

2023-2024

THÈSE

pour le

DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Qualification en Médecine Générale

RESSENTI DES MEDECINS GENERALISTES CONCERNANT L'AIDE AU REMPLISSAGE DE LA FENCIS ET IMPACT DE LA FORMULATION DES DIFFERENTS NIVEAUX DE COMPETENCE SUR L'EVALUATION DES INTERNES

Étude qualitative réalisée par focus group de médecins généralistes
installés en Mayenne, en 2023 et 2024

BONHOMME Timothé

Né 02/07/1996 à Nantes (44)

RABER Juliette

Né 20/05/1996 à Caen (14)

Sous la direction de Mme JUDALET-ILLAND Ghislaine
En codirection avec Mme GUELFF Jessica

Membres du jury

M. le Pr PY Thibaut | Président

Mme la Dr JUDALET-ILLAND Ghislaine | Directrice

Mme la Dr GUELFF Jessica | Codirectrice

Mme la Dr FOUCHIER-DURAND Véronique | Membre

Soutenue publiquement le :
26 septembre 2024



**FACULTÉ
DE SANTÉ**
UNIVERSITÉ D'ANGERS

ENGAGEMENT DE NON PLAGIAT

Je, soussigné BONHOMME Timothé,
déclare être pleinement conscient(e) 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'étudiant(e) le 24/05/2023

ENGAGEMENT DE NON PLAGIAT

Je, soussignée RABER Juliette,
déclare être pleinement conscient(e) 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'étudiant(e) le 24/05/2023

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 ».

LISTE DES ENSEIGNANTS DE LA FACULTÉ DE SANTÉ D'ANGERS

Doyen de la Faculté : Pr Nicolas Lerolle

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

Directeur du département de médecine : Pr Cédric Annweiler

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS

ABRAHAM Pierre	PHYSIOLOGIE	Médecine
ANGOULVANT Cécile	MEDECINE GENERALE	Médecine
ANNWEILER Cédric	GERIATRIE ET BIOLOGIE DU VIEILLISSEMENT	Médecine
ASFAR Pierre	REANIMATION	Médecine
AUBE Christophe	RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICALE	Médecine
AUGUSTO Jean-François	NEPHROLOGIE	Médecine
BAUFRETON Christophe	CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIOVASCULAIRE	Médecine
BELLANGER William	MEDECINE GENERALE	Médecine
BENOIT Jean-Pierre	PHARMACOTECHNIE	Pharmacie
BIERE Loïc	CARDIOLOGIE	Médecine
BIGOT Pierre	UROLOGIE	Médecine
BONNEAU Dominique	GENETIQUE	Médecine
BOUCHARA Jean-Philippe	PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE	Médecine
BOUET Pierre-Emmanuel	GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE	Médecine
BOURSIER Jérôme	GASTROENTEROLOGIE ; HEPATOLOGIE	Médecine
BOUVARD Béatrice	RHUMATOLOGIE	
BRIET Marie	PHARMACOLOGIE	Médecine
CALES Paul	GASTROENTEROLOGIE ; HEPATOLOGIE	Médecine
CAMPONE Mario	CANCEROLOGIE ; RADIOTHERAPIE	Médecine
CAROLI-BOSC François-Xavier	GASTROENTEROLOGIE ; HEPATOLOGIE	Médecine
CASSEREAU Julien	NEUROLOGIE	Médecine
CONNAN Laurent	MEDECINE GENERALE	Médecine

COPIN Marie-Christine	ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES	Médecine
COUTANT Régis	PEDIATRIE	Médecine
CUSTAUD Marc- Antoine	PHYSIOLOGIE	Médecine
CRAUSTE-MANCIET Sylvie	PHARMACOTECHNIE HOSPITALIERE	Pharmacie
DE CASABIANCA Catherine	MEDECINE GENERALE	Médecine
DESCAMPS Philippe	GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE	Médecine
D'ESCATHA Alexis	MEDECINE ET SANTE AU TRAVAIL	Médecine
DINOMAS Mickaël	MEDECINE PHYSIQUE ET DE READAPTATION	Médecine
DUBEE Vincent	MALADIES INFECTIEUSES ET TROPICALES	Médecine
DUCANCELLE Alexandra	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE ; HYGIENE HOSPITALIERE	Médecine
DUVAL Olivier	CHIMIE THERAPEUTIQUE	Pharmacie
DUVERGER Philippe	PEDOPSYCHIATRIE	Médecine
EVEILLARD Mathieu	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE	Pharmacie
FAURE Sébastien	PHARMACOLOGIE PHYSIOLOGIE	Pharmacie
FOURNIER Henri- Dominique	ANATOMIE	Médecine
FOUQUET Olivier	CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIOVASCULAIRE	Médecine
FURBER Alain	CARDIOLOGIE	Médecine
GAGNADOUX Frédéric	PNEUMOLOGIE	Médecine
GOHIER Bénédicte	PSYCHIATRIE D'ADULTES	Médecine
GUARDIOLA Philippe	HEMATOLOGIE ; TRANSFUSION	Médecine
GUILET David	CHIMIE ANALYTIQUE	Pharmacie
HAMY Antoine	CHIRURGIE GENERALE	Médecine
HENNI Samir	MEDECINE VASCULAIRE	Médecine
HUNAUT-BERGER Mathilde	HEMATOLOGIE ; TRANSFUSION	Médecine
IFRAH Norbert	HEMATOLOGIE ; TRANSFUSION	Médecine
JEANNIN Pascale	IMMUNOLOGIE	Médecine
KEMPF Marie	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE ; HYGIENE HOSPITALIERE	Médecine
KUN-DARBOIS Daniel	CHIRURGIE MAXILLO-FACIALE ET STOMATOLOGIE	Médecine
LACOEUILLE FRANCK	RADIOPHARMACIE	Pharmacie

LACCOURREYE Laurent	OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE	Médecine
LAGARCE Frédéric	BIOPHARMACIE	Pharmacie
LARCHER Gérald	BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRES	Pharmacie
LASOCKI Sigismond	ANESTHESIOLOGIE-REANIMATION	Médecine
LEBDAL Souhil	UROLOGIE	Médecine
LEGENDRE Guillaume	GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE	Médecine
LEGRAND Erick	RHUMATOLOGIE	Médecine
LERMITE Emilie	CHIRURGIE GENERALE	Médecine
LEROLLE Nicolas	REANIMATION	Médecine
LUNEL-FABIANI Françoise	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE ; HYGIENE HOSPITALIERE	Médecine
MARCHAIS Véronique	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE	Pharmacie
MARTIN Ludovic	DERMATO-VERERELOGIE	Médecine
MAY-PANLOUP Pascale	BIOLOGIE ET MEDECINE DU DEVELOPPEMENT ET DE LA REPRODUCTION	Médecine
MENEI Philippe	NEUROCHIRURGIE	Médecine
MERCAT Alain	REANIMATION	Médecine
PAPON Nicolas	PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE MEDICALE	Pharmacie
PASSIRANI Catherine	CHIMIE GENERALE	Pharmacie
PELLIER Isabelle	PEDIATRIE	Médecine
PETIT Audrey	MEDECINE ET SANTE AU TRAVAIL	Médecine
PICQUET Jean	CHIRURGIE VASCULAIRE ; MEDECINE VASCULAIRE	Médecine
PODEVIN Guillaume	CHIRURGIE INFANTILE	Médecine
PROCACCIO Vincent	GENETIQUE	Médecine
PRUNIER Delphine	BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE	Médecine
PRUNIER Fabrice	CARDIOLOGIE	Médecine
RAMOND-ROQUIN Aline	MEDECINE GENERALE	Médecine
REYNIER Pascal	BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE	Médecine
RICHARD Isabelle	MEDECINE PHYSIQUE ET DE READAPTATION	Médecine
RICHOME Pascal	PHARMACOGNOSIE	Pharmacie
RODIEN Patrice	ENDOCRINOLOGIE, DIABETE ET MALADIES METABOLIQUES	Médecine

ROQUELAURE Yves	MEDECINE ET SANTE AU TRAVAIL	Médecine
ROUGE-MAILLART Clotilde	MEDECINE LEGALE ET DROIT DE LA SANTE	Médecine
ROUSSEAU Audrey	ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES	Médecine
ROUSSEAU Pascal	CHIRURGIE PLASTIQUE, RECONSTRUCTRICE ET ESTHETIQUE	Médecine
ROUSSELET Marie-Christine	ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES	Médecine
ROY Pierre-Marie	MEDECINE D'URGENCE	Médecine
SAULNIER Patrick	BIOPHYSIQUE ET BIOSTATISTIQUES	Pharmacie
SERAPHIN Denis	CHIMIE ORGANIQUE	Pharmacie
SCHMIDT Aline	HEMATOLOGIE ; TRANSFUSION	Médecine
TESSIER-CAZENEUVE Christine	MEDECINE GENERALE	Médecine
TRZEPIZUR Wojciech	PNEUMOLOGIE	Médecine
UGO Valérie	HEMATOLOGIE ; TRANSFUSION	Médecine
URBAN Thierry	PNEUMOLOGIE	Médecine
VAN BOGAERT Patrick	PEDIATRIE	Médecine
VENARA Aurélien	CHIRURGIE VISCERALE ET DIGESTIVE	Médecine
VENIER-JULIENNE Marie-Claire	PHARMACOTECHNIE	Pharmacie
VERNY Christophe	NEUROLOGIE	Médecine
WILLOTEAUX Serge	RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICALE	Médecine

MAÎTRES DE CONFÉRENCES

BAGLIN Isabelle	CHIMIE THERAPEUTIQUE	Pharmacie
BASTIAT Guillaume	BIOPHYSIQUE ET BIOSTATISTIQUES	Pharmacie
BEAUVILLAIN Céline	IMMUNOLOGIE	Médecine
BEGUE Cyril	MEDECINE GENERALE	Médecine
BELIZNA Cristina	MEDECINE INTERNE	Médecine
BELONCLE François	REANIMATION	Médecine
BENOIT Jacqueline	PHARMACOLOGIE	Pharmacie
BESSAGUET Flavien	PHYSIOLOGIE PHARMACOLOGIE	Pharmacie
BERNARD Florian	ANATOMIE ; discipline hospit : NEUROCHIRURGIE	Médecine
BLANCHET Odile	HEMATOLOGIE ; TRANSFUSION	Médecine
BOISARD Séverine	CHIMIE ANALYTIQUE	Pharmacie
BRIET Claire	ENDOCRINOLOGIE, DIABETE ET MALADIES METABOLIQUES	Médecine

BRIS Céline	BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE	Pharmacie
CAPITAIN Olivier	CANCEROLOGIE ; RADIOTHERAPIE	Médecine
CHAO DE LA BARCA Juan-Manuel	BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE	Médecine
CHEVALIER Sylvie	BIOLOGIE CELLULAIRE	Médecine
CLERE Nicolas	PHARMACOLOGIE / PHYSIOLOGIE	Pharmacie
COLIN Estelle	GENETIQUE	Médecine
DERBRE Séverine	PHARMACOGNOSIE	Pharmacie
DESHAYES Caroline	BACTERIOLOGIE VIROLOGIE	Pharmacie
DOUILLET Delphine	MEDECINE D'URGENCE	Médecine
FERRE Marc	BIOLOGIE MOLECULAIRE	Médecine
FORTRAT Jacques-Olivier	PHYSIOLOGIE	Médecine
GUELFF Jessica	MEDECINE GENERALE	Médecine
HAMEL Jean-François	BIOSTATISTIQUES, INFORMATIQUE MEDICALE	Médicale
HELESBEUX Jean- Jacques	CHIMIE ORGANIQUE	Pharmacie
HERIVAUX Anaïs	BIOTECHNOLOGIE	Pharmacie
HINDRE François	BIOPHYSIQUE	Médecine
JOUSSET-THULLIER Nathalie	MEDECINE LEGALE ET DROIT DE LA SANTE	Médecine
JUDALET-ILLAND Ghislaine	MEDECINE GENERALE	Médecine
KHIATI Salim	BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE	Médecine
LANDREAU Anne	BOTANIQUE/ MYCOLOGIE	Pharmacie
LEGEAY Samuel	PHARMACOCINETIQUE	Pharmacie
LEMEE Jean-Michel	NEUROCHIRURGIE	Médecine
LE RAY-RICHOMME Anne-Marie	PHARMACOGNOSIE	Pharmacie
LEPELTIER Elise	CHIMIE GENERALE	Pharmacie
LETOURNEL Franck	BIOLOGIE CELLULAIRE	Médecine
LIBOUBAN Hélène	HISTOLOGIE	Médecine
LUQUE PAZ Damien	HEMATOLOGIE BIOLOGIQUE	Médecine
MABILLEAU Guillaume	HISTOLOGIE, EMBRYOLOGIE ET CYTOGENETIQUE	Médecine
MALLET Sabine	CHIMIE ANALYTIQUE	Pharmacie
MAROT Agnès	PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE MEDICALE	Pharmacie
MESLIER Nicole	PHYSIOLOGIE	Médecine
MIOT Charline	IMMUNOLOGIE	Médecine
MOUILLIE Jean-Marc	PHILOSOPHIE	Médecine

NAIL BILLAUD Sandrine	IMMUNOLOGIE	Pharmacie
PAILHORIE Hélène	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE	Médecine
PAPON Xavier	ANATOMIE	Médecine
PASCO-PAPON Anne	RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICALE	Médecine
PECH Brigitte	PHARMACOTECHNIE	Pharmacie
PENCHAUD Anne-Laurence	SOCIOLOGIE	Médecine
PIHET Marc	PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE	Médecine
POIROUX Laurent	SCIENCES INFIRMIERES	Médecine
PY Thibaut	MEDECINE GENERALE	Médecine
RINEAU Emmanuel	ANESTHESIOLOGIE REANIMATION	Médecine
RIOU Jérémie	BIostatistiques	Pharmacie
RIQUIN Elise	PEDOPSYCHIATRIE ; ADDICTOLOGIE	Médecine
RONY Louis	CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE ET TRAUMATOLOGIQUE	Médecine
ROGER Emilie	PHARMACOTECHNIE	Pharmacie
SAVARY Camille	PHARMACOLOGIE-TOXICOLOGIE	Pharmacie
SCHMITT Françoise	CHIRURGIE INFANTILE	Médecine
SCHINKOWITZ Andréas	PHARMACOGNOSIE	Pharmacie
SPIESSER-ROBELET Laurence	PHARMACIE CLINIQUE ET EDUCATION THERAPEUTIQUE	Pharmacie
TEXIER-LEGENDRE Gaëlle	MEDECINE GENERALE	Médecine
VIAULT Guillaume	CHIMIE ORGANIQUE	Pharmacie

AUTRES ENSEIGNANTS

PRCE		
AUTRET Erwan	ANGLAIS	Santé
BARBEROUSSE Michel	INFORMATIQUE	Santé
FISBACH Martine	ANGLAIS	Santé
O'SULLIVAN Kayleigh	ANGLAIS	Santé
RIVEAU Hélène	ANGLAIS	
PAST		
CAVAILLON Pascal	PHARMACIE INDUSTRIELLE	Pharmacie
DILÉ Nathalie	OFFICINE	Pharmacie
GUILLET Anne-Françoise	PHARMACIE DEUST PREPARATEUR	Pharmacie

MOAL Frédéric	PHARMACIE CLINIQUE	Pharmacie
PAPIN-PUREN Claire	OFFICINE	Pharmacie
KAASSIS Mehdi	GASTRO-ENTEROLOGIE	Médecine
GUITTON Christophe	MEDECINE INTENSIVE- REANIMATION	Médecine
SAVARY Dominique	MEDECINE D'URGENCE	Médecine
POMMIER Pascal	CANCEROLOGIE- RADIOTHERAPIE	Médecine
PICCOLI Giorgina	NEPHROLOGIE	Médecine
PLP		
CHIKH Yamina	ECONOMIE-GESTION	Médecine

REMERCIEMENTS JULIETTE

Merci à ma famille, mes parents, mes frères, oncles et tantes, cousins, cousines pour votre présence et votre soutien pendant toutes ces années. Merci d'avoir cru en moi et d'avoir fait de moi ce que je suis aujourd'hui.

Merci à mes grands-parents, de m'avoir accueilli pendant mes deux années de PACES, merci papy d'avoir été mon cuisinier attitré.

Merci Landry d'être entré dans ma vie et d'être venu me rejoindre à Angers. Merci pour ton amour, ta présence et ta patience au quotidien. Que tous nos projets futurs se concrétisent.

Merci à mes amis.

Mes copines d'enfance, Mathilde et Laetitia, devenues des sœurs depuis le temps.

Mes copines de lycée, Joséphine, Chloé, Leymonie et Louise, merci pour tous ces moments en votre compagnie. Malgré la distance, c'est toujours une joie de vous retrouver et de voir que rien n'a changé.

Mes coloc Anaëlle et Gaspard, merci pour les années de vie avec vous, elles n'en ont été que meilleures.

Mes autres copains de médecine Noémie, Loïc, Zelda, Valentin, merci pour ces moments, et tous ceux qui restent à venir.

Les copains caennais, nantais, angevins, rennais, parisiens et bordelais, merci pour les soirées, week-ends, autres moments de légèreté et tous ces souvenirs.

Les copains d'Audrieu.

Et tous les autres.

Merci à mes co-internes de ces 3 dernières années, en particulier Perrine, Elina et Hugo qui m'ont permis de survivre au stage aux urgences. Et à tous les autres mayennais ou angevins.

Merci à mes maîtres de stage au fil des semestres pour le partage de vos connaissances et vos conseils.

Merci à Timothé de m'avoir suivi dans ce projet, je n'aurai pas pu rêver meilleur compagnon de thèse.

Merci à nos directrices de thèse pour la proposition de sujet de recherche, votre disponibilité et votre accompagnement.

Merci à notre président de jury et aux membres du jury pour l'intérêt porté à notre travail.

REMERCIEMENTS TIMOTHÉ

Merci à ma mère, pour sa constante perfection dans ce rôle depuis mon premier jour, qui n'a jamais abdiqué et à qui cette réussite revient également.

Merci à mon père, pour sa passion de la profession qui m'a probablement orienté plus que je ne veux l'admettre vers ce long chemin que sont les études de médecine.

Merci à mon petit frère discret, que je n'ai pas vu devenir si vite si grand et fier de ses valeurs, pour l'exemple moral qu'il représente malgré nos divergences.

Merci à ma grand-mère, pour sa simplicité, son franc-parler et son attention qui ont marqué mon enfance.

Merci à ma compagne, pour sa bienveillance, sa candeur et son amour inconditionnel malgré l'éloignement qui a souvent pesé, que je ne quitterai plus et avec qui je suis comblé à l'idée de poursuivre tous nos formidables projets débutés, sans oublier ceux à venir.

Merci à mon frère et ma sœur de cœur, pour tout ce que j'ai pu partager avec deux des plus belles personnes qu'il m'ait été donné de rencontrer et dont la simple présence m'emplit de joie, je me promets que nos chemins resteront liés à jamais.

Merci à mes amis de médecine, pour notre joie de vivre et notre folie qui auront fait de ces études une période incroyable de ma vie. Au fil de ces années, certains ont disparu et d'autres sont apparus, quand plusieurs ont été et sont toujours là depuis le début, témoignant des liens indéfectibles qui nous unissent.

Merci à mes amis du collège et du lycée, pour la seconde famille qu'ils incarnent depuis tant d'années. Nous avons grandi ensemble et vécu un nombre incalculable d'expériences dont le récit prendrait bien plus que cette thèse. La distance que la vie a placé entre nous est à chaque fois balayée par nos retrouvailles qui se font toujours avec autant de bonheur, comme si rien n'avait changé depuis nos premières réunions dans cette petite chambre sous les combles.

Merci à mes maîtres de stage et mes collègues internes, pour avoir transformé cet internat que j'ai pu voir initialement comme un exil forcé en un parcours riche d'apprentissages et de rencontres dont je garderai tant de bons souvenirs.

Merci à ma collègue de thèse, pour sa personnalité unique à la fois pétulante et nonchalante et son soutien sans faille à l'image du jour de notre improbable mais mémorable rencontre.

Merci à nos directrices de thèse, pour nous avoir proposé ce travail de recherche et pour leur accompagnement inestimable.

Merci à notre président et nos membres de jury, pour leur intérêt porté à notre travail.

RÉSUMÉ

INTRODUCTION

MÉTHODES

RÉSULTATS

1. Description des FG

2. Caractéristiques des participants

3. Résultats de la première série de FG

- 3.1. Un rôle d'évaluateur bienveillant
 - 3.1.1. Des circonstances particulières
 - 3.1.2. Décision de groupe
 - 3.1.3. Attentes et interrogations de l'E3C
 - 3.1.4. Ressenti de l'E3C
- 3.2. Un outil jugé inadapté
 - 3.2.1. Recours à la FENCIS
 - 3.2.2. Des difficultés d'utilisation
 - 3.2.3. Une peur du niveau novice
 - 3.2.4. Un usage précautionneux du niveau novice
 - 3.2.5. Des termes péjoratifs
- 3.3. Des pistes d'amélioration

4. Résultats de la seconde série de FG (après un an d'utilisation de la version remaniée de la fiche d'aide au remplissage de la FENCIS)

- 4.1. Un outil rendu meilleur...
 - 4.1.1. Un intérêt renouvelé
 - 4.1.2. Une ouverture à la discussion permise par le niveau novice
 - 4.1.3. Une bienveillance renforcée permettant un meilleur ressenti de l'E3C
- 4.2. ...mais encore perfectible.
 - 4.2.1. Des critiques persistantes
 - 4.2.2. Une difficulté à trancher

DISCUSSION

1. Choix de la méthode

2. Confirmation des présupposés

3. Importance de la formation des MSU et de la mise à disposition d'outils adaptés

CONCLUSION

BIBLIOGRAPHIE

LISTE DES FIGURES

TABLE DES MATIÈRES

ANNEXES

LISTE DES ABRÉVIATIONS

DES	Diplôme d'Études Spécialisées
E3C	Étudiant en 3 ^{ème} Cycle (des études de santé)
APC	Approche par Compétences
CNGE	Collège National des Généralistes Enseignants
DUMG	Département Universitaire de Médecine Générale
MSU	Maître de Stage Universitaire
FENCIS	Feuille d'Évaluation des Niveaux de Compétence de l'Interne en Stage
FG	Focus Group
MCA	Maître de Conférence Associé
CPP	Comité de Protection des Personnes
CDOM	Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins

RÉPARTITION DU TRAVAIL ENTRE LES AUTEURS

RABER Juliette

- Observation et enregistrement des focus group
- Récolte des caractéristiques des participants
- Retranscription écrite intégrale des enregistrements des focus group
- Codage du verbatim en tant que premier chercheur

BONHOMME Timothé

- Animation et modération des focus group
- Réalisation des différentes figures et tableaux
- Rédaction de l'introduction, la méthode, les résultats, la discussion
- Codage du verbatim en tant que second chercheur permettant la triangulation

RÉSUMÉ

Introduction : L'évaluation des niveaux de compétence de l'E3C de médecine générale lors de ses stages ambulatoires est primordiale. A Angers, il existe une fiche d'évaluation : la FENCIS, qui est accompagnée d'une fiche d'aide au remplissage. Les maîtres de stage universitaires de médecine générale ont fait part de leur utilisation complexe de cette aide, notamment concernant le niveau novice dont ils jugent la description négative et péjorative et donc délétère pour l'interne.

Objectif principal : Recueillir l'opinion des MSU concernant cette feuille d'aide avant et après une modification de la rédaction de cette fiche. L'objectif secondaire est centré sur l'étude du ressenti vis-à-vis du niveau novice.

Méthode : Étude qualitative par focus group auprès de maîtres de stages universitaires encadrant un E3C en médecine générale en stage praticien niveau 1 ou en stage femme-enfant ambulatoire. Réalisation de 2 focus group en 2023 afin de recueillir l'opinion des MSU sur la feuille d'aide en vigueur, puis réalisation de 2 focus group en 2024 afin de recueillir leur opinion après 1 an d'usage d'une nouvelle version de la feuille d'aide rédigée de façon moins négative.

Résultats : Les MSU ont apprécié les modifications apportées sur la feuille d'aide au remplissage de la FENCIS, permettant une utilisation plus facile du niveau novice et une ouverture de la discussion pédagogique. Les modifications sont toutefois insuffisantes et à poursuivre.

Discussion : La persistance de la réticence des MSU à évaluer un E3C comme novice invite à mettre en relation la relation MSU/E3C avec la psychologie positive appliquée à l'enseignement ainsi que la communication positive dont doit s'inspirer la feuille d'aide. Il paraît aussi intéressant de rappeler périodiquement aux MSU l'intérêt pédagogique d'une évaluation fiable et standardisée de l'E3C et les conditions de bonne réalisation dont elle dépend.

Mots-clés : évaluation de l'E3C en médecine générale ; approche par compétence ; FENCIS ; pédagogie en santé ; psychologie positive ; focus group ; maître de stage universitaire ;

INTRODUCTION

La maquette du Diplôme d'Études Spécialisées (DES) de médecine générale est, conformément à la réforme de 2017, mise en place en 2023, articulée sous la forme de huit stages de six mois, réalisés en milieu intra-hospitalier ou en soins ambulatoires.(1)(2) L'évaluation des aptitudes de l'étudiant en 3^{ème} cycle (E3C) de médecine générale au long de son cursus est permise par différents outils, la validation des stages en est un point clé.(3) Le suivi de l'E3C au long de son cursus requiert d'être en mesure d'évaluer ses compétences et leur évolution notamment lors de ses différents stages.

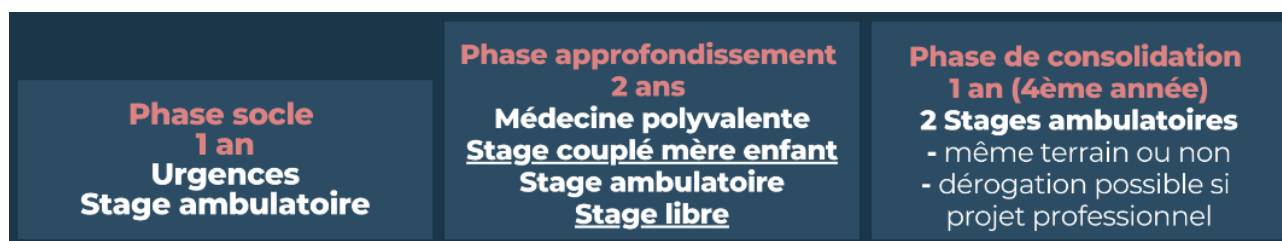


Figure 1 : Maquette du DES de médecine générale depuis sa réforme de 2017

Ces évaluations de stage, depuis la création du DES de médecine générale en 2004, reposent sur l'approche par compétences (APC). (4) Elle utilise comme définition de compétence celle proposée par Jacques Tardif : « un savoir agir complexe prenant appui sur la mobilisation et la combinaison efficaces d'une variété de ressources internes et externes à l'intérieur d'une famille de situations ». (5)

En ce sens, le Collège National des Généralistes Enseignants (CNGE) a défini 6 compétences principales, formant un ensemble cohérent au sein de la « marguerite des compétences ». (6)(7)

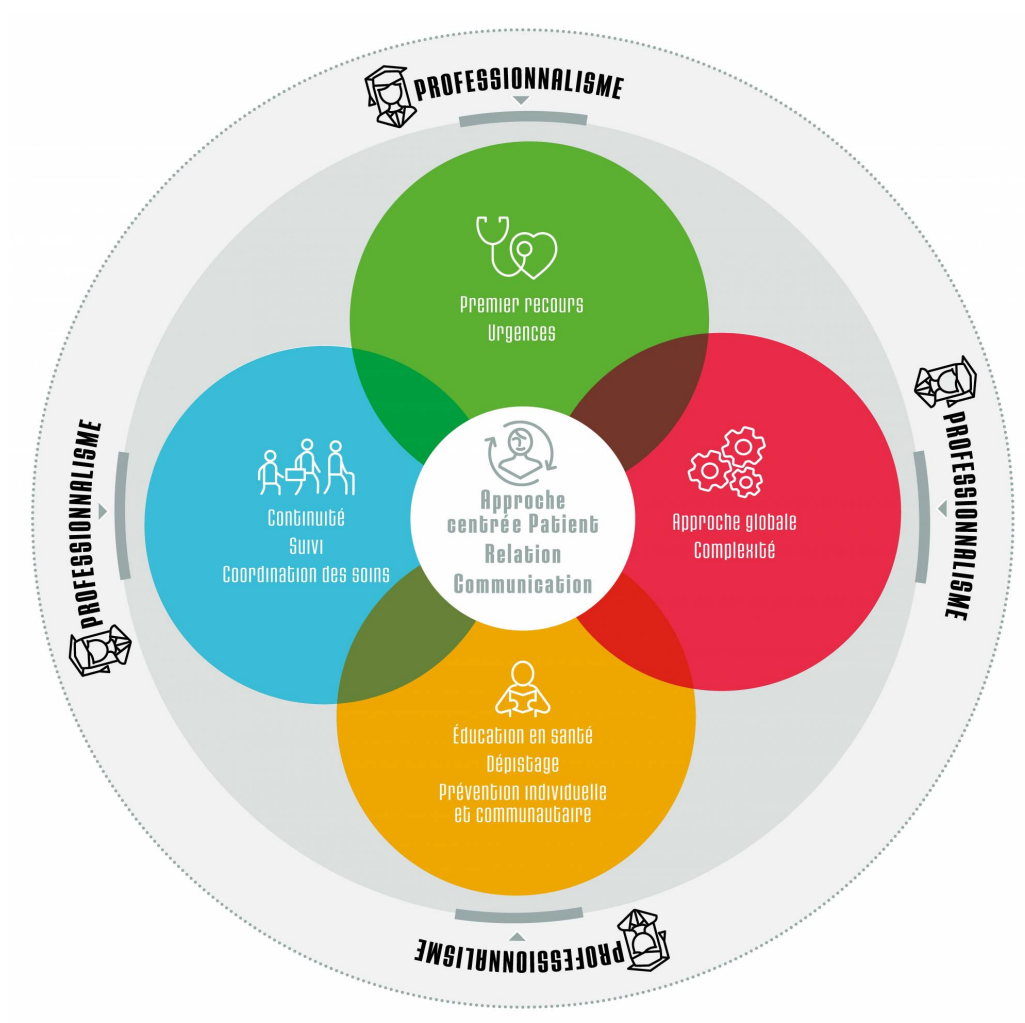


Figure 2 : Marguerite des compétences de l'E3C en médecine générale

Ces compétences sont elles-mêmes évaluées selon 3 niveaux : novice, intermédiaire et compétent, chacun répondant à différents critères. Cependant, à ce jour il n'existe aucune description des différents niveaux de compétence harmonisée à l'échelle nationale par le CNGE (8)(9), ceux-ci font donc l'objet d'adaptations propres à chaque faculté selon les outils locaux existants.

Ainsi, à des fins pratiques, dans de nombreux départements universitaires de médecine générale (DUMG) ces compétences et la description de leurs niveaux respectifs sont

regroupées au sein d'une grille d'évaluation suivant une trame commune mais à la réflexion propre à chaque faculté.

Ces grilles d'évaluation s'accompagnent souvent, comme c'est le cas à Angers, d'une feuille d'aide au remplissage à destination des Maîtres de Stage Universitaires (MSU), qui encadrent les E3C pendant leurs stages, avec la description de chaque niveau de compétence pour chaque item. (10)

Les MSU, en tant qu'évaluateurs, et les E3C, en tant que population évaluée, sont les utilisateurs clés de cette Fiche d'Évaluation des Niveaux de Compétence de l'Interne en Stage (FENCIS) et de l'aide au remplissage qui l'accompagne. Son intérêt dépend donc directement de la condition que la FENCIS soit un outil jugé adapté et pertinent par les MSU. (11)

Au sein du DES de médecine générale, on retrouve en phase socle un stage ambulatoire dit de praticien niveau 1. Le Département de Médecine Générale (DUMG) d'Angers organise chaque année des rencontres pédagogiques avec les MSU encadrant ce stage. Certains MSU ont émis des remarques quant à des difficultés d'utilisation de la fiche FENCIS notamment concernant l'attribution du niveau novice. La feuille d'aide au remplissage décrivant les compétences attendues était jugée ayant une connotation péjorative, usant trop aisément de la négation et donc vectrice des effets délétères que peut avoir une communication négative sur la formation de l'E3C. (12)(13)

Ce ressenti des MSU pourrait les conduire à ne pas cocher le niveau novice dans les situations où il serait pourtant adapté. En conséquence, un travail a été fait par 2 enseignantes du département de médecine générale d'Angers pour réécrire l'aide au remplissage de la

FENCIS, avec un vocabulaire volontairement moins négatif. Il paraît donc intéressant de recueillir le ressenti des MSU à l'usage de la FENCIS et son aide au remplissage actuelle, puis celui de la nouvelle version après un an d'utilisation. Cela permettra de savoir si la reformulation de celle-ci peut conduire à un usage plus aisé du niveau novice lorsque celui-ci reflète le niveau de compétence réel de l'E3C.

MÉTHODES

1) Méthode choisie

Il a été choisi d'approcher ce travail de manière qualitative, menée à l'aide de focus group (FG) de médecins généralistes installés en Mayenne et en Sarthe et étant maîtres de stages d'E3C en stage de praticien niveau 1.

Il a été prévu de recueillir les données en 4 FG différents au total, lors des journées de formations annuelles des MSU de Mayenne et de Sarthe. Deux premiers FG ont été réalisés la première année en mars 2023 à l'issue desquels la version expérimentale de la feuille d'aide au remplissage a été distribuée à tous les MSU et envoyée par mail aux autres MSU mayennais réunissant les critères d'inclusion. Puis 2 autres FG ont été réalisés en mai 2024 après 1 an d'utilisation de la nouvelle feuille d'aide au remplissage. La nouvelle feuille a aussi été distribuée aux E3C en stage sur la période novembre 2023/avril 2024.

2) Recrutement et échantillonnage

Les critères d'inclusion étaient : être médecin généraliste installé en Sarthe ou en Mayenne, être MSU d'un E3C en stage praticien niveau 1 depuis au moins 6 mois, avoir répondu au questionnaire de recueil d'informations et de consentement, accepter les conditions des FG. Les critères de non-inclusion étaient le refus ou l'impossibilité de participer aux FG.

Le recrutement des MSU participants à la première série de FG s'est effectué par courrier électronique, 1 mois avant la date du premier FG. Les MSU de Mayenne ont été invités à

participer par le Dr JUDALET-ILLAND, maître de conférence associée (MCA) de la faculté d'Angers exerçant en Mayenne tandis que les MSU de Sarthe ont été invités par le Dr GUELFF, également MCA de la faculté d'Angers et exerçant en Sarthe. L'ensemble des MSU de ces deux départements ont également reçu un mail par le DUMG de la faculté de médecine d'Angers leur fournissant en pièce jointe la lettre d'information et le formulaire de consentement au recueil de données et aux conditions des FG. Ils ont dans un second temps bénéficié de deux mails de relance via l'adresse du chercheur puis à nouveau via le DMG. Il a également été fait pour certains MSU un recrutement en présentiel par les enseignantes lors de rencontres professionnelles. A la suite de difficultés de recrutement dans la Sarthe, de nouvelles invitations par mails et orales ont été effectuées auprès des MSU mayennais accueillant des E3C en stage de niveau 1 avec élargissement aux MSU mayennais accueillant des E3C en SAFE.

Le recrutement pour la deuxième série de de focus group a été faite, aux participants de la première série de focus group à la fin de ceux-ci puis par une relance par mail. Les autres MSU mayennais accueillant des E3C en stage de niveau 1 ou SAFE ont reçu une invitation par mail, avec relance également.

3) Construction des guides d'entretien

Le premier, utilisé lors de la première série de FG, comprenait 6 questions ouvertes. Le deuxième, utilisé lors de la seconde série de FG, comprenait 4 questions ouvertes. Ils ont été construits selon les présupposés des chercheurs. Ils étaient tous les deux évolutifs et ont reçu des modifications entre le premier et le second FG de chaque série.

4) Recueil de données

Chaque FG a été modéré par le même chercheur, ayant bénéficié comme support d'un guide d'entretien. Avant de commencer chaque entretien, le modérateur a rappelé les règles du FG et a recueilli les formulaires de consentement et de recueil de données.

Chaque FG a été observé par le même chercheur. Ils ont été enregistrés au moyen de deux smartphones et d'un ordinateur portable. Les échanges verbaux comme non verbaux ont ensuite été retranscrits en intégralité sur le logiciel de traitement de texte Microsoft Word®. L'ensemble de ces données a été pseudonymisé (le nom de chaque MSU a été remplacé par un chiffre) afin de constituer le verbatim.

Une analyse de contenu thématique a été effectuée avec codage des verbatims puis regroupement en propriétés et catégories via un tableur Excel®. Une triangulation des données a été effectuée par les deux chercheurs ainsi que les directeurs de thèse.

Le comité d'éthique ou le comité de protection des personnes (CPP) n'ont pas été sollicités pour cette étude d'évaluation des pratiques professionnelles, cette recherche n'impliquant pas la personne humaine.

RÉSULTATS

1. Description des FG

On appellera les focus FG1, FG2, FG3 et FG4 en fonction de leur date de réalisation. Ils sont tous constitués de MSU mayennais.

Le FG1 a eu lieu dans la salle du Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins (CDOM) de Mayenne à Laval le 16 mars 2023 à 12h, à la suite de la formation des MSU avec les médecins ayant accepté et a duré 55 minutes. Il était composé de 10 MSU accueillant des E3C en stage de niveau 1

Le FG2 a eu lieu dans la salle du Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins de Mayenne à Laval le 14 septembre 2023 à 14h et a duré 49 minutes. Il était composé de 3 MSU accueillant des E3C de niveau 1 et de 2 MSU accueillant des E3C SAFE.

Le FG3 a eu lieu dans la salle du Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins de Mayenne à Laval le 23 mai 2024 à 14h et a duré 28 minutes. Il était composé de 3 MSU accueillant des E3C de niveau 1.

Le FG4 a eu lieu dans la salle du Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins de Mayenne à Laval le 30 mai 2024 à 14h et a duré 33 minutes. Il était composé de 5 MSU accueillant des E3C de niveau 1 et de 2 MSU accueillant des E3C SAFE.

Il y a 10 MSU qui ont participé à 2 FG.

2. Caractéristiques des participants

NUMÉRO	ÂGE	SEXE	ANNÉE D'INSTALLATION	PREMIÈRE ANNÉE EN TANT QUE MSU	PARTICIPATION AUX FG
MSU1	36	F	2017	2019 (Niveau 1)	1 ^{er} et 4 ^{ème}
MSU2	36	F	2017	2019 (Niveau 1)	1 ^{er} et 3 ^{ème}
MSU3	42	F	2013	2013 (Niveau 1)	1 ^{er} et 4 ^{ème}
MSU4	45	F	2012	2017 (Niveau 1)	1 ^{er} et 4 ^{ème}
MSU5	37	H	2017	2021 (Niveau 1)	1 ^{er}
MSU6	36	H	2015	2021 (Niveau 1)	1 ^{er} et 3 ^{ème}
MSU7	60	F	1994	2013 (Niveau 1)	1 ^{er}
MSU8	45	F	2014	2015 (Niveau 1)	1 ^{er}
MSU9	55	F	2001	2006 (Niveau 1)	1 ^{er}
MSU10	38	F	2019	2020 (Niveau 1)	1 ^{er} et 4 ^{ème}
MSU11	72	H	2018 (au sein d'une maison de soins de proximité constituée de médecin retraités)	2018 (Niveau 1) au sein du SMP, +10 ans auparavant	2 ^{ème}
MSU12	37	F	2016	2021 (SAFE)	2 ^{ème} et 4 ^{ème}
MSU13	53	F	2002	2008 (SAFE)	2 ^{ème} et 4 ^{ème}
MSU14	42	F	2022	2022 (Niveau 1)	2 ^{ème} et 4 ^{ème}
MSU15	43	H	2013	2015 (Niveau 1)	2 ^{ème} et 3 ^{ème}

Tableau 1 : Caractéristiques des participants des FG

3. Résultats de la première série de FG

3.1. Un rôle d'évaluateur bienveillant

3.1.1. Des circonstances particulières

Lorsqu'interrogés sur les circonstances dans lesquelles ils réalisent l'évaluation de leur E3C, les MSU ont semblé partager la même opinion quant au fait que celle-ci doit se dérouler avec l'E3C :

MSU 11 : « Ça a toujours été en présence de l'interne, on n'a jamais été les maîtres de stage sans l'interne, toujours en présentiel (MSU12 et MSU13 acquiescent), parfois au restaurant (en souriant).

Certains MSU appréciaient organiser cela autour d'un repas voire au restaurant :

MSU 10 : « Effectivement, ça se fait, on prend un temps pour manger ensemble, dans un cadre hors du cabinet médical, c'est plutôt à l'aise. »

Cette organisation centrée autour d'un repas plaisait aux MSU car elle permettait de consacrer un temps suffisant à l'évaluation :

MSU 10 : « On le fait au conseil de l'ordre le midi et on fait apporter un repas en fait, on commande un repas, comme ça on mange en même temps, ça permet de se poser et ce n'est pas speed. »

Elle permettait également de garantir un moment de convivialité, notion chère aux MSU :

MSU 12 : « On se débrouille toujours pour faire quelque chose de convivial (MSU11 acquiesce), pour se retrouver, se poser et avoir le temps de bien remplir (MSU13 acquiesce). »

La troisième et dernière réunion était d'une importance toute particulière pour les MSU. Certains fournissaient des efforts pour la rendre la plus conviviale possible et d'une durée plus longue que les deux premières rencontres pour prendre le temps nécessaire avec l'E3C, ils préféraient le temps du soir :

MSU 8 : « Dernière réunion [l'évaluation] se passe sur un temps de repas, donc au resto pour clôturer le stage. »

MSU 7 : « La dernière on la fait pour l'évaluation au resto mais le soir, un soir c'est plus sympa, on a plus de temps. Et ça permet plus d'échanges. On commence par faire l'évaluation et on finit par le repas, c'est plus pratique. »

Cette convivialité se faisait pour certains MSU au détriment de l'évaluation :

MSU 10 : Sur la troisième y'a plus réellement d'évaluation formelle, en général on fait un restaurant le soir avec l'interne qui est parti ou qui va partir, et l'interne qui va arriver et on les fait se rencontrer. »

Ces critères de lieu et de temps dédiés étaient jugés importants par les MSU, puisque lorsqu'ils n'étaient pas réunis, un MSU s'en attristait :

MSU 5 : « C'est vrai que nous on ne fait pas ça au restaurant, on fait ça ici au conseil de l'ordre, c'est le midi. Moi je trouve que c'est souvent un peu rapide quand même [...]. Je trouve que le cadre du restaurant, le fait de pouvoir prendre le temps et de pouvoir développer certaines

choses ça se prête mieux à l'évaluation, que le midi au conseil de l'ordre [...]. Je pense que c'est important d'avoir un vrai temps dédié. »

3.1.2. Décision de groupe

La démarche de groupe, vectrice d'une évaluation collégiale et non univoque semblait également tenir à cœur aux MSU :

MSU4 : « On a toujours cette explication au début et ensuite c'est au cours de la réunion qu'item par item, nous trois devant l'interne on exprime à voix haute [notre impression]. »

MSU5 : « On est ensemble dans le trio avec MSU4, mais c'est vrai que c'est collégial à chaque fois [...]. On dit voilà dans telle situation il avait montré qu'il était très à l'aise ou pas très à l'aise, qu'est-ce que vous en avez pensé de votre côté. Et après on décide à trois où on met notre curseur. »

Certains MSU ont cependant soulevé les difficultés qui découlait d'une évaluation en groupe et la nécessité de s'adapter aux autres MSU en cas de désaccord :

MSU 3 : « Sur les réponses c'est parfois difficile de trancher parce qu'on peut avoir des visions différentes en fonction du maître de stage, aussi parce qu'on n'a pas rencontré les mêmes situations sur les différents lieux de stage. »

MSU 4 : « Encore une fois on ne sera pas tous sur la même longueur d'onde sur ce qui est une maladie grave ou non. »

Certains MSU ont également estimé que l'évaluation en elle-même n'était pas le moment privilégié pour favoriser des échanges pédagogiques, et que ceux-ci étaient souvent fait en amont, individuellement par chaque MSU :

MSU 5 : « Je trouve que ce n'est pas [pendant l'évaluation] finalement le plus idéal où vraiment on énonce les points de progression, c'est plus fait individuellement entre le maître de stage et l'interne. »

MSU 14 : « Je sais que la médecin référente du trio avait un petit peu abordé déjà les questions avec l'interne en tête à tête avant qu'on les aborde en groupe le jour du restaurant. »

3.1.3. Attentes et interrogations de l'E3C

Les MSU étaient, dès la première réunion et en amont de toute évaluation, particulièrement attentifs aux attentes et interrogations de l'E3C quant à leur stage :

MSU 7 : « La première réunion, c'est pour se présenter, pour savoir ce que l'interne attend de nous aussi, ses interrogations. »

MSU 8 : « La première réunion c'est pour voir comment ça se passe, pourquoi ça peut bloquer. Le premier contact quand l'interne se présente pour dire qu'il sera notre futur interne, en général on lui demande de nous faire un récit de sa vie d'externe, de ses souhaits, de ses craintes, de ses projets. »

Des MSU n'utilisaient pas la grille FENCIS lors de cette première réunion, consacrée à la rencontre et l'échange :

MSU 8 : « On n'utilise pas la grille d'évaluation à la première réunion [...]. »

MSU 4 : « Nous on utilise la grille aussi à la deuxième et la troisième réunion. »

MSU 15 : « On demande à l'interne de nous formuler ses attentes par mail, histoire d'être sûrs qu'on est bien sur les mêmes objectifs, aussi de définir les objectifs pédagogiques en fonction de chacun. On a tous nos petites habitudes sur les attentes, cibler les différentes phases de la

consultation, travailler sur certains documents pour situer l'interne. Donc ça c'est la première réunion. »

3.1.4. Ressenti de l'E3C

En plus d'être attentifs aux interrogations de l'E3C, des MSU manifestaient au moment de l'évaluation une grande vigilance à son ressenti vis-à-vis de son stage et de son évaluation, lui demandant de s'auto évaluer et d'approuver leurs décisions d'évaluation :

MSU 10 : « On demande toujours à l'interne ses ressentis en premier, ce qu'il pense, et de nous dire déjà ce qu'il pense sur nous, chacun des trois maîtres de stage. De toute façon quand on coche ou avant de cocher, on demande à l'interne « est-ce que tu es aussi d'accord avec ce qu'on met ? » (MSU8 acquiesce).

MSU 10 : « Ensuite on lui demande de nous dire là où il a ressenti des difficultés, là où il se sent plus à l'aise et ensuite seulement on va aller lui dire nous ce qu'on voit, la progression [...]. On demande à l'interne où il se situe lui par rapport à cette grille et sur les items qu'on aborde (MSU9 acquiesce). On fait participer l'interne aussi à son évaluation »

MSU 10 : « On discute avec l'interne et on lui demande aussi de valider lui, ce qu'il en pense. »

Les MSU ont aussi insisté sur le cadre de bienveillance qui englobait les évaluations :

MSU 10 : « On est toujours en discussion et ce n'est pas pour descendre l'interne, ce n'est pas le but de la réunion [...]. On va aller lui dire nous ce qu'on voit, la progression, mais toujours quelque chose de constructif en fait [...]. On cherche toujours la bienveillance, et pas la mise en difficulté, ce n'est pas un purgatoire, au contraire. On le met à l'aise [...]. [L'évaluation] on ne la fait qu'à la fin après avoir discuté, où on a déjà mis à l'aise. »

3.2. Un outil jugé inadapté

3.2.1. Recours à la FENCIS

Lors des deux premiers FG, lorsqu’interrogés ouvertement sur la façon dont ils procédaient à l’évaluation de leur E3C, plusieurs MSU ont spontanément déclaré utiliser la feuille FENCIS :

MSU 8 : « On utilise la FENCIS deux mois après le début du stage, puis quatre mois après. »

Certains s’aidaient également de la feuille d’aide au remplissage qui accompagne la FENCIS :

MSU3 : « Nous on relit systématiquement tous les items. On va relire pour chaque catégorie novice, intermédiaire et compétent de façon à ce que chacun puisse réfléchir à savoir comment on place l’interne. »

Mais d’autres MSU ont cessé de l’utiliser ou ne l’utilisaient que très rarement :

MSU13 : « Moi, je l’avais au début, mais je commence à... »

MSU11 : « Non je ne l’ai plus. Oui on l’a eue au début mais on ne l’a plus. (MSU13 rigole)

MSU15 : « On la réutilise des fois pour redéfinir certains items... »

3.2.2. Des difficultés d’utilisation

Avant même d’être interrogés sur leur ressenti vis-à-vis des différents niveaux de compétences, certains ont spontanément fait part d’une difficulté de remplissage de la FENCIS, premièrement en critiquant ce système de notation en 3 niveaux :

MSU 4 : « On en a régulièrement discuté et on ne trouve pas ça pratique ces cases novice, intermédiaire... »

D'autres MSU ne respectaient pas ce système de notation en trois niveaux et l'adaptaient à leur façon, comme un continuum dépassant le modèle de cases à cocher : l'endroit où est la croix dans la case a donc son importance et une signification propre.

MSU 4 : « Très clairement on a des croix de début de case, de milieu de case et de fin de case (en rigolant) [...]. On a de l'intermédiaire débutant, de l'intermédiaire moyen... »

MSU 3 : « Parfois c'est du compromis en disant là on va mettre la croix au milieu. »

MSU 13 : « Nous on met les croix comme si on avait un 1 et un 10 et si on est plus près de l'intermédiaire mais qu'on est quand même novice bah on met la croix [entre les deux]. On l'utilise comme une règle en fait. Ce n'est pas mis n'importe où la croix, si on est intermédiaire mais presque compétent, c'est à côté de compétent mais pas complètement compétent. »

Ils ont proposé des alternatives, et étaient notamment en faveur d'un barème d'évaluation plus progressif :

MSU 4 : « Il faudrait plutôt une flèche de progression (MSU6 acquiesce). »

MSU 3 : « Souvent on dit qu'il faudrait 5 cases (en souriant, les autres participants rigolent). »

MSU 5 : « Une notation de 0 à 5, on aurait beaucoup moins de difficultés à nuancer un petit peu et à voir la progression. Ou un curseur ça serait très bien. »

MSU 4 : « Si on se disait que je ne sais pas ... novice c'est de zéro à trois, intermédiaire de quatre à six et compétent de 7 à 10... »

MSU 11 : « Je trouve que ça serait plus intéressant en effet d'avoir un curseur plus que ces trois cases (MSU12 et MSU13 acquiescent).

Un MSU a estimé que la FENCIS était insuffisante pour évaluer l'E3C dans sa globalité et la complétait ainsi par un compte-rendu rédigé :

MSU 15 : « On utilise la FENCIS mais on essaie de rédiger un compte rendu parce que la FENCIS permet de discuter mais c'est vrai qu'il y a peut-être des points qui peuvent être abordés avec l'interne et qui ne rentrent pas dedans. »

En plus du système de notation, des MSU ont fait part de leurs difficultés de compréhension concernant la description de certains items qu'ils jugeaient obscurs, même avec la feuille d'aide :

MSU 8 : « Ah. « Participe aux actions de santé publique qui impliquent son unité de stage ». Souvent on ne comprend pas trop celui-là. »

MSU 4 : « C'est-à-dire que la feuille d'aide elle n'aide pas, « dans les actions de santé publique ». Qu'est-ce qu'on entend par « action de santé publique » en médecine générale dans nos cabinets de ville ? »

MSU13 : « L'item avec « s'implique avec le patient, s'implique avec la famille, avec le personnel soignant ... » qu'est-ce qu'on galère avec celui-là (MSU12 acquiesce). »

Une autre critique émise par les MSU concernait la longueur excessive des énoncés de description des différents niveaux :

MSU 14 : « Il y a des définitions qui sont très longues. Les définitions sont très lourdes et très longues. »

Ils se sentaient déstabilisés pour évaluer l'E3C sur des compétences qu'ils considéraient que l'E3C n'a pas pu mettre en pratique du fait du manque de situations rencontrées et ainsi

réinterprétaient parfois l'item à leur façon, jugeant même qu'il s'agissait de compétences qui portaient sur des situations qui ne devraient pas être rencontrées par leur E3C :

MSU 8 : « L'annonce de nouvelle grave, je n'ai pas l'impression qu'en stage de première année on les expose. Après des fois on essaie de trouver quand même des situations, on dit « bah oui l'annonce d'un diabète est ce que bah ça peut être vécu... ? » On essaie un peu de meubler à ce niveau-là mais une annonce grave... Ce n'est pas compris chez nous. »

MSU 6 : On dit la même chose sur un diagnostic d'hypertension. On dit, si l'interne découvre une hypertension, comment il va l'amener vu que c'est une maladie chronique, c'est vrai que cet item là on en profite pour noter l'item annonce d'une maladie grave [...]. Ce n'est pas toutes les semaines qu'ils vont annoncer un cancer ou une maladie neurodégénérative ou quoi, et en plus, ce n'est pas leur rôle (MSU1, MSU2 et MSU7 acquiescent). Enfin pas en premier semestre quoi. »

Une MSU a également pointé la difficulté d'accès du niveau compétent, qui selon l'énoncé nécessitait le cumul et la maîtrise de tous les aspects d'une situation donnée. Elle considérait même qu'avec de telles descriptions elle-même n'était pas compétente :

MSU 8 : « Je me dis, pour être compétent il faut tout cumuler et là, en médecine ambulatoire, même moi je ne suis pas compétente [...]. Même moi avec la somme de tout ce qu'il faut maîtriser pour être compétent, je ne le suis pas (MSU13 acquiesce).

Un second a plaisanté à ce sujet en évoquant une jalousie envers l'E3C compétent :

MSU 15 : « On est jaloux de l'interne compétent, parce qu'on se dit quand même... »

(Rires des autres participants)

3.2.3. Une peur du niveau novice

Très rapidement et spontanément, les MSU ont fait part de leurs difficultés à évaluer leur E3C au niveau novice.

MSU 4 : « C'est quand même assez rare qu'on l'utilise le rang novice [..]. Je crois que ça ne m'est jamais arrivé. [...] Je ne crois pas que nous, on l'ait déjà utilisé (MSU6 acquiesce). »

MSU 9 : « Je n'utilise plus le rang novice, c'est terminé. »

MSU 10 : « On ne coche jamais « novice ». »

Ce frein à l'utilisation du rang novice semblait principalement être lié à leur peur de répercussions négatives sur le moral et le ressenti de l'E3C :

MSU 6 : « Là on ne peut pas trop mettre novice sans qu'il ne reparte avec le moral à zéro quoi (en rigolant, P8 sourit).

MSU 9 : « Il y a des internes qui sont un peu plus compréhensifs que d'autres. Il y en a ça passe et il y en a d'autres qui sont un peu plus fragiles. Et le problème c'est qu'on ne sait pas comment est notre interne. On ne le connaît pas assez en le voyant une journée par semaine, faut vraiment faire attention. »

MSU 15 : « Très franchement si moi on me remplissait un truc entre novice et intermédiaire je serais quand même un petit peu vexé [...]. Enfin une bonne partie des personnes normalement constituées vont se braquer un petit peu si on leur dit ça quoi. Des fois on peut se retrouver devant un interne qui va nous dire « je comprends pas quand même, je ne suis pas si nul que ça » et effectivement ils ne sont pas si nuls que ça évidemment. »

Le MSU ayant déclaré ne plus utiliser le niveau novice et ne plus vouloir jamais l'utiliser a fait part de sa mauvaise expérience justifiant cette décision :

MSU 9 : « Il y a eu une interne où on avait mis novice, et bien qu'on lui eût bien expliqué pourtant à la première réunion, elle a pleuré pendant deux mois. On s'est dit « plus jamais ça » (MSU8 et MSU3 sourient, MSU6 acquiesce). »

Même lorsque les compétences de l'E3C évalué leur semblaient correspondre davantage au niveau novice, ils l'évitaient et avaient tendance à surévaluer et cocher entre novice et intermédiaire. Ils tenaient un discours précautionneux auprès de leur interne pour éviter de le heurter.

MSU 6 : « Voilà on va mettre début d'intermédiaire mais au final des fois ça peut être un équivalent de novice. »

MSU 10 : « On leur dit : « Tu es en début de stage donc on te met entre les deux mais de toute façon c'est pour qu'en fin de stage ce soit progressif, ça ait évolué. »

MSU 10 : « Il y aura toujours des compétences dans l'abord du patient. Donc c'est plutôt là où on est sur les croix entre novice et intermédiaire. »

Certains MSU avaient moins de difficultés à cocher le niveau novice dans certaines circonstances, notamment lorsqu'il s'agissait de situations jamais rencontrées par l'E3C :

MSU 10 : « Quand c'est les phases socles, les internes en premier semestre ou de deuxième semestre, il y a des choses qu'ils n'ont jamais vu et on les met en novice. »

Cette facilité à évaluer en novice les compétences non rencontrées semblait pour certains concerner les compétences techniques :

MSU 13 : « Sur les actes pratiques, ça peut être novice s'ils n'ont jamais posé de stérilet, jamais fait de vaccin, au tout, tout, tout début... (MSU12 acquiesce)

Mais plusieurs autres MSU n'étaient pas d'accord avec cette remarque, notamment concernant les situations jamais rencontrées par l'E3C où ils préféraient cocher « sans objet » plutôt que novice :

MSU 4 : « Nous par exemple sur l'item annonce d'une maladie grave, quand ça n'a pas été rencontré, on ne va pas mettre novice, on va mettre « non concerné » (MSU5, MSU7, MSU6 et MSU3 acquiescent). Parce qu'on ne va pas le déclarer novice s'il n'a pas été exposé. »

MSU 9 : « Quand ce n'est pas fait on met « non réalisé ».

Ils n'étaient pas non plus d'accord à propos des items concernant les gestes techniques, estimant que l'évaluation d'une compétence technique ne prend pas en compte que l'acte mais aussi tout ce qui l'encadre :

MSU 4 : « Moi si je lis ce qu'il y a marqué en face de gestes techniques, « ne pose pas l'indication », c'est différent de ne pas savoir faire le geste technique parce qu'on ne l'a pas rencontré (MSU6 et MSU3 acquiescent), ou de ne pas être capable de dire « là cette dame là il lui faudrait un frottis, est ce que vous pouvez venir avec moi pour qu'on le fasse ensemble parce que je n'en ai pas encore fait ou je n'ai pas posé de spéculum ».

La description de l'item étant pour les gestes techniques les plus fréquents en médecine générale, un MSU considérait que la vaccination, acte technique le plus représenté en médecine générale et maîtrisé par l'E3C, permettait de ne pas l'évaluer novice, même s'il le considérait ainsi sur d'autres gestes. Le trio de MSU permettait également à l'E3C de voir et faire un maximum de gestes, permettant de l'évaluer intermédiaire plus facilement.

MSU 10 : « Comme c'est les gestes techniques les plus fréquents et qu'il y a la vaccination, dedans, on ne coche jamais « novice ». On lui dit qu'elle est novice sur certains gestes, ils savent vacciner donc en fait on ne coche même pas novice (en rigolant).

Un MSU estimait que la description du niveau novice en l'état était contre-productive à l'évaluation et au travail pédagogique qui pourrait être réalisé avec l'E3C :

MSU 15 : « Je trouve que ce n'est pas très efficace, pas très efficient pour discuter avec lui de manière... Ça casse un peu même l'idée de l'auto-évaluation, il suffit qu'il regarde un petit peu, il va se dire « Ah oui quand même ils ont été un peu raides mes MSU parce qu'ils me classent entre ces deux- là » [...]. Je trouve que ça casse le truc de pouvoir travailler avec l'interne sur son auto-évaluation quoi. Ce n'est pas mal quand on dit « tu vois tu peux cocher cette case-là », avec la FENCIS et cet intitulé là ça casse. »

De plus, une MSU a évoqué ses difficultés à évaluer des compétences à un niveau inférieur à celui dont elles ont été évaluées lors d'un précédent stage, notamment hospitalier :

MSU 4 : « Quand ils ont fait leur stage aux urgences, nous on a une de nos internes dont la grille a été remplie par un des chefs des urgences qui avait mis compétent partout. Du coup il faut expliquer derrière que non ça ce n'est pas possible et elle l'a pris un peu durement quand même. »

Pour plusieurs MSU, le rang novice constituait cependant un recours lorsqu'ils étaient face à des situations extrêmes concernant un E3C en grande difficulté :

MSU 4 : « Pour aller mettre novice sur celui-là c'est qu'il y a un problème et qu'on a déjà appelé la fac quoi (en rigolant). »

MSU 10 : « La case novice elle n'est pas adaptée parce que de toute façon il y a toujours des compétences, à part un interne qui est vraiment en difficultés. »

MSU 6 : (En lisant les descriptions du rang novice) « A des difficultés à faire ceci », « n'y arrive pas » ... « n'y arrive pas » enfin je ne sais pas, effectivement si c'est à chaque consultation qu'il est en échec bah là c'est qu'il y a un gros problème. »

MSU 15 : « Les rares fois où on a coché la case novice c'est sur un point précis pour tirer une sonnette d'alarme... »

3.2.4. Un usage précautionneux du niveau novice

Lorsque les MSU se retrouvaient face à des E3C qu'ils décidaient d'évaluer au niveau novice malgré leurs réticences, ils faisaient preuve d'une vigilance accrue. Cela pouvait passer par le fait de fournir davantage d'explications quant à la notation ou de contrebalancer son impact en attirant ensuite l'attention sur d'autres rangs cochés intermédiaire ou compétent :

MSU 10 : « On lui explique aussi la grille, quand on met novice, on lui explique pourquoi de façon à ce qu'encore une fois l'interne ne se dise pas « Oulalah je suis incompetent », non c'est pas du tout le cas, c'est à quoi sert cette grille et quel est l'intérêt de la faire au fur et à mesure du stage et des différentes réunions (MSU8 acquiesce) [...]. On leur explique vraiment l'intérêt de cette grille et pourquoi on note comme ça [...]. Encore une fois on leur dit que ce n'est pas péjoratif (MSU8 acquiesce). »

MSU 3 : « On essaie d'argumenter en fait en prenant des situations cliniques qu'on a vu avec l'interne en disant « sur cette situation-là tu étais plutôt dans cette situation-là, par contre ce cas-là bah tu étais déjà peut être un petit peu plus dans l'intermédiaire ou dans le compétent. »

Mais aussi parfois par la relativisation de la pertinence de la grille FENCIS, en la relayant comme un support de discussion plus qu'une réelle évaluation :

MSU 8 : « Quand on utilise la grille FENCIS on explique bien à l'interne que c'est un support de discussion, que ce n'est pas pour le noter, parce que souvent les internes vivent mal le « incompetent », le « novice » donc on lui dit bien que c'est juste pour voir l'évolution et que c'est une base de discussion. »

Ou en insistant sur le caractère progressif de l'évaluation, qu'il est normal de commencer à un niveau donné et de progresser :

MSU 4 : « On se sent d'emblée à chaque fois obligés d'expliquer que la grille elle est pour les trois ans, et qu'on n'est pas censé être compétent sur tout à la fin du stage [...]. En se disant que pour être compétent il faut plutôt être SASPAS. »

MSU 13 : « Je lui dis « Tu débutes, bah c'est normal que quand on débute on ne sache pas, qu'on ne soit pas à l'aise ». Moi c'est pareil quand j'apprends un nouveau truc, je sors de ma zone de confort, je ne suis pas compétente, je suis novice. Et être novice ce n'est pas négatif, c'est juste apprendre un nouveau truc [...]. Novice ça ne veut pas dire nul, ça veut dire que tu débutes (MSU12, MSU14 et MSU15 acquiescent) [...]. Cette feuille-là elle va aller jusqu'à ton dernier stage. Donc le but du jeu c'est que tu sois aussi compétent que possible en SASPAS. »

Voire en insistant sur la difficulté que représente le fait d'être au niveau compétent dans certaines compétences, certains MSU disaient même à l'E3C que ce n'était pas forcément leur cas :

MSU 4 : « On leur dit bien que même nous on ne se mettrait peut-être pas forcément compétent sur tous les items (MSU6 et MSU8 acquiescent). »

Si le fait d'évaluer un E3C après qu'il soit passé en stage hospitalier mettait en difficulté certains MSU, une autre MSU utilisait au contraire les différences fondamentales des

compétences requises en hospitalier et en ambulatoire pour justifier du niveau novice d'un E3C :

MSU 13 : Je leur dis « Vous avez fait de la médecine hospitalière, vous arrivez dans votre premier stage libéral et du coup forcément vous allez découvrir des médicaments que vous n'avez quasiment jamais utilisés. Donc c'est normal qu'en début de stage vous ne maîtrisiez pas les posologies, les interactions et tout ça sur des nouveaux médicaments que vous n'avez quasiment jamais utilisés »

3.2.5. Des termes péjoratifs

Les MSU ont ensuite été interrogés sur les raisons qui les faisaient redouter l'impact sur l'E3C de compétences évaluées novices et les dissuadaient ainsi d'utiliser ce niveau. Un MSU pensait que c'était le terme novice en lui-même :

MSU 9 : « Le mot novice je trouve que ce n'est pas le bon mot, il faudrait utiliser autre chose, un autre terme mais pas le mot novice. »

Cette impression n'était pas partagée par d'autres MSU, qui considéraient que ce n'était pas le terme, mais plutôt la formulation des descriptions des différents niveaux de compétence jugée très négative et péjorative :

MSU 6 : « Il y en a plein : « ne s'implique pas dans le projet de soins du patient, ne s'intéresse pas à l'éducation du patient, informations inexistantes », enfin... c'est hyper rude à chaque fois je trouve les tournures de phrase. »

MSU 4 : « Là novice c'est « schlaaa » (avec mouvement sec de main, MSU10, MSU7, MSU6 et MSU 1 sourient) [...]. C'est très négatif, on a l'impression que si on coche cette case là ça veut

dire qu'à chaque fois qu'il a eu une situation il n'a jamais rien fait de bien. Parce que si c'est de temps en temps, il passe dans intermédiaire (MSU7 acquiesce). »

MSU 15 : « Des fois je trouve que ça peut être un peu abrupt pour l'interne, l'intitulé (en souriant), le détail [...]. « Présente des aptitudes thérapeutiques : connaissance limitée des traitements courants, ne prend pas en compte le rapport bénéfice risque, ne prend pas en compte l'inconfort lié aux prescriptions... », bon c'est un peu rude. »

MSU 13 : « C'est vrai, c'est hyper négatif quand tu lis le truc. « Examen clinique IMPRECIS, INADAPTE, LIMITE, MAL UTILISE... » Enfin ouh ! »

MSU 12 : « Et quand on regarde tous les novices, même après il y a toujours « ne pas, ne pas, ne pas... ». (Tous les participants acquiescent)

MSU 15 : « Trop de négations. »

Un MSU estimait que les descriptions du niveau novice correspondaient davantage à un niveau d'étudiant en deuxième cycle qu'à celui d'un E3C :

MSU 14 : « Novice c'est l'externe pour moi quand on lit les définitions. »

Plusieurs MSU considéraient même que le niveau novice décrivait non pas un début de compétence mais une incompétence :

MSU 10 : « La case novice elle n'est pas adaptée parce que de toute façon il y a toujours des compétences. »

MSU 5 : « Là c'est zéro, un ou moins un. Novice, c'est carrément moins que 0 (MSU4 et MSU6 acquiescent).

MSU 4 : « Là, la tournure de phrase fait que novice c'est 0 (avec un geste sec de la main). »

Un MSU pensait que le niveau novice était insultant :

MSU 15 : « Le novice est... très abrupt [...]. Je trouve que c'est un peu insultant quoi... »

3.3. Des pistes d'amélioration

Une MSU estimait que si des termes différents étaient utilisés ils seraient plus enclins à utiliser le rang novice :

MSU 4 : « Je pense que ça ne serait pas en ces termes-là, on pourrait être amené à mieux utiliser les novice/intermédiaire/compétent. »

Elle a ensuite fait la parallèle avec le rang intermédiaire, qu'elle trouvait bien plus nuancé et envisageable :

MSU 4 : « Dans l'intermédiaire c'est quand même toujours nuancé, il ne le fait pas parfaitement mais... »

MSU 4 : « Par exemple : « a des rapports difficiles avec la famille, n'oppose pas le secret médical ». Entre celui-là novice et intermédiaire, à la fin il y a « communique en opposant le secret médical si cela semble nécessaire » c'est déjà modulé.

MSU 4 : « Entre ça et « le plus souvent assidu et ponctuel, mesure d'hygiène respectées la plupart du temps... » »

Elle attachait également une importance à la syntaxe et la ponctuation puisqu'elle appréciait la présence de guillemets dans certains items du niveau intermédiaire :

MSU 4 : « Déjà dans intermédiaire (MSU7 sourit) il y a des guillemets ce qui est déjà mieux. »

Les autres MSU ont ensuite été interrogés afin de savoir s'ils étaient d'accord sur le fait que si les énoncés du niveau novice étaient formulés différemment, ils auraient plus de facilités à l'utiliser ce à quoi ils ont répondu positivement de manière unanime. Ils étaient en faveur de phrases moins péjorative et négatives :

MSU 6 : « Je pense qu'avec des tournures de phrases plus positives ce serait beaucoup plus acceptable pour nous de mettre novice à quelqu'un si la tournure de phrase était différente quoi. »

MSU 12 : « Je pense que je reformulerais toutes celles où il y a « ne pas » (en rigolant) ».

MSU 13 : « De dire « découvrir la thérapeutique en libéral » par exemple (MSU12 et MSU15 acquiescent). »

MSU 15 : « « Ne prend pas en compte » ce n'est pas la même chose que « mauvaise connaissance, ou insuffisance de connaissance sur le rapport bénéfice risque. [...] « Connaissance limitée des traitement courant », bon, ça, ça va, ça passe quoi. [...] « A des difficultés à hiérarchiser ses tâches devant des demandes de soins non programmés », ça ne me paraît pas brutal. »

Il leur a ensuite été demandé s'ils pensaient à d'autres pistes d'amélioration, ce à quoi beaucoup semblaient s'entendre sur le fait qu'il était nécessaire d'avoir moins de négations :

MSU6 : « Déjà ne pas tout mettre en négation, t'as beaucoup de « ne pas ». Tu vois c'est « n'intègre pas », « ne s'intéresse pas », je lis juste le début des phrases, « ne s'implique pas », « n'est pas attentif ». »

MSU6 : Déjà « a des difficultés », « a des rapports difficiles », à la rigueur ça je trouve ça ok pour commencer la phrase (MSU4 et MSU7 acquiescent). »

Une MSU a proposé des tournures de phrases sans négations, utilisant par exemple plus d'adverbe :

MSU 4 : « Il faudrait une tournure positive avec des adverbes comme « rarement » ou « de temps en temps » par exemple, voilà quelque chose qui permet de nuancer et qui permet d'être novice (P7 et P8 sourient). »

Elle a motivé son discours en expliquant en quoi cela permettrait d'amener des discussions avec l'E3C bénéfiques à sa progression :

MSU 4 : « Et ça permettrait d'appuyer le discours et de dire « bah voilà pour l'instant t'es en difficultés pour le faire, tu le fais très rarement, l'idée c'est que pour la prochaine fois ça soit plus souvent. Cibler des endroits où il peut progresser aussi. Parce que mettre novice, en soit, s'il est vraiment novice bah c'est bien, ça permet de lui dire au fur et à mesure de ton stage on va essayer de travailler plus là-dessus. »

Les participants ayant encadré un E3C en SAFE ont fait le parallèle avec la feuille de validation du stage SAFE, qu'ils jugeaient bien plus aisée d'utilisation car plus précise, concrète et facile à suivre :

MSU 13 : « Pour le SAFE il y a un questionnaire qui est encore beaucoup plus poussé. Et moi ça m'arrive de dire à l'interne « ah bah ça tu vas pouvoir le cocher », en disant « ça, c'est fait quoi ». Parce que y'a vraiment plein d'items. Celle du SAFE est beaucoup, beaucoup plus précise (MSU 12 acquiesce). »

MSU 12 : « Des cas cliniques à voir, des gestes techniques à faire. C'est vrai que la feuille SAFE elle est très guidante. Plus que la FENCIS en elle-même. »

En toute fin de FG, la feuille d'aide au remplissage de la FENCIS, version recherche, a été montrée aux MSU. Ils ont pu en faire une première lecture en quelques minutes, suite à laquelle ils ont eu une réaction plutôt favorable :

MSU 8 : « Il y aura plein de novices là, ça paraît plus adapté (les autres MSU rigolent et confirment). »

MSU 10 : « On a les petites nuances dont on discutait tout à l'heure qui apparaissent et effectivement c'est plus intéressant pour pouvoir en discuter avec l'interne. »

MSU 14 : « C'est beaucoup plus fidèle à un interne qui commence. (MSU15 acquiesce) »

MSU 15 : « Je trouve que c'est moins péjoratif (tout le monde acquiesce) [...]. Et le « et/ou » aussi c'est moins fermé (MSU13 acquiesce). »

4. Résultats de la seconde série de FG (après un an d'utilisation de la version remaniée de la fiche d'aide au remplissage de la FENCIS)

4.1. Un outil rendu meilleur...

4.1.1. Un intérêt renouvelé

Spontanément et à la quasi-unanimité, les MSU ont tout d'abord fait part de leur satisfaction quant à leur participation à ces FG leur ayant permis de redécouvrir la feuille d'aide au remplissage. Cela a renouvelé leur assiduité à son utilisation ce qui les a fait prendre ou reprendre conscience de son intérêt.

MSU 2 : « Le fait d'en avoir beaucoup reparlé a permis d'être beaucoup plus assidus au moment de les utiliser. »

MSU 4 : « Le fait [d'avoir une nouvelle feuille], ça nous a permis de se replonger dedans.

(MSU 13 et MSU 12 acquiescent »

MSU 10 : « Sur notre trinôme il y avait un de nous qui était un peu moins enclin à l'utiliser et finalement qui a reconnu que oui c'était intéressant de prendre en compte la feuille pour être objectif sur ce qu'on demande à l'interne et ce qu'on attend de lui, et c'est important. » (MSU 1 acquiesce)

Ils ont dans la foulée déploré l'absence d'intérêt de certains MSU pour la feuille d'aide au remplissage, ce qui illustre aussi la réalité selon laquelle certains MSU ne trouvent pas d'intérêt dans l'évaluation de l'E3C par la FENCIS.

MSU 10 : « Il y en a qui sont réfractaires effectivement, quand il y en a un qui veut que ça soit fait rapidement et que ça l'embête de faire les évaluations, là il faut être deux médecins sensibilisés pour faire le poids. Peut-être qu'ils comprendront l'intérêt... » (MSU 13 acquiesce)

MSU 3 : « Ça dépend effectivement de l'attitude des autres maîtres de stage. Quand il y en a un qui clairement ça le saoule de lire la feuille tu sais que l'évaluation elle ne va pas être fiable. » (MSU 10 acquiesce)

Un MSU a justifié ce désintérêt par la nature très scolaire et fastidieuse de la feuille d'aide au remplissage, qui ne convenait pas à tout le monde. Il restait cependant d'accord sur le fait qu'il faille imposer une méthode d'évaluation commune.

MSU 4 : « C'est très scolaire. Et il y a des gens qui n'ont plus envie d'être dans le scolaire. Et ce n'est pas pour autant que ce ne sont pas de bons maîtres de stage[...]. Par contre après il faut une base qui globalement acceptée de tous et trouver le moyen de l'imposer. » (MSU 10 acquiesce)

Un MSU a évoqué la nécessité qu'il y ait au moins un MSU formé à la feuille d'aide au remplissage par trinôme.

MSU 10 : « Il y a peut-être un des médecins qui va être plus sensibilisé à cette feuille et qui va dire à ses collègues "on va prendre cette feuille", mais reste à voir aussi qu'il y ait au moins un médecin... », MSU 4 : « Un médecin formé par trinôme. » (En rigolant)

Ils ont émis l'idée que la feuille d'aide permettait de garantir à l'évaluation un cadre et des règles communes permettant son objectivité :

MSU 13 : « Ça permet peut-être d'être plus productif si à chaque fois on reprend la description des items et non pas sur ce qu'on imagine être novice/intermédiaire/compétent, forcément on va se cadrer. » (MSU 4 acquiesce)

MSU 4 : « Si on l'utilise tous, ça nous permet d'avoir tous le même langage. Avoir le même langage, je pense que c'est un socle. » (MSU 13 acquiesce)

MSU 3 : « Ça permet d'être plus objectif et peut être aussi que tous les internes puissent être évalués à peu près de la même façon. » (MSU 4 et MSU 1 acquiescent)

Ils disaient que ne pas utiliser la feuille d'aide au remplissage était source de confusion et conduisait à une évaluation non fiable, avec une tendance à la surévaluation de l'E3C.

MSU 10 : « Avoir la feuille ça nous permet vraiment d'être objectifs (MSU 13 acquiesce à plusieurs reprises). La première évaluation on l'avait faite sans la feuille, et quand on a fait la deuxième évaluation on s'est dit " ah là on t'a mis intermédiaire mais finalement... " (MSU 13 acquiesce à plusieurs reprises). Avec la feuille on aurait potentiellement mis plutôt novice en fait au départ. »

MSU 4 : « Parce que sans la feuille je pense qu'on a plutôt tendance à les surévaluer (MSU 13 et MSU 10 acquiescent). On a envie qu'ils aient confiance en fait, tout le stage on essaie de leur donner de la confiance. »

MSU 14 : « Un autre maître de stage de mon trinôme qui n'a pas participé à tendance à faire juste un peu sur les grands intitulés, les grandes lignes. (MSU 13 acquiesce). Et il y a eu plusieurs fois où j'ai senti que moi j'avais envie de la qualifier novice et elle sans lire les définitions avait tendance à surévaluer l'interne. Pour être un peu gentille, la renforcer positivement, qu'elle ait envie de revenir avec nous le lendemain. » (En rigolant)

Lorsqu’interrogés sur leurs premiers ressentis concernant cette nouvelle version de la feuille d’aide, ils ont évoqué une amélioration globale :

MSU 6 : « Ah oui. Là c’est mieux. Il y a des phrases qui sont maintenant plus simples qu’avant quand même. »

MSU 2 : « Oui c’est mieux. »

MSU 15 : « Oui nettement. Plus facile, plus simple à utiliser. Vraiment nous on l’a ressenti. »

4.1.2. Une ouverture à la discussion permise par le niveau novice

Les MSU ont ensuite été interrogés sur les changements potentiels que les modifications de la feuille d’aide ont pu avoir sur leur évaluation de l’E3C. Les premières opinions concernaient spontanément le niveau novice et faisaient part d’un nouvel usage de celui-ci.

MSU 15 : « Sur le dernier semestre on a eu un interne pour lequel certains items n’étaient pas complètement maîtrisés et contrairement à ce que l’on aurait fait antérieurement, c’est-à-dire le noter intermédiaire systématiquement, on a pu [l’évaluer novice] sans que ce soit... sans que ça nous pose problème. »

MSU 6 : « J’ai l’impression qu’on souligne tous les trois que maintenant on peut utiliser novice. On semblait tous les trois ne pas le faire. » (MSU 15 et MSU 2 acquiescent)

MSU 3 : « Oui nous on en a mis. Et plus qu’aux stages précédents. » (MSU 1 acquiesce)

MSU 13 : Ah bah oui. Moi j’avais bien dit, le niveau novice est plus positif. » (Tout le monde acquiesce)

MSU 4 : « Oui on est capable de l’utiliser. »

MSU 2 : « Mettre fin de novice on l’a fait une ou deux fois alors que peut-être depuis que je suis MSU on ne l’avait jamais côté avant. »

D'autres MSU, qui n'ont pourtant pas déclaré avoir utilisé davantage le niveau novice, ont mentionné que le simple fait de pouvoir l'envisager avait permis une ouverture de la discussion et avait redonné un sens à l'évaluation dans sa globalité, avec une meilleure gradation, permettant de ne pas se retrouver face à un choix binaire entre intermédiaire et compétent :

MSU 2 : « On se pose plus la question entre chaque niveau. Alors qu'avant on écartait d'emblée le novice, là maintenant oui ça élargit le choix donc ça permet quand même de plus ouvrir la discussion sur les possibilités d'évolution entre chaque niveau. » (MSU 15 et MSU 6 acquiescent)

MSU 13 : « Je trouve que ça a permis de recadrer quand on ne voulait pas mettre compétent mais qu'on ne savait pas trop comment le dire, là c'est plus facile. » (MSU 4 acquiesce)

MSU 2 : « Je trouve que ça permet de ne pas mettre compétent à chaque fois il y a plus intermédiaire. »

Un MSU a mentionné les quelques modifications effectuées sur les niveaux intermédiaire et compétent, renforçant également cette notion de rééquilibrage des différents niveaux et de progression linéaire entre ceux-ci.

MSU 2 : Parfois sur les compétents, comme ça sans relire on dirait « oui là-dessus il est compétent » et quand on lit on se dit « ah quand même le niveau compétent il est quand même exigeant, on va rester sur intermédiaire parce qu'en lisant le texte compétent, on n'y est pas encore, en effet ça demande un bon niveau ». Donc ça relativise un peu le niveau intermédiaire. » (MSU 15 et MSU 6 acquiescent)

Ce à quoi d'autres MSU s'accordaient pour dire qu'il était convenable d'attendre de l'E3C un niveau intermédiaire plutôt en fin de stage de niveau 1 et un niveau compétent en fin de stage SASPAS.

MSU 6 : « Je pense que compétent c'est l'objectif à atteindre en fin d'internat. » (MSU 15 et MSU 2 acquiescent)

MSU 6 : « Nous ce n'est jamais arrivé qu'ils soient compétents en fin de stage. » (MSU 15 et MSU 2 acquiescent)

MSU 6 : « En première année oui, c'est suffisant d'arriver intermédiaire en fin de stage. » (MSU 15 et MSU 2 acquiescent)

4.1.3. Une bienveillance renforcée permettant un meilleur ressenti de l'E3C

La volonté d'être bienveillants envers l'E3C lors de son évaluation ayant été une notion forte ressortie des FG, il leur a été demandé si cette reformulation du niveau novice allait en ce sens. Ils ont semblé unanimes à ce sujet en répondant par l'affirmative :

MSU 2 : « Là on peut dire novice sans froisser, avec un intitulé qui est quand même plus sympathique (en riant) MSU 15 et MSU 6 sourient. »

MSU 6 : « C'est moins violent. »

MSU 15 : « Nous ça nous a un peu débloqué, de ne pas avoir l'impression d'être des bourreaux en mettant novice, sans avoir l'impression d'être insultants. Ça a permis de revenir sur certaines choses que finalement on ne s'autorisait peut-être pas quand il y avait la grille brutale » (MSU 2 et MSU 6 acquiescent)

MSU 13 : « Le novice était plus positif. »

MSU 10 : « Elle est plus bienveillante en fait. Oui c'est moins péjoratif de mettre novice avec cette nouvelle feuille que l'autre. »

Un MSU a mentionné que cette reformulation plus vertueuse facilitait également la décision de groupe et donc l'intérêt pédagogique.

MSU 15 : « On aurait eu du mal à être unanimes tous les trois avec la précédente grille. Là on a pu s'entendre et le message est probablement partiellement passé. Donc ça nous semblait plus intéressant pédagogiquement vis-à-vis de l'interne. » (MSU 15 et MSU 2 acquiescent)

Cette nouvelle formulation et le fait d'être eux-mêmes plus à l'aise vis-à-vis du niveau novice ont permis aux MSU de rapporter un meilleur ressenti de l'E3C quant à son évaluation.

MSU 15 : « Le fait d'avoir pu en discuter librement ça pouvait avoir un impact sur l'interne. Là le fait de savoir qu'il y a un travail de réécriture qui a été fait on a pu en discuter avec l'interne, et on ne s'est pas retrouvé dans cette situation de refus. » (MSU 6 acquiesce)

MSU 15 : « Les internes peuvent l'accepter. » (MSU 2 acquiesce)

MSU 6 : « Il y a quand même plein d'items où ça passe mieux. »

MSU 10 : « Cette grille est quand même prise moins négativement que la précédente. Il y a moins de ressenti négatif je pense, et même par l'interne. » (MSU 1 et MSU 14 acquiescent)

Un MSU a expérimenté le fait de faire lire à l'E3C les descriptions des niveaux de compétence plutôt que de les lire lui-même, permettant de diminuer l'appréhension des MSU à ce sujet.

MSU 10 : « Nous en tant que maître de stage, quand on lisait ce qui était novice on avait tendance à le lire plus vite. Alors que quand l'interne nous le disait, bah finalement le niveau novice il le prenait de façon moins négative. »

MSU 13 : « Je trouve ça pas mal votre idée là de faire lire à l'interne plutôt que nous. »

Cette réflexion autour du niveau novice a aussi permis aux MSU d'évoquer l'auto-évaluation de l'E3C et son intérêt. Ils ont notamment remarqué que l'E3C avait plutôt tendance à se sous-évaluer, ce qui pouvait avoir un intérêt pédagogique en ouvrant la discussion et en mettant en évidence les points à cibler.

MSU 6 : « On a fait quelque chose de nouveau avec la dernière interne, on lui a fait faire son auto-évaluation. Et on voit qu'eux ils ont des fois moins de difficultés à se noter novice. Ça nous a permis de discuter autour des points quand on n'est pas d'accord, qu'on trouve qu'ils sont plus compétents qu'il ne se sentent eux-mêmes ou l'inverse des fois. » (MSU 2 acquiesce)

MSU 13 : « On demande toujours à l'interne « Tu te mettrais où ? ». Et parfois ils sont super durs avec eux ! »

MSU 12 : « Ils se sous-estiment et on échange beaucoup sur leurs compétences justement. »

MSU 4 : « Peut-être que si l'auto-évaluation était... », MSU 3 : « ...obligatoire, ça aiderait aussi. », MSU 4 : « Oui, voilà, ça pourrait peut-être permettre de cibler où il y a des différences ou on n'aurait pas mis pareil que l'interne. »

4.2. ...mais encore perfectible.

4.2.1. Des critiques persistantes

Malgré les modifications effectuées, plusieurs MSU n'ont pas utilisé le niveau novice davantage qu'avant.

MSU 2 : « De là à dire qu'il y a plus de novice... J'ai toujours du mal avec novice. »

MSU 6 : « C'est vrai que sur l'évaluation finale on n'avait pas de novice à mettre et tant mieux pour l'interne.

MSU 4 : « On n'a pour autant pas forcément plus utilisé la case novice. » (Plusieurs MSU acquiescent)

MSU 12 : « Mais c'est vrai que le novice je crois qu'on ne l'a quasiment jamais coché. »

Un MSU a encore évoqué la propension à tendre plus facilement vers le niveau intermédiaire en cas d'hésitation avec le niveau novice, pratique elle-même amplifiée par la décision de groupe.

MSU 4 : Si on hésite entre novice et intermédiaire, on va plutôt mettre intermédiaire. »

Au-delà des descriptions des différents items de la feuille d'aide, plusieurs MSU ont renouvelé leurs réticences quant au terme novice en lui-même.

MSU 1 : « Le mot novice est encore un peu ... Je ne sais pas si on pourrait trouver autre chose... » (MSU 12 sourit)

MSU 4 : « Oui je pense qu'avec le mot novice on a un problème (en souriant). » (MSU 13 acquiesce)

Un de ces MSU a tout de même relativisé et pense que le terme novice n'a pourtant pas de connotation négative.

MSU 6 : « Je pense que novice ce n'est pas forcément négatif. C'est un mot gentil et constructif. »

Certaines tournures de phrase leur ont posé problème vis-à-vis du ressenti de l'E3C :

MSU 6 : « Malgré tout, le novice est encore un peu dur. Et je ne sais pas trop si je serai à l'aise de le cocher. Il y a encore des tournures qui sont je trouve très négatives. » (MSU 2 acquiesce)

MSU 15 : « Pour moi ce n'est pas super valorisant pour les internes... »

MSU 2 : « Quand on lit des fois je me dis « alors non quand même, ils sont meilleurs que ça quoi » en riant. »

Une MSU a estimé que certaines descriptions témoignaient toujours davantage d'une incompétence que de compétences naissantes :

MSU 6 : « Là des fois, novice c'est quand même incompétence, peut-être qu'il faudrait créer un quatrième niveau qui serait du coup l'incompétence. »

Concernant certains items non médicaux, ils avaient toujours beaucoup de mal à imaginer qu'un E3C puisse correspondre à la description du niveau novice :

MSU 6 : « Sur la dernière page, « manque de respect du patient, manque de compassion, d'empathie, n'est pas préoccupé par la posture éthique », là c'est clair c'est dur (en riant). » (MSU 15 et MSU 2 acquiescent)

MSU 3 : « Quand on met novice sur la partie " respect, comportement éthique", c'est un peu compliqué quand même. »

Un autre MSU a confirmé ces disparités entre les items en mettant en opposition les compétences techniques et relationnelles :

MSU 10 : « Ce qui est gestes, comme c'est des choses qu'ils ont pu déjà rencontrer quand ils étaient externes (MSU 12 acquiesce), on se dit que ça paraît compliqué de mettre novice. Pour le relationnel, comme on sait que c'est quelque chose de nouveau, c'est plutôt là

où on a moins de difficultés à mettre novice, comme la relation avec la famille tout ça. » (MSU 13 acquiesce)

Plusieurs MSU estimaient encore que le niveau compétent était trop exigeant voire inaccessible :

MSU 13 : « On a trouvé que pour le compétent c'était trop pointu, les items trop compliqués, et que du coup même nous on n'est pas compétents. Si tu dois être compétent dans tout ce qui est écrit on ne met jamais compétent. Jamais. » (MSU 12 acquiesce)

MSU 10 : « Quand tu lis compétent, je suis désolée mais... », MSU 13 : « Il y a des fois où on se remet en question aussi. » (En rigolant)

Un MSU a jugé que cette reformulation des différents niveaux n'avait en aucun cas changé la façon dont se déroulait l'évaluation de l'E3C, la feuille d'aide ne restant qu'un support d'aide à la discussion.

MSU 3 : « Je trouve que ça n'a pas forcément changé la discussion autour de l'évaluation, dans le sens où quand j'ai quelque chose à dire ça se passe aux débriefings. Ce n'est pas la fiche qui fait qu'on va discuter autrement. »

Certains MSU ont justifié leurs réticences persistantes par la présence d'encore plusieurs superlatifs négatifs ou à l'inverse par l'absence de formulation laissant la place à une potentielle progression :

MSU 2 : « Après « prise en compte très limitée du rapport bénéfice-risque », j'aurais dit « difficultés », le « très limitée » je trouve qu'il casse un peu. » (MSU 15 et MSU 6 acquiescent)

MSU 13 : « Est-ce qu'on ne pourrait pas mettre juste pour être bienveillant "ne pose pas l'indication et ne réalise PAS ENCORE les gestes techniques prévalents avec sécurité". Juste un petit "encore" ça veut dire que ça va venir. »

MSU 4 : Quand c'est "prise en charge insuffisante", "non totalement adapté", "a des difficultés", ça c'est normal. Quand c'est une négation ferme "ne pose pas", "ne fait pas" c'est compliqué. » (MSU 13 acquiesce à plusieurs reprises)

Un MSU a évoqué un potentiel impact pédagogique positif que pouvait avoir l'usage de termes négatifs.

MSU 15 : « Le fait d'utiliser éventuellement des termes négatifs peut être intéressant. Ils sont internes, ils sont capables de réfléchir quand on dit quelque chose. On argumente... » (MSU 2 et MSU 6 acquiescent)

4.2.2. Une difficulté à trancher

Tous les MSU ont en effet fait part de leurs difficultés lorsque confrontés à des énoncés descriptifs longs et à composantes multiples. Ils ont estimé que pour une compétence donnée, un E3C pouvait correspondre en partie à la description du niveau novice et en partie à la description du niveau intermédiaire. Cela expliquait leur difficulté à trancher entre deux niveaux et leur persistance à rediviser instinctivement les trois rangs existants en sous-rangs, conduisant ainsi à donner un sens au positionnement de la croix au sein d'une case.

MSU 3 : « Il y a plusieurs notions dans une même évaluation. Par exemple, si je prends les aptitudes thérapeutiques il y a "connaissance imprécise des traitements courants" et après "prise en compte très limitée du rapport bénéfice-risque". L'interne peut avoir une

connaissance précise des traitements courants mais ne pas prendre en compte le rapport bénéfice risque pour le patient lorsqu'il fait son ordonnance. (MSU 10 acquiesce). »

MSU 10 : « On se retrouve coincés quand sur une même thématique, dans ce qui est noté, on se dit "lui il pourrait être noté novice mais à cause de cette proposition non". (MSU 3 acquiesce). C'est pour ça qu'on se rapproche de l'intermédiaire. Alors nous on coche entre deux. » (Tous rigolent, d'autres acquiescent)

MSU 4 : « On n'utilise pas du novice mais du novice intermédiaire. »

MSU 2 : « On fait parfois des échelles de cotation à l'intérieur d'un niveau. »

MSU 6 : « On s'accorde le droit de séparer les choses. On lui dit « sur cette partie de phrase là tu es novice et peut-être sur la fin plutôt intermédiaire » ça permet d'en discuter. » (MSU 15 acquiesce)

En réponse à ces difficultés, ils ont réitéré leur volonté d'avoir un barème de notation plus progressif, davantage segmenté que sur trois niveaux uniquement.

MSU 14 : « Un curseur entre 0 et 10, quelque chose de plus progressif... » (Plusieurs acquiescent)

MSU 10 : « On s'est dit que ça serait bien qu'il y ait un curseur un peu plus variable et limite de 0 à 5 en fait. Pour avoir un panel de variables plus étendu. »

MSU 4 : « Ou alors de 0 à 3 pour chaque niveau. On a tous l'impression de faire un peu comme si c'était une flèche, une échelle. » (MSU 13 acquiesce à plusieurs reprises)

MSU 13 : « C'est A-, A, A+." (Plusieurs rigolant)

DISCUSSION

1. Choix de la méthode

Ce travail est inédit par le sujet qu'il soulève, n'ayant encore été que très peu documenté, mais aussi par ses caractéristiques. Il s'agit d'une étude qualitative longitudinale avec triangulation des données. Le format des FG a été adopté afin de favoriser l'interaction entre les différents participants, repérer les potentielles convergences et/ou divergences d'opinions et l'émergence d'idées. Cela a permis de confronter l'expérience de chaque participant à celle de leurs pairs. Bien qu'efficace par la quantité de données importante que permet de récolter cette méthode en un temps réduit, elle a aussi montré ses limites devant l'asymétrie de prise de parole entre les différents participants. En effet, certains MSU ont eu une forte présence au sein des FG tandis que d'autres se montraient plus discrets, entraînant donc une perte de données potentielle.

Le recrutement des participants s'est révélé difficile. En effet, sur les 66 propositions envoyées aux MSU de Sarthe, seulement 2 ont répondu favorablement, ayant conduit à l'annulation des FG en Sarthe et conduisant donc à un premier biais de sélection. Le recrutement en Mayenne, également compliqué, a conduit à la nécessité d'inclusion de MSU encadrant un E3C en stage SAFE ce qui n'était pas prévu initialement, à l'origine d'un potentiel biais de sélection.

Enfin, il est important de reconnaître l'existence d'un biais de participation incarné par le fait que les MSU ayant accepté de participer sont ceux étant le plus sensibilisés et intéressés

par l'évaluation de l'E3C et l'utilisation de la FENCIS. En effet, des MSU ont rapporté le désintérêt de certains de leurs collègues pour la FENCIS, information concordante avec les retours officiels faits aux chercheurs de la part de plusieurs MSU.

Bien que le recrutement des participants se soit avéré encore plus compliqué pour la seconde série de FG que pour la première, il s'est avéré que tous les participants ayant participé à la seconde série étaient également présents à la première, permettant une bonne comparaison de la version expérimentale avec celle actuellement en place.

2. Confirmation des présupposés

Ce travail découlait donc du présupposé de recherche laissant penser que le niveau novice de la feuille d'aide au remplissage de la FENCIS n'était pas utilisé par les MSU car jugé trop négatif et de formulation péjorative vis-à-vis de l'interne, et qu'une reformulation du niveau novice le rendrait davantage utilisable.

Ces FG ont permis de tendre vers la confirmation de cette hypothèse. En effet, les remarques des participants ont placé la recherche de bienveillance, le respect des attentes et interrogations de l'E3C et la vigilance quant à son ressenti au sein du rôle de MSU et d'évaluateur. Ils ont ensuite évoqué en quoi la feuille d'aide à la FENCIS allait à l'encontre de cette ligne directrice, parfois forts d'expériences négatives les ayant conduits à développer une crainte d'évaluer au niveau novice, l'éviter et parfois même s'en interdire l'utilisation. Ils ont justifié ce sentiment par une négation omniprésente et des formulations dévalorisantes, davantage relatives à une incompétence ne laissant même pas percevoir une potentielle évolution plus qu'à des compétences naissantes que peut présenter un E3C en début de formation.

Plusieurs MSU ont évoqué la connotation péjorative du terme novice en particulier, mais les avis ont semblé partagés puisque d'autres MSU pensaient au contraire qu'il s'agissait d'un terme bienveillant et pédagogique.

En fin de FG, ils ont eux-mêmes évoqué les changements qui pourraient rendre le niveau novice plus facilement utilisable, avant de recevoir la version expérimentale de la feuille d'aide avec pour consigne de l'utiliser sur l'année qui suit en vue des seconds FG.

Lors de cette seconde série de FG, les MSU ont tout d'abord fait part de leur satisfaction quant au fait d'avoir été stimulés au sujet de la feuille d'aide de la FENCIS. Le fait d'avoir débattu autour de celle-ci et d'avoir eu pour consigne explicite d'expérimenter la nouvelle version expérimentale a engendré un sursaut d'intérêt pour celle-ci à leur égard, leur rappelant les intérêts pédagogiques que son utilisation pouvait avoir.

Les modifications effectuées sur la version expérimentale ont été accueillies favorablement à l'unanimité. De façon objective, plusieurs MSU qui n'utilisaient pas le niveau novice auparavant, ont déclaré avoir été aptes à l'utiliser en se référant à la version expérimentale. De plus, d'autres MSU qui ont déclaré ne pas avoir davantage utilisé le niveau novice, ont admis que sa reformulation avait eu un intérêt pédagogique important en ayant permis une ouverture de la discussion avec l'E3C quant à son évaluation. Ils évoquent une description moins brutale, permettant à la fois de renforcer le climat général de bienveillance recherché pendant l'évaluation et de relégitimer les niveaux intermédiaire et compétent au sein d'une courbe de progression plus équilibrée qui était auparavant binaire en excluant d'office le niveau novice.

Bien qu'admettant une nette amélioration de la version expérimentale de la feuille d'aide, ils ont eu le sentiment que celle-ci était encore perfectible. Ils estiment que certaines formulations sont encore un peu abruptes et jugent nécessaire de poursuivre les modifications effectuées, soit user de termes moins péjoratifs, alléger la négation et supprimer les superlatifs. Ils suggèrent également d'utiliser davantage de formulations conditionnelles, pouvant certes faire le constat d'une compétence non encore présente sans donner le sentiment qu'elle ferme l'opportunité de la développer.

Tout comme à la fin de la première série de FG, ils ont clos la seconde en réitérant les difficultés qu'ils éprouvaient face à des compétences dont la description des niveaux inclut parfois de nombreuses composantes différentes, les conduisant souvent à ne pas respecter cette notation en 3 niveaux. Ils ont donc à nouveau manifesté leur volonté de voir apparaître un système de notation plus large et plus progressif permettant de nuancer davantage les compétences de l'E3C.

Ce travail de recherche a donc permis de confirmer le présupposé de recherche précédemment mentionné. La rédaction d'une nouvelle feuille d'aide au remplissage de la FENCIS prenant en compte les remarques des MSU a été accueillie favorablement par ces derniers, qui jugent tout de même que les changements effectués vont dans le bon sens mais sont encore insuffisants et donc à poursuivre.

3. Importance de la formation des MSU et de la mise à disposition d'outils adaptés

Bien que ce travail ait été effectué sur un échantillon de MSU de représentativité limitée puisque naturellement composé de ceux sensibilisés et attentifs à l'évaluation de l'E3C, il a été intéressant de constater que le fait de participer à ce travail a suscité un regain d'intérêt et d'assiduité des MSU pour l'évaluation de l'E3C et l'utilisation de la FENCIS. Plusieurs d'entre eux ont déploré le fait que d'autres MSU n'y accordent que peu d'intérêt et réalisent une évaluation « au jugé », sans support. Une proposition de la part d'un MSU mentionnant même la nécessité de la présence d'un MSU formé à la FENCIS par trio, qui serait garant du respect de la procédure d'évaluation de l'E3C, est intéressante car elle traduit indirectement le sentiment des MSU de ne pas être assez formés et sensibilisés à l'évaluation de l'E3C. Le risque pour autant d'avoir un seul MSU « formé » à la fiche FENCIS serait que les autres se détachent de cet aspect évaluateur, or il est indispensable à la fonction de MSU. Il pourrait ainsi être utile de rappeler aux MSU, qui reconnaissent cependant l'intérêt d'un support d'évaluation standardisé, que l'évaluation de l'acquisition des compétences n'est possible que lorsqu'il est possible de documenter un parcours de développement, qui nécessite donc d'avoir déterminé au préalable des étapes ou des phases de développement de ces compétences(14), bien qu'il n'existe à ce jour guère de modèle d'évaluation établi et universellement accepté permettant l'évaluation de compétences complexes. (15)

Enfin, il a été intéressant de constater que même après modification des énoncés, plusieurs MSU restent mal à l'aise à l'idée d'évaluer un E3C comme novice, principalement par peur de l'impact négatif sur le ressenti de l'interne, qui sont eux-mêmes parfois sceptiques quant à son utilité, la réduisant à sa fonction sanctionnante (16) alors qu'ils attendent de l'évaluation un

moment de partage et un échange global sur leur pratique, et non pas une évaluation de leurs compétences (17,18,19). Ce phénomène invite aussi à mettre en relation le désir de bienveillance des MSU avec le domaine de la psychologie positive, qui s'intéresse aux individus qui vont bien et s'épanouissent, appliquée à l'enseignement. En effet, si les MSU peuvent puiser un sens dans le fait qu'ils sont les principaux acteurs dans le développement des E3C, certains d'entre eux développent aussi un sentiment d'efficacité personnelle les poussant à vouloir motiver l'E3C et favoriser son apprentissage. Ce sentiment de satisfaction est renforcé lorsqu'ils parviennent à mener un E3C à progresser et à se dépasser. En ce sens et afin de maintenir l'intérêt et la motivation de l'E3C, ils ont tendance à se focaliser davantage sur les progrès que sur les résultats lointains avec également pour but de rassurer ceux ayant une faible estime personnelle, les poussant à persévérer et réussir. (20)

Ces résultats permettent de dégager deux axes de travail à privilégier afin de tendre vers une évaluation de l'E3C la plus fidèle et pédagogique possible.

Le premier concerne la formation des MSU au rôle d'évaluateur qu'ils incarnent. En effet, si les principales motivations à le devenir sont notamment de valoriser la médecine générale ambulatoire, de donner l'envie d'exercer en soins primaires ou encore de transmettre un savoir (21), ce rôle est indissociable de celui d'évaluateur. Il est établi que la formation pédagogique régulière des maîtres de stage a un effet bénéfique notable sur la formation de l'E3C encadré (22). Il est donc possible de s'interroger sur la pertinence d'effectuer un rappel périodique des modalités d'évaluation de l'E3C et d'usage de la FENCIS, par exemple lors des journées de formations annuelles des MSU proposées par les enseignants du département de médecine générale de l'Université d'Angers.

Le second concerne donc l'outil d'évaluation en lui-même, qui doit pouvoir être utilisé avec aisance par le MSU et reçu ouvertement par l'E3C. En ce sens, S. Gachoud et al présentent des principes de communication à appliquer pour améliorer la qualité de l'interaction au cours de l'évaluation. Le contenu doit être formulé de façon non évaluative, sans jugement de valeur sur la personnalité. Il cherche à expliquer ce qui a été bien fait et ce qui doit être perfectionné. L'évaluation positive est primordiale : elle renforce et donne confiance. Le correctif informe et permet de s'améliorer. Il faut éviter l'usage du « mais » pour passer du positif au correctif, qui a tendance à dévaloriser, voire annuler, la partie positive qui est alors perçue comme un enrobage artificiel pour adoucir une critique. Le MSU doit solliciter l'E3C pour qu'il soit à l'origine d'une auto-évaluation de sa performance, permettant d'axer l'échange sur les points que l'E3C juge lui-même importants, ce qui l'implique davantage dans le processus d'amélioration. (23)

CONCLUSION

Si les modifications effectuées sur la feuille d'aide à la FENCIS et étudiées ici ont été bien accueillies, et pourraient donc être diffusées à plus grande échelle, il est pertinent de les poursuivre. Une proposition de travail ultérieur pourrait être de retravailler en profondeur cette feuille d'aide, dans la continuité des résultats de cette étude et prenant en compte les principes de communication précédemment décrits. Une recherche pourrait également être faite concernant un remaniement intégral de la grille elle-même. Le découpage des compétences génériques en sous-parties plus précises pourrait guider le MSU et l'E3C dans l'évaluation, avec une réflexion sur une demande d'auto-évaluation préalable systématique de l'E3C à réaliser avant les réunions d'évaluation de son stage. Par ailleurs une poursuite du travail sémantique vers une description de niveaux « en cours d'acquisition », avec une échelle visuelle continue pourrait être à étudier. Ces refontes de l'outil d'évaluation ne peuvent suffire à elles-mêmes et doivent s'accompagner d'une formation adéquate et régulière des MSU qui sont amenés à l'utiliser.

Une réflexion pourrait être menée sur l'information large des E3C et des MSU sur la conduite à tenir dans le cas d'E3C en difficultés ou présentant une compétence repérée comme insuffisante par les MSU dans un ou plusieurs domaines. Une proposition de soutien par l'équipe enseignante facultaire fléchée et écrite sur cette fiche d'évaluation pourrait aider les MSU à évoquer les problématiques repérées avec l'E3C en leur permettant de conserver la bienveillance qui leur tient à cœur afin de lui proposer une aide immédiate. Un travail parallèle pourrait aussi avoir lieu afin de recueillir le ressenti des E3C quant à leur évaluation et l'usage de la FENCIS.

BIBLIOGRAPHIE

- (1) Arrêté du 12 avril 2017 portant organisation du troisième cycle des études de médecine (s. d.). Consulté le 30 décembre 2022.
- (2) Proposition du CNGE pour la nouvelle maquette du DES de médecine générale ». Consulté le 6 novembre 2022.
https://www.cnge.fr/la_pedagogie/proposition_du_cnge_pour_la_nouvelle_maquette_du_d/.
- (3) Mauff, Pierre Le, Philippe Bail, François Gargot, François Garnier, Hervé Guyot, Charles Honnorat, et Jean-François Huez. « L'évaluation des compétences des internes de médecine générale », s. d., 7.
- (4) Clément Conan, Flavie Granier, Marie Flori. « L'approche par compétences et les internes de médecine générale »
- (5) Tardif J, Fortier G, Préfontaine C. L'évaluation des compétences: documenter le parcours de développement. Montréal, Canada: Chenelière-éducation, DL 2006, 2006.
- (6) Guide de l'apprentissage par compétences, Ou comment mieux appréhender les évaluations du DES de médecine générale. ISNAR-IMG; 2013.
- (7) Définitions et descriptions des compétences en médecine générale Laurence Compagnon¹, Philippe Bail², Jean-François Huez³, Bertrand Stalnikiewicz⁴, Christian Ghasarossian⁵, Yves Zerbib⁶, Claude Piriou⁷, Émilie Ferrat¹, Samuel Chartier¹, Julien Le Breton¹, Vincent Renard¹, Claude Attali¹ *exercer* 2013;108:148-55.
- (8) Matthieu Ariza, Julie Chastang, Charlotte Grimault, Laurence Compagnon. Élaboration d'un outil d'évaluation des compétences de la phase socle chez les internes de médecine générale. *Exercer*, 2019, 156. (hal-04548718)
- (9) Ariza, M, C Lajzerowicz, R Onaisi, A Hofferer, J Macabrey, et A Rabiaza. « ELABORATION D'UN OUTIL D'ÉVALUATION DES COMPÉTENCES EN FIN DE TROISIÈME CYCLE DE MÉDECINE GÉNÉRALE ». *EXERCER* 33, no 185 (1

septembre 2022): 327-31.

<https://doi.org/10.56746/EXERCER.2022.185.327>.

- (10) Aide à l'évaluation des compétences de l'interne. Département de Médecine Générale - Angers.
- (11) Coralie, SOYER. « Intérêt de la Fiche d'Evaluation des Niveaux de Compétences de l'Interne en Stage (FENCIS) pour la construction des compétences professionnelles », s. d., 133.
- (12) Provencher, Gérard. « Les habiletés pour une communication pédagogique efficace chez les maîtres de l'enseignement professionnel ». Revue des sciences de l'éducation 9, no 3 (4 novembre 2009): 419-31.
<https://doi.org/10.7202/900423ar>.
- (13) Bosc-Miné, Christelle. « Caractéristiques et fonctions des feed-back dans les apprentissages ». L'Année psychologique 114, no 2 (2014): 315-53.
<https://doi.org/10.4074/S000350331400205X>.
- (14) Tardif, J., & Dubois, B. (2013). Evaluation et enseignement : pour quels objectifs ? par quels moyens ? Revue française de linguistique appliquée, (Vol. XVIII), 29-45.
- (15) de Ketele, J.-M., & Gerard, F.-M. (2005). La validation des épreuves d'évaluation selon l'approche par les compétences. Mesure et évaluation en éducation, Volume 28(Number 3).
- (16) Soyer C. Intérêt de la Fiche d'Evaluation des Niveaux de Compétences de l'Interne en Stage (FENCIS) pour la construction des compétences professionnelles ; 2017.
- (17) Van Cleef A, Mauduit J, Vanwassenhove L, Prott F. Utilisation du cadre pédagogique du stage de médecine générale de niveau 1 Qu'en disent les internes et leurs maîtres de stage ? Exercer. 2018;146:374-7
- (18) Chambefort C. et Sarfati S. Le stage chez le praticien de premier niveau en troisième cycle de médecine générale à Grenoble : entre attentes et réalités. Thèse de médecine. Université de Grenoble ; 2008.
- (19) Teunissen P, Stapel D, Van der Vleuten A, Scherpbier A. Who Wants Feedback? An Investigation of the Variables Influencing Residents' Feedback-Seeking Behavior in Relation to Night Shifts. Academic medicine : journal of the Association of American Medical Colleges. 2009.

- (20) Goyette, N. (2014). LE BIEN-ÊTRE DANS L'ENSEIGNEMENT : ÉTUDE DES FORCES DE CARACTÈRE CHEZ DES ENSEIGNANTS PERSÉVÉRANTS DU PRIMAIRE ET DU SECONDAIRE DANS UNE APPROCHE AXÉE SUR LA PSYCHOLOGIE POSITIVE [Thèse de Doctorat non publiée]. Université du Québec.
- (21) Julien ALLAINMAT, Mathilde FOULQUES, Aurélie TARDY. MOTIVATIONS ET FREINS DES MEDECINS GENERALISTES A DEVENIR MAITRE DE STAGE : ETUDE AUPRÈS DE 382 MÉDECINS DU MAINE ET LOIRE, DE LA MAYENNE ET DE LA SARTHE. 2014.
- (22) Renoux C. Influence de la formation pédagogique continue des Maîtres de stage SASPAS sur la qualité de l'encadrement des internes pour la période de novembre 2011 à mai 2015ns du Maine et Loire, de la Mayenne et de la Sarthe. 2017.
- (23) Gachoud D, Félix S, Monti M. Stratégies de communication au service de la formation : quelques outils pratiques. Rev Med Suisse. 2015;11. 2058-2063.

LISTE DES FIGURES

Figure 1 : Maquette du DES de médecine générale depuis sa réforme de 2017	2
Figure 2 : Marguerite des compétences de l'E3C en médecine générale	3

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1 : Caractéristiques des participants des FG 10

TABLE DES MATIÈRES

RÉSUMÉ	1
INTRODUCTION	2
MÉTHODES	6
RÉSULTATS	9
1. Description des FG.....	9
2. Caractéristiques des participants	10
3. Résultats de la première série de FG	11
3.1. Un rôle d'évaluateur bienveillant	11
3.1.1. Des circonstances particulières	11
3.1.2. Décision de groupe	13
3.1.3. Attentes et interrogations de l'E3C	14
3.1.4. Ressenti de l'E3C	15
3.2. Un outil jugé inadapté	16
3.2.1. Recours à la FENCIS	16
3.2.2. Des difficultés d'utilisation.....	16
3.2.3. Une peur du niveau novice	20
3.2.4. Un usage précautionneux du niveau novice	24
3.2.5. Des termes péjoratifs	26
3.3. Des pistes d'amélioration	28
4. Résultats de la seconde série de FG (après un an d'utilisation de la version remaniée de la fiche d'aide au remplissage de la FENCIS)	32
4.1. Un outil rendu meilleur.....	32
4.1.1. Un intérêt renouvelé	32
4.1.2. Une ouverture à la discussion permise par le niveau novice	35
4.1.3. Une bienveillance renforcée permettant un meilleur ressenti de l'E3C.....	37
4.2. ...mais encore perfectible.	39
4.2.1. Des critiques persistantes	39
4.2.2. Une difficulté à trancher	43
DISCUSSION	45
1. Choix de la méthode	45
2. Confirmation des présupposés	47
3. Importance de la formation des MSU et de la mise à disposition d'outils adaptés.....	50
CONCLUSION	53
BIBLIOGRAPHIE	54
LISTE DES FIGURES	57
TABLE DES MATIÈRES	59
ANNEXES	I

ANNEXES

Annexe I : Document d'information envoyé aux MSU



DOCUMENT D'INFORMATION

Nous vous proposons de participer à une étude en pédagogie médicale, pour notre travail de thèse. Les investigateurs sont M. Timothé Bonhomme et Me Juliette Raber, internes en 3ème semestre de médecine générale à la faculté d'Angers.

Cette thèse est dirigée par les Docteurs Judalet Ghislaine et Guelff Jessica, médecins généralistes, maîtres de conférences associées au DMG d'Angers.

Procédure de l'étude :

Vous vous entretiendrez avec les investigateurs de la recherche au cours d'un entretien collectif (FG) lors de votre journée de formation annuelle.

Celui-ci vise à recueillir votre avis concernant l'un des outils pédagogiques à votre disposition. Cet entretien sera audio-enregistré.

L'étude ne présente aucun risque, aucun geste technique n'est pratiqué, aucune procédure diagnostique ou thérapeutique n'est mise en œuvre.

Votre participation à l'étude est entièrement volontaire, vous pourrez mettre fin à l'entretien à tout moment.

Nous vous proposerons à la fin de l'entretien un repas, offert.

Vos données personnelles seront anonymisées et leur identification codée afin de pouvoir les inclure dans l'analyse des résultats de la recherche. Seules les personnes impliquées dans cette étude : les deux investigateurs et les directrices de thèse auront accès aux données, dans le respect du secret professionnel.

Cette étude a fait l'objet d'une déclaration à la CNIL, dans le cadre du Règlement Général sur la Protection des Données (RGPD). Vous disposez d'un accès à vos données et vous pouvez demander à les modifier à tout moment ou retirer votre consentement. Vous pouvez également vous opposer à la transmission de données couvertes par le secret professionnel.

Adresse mail de contact : these.pedagogie.angers@gmail.com

Si vous acceptez de participer à cette étude, merci de compléter et signer le formulaire de consentement page suivante.

Merci à vous !

Me Raber, M. Bonhomme



FORMULAIRE DE CONSENTEMENT

J'ai été sollicité(e) pour participer au projet de recherche en santé, avec un temps suffisant pour réfléchir à ma participation à cette étude.

J'ai été prévenu(e) que ma participation à l'étude se faisait sur la base du volontariat et ne comportait pas de risques particuliers.

Je peux décider à tout moment de me retirer de l'étude, sans donner de justification et sans que cela n'entraîne de conséquences.

Si je décide de me retirer de l'étude, j'en informerai immédiatement les investigateurs.

J'ai été informé(e) que les données colligées durant l'étude resteront confidentielles, anonymisées et seront seulement accessibles à l'équipe de recherche.

J'accepte que mes données personnelles ci-dessous soient numérisées dans le strict cadre de la loi informatique et liberté.

J'ai été informée de mon droit d'accès à mes données personnelles et à la modification de celles-ci.

Je consens à ce que l'entretien soit en audio-enregistré.

Mon consentement n'exonère pas les organisateurs de leurs responsabilités légales. Je conserve tous les droits qui me seront garantis par la loi.

Nom et prénom :

Âge :

Année de thèse :

Lieu d'exercice (urbain/rural/semi-rural) :

Début d'exercice du rôle de MSU :

Date : / /

Signature :

Guide d'entretien :

Ressenti des médecins généralistes concernant la feuille d'aide au remplissage de la FENCIS et impact de la formulation des différents niveaux de compétences sur l'évaluation des internes.

- 1) Comment réalisez-vous l'évaluation de votre interne en stage ?
 - Présentiel ou distanciel ?
 - Utilisation d'un support ?
- 2) A quel moment et comment utilisez-vous la fiche FENCIS ?
 - Comment déterminez-vous les niveaux de compétence ?
 - Avec ou sans auto-évaluation de l'interne ?
 - Ou utilisation de la feuille d'aide au remplissage ?
- 3) Quel est votre ressenti général sur la feuille d'aide au remplissage de la FENCIS ?
 - Utile ? Inutile ?
 - Pertinente ? Inadaptée ?
 - Facile d'utilisation ou peu pratique ?
- 4) Que pensez-vous de la description des différents niveaux de compétences sur la feuille d'aide au remplissage de la FENCIS ?
 - Usage à titre indicatif, ou suivi à la lettre ?
 - Comment vous décidez-vous lorsque vous hésitez entre 2 niveaux ?
 - Vous dissuade-t-elle de cocher un niveau ou au contraire vous convainc-t-elle d'en cocher un ? si oui pourquoi (ressenti interne etc.)
 - Quel est votre ressenti plus spécifiquement sur le niveau novice ?
- 5) Lorsque vous considérez un interne novice comment faites-vous pour lui exprimer ?
 - Est-ce difficile d'attribuer ce niveau et pour quelles raisons ?
 - Quelles questions vous posez-vous concernant le ressenti de l'interne si évalué novice ?
- 6) De manière générale, quelles critiques pourriez-vous émettre quant à la formulation de la description du rang novice concernant les différentes compétences ?
 - Y a-t-il des compétences en particulier qui vous posent problème concernant les descriptions du niveau novice ? Si oui lesquelles ? Et pourquoi ?
 - Avez-vous des propositions de reformulation qui sembleraient plus adaptées à la description du niveau novice pour cet item qui vous pose problème ?

Annexe IV : Guide d'entretien N°2

Guide d'entretien 2 :

Ressenti des médecins généralistes concernant la feuille d'aide au remplissage de la FENCIS et impact de la formulation des différents niveaux de compétences sur l'évaluation des internes.

- 1) Comment avez-vous utilisé la nouvelle feuille d'aide au remplissage de la FENCIS ?
 - Cette nouvelle version a-t-elle modifié la façon dont vous réalisez l'évaluation de votre interne ?
 - Quid de l'auto-évaluation ? Quelle utilisation faites-vous de l'auto-évaluation ?
- 2) Quel a été votre ressenti concernant cette nouvelle version ?
 - Niveau novice en particulier ?
 - Plus en accord ?
 - Bienveillance ?
 - Moins péjoratif ?
- 3) Que vous ayez utilisé ou non le niveau novice, cela a-t-il modifié les discussions que vous pouviez avoir avec votre interne, si oui en quoi ?
 - Ressenti de l'interne lorsque évalué novice ?
- 4) Certaines formulations du niveau novice vous posent-elles encore problème ?

Annexe V : FENCIS



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



FICHE D'ÉVALUATION DES NIVEAUX DE COMPETENCES DE L'INTERNE EN STAGE (FENCIS)

Nom et Prénom de l'interne	
Semestre d'internat (à entourer)	1 ou 2
Période (à compléter)	Novembre 201.... à Avril 201.... ou Mai 201.... à Octobre 201....

<p style="text-align: center;">STAGE HOSPITALIER</p> <p style="text-align: center;"><u>AUX URGENCES</u></p> <p>Etablissement :</p> <p>Nom et Prénom du Chef de Service :</p> <p>Nom et Prénom du Maître de stage hospitalier :</p>	<p style="text-align: center;">STAGE AMBULATOIRE</p> <p style="text-align: center;"><u>MG NIVEAU 1</u></p> <p>Nom et Prénom du Maître de stage ambulatoire responsable :</p> <p>Autres maîtres de stage (Nom et Prénom) :</p>
---	--

Avis du chef de service ou des 2 ou 3 maîtres de stage universitaires :

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(s) et cachet(s) du(des) Maître(s) de stage ou MSU :

Commentaires : par le chef de service/ MSU :

Conseils pédagogiques pour la suite par le chef de service /MSU :

Validation institutionnelle

Stage validé : ☐ oui ☐ non
 Participation aux 2 rencontres de tutorat : ☐ oui ☐ non
 Participation à au moins un cours de module A : ☐ oui ☐ non
 Réalisation du stage de prise en compte de la souffrance psychique : ☐ oui ☐ non



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



UFR SANTÉ

ÉVALUER LES COMPÉTENCES DE L'INTERNE

Nom et Prénom de l'interne	
-----------------------------------	--

	Sans objet pour ce stage	Évaluation 1 (mi- stage)			Évaluation 2 (fin stage)		
		Novice	Intermédiaire	Compétent	Novice	Intermédiaire	Compétent
Premier recours, urgences							
Présente des aptitudes diagnostiques							
Présente des aptitudes thérapeutiques							
Présente des aptitudes à gérer l'urgence/les soins non programmés							
Est capable d'exécuter avec sécurité les gestes techniques les plus fréquents en MG (voir liste du DMG)							
Approche globale, prise en compte de la complexité							
Prend en compte la globalité du patient (données biomédicales, psychologiques, sociales, administratives, etc.)							
Est capable de synthétiser les données recueillies							
Éducation, dépistage, prévention, santé individuelle et communautaire							
Propose des actions de prévention et y participe							
S'implique dans le projet de soin du patient (en particulier l'éducation thérapeutique)							
Participe aux actions de santé publique qui impliquent son unité de stage							
Continuité, suivi et coordination des soins							
Participe à l'organisation du suivi du patient							
Vérifie que la transmission est faite entre les différents intervenants							
S'implique dans la tenue et le suivi des dossiers							
Relation, communication, approche centrée patient							
S'implique dans la relation ^{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							

Commentaire de l'interne sur son évaluation :

--

Signature de l'interne :

Annexe VI : Feuille d'aide au remplissage de la FENCIS, version actuelle



DES DE MÉDECINE GÉNÉRALE - ANGERS



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 ; 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.

- *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 maltraitance 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 maltraitance et autonomie du patient)

Annexe VII : Feuille d'aide au remplissage de la FENCIS, version recherche



DES DE MÉDECINE GÉNÉRALE - ANGERS



Aide au remplissage Fiche FENCIS : **VERSION SPECIFIQUE : TRAVAIL DE RECHERCHE**

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

I - Premier recours, urgences

- *Présente des aptitudes diagnostiques*

NOV Examen clinique inadapté au problème posé : il manque de précisions ou trop superficiel vis-à-vis de la pathologie du patient ; Connaissances limitées et / ou mal organisées des maladies fréquentes / exemplaires et de leurs diagnostics. Le lien entre les données recueillies et la pathologie est difficile à mettre en place. Nécessité de développer la capacité diagnostique, souvent faible.

INT Examen assez précis, tentant de s'adapter au problème posé ; Connaissances des maladies et de leurs diagnostics régulièrement incomplètes, nécessitant un travail d'organisation ; 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. Repère des motifs cachés de consultation. Connaissances des maladies et de leurs diagnostics approfondis, bien utilisés. Bonne analyse des données recueillies. Capable d'évoquer les hypothèses diagnostiques.

- *Présente des aptitudes thérapeutiques*

NOV Connaissance imprécise des traitements courants ; Prise en compte très limitée du rapport bénéfice /risque et de l'inconfort liés aux prescriptions.

INT Connaissances des traitements courants à approfondir pour être à l'aise ; prise en compte non systématique 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 Prise en charge des urgences prévalentes insuffisante ou non totalement adaptées. 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 et de s'organiser.

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



Aide au remplissage Fiche FENCIS :
VERSION SPECIFIQUE : TRAVAIL DE RECHERCHE

II- Approche globale, prise en compte de la complexité

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

NOV Décision négligeant la prévalence ou la gravité, uniquement basée sur une démarche bioclinique, intégrant assez rarement 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 souvent des observations imprécises. Des données attendues importantes sont régulièrement manquantes et/ou elles sont mal hiérarchisées.

INT Organise les données de ses observations : tente de les hiérarchiser et les adapter aux problèmes du patient.

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

III- Éducation, dépistage, prévention, santé individuelle et communautaire

- *Propose ou participe à des actions de prévention*

NOV L'intégration de la prévention et du dépistage sont peu présentes dans les consultations. Répond seulement 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, explications claires et intelligibles données aux patients.

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

NOV L'éducation du patient est le plus souvent occultée, les informations données sont inexistantes ou inadaptées. Les représentations, les possibilités ou l'avis du patient sont peu interrogés. Les objectifs sont donnés sans explications ni négociation. Les capacités et les apprentissages du patient sont méconnus.

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

COMP Intègre 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 L'implication spontanée est inexistante 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.



Aide au remplissage Fiche FENCIS :
VERSION SPECIFIQUE : TRAVAIL DE RECHERCHE

IV- Continuité, suivi et coordination des soins

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

NOV La continuité des soins est ignorée, reste centré sur le problème ponctuel, la planification des étapes du suivi est manquante. Le bénéfice pour le patient des ressources des autres professionnels de santé est occulté.

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 Difficultés à travailler en équipe, et à communiquer efficacement avec les intervenants extérieurs dans l'intérêt du patient.

INT Communique de façon adaptée les éléments qui lui semblent importants aux membres de l'équipe de soins.

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 sont incomplets (il peut manquer en fonction des situations les ATCD, la profession, le 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 essentiels requis mais peuvent être manquants dans certaines situations.

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

V- 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 Est souvent en difficultés dans ses rapports avec le patient, réalise des entretiens incomplets ou superficiels, non orientés par les problèmes posés. Coupe rapidement la parole, l'incitation à la reformulation ou l'aide à l'expression du patient sont peu utilisées. Le retentissement des plaintes dans la vie du patient est ignoré.

INT A de bons rapports avec les patients, tente de construire son entretien en fonction des problèmes posés, commence à structurer cet entretien, attitude d'écoute adaptée.

COMP A de bons rapports avec les patients. 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.



Aide au remplissage Fiche FENCIS :
VERSION SPECIFIQUE : TRAVAIL DE RECHERCHE

- *Avec la famille*

NOV En difficultés dans les rapports avec la famille des patients. Le secret médical en cas de maladie lui semblant bénigne peut être enfreint. L'influence de la famille dans sa décision est méconnue.

INT A de bons rapports avec les familles ; Communique sur les pathologies du patient en opposant le secret médical si cela lui semble nécessaire. Sait que les proches peuvent influencer dans la décision.

COMP Communique avec aisance 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/ou 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 Le média et la méthode de communication sont identiques quel que soit le professionnel. Le respect du secret médical comme un paramètre de la communication est le plus souvent occulté.

INT Communique facilement avec les autres professionnels mais n'arrive pas à apprécier en totalité 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 systématique du secret médical.

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

NOV Absence d'explications envers le patient, ou utilise un langage trop médical et ses décisions peuvent rester inintelligibles pour le patient. L'avis de ce dernier est méconnu. Est en difficultés face à un patient peu réceptif / compliant.

INT Tente de mettre son vocabulaire à la portée du patient, évite le jargon médical, questionne régulièrement l'avis du patient. Tente de s'adapter face à un patient peu réceptif / compliant.

COMP Utilise un langage clair et adapté au patient, vérifie la bonne compréhension du patient et intègre son avis. Bonne adaptation face à un patient peu réceptif / compliant.

- *Est capable d'annoncer une nouvelle grave*

NOV En difficultés à l'idée d'effectuer cette annonce ; l'empathie et l'écoute attentive sont faibles, manque de technique communicationnelle ; Peut être brutal / maladroit dans son annonce, les signes non verbaux du patient sont méconnus.

INT Prend du temps pour faire son annonce et tente de rester empathique face à la mobilisation de ses propres émotions et de celles du patient. Communication douce.

COMP Communique de façon adaptée cette nouvelle grave au patient, prend son temps. 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.



VI- Professionalisme

- *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 systématiquement 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 et envers les supervisions proposées. Faible capacité de lecture critique des données et d'analyse de ses besoins de formation. Les prescriptions pédagogiques restent souvent sans suite.

INT Intéressé par l'acquisition des connaissances sans pour autant toujours mettre en œuvre des stratégies de recherche adéquates. Motivé lors des supervisions et analyse ses besoins de formation.

COMP 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. Se saisit des supervisions pour améliorer son niveau de compétences.

- *Autonomie / Prise de responsabilité*

NOV Le questionnement sur sa pratique est faible, en difficulté pour s'autoévaluer, manque de réflexivité. Ses limites sont ignorées, 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, arrive à s'auto-évaluer de façon globalement adaptée.

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. Très bonne adaptabilité.

- *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, empathique avec les patients.

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 VIII : Retranscription des focus group

Lien Google Drive :

<https://drive.google.com/drive/folders/1Ao6qiGOY4XVx2oXYrNvYFRzIzb9ueO0y?usp=sharing>

Ressenti des médecins généralistes concernant l'aide au remplissage de la FENCIS et impact de la formulation des différents niveaux de compétence sur l'évaluation des internes

RÉSUMÉ

Introduction : L'évaluation des niveaux de compétence de l'E3C de médecine générale lors de ses stages ambulatoires est primordiale. A Angers, il existe une fiche d'évaluation : la FENCIS, qui est accompagnée d'une fiche d'aide au remplissage. Les maîtres de stage universitaires de médecine générale ont fait part de leur utilisation complexe de cette aide, notamment concernant le niveau novice dont ils jugent la description négative et péjorative et donc délétères pour l'interne.

Objectif principal : Recueillir l'opinion des MSU concernant cette feuille d'aide avant et après une modification de la rédaction de cette fiche. L'objectif secondaire est centré sur l'étude du ressenti vis-à-vis du niveau novice.

Méthode : Étude qualitative par focus group auprès de maîtres de stages universitaires encadrant un E3C en médecine générale en stage praticien niveau 1 ou en stage femme-enfant ambulatoire. Réalisation de 2 focus group en 2023 afin de recueillir l'opinion des MSU sur la feuille d'aide en vigueur, puis réalisation de 2 focus group en 2024 afin de recueillir leur opinion après 1 an d'usage d'une nouvelle version de la feuille d'aide rédigée de façon moins négative.

Résultats : Les MSU ont apprécié les modifications apportées sur la feuille d'aide au remplissage de la FENCIS, permettant une utilisation plus facile du niveau novice et une ouverture de la discussion pédagogique. Les modifications sont toutefois insuffisantes et à poursuivre.

Discussion : La persistance de la réticence des MSU à évaluer un E3C comme novice invite à mettre en relation la relation MSU/E3C avec la psychologie positive appliquée à l'enseignement ainsi que la communication positive dont doit s'inspirer la feuille d'aide. Il paraît aussi intéressant de rappeler périodiquement aux MSU l'intérêt pédagogique d'une évaluation fiable et standardisée de l'E3C et les conditions de bonne réalisation dont elle dépend.

Mots-clés : évaluation de l'E3C en médecine générale ; approche par compétence ; FENCIS ; pédagogie en santé ; psychologie positive ; focus group ; maître de stage universitaire ;

Comments from general practitioners regarding help in completing the FENCIS and impact of the formulation of different skill levels on the evaluation of interns

ABSTRACT

Introduction : The assessment of the skill levels of the general medicine student during their outpatient training is essential. In Angers, there is an evaluation sheet: the FENCIS, which is accompanied by a completion assistance sheet. University general medicine internship supervisors expressed their complex use of this aid, particularly regarding the novice level, the description of which they consider negative and pejorative and therefore harmful for the intern.

Main Research Objective : Collect the opinion of internship supervisors regarding this help sheet before and after a modification to the wording of this sheet. The secondary objective is centered on the study of feelings towards the novice level.

Method : Qualitative study by focus group with university internship supervisors supervising an intern in general medicine in level 1 practitioner internship or in outpatient woman-child internship. Carrying out 2 focus groups in 2023 in order to collect the opinion of internship supervisors on the current help sheet, then carrying out 2 focus groups in 2024 in order to collect their opinion after 1 year of use of a new version of the help sheet written in a less negative way.

Results : The internship supervisors appreciated the modifications made to the FENCIS filling out sheet, allowing easier use of the novice level and opening up the educational discussion. The modifications are, however, insufficient and must be continued.

Discussion : The persistence of the reluctance of internship supervisors to evaluate an intern as a novice invites us to relate the supervisor/intern relationship with positive psychology applied to teaching as well as the positive communication which should inspire the help sheet. It also seems interesting to periodically remind supervisors of the educational benefit of a reliable and standardized evaluation of the intern and the conditions for successful completion on which it depends.

Keywords: evaluation of the intern in general medicine ; competency-based approach ; FENCIS ; health education ; positive psychology ; focus group ; university internship supervisor