

UNIVERSITÉ DE NANTES

FACULTÉ DE MÉDECINE

Année : 2020-2021

N°

THÈSE

pour le

DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE

(DES de MÉDECINE GÉNÉRALE)

par

Morgane GARCIA

Présentée et soutenue publiquement le 12 janvier 2021

**COMMENT LES MAÎTRES DE STAGE UNIVERSITAIRES PERÇOIVENT-ILS LE
NOUVEAU RÉFÉRENTIEL D'ÉVALUATION DES INTERNES EN FIN DE
PREMIÈRE ANNÉE DU D.E.S. DE MÉDECINE GÉNÉRALE ?**

Enquête auprès des MSU ambulatoires de Loire-Atlantique/Vendée, portant sur trois
compétences de la phase socle

Président du jury : Monsieur le Professeur Pierre POTTIER

Directrice de thèse : Madame le Docteur Charlotte GRIMAULT

Membres du jury : Monsieur le Docteur Laurent BRUTUS

Monsieur le Professeur Nicolas HOMMEY

REMERCIEMENTS

À **Monsieur le Professeur Pierre POTTIER**, merci pour votre investissement dans la pédagogie des étudiants en médecine. Vous me faites l'honneur de présider ce jury, veuillez trouver ici toute l'expression de ma gratitude.

À ma directrice de thèse, **Madame le Docteur Charlotte GRIMAULT**, merci d'avoir accepté de me diriger tout au long de ce travail. Merci pour ton investissement, ton aide et tes conseils précieux.

À **Monsieur le Docteur Laurent BRUTUS**, merci de m'avoir confié ce sujet et de m'avoir guidée tout au long de sa réalisation.

À **Monsieur le Professeur Nicolas HOMMEY**, merci de m'avoir guidée au lancement de ce projet de thèse. Tu me fais l'honneur d'être membre de ce jury, puisses-tu trouver ici l'expression de ma reconnaissance.

TABLE DES MATIÈRES

ABRÉVIATIONS	5
INTRODUCTION	6
1. Le Diplôme d'Etudes Spécialisées de médecine générale	7
1.1. Objectifs généraux de la formation.....	7
1.2. Origines du Diplôme d'Etudes Spécialisées de Médecine Générale	7
1.3. Maquette pratique des stages depuis les débuts du DES jusqu'à 2017	8
1.4. Réforme du D.E.S. de 2017	9
2. L'approche par compétences	9
2.1. Compétences – Généralités	9
2.2. Les compétences en médecine générale – Définition.....	10
2.3. Les compétences en médecine générale – les niveaux	10
3. Maîtres de stages universitaires	11
3.1. État des lieux du nombre de MSU en France	11
3.2. Quel est le rôle du MSU ?	11
3.3. Comment devenir MSU ?	12
3.4. Formation pédagogique des MSU	13
4. Référentiel d'évaluation des stages ambulatoires de la faculté de médecine de Nantes	13
4.1. Référentiel actuellement utilisé.....	13
4.2. « Nouveau » référentiel	14
MATÉRIEL ET MÉTHODE	15
1. Méthode	15
1.1. Objectif principal : évaluation du nouveau référentiel de compétences.....	15
1.2. Objectif secondaire : comparaison des deux référentiels.....	16
2. Matériel utilisé	16
3. Recrutement des participants	17
4. Méthode d'analyse	18
RÉSULTATS	19
1. Taux de participation	19
2. Description de la population cible	19
2.1. Genre/Âge	19
2.2. Années MSU/Dernière formation MSU.....	20
3. Évaluation du nouveau référentiel	20
3.1. Évaluation globale.....	20
3.2. Évaluation du critère de rigueur « crédibilité »	21
3.3. Évaluation du critère de rigueur « fiabilité »	22
3.4. Évaluation du critère de rigueur « faisabilité »	23
3.5. Évaluation du critère « effets sur apprentissage ».....	23
3.6. Évaluation du critère « acceptabilité ».....	24
4. Comparaison avec l'ancien référentiel	24
5. Remarques générales	25
DISCUSSION	26
1. La méthode	26
1.1. Points forts de l'étude.....	26
1.2. Limites de l'étude	26
2. Caractéristiques générales	28
3. Discussion autour des résultats et comparaison aux données de la littérature	28
3.1. Objectif principal : évaluation du référentiel selon les critères de rigueur	28
3.2. Objectif secondaire : comparaison avec l'ancien référentiel.....	29
3.3. Comparaison avec d'autres régions : Picardie et Ile-de-France.....	29

3.4. Evaluation des étudiants de D.E.S. d'autres spécialités en France et à l'international	30
3.5. Quelques points d'amélioration suggérés pour le nouveau référentiel	32
CONCLUSION	33
BIBLIOGRAPHIE	34
ANNEXES	37
Annexe 1 : Questionnaire	37
Annexe 2 : formulaire d'information aux MSU	42
Annexe 3 : Nouveau référentiel (réduit)	43
Annexe 4 : Ancien référentiel (réduit)	45
Annexe 5 : Réponses brutes	47
1. <u>Question</u> : Manque-t-il, selon vous, des compétences et/ou des capacités attendues d'un.e interne en fin de 1 ^e année ?	47
2. <u>Question</u> : Quels sont, selon vous, les items difficiles à comprendre, voire incompréhensibles ?	48
3. <u>Question</u> : Pourquoi trouvez-vous le nouveau référentiel plus adapté que l'ancien ?	49
4. <u>Question</u> : Pourquoi ne trouvez-vous pas le nouveau référentiel plus adapté que l'ancien ?	51
5. <u>Question</u> : Avez-vous d'autres remarques, non mentionnées ?	52

ABRÉVIATIONS

CNCEM : Coordination Nationale des Collèges d'Enseignants en Médecine

CNGE : Collège National des Généralistes Enseignants

CGELAV : Collège des Généralistes Enseignants de Loire-Atlantique et Vendée

DES : Diplôme d'Etudes Spécialisées

DMG : Département de Médecine Générale

DPC : Développement Professionnel Continu

FMC : Formation Médicale Continue

FUMG : Filière Universitaire de Médecine Générale

HAS : Haute Autorité de Santé

ISNAR : InterSyndicale Nationale Autonome des Résidents

ISNAR-IMG : InterSyndicale Nationale Autonome Représentative des Internes de Médecine Générale

MSU : Maître de Stage des Universités

SASPAS : Stage Ambulatoire en Soins Primaires en Autonomie Supervisée

UFR : Unité de Formation et de Recherche

WONCA : World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians (Organisation Mondiale des Médecins Généralistes)

INTRODUCTION

L'apprentissage par compétences est actuellement la pédagogie la plus adaptée pour « former des médecins compétents » (1).

Les rôles et fonctions du médecin généraliste ont été définis et publiés par la WONCA Europe (2). Le référentiel métier des médecins généralistes a permis de préciser leurs compétences, rôles et tâches à partir de situations prototypiques (3).

En 2013, les compétences du médecin généraliste (4) ainsi qu'un référentiel de onze familles de situations cliniques courantes en médecine générale (5) ont été publiés, proposés par le Collège National des Généralistes Enseignants (CNGE) et décrivant les tâches à résoudre pour le médecin généraliste.

La réforme du DES de médecine générale, qui a pris effet à la rentrée 2017/2018, est structurée en 2 phases : un an de phase socle suivi, après évaluation de l'étudiant, de deux ans de phase d'approfondissement. Cette évaluation se base sur le référentiel du niveau de compétences diffusé par le CNGE (6).

Jusqu'à présent, le passage en phase d'approfondissement se faisait par l'évaluation croisée de l'étudiant, des Maîtres de Stage des Universités (MSU) – ambulatoires et hospitaliers, des enseignants et du jury du Département de Médecine Générale (DMG). Cette évaluation pouvait varier d'un DMG à l'autre.

Afin d'homogénéiser la procédure d'évaluation et ainsi d'harmoniser le cursus du DES de médecine générale, il a été mis en place un nouveau référentiel d'évaluation des compétences standardisé (7). Ce nouveau référentiel a été élaboré entre décembre 2017 et juin 2018 sous la coordination du CNGE, avec la « méthode de conférence de consensus » telle que décrite par la HAS en 2010 (8), par 4 groupes : comités d'organisation et d'écriture, groupe de relecture et jury d'experts chargé de la finalisation.

L'ancien référentiel, actuellement toujours utilisé à l'Université de Nantes pour l'évaluation des internes en stage chez le praticien (niveaux 1 et 2), a maintes fois suscité des critiques par les MSU et les étudiants, notamment quant à la compréhension et l'interprétation des items, variant d'un évaluateur à l'autre.

L'objectif principal de ce travail est de faire évaluer le nouveau référentiel par les MSU de l'Université de Nantes, selon des critères de rigueur prédéfinis.

L'objectif secondaire est d'effectuer une étude comparative d'appréciation entre les deux référentiels.

1. Le Diplôme d'Etudes Spécialisées de médecine générale

1.1. Objectifs généraux de la formation

Les objectifs généraux de la formation de médecin généraliste sont ainsi décrits par le CNGE (9) :

« La structuration et l'organisation du DES visent à mettre en œuvre une formation professionnalisante préparant au métier de médecin généraliste de soins primaires ambulatoires

- *en utilisant une approche par compétences centrée sur les apprentissages dans le cadre d'une pédagogie constructiviste*
- *avec un référentiel de compétences construit et validé*
- *avec un référentiel de familles de situations*
- *avec la perspective d'indicateurs de niveaux définis (novice, intermédiaire, compétent)*
- *avec la poursuite de la révision des programmes en cohérence avec l'approche par compétences*
- *afin de permettre une certification »*

Ainsi, le DES de médecine générale a pour objectif de former des professionnels de santé en cohérence avec le référentiel métier/compétences du médecin généraliste, la définition européenne de la médecine générale et le code de la santé publique.

1.2. Origines du Diplôme d'Etudes Spécialisées de Médecine Générale

La notion de Diplôme d'Etudes Spécialisées (DES) naît en 1984, sous la loi n° 82-1098 du 23 décembre 1982 relative aux études médicales et pharmaceutiques (10). Cette loi rend alors l'internat obligatoire pour accéder à une spécialité.

Apparaît donc pour la première fois la notion de « troisième cycle de médecine générale » (appelé alors le résidanat), renforçant malheureusement le clivage entre les futurs médecins généralistes et les spécialistes.

En effet, le résidanat est alors ouvert certes à tous ceux qui se destinent à la médecine générale, mais également à ceux qui échouent à accéder à une spécialité au concours de l'internat.

Il est ainsi largement convenu, à tort, que la médecine générale ne nécessite que les connaissances médicales minimales de tout médecin, niant par conséquent les spécificités de cette discipline.

Ce n'est qu'en 2004 qu'apparaît le DES de médecine générale, suite au décret du 16 janvier 2004 relatif à l'organisation du troisième cycle des études médicales (11).

Une modification statutaire qui a permis la revalorisation de la médecine générale, l'élevant au statut de spécialité médicale à part entière.

1.3. Maquette pratique des stages depuis les débuts du DES jusqu'à 2017

Le stage ambulatoire chez le praticien généraliste n'apparaît qu'en 1972 (12), et ne devient obligatoire qu'à partir de 1997. Le résidanat, d'une durée jusqu'alors de deux ans, est rallongé de 6 mois.

En 2001, sous l'impulsion de l'InterSyndicale Nationale Autonome des Résidents (ISNAR), le 6^e semestre est créé, qualifié de « semestre libre » (13).

En 2004 apparaît un 2^e stage ambulatoire, le Stage Ambulatoire en Soins Primaires en Autonomie Supervisée (SASPAS) (14).

La maquette des stages, encadrée par l'annexe V de l'arrêté du 22 septembre 2004 (15) est ainsi établie :

- Deux semestres obligatoires dans des lieux de stage hospitaliers agréés:
 - un au titre de la médecine d'adultes : médecine générale, médecine interne, médecine polyvalente, gériatrie
 - un au titre de la médecine d'urgence.
- Deux semestres dans un lieu de stage agréé :
 - un semestre au titre de la pédiatrie et/ou de la gynécologie
 - un semestre libre
- Un semestre auprès d'un médecin généraliste, praticien agréé-maître de stage des universités.
- Un semestre, selon le projet professionnel de l'interne de médecine générale, effectué en dernière année d'internat, soit en médecine générale ambulatoire (sous la forme d'un SASPAS), soit dans une structure médicale agréée dans le cadre d'un projet personnel validé par le coordonnateur de médecine générale.

Jusqu'en 2017, cette maquette est restée la même. Elle évolue et avec la réforme du troisième cycle des études médicales, apparaît l'obligation d'un stage SASPAS rendu obligatoire.

1.4. Réforme du D.E.S. de 2017

La réforme du 3^e cycle des études médicales, qui a pris effet à la rentrée 2017-2018, a défini trois phases d'apprentissage pour tous les DES de spécialité médicale (16) : une phase socle d'une durée d'un an, une phase d'approfondissement d'une durée de deux ans et une phase de consolidation d'une durée d'un an.

Le DES de médecine générale, contrairement aux autres DES de spécialités, est maintenu à trois ans et n'a pas encore de phase de consolidation. Il bénéficie donc, à ce titre, de mesures dérogatoires dans l'attente que la 3^e phase puisse être mise en place.

La maquette de stage actuelle est à réaliser comme suit (17) :

- Phase socle (2 semestres) :
 - 1 stage en médecine générale auprès d'un ou plusieurs praticien(s) maître(s) de stage des universités agréé(s) à titre principal en médecine générale (stage praticien niveau 1)
 - 1 stage en médecine d'urgence dans un lieu hospitalier agréé
- Phase d'approfondissement (4 semestres)
 - 1 stage en médecine polyvalente dans un centre hospitalier agréé, à accomplir au cours d'un des deux premiers semestres de la phase d'approfondissement.
 - 1 stage en santé de l'enfant
 - 1 stage en santé de la femme
 - 1 stage en SASPAS, à accomplir au cours d'un des deux derniers semestres de la phase d'approfondissement.

En cas de capacités de formation insuffisantes, il peut être accompli un stage couplé santé de la femme/santé de l'enfant et un stage dit « libre ».

2. L'approche par compétences

2.1. Compétences – Généralités

La compétence est définie comme un savoir-agir complexe, faisant référence à un ensemble de connaissances (des ressources) résultant d'apprentissages, que le sujet peut mobiliser et combiner efficacement pour traiter une situation avec succès (18).

Dans l'approche par compétences, l'utilisation d'un référentiel de compétences n'est pas un objectif mais un moyen de favoriser l'apprentissage et le développement de compétences professionnelles.

2.2. Les compétences en médecine générale – Définition

Les compétences attendues d'un médecin généraliste ont été définies, décrites et publiées en 2013 par un consensus d'experts comme telles (4) :

- Approche globale, prise en compte de la complexité
- Education, prévention, santé individuelle et communautaire
- Premier recours, urgences
- Suivi, coordination des soins autour du patient
- Relation, communication, approche centrée patient
- Professionnalisme

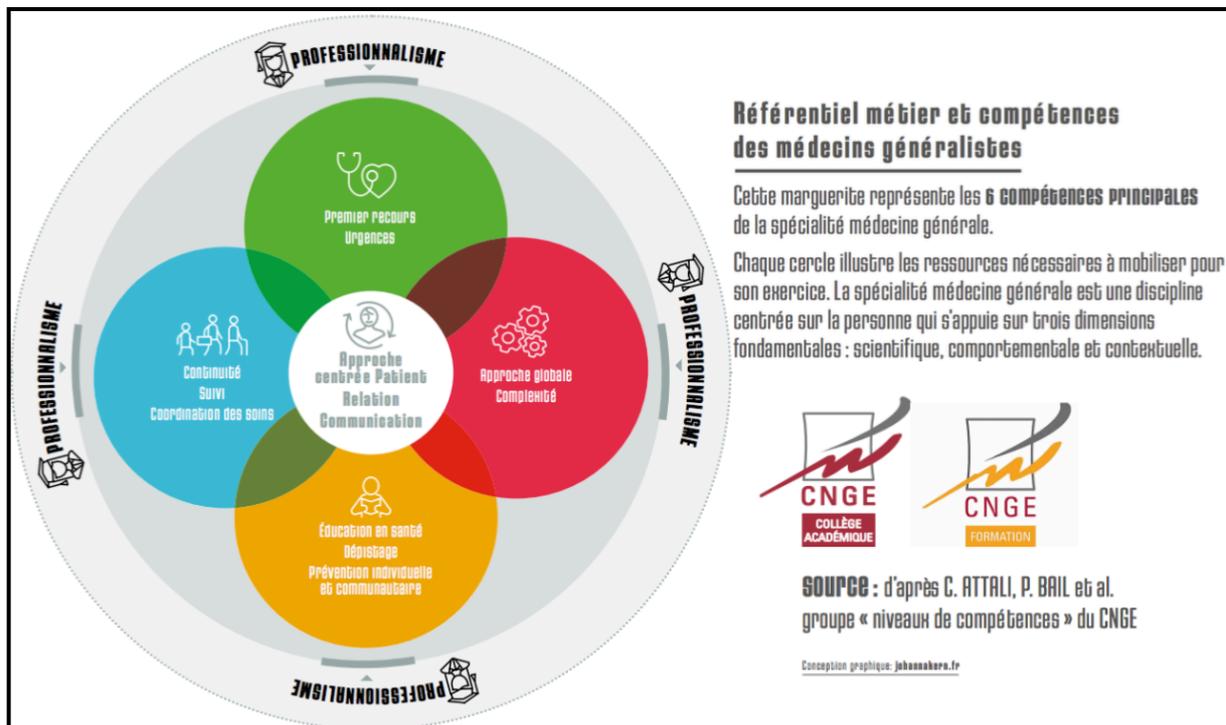


Figure 1 : « Marguerite des compétences ».

Source : https://www.cnge.fr/la_pedagogie/presentation_du_des

Le DES de médecine générale doit permettre aux étudiants d'identifier, d'acquérir et d'être capables de mettre en œuvre ces compétences dès lors que la situation d'un patient le nécessite.

A la fin du DES, les étudiants devront attester de l'acquisition de ces compétences.

2.3. Les compétences en médecine générale – les niveaux

Les niveaux de compétences ont été élaborés et définis en 2013 (6).

Le parcours du développement de chaque compétence a été divisé en trois niveaux attendus au cours du DES de médecine générale : novice, intermédiaire et compétent.

Pour chaque niveau sont déclinés des descripteurs propres à chaque indicateur de la compétence évaluée, précisant ce qui est attendu de l'étudiant.

A chaque étape du cursus du 3^e cycle est attendu un niveau différent, variant d'une compétence à l'autre.

Ainsi, en fin de phase socle, le niveau Novice est requis pour toutes les compétences et le niveau Intermédiaire pour les trois compétences plus particulièrement rencontrées et travaillées pendant les stages de la phase socle (stages Urgences et Praticien niveau 1) (7) :

- Premier recours, urgences
- Relation, communication, approche centrée patient
- Approche globale, prise en compte de la complexité

L'interne de médecine générale valide son DES s'il est certifié qu'il a un niveau compétent, c'est-à-dire juger qu'il a atteint un niveau de compétence qui lui permet de résoudre de façon appropriée la majorité des problèmes de santé auxquels il sera confronté dans l'exercice de sa profession en soins primaires ambulatoires (19).

3. Maîtres de stages universitaires

3.1. État des lieux du nombre de MSU en France

Chaque année, le Syndicat National des Enseignants de Médecine Générale (SNEMG) et le CNGE recensent le nombre de MSU en fonction au sein de la Filière Universitaire de Médecine Générale (FUMG). Ce nombre augmente tous les ans ; ainsi, au 01/01/2019, il y avait en France 9096 MSU de 3^e cycle (20).

Le CNGE a fixé un objectif de 12000 MSU pour permettre l'ouverture d'une 4^e année professionnalisante pour le DES de médecine générale. Cet objectif pourrait être atteint d'ici un à deux ans.

3.2. Quel est le rôle du MSU ?

Le MSU, ou « praticien agréé – maître de stage des universités » de médecine générale a une fonction primordiale : celle d'accueillir des étudiants en médecine afin de leur permettre de découvrir la médecine générale en pratique ambulatoire.

Un MSU transmet et partage son expérience, sa vision du métier de médecin généraliste. Mais aussi, il échange avec l'étudiant sur ses propres visions et connaissances.

Les MSU encadrant des étudiants de 3^e cycle – et plus particulièrement les étudiants en stage praticien niveau 1 – ont pour rôle de partager leur savoir-faire avec l'étudiant, tout en l'aidant à élargir ses connaissances et développer ses compétences.

En 2012, le CNGE et le SNEMG ont établi une charte nationale des MSU en colligeant les chartes préexistantes au sein des différentes UFR (21).

Cette charte stipule que le stage ambulatoire de niveau 1, qui a pour objectif la mise en autonomie progressive de l'étudiant, se déroule en plusieurs temps (dont les durées respectives sont liées à l'appréciation du MSU et à l'accord de l'étudiant) :

- Une phase d'observation pure, où l'étudiant assiste à la consultation en tant qu'observateur
- Une phase de supervision directe, où l'étudiant réalise la consultation sous le regard de son MSU
- Une phase de supervision indirecte, où l'étudiant est seul en salle de consultation

Tout au long du stage, le MSU se doit de soutenir l'étudiant dans la réalisation de travaux de réflexion et d'écriture (traces écrites d'apprentissage), en lui apportant une aide pédagogique et matérielle.

Il est convenu que le MSU adapte l'enseignement en fonction des acquis et des besoins de l'étudiant, avec nécessité de rencontres pédagogiques régulières avec les autres MSU du groupe et l'étudiant.

A l'issue du stage, les MSU et l'étudiant se réunissent une dernière fois afin d'établir une évaluation de l'acquisition de l'autonomie professionnelle et/ou des compétences de l'étudiant, selon les critères définis par le DMG.

3.3. Comment devenir MSU ?

Selon la charte du CNGE, afin de devenir MSU pour les étudiants du 3^e cycle, le médecin généraliste doit répondre aux critères suivants de la WONCA :

- Etre médecin généraliste ambulatoire installé depuis 3 ans au moins
- Ne pas exercer une médecine à exercice particulier exclusive
- Demander son agrément à devenir enseignant clinicien ambulatoire MSU auprès du DMG de la faculté correspondant à son lieu d'exercice.
- S'inscrire à l'une des formations pédagogiques pour devenir MSU
- Accepter et signer la charte des MSU.

La demande d'agrément est soumise au conseil de l'ordre départemental qui confirme l'absence d'obstacle à l'exercice de la médecine générale.

Après avis favorable du coordonnateur de médecine générale et selon les critères de formation demandés, cette demande d'agrément est alors soumise à la validation en commission d'agrément régionale.

Enfin, l'agrément à la maîtrise de stage est donné pour deux ou cinq ans, renouvelé par tacite reconduction, sous conditions de formation.

3.4. Formation pédagogique des MSU

Se former à la pédagogie en suivant le cursus de maîtrise de stage est une condition *sine qua non* pour obtenir et conserver son agrément de MSU.

Le CNGE organise via CNGE formation (son organisme de FMC), des formations pédagogiques à destinations des MSU et futurs MSU.

Ces formations, animées par des médecins membres du CNGE Formation, se font sur deux jours. Elles ont lieu et sont accessibles partout en France. De plus, pour les médecins rattachés à l'Université de Nantes, le CGELAV (association des maîtres de stage de Loire-Atlantique et Vendée) décline tous les ans certaines de ces formations en local.

Les formations concernées pour les MSU du 3^e cycle portent sur :

- L'initiation à la maîtrise de stage en 3^e cycle de médecine générale
- La supervision directe
- La supervision indirecte
- Le SASPAS
- Le tutorat

Les formations pédagogiques sont comptabilisées hors quota de formation DPC (Développement Professionnel Continu). Les MSU sont donc indemnisés pour ces formations sans que cela ne réduise leurs droits à d'autres DPC cliniques.

4. Référentiel d'évaluation des stages ambulatoires de la faculté de médecine de Nantes

4.1. Référentiel actuellement utilisé

Jusqu'à présent, les MSU ambulatoires, puis plus récemment également les référents hospitaliers de l'Université de Nantes, évaluaient leurs étudiants en stage à l'aide d'un référentiel d'évaluation des compétences qui avait été élaboré de façon collégiale. Malgré plusieurs modifications apportées à cet outil, il continuait de susciter des critiques de la part

des évaluateurs et des étudiants, de par certains items jugés trop spécifiques ou trop vastes, voire pour certains incompréhensibles. Ce référentiel présente également l'inconvénient de n'être utilisé qu'à l'Université de Nantes, chaque DMG de France utilisant ses propres outils d'évaluation des étudiants en stage, ce qui rend l'évaluation des compétences des étudiants au niveau national hétérogène. Il était nécessaire de créer un référentiel d'évaluation des compétences standardisé.

4.2. « Nouveau » référentiel

L'étude Refesocle réalisée en 2018 a permis d'élaborer un nouvel outil d'évaluation du niveau de compétences des étudiants de la phase socle de médecine générale, utilisable par tous les acteurs de l'évaluation : étudiant, MSU ambulatoires, référents hospitaliers, tuteurs, enseignants pédagogiques, jury du DMG (7).

Ce nouveau référentiel aura pour but d'évaluer, de manière croisée, le niveau de l'étudiant en médecine générale en fin de phase socle. Il permettra de formaliser l'évaluation de compétences à l'échelle nationale de manière critériée.

Cependant, la faisabilité ainsi que la validité inter-évaluateurs de cet outil n'ont pas encore été évaluées, et aucune étude au sein de l'Université de Nantes n'avait pour objectif principal de déterminer si cet outil pouvait convenir aux MSU.

L'analyse des résultats de notre étude pourrait donc permettre non seulement de faire évaluer ce nouvel outil par les MSU et d'en connaître l'acceptabilité, mais aussi de soulever des suggestions d'amélioration afin d'obtenir un outil d'évaluation des compétences alliant correspondance aux normes standardisées et attentes des évaluateurs concernés.

MATÉRIEL ET MÉTHODE

1. Méthode

1.1. Objectif principal : évaluation du nouveau référentiel de compétences

Un bon outil d'évaluation doit répondre à des critères de rigueur prédéfinis. Ces critères de rigueur sont différents pour l'évaluation dite quantitative et pour l'évaluation dite qualitative. L'approche par compétence étant une démarche évaluative qualitative, le référentiel de compétence doit donc répondre à trois critères de rigueur proprement qualitatifs (18,22) :

- **Crédibilité** :
 - Les items cités rendent compte des capacités que l'on souhaite documenter.
 - Toutes les capacités sont documentées adéquatement en situation.
(S'apparente au critère *validité* des démarches d'évaluation quantitative)
- **Fiabilité** : l'interprétation des indicateurs varie peu en fonction des évaluateurs.
(S'apparente au critère *fidélité* des démarches d'évaluation quantitative)
- **Transférabilité** : les capacités documentées par des indicateurs recueillis à partir d'une situation peuvent être mobilisés dans d'autres situations.

Le critère « transférabilité » n'a pas pu être évalué ici car pour l'optimiser il faut l'utilisation de plusieurs ressources, notamment celle du « portfolio », or notre questionnaire ne porte que sur la grille d'évaluation de stage.

S'ajoutent à ces critères de rigueur trois autres, applicables à toute démarche évaluative, qui sont (22):

- **Faisabilité** : correspond à la facilité à réaliser l'évaluation sur le plan pratique (en terme de temps nécessaire notamment)
- **Effets sur apprentissage** : l'évaluation de l'étudiant étant le moteur de l'apprentissage, il est attendu du référentiel d'évaluation qu'il permette à l'étudiant de développer ses compétences et d'atteindre ses objectifs d'apprentissage.
- **Acceptabilité** : l'outil d'évaluation est-il perçu comme adapté par les acteurs de l'évaluation.

Un questionnaire sous forme d'enquête d'opinion a donc été proposé aux MSU de la phase socle, portant sur l'évaluation de ces critères de rigueur.

1.2. Objectif secondaire : comparaison des deux référentiels

Afin de savoir si les MSU préféreraient le nouveau référentiel proposé à celui qu'ils utilisent actuellement, une question de satisfaction avec option commentaire libre a été posée en fin de questionnaire.

2. Matériel utilisé

Nous avons réalisé une enquête d'opinion, menée de mars 2020 à juillet 2020 au moyen d'un questionnaire en ligne auprès des MSU ambulatoires de la phase socle du DES de médecine générale (n'accueillant donc que des étudiants de 1^e année).

Nous avons choisi, pour ce travail, de réduire le nouveau référentiel aux seules trois compétences pour lesquelles sont attendus un niveau novice ET intermédiaire en fin de phase socle, à savoir « relation, communication, approche centrée patient », « premiers recours, urgences », « approche globale, prise en compte de la complexité ».

Le choix de réduire le référentiel à ces trois compétences a été fait dans le but de proposer un questionnaire plus court, et ainsi d'obtenir un taux de participants satisfaisant.

Le questionnaire (Annexe 1) a été créé sur le logiciel de questionnaires en ligne LimeSurvey, qui permet une anonymisation des résultats, tout en octroyant un suivi des personnes ayant répondu ou non.

Il comportait 17 questions.

- 5 questions générales de description, à réponse obligatoire, afin de cibler la population des participants.
- 10 questions d'évaluation du nouveau référentiel, à réponse obligatoire, comprenant :
 - 1 question sur sa représentativité dans la pratique de la médecine générale
 - 1 question sur son adéquation pour l'évaluation de l'étudiant
 - 8 questions portant sur les cinq critères de rigueur cités précédemment
 - 2 questions pour répondre au critère « crédibilité »
 - 2 questions pour le critère « fiabilité »
 - 2 questions pour le critère « faisabilité »
 - 1 question sur les « effets sur l'apprentissage »
 - 1 question de satisfaction pour « l'acceptabilité »

Les réponses étaient toutes, à l'exception de deux, sous forme d'échelle de satisfaction de Likert de 1 (tout à fait d'accord) à 5 (pas du tout d'accord), avec une option neutre en 3 (ne se prononce pas).

Les deux autres réponses étaient sous forme « oui, non, ne se prononce pas » avec une option de commentaire libre selon la réponse apportée.

- 1 question à réponse obligatoire permettant au MSU de comparer les deux référentiels en y indiquant, sous forme d'échelle de satisfaction de Likert, si le nouveau référentiel lui paraît plus adapté que l'ancien.
 - Une sous-section de commentaire libre pour justifier son choix.

- 1 section libre optionnelle afin d'apporter d'éventuelles remarques.

3. Recrutement des participants

Le population cible de l'étude était l'ensemble des MSU ambulatoires de la phase socle de l'Université de Nantes pour le semestre de novembre 2019 à mai 2020, à l'exclusion du directeur de thèse (77-1 = 76 personnes).

Le recrutement des participants s'est fait en plusieurs temps :

1) Fin mars 2020 : appel téléphonique de tous les secrétariats des MSU ambulatoires de la phase socle.

Etaient données aux secrétaires les informations essentielles, avec présentation brève de la thèse et remise des coordonnées téléphoniques à transmettre aux MSU.

Aux MSU acceptant de participer et nous recontactant par téléphone, un mail leur était envoyé avec le formulaire explicatif (Annexe 2), le nouveau référentiel à évaluer (Annexe 3), l'ancien référentiel pour comparatif (Annexe 4) et un lien vers le questionnaire en ligne avec leur code d'accès personnel.

2) Début mai 2020 : appel téléphonique des étudiants de la phase socle en stage ambulatoire. Devant un nombre insuffisant de participants et dans le contexte sanitaire exceptionnel du printemps 2020, nous avons opté pour une autre stratégie d'approche.

Nous avons donc contacté tous les étudiants de l'Université de Nantes en stage ambulatoire en phase socle pour leur exposer le sujet de thèse, afin qu'ils en parlent à leur MSU.

Aux MSU acceptant de participer et nous communiquant leur adresse mail, nous avons suivi le même procédé que celui décrit en 1).

3) Fin mai, mi-juin et fin juin 2020 :

Relance par mails de 3 rappels à participer au questionnaire, destinés aux MSU n'ayant pas répondu ou seulement partiellement au questionnaire, avec possibilité de se désinscrire de la liste de diffusion pour celles et ceux ne souhaitant plus participer.

4. Méthode d'analyse

Nous n'avons analysé que les réponses des participants ayant répondu à l'intégralité du questionnaire.

Pour l'analyse quantitative, les réponses aux questions fermées ont été retranscrites par le logiciel LimeSurvey sous forme de pourcentages pour chaque question. Il a été décidé de regrouper les réponses positives d'un côté, les négatives de l'autre, tout en maintenant les réponses neutres.

Les résultats ont été présentés sous forme de pourcentages graphiques.

Pour l'analyse qualitative, les réponses aux questions à commentaires libres ont été regroupées par catégories.

RÉSULTATS

1. Taux de participation

Sur les 76 MSU de la population cible :

- 57 MSU ont accepté de participer et ont communiqué leur adresse mail, parmi lesquels
 - 46 ont répondu au questionnaire :
 - 36 à la totalité des questions
 - 10 partiellement
 - 11 n'ont pas répondu au questionnaire, ni en totalité ni partiellement.
- 19 MSU ne nous ont pas recontacté ou nous ont signalé ne pas vouloir participer à l'étude.

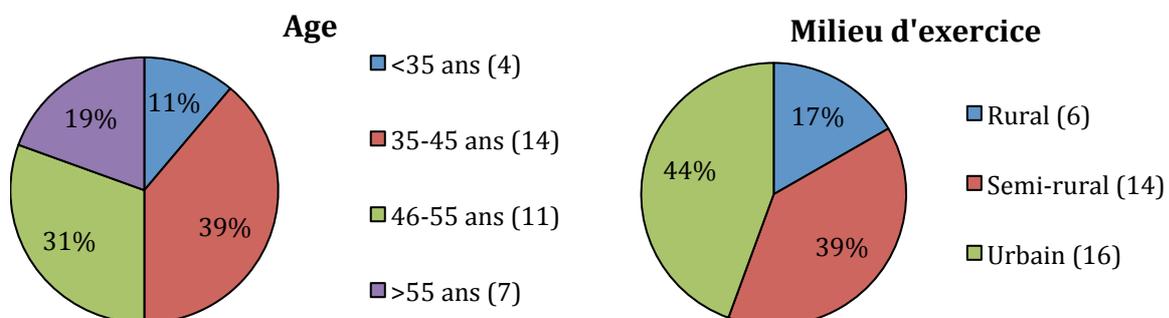
Sur les 10 participants n'ayant répondu que partiellement :

- 2 n'ont répondu à aucune question (ils se sont uniquement « enregistrés » au questionnaire sans y apporter de réponse)
- 5 n'ont répondu qu'aux questions « généralités »
- 3 ont répondu aux questions « généralités » et n'ont répondu qu'aux deux premières questions portant sur l'évaluation du référentiel.

2. Description de la population cible

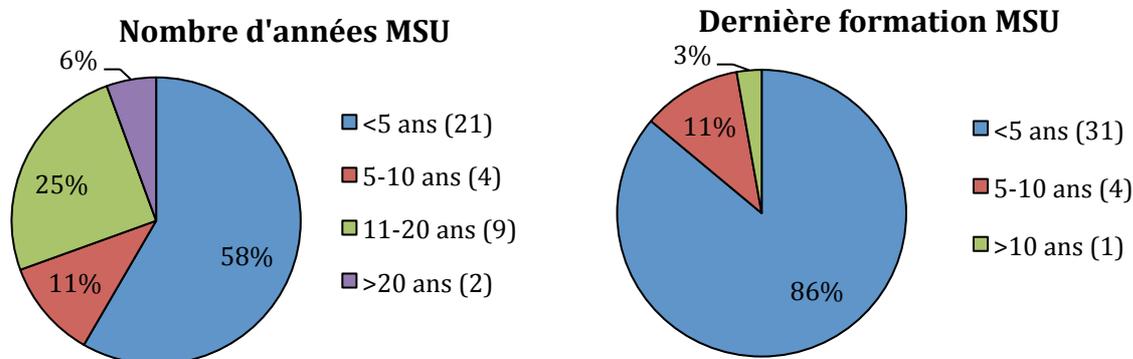
2.1. Genre/Âge

Nous notons dans notre étude 61% de femmes (22) et 39% d'hommes (14). La moitié des participants ont plus de 45 ans et plus de la moitié des participants exerce en milieu semi-rural ou rural.



2.2. Années MSU/Dernière formation MSU

Plus de la moitié des participants sont maîtres de stage depuis moins de cinq ans, et plus de 85% des participants ont fait une formation spécifique destinée aux MSU il y a moins de cinq ans.

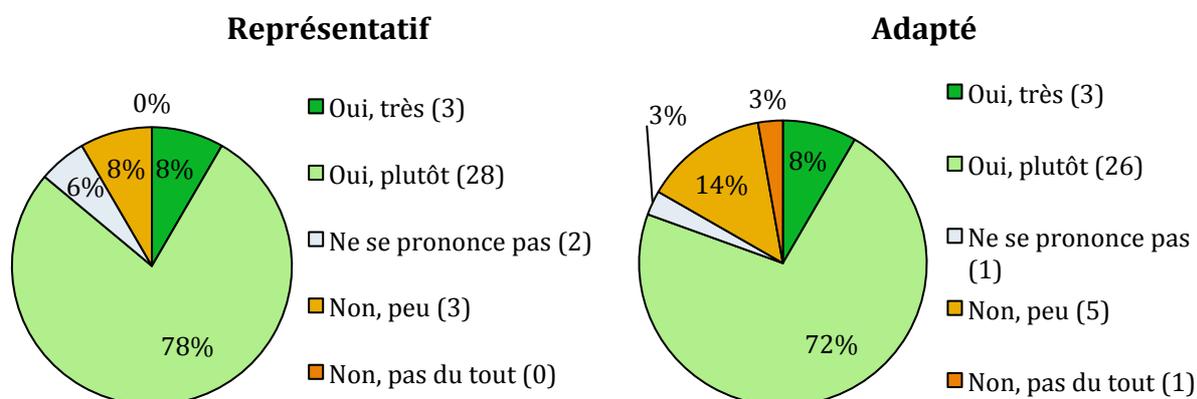


3. Évaluation du nouveau référentiel

3.1. Évaluation globale

86% des répondants trouvent le nouveau référentiel représentatif de la pratique de la médecine générale. 3 participants (8%) le trouvent peu représentatif et 2 participants (6%) ne se prononcent pas.

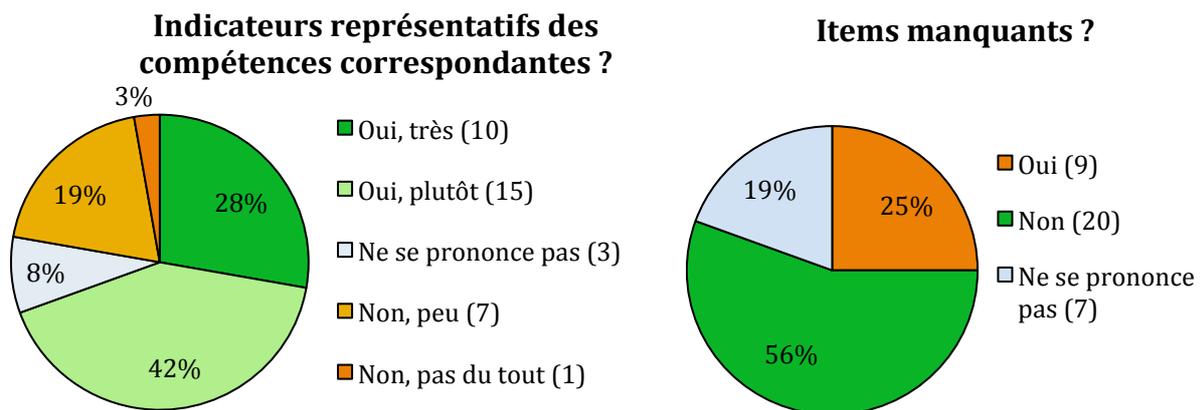
Une grande majorité également de MSU le trouvent adapté à l'évaluation des étudiants, avec 80% de réponses positives. 17% des MSU ne le trouvent pas adapté et 1 participant ne se positionne pas.



3.2. Évaluation du critère de rigueur « crédibilité »

70% des évaluateurs jugent les indicateurs représentatifs des compétences correspondantes, et 56% trouvent qu'il ne manque aucun item pour l'évaluation des 3 compétences explorées. 22% tout de même des participants ne les trouvent pas représentatifs et 25% estiment qu'il manque des items au nouveau référentiel.

Parmi les 25% (9 MSU) estimant qu'il manque une ou des items, 8 MSU ont développé leur réponse.



Parmi les items manquants évoqués, sont cités deux fois :

- Gestion des différents temps de la consultation
- Réalisation des gestes techniques
- Démarche thérapeutique

Sont mentionnés une fois :

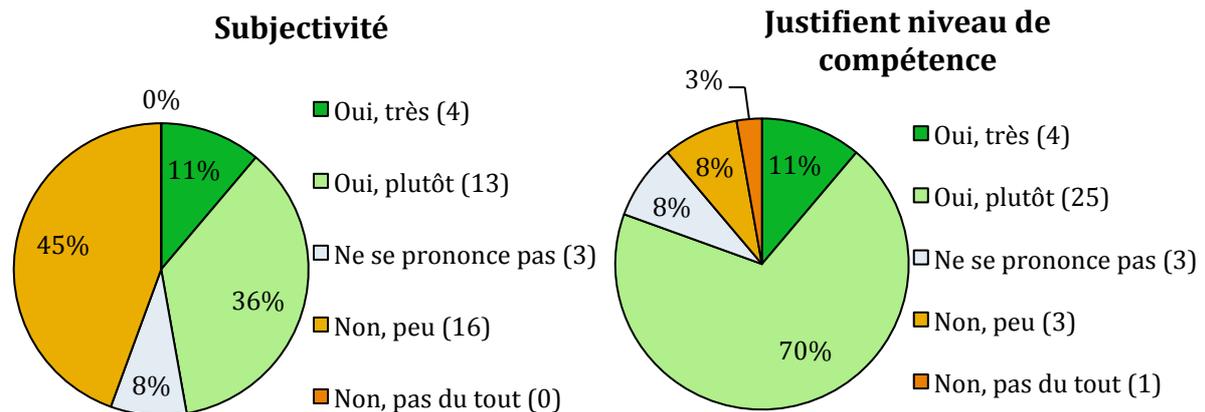
- Accueil du patient et présentation
- Empathie
- Qualité de la relation
- Hiérarchisation
- Réalisation d'un examen clinique adapté
- Evaluation des connaissances transmises par l'étudiant et retenues par le patient
- Diagnostics d'incidence et de prévalence, incertitude de diagnostic
- Savoir rechercher une information médicale

3.3. Évaluation du critère de rigueur « fiabilité »

Il y a à peu près autant de MSU qui estiment que l'interprétation des items est subjective (47%) (pouvant donc varier d'un évaluateur à l'autre) que de MSU considérant l'interprétation des items objective (45%).

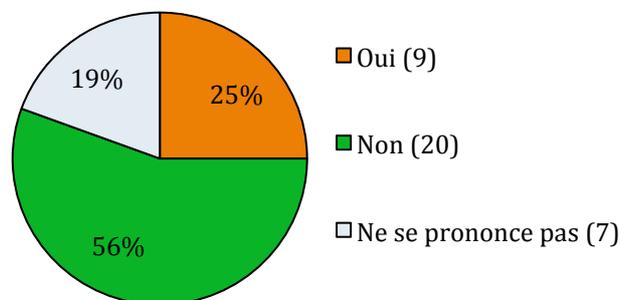
81% des participants trouvent que les items permettent de justifier du niveau de compétence des étudiants.

8% des participants ne se prononcent pas.



Seuls 25% des répondants jugent certaines questions peu voire pas compréhensibles.

Items difficiles à comprendre



Sur les 25% (9 MSU) trouvant certains items difficiles à comprendre :

- 1 MSU estime que la grille est incompréhensible dans sa globalité et évoque le terme « charabia ».
- 1 MSU a cité comme incompréhensibles les items de l'ancien référentiel et non du nouveau
- 1 MSU a pointé le fait que la mention « observé/non observé » prêtait à confusion, à savoir suffit-il que l'étudiant l'ait fait une fois pour noter « observé » ou faut-il que cela ait été constaté à plusieurs reprises ?

- Au total, 6 items de la grille ont été mentionnés comme difficilement compréhensibles, dont 3 items cités 2 fois :

« Relation-communication » :

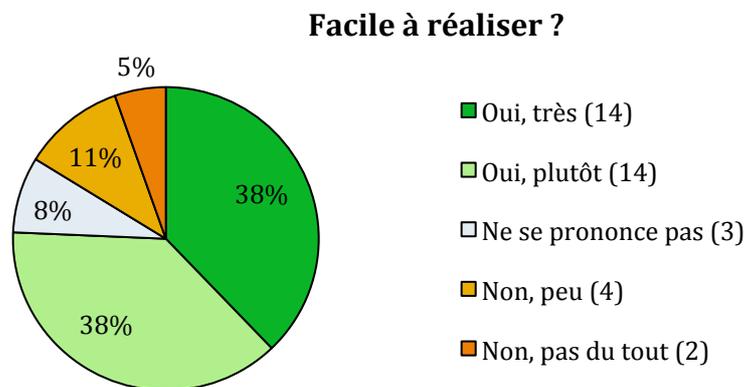
- 6 (cité 2 fois) : *L'étudiant communique avec l'entourage du patient mais est en difficulté pour préserver le secret médical : il a tendance à bien l'opposer dans les situations "sensibles" (dépistage VIH) mais pas dans des situations "banales" (vaccinations).*
- 8 : *Le MSU a pu faire travailler l'étudiant sur une décision qui lui a semblé influencée par la relation au patient.*
- 9 (cité 2 fois) : *Lors d'une rétroaction, l'étudiant est capable de relier ses notions de psychologie médicale au comportement d'un patient.*
- 10 : *Le MSU constate que l'étudiant réalise une anamnèse non plus seulement biomédicale mais centrée sur la globalité bio-psycho-sociale et l'expérience du patient en recherchant une relation de soins collaborative.*

« Premier recours-urgences » :

- 1 : *L'étudiant a accepté de s'occuper de tout type de plainte mais il a tendance à sélectionner prioritairement celles du champ biomédical. Il calque sa hiérarchie des motifs de consultation sur celle des patients.*
- 6 (cité 2 fois) : *L'étudiant aborde en consultation les thèmes de santé utiles pour le patient au-delà des motifs initiaux.*

3.4. Évaluation du critère de rigueur « faisabilité »

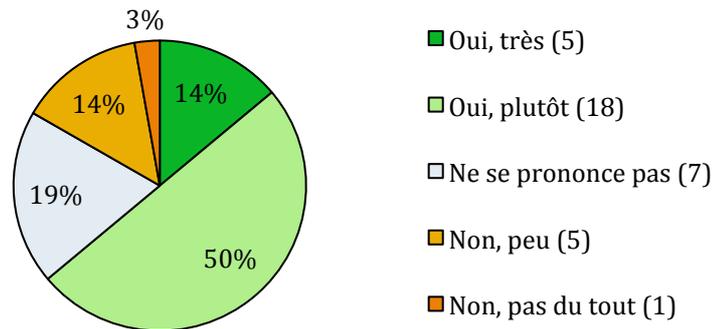
76% des évaluateurs trouvent le nouveau référentiel facile à utiliser. 3% ne se prononcent pas. 16% ne le trouvent pas facile à réaliser.



3.5. Évaluation du critère « effets sur apprentissage »

64% des MSU interrogés trouvent que l'utilisation du nouveau référentiel permet à l'étudiant de favoriser ses apprentissages et de développer ses compétences. 19% ne se prononcent pas.

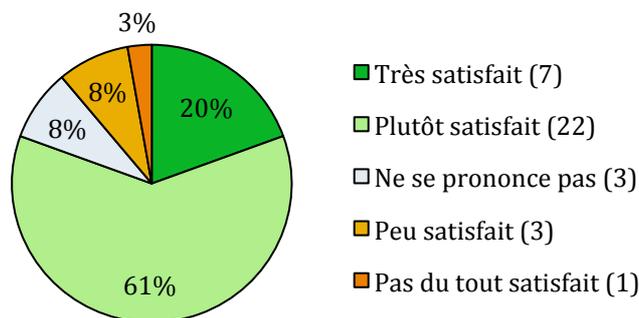
Favorise l'apprentissage ?



3.6. Évaluation du critère « acceptabilité »

Globalement, la majorité des MSU ayant participé à l'étude sont satisfaits du nouveau référentiel avec une satisfaction globale à 81%. 11% n'en sont pas satisfaits et 8% ne se prononcent pas.

Satisfaction globale

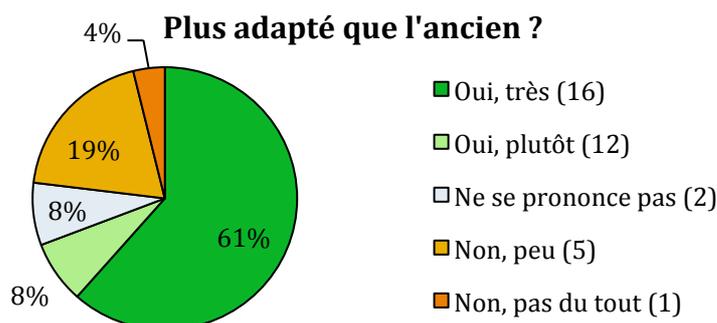


4. Comparaison avec l'ancien référentiel

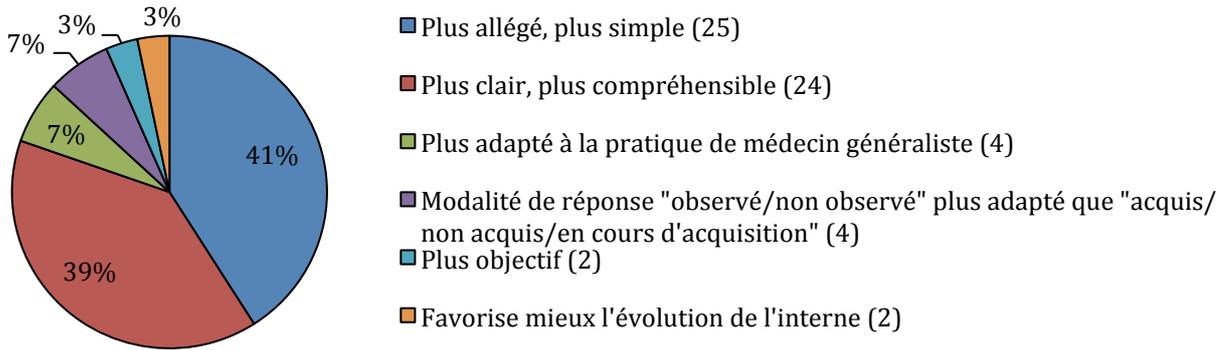
69% des participants trouvent le nouveau référentiel plus adapté.

23% ne le trouvent pas plus adapté.

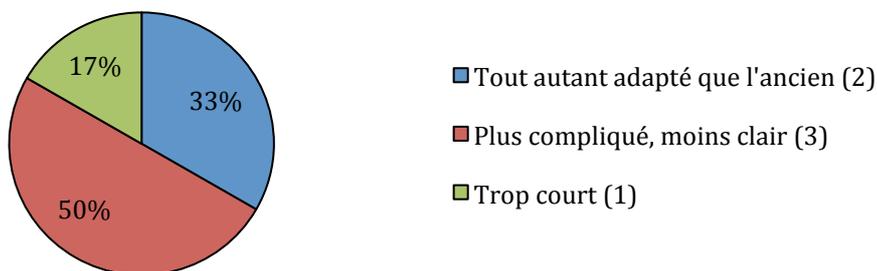
8% ne se prononcent pas.



Parmi les 28 personnes le trouvant plus adapté, il en ressort :



Parmi les 6 personnes ne le trouvant pas plus adapté, il en ressort :



5. Remarques générales

Sur les 36 MSU ayant répondu au questionnaire, 11 ont signifié n'avoir aucune remarque à ajouter, et 6 ont apporté un commentaire libre.

Parmi les commentaires apportant une amélioration éventuelle :

- Une personne trouve que le côté binaire « observé/non observé » n'est pas adapté et préférerait la nuance ajoutée « en cours d'acquisition ».
- Une personne estime qu'il manque le principe de hiérarchisation des motifs, ainsi que le fait d'apprendre à dire « non » et de prendre en compte l'incertitude du diagnostic.
- Une personne fait la remarque que les termes négatifs des items ne sont pas adaptés à l'évaluation, alors qu'une autre mentionne qu'il est appréciable que les termes péjoratifs n'apparaissent plus dans le nouveau référentiel.
- Une personne mentionne le fait que certains items sont plutôt adaptés aux stages SASPAS.

Parmi les commentaires de remarques positives :

Une personne le trouve plus simple à utiliser et propose qu'il soit donc utilisé en début, milieu et fin de stage, par l'étudiant en auto-évaluation seul, puis pas les MSU en hétéro-évaluation, ce qui permettrait de faire émerger les différences et points communs afin de permettre l'évolution des acquisitions de l'étudiant en travaillant sur les points essentiels.

DISCUSSION

1. La méthode

1.1. Points forts de l'étude

Cette étude est la première étude de la région évaluant ce nouveau référentiel.

Un outil critérié d'évaluation des compétences de fin de stage doit s'ajuster aux objectifs de chaque stage (hospitalier ou ambulatoire), et au cheminement de l'étudiant au sein de sa formation. La validité pré-implantable de cet outil a été démontrée (23).

Concernant le choix de la méthode, le questionnaire est rapidement apparu comme le moyen le plus adapté pour obtenir des réponses en nombre suffisant, contrairement aux entretiens individuels ou collectifs. La plupart des questions étant fermées, cela fluidifiait le remplissage du questionnaire et facilitait la saisie des résultats.

Le caractère anonyme des réponses permettait aux MSU de s'exprimer librement.

Le recrutement par l'intermédiaire des secrétaires a probablement joué en notre défaveur. Les informations transmises par l'enquêtrice aux secrétaires puis par les secrétaires aux MSU n'étaient peut-être pas assez claires, certains MSU pensant même qu'il s'agissait d'une enquête par le biais d'entretiens et donc trop chronophage.

Le recrutement par l'intermédiaire des étudiants s'est montré plus efficace, avec la participation de 70% des répondants. L'hypothèse est que d'une part car l'étudiant, se sentant directement concerné, pouvait exprimer auprès de son MSU de l'utilité de l'étude ; d'autre part car le MSU, directement en lien avec l'étudiant en fin de stage, pouvait y voir l'opportunité d'échanger avec elle ou lui des variances entre les deux référentiels d'évaluation.

1.2. Limites de l'étude

Ce travail comporte plusieurs limites.

Comme pour toute enquête par questionnaire, l'enquêté peut se retrouver bridé dans son expression, voire influencé dans ses réponses (24). L'intérêt des commentaires libres prend son sens dans le rééquilibrage de ce frein, mais est cependant souvent limité par son caractère chronophage.

Une enquête qualitative par entretiens aurait pu apporter plus de diversité dans la richesse des propos, mais n'aurait pas pu permettre d'obtenir un échantillon représentatif de la population des MSU ambulatoire de la phase socle de l'Université de Nantes.

Nous pouvons penser qu'il y a un biais de recrutement du fait que les MSU qui sont satisfaits du référentiel actuellement utilisé aient pu ne pas trouver d'intérêt à en évaluer un nouveau, tandis que ceux qui jugent l'ancien référentiel inadapté puissent au contraire avoir tout à gagner à l'arrivée d'un nouvel outil d'évaluation.

Obtenir un nombre de répondants plus élevé aurait pu permettre une meilleure représentativité de la population ciblée. Se déplacer auprès des MSU afin de leur présenter le projet et leur soumettre le questionnaire aurait permis un recueil plus important, cependant les conditions sanitaires et le confinement du printemps 2020 n'ont pas permis de procéder ainsi.

Les 8 participants n'ayant répondu que partiellement au questionnaire n'ont pas été intégrés dans l'analyse des résultats par souci de pertinence. Ils n'avaient en effet répondu qu'aux questions « généralités » pour 5 d'entre eux et uniquement aux 2 premières questions sur l'évaluation du nouveau référentiel pour les 3 autres.

Nous pouvons supposer qu'ils étaient intéressés par le sujet, mais ont pu perdre la motivation devant la longueur du questionnaire, ou manquaient de temps. La totalité des MSU ayant abandonné le questionnaire travaillant en milieu urbain, peut-être ont-ils été plus impactés par la crise pandémique, avec une perturbation du rythme de travail et d'organisation de cabinet.

En ne prenant donc en compte que les participants ayant répondu à l'intégralité du questionnaire, à savoir 36, nous atteignons un taux de participation de 47,4%.

Si nous fixons un niveau de confiance à 90%, la marge d'erreur est de 10%. Nous sommes loin des 5% habituellement exigés pour une représentativité « exhaustive » de la population cible.

Si nous avions voulu obtenir une marge d'erreur de 5%, il aurait fallu atteindre au minimum 58 participants sur les 76 enquêtés.

Pour finir, faire évaluer la grille entière, avec toutes les compétences, aurait permis d'être exhaustif sur l'évaluation de l'intégralité du référentiel mais peut-être cela pourrait-il faire l'objet d'une seconde étude.

2. Caractéristiques générales

L'échantillon obtenu est représentatif en terme de genre, puisque nous avons une prédominance féminine avec 61% de femmes contre 59% dans la population cible des 76MSU du semestre novembre 2019 à mai 2020.

Le milieu d'exercice est également bien représenté, avec environ la moitié des répondants exerçant en milieu urbain et l'autre moitié en milieu rural ou semi-rural.

En revanche, plus de la moitié des MSU ne le sont que depuis moins de 5 ans, ce qui paraît peu probable. En 2016, une étude réalisée auprès des MSU de stage praticien niveau 1 de l'Université de Nantes montrait que presque 80% des MSU l'étaient depuis plus de 5 ans (25). Nous pouvons donc penser que les « jeunes » MSU, qui n'ont pas ou peu eu le temps de se familiariser avec l'« ancien » référentiel, sont plus enclins à accueillir un nouvel outil d'évaluation, ce qui rejoint le biais de recrutement mentionné précédemment.

Par ailleurs, seul un MSU (3%) a déclaré n'avoir pas suivi de formation pédagogique dans les 10 dernières années mais ce résultat ne peut être interprété puisque seulement 11 répondants (31%) sont MSU depuis plus de 10 ans, or la participation à une formation pédagogique est obligatoire pour obtenir l'agrément de maîtrise de stage. Nous ne pouvons donc pas, avec nos résultats, définir si les MSU de l'Université de Nantes respectent l'obligation de se former régulièrement à la pédagogie.

3. Discussion autour des résultats et comparaison aux données de la littérature

3.1. Objectif principal : évaluation du référentiel selon les critères de rigueur

La majorité des MSU interrogés trouve que tous les critères de rigueur sont remplis pour ce nouveau référentiel, avec un pourcentage de réponses positives à toutes les questions de plus de 60%.

Les deux points faibles relevés sont sur les critères « crédibilité » avec évocation d'items manquants pour 25% des répondants, et le critère « fiabilité » puisque 25% des enquêtés trouvent que certains items sont difficilement compréhensibles et que seuls 45% des MSU jugent objective l'évaluation de l'étudiant via cet outil.

En ce qui concerne l'évaluation globale du référentiel, nous avons une grande majorité de MSU satisfaits, avec plus de 80% des MSU interrogés le trouvant satisfaisant, représentatif de la pratique de médecin généraliste et adapté à l'évaluation des étudiants.

3.2. Objectif secondaire : comparaison avec l'ancien référentiel

Si l'on considère l'indice de confiance de cette étude de 90% avec une marge d'erreur à 10%, nous pouvons conclure qu'entre 60 et 80% des MSU ambulatoires de la phase socle de l'Université de Nantes trouvent ce nouvel outil plus adapté à l'évaluation des étudiants que l'ancien.

De plus, si l'on prend en considération ceux le trouvant tout autant adapté que l'ancien, nous arrivons à une acceptation de ce nouveau référentiel entre 67% et 87% de la population cible, ce qui constitue une grande majorité.

Les arguments avancés par les MSU sont principalement que ce nouveau référentiel est plus allégé, plus compréhensible et plus simple à utiliser que l'ancien, tout en restant adapté à la pratique de médecin généraliste et permettant de favoriser l'évolution des apprentissages de l'étudiant.

3.3. Comparaison avec d'autres régions : Picardie et Ile-de-France

Une étude a récemment été menée par une étudiante de l'Université d'Amiens avec le Dr Ariza, sous forme d'entretiens individuels auprès des MSU, référents urgentistes et tuteurs de la région Picardie. Les objectifs de son étude étaient d'évaluer la faisabilité et la validité du nouveau référentiel de la phase socle, ainsi que de proposer des améliorations à cet outil (26). En Ile-de-France, le Dr Nutte a enquêté auprès des médecins généralistes afin de recueillir leur opinion sur le nouveau référentiel. Ses résultats nous ont été transmis mais n'ont pas encore été exploités sous forme d'un travail publiable.

Les résultats obtenus sont superposables entre nos trois études, puisqu'il en ressort, parmi les points positifs, que les MSU ont dans leur globalité apprécié la grille.

Dans les 3 régions, ils jugent ce nouvel outil nécessaire, pratique et utile pour les médecins et les étudiants, le trouvant adapté à la pratique de médecin généraliste et détaillant bien les différentes compétences à acquérir.

Les points négatifs identifiés par les MSU de l'Université d'Amiens, ceux de l'Université de Nantes et ceux de la région parisienne se recoupent également, à savoir que :

- certains items sont difficiles à acquérir en 6 mois, et donc plutôt adaptés à l'évaluation d'un étudiant en SASPAS
- certaines questions de la grille sont redondantes
- le système de réponse binaire « observé/non observé » trouve ses limites lorsque l'étudiant se trouve dans une situation « entre-deux »
- les formulations négatives ne sont pas propices à l'évaluation de l'étudiant

Les items relevés comme difficilement compréhensibles étaient également les mêmes.

Les points d'amélioration suggérés étaient similaires :

- L'ajout d'un item sur la réalisation des gestes techniques est évoqué par les MSU dans les 3 études
- Scinder les items trop longs en sous-questions
- Reformuler certains items

Un point pertinent a également été soulevé dans l'étude de Manon Bost (26), qui a croisé les regards des MSU ambulatoires et des urgentistes référents sur toutes les compétences attendues d'un étudiant en fin de phase socle : certains items ne relèvent que de la pratique de médecin généraliste ambulatoire alors que d'autres ne relèvent que de la pratique hospitalière. Etaient évoquées deux options : l'élaboration d'une grille spécifique pour chaque terrain de stage ou bien l'utilisation de la même grille, remplie dans un premier temps par les référents du 1^{er} semestre uniquement pour les items « observés » puis complétés par ceux du 2^e semestre, avec l'idée que les items non observés du 1^{er} semestre le soient tous en fin de phase socle.

Ce point n'a pas pu être abordé dans notre étude puisque nous avons fait le choix de n'interroger que des MSU ambulatoires et de ne pas évaluer les compétences « Education, prévention, dépistage, santé individuelle et communautaire », « Continuité, suivi, coordination des soins autour du patient » ni « Professionnalisme » dans lesquelles apparaissent des capacités spécifiques aux terrains hospitaliers.

3.4. Evaluation des étudiants de D.E.S. d'autres spécialités en France et à l'international

La réforme du 3^e cycle des études médicales de 2017 veut que l'évaluation des étudiants, quel que soit le D.E.S, soit centrée sur l'approche par compétences. La Coordination Nationale des Collèges d'Enseignants en Médecine (CNCEM) a établi un groupe de travail sur l'évaluation des compétences en 2015, dont les objectifs principaux étaient de se mettre d'accord sur des principes pédagogiques communs à tous les collèges pour l'évaluation des compétences des

étudiants de 3^e cycle, de rédiger des recommandations pour la création d'un dispositif d'évaluation des compétences, et de proposer des outils d'évaluation innovants pouvant être utilisés à l'évaluation des compétences (https://cncem.fr/gt_evaluation).

Un état des lieux des pratiques existantes en matière d'évaluation des compétences par ce groupe de travail a notamment mis en évidence que l'utilisation d'outils critériés d'observation directe, déjà validés et largement utilisés dans les pays anglo-saxons, était minimale en France (27). Seules la médecine générale et la radiologie se basent sur un référentiel prédéfini d'évaluation des compétences, avec cependant pour la radiologie une approche surtout théorique et très peu tracée dans le carnet électronique de l'étudiant pour l'évaluation pratique en stage.

Le groupe de travail du CNCCEM a également mis en place des expérimentations pilotes en terme d'évaluation des compétences dans certaines disciplines.

Pour exemple, deux études ont été réalisées pour le D.E.S. de médecine interne, une première en 2016 visant à évaluer la reproductibilité et la validité de deux grilles d'évaluation des compétences cliniques par observation directe (29), puis une deuxième en 2017 dont l'objectif était d'évaluer, à plus grande échelle, la reproductibilité et la validité de plusieurs grilles évaluant différentes composantes des compétences professionnelles, intégrées dans un carnet d'observation directe des internes en stage (30). Il en ressort que malgré la faisabilité de l'évaluation des internes aux moyens de grilles standardisées, leur reproductibilité et sensibilité sont limitées, ne permettant pas leur utilisation pour juger de l'acquisition des compétences en stage. En revanche, une intégration de ces grilles au portfolio comme supports de débriefing est possible, afin d'assurer une rétroaction uniformément riche et complète au cours des stages successifs.

À l'échelle internationale, l'évaluation des étudiants de médecine générale des Etats-Unis et du Canada se fait également au moyen d'outils critériés d'évaluation des compétences (23,28).

3.5. Quelques points d'amélioration suggérés pour le nouveau référentiel

3.5.1. Sur la forme

- Réduire certains items perçus comme trop « longs », en faisant émerger éventuellement des sous-questions, afin de n'avoir que des items synthétiques : une idée = un item.
- Fusionner les items qui paraissent redondants
- Spécifier ce qui est attendu par « observé » : observé une fois est-il suffisant ou faut-il que l'étudiant le fasse systématiquement ou presque ?
- Reformuler certains items dont la compréhension n'est pas certaine

3.5.2. Sur le fond

- Ajout d'un item sur l'acquisition des gestes techniques de bases, essentiels à la pratique du médecin généraliste (ECG, frottis, vaccination, ...)
- Spécification des techniques de communication, avec notamment la capacité de reformuler la demande des patients pour s'assurer de leur bonne compréhension.
- Inclure des items sur la démarche diagnostique (recueil anamnésique et réalisation méthodique d'un examen clinique adapté), et sur la démarche thérapeutique.

CONCLUSION

Cette enquête d'opinion nous permet de valider le nouveau référentiel d'évaluation des compétences des étudiants de la phase socle par les Maîtres de Stage Universitaires ambulatoires de l'Université de Nantes, ainsi que l'acceptation de cette nouvelle grille en comparaison avec l'ancienne.

Les MSU ambulatoires étant, avec les urgentistes, les acteurs principaux de l'évaluation des étudiants de 1^e année du D.E.S. de médecine générale, cette validation était indispensable avant la mise en pratique de ce nouvel outil.

Il apparaît cependant que certains points du nouveau référentiel restent difficilement compréhensibles, et que le mode de remplissage n'est pas inné ni perçu de la même manière par les différents MSU. Afin de permettre l'homogénéité de son utilisation, il pourrait être proposé de former les MSU à l'outil, sous forme d'une formation courte spécifique ou de la mise en place d'une notice d'utilisation accessible à tous les acteurs de l'évaluation de l'étudiant.

Une autre étude pourrait être réalisée auprès des médecins hospitaliers référents urgentistes de l'Université de Nantes, ainsi qu'une enquête auprès des étudiants de la phase socle, afin de croiser les regards entre tous les différents intervenants de l'évaluation des compétences des étudiants.

Les pistes d'amélioration soulevées pourraient mener à une nouvelle version du référentiel, dans l'objectif de permettre une utilisation de cet outil à l'échelle nationale afin d'harmoniser les pratiques d'évaluation au sein des différents Départements de Médecine Générale.

BIBLIOGRAPHIE

1. Chartier S, Ferrat E, Djassibel M, Bercier S, Compagnon L, Mollereau-Salviato M-L, et al. Mise en œuvre d'un programme d'apprentissage dans une logique de compétence : difficultés et propositions. *Exercer*. 2012;23(103):169-74.
2. Allen J, Heyrman J, Svab I, Gay B, Ram P, Crebolder H. Les définitions européennes des caractéristiques de la discipline de médecine générale, du rôle du médecin généraliste et une description des compétences fondamentales du médecin généraliste - médecin de famille. WONCA Europe. 2002;
3. CNGE, CNOSF, CASSF, CNGOF. Référentiels métiers et compétences médecins généralistes, sages-femmes et gynécologues-obstétriciens. Paris: Berger-Levrault; 2010.
4. Compagnon L, Bail P, Huez J-F, Stalnikiewicz B, Ghasarossian C, Zerbib Y, et al. Définitions et descriptions des compétences en médecine générale. *Exercer*. avr 2013;24(108):148-55.
5. Attali C, Huez J-F, Valette T, Lehr-Drylewicz A-M. Les grandes familles de situations cliniques. *Exercer*. avr 2013;24(108):165-9.
6. Compagnon L, Bail P, Huez J-F, Stalnikiewicz B, Ghasarossian C, Zerbib Y, et al. Les niveaux de compétences. *Exercer*. avr 2013;24(108):156-64.
7. Ariza M, Chastang J, Grimault C, Compagnon L. Élaboration d'un outil d'évaluation des compétences de la phase socle chez les internes de médecine générale. *Exercer*. oct 2019;(156):378-80.
8. HAS. Elaboration de recommandations de bonne pratique. Méthode « Recommandations par consensus formalisé » [Internet]. 2010 déc [cité 20 juill 2020]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2011-01/guide_methodologique_consensus_formalise.pdf
9. CNGE. Proposition du CNGE pour la nouvelle maquette du DES de médecine générale. 2016 mars.
10. Loi n° 82-1098 du 23 décembre 1982 relative aux études médicales et pharmaceutiques.
11. Décret n° 2004-67 du 16 janvier 2004 relatif à l'organisation du troisième cycle des études médicales.
12. ISNAR-IMG. Diplôme d'Etudes Spécialisées de médecine générale [Internet]. 2011 avr [cité 8 août 2020]. Disponible sur: <https://www.isnar-img.com/wp-content/uploads/diplome-etudes-specialisees.pdf>

13. Arrêté du 19 octobre 2001 modifiant l'arrêté du 29 avril 1988 modifié relatif à l'organisation du troisième cycle des études médicales.
14. Circulaire DGS-DES-2004 n° 192 du 26 avril 2004.
15. Arrêté du 22 septembre 2004 fixant la liste et la réglementation des diplômes d'études spécialisées de médecine - Article Annexe V.
16. Arrêté du 12 avril 2017 portant organisation du troisième cycle des études de médecine.
17. Arrêté du 21 avril 2017 relatif aux connaissances, aux compétences et aux maquettes de formation des diplômes d'études spécialisées et fixant la liste de ces diplômes et des options et formations spécialisées transversales du troisième cycle des études de médecine.
18. Parent F, Jouquan J. Comment élaborer et analyser un référentiel de compétences en santé?: enseignants, formateurs, maîtres de stages. Bruxelles; [Paris: De Boeck; 2015.
19. Tardif J, Fortier G, Préfontaine C. L'évaluation des compétences: documenter le parcours de développement. Montréal: Chenelière-éducation; 2006.
20. CNGE. L'augmentation du nombre de MSU va permettre la mise en place de la 4e année du DES de médecine générale [Internet]. 2019 avr [cité 20 août 2020]. Disponible sur: https://www.cnge.fr/le_cnge/adherer_cnge_college_academique/cp_cnge_laugmentation_du_nombre_de_msu_va_permettr/
21. CNGE, SNEMG. La Charte des MSU [Internet]. 2012 févr [cité 20 août 2020]. Disponible sur: https://www.cnge.fr/le_cnge/textes_de_reference_du_cnge/la_charte_des_maitres_de_stage_u_niversitaires_msu/
22. Pelaccia T, Tardif J. Comment [mieux] former et évaluer les étudiants en médecine et en sciences de la santé? Louvain-la-Neuve: De Boeck supérieur; 2016.
23. Simard M-L, Lacasse M, Simard C, Renaud J-S, Rheault C, Tremblay I, et al. Validation d'un outil critérié d'évaluation des compétences des résidents en médecine familiale : étude qualitative du processus de réponse. *Pédagogie Médicale*. févr 2017;18(1):17-24.
24. Fenneteau H. Enquête: entretien et questionnaire. 2015.
25. Mauduit J, Van Cleef A, Prott F. Etat des lieux et déterminants de la supervision des internes en stage prticien niveau 1 à la faculté de médecine de Nantes (Thèse pour le Diplôme d'Etat de Docteur en Médecine). [Université de Nantes : U.F.R. de Médecine]; 2016.
26. Bost M. Validation d'un outil critérié d'évaluation des compétences de la phase socle en médecine générale : étude qualitative en Picardie (Thèse pour le Diplôme d'Etat de

Docteur en Médecine). [Université de Picardie Jules Verne : U.F.R. de Médecine]; 2020.

27. Présentation et synthèse du groupe évaluation des compétences [Internet]. CNCCEM; 2016 janv [cité 13 déc 2020]. Disponible sur:

https://cnccem.fr/sites/default/files/CNCEM_EVAL_COMP_restitution_22_01_16_document_long.pdf

28. Holmboe ES, Sherbino J, Long DM, Swing SR, Frank JR, for the International CBME Collaborators. The role of assessment in competency-based medical education. *Med Teach*. août 2010;32(8):676-82.

29. Pottier P, Cohen Aubart F, Steichen O, Desprets M, Pha M, Espitia A, et al. Validité et reproductibilité de deux grilles d'observation des compétences cliniques des internes en DES de médecine interne. *Rev Médecine Interne*. janv 2018;39(1):4-9.

30. Bonnard G, Cohen-Aubart F, Steichen O, Bourgarit A, Abad S, Ranque B, et al. Évaluation multicentrique de la reproductibilité et de la validité d'un carnet d'évaluation des compétences professionnelles des internes de médecine interne. *Rev Médecine Interne*. juill 2019;40(7):419-26.

ANNEXES

Annexe 1 : Questionnaire

Appréciation du nouveau référentiel d'évaluation des internes

Enquête auprès des MSU ambulatoires de la phase socle de Loire-Atlantique/Vendée sur l'appréciation du nouveau référentiel d'évaluation des internes de 1^e année du D.E.S. de médecine générale.

Chers collègues,

Merci d'avoir accepté de participer à mon travail de thèse. Afin de vous faciliter la tâche, je vous conseille d'avoir sous les yeux le nouveau référentiel numéroté que je vous ai fait parvenir par mail.

Il y a 20 questions dans ce questionnaire

I. Généralités

Vous êtes *

- Une femme
- Un homme

Votre âge *

- <35 ans
- 35-45 ans
- 46-55 ans
- >55 ans

Depuis combien de temps êtes-vous MSU ? *

- <5 ans
- 5-10 ans
- 11-20 ans
- >20 ans

De quand date votre dernière formation MSU ? *

- <5 ans
- 5-10 ans
- 11-15 ans
- >15 ans

Quel est votre milieu d'exercice ? *

- Rural
- Semi-rural
- Urbain

II. Evaluation du référentiel

Vous trouverez ci-après plusieurs groupes de questions portant sur le nouveau référentiel.

Afin de pouvoir y répondre plus aisément, il vous est conseillé d'avoir sous les yeux ledit référentiel qui vous a été transmis par mail.

Trouvez-vous, dans l'ensemble, le nouveau référentiel représentatif de la pratique de médecine générale ? *

- 1 : Très représentatif
- 2 : Plutôt représentatif
- 3 : Ne se prononce pas
- 4 : Peu représentatif
- 5 : Pas du tout représentatif

Trouvez-vous qu'il soit adapté à l'évaluation d'un.e interne ? *

- 1 : Oui, très adapté
- 2 : Oui, plutôt adapté
- 3 : Ne se prononce pas
- 4 : Non, peu adapté
- 5 : Non, pas du tout adapté

II.1. Crédibilité

Selon vous, les items cités permettent-ils d'évaluer les compétences correspondantes ? *

Exemple : l'item "l'étudiant accepte d'assister le MSU dans ses consultations et il accepte l'idée qu'il va devoir en mener seul également" rentre-t-il dans le cadre de l'évaluation de la compétence

- 1 : Oui, tout à fait
- 2 : Oui, plutôt
- 3 : Ne se prononce pas
- 4 : Non, très peu
- 5 : Non, pas du tout

Manque-t-il, selon vous, des compétences et/ou des capacités attendues d'un.e interne en fin de 1^e année ? *

Si oui, laquelle ou lesquelles pensez-vous qu'il manque ?

- Oui
- Non
- Ne se prononce pas

Texte libre

II.2. Fiabilité

L'interprétation des items vous paraît-elle subjective ? (pouvant donc varier d'un évaluateur à l'autre) *

- 1 : Oui, tout à fait
- 2 : Oui, plutôt
- 3 : Ne se prononce pas
- 4 : Plutôt non
- 5 : Non, pas du tout

Trouvez-vous que les items permettent de justifier le niveau de compétence de l'étudiant.e ? *

- 1 : Oui, tout à fait
- 2 : Oui, plutôt
- 3 : Ne se prononce pas
- 4 : Non, très peu
- 5 : Non, pas du tout

II.3. Faisabilité

Y a-t-il, selon vous, des items difficiles à comprendre, voire incompréhensibles ? *

- Oui
- Non
- Ne se prononce pas

Si oui, lesquels ? *

Texte libre

Ce référentiel vous paraît-il facile à utiliser (en terme de compréhension, de temps nécessaire,...) ? *

- 1 : Oui, tout à fait
- 2 : Oui, plutôt
- 3 : Ne se prononce pas
- 4 : Non, pas vraiment
- 5 : Non, pas du tout

II.4. Effets sur l'apprentissage

Pensez-vous que l'utilisation de ce nouveau référentiel puisse permettre de favoriser l'apprentissage et le développement des compétences de l'interne évalué.e ? *

- 1 : Oui, tout à fait
- 2 : Oui, plutôt
- 3 : Ne se prononce pas
- 4 : Non, pas vraiment
- 5 : Non, pas du tout

III. Satisfaction globale

Dans l'ensemble, trouvez-vous ce référentiel satisfaisant ? *

- 1 : Très satisfaisant
- 2 : Plutôt satisfaisant
- 3 : Ne se prononce pas
- 4 : Peu satisfaisant
- 5 : Pas du tout satisfaisant

Trouvez-vous ce nouveau référentiel plus adapté que l'ancien ? *

- 1 : Oui, tout à fait
- 2 : Oui, plutôt
- 3 : Ne se prononce pas
- 4 : Non, pas vraiment
- 5 : Non, pas du tout

Si oui, pourquoi en quelques mots ? *

Texte libre

Si non, pourquoi en quelques mots ? *

Texte libre

IV. Autres remarques

Avez-vous d'autres remarques, non mentionnées ?

Texte libre

Merci d'avoir participé à ce travail. Si vous souhaitez en connaître les résultats, vous pouvez me contacter à cette adresse morgane.garcia@etu.univ-nantes.fr

Annexe 2 : formulaire d'information aux MSU

Chers confrères, chères consœurs

Il y a plusieurs mois, vous avez certainement reçu un courrier du Pr Goronflot annonçant un travail de réflexion et de révision de la grille d'évaluation des internes en phase socle du D.E.S. de médecine générale.

Dans le cadre de ma thèse de médecine générale, j'enquête auprès des MSU ambulatoires de Loire Atlantique/Vendée sur l'appréciation d'un nouveau référentiel d'évaluation.

Jusqu'à présent, la grille utilisée pour l'évaluation des internes en stage ambulatoire était riche en termes pédagogiques, difficile à s'approprier et soulevait de nombreuses remarques.

Un nouveau référentiel national a été élaboré afin d'améliorer et d'homogénéiser les évaluations des étudiants, notamment en ce qui concerne l'acquisition des compétences durant la première année du 3^{ème} cycle. En effet, en fin de première année (phase socle) il est demandé aux étudiants un niveau nommé « intermédiaire » dans les compétences « relation, communication », « premiers recours, urgences », « approche globale, complexité ». Le nouvel outil d'évaluation caractérise plus concrètement ce qui est attendu de la part des étudiants.

L'objectif de mon travail est de recueillir votre avis sur ce nouvel outil d'évaluation, en comparaison du référentiel que vous connaissez et utilisez, et de façon précise sur les 3 compétences plus particulièrement travaillées en phase socle.

L'enquête se fait au moyen d'un questionnaire anonyme en ligne. Votre identité est demandée pour permettre un suivi des réponses, mais le logiciel utilisé ne me permet pas de rapprocher votre identité à vos réponses.

Vous trouverez ci-dessous les deux référentiels d'évaluation à comparer. Ils ont volontairement été réduits aux 3 compétences sus-citées.

Le nouveau référentiel a été numéroté afin que vous puissiez inscrire dans vos réponses les numéros des items si besoin.

Lien vers le questionnaire en ligne :

<https://questionnaires.univ-nantes.fr/index.php/738326?lang=fr>

Temps estimé de réponse au questionnaire = 10 minutes

En vous remerciant chaleureusement de votre participation à mon travail et du temps que vous y accordez.

Morgane Garcia.

Annexe 3 : Nouveau référentiel (réduit)

NOUVEAU REFERENTIEL

I. Relation, communication, approche centrée patient

		Observé	Non observé
Novice			
1	L'étudiant accepte d'assister le MSU dans ses consultations et il accepte l'idée qu'il va devoir en mener seul également		
2	L'étudiant a discuté avec son MSU d'une consultation où il était acteur ou observateur et où il a exprimé des difficultés d'ordre relationnelles avec le patient, et il a évoqué la nécessité de se former davantage		
3	L'étudiant mène des interrogatoires sémiologiques et anamnestiques corrects et commence à s'intéresser au vécu du patient, à laisser parler et à écouter, au-delà des questions habituelles de l'anamnèse. Il saisit la nuance entre un interrogatoire et un entretien.		
4	L'étudiant s'exprime efficacement et clairement, il se fait comprendre du patient en adaptant son langage au niveau socio-culturel, mais ne prête pas encore attention à la posture, le geste, le regard ni de son côté ni de celui du patient.		
5	L'étudiant en situation explique différentes options diagnostiques ou thérapeutiques et tente d'impliquer le patient dans le choix final.		
6	L'étudiant communique avec l'entourage du patient mais est en difficulté pour préserver le secret médical : il a tendance à bien l'opposer dans les situations "sensibles" (dépistage VIH) mais pas dans des situations "banales" (vaccinations).		
7	L'étudiant manipule le téléphone, courrier, mail au quotidien dans ses échanges professionnels. Les informations données sont adaptées au destinataire. L'étudiant écrit des courriers médicaux conformes aux recommandations.		
Intermédiaire			
8	Le MSU a pu faire travailler l'étudiant sur une décision qui lui a semblé influencée par la relation au patient.		
9	Lors d'une rétroaction, l'étudiant est capable de relier ses notions de psychologie médicale au comportement d'un patient.		
10	Le MSU constate que l'étudiant réalise une anamnèse non plus seulement biomédicale mais centrée sur la globalité bio-psycho-sociale et l'expérience du patient en recherchant une relation de soins collaborative.		
11	L'étudiant montre qu'il sait prioriser, temporiser et organiser un projet de soins sur plusieurs rencontres.		
12	L'étudiant est en mesure de repérer au cours des rétroactions avec le MSU les difficultés relationnelles / communicationnelles qui entravent sa pratique ; il s'interroge sur les moyens de s'améliorer.		

II. Premier recours, urgences

		Observé	Non observé
Novice			
1	L'étudiant a accepté de s'occuper de tout type de plainte mais il a tendance à sélectionner prioritairement celles du champ biomédical. Il calque sa hiérarchie des motifs de consultation sur celle des patients.		
2	L'étudiant a reconnu les signes cliniques d'alerte et les éléments d'anamnèse des diagnostics urgents. Il sait mener l'évaluation initiale, alerter le médecin sénior disponible et justifier le choix du mode de transfert.		
Intermédiaire			
3	Pendant ses entretiens avec le patient, l'étudiant élargit ses questions avec l'intention d'une approche globale, en sachant qu'il favorise ainsi l'expression des demandes cachées.		
4	Dans ses observations, l'étudiant catégorise avec précision le tableau clinique (symptôme, syndrome, maladie, diagnostic prouvé). Il intègre l'incertitude diagnostique et décisionnelle aux soins de premier recours, et l'explique au patient.		
5	L'étudiant a discuté pendant une rétroaction et a montré qu'il avait compris la motivation d'une urgence ressentie.		
6	L'étudiant aborde en consultation les thèmes de santé utiles pour le patient au-delà des motifs initiaux.		

III. Approche globale, prise en compte de la complexité

		Observé	Non observé
Novice			
1	L'étudiant centre ses consultations sur les aspects biomédicaux, il n'explore pas encore les sujets psychosociaux.		
2	L'étudiant note des éléments psychosociaux, culturels, éthiques, administratifs dans le dossier. Il remarque les limites de l'approche biomédicale.		
Intermédiaire			
3	En rétroaction, l'étudiant a discuté de l'environnement psychosocial, culturel, juridique, éthique ou administratif modifiant la prise en charge.		
4	En rétroaction, l'étudiant a discuté du décalage entre sa prise en charge et les attentes des patients.		
5	En rétroaction, l'étudiant a exprimé son incertitude face à une situation complexe. Il a exprimé qu'il n'y avait pas une seule bonne réponse face à une situation clinique.		

Annexe 4 : Ancien référentiel (réduit)

ANCIEN REFERENTIEL

Légende Evaluation	Non acquis : cases vides
	E : En cours d'acquisition
	A : Acquis

APPROCHE CENTREE PATIENT / RELATION / COMMUNICATION			
Construction de la relation avec le patient et son entourage ainsi qu'avec l'ensemble des professionnels de santé			
Novice		Intermédiaire	
<input type="checkbox"/>	Perçoit l'importance de la relation médecin patient et y perçoit ses propres limites. A tendance à l'identification.	<input type="checkbox"/>	Dans les situations courantes, mène un entretien centré patient en cherchant à construire la relation.
<input type="checkbox"/>	Mène un interrogatoire centré maladie seulement et explique ses décisions et espère obtenir l'adhésion du patient.	<input type="checkbox"/>	Repère les différents niveaux de difficultés du patient face à la maladie et lui laisse le temps de parole et de réflexion nécessaire. En utilisant certaines notions de psychologie médicale.
<input type="checkbox"/>	Connait quelques notions théoriques des techniques de communication pour améliorer la relation. Utilise principalement une communication verbale.	<input type="checkbox"/>	Repère ses propres difficultés communicationnelles ou relationnelles et/ou personnelles et prévoit des formations.
<input type="checkbox"/>	Communique avec l'entourage à partir de ce qu'il pense être important pour le patient.	<input type="checkbox"/>	Communique avec l'entourage en étant attentif au secret médical.
<input type="checkbox"/>	Communique avec différents intervenants en utilisant différents médias.	<input type="checkbox"/>	Collabore (transmet les informations nécessaires à la prise en charge du patient) avec les différents intervenants.

PREMIER RECOURS URGENCES

Aptitude à appréhender les problèmes de santé			
Novice		Intermédiaire	
<input type="checkbox"/>	Recueille sans hiérarchiser les plaintes et demandes du patient	<input type="checkbox"/>	Fait des tentatives de repérer la demande réelle derrière la plainte alléguée, en essayant d'intégrer les antécédents et le contexte de vie du patient.
<input type="checkbox"/>	Prend conscience de l'ampleur du champ de l'exercice ambulatoire et s'interroge sur ses capacités à y faire face.	<input type="checkbox"/>	Elargit le contenu de la consultation à la prise en compte d'autres problèmes de santé.
<input type="checkbox"/>	Prend conscience de l'importance d'une approche centrée patient.	<input type="checkbox"/>	A besoin de soutien sous la forme de supervision pour se centrer patient.
Aptitude à une prise de décision appropriée en soins primaires			
Novice		Intermédiaire	
<input type="checkbox"/>	Peine à prendre des décisions en contexte d'incertitude.	<input type="checkbox"/>	Décide sans avoir systématiquement obtenu un diagnostic de maladie et accepte d'en parler au patient.
<input type="checkbox"/>	Ne tient pas toujours compte de la prévalence dans ses prescriptions. N'intègre pas toujours la balance bénéfices/risques.	<input type="checkbox"/>	Sait prescrire de façon adaptée. A un questionnement face à leur bénéfice-risque et effets indésirables.
Urgences-gestes techniques courants en Médecine Générale			
Novice		Intermédiaire	
<input type="checkbox"/>	Peine à organiser les soins face aux urgences vitales ou ressenties en MG.	<input type="checkbox"/>	Capable de répondre de façon adaptée à une urgence réelle ou ressentie.
<input type="checkbox"/>	Difficultés à poser l'indication et à réaliser les gestes techniques utiles en MG.	<input type="checkbox"/>	Pose l'indication et exécute certains gestes techniques.

APPROCHE GLOBALE / COMPLEXITE

Novice		Intermédiaire	
<input type="checkbox"/>	Reste centré sur la maladie.	<input type="checkbox"/>	Tente d'intégrer les données psychosociales à son diagnostic / sa démarche de soin.
<input type="checkbox"/>	Perçoit qu'il existe des données psychosociales, culturelles, éthiques, juridiques et administratives dans la démarche décisionnelle et qu'il est nécessaire d'en prendre compte.	<input type="checkbox"/>	Accepte l'idée qu'il existe plusieurs réponses acceptables en fonction des différentes analyses possibles. Reconnaît la place de l'incertitude dans la démarche décisionnelle, prend en compte une partie de la complexité en situation.

Annexe 5 : Réponses brutes

1. Question : Manque-t-il, selon vous, des compétences et/ou des capacités attendues d'un.e interne en fin de 1^e année ?

MSU 7 : « Plus compliqué que le précédent, il attend de l'interne qu'il soit capable de reconnaître ses propres difficultés :

1. la relation avec le patient comprend la gestion du temps, la hiérarchisation, l'évaluation des connaissances transmises et retenue par le patient, ce que veut dire le patient et ce qu'il ne veut pas dire.
2. le questionnaire ancien nous semble plus clair bien qu'incomplet
3. il faut insister sur le diagnostic d'incidence et de prévalence introduisant l'interne à l'incertitude du diagnostic »

MSU 27 : « Certains internes, même en fin de première année, ont une autonomie et une aisance dans l'exercice de la médecine générale bien plus importante que d'autres. Ce serait bien de pouvoir le noter quelque part... »

MSU 9 : « Savoir rechercher une information médicale, faire des recherches sur un sujet mal connu »

MSU 27 : « Je suis surprise que la démarche thérapeutique ne soit pas abordée. Ne faut-il pas que l'interne sache prescrire des traitements adaptés? On parle tellement d'élargir les motifs à d'autres motifs cachés que je trouve qu'un item "sait établir un diagnostic et établir une démarche d'examens complémentaires et traitements" me semble indispensable. Nous constatons avec les étudiants de première année, une volonté de chercher des motifs cachés, de faire de l'entretien motivationnel en vue de prévention au dépens du motif initial et de sa prise en charge globale »

MSU 30 : « Aucune mention de la réalisation de gestes techniques (ECG, frottis, vaccinations, etc), les différents temps de la consultation, rien non plus sur la décision en fin de consultation: partagée, prescription ou pas, balance bénéfices/risques/coût des médicaments. Ce questionnaire est beaucoup plus court que celui que l'on a utilisé au cabinet jusqu'à présent lequel n'est pas le même que celui appelé "ancien référentiel" dans votre questionnaire? »

MSU 34 : « Peut-être quelque chose au niveau des techniques de communication ? Du style "l'étudiant est capable de reformuler une demande du patient afin d'en confirmer sa compréhension" Remarque sur l'item I.5 : de mon expérience de MSU, exposer différentes options thérapeutiques à un patient et essayer de l'intégrer dans la décision me semble complètement surestimer le niveau d'un interne novice. Ce n'est qu'en toute fin de stage, dans des situations simples et pas chez tous les internes que j'ai pu observer cela... je le mettrai carrément en niveau "compétent". Autre remarque : la partie I comprend la mention "approche centrée patient" et l'item III "approche globale" ce qui crée des redondances (même si je trouve les items intéressants par ailleurs). Peut-être faut-il réorganiser cela ? »

MSU 40 : « Empathie, qualité de la relation, accueil du patient et présentation en présence du MSU. »

MSU 41 : « Pas d'items sur la réalisation d'un examen clinique orienté et adapté pas d'items sur l'apprentissage de gestes techniques »

2. Question : Quels sont, selon vous, les items difficiles à comprendre, voire incompréhensibles ?

MSU 7 : « *Relation communication approche centré patient : le 6 formulation ? comment préserver le secret médical quand les patients sont âgés et consulte en couple, présence d'un parent pour les enfants ? le 10 globalité bio-psycho-sociale ? premier recours urgences : le critère 6* »

MSU 9 : « *1^{er} item 9, 2^e item6* »

MSU 13 : « *II : 1* »

MSU 15 : « *le 9* »

MSU 16 : « *Globalement : la grille d'évaluation est incompréhensible, nous sommes les 3 maitres de stage à nous demander comment répondre aux items. Comment a-t-on pu créer un tel "charabia" ???* »

MSU 22 : « *I-8* »

MSU 34 : « *Je n'irais pas jusqu'à dire "incompréhensible" mais par exemple le terme "rétroaction" serait peut-être à définir ou à modifier... tous les MSU s'identifieront-ils à ce terme ? Autre remarque : le temps des verbes n'est pas toujours le même. Dans l'optique d'une validation par "observé / non observé", le passé simple est assez pratique : il encourage à se souvenir "est au moins déjà arrivé une fois ?" ; alors que le présent simple amène à penser les actions "de manière générale", or l'interne peut le faire parfois, mais pas tout le temps... à ce moment-là, remplir la case "observer/non observé" est moins instinctif : faut-il la cocher si l'interne le fait tout le temps ou bien s'il l'a fait au moins une fois ? Il faudrait statuer sur ce qu'on attend des internes en fait !* »

MSU 39 : « *- Peine à prendre des décisions en contexte d'incertitude.
- Ne tiens pas toujours compte de la prévalence dans ses prescriptions. N'intègre pas toujours la balance bénéfices/risques.
- Peine à organiser les soins face aux urgences vitales ou ressenties en MG.
- Difficultés à poser l'indication et à réaliser des gestes techniques utiles en MG.* »

MSU 40 : « *Item 6 de la relation, communication, approche centrée patient* »

MSU 48 : « *Sur le suivi des pathologies chroniques, la déontologie* »

3. Question : Pourquoi trouvez-vous le nouveau référentiel plus adapté que l'ancien ?

MSU 1 : « moins dense, nettement allégé. Dans l'ancien, j'avais l'impression de devoir choisir pour chaque point novice/intermédiaire, comme si ces 2 états étaient en complète opposition, ce qui n'était pas toujours le cas en pratique. La frontière entre ces 2 niveaux est parfois floue. Et en cela, je trouve le nouveau référentiel plus adapté »

MSU 4 : « plus compréhensible ! plus clair ! moins de charabia pseudo pédagogique ! »

MSU 5 : « plus simple, plus clair, plus concis »

MSU 10 : « plus explicite et moins de langage CNGE donc plus compréhensible »

MSU 11 : « plus claire, plus lisible, moins de terme pédagogique, plus centré sur notre pratique »

MSU 12 : « Plus simple et moins de répétitions »

MSU 13 : « un peu plus clair en ce qui concerne les attentes que l'on doit avoir de l'interne en niveau I »

MSU 15 : « Plus simple »

MSU 17 : « Les phrases sont moins alambiquées, donc plus compréhensibles que sur l'ancien référentiel »

MSU 18 : « le côté on/off permet de trancher plus facilement, les items sont distincts et plus précis sur la progression attendue novice...à tester sous peu ! »

MSU 19 : « Plus simple, plus clair, plus court »

MSU 20 : « Critères d'évaluation simplifiés par rapport à l'ancien référentiel qui était difficile d'utilisation et pouvait même être incompréhensible sur certains items.. »

MSU 22 : « Les items sont plus clairs et plus adaptés à la pratique de la médecine générale. »

MSU 23 : « termes plus clairs, plus adaptés et plus pratiques. Phrases plus courtes également, cerne mieux les compétences de l'étudiant »

MSU 24 : « le nouveau me semble moins sujet à l'interprétation et donc moins susceptible de varier selon le MSU »

MSU 25 : « ancien : item trop sophistiqués compliqués jusqu'à incompréhensibles très fastidieux à remplir »

MSU 27 : « pas trop de phrases compliquées, plus objectif »

MSU 28 : « plus clair, plus concis »

MSU 29 : « Plus simple plus pratique »

MSU 34 : « *Moins long et plus concret. Les cases "observé/non observé" est plus concrète que "acquis/NA/EA" et donc plus simple à évaluer. Les items donnent une idée précise du niveau à atteindre par l'interne et le guide donc dans sa progression, c'est très intéressant. »*

MSU 37 : « *Les items sont moins redondant et plus claires pour ceux qui ne possèdent pas le lexique pédagogique »*

MSU 38 : « *Plus court plus intelligible et donc plus. Facile à appliquer régulièrement au cours du stage »*

MSU 41 : « *plus concis et plus compréhensif »*

MSU 42 : « *Semble plus clair, dans l'ancien référentiel les catégories "novice", "intermédiaire" et les items Non Acquis, En Cours d'Acquisition, donnaient un caractère négatif à certaines appréciations alors que ce n'était pas l'effet recherché par le MSU. »*

MSU 43 : « *Plus clair dans les énoncés des items, et + concis. (avec l'ancien, impression d'avoir des questions redondantes) »*

MSU 44 : « *L'ancien est beaucoup trop long et trop complexe. On ne serait même pas capable de bien le remplir pour nous, certains items sont incompréhensibles (en tous cas difficiles à mettre en lien avec des situations concrètes). Celui ci est bien plus simple et synthétique »*

MSU 45 : « *Plus clair et compréhensible »*

MSU 48 : « *plus adapté à la médecine générale en globalité »*

4. Question : Pourquoi ne trouvez-vous pas le nouveau référentiel plus adapté que l'ancien ?

MSU 7 : « *La présentation de l'ancien semble plus claire en marquant sur la même ligne la progression de l'étudiant. L'ancien pouvait être développé. Chaque étudiant a des points forts et des points faibles, nous devons pouvoir repérer les points faibles pour le faire progresser. Je pense que l'intitulé 1 du nouveau référentiel est un préalable dès lors qu'il choisit ce stage. »*

MSU 8 : « *J'aimais bien l'ancien donc c'est subjectif! Mais celui-ci me paraît bien aussi si ce n'est ma remarque plus haut »*

MSU 9 : « *Je le trouvais tout aussi adapté en tout cas sur ces 3 items-là »*

MSU 16 : « *Pour les mêmes raisons, peut-on faire beaucoup simple ? »*

MSU 30 : « *Je le trouve moins jargonnant et c'est une bonne chose, il est plus court (trop?), je trouve qu'il manque des choses essentielles comme je l'ai dit plus haut. Et même celui appelé "ancien référentiel" ne correspond pas à celui que nous utilisons qui fait 3-4 pages et est, pour le coup, jargonnant, trop long et inadapté. La modification est bienvenue mais incomplète à mon sens (corpus de la consultation, décision, gestes techniques...)*

MSU 40 : « *Encore plus compliqué. Ou alors il faudrait une formation spécifique du DMG. Pourquoi pas ? »*

5. Question : Avez-vous d'autres remarques, non mentionnées ?

MSU 3 : « *Le "observé-non observé" ne vient pas spontanément en ce qui me concerne. Je perçois ceci comme son principal défaut. "Acquis-en cours d'acquisition" me paraît plus pertinent.* »

MSU 7 : « *J'attends de mon étudiant qu'à la fin du stage il arrive à commencer une hiérarchisation des motifs. Nous avons travaillé sur deux points "savoir dire non" et "l'incertitude du diagnostic".*

MSU 23 : « *Il reste pour moi, le problème du "novice" et "intermédiaire", où parfois les termes sont très négatifs en novice et il n'est pas clair de savoir ce qu'il faut répondre surtout si l'étudiant maîtrise déjà le niveau intermédiaire. Exemple : "L'étudiant centre ses consultations sur les aspects biomédicaux, il n'explore pas encore les sujets psychosociaux".*

MSU 27 : « *puisque ce référentiel est plus simple, donc plus rapide à enregistrer, je suis favorable à ce qu'il soit rempli en milieu et en fin de stage afin de faire émerger les difficultés de l'interne. Je trouve qu'il serait pertinent que chaque MSU et interne puisse le remplir individuellement pour son interne et qu'ensuite un outil informatique puisse faire émerger les différences entre MSU et les points communs pour faire ressortir des points essentiels.*

MSU 40 : « *Trop complexe et surtout certains items sont plutôt pour le SASPAS.* »

MSU 42 : « *Il est appréciable de voir que des termes comme "peine à..." ont été supprimés* »

Vu, le Président du jury
Monsieur le Professeur Pierre POTTIER

Vu, le Directeur de thèse
Madame le Docteur Charlotte GRIMAULT

Vu, le Doyen de la faculté

Titre de Thèse : Comment les Maîtres de Stage Universitaires perçoivent-ils le nouveau référentiel d'évaluation des internes en fin de première année du D.E.S. de médecine générale ?

RÉSUMÉ

Introduction : La réforme du DES de médecine générale, qui a pris effet à la rentrée 2017/2018, est structurée en 2 phases : un an de phase socle suivi de deux ans de phase d'approfondissement. Jusqu'à présent, le passage en phase d'approfondissement se faisait par l'évaluation croisée de l'étudiant, des MSU, des enseignants et du jury du DMG. Cette évaluation pouvait varier d'un DMG à l'autre. Afin d'homogénéiser la procédure d'évaluation et ainsi d'harmoniser le cursus du DES de médecine générale, un nouveau référentiel d'évaluation des compétences a été élaboré en 2018 sous la coordination du CNGE. L'ancien référentiel, actuellement toujours utilisé à l'Université de Nantes pour l'évaluation des étudiants en stage ambulatoire, a maintes fois suscité des critiques par les MSU et les étudiants, notamment quant à la compréhension et l'interprétation des items. Nous avons donc réalisé cette étude afin de recueillir l'avis des MSU sur ce nouveau référentiel en comparaison à celui actuellement utilisé.

Matériel et méthode : Nous avons réalisé une enquête d'opinion auprès des 77 MSU ambulatoires de la phase socle de l'Université de Nantes. Cette enquête, sous forme de questionnaire en ligne à réponses anonymes, portait sur les critères de rigueur d'un outil d'évaluation de type référentiel de compétences (crédibilité, fiabilité, faisabilité, effets sur apprentissage, acceptabilité) ainsi que sur l'appréciation même du nouveau référentiel en comparaison avec l'ancien. Les MSU ont été recrutés directement par appel téléphonique de l'enquêteur puis envoi des modalités de participation par mail.

Résultats : 36 médecins ont répondu (47,4%). L'outil a été jugé crédible à 70% avec cependant 25% de participants trouvant qu'il manquait des items essentiels. La fiabilité était d'une part très bonne avec 81% de MSU trouvant que les items justifiaient le niveau de compétence, mais d'autre part médiocre avec 47% des évaluateurs trouvant leur interprétation subjective. 25% ont relevé des items difficiles à comprendre. La faisabilité a été évaluée positive à 76% et les effets sur l'apprentissage l'ont été à 64%. Au total, 81% des MSU ont trouvé le nouveau référentiel satisfaisant et 77% le trouvent tout autant voire plus adapté que l'ancien. L'enquête a permis de faire émerger quelques pistes d'amélioration.

Conclusion : Le nouveau référentiel est en globalité bien accepté par les MSU ambulatoires de la phase socle. Quelques améliorations peuvent être apportées afin d'implanter cet outil pour l'évaluation des étudiants, à l'Université de Nantes comme à l'échelle nationale. La mise en place d'une notice d'utilisation ou d'une formation courte à l'utilisation de l'outil permettrait une appropriation homogène du référentiel par les différents acteurs de l'évaluation des étudiants.

MOTS-CLÉS

PEDAGOGIE, PHASE SOCLE, STAGE PRATICIEN NIVEAU 1, COMPETENCES MEDECIN GENERALISTE, DES MEDECINE GENERALE, MSU, REFERENTIEL D'EVALUATION