nouveau en plus dans notre pratique médicale, parce qu'avant on était tout le temps à l'hôpital, donc ce n'était pas tout à fait le même fonctionnement, mais c'est vrai que du coup on a un certain nombre de choses à appréhender avant

Acquiescement 3

(4) : et puis ben, au fur et à mesure qu'on est plus à l'aise dans les consultations, qu'on apprend comme tu dis à organiser les choses dans sa tête et pendant nos consultations, et ben on a plus de temps pour faire des choses comme le dépistage, voilà des choses qui sont entre guillemets, un petit peu, pas futiles mais qui sont d'importance un peu moindre que, ben ils ont un motif, ils viennent pour ça, il faut qu'on va essayer de répondre à ça ; enfin moi je trouve que c'est...

(0) : quand tu dis futile, c'est le bon terme ?

(4) : non ce n'est pas futile qu'il faudrait utiliser,

(6) : moins urgent

(4) : voilà aux yeux du patient c'est plus ...on leur parle du frottis, de la mammographie à la fin, je pense que ce n'ai pas ce dont elle va se rappeler de la consultation ; elle va plutôt se rappeler, ben voilà je suis venue pour ça, le médecin m'a donné ça, c'est plus dans ce sens-là que voulais l'utiliser

(0) : ce n'est pas forcément lié à la demande

(4) : voilà, tout à fait

(3) : moi je pense que ma progression au sein du même stage c'est surtout maître de stage dépendant aussi, et là dans le cadre du SASPAS surtout en lien avec la qualité du débriefing ; parce que voilà on ne remplit pas de case dans ces moments, mais c'est là qu'on voit bien , j'aurai peut-être pas fait ça avant, euh, c'est vraiment lors de l'échange avec le maître de stage, or, ça c'est très variable d'un prat. à l'autre quoi

(0) : ouais, la question ce n'est pas, pendant ce stage ci SASPAS, vous avez eu 3 années de formation

(3) : ah c'est plus sur les 3 ans que vous voulez dire

(0) : et oui, tu essaies de te rappeler, je suis arrivée il y a 3 ans, j'ai commencé le DES j'étais à l'aise plus ou moins avec un certain nombre de choses et j'ai progressé là-dedans et la question posée c'est sur quoi je m'appuie pour essayer d'évaluer ma progression

(3) : Oui mais du coup je ne comprends pas parce que votre fiche là, c'est au sein du même stage

(0) : on ne parle pas de la fiche pour l'instant

(3) : pardon, ok

Rire général

(3) : j'étais restée là-dessus moi ; d'accord

(0) : peut-être que je n'ai pas été suffisamment clair ; pour l'instant on parle de 3 ans de formation, voilà, comment/sur quoi vous vous appuyez/sur quels éventuellement documents/sur quelles pensées/discussions/structurations

(3) : C'est la mise en confiance, comment on se sent à l'aise avec le patient. Moi je sais que lors de mon stage prat., je l'ai fait au 2^{ème} semestre, et avec du recul, je pense que le l'ai peut-être fait trop tôt. Enfin ça venait peut-être aussi de mes maitres de stage mais je n'ai pas eu énormément de solos et j'étais pas à l'aise

justement. Alors que maintenant je le suis beaucoup plus, et avec le recul effectivement je vois vraiment la nette progression ; effectivement je pense que avant j'avais trop peur de passer à côté de quelque chose, et puis il me fallait beaucoup de temps et puis, donc c'est comme ça que vois la différence mais bon après c'est normal c'était le début de l'internat et on est à la fin, et heureusement d'ailleurs

Acquiescement général

Rire 3

(0) : on n'est pas là pour réfléchir à la normalité, c'est pour essayer de voir comment ça se construit quoi dans chacune de vos têtes

(3) : oui, ben quand on sort du modèle hospitalier on est très formaté avec l'examen clinique : organe par organe, alors que là c'est vrai, on arrive on est formaté comme ça. Sauf que là en médecine générale, on est sur la prise en charge globale de la personne, et du coup on se détache un peu de ça et on voit aussi la différence avec l'hospitalier ; c'est que là on voit aussi comment on peut faire en pratique avec le mode de vie du patient ce qui est le mieux pour lui. Chose que quand on est à l'hôpital, on se concentre dans notre..., on a des œillères un peu je trouve..., on voit pas forcément comment à la maison ça peut se mettre en place des fois ; enfin surtout dans les modèles grands CHU, je parle ; dans un petit périph c'est peut-être un peu différent, je ne sais pas... ; c'est vraiment la prise en charge de l'adaptation, vraiment la prise en compte de la globalité quoi

(0) : vous, vous avez par exemple utilisé des carnets, pris des notes, ou autres qui vous permettent de, rétroactivement ou progressivement, pendant les 3 années, de vérifier des choses ; je ne sais pas si quelqu'un peut parler de ça

(6) : après c'est propre à chacun mais moi, depuis le début de mon internat, j'ai un répertoire dans lequel, enfin il y a, je sais pas, il y a tout, c'est pas petite bible. Ce n'est pas un livre acheté mais c'est... Je suis passée en gynéco par exemple, et c'est tout ce dont j'ai eu besoin ; ce qui m'a semblé intéressant en gynéco pour la médecine générale, pour ma pratique de plus tard. C'est sûr que c'était pas pour la fausse couche précoce, enfin, ou la fausse couche hémorragique, mais c'était vraiment des petits... L'aide pour les nausées, pour ces choses-là, dont je ne me rappellerais plus, et je m'en sers encore hyper souvent. C'est des choses dont maintenant je me rappelle plus, mais grâce à mon petit carnet je peux le retrouver. Enfin des choses de dermato, de prise en charge, j'en sais rien, enfin il y a plein de truc quoi ; c'est des prises en charge de situations courantes ou des petits traitements, ça, ça m'aide pas mal, enfin du coup mainmettant c'est gros mais... Tous les dermocorticoïdes, les classes, parce que je ne m'en rappelle jamais ; les médicaments dans l'asthme, les associations de base...

(0) : d'accord, donc ça c'est plutôt des aides mémoire, des constitutions progressives, de qu'est-ce qui va être utile pour ma formation, ce qui est important ; après c'est comment vous jugez de là où vous en êtes rendu par rapport à ce que vous vous dites qu'il faut que vous fassiez comme progrès par exemple

(4) : c'est dans la pratique en fait qu'on se rend compte que... En fonction des différentes consultations qu'on a ben... Bon ben là ça, ça va ce motif-là. Ou ce genre de consultation là je suis assez à l'aise, parce que j'en ai déjà fait plusieurs, ou parce que j'y ai déjà été confrontée. Et puis il y en a d'autres, bon ben voilà, c'est vraiment le domaine où je pêche parce que je n'ai pas les connaissances théoriques qu'il faut ; c'est pareil, au niveau psychologique, ben je n'ai pas forcément été suffisamment formée sur la prise en charge de tel ou tel

patient, ou à telle ou telle situation ; et c'est un peu comme que je trouve qu'on, c'est en fonction des situations qu'on rencontre. Enfin moi c'est comme ça que je le ressens,

Acquiescement 3

(4) : si je me sens suffisamment, ben c'est comme tu le dis, à l'aise, dans la consultation ou pas. Plus je me sens à l'aise, plus je trouve, enfin j'ai l'impression d'être plus compétente dans cette/durant la consultation, que dans les consultations où je suis tout le temps en train de douter, que dans ma tête c'est tout le temps en train de fuser : où là là, qu'est-ce que je vais faire,

Acquiescement

(4) : où je me dis bon ben là, dans ce domaine-là il faudrait peut-être que tu reprennes des connaissances, ou ben bon que tu te renseignes, de rechercher les choses

(0) : vas-y

(1) : moi ce n'est pas de l'autoévaluation directement, je ne coche pas des cases en fait en me disant que j'ai évolué là-dessus, mais c'est plus dans mes problématiques de consultations en fait,

Acquiescement 3, 4

(1) : je me rend compte que ce qu'il me pose problème c'est plus du tout ce qui me..., enfin , c'est plus du tout, si, j'ai pas du tout, toutes les connaissances et il y a des choses que j'oublie, mais, ce sur quoi je bloque ou que j'aime reprendre en supervision indirecte ou autre, ça va être plutôt des choses comportementales, psychologiques,

Acquiescement 3, 4

(1) : comment accompagner sur certains problèmes, mais plus au final sur , oui ça a rien à voir, c'est plus qu'est-ce que je fais comme bilan, qu'est-ce que je fais, mais ben voilà, je me retrouve avec des choses normales, comment je peux accompagner cette personne-là, comment,

Acquiescement 3, 4

(1) : la pertinence, c'est vraiment plus dans la prise en charge globale en fait, d'accompagnement de vie et qui fait que parfois il y a des somatisations des choses, etc., et du coup je trouve ç très intéressant d'en parler, d'évoquer ça, mais ça c'est la particularité de la médecine générale. Quand vous dites évaluer notre progression sur les 3 ans, moi j'ai vraiment l'impression que j'ai 2 étapes. Alors après c'est peut-être la façon aussi dont j'ai choisi ma maquette de choix, parce que j'ai fait 3 stages hospitaliers, vraiment, et puis après j'ai fait mon prat., un stage HAD qui se rapproche de l'ambulatoire, et puis mon SASPAS, donc euh... Mais je trouve que l'ambulatoire n'a rien à voir avec l'hospitalier. Alors bien sûr il y a des compétences médicales qu'on acquière et qui nous resservent. Mais même dans l'abord des maladies ou autres ben voilà... Quand on est en gynécologie, ben il y a des petites choses de MG mais au final, on aborde les choses vraiment de façon différente en fait. Et puis il y a le suivi, il y a toutes ces choses-là aussi qui fait que, qu'on prend vraiment en charge les patients plus dans leur globalité. Et je me demande plutôt comment je vais les aider à aller de l'avant, comment je vais pouvoir les aider... Enfin les aider, ce n'est même pas moi souvent, et c'est là où aussi on prend conscience de plein de choses. Parce que je me rends compte qu'au début on est là, il faut que je les aide, mais au final ils font souvent leur route tous seuls et c'est d'avoir les bonnes interventions au moment précis aussi

(0) : ça veut dire que par exemple, là ce que tu es en train de dire, je ne sais pas si tout le monde est d'accord là-dessus, une progression c'est de moins vouloir aider,

(1) : oui, là je suis en train de prendre conscience de ça vraiment (*souriant-riant*)

(0) : ça, ça peut être une progression

(1) : ce qui me pose problème en fait justement, de mince, j'ai l'impression, que je vais pas pouvoir les aider là-dessus. Mais oui, c'est prendre conscience qu'on n'est pas le centre du monde (*souriant*), que ce n'est plus le médecin paternaliste ; et même si j'ai l'impression qu'on a acquis ça, et qu'on veut avoir des patients actifs dans leur prise en charge ou autre, ben nous aussi faut qu'on se décroche de certaines choses. Et qu'on est trop dans notre cadre, justement peut-être, hospitalier, de dire ben c'est comme-ci c'est comme ça, et même si je pense qu'on est assez ouvert, et qu'on veut sortir de ça, ben on l'est encore pour certaines choses. Et qu'effectivement peut-être que si j'arrive à me détacher en me disant, ben c'est pas moi qui vais lui apporter la réponse à ses troubles du sommeil, ou je ne sais quoi, mais qu'il peut les trouver tout seul et je peux essayer de l'accompagner comme je peux, dans ce sens-là... Et ben, peut-être que j'aurais plus de facilités à le faire si je ne me mets pas ce poids-là, ou des choses comme ça. Oui c'est plus des questions...

(0) : donc là tu décris des éléments de progression, de prise de conscience peut-être

(1) : oui, mais je ne me serais pas poser ces questions-là avant en fait

(0) : tu veux (2) en rajouter un peu

(2) : oui, non, mais moi je voulais juste par rapport à la progression aussi comme (6), je m'étais fait un petit répertoire, mais que MG. Parce que, tout ce qui était les antitussifs, les trucs pour la gorge j'y connaissais rien. Ca j'ai bien vu qu'au bout d'un moment mon petit carnet, maintenant je ne le regarde plus, donc je sais... Donc là je vois aussi et effectivement comme (1), oui on n'a plus les problèmes qu'au début, parce qu'alors moi au début chez le praticien, quand quelqu'un venait parce qu'il toussait, à chaque fois je me disais où là là, et qu'il avait déjà essayé un antitussif... Et ouais on ne cerne plus les mêmes problèmes. Alors je vois au début de mon praticien aussi, eux ils m'avaient dit, tu es trop carrée, trop scolaire, trop hôpital, tu as un problème, il faut réussir à prendre le patient dans sa globalité, essayer de comprendre bien l'histoire et tout. Et bon moi je sais qu'il m'avait dit que sur ça j'avais progressé à la fin, et il me dit faut plus penser urgence, il faut penser prévalence en médecine générale

(0) : tu as dit, ils t'avaient dit que ...

(2) : oui c'est mes praticiens

(0) : et ton sentiment à toi, c'est quoi par rapport à cette notion là

(2) : ben j'avais pris confiance un peu chez le praticien. Oui j'avais fini par prendre un peu confiance. Et effectivement quand on prend conscience, quand on prend confiance on n'a plus les mêmes problématiques, les mêmes questions exactement... Et puis, comme on le disait, il y a du feeling un peu en MG. On se rend compte au bout d'un moment, plutôt les urgences, enfin ce qui de base nous paraît vraiment grave... Et ça on apprend au fur et à mesure. Et maintenant je pense que je serai plus à l'aise encore plus tard. Mais je vois bien quand je vois un patient maintenant, on arrive facilement à se faire une idée à l'interrogatoire, réussir à mieux centrer le problème aussi, de vraiment, je ne sais pas... Mais on le sent en fait et on le sait. Alors après juste par rapport au SASPAS, je sais que mon tuteur, le DR X, il me dit lui, je vois vraiment la progression des SASPAS. Alors c'est vrai que je ne sais pas très bien comment il nous évalue, mais il me dit au début vous avez peur, vous n'êtes pas confiant et à la fin vous êtes euh... Alors je ne sais pas comment il nous évalue exactement, mais je n'ai pas demandé à mes SASPAS

(0) : alors puisque tu parles de tuteur, on va en parler un peu, dans tes rencontres de tutorat tu utilises des outils ?

(2) : non, non, non je n'utilise pas d'outil dans mes rencontres de tutorat

(0) : c'est à dire qu'on vous recommande d'utiliser les RSCA,

Acquiescement 2

(0) : et tu ne l'utilise pas

(2) : ah ben les RSCA, on les fait nous, mais nous lors des rencontres de tutorat, on est 3 internes de la même année, et on se rejoint avec notre tuteur et on discute des RSCA

(0) : oui, et bien ça c'est un outil, les RSCA

(2) : oui, oui du coup on en discute un petit peu oui

(0) : on peut parler de ça, du tutorat et de l'évaluation de votre progression

(4) : moi je relisais, par exemple les RSCA que j'avais faits au premier et au deuxième semestre, et ben, en comparaison avec ceux que j'ai pu faire récemment, ben j'étais plus centrée sur quelque chose, alors que maintenant il y a vraiment une prise en charge plus globale du patient

(0) : tu peux préciser ce que c'est, centré sur quelque chose

(4) : je ne sais plus, par exemple, je ne sais pas... Il y a un patient qui venait pour une douleur thoracique, alors au niveau des questions, je me disais quelles sont les principales causes de douleur thoracique, quel traitement mettre en place et tout ça. Et puis finalement je me rends compte que, sur les autres RSCA, après que j'ai pu faire et ben que je prenais plus en charge le patient de façon globale. Et du coup j'avais toujours un questionnement sur le psychologique, un questionnement sur le social... Bon toujours sur la pathologie mais du coup c'était beaucoup plus ouvert et c'est vrai que j'avais pas fait attention à ça jusque-là. Et c'est en reprenant les RSCA pour la validation du DES, que je me dis ah quand même il y a quand même une différence (*souriant*). Et puis c'est vrai qu'en en discutant avec le tuteur, ben on s'en rend compte aussi... Enfin on nous l'avait dit mais, c'est vrai que je n'en avais pas pris conscience jusque là

(0) : (5) tu veux dire quelque chose

(5) : j'ai souvenir aussi quand j'étais au premier stage aux urgences, et je me souviens avoir fait un RSCA sur un problème cardio, mais purement cardio... Et que ce que je fais c'est plus aussi plus... Oui il y a peut-être du problème somatique mais beaucoup plus social, psychologique. Alors je ne sais pas si c'est ça qui nous pose tous des problèmes et qu'on fait tous plus à la fin ça ; mais je pense que le début de la formation on est très accès ouais on va dire plus sur le problème somatique et que peut-être qu'après ça on l'a acquis au fur et à mesure de notre formation et que maintenant on a plus de temps disponible pour s'occuper ben du reste.

(0) : et ça sert à quelque chose de s'occuper du reste

(5) : ah ben je pense, je pense que c'est essentiel (*riant*)

Sourires 2, 3

(0) : sur le tutorat, qui veut intervenir

(2) : moi j'ai bien aimé le tutorat, j'aimais bien les voir ; après je ne sais si ça m'a

(0) : toujours dans l'évaluation que vous pouvez faire de la progression de vos compétences pendant 3 ans

(2) : ouais, mais ben je ne sais si ça m'a aidé, je ne sais pas, à voir l'évolution, en tout cas je sais que j'aimais bien aller au tutorat (*souriant*), mais parce qu'on parlait entre nous,

(6) : non mais moi c'était exactement pareil

(2) : c'était sympa et tout. On parlait de cas cliniques. Après, ouais (*souffle*) je ne sais pas (+/-blasée-septique)... Parce que moi mon premier semestre j'étais en soins de suite et je sais que dès le début mes RSCA

c'était beaucoup centré sur le social, ou les soins de suite, donc euh, et avec la mort, donc, il y avait le problème somatique avec la maladie, mais de toute façon il était en fin de vie, il fallait gérer la famille et tout. Et je ne sais pas si ...effectivement ce n'est pas tout à fait les mêmes type de RSCA entre le début et la fin mais... Je ne sais pas, je n'arriverai pas à évaluer mon évolution du truc avec les RSCA

(6) : oui moi non plus

(2) : mais bon je ne trouve pas que ce soit une mauvaise chose le tutorat

(0) : non, ce n'est pas le jugement sur le tutorat, c'est comment le tutorat peut vous aider à bâtir un certain nombre de choses. Tu voulais intervenir ?

(3) : non mais c'est un petit peu les mêmes réflexions parce que, c'est à dire sur la problématique, les problématiques qu'on a actuellement ce n'est plus les mêmes qu'au début quoi, au début c'était surtout l'organique, et puis là, vraiment c'est plus large je dirais...c'est plus ce que c'était ; tout ça pour avoir une meilleure confiance, une meilleure observance, pour les patients aussi

(1) : moi le tutorat je ne suis pas un très bon exemple (*riant*), parce que j'ai eu un tutorat au premier semestre puis après il y a eu un long moment où on ne s'est pas vu. Donc on a repris les RDV, mais bon eux ils pouvaient pas ou moi je ne pouvais pas, on ne se donnait pas trop de nouvelles. Mais quand on se voit, souvent je lui parle de RSCA. Bon en plus c'est pareil, même quand je lui envoyais, il n'arrivait pas à lire mes documents, donc il y a eu un peu des soucis par rapport à ça. Mais c'était plutôt un échange oral au final que de réelles lectures. Mais les RSCA, comme (1), moi j'étais en gériatrie en premier semestre, donc j'avais déjà fait des cas assez larges, en parlant de la mort, de la famille... Je pense qu'effectivement mes RSCA ils sont différents au fur et à mesure des semestres et que maintenant ils tendent plus vers ce qui me concerne actuellement, qui est la médecine ambulatoire... Mais parce qu'effectivement quand on fait des stages ambulatoires on se pose des questions plus de prévalence ou autres, qui correspondraient à notre pratique... Je ne sais pas si c'est tant moi dans ma rédaction, mais peut-être... Je pense à un cas de RSCA c'est pour ça que je me dis ça, mais je ne m'en suis pas spécialement rendu compte en les lisant... Mais moi c'est peut-être plus gérer mes émotions aussi

Acquiescement général

(1) : dans le rapport avec le patient, la famille, aux problèmes de vie un peu global ; bon je m'y intéressais un peu au contexte plus jeune mais ça me touchait beaucoup plus aussi ; ça je trouve que j'ai pris du recul ; mais oui, le tutorat c'est pareil j'aimais bien (*blasée-septique*), mais j'avoue que je n'ai pas vraiment utilisé ça comme un outil de progression

(0) : ce n'est pas un outil, d'accord

Acquiescement général 6, 2...

(6) : moi aussi c'est pareil, j'aimais beaucoup aller voir mon tuteur ; on parlait toujours des RSCA que je lui avais envoyé ; et puis il me reprenait, il me disait, ben j'ai bien aimé ci ou ça ou là ; on en reparle un peu et puis après on parlait de tout, de rien ; mais c'était un bon moment d'échange (*sincère*)

Acquiescement 1, 2

(6) : mais pas vraiment de progression,

Acquiescement 1, 2

(6) : et je pense que c'est important. Enfin moi ça m'a fait vraiment plaisir. Mais je ne sais pas si j'aurais vraiment vu la différence si je l'avais pas eu. Mais c'est important pour les personnes qui à un moment donné peuvent rencontrer une difficulté. Enfin nous on se voyait aussi à trois. Pour une de mes co-interne c'était plus

difficile, donc c'est vrai que du coup, il y en avait deux qui étaient un peu plus en recul à ce moment-là, et puis elle qui pouvait en discuter. Et je pense que pour elle c'était vraiment important de pouvoir en discuter avec son tuteur. Et puis bon on était là aussi, et je pense qu'elle ça l'a aidé à progresser. Mais voilà, je pense que c'est un outil intéressant quand il y a un souci, à un moment donné dans l'internat et qu'on a une personne à qui se référer, qui puisse nous aider à trouver des solutions, à franchir un cap, je ne sais pas... Mais quand il n'y a pas eu de problème durant l'internat, c'est des moments agréables mais

Sourires général 1, 2 ...

(6) : moi je n'ai pas eu l'impression que ça m'avait fait progresser

Acquiescement général

(0) : d'autres choses sur le tutorat et la progression

(1) : moi juste un petit quelque chose ; ce sur quoi j'ai beaucoup de mal à trouver un directeur de thèse aussi ; et du coup j'ai pensé que mon tuteur pouvait être une personne ressource pour ça, et finalement, ce n'est pas quelque chose sur lequel ils accompagnent, sauf si il fait partie du DMG ou autre, et ça dommage en fait

(0) : d'accord, tu as raison mais ce n'est pas tout à fait dans le sujet

Quand vous êtes rentrés, on vous a donné il me semble un guide d'auto-évaluation, qu'on ne donne plus maintenant, ça vous a servi ça ?

Hochement de tête de 2 personnes (4 et 6)

(5) : moi j'ai dû m'en servir une fois pendant mon stage prat.

(0) : d'accord, et ça t'a servi à quoi ?

(5) : ben juste c'est plus je l'ai lu pour savoir qu'est-ce qu'on attendait et est-ce que je rentrais à peu près dans les cases, est-ce que je j'avais vu à peu près ce qu'il y avait à voir, c'est plus à ça que ça m'a servi

(6) : oui c'est vrai moi aussi, j'avais fait ça quand j'étais chez le prat.

(1) : moi j'ai fait pareil, mais ce que je n'ai pas fait à l'époque, je ne suis pas sûre de l'avoir fait maintenant, je pense

(0) : ça veut dire quoi là ?

(1) : ben non mais ça veut dire qu'il y a quelques trucs, où je me suis dit, bon ben ça j'ai vu mais je n'ai pas fait,

(0) : ha, d'accord ! Ça c'est intéressant !

(1) : et puis par exemple une ponction/une infiltration, par exemple, ben j'ai toujours pas eu l'occasion d'en faire ; ben j'avoue que je ne me sentirais pas à l'aise

(0) : attend, tu n'as pas eu l'occasion ou tu ne t'es pas débrouillée pour avoir l'occasion ?

Sourire 5, 6

(1) : ben, peut-être un peu des deux ; effectivement je peux appeler un rhumato. demain et essayer de me libérer une journée, ça c'est peut-être possible

(0) : ou un généraliste qui fait encore des infiltrations

Acquiescement 4, 6

(1) : oui, moi ils en font pas donc c'est ça qui est chiant ; mais ça c'est un peu de ma faute aussi

(2) : mais je pense que les compétences on les acquiert, on devient le MG qu'on veut être

Acquiescement 3

(2) : en fait, donc c'est ça, faire des infiltrations, moi j'en ai fait, j'en ai vu mais je ne pense pas que j'en referai et je n'ai pas envie, après si je préfère m'orienter vers la gynéco, et ça j'essaye, je reconvoque mes patientes ;

(1) : oui moi c'est pareil

(2) : j'ai fait 6 mois de gynéco, j'en vois, je leur dis que je pose des stérilets, et voilà

(0) : est-ce qu'il y a une limite à être le généraliste qu'on veut être

(3) : ça dépend de la demande aussi ; ça dépend du travail

(2) : ouais, ça dépend, oui il y a des choses on ne peut pas y échapper, mais je pense que...

(0) : comme quoi par exemple

(5) : le dépistage (*souriant-comme une évidence*)

Acquiescement général

(0) : oui

(3) : ah oui, mais je pensais aux gestes techniques donc ; oui le dépistage c'est évident

(2) : le dépistage, le suivi de maladies chroniques

(0) : oui mais il y a des gestes techniques dans le dépistage ; frottis par exemple c'est un geste technique

(3) : ah oui d'accord pardon

(1 et 2) : ben oui, oui

(0) : il y a des médecins hommes qui disent, je ne veux pas faire de gynéco ; qui disait...je ne sais pas si ça existe toujours mais ; on n'est plus dans la problématique, mais juste pour illustrer ; effectivement donc la question que j'ai posé, la réponse c'est le dépistage. D'accord, c'est tout ce qu'il y a comme limite ?

(2) : non, mais après la pédiatrie on ne peut pas y échapper, mais je vois il y en a qui adressent quand même beaucoup plus, en disant vous pouvez aller voir un pédiatre pour essayer d'en faire moins, vous pouvez aller voir un gynécologue, et donc je pense quand même que l'on voit

(0) : et alors ça, ça veut dire quoi, qu'est-ce que ça peut entraîner en terme de santé publique, ce positionnement là

(1) : tout dépend de l'endroit où on exerce

(0) : oui

(2) : oui, oui ça dépend ; si jamais il n'y a pas de spécialiste aux alentours, c'est compliqué

(0) : ça c'est une partie de la réponse,

(1) : et de la demande

(0) : oui, et il y a un autre aspect de la réponse

(1) : ben on aime faire ce qu'on sait faire et ce qu'on fait souvent, en fait

Acquiescement 3

(0) : alors là on revient au bilan de compétences ; on aime faire ce qu'on sait faire ; et alors comment est-ce qu'on sait ce qu'on ne sait pas faire ?

(5) : ben on ne le fait pas ou on le fait mal

(1) : ben là ça nous fait peur

(3) : quand on y est confronté on adresse au spécialiste, c'est ça

Acquiescement général

(3) : mais bon moi je vois par exemple je pense à ça c'est dans la rhumato., je sais que ne suis pas très à l'aise dans la rhumato.; ben notamment les infiltrations, j'en ai fait un petit peu, mais après c'est le coup d'en

faire ; je pense une fois lancé si on en fait régulièrement, mais c'est pareil, je vois l'épaule j'avais dû en infiltrer une ou deux lors de mon stage prat. ; j'en n'ai pas fait depuis ; s'il fallait que j'en fasse maintenant ; enfin voilà ; et puis je n'ai pas eu l'occasion ; j'ai pourtant, voilà, le genou je l'ai infiltré parce que je suis allée chez un rhumato. aussi, mais c'est pareil, si on fait ponctuellement et puis qu'après il se trouve que dans notre parcours, ben après on oublie un peu, on n'ose plus

(0) : on revient aux gestes techniques ; ma question était plus large que ça

(3) : ah pardon

(0) : vas-y

(6) : non, non j'allais continuer là-dessus, donc euh

(1) : mais alors bien sûr qu'on a un socle commun qu'on est censé savoir-faire, et qu'on fait et c'est notre quotidien donc ça c'est immuable entre guillemets, ben je veux dire ; moi c'est pareil, la rhumato., j'aime pas trop

Sourires 3, 5

(1) : mais après on a quand même la base de la rhumato., on connaît, on ne va pas dire je ne traite pas un lumbago ou une lombosciatique ;

Rires 3 et 2

(1) : ou, enfin je veux dire il y a des choses, effectivement c'est comme ça et c'est fréquent, donc en plus bon c'est notre quotidien et ça, ça va, mais c'est vrai que quand ça va être des choses un peu plus compliquées

(0) : tu penses à quoi ?

(1) pff-souffle : je ne sais pas ; si j'ai une suspicion de PR, que je fais un bilan de première intention et que, ben j'en sais rien, après ça me paraît normal de l'adresser au rhumato., mais je pense aussi qu'il y a aussi des choses au début on n'est pas sûr, et puis à force d'adresser au rhumato., et d'avoir des retours

Acquiescement 3 et 4

(1) : on va aussi prendre confiance dans certaines prises en charge, on va les envoyer entre guillemets de plus en tard, mais tout en les envoyant suffisamment tôt pour qu'il n'y ait pas de perte de chance, mais ça aussi au final notre formation, elle se fait aussi comme ça plus tard ;

Acquiescement 4

(1) : mais effectivement moi je sais que j'envoie aussi facilement chez le dermatologue quand j'ai un doute ou quand il y a un problème, quand c'est viral, quand machin, quand c'est des trucs euh

(0) : ma question indirecte c'était, on se sent responsable, et le patient nous accorde sa confiance, et à ce moment-là, entre guillemets, parce qu'on se sent en niveau de compétence, on le gère, on s'occupe de la situation, jusqu'à un certain niveau... Ou assez facilement il y a un petit doute et on envoie, on délègue. Ma question c'est comment est-ce qu'on peut se situer par rapport à : j'accueille une plainte, je suis un peu pommé, je délègue facilement... Ou j'accueille une plainte, je suis un peu pommé mais je sais où chercher, je suis capable de dire il n'y a pas d'urgence, donc de temporiser, de rassurer le malade, et je m'en occupe, et je délègue pas tout de suite. Il y a aussi ça dans le niveau de compétence qu'on se donne

(3) : ça dépend de l'urgence de la situation, non ?

(0) : oui, une fois qu'on a éliminé l'urgence

(3) : oui et de l'expérience

Acquiescements 1, 2, 3 et 5

(0) : oui mais l'expérience c'est le niveau de compétence

(1) : et puis de la façon aussi du patient, parce que c'est au cas par cas aussi, de sa demande réelle ;

Acquiescement général

(1) : il y a des patients qui viennent, ils disent ça fait 6 mois que ça dure, je veux voir un spécialiste ; bon ben là c'est sûr que des fois on est un peu bloqué, et qu'on envoie plus facilement aussi

(0) : oui ; ce que je voulais dire, c'est que vous avez été confrontés à différents médecins qui fonctionnent de façon un peu différente et qui par rapport à cette question-là, peut-être fonctionnent différemment

(4) : oui mais ça dépend aussi de notre caractère..., notre fonctionnement interne

(0) : oui, c'est quoi ?

(4) : ben moi je sais que je suis un petit peu anxieuse sur certaines choses et un des médecins avec qui je suis aussi a plus ce caractère là et du coup , on a un petit peu tendance à de temps en temps à faire des examens, alors que mon autre prat. qui est beaucoup plus zen, ouais ben on va reporter, on va voir, on tempore, et du coup c'est vrai que c'est un fonctionnement différent, mais c'est intrinsèque ça, enfin on fonctionne comme on est quoi

(0) : ouais, vous êtes d'accord ?

(3) : ça dépend

(6) : Après on a des outils pour se rassurer aussi, il y a un ressenti certes, mais on sait quand même cadrer une situation d'emblée ; il y a des critères d'urgence, pas d'urgence, il y a des signes de défaillance, pas de signe de défaillance, euh voilà, un genou septique,

Sourires-acquiescement 3, 4

(6) : Enfin tout le monde sait ponctionner et envoyer avant de débiter des antibiotiques, enfin il y a des trucs auxquels on ne peut pas couper ; moi je pense qu'une ponction articulaire entre guillemets, ce n'est pas hyper compliqué, et je serais bien contente de savoir la faire en cabinet, si j'ai une arthrite septique, enfin d'avoir pu envoyer de la bactérie. avant de balancer mes antibio., et de ne pas attendre qu'il aille je ne sais pas trop où faire sa ponction, ou de l'envoyer aux urgences et qu'il attende 5 heures, enfin je trouve que c'est après une pratique euh

(0) : donc il y a une question sur quand même sur un certain niveau de compétence,

Acquiescement 1, 6

(0) : dans la situation où on est, et de pouvoir l'apprécier, et vous avez l'impression que vous avez à peu près acquis les outils pour l'apprécier ; c'est tout, c'est ça dont je parle

(6) : et pouvoir être à l'aise dans la pratique générale, oui ; mais après il y a aussi de se provoquer l'occasion aussi

Acquiescement 3

(6) : par exemple les infiltrations, je n'ai pas eu l'occasion ; en fait il y a plein de fois, où en discutant d'une situation avec mon prat., il me dit ben pourquoi tu lui a pas proposé une infiltration, mais c'est tellement pas ancré dans ma pratique que je n'y pense même pas ;

Acquiescement-sourire 1

(6) : en fait, alors que c'est indiqué là dans ces cas-là, c'était indiqué, mais moi je suis tellement, j'étais pas à l'aise avec ça ; du coup je ne le proposais pas ; j'ai mis des anti-inflammatoires, il me dit mais là tu l'infiltras, il

va être soulagé beaucoup plus rapidement ; mais c'est qu'on le propose pas ; on n'a pas l'occasion parce qu'on ne se la provoque pas, parce que c'est quelque chose dont on a peur,

Acquiescement 1, 3, 4

(6) : et du coup on se dit qu'il n'y a pas d'indication ; alors qu'au final, il me dit ben tu vas le reconvoquer dans 2 jours, et il me dit tu vas l'infiltrer ; et du coup j'en ai fait plein, et maintenant ben ça me poserait plus de problème avec une épaule,

Acquiescement 3

(6) : et de poser l'indication, alors que je l'aurais pas du tout posée avant, parce que pour moi ce n'était pas une solution thérapeutique

(0) : d'accord ; bon on va changer un petit peu de sujet mais pas vraiment ; mais on va passer à la question 2 qui est : que pensez-vous de la description des compétences et de celles des différents niveaux de compétences qui sont explicitées dans la FENCIS, la fiche que vous avez sous les yeux

(2) : on peut la sortir ?

(0) : oh vous avez le droit ce n'est pas un contrôle

Rires (2-3)

(1) : ce n'est pas les compétences, les 11 compétences, avec les familles de compétences

(0) : ça se rejoint tout ça,

(6) : ouais ça se recoupe hein

Acquiescement général

(0) : tout se rejoint mais là c'est un outil qu'on vous a proposé, qu'on vous a demandé d'expérimenter, que personne dans le groupe n'a expérimenté ; et j'imagine que ceux qui ne sont pas là, c'est pareil ; encore plus même

Rire général

(1) : c'est encore pire (*rire*)

(0) : vous au moins vous avez osé venir alors, qu'eux n'ont même pas voulu venir ; *et puis vous avez exprimé en début de notre réunion que la scolarité ça vous emmerde (ça ce n'est pas enregistré bien sûr)*

(2) : *exactement*

Rire 1, 2

(0) : et donc on cause, de ça ; vous l'avez lu au moins une fois quand même ?

(6) : oui

Acquiescement général

(0) : ça vous a fait quoi, en dehors de cette idée que, une fois de plus on vous propose un outil scolaire, si vous réfléchissez un petit peu, ça vous fait quoi ?

(4) : ben ça, nous fait l'impression qu'on nous met encore dans un cadre

(0) : ouais, et alors c'est quoi le cadre ?

(4) : ben je ne sais pas, mais, faut répondre à ça : oui là c'est bien, non alors là ce n'est pas bien...

Sourire 1

(4) : enfin c'est toujours euh, enfin il y a un ensemble de choses mais

(0) : tu peux spécifier un peu là où c'est bien, là où ce n'est pas bien ?

(4) : ben je ne sais pas, moi par exemple les aptitudes diagnostiques ben oui c'est bien, thérapeutiques aussi ; les *ch...* d'urgence ben peut être un peu moins bien ; enfin voilà

(0) : c'est exprimé comme ça ?

(4) : non enfin c'est

(0) : c'est exprimé comment ?

(6) : oui c'est ça

(4) : si c'est ça oui les premières c'est ça

(0) : mais c'est marqué bien, pas bien, moyennement bien ?

(6) : non

(3) : novice/intermédiaire/compétent

(0) : ouais ; alors voilà ça, ça vous évoque quoi, cette affaire-là, ces termes-là ?

(1) : ben bien, pas bien (*rire*)

(4) : voilà, c'est ça

(2) : oui bien, pas bien

(4) : du rouge ou du vert sur la feuille

(6) : ABC quoi (*rire*)

(3) : peut mieux faire

(1) : 0, 10, 20 (*rire*)

(3) : c'est compétent, je ne dirais pas : pas bien,

(5) : non

(3) : peut mieux faire

(5) : oui

(6) : ben c'est C quoi : en cours d'acquisition (*rire*)

(0) : est-ce que par exemple, quand vous avez lu ça, vous avez imaginé que quelqu'un qui rentre en troisième cycle, il peut se dire compétent sur un certain nombre de choses

(2) : au début de l'internat ?

(0) : ouais ; je pose la question ; parce que nous on l'a imaginé, sur un certain nombre de choses ; pas sur tout évidemment, sinon ce ne serait pas la peine de....

(2) : je ne suis pas sûre hein

(6) : dans la relation ; parce que ça c'est quand même quelque chose qui, on peut s'améliorer mais quoi qu'il arrive, il y a des gens qui seront à l'aise, qui aimeront discuter avec les gens, qui aimeront toutes les relations avec l'équipe de soins et qui en seront capables, et d'autres qui ne sont pas comme ça et qui seront novices du début à la fin je pense ; ou alors ils arriveront à intermédiaire peut-être je ne sais pas ; et alors qu'on peut partir compétent dès le départ je pense

(0) : alors est ce qu'on peut prendre la définition de ce que c'est qu'être novice, en terme de relation (la relation c'est la relation médecin-malade ; ce n'est pas la relation avec l'équipe soignante) ; mais est-ce qu'on peut prendre les descriptifs parce que...

(6) : a des rapports difficiles avec le patient, réalise des entretiens incomplets, superficiels, non orientés par les problèmes du patient. Coupe rapidement la parole au patient, ne propose pas de reformulation ou d'aide à l'expression du patient. N'explore pas l'intégration des plaintes dans la vie du patient.

(0) : alors si par exemple vous vous projetez sur comment vous étiez quand vous êtes rentrés dans DES ; est-ce que ça vous paraît être des éléments jugeant, qui correspondent à quelque chose ou ça ne correspond pas ?

(6) : non, après là c'est peut-être plus...

(0) : toi si tu essaie de te reporter quand tu es entrée en S1, tu te serais mis où ?

(6) : ben après du coup c'est un peu euh...

(1) : c'est dur ; mais oui en fait ; de cocher une case pour soi je trouve ça dur ;

(6) : ouais je trouve c'est difficile d'être objectif sur soi-même là-dessus

(1) : je peux être parfaite sur rien et...

(0) : ce n'est pas grave il n'y a personne qui vous en voudra ; l'idée c'est l'autoévaluation, c'est très porteur par rapport à la formation ; comment tu te situes

(6) : je pense que je me situe en intermédiaire parce que mon entretien il n'était pas complet, précis, fiable

Acquiescement 1

(6) : même encore maintenant d'ailleurs

Acquiescement 1, 2

(6) : maintenant je me dis oh mais pfff... orienté en fonction des problèmes du patient, maintenant enfin ça l'est beaucoup plus ; c'est sûr qu'au départ c'était, pas forcément incomplet, superficiel, mais beaucoup trop complet, moi c'était,

Acquiescement 1

(6) : après ça dépend des patients mais c'était l'inverse, ce n'était pas orienté, et pas centré

Acquiescement 3

(6) : j'interrogeais tout, en espérant trouver quelque chose

Rires 3, 5

(6) : et d'avoir rien oublié, je ne me posais aucune question, maintenant c'est orienté mais, mais dans le rapport avec le patient je pense qu'il est le même de quand j'ai commencé à aujourd'hui

(0) : alors d'autres avis là-dessus

(1) : moi je te rejoins, je rejoins (6) aussi

(0) : tu penses que tu n'as pas changé, dans ton rapport, dans ta position de médecin par rapport au patient ?

(1) : ben si

(3) : mais il y a deux choses de distinctes je pense

(6) : oui, on ne parle pas de la même chose là

(3) : il y a la qualité de l'interrogatoire / la qualité de l'entretien et...

(0) : ce n'est pas la même chose l'interrogatoire et l'entretien, ou c'est la même chose ?

(3) : ben non l'interrogatoire, c'est les questions, voilà l'entretien c'est l'échange on est d'accord ; non mais je pense vraiment qu'il y a deux choses ; ce que tu voulais mettre en évidence c'est la qualité de l'interrogatoire en fait et après ton relationnel, comme le relationnel avec quelques personnes quoi

(6) : ouais en gros il y a l'empathie entre guillemets d'un côté, ça je pense que c'est à peu près inné ou pas ; et que ça s'acquiert un peu mais et puis il y a des gens qui vont faire biologie pour ça parce que c'est comme ça

Acquiescement 3 et 5

(6) : ou radiologue ou n'importe, et après, si dans la position par rapport au patient, oui ça change ; ça change parce qu'on acquiert des compétences, qui nous font prendre confiance en nous et du coup on est plus capable

de dire : oui ou non ; non je ne vais pas vous prescrire ça parce que ci, parce que ça ; alors qu'au début c'est inenvisageable quoi : oui, oui je vais vous prescrire ...je ne sais même pas ce que ça veut dire mais...

Rires 3 et 5

(0) : il y a encore d'autres éléments peut-être dans le...

(5) : moi je ne suis pas d'accord parce que ben voilà, peut-être dans ma personnalité, même sûrement, j'étais beaucoup plus en retrait je pense au début, et que justement j'ai appris à prendre confiance en moi, et dans l'interrogatoire bien sûr, mais aussi dans la relation avec le patient, enfin autre, et je pense que ça a dû changer aussi le fait d'en côtoyer plus, de voir plus de monde que pendant l'externat, donc je pense qu'il y a les deux qui peuvent s'améliorer

(0) : on continue là-dessus, juste si vous voulez bien lire par exemple le niveau intermédiaire sur la relation, puis après on en reprendra une autre, mais, sur relation-communication ; pour chacune d'entre vous et vous dire et puis lire le niveau compétent et vous dire aujourd'hui où est-ce que je suis comme niveau

(2) : on fait juste pour le patient ?

(1) : relation avec le patient, pas avec la famille

(0) : ben tel que c'est défini ; hein la relation c'est la relation avec le patient

(2) : ben oui mais il y a avec la famille dans le ...

(0) : ah oui, d'accord ; oui on se limite bien sûr, excuse moi

(2) : je ne sais pas, moi comme (6), je pense, dire qu'on a un entretien complet, précis, fiable, orienté, alors je pense que oui, oui parfois, il y a, je ne peux pas dire que j'ai tout le temps un entretien complet, précis et fiable, mais ben je pense qu'on a évolué parce qu'on est plus sûre de soi quand même dans l'entretien ;

Acquiescement 1

(2) : mais c'est ce qu'on disait tout à l'heure, on centre moins sur vraiment le problème et on essaie de le prendre en globalité

(0) : Tu peux lire la suite

(2) : alors a de bons rapports avec les patients ; entretien complet, précis, fiable, orienté en fonction du problème du patient, alterne questions ouvertes et fermées, reformule, respecte les silences, s'autorise à explorer le retentissement des plaintes dans la vie du patient

(1) : ça fait liste en fait

(6) : oui c'est ça

Acquiescement 5, puis 2 puis 3

(1) : quand on fait un entretien on n'est pas là, alors est-ce que j'ai bien posé les questions, etc. etc...

(0) : oui mais ce n'est pas ça la question ; excuse-moi de te couper là, mais la question c'est par exemple est-ce que tu t'autorises, tel que c'est marqué là,

(1) : à explorer le retentissement des plaintes dans la vie du patient

(0) : est-ce que tu t'autorise ?

(2) : oh oui, oui

(0) : ça veut dire est ce que facilement tu te sens à l'aise maintenant pour aborder, les questions de la vie, intégrées dans la consultation médicale ? Comment ça va au niveau de la sexualité, comment ça va au niveau de la famille ; tu vois c'est ça ; enfin moi il me semble

(1) : oui, ben mais parfois avec certains patients non

(2) : oui c'est ça

(1) : et je ne sais pas pourquoi avec celui-là plutôt qu'un autre, et je pense que j'ai plein de progrès à faire là-dessus, donc je ne peux pas cocher compétence là-dessus, mais avec la plupart des patients, oui ça ne me gêne pas

(0) : le fait que ce soit écrit, ça change quelque chose ? Est-ce que ça permet, le fait que ce soit écrit, de réfléchir mieux à cet aspect de la compétence qui concerne la relation et la communication ?

(1) : que ce soit écrit là, moi non

(2) : moi, non

(0) : c'est à dire que spontanément tu y aurais pensé ?

(1) : oui, oui, moi ça fait partie du quotidien de mon SASPAS de réfléchir là-dessus

(6) : oui moi je pense que tout est mélangé ; après c'est à adapter vraiment à chacun ; mais moi dès le départ ça ne me dérangeait pas d'interroger sur le retentissement dans la vie des patients mais peut-être pas de manière

(0) : et ben peut-être, ce n'est pas que tout est mélangé, c'est que toi tu avais une compétence d'un niveau expert

(6) : non, non (*rire gêné*)

Rires 5/2/3/1

(0) : non attend, sur ce petit point là

(6) : ah oui ; mais le reste rien ne colle

Rires 2 ...

(0) : voilà, parce que peut-être que il y a un truc que vous avez mal pigé qui est dans l'approche par compétences ; l'idée c'est pas du tout on commence petit et on devient grand, et donc on est bon ou on est mauvais, c'est on sait qu'il y a des trucs qui se passent facilement et puis il y en a d'autres qui se passent plus difficilement ; mais si on peut les repérer, on sait sur quoi on va travailler. Il faut que j'arrête parce que là je sors de mon rôle d'animateur ;

(6) : non c'est vrai

(0) : mais c'est pour essayer de recentrer un petit peu parce que ... il me semble que vous résistez beaucoup à ce qui est écrit

(1) : oui c'est vrai

(2) : ben oui mais parce que c'est trop cadré je trouve, enfin c'est, je ne sais pas, moi ça me

(6) : ce n'est pas très fluide

(2) : ouais je ne sais pas comme dit (1), après ça dépend aussi du patient, ça dépend...enfin ce n'est pas juste nous quoi ; parfois avec le patient...

(0) : non, là on parle de toi et de tes compétences à toi ; ça va marcher ou ça n'a pas marché, c'est un autre problème. Comment tu te sens toi ?

(2) : oui, oui mais comme vous le disiez, par exemple parler de la sexualité, ça va dépendre des patients

(4) : c'est ça

Acquiescement 3

(2) : parfois, ben oui il n'y a pas de souci, et puis parfois on sent que...je ne sais pas c'est dans la relation avec le patient, alors, c'est lui qui n'est pas disponible ou c'est nous qui avons un problème avec le patient, je ne sais

pas mais, on sent qu'on ne peut pas là ; on ne peut pas, là il y a un mur, il y a quelque chose et on le fera pas avec ce patient

(0) : on ne le fera pas aujourd'hui avec ce patient

(2) : aujourd'hui oui, c'est ça, peut-être que...

(0) : on le fera demain avec ce patient ; et la compétence c'est peut-être de se dire, je sais pourquoi ça n'a pas marché aujourd'hui, et demain il faudra que j'y retourne ; tu vois enfin

(2) : oui, mais ça du coup par contre comme on est en SASPAS, ce n'est quand même pas nos patients non plus donc euh ; je ne peux pas me dire demain je le ferai, parce que demain ce ne sera pas moi qui le verrai, enfin, voilà il ira voir... voilà, mais après je verrai comment je serai avec mes patients, mais, et j'espère pouvoir être à l'aise avec tous mes patients mais euh...

(0) : donc ce que vous dites, c'est que cette description vous paraît une fois de plus scolaire,

Sourire 5

(0) : vous paraît enfermant, bloquant, je ne sais pas, essayer de

(2) : oui, oui

Acquiescement 3 et 4

(1) : le fait qu'il n'y ait que 3 choix de réponses : c'est nul, moyen ou parfait en gros

Rire 2 puis 5

(0) : non mais c'est pour ça que je vous ai demandé de regarder ce que ça voulait dire, parce que ça n'a aucun sens de dire nul

Acquiescement 1, 5

(1) : non, on caricature bien sûr

(0) : et donc ce qui vous apparaît c'est une simplification, et que immédiatement vous allez vers cette simplification-là : nul/moyen...

Acquiescement général

(2) : entre guillemets, mais je pense qu'on s'est tous dit un peu ça, mais on sait bien que les définitions sont bien expliquées pour chaque terme

(0) : alors que la dynamique proposée n'est peut-être pas ça, hein

(6) : on s'en rend bien compte, que ce n'est pas du tout ce à quoi on pensait

(0) : parce qu'en fait vous n'avez pas lu l'explication

(5) : si mais

(6) : mais si, mais je ne m'en rappelle plus, c'est long : enfin, ça ne donne pas du tout envie quoi

(3) : c'est exhaustif

Rire 2 ; acquiescement 5

(1) : c'est ça, quand on est incompetent on relit novice en fait aussi

(0) : est-ce qu'on peut prendre une autre compétence que la relation. Si, c'est très bien choisi, c'est juste que c'est la plus facile

(6) : en regardant juste la grille je n'aurai pas du tout pensé à novice,

Acquiescement 5

(6) : je n'aurais pas forcément, enfin je ne me serais pas jugée en fonction de ce qui est marqué là par exemple ; novice pour moi ce n'était pas ça, intermédiaire ce n'était pas ça et compétent ce n'était pas ça.

(0) : c'était quoi ? C'était nul, c'est ça ?

Rire 2

(6) : oui, non mais et puis novice dans la relation, c'était on n'est pas très à l'aise avec la personne ;

Acquiescement 1, 5

(6) : intermédiaire c'est que oui on était à l'aise mais des fois pas toujours suffisamment sûr de ses positions pour affirmer un point de vue, par exemple. Ou même dans le contact avec l'autre, des fois c'est pas toujours facile de regarder dans les yeux, d'accrocher la personne. Quand on a un peu plus confiance en ses compétences et tout ça, on est quand même mieux posés, on arrive mieux à les regarder, enfin bon c'est... Et puis bon ben compétent, c'est on se sent à notre place sur notre siège là, on est capable de discuter bien, d'avoir une bonne relation, de dire ce qu'on pense, ce qu'on pense bien, d'essayer d'accompagner les patients... Alors qu'en fait ce n'est pas du tout ça, en gros !

Rire général

(1) : dans un point il y a tellement de choses différentes

(5) : oui c'est ça qui m'embête

(0) : comme quoi, alors illustre, parce que

(1) : ah ben là typiquement, là où on était, on peut dire dans la notion de compétence, je ne sais plus où on en était, ben on peut dire dit oui/non, ben par exemple a de bon rapport avec le patient, moi je pense que j'ai toujours eu des bons rapports avec les patients ; entretien complet, précis, fiable : déjà il y a 3 trucs différents, mais bon ça se rejoint

(0) : mais oui mais justement, ça donne des éléments

(1) : et à chaque fois que, mais moi quand je l'ai lu, à chaque fois je relisais

(0) : continue

(1) : je continue ; entretien complet, précis, fiable ; alors on peut faire quelque chose de complet mais ça part dans tous les sens, et on veut être tellement complet qu'on cible plus ; orienté en fonction du problème des patients : ben ça revient un peu à ce que disais avant, mais... Alterne les questions ouvertes et fermées : alors ça j'avoue, je ne sais pas dans mon entretien si j'alterne les questions ouvertes et fermées

(3) : il y a des patients où tu n'as pas envie de poser des questions

(0) : je m'arrête là-dessus ; vous comprenez, vous êtes capables de dire si vous alternez les questions ouvertes ou fermées ?

(1) : non moi je ne sais pas

(2) : je pense que oui, mais

(3) : je pense que oui, mais comme je disais ça dépend des patients, il y en a pour qui

(0) : ok, là il y a sans doute un problème de compréhension et de formation ; parce que une question ouverte c'est quoi ?

(6) : ah non mais bien sûr

(1) : ben oui

(0) : mais vous ne savez pas ce que vous faites ?

(4) : si, enfin...

(1) : ben je pense que je dois le faire naturellement en fait

(4) : ben ça dépend du patient en fait, il y a de patients on est obligés vraiment d'aller leur creuser, de poser que des questions fermées pour avoir une réponse, et puis après ben je pense que naturellement, on fait ouvertes et fermées dans l'entretien, donc euh

(3) : mais souvent on commence assez général, comment ça va ? Ça reste une question ouverte,

Acquiescement 4

(3) : et puis selon les pistes qu'ils nous donnent, là on pose des questions fermées ou pas ; ça dépend

Acquiescement 6

(1) : et puis il y a des patients il faut les recadrer aussi

(3) : voilà il y a ça aussi

(6) : moi je sais que je posais beaucoup de questions fermées au départ, et que j'en pose moins maintenant je pense, parce qu'on me l'a déjà fait remarqué

(0) : parce que ça donne quoi ? Qu'est-ce qu'on en attend ?

(6) : vous n'avez donc pas ça ? Moi je disais souvent ça ; vous n'avez pas ça, vous n'avez pas ça, pas machin, pas machin, et puis maintenant je dis plus, avez-vous, avez-vous...

(2) : mais c'est toujours une question fermée

(3) : tu as raison

(2) : et, oui ; vous avez quoi d'autre comme problème ?

(6) : non, non mais, qu'est-ce que ...non mais je laisse le...

(1) : non mais moi je suis d'accord, ça dépend totalement du patient,

(3) : c'est vrai

(1) : quelqu'un qui part dans tous les sens, qu'il faut recadrer,

(2) : ha, ouais

(1) : bon, ben, on va limiter les questions ouvertes et on va passer à plus de questions fermées, parce qu'on se rend compte que là on part dans tous les sens

Acquiescement 5

(1) : et quelqu'un d'autre où là ça va être plutôt un entretien plutôt que vraiment une consultation en fonction du motif ou autre, là, on va poser des questions ouvertes, on va lui faire dire ce qu'il ressent, on va essayer de ...

(0) : donc globalement, tu te sens, tu te jugerais, tu t'autoévaluerais, dans quelle position par rapport à ces...

(1) Souffle dubitatif, indécis

(5) : c'est sur une même consultation, alterner ou ne pas alterner ?

(0) : non c'est globalement

(5) : c'est savoir s'adapter au patient...

(6) : c'est de l'adaptation en fait

(0) : bien sûr, mais c'est globalement, comment on se sent

(3) : parce qu'il y a aussi des patients pour qui, qui sont multi-plaintifs, qui souffrent, qui sont dans la souffrance

(0) : tu te jugerais comment par rapport à ces éléments-là ?

(4) : euh, je pense qu'effectivement j'alterne questions ouvertes et questions fermées en fonction

(0) : non, non mais tous les éléments, tu te mettrais dans quelle case ?

(2) : intermédiaire ou compétente

(6) : pour vous dire c'est si vous êtes compétente, en fait

(2) : intermédiaire plus

(0) : mais non mais ce que je voudrais c'est essayer de voir si ça vous parle ? C'est juste ça

(4) : je pense qu'au début de l'internat, j'étais plutôt intermédiaire, maintenant je me mettrais plus dans compétente

(0) : ben oui il n'y a pas de honte à ça, enfin me semble-t-il ; mais il peut y avoir dans les différents éléments quand même un point ou deux sur lesquels ça j'opte...

(3) : oui, dans toute la liste, je pense qu'il y a toujours, on peut toujours mieux faire dans certains domaines, de toute façon

(0) : oui mais ce n'est pas ça la ...

(6) : la question c'est de savoir si on reçoit l'idée principale quoi

(0) : c'est de repérer ce qui ne va pas, ou de repérer ce qui va bien, c'est tout ; c'est juste ça non ?

(3) : oui c'est ça

(4) : oui tout à fait

(2) : ben est-ce qu'on a besoin de ça pour repérer ce qui va mal ? C'est ça la question aussi ; je ne sais pas si il y a besoin de cette grille pour repérer ce qui va mal.

(0) : toi tu penses que...

(2) : Après, normalement c'est le rôle de nos maîtres de stage

(4) : voilà

(2) : de réussir à pointer ce qui va mal plutôt que de reprendre toute la liste en disant alors est-ce que tu fais ça bien ? Est-ce que tu fais ça bien ?

(3) : c'est un peu long après

Acquiescement 5, 6

(2) : ouais

(3) : enfin c'est vrai que je disais, c'est assez long

(1) : c'est très théorique je trouve il y a des choses

(0) : alors vas-y qu'est-ce qui est théorique ?

(1) : ben là par exemple : éducation/dépistage/prévention : participe aux actions de santé publique qui impliquent son unité de stage => novice : ne s'implique pas spontanément ; là ça va c'est un truc court ;

Rires 3, 5, 6

(1) : dans les actions publiques ayant lieu dans son lieu de stage/intermédiaire : participe aux actions de santé publique de son lieu de stage s'il y est invité/compétent : s'implique spontanément et personnellement dans les actions de santé publiques ayant lieu dans son lieu de stage ; moi ça ne me va pas du tout ça

(0) : pourquoi ?

(1) : déjà est-ce que ça fait référence aux FMC ?

(0) : non ; ça, ça veut dire que ce n'est pas compréhensible

(1) : non, mais non, mais aux actions de santé publique : qu'est-ce que j'ai comme action de santé publique dans mon lieu de stage ?

Questionnement : pas de réponse trouvée (6)

(0) : voilà, donc ça veut dire que ça ne parle pas ;

(1) : donc là je cocherais sans objet pour ce stage

(0) : eh ben, oui parce que ça ne te parle pas

(1) : mais ça c'est une évaluation de SASPAS, alors on devrait être concernés

(0) : Non, c'est une évaluation qui sera utilisée dans tous les stages ;

(6) : ah... !

(2) : oui c'est pour tous les stages

(3) : alors je sais que les maîtres de stage seront...

(0) : mais on verra ça après, non, non, c'est un autre sujet ; on en discutera à la fin. Mais donc là on est juste en train d'essayer de voir comment vous comprenez ça, là où ça bloque, et j'ai l'impression que ça bloque très, très dur

Rire général

(1) : on dit souvent que les médecins sont les derniers, réfractaires au changement, mais nous c'est pareil enfin

(0) : est-ce qu'on peut prendre une autre compétence ?

(2) : je ne sais pas, on peut faire le suivi là ?

(0) : ouais, alors on lit les 3 éléments

(2) : participe à l'organisation du suivi du patient ; alors novice : n'est pas attentif à la continuité des soins, reste centré sur le problème ponctuel, ne planifie pas les étapes du suivi. Ne fait pas bénéficier le patient des ressources des autres professionnels de santé ; intermédiaire : pense à poser les étapes du suivi du patient à court terme ; y intègre les principaux intervenants en rapport avec ces étapes ; et compétent : intègre dans sa décision la continuité des soins et planifie le suivi à court et à moyen terme. Fait bénéficier le patient des ressources des autres professionnels de santé chaque fois que nécessaire.

(3) : intermédiaire et compétent je trouve que c'est un peu la même chose, non ?

(1) : moi tu sais j'ai toujours besoin de les relire 2 fois les phrases

Acquiescement 5, 6

(2) : ouais moi aussi

(1) : au moins

(2) : oui parce que je suis perdue

(0) : oui donc ça veut dire que ce n'est pas immédiatement compréhensible

(1) : ah non, c'est abstrait

(6) : vous dites que ça fait pas stigmatisé mais ça fait quand même un peu : novice on a quand même un peu envie de dire qu'on est nul quoi

Rires surtout 2

(6) : dans la formulation des phrases : n'est pas attentif, reste centré,

(0) : oui, formulation négatives...

(1 puis 5) : ne planifie pas

(1) : ne fait pas bénéficier

(6) : après on commence à penser là, alors intermédiaire, là on commence, et alors là on intègre ; enfin, ça fait quand même,

(1) : ça fait nul (*rire*)

(6) : la façon dont c'est présenté, ça fait quand même nul/moyen/bon

(0) : d'accord

(6) : même si ce n'est pas l'objet

(4) : je trouve c'est long, enfin

(5) : les phrases sont...c'est redondant, c'est lourd

(4) : c'est comme tu dis faut qu'on la relise deux fois pour vraiment intégrer tout ce qu'il y a, en une phrase et

...

(1) : limite il faudrait que je fasse un dessin (*rire*)

(0) : mais il y a une différence quand même dans les différents niveaux ?

(4) : ben oui quand même mais je trouve que c'est...,

(5) : mais il faut y réfléchir

(4) : il faut y réfléchir quoi ; ça ne se fait pas sans...ah bah là on va évaluer ça

Acquiescement 6

(4) : il faut y réfléchir je trouve

(1) : en fait au lieu de mettre des choses négatives, il faudrait mettre, enfin formuler différemment ;

Acquiescement 6 +++

(1) : c'est comme l'histoire des pourcentages et des pyramides ; où on se dit dans les comportements, je me souviens dans les étapes du deuil, c'était présenté sous forme de, et on disait quand on est là, c'est qu'on est bien, et en fait c'est pas du tout ça ; chacun a un mode de fonctionnement différent, mais le fait de le représenter en pyramide donne cette impression-là indirectement, et ben là, je trouve que ça fait un peu ça en fait

(6) : et quand on regarde novice, c'est toujours pareil : n'intègre pas, ne s'intéresse pas, ne s'implique pas, n'est pas attentif, a des difficultés ; ça commence déjà

Acquiescement 1

(5) : tout négatif

(0) : donc, ça, ça te fait quoi comme effet ?

(6) : ben, par exemple, si j'en parlais avec mon maître de stage, même si effectivement je suis novice et on a conscience en premier, 2^{ème} semestre et même encore en dernier semestre qu'il y ait des choses encore sur lesquelles on est novice, mais je suis pas bien ;

(1) : c'est badant

Rire général

(6) : euh n'intègre pas, ne s'intéresse pas ; je ne me sens pas très bien,

(2) *moue démotivée* : ce n'est pas très motivant

(6) : je vais prendre ça comme un jugement

Acquiescement 1, 4, 5

(6) : et pas comme une évaluation ; enfin ce n'est pas très encourageant

(2) : ben c'est vrai, ce que dit (6), en fait je le vis plus comme un jugement que une évaluation aussi

(0) : dans l'évaluation il y a forcément une notion de peser quelque chose

(2) : ben oui, complètement mais je crois que c'est aussi ça qu'on n'aime pas en fait ; c'est être jugé et c'est toujours désagréable, oui c'est ça en fait

(1) : on fait un contrôle où on se note nous-même, déjà ça c'est difficile

(0) : parce que tout à l'heure, l'autoévaluation c'était : ça ne va pas, vous avez dit ça tout à l'heure non ?

(1) : ben moi j'ai du mal à me noter moi-même, je trouve ça difficile

(0) : alors si l'autoévaluation ça ne va pas

(1) : mais en même temps le regard des autres c'est encore pire

Sourire général

(1) : alors que quand on fait des bilans de stage, l'intérêt c'est on discute ; genre ben là-dessus c'est vrai que il y a eu des difficultés par rapport à ça, mais il y a eu telle ou telle progression

(6) : ouais c'est controversé quand même

(1) : tu t'es posé telle question

Acquiescement 4

(1) : tu as progressé là-dessus, ce n'est pas encore parfait mais au moins tu le sais, et tu es en train de progresser là-dessus

Acquiescement 5

(1) : et il y a une mise en valeur...ben ça permet de tempérer les choses etc. ; alors que ben c'est vrai que moi je suis d'accord avec (6), j'avais trop peur qu'elle me dise, j'ai sorti la feuille, maintenant vient on va la faire,

Sourire 6

(1) : et vraiment c'est une sanction quoi ; j'aurais mal dormi la veille

(0) : donc c'est une espèce de ... gendarme où

(6) : ah, oui, oui,

(2) : ouais

(6) : non mais c'est vrai ; ça fait un espèce de bulletin où on revient avec que des C là

Rire général

(6) : enfin je suis en 6^{ème} année,

(1) : en vert en orange et en rouge

(6) : j'ai eu que des C ; t'as encore des trucs à apprendre ; ça fait un peu ça ;

(1) : et puis bon en premier semestre, ça va, mais maintenant

(6) : mais même en premier semestre t'arrives t'es en 7^{ème} année t'as pas envie encore d'avoir que des C, et des en cours d'acquisition ; alors que pourtant c'est le cas ; tout est : a des difficultés à travailler en équipe, difficulté de communication avec les intervenants

(0) : est-ce que ça correspond à quelque chose ?

(6) : est-ce que ça correspond à quelque chose ?

(2) : ben à notre progression

(0) : c'est-à-dire qu'en 7^{ème} année, est-ce que ça correspond à quelque chose de n'être pas encore faite/pas encore finie dans la formation, même en 9^{ème} année

(2) : oui mais si c'est pour nous montrer qu'on est nul, euh, pff... (*Souffle de dépit*)

(5) : oui mais on a quand même des compétences

(0) : voilà

(5) : il y a quand même des trucs qu'on sait faire

(0) : bien sûr

(5) : on ne sait pas tout faire mais

(0) : et donc si vous aviez eu ça en premier semestre, il est vraisemblable que vous auriez coché un certain nombre de choses à un niveau intermédiaire ou même à un niveau compétent ; après on va regarder

(5) : oui ; *rire*

(2) : moi je me serai mal jugée

(6) : « les dossiers présentent des données concises, précises, organisées et hiérarchisées », enfin ça c'est vraiment l'évolution euh ; là « communique avec aisance et s'assure que les données du suivi du patient sont connues de l'ensemble des intervenants dans l'intérêt du patient », ça c'est sûr que je l'étais pas ; « intègre dans sa décision... » ; enfin tous les compétents, j'en mettais aucun

(5) : si

(0) : et alors ces compétents là ça évoque quelque chose, ça sert à quelque chose, ça fait se questionner sur quelque chose ?

(5) : ben non mais ça peut faire peur ; on peut se dire ben, est-ce que je suis bien faite pour ça ? Qu'est-ce que je fais là ? (*rire*)

Rire général

(0) : ah ouais !

(2) : je suis nulle partout

(4) : ouais

(6) : en fait c'est bien à la fin

Rire général

(6) : de le regarder maintenant et de se dire, c'est vrai qu'au début je pense que j'étais un peu comme ça et maintenant, ouf je suis plutôt comme ça ;

(5) : ouais

(6) : mais de le voir dès le début, déjà qu'on est paniqué arrivé interne où il y a 10 000 trucs à gérer, on sait rien faire, on doit gérer un service, gérer des trucs, on ne connaît même pas ce qu'il faut mettre dans une perf, enfin bref, et en plus pouf, pouf, pouf ...

(5) : de se sentir jugées

(6) : ouais ça va pas ça, enfin moi c'est...

Sourire 2, 3

(0) : vous êtes d'accord ?

(2) : ah oui, oui ; parce que déjà quand on est interne, les médicaments, les prescriptions c'est compliqué, si en plus on nous dit qu'au niveau de la relation ben, ce n'est pas terrible, et que la seule chose que tu fais bien c'est que d'arriver à l'heure

Rire général

(2) : ben c'est un peu violent

(3) : et encore, oui

(6) : et c'est ce qu'il se passerait

(1) : non mais c'est vrai que tous les novices c'est de la négation, et s'il n'y a pas de négation, il y a le mot difficile dans les 3 premiers mots

(6) : ah oui non mais il y a que des trucs euh

(1) : ou difficulté ou incomplet

(6) : observation brouillonne (*rire*)

Rire 1, 5

(6) : non mais c'est que des trucs négatifs

(0) : alors je fais un tout petit rapport avec la description des compétences ; vous les avez lues le descriptif des compétences qu'on a dû vous donner à un moment donné

Acquiescement dubitatif 6

(1) : les petits cahiers qu'on a eus ?

(6) : sur lesquels on doit écrire les RSCA normalement ?

(2) : les situations cliniques là ?

(1) : les 11 ?

(0) : non ce n'est pas les 11 familles de situations, c'est la définition des compétences. Qu'est-ce que c'est que la relation-communication ?

(2) : avec la marguerite là ?

(4) : au début ?

(0) : oui c'est-à-dire le développement de la marguerite ?

(2) : oui, oui

(0) : vous les avez lues ?

(4) : oui, oui on l'a lu au début

(2) : mais on s'en rappelle plus

(0) : je sais bien que vous les avez lues ; mais parce qu'en fait c'est exactement la même chose, enfin c'est ...ok sur les formulations qui vont pas ; mais sur le contenu c'est la même chose

(4) : oui mais ça nous a fait stressé

(1) : ça nous a pris la tête (*rire*)

(4) : la première fois que j'ai vu ça je me suis dit où là, là

(2) : moi je ne m'en suis jamais servi, je ne sais pas (*perplexe*)

(3) : tu n'en parles pas dans tes RSCCA ?

(2) : non je n'en parle pas dans mes RSCCA ; mais tu es sûre qu'il y a 2 C à RSCA

(1) : non mais je ne sais pas pourquoi je mets toujours 2 C (*rire*)

(6) : si, si c'est RSCCA ; question existentielle ! (*rire*)

(1) : c'est résumé de situations cliniques complexes analysées

(3 et 6) : authentiques

Rire 2

(0) : il y a 2 C elle a raison ; bon donc vous avez émis un certain nombre de remarques, qui sont importantes par rapport à ça, et

(2) : après juste je revenais sur ce que disais (1), et que je trouvais important effectivement, pour nous de nous dire, bon ben là ça va pas mais c'est bien parce qu'il y a ça, ça ; je pense que c'est beaucoup plus valorisant et que c'est beaucoup plus agréable pour nous ;

Acquiescement 4, 6

(2) : mais après je ne sais pas quelle méthode il faudrait mettre en place, mais c'est quelque chose qui est plus intéressant oui, de pouvoir mettre en valeur, ou là tu peux peut-être encore progresser ; c'est moins négatif

(0) : est-ce que ça suggère du contenu, auquel vous n'aviez pas songé ?...

Tout le monde feuillette la FENCIS

(0) : Clairement pour la santé publique vous n'aviez pas songé, ce qu'a dit (1) tout à l'heure, c'est que ça t'évoque rien du tout, les actions de santé publiques ; ça veut dire que ça n'a pas été travaillé, ce qui est normal, parce que ça ne fait partie de l'activité d'un généraliste normal

(1) : d'ailleurs dans les compétences il me semble que je ne l'ai jamais utilisée cette compétence là

(0) : voilà ; alors qu'il y en a, mais on ne va pas en discuter là, mais c'est vrai que ça témoigne, ben d'une réalité, et puis ce n'est pas gênant ; mais donc ça éventuellement, si ça pose la question, après ça peut permettre de dégager, d'entraîner quelque chose ?

(1) : je sais toujours pas ce que c'est donc ça veut dire qu'il faut que je recherche qu'est-ce qu'ils attendent là par actions de santé publique

(0) : d'accord, tu peux rechercher ; qu'est-ce que tu peux faire d'autre ?

Sourire 3

(1) : est-ce que c'est déclarer des TIAC, ou, je ne sais pas moi (*rire*)

(0) : non mais tu peux demander, je ne sais pas à qui, au maître de stage, aux gens du département, enfin je ne sais pas

Acquiescement général

(0) : non, ça, ça n'entraîne pas ça ?

NON collégial

(1) : non ; il y a des priorités

(2) : oui

(0) : c'est à dire quand il y a quelque chose qui bloque le réflexe c'est plus j'ai à moi-même à résoudre la question plutôt que

(1) : ben moi quand j'ai des choses qui bloquent, qui me posent question, je vais rechercher, je vais en parler avec mes maîtres de stage

(0) : ah ben voilà

(1) : qui vont m'inviter à faire des recherches ; mais là, de voir ça et de faire ça euh

(6) : ça donne envie de le fermer

Acquiescement 3, 4 - Rire général

(6) : c'est vrai

(0) : OK

(1) : si ça ne raccroche à rien de concret, en fait

(0) : pour ce qui concerne la santé publique, pour les autres ?

(1) : si plus quand même, mais bon... mais les autres oui plus quand même en règle générale,

Acquiescement 2

(1) : mais je n'ai pas eu besoin de ça pour me poser

(6) : parce qu'on avait eu une petite grille d'évaluation là en stage prat., qui était... Je ne m'en rappelle plus exactement comment elle était. Mais il y avait pas tout ce lexique et c'était beaucoup mieux, parce que... Enfin moi je trouvais que c'était mieux. Et ça permettait de balayer les compétences gynéco., pédiatrie... Et puis effectivement comme ça au moins ça faisait aborder au cours du RDV un peu tout, des choses qu'on n'aurait peut-être pas abordées ou des choses qui sont moins faciles à aborder. Mais là je m'imaginais une évaluation avec tout ça, où à chaque fois il faut qu'on lise... C'est quand même compliqué. Et puis il y a des choses, par exemple ça, enfin, je ne sais pas si vraiment... Je ne sais pas s'il y a vraiment tout qui est nécessaire mais

(1) : t'es dans quoi là ?

(6) : dans professionnalisme

(0) : Professionnalisme, tu veux lire ?

(6) : comportement, ben y a je ne vais pas tout lire, mais y a comportement, investissement, enfin j'espère que nos maîtres de stage ils sont suffisamment, ils n'attendent pas une grille pour nous dire, écoute là il est 8h45 on le sait quand même rapidement, enfin y pas

(0) : tu veux lire

(6) : novice : manque de ponctualité, et d'assiduité ; ne prend pas les mesures d'hygiène et de propreté conseillées dans la pratique quotidienne ; Intermédiaire : le plus souvent assidu et ponctuel ; mesures d'hygiène et de propreté respectées la plupart du temps ; compétent : ponctuel et assidu, met en place les mesures d'hygiène et de propreté conseillées dans la pratique quotidienne.

(1) : ça fait sourire

(0) : donc d'emblée, tu te mets dans quel

(6) : ben là pour une fois je me mets dans compétent d'emblée

Sourires-rires 2, 5

(0) : ben oui

(6) : bien que je ne sois pas toujours ponctuelle ; des fois j'arrive un peu en retard

Rire (3)

(0) : ben peut-être que tu es intermédiaire et que ça te fais te poser des questions

Acquiescement 6

(0) : vas-y continue

(1) : non mais je pense que les gens qui sont jamais à l'heure, etc., ils le savent et que ce n'est pas à cocher ;

(2) : oui

(1) : et de se dire euh, ben là j'abuse ; leur comportement est déplacé et ils le savent déjà

(0) : comment est-ce qu'on peut imaginer que ça puisse, voilà, on sait un certain nombre de choses ; que ce soit marqué là et que ce soit travaillé avec un formateur, est-ce que ça peut être utile, est-ce que ça peut changer quelque chose ?

(4) : la ponctualité ?

(0) : oui par rapport à ce qu'il y a écrit là

(6) : non mais dans le sens où on n'a pas forcément besoin de ça là pour en parler quoi

(3) : ça permet peut-être de le souligner quand même, par quelqu'un de l'extérieur, je ne sais pas

(1) : mais ils n'attendent pas le bilan des stages pour dire

(3) : non, ça non bien sûr mais oui, je suis d'accord

(4) : ou ça permet peut-être à nos maîtres de stage si ils n'osent pas nous dire quelque chose de rouvrir le sujet

(3) : oh quand même

(0) : peut-être

(6) : enfin si tu arrives à 9h au lieu de 8h30 tous les jours, je pense que tu vas rapidement le savoir

Rires 3, 5

(0) : tu veux continuer sur d'autres items

(6) : investissement => novice : insuffisamment motivé dans l'acquisition des connaissances ; Faible capacité de lecture critique des données. Intermédiaire : intéressé par l'acquisition des connaissances sans pour autant mettre en œuvre des stratégies de recherche adéquates. Compétent : motivé pour apprendre ;

Long souffle 2

(6) : conduit en autonomie des recherches d'informations validées et actualisées, en adéquation avec ses besoins de formation ;

Pouffement 1, 5, puis général

(6) : appuie ses lectures sur une analyse critique bien maîtrisée.

(0) : tu relis la dernière phrase par ce que ça à l'air d'être...

(6) : Compétent : motivé pour apprendre ; conduit en autonomie des recherches d'informations validées et actualisées, en adéquation avec ses besoins de formation ; appuie ses lectures sur une analyse critique bien maîtrisée.

(1) : je trouve le pas entre intermédiaire et compétent énorme

Acquiescement 2, 3, 5

(6) : oui on a l'impression que c'est vraiment exactement comme il faudrait faire ; bien motivé, enfin c'est tellement

(2 puis 5) : parfait

(0) : c'est trop ?

(6) : ouais c'est trop

Acquiescement général

(0) : d'accord

(6) : parce que des fois on va le faire, des fois on ne va pas le faire et

(1) : oui et puis des fois on veut le faire, et puis on n'a pas eu le temps

(5) : et puis personne est parfait, mais oui mais le problème ...

(0) : mais bien sûr ! Vas y développe

(5) : mais on a l'impression que c'est ce qu'il faudrait atteindre, mais que personne ne pourra, non ? (*rire*)

Acquiescement 6

(5) : Ben nous on ne peut pas toujours faire des choses...; et je pense que voilà il y a des jours on est plus ou moins motivé,

Acquiescement 6

(5) : plus ou moins fatigué, et qu'on n'arrivera peut-être pas toujours à être au top ; ce n'est pas pour autant qu'on est mauvais ?

Sourire général

(6) : ce n'est pas être mauvais ou pas

Rire général

(0) : non mais c'est intéressant parce que, ça veut dire que vous sentez ça comme une exigence trop forte

(5) : ben un peu, ouais

Acquiescement 3, 4, 6

(1) : disons que c'est un idéal à atteindre

(5) : voilà (*rire*)

Rire 1

(0) : voilà, après le niveau suivant c'est expert, tu imagines

(5) : ah vous ne nous l'avez pas dit

(0) : ben non, ça ne vous regarde pas, ça nous regarde nous. On est des grands experts (*sourire*)

Sourires 3, 5

(6) : oui c'est vrai, effectivement c'est un objectif à atteindre

Acquiescement 1, 3, 5

(6) : et quelque part ben si on n'est pas, si on n'a pas tout atteint, ben c'est qu'on a quand même loupés des trucs, alors que je pense qu'il y a encore, enfin là c'est le début de l'exercice, quoi

(0) : bien sûr

(6) : moi j'ai l'impression que je commence là

(0) : ah bon ?

(6) : dans la médecine générale en tout cas ; que j'ai encore tout à apprendre, enfin, et que

(0) : et qu'il est vraisemblable que

(6) : que rien ne correspond vraiment entre, on voudrait des niveaux encore intermédiaire, c'est encore au milieu, enfin il y a rien qui j'avoue

Rire 5

(1) : il faudrait que ce soit 0, 10, 20, %

(0) : la lecture va être compliquée

(3) : ben tu sais quoi dans 10 ans tu le referas (*rire*)

(6) : non mais c'est vrai. Vous vous retrouvez dans un truc vous ? Moi je n'arrive pas à me retrouver pas dans un truc vraiment

(2) : non, non. Mais est-ce qu'il faut des niveaux intermédiaires ou est-ce que c'est la technique euh...

(5) : mais qu'est-ce que exige de nous ?

(2) : est-ce que c'est vraiment bien de faire une grille en fait ?

(0) : c'est ça la question, c'est être le plus proche possible du niveau compétent dans toutes les rubriques, sachant que c'est impossible !

(5) : ah bon ; ah ben il faut nous le dire ! (*Rire*)

(0) : sachant que c'est impossible

(1) : dans ce cas-là, vaut peut-être mieux faire une liste de choses...

(0) : on continue à se former quand on sort, enfin bon voilà tout le temps, toute sa vie professionnelle ; bon enfin vous vous êtes bien exprimées quand même par rapport à...Alors la question suivante, c'est pour ça que je ne me suis pas beaucoup précipité dessus, c'est comment avez-vous utilisé la FENCIS lors du stage avec vos maîtres de stage ?

Rires 2, 5

(0) : voilà, merci de la réponse ! Est-ce que quelqu'un l'a fait quand même ? Du tout, non ?

(2) : ah non pas du tout

(1) : moi je vais la reprendre la semaine prochaine ; on a dit qu'on ferait un petit point quand même parce que, on est parti au final en débriefing à 3 sur des patients qu'on a en commun parce qu'on est tous dans le même cabinet, et il y en a qui ont les filles, les mères, machin et donc du coup c'est parti un peu, on s'est dit bon , ça n'avait pas été un vrai bilan de mi- stage, donc du coup qu'on allait faire un petit point avec ça. Mais je n'ai pas hâte. (*Rire*)

Rire 3

(2) : quand on va devoir te mettre des notes ! (*Rire*)

(3) : ouais c'est ça

Rire 5

(5) : mais moi j'ai peur que ce soit vraiment long pour les maitres de stage

(2) : ouais

(0) : que ce soit ?

(5) : long à lire

Acquiescement 6

(0) : ça fait partie de la question ça, ah oui

(2) : après ce qui pourrait être intéressant, mais il faudrait que les maîtres de stage ils se motivent, c'est... Je ne sais pas si on est obligé de nous donner cette grille ou plutôt voir eux, vous les niveaux de compétences que vous nous demandez... Et puis quand ils nous voient et qu'on se fait une réunion, nous en parler. Là où eux y ont retenu qu'il y avait un problème en disant alors je pense que y avait ... Peut-être qu'on peut reparler de ça et tout...sans qu'on ait nous cette grille sous les yeux en train de dire là que c'est bien, là que c'est pas bien. Voilà je verrai plus quelque chose comme ça. Mais l'ennui c'est que je pense que ce sera dur de motiver les maîtres de stage de se mettre cette grille dans la tête, ces compétences dans la tête, et ne nous en parler

(0) : est-ce que c'est que la grille, ou est-ce que c'est le contenu ?

Acquiescement 6

(2) : non mais après eux ils peuvent réussir à enfin voilà

(0) : et le contenu est-ce que c'est le problème ou est-ce que c'est l'assimilation du contenu ?

(5) : ben c'est lourd non ?

(6) : c'est qu'il faut lire plein de fois, relire

(2) : oui mais si c'est que les maîtres de stage, à la fin eux ils la connaîtront par cœur

Rire 4, 5

(0) : et pourquoi vous vous ne pourriez pas, quand même, dans la dynamique de la formation,

Acquiescement 6

(2) : ben parce que, ouais mais comme disait (1), moi je trouve ça plus intéressant d'avoir des prat. qui nous disent, ben là c'est bien, mais tu peux peut-être progresser dans ça, dans tel dans tel domaine, sans dire que eux de leur côté ils ont cette grille de compétence ; ils peuvent se l'intégrer dans leur tête pour nous mais

Pouffement 1

(2) : ...moi ce qui m'énerve c'est

(0) : d'accord donc tu viens de faire une proposition d'utilisation de la grille qui est serait : moi interne ...et donc le maître de stage si lui il est bien compétent dans son rôle formateur

(2) : exactement

(0) : et il possède parfaitement le contenu de cette grille, il me permettra de pouvoir la remplir, sans la remplir

(2) : ben non, mais en rediscuter en fait

(0) : est-ce qu'il y a d'autres possibilités

(1) : ouais moi j'envisage autre chose ; j'envisage d'oublier ça et de garder que la colonne ...comme ça, ça nous permet d'aborder, voilà, d'avoir une trame et de ne pas partir dans tous les sens pendant le bilan ; mais de dire présente de aptitudes diagnostiques ; ben ça représente quoi pour toi (6) ; pour moi je vois ça comme ça ; par rapport à ci, ça qu'est-ce que t'en penses ? On peut faire des progrès là-dessus, etc. Ou au niveau thérapeutique, voilà peut-être que...et puis de prendre les choses comme ça, ça donne une trame quand même, quelque chose auquel se tenir ; mais ça permet de conduire comme on l'entend. Bon le problème c'est que le DMG ne peut pas avoir de retour là-dessus parce que ça se passe entre

(0) : le DMG n'aura aucun retour là-dessus ; enfin les tuteurs, mais, on en parlera après éventuellement ; mais c'est un outil pour vous ; ce n'est pas un outil pour nous. C'est comme ça qu'on l'a conçu

(2) : ah d'accord

(6) : et c'est censé nous présenter euh ?

(0) : ce n'est pas un outil pour vous surveiller

(4) : ben c'est un peu comme ça qu'on le ressent

(2) : ben oui, c'est comme ça qu'on le ressent ouais

(0) : alors peut-être que ...enfin voilà, il faut que je le dise maintenant ; ce qu'on a imaginé, c'est qu'il est utilisé dans tous les stages, deux fois, en début et en fin de stage ; quand vous arrivez dans un autre stage, c'est la grille de la fin de stage, du stage précédent, qui sert de début de stage nouveau. C'est rempli avec les maîtres de stage hospitaliers ou ambulatoires

(1) : hospitaliers, il y aura 80% de choses non concernées hein !

(0) : oui, ce n'est pas grave ; et progressivement il y en aura plus ; et voilà ; et c'est un outil qui vous sert à vous ;

Acquiescement 3

(0) : qui est un repère pour permettre une progression

(4) : mais est-ce qu'on a vraiment besoin de ça ?

(3) : on voit plus ça comme une évaluation que

(6) : oui

(2) : oui, que comme un outil d'aide ;

(1) : c'est une punition (*sourire*)

Sourire 2

(4) : parce qu'on se rend tous compte que ben finalement au début de l'internat on se met plutôt dans novice ou intermédiaire ; et que finalement en fin d'internat on est plutôt intermédiaire ou compétent ; mais enfin moi je sais que j'ai appris avec les réflexions que m'ont fait les maîtres de stage ou les choses comme ça,

Acquiescement 1

(4) : et puis ben les difficultés que j'ai rencontrées dans les stages et tout, donc est-ce qu'on a vraiment besoin de cet outil-là, je ne sais pas

(2) : c'est vrai que là on sort de 3 ans, je crois qu'on a très bien évoluées sans ça alors je ne sais pas ...

(6) : ouais, c'est parce que du coup-là on fait le bilan à la fin, mais oui

(2) : après on ne sera plus là, faites ce que vous voulez mais... (*Rire*) ; voilà, ça ne m'a pas manqué en tout cas moi

(4) : non ouais moi non plus

(6) : moi non plus, et je n'ai jamais eu envie de la sortir

(4) : non

Acquiescement 2

(0) : comme tous les outils

Sourire 1

(6) : oui, c'est vrai qu'on a du mal avec

(2) : ouais

(0) : qu'on vous a proposés

(2) : enfin, à Angers, après c'est un avis personnel mais je trouve que la formation est très bonne à Angers déjà

(0) : oui mais on discute sur les outils ; les fleurs on n'en a pas besoin,

Rire 5

(0) : on sait qu'on est les meilleurs donc euh...*rire*

Rires

(2) : non, non, mais est-ce qu'on a besoin de rajouter ça du coup ? En fait

(6) : mais c'est basé sur quel postulat en fait ? Qu'est-ce qui vous a amené à construire cet outil ?

(0) : tu me poses la question tout à l'heure, après l'entretien

(6) : d'accord

(1) : moi j'ai une petite... sur un outil, moi je me souviens on avait eu une feuille en fin de prat. qu'on devait remplir sur..., on avait 12 trucs aussi

(6) : ben c'est ça non ?

(1) : non, c'était un truc différent,

(6) : ah oui

(1) : et on devait dire une situation, la décrire, en quoi on avait progresser, et si c'était supervisé, en duo, en machin ; et ce truc-là, j'ai passé 2 jours à faire ça, à me dire, parce que je ne l'ai pas fait au jour le jour forcément, ben je l'ai fait en deux temps, et ça m'a pris, mais..., 3 plombs, vraiment je pense, j'y ai passé beaucoup de temps parce que j'ai essayé de faire les choses bien, et puis après hop j'ai coché ma case ; et au final, je me suis dit, à quoi ça m'a servi ? À rien du tout ; j'ai vraiment eu ce sentiment là

Acquiescement 2, 6

(1) : vraiment, je ne suis même plus sûre que je l'ai mis sur mon portfolio, peut-être mais ; et ça vraiment, mais je pense que ça m'a servi mais euh...

(6) : moi aussi, oui, je l'avais fait ben à la fin pareil ; et en le faisant bien, et au final en me disant mais pourquoi j'ai besoin de faire ça ?

Rires (1)

(6) : j'avais l'impression que c'était un contrôle, qu'il fallait que je rende mon DES ;

(5) : oui moi aussi (*rire*)

(6) : donc au final on n'en a même pas parlé à l'évaluation, et je me suis dit, mais j'ai fait ça pour rien : ça aura servi à rien (*rire*)

(2) : ça t'a stressée (*en riant*)

(6) : ouais, ça m'a stressée et voilà ; ce que j'avais bien aimé, c'était la grille là, ça reprenait...la grille d'évaluation des stages prat. elle était pas mal ; et il n'y avait pas d'explications

(5) *acquiescement* : ... pas toutes ces petites ...

(6) : ouais

(0) : pas facile, hein ?

Acquiescement 1, 2, 6

(0) : alors je vais sortir du cadre des questions, parce que ; vous dans votre (parcours ?) sur les 3 ans, vous considérez, que vous vous êtes situées en tant que principal responsable de votre formation ?

(4) : euh oui, je trouve ; enfin, on sait qu'on se forme pour nous,

Acquiescement 1

(4) : enfin, pour nous et puis pour les autres aussi. Donc, enfin oui ; on dépend des autres aussi, parce que du coup pour les remarques, pour les critiques, pour les points positifs et tout ça, mais si on ne veut pas se former, si on ne veut pas faire de recherche, ou de choses comme ça on les fait pas quoi ; chacun est acteur de sa formation

(2) : ben oui, moi aussi je suis d'accord

(0) : là, vraiment vous le ressentez,

(2) : ouais

(1) : moi je tempèrerai un petit peu quand même

(0) : merci

(6) : moi je trouve qu'on nous a bien aidé ; enfin

(1) : ouais

(6) : ne serait-ce que par exemple là en SASPAS, d'avoir les échanges...moi ce qui m'a beaucoup aidé par exemple c'est ça, c'est les groupes d'échanges de pratique dans ma progression de pratique, le fait d'en discuter, enfin,

(4) : oui mais tu te formes aussi toi, parce que tu viens au groupe

(6) : oui mais c'est un outil de formation parce que ce n'est pas partout hein

(1) : oui mais au début c'est...

(0) : ce n'est pas contradictoire ; tu finis, et puis tu reviendras sur ce que tu veux dire

(6) : enfin, dans ma formation ici à Angers en tout cas, durant ces 3 ans, ça, les cours de Module A, de module B, ça permet mine de rien, même si c'est que des..., j'aurais peut-être fait ces recherches là, mais pas à ces

moments-là, et ça m'a permis de me remettre à jour, d'avoir des cours bien concis, et ça, bon en stage prat. c'était différent, mais en tout cas en SASPAS, ça je trouve que ça aide à avancer et que c'est très formateur le fait qu'on discute tous ensemble, de cas qui nous posent problème, de ce qu'on ferait, et des recherches du coup que ça implique et puis après tout au long de la semaine on fait des recherches pour nous, mais, euh, mais on n'est pas laissé, on n'est pas abandonnés ;

(1-3) : oui moi aussi

(6) : enfin je trouve que je me suis sentie encore bien accompagnée durant tout mon internat pour continuer à me motiver ; enfin, à me former toute seule, oui, maintenant je travaille pour moi, mais quand même ; le fait qu'il y ait des cours, c'est quand même sympa, et puis ça fait quand même réviser des choses qu'on n'aurait pas forcément révisé, ben les groupes d'échange de pratique, tout ça, parce que c'est pas comme ça partout, et moi ça je trouve ça vraiment bien

(4) : moi ce que je veux dire c'est que tu trouves que les groupes d'échange de pratiques, c'est intéressant parce que tu t'investies, donc c'est toi qui

(2) : ouais, moi je suis d'accord aussi

(4) : c'est pareil avec les ...

(1) : oui mais si ce n'était pas organisé

(2) : ah ben heureusement

(4) : ah ben oui, mais ça ce n'est pas le problème si tu veux ; toi tu t'investies aussi dans les outils... que la fac te donne ;

(0) : voilà

(4) : et je trouve que pareil les débriefes qu'on a le soir avec le tuteur ou dans la journée, si on ne veut pas en tirer de bénéfice, on peut ne pas en tirer de bénéfice quoi ; après c'est chacun qui fait ce qu'il veut quoi

(6) : oui mais c'est par exemple l'outil, là il est proposé ; je ne sais pas si on se serait réunis tous ensemble à discuter le vendredi matin, si on l'avait pas eu

(1) Pouffement : ben c'est sûr que non

(4) : ah oui mais ça je suis d'accord ;

(6) : et ailleurs ils ne le font pas, et moi ça, ça m'a aidé

(4) : mais du coup tu utilises quand même cet outil-là toi, puisque du coup tu trouves que ça te sert, et tout ;

(6) : oui tout à fait oui

(4) : tu pourrais très bien venir aussi, en disant bon ben voilà du coup je ne fais pas les recherches

(2) : oui, oui mais ça n'empêche qu'on reste acteur de sa formation, je trouve aussi qu'on est le principal acteur de sa formation, et effectivement c'est bien qu'il y ait ses outils ...

(0) : ce n'est pas contradictoire, quoi, si il y a un cadre qui soutient,

(2) : oui, oui

(0) : et puis il y a vous qui vous placez là-dedans quoi

(2) : voilà,

Acquiescement 3

(0) : hein, c'est ça l'approche par compétences ; mais il manque un truc c'est vers quoi on va ? Vous savez ce que c'est que la médecine générale, comment vous le savez ça ? Qu'est-ce qu'on attend d'un médecin généraliste compétent au niveau de nos responsables politiques, qu'est-ce qu'ils attendent de nous quoi ?

(4 ?) : Qu'on fasse moins de dépense de santé

Sourire 5, Rires 2

(1) : et qu'on se taise (*rire*)

Rires (5)

(4) : qu'on soit des petits robots...

(2) : qu'on ne réclame pas trop d'argent

(5) : et qu'on ne reste pas derrière les ...

(3) : qu'on ne gagne pas trop, c'est ça ? Ou alors qu'on en donne beaucoup ; non je charrie

(0) : c'est marrant comment vous répondez

(2) : mais ce n'est pas ce que le patient attend de nous par contre, si vous nous demandez ce que l'état attend de nous

(0) : ah oui mais moi je ne répondrais pas comme ça ; je ne vais pas le faire maintenant mais...je ne répondrais pas comme ça

Sourire 1, Rire 2

(4) : non mais plus sérieusement, je pense que l'état a investi dans notre formation, et il s'attend à ce qu'on soit des professionnels compétents, qu'on puisse répondre à la demande du patient

(0) : et c'est quoi un professionnel compétent ?

(4) : ben je ne sais pas

(3) : beaucoup de promotion de la santé, de dépistage et de prévention

(2) : ouais, prévention, dépistage

(1) : oui mais ils ne font pas tout pour...bah, enfin on ne va pas partir dans ce débat là mais

Rire 2, 5

(4) : non, je ne parle pas des moyens, mais ...

(0) : on parle de la formation et de la responsabilité que vous aurez, que nous on a en tant que formateur, et que vous aurez vous, en tant que praticien, par rapport à l'argent publique, et la santé publique. Qu'est-ce que c'est qu'un généraliste compétent ? C'est quoi un généraliste compétent ?

Pouffement 5

(1) : non mais là vous avez attendez qu'on dise : la formation médicale continue etc. etc., non ? *Rire*

(0) : non, j'attends de voir si ça vous évoque quelque chose

(2) : c'est suivre et écouter, moi je trouve que c'est beaucoup du relationnel, beaucoup écouter le patient

(3) *acquiescement* : l'empathie

(2) : l'empathie ouais

(4) : les connaissances

(2) : la prévention

(5) : la continuité des soins

(2) : ouais la continuité des soins, c'est ça et puis le soin

(3) : et le premier recours aussi, on l'a oublié

(0) : oui donc vous êtes en train de me dire ce qu'il y a dans la marguerite là

Acquiescement et rires 3, 5, 6

(0) : hein c'est ça ? Mais ce qu'il y a dans la marguerite, concrètement, c'est, en poussant un peu, vous savez ce que ça sous-tend ? Parce que vous n'avez pas lu les différentes compétences si j'ai bien compris. Qu'est-ce qu'on attend de vous ?

(1) : si, mais je ne vois pas où vous voulez en venir

(6) : ouais moi non plus

(0) : et bien sur le fait que, est-ce que écrire les choses, donc les transmettre, c'est quelque chose d'utile ou pas pour les former ? Est-ce que savoir ce qu'on vous demande, quel chemin vous devez prendre, et jusqu'où vous devez aller, c'est quelque chose que vous trouvez intéressant, ou est-ce que le flou vous agréé mieux ? Ce n'est toujours pas clair ?

(2) : je ne comprends pas très bien

Sourire 1 + Rires 2 puis 5

(0) : ce n'est pas clair ; je vais reformuler mais ; vous êtes les maîtres de votre formation, elle ne peut marcher que si vous vous investissez ; on vous propose un cadre avec des outils ; il y a du contenu ; la médecine générale c'est une discipline qui a du contenu,

Acquiescement général

(0) : qui est définie sur un certain nombre de trucs, qui sont assez précis ; et vous les connaissez comme ça d'emblée, ou c'est peut-être mieux que ce soit écrit, pour pouvoir savoir mieux où vous allez ?

Acquiescement général (ben oui)

(1) : c'est peut-être la façon dont c'est écrit ; je pense que le fond est une bonne idée, mais c'est la forme. Moi je me souviens de la première fois où on nous a parlé de cette marguerite, des familles de compétences,

Sourire 5

(1) : j'ai ressenti exactement la même chose qu'en lisant ça, de rien comprendre, de l'abstrait ; moi j'arrive petite interne, je suis en train de me demander comment va se passer ma première garde, où est-ce que je vais pouvoir euh ..., mon petit bouquin des urgences etc., et là on me parle de truc, de compétences etc., donc du coup ça me paraît totalement abstrait, mais vraiment. Et puis après on met un peu le pied dedans, déjà je trouve ça très, très bien qu'il y ait des cours maintenant pour les nouveaux internes, de formation, sur comment faire un RSCCA

Acquiescement 3

(1) : parce que franchement moi, j'ai aucune idée de comment est celui de (6), celui de (3) ou machin, mais si ça se trouve ça ne se ressemble pas du tout, du tout, du tout ; et ça c'est quelque chose de, ben, ...je ne sais pas ; donc je pense c'est bien qu'il y ait des cours par rapport à ça pour savoir où est-ce que vous voulez nous amener, parce que ça je pense que c'est une question qu'à un moment donné on s'est tous posé.

(0) : excuse-moi, mais les cours sur les RSCCA, comme tu dis, ce n'est pas où on veut vous emmener mais c'est comment ça doit être fait et comment on peut l'utiliser.

(1) : oui mais en fait je pense que, ben je ne sais pas, mais moi la première fois que j'ai fait ça, je me suis dit han, pff, il faut que je fasse ce truc là pour mettre dans mon portfolio, et c'était un devoir sans forcément, que je n'avais pas l'impression de faire ça pour moi en fait ; mais en fait je me suis rendu compte que je faisais des recherches aussi dans le cadre de mon stage parce que ma prat. je lui posais une question et qu'elle me dit, oh ben t'iras chercher ci, ou ça, et que du coup, spontanément je vais faire une recherche et j'ai pas l'impression

que ce soit quelque chose, de qu'est-ce que je vais bien pouvoir dire dans mon RSCCA ; quel cas je choisis ? Est-ce que c'est suffisamment global, pluridisciplinaire, socio-psycho-somatique (*sourire*)

(3) : on n'a pas besoin des RSCCA pour faire des recherches, quoi. Enfin c'est vrai, dans notre pratique ; dès lors qu'on a une interrogation, hop, on va facilement faire des recherches ; moi je trouve que c'est un peu une...

(1) : je suis partagée

(0) : d'accord ; bon ; ma question c'était se former en connaissant le contenu ou ce qu'on cherche à obtenir, ou vers quoi je vais ... c'est ça, se former, pour quel contenu ? Comment vous le connaissez quoi le contenu ?

(6) : ben peut-être parce qu'on l'a entendu en fait

Acquiescement 5

(6) : on a l'impression là maintenant qu'on le connaît là de manière innée, mais on en a tellement entendu parler plusieurs fois, qu'au final, peut-être qu'on l'a un peu, même si ça nous parle pas, mais on l'a entendu, on l'a lu au départ parce qu'on lit, on nous en reparle, reparle,

(3) : on nous le transmet aussi,

(6) : et peut-être qu'au final on finit par l'intégrer, on sait

(2) : je pense que c'est plus qu'on l'a vu que, moi ce n'est pas, je ne pense pas que ce soit en lisant le papier que je me suis dit ah c'est comme ça que je vais être un bon médecin généraliste, mais tu le vois en fait dans ta relation avec le patient ;

(6) : non mais tu sais à peu près quel est ton domaine de compétences, en fait, enfin

(2) : enfin moi je ne sais, moi franchement moi je ne suis pas sûre

(0) : l'histoire du bon généraliste, est-ce que c'est la question ou est-ce que c'est qu'est-ce qu'il y a comme compétence qu'il faut que j'acquière pour exercer quoi, voilà

(2) : oui mais je ne sais pas, moi je trouve qu'on l'apprend sur le tas avec nos praticiens,

Acquiescement 4

(2) : avec les praticiens hospitaliers aussi

(0) : alors je vais reposer ma question 2 ; le fait que ce soit écrit ça sert à rien ?

(3) : non je pense que c'est bien que ce soit écrit mais il ne faut pas que ce soit trop non plus

(5) : c'est formalisé...

(1) : je pense que le fond est très bien, mais il y a un problème de forme ; je ne sais pas comment l'étiqueter exactement, mais je pense que c'est un peu ça ; et effectivement je vois qu'avec des prat. qui ont tout ça en tête, même si elles ne m'en font pas part de cette façon-là, je me rend compte que je progresse plus, que je fais plus de recherche, durant mon stage, qu'avec des prat. qui étaient très, très bien, mais qui peut-être, c'est qu'ils avaient moins d'exigence. Mais c'est que ils étaient moins scolaires ; ou moi ils m'en faisaient part, mais peut-être en me challengeant moins, mais où... Et effectivement, donc mine de rien il y a tout ça. Ça sous-entend que oui ça tend à plus travailler, à s'investir, et à avoir l'impression que ça vient de moi-même peut-être ; alors qu'il y a des choses aussi qui sont parce que c'est l'encadrement, et parce qu'on en rediscute après et que c'est intéressant. Mais je pense qu'il y a un problème de forme qui nous dérange tous

(0) : ouais ? Ça vous en témoigne

Acquiescement 4, 5, 6

(1) : mais tous, dans nos groupes (d'échange de pratique), tous les gens

(2) : ouais mais je vois pas comment, enfin si tu penses que l'écriture c'est bien ; comment tu veux présenter ça différemment en fait ?

(4) : ben oui c'est ça

(2) : il y a pas d'autre solution, donc moi je pense qu'il y aura toujours le même problème et franchement je ne connais personne qui m'a dit la marguerite c'est fabuleux hein

Rire collégial (6...)

(2) : non mais voilà

(1) : c'est vrai

(2) : donc euh il y aura toujours le même problème en fait ; moi je ne suis pas sûre que ce soit grâce au fait que ce soit écrit qu'on progresse, mais

(1) : non mais via les GEAP, via les ...

(4) : ce n'est pas ça qui aide à progresser, enfin

(0) : on fait le tour de table ; allez-y

(5) : non je dis, ben voilà c'est écrit à un moment donné quelque part, on l'a vu passé je pense forcément et puis peut-être que ça nous a , et puis il y en a d'autre qui l'utilisent pour en parler, enfin, ce qui fait que ça se transmet soit oui, soit à l'oral, soit à l'écrit ; on en parle forcément à un moment donné ; et donc peut-être que le fait que ce soit écrit ça permet de le transmettre

(3) : il faut que ce soit acté, quoi

(6) : ouais

(4) : il faut que ça laisse une trace

(5) : si on veut le chercher on sait où le trouver

(2) : oui c'est ça, ...écrit une fois

(6) : si tu l'as entendu, tu l'as dans la tête un peu

Acquiescement 5

(2) : ouais, tu l'as dans la tête ; je ne pense pas que ce soit ça qui ..., bon ben je ne me suis pas dit ah oui dans la marguerite il y avait ça, je vais être comme ça

(5) : non, mais...

(6) : ah ben oui, oui, non, non, non, non ; mais finalement tu sais ce qu'on attend un peu de toi en fait, je pense, inconsciemment ; tu sais que tout ça tu l'as entendu ; tel et tel domaine de compétence,

(5) : ouais

(6) : et tu sais vers quoi tu te diriges en fait

(2) : mais en fait, je sais aussi comment je veux être avec mes patients, et je sais que voilà,

(6) : ouais mais c'est différent

(2) : je ne me suis pas dit je vais être comme ça,

(6) : oui mais ils ne disent pas ça dans la marguerite

(2) : parce qu'ils ont demandé à ce que je sois comme ça dans mes compétences

(5) : oui mais ça part peut-être d'un début où enfin où peut-être les maîtres de stage eux ils ont peut-être plus ça en tête, et peut-être qu'ils te l'ont transmis sans que pour autant te dire, ah ben tu te souviens c'était dans la marguerite ; mais ils s'en sont servi

(6) : et c'est pas je vais être ou je vais pas être ; c'est euh... Les compétences qu'on attend de toi, pour que en gros tu recouvres les domaines de la médecine générale. Et après tout le monde peut avoir les mêmes compétences, en étant totalement différents. Chacun ...tu vas être comme tu veux. Moi je vais être comme je veux. Mais il n'empêche que on est quand même soumis à avoir tous ces compétences là pour exercer la médecine générale à peu près. Ce qu'on attend de nous en gros enfin, en étant totalement différents

(2) : ouais (*sourire septique*)

(0) : bon, il faut qu'on conclue parce que je viens de me rendre compte qu'il est 14h40 ; et qu'il faut vraiment conclure

(1) : on est bavardes, hein

(0) : non, mais c'est forcément intéressant ; ça touche ; en conclusion on fait un tour de table ; en réfléchissant sur notre discussion, vous allez avoir une rencontre avec vos maîtres de stage pour terminer le SASPAS ; est-ce que vous pensez que vous allez utiliser cette fiche là d'une manière...enfin d'une manière je ne sais pas quoi...comment est-ce que vous envisagez d'utiliser cette fiche ? On commence par toi (2)

(2) : ben, non mais maintenant qu'on en a parlé pendant 1h30,

Sourire et rire général

(2) : je pense que je vais l'essayer, voir un peu ce que ça m'apporte. Mais je vous dis que je ne suis pas... Voilà, je ne suis pas convaincue, que ça me, je ne sais (*septique*)... Je pense que si ils avaient vraiment quelque chose à me reprocher ; enfin, et puis, bon, quand il y a des réflexions à me faire, on me les fait, et qu'on n'a pas besoin de cette fiche pour me dire ce qui ne va pas. Mais je me trompe peut-être. Et peut-être que quand je vais faire la fiche, ils vont me dire, ah ben oui, là t'es nulle hein (*rire*)

Sourire 5, rire 6

(0) : on continue, (3) vas-y

(3) : non je pense un peu comme (2) aussi, je pense que je l'amènerai mais à mon avis je vais plus me servir de la grille en elle-même, que des 2 pages à côté quoi

(2) : ah oui ; ah moi non plus, les 2 pages là, euh

(3) : mais euh, la grille je pense que oui on la regardera ; après si ils veulent lire, mais je trouve ça vraiment, enfin j'insiste hein (*sourire*), mais un peu rébarbatif, et un peu long quoi ; alors que la grille en elle-même elle n'est pas désagréable à regarder ; enfin je veux dire c'est clair et concis

Rire 1, 5, 6

(2) : elle ne pique pas les yeux quoi ; répété par 3

(0) : vas-y (4)

(4) : ouais je pense aussi que je vais l'utiliser, mais vraiment plus comme un support à la discussion,

Acquiescement 3

(4) : pas comme, en disant ben voilà il y a eu ça qui s'est passé ; enfin voilà t'as progressé là-dessus ; mais c'est vrai que bon la feuille des 2 pages, ça c'est sûr que je ne m'en rappelais même plus qu'elle existait donc euh voilà ; donc je ne l'utiliserai pas ; mais après je suis un peu comme les autres quoi ; je ne suis pas certaine, je ne suis pas persuadée de son utilité

(0) : (5)

(5) : moi je pense que oui, j'apporterai la grille aussi ; peut-être les 2 pages à côté ; maintenant je pense que on n'aura pas forcément le temps de lire tout ce qu'il y écrit donc euh ...je pense que ça peut quand même servir

Acquiescement 6

(0) : (6)

(6) : moi je pense que je le lirai avant, pour savoir vraiment à quoi ça correspond, parce que sinon je vais, ça ne m'inspire pas du tout

Sourire 1

(6) : et puis pareil, je ne cocherai pas les cases ; mais ce sera peut-être une aide à l'évaluation de fin de stage pour un peu voir, si effectivement ça confirme ce que je pense ou si au contraire ça peut faire émerger des choses auxquelles je n'avais pas pensé (*sourire*)

(0) : (1)

(1) : euh ben moi je pense qu'on s'est dit qu'on allait rejeter un coup d'œil à la fiche, parce que justement je pense que ça peut guider, et donner une trame pour un entretien où peut-être certains prat. ne savent pas exactement comment le conduire ; je pense que ça peut être utile dans ce sens-là ; et même ma dernière réunion m'a fait dire ça en fait ; parce que c'est vrai que quand on est trop bavarde, ou machin (*rire*), mais après on dérive sur d'autres chose qui sont intéressantes aussi,

Acquiescement 4

(1) : mais qui sortent du sujet ; donc là-dessus je pense que ça a une utilité ; mais j'irai avec un peu mal au ventre quand même (*sourire*)

Sourire général

(1) : parce que je sais qu'il y a cette histoire de croix et que ce ne sera pas un bon moment pour moi, ça c'est sûr et certain

Rire 3, 5

(0) : bon et bien je vous remercie beaucoup ; et puis quand même je vais répondre à ça...

VERBATIM DU 2ND FOCUS GROUP

(0') : Donc on va d'abord...la première question c'est : comment faites-vous, sans utiliser cette fiche-là, comment avez-vous fait pendant votre DES pour mesurer la progression de vos compétences professionnelles ? Comment vous vous êtes organisés ? Est-ce que vous avez utilisé des outils ? Comment vous avez mesuré votre niveau de progression dans la formation du DES ?

(10) : moi j'avais repris à un moment le petit carnet, là, qu'on nous donne...je ne l'ai pas là

(0') : le guide d'autoévaluation

(10) : le guide d'autoévaluation, là où on peut cocher : fait/pas fait/à faire...en fonction des stages et des aptitudes qu'on doit quand même acquérir à la fin de notre DES, je l'avais repris..., je ne l'ai pas repris à chaque stage mais, les fois où je l'ai repris, je m'étais dit tiens, euh, ouais, c'est vrai que ça je ne l'ai pas beaucoup fait ou...

(0') : ouais, vous l'avez utilisé comment : en fonction des lieux de stages que vous aviez ou...? Pour avoir du repérage ?

(10) : ouais, je l'avais utilisé aux urgences, pour être sûre de ne pas passer à côté d'un truc...parce qu'on voit beaucoup de choses différentes, mais être sûre d'avoir balayé quand même globalement un peu tout ; et pendant mon stage prat

(0') : d'accord

(7) : moi je n'ai pas utilisé d'outil

(0') : vous n'utilisez pas les outils ?

(7) : non j'ai avancé ; j'ai suivi...les stages que j'ai choisis, enfin j'ai essayé de choisir en fonction, pour essayer d'acquérir tout le panel de compétences ; j'avais lu une première fois la feuille des compétences, et puis j'avais une idée quand même globale du métier de médecine générale

(0') : alors la feuille des compétences c'est ?

(7) : c'est celle où au début il y a une marguerite

(0') : la marguerite ; d'accord

(7) : et puis après c'est vraiment à force de parler avec les praticiens, surtout les praticiens ambulatoires. Parce que j'ai fait trois stages ambulatoires... Et les groupes de cours, module A, module B, module C, modules D-E... Enfin tous les groupes avec les professeurs de la FAC, qui, mine de rien, nous orientaient bien dans les cours, et à chaque fois, pointaient du doigt...enfin mettaient en avant ce qu'il fallait travailler ou pas, ce qui était important pour être un bon médecin généraliste. Et du coup ben c'est par l'expérience, et en avançant petit à petit, et en discutant, que je voyais ce que j'avais acquis ou pas, et ce que je devais travailler ou pas. Et là en faisant le DES, enfin, en préparant mon DES là que je vais soutenir, je me suis rendu compte en remplissant la grille que j'avais...enfin mine de rien que ça avait bien fonctionné comme ça quoi, sans utiliser d'outil

(0') : donc c'est plus par l'échange dans les enseignements que vous avez mesuré votre progression

(7) : par l'échange, oui

Acquiescement de la tête 12

(0') : d'accord ; en ayant fait trois stages ambulatoires

(7) : en ayant fait trois stages ambulatoires, ouais

(0') : d'accord

(11) : moi c'est un peu pareil ; c'est en fonction...enfin, à chaque stage en en discutant avec mes maîtres de stage ; en général on fait un bilan en milieu de stage, je parle de l'hôpital

(0') : ouais

(11) : pour voir un peu où on en est ; ce qu'il faut améliorer ou ce qu'il faut apprendre ...

(0') : alors quand vous êtes à l'hôpital, vous discutez des compétences professionnelles à acquérir, pour travailler dans le stage hospitalier, ou par rapport à votre futur métier de généraliste ?

(11) : ben, ça dépend du stage, ça dépend des chefs, mais les deux

(0') : les deux

(11) : je me souviens d'un entretien qu'on avait eu comme ça, où justement on avait parlé purement compétences médicales au sein du...c'était un stage de diabéto,

(0') : mmh

(11) : donc on avait parlé de connaissances en diabète ; et puis c'était mon premier stage, on avait aussi passé une bonne partie de l'entretien à discuter de l'évolution, plutôt sur le plan humain, relationnel ; comment je travaillais, les entretiens avec les familles, etc. ; enfin, ce qui faisait partie du travail dans le service, mais ce qui n'est pas du biomédical en fait.

(0') : mmh

(11) : mais il y avait une partie soins palliatifs aussi donc ça se prêtait à ce genre d'évaluation ; et puis pareil là, en validant, enfin en préparant la validation de DES, j'ai repris les 11 familles

(0') : mmh

(11) : en fait de situations cliniques, en essayant de voir...déjà je me suis dit, il faut que je les ai toutes rencontrées quand même, j'arrive à la fin de mon internat ; et puis est-ce que je les ai rencontrées plusieurs fois, et en fonction de où c'était dans mon internat, est-ce que j'ai changé...

(0') : mmh

(11) : est-ce que j'aurais fait différemment si ça avait été en premier semestre, plutôt que là, en dernier semestre ? Voilà, et ça m'a permis de me replonger dans tout mon internat

(0') : d'accord

(11) : et du coup de voir l'évolution ; et effectivement il y a des choses que je ne fais plus pareil...enfin, où j'ai changé quoi

(0') : d'accord ; donc le fait...la rédaction de votre parcours de formation, ça vous a servi à mesurer une progression

(11) : ouais, complètement

(0') : d'accord

(7) : moi, par rapport à ce que vous dites, dans les stages hospitaliers, j'ai eu moins de chance au niveau des échanges ; j'ai l'impression que je devais acquérir les compétences de l'hôpital, donc j'étais moins...et là c'était plus le tuteur, les rendez-vous tuteur, qui m'ont permis des fois de me sortir un petit peu de mon rôle d'interne hospitalier, en me faisant voir les choses en perspective, il me redisait, mais n'oublie pas que tu veux être généraliste

(0') : ouais

(7) : enfin, c'était l'importance du tuteur pendant les stages hospitaliers ; personnellement

Acquiescement de la tête 12

(10) : je suis d'accord avec ça aussi ; je trouve que quand on est à l'hôpital, on est, enfin, moi c'était ça aussi, c'était vraiment ...faut se former, enfin voilà, pour être opérationnel dans le service,

Acquiescement 7

(10) : mais, enfin, dans les stages de spécialités, ils oublient un peu qu'on va être généralistes nous plus tard ; et que forcément, enfin, il y a des choses qu'on ne pourra pas mettre en place, nous, dans notre cabinet ; ce qui nous servirait c'est quand même..., ben euh, qu'est-ce qu'on peut faire nous dans notre cabinet avant d'envoyer le patient...et je trouve que pour ça le tuteur c'est pas mal ;

Acquiescement de la tête 11

(0') : mmh

(10) : parce qu'effectivement il a le regard externe en disant, ben ce stage-là, profites-en pour essayer de savoir faire ça...ça te servira plus tard quoi

(0') : d'accord, donc le tuteur vous a aidé dans les stages hospitaliers pour aller pêcher des habilités

Acquiescement 7 et 10

(10) : des infos...

(0') : des choses à faire pour..., soit des actes, soit des..., je ne sais pas, des gestes techniques par exemple

(10) : ouais, des gestes (*dubitative*), des connaissances surtout ;

(0') : des connaissances...

(10) : oui parce que après des gestes euh, oui mais moins quoi

(0') : moins

(11) : ben, là où je te rejoins, c'est peut-être plus sur la prise en charge globale ; moi j'ai eu cette discussion, je parlais avec mes maîtres de stage, c'était surtout dans les services d'urgences adultes, urgences pédiatriques et soins palliatifs

Acquiescement 10

(0') : ouais

(11) : où là, on est plus dans une dimension de prise en charge globale et effectivement les stages des autres spécialités, je suis passée en cardiologie, on n'a pas du tout eu ce genre de discours et d'ailleurs, effectivement, il fallait être opérationnel pour le service et puis, la progression, euh...

(0') : mmh

(11) : tant qu'on avait acquis les compétences techniques c'était bon quoi

(0') : c'est ça

(12) : je suis d'accord, parce que, moi, en réfléchissant, c'était... j'ai eu sur mes stages prat, enfin mes stages prat,... c'était à une évaluation à mi stage avec le praticien, où on avait repris l'ancienne fiche où il y avait les lignes là

(0') : mmh

(12) : il avait fait deux barres, il avait dit ben là, la date qui était, aux alentours de, c'était en hiver, donc je dirais au mois de février-mars quoi

(0') : mmh

(12) : et puis on l'avait reprise après pour voir la progression ; et c'est vrai que par contre, en stage hospitalier j'avais eu des évaluations de mi stage, enfin des évaluations, des entretiens de mi stage avec soit le chef de service, soit le médecin responsable de la formation ; mais je me rends compte que c'était dans le stage où les médecins étaient d'une formation de médecine générale

Acquiescement 10

(12) : c'est-à-dire c'était en gériatrie ou, enfin, elle avait fait le DESC de gériatrie, et puis d'autres c'était des formations, et des urgences, où ils ont aussi une formation de médecine générale, où ils sont, où en fait il m'a évalué, sur comment ça se passait dans le service, et après est-ce que c'était ce que j'attendais, est-ce que je voulais autre chose...en progression, enfin, qu'est-ce que j'attendais pendant les 3 mois qui suivaient, quoi

Acquiescement 10

(0') : d'accord ; donc là, vous introduisez la notion de que dans certains stages on tient compte du fait que vous êtes des futurs généralistes, et dans d'autres pas trop

Acquiescement 10, 11, 12

(13) : moins

(11) : ou différemment

(0') : différemment

(13) : sachant que les médecins qui nous encadrent ne sont pas des généralistes aussi, et qu'ils ne connaissent pas ce que c'est que la pratique, donc c'est aussi difficile je pense pour eux,

Acquiescement 7

(13) : pour un cardiologue hospitalier, ben, enfin, je ne sais pas, il ne sait pas ce qu'il se passe je pense en cabinet de médecine générale

(10) : et puis sûrement du fait aussi, que quand on est à l'hôpital on ne fait que de l'hospitalisation. Souvent on n'a pas le temps d'aller en consultations, déjà... Donc peut-être qu'un médecin qui va nous encadrer en consultations, il va peut-être un peu plus se rendre compte que ce qui nous intéresse, c'est quand même de la consult, plutôt qu'un patient très très grave qui effectivement nécessite des soins hospitaliers, mais que nous, on n'aura pas forcément à prendre en charge dans notre cabinet quoi

(0') : ok

(11) : et puis à l'hôpital c'est souvent les chefs de service qui nous font les retours d'évaluations,

Sourire d'acquiescement 10

(11) : c'est pas forcément les médecins avec qui on travaille au quotidien,

Acquiescement 10, 12

(0') : ouais

(11) : donc déjà ça fait un intermédiaire de plus par rapport au stage ambulatoire où on est vraiment en face à face, et c'est une vraie discussion, un vrai échange ;

(0') : mmh

(11) : là en fait, j'ai l'impression que dans ces spécialités dont on parle, si on a fait le boulot, que ça c'est bien passé avec l'équipe soignante, et qu'on n'a pas trop dérangé notre chef au téléphone, globalement on est plutôt un bon interne...

Rire discret d'acquiescement 12, 8

(11) : non, mais c'est vrai...ce n'est pas négatif, mais

(0') : oui, je comprends (*sourire*)

(11) : et si on est appelé, par exemple en cardiologie, si on sait lire un électrocardiogramme, si on sait prendre en charge

(0') : si vous êtes opérationnels

(11) : et si le service il tourne

(0') : ça roule

(11) : ben on est bien quoi

Acquiescement de la tête 10

(12) : d'où l'intérêt de l'auto-évaluation aussi ; parce qu'on apprend quand même des choses pour la formation plus tard de médecine générale

(0') : ouais

(12) : c'est pas pour autant que c'est moins intéressant, mais il faut savoir le faire par soi même

Acquiescement 11

(0') : c'est ça

(11) : Et je trouve qu'on progresse, enfin moi j'ai évalué aussi ma progression, sur mes entretiens de famille en fait ;

Scepticisme 12

(11) : comment dire ? Avec le recul mes entretiens de familles ils étaient pas du tout pareil à la fin qu'au début ; une fois que j'avais fait le stage prat, j'avais vu des gens sortir d'hospitalisation, qu'avaient rien compris, et je me disais, bon ok, il faut que je change mon entretien de famille quand je serai à l'hôpital, parce que c'est pas possible d'avoir un niveau de compréhension si faible quand on sort d'hospitalisation,

Acquiescement 8

(11) : et ça on le fait tout seul

(0') : ouais, donc ça, c'est le retour patient que vous avez perçu en stage prat qui vous a permis de modifier votre euh, la compétence relationnelle, en tout cas la structuration de l'entretien avec les patients

(11) : ouais

(12) : ouais ; les sorties d'hospit ; à mon stage prat, moi j'avais trouvé ça, entre guillemets, catastrophique,

(11) : compliqué

(12) : voilà, compliqué

(0') : mmh

(12) : enfin j'ai vu des gens qui avaient eu une pose de pace maker, et qui ne comprenaient pas ce que c'était ni pourquoi

(0') : mmh

(12) : et qui avaient le boîtier à côté chez eux et qui se disaient, ça me surveille, ça me surveille pas, c'est quoi ce truc ?

Sourire 8

(0') : d'accord

(12) : moi, ça m'a choqué (*sourire*)

(0') : donc vous avez introduit la notion du tuteur, donc qui a pu vous aider à mesurer votre progression ; le tuteur vous pensez qu'il a une place importante dans cette histoire de mesurer la progression ?

Acquiescement 7

(10) : ouais ; moi la dernière fois que j'y suis retournée, j'ai relu mes tous premiers RSCA là, que j'avais fait, et en fait c'est là que je me suis rendue-compte que ce qui m'avait posé problème au premier semestre, ben maintenant ça me poserait pas les mêmes difficultés en fait, cette situation-là, m'aurait pas posé les mêmes problèmes, et donc je trouvais ça intéressant

(0') : mmh

(10) : me dire ben que finalement ça m'a pas servi à rien de les écrire, quoi, j'ai quand même pu évoluer sur ce genre de situation et du coup

(0') : d'accord

(10) : enfin, c'était pas si mal quoi

Dubitative 9

(0') : je vous voyais dubitative

(9) : ben, moi j'ai trouvé que ça me manquait parce que j'ai pas eu...en fait c'est en entendant les autres discuter de la relation qu'ils pouvaient avoir avec leur tuteur, que je me suis rendue-compte que ça pouvait être intéressant

Sourire 8

(9) : mais avec mon tuteur je n'ai pas eu cette relation là

(0') : mmh

(9) : peut-être parce que je ne l'ai pas provoquée non plus mais en tout cas voilà, après je m'en suis rendue compte aussi par les...j'ai fait comme toi avec l'arrivée là de la soutenance du DES, j'ai repris les récits que j'avais écrit au tout début et il y a quand même...enfin j'ai réussi à me poser les mêmes questions toute seule, mais euh

(0') : c'est ça

(9) : mais ça m'a manqué ; le tuteur je pense qu'il peut peut-être...enfin, aider en tout cas plus à se poser des questions, en tout cas plus tôt peut-être, et guider dans peut-être, oui, les compétences qu'on doit avoir, tout simplement, enfin il est bien placé...normalement...

(0') : normalement oui (*sourire*)

Sourire 10, 9

(12) : après c'est vrai que le tuteur, enfin, les trois quart des tuteurs on va dire, il lit nos RSCA, enfin je veux dire le mien il lit mes RSCA, et c'est intéressant surtout quand on est en stage hospitalier, parce que lui il va donner, enfin, personnellement, moi il donne son point de vue de médecin généraliste

Acquiescement 7

(0') : mmh

(12) : qu'on oublie des fois ; enfin je repense à un de mes RSCA, où moi j'étais en stage hospitalier et il m'a dit, ben tu vois moi en tant que médecin généraliste..., et je n'avais pas vu cette...j'avais pas fait de stage de médecine gé, de stage prat ; mais j'avais pas vu ça forcément comme ça et c'est vrai que...après est-ce que c'est une évaluation...je ne sais pas si c'est une évaluation ou un complément de formation, enfin, je ne sais, je m'éloigne un peu peut-être du sujet

(0') : non

Sourires 9, 10, 13

(13) : moi je suis d'accord, enfin moi le tuteur c'est vrai que je trouve ça difficile de le voir comme une évaluation parce que on le voit de manière...enfin moi c'est assez bref

(0') : mmh

(13) : enfin, même si c'est une fois par semestre, c'est quand même des courts entretiens, mais par contre comme une aide, comme un accompagnement, c'est vrai que c'est utile de...ouais de savoir qu'il y a quelqu'un qui nous suit ; mais après dans le terme évaluation je ne sais pas si c'est vraiment très pertinent

(0') : mmh

(13) : vu que c'est juste...c'est ce qu'on lui dit, c'est ce qu'on écrit ; enfin bon c'est court, et puis c'est...enfin on n'est pas avec lui en stage quoi...c'est un sorte d'accompagnement

(0') : c'est ça, il ne vous voit pas travailler

(13) : voilà

Acquiescement 10

(11) : moi je suis assez d'accord sur le côté évaluation du tuteur, moi je n'ai pas ressenti ça non plus, par contre pour guider et faire sortir du biomédical, ce qui est très dur à faire quand on sort de l'hôpital en fait

(0') : ouais

(11) : c'est pas des choses...c'est comme ce qu'on fait en groupe de SASPAS en fait, on discute de choses, on ne va pas avoir la discussion tout seul chez soi, il faut un échange, il faut que ça rebondisse,

Sourire 10, 12

(11) : enfin il faut que ça fasse réagir, et ça je trouve que le tuteur c'est bien d'avoir quelqu'un à qui...ben qui peut nous sortir un peu de notre situation, qu'on puisse avoir le regard extérieur, voir les choses différemment, et avancer ; et après ça évalue pas notre progression mais ça peut permettre d'avancer quand même dans notre pratique et puis en tant que professionnel en fait

(0') : ouais c'est pas forcément un outil de mesure, mais c'est un outil pour progresser quand même en se rendant compte...

(11) : voilà, oui

(0') : vous avez parlé aussi des groupes d'échange de pratique en disant que les discussions entre vous permettaient de...

(11) : oui, je trouve

(8) : moi je suis complètement...euh, enfin j'ai pas moi utilisé d'outil ou de bilan de compétence, et puis c'est vrai qu'avec mon tuteur, d'ailleurs on a fait des rencontres plutôt à trois tutorés, c'était plus une discussion entre nous, et c'est plus sur l'échange avec mes collègues ou avec les chefs à l'hôpital ou avec mes maîtres de stage en ville, que j'ai pu construire mes compétences que en reprenant la liste

Acquiescement 10

(0') : d'accord

(8) : enfin, j'ai lu la marguerite aussi au premier semestre, mais je pense que je ne l'ai pas ressortie depuis ;

(0') : d'accord

(8) : mais c'est plus par l'échange, la discussion et oui...voir comment les autres font, à quoi ils pensent sur des situations...c'est ça qui permet d'avancer, d'acquérir...de voir la globalité du truc

Acquiescement 7

(0') : mmh

(11) : et en ambulatoire, je trouve, enfin c'est ça, on s'évalue aussi par le retour des patients en fait,

Acquiescement 8

(11) : qui parlent à la secrétaire, qui parlent aux autres médecins, ou aux autres internes, quand il y a d'autres internes au cabinet, et, enfin quand, si ça arrive d'avoir un patient qui dit ah je n'ai pas bien compris la dernière fois ce qu'il m'a raconté, enfin ça questionne

(0') : mmh

(11) : on se dit mince est-ce que j'ai mal expliqué, comment on peut changer ?...ça par contre je trouve que ça peut être un outil d'évaluation

Acquiescement de la tête 12

(0') : ouais

(11) : les bruits de couloir entre guillemets ; tiens l'interne il n'est pas très agréable, bon ben ça questionne quand même enfin...pourquoi ? Est-ce que c'est notre façon d'être ? Est-ce que c'est notre façon de parler ? Est-ce que c'est mon âge... ? Enfin, je ne sais pas...

(0') : d'accord ; oui donc vous avez quand même utilisé beaucoup d'outils diverses et variés, en vous adaptant plutôt, j'ai l'impression ;

Acquiescement 7

(0') : que comme avant, utiliser des outils proposés de façon formelle par le DMG

Acquiescement 7, 10

(10) : les utiliser mais il faut toujours les adapter, en fait ; enfin pareil on ne fera pas tous la même chose plus tard quoi

(0') : ouais

(10) : je pense qu'entre celui qui passe le DESC d'urgence et puis celui qui veut s'installer, il va travailler en libéral, il ne va pas avoir besoin des mêmes pratiques

(0') : ok, bien

(0') : alors je vous propose maintenant qu'on parle un petit peu de la FENCIS, de la fiche, et que vous vous exprimiez un petit peu sur la description des compétences et des différents niveaux de compétences qui sont proposés ; avoir un petit peu votre avis sur cette grille où il y a les niveaux novice/intermédiaire/compétent, et qui sont déclinés selon les différentes compétences. J'aimerais bien avoir votre avis sur ce qui est écrit, ce que vous en pensez ; comment vous percevez ça, est-ce que ça vous parle ? Pertinent, pas pertinent ?...

.....

Haussement de sourcil 11

(12) : ben moi ce que je trouve pertinent c'est qu'il y ait une évaluation à mi stage ; parce que il y a toujours des stages où ...enfin je trouve que l'évaluation de fin de stage c'est un peu trop tard ;

Sourire 10

(0') : oui...

(12) : soit il y a une évaluation ...enfin c'est pas trop tard...mais je veux dire, on a tous des histoires, même si....moi franchement personnellement où finalement c'est à la fin du stage où on apprend que, ben finalement le stage il c'était pas si bien passé qu'on a eu l'impression, ben c'est...

(0') : ouais donc là, c'est plutôt à quel moment on va utiliser la grille d'évaluation

(12) : ouais ; non mais je vois il n'y avait pas ça avant, il y avait qu'une seule évaluation, et je trouve que l'évaluation de mi stage c'est intéressant quand même

(0') : mmh

(12) : oui c'est pas sur...oui c'est pas sur ces points

(7) : la grille, enfin moi je trouve qu'elle est bien faite en tout cas ;

(0') : mmh

(7) : je ne sais, je n'ai pas assez de connaissance pour savoir ce qu'on pourrait rajouter (*sourire*)

(8) : pour l'avoir utilisée là un peu en SASPAS, je pense que les items proposés là ils sont pertinents, que ce soit à l'hôpital ou en ville

Acquiescement 7

(0') : ouais

(8) : après moi ce que j'ai trouvé c'est plutôt...du coup je ne l'ai utilisé qu'en dernier semestre ; au niveau des descriptions novice/intermédiaire/compétent, on a l'impression que novice, ben, enfin à chaque fois qu'on lit les descriptions c'est quand même...il sait pas faire grand-chose voire rien du tout ;

Sourire 10, 12

(8) : compétent c'est, ça y est tout est parfait ; et qu'il y a un intermédiaire entre les deux ; et que du coup, ben la progression entre novice et compétent, enfin c'est dur de placer le curseur quelque part et je pense qu'assez facilement on pourrait être amené à mettre intermédiaire partout

Acquiescement 11, 12

(0') : d'accord

(11) : je suis assez d'accord, moi j'ai l'impression que si on met compétent ça veut dire que ce n'est plus perfectible quoi ; ça y est c'est acquis complètement ; c'est des choses qui sont pertinentes, je trouve les items, mais qui seront jamais acquises ; moi quand je lis ça je me dis ben ouais quand je serai installée, ben je peux me perfectionner sur la prévention

Acquiescement 12, 7

(7) : non, mais c'est compétent quoi, même si tu n'as pas le diagnostic, etc....enfin tu sais raisonner

Acquiescement 11

(7) : compétent ça veut pas forcément dire que tu n'as plus rien à apprendre ; enfin moi je ne le vois pas comme ça

Acquiescement 11

(8) : quand tu lis et que tu fais une auto évaluation, et que tu lis le truc ; tu te dis ben je ne peux pas cocher ça parce que

(0') : on pourrait peut-être en prendre un par exemple si vous voulez

(8) : ouais

(0') : par exemple vous l'avez testé avec vos maîtres de stage

(8) : oui

(0') : prenez en une qui vous a posé problème ; enfin ou pas d'ailleurs, celle que vous voulez (*sourire*)

(8) : on va prendre, je ne sais pas, celui-là ; « s'implique dans le projet de soin du patient (en particulier l'éducation thérapeutique) » ; alors novice c'est

(0') : alors, donc là c'est où ?

(8) : c'est dans la deuxième page, page 5

(7) : « éducation, dépistage, prévention, santé individuelle et communautaire »

(0') : ouais, page 5

(8) : novice c'est : « ne s'intéresse pas à l'éducation du patient, informations inexistantes. Ne tient pas compte des représentations, des possibilités ou de l'avis du patient. Les objectifs ne sont ni explicités ni négociés. N'évalue pas les capacités et les apprentissages du patient. » Voilà. Intermédiaire : « donne des informations, tente de prendre en compte les représentations du patient. Propose des objectifs éducatifs sans évaluer les capacités et les apprentissages du patient. » Compétent : « prêt à intégrer l'éducation à partir d'une démarche centrée patient et d'un diagnostic éducatif. Prend en compte les contraintes liées à la maladie et les préférences et possibilités du patient dans son contexte de vie et de travail. »

(13) haussement de sourcil : ouais c'est blanc ou noir ; c'est vrai que novice euh... (*Rire*)

(8) : c'est dur de dire que, si je suis compétent, c'est que je fais tout parfaitement bien, l'éducation du patient
...

(11) : et puis novice c'est dur, hein,

Acquiescement 13

(11) : au vu de la lecture de cette phrase du novice, moi mes maîtres de stage si ils me mettaient que j'étais novice, c'est que... vu ce qui est écrit, il y a peut-être un problème humain, quand même, enfin...

Sourire 12

(0') : un problème humain (*en riant*)

(11) : non mais c'est sévère quoi, je trouve, je me dis ou là là...

(0') : un problème psychologique vous voulez dire ?

(11) : je me dis, « ne s'intéresse pas à l'éducation du patient » euh...c'est dur quoi

(8) : c'est très proche de ça pour toutes les...

(10) : et puis après entre intermédiaire et compétent ben ça peut aussi avoir dépendu des situations qu'on a rencontré avec les patients quoi ;

(13) : ouais c'est variable quoi

(10) : enfin, compétent, ça peut éventuellement pas tout le temps être comme ça avec tous les patients...

(8) : enfin je trouve qu'il manque, peut-être, je ne sais pas, placer un curseur entre les deux plutôt que de dire que c'est soit intermédiaire soit compétent

(0') : d'accord un novice +, un intermédiaire -

(10) : non mais éventuellement en terme de progression

(8) : ce qu'on va faire d'ailleurs dans les évaluations,

(0') : on parle de progression

(8) : au moment de la discussion, c'est sûr ; ça veut dire ce serait quand même plutôt proche de ça, même si bon, ben...

(10) : c'est jouable là-dedans si toutes les cases elles faisaient la même taille, de mettre une barre de progression, et puis intermédiaire, ou il est vraiment intermédiaire, on met le trait au milieu ; il est intermédiaire plus proche d'être compétent, mettre le trait plus proche de compétent ; enfin, faire un truc un peu plus mitigé quoi

(0') : mmh

(12) : ou de mettre un niveau supplémentaire, de mettre quatre niveaux

(13) : ouais de faire une sorte d'échelle

(11) : et puis, non mais c'est pareil, le novice serait capable d'annoncer une nouvelle grave

(8) : ça va pas être terrible (*sourire*)

Sourire 10

(11) : ça va être brutal dans son annonce

(7) : enfin, si c'est le cas, c'est le cas quoi (*sourire d'évidence*)

(0') : des fois on peut être brutal dans l'annonce

(7) : il faut bien le mettre si il y en a qui sont comme ça, quoi

(11) : ouais, ouais (*légèrement perplexe*) ; c'est en terme de..., c'est aussi dur de mettre ça...

(0') : mmh ; la question n'est peut-être pas de stigmatiser mais d'aider à la progression

Acquiescement 7

(8) : je trouve que...mais c'est pas forcément...

(11) : moi je trouve qu'elles sont dures les phrases

(0') : elles sont dures...

(11) : moi c'est un de mes maîtres de stage me met novice,

(10) : où que ce soit ! (*Sourire*)

(11) : dans annoncer une nouvelle-là, je me dis, mon Dieu..., enfin, c'est dur quoi...

(10) : non, mais même, où que ce soit ; novice, enfin je trouve que c'est dur à encaisser quoi

(0') : ouais

(11) : manque de politesse et de respect...

(0') : pour expliciter le niveau novice c'est au tout début d'internat

(10) : ah d'accord...

(11) : ah ouais mais non, ça ne correspond même pas je trouve au début d'internat ; moi je vous trouve trop dur ; vous voyez...

(8) : parfois moi j'ai plus l'impression que...et même sur les trucs diagnostics ce serait presque niveau début d'externat,

(13) : P2 (*rire*)

(8) : quand on lit la description

Acquiescement 9, 10, 12, 13

(11) : même au niveau lycéen...

(13) : « présente des observations brouillonnes et non hiérarchisées »

Sourire 8

(11) : non mais relation avec l'équipe de soin, « a des relations difficiles avec l'équipe, manque de politesse et de respect » ; il y a même pas besoin de parler de ça... (*Rire*)

(7) : non, mais qu'est-ce qui vous dérange, je ne comprends pas, parce que si il y a quelqu'un qui, enfin s'il y a quelqu'un qui est à ce niveau-là, enfin c'est normal qu'on le mette quoi ; après il y aura intermédiaire où il y en aura le plus...

(11) : non c'est je trouve que ça correspond à personne en fait, c'est plutôt ça

(7) : ben t'en sais rien, t'es pas maître de stage ; enfin il y en a ; moi j'en connais, du coup, ça s'est mal passé pendant l'internat, et voilà ; mais c'est sûr, que ce sera peut-être moins de 1% de ... mais il faut bien le mettre ; après qu'il y ait plus de cases pour justement les niveaux entre novice et intermédiaire, entre intermédiaire et compétent, ça très bien, mais novice, faut bien le laissé quoi

Acquiescement 10

(8) *acquiescement* : c'est plus ça que je disais au début

Acquiescement 10

(7) : oui, voilà, ça d'accord

(8) : ça manque quand même un peu de souplesse sur l'évaluation

(0') : ouais, de subtilité ou de graduation

(8) : de progression

Acquiescement 11

(0') : de progression ; d'accord

(8) : parce que, enfin on peut se dire qu'on va être intermédiaire sur beaucoup de compétences

(11 ?) : Oui c'est vrai

(8) : du premier au cinquième semestre, et puis peut-être qu'à la fin, il y en aura quelques-uns qu'on pourra cocher compétent

(0') : mmh

(11) : oui plus de graduations, parce que, par exemple, je pense à un premier semestre, je vois pas trop mettre en intermédiaire, du coup il te reste que novice quoi (*rire*)

(7) : oui c'est ça,

(8) : oui il faut peut-être placer le curseur un peu entre les deux

(0') : ouais, mmh

(11) : novice : ben non il est pas comme ça, mais bon il est pas prêt encore, enfin...

(8) : après il faut que l'outil reste évaluable, euh, utilisable lors d'une évaluation ; c'est vrai que c'est pas toujours simple

(11) : ouais

(0') : alors, c'est une fiche d'évaluation formative, c'est-à-dire que c'est pas, c'est-à-dire que ça peut aider...est-ce que ça peut aider à progresser d'après vous ça ?

(12) : ah bah, oui

Acquiescement 7

(12) : enfin moi on me met un novice à un endroit, je vais un peu me stresser, je vais vous avouer...

(7) : non mais même un intermédiaire...

(13) : mais si tu es au niveau intermédiaire, est-ce que ça te permet d'atteindre le niveau compétent ?

Acquiescement 10-11

(12) : ben euh, oui ; tout dépend comment elle est faite, parce que ça c'est une fiche, tu l'as faite avec tes prat, hein ? On est d'accord ?

Acquiescement 8

(12) : donc en fait techniquement ben tu ne vas pas juste cocher les cases en disant, bon ben voilà on va cocher ça et puis c'est tout

Acquiescement 7

(12) : enfin tu peux en discuter en demandant pourquoi il a coché ça ; c'est ça le but, non, j'ai bien compris ?

Acquiescement 11

(0') : c'est ça

(10) : et puis qu'est-ce que je peux améliorer quoi

Acquiescement 13

(11) : en ce sens-là, oui, ça aide à progresser, enfin je pense

(0') : le but c'est que ce soit discuté

Acquiescement 10, 12

(7) : bien sûr

(11) : oui c'est ça

(0') : je vous rappelle que l'utilisation qu'on envisage c'est que l'interne a sa fiche d'évaluation pendant tout son internat, et va vers ses maîtres de stage pour la faire remplir, et en discuter

(7) : moi je pense que c'est un bon outil

(8) : mais, euh, pour ça ouais

(0') : tous les stages ! Pas que les stages ambulatoires

Acquiescement général

(8) : je pense que les items sont vraiment adaptés et à l'ambulatoire et à l'hospitalier ; après quand on l'a rempli on a tous mis des croix sur les lignes en fait, pas dans les cases... *(Rire)*

(0') : c'est ça, donc vous l'avez expérimentée ?

(8) : oui, on a rempli en aveugle, on n'avait pas lu ça *(les descriptions)*,

Rire (12)

(8) : et du coup on a pris les items et on a coché ce qu'on pensait, donc moi ce que je pensais de moi, et mes maîtres de stage ce qu'ils pensaient de moi

(0') : ouais

(8) : et puis après on a repris ben ce qu'on avait mis et puis on a lu aussi en même temps, et puis c'est vrai ça nous a permis de, ah, ben oui il y a ces aspects là aussi, d'avoir une discussion et au final d'ailleurs l'évaluation à l'aveugle qu'on avait faite sans avoir lu, on retombait à peu près sur les mêmes...

(7) dubitatif : elle est déjà active cette liste ? Parce que moi je ne l'ai jamais eu ça

(8) : non, non on nous l'a distribué en début de SASPAS, et

(0') : ouais, je vous l'ai distribué en début de SASPAS, et euh, elle est pas officielle encore ; elle va être officialisée pour la rentrée là,

(7) : d'accord

(8) : comme j'ai un de mes maîtres de stage qui fait partie du DMG il a souhaité qu'on mette un...

(7) : mais moi au-delà de ça, moi je suis désolé quoi...

(0') : donc on vous a incité à la tester ; hein, c'est aussi une des raisons du focus group là

(11) : c'est vrai qu'avec plus de trois niveaux ce serait...parce que la progression elle est plus subtile que trois niveaux de compétences je trouve

(0') : mmh

(12) : l'ancienne elle avait pas quatre niveaux ; on n'avait pas ABCD ?

(0') : euh, de 1 à 4

(12) : oui donc il y avait bien quatre niveaux

(7) : je l'ai l'ancienne

(8) : oui c'était très bien

(0') : la différence c'est qu'il n'y a pas de descriptions dans le *votre*

Acquiescement 12

(11) : parce qu'on peut progresser sans passer de intermédiaire à compétent totalement

(12) : moi c'est pas ça qui m'...

(0') : ouais ; la question qui est posée un petit peu, c'est la notion, est-ce que la description des niveaux vous paraît pertinent pour la formation, ou pas du tout ? Parce que, pour reprendre ce que vous dites, 1-2-3-4, c'est un peu subjectif ? Alors que là il y a une description très précise, compétence par compétence

Acquiescement 12

(8) : on va avoir tendance à cocher 3 partout, je pense

(10) : non mais si la description elle est indispensable de toute façon parce que sinon... Enfin voilà, avoir 2 dans « prendre en compte la globalité du patient », ça nous dit pas tout ce qu'il y a à voir dans la globalité du patient, enfin c'est plein de choses... Adapté à la situation, prévalence, gravité... Enfin voilà, il y a quand même plein, plein de choses, et si on n'a pas la description, je vois pas comment on peut se dire, ah, bah oui faut que je progresse là-dedans... Enfin c'est pas possible

Acquiescement 8

(0') : d'accord ; OK ; donc là, autour de la table, il y a une personne qui l'a utilisée, les autres ne l'ont pas utilisé

Acquiescement 8 - Négation des autres

(0') : d'accord ; donc vous avez dit, je l'ai remplie, mes maitres de stage l'ont remplie

(8) : oui, on l'a fait ensemble, sur un plan de table, et on a comparé

(0') : oui ; après vous avez comparé ; d'accord

(8) : et on a regardé un peu...ça a permis d'ouvrir aussi des discussions sur certains...

(0') : vous l'avez remplie sans lire les descriptifs ?

(8) : la première fois oui

(0') : d'accord ; et après vous avez lu les descriptifs

(8) : ouais

(0') : et ça collait ou pas ?

(8) : oui, ça collait plutôt pas mal

(0') : ça collait à peu près ; d'accord

(8) : et après c'est vrai que le niveau novice là pourrait permettre éventuellement de repérer des gens en difficulté ; ce qui avec les chiffres peut-être ne ressortait pas bien ;

Acquiescement de la tête 10, 11, 12

(8) : je pense que ça peut être important aussi d'essayer de voir s'il y a des gens qui sont en difficulté sur des aptitudes relationnelles ou biomédicales...

(0') : ouais ; alors ça c'est important ce que vous dites parce qu'effectivement la question des internes en difficulté c'est comment leur renvoyer quelque chose qui soit constructif ? Sans les stigmatiser

(8) : ben là ils sont forcément...ils captent tout de suite

(11) : ben alors là, pour le coup c'est plutôt pas mal ; effectivement ça engage la discussion

Acquiescement 8

(12) : le terme utilisé novice c'est... ça a un côté positif ; plutôt que 1

(11) : c'est pas dégradant

(8) : c'est pas incompetent on va dire

(12) : c'est pas incompetent, c'est limite

(0') : novice, c'est pas incompetent

Acquiescement général (10-11-12)

(0') : d'accord

(11) : novice, ça veut dire qu'on est débutant

(12) : novice c'est une marge de progression

Acquiescement général

(11) : ça c'est pareil comment leur renvoyer, bah, t'es en difficulté ben, ça dépend de la personne qu'on a en face de soi

(0') : ça dépend de l'interne ?

(11) : non du maître de stage qu'on a en face de soi ; eux aussi ont leurs propres capacités, et leurs propres compétences et ont pas forcément...enfin ça peut être vite conflictuel, ça peut être vite stigmatisant, même avec une fiche qui est bien faite

(0') : oui, là vous abordez la question du relationnel avec le maître de stage

Acquiescement 7 et 11

(0') : mais est-ce que cette fiche-là, pourrait limiter ce qui est de questions interpersonnelles par rapport à la fiche précédente où c'est 1-2-3-4 ?

Acquiescement 7, 10 et 11

(10) : ben oui

(8) : en tout cas je pense que ça peut permettre que ce soit rempli de façon un peu plus sérieux

(0') : un peu plus sérieux ?

(8) : parce que je pense qu'on a tous eu des stages où les internes sortaient tous en disant... 3 partout ;

Acquiescement 10, 13

(8) : donc ça c'est pas une évaluation, c'est une validation

(12) : donc là tu penses que les maîtres de stage qui ont fait ça, ne vont pas cocher tous intermédiaire

(8) : ah, ben, c'est possible ; mais au moins s'il y en a qui s'intéressent un peu, ils pourront lire et puis peut-être ça va les motiver ; plutôt que d'avoir des numéros à remplir, et d'arriver à la fin en se disant bon ben faut que je mette un nombre... (*Blasé*)

(10) : une fois qu'on a intermédiaire partout, rien ne nous empêche d'aller leur en reparler et dire qu'on n'est pas d'accord quoi

Acquiescement 12

(10) : enfin on va pas se plaindre d'avoir intermédiaire mais...

Sourire 10, 12

(11) : et c'est bien qu'il y ait les trucs de mi stage sur la même feuille,

Acquiescement 8, 12

(11) : que ce soit pas une feuille en mi stage et une feuille à la fin, parce que...là il y a un truc et puis elle n'est pas finie de remplir, il va falloir y retourner...enfin

(0') : ouais, d'accord

(11) : on ne peut pas faire que la fin parce que au moins ça oblige à voir la progression pour le coup ;

(10) : et puis pour comparer...

(11) : pour parler de progression quand on fait un bilan de fin de stage, on fait rétrospectivement, enfin parfois on sait pas trop, on se dit ouais il a progressé (*perplexe*), et puis on va pas dire qu'il n'a pas progressé quoi ; c'est pas mal qu'il y ait tout sur une fiche ; c'est la fiche du stage quoi

(0') : dans l'utilisation, il est aussi prévu que vous puissiez discuter avec votre maitre de stage de la fiche précédente, du stage précédent ; donc est-ce que ça vous paraît pertinent, utile, embêtant ? Vous n'avez pas compris ce que je voulais dire ?

Incompréhension générale

(12) : j'ai pas compris ; non, moi je suis désolée mais je n'ai pas compris (*rire*)

(0') : je recommence ; par exemple vous sortez du stage, vous êtes, je ne sais pas, en fin de deuxième semestre, vous êtes, mettons, entre novice et intermédiaire dans telle ou telle compétence ; et donc vous arrivez dans le nouveau stage et le maître de stage vous dit, ben est-ce que vous voulez bien me montrer votre fiche d'évaluation du stage précédent ?

(7) : le problème c'est que si c'est hospitalier versus ambulatoire...enfin sur une évaluation hospitalière, on serait susceptible d'être intermédiaire ou compétent facilement si on a bien compris le mouvement du service,

Acquiescement 0'

(7) : mais je ne suis pas sûr, que ce soit peut-être transposable entre deux stages ambulatoires, mais oui, tout de suite se poserait la question entre l'hospitalier et l'ambulatoire ; qu'un médecin généraliste évalue les compétences qui ont été cochées par le chef de service du stage d'avant ; je ne sais pas si ce sera toujours pertinent ? Mais il y a des fois sûrement que oui, les stages s'enchaîneront bien et ce sera pertinent mais pas toujours

(8) : il faudrait peut-être qu'ils y aient accès qu'à partir du mi stage ; parce que c'est le risque aussi si il y a une évaluation qui est défavorable : arriver dans un nouveau stage avec... en présentant une fiche d'évaluation, bon, bah, au stage d'avant, ils ont trouvé que je n'étais pas très bon ; c'est peut-être pas le meilleur moyen de commencer une bonne relation avec une nouvelle équipe

Acquiescement 11, 12, 13

(0') : oui, enfin

(10) : après ça dépend du chef de service,

(8) : mais bien sûr

(10) : parce qu'il peut aussi se dire, bon, bah, oui effectivement tu étais en difficulté au stage d'avant, ben, nous on va tout faire pour te faire progresser les points... voilà, enfin ; ça peut être aussi une prise en charge un peu différente

Acquiescement 7, 9

(8) : ah, ben oui, toujours... (*Souriant*)

(13) : après moi je me demande si ça évalue les mêmes choses, parce que dans un service de cardiologie par exemple, « s'implique dans la relation avec le patient », c'est pas la même chose que en ambulatoire

Sourire 8

(0') : vous croyez ? On peut peut-être regarder ce que ça dit, c'est important

(13) : Pour moi c'est ...enfin je ne sais pas je me dis que ce n'est pas le même genre de...

Rire 8, 11

(0') : qu'est-ce qui est mis pour s'implique dans la relation avec le patient par exemple ? Pour vous ça a pas le même sens ces descriptifs là

(13) : pour moi on n'est pas dans la même relation

(0') : on n'est pas dans la même relation, d'accord

(13) : moi je ne sais pas si ça implique la même, euh...

(10) : non au niveau des définitions je trouve que quand même c'est transposable quoi

Acquiescement 13

(10) : parce que bon « a des rapports difficiles, réalise des entretiens incomplets, superficiels, non orientés par les problèmes du patient » ; ben voilà, quoi, en hospitalier si tu es complètement à côté de ce pour quoi le patient il vient, bon ça va se voir aussi quoi

Acquiescement 13

(10) : après en intermédiaire : « a de bons rapports, tente de construire son entretien en fonction des problèmes posés par le patient »... On commence à structurer cet entretien, ça peut être aussi est-ce que tu commences à programmer un peu l'hospitalisation dès la première fois ; de programmer des choses, c'est aussi ce qu'on fait en consultation de médecine générale. Quand on voit le patient on se dit, ben, je vais vous faire passer cet examen-là, il faudra vous revoir, machin... Et en hospitalier c'est aussi ce qu'on fait, voilà... On a programmé de vous faire passer une radio, on verra avec les résultats

(13) : non, je voulais dire, je pense que c'est valable dans chaque cas, mais je ne sais pas si les deux cas sont comparables ; c'est juste ça que je voulais dire

(0') : sont superposables ?

(13) : sont superposables, parce que moi j'ai l'impression que la relation que j'ai quand je suis en blouse blanche aux urgences c'est pas les mêmes que j'ai face à un patient en ambulatoire ; après je veux pas dire que ce n'est pas valable dans chaque cas, mais moi j'ai l'impression de ne pas mettre

(8) : tu peux très bien avoir un niveau de compétence pour une compétence dans un stage, qui ne va pas être le même dans un autre endroit, parce que ce n'est pas les mêmes compétences relationnelles qui vont être, euh...

(13) : oui, non mais voilà ; si on veut comparer les deux feuilles entre différents stages...

(11) : ben moi je trouve que la relation elle est différente que tu sois à l'hôpital ou en ambulatoire, en blouse blanche ou pas, etc., mais ta compétence à avoir une relation qui est correcte et qui fait avancer les choses, et qui te fais construire quelque chose avec le patient, la compétence elle change pas en fait ;

Scepticisme 13

(11) : la relation est pas pareille, mais toi tu t'adaptes, donc tu as la compétence de t'adapter

Acquiescement de la tête 9

(0') : donc vous introduisez la notion qu'il y a des endroits où l'expression des compétences est plus facile qu'à d'autres

(11) : non, différente

(0') : différente

(11) : enfin, moi j'ai pas la même relation avec les patients en ambulatoire que j'ai pu avoir en hospitalier

Acquiescement de la tête 9

(0') : c'est normal, ce n'est pas le même cadre

(11) : mais par contre je pense que j'utilisais les mêmes compétences et les mêmes ressources pour construire quelque chose ; pour construire, pas la même relation, pour construire quelque chose qui tienne la route quand même quoi ; les gens n'ont pas besoin de la même chose en hospitalier qu'en ambulatoire, ils viennent pas pour les mêmes raisons non plus ; mais il y a une relation qui est adaptée

Acquiescement 13

(0') : mmh

(10) : et pour autant, même si c'est différent ça peut être aussi important ben de comparer les deux, de se rendre compte si on est plus à l'aise en hospitalier ou plus à l'aise en ambulatoire ou pas, enfin... ; ça peut aussi changer la donne sur ce qu'on veut faire plus tard

(0') : ouais

(13) : oui moi je dis ça, parce que j'ai l'impression que dans mon cas personnel, d'avoir plus de compétences relationnelles en ambulatoire qu'en hospitalier... Donc j'avais l'impression d'avoir acquis les choses en hospitalier, et de devoir acquérir des compétences en ambulatoire. C'est pour ça que je me dis, ce n'est peut-être pas comparable. Par exemple d'être compétent en hospitalier, et de devenir intermédiaire en ambulatoire. Donc je me dis il y a peut-être des compétences différentes à acquérir. Après je ne sais pas si c'est ...

(11) : moi je me dis c'est ça, si tu ne regardes pas la définition qu'il y a écrit là ; c'est pour ça que la feuille elle est plutôt pas trop mal faite, je trouve ;

Acquiescement 13

(11) : c'est que si tu demandes effectivement à un chef de, je ne sais pas moi, d'anesthésie, ...non, je ne vais pas prendre cet exemple là ;

Rire 8, 10, 12

(0') : un peu extrême (*rire*)

(11) : bon bref, un chef de cardio, allez, ce que c'est que de s'impliquer dans la relation avec le patient il va dire, oh ben, 3 c'est bien, tu fais bien ta visite, et puis tu expliques bien au patient ; si il lit le truc, il va se dire : oh...c'est peut-être plus...enfin, lui il n'a pas la même vision de ce que c'est que de s'impliquer dans une relation avec le patient qu'un médecin généraliste ; c'est normal, ils n'ont pas le même...enfin, c'est normal, je ne sais pas, mais

(0') : ouais ; et du coup est-ce que cette description des indicateurs de niveaux, elle peut être utile pour les maîtres de stage qui n'ont pas de notion justement de ce qu'est la médecine générale

(11) : ah ben oui

Acquiescement 12

(11) : je pense d'ailleurs que c'est plus utile pour les hospitaliers, que pour les médecins généralistes ces descriptions là

Acquiescement 7, 10, 12

(10) : ça peut permettre de recadrer ouais un petit peu

(11) : parce que les hospitaliers ils se disent oui, les actions de prévention ben ouais c'est bon, t'es compétent ;

Sourire 8, 10

(11) : non mais c'est vrai parce qu'ils font pas autant de prévention...enfin ils se disent ben oui il doit expliquer le natispray, c'est bien ...non mais il a pas forcément..., enfin c'est sa vision à lui

(0') : tout à fait

(11) : il a pas tort, il a pas raison ; c'est pas ce qu'on attend de la grille d'évaluation quoi ; c'est pas ce qu'on attend des compétences d'un médecin généraliste ; c'est peut-être ce qu'on attend des compétences d'un hospitalier...

(13) : ben ça peut être adapté au service cardiologique ;

(11) : voilà

(13) : mais ça le sera pas dans le service, euh...enfin...

(11) : c'est ça ;

(13) : donc ça rejoint ce que je voulais dire au début (*rire*)

Sourire 8

(0') : oui, vous êtes assez d'accord, avec des nuances

(12) : on est tombé d'accord ! (*Sourire puis rire*)

Rire 10

(0') : c'est-à-dire que vous introduisez le fait que cette grille d'évaluation va être remplie différemment en fonction du cadre où on va être, mais que quand même ça peut être aidant pour les maitres de stage hospitaliers qui n'ont aucune notion, qui ne connaissent pas la médecine générale

Acquiescement 11

(0') : et au moins ça leur permet d'appréhender ce qu'on attend de futurs généralistes

Acquiescement 8

(11) : et ça lisse un peu je pense les résultats avec la description ; ça permet à tout le monde de se rejoindre un petit peu

(0') : ça lisse ?

(11) : ça lisse oui ; ça permet à tout le monde de se rejoindre

Acquiescement 10, 12

(7) : mais par contre, arriver au début du stage ambulatoire et amener notre grille qu'on a fait en stage hospitalier, je ne sais pas si à chaque fois ce sera pertinent ; enfin, c'était la question de départ

Acquiescement 11

(0') : mmh

(12) : je pense que ça peut être pertinent si c'est nous qui l'aménons, et pas que ce soit fourni par le DMG ou autre,

Acquiescement 0', 9

(12) : parce que je me dis si il ouvre le dossier, par exemple, et qu'il voit « s'implique avec le patient » et que c'est écrit novice, si le chef de service débarque et dit, ben alors notre interne qu'on va recevoir vous allez voir il est pas très fin, fin quoi ! (*sourire-rire*)

Sourire-rire 8

(12) : et du coup il arrive avec déjà une réputation qui peut braquer ; et il aura même pas le temps de se justifier si il y a eu un problème dans l'équipe ; il peut très bien y avoir des stages à problèmes ...et que c'est pas forcément l'interne....

Acquiescement 0', 10

(12) : et je pense que ça peut être intéressant d'amener les compétences mais à condition qu'on y aille avec pour expliquer comment était le stage en lui-même ; et peut-être avec ça aussi parce qu'on n'en a pas parlé mais il y a des commentaires

(0') : il y a des commentaires...

(11) : je pense, je suis assez de l'avis d'(7), je pense qu'il faut pas commencer dès le début du stage avec sa fiche ; ça peut être aussi une question de personne même si c'est cadré machin, ça peut aussi être une question de personne...je pense, à chaque début de stage de laisser un peu la chance au maître de stage d'apprendre à connaître la personne aussi ;

Acquiescement de la tête 12

(11) : et ça me paraît par contre pertinent à l'évaluation de mi stage de la ressortir, et de faire son évaluation, et au moment où la discussion s'amorce, de dire, bon au fait est-ce que tu as l'évaluation du stage d'avant, qu'est-ce qu'il avait pensé lui, ah, on n'était pas d'accord là-dessus, pourquoi ? Tu as eu des difficultés, enfin, ...

Acquiescement 7, 9, 12

(7) : et qu'on se fait un avis en plus ; enfin, du coup, même si elle était mauvaise, vu qu'ils se sont déjà fait leur avis, euh...

(11) : voilà ; et on discute, et s'il y a des discordances, justement, c'est hyper intéressant de pouvoir en parler ; pourquoi il y a des discordances ; pourquoi moi je trouve que tu es compétent là-dedans et lui il avait mis novice ? Qu'est-ce qu'il s'est passé ? On lui explique et puis ça prend du sens pour l'interne aussi je pense ;

Acquiescement 8

(0') : mmh, d'accord

(7) : parce qu'en plus en début de stage il ne faut pas oublier que on se réhabitue à un nouveau fonctionnement... Enfin, déjà on doit se ré imprégner du nouveau stage, donc on n'est peut-être pas tout de suite, voilà, prêts. Surtout qu'on sort de l'évaluation, au final, du stage d'avant, donc arriver dans le nouveau stage, et le premier jour reparler de l'évaluation qu'on a faite la veille avec le chef de service qui nous connaissait depuis 6 mois, avec un médecin qui nous connaît pas encore... Alors qu'en parler au bout de 3 mois, ça a sans sens de comparer les évaluations, d'une évaluation sur l'autre tous les 3 mois

Acquiescement 0', 11, 12

(11) : surtout pour tout ce qui est équipe et compagnie, le premier jour, une nouvelle équipe on ne peut pas savoir si on est compétent

(8) : ah, oui, ça c'est sûr (*sourire*)

Acquiescement et sourire 12, 13

(11) : c'est le temps qui fait les choses ; et on ne connaît pas l'équipe d'avant...

(0') : alors il y a une case qui dit sans objet pour ce stage, donc c'est vrai qu'en tout début, il y a des choses qu'on ne peut pas juger quoi

Acquiescement 12

(11) : et si on débarque avec relation avec l'équipe de soin euh...

En chœur (8, 10, 13) : novice (*rires*)

(11) : novice, il va se dire...

(8) : si ils lisent la description...

(0') : à contrario ça peut démontrer des besoins de formation

(11) : oui c'est pour ça je pense le mi stage ça peut être intéressant

(0') : il y a quand même certains internes qui sont novices avec les équipes de soins, très novices même

(11) : tout à fait

(8) : mais les équipes s'en rendent vite compte je pense...

Acquiescement 0'

(11) : mais partir avec cet à priori dès le début de stage avec cette étiquette, je trouve ça dur

(7) : oui mais ça veut dire qu'il était novice à mi stage du stage d'avant, donc il a eu le temps d'en parler avec l'équipe, si il y a re novice à la fin, euh, il va en reparler à la fin du stage, donc autant attendre trois mois du stage d'après pour en reparler,

Acquiescement 10, 13

(11) : oui si il a progressé quand même ? Est-ce que c'est un problème d'équipe ? Est-ce que c'est un problème d'interne ?

(7) : pour qu'on lui refasse le, qu'on le re stimule tous les trois mois

(13) : parce qu'il n'y a pas que l'interne qui est en cause des fois... *(Rire)*

Rire 11

(8) : ben, c'est une relation, donc ça se fait à deux... *(Rire)*

(11) : et même, si j'étais maître de stage, je me dis ben, j'aurais pas envie de voir la fiche de l'interne qui arrive ;

(0') : d'accord

(11) : j'aimerais bien commencer sur une page vierge, me dire on va voir, je vais me faire ma petite idée ; c'est comme certains patients, on n'a pas envie d'avoir tous les courriers, tous les machins, l'avis de tout le monde ; mais c'est bien aussi qu'on se fasse notre idée à nous ; on n'est peut-être pas d'accord avec le chef de cardio, de...*(Rire)*

(12) : mais c'est marrant parce que là tu parles comme plus un médecin gé ; je pense parce qu'on se positionne en tant que médecin généraliste,

(11) : ouais en médecin généraliste

(12) : en future lointaine peut-être installation *(rire)*

Rire général

(11) : oui mais si tu restes dans le même hôpital, tu crois qu'ils ne parlent pas entre eux les chefs, ils se connaissent, enfin

(12) : mais si ils se connaissent mais je pense que ce n'est pas pareil ; parce que justement de ne pas avoir la feuille ça peut être intéressant parce que il y a déjà les bruits de couloir, bon ben vous savez qui vient après, ils sont bien, ils ne sont pas bien ? Ils vont avoir besoin de formation ; est-ce qu'on va devoir un peu diminué les consult

Acquiescement 10

(0') : d'accord ; OK

(8) : c'est une question qu'on a souvent en fin de stage

(0') : j'ai compris le message, ouais *(rire)*

(10) : vous les connaissez ?

(12) : oui le prat c'est plus est-ce que tu le connais ?

(11) : il est comment le prochain interne ?...

(0') : OK

(8) : je crois qu'on va arrêter parce que là ça va plus, euh...

(10) : par contre du coup je me posais une question... Si on la réutilise au stage d'après, machin, entre ambulatoire et hospitalier, les maîtres de stage en ambulatoire je pense qu'ils vont être assez vite briefés sur l'utilisation de ça... Parce que c'est déjà un petit peu ce qu'on fait. Enfin voilà, en temps normal. Par contre en hospitalier, peut-être ça mériterait quand même qu'ils soient un petit peu briefés sur l'intérêt de cette fiche, et que c'est pas juste pour, voilà, il est novice bon ben (pfff...) cas désespéré ! Euh...

Rire 8, 12, 13

(10) : enfin, voilà, mais que c'est vraiment à but de nous faire progresser

(11) : ben alors là tu touches à un autre problème, c'est l'envie de formation des médecins hospitaliers

(0') : ouais

(10) : ben ouais, mais bon...

(11) : l'envie de participer à la formation des internes

(10) : ils nous accueillent dans leur service c'est pour ça

(11) : ça c'est une autre problématique, enfin

(0') : d'accord donc vous introduisez le fait qu'il faut qu'on forme les maîtres de stage hospitaliers à l'utilisation de cette fiche

Acquiescement 8, 10, 11

(11) : et à l'intérêt d'un mi stage

(12) : et à l'intérêt !

Soutien 13

(8) : il faut qu'ils aient envie aussi

(0') : il faut qu'ils aient envie

(8) : c'est sûr qu'on peut toujours proposer de les former, s'ils ont pas envie ça va être compliqué à mettre en place ; mais c'est un autre problème

(13) : ben sinon, ils ont pas de médecin généraliste, pas d'interne (*rire*)

Rire 12

(10) : après moi je ne parle pas forcément de formation

(0') : donc s'ils ne viennent pas aux formations, ils ont pas d'internes

(13) : ben parce qu'ils ont un intérêt quand même, à ce qu'on soit dans leurs services

(8) : ouais mais ils vont venir, mais ils ne vont pas l'utiliser après ; ils vont venir à la formation et puis ils vont dire OK

(7) : ben, non ils font pas... c'est pas des teubios quoi

(10) : après c'est pas forcément une formation comme ça, ça peut être euh...

(8) : non, mais encore une fois ça dépend où

(7) : oui, oui

(0') : je vais essayer de recentrer le débat, parce que là on part un peu sur des utilisations à la marge ; enfin, pour information sachez quand même qu'on a fait une formation des maîtres de stage hospitaliers, sur cette future fiche, on en a fait une au Mans, et il y avait trente maîtres de stage hospitaliers, on va en refaire une à Angers, et ils ont plutôt plébisciter la fiche ; après le biais, c'est que forcément viennent à cette formation les gens les plus motivés

Sourire 8

(11) : ceux qui sont intéressés

(0') : c'est toujours le biais de ce genre de chose

(10) étonnée : après trente, ça fait beaucoup quand même

(12) étonnée : trente c'est pas mal

(8) : trente, c'est déjà pas mal

Acquiescement et étonnement 11

(0') : trente c'est pas mal ouais

(8) : ça a bien marché

(0') : on était plutôt contents. Je vais revenir à la question qui tourne autour du remplissage de la fiche. Il y a que vous qui l'avez utilisé (8). Est-ce que ça a eu une influence sur, le fait de remplir votre fiche en mi stage, est-ce que ça a eu une influence sur les apprentissages que vous avez faits après. Le fait d'en discuter, est-ce que ça a orienté vos...Dire ben tiens, il faut que je me forme dans tel ou tel domaine, ou que je progresse. Est-ce que c'est juste de l'évaluation ou est-ce que ça soutient votre formation ?

(8) : non je pense que ça va ...alors après...oui si je pense, je me suis rendu compte qu'il y a certaines choses que je ne connais pas suffisamment et du coup j'essaye de penser régulièrement, à repenser à ces choses-là pendant mes consultations ; après avoir des exemples précis ça va être un peu compliqué, mais euh... (*Rire*)

(0') : un peu compliqué

(8) : si je pense que ça permet de prendre un petit peu de recul quand même, on va dire au moment des trois premiers mois et puis à se donner des pistes sur comment on peut faire pour aborder les sujets qu'on n'a pas assez abordés

(0') : ouais, et est-ce que ça a eu un effet sur...ou les autres qui ne l'ont pas utilisé, est-ce que vous pensez que ça peut avoir un effet, l'utilisation de cette fiche, sur les maîtres de stage pour vous favoriser dans la progression

(7) : oui, parce que je vois, là je transpose à un exemple similaire, en SAFE, on a une liste très complète de toutes les compétences à acquérir à mi stage on avait fait une évaluation

(0') : objectifs, ouais

(7) : et derrière ils ont vu qu'il y avait des carences, et ils ont adapté ; et là, même si je ne l'ai pas utilisé celle-là, j'ai fait une évaluation à mi stage, qui a permis de dire les choses que je n'avais pas trop acquies encore ; et du coup après les maîtres de stage ont orienté, et essayé de m'impliquer justement quand ça touchait à ces carences. Donc, j' imagine si j'avais utilisé la fiche, que évidemment ça aurait servi, et je pense que c'est très bien

(0') : et pour vous qui l'avez utilisé ça...vous vous avez dit, j'ai adapté des choses, donc j'ai eu des besoins de formation, est-ce que ça a eu un effet sur l'aide que vous a apporté vos maîtres de stage ?

(8) : je ne sais pas (*rire gêné*)

(0') : vous ne savez pas

(8) : je ne pense pas mais c'était déjà des maîtres de stage qui sont relativement investis dans la formation

(0') : non parce que par exemple, je me dis, je fais le bilan avec mon interne ; il me dit j'ai des carences dans le suivi de la femme par exemple ; donc comment moi je m'organise en tant que maître de stage pour lui permettre de rencontrer plus de femmes, de poser des stérilets, de faire des frottis, de faire des suivis de grossesse ; est-ce que vous avez l'impression que ça a eu des conséquences sur l'organisation ?

(8) : en fait, oui, bon on l'avait déjà fait avant d'utiliser la fiche (*rire*)

(0') : d'accord

(8) : ah, ben ça...et puis du coup c'est vrai qu'on s'est arrangé pour mettre deux ou trois gestes ; après on a, bah, par exemple poser ou retirer un implant contraceptif

(0') : mmh

(8) : après, bah, en médecine générale, c'est en fonction de la demande aussi (*rire*)

(0') : oui, oui, on n'en pose pas tous les jours

(8) : on n'a pas dit, bon ben allez hop dix patients, tu pourrais mettre dix implants ; il paraît qu'on peut pas faire ça (*rire*)

Rire 0', 10, 11, 12, 13

(0') : c'est pas éthique !

(12) : la compétence éthique : novice... (*Rire*)

(8) : donc on a essayé de s'organiser un peu quand même pour programmer des choses ; mais finalement ça on l'avait déjà amené par la discussion, avant de...

(0') : ouais, d'accord ; OK, et les autres qui ne l'ont pas utilisé, dans votre expérience est-ce que vous avez l'impression que ça pourrait faire modifier le fonctionnement du stage pour que vous amélioriez votre formation

(7) : oui

(13) : ouais moi aussi je pense

SILENCE Puis rire 8, 12...puis général

(13) : non mais, je pense que oui, dire on est en difficulté... Enfin je pense que je suis novice là, ou si c'est eux qui nous disent, enfin qui jugent qu'on est novice... Normalement si c'est des maîtres de stage impliqués dans la formation, ils vont modifier... Enfin moi c'est pareil en gynéco je sais que j'en avais discuté ... J'avais un peu de mal, euh... Je trouvais que j'avais moins que d'habitude. J'en avais parlé avec mes maîtres de stage et ils ont changé l'organisation du stage. Enfin j'ai eu plus de gynéco ; donc je pense que le fait d'en discuter et de mettre en évidence les difficultés peut permettre aux maîtres de stage...

(11) septique : si, si mais ça dépend ; il y a certains maîtres de stage qui ne sont pas forcément là-dedans, chez qui ça va réveiller un peu l'étincelle

Sourire 12, 13

(11) : et il y en a où ça fera rien ; mais bon il y a toujours des cas désespérés, enfin il y a toujours des gens qui passent au travers ; mais je pense que ça peut relever un peu la motivation

(0') : ça peut en remettre une petite couche quoi

(11) : ben ça permet d'ouvrir la discussion donc euh déjà c'est pas mal

(13) : ça permet de mettre le doigt sur...

(11) : enfin, quelqu'un qui est pas motivé, qui est pas dans la pédagogie, c'est sûr que si il a même pas l'occasion d'entamer une discussion il le fera jamais

(0') : ouais

(11) : donc après il y a quelques personnes, s'ils entament la discussion, oui ça ils vont se lancer...ça va attiser l'intérêt et puis voilà ; donc ouais je pense que...

(12) : de toute façon quelqu'un qui n'est pas réceptif

(11) : mais non il sera réceptif

Brouhaha...

(11) : mais il y a de l'intermédiaire ; voilà si c'est un intermédiaire il passera compétent

Rire 12, 13

(0') : si c'est un maître de stage intermédiaire

(11) *souriant* : si c'est un maître de stage novice je pense qu'il restera novice

(12) : moi je trouve que ça peut permettre aussi des fois ; au moment ben tout va bien, ben là on est un peu bloqué, on dit oui, oui, enfin ça va...et on n'arrive plus à...enfin moi ça m'est déjà arrivé en stage prat ou même autre, où on me dit ben est-ce qu'il y a des choses où tu voudrais qu'on progresse et tout

(0') : mmh

(12) : et alors le fait de ne pas avoir...peut-être que ça, ça permet aussi de faire le point ; ah, bah, oui là, parce qu'autrement on est là, oui bah oui, je ne sais pas ...et alors évidemment là c'est le black-out total (*rire*) ; on ne sait plus ...

Acquiescement 7, 8, 11

(12) : soit on a déjà son idée préconçue ; on se dit bah...la gynéco, la machin...

(13) : la gynéco, j'aimerais bien poser des stérilets...

(12) : mais sinon on est un peu des fois...comme ça...on se dit....

(0') : on est un peu sec

(12) *septique mais souriant* : « oui ça va »...

(8) : globalement ça va

(13) : oui globalement ça va (*rire*)

(0') : et d'ailleurs globalement ça va à peu près ?

(8) : oui

(12) : mais ça peut permettre de dire, ah, bah, tiens par exemple les actions de prévention... Oui c'est vrai, est-ce que j'en ai parlé avec les patients ? Peut-être pas...Ah, bah, je peux peut-être m'améliorer. C'est vrai que je ne leur demande pas tout le temps si ils fument... Enfin, je pense à ça mais ça peut être autre chose. Mais ça peut permettre de voir les choses quoi ; de se dire ben tiens communication avec les professionnels de l'extérieur c'est vrai que en stage, j'ai fait des consult, je n'ai pas écrit de courrier, enfin bon...

Rire général

(11) : et ça peut relever des problèmes dans les relations avec les équipes, avec l'équipe de soins...

Acquiescement 12, 13 - Sourire 8 - Rire 12, 13

(11) : non mais parce que je trouve que ben que c'est difficile ; quand il y a un problème dans une équipe de soins, comment on le règle, euh...

(0') : de l'aborder ?

(11) : oui et puis le chef de service en général c'est pas trop son problème enfin...mais de comprendre ce qu'on peut faire de travers pour pas que ça se reproduise, ou inversement c'est pas mal ; ça nous évitera des problèmes par la suite, on sera avec des équipes en ambulatoire mais...

Sourire 13

(11) : je pense aux infirmières en fait ; moi j'entends infirmière quand je vois équipe de soin, mais...

(13) : les aides-soignantes quand même

(7) : la secrétaire

(0') : la secrétaire médicale

(11) : je sais, mais c'est parce que je me place en tant que médecin généraliste alors oui je pense aux secrétaires, et aux infirmières ; je me dis bon, faut savoir communiquer entre nous, correctement

(7) : et puis dans les maisons pluri professionnelles aussi, kiné, enfin tout, enfin l'équipe quoi...

(12) : ben même sans les maisons pluri professionnelles ; ...orthophonistes....

(11) : oui c'est vrai ; mais ça je le vois plus dans professionnels extérieurs...ouais je sais pas ; mais bon, c'est pareil ;

(8) : après moi je trouve le terme équipe de soins ça se rapproche plus d'un fonctionnement d'hôpital ou à la rigueur une maison pluri...

Acquiescement 11, 12

(8) : parce que travailler avec des kiné ou avec des psychologues ou avec des infirmières, en ambulatoire, ce n'est pas la même relation que des gens qu'on côtoie au quotidien, où on travaille vraiment ensemble en même temps

(13) : oui et puis sur six mois en ambulatoire, je trouve ça difficile ; de voir plus de deux, trois fois les mêmes personnes... c'est rare

(12) : ben la secrétaire

(13) : oui la secrétaire, mais bon

(10) : quand on fait les visites en EHPAD

(11) : oui en EHPAD, des fois c'est pas facile

(13) : ben moi j'y vais deux fois par semaine

(11) : faut pas laisser s'entêner un problème avec la secrétaire

(0') : oui

(12) : et ça peut permettre de faire deux choses, ça peut permettre de voir aussi, si c'est l'interne qu'arrive pas à progresser, enfin ça arrive, que c'est l'interne qui ait un problème de relationnel ou de choses comme ça, ou est-ce que en fait, ben finalement on va reprendre les fiches, et c'est le service où il y a un problème relationnel depuis, euh, cinq stages

Acquiescement 8

(0') : ouais

(7) : ouais, si tous les internes sont novices, oui...

Sourire 13 - Rire 12

(12) : enfin je veux dire, je me dis que le fait que ça...je trouve que les critères sont assez objectifs en fait ; enfin c'est clair, l'équipe de soin, c'est écrit : « manque de politesse, de respect, nienienien...c'est pas s'intègre...enfin si il y a s'intègre remarque, mais...c'est pas la plus longue, mais enfin vous mettez des exemples quand même qui sont hyper précis, enfin...

(0') : mmh

(12) : et donc c'est difficile d'avoir un...c'est un peu subjectif mais il y a quand même une bonne part d'objectivité, et je me dis ça peut permettre de faire dans l'autre sens aussi

(0') : c'est-à-dire que ça peut souligner des dysfonctionnement des lieux de stage ; c'est ça que vous voulez dire

Acquiescement 10, 11, 12, 13

(12) : qu'on n'ose pas toujours dire

(0') : oui, bien sûr

(11) : oui, et puis un chef pourrait dire, ben ça fait quatre fois que sur la fiche des internes en fait il y a des problèmes avec l'équipe, euh,

(13) souriant : on va refaire le point !

(11) : ce serait peut-être pas mal qu'on en reparle en équipe, qu'est-ce qu'il se passe avec les internes ? Est-ce que c'est le fonctionnement, est-ce que c'est les personnes, ...je ne sais pas, enfin plein de choses...

(0') : mmh ; donc ça, ça introduit l'idée que cette fiche peut aussi aider à améliorer le niveau de compétence pédagogique en gros des lieux de stage. Vous êtes d'accord avec ça ?

Acquiescement 10, 11, 12, 13

(0') : d'accord ; en parlant effectivement d'éléments factuels, descriptifs, qui ne sont pas trop subjectifs, qui ont en gros pas à voir avec la tête de l'interne, ou la tête du maître de stage ; donc évacuer un peu le côté relationnel subjectif

Acquiescement 10, 11, 12, 13

(12) : et inversement de repérer l'interne en difficulté aussi

(0') : ouais

(11) : et aussi de pouvoir aborder les problèmes avec nos maîtres de stage, en disant des fois il y a un souci, on ne sait pas trop comment s'y prendre ; on se dit, bon, faut que j'aborde le sujet, mais faut que j'y aille avec des pincettes

(8) : on verra dans six mois !... (*Sourire*)

(11) : voilà (*rire*) ; bon ben là, tu sais qu'il y a trois mois, tu vas glisser le truc dans un endroit, en disant, euh...enfin ça permet de lancer le sujet en se basant sur la fiche ; on n'est pas venu pleurnicher mais on fait une évaluation donc on donne notre avis (*souriant*)

(0') : c'est ça

(12) : ça joue aussi ; parce que nous mine de rien on ne reste que six mois dans le service ; c'est long et court à la fois

(0') : ouais

(12) : ils ont besoin de nous, mais je pense que...

(11) : enfin, de toute façon, nous on est toujours sur la même ligne de l'équipe de soin, mais il y a beaucoup de choses qui peuvent poser problème

(12) : non, mais souvent, est-ce que ça peut toujours mal se passer avec tous les internes ; et que pour autant que eux ils bougent ; donc au final ben personne ne fait rien

(0') : mmh

(12) : enfin, en tout cas dans le service je veux dire

(0') : OK

(11) : enfin, par exemple tenue et suivi des dossiers ; enfin je pense que ça nous ait tous arrivé, d'avoir une garde, ou un repos de garde, un cours ...ou je ne sais pas quoi...et notre chef, je parle de l'hôpital, c'est notre chef qui gère le service, et puis on retrouve le dossier et : il a fait quoi ? Là il y a quoi ? Il y a rien d'écrit ; bon, ben, le jour où on fait l'évaluation...ben tenue des dossiers, on se dira ben ouais d'ailleurs

Sourire 8, 9, 12

(0') : vous croyez qu'en ambulatoire c'est pareil ?

Acquiescement 8, 12, 13

(11) : eh, ben en ambulatoire c'est pareil ; parce que, comment dire au maître de stage, euh, moi je ne trouve rien dans les dossiers, ça m'énerve...

Rire 8, 13

(11) : non mais c'est vrai ; parce que c'est une question de choix aussi ; peut-être qu'on est trop rigides, qu'on écrit trop de choses, je ne sais pas ; et ça engage la discussion je trouve

(12) : mais en fait tu es en train de dire que cette fiche ne va pas évaluer l'interne mais les maîtres de stage
(rire)

Rire 8

(11) : ah mais moi je trouve un bon intérêt pour l'inverse en fait, non mais c'est vrai ; je ne le vois pas comme évaluer les compétences mais comment avancer dans le stage

(10) : ça partage un peu les torts

(0') : ça partage un peu les torts c'est ça ?

Acquiescement 12

(10) : ben ouais c'est ça ; de se dire si on est novice, ça peut aussi nous donner un peu le truc, euh...ben ouais ok j'ai peut-être un peu cafouillé là, mais bon aussi, enfin il y avait pas l'information de la première visite que vous aviez fait, je ne l'ai pas retrouvé, enfin, voilà

(0') : mmh ; ça renvoie des éléments du cadre pédagogique qui est pas performant, enfin, pour que vous progressiez

(10) : ben oui voilà c'est ça ; que c'est pas forcément toujours de notre faute si on n'a pas pu progresser dans un point ou...et puis, ben, les faire progresser eux aussi pour le prochain interne...c'est pas forcément un sens quoi

(0') : ouais

(11) : oui parce que si on fait progresser le stage on fera progresser les compétences de l'interne qui y est et qui y sera

(10) : ben ouais

(0') : c'est sûr (rire)

(12) : il y a aussi le fait que cette fiche, on la remplit une première fois, on est là ; et du coup ça oblige un petit peu à faire l'évaluation de fin de stage avant la fin du stage ;

Sourire 8

(12) : et pas, ah ben tiens, on a reçu la fiche d'évaluation de stage trois semaines après le stage et on voit qu'on a 1 à un endroit, où personne ne nous a rien dit, enfin, c'est...

(0') : mmh ; oui, donc là c'est l'utilisation de la fiche qui doit être discutée et remplie

Acquiescement 10, 13

(12) : oui ; enfin, c'est pas comme ça que ça doit être fait ? Que ce soit ensemble ?

Acquiescement 11

(11) : ben oui à condition que ce soit ensemble ; faut pas que ce soit lui il fait ça, enfin le maître de stage fait ça dans son coin et puis ... (siffle)

Rire 0', 12, 13

(11) riant : ben, non, c'est vrai ça sert plus à rien à ce moment-là ; il faut expliquer pourquoi il y a des choses à améliorer

(0') : c'est ce que vous avez actuellement, des fiches d'évaluation de stage non discutées ?

(8) : ça dépend

(10) : ben là en SASPAS non je crois

(11) : ben en ambulatoire non

(13) : en prat non, en SASPAS non, au mans pédia non

(12) : non ça n'a jamais pas été discuté

(8) : moi aux urgences, on n'a pas discuté nos fiches d'évaluation

(10) : ben non on l'a reçu et puis, enfin voilà...

(12) : ah, oui, non, si t'as raison

(8) : après on avait tous un tuteur qu'on a vu deux fois, ou trois fois par semestre

(10) : et puis oui, voilà, c'est ça

(0') : ah, via un tuteur des urgences ; un référent pédagogique

Acquiescement 8, 10, 11, 12, 13

(11) : aux urgences moi aussi je l'ai eu dans mon casier ; justement il y a un truc qui m'a dérangée

(13) : ah, tu vois !

(11) : et du coup, j'ai dû aller faire la démarche d'aller voir le chef de service en disant pourquoi ? Qu'est-ce qu'il s'est passé ?

(13) : et encore, tu l'as eu dans ton casier, tu ne l'as pas eu quatre semaines avant la fin, à être obligée d'y aller

(11) : non je ne l'ai pas eu chez moi...j'aurais été frustrée, si je l'avais eu chez moi, je me serais dit ben mince, euh...

(0') : donc il y a la question de la fiche, et la question de son utilisation, comment on l'utilise et... ; de préférence on la remplit ensemble et on en discute

Acquiescement 7, 10, 11, 12, 13

(0') : bien, ben je crois qu'on a déjà vu pas mal de choses

(10) : discuter ensemble, et puis que les chefs ils aient envie d'en discuter aussi ensemble ; parce que moi en gynéco, j'ai été évaluée par le chef de service, qui me connaît pas et qui du coup, je ne sais plus, avait mis un truc en présentation de dossier, alors je ne sais plus si c'était des lettres ou je ne sais pas quoi, mais : ben ça je ne t'ai jamais vu en présenter donc euh je ne vais pas te mettre bien, je vais te mettre moins bien en fait

Rire 7, 8, 12 - Sourire 9, 11, 13

(10) : là, je fais ok, d'accord j'en n'ai pas présenté à vous, mais j'en ai présenté, je veux bien être évalué par quelqu'un qui m'a vu faire, quoi

(0') : c'est ça, donc on est évalué par des gens qui sont présents, et qui vous voient

(10) : ben oui c'est ça ; c'est quand même plus pratique quoi

(8) : c'est mieux

(0') : c'est mieux

Rire 8

(10) : enfin plus objectif en tout cas

(0') : c'est ça

(13) : oui mais ça c'est surtout le problème des stages hospitaliers, qu'il n'y a pas en ambulatoire

(12) : oui mais ce serait pas mal que les maîtres de stage ils ...

(0') : mais vous croyez que y a pas dans certains stages ambulatoires, vous croyez qu'il n'y a pas ?

(13) : ben, ils sont obligés de nous voir quand même

Rire 10, 12, 13

(11) : euh, franchement, moi en SASPAS, ils sont pas obligés de nous voir ;

(13) : enfin, ils peuvent pas tous mettre la même chose, enfin euh

(0') : en SASPAS ils sont pas obligés de vous voir

(11) : ben non, ils ne sont pas obligés de nous voir

(13) : oui mais enfin, bon euh...

(10) : oui mais bon on débriefe quand même

(11) : ouais enfin bon ils pourraient ne pas nous voir, enfin

(13) : oui mais ils ont le retour des patients aussi parce que...

(11) : ben ou pas ; enfin, oui, mais les patients tu crois qu'ils disent souvent si...

(8) : oh, oui, moi je pense que les patients font beaucoup de retours à nos maîtres de stage

(11) : non mais si c'est horrible mais...

(13) : je pense que si c'est horrible ils le disent

(8) : à priori

(10) : moi j'en ai eu des retours, les patients ils discutent...

(11) : il y en a qui s'en fichent ; moi je suis sûre que si tu es maître de stage SASPAS tu peux te débrouiller pour ne pas trop voir ton interne ; après faut abuser mais bon, c'est possible

(13) : moi je pense que si c'est un mauvais interne tu le sais ; tu es au courant quand même

(10) : et puis quand tu débriefe, enfin je veux dire il y a des trucs que tu ne peux pas inventer quoi...

Acquiescement 12 - Rire 10, 13

(11) : oui, mais ça dépend...alors là c'est pareil, ça dépend ce que tu appelles débriefe

(10) : ouais

(0') : oui, donc là vous interrogez la qualité de la supervision ?

Sourire 8, 12, 13

(11) : oui, mais c'est un autre débat

(0') : ouais

Rire général

(11) : oui mais on peut se soustraire à ses obligations là, je trouve ; c'est comme à l'hôpital

(0') : tout à fait ; je suis d'accord

(12) : mais c'est plus facile en milieu hospitalier, qu'en milieu extra hospitalier

Acquiescement 11 - Rire 13

(12) : parce que là, enfin je veux dire, on a quand même cours une fois par semaine, quel que soit le stage...je pense que même en SAFE il y a au moins un cours par semaine, enfin une fois tous les quinze jours aussi

Acquiescement 0', 7

(12) : parce que je ne veux pas dire de bêtise (*riant*), et du coup, bon ben on voit quand même quelqu'un du DMG une fois tous les quinze jours ; ça peut permettre quand même d'aider (*souriant*) ; alors qu'en stage hospitalier, on a un cours obligatoire ;

Acquiescement 0', 7, 11, 13

(12) : il suffit qu'on ait pris le 15 avril, et on voit personne ; et puis on est quarante en cours ; enfin j'exagère, on n'est pas quarante mais...

(11) : je suis d'accord, c'est plus facile en en hospitalier, mais c'est possible en ambulatoire, si tu fais preuve de mauvaise volonté

(12) : oui c'est possible, mais tout est possible, enfin... (*Septique*)

(0') : OK ; on sort un peu du sujet là

Rire général

(7) : moi, juste pour la feuille ; enfin, on l'a dit, mais moi je suis tout à fait d'accord que l'évaluation de fin de stage et de mi stage doit se faire avec la feuille sous les yeux et ... ; parce que moi, comme d'autres cas,

Acquiescement 11

(7) : j'ai eu un bilan de stage où on a eu un bilan de stage global où mes chefs m'ont dit ce qu'ils pensaient de moi ; très bien ; et après en loosedé j'ai eu la feuille d'évaluation le dernier jour sur la parking, tiens au fait , je t'ai rempli la feuille, et là j'ai vu il y avait une petite cannelle glissée sur une évaluation j'ai eu un assez bien ou passable, je ne sais plus, et je dis mais ça sort d'où ça ?

Sourire 8

(7) : et c'était sur le parking ; il n'y avait plus les trois maîtres de stage. Et j'en ai parlé tout de suite et ça s'était justifié en balbutiant. Enfin, j'ai pas trop compris. Et un autre des maîtres de stage était pas d'accord, donc euh... Enfin ça soulevait aussi le problème que des fois, si ça se passe mal avec un et qu'il remplit la feuille tout seul euh... Et que par rapport au bilan global, enfin voilà. Je pense que le bilan de fin de stage doit se faire avec tous les maîtres de stage, ou au moins qu'ils communiquent entre eux, qu'ils se mettent d'accord sur ce qui est coché. Et que l'évaluation de fin se fasse avec la feuille sous les yeux, qu'on n'est pas une mauvaise surprise dans la placard une semaine après par la poste ou sur le parking

Acquiescement 10, 11, 12

(11) : par la poste c'est encore pire

Acquiescement 7

(11) : on n'a pas l'occasion de s'expliquer !

(0') : ou au jury de validation de DES

(11) : ha, non ; c'est vrai ?

(7) : ou au jury, ouais

(13) : mais moi il y en a une que je n'ai pas reçu

(10) : non, moi celle de mon stage prat je ne l'ai jamais vu

(11) : ah bon ?

(7) : moi aux urgences prat je ne l'ai jamais vue aussi

(0') : stage prat ?

Acquiescement 10

(11) : ah c'est possible

(13) : on a eu un entretien, mais euh...

(10) : ben il y a eu une évaluation globale comme ça, ben à 4, mais j'ai jamais vu la feuille

(7) : ah, le prat je l'ai pas eu non plus (*rire*)

(8) : ouais je ne l'ai jamais eu

(12) : mais oui, mais t'as raison

Rire 0'

(11) : vivement la validation... ! (*Rire*)

(13) : moi il y a mon premier semestre aussi que je n'ai pas vu

(12) : ben moi au premier semestre ils me l'ont envoyé par mail après mais

(8) : mais au premier semestre on n'était pas censés les récupérer

(13) : non

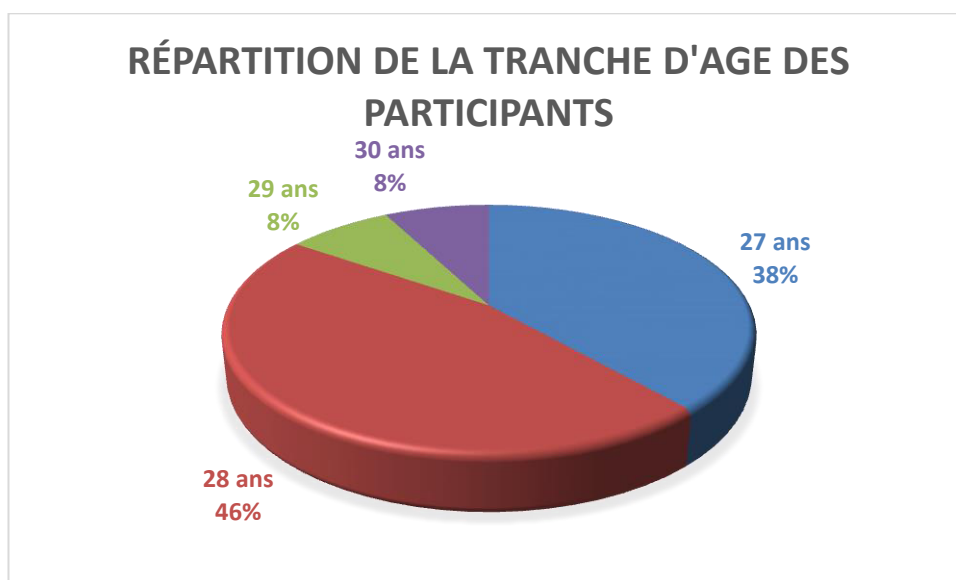
(8) : quand on était en premier semestre c'était directement envoyé à la Fac je crois ; on n'était pas censé les voir

(12) : ah oui, c'est vrai, au premier semestre c'était envoyé directement (*rire*)

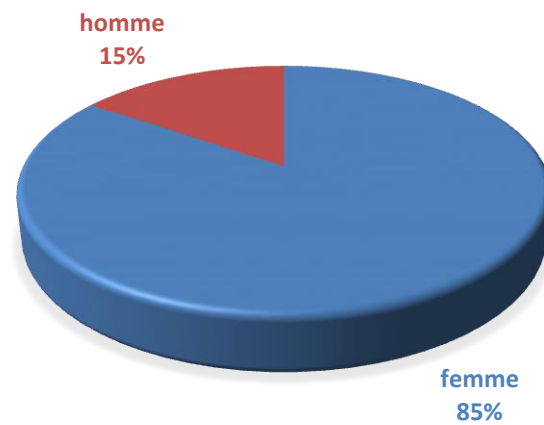
Acquiescement 10

(0') : on va en rester là

ANNEXE VI – LES CARACTERISTIQUES DES PARTICIPANTS

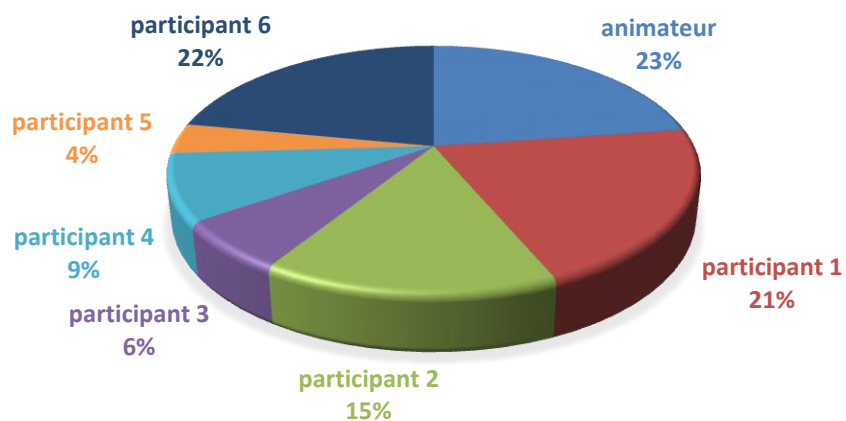


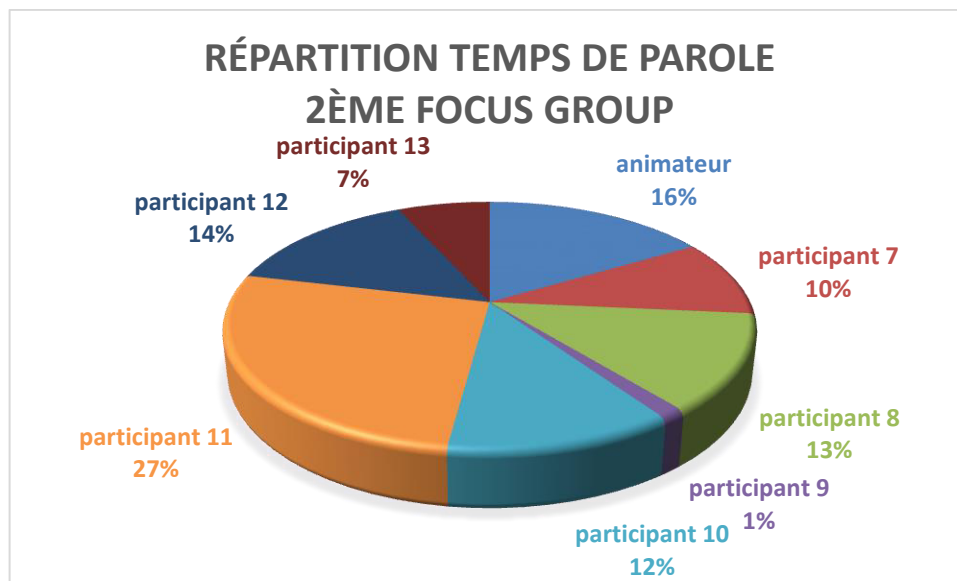
RÉPARTITION DES GENRES DES PARTICIPANTS



ANNEXE VII – LA REPARTITION DES TEMPS DE PAROLE LORS DES FOCUS GROUPS

RÉPARTITION TEMPS DE PAROLE 1ER FOCUS GROUP





ANNEXE VIII – LE SERMENT D’HIPPOCRATE

« Au moment d’être admis(e) à exercer la médecine, je promets et je jure d’être fidèle aux lois de l’honneur et de la probité. Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux. Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions.

J’interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l’humanité. J’informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n’exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences. Je donnerai mes soins à l’indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admis(e) dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés.

Reçu (e) à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs. Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité. Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonoré (e) et méprisé(e) si j'y manque ».

Intérêt de la Fiche d'Évaluation des Niveaux de Compétences de l'Interne en Stage (FENCIS) pour la construction des compétences professionnelles

RÉSUMÉ

Contexte : Depuis une quinzaine d'années, la pédagogie médicale se tourne vers une approche par compétence. En mars 2016, le Département de Médecine Générale (DMG) de l'UFR Santé d'Angers a créé une Fiche d'Évaluation des Niveaux de Compétences de l'Interne en Stage (FENCIS), qui détaille les indicateurs des niveaux des six compétences à acquérir pour réaliser les tâches professionnelles qui incombent au médecin généraliste. La FENCIS sera utilisée pour l'évaluation et la validation des stages.

Objectif : L'objectif principal de cette thèse était de recueillir l'avis des internes concernant l'intérêt de cette fiche pour la construction des compétences professionnelles.

Méthode : Une étude qualitative utilisant la technique d'entretien par Focus Group (FG) a été réalisée. Sur la période de mai à octobre 2016, 13 internes d'Angers, en stage ambulatoire en soins primaires en autonomie supervisée (SASPAS), ont été interrogés. Deux FG ont eu lieu entre septembre et octobre 2016. Leur contenu a été retranscrit intégralement, puis le verbatim analysé de façon thématique.

Résultats : Certains sont restés sceptiques quant à l'utilité de la FENCIS, qu'ils réduisaient à sa fonction sanctionnante. Ils trouvaient l'outil jugeant, et son contenu trop exhaustif et abstrait. D'autres trouvaient, au contraire, son contenu précis et pertinent, voire même nécessaire pour permettre une évaluation fiable et reproductible, quel que soit le stage. Par ailleurs, pour la plupart, elle n'était pas seulement perçue comme un moyen d'évaluation-notation. Elle pouvait leur servir d'outil pour s'autoévaluer, et leur permettre de s'investir dans leur progression. Elle pouvait également servir de guide aux maîtres de stage : en ayant une meilleure connaissance des attentes de cette formation, cela permettrait une prescription pédagogique pertinente et adaptée aux besoins de chaque interne, en facilitant le repérage des lacunes, améliorant ainsi la supervision.

Conclusion : La FENCIS pourrait être à la fois un support-guide dans la construction des compétences professionnelles de l'interne et un outil d'évaluation-notation. Elle serait utile en ce sens à la fois pour les internes mais aussi pour les maîtres de stage, que ce soit dans leur rôle d'accompagnateur ou d'évaluateur.

Mots-clés : Médecine générale – étude qualitative – fiche d'évaluation – niveaux de compétences – internes

An assessment form including the competencies'levels of the trainees during their internship : its interest for the development of professional skills

ABSTRACT

Background : Over the past fifteen years, the medical pedagogy has turned to a competence-based approach. In March 2016, the department of general medicine of Angers' faculty created an assessment form in order to evaluate the competencies' levels of trainees during their internship. They called it FENCIS. It details six generic competencies (and their three respective levels), which cover all the professional tasks incumbent on the general practitioners. The FENCIS will be used to assess and to validate the traineeships.

Objective : The main purpose of this work, was to collect the opinion of interns regarding the interest of that form in the development of professional skills.

Method : This study was carried out using the « focus group » approach. Over the period from March to October 2016, thirteen students doing their internship within an ambulatory training in primary care and in supervised independent living, were recruited. Two focus groups took place between September and October 2016. Their contents were entirely transcribed, and the transcript analyzed thematically.

Results : Some remained skeptical about its utility, reducing it to its evaluation role. They considered the tool rather sanctioning, and its content exhaustive and being abstract. On the contrary, others found its content precise and relevant, or even necessary for the assessment to be reliable and reproductible, regardless of their traineeship. In addition, for most participants it was not only seen as a mean to evaluate/grade. It could be used as a tool for selfassessments, and let them be part of their progression. It might also serve as guidance for the internship supervisors : first, to acknowledge the training's expectations, and by thus facilitate the identification of gaps; and then to enable curricular requirements more relevant, and responsive to the needs of each intern. Thereby it may improve their supervision.

Conclusion : The FENCIS could be both a guidance document for developing professional competencies and an assessment tool. It would be useful, in that sense, to both trainees and internship supervisors, as well as facilitator/trainer or evaluator.

Keywords : general medicine – qualitative study – assessment form – competencies scales – interns – competency-based assessment