

UNIVERSITE DE NANTES

FACULTE DE MEDECINE

Année 2013

N° 120

THESE

Pour le

DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE

D.E.S. de MEDECINE GENERALE

Par

Cédric NOURAUD

Né le 26/07/1982 à Saintes

Présentée et soutenue publiquement le 10/10/2013

**ETAT DES LIEUX DE L'ATTEINTE DES OBJECTIFS DU D.E.S. PAR
LES INTERNES DE MEDECINE GENERALE A NANTES EN 2011.
METHODOLOGIE MIXTE A PARTIR DE LEUR AUTO-EVALUATION**

Président : Monsieur le Professeur Rémy SENAND

Directeur de thèse : Monsieur le Professeur Pierre POTTIER

Membres du Jury : Monsieur le Professeur Jacques BARRIER
Monsieur le Professeur Lionel GORONFLOT

REMERCIEMENTS

A Monsieur le Professeur Rémy SENAND, Président du jury de cette thèse. Veuillez trouver dans ce travail l'expression de mon profond respect.

A Messieurs les Professeur Jacques BARRIER et Lionel GORONFLOT, membres du jury de cette thèse. Veuillez recevoir l'expression de ma haute considération.

A Monsieur le Professeur Pierre POTTIER, pour avoir accepté de diriger cette thèse, pour le temps passé à me donner vos conseils avisés, pour m'avoir permis de me surpasser.

A Monsieur le Docteur Jean-Paul CANEVET, pour avoir permis que ce projet existe.

A tous les internes qui ont participé à ce travail, sans vous rien n'aurait été possible.

A mes parents, Jacques et Danielle, à Juju mon frère, à Manue ma oucks, pour votre soutien, vos encouragements, votre présence constante même dans les moments difficiles.

A mes grands-parents, Raphael, Sylvia, Guy, Jacqueline, Michelle, à mes cousins, oncles et tantes, pour les souvenirs d'enfance.

A ma belle-famille, Patrick, Marie-Thérèse, Nicolas, Marion, Fleur, pour votre accueil et votre gentillesse.

A mes amis, aux Fridays, à Sun, pour les moments de détente passés et futurs.

SOMMAIRE

1. INTRODUCTION.....	6
2. QUESTIONS DE RECHERCHE.....	7
3. HYPOTHESES	7
4. OBJECTIFS.....	8
5. METHODE.....	8
<u>5.1. METHODE D'APPROCHE MIXTE.....</u>	<u>8</u>
<u>5.2. ETUDE QUANTITATIVE.....</u>	<u>9</u>
5.2.1. Recueil du guide d'auto-évaluation de compétences.....	9
5.2.2. Détermination du caractère acquis/non acquis d'une compétence à partir du guide d'auto-évaluation	9
5.2.3. Comparaison du niveau de compétence des internes selon leur année d'étude.....	11
5.2.4. Comparaison du niveau d'acquisition et d'enseignement théorique des compétences somatiques et psycho-sociales en 3 ^e année de 3 ^e cycle.....	11
<u>5.3. ANALYSE QUALITATIVE.....</u>	<u>12</u>
5.3.1. Elaboration des sujets des entretiens à partir d'objectifs de D.E.S. du C.N.G.E.....	12
5.3.2. Déroulement des entretiens.....	13
5.3.3. Méthodologie de l'analyse des entretiens.....	13

6. RESULTATS	14
6.1. PREMIERE PARTIE : ETUDE QUANTITATIVE	14
6.1.1. Recueil du guide d'auto-évaluation de compétences	14
6.1.2. Détermination du caractère acquis/non acquis d'une compétence à partir du guide d'auto-évaluation	14
6.1.2.1. Pourcentages des différentes réponses possibles par année d'étude	14
6.1.2.2. Détermination du seuil définissant une compétence comme acquise	15
6.1.3. Comparaison du niveau de compétence des internes selon leur année d'étude	16
6.1.4. Comparaison du niveau d'acquisition et d'enseignement théorique des compétences somatiques et psycho-sociales en 3 ^e année de 3 ^e cycle	16
6.1.4.1. Classement des compétences de l'auto-questionnaire en fonction de leur thème, de leur acquisition par les internes et de leur enseignement théorique	16
6.1.4.2. Comparaison du niveau d'acquisition et d'enseignement théorique des compétences somatiques et psycho-sociales en 3 ^e année de 3 ^e cycle	17
6.2. DEUXIEME PARTIE : ANALYSE QUALITATIVE	22
6.2.1. Elaboration des sujets des entretiens à partir d'objectifs de D.E.S. du C.N.G.E	22
6.2.2. Déroulement des entretiens	22
6.2.3. Analyse des entretiens	22
6.2.3.1. Les stratégies d'apprentissage	24
6.2.3.2. La relation à la situation clinique	25
6.2.3.3. La relation pédagogique	26
6.2.3.4. La supervision clinique	29
6.2.3.5. Lien de l'interne avec lui-même	30
6.2.3.6. Les attentes du patient	30
6.2.3.7. L'élaboration didactique	30

7. DISCUSSION	32
8. CONCLUSION	36
9. ANNEXES	37
ANNEXE 1 : Convocation au jury de validation de D.E.S.	37
ANNEXE 2 : Courriels envoyés à tous les internes de médecine générale, leur demandant de me ré-adresser l’auto-questionnaire rempli.	38
ANNEXE 3 : Courriels envoyés aux internes de 3 ^e année de D.E.S., leur demandant de participer à un entretien.	41
ANNEXE 4 : Courriels envoyés aux internes ayant participé aux entretiens, leur décrivant une partie de la méthode.	41
ANNEXE 5 : Le guide d'auto-évaluation du D.M.G. de Nantes.	42
ANNEXE 6 : Tableau 3 : Classement des compétences de l’auto-questionnaire en fonction de leur thème, de leur acquisition par les internes et de leur enseignement théorique en séminaire du 3 ^e cycle.	66
ANNEXE 7 : Tableau 4 : Classement des objectifs du C.N.G.E. selon leur atteinte et leur enseignement en séminaire du 3 ^e cycle.	87
ANNEXE 8 : Les 4 internes ayant participé aux entretiens.	89
ANNEXE 9 : Les entretiens.	90
10. BIBLIOGRAPHIE	112

1. INTRODUCTION

« Suis-je devenu compétent grâce au programme d'enseignement organisé par la Faculté de Médecine ? (...) NON ! » (1) affirme Jean-Jacques Guilbert, médecin-chef de l'unité de planification, méthodologie et évaluation de la formation des personnels de santé au siège de l'O.M.S. (2). Je me suis également posé cette question mais sans aboutir à la même réponse. L'ouverture de l'internat et du D.E.S. aux étudiants en médecine générale, m'a permis d'accéder à une formation plus professionnalisante que mes prédécesseurs (3). Pour autant, arrivé en fin de cursus, j'ai ressenti un manque de compétences pourtant indispensables à l'exercice serein de mon métier.

Le D.E.S. d'un interne est délivré à Nantes par une commission inter-régionale qui se fonde sur une appréciation a posteriori de son cursus pédagogique (cf. annexe 1). Elle se base sur un postulat qui prétend que le cursus de l'interne lui a permis de valider les objectifs de formation en terme de compétences. En effet, au cours de leur cursus pédagogique, les compétences des internes nantais sont évaluées par plusieurs intervenants. D'une part, l'interne lui-même évalue ses propres besoins : « auto-évaluation » (4). D'autre part, les maîtres de stage, les tuteurs pédagogiques, les enseignants évaluent l'interne « selon des modalités diverses et variées : supervision directe, indirecte, travaux réflexifs, de recherche » (4). Les lacunes doivent être révélées par ces évaluations puis corrigées par le biais d'une formation de nature multiple : auto-formation (4), formation pratique ou théorique.

Nous avons voulu évaluer par ce travail le niveau de compétences acquis par les internes nantais via cette formation.

Il existe plusieurs thèses évaluant la compétence des internes sur un sujet en particulier. Par exemple, une étude a évalué le niveau de compétence des internes de médecine générale nantais en matière d'éducation, de prévention et de dépistage (5). Une seconde étude s'est intéressée à l'opinion d'internes de médecine générale, inscrits à la faculté de Paris, concernant leurs compétences en gynécologie (6).

Il existe aussi des travaux sur l'élaboration et la validation de référentiels d'évaluation des compétences des internes. Par exemple, une thèse a été réalisée sur ce sujet pour les internes de Tours (7). A Nantes, les responsables de la pédagogie ont beaucoup travaillé sur les méthodes d'évaluation des compétences (8).

En revanche, il n'y a pas d'études permettant d'évaluer le degré d'atteinte de l'ensemble des objectifs de formation par les internes en médecine générale nantais. Nous avons profité de l'existence de guides réalisés par l'équipe pédagogique du D.M.G. pour appréhender indirectement les compétences cliniques des internes. En effet, ces guides recensent pour chaque interne, de manière quantitative et par auto-évaluation, leur degré d'acquisition des compétences de médecine générale (9). Nous avons confronté ces résultats à une étude qualitative des facteurs influençant le sentiment de maîtrise de la consultation médicale.

2. QUESTIONS DE RECHERCHE

Dans quelle mesure les internes inscrits en D.E.S. de M.G. à Nantes estiment-ils avoir atteint les objectifs de formation ?

Estiment-ils leur niveau différent selon leur avancée dans le cursus et selon le type d'objectif de formation, somatique ou psychosocial. Quelles modalités de progression dans l'atteinte des objectifs les internes proposent-ils ?

3. HYPOTHESES

L'hypothèse initiale ayant motivé ce travail, guidée par une analyse personnelle bien que confirmée ponctuellement auprès de quelques pairs, est que les internes n'auraient pas acquis un degré de compétence suffisant en fin de cursus pour exercer leur métier sereinement. Ainsi, ils n'auraient pas atteint tous les objectifs de formation attendus d'un médecin généraliste, bien qu'ils aient réalisé une forte progression dans leur cursus.

La formation théorique proposée par le D.M.G. aurait pour objectif de corriger ces lacunes, en axant plus particulièrement son enseignement sur les aspects psycho-sociaux. L'équipe pédagogique du D.M.G. estimerait que le manque de formation serait plus important à ce sujet et qu'il s'agirait d'un aspect déterminant et spécifique de la prise en charge en contexte de soins primaires. Cependant des lacunes dans les objectifs somatiques pourraient persister. En effet, s'il existe bien des cours sur les objectifs somatiques réalisés par les spécialistes hospitaliers au cours du second cycle des études médicales, ceux-ci ne correspondraient pas toujours aux besoins de la médecine générale ambulatoire.

Pour améliorer leur niveau de compétence, les internes proposeraient de diversifier les stages ambulatoires, notamment par des consultations de spécialistes. Ils réclameraient des formations théoriques sur les pathologies courantes de médecine générale posant le plus de lacunes. Elles se dérouleraient en séances de groupes d'échange de pratiques autour de cas cliniques, avec des intervenants généralistes et spécialistes.

4. OBJECTIFS

Principal

Déterminer dans quelle mesure les internes inscrits en D.E.S. de M.G. à Nantes en 2011 estiment avoir atteint les objectifs de formation.

Secondaires

- Comparer leur niveau estimé selon leur ancienneté dans le cursus.
- Comparer leur niveau estimé entre objectifs somatiques et psycho-sociaux.
- Comparer leur niveau en fonction du type d'enseignement dispensé.
- Dégager les pistes d'amélioration pédagogique proposées par les internes.

5. METHODE

5.1. Méthode d'approche mixte.

Le degré d'atteinte des objectifs de formation par les internes en 2011 a été appréhendé indirectement par deux méthodes :

- Une méthode quantitative ayant pour objectif l'analyse statistique de leurs réponses au guide d'auto-évaluation des compétences, établi par le D.M.G. de Nantes.
- Une méthode qualitative ayant pour objectif de préciser la place de la qualité pédagogique de la formation au sein des déterminants du sentiment de maîtrise de la consultation, basée sur l'analyse d'entretiens semi-directifs avec des internes en 2011.

5.2. Etude quantitative

5.2.1. Recueil du guide d'auto-évaluation de compétences

L'équipe pédagogique de médecine générale nantaise a établi un guide d'auto-évaluation (9) permettant aux internes de savoir dans quelle mesure ils ont atteint les objectifs de formation. Ces objectifs de formation correspondent aux compétences attendues en D.E.S. de médecine générale à Nantes.

Le guide d'auto-évaluation a servi de questionnaire pour cette étude.

5.2.2. Détermination du caractère acquis/non acquis d'une compétence à partir du guide d'auto-évaluation

Pour connaître le niveau de compétence des internes de médecine générale nantais, le guide d'auto-évaluation leur a été adressé par courriel en mai 2011, par l'intermédiaire du S.I.M.G.O. (Annexe 2). A chaque compétence du guide, les internes ont eu le choix de répondre « ne se prononce pas » (nsp), « lu », « vu », « fait » ou « validé ». Chacun de ces choix sont définis dans le guide (9). Il est important de préciser que **la réponse « fait » a été définie dans le guide par « vous savez-faire »**. Les internes ont retourné par courriel les questionnaires complétés. Pour ce travail, nous avons assimilé les réponses « validé » aux réponses « fait ».

Le pourcentage total de réponses « fait » au guide n'est pas strictement équivalent au pourcentage de compétences « acquises » par un groupe d'internes. La définition du caractère « acquise » d'une compétence à l'échelon du groupe d'internes inclus dans l'étude à partir d'une évaluation individuelle a été établie en suivant 7 étapes :

1. La répartition des 4 modalités de réponse a été examinée pour chaque compétence du guide.
 - Exemple fictif : A la compétence n° 4 du guide, 20% des 58 internes ont répondu « nsp », 30 % ont répondu « lu », 25% ont répondu « vu », 25% ont répondu « fait ».

2. La modalité « fait » des internes de 3^e année a été répartie par décile.

- *Illustration :*



3. Chaque compétence a été distribuée sur cette échelle selon son pourcentage de modalité « fait » attribuée par les internes de 3^e année.

- *Exemple fictif : 77% des 30 internes de 3^e année ont répondu « fait » à la compétence 4. Elle a donc été distribuée dans le décile 70-80%.*

4. La médiane des pourcentages de la modalité « fait » des internes de 3^e année à toutes les compétences a été obtenue à partir de cette distribution.

- *Exemple fictif : La médiane de la modalité « fait » des internes de 3^e année a été retrouvée à 64%. Cela signifie que sur les 100 compétences, 50 ont eu un pourcentage de réponses « fait » inférieur à 64%. Les 50 autres compétences en ont eu un supérieur.*

5. Deux nouvelles modalités, « acquise » et « non acquise », ont été attribuées à chaque compétence en fonction de la comparaison de leur propre pourcentage de la modalité « fait » au pourcentage médian défini dans l'étape précédente.

- *Exemple fictif : 77% des internes de 3^e année ont répondu « fait » à la compétence 4. Ce pourcentage étant supérieur à la médiane, la modalité « acquise » a été attribuée à la compétence 4. A l'inverse, 40% des internes de 3^e année ont répondu « fait » à la compétence 53. Ce pourcentage étant inférieur à la médiane, la modalité « non acquise » lui a été attribuée.*

6. La modalité « acquise » a aussi été attribuée aux compétences dont le pourcentage de modalité « fait » était égal au pourcentage médian.

- *Exemple fictif : 64% des internes de 3^e année ont répondu « fait » à la compétence 24. Ce pourcentage étant égal au pourcentage médian, la modalité « acquise » lui a été attribuée.*

7. Pour une même compétence, les modalités « acquise » et « non acquise » peuvent s'inverser selon la population étudiée.

- *Exemple fictif : La compétence 4 a été « acquise » par les internes de 3^e année. Par contre 10% des internes de 1^{ere} année ont répondu « fait » pour cette même compétence. Ce pourcentage étant inférieur à la médiane des pourcentages de réponse « fait » des internes de 3^e année, la compétence 4 « n'a pas été acquise » par les internes de 1^{ere} année.*

5.2.3. Comparaison du niveau de compétence des internes selon leur année d'étude

Les réponses des internes ont aussi été comptabilisées selon leur année d'étude, puis comparées sous forme de pourcentages. Les nombres et pourcentages de compétences acquises et non acquises par année d'étude ont aussi été calculés.

5.2.4. Comparaison du niveau d'acquisition et d'enseignement théorique des compétences somatiques et psycho-sociales en 3^e année de 3^e cycle

Les compétences ont été classées selon :

- leur thème : somatique ou psychosocial, (cette distinction a été faite arbitrairement selon mon appréciation),
- leur acquisition ou non par les internes,
- leur enseignement ou non au cours d'un séminaire de 3^e cycle. Pour cela, chaque compétence a été cherchée dans le programme de 2011 des séminaires du 3^e cycle du D.M.G. de Nantes (10).

Les compétences ont été groupées en fonction de ces caractéristiques afin de les comparer.

Les compétences dont le thème a été qualifié de « mixte », c'est à dire somatique et psycho-sociale, ont été comptabilisées dans les deux groupes de thème.

5.3. Analyse qualitative

Pour l'analyse qualitative, nous avons choisi de réaliser des entretiens au cours desquels les internes ont dû décrire des consultations sur des sujets préalablement choisis. Ils ont dû décrire leur sentiment sur les déterminants du sentiment de maîtrise d'une consultation. Les interviews ont été menées de façon à ce que les internes puissent s'exprimer librement sur l'ensemble des facteurs influençant leur sentiment de maîtrise de leur consultation. Les aspects de formation pédagogique n'ont pas été évoqués d'emblée par l'intervieweur.

5.3.1. Elaboration des sujets des entretiens à partir d'objectifs de D.E.S. du C.N.G.E.

Les sujets ont été choisis parmi les objectifs de D.E.S. du C.N.G.E. Ils ont en effet paru plus faciles à se remémorer par les internes pour les entretiens que les compétences du guide d'auto-évaluation.

Les objectifs de D.E.S. du C.N.G.E. ont été recueillis dans une thèse de médecine générale de Créteil de 2005 (11). Ils ont été comparés aux compétences du guide d'auto-évaluation afin de rechercher les équivalences. Chaque objectif du C.N.G.E. équivalant à une compétence du guide d'auto-évaluation s'est vu attribué les modalités acquis/non acquis telles que calculées selon notre méthode. Les objectifs du C.N.G.E. équivalant à des compétences « acquises » ont été considérés « atteints ». Les objectifs non inclus dans la liste des compétences du guide ont été considérés « non atteints ».

Puis, les objectifs du C.N.G.E. ont été recherchés dans le programme des séminaires de 3^e cycle du D.M.G. de Nantes en 2011. Un objectif au programme a été considéré « enseigné ».

Ceci a permis de répartir les objectifs en groupes selon leur degré d'atteinte et d'enseignement théorique. Voici la liste de ces groupes :

- Non atteint et non enseigné
- Non atteint et enseigné
- Atteint et non enseigné
- Atteint et enseigné

Dans chaque groupe, des objectifs qui ont paru courants ou importants ont été choisis comme sujets des entretiens. Ils sont écrits ci-dessous selon leur groupe :

- Non atteint et non enseigné : hta, diabète, sexologie, migrant, dermatologie
- Non atteint et enseigné : pilule
- Atteint et non enseigné : arthropathies, urgences
- Atteint et enseigné : enfant.

5.3.2. Déroulement des entretiens

Des courriels ont été adressés à tous les internes de 3^e année, leur demandant de participer à un entretien sur la formation des internes (annexe 3). Les internes ayant répondu ont reçu un 2^e courriel leur demandant de choisir un sujet de chaque groupe. Pour chaque sujet, il leur a été demandé de se rappeler 2 consultations, l'une s'étant bien déroulée, l'autre s'étant mal déroulée (annexe 4).

Les internes ont été rencontrés chez eux ou dans leur service. Après une phase de politesse et de courtoisie, l'enregistrement des cas cliniques a commencé. L'enquêteur a essayé de les laisser parler librement. Si une phrase l'intéressait, il la reformulait afin que l'interne développe. A la fin de l'entretien, si le sujet n'était pas spontanément abordé, l'interne était interrogé sur le type de formation ayant pu l'aider dans sa prise en charge. De même, si l'interne avait eu l'impression d'une consultation difficile, il lui était demandé si une formation aurait pu l'aider et si oui laquelle.

5.3.3. Méthodologie de l'analyse des entretiens

Les entretiens ont été saisis sur un logiciel de traitement de texte. Les idées émises lors des entretiens ont été codées en unités de sens. Seules celles ayant rapport aux facteurs influençant le sentiment de maîtrise de la consultation ont été retenues. Elles ont été groupées en catégories, elles-mêmes rassemblées en thèmes, conçus selon la problématique posée.

Le concept de sentiment de maîtrise de la consultation nous a semblé suffisamment large pour ne pas engager d'emblée les participants sur le terrain de la formation pédagogique et professionnelle en tant que déterminant de la qualité de la maîtrise d'une consultation en médecine générale.

6. RESULTATS

6.1. Première partie : étude quantitative

6.1.1. Recueil du guide d'auto-évaluation de compétences

Les 315 compétences du guide d'auto-évaluation sont recueillies (Annexe 5).

6.1.2. Détermination du caractère acquis/non acquis d'une compétence à partir du guide d'auto-évaluation

80 internes sur 372 inscrits en D.E.S. ont renvoyé les questionnaires. Ils ont été 26 de 1^{ère} année (sur 127), 25 de 2^e année (sur 114) et 29 (sur 131) de 3^e année.

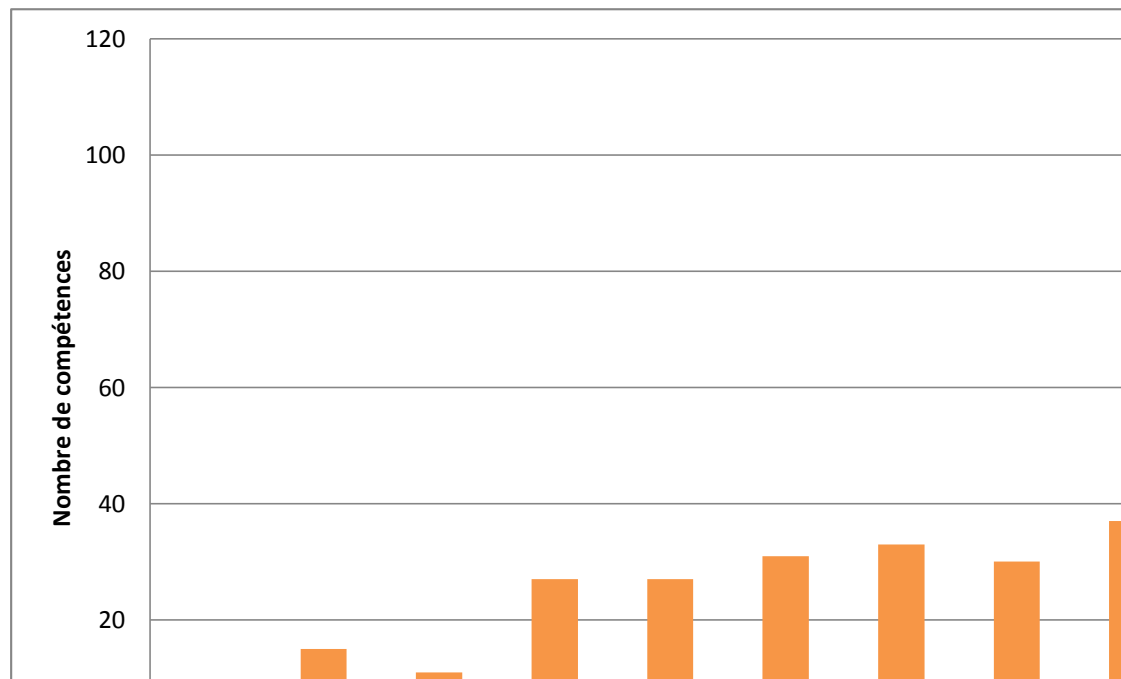
6.1.2.1. Pourcentages des différentes réponses possibles par année d'étude.

Le tableau suivant montre les pourcentages des différentes réponses possibles des internes ayant répondu à l'auto-questionnaire.

Tableau1 : pourcentages des différentes réponses des internes en fonction de leur niveau d'étude	
1 ^{ère} année	
Réponses possibles	% correspondant
Ne se prononce pas	8,4 %
Seulement lu	28,6 %
Seulement vu	28,5 %
fait, validé	34,5 %
2 ^e année	
Réponses possibles	% correspondant
Ne se prononce pas	3 %
Seulement lu	13,9 %
Seulement vu	17 %
fait, Validé	66,1 %
3 ^e année	
Réponses possibles	% correspondant
Ne se prononce pas	4 %
Seulement lu	9,7 %
Seulement vu	17 %
fait, Validé	69,3 %

6.1.2.2. Détermination du seuil définissant une compétence comme acquise

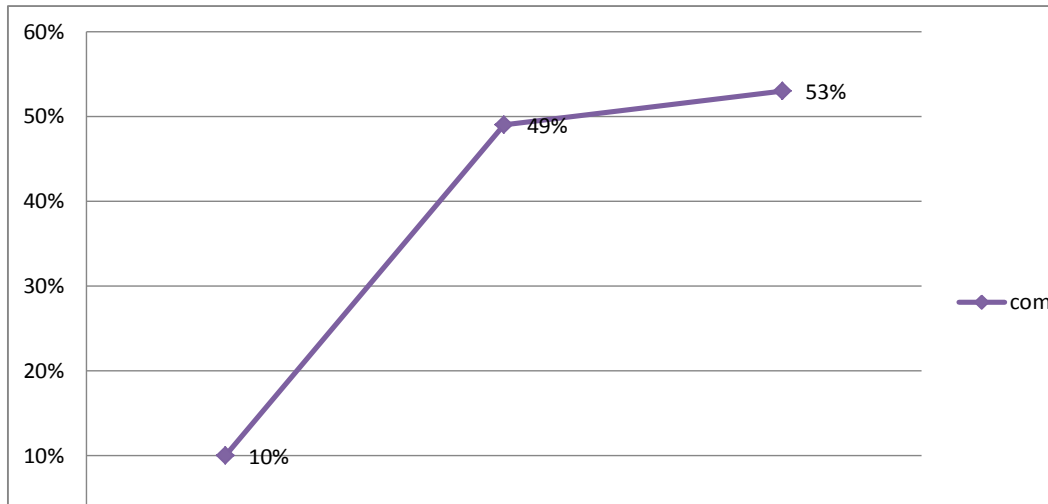
La médiane des réponses « fait » des internes de 3e année à toutes les compétences a été calculée à 72%. Une compétence a donc été considérée comme « acquise » par les internes lorsque son pourcentage de réponse « fait » a été supérieur ou égal à 72%.



Graphique 1 : Répartition des compétences par décile de réponses "fait" des internes de 3e année

6.1.3. Comparaison du niveau de compétence des internes selon leur année d'étude

Les internes ont surtout progressé au début de leur cursus.



Graphique 2 : Comparaison du niveau de compétence des internes selon leur année d'étude

6.1.4. Comparaison du niveau d'acquisition et d'enseignement théorique des compétences somatiques et psycho-sociales en 3^e année de 3^e cycle

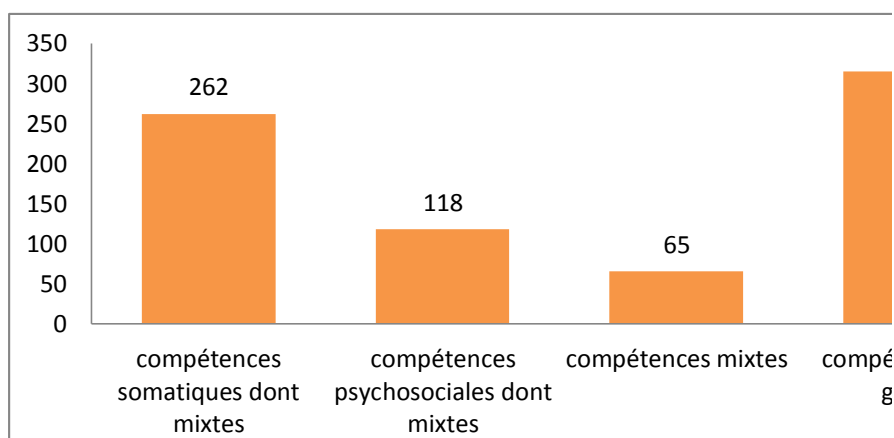
6.1.4.1. Classement des compétences de l'auto-questionnaire en fonction de leur thème, de leur acquisition par les internes et de leur enseignement théorique (annexe 6)

2 groupes de compétences ont été distingués avec 4 sous-groupes chacun :

- compétences somatiques :
 - non acquises et non enseignées en séminaire de 3^e cycle
 - non acquises et enseignées en séminaire de 3^e cycle
 - acquises et non enseignées en séminaire de 3^e cycle
 - acquises et enseignées en séminaire de 3^e cycle
- Compétences psycho-sociales :
 - non acquises et non enseignées en séminaire de 3^e cycle
 - non acquises et enseignées en séminaire de 3^e cycle
 - acquises et non enseignées en séminaire de 3^e cycle
 - acquises et enseignées en séminaire de 3^e cycle

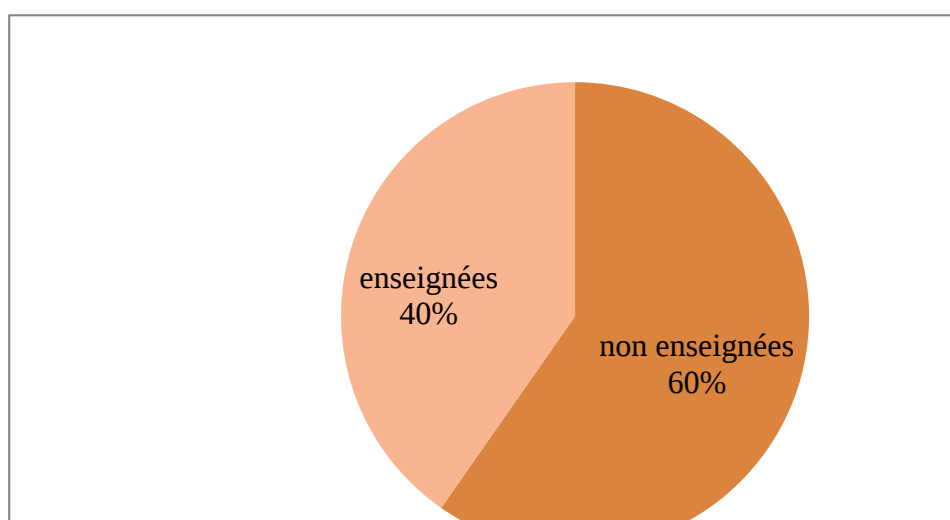
6.1.4.2. Comparaison du niveau d'acquisition et d'enseignement théorique des compétences somatiques et psycho-sociales en 3^e année de 3^e cycle

Les compétences somatiques constituent une large majorité des compétences du guide. La somme des compétences somatiques (262) et psychosociales (118) est supérieure au total des compétences du guide (315), car les 65 compétences mixtes ont été comptabilisées dans les deux groupes ($262 + 118 - 65 = 315$).



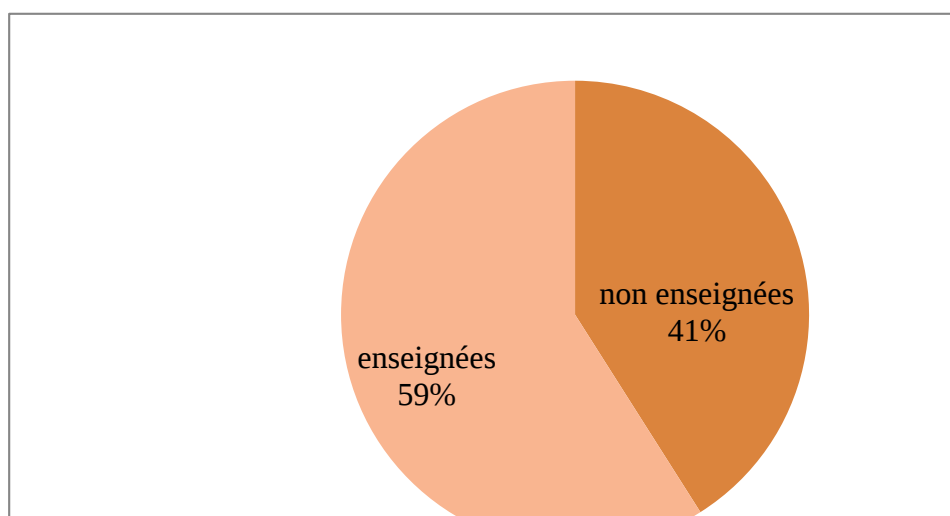
Graphique 3 : Répartition des compétences somatiques et psycho-sociales

60% des compétences du guide n'étaient pas au programme des séminaires du 3^e cycle en 2011.



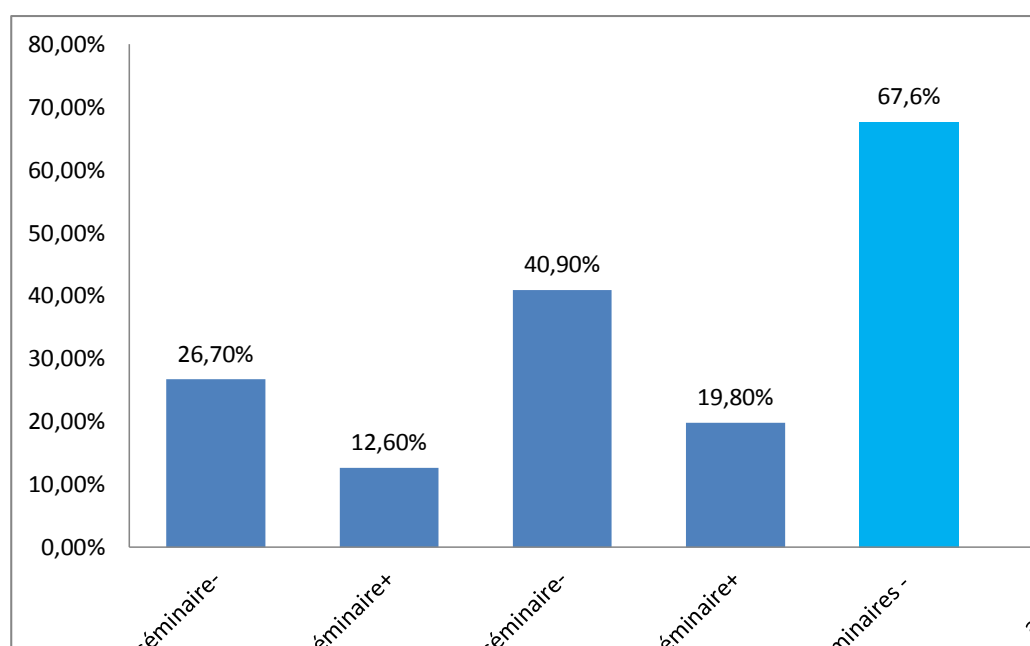
Graphique 4 : Taux d'enseignement de l'ensemble des compétences du guide aux séminaires de 3^e cycle

41% des compétences du guide « non acquises » n'étaient pas au programme des séminaires du 3^e cycle en 2011.



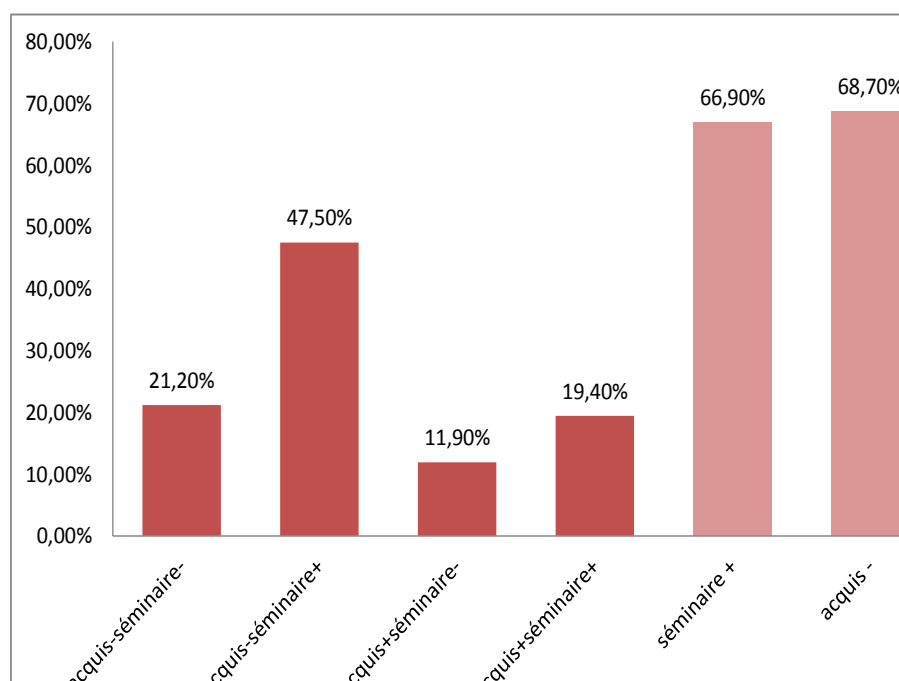
Graphique 5 : Taux d'enseignement des compétences « non acquises » aux séminaires du 3^e cycle

67,6% des compétences somatiques n'étaient pas au programme des séminaires du 3^e cycle en 2011. 60,7% des compétences somatiques ont été « acquises » par les internes en 3^e année.



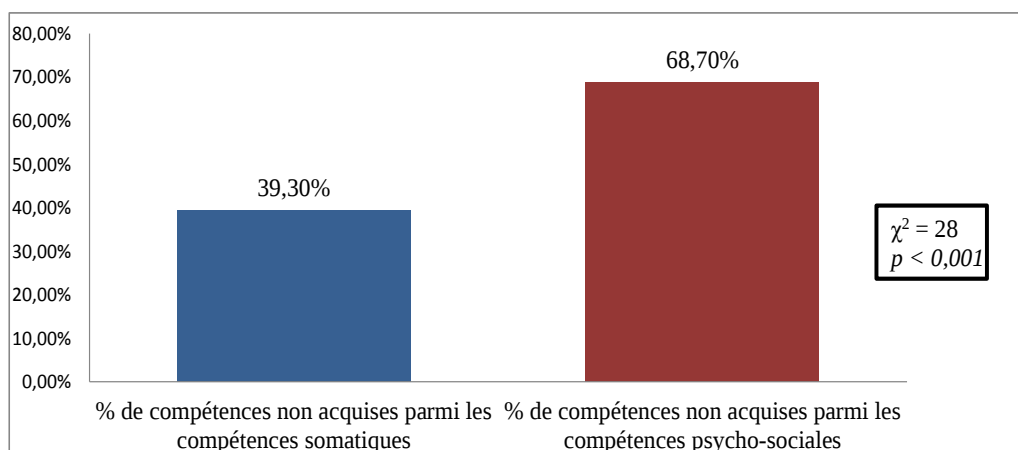
Graphique 6 : Répartition des compétences somatiques

66,9% des compétences psycho-sociales étaient au programme des séminaires du 3^e cycle en 2011. 68,7% des compétences psycho-sociales n'ont pas été acquises par les internes en 3^e année.



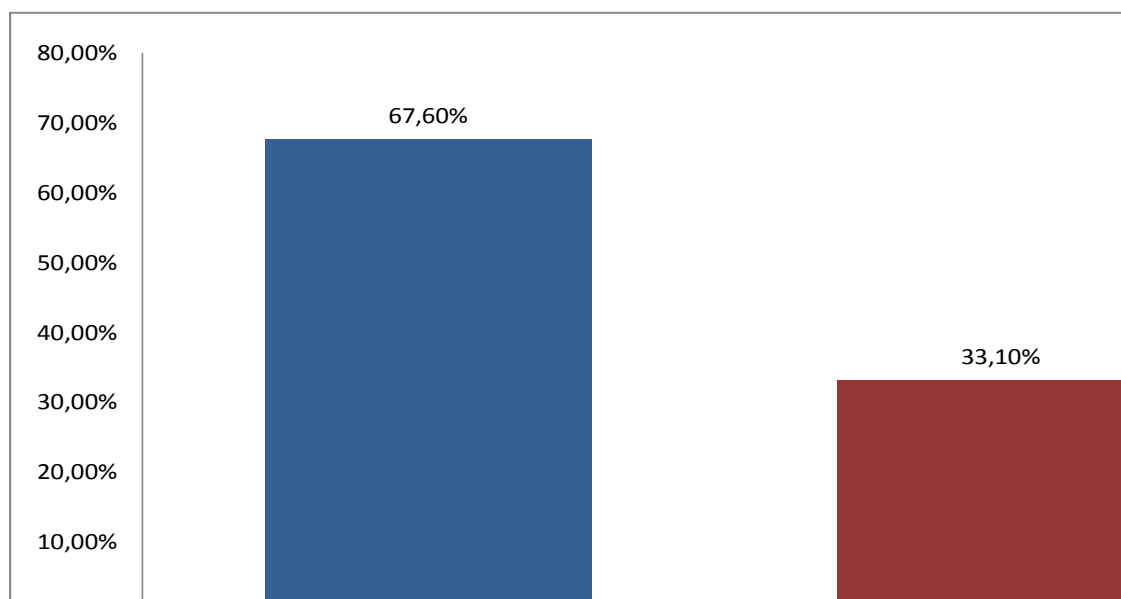
Graphique 7 : répartition des compétences psycho-sociales

Les compétences psycho-sociales ont été proportionnellement moins bien acquises par les internes en 3^e année que les compétences somatiques.



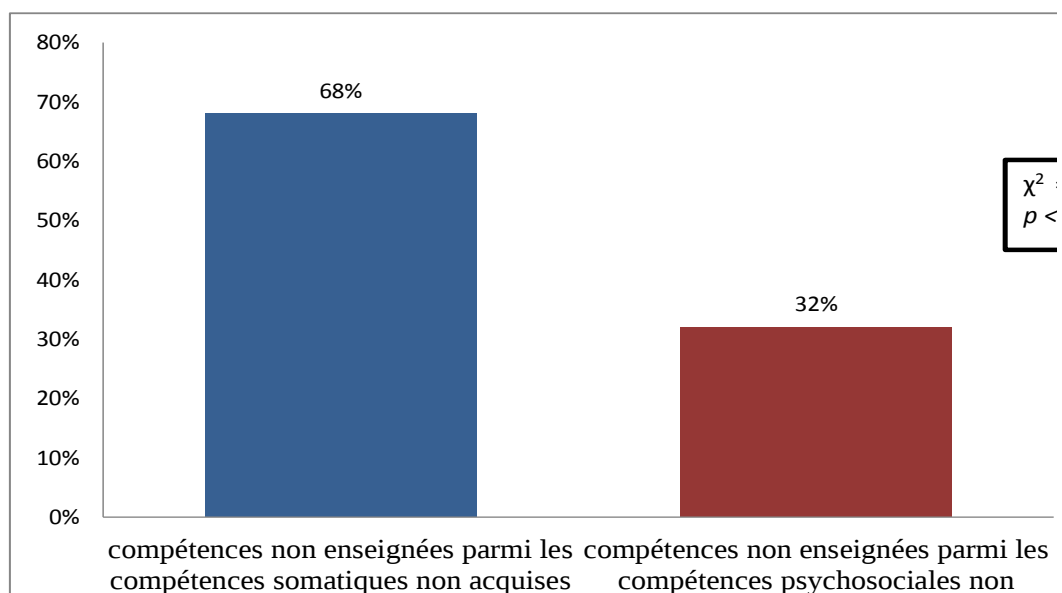
Graphique 8 : comparaison du taux de compétences « non acquises » du groupe « somatique » à celui du groupe « psychosocial »

En 2011, les compétences somatiques ont été proportionnellement moins enseignées lors des séminaires du 3^e cycle que les compétences psycho-sociales.



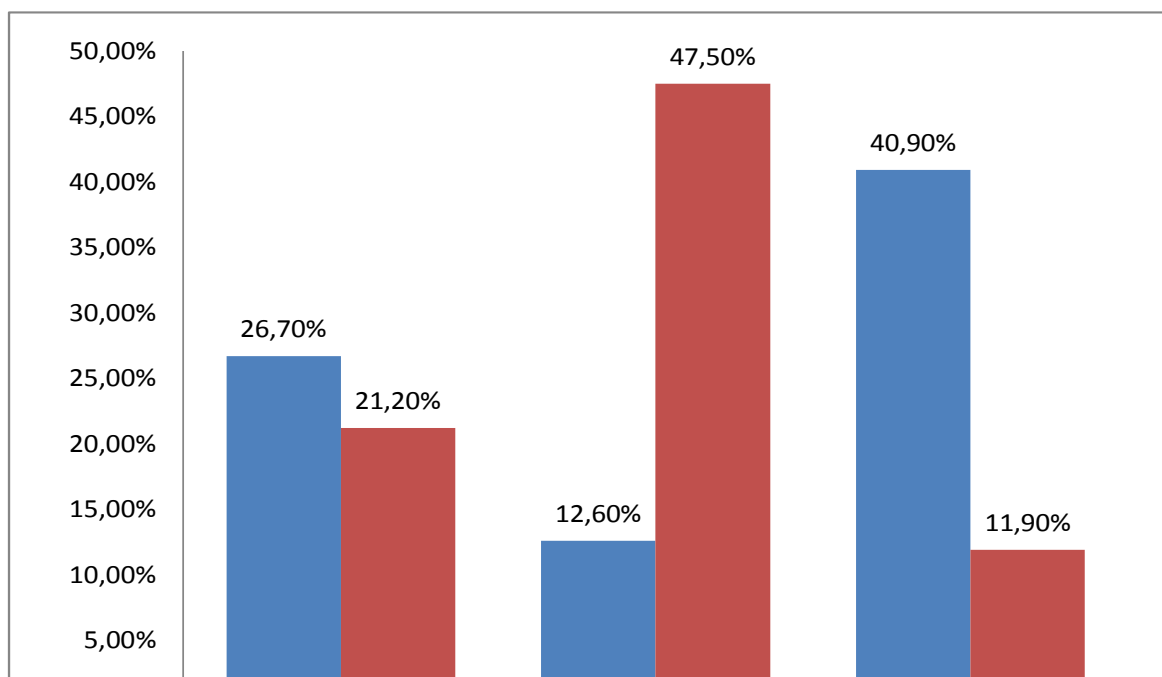
Graphique 9 : comparaison du taux de compétences non enseignées du groupe « somatique » à celui du groupe « psychosocial »

En 2011, les compétences somatiques « non acquises » ont été proportionnellement moins enseignées lors des séminaires du 3^e cycle que les compétences psycho-sociales « non acquises » (en fonction des réponses des internes de 3^e année).



Graphique 10 : comparaison du taux de compétences non enseignées du sous-groupe « somatique non acquis » à celui du sous-groupe « psycho-social non acquis »

Parmi les compétences psycho-sociales, celles « enseignées mais non acquises » ont été les plus fréquentes. Parmi les compétences somatiques, celles « acquises mais non enseignées » ont été les plus fréquentes (en fonction des réponses des internes de 3^e année).



Graphique 11 : comparaison des deux groupes de compétences

6.2. DEUXIEME PARTIE : Analyse qualitative

6.2.1. Elaboration des sujets des entretiens à partir d'objectifs de D.E.S. du C.N.G.E.

Les objectifs de D.E.S. du C.N.G.E. ont été répertoriés dans un tableau montrant pour chacun d'eux s'il a été atteint et/ou enseigné au cours d'un séminaire du 3^e cycle (annexe 7).

6.2.2. Déroulement des entretiens

Quatre internes de 3^e année, exclusivement des femmes, ont participé aux entretiens. Ils se sont déroulés en novembre et décembre 2011. L'annexe 8 décrit le cursus récent de chaque interne et les objectifs qu'elles ont choisi. Les entretiens enregistrés sont en annexe 9.

6.2.3. Analyse des entretiens

En relatant et analysant des consultations vécues, les entretiens ont permis aux internes interrogées d'émettre des idées sur leurs pratiques. Leurs idées sur le sujet de l'enquête sont citées et décrites dans les sous-chapitres ci-dessous. L'analyse du contenu de ces idées a permis de dégager des catégories elles-mêmes groupées en thèmes. Il s'est avéré après analyse que ces thèmes correspondaient à des liens entre les acteurs principaux d'une consultation (les objectifs, le patient, le formateur et l'interne). Ils sont les titres des sous-chapitres ci-dessous. Le schéma ci-dessous en donne une illustration puis les différentes thématiques ayant émergées sont explicitées une à une.

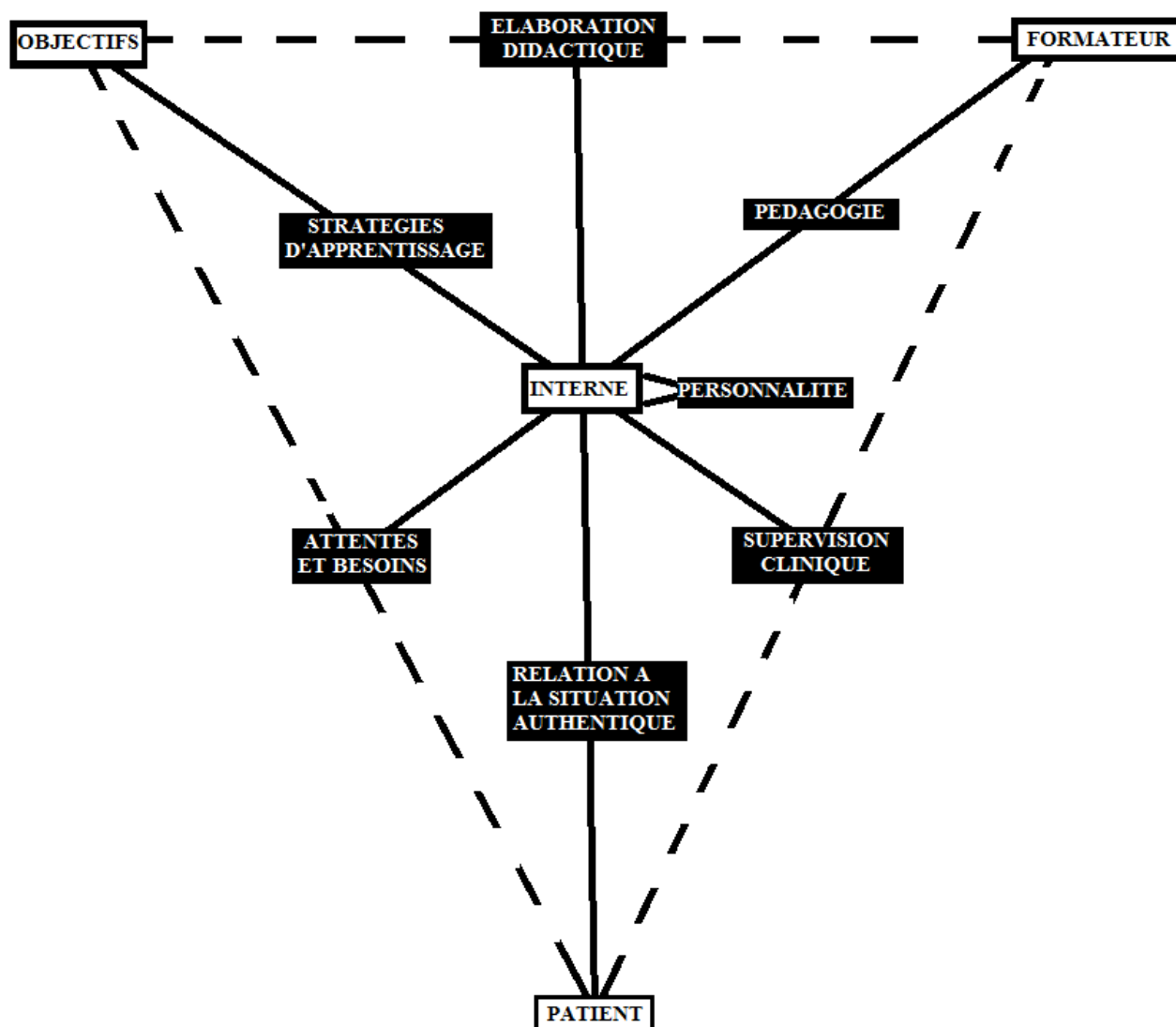


Schéma n°1 illustrant les relations entre les acteurs de la consultation influençant le sentiment de maîtrise de la consultation médicale éprouvé par l'interne

6.2.3.1. Lien entre l'interne et l'objectif du C.N.G.E. : les stratégies d'apprentissage (cf. schéma n°2)

Pour les internes interrogées, leur sentiment de maîtrise d'une consultation a été influencé par leur degré d'atteinte de l'objectif du C.N.G.E. correspondant au motif de consultation. Cet aspect correspond à l'interrogation première qui guidée notre travail de recherche.

Lors d'une consultation pour contraception, une interne a eu le sentiment de maîtriser cette consultation car elle avait atteint l'objectif du CNGE en rapport : « *Donc prescrire une contraception à une jeune fille, lui expliquer les modalités de prises, quoi faire en quoi d'oubli, lui parler de dépistage si y a besoin, ça je gère* » (Lu gynéco no pb, US4). Au contraire, lors d'une consultation de sexologie, elle a eu le sentiment de ne pas la maîtriser car elle n'avait pas atteint l'objectif du C.N.G.E. en rapport : « *Je crois que j'ai essayé de lui dire que je savais pas quoi lui répondre* » (Lu gynéco pb, US 9). Quand l'objectif du C.N.G.E. n'était pas atteint par l'interne, la consultation a été plus longue : « *Parce que là, j'ai clairement pris du retard au moins 20 ou 30 minutes de retard avec le temps de faire les recherches sur internet et de discuter avec lui pour savoir ce qu'il allait faire pendant son voyage* » (Ve migrant pb, US 16-17).

Le degré d'atteinte des objectifs du C.N.G.E. par les internes a été pour partie fonction de leurs méthodes d'apprentissage. La méthode d'apprentissage la plus évoquée par les internes lors des entretiens a été l'apprentissage par l'expérience : « *il faut être habitué à regarder des tympans chez les petits* » (Lu pédiat no pb, US2). Ainsi une interne a estimé ne pas avoir atteint l'objectif du C.N.G.E. « HTA » par manque d'expérience : « *j'ai pas eu assez de suivi de mes patients et j'ai utilisé peu de classe* » (So HTA 3, Us7). Le manque d'expérience a surtout été évoqué par les internes interrogées pour des consultations correspondant à un objectif du CNGE complexe ou peu fréquent : « *les douleurs abdominales, à part les trucs simples, dès que ça sort un petit peu de l'ordinaire, c'est pas clair dans ma tête et ça va me poser plus souci* » (Ve urg pb, Us 20). De même lorsque l'objectif du C.N.G.E. était une pathologie chronique, une des internes interrogées a évoqué des difficultés dans la maîtrise de la consultation : « *Donc ce qui m'a posé le plus problème en gynéco, c'est les suivis que ce soit pour l'ostéoporose, ou pour la pilule pour des jeunes filles* », (Ve, gynéco pb, Us 1). Pour améliorer leur maîtrise des objectifs du C.N.G.E. difficiles, les internes aimeraient avoir un meilleur retour sur leurs prises en charge : « *En plus j'ai pas eu la réponse de ce qui c'était passé, donc c'était un petit peu frustrant* », (Ve urg pb, Us 16).

Lors d'une consultation pour un voyage en pays tropical, une interne qui n'avait pas atteint l'objectif du CNGE correspondant, a éprouvé le besoin de s'autoformer : « *ça fait partie des choses dont je me suis dit par exemple, qu'il faut vraiment que je me mette à jour* », (Ve migrant pb, US 20). S'autoformer avant la consultation, a permis à une interne d'en ressentir une meilleure maîtrise « *je m'en suis sortie grâce aux recommandations* » (Ve, gynéco pb, US 13). Elle s'est aussi autoformée pendant une consultation qu'elle ne maîtrisait pas : « *J'ai dû rechercher dans une fiche ou sur internet* » (Ve, urg pb, US7). Une autre interne a expliqué s'être autoformée après une consultation car elle ne l'avait pas maîtrisé : « *J'ai dû me*

replonger dans mes bouquins pour bien savoir ce que c'était » (Lu, rhumato pb, Us 19). Des internes ont utilisé un média pour s'autoformer : « s'entraîner chez soit avec un CD-ROM » (St gynéco pb, US8). Parmi celles interrogées, des internes ont avoué que l'autoformation leur a manqué pour atteindre un objectif : « Parce qu'en fait quand on est interne, on dit toujours qu'on va le faire et puis au final on le fait pas » (Ve, migrant pb, US 37), surtout si elles ont oublié la formation initiale : « J'aurais dû avoir des restes de ce que j'avais travaillé pour l'E.C.N. » (Lu rhumato pb, US 26). C'est pour cela qu'une interne a souhaité réaliser des fiches de consultation type : « elle avait une sorte de fiche à remplir pour un premier rendez-vous, pour le suivi. Elle utilise tout le temps la même pour toutes ces patientes et ça lui permettait de se détacher un petit peu de la partie médicale stricte, de s'aider en fait pour ne rien oublier » (Ve migrant pb, US30-31).

L'analyse qualitative a montré que le ressenti par rapport au niveau d'atteinte des objectifs n'est qu'un élément parmi beaucoup d'autres qui participe à la construction du sentiment de maîtrise de la consultation. Voici les autres éléments qui émergent de l'analyse de contenu d'après les internes interrogés :

6.2.3.2. Lien entre l'interne et le patient : la relation à la situation authentique (cf. schéma n°2)

Le sentiment de maîtrise de la consultation des internes interrogées a été influencé par leur relation avec les patients en situation réelle. Le lien entre un interne et un patient a donc été appelé « relation à la situation authentique ».

La complexité de la situation a influencé le sentiment de maîtrise de la consultation des internes interrogées. Au cours d'une consultation pour hypertension sans facteur de complexité, une interne a ressenti une impression de facilité pour prendre en charge le patient : « HTA de découverte récente chez un homme de 45 ans sans antécédents particuliers » (So HTA no pb, US 1). Alors que pour ce même objectif, elle a douté sur la bonne prise en charge car le patient et la situation était plus complexe : « femme de 75 ans, ayant une HTA mal contrôlée malgré 3 antihypertenseurs, persistante, polypathologique, avec de nombreux antécédents (...) ça commence à me poser problème », (So HTA pb, US 1, 3). Ainsi pour un même objectif du C.N.G.E., l'interne a ressenti un sentiment de maîtrise de la consultation différent selon le patient et la situation. Une autre interne a ressenti de l'anxiété car la situation présentait des facteurs de risque de gravité : « au départ j'étais un peu anxieuse quand elle disait qu'elle n'arrivait pas à respirer » (St urg no pb, US 11).

L'humeur et la personnalité du patient ont influencé le sentiment de maîtrise de la consultation des internes interrogées. Lors d'une consultation pour certificat de sport, une interne a hésité dans sa décision car le patient l'influçait : « Je savais pas s'il fallait le rédiger ou pas (...) alors c'est vrai que la famille faisait assez pression pour faire la gym » (So pédia pb US 5, 7). Des interne ont éprouvé des difficultés à rassurer des patients inquiets : « Par contre les parents étaient inquiets, c'était leur premier bébé, ils avaient plein de

questions » (St pédia pb, US 7) ; « Pourtant je voyais bien qu'elle était inquiète, mais je me suis permis de lui dire qu'elle n'aurait pas dû faire l'analyse d'urine » (Ve pédia pb, US6). Une meilleure écoute leur aurait permis de les rassurer : « Donc si j'avais été plus à l'écoute, j'aurais pu sûrement mieux la rassurer » (Ve pédia pb, US 14). Une interne a eu des difficultés à persuader un patient ne lui faisant pas confiance : « Quand il a fallu proposer une éventuelle modification du traitement, ou d'éventuels examens complémentaires ça a été compliqué », (Lu diabète pb, US 10). Une interne a aussi rencontré des difficultés pour satisfaire un patient mécontent : « le monsieur, qui était très en colère » (Lu rhumato pb, US14).

Le facteur temps a eu de l'influence sur leur sentiment de maîtrise de la consultation. Une interne a ressenti un manque de temps pour maîtriser une consultation complexe : « j'ai pas pris le temps de vérifier si le monsieur prenait un régime limité en sucre » (Lu diabète pb, US13). Une autre a ressenti un manque de temps pour maîtriser une consultation à plusieurs motifs : « vient pour avoir un certificat et qui en profite pour me dire qu'il voyage beaucoup et qu'il va partir en Inde dans 4 semaines » (Ve migrant pb, US 2). Une interne a ressenti un manque de temps pour réévaluer une prise en charge : « on avait l'échéance du camp scolaire et la maman n'était pas décidée à éviter le camp » (Lu pédia pb, US15).

L'environnement du patient a influencé le sentiment de maîtrise de la consultation des internes. Une interne a éprouvé des difficultés à maîtriser une consultation avec un patient qui avait d'autres impératifs que sa santé : « Le problème c'est qu'il n'a pas voulu se faire hospitaliser car il s'occupait de sa femme Alzheimer » (St urg pb, US 3). Mais la négociation lui a permis de maîtriser cette consultation : « on a programmé une fibroscopie avec plus ou moins coloscopie pour lundi matin 8h n fait le temps que le patient s'organise avec ça femme » (St urg pb, US 6).

L'annonce d'un diagnostic difficile à un patient a causé des difficultés à une interne interrogée : « Donc à l'annonce du diagnostic le patient s'est pas senti très bien » (St dermat pb, US4).

6.2.3.3. Lien entre l'interne et le formateur : la relation pédagogique (cf. schéma n°2)

Le sentiment de maîtrise de la consultation des internes a aussi été influencé par la relation qu'elles ont entretenue avec leur formateur.

Les formateurs ont donné plus ou moins d'autonomie à leurs internes. En fonction des situations et des internes l'autonomie a été ressentie positivement ou négativement : « Donc sortie non séniorisée (...) malheureusement » (Lu rhumato pb, US 13), « c'est une consultation que je faisais avec le prat qui m'observait » (Lu diabète, pb, US2), « C'est une consultation que j'ai fait toute seule » (Lu diabète no pb, US 2).

Des internes ont rapporté que le compagnonnage avec les formateurs a été important pour atteindre les objectifs du C.N.G.E. et améliorer leur sentiment de maîtrise des

consultations : « *je savais ce que généralement ce qu'est conseillé parce que j'avais discuté pas mal de ça en stage à l'hôpital avec plusieurs chefs* » (So, HTA no pb, US 2). Surtout quand il s'agit d'un geste technique : « *l'examen de l'épaule est pas forcément évident, quand t'as pas appris par un rhumatologue* » (So, rhumato pb, US 2).

L'humeur du formateur a influencé une interne sur son sentiment de maîtrise de la consultation : « *je me suis fait engueulée* », (Lu rhumato pb, US 17).

La méthode pédagogique utilisée par le formateur a pu aider les internes à atteindre leurs objectifs et à maîtriser leurs consultations.

Les formations pratiques ont souvent permis aux internes d'atteindre les objectifs du C.N.G.E. : « *C'est mon stage en S.A.S.P.A.S. et chez le praticien, parce qu'on voit souvent ce genre de lésion* » (St dermato no pb, US 7). D'ailleurs, un manque de formation pratique a été pointé pour les objectifs non atteints : « *Déjà j'ai jamais fait de stage en gynécologie, donc j'avais pas beaucoup de connaissance* », (So contraception pb, US1).

La formation théorique a aussi été utile dans l'atteinte des objectifs du C.N.G.E. par les internes. Celle au cours du 2^e cycle les a aidé à en atteindre certains : « *aux ECN il y avait toujours le lumbago* » (So, rhumato no pb, US1), mais n'a pas suffi pour d'autres : « *Donc en fait il fallait que je me souvienne des connaissances de l'externat qui dataient d'il y a 3 ou 4 ans, mais ça commençait à faire loin* », (Ve urg pb, US12). Des internes ont évoqué la formation du 3^e cycle pour atteindre des objectifs : « *Et surtout il y a eu un cours au DMG qui était sur la contraception qui était assez pratique et du coup ça m'a aidé aussi* » (St gynéco no pb, US15). Mais l'utilité de la formation théorique a surtout été mentionnée en tant que complément de la formation pratique : « *C'est juste que ça a ordonné un peu les choses (...) il l'est pour quelqu'un qui passe pas en gynéco ou alors en introduction* » (Lu gynéco no pb, US 7, 9).

Des internes ont dit ne pas avoir atteint des objectifs du C.N.G.E. en partie à cause d'une formation théorique inadaptée : « *On a une formation globale sur l'HTA souvent faite par des cardiologues, moins adaptée à nos attentes en médecine générale* » (So HTA 3, US 4). Pour atteindre certains objectifs, des internes interrogées ont recommandé une formation théorique en petits groupes, basée sur des échanges, un partage des idées, supervisée par des spécialistes : « *Moi je verrai bien un cours avec l'intervention de spécialistes... en expliquant les différents problèmes qu'on peut avoir* » (Lu gynéco pb, US 17, 18) ; « *Pas forcément avec les médecins, mais tout simplement par petits groupes d'interne, de faire mutuellement un travail comme ça, un petit peu les uns pour les autres* » (US 39, Ve migrant pb) ; « *si c'était quelques chose que j'avais vu lors d'un groupe de pairs* » (Ve, urg pb, US 21). Pour pouvoir atteindre certains objectifs, des internes ont recommandé une formation avec des supports médiatiques papiers ou numériques : « *Sous forme d'un cours avec des photos* » (Lu, rhumato pb, US 33), « *sortes de fiches repères (...) Ça pourrait être des internes qui la feraient en travail en commun, ça pourrait être un objectif de stage chez le prat ou lors d'un cours par exemple, une synthèse de cours* » (Ve migrant pb, US26, 27).

Pour certains objectifs, notamment quand il s'agit d'actes techniques, des internes interrogés ont considéré la formation théorique comme inutile : « Je pense qu'en fait une formation théorique ça aurait rien changé » (St gynéco pb, US 9).

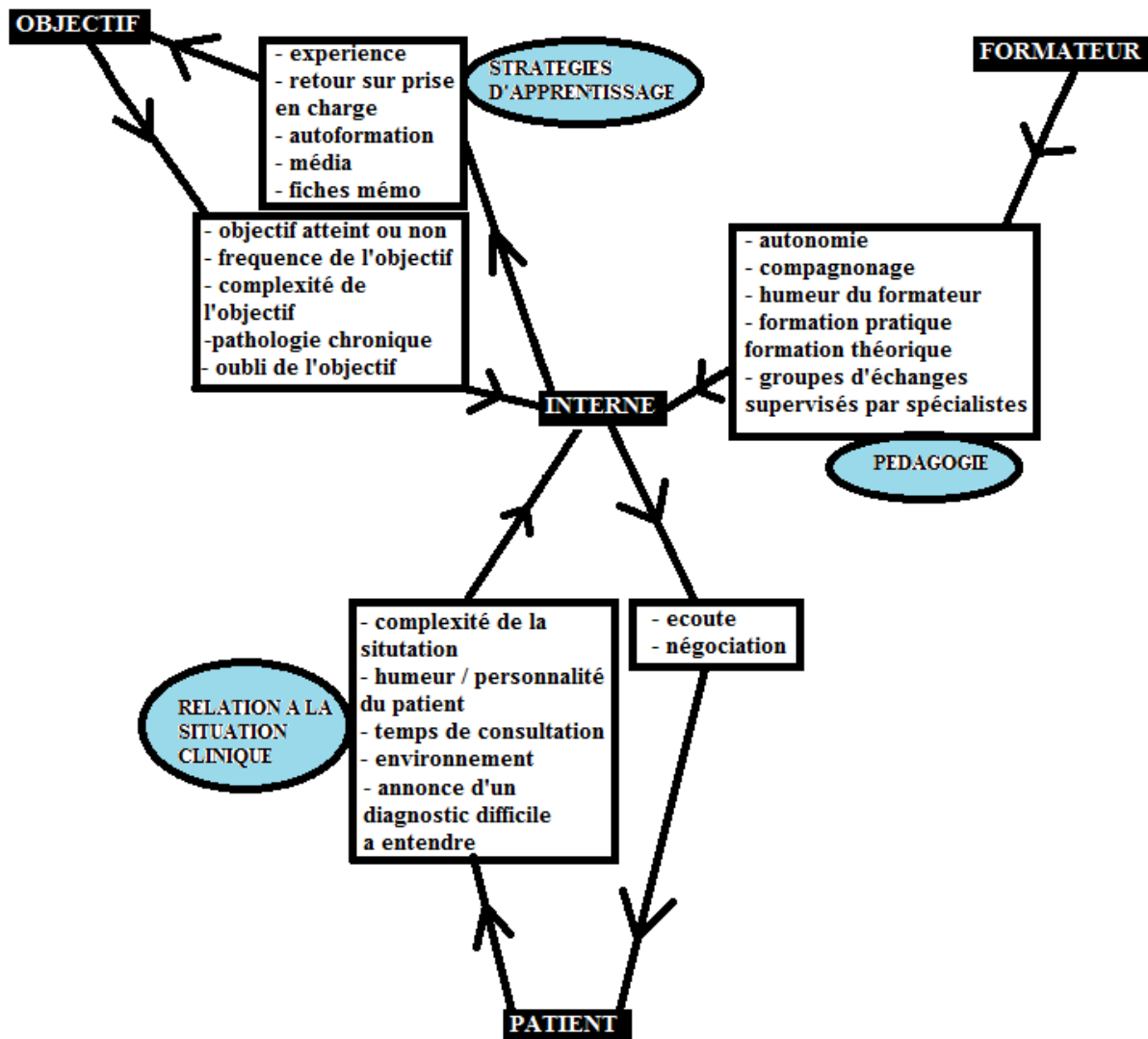


Schéma n°2 : Liens entre l'interne et les autres acteurs influençant son sentiment de maîtrise de la consultation

6.2.3.4. Lien entre le formateur et le patient : la supervision clinique (cf. schéma n°3)

En plus de son rôle d'enseignant, le médecin formateur, parfois médecin traitant du patient, est intervenu plus ou moins activement dans la relation de soins, de la validation du travail de l'interne, à la prise en charge complète du malade. Par cela, il a apporté au patient de la sécurité dans sa prise en charge. La relation entre le médecin formateur et le patient a donc été appelée supervision clinique.

Des internes ont été en désaccord avec le formateur sur la prise en charge de patients. La relation de supervision clinique a alors interféré sur leur sentiment de maîtrise de la consultation : *« j'avais discuté avec lui de ce que j'avais lu dans prescrire sur le fait que les hémoglobines glycosylées trop basse c'était pas forcément très bien, mais il ne voulait rien entendre »* (Lu, diabète no pb, US8).

Une interne a été plus à l'aise dans sa consultation quand la supervision était réalisée par un médecin traitant expert dans l'objectif : *« C'était facile parce que tout étant parfait, j'ai pas eu besoin de remettre en cause le traitement »*, (Lu diabète no pb, US15), au contraire d'un médecin traitant considéré comme non expert par l'interne : *« il a fallu proposer une éventuelle modification du traitement, ou d'éventuels examens complémentaires ça a été compliqué. Car le médecin n'était pas habitué à ça il ne m'a pas soutenu et le patient ne tenait pas à ce qu'on change son ordonnance »*, (Lu diabète pb, US10). La relation de soins est souvent basée sur la confiance, surtout si elle est ancienne. En cas de désaccord entre une interne et le référent cette relation de confiance a affecté le sentiment de maîtrise de la consultation éprouvé par l'interne.

En cas de désaccord avec la prise en charge initiale du médecin formateur, des internes ont éprouvé des difficultés pour accorder leur devoir de soigner le patient selon l'état actuel des connaissances médicales et leur obligation déontologique de ne pas dénigrer la prise en charge du confrère : *« son médecin insistait pour qu'elle fasse son frottis... la difficulté de la consultation, c'était de lui expliquer que non, je ne lui ferai pas de FCV »* (Ve pb gynéco, US 9).

Des internes ont parfois eu besoin de l'avis d'un spécialiste pour améliorer leur prise en charge : *« Je consultais toute seule, mais je l'ai appelé. Il hésitait, donc on a eu une consultation dermato rapide »* (Lu, pédiat pb, US 10).

Le sexe du médecin formateur a pu ralentir la progression d'internes dans l'atteinte d'objectifs en rapport avec l'intimité du patient : *« Par contre c'est clair que chez le prat je suis passée avec des hommes et j'en ai quasiment pas fait. Et puis honnêtement, ils étaient pas à jour des recommandations non plus »* (Ve, gynéco pb, US18, 19).

6.2.3.5. Lien de l'interne avec lui-même (cf. schéma n°3)

Les qualités et défauts intrinsèques, l'humeur et l'état d'éveil des internes, ont influé sur leur sentiment de maîtrise de la consultation.

Une interne consciencieuse a ressenti un sentiment de culpabilité pour une prise en charge inappropriée « *Ce que j'ai regretté après coup* » (Ve pédia pb, US 12). Une interne appliquée a ressenti de la frustration quand la prise en charge ne s'est pas déroulée comme elle le souhaitait « *Mais voilà c'était pas satisfaisant, au niveau thérapeutique on changeait rien* » (Lu, diabète pb, US 12). Une interne a été anxieuse dans une situation risquée « *j'étais un peu anxieuse quand elle disait qu'elle n'arrivait pas à respirer* » (St, urg no pb, US 11).

Quand le motif de consultation est en lien avec l'intimité du patient, le sexe de l'interne a influé sur son sentiment de maîtrise de la consultation « *venue parce que j'étais une femme* » (Ve gynéco pb, US6).

La fatigue a influé sur le sentiment de maîtrise de la consultation d'une interne : « *Est-ce que c'était le coup de 4 heures du matin, mais l'arthrite infectieuse j'aurais du y penser* » (Lu, rhumato pb, US 25).

6.2.3.6. Lien entre le patient et l'objectif du C.N.G.E. : les attentes du patient (cf. schéma n°3)

Le patient a eu diverses attentes en consultant. Certaines de ces attentes ont eu des répercussions sur le sentiment de maîtrise de la consultation des internes.

Une interne a eu le sentiment de mal maîtriser une consultation avec un patient qui, attendant une autre prise en charge, n'a pas suivi ses prescriptions : « *Le problème c'est qu'il n'a pas voulu se faire hospitaliser* » (St urg pb, US3). Une interne qui était dans la même situation a repris la maîtrise sur sa consultation en prenant le temps d'informer le patient afin qu'il puisse choisir la prise en charge de manière éclairée : « *il pensait ne pas avoir besoin de prévention pour le paludisme (...) je lui ai dit que ça serait bien de vérifier s'il y avait besoin de prendre la prévention* » (Ve, migrant pb, US 3-4).

Une patiente attendait d'une interne des compétences qu'elle ne possédait pas : « *je me suis retrouvée un peu bête, parce que pour elle j'étais gynécologue. Je crois que j'ai essayé de lui dire que je savais pas quoi lui répondre* » (lu, gynéco pb, US7 à 9). De même, une patiente attendait d'une interne d'avoir un réseau de spécialistes qu'elle ne possédait pas encore : « *je savais même pas lui dire où il y en avait des sexologues* » (Lu, gynéco pb, US 19).

6.2.3.7. Lien entre le formateur et l'objectif du C.N.G.E. : l'élaboration didactique

Le choix des objectifs du C.N.G.E. n'a pas pu être évalué par ce travail.

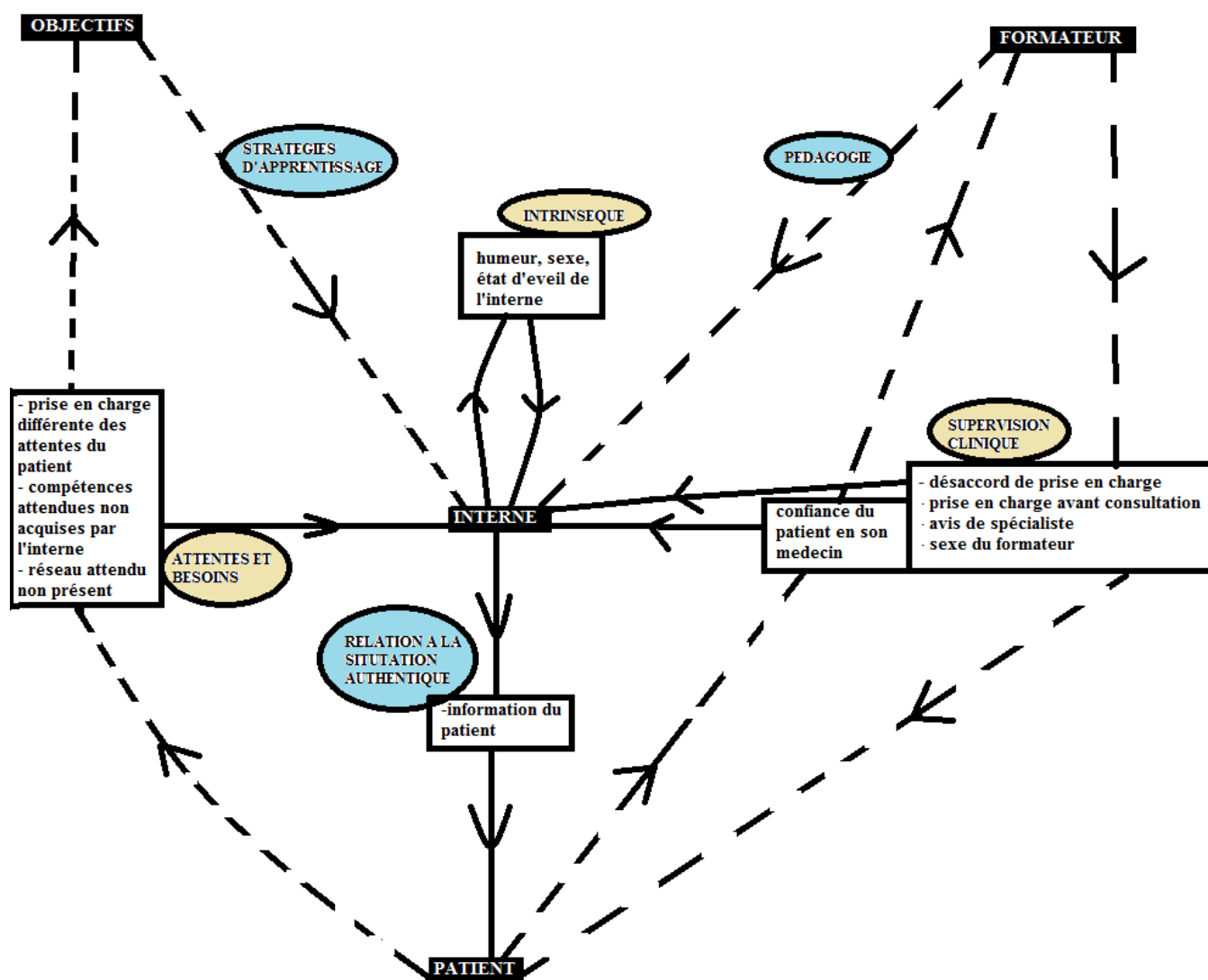


Schéma n°3 : Liens entre les autres acteurs influençant le sentiment de maîtrise de la consultation éprouvé par l'interne

7. DISCUSSION

Le but de ce travail est de déterminer le niveau d'atteinte des objectifs de formation par les internes de médecine générale nantais en 2011. Grâce à l'analyse de leurs réponses au guide d'auto-évaluation, nous avons déterminé leur niveau de compétence acquis au cours de leur formation. Puis par des entretiens, nous avons précisé la place de la formation en tant que déterminant du sentiment de maîtrise de la consultation. Enfin, nous avons recueilli des pistes d'amélioration.

Le résultat principal de l'analyse quantitative est qu'environ une compétence sur deux (53%) est insuffisamment acquise au terme du 3^{ème} cycle de médecine générale.

Nous avons pris 72% comme pourcentage seuil de réponse « fait » au delà duquel une compétence était considérée comme « acquise ». Ce pourcentage « seuil » correspondait à la médiane des pourcentages de réponses « fait » des internes de 3^e année au guide. Malgré son caractère arbitraire, ce seuil nous paraît acceptable et valide pour la distinction des compétences « acquises » et « non acquises », car il a été défini auprès des internes de dernière année du D.E.S., participants les plus compétents de l'enquête. Par ailleurs, il semble peu admissible pour la sécurité des patients que le seuil soit inférieur à 70%. Cela reviendrait à dire qu'il serait acceptable que plus de trois nouveaux médecins sur 10 n'aient pas validé une compétence pourtant jugée indispensable (9).

Selon notre méthode de sélection des compétences acquises basée sur l'utilisation de la médiane, le pourcentage attendu pour les internes de 3^e année devrait être de 50%. Or il est de 53% car nous avons aussi compté comme acquises, les compétences dont le pourcentage de réponse « fait » était égal au seuil.

Avec seulement 10% de compétences acquises par les internes de 1^{ère} année, la progression des internes au cours de leur cursus est nette. En revanche, cette progression est minime de la 2^e à la 3^e année, car 49% des compétences sont déjà acquises en 2^e année. Il existe deux hypothèses pour expliquer ce chiffre. Premièrement, les internes ne seraient pas suffisamment confrontés aux situations cliniques aux cours desquelles ils pourraient acquérir ces dernières compétences. Ces situations cliniques seraient trop peu fréquentes et les internes ne pourraient donc pas les rencontrer. Ces situations pourraient correspondre aux réponses « lu » des internes. Deuxièmement, ces situations seraient traitées par les seniors qui ne laisseraient pas toujours les internes s'exercer par manque de temps ou par souci de sécurité pour le patient, par exemple en cas d'urgence vitale extrême. Ces situations pourraient correspondre aux réponses « vu » des internes.

Concernant l'enseignement des compétences, le taux d'enseignement apparaît en première lecture supérieur pour les compétences non acquises (59%) par rapport à l'ensemble des compétences du guide (40%).

Ce résultat pourrait s'expliquer par le choix délibéré du DMG d'orienter l'enseignement vers l'acquisition de compétences « psycho-sociales », 67% de l'ensemble des compétences « psycho-sociales » étant enseignées au cours des séminaires du DMG contre 32% des compétences « somatiques ». Or selon nos données, le manque de compétence prédomine sur les objectifs psycho-sociaux. En effet, 69% de l'ensemble des compétences « psycho-sociales » ne sont pas « acquises » contre 39% des compétences « somatiques ». Par conséquent, ce choix d'enseigner principalement les compétences psycho-sociales paraît logique, le cursus médical semblant plus favorable à l'acquisition des compétences « somatiques » que « psycho-sociales ».

De plus, dans cette étude, le taux d'enseignement en séminaire reste le même quel que soit leur degré d'acquisition. En effet, les compétences « psycho-sociales » sont enseignées à 68% et les compétences « somatiques » à 32%, qu'elles soient « acquises » ou non. On peut interpréter ce résultat de deux façons contradictoires. La première serait que les compétences somatiques « non acquises » mériteraient plus d'enseignement théorique. La deuxième serait que le facteur « enseignement en séminaire » ne serait pas déterminant pour l'acquisition des compétences en général.

Les résultats de cette étude, ainsi discutés, soulèvent la question du caractère déterminant de l'enseignement théorique, tel qu'il était dispensé en 2011 dans les séminaires, sur l'acquisition d'une compétence.

La phase qualitative du travail offre des éléments de réponse à cette question en précisant la place de la formation au sein des déterminants du sentiment de maîtrise de la consultation.

L'analyse des entretiens a permis de révéler l'influence du niveau de compétence des internes sur leur sentiment de maîtrise d'une consultation. Ce niveau de compétence est fonction de leurs stratégies d'apprentissage, dont la plus évoquée est l'apprentissage par l'expérience, le fameux *learning by doing* de John Dewey, repris de façon plus contemporaine et adaptée au milieu pédagogique médical par Knowles et Kolb sous le concept d'*experiential learning* (12). Cette idée est renforcée par le fait que les internes ont plus de mal à maîtriser les consultations dont le motif correspond à une situation peu fréquente, complexe ou qui nécessite un suivi chronique. Les internes font état de leur besoin de retour sur expérience. Ils insistent aussi sur l'auto-évaluation et l'autoformation. Mais les internes et les formateurs manquent de temps pour mettre en place tout cela.

Les internes évoquent aussi la gestion du « stress » comme déterminant négatif du sentiment de maîtrise de la consultation. Selon les participants interrogés, ce stress peut s'expliquer par plusieurs facteurs. Ces facteurs de stress peuvent être liés au contexte, tel que le manque de temps. Ils peuvent être liés au patient, comme sa personnalité, ses émotions, son

degré de pudeur, son niveau de confiance en l'interne et la médecine, son environnement. Le manque d'expérience et de compétences aggravent ce stress.

Selon les internes, ce sont les stages qui permettent d'acquérir de l'expérience. Le degré d'autonomie au cours des stages est un facteur important dans leur progression. Cependant, il semble difficile à doser. Le niveau nécessaire de présence du formateur pour une bonne progression de l'interne est différent selon les situations. En réalité, c'est plus la disponibilité et l'adaptabilité du formateur à la situation et à l'interne qui semble être important. Le manque de temps est encore un des facteurs limitant pour le formateur, mais aussi son propre niveau de compétence.

La formation pratique est donc indispensable pour acquérir les compétences grâce à l'expérience qu'elle apporte, mais elle n'est pas toujours suffisante. En effet, sauf pour quelques gestes techniques, les internes ont souvent besoin d'un complément de formation théorique. Celle-ci doit être adaptée à la médecine générale pour leur permettre une meilleure progression dans l'acquisition des compétences : elle doit être « pragmatique ». Les internes ont souvent évoqué des groupes d'échanges d'expérience avec supervision par un spécialiste. Ce type de formation leur permettrait une approche réflexive sur leur propre exercice et celui de leur maître de stage, pas toujours expert dans toutes les compétences.

De telles méthodes pédagogiques ont été mises en place par le DMG depuis l'achèvement de ce travail.

Les résultats de cette étude sont confirmés par les travaux évaluant l'intérêt des internes et jeunes médecins généralistes à la médecine libérale. Les internes manquent de mise en situation clinique pour se sentir prêt à exercer la médecine générale d'après l'étude réalisée par Agnès Oude-Engberink (13). Ils manquent de « mises à l'épreuve » pour acquérir des compétences et ainsi affirmer leur « légitimité professionnelle ». Son travail confirme la nécessité de groupes de discussion, car « la réflexivité construit l'expérience » et permet « une prise de conscience des compétences utiles à l'exercice de son métier ». La mission présidentielle dirigée par le Dr Legmann (14) confirme qu'il est déterminant d'augmenter et de diversifier les stages ambulatoires. Elle rapporte une inadéquation des savoirs acquis en stages hospitaliers et à la faculté de médecine avec la pratique libérale quotidienne.

Les résultats de notre étude quantitative doivent être tempérés par quelques limitations méthodologiques.

Le nombre d'internes ayant répondu à l'auto-questionnaire n'est pas exhaustif et n'est peut-être pas représentatif. En effet, il peut exister un biais de sélection. Les internes connaissant le but de l'étude, il est possible qu'un pourcentage non représentatif d'entre eux intéressés par le sujet ait répondu. Enfin, il restait aux internes de 3^e année encore quelques mois de formation à la fin du cursus.

Les internes peuvent avoir mésestimé leur niveau. En effet, l'étude s'appuie sur l'auto-évaluation et non sur l'évaluation directe des compétences. D'autre part, les guides ont pu être plus ou moins bien remplis par les internes du fait du nombre de questions et de l'ambiguïté des modalités. Ainsi la modalité « fait » correspond à « savoir-faire » dans la définition du guide, mais elle ne l'est pas toujours dans la réalité. A l'inverse, on peut savoir-faire sans

avoir fait grâce aux lectures ou aux démonstrations. Ainsi des internes, ayant acquis une compétence sans l'avoir déjà fait, ont pu cocher les modalités « lu » et « vu ».

La méthode définissant une compétence acquise est aussi discutable car le pourcentage de réponse fait nécessaire est choisi arbitrairement, comme expliqué plus haut.

Les résultats sur la progression des internes doivent être interprétés en tenant compte du fait que ce ne sont pas les mêmes internes qui ont été suivis sur les 3 années, mais 3 promotions différentes appréhendées la même année.

Quant à l'étude qualitative, certains critères de rigueur n'ont pas été complètement tenus.

Ainsi elle ne présente pas de double codage et donc pas de possibilité de résoudre les discordances dans l'interprétation des catégories. Il n'a pas été réalisé de triangulation dans le recueil des données puisque seuls les internes de médecine générale ont été interrogés. Des représentants du D.M.G. ou des médecins généralistes installés auraient pu également faire partie du pool des participants. La saturation n'a pas été atteinte par manque d'internes volontaires. Enfin, le mode de sélection tel qu'il a été opéré n'a pas conduit à une diversité satisfaisante des internes interrogés. Notamment il se trouve que seules des internes femmes ont répondu à nos sollicitations, d'autres participants auraient pu être recrutés de manière à stimuler des avis contraire.

8. CONCLUSION

Malgré leur forte progression au cours du cursus et une forte implication pédagogique du Département de Médecine Générale, le niveau de compétence acquis par les internes de médecine générale au terme de leur formation à Nantes en 2011 n'apparaît pas satisfaisant, d'après les données quantitatives de ce travail. Les internes demandent plus de mise en situation clinique. Le cursus médical tel qu'il est organisé pour répondre aux exigences de la maquette est peu propice à l'atteinte des objectifs « psycho-sociaux ». Les séminaires du 3^e cycle ne semblaient pas permettre, en 2011, d'améliorer significativement le niveau de compétences et n'abordaient pas assez les objectifs « somatiques » déclarés comme non atteints par les internes lors de leur auto-évaluation.

Les données de ce travail d'évaluation de la formation en médecine générale pourraient servir de base à un ajustement des enseignements délivrés. Comme le demandent les internes interrogés, il serait probablement bénéfique de s'appuyer plus systématiquement sur des méthodes pédagogiques issues de la théorie de l'apprentissage par l'expérience. Un des moyens serait de diversifier les stages ambulatoires et d'en accroître le nombre sans négliger l'absolue nécessité de feed-back que cette théorie impose. Cependant, le manque de ressources humaines et financières rend cette solution difficile voire impossible à court terme. En attendant que des modifications dans la maquette de stage puissent être réalisées, les internes proposent d'augmenter les groupes d'échange d'expérience supervisés par des experts, en particulier sur des objectifs somatiques, biomédicaux. Une étude de l'impact, de ce genre de formation réflexive et pragmatique, sur leurs compétences et leur sentiment de maîtrise de la consultation serait intéressante.

9. ANNEXES

ANNEXE 1 : Convocation au jury de validation de D.E.S.

OBJET : Jury de validation de DES

Pour que la commission interrégionale puisse proposer la délivrance du Diplôme d'Etude Spécialisées, elle se fonde sur :

- la validation de tous les stages exigés pour le DES,
- un mémoire rédigé et soutenu au plus tard lors de la dernière année d'internat
- un document de synthèse portant sur les travaux scientifiques réalisés,
- des appréciations annuelles de l'enseignant coordonnateur,
- l'avis du directeur d'UFR.

Afin que le conseil de département puisse fournir tous les éléments d'appréciation nécessaires à la formulation d'un avis par le directeur de l'UFR, vous êtes convoqué(e) à un entretien d'évaluation **obligatoire**

Au Département de Médecine Générale (2^{ème} étage -porte 204).

Cet entretien, **d'une heure**, portera sur :

- l'étude du parcours de l'ensemble du cursus universitaire ;
- les appréciations annuelles de l'enseignement (dont la remise des grilles d'évaluation concernant la qualité pédagogique du stage sera un élément) ;
- l'exposé de votre projet professionnel ;

Vous devez présenter un PowerPoint (détaillé sur le document ci-joint) sur CD ou clé USB, ou apporter votre ordinateur portable.

Par ailleurs, vous avez l'obligation d'être inscrit en DES pour passer cet oral. Si ce n'est pas le cas, vous devez prendre contact **d'urgence** avec le bureau des inscriptions de la scolarité au 02.40.41.28.14 ou au 02.72.64.11.52 ou vous présenter (le bureau est ouvert du lundi au jeudi de 13 h 30 à 16 h)

ANNEXE 2 : Courriels envoyés à tous les internes de médecine générale, leur demandant de me ré-adresser l'auto-questionnaire rempli

• 1^{er} mail

De : Cedric Nouraud <cedric.nouraud@yahoo.fr>

À : "simgo@simgonantes.com" <simgo@simgonantes.com>

Envoyé le : Jeudi 12 Mai 2011 18h17

Objet : Tr : thèse sur formation théoriques des internes

Bonjour,

Comme convenu, veuillez s'il vous plait, transmettre aux internes de MG de Nantes en 1^{ere} et 3^e année.

" Chers confrères,

Je souhaite faire une thèse sur les besoins et attentes de formation théorique des internes de médecine générale de Nantes. Ma thèse sera basée sur un questionnaire et des entretiens. Pour les préparer, je vais étudier les résultats des "guides d'autoévaluation" que le DMG vous demande de remplir.

C'est là que j'ai besoin de vous : il faudrait que TOUS les internes de 1^{ere} et 3^e année m'envoient leurs guides d'autoévaluation remplis. Cela ne devrait pas vous prendre beaucoup de temps.

Ci joint, un guide d'autoévaluation du dg.

Envoyez vos réponses à :

cedric.nouraud@yahoo.fr

Chers confrères, la réussite de ma thèse est maintenant entre vos mains !

D'avance merci,

Cédric Nouraud, (jeune médecin remplaçant)

• 2^e mail

De : Cedric Nouraud <cedric.nouraud@yahoo.fr>

À : "simgo@simgonantes.com" <simgo@simgonantes.com>

Envoyé le : Vendredi 13 Mai 2011 9h47

Objet : Tr : thèse sur formation théoriques des internes

PS merci de préciser votre année d'internat...

----- Mail transféré -----

De : Cedric Nouraud <cedric.nouraud@yahoo.fr>

À : "simgo@simgonantes.com" <simgo@simgonantes.com>

Envoyé le : Jeudi 12 Mai 2011 18h17

Objet : Tr : thèse sur formation théoriques des internes

Bonjour,

Comme convenu, veuillez s'il vous plait, transmettre aux internes de MG de Nantes en 1^{ere} et 3^e année.

" Chers confrères,

Je souhaite faire une thèse sur les besoins et attentes de formation théorique des internes de médecine générale de Nantes. Ma thèse sera basée sur un questionnaire et des entretiens. Pour les préparer, je vais étudier les résultats des "guides d'autoévaluation" que le DMG vous demande de remplir.

C'est là que j'ai besoin de vous : il faudrait que TOUS les internes de 1ère et 3e année m'envoient leurs guides d'autoévaluation remplis. Cela ne devrait pas vous prendre beaucoup de temps.

Ci joint, un guide d'autoévaluation du dmg.

Envoyez vos réponses à :

cedric.nouraud@yahoo.fr

Chers confrères, la réussite de ma thèse est maintenant entre vos mains !

D'avance merci,

Cédric Nouraud, (jeune médecin remplaçant)

• 3^e mail

De : Cedric Nouraud <cedric.nouraud@yahoo.fr>

À : "simgo@simgonantes.com" <simgo@simgonantes.com>

Envoyé le : Lundi 16 mai 2011 20h26

Objet : Tr : thèse sur formation théoriques des internes

Re re ps :

Merci aussi de préciser si vous avez fait le stage chez le prat ou saspas.

Merci à ceux à tous.

Cédric.

----- Mail transféré -----

De : Cedric Nouraud <cedric.nouraud@yahoo.fr>

À : "simgo@simgonantes.com" <simgo@simgonantes.com>

Envoyé le : Vendredi 13 Mai 2011 9h47

Objet : Tr : thèse sur formation théoriques des internes

PS merci de préciser votre année d'internat...

----- Mail transféré -----

De : Cedric Nouraud <cedric.nouraud@yahoo.fr>

À : "simgo@simgonantes.com" <simgo@simgonantes.com>

Envoyé le : Jeudi 12 Mai 2011 18h17

Objet : Tr : thèse sur formation théoriques des internes

Bonjour,

Comme convenu, veuillez s'il vous plait, transmettre aux internes de MG de Nantes en 1ère et 3e année.

" Chers confrères,

Je souhaite faire une thèse sur les besoins et attentes de formation théorique des internes de médecine générale de Nantes. Ma thèse sera basée sur un questionnaire et des entretiens. Pour les préparer, je vais étudier les résultats des "guides d'autoévaluation" que le DMG vous demande de remplir.

C'est là que j'ai besoin de vous : il faudrait que TOUS les internes de 1ère et 3e année m'envoient leurs guides d'autoévaluation remplis. Cela ne devrait pas vous prendre beaucoup de temps.

Ci joint, un guide d'autoévaluation du dmg.
Envoyez vos réponses à :
cedric.nouraud@yahoo.fr
Chers confrères, la réussite de ma thèse est maintenant entre vos mains !
D'avance merci,
Cédric Nouraud, (jeune médecin remplaçant)

• 4^e mail

Bonjour,
Comme convenu, veuillez s'il vous plait transmettre à tous les internes de MG de Nantes.
Les internes de 1^{ere} et 3^e année l'ont déjà reçu mais trop peu ont répondu.

" Chers confrères,
Certains d'entre vous ont déjà reçu ce mail, mais je n'ai pas encore eu de participation satisfaisante pour ma thèse. Je me permets donc de vous le renvoyer.
Je souhaite faire une thèse sur les besoins et attentes de formation théorique des internes de médecine générale de Nantes. Ma thèse sera basée sur un questionnaire et des entretiens. Pour les préparer, je vais étudier les résultats des "guides d'autoévaluation" que le DMG vous a demandé de remplir.
C'est là que j'ai besoin de vous : il faudrait que TOUS les internes m'envoient leurs guides d'autoévaluation remplis. Il ne suffit que de 2 clics pour me le transmettre en pièce jointe. Vous n'avez qu'à préciser votre année d'internat et si vous avez fait le stage praticien (au moment où vous avez rempli le questionnaire).
Ci joint, ce guide d'autoévaluation fait par le dmg.
Envoyez vos réponses ou questions à :
cedric.nouraud@yahoo.fr
Chers confrères, la réussite de ma thèse est maintenant entre vos mains !
D'avance merci,

Cédric Nouraud, (jeune médecin remplaçant)

ANNEXE 3 : Courriels envoyés aux internes de 3^e année de D.E.S., leur demandant de participer à un entretien

> Message du 11/11/11 17:05

> Objet : thèse formation théorique des internes

Bonsoir chers confrères,

Je vous envoie un autre mail au sujet de ma thèse sur "les besoins et attentes de formation théorique des internes de médecine générale de Nantes".

Je vous en ai déjà envoyé un pour vous demander de remplir un questionnaire. Merci de votre participation.

Mais j'ai encore besoin de vous.

Ainsi il me faut quelques âmes charitables parmi ceux venant de terminer leur 3e année de DES pour des entretiens sur ce sujet.

J'attends vos réponses,

Bon courage pour la suite,

Cédric Nouraud

0670124847

cedric.nouraud@yahoo.fr

ANNEXE 4 : Courriels envoyés aux internes ayant participé aux entretiens, leur décrivant une partie de la méthode.

Le 17 nov. 2011 à 16:53, Cedric Nouraud <cedric.nouraud@yahoo.fr> a écrit :

Bonsoir,

Voici comment se déroulera l'entretien.

On choisit 4 "thèmes" de médecine générale courante parmi ceux ci-dessous. (1 dans chaque critère).

Ils sont classés en fonction de 2 critères : vu ou non en séminaire, réalisé en stage ou pas (selon les réponses à l'auto-questionnaire).

1 - ni séminaire ni stage : hta, diabète, "sexologie", migrant, dermato.

2 - séminaire et stage : enfant

3 - séminaire sans stage : pilule

4 - stage sans séminaire : arthropathies, urgences.

Il faudra discuter de 2 consultations pour chaque "thème" : 1 qui s'est bien passée et une mal.

Voilà,

A bientôt,

Cédric.

ANNEXE 5 : Le guide d'auto-évaluation du D.M.G. de Nantes

Faculté de Médecine de Nantes

Département de Médecine Générale/Médecine de Famille

GUIDE D'AUTO EVALUATION POUR LES INTERNES DE MEDECINE GENERALE

NANTES 2004

MODALITES PRATIQUES

La formation professionnelle, quelque soit le secteur d'activité, implique pour l'apprenant une démarche volontaire d'identification de ses connaissances, du niveau réel de ses compétences. Seule cette identification permet de mettre en œuvre les moyens d'acquisition des savoirs. Cette démarche se poursuit avec les mêmes déterminants tout au long d'une carrière dans le cadre de la formation continue.

Le guide d'auto-évaluation n'a d'intérêt que pour vous. Utilisez-le avec l'honnêteté intellectuelle que doit avoir tout médecin. Ce n'est pas vous directement qui en recueillerez les bénéfices mais les patients que vous prendrez en charge. Ce guide est fait pour vous aider à identifier vos prés requis, pour vous faire réfléchir sur le niveau de maîtrise que vous pensez détenir. Il vous permettra également de planifier vos acquisitions en fonction des stages pratiques et des enseignements théoriques auxquels vous participerez. Il sera un élément constitutif important de votre port folio. Ce guide ne peut et ne veut pas être exhaustif. Il est un recueil des thèmes que la profession a estimé indispensable de connaître pour l'acquisition des compétences en médecine générale. Il sera évolutif en fonction des modalités pédagogiques susceptibles d'être mises en œuvre à l'avenir.

Il comprend deux parties :

La première identifie les grands thèmes.

La deuxième décline par stage les éléments des thèmes cités en première partie.

Chaque élément comprend une quadruple évaluation.

NSP : vous ignorez ce dont il s'agit

Lu : vous avez simplement une connaissance livresque du sujet

Vu : vous avez vu faire un confrère, vous avez assisté à la résolution du problème, à la pratique de la technique.

Fait : vous savez faire

Validé : un senior l'atteste

Dès votre entrée en troisième cycle, évaluez-vous. Cette auto évaluation vous sera demandée par votre tuteur.

LES GRANDS THEMES

La médecine générale et son champ d'application

Les caractéristiques de la médecine générale

L'approche biopsychosociale, la relation médecin-patient.

Le patient dans son milieu de vie, la pratique ambulatoire de proximité, le maintien à domicile.

L'épidémiologie des maladies en soins primaires : incidence, prévalence,

La stratégie décisionnelle, la démarche probabiliste

La gestion des investigations complémentaires : imagerie, biologie et autres.

La prescription médicamenteuse : observance, polymédication, iatrogénie, pharmacovigilance, automédication.

La prescription non médicamenteuse : soins infirmiers, kinésithérapie, petit matériel.

Les situations courantes

La prise en charge de l'urgence.

La gestion des infections aiguës.

La prise en charge et le suivi des pathologies chroniques : HTA, diabète, insuffisance coronarienne, insuffisance cardiaque, BPCO.

La prise en charge des troubles psychopathologiques.

La prise en charge des patients douloureux.

Le suivi des patients cancéreux.

Les soins palliatifs.

Les addictions : alcool, tabac, médicaments, drogues.

Les problèmes métaboliques et nutritionnels.

La santé des migrants.

Le suivi des sportifs.

Les conseils aux voyageurs.

Les troubles de la sexualité.

Les MST.

La prise en charge précoce et le suivi des patients VIH +.

Les problèmes de rééducation, réinsertion, réadaptation.

Les maltraitances et violences.

Les consultations de l'enfant et de l'adolescent

La surveillance du développement staturo-pondéral et psychomoteur, la détection des anomalies.

Les conseils aux parents. La prévention, le calendrier vaccinal.

Les problèmes courants des nourrissons et du petit enfant.

Les pathologies fréquentes de l'enfant.

Les difficultés scolaires et d'adaptation.

Les demandes de l'adolescent, les difficultés psychologiques, familiales et scolaires.

Les consultations de la femme

La prescription et la surveillance d'une contraception.

Le suivi de la femme enceinte.

Les problèmes d'IVG.

L'accompagnement des prises en charge des couples stériles.

La prévention et le dépistage des cancers féminins.

Les pathologies mammaires bénignes.

Les pathologies courantes de l'appareil génito-urinaire.
La prise en charge de la femme ménopausée.
Les consultations de la personne âgée
Le vieillissement.
Les polypathologies.
Les situations à risque.
Les troubles neurologiques et psychiatriques.
Les déficits neuro-sensoriels.
La perte d'autonomie.

L'exercice professionnel

Le système de soins, les modalités et la pluralité des exercices
Le remplacement, l'installation.
La gestion du cabinet
Le dossier médical.
Les structures professionnelles.
Le travail en équipe, les autres professionnels de santé, les réseaux de santé.
L'hygiène au cabinet.
L'éthique et la déontologie.
L'évaluation des pratiques professionnelles, la qualité des soins.
La Formation Médicale Continue, la documentation, la recherche.

La prévention et la santé publique

La prévention individuelle : éducation du patient, action sur les facteurs de risques, vaccinations, dépistage.
La santé communautaire : le médecin dans la cité.
La santé publique : éducation pour la santé, évaluation, recherche, économie de santé.

OBJECTIFS URGENCE

Les gestes de survie

	NSP	Lu	Vu	Fait	Validé
Mettre un patient en PLS					
Libérer les voies aériennes					
Poser une canule type Guedel					
Effectuer une réanimation cardio-respiratoire					
Ventiler					
Effectuer la manœuvre de Heimlich					
Comprimer une hémorragie					

Les gestes techniques

	NSP	Lu	Vu	Fait	Validé
Effectuer les injections et prélèvements courants					
Poser une voie veineuse périphérique					
Faire une anesthésie locale					
Effectuer les sutures					
Faire une immobilisation articulaire					
Poser une attelle					
Réduire une pronation douloureuse					
Evacuer un hématome sous unguéal					
Opérer un ongle incarné					
Faire un pansement de brûlure					
Poser une sonde urinaire					
Faire un ECG					
Mesurer le DEP					

Faire un FO					
Faire une rhinoscopie					
Extraire un corps étranger des fosses nasales					
Tamponner une épistaxis par voie antérieure					
Faire une otoscopie					
Extraire un corps étranger du CAE					
Faire une anoscopie					
Inciser des hémorroïdes thrombosées					

Les compétences professionnelles

	NSP	Lu	Vu	Fait	Validé
Constituer une trousse d'urgence					
Evaluer le degré d'urgence					
Prendre en charge un patient qui a un OAP					
Prendre en charge un patient qui a un asthme aigu grave					
Prendre en charge un patient qui a une embolie pulmonaire					
Prendre en charge un patient qui a un pneumothorax					
Prendre en charge un patient qui a une crise d'angor					
Prendre en charge un patient qui a un angor instable/IDM					
P.E.C. un patient qui a un trouble du rythme paroxystique					
Prendre en charge un patient qui a un malaise					
P.E.C. un patient qui a une perte de connaissance					
Prendre en charge un patient qui a une crise d'épilepsie					
Prise en charge un patient qui a d'un syndrome méningé					
Prise en charge un patient agité/agressif					
Prise en charge un patient qui a un traumatisé léger					
Prise en charge d'un patient ayant un traumatisme musculo-tendineux					
Prise en charge d'un patient qui a une entorse					
Prise en charge d'un patient qui a une fracture					
Prise en charge du patient polytraumatisé					
Prise en charge d'un patient douloureux aigu					
Prise en charge du patient qui a absorbé des toxiques					
Prise en charge d'un syndrome douloureux abdominal aigu					
Prise en charge d'un patient ayant une déshydratation					
Prise en charge d'un nourrisson fébrile					

Les certificats

	NSP	Lu	Vu	Fait	Validé
Faire un certificat de coups et blessures					
Faire un certificat médical descriptif					
Faire un certificat d'HO, d'HDT					
Faire un certificat d'accident de travail					
Faire un certificat d'arrêt de travail					

OBJECTIFS MEDECINE ADULTE POLYVALENTE

Les gestes techniques

	NSP	Lu	Vu	Fait	Validé
Mesurer le DEP					
Faire un ECG					
Faire un F.O.					
Faire une glycémie capillaire					
Enlever une tumeur cutanée bénigne					
Ponctionner un épanchement sous séreux					
Poser une sonde urinaire					
Faire un prélèvement de gorge/un Streptotest					
Faire une infiltration					
Prescrire la rééducation fonctionnelle					
Réhydrater par voie sous cutané					

Les compétences professionnelles

	NSP	Lu	Vu	Fait	Validé
Prendre en charge un patient ayant une infection urinaire banale					
Prendre en charge un patient ayant une infection urinaire parenchymateuse					
Dépister et prendre en charge un patient ayant une maladie sexuellement transmissible					
Prévenir l'endocardite infectieuse chez un patient à risque					
Prendre en charge un patient ayant une surinfection de BPCO					
Prendre en charge un patient ayant une pneumopathie aiguë					

Prendre en charge un patient ayant une pleurésie					
Prendre en charge un patient ayant une affection gastro-œsophagienne					
Prendre en charge un patient ayant une hépatite virale aiguë					
Prendre en charge un patient ayant une hépatite chronique					
Prendre en charge un patient séropositif au VIH					
Prendre en charge un patient ayant une infection intestinale					
Prendre en charge un patient ayant une infection cutanée					
Prendre en charge un patient ayant une arthrite septique					
Prendre en charge un patient ayant une ostéite					
Prendre en charge le risque cardiovasculaire global d'un patient en prévention primaire					
Prendre en charge le risque cardiovasculaire global d'un patient en prévention secondaire					
Prendre en charge les autres de facteurs de risque chez un patient.					
Prendre en charge un patient insuffisant cardiaque					
Prendre en charge un patient ayant un trouble du rythme cardiaque					
Prendre en charge un patient ayant une BPCO hors surinfection					
Prendre en charge un patient ayant un rhumatisme inflammatoire.					
Prendre en charge un patient ayant un rhumatisme dégénératif					
Prendre en charge un patient ayant une hémopathie					
Prendre en charge un patient ayant une pathologie inflammatoire chronique de l'intestin					
Prendre en charge un patient ayant une pathologie intestinale fonctionnelle					
Prendre en charge un patient ayant un cancer					
Prendre en charge un patient douloureux aigu					
Prendre en charge un patient douloureux chronique					

Prendre en charge le patient en fin de vie					
Prendre en charge un patient ayant un problème avec l'alcool					
Prendre en charge les problèmes iatrogènes					
Prendre en charge un patient ayant une affection thyroïdienne aiguë/chronique					
Prendre en charge un patient ayant une surcharge pondérale					
Prendre en charge un patient ayant un trouble de l'équilibre					
Prendre en charge un patient ayant mal à la tête					
Prendre un patient se plaignant de fatigue					
Dépister et prendre en charge les affections ophtalmologiques de l'âge mur (glaucome DMLA)					
Prendre en charge un patient ayant une insuffisance veino lymphatique					
Prendre en charge un patient qui a une thrombose veineuse					
Prendre en charge un patient ayant une incontinence (urinaire fécale)					
Prendre en charge un patient qui a un trouble mictionnel					
Prendre en charge un patient ayant une lombalgie/lombo-radiculalgie commune aiguë					
Prendre en charge un patient qui a une lombalgie chronique					
Prendre en charge un patient qui a un déficit neurologique constitué.					
Prendre en charge les troubles psycho-comportementaux de la personne âgée.					
Prendre en charge une personne âgée dépendante					
Prendre en charge un patient en fin de vie					

Les certificats

	NSP	Lu	Vu	Fait	Validé
Certificat d'arrêt maladie					
Certificats d'accident de travail					
Certificat de déclaration de maladie à déclaration obligatoire					
Certificat de déclaration de pathologie professionnelle ou à caractère professionnelle					
Certificat de déclaration de pharmacovigilance					
Certificat de demande d'A.P.A.					

OBJECTIFS MERE ENFANT

L'enfant

Les gestes techniques

	NSP	Lu	Vu	Fait	Validé
L'anesthésie locale par patch					
La réduction d'une pronation douloureuse					
La mesure du DEP (débit expiratoire de pointe)					
Le dépistage des troubles auditifs					
Le dépistage les troubles visuels					
La rhinoscopie					
L'extraction d'un corps étranger des fosses nasales					
Le tamponnement d'une épistaxis par voie antérieure					
L'otoscopie					
L'extraction d'un corps étranger du CAE					
Les sutures					
Les vaccinations et injections courantes					

Les compétences professionnelles

	NSP	Lu	Vu	Fait	Validé
Utiliser le carnet de santé					
Etablir un calendrier vaccinal					
Surveiller le développement staturo-pondéral et psychomoteur, dépister les anomalies					
Dépister, prendre en charge et suivre un enfant ayant une anomalie anatomique des organes génitaux					

externes					
Analyser l'adaptation de la famille à la survenue d'un enfant					
Conseiller les parents sur l'alimentation du nourrisson et de l'enfant					
Prévenir les accidents domestiques					
Prendre en charge un enfant ayant de l'asthme					
Prendre en charge un enfant ayant une affection broncho-pulmonaire					
Prendre en charge un enfant ayant une infection virale bénigne					
Prendre en charge un enfant ayant un trouble digestif					
Prendre en charge un enfant ayant une affection cutanée infectieuse ou parasitaire.					

Prendre en charge un enfant ayant une affection cutanée immuno-allergologique.					
Prendre en charge un enfant ayant une infection urinaire					
Prendre en charge un enfant qui a une énurésie ou une encoprésie					
Prendre en charge un enfant qui a une douleur abdominale aiguë					
Prendre en charge un enfant qui a une douleur abdominale récidivante					
Prendre en charge un enfant qui boite					
Dépister, prendre en charge et accompagner un enfant qui a un trouble du sommeil					
Dépister, prendre en charge et accompagner un enfant qui a des problèmes scolaires					
Dépister, prendre en charge et accompagner un enfant qui a des problèmes avec sa famille					
Dépister, prendre en charge et accompagner un enfant maltraité					
Identifier, prendre en charge et accompagner un enfant ayant une conduite à risque					
Conseiller la contraception de l'adolescent					

Prévenir les MST					
Prendre en charge et accompagner l'enfant malade chronique et sa famille					
Répondre aux demandes de l'adolescent qui a de l'acné					
Dépister, prendre en charge et accompagner un enfant/adolescent qui un problème de poids.					
Répondre aux problèmes de l'identité sexuelle de l'adolescent.					
Connaître les modalités d'intervention de la P.M.I.					

Les certificats

	NSP	Lu	Vu	Fait	Validé
Remplir les certificats obligatoires du suivi de l'enfant					
Remplir les certificats d'exemption diverses					
Remplir les certificats d'aptitude diverses					
Faire une déclaration de maladie contagieuse					
Faire une déclaration de maltraitance					

La mère

Les gestes techniques

	NSP	Lu	Vu	Fait	Validé
Faire un frottis interprétable					
Poser un DIU					
Poser un Implanon					
Faire face à un accouchement inopiné.					

Les compétences professionnelles

	NSP	Lu	Vu	Fait	Validé
Prendre en charge une patiente qui a un trouble des règles					
Proposer et prendre en charge la contraception aux différents âges					
Prendre en charge une patiente qui a une douleur pelvienne aiguë					
Prendre en charge une patiente qui a une douleur pelvienne récidivante					
Dépister et prendre en charge une patiente ayant une lésion du sein					
Suivre une patiente enceinte (grossesse normale)					
Proposer un dépistage trisomie 21.					
Proposer un conseil génétique					
Utiliser le carnet de maternité					
Dépister et accompagner une patiente ayant une grossesse à risque ou pathologique.					
Accompagner une patiente qui revient de la maternité					
Prendre en charge les incidents liés à l'allaitement					

maternel.					
Orienter et accompagner une patiente qui souhaite une IVG					
Orienter et accompagner un couple qui a une problématique sexuelle					
Orienter et accompagner un couple ayant une problématique de fertilité.					
Conseiller la prévention des infections et prendre en charge les MST					
Evoquer les violences conjugales, orienter et accompagner la victime					
Prendre en charge une patiente ayant une infection gynécologique courante					
Prendre en charge une patiente ayant une infection urinaire					
Prendre en charge une patiente autour de sa ménopause					
Prendre en charge les problèmes gynécologiques spécifiques de la femme âgée					

Les certificats

	NSP	Lu	Vu	Fait	Validé
Faire une déclaration de grossesse					
Faire une demande de travailleuse familiale.					
Faire un certificat d'aptitude d'assistante maternelle.					

OBJECTIFS PSYCHIATRIE PSYCHOLOGIE

Les techniques

	NSP	Lu	Vu	Fait	Validé
L'écoute du patient					
La relation empathique.					
Le transfert et le contre-transfert.					
L'entretien à visée psychothérapique.					
L'approche systémique.					
Les antidépresseurs.					
Les anxiolytiques.					
Les hypnotiques.					

Les compétences professionnelles

	NSP	Lu	Vu	Fait	Validé
Identifier les troubles du développement psychomoteur de l'enfant.					
S'intéresser aux modes de relation parents-enfants.					
Reconnaître et accompagner les troubles de l'alimentation, du sommeil, du comportement, du langage de l'enfant.					
Se former à l'écoute de l'enfant dès le plus jeune âge.					
Soutenir et accompagner les parents dans leur place parentale (aide à la parentalité).					
Evoquer, orienter et accompagner les enfants victimes de violences et d'abus sexuels.					
Entendre et prendre en charge les plaintes somatiques répétitives.					

Accompagner un enfant qui a une maladie grave ou chronique et sa famille.					
Reconnaître, orienter et accompagner un adolescent qui a des problèmes (conduites à risque, addictions, troubles dépressifs).					
Pointer les difficultés scolaires et en rechercher le sens.					
Repérer et orienter précocement les troubles de type psychotique.					
Prendre en charge les situations difficiles autour de la grossesse (fausses couches, I.V.G., stérilité, F.I.V., prématurité, malformations).					
Evoquer et prendre en charge les troubles de la sexualité.					
Prendre en charge les demandes autour de la chirurgie plastique.					
Reconnaître et prendre en compte les représentations des patients.					
Accompagner un patient handicapé.					
Prendre en charge un patient qui a un trouble anxieux					
Prendre en charge un patient déprimé.					
Reconnaître et prendre en charge le risque suicidaire					
Prendre en charge un patient insomniaque.					
Prendre en compte les traits de personnalité du patient dans la prise en charge de ses troubles psychologiques.					
Repérer les souffrances psychologiques engendrées par le travail (burn out, harcèlement)					
Repérer les souffrances psychologiques engendrées par la précarité.					
Prendre en compte et assurer le suivi du patient victime d'événement de vie traumatisant.					
Suivre au long cours un patient psychotique.					
Gérer un épisode aigu avec un patient et son entourage.					
Connaître les diverses modalités d'hospitalisation					
Utiliser la filière de soins psychiatrique.					
Veiller à la continuité des soins.					
Evoquer, prendre en charge et orienter un patient victime					

de maltraitance(s).					
Prendre en charge les troubles psychologiques liés au vieillissement, à l'accumulation des pathologies et à l'approche de la mort.					
Soutenir et accompagner les proches dans la compréhension du processus de vieillissement et dans leur positionnement auprès de la personne âgée.					
Prendre en charge les troubles psychologiques liés à la perte d'autonomie et accompagner le patient.					

Les certificats

	NSP	Lu	Vu	Fait	Validé
Faire un certificat de coups et blessures					
Faire un certificat médical descriptif					
Faire un certificat d'HO, d'HDT					

OBJECTIFS PRATICIEN

Ces objectifs de formation regroupent la totalité des objectifs des autres stages avec en plus

Les gestes techniques

	NSP	Lu	Vu	Fait	Validé
Les formalités nécessaires à l'exercice professionnel.					
Les modalités d'exercice professionnel.					
La comptabilité professionnelle.					
La gestion de l'entreprise cabinet médical.					
Le système de santé.					
Les structures professionnelles.					
Les règles d'hygiène au cabinet.					
La trousse d'urgence.					
L'oxygénothérapie à domicile.					

Les compétences professionnelles

	NSP	Lu	Vu	Fait	Validé
Utiliser l'épidémiologie en soins primaires pour une prise en charge probabiliste des troubles et des pathologies.					
Utiliser le dépistage individualisé et le dépistage de masse.					
Utiliser l'outil informatique dans sa pratique professionnelle					
Organiser la continuité des soins.					
Participer à la permanence des soins.					
Prescrire des aides au diagnostic en milieu ambulatoire.					

Utiliser la prescription non médicamenteuse.					
Organiser la coordination des soins avec les autres professionnels de santé, sociaux et la famille.					
Prescrire des aides techniques en ambulatoire.					
Négocier un contrat de soins personnalisé.					
Mettre en place un suivi personnalisé (objectifs, moyens, évaluation).					
Evaluer sa pratique (E.B.M.)					
Organiser sa formation médicale continue en fonction de ses propres besoins de formation.					
Prendre en charge les infections respiratoires hautes (rhinite, pharyngite, otite, sinusite, laryngite, trachéite)					
Prendre en charge les infections respiratoires basses (bronchite, surinfection de BPCO, pneumonie)					
Prendre en charge les infections urinaires basses et hautes en milieu ambulatoire.					
Prendre en charge un(e) patient(e) constipé(e).					
Prendre en charge un(e) patient(e) qui a des troubles fonctionnels intestinaux					
Prendre en charge un(e) patient(e) qui souffre d'hémorroïdes, de prurit anal, d'une fissure anale.					
Prendre en charge et accompagner un(e) patient(e) insuffisant respiratoire à domicile.					
Prendre en charge un(e) patient(e) qui a des troubles de l'équilibre.					
Prendre en charge un(e) patient(e) qui a fait un malaise.					
Prendre en charge un(e) patient(e) fatigué(e).					
Prendre en charge un(e) patient(e) anémié(e).					
Prendre en charge et accompagner un(e) patient(e) obèse.					
Prendre en charge un patient qui a des troubles prostatiques.					
Prendre en charge un(e) patient(e) incontinent(e) urinaire.					
Prendre en charge un(e) patient(e) qui a une insuffisance veineuse des membres inférieurs.					
Prendre en charge à domicile un(e) patient(e) qui a une					

maladie thrombo-embolique veineuse.					
Prendre en charge un(e) patient(e) qui souffre d'une radiculalgie aigue ou chronique.					
Prendre en charge un(e) patient(e) qui présente une douleur abarticulaire aigue.					
Prendre en charge un(e) patient(e) qui présente un trouble de la statique rachidienne.					
Prendre en charge un(e) patient(e) qui présente une entorse articulaire.					
Prendre en charge un(e) patient qui a mal à la tête.					
Prendre en charge un(e) patient(e) migraineux.					
Prendre en charge un(e) patient(e) allergique.					
Prendre en charge un(e) patient(e) qui présente une mycose.					
Dépister, orienter et surveiller un patient(e) porteur de naevus suspect.					
Prendre en charge un(e) patient(e) acnéique.					
Prendre en charge un(e) patient(e) psoriasique.					
Prendre en charge un(e) patient(e) qui a une infection de la peau ou des annexes.					
Prendre en charge un(e) patient(e) qui a une plaie torpide (escarre, ulcère...)					
Prendre en charge et accompagner un(e) patient(e) qui a une maladie neurologique chronique (Parkinson, SEP...)					
Accompagner et prendre en charge un(e) patient(e) cancéreux à domicile.					
Accompagner et prendre en charge un(e) patient(e) en fin de vie à domicile et son entourage.					
Evaluer et prendre en charge le risque de chute chez une personne âgée.					
Dépister et prendre en charge un(e) patient(e) qui a une ostéoporose.					
Prendre en charge un(e) patient(e) confus(e).					
Prendre en charge un(e) patient(e) dément(e).					
Evaluer et prendre en charge la perte d'autonomie de la personne âgée.					

Les certificats

	NSP	Lu	Vu	Fait	Validé
Certificats d'arrêts maladie.					
Certificats d'accidents de travail.					
Certificat de déclaration de maladie à déclaration obligatoire.					
Certificat de déclaration de maladie professionnelle ou à caractère professionnelle.					
Certificat de prise en charge en A.L.D. (PIRES).					
Certificat de demande d'A.P.A.					
Certificat de déclaration de pharmacovigilance.					
Certificats descriptif et de déclaration de maltraitance.					
Certificat de non contre-indication au sport.					
Certificat COTOREP.					
Certificat HO ou HDT.					
Certificat de déclaration de grossesse.					
Certificat d'aptitude en vue d'une adoption.					
Certificats de demande aide-ménagère, travailleuse familiale					
Certificat de décès.					

ANNEXE 6 : Tableau 3 : Classement des compétences de l'auto-questionnaire en fonction de leur thème, de leur acquisition par les internes et de leur enseignement théorique en séminaire du 3^e cycle

Compétences	somatiques	Psycho-sociales	acquises	non acquises	non enseignées	enseignées
Mettre un patient en PLS	x		x		x	
Libérer les voies aériennes	x		x		x	
Poser une canule type Guedel	x		x		x	
Effectuer une réanimation cardio-respiratoire	x		x		x	
Ventiler	x		x		x	
Effectuer la manœuvre de Heimlich	x			x	x	
Comprimer une hémorragie	x			x	x	
Effectuer les injections et prélèvements courants	x		x		x	
Poser une voie veineuse périphérique	x		x		x	
Faire une anesthésie locale	x		x		x	
Effectuer les sutures	x		x		x	
Faire une immobilisation articulaire	x		x		x	
Poser une attelle	x		x		x	

Réduire une pronation douloureuse	x			x	x	
Evacuer un hématome sous unguéal	x		x		x	
Opérer un ongle incarné	x			x	x	
Faire un pansement de brûlure	x		x		x	
Poser une sonde urinaire	x		x		x	
Faire un ECG	x		x		x	
Mesurer le DEP	x		x		x	
Faire un FO	x			x	x	
Faire une rhinoscopie	x			x	x	
Extraire un corps étranger des fosses nasales	x			x	x	
Tamponner une épistaxis par voie antérieure	x		x		x	
Faire une otoscopie	x		x		x	
Extraire un corps étranger du CAE	x			x	x	
Faire une anoscopie	x			x	x	
Inciser des hémorroïdes thrombosées	x			x	x	
Constituer une trousse d'urgence	x			x	x	
Evaluer le degré d'urgence	x		x		x	
Prendre en charge un patient qui a un OAP	x		x		x	
Prendre en charge un patient qui a un asthme aigu grave	x		x		x	
Prendre en charge un patient qui a une embolie pulmonaire	x		x		x	

Prendre en charge un patient qui a un pneumothorax	x			x	x	
Prendre en charge un patient qui a une crise d'angor	x		x		x	
Prendre en charge un patient qui a un angor instable/IDM	x		x		x	
P.E.C. un patient qui a un trouble du rythme paroxystique	x		x		x	
Prendre en charge un patient qui a un malaise	x		x		x	
P.E.C. un patient qui a une perte de connaissance	x		x		x	
Prendre en charge un patient qui a une crise d'épilepsie	x		x		x	
Prise en charge un patient qui a d'un syndrome méningé	x		x		x	
Prise en charge un patient agité/agressif	x		x		x	
Prise en charge un patient qui a un traumatisé léger	x		x		x	
Prise en charge d'un patient ayant un traumatisme musculo-tendineux	x		x		x	
Prise en charge d'un patient qui a une entorse	x		x		x	
Prise en charge d'un patient qui a une fracture	x		x		x	
Prise en charge du patient polytraumatisé	x			x	x	
Prise en charge d'un patient douloureux aigu	x		x		x	
Prise en charge du patient qui a	x		x		x	

absorbé des toxiques						
Prise en charge d'un syndrome douloureux abdominal aigu	x		x		x	
Prise en charge d'un patient ayant une déshydratation	x		x		x	
Prise en charge d'un nourrisson fébrile	x		x			x
Faire un certificat de coups et blessures	x		x		x	
Faire un certificat médical descriptif	x		x		x	
Faire un certificat d'HO, d'HDT	x			x	x	
Faire un certificat d'accident de travail	x		x		x	
Faire un certificat d'arrêt de travail	x		x		x	
Mesurer le DEP	x		x		x	
Faire un ECG	x		x		x	
Faire un F.O.	x			x	x	
Faire une glycémie capillaire	x		x		x	
Enlever une tumeur cutanée bénigne	x			x	x	
Ponctionner un épanchement sous séreux	x			x	x	
Poser une sonde urinaire	x		x		x	
Faire un prélèvement de gorge/un Streptotest	x		x		x	
Faire une infiltration	x			x	x	
Prescrire la rééducation fonctionnelle	x		x		x	

Réhydrater par voie sous cutané	x		x		x	
Prendre en charge un patient ayant une infection urinaire banale	x		x			x
Prendre en charge un patient ayant une infection urinaire parenchymateuse	x		x			x
Dépister et prendre en charge un patient ayant une maladie sexuellement transmissible	x			x	x	
Prévenir l'endocardite infectieuse chez un patient à risque	x			x	x	
Prendre en charge un patient ayant une surinfection de BPCO	x		x			x
Prendre en charge un patient ayant une pneumopathie aiguë	x		x			x
Prendre en charge un patient ayant une pleurésie	x		x		x	
Prendre en charge un patient ayant une affection gastro œsophagienne	x		x		x	
Prendre en charge un patient ayant une hépatite virale aiguë	x			x	x	
Prendre en charge un patient ayant une hépatite chronique	x			x	x	
Prendre en charge un patient séropositif au VIH	x			x	x	
Prendre en charge un patient ayant une infection intestinale	x		x			x
Prendre en charge un patient ayant une infection cutanée	x		x			x
Prendre en charge un patient ayant une arthrite septique	x		x		x	

Prendre en charge un patient ayant une ostéite	x			x	x	
Prendre en charge le risque cardiovasculaire global d'un patient en prévention primaire	x		x		x	
Prendre en charge le risque cardiovasculaire global d'un patient en prévention secondaire	x		x		x	
Prendre en charge les autres de facteurs de risque chez un patient.	x		x		x	
Prendre en charge un patient insuffisant cardiaque	x		x		x	
Prendre en charge un patient ayant un trouble du rythme cardiaque	x		x		x	
Prendre en charge un patient ayant une BPCO hors surinfection	x		x		x	
Prendre en charge un patient ayant un rhumatisme inflammatoire.	x			x	x	
Prendre en charge un patient ayant un rhumatisme dégénératif	x			x	x	
Prendre en charge un patient ayant une hémopathie	x			x	x	
Prendre en charge un patient ayant une pathologie inflammatoire chronique de l'intestin	x			x	x	
Prendre en charge un patient ayant une pathologie intestinale fonctionnelle	x		x		x	
Prendre en charge un patient ayant un cancer	x	x	x		x	
Prendre en charge un patient douloureux aigu	x		x		x	

Prendre en charge un patient douloureux chronique	x		x		x	
Prendre en charge le patient en fin de vie	x	x	x			x
Prendre en charge un patient ayant un problème avec l'alcool	x	x	x			x
Prendre en charge les problèmes iatrogènes	x		x			x
Prendre en charge un patient ayant une affection thyroïdienne aiguë/chronique	x		x		x	
Prendre en charge un patient ayant une surcharge pondérale	x		x			x
Prendre en charge un patient ayant un trouble de l'équilibre	x		x			x
Prendre en charge un patient ayant mal à la tête	x		x		x	
Prendre un patient se plaignant de fatigue	x		x		x	
Dépister et prendre en charge les affections ophtalmologiques de l'âge mur (glaucome DMLA)	x			x	x	
Prendre en charge un patient ayant une insuffisance veino lymphatique	x		x		x	
Prendre en charge un patient qui a une thrombose veineuse	x		x		x	
Prendre en charge un patient ayant une incontinence (urinaire fécale)	x			x	x	
Prendre en charge un patient qui a un trouble mictionnel	x			x	x	
Prendre en charge un patient ayant	x		x		x	

une lombalgie/lombo-radiculalgie commune aiguë						
Prendre en charge un patient qui a une lombalgie chronique	x		x		x	
Prendre en charge un patient qui a un déficit neurologique constitué.	x		x		x	
Prendre en charge les troubles psycho-comportementaux de la personne âgée.	x	x	x			x
Prendre en charge une personne âgée dépendante	x	x	x			x
Prendre en charge un patient en fin de vie	x	x	x			x
Certificat d'arrêt maladie	x	x	x		x	
Certificats d'accident de travail	x	x	x		x	
Certificat de déclaration de maladie à déclaration obligatoire	x	x		x	x	
Certificat de déclaration de pathologie professionnelle ou à caractère professionnelle	x	x		x	x	
Certificat de déclaration de pharmacovigilance	x	x		x	x	
Certificat de demande d'A.P.A.	x	x	x		x	
L'anesthésie locale par patch	x		x		x	
La réduction d'une pronation douloureuse	x			x	x	
La mesure du DEP (débit expiratoire de pointe)	x		x		x	
Le dépistage des troubles auditifs	x			x		x
Le dépistage les troubles visuels	x			x		x

La rhinoscopie	x			x	x	
L'extraction d'un corps étranger des fosses nasales	x			x	x	
Le tamponnement d'une épistaxis par voie antérieure	x		x		x	
L'otoscopie	x		x		x	
L'extraction d'un corps étranger du CAE	x			x	x	
Les sutures	x		x		x	
Les vaccinations et injections courantes	x		x			x
Utiliser le carnet de santé	x	x	x			x
Etablir un calendrier vaccinal	x		x			x
Surveiller le développement staturo-pondéral et psychomoteur, dépister les anomalies	x	x	x			x
Dépister, prendre en charge et suivre un enfant ayant une anomalie anatomique des organes génitaux externes	x			x		x
Analyser l'adaptation de la famille à la survenue d'un enfant		x		x		x
Conseiller les parents sur l'alimentation du nourrisson et de l'enfant	x	x	x			x
Prévenir les accidents domestiques	x	x		x		x
Prendre en charge un enfant ayant de l'asthme	x		x		x	
Prendre en charge un enfant ayant une affection broncho-pulmonaire	x		x			x

Prendre en charge un enfant ayant une infection virale bénigne	x		x			x
Prendre en charge un enfant ayant un trouble digestif	x		x			x
Prendre en charge un enfant ayant une affection cutanée infectieuse ou parasitaire.	x		x			x
Prendre en charge un enfant ayant une affection cutanée immuno-allergologique.	x			x	x	
Prendre en charge un enfant ayant une infection urinaire	x		x			x
Prendre en charge un enfant qui a une énurésie ou une encoprésie	x	x		x	x	
Prendre en charge un enfant qui a une douleur abdominale aiguë	x		x		x	
Prendre en charge un enfant qui a une douleur abdominale récidivante	x		x		x	
Prendre en charge un enfant qui boite	x			x	x	
Dépister, prendre en charge et accompagner un enfant qui a un trouble du sommeil	x	x		x		x
Dépister, prendre en charge et accompagner un enfant qui a des problèmes scolaires		x		x		x
Dépister, prendre en charge et accompagner un enfant qui a des problèmes avec sa famille		x		x		x
Dépister, prendre en charge et accompagner un enfant maltraité		x		x		x
Identifier, prendre en charge et		x		x		x

accompagner un enfant ayant une conduite à risque						
Conseiller la contraception de l'adolescent	x		x			x
Prévenir les MST	x		x			x
Prendre en charge et accompagner l'enfant malade chronique et sa famille	x	x		x		x
Répondre aux demandes de l'adolescent qui a de l'acné	x	x		x	x	
Dépister, prendre en charge et accompagner un enfant/adolescent qui un problème de poids.	x	x		x		x
Répondre aux problèmes de l'identité sexuelle de l'adolescent.		x		x	x	
Connaître les modalités d'intervention de la P.M.I.		x		x		x
Remplir les certificats obligatoires du suivi de l'enfant	x	x	x			x
Remplir les certificats d'exemption diverses	x	x	x			x
Remplir les certificats d'aptitude diverses	x	x	x		x	
Faire une déclaration de maladie contagieuse	x			x	x	
Faire une déclaration de maltraitance	x			x		x
Faire un frottis interprétable	x		x		x	x
Poser un DIU	x			x	x	
Poser un Implanon	x			x	x	

Faire face à un accouchement inopiné.	x			x		x
Prendre en charge une patiente qui a un trouble des règles	x			x	x	
Proposer et prendre en charge la contraception aux différents âges	x		x			x
Prendre en charge une patiente qui a une douleur pelvienne aiguë	x		x			x
Prendre en charge une patiente qui a une douleur pelvienne récidivante	x			x		x
Dépister et prendre en charge une patiente ayant une lésion du sein	x			x		x
Suivre une patiente enceinte (grossesse normale)	x		x			x
Proposer un dépistage trisomie 21.	x			x		x
Proposer un conseil génétique	x			x		x
Utiliser le carnet de maternité	x	x		x		x
Dépister et accompagner une patiente ayant une grossesse à risque ou pathologique.	x	x		x		x
Accompagner une patiente qui revient de la maternité	x	x		x		x
Prendre en charge les incidents liés à l'allaitement maternel.	x			x		x
Orienter et accompagner une patiente qui souhaite une IVG	x	x		x		x
Orienter et accompagner un couple qui a une problématique sexuelle	x	x		x	x	
Orienter et accompagner un couple ayant une problématique de	x	x		x	x	

fertilité.						
Conseiller la prévention des infections et prendre en charge les MST	x			x	x	
Evoquer les violences conjugales, orienter et accompagner la victime		x		x		x
Prendre en charge une patiente ayant une infection gynécologique courante	x		x			x
Prendre en charge une patiente ayant une infection urinaire	x		x			x
Prendre en charge une patiente autour de sa ménopause	x	x		x		x
Prendre en charge les problèmes gynécologiques spécifiques de la femme âgée	x			x		x
Faire une déclaration de grossesse	x	x		x		x
Faire une demande de travailleuse familiale.	x	x		x	x	
Faire un certificat d'aptitude d'assistante maternelle.	x	x			x	
L'écoute du patient		x	x			x
La relation empathique.		x	x			x
Le transfert et le contre-transfert.		x		x		x
L'entretien à visée psychothérapique.		x		x		x
L'approche systémique.		x		x		x
Les antidépresseurs.	x	x	x			x
Les anxiolytiques.	x	x	x			x

Les hypnotiques.	x	x	x			x
Identifier les troubles du développement psychomoteur de l'enfant.	x	x		x		x
S'intéresser aux modes de relation parents-enfants.		x		x		x
Reconnaître et accompagner les troubles de l'alimentation, du sommeil, du comportement, du langage de l'enfant.	x	x		x		x
Se former à l'écoute de l'enfant dès le plus jeune âge.		x		x		x
Soutenir et accompagner les parents dans leur place parentale (aide à la parentalité).		x		x		x
Evoquer, orienter et accompagner les enfants victimes de violences et d'abus sexuels.		x		x		x
Entendre et prendre en charge les plaintes somatiques répétitives.	x	x		x	x	
Accompagner un enfant qui a une maladie grave ou chronique et sa famille.	x	x		x		x
Reconnaître, orienter et accompagner un adolescent qui a des problèmes (conduites à risque, addictions, troubles dépressifs).		x		x		x
Pointer les difficultés scolaires et en rechercher le sens.		x		x		x
Repérer et orienter précocement les troubles de type psychotique.		x		x		x
Prendre en charge les situations difficiles autour de la grossesse (fausses couches, I.V.G., stérilité,	x	x		x		x

F.I.V., prématurité, malformations).						
Evoquer et prendre en charge les troubles de la sexualité.	x	x		x	x	
Prendre en charge les demandes autour de la chirurgie plastique.		x		x	x	
Reconnaître et prendre en compte les représentations des patients.		x		x		x
Accompagner un patient handicapé.		x		x		x
Prendre en charge un patient qui a un trouble anxieux		x	x			x
Prendre en charge un patient déprimé.		x	x			x
Reconnaître et prendre en charge le risque suicidaire		x		x		x
Prendre en charge un patient insomniaque.		x		x		x
Prendre en compte les traits de personnalité du patient dans la prise en charge de ses troubles psychologiques.		x		x		x
Repérer les souffrances psychologiques engendrées par le travail (burn out, harcèlement)		x		x		x
Repérer les souffrances psychologiques engendrées par la précarité.		x		x		x
Prendre en compte et assurer le suivi du patient victime d'événement de vie traumatisant.		x		x		x
Suivre au long cours un patient psychotique.		x		x	x	

Gérer un épisode aigu avec un patient et son entourage.		x		x	x	
Connaître les diverses modalités d'hospitalisation		x	x		x	
Utiliser la filière de soins psychiatrique.		x	x			x
Veiller à la continuité des soins.		x		x		x
Evoquer, prendre en charge et orienter un patient victime de maltraitance(s).		x		x		x
Prendre en charge les troubles psychologiques liés au vieillissement, à l'accumulation des pathologies et à l'approche de la mort.		x		x		x
Soutenir et accompagner les proches dans la compréhension du processus de vieillissement et dans leur positionnement auprès de la personne âgée.		x		x		x
Prendre en charge les troubles psychologiques liés à la perte d'autonomie et accompagner le patient.		x		x		x
Faire un certificat de coups et blessures	x	x	x		x	
Faire un certificat médical descriptif	x	x	x		x	
Faire un certificat d'HO, d'HDT		x		x	x	
Les formalités nécessaires à l'exercice professionnel.		x		x		x
Les modalités d'exercice professionnel.		x		x		x

La comptabilité professionnelle.		x		x		x
La gestion de l'entreprise cabinet médical.		x		x		x
Le système de santé.		x		x		x
Les structures professionnelles.		x		x		x
Les règles d'hygiène au cabinet.		x	x		x	
La trousse d'urgence.	x			x	x	
L'oxygénothérapie à domicile.	x			x	x	
Utiliser l'épidémiologie en soins primaires pour une prise en charge probabiliste des troubles et des pathologies.	x		x			x
Utiliser le dépistage individualisé et le dépistage de masse.	x		x			x
Utiliser l'outil informatique dans sa pratique professionnelle	x	x	x		x	
Organiser la continuité des soins.	x	x	x			x
Participer à la permanence des soins.	x			x		x
Prescrire des aides au diagnostic en milieu ambulatoire.	x		x			x
Utiliser la prescription non médicamenteuse.	x	x	x			x
Organiser la coordination des soins avec les autres professionnels de santé, sociaux et la famille.	x	x	x			x
Prescrire des aides techniques en ambulatoire.	x		x		x	
Négocier un contrat de soins personnalisé.	x	x		x		x

Mettre en place un suivi personnalisé (objectifs, moyens, évaluation).		x		x		x
Evaluer sa pratique (E.B.M.)	x	x		x		x
Organiser sa formation médicale continue en fonction de ses propres besoins de formation.	x	x	x			x
Prendre en charge les infections respiratoires hautes (rhinite, pharyngite, otite, sinusite, laryngite, trachéite)	x		x			x
Prendre en charge les infections respiratoires basses (bronchite, surinfection de BPCO, pneumonie)	x		x			x
Prendre en charge les infections urinaires basses et hautes en milieu ambulatoire.	x		x			x
Prendre en charge un(e) patient(e) constipé(e).	x		x		x	
Prendre en charge un(e) patient(e) qui a des troubles fonctionnels intestinaux	x		x		x	
Prendre en charge un(e) patient(e) qui souffre d'hémorroïdes, de prurit anal, d'une fissure anale.	x		x		x	
Prendre en charge et accompagner un(e) patient(e) insuffisant respiratoire à domicile.	x				x	
Prendre en charge un(e) patient(e) qui a des troubles de l'équilibre.	x		x		x	
Prendre en charge un(e) patient(e) qui a fait un malaise.	x		x		x	
Prendre un charge un(e) patient(e)	x		x		x	

fatigué(e).						
Prendre en charge un(e) patient(e) anémié(e).	x		x		x	
Prendre en charge et accompagner un(e) patient(e) obèse.	x	x		x	x	
Prendre en charge un patient qui a des troubles prostatiques.	x			x	x	
Prendre en charge un(e) patient(e) incontinent(e) urinaire.	x			x	x	
Prendre en charge un(e) patient(e) qui a une insuffisance veineuse des membres inférieurs.	x		x		x	
Prendre en charge à domicile un(e) patient(e) qui a une maladie thrombo-embolique veineuse.	x			x	x	
Prendre en charge un(e) patient(e) qui souffre d'une radiculalgie aigue ou chronique.	x		x		x	
Prendre en charge un(e) patient(e) qui présente une douleur abarticulaire aigue.	x		x		x	
Prendre en charge un(e) patient(e) qui présente un trouble de la statique rachidienne.	x			x	x	
Prendre en charge un(e) patient(e) qui présente une entorse articulaire.	x		x		x	
Prendre en charge un(e) patient qui a mal à la tête.	x		x		x	
Prendre en charge un(e) patient(e) migraineux.	x		x		x	
Prendre en charge un(e) patient(e) allergique.	x		x		x	

Prendre en charge un(e) patient(e) qui présente une mycose.	x		x		x	
Dépister, orienter et surveiller un patient(e) porteur de nævus suspect.	x		x		x	
Prendre en charge un(e) patient(e) acnéique.	x			x	x	
Prendre en charge un(e) patient(e) psoriasique.	x			x	x	
Prendre en charge un(e) patient(e) qui a une infection de la peau ou des annexes.	x		x			x
Prendre en charge un(e) patient(e) qui a une plaie torpide (escarre, ulcère)	x			x	x	
Prendre en charge et accompagner un(e) patient(e) qui a une maladie neurologique chronique (Parkinson, SEP)	x			x	x	
Accompagner et prendre en charge un(e) patient(e) cancéreux à domicile.	x	x		x	x	
Accompagner et prendre en charge un(e) patient(e) en fin de vie à domicile et son entourage.	x	x		x	x	
Evaluer et prendre en charge le risque de chute chez une personne âgée.	x		x			x
Dépister et prendre en charge un(e) patient(e) qui a une ostéoporose.	x			x		x
Prendre en charge un(e) patient(e) confus(e).	x		x			x
Prendre en charge un(e) patient(e)	x		x			x

dément(e).						
Evaluer et prendre en charge la perte d'autonomie de la personne âgée.	x			x		x
Certificats d'arrêts maladie.	x	x	x		x	
Certificats d'accidents de travail.	x	x	x		x	
Certificat de déclaration de maladie à déclaration obligatoire.	x	x		x	x	
Certificat de déclaration de maladie professionnelle ou à caractère professionnelle.	x	x		x		x
Certificat de prise en charge en A.L.D. (PIRES).	x	x		x		x
Certificat de demande d'A.P.A.	x	x	x			x
Certificat de déclaration de pharmacovigilance.	x	x		x	x	
Certificats descriptif et de déclaration de maltraitance.	x	x		x		x
Certificat de non contre-indication au sport.	x	x	x		x	
Certificat COTOREP.	x	x		x	x	
Certificat HO ou HDT.	x	x		x	x	
Certificat de déclaration de grossesse.	x	x		x	x	
Certificat d'aptitude en vue d'une adoption.		x		x	x	
Certificats de demande aide-ménagère, travailleuse familiale		x		x	x	
Certificat de décès.	x	x	x		x	

ANNEXE 7 : Tableau 4 : Classement des objectifs de D.E.S. du C.N.G.E. selon leur atteinte et leur enseignement en séminaire du 3^e cycle

objectifs et définition du D.E.S. M.G. par le C.N.G.E.	vus en stage	vus en séminaire
MG et son champ d'application		
patient dans son milieu de vie		x
interactions socio-psychologiques élémentaires		x
épidémiologie des maladies en soins primaires		
prévention individuelle	x	x
santé publique, éducation pour la santé	x	x
les situations pathologiques courantes		
soins de premier recours : signe gravité, 1er gestes	x	
réponse aux appels courants		
hta		
arthropathies et entésopathies		
insuffisance coronarienne	x	
insuffisance cardiaque	x	
insuffisance respiratoire	x	
pathologie veineuse	x	
problèmes uro-génitaux		
troubles psychiques		x
pathologies cancéreuses	x	
addictions		x
diabète		
dyslipidémie		
nutrition		
peau		
troubles ophtalmo et stomato courants		
santé du migrant, voyageur et vaccins		
sportif		
sexualité, libido, impuissance		
vih		
rééducation, réinsertion, réadaptation		
maltraitance et violence		x
investigations complémentaires		
prescription médicamenteuse		
actualité thérapeutique		
prescription non médicamenteuse	x	
thérapeutique alternative		

exercice professionnel		
système de soin		x
modalité d'exercice		x
installation, remplacement		x
gestion du cabinet		x
dossier médical	x	x
informatisation	x	
rédaction des certifs médicaux		
structures professionnelles		x
autres pros de santé		
travail en réseau		
hygiène du cabinet	x	
économie de santé		x
éthique et déontologie		x
évaluation des pratiques professionnelles		x
langages et codages		
suivi de l'enfant et ado		
surveillance du développement staturo-pondéral et psycho-mot, détection des anomalies	x	x
problèmes courants des nourrissons et du petit enfant		x
pathologies fréquentes de l'enfant	x	x
difficulté scolaire et d'adaptation		x
demandes de l'ado, difficultés psycho, familiales et scolaires		x
suivi de la femme		
contraception		x
suivi grossesse		x
ivg		
infécondité		
cancers féminins		
pathologies mammaires bénignes		
pathologie de l'appareil génito-urinaire		
mst		
ménopause		x
suivi personnes âgées		
démographie, socio, législation		x
aides au maintien		x
vieillesse physio et pathologique		x
situations à risque polypathologies	x	x
troubles neurologiques	x	
déficits neuro-sensoriels	x	
soins palliatifs	x	x

ANNEXE 8 : Les 4 internes ayant participé aux entretiens

• Interne Lu

Elle était dans son dernier stage libre supplémentaire au moment des entretiens. Ces stages pendant l'internat :

- Pneumologie
- Gynécologie
- Surnombre pédiatrie
- Urgences
- Praticien
- SSR/SLD gériatriques
- Stage libre unité mobile soins palliatifs.

• Interne So

Elle débutait les remplacements au moment des entretiens. Nous n'avons pas pu avoir accès à l'ensemble de son cursus. Nous savons qu'elle a fait un stage aux urgences adultes, un stage en pédiatrie, un stage chez le praticien.

• Interne St

Elle venait de terminer l'internat et commençait les remplacements au moment des entretiens. Ces stages pendant l'internat :

- gériatrie à Cholet
- urgences adultes au CHU
- médecine 2 (2 mois cardio, 2 mois gastro, 2 mois pneumo) aux Sables d'Olonne
- stage praticien
- stage SASPAS
- pédiatrie/ gynécologie aux Sables d'Olonne.

• Interne Ve

Son internat était terminé et remplacé depuis quelques mois. Ces stages pendant l'internat :

- rhumato chd LRSY
- urg CHD LRSY
- rééducation fonctionnelle st jacques en surplus
- PMI Nantes
- praticien Nantes, St Sébastien, St Herblain
- CHU : la PASS
- psychiatrie adulte Montbert

ANNEXE 9 : Les entretiens

- **Interne Lu**

- **Lu diabète no pb**

« Un autre prat qui était très au point sur la prise en charge cardio-vasculaire US 1 : encadrement expert. C'est une consultation que j'ai fait toute seule US 2 : autonomie. C'était pour un renouvellement d'ordonnance d'un couple US 3 : routine. Le monsieur arrivait avec son bilan biologique qui était récent US 4 : bon suivi. Il avait de mémoire dans son traitement, une bithérapie par metformine et inhibiteur de la DPP4 US 5 : thérapeutique maîtrisée. Je pense qu'il était sous Januvia. Le patient avait sur son bilan une hémoglobine glycosylée à 5,5 US 6 : bon suivi. C'était un prat qui aimait les hémoglobines glycosylées très basses et qui poussait les traitements US 7 : surtraitement. J'avais discuté avec lui de ce que j'avais lu dans prescrire sur le fait que les hémoglobines glycosylées trop basse c'était pas forcément très bien, mais il ne voulait rien entendre US 8 : désaccord de prise en charge. Donc voilà je me retrouve à renouveler le traitement de ce monsieur de 75 ans US 9 : routine. Un monsieur très bien suivi US 10 : bon suivi. C'est un prat qui n'envoyait pas chez le cardiologue et qui faisait l'électrocardiogramme annuel, en disant que s'il n'avait pas d'hypertrophie ventriculaire gauche, il ne s'inquiétait pas US 11 : encadrement expert. Donc voilà il avait eu son ECG annuel, son bilan biologique et lipidique était parfait US 12 : bon suivi. Il allait chez l'ophtalmo régulièrement. Voilà il avait un suivi impeccable US 13 : bon suivi. Du coup voilà, il a juste suffi de l'examiner, vérifier les pouls US 14 : routine. J'ai juste fait un test au mono-filament parce qu'il avait pas été fait depuis 1 moment et puis voilà. C'était facile parce que tout étant parfait, j'ai pas eu besoin de remettre en cause le traitement US 15 : bon suivi, accord avec la prise en charge. C'était presque trop facile US 16 : pas assez de difficulté ».

- **Lu diabète pb**

- « Donc on t'écoute pour une consultation de diabète qui t'as posé quelques problèmes. Donc c'était une consultation chez un prat...
- Chez un prat, donc pendant mon stage en médecine générale US 1 : stage praticien. Donc c'est une consultation que je faisais avec le prat qui m'observait US 2 : consultation surveillée. Un monsieur de 75-80 ans, qui venait pour le renouvellement de ces ordonnances US 3 : routine. Il venait avec son bilan biologique, avec une hémoglobine glycosylée qui était pas dans les normes, autour de 8,5 – 9 US 4 : déséquilibre thérapeutique. Un monsieur, quand on regardait les antécédents, qui avait eu 20 ans auparavant, un doppler artériel des membres inférieurs qui montrait une sténose à 50% au niveau des fémorales, qui n'avait jamais été recontrôlée US 5 : prise en charge inadaptée. Un fond d'œil qui datait de plusieurs années US 6 : prise en charge inadaptée. Le monsieur n'était pas du tout au point sur son suivi US 7 : prise en charge inadaptée. Il n'était pas du tout habitué à ce qu'on l'examine US 8 : modification de la prise en charge habituelle du patient. Donc j'ai eu du mal à palper les

pouls et regarder ses pieds US 9 : incompréhension du patient des modifications de prise en charge. Quand il a fallu proposer une éventuelle modification du traitement, ou d'éventuels examens complémentaires ça a été compliqué. Car le médecin n'était pas habitué à ça, il ne m'a pas soutenu et le patient ne tenait pas à ce qu'on change son ordonnance US 10 : incompréhension du patient et du médecin des modifications de prise en charge. J'ai quand même réussi à prescrire un Doppler des membres inférieurs pour revérifier la sténose US 11 : modification de la prise en charge habituelle du patient. Mais voilà c'était pas satisfaisant, au niveau thérapeutique on changeait rien US 12 : frustration par impossibilité d'appliquer ses connaissances. J'ai pas pris le temps de vérifier si le monsieur prenait un régime limité en sucre US 13 : manque de temps.

-D'accord. Donc si tu avais pas eu ses soucis là, par rapport à ton prat qui était juste derrière toi tu disais. Donc t'étais pas à l'aise pour changer le traitement et t'as pas pu rediscuter de ça avec ton patient. Mais t'aurais été seule, t'aurais pu faire ses modifications, tu te serais sentie assez à l'aise ?

-Oui, en fonction de ce que j'ai appris avec les autres prat, j'aurais envisagé une bithérapie US 14 : connaissance de la prise en charge adaptée mais impossibilité de l'appliquer par refus du patient et du praticien.

-Et laquelle ?

-Metformine - sulfamide. Bah c'était plus par rapport à ce que je voyais faire chez les autres prat et ce que je voyais en souvenir de mes cours d'externat, plutôt que par ma connaissance des recommandations actuelles qu'étaient pas hyper-claires à ce moment-là US 15 : connaissances par cours et pratique.

-Donc tu te sens à l'aise pour manier les anti-diabétiques oraux ? Les molécules, les doses, la surveillance...

-La connaissance des molécules et des différentes classes, oui. Après j'avoue qu'au niveau des mises en route et des surveillances non US 16 : difficulté dans l'adaptation des connaissances thérapeutiques à la pratique. Il faudrait que je me replonge dans mes cours et dans le Vidal US 17 : nécessité de complément théorique.

-Dans quelques mois t'as fini l'internat, t'as un patient qu'arrive avec un diabète déséquilibré, tu penses que tu t'en sors comment ? T'as besoin du Vidal tu me disais c'est ça ?

-Ne serais-ce que pour la posologie, comment on introduit, comment on augmente la dose... US 18 : besoin d'une aide pour prescrire Oui j'aurais besoin du Vidal. Je pense que je peux le faire toute seule et j'ai pas besoin d'envoyer à un endoc pour faire une bithérapie US 19 : prescrit seul mais avec aide. Je pense que je serais capable de gérer, quitte à demander un avis à un endocrino secondairement pour valider ma prise en charge US 20 : besoin de soutien par spécialiste.

-Et tu penses que t'as pas besoin d'une formation sur le diabète ?

-Ah si, si c'est évident US 21 : besoin de formation évident ».

○ **Lu gynéco no pb**

-« Là clairement, le stage à Challans, je voyais énormément de très jeunes femmes US1 : routine. Il y avait en fait des consultations de planning familial, que je voyais tous les mercredis après-midi US 2 : routine. Donc c'était des demandes de contraception, la plupart du temps une demande de pilule, même si on essayait de proposer les autres alternatives US 3 : contraception. Donc prescrire une contraception à une jeune fille, lui expliquer les modalités de prises, quoi faire en quoi d'oubli, lui parler de dépistage si y a besoin, ça je gère US 4 : maîtrise la contraception.

- Et c'est pas parce que je suis allée en cours au DMG que j'ai appris plus de truc US 5 : ne maîtrise pas grâce à séminaire. Je crois même que j'ai fait le cours après être allée en stage US 6 : séminaire postérieur. Du coup ça a mis des choses claires, mais que je savais déjà. C'est juste que ça a ordonné un peu les choses, les différentes classes de contraceptifs US 7 : séminaire rappel. Les consults et la pratique courante avait suffi à faire quelque chose de claire US 8 : maîtrise par pratique.
- Mais ce cours tu l'as trouvé utile ?
- Je pense qu'il l'est pour quelqu'un qui passe pas en gynéco ou alors en introduction, avant de passer en gynéco ça peut-être bien. Voilà, en fait il aurait fallu que je le fasse avant US 9 : utile si pas de pratique.
- Tu l'as trouvé utile, bien fait ... ?
- Oui, oui, oui, il m'a satisfait. Mais il aurait fallu que je le fasse avant, comme ça je serais arrivée en stage en connaissant les différentes classes thérapeutiques, ça aurait été plus facile US 10 : rappel avant pratique ».

○ Lu gynéco pb

- « Donc j'étais en stage en gynécologie à Challans, je faisais des consultations toute seule US 1 : consultation en autonomie. J'ai été formée un peu rapidement par une interne, qui était déjà passée dans le service et avec qui j'ai fait des consultations pendant peut-être 2 semaines US 2 : formation insuffisante. Puis, je me suis lancée toute seule US 3 : autonomie rapide. C'était un peu compliqué au départ US 4 : autonomie trop rapide. Je me souviens une fois, avoir eu une consultation de gynéco de renouvellement de contraception, un truc banal US 5 : routine. Sauf que tout à la fin de la consultation, au moment où j'allais faire l'ordonnance US 6 : question de fin de consultation, la dame qui avait une quarantaine d'année me dit, « j'ai juste une question à vous poser, est-ce que c'est normal que je n'éprouve jamais de plaisir pendant les rapports » US 7 : 2e motif de consultation : sexologie. Du coup, je me suis retrouvée un peu bête, parce que pour elle j'étais gynécologue US 8 : mise en difficulté car non spécialisée contrairement à ce qu'en pense les patients. Je crois que j'ai essayé de lui dire que je savais pas quoi lui répondre US 9 : mal connaissance du sujet. Je me souviens de lui avoir expliqué qu' 'on était pas formé à la sexologie et que je risquais de lui dire des bêtises US 10 : justification de la mal connaissance par manque de formation. Que par contre elle pouvait se tourner vers un spécialiste US 11 : consultation spécialisée proposée en cas d'incertitude. Elle pouvait contacter son médecin traitant qui était habitué à travailler avec quelqu'un ou regarder sur les pages jaunes US 12 : renvoi au généraliste par manque de réseau. Mais voilà j'étais démunie et je me suis dit qu'on était pas du tout formés à ça US 13 : mise en difficulté par mauvaise formation en sexologie. Que voilà je savais prescrire des pilules ou poser des stérilets, mais par contre, ne serait-ce que répondre ou dire quelque chose de rassurant, je ne savais pas quoi dire à la dame US 14 : difficulté pour conduire une consultation de sexologie.
- Et comment on pourrait combler ce manque ?
- Il me semble qu'il existe un DU de sexologie, je crois qu'il est même assez long US 15 : DU de sexologie.
- Ça c'est de la formation après l'internat.
- Ouai c'est même un peu de la spécialisation. Après, est-ce que ce serait pas bien qu'on aurait un cours dans le même cadre que le cours sur les contraceptifs ou la femme enceinte, ou une journée sur la sexologie ? Avec des gens spécialisés qui viendraient nous expliquer, avec des réponses aux questions qu'on peut avoir US 16 : cours de sexologie avec spécialiste. Voilà, pour essayer de s'en sortir.

- Et à ton avis le plus adapté se serait sous quelle forme : discussions entre internes, « cours-cours » ...
- Moi je verrai bien un cours avec l'intervention de spécialistes, un sexologue pourquoi pas US 17 : cours de sexologie avec spécialiste.
- D'échange de pratique, des choses comme, ça, non ou ...
- Voilà, en expliquant les différents problèmes qu'on peut avoir, les différentes questions, qu'est qu'on a comme recours derrière US 18 : cours d'échange de pratique. Parce que finalement adresser à un sexologue en pratique j'aurais pas trop su comment faire. Mais voilà la pauvre dame, je savais même pas lui dire où il y en avait des sexologues US 19 : manque de réseau.
- Et des sexologues c'est quoi en fait ? Je sais pas ce que c'est ? Des psychologues...
- Je sais pas non plus je dirai psychologue, J'en sais rien après il y a des médecins avec le DU de sexologie, mais je savais pas à qui adresser US 20 : manque de réseau. Ou alors sous forme de FMC. Voilà une soirée, comme on va à des soirées sur le diabète. Pourquoi pas une soirée sur les troubles de la sexualité par exemple US 21 : FMC sexologie ».

○ **Lu pédiat pb**

- « Une maman qui consulte pour sa fille de 6 ans US 1 : contexte. Elle a des boutons partout, avec prurit US 2 : clinique. C'est une petite qui fait de l'eczéma habituellement US 3 : contexte. Mais la maman consulte car ça s'est étendu US 4 : motif de consultation. Elle se gratte beaucoup. Les parents sont séparés, elle revenait de chez son père US 5 : contexte. Il n'y avait rien eu d'exceptionnel là-bas, elle n'avait pas de bouton ni prurit. À l'examen, j'ai eu un doute entre un eczéma qui se serait généralisé ou une gale US 6 : doute diagnostic. Ce qui était du coup plus embêtant, c'est que la maman me disait que la petite allait partir en camp de vacances US 7 : pression des échéances. Donc elle partait avec plein d'autres enfants. Donc comment je pouvais faire pour pas laisser partir une gale, avec pleins d'autres gamins ? Il fallait pas contaminer tout le monde US 8 : pression du contexte. Et j'avais aucune envie de mettre des corticoïdes sur une gale. Mon prat ne savait pas non plus US 9 : praticien ressource non expert. Je consultais toute seule, mais je l'ai appelé. Il hésitait, donc on a eu une consultation dermato rapide US 10 : avis spécialisé. Ce qui était rassurant, c'est que la maman qui avait dormi avec sa fille n'avait pas de bouton et ne se grattait pas US 11 : contexte. Par contre la maman trouvait que c'était pas les mêmes boutons que d'habitude US 12 : clinique. Alors il y avait aussi l'hypothèse de la gale qui s'était eczématisée US 13 : doute diagnostic. Je pense que j'avais suggéré à mon prat un test thérapeutique à l'Ascabiol US 14 : test thérapeutique. Mais on avait l'échéance du camp scolaire et la maman n'était pas décidée à éviter le camp US 15 : pression de la maman. J'ai réussi à avoir un rendez-vous dermato dès le lendemain matin US 16 : avis spécialisé. Elle est repartie avec un traitement symptomatique : antihistaminiques pour son prurit. En demandant à la maman de ne pas appliquer de corticoïdes US 17 : prise en charge. Le fin mot de l'histoire, c'est que c'était un eczéma généralisé, je l'ai su par mon prat. Et voilà la dermato l'a mis sous corticoïdes en application locale US 18 : avis spécialisé.
- Qu'est ce qui t'as permis de t'en sortir ?
- La pratique, pas sûre. Parce que même mon prat, qui avait beaucoup d'expérience, lui aussi hésitait US 19 : expérience peu utile. Donc ça nécessitait un avis spé US 20 : avis spécialisé nécessaire. Après, si on avait pas eu l'échéance du camp, on aurait pu faire un test à l'Ascabiol US 21 : pression du contexte. Ce qui est sûr, c'est que je préfère mettre de l'Ascabiol sur de l'eczéma, plutôt que des corticoïdes sur une gale US 22 : démarche

thérapeutique en cas de doute. Après au niveau formation, j'ai eu peu de temps après une FMC sur la gale. Mais en fait en voyant les photos qu'elle nous présentait, j'aurais pas pu faire la différence. À part avoir le dermatoscope et repérer le sarcopte US 23 : FMC peu utile ».

○ **Lu pédia no pb**

- « Ce qui est plus facile, on en voit beaucoup, l'otite avant 3 ans, fébrile US 1 : routine. Qui pose pas de soucis, si ce n'est qu'il faut être habitué à regarder des tympons chez les petits US 2 : nécessite expérience clinique. Il se trouve que chez le prat on en voit plein et on est habitué à voir le tympan congestif.
- Donc là t'es au point ?
- Oui.
- Grâce à quoi ?
- Par ce qu'on a appris. Je suis allée à un cours sur l'antibiothérapie, c'était assez clair au DMG. Et par ce qu'on peut lire dans les revus, et oui par la pratique. C'est fréquent. US 3 : compétente par formation théorique et pratique ».

○ **Lu pédia**

- « Dans ces deux consultations, le diagnostic est lié à l'observation : l'une c'est le tympan qui est rouge et tu vois les différences entre un tympan normal et pas normal ; et l'autre c'est pareil, c'est de la clinique visuelle entre une gale et un eczéma. Donc finalement, c'est juste le manque d'expérience dans la dermato.
- Oui. US 1 : problème manque d'expérience
- Comment pour toi, on pourrait être plus opérationnel ?
- À part un stage en dermato ou ... la gale c'est pas ça qu'il y a dans les services de dermato mais... enfin moi j'ai fait un stage en dermato quand j'étais externe il y a plusieurs années. Il faisait des cours de diapos tous les jours, ils en passaient pleins. On apprenait à décrire les lésions, papules, érythèmes et on faisait des diagnostics. Et ça, ça m'a beaucoup aidé. Et par rapport à quelqu'un qui est pas passé en dermato, c'est un plus US 2 : besoin de formation théorique avec photo.
- C'est plus le stage ou les photos qui ...
- C'est les photos. Une FMC ou une formation sur plusieurs jours, qui seraient organisés qu'avec des diapos sur ce même principe, ça serait suffisant. Parce que les choses que j'avais vu dans le service m'ont moins marqués US 3 : besoin de formation théorique avec photo ».

○ **Lu rhumato no pb**

« Ce qui me pose pas de soucis du tout, c'est la prise en charge de la lombalgie aiguë US 1 : maîtrise lumbago. Je me souviens d'une consultation toute simple. Un monsieur qui vient, ... la veille en portant une charge lourde s'est bloqué le dos US 2 : histoire. Du coup le lendemain, présente une contracture para-vertébrale sans douleur sur les épineuses. Enfin, voilà un examen normal, mis à part cette contracture US 3 : examen clinique. Donc limitation des mouvements, enfin le traitement que j'ai appris en médecine gé me pose pas de souci. En mettant un peu de Myolastan, d'anti-inflammatoires et de paracétamol US 4 : prise en charge. Enfin c'est comme ça que j'ai appris à faire et aux urgences aussi. On en voit

pas mal finalement US 5 : vu fréquemment. Ça, ça pose pas de souci et c'est ce que j'ai appris à faire en pratique, c'est peut-être écrit dans les livres, mais en tout cas c'est en pratique que j'ai appris à le faire US 6 : maîtrise surtout par la pratique. Le réflexe Myolastan, anti-inflammatoires, paracétamol, ... dans mes différents stages, c'est ce qui est fait US 7 : copie la pratique des seniors ».

○ **Lu douleur articulaire pb**

- « Je me souviens d'une consultation, c'était aux urgences à Challans, sur une garde US 1 : fatigue, urgence. Un monsieur d'une cinquantaine d'année, qui consulte pour un coude douloureux et chaud. Donc Inflammatoire US 2 : motif. Il me montre une ordonnance de son médecin traitant qui l'avait mis sous antibiotiques, qu'il avait pris depuis 1 semaine US 3 : contexte. Il venait parce que ça s'améliorait pas et il avait mal US 4 : motif. Ce qui l'embêtait, c'est qu'il devait travailler deux heures après et qu'il voulait être en forme US 5 : motif. Il était 4 heures du matin US 6 : fatigue. Donc il avait un coude œdématisé, chaud, douloureux, rouge. Mais c'était bien localisé au coude. Pas de fièvre US 7 : examen clinique. J'ai fait une radio de coude qui retrouvait rien de particuliers. J'ai pas fait de bilan biologique examens complémentaires. Parce que j'ai même pas eu l'idée d'en faire un US 8 : doute sur oubli d'examens complémentaires supplémentaires. Et sans sénioriser le dossier du tout, ce que j'aurais dû faire US 9 : autonomie inadaptée. Je me suis dit que peut-être que c'était une crise de goutte US 10 : doute diagnostic. Même si la crise de goutte du coude a posteriori n'est pas très fréquente US 11 : mise en doute a posteriori du diagnostic sur argument de fréquence. Donc j'ai proposé au monsieur de faire un essai de colchicine sur 48 heures, et de reconsulter si ça ne s'améliorait pas US 12 : traitement d'épreuve. Il est reparti. Donc sortie non séniorisée, c'était des urgences où on pouvait faire sortir le patient sans rappeler le chef, malheureusement US 13 : autonomie inadaptée. Et j'ai été rappelée moins de 48h après par le chef des urgences, qui me demandait de descendre pour revoir le monsieur, qui était très en colère US 14 : traitement d'épreuve inefficace avec incompréhension du patient. Il avait un avant-bras qui avait doublé de volume, à la main également. C'était donc tout inflammatoire, du coude jusqu'à la main US 15 : aggravation de l'état clinique. Toujours pas de fièvre. Voilà le chef des urgences me dit qu'à cause de moi, le patient va finir au bloc en urgence US 16 : reproches du senior. En disant que j'avais pas pensé à l'hygroma, donc voilà je me suis fait engueulée US 17 : colère du senior. Concrètement, l'hygroma du coude j'en avais jamais vu de ma vie US 18 : manque de formation pratique et théorique. J'ai dû me replonger dans mes bouquins pour bien savoir ce que c'était US 19 : auto-formation théorique à posteriori. Qu'a posteriori, le patient ne décrivait pas du tout de tuméfaction, c'était pas typique US 20 : contexte atypique. Du coup j'étais pas au point sur les traitements de l'hygroma US 21 : manque de connaissance sur la prise en charge d'un coude inflammatoire. En fait, j'ai su après coup, que le patient était pas passé au bloc et est rentré à domicile avec une prescription de pansements alcoolisés sur les zones inflammatoires US 22 : erreur de prévision du senior. Voilà, j'ai pas eu la fin de l'histoire, mais le chef des urgences m'avait dit que j'étais passée à côté d'un hygroma du coude US 23 : sentiment de culpabilité.
- Quand je reprends l'histoire maintenant, je me demande s'il fallait que je lui dise de continuer les antibio, alors que la semaine qu'il avait eu n'avait rien changé US 24 : remise en question sur la prise en charge. Je me suis dit que j'aurais dû faire un bilan biologique ça c'est sûr que j'ai fait une erreur. La radio n'était pas indispensable, parce qu'il y avait pas de notion de traumatisme. Et j'aurais dû demander un avis ortho pour m'orienter.
- Qu'est ce qui t'as manqué la dedans, un manque de formation pratique... ?

- C'est un manque de connaissance sur ... Parce que l'arthrite infectieuse on y pense ... Je sais pas pourquoi ce jour-là... Est-ce que c'était le coup de 4 heures du matin, mais l'arthrite infectieuse j'aurais dû y penser US 25 : manque de connaissance, remise en cause de la démarche diagnostic, fatigue.
- Mais ces connaissances, comment tu penses on pourrait l'acquérir ? Est-ce que c'est en pratique ? Ou ...
- J'aurais dû avoir des restes de ce que j'avais travaillé pour l'ECN US 26 : oubli des ECN.
- En même temps l'hygroma du coude quand ça tombe à l'ECN tu m'appelles...
- En fait à part l'arthrite infectieuse, finalement j'étais pas très au point sur les autres trucs. Je sais pas pourquoi j'ai pensé à la goutte plutôt qu'à l'arthrite infectieuse ce soir là US 27 : manque de connaissance sur les causes de coudes inflammatoire.
- Donc là tu parles plutôt de formation théorique en fait.
- Oui.
- Et ce serait sous quelle forme ? Est-ce que tu penses qu'il faut réviser ça seul dans son coin ou partager ça en groupe... ?
- Je pense que la formation seul dans son coin ça peut suffire, je pense pas qu'un séminaire organisé par le DMG pour ça... US 28 : besoin de séminaire
- Tu l'as fait ...
- Oui, je suis allée voir à quoi ça ressemblait, parce qu'il avait l'air de dire que c'était typique et que j'étais neuve d'être passée à côté. Mais en l'occurrence le patient n'avait pas un coude qui ressemblait à un hygroma, comme on voit dans les livres. US 29 : Contexte atypique
- Formation de rhumato ... plus en groupe...
- Oui dans le cadre d'une FMC je trouverai ça intéressant. US 30 : FMC intéressante. Après je suis pas sûre qu'un séminaire du DMG serait intéressant. Je suis pas sûre que je m'y serais inscrite en fait US 31 : ne serait peut-être pas allée à un séminaire du DMG sur la rhumato mais à une FMC. Mais une FMC de rhumato sur l'arthrite, ses origines, nous aider à faire les diagnostics différentiels et nous orienter sur les traitements. Parce que finalement sur l'hygroma, ce que j'ai cherché... antibio, pas antibio c'est pas hyper-clair. Donc d'ailleurs pour avoir eu l'expérience dans des services d'urgences j'ai bien vu que c'était pas clair.... US 32 : Pas clair sur les livres, confirmé par la pratique non uniforme.
- C'est pas clair du tout. Pour clarifier ça, comment peut-on faire ? Est-ce qu'un partage de connaissances ou ... Parce que comme tu me dis une auto-formation, tu trouves ça suffisant, mais finalement l'auto-formation c'est pas clair, d'après ce que tu me dis...
- En effet, non. Je pense qu'un avis de spé...
- Tu dis une FMC. Sous quelle forme, donc se serait plutôt, sous forme d'un cours ou sous forme de partage de ...
- Sous forme d'un cours avec des photos. Et après en pratique... US 33 : cours avec spécialiste et photos
- Et après sur le reste des arthropathies, c'est du même ordre pour toi ?
- Oui je suis pas très à l'aise sur les arthropathies. Déjà parce que j'ai pas eu beaucoup de crises de gouttes en médecine gé. J'ai même pas eu du tout l'occasion d'en gérer. Donc voilà ce que j'ai appris dans les livres, ce que j'ai vu. Je suis pas très au point... US 34 : manque de formation pratique sur la rhumatologie et manque de connaissances
- ... Arthropathie en général, pas forcément arthrite...
- Tout ce qui est rhumato de façon globale, je suis pas très à l'aise parce que je suis passée en rhumato quand j'étais en deuxième année de médecine, où on restait dans les couloirs. Donc je suis pas au point sur la rhumato. US 35 : manque de formation pratique sur la rhumatologie et manque de connaissances
- Pourtant il y a des cours en 2e cycle ?

- Oui, mais je ne pense pas y être allée. C'est des cours pénibles. Et j'avoue que le programme de rhumato, il est un peu rébarbatif. US 36 : cours du 2e cycle pénibles
- Est-ce que ça porte sur la pratique courante pour toi ce programme là. Est-ce que ça sert à la pratique courante le programme de 2e cycle de rhumato ?
- Bah moi j'ai pas l'impression. J'ai l'impression que j'ai appris plus de truc en pratique chez mes prats pour ce qui concerne la rhumato, que ce que j'ai pu lire dans les bouquins. US 37 : Bouquins peu adaptés à la pratique courante contrairement à la formation par prat mais aident. C'est bien de s'y replonger de temps en temps pour avoir les grandes lignes, les thèmes, les diagnostics différentiels. En tout cas le bouquin de rhumato que j'avais, je le trouve pas bien fichu ».

• Interne So

○ Arthropathie So 1 Pb

- « C'était une épaule douloureuse US 1 : motif de consultation. Déjà pour moi, l'examen de l'épaule est pas forcément évident, quand t'a pas appris par un rhumatologue, on teste, c'est difficile je trouve de savoir US 2 : examen clinique de l'épaule difficile sans démonstration par un expert. L'épaule était algique et pas hyperalgique US 3 : données. Le testing était quasiment impossible du fait de la douleur US 4 : examen difficile, et dans ces cas là, les hypothèses étiologiques qui me viennent en tête le calcul, ... bloquée, ..., US 5 : carences dans les hypothèses diagnostics, mais je savais pas quel examen en urgence faire US 6 : doute sur la conduite à tenir. Comme je me doutais que le premier examen de débrouillage c'est la radio, mais je savais pas s'il fallait faire une écho ou pas, dans quel délai, envoyer au rhumato ou pas pour faire une infiltration d'urgence US 7 : doute sur la conduite à tenir.
- Donc qu'est-ce que t'as fait ?
- Donc ce que j'ai fait, c'est calmer la douleur avec des antalgiques per os, par ce que je sais pas infiltrer. J'ai prescrit une radio, j'ai appelé un rhumato en ville qui m'a donné une consultation dans 10 jours US 8 : envoi au spécialiste par manque de connaissances devant les doutes, alors qu'il y a déjà une prise en charge ».

○ Arthropathie So 2 no pb

- « Donc du coup, aux ECN il y avait toujours le lumbago US 1 : lumbago sujet au ECN. Donc c'est assez classique US 2 : maîtrisé. Donc un accident de travail, un homme de 40 ans, sans antécédents particuliers, qui avait une douleur aiguë lombaire suite à un port de charge lourde US 3 : histoire. Donc au final, un examen sans complication neurologique. Lumbago aiguë donc pas de radio, traitement antalgique, déclaration d'accident du travail avec un accident de travail US 4 : conduite à tenir maîtrisée.
- Donc là tu t'es sentie à l'aise ?
- Je me suis senti à l'aise, car j'avais pas de doute. Je savais qu'il fallait pas faire de radio, l'examen clinique était rassurant US 5 : à l'aise ».

○ **Arthropathie So 3**

- « As-tu eu une formation théorique concrète sur la PEC en consultation d'arthropathie, péri-arthropathie inflammatoire ou dégénérative ?
- Non US 1 : pas de formation théorique concrète sur arthropathie.
- As-tu pris en charge ce trouble ?
- Oui c'est très fréquent en médecine gé, parce que beaucoup d'ouvriers, beaucoup de gens qui travaillent avec leurs bras, viennent pour tendinopathies US 2 : mise en expérience fréquente.
- As-tu prescrit les différentes classes thérapeutiques utiles en médecine générale ?
- AINS, antalgiques simples, pas de cortico US 3 : utilisation de la classe thérapeutique.
- As-tu initiée ces traitements ?
- Oui, pour des lumbagos, des choses comme ça, oui US 4 : initiation des traitements pour le lumbago.
- Si oui combien de fois ?
- Peut-être 7 fois.
- Es-tu à l'aise dans la prise en charge extra-hospitalière ?
- Pas assez, c'est-à-dire je suis à l'aise dans les choses classiques comme le lumbago, mais quand ça commence à sortir du commun c'est difficile US 5 : à l'aise seulement si banal.
- Par exemple ?
- Par exemple les épaules hyperalgiques, les canaux carpiens très douloureux, les tendinopathies qui résistent aux traitements. Je pense qu'il faut infiltrer. Moi je saurais pas faire US 6 : pas à l'aise dans épaules, carpien, tendinopathies.
- Tu saurais quoi faire si quelqu'un venait te voir pour une douleur de l'épaule, du poignet, ... en pratique ?
- Je saurais quoi faire, mais je ne serais pas à l'aise. J'aurais besoin d'être rassurée US 7 : pas à l'aise en arthropathie de ville.
- Te poses-tu des questions sur la PEC ?
- Bah oui. J'ai encore des doutes sur la PEC. Donc à quel moment infiltrer, ... est-ce que c'est pas un début de rhumatisme inflammatoire, ... dans ce cas là, j'envoie chez le rhumato pour un bilan spécifique US 8 : doutes sur la prise en charge.
- Penses-tu qu'une formation supplémentaire soit nécessaire ?
- Oui, car c'est fréquent US 9 : formation supplémentaire nécessaire devant la fréquence ».

○ **Contraception So 2 Pb**

« Du coup c'est une femme en suite de couche, qui voulait plus d'enfant, et dans la pratique mes prat posaient pas mal de stérilet US 1 : méthode senior. Je les avait vu le faire US 2 : apprentissage de la pose du stérilet par l'observation du senior. Il m'avait dit que pour s'entraîner au début, il fallait le faire sur un col dilaté. Donc après un accouchement c'est l'idéal US 3 : apprentissage de la pose du stérilet par l'expérience. En tout cas l'indication semblait posée j'avais pas l'ombre d'un doute. Après, ce que c'était un peu plus dure, c'est la pose mais j'en avais déjà vu US 4 : apprentissage de la pose du stérilet par l'observation du senior. Quand j'en posais, j'étais seule, mais je savais que j'avais de l'aide après, donc ça a été US 5 : semi-autonomie ».

○ HTA So problème

- « Ça devient compliqué, lorsque... Le cas précis, femme de 75 ans, ayant une HTA mal contrôlée malgré 3 antihypertenseurs, persistante, polypathologique, avec de nombreux atcd
US 1 : cas d'HTA mal contrôlée. Donc du coup, je ne savais pas quel antihypertenseur rajouter ou enlever ou remplacer
US 2 : doutes sur la conduite à tenir. Parce qu'à partir de 3 antihypertenseurs, ça commence à me poser problème
US 3 : mise en difficulté par la complexité.
- Étant donné que la TA était quand même assez élevée à 165/90, j'ai préféré appeler un cardiologue qui m'a donné un avis en fait, ... qui m'avait dit de recontrôler la TA dans un mois et éventuellement de le rappeler si c'était pas suffisant
US 4 : avis spécialisé.
- Et ça à marcher ?
- Oui ça à marcher, c'est rentré dans l'ordre
US 5 : apprentissage par le retour sur consultation.
- D'accord, très bien ».

○ HTA So no pb

- « Du coup, c'était une HTA de découverte récente, chez un homme de 45 ans sans atcd particuliers
US 1 : HTA récente. Après bilan pour éliminer une cause de l'HTA, je savais ce que généralement ce qu'est conseillé parce que j'avais discuté pas mal de ça en stage à l'hôpital avec plusieurs chefs
US 2 : connaissances sur HTA acquises par avis d'expert. C'était soit un IEC soit un SARTAN, donc j'avais dû commencer avec du Triatec 2,5 mg par jour quoi, voilà
US 3 : conduite à tenir maîtrisée. Je prenais pas beaucoup de risque, il avait une TA pas au plafond et puis, je le revoyais dans 1 semaine quoi
US 4 : revu une semaine après.
- D'accord ».

○ HTA So 3

- « Donc euh, as-tu eu une formation théorique concrète sur la PEC euh ... de l'HTA en consultation ?
- Bah non, parce que finalement c'était pas une formation théorique, US 1 : pas de formation théorique concrète sur HTA c'était une formation à l'hôpital que j'ai eu parce que je l'ai demandé
US 2 : formation théorique à l'hôpital sur demande.
- D'accord.
- Et j'ai jamais eu des cours en disant, euh... voilà ... US 3 : pas de formation théorique concrète sur HTA
- Et pourtant il y a des cours de 2e cycle sur l'hypertension artérielle comment se fait-il que t'as pas eu de formation sur la PEC ?
- On a une formation globale sur l'HTA souvent faite par des cardiologues, moins adaptée à nos attentes en médecine générale
US 4 : formation 2e cycle inadaptée.
- As-tu déjà pris en charge ce trouble ?
- Bah oui avec mes prat, car pendant mon stage chez le prat on faisait des consultations
US 5 : PEC en stage praticien. Soit au début j'étais avec eux, soit après j'étais toute seule et je leur en parlai. Donc ça m'a déjà arrivé
US 6 : autonomie progressive.
- D'accord, as-tu prescrit différentes classes thérapeutiques utiles en médecine générale ?

- Pas assez. Du coup, j'ai pas eu assez de suivi de mes patients et j'ai utilisé peu de classe US 7 : ne maîtrise pas assez la thérapeutique
- As-tu déjà initié ce traitement ?
- Oui.
- Et si oui combien de fois ?
- Peut-être 2 fois US 8 : a initié 2 fois un traitement.
- Es-tu à l'aise dans la PEC extra-hospitalière de l'HTA ?
- Non c'est un truc très fréquent et finalement je ne suis pas très à l'aise US 9 : pas à l'aise avec la thérapeutique.
- Te poses-tu des questions sur la PEC ?
- Oui, puisque on se demande si on choisit le bon traitement, le plus adapté pour le patient US 10 : doutes dans la thérapeutique.
- Penses-tu qu'une formation post-ECN soit nécessaire ?
- Oui faudrait le voir pendant notre formation US 11 : formation nécessaire ».

○ **Pédia So 1 pb**

- « Je me souviens, j'étais en stage chez mon praticien, je devais faire un certificat de sport pour une fille de 7 ans pour la gym US 1 : certificat sport. Moi on m'avait dit toujours qu'il fallait être assez rigoureux pour les certificats de sport, qu'il fallait bien examiner les gens complètement parce qu'après on est responsable US 2 : sait qu'il faut être rigoureux. Et à l'examen j'ai découvert un souffle au cœur, qu'était pas marqué dans le dossier US 3 : souffle découvert. Je trouve que quand on a pas beaucoup d'expérience, savoir si c'est un souffle organique ou fonctionnel à l'oreille, c'est assez difficile US 4 : difficulté diagnostic. Donc je savais pas s'il fallait le rédiger ou pas US 5 : difficulté de conduite à tenir. Étant donné que je préfère être très prudente dans ce genre de certificat, j'avais l'impression que la fille était en bonne santé, sans cardiopathie dans la famille US 6 : prudence même en l'absence de facteur de mauvais pronostic. Alors c'est vrai que la famille faisait assez pression pour faire la gym, et la petite aimait ça en plus US 7 : pression par la famille. Mais j'ai réfléchi, et j'ai préféré l'envoyer voir un cardiologue pour essayer de savoir quel type de souffle c'était, s'il y avait un retentissement ou s'il n'y avait pas de malformation US 8 : avis spécialisé. Et donc j'ai pas fait le certificat mais j'ai hésité tout le long de la consultation US 9 : hésitations.
- Donc t'aimerais bien discuter de ça ?
- Ouai US 10 : aimerai en discuter.
- Qu'est ce qui t'as manqué pour cette consultation ?
- Bah là, c'est le coup c'est vrai qu'en médecine générale on est amené surtout l'été, à faire beaucoup de certificat US 11 : certificats de sport fréquents. C'est un acte assez courant, on est pas habitué, on sait pas l'importance que ça a et comment le rédiger en pratique. Alors que c'est un motif de consultation très fréquent US 12 : fréquent mais risqué.
- Et t'as l'impression de pas savoir faire ?
- Je sais faire en théorie. Après quand tu te retrouves en face du patient, il peut y avoir plein de chose dans la vraie vie qui change US 13 : sais faire en théorie moins dans la réalité ».

○ **Pédia So 2 no pb**

- Alors j'étais passée en pédiatrie au stage précédent US 1 : formation pratique de pédiatrie récente. Donc c'était assez clair pour moi US 2 : maîtrise. Un gamin de 5 ans, qui avait une

fièvre élevée depuis 72 h. A l'examen il avait un foyer de crépitation US 3 : diagnostic clinique de pneumopathie. Donc j'ai envoyé faire une RP en ville, avec contrôle à un mois comme j'avais appris à faire en service hospitalier US 4 : bilan complémentaire, plus antibiothérapie par amoxicilline à dose de pneumopathie adaptée au poids de l'enfant US 5 : prise en charge maîtrisée avec assurance.

- D'accord, donc ça c'est bien passé.
- J'avais dit qu'en cas de fièvre après 48-72h d'antibiothérapie, il fallait le revoir parce que ça pouvait être un germe intra-cellulaire US 6 : réévaluation proche. Moi j'étais parti sur un pneumocoque. Finalement, l'antibiothérapie semblait être efficace US 7 : prise en charge efficace.

• Interne St

○ St pilule no pb

« Mlle G, 17 ans, qui vient pour la mise en place d'un traitement contraceptif par pilule US 1 : contraception chez la jeune. Donc, elle n'est pas fumeuse, elle n'a pas d'antécédents thrombo-emboliques veineux ni artériels. Il n'y a pas de diabète ni hypertension, pas de migraine accompagnée ni problèmes hépatiques US 2 : sans facteurs de risque. Elle a des rapports protégés depuis 2 mois, réglée depuis 4 ans. Ce sont des règles irrégulières et un peu douloureuses US 3 : histoire. Donc je l'ai examiné, j'ai pris sa tension, j'ai palpé son ventre et ses seins. Il n'y avait pas de problèmes particuliers US 4 : examen clinique. Je n'ai pas fait d'examen gynécologique car c'était la première consultation et j'ai pris son poids US 5 : examen clinique réfléchi. Donc il n'y avait pas de problèmes particuliers US 6 : pas de sensation de difficulté. Donc au niveau de la pilule, je lui ai prescrit la Leeloo Gé pour 3 mois US 7 : prescription. Donc je lui ai expliqué comment prendre la pilule pendant le premier mois et l'arrêt de 7 jours. Je lui ai expliqué aussi la conduite à tenir en cas d'oubli US 8 : conseils. Et puis, je lui ai précisé que c'était pas une protection contre les MST, et je lui ai conseillé de continuer à utiliser les préservatifs US 9 : conseils. Je lui ai prescrit un bilan lipidique et une glycémie à faire dans 3 mois avant la prochaine consultation US 10 : prescription d'examens complémentaires. Et je lui ai expliqué que la prochaine fois par contre, elle aurait un examen gynécologique US 11 : conseils de suivi. Et il n'y a pas eu de problèmes particuliers US 12 : PEC sans problèmes. En fait ce qui m'a aidé pour cette consultation, c'est mon stage US 13 : aide par la formation pratique. Parce qu'en fait avant de faire des consultations, dans mon stage en gynécologie j'ai pu suivre des consultations de praticien en gynéco qui ont pu me montrer un petit peu ce qu'on faisait US 14 : formation par l'observation. Et surtout il y a eu un cours au DMG qui était sur la contraception qui était assez pratique et du coup ça m'a aidé aussi US 15 : formation théorique utile ».

○ St contraception pb

- « Femme de 30 ans qui a déjà eu un enfant et qui est venue pour la pose d'un stérilet US 1 : pose de stérilet. C'était la première fois qu'elle avait un stérilet US 2 : patiente non habituée. Elle avait des règles assez abondante donc on lui a prescrit un Mirena US 3 : adaptation

thérapeutique au contexte. J'ai fait un examen clinique général et j'ai donc essayé de poser le stérilet US 4 : examen. J'ai pu introduire l'hystéromètre et après j'ai pas pu introduire le stérilet US 5 : impossible d'introduire le stérilet. Donc déjà j'ai fait mal à la patiente et j'ai appelé le chef de gynécologie pour qu'il puisse mettre le stérilet qu'il a fait avec difficulté aussi US 6 : douleur provoquée et pose par senior.

- Donc une consultation qui c'est pas très bien passé. La clairement ce qui m'a aidé c'est ma formation pratique en gynécologie US 7 : aide par formation pratique. C'est-à-dire voir d'autre praticien poser les stérilets, montrer comment fallait faire, me donner les plaquettes pour s'entraîner chez soit avec un CD-ROM US 8 : formation par média.
- Qu'est qui aurait pu t'aider en plus pour que ça se passe mieux ?
- Je pense qu'en fait une formation théorique ça aurait rien changé US 9 : formation théorique inutile. C'est de la pratique tout simplement. C'était le début de mon stage de gynécologie où j'avais pas de pratique. Et après je savais qu'il fallait plus orienter le stérilet en fonction de la position de l'utérus, c'est vrai qu'au départ on sait pas trop US 10 : début difficile sans pratique ».

○ St dermato no pb

- « Mr F 19 ans, qui vient pour un prurit du bord externe du pied, de la face plantaire du pied droit depuis 2 semaines US 1 : prurit du pied. Il n'a pas d'autres lésions ni d'autre symptôme, il a des antécédents d'atopie. Il n'a pas de fièvre US 2 : contexte. Le prurit est constant pas plus nocturne que diurne. Personne n'est contaminé dans l'entourage US 3 : contexte. Au niveau de l'examen clinique on voit des lésions eczématiformes, érythémateuses, un peu croûteuses par endroit, et un peu suintantes par d'autres endroits US 4 : description clinique. Il n'y a pas de vésicules, ni bulles. Tout ça, au bord externe du pied de la face plantaire US 5 : description clinique. Il n'y a pas de signes de surinfection. Donc je prescris de la Diprosone en crème, 2 applications par jour pendant 10 jours, puis une application par jour pendant 10 jours, puis une application 1 jour sur 2 en alternance avec du Ci-calfat US 6 : prise en charge.
- D'accord et qu'est ce qui t'as permis que cette consultation se passe bien ?
- C'est mon stage en SASPAS et chez le praticien, parce qu'on voit souvent ce genre de lésion US 7 : à l'aise par la formation pratique. Du coup c'était assez facile quoi US 8 : impression de facilité ».

○ St dermato pb

- « Le jeune homme revient au bout d'une semaine, le traitement est peu efficace, ça a amélioré les lésions du pied US 1 : pas d'amélioration. Mais il a un prurit qui a augmenté et qui s'est généralisé et surtout qui s'est localisé au niveau interdigito-palmar et qui est surtout nocturne US 2 : prurit persistant. Donc à l'examen, j'ai un nodule scabieux au 2e espace interdigital et du coup j'évoque la gale comme diagnostic US 3 : diagnostic de gale. Donc à l'annonce du diagnostic le patient s'est pas senti très bien, il comprenait pas pourquoi c'était la gale, il avait honte d'avoir la gale US 4 : incompréhension du patient. Il se demandait comment il allait en parler à son entourage, comment il allait pouvoir traiter tous ses vêtements sans le montrer à son entourage US 5 : difficulté pour le patient de s'adapter à la prise en charge. Et donc j'ai traité par Ascabiol, une application sur tout le corps à renouveler au bout de 24 heures et A-PAR sur les vêtements et la literie ou laver à plus de 60° US 6 : traitement.

- Et donc, ce qui m'a aidé c'est mes supports théoriques de l'ECN. J'ai pas eu de cours sur la gale US 7 : compétence acquise par ecn.
- Ça t'aurait apporté quelque chose tu penses ? Avec la pratique ?
- Je ne pense pas. Finalement, la prise en charge de la gale je pense bien la connaître, mais c'est vrai que là je suis passée à côté US 8 : maîtrise la prise en charge mais mauvais diagnostic.
- Mais discuter autour de photos, de cas cliniques ?
- Essayer d'avoir plus de cours pratiques effectivement avec des photos ou des histoires un peu atypiques justement avec des pièges. Peut-être sous forme de groupes de paires ou des cours plus orientés en pratique effectivement US 9 : nécessité de cours pratiques ».

○ **St dermato**

- « As-tu eu une formation théorique concrète sur la prise en charge en consultation ?
- Bah concrète non US 1 : pas de formation théorique concrète en dermato.
- Es-tu à l'aise dans prise en charge extra-hospitalière ?
- Non US 2 : pas à l'aise dans la prise en charge extra hospitalière.
- As-tu des questions sur la prise en charge ?
- Oui US 3 : se pose des questions sur la prise en charge.
- Penses-tu qu'une formation post-ECN supplémentaire soit nécessaire ?
- Oui US 4 : formation post-ECN nécessaire ».

○ **St pédia no pb**

- « Mayline 4 ans, fièvre depuis 24 heures, touse depuis 7 jours, avec odynophagie, petite otalgie à droite, cliniquement elle est en bon état général, elle est apyrétique sous Doliprane, début d'otite moyenne aiguë à droite, pharyngite pas de raideur, l'auscultation cardiopulmonaire est normal, l'abdomen est souple US 1 : otite. Les parents, je les ai pas vu depuis longtemps, en fait j'avais déjà vu leur enfant 6mois avant en SASPASS, donc du coup ils m'ont reconnu, ils m'aimaient bien, donc c'est vrai qu'il y avait un bon contact US 2 : bon contact avec parents. Donc du coup je l'ai traité par Augmentin dose poids matin midi et soir pendant 8 jours, Doliprane dose poids si douleur ou fièvre et sérum physiologique, avec une reconsultation à distance pour réévaluer les tympons US 3 : prise en charge thérapeutique.
- Sur Mayline ce qui m'a aidé sur la PEC c'est les supports théoriques, ce que j'ai appris pendant l'internat, notamment par rapport à l'antibiothérapie et puis la confirmation aussi par mes anciens maîtres de stage lorsque j'étais en SASPASS US 4 : à l'aise grâce à la formation théorique pré-internat et pratique post-internat ».

○ **St pédia pb**

- « Une consultation de 2 mois, systématique, pour Elliot, un 1er enfant né à terme sans problème néonatal, il faisait 3,3 kg à la naissance, il a été allaité jusqu'à il y a 1 semaine US 1 : consultation de suivi du nourrisson. Le passage au biberon s'est bien passé il n'y a pas eu de souci particuliers. Par contre il touse depuis 4 jours, sans fièvre avec une rhinite, il mange très bien US 2 : plainte surajoutée à la consultation (toux). Donc à l'examen clinique il a un très bon état général, normo-tonique, normo-coloré, normo-hydraté. Il y a des petits

ronchis et petits crépitants en base gauche sans signes de lutte US 3 : point d'appel clinique plus inquiétant sans signes de gravité (crépitants). Une pharyngite, tympanes normaux, fontanelle normale sans éruption cutanée. L'abdomen est souple US 4 : reste de l'examen normal. Donc en fait, je l'ai traité par DRP au sérum physiologique et Doliprane si fièvre et j'ai prescrit une radiographie pulmonaire pour identifier en fait les anomalies auscultatoires US 5 : prise en charge thérapeutique et diagnostic. Donc j'étais un peu embêtée, parce que j'avais une auscultation qui pouvait faire penser à un début de pneumopathie mais j'avais un examen clinique qui montrait un nourrisson bien éveillé, en bon état général, donc pour moi la radiographie pulmonaire allait trancher US 6 : doute sur l'étiologie motivant examen complémentaire (RP). Par contre les parents étaient inquiets, c'était leur premier bébé, ils avaient plein de questions sur les anomalies auscultatoires, par exemple la vitamine D, enfin pleins de choses, le mouchage de nez US 7 : inquiétude et questions des parents. Donc en fait le lendemain ils m'ont rappelé pour me dire que la RP était anormale. Ils n'arrivaient pas à me dire exactement ce qu'il y avait sans compte-rendu et voulaient absolument que je revoie l'enfant US 8 : RP anormale d'après les parents qui demandent réévaluation. Donc je l'ai revu, au niveau du comportement, il avait toujours un très bon état général, apyrétique, il mangeait bien, l'auscultation était la même, il était un tout petit peu encombré mais sans signes de lutte US 9 : encombrement. Donc du coup j'ai appelé les pédiatres des urgences pédiatriques du CHU de Nantes, parce que vu l'âge du nourrisson j'étais un peu embêtée, d'autant qu'il y avait aussi la RP qui montrait une diminution de la transparence au niveau basal gauche pouvant traduire un début de condensation pulmonaire gauche US 10 : avis spécialisé. Donc en fait la pédiatre m'a dit que ça faisait très viral, que temps qu'il n'y avait pas de signes de lutte ni de fièvre, qu'on pouvait faire un traitement ambulatoire vu qu'il avait plus de 6 semaines, mais que par contre s'il avait de la fièvre il fallait que les parents aillent directement aux urgences pour une surveillance hospitalière US 11 : prise en charge ambulatoire. Les parents étaient un peu inquiet, mais ça c'est bien passé quand même, mais c'est vrai qu'ils étaient inquiets de ce qui ce passé US 12 : inquiétude des parents.

- Ce qui m'a aidé à prendre en charge Elliot c'est surtout les conseils de mon ancien maître de stage de SASPASS qui m'a toujours dit de bien rester clinique US 13 : aidée par sa formation pratique. Mes supports théoriques m'ont pas aidé à prendre en charge mon patient. Les cours non plus. C'est surtout mon stage US 14 : pas aidée par sa formation théorique ».

○ **St urg no pb**

- « Une femme de 34 ans sans facteur de risque cardio-vasculaire qui se présente pour une douleur thoracique depuis 24 h US 1 : douleur thoracique jeune. Elle n'a pas fait de mouvements particuliers, ni faux mouvements, ni activité physique récente. C'est la première fois qu'elle a cette douleur US 2 : sans facteur favorisant. Elle est très postérieure au niveau du dos, para-dorsale gauche, très localisée. Augmentée aux mouvements de l'épaule. Il n'y pas de fièvre ni toux, la patiente décrit cette douleur comme transfixiante, qui traverse carrément le thorax, qui inhibe sa respiration US 3 : douleur dorsale inhibant la respiration. Elle est très anxieuse par rapport à cette douleur US 4 : patiente anxieuse. Elle a pris du Doliprane qui a partiellement amélioré cette douleur US 5 : automédication insuffisante. À l'examen clinique j'ai une tension à 16/8 aux deux bras, symétrique, des pouls symétriques, des bruits du cœur réguliers sans souffle. Une auscultation cardiopulmonaire strictement normale. Au niveau ostéo-articulaire et musculaire, j'ai pas de douleur à la percussion des épineuses. J'ai une sensibilité à la palpation de la région douloureuse qui se situe en para-dorsale T5 et par contre une augmentation de la douleur à la mobilisation de l'épaule, sans douleur au niveau des épaules US 6 : douleur augmentée par la mobilisation de

l'épaule. Donc pour moi, c'est une douleur d'origine soit intercostale ou musculaire mais pas du tout d'origine cardiaque US 7 : élimine cause cardiaque. Mais je lui prescris quand même une radiographie pulmonaire pour éliminer un pneumothorax, qui aurait pu passer inaperçu à l'auscultation US 8 : prescription d'examen complémentaires pour étayer le diagnostic. J'ai le rendez-vous de suite en appelant le cabinet de radiologie. Je lui prescris des anti-inflammatoires avec du Doliprane et un myorelaxant si besoin US 9 : traitement symptomatique en attendant. Et en fait, la RP était normale, il n'y avait pas de problèmes particuliers US 10 : prise en charge maîtrisée.

- D'accord. Qu'est ce qui t'as fait décider ta prise en charge ?
- Bah, au départ j'étais un peu anxieuse quand elle disait qu'elle n'arrivait pas à respirer et cetera US 11 : au départ un peu anxieuse devant symptômes. Mais finalement c'est mon stage en SASPAS, où j'ai vu beaucoup de douleur de ce genre qui sont liés soit à des dérangements intervertébraux, soit c'est intercostal mais enfin ça fait très pariétal en fait US 12 : mais maîtrise par pratique fréquente en saspas.
- Tu te sens à l'aise euh...
- Bah disons en fait, le fait d'avoir eu un stage en saspas ça m'a permis d'être plus à l'aise ce côté-là. J'aurais pas fait ce stage je pense que j'aurais été plus anxieuse US 13 : à l'aise par stage.
- Et donc la tu t'es sentie à l'aise dans cette situation-là.
- Oui ».

○ St urg pb

« Un homme de 73 ans, traité par Kardégic et Tahor, qui présente des douleurs abdominales depuis 4 jours, avec des rectorragies depuis une semaine, sans vomissements, sans fièvre, sans altération de l'état général US 1 : rectorragies abondantes. Donc des rectorragies qui sont quand même assez abondantes. Donc à l'examen clinique j'ai une hémodynamique stable, il est pas tachycarde, il a pas de pâleur cutanéomuqueuse. L'examen cardiopulmonaire est normal, l'abdomen est souple, sensible de manière diffuse. Et donc au TR il y a effectivement des rectorragies, il n'y avait pas de douleur US 2 : sans signe de gravité. C'était un samedi, matin, j'étais en SASPAS, donc j'ai voulu le faire hospitaliser en urgences. Le problème c'est qu'il n'a pas voulu se faire hospitaliser car il s'occupait de sa femme Alzheimer US 3 : refus d'hospitalisation du patient. J'ai insisté en disant que c'était important, qu'il pouvait mourir, mais il n'a pas voulu US 4 : malgré explications du risque. Du coup j'ai appelé le gastro-entérologue de garde en expliquant le problème US 5 : avis d'expert. Et donc on a programmé une fibroscopie avec plus ou moins coloscopie pour lundi matin 8h US 6 : négociation d'un examen complémentaire en semi-urgence. En fait le temps que le patient s'organise avec ça femme, pour que quelqu'un puisse s'occuper de sa femme. Et j'ai prescrit aussi une prise de sang pour voir s'il n'était pas anémié avec un groupe sanguin et du Spasfon contre les douleurs abdominales US 7 : examen complémentaires et traitement symptomatique en attente. Ça c'est pas très bien passé car c'était une urgence abdominale et il est resté chez lui tout le week-end. J'ai appris par la suite que ça c'était bien passé qu'il a eu sa fibroscopie le lundi US 8 : pas d'aggravation. Ce qui m'a aidé dans la prise en charge c'est surtout les supports théoriques et surtout mon stage aux urgences avec les prises en charge des hémorragies digestives qu'on voit relativement souvent US 9 : support pour prise en charge cours théoriques pré internat et stages ».

○ **St urgence douleur**

- « Concernant les douleurs thoraciques, as-tu eu une formation théorique concrète sur la prise en charge en consultation ?
- Oui US 1 : formation théorique concrète sur la douleur thoracique.
- Si oui il y a combien de temps ?
- Lors de mon externat, donc mes cours pour l'internat, le passage de l'ECN. Depuis 3 ans US 2 : pré-internat.
- Es-tu à l'aise dans la prise en charge en consultation extra-hospitalière ?
- Non US 3 : pas à l'aise dans la prise en charge ambulatoire
- Te poses-tu des questions sur la prise en charge ?
- Oui
- Penses-tu qu'une formation post-ECN soit nécessaire ?
- Oui US 4 : formation post ecn nécessaire
- Concernant les douleurs abdominales, as-tu eu une formation théorique concrète sur la prise en charge en consultation ?
- Pas assez US 5 : mauvaise formation théorique sur les douleurs abdominales
- C'était il y a combien de temps ?
- Il y a plus de 3 ans US 6 : pré-internat.
- Es-tu à l'aise sur la prise en charge en consultation extra-hospitalière ?
- Oui US 7 : pas à l'aise dans la prise en charge ambulatoire
- Penses-tu qu'une formation post-ECN supplémentaire soit nécessaire ?
- Oui US 8 : formation post ecn nécessaire. En fait ça me paraît contradictoire, au départ t'es pas à l'aise puis à force d'en voire t'es plus à l'aise quoi US 9 : plus à l'aise par l'expérience ».

● **Interne Ve**

○ **Ve douleur abdo pb**

- « Une jeune femme entre 25 et 30 ans, qui vient parce que depuis 1 semaine, elle a mal au ventre, vomit et m'apprend à l'interrogatoire qu'elle a des selles décolorées US 1 : douleurs abdos jeune. Donc je l'examine, elle a une douleur hépatique US 2 : clinique. La dessus, j'essayais de me souvenir de mes cours d'externe, qu'est qu'on fait comme ça devant une cholestase US 3 : recherche diagnostic douleur HCDt. J'arrivais pas à retrouver des choses vraiment... Enfin ça faisait pas calcul, ça faisait pas ... je crois qu'elle avait un sub-ictère aussi US 4 : manque de connaissance sur les causes de douleurs HCDt. Et bon tout ça, ça me paraissait assez loin en fait US 5 : oubli des causes. Donc c'était pas évident, je me rappelle que j'ai mis pas mal de temps US 6 : prise de temps. J'ai dû rechercher dans une fiche ou sur internet US 7 : recherche documentaire pdt la consultation. J'ai mis pas mal de temps à me remémorer un petit peu tout ça, parce qu'on en voit pas forcément très souvent US 8 : oubli par fréquence basse. Et finalement j'ai préféré l'envoyer aux urgences, dans l'hypothèse d'une hépatite, parce qu'elle venait de commencer un médicament, et je me demandais si c'était pas une hépatite médicamenteuse US 9 : envoi aux urgences. Enfin bref, c'est une consultation où je ne me suis pas sentie à l'aise, comme c'est quelque chose que j'avais pas

du tout vu pendant mon internat en stage US 10 : pas à l'aise car peu vu en stage. J'ai pas fait de stage de gastro ou d'autres comme ça. C'est des cours où on a pas eu du tout de rappel non plus US 11 : pas de rappel en cours. Donc en fait il fallait que je me souvienne des connaissances de l'externat qui dataient d'il y a 3 ou 4 ans, mais ça commençait à faire loin US 12 : dernier contact externat. Donc j'ai quand même un peu pataugé. C'est une consultation qui était quand même un petit peu difficile US 13 : ressent consultation difficile. Et en plus sur le coup elle m'a semblé motivée pour aller aux urgences, elle m'a dit qu'elle allait y aller et j'ai appris après qu'elle y avait pas été US 14 : la patiente n'a pas suivi les directives. Donc en plus je sais même pas ce que ça à donner au final US 15 : pas de retour. Ça a dû rentrer dans l'ordre, vu qu'elle n'est même pas aller reconsulter son médecin généraliste au final. En plus j'ai pas eu la réponse de ce qui c'était passé, donc c'était un petit peu frustrant US 16 : pas de réponse diagnostic. La dessus qu'est ce qui aurait pu m'aider ? En tout cas ce qui m'a pas aidé, c'est le fait que les connaissances étaient loin et c'est pas quelque chose que j'ai eu l'occasion de remettre à jour US 17 : connaissances lointaines. Ce qui aurait pu m'aider, c'est peut-être...

- Tu dis que t'as pas fait de gastro c'est ça ?
- C'est sûr que si j'étais passée dans un stage à visée plus abdominal, déjà ça aurait été plus récent dans ma tête US 18 : aurait eu besoin de stage approprié. Je vois bien, par exemple tout à l'heure, tu me demandais une consultation de douleur articulaire, je suis passée en rhumato, j'en ai quand même vu plus souvent, et les douleurs articulaires ça me pose moins de problèmes US 19 : moins de problème si passée en stage approprié. C'est clair que les douleurs abdominales, à part les trucs simples, dès que ça sort un petit peu de l'ordinaire, c'est pas clair dans ma tête et ça va me poser plus souci US 20 : souci si pas fréquent ou simple. Alors en stage on peut pas passer partout. Après effectivement, ce qu'on disait, si c'était quelques chose que j'avais vu lors d'un groupe de pairs ou quelque chose comme ça US 21 : groupe de pairs. Là par exemple, je dirais pas forcément une fiche, parce que je pense pas qu'on voit ça non plus tous les quatre matins. Mais, si j'avais pu le voir plus récemment je pense que ça m'aurait aidé à avoir les idées un peu plus claires quoi US 22 : nécessité de voir plus fréquemment ».

○ **Ve douleurs abdos no pb**

« Alors voilà, c'est pas tout récent donc je peux pas citer un cas précis, mais j'ai eu pas mal de gastro pendant mes remplas US 1 : GEA pdt rempla. Et ça typiquement c'est quelque chose qui me pose pas de soucis US 2 : à l'aise. Je sais les signes de gravité qu'il faut rechercher US 3 : connaît la méthode de démarche clinique. J'ai en tête une ordonnance un peu type, qui s'adapte bien avec des variantes en fonction des personnes US 4 : maîtrise la prise en charge. La dessus, j'ai pas besoin de détailler la consultation, c'est vraiment basique US 5 : basique. Par contre ce qui m'a aidé c'est mon stage chez le prat US 6 : maîtrise grâce à stage praticien. Parce que je suis passée chez le prat en hiver avec pas mal de gastro US 7 : fréquemment confrontée à la GEA. L'un de mes prat était assez carré sur ça prise en charge de ce genre de chose US 8 : observation d'un senior et mise en application (elle « copie »). Et c'est l'apprentissage auprès de lui qui m'a le plus aidé pour ce genre de situation US 9 : aide par apprentissage auprès d'un senior ».

○ **Ve gynéco pb**

- « Donc ce qui m'a posé le plus problème en gynéco, c'est les suivis que ce soit pour l'ostéoporose, ou pour la pilule pour des jeunes filles US 1 : difficulté dans le suivi gynécologique chronique. Donc avec des médecins que je remplaçais et dont je n'étais pas d'accord avec leurs façons de travailler US 2 : désaccord avec prise en charge du senior. Et c'est compliqué, parce que c'est des traitements pris en chronique US 3 : compliqué si désaccord quand thérapeutique au long cours. Et c'est difficile de les changer et à la fois, c'est parfois difficile de reprécrire quelque chose quand tu n'es pas du tout d'accord US 4 : difficulté pour modifier un traitement.
- Donc là, tu as un cas précis en tête ?
- Ouai, j'avais le cas d'une fille de 18 ans, que je voyais pour renouvellement de pilule US 5 : contraception hormonale d'une JF. Qui était venue parce que j'étais une femme US 6 : patient vient pour médecin féminin. Et depuis qu'elle prend la pilule, c'est-à-dire depuis 3 ans, son médecin insistait pour qu'elle fasse son frottis US 7 : MT remplacé demande FCV. Donc elle venait me voir en consultation pour que je lui fasse son frottis, et que je lui renouvelle sa pilule, qu'il lui renouvelait tous les 6 mois US 8 : histoire. Et en gros, la difficulté de la consultation, c'était de lui expliquer que non, je ne lui ferai pas de FCV car c'était pas recommandé, et je lui ai pas prescrit la même pilule car c'était pas recommandé non plus US 9 : explique désaccord avec le médecin et modif PEC. Pour ce qui était de la prescription et de la prise en charge, c'était pas trop compliqué US 10 : pas de souci de PEC. Ce qui était compliqué, c'est la question du rempla, comment faire ? Parce que normalement, dans le contrat t'es pas censée prescrire comme le médecin que tu remplaces, tu fais toi ta façon de faire. Mais c'est pas toujours évident à mettre en pratique dans la réalité US 11 : difficile d'appliquer sa médecine en remplacement. Globalement ça c'est bien passé elle était super contente de pas avoir de frottis US 12 : patiente satisfaite.
- Donc tu t'en es sortie grâce aux recommandations tu disais c'est ça ?
- Ouai je m'en suis sortie grâce aux recommandations et je pense que le cours m'a bien aidé. Parce que du coup c'était vraiment frais US 13 : aide par recommandations et cours post ecn.
- Et ta pratique t'a aidé aussi ?
- J'ai une expérience personnelle la dessus parce que je suis une femme US 14 : aide par expérience personnelle. Donc forcément tout ce qui est gynéco j'aime bien et c'est des choses que je retiens mieux parce que je peux l'appliquer aussi à moi-même US 15 : retiens mieux car aime bien et se sent concernée personnellement.
- Et si tu avais été un homme et que tu ne sois pas passée en gynéco ?
- Ouai c'est clair. Parce qu'en plus j'ai fait pas mal de gynéco au stage à la PASS US 16 : fréquemment confrontée à la contraception en stage. Parce qu'il y en avait beaucoup et étant une femme elles étaient assez demandeuses justement de faire un suivi gynéco US 17 : surtout si femme. Par contre c'est clair que chez le prat je suis passée avec des hommes et j'en ai quasiment pas fait US 18 : peu de gynéco si maître de stage masculin. Et puis honnêtement, ils étaient pas à jour des recommandations non plus. Peut-être parce que c'était des hommes et qu'ils n'en faisaient pas beaucoup US 19 : hommes moins confrontés. Et pourtant ils aimaient bien, ils posaient des stérilets, des implants et ils les retiraient. C'est déjà pas mal ».

○ **Ve migrant pb**

- « Jeune homme d'environ 25 ans, qui vient pour avoir un certificat et qui en profite pour me dire qu'il voyage beaucoup et qu'il va partir en Inde dans 4 semaines US 1 : voyage. Comme

il a l'habitude de voyager, il s'est dit qu'il allait faire comme d'habitude, pensait avoir ses vaccinations à jour et puis voilà il m'en parlait comme ça US 2 : problème non lié au motif 1er de consultation. Je me suis dit qu'il fallait quand même voir pour l'Inde. Lui disait qu'il pensait ne pas avoir besoin de prévention pour le paludisme, or il devait partir dans 1 mois et je pense qu'en Inde, c'est la période humide à ce moment-là US 3 : désaccord avec les à priori du patient. Donc je lui ai dit que ça serait bien de vérifier s'il y avait besoin de prendre la prévention, mais je ne savais pas trop exactement ce qu'il lui faudrait US 4 : exprime son désaccord au patient. Ce qui me posait problème à ce moment-là, c'est que j'avais plus tout à fait en tête les sites qu'il fallait consulter pour connaître les traitements nécessaires US 5 : oubli des moyens pour trouver l'information. Donc du coup, j'ai été voir sur internet sur le site du gouvernement qui eux conseillaient une prévention selon les zones : forêt, côte ... Ce qui m'a aidé aussi pour cette consultation c'est que ma belle-sœur partait en Asie à ce moment-là, et donc j'ai eu l'occasion d'en parler avec elle US 6 : aidée par situation personnelle. Et donc elle m'avait demandé déjà de voir un petit peu pour quelle zone il fallait une prévention pour le palu US 7 : recherche faite pour sa famille. Elle s'était aussi posée la question de la vaccination pour l'encéphalite japonaise qu'il faut faire 4 semaines avant de partir. Donc là on était « juste juste » au niveau du timing US 8 : contexte pressant la prise en charge (limite de temps). Et donc c'est vrai que moi je savais pas trop dans tout ça quoi lui proposer US 9 : doutes sur la prise en charge. Sur le site du gouvernement c'était pas extrêmement clair. Je ne me rappelai plus des autres sites US 10 : difficulté pour trouver l'information. Je pense qu'il y en a des mieux, et donc moi je ne m'en souvenais plus et comme je ne l'avais pas écrit c'était un peu compliqué US 11 : oubli des sites pour trouver l'info. Et finalement je lui ai conseillé d'appeler la médecine du voyageur du CHU pour se renseigner avant de partir en insistant un peu pour qu'il se dépêche vu le délai US 12 : avis spécialisé. Mon problème dans cette consultation-là, c'est que je trouve que souvent les questions de consultation du voyageur, c'est que les gens qui viennent pas expressément pour ça US 13 : problème quand découverte d'un problème différent du motif de consultation et que ça prend beaucoup de temps US 14 : problème quand prend du temps et que j'ai pas en tête quelque chose de bien cadré pour être efficace sur ma consultation US 15 : manque d'efficacité si mal maîtrisé. Parce que là, j'ai clairement pris du retard au moins 20 ou 30 minutes de retard US 16 : prise de retard, avec le temps de faire les recherches sur internet et de discuter avec lui pour savoir ce qu'il allait faire pendant son voyage US 17 : recherche de l'information pendant la consultation et discussion de la prise en charge avec le patient prend du temps. Plus le temps du certificat auparavant parce qu'il m'en a parlé en fin de consult US 18 : 3e motif de consultation. Et en fait, c'est vrai que par rapport à ça, j'étais pas complètement au point quoi US 19 : manque d'aptitude. Ça fait partie des choses dont je me suis dit par exemple, qu'il faut vraiment que je me mette à jour US 20 : nécessite mise à jour de ses connaissances. Voir qu'il faut que je fasse moi-même une fiche ou quelques chose pour être plus efficace pour ce genre de consultation et puis pour être plus à l'aise aussi quoi US 21 : nécessité d'être plus efficace à l'aide d'une auto-formation.

- Comment penses-tu que ce genre de chose puisse être amélioré pendant l'internat, est-ce que c'est en stage, ...
- En stage on est amené à en voir, par exemple pendant mon stage chez le prat j'avais dû en faire une ou deux US 22 : avait déjà vu en stage. Donc du coup, j'avais en tête que ce genre de situation peut se produire en médecine générale et qu'il faut que je maintienne mes connaissances à jour là-dessus US 23 : motif de consultation de médecine générale nécessitant mise à jour de ses connaissances. Ce qu'il faudrait améliorer, je trouve que c'est une consultation type US 24 : consultation type, on dit toujours un peu la même chose US 25 : consultation répétitive et que pour ce genre de consultation, vraiment assez cadré même s'il y a des variantes selon les personnes, les pays et cetera. Ce serait bien qu'on ait des sortes

de fiches repères, des feuilles à peu près faites. Qu'on pourrait réutiliser nous en consultation pour être sûre de ne rien oublier, des conseils... US 26 : nécessité d'établir des conduites à tenir applicables

- Comment cette fiche serait faite à ton avis ?
- Ça pourrait être des internes qui la ferait en travail en commun, ça pourrait être un objectif de stage chez le prat ou lors d'un cours par exemple, une synthèse de cours, transmis à tous pour être réutilisable US 27 : fiche établit par internes en travail en commun ou objectif de stage ou synthèse de cours. Par forcément les profs du DMG car je pense que c'est plus à nous de faire ça, les uns pour les autres comme on a pu le faire pendant notre externat en petits groupes US 28 : à faire en petits groupes. Par exemple une sage-femme qui suivait ma grossesse avait des feuilles toutes prêtes avec lesquelles elle posait des questions. Parce qu'un suivi de grossesse c'est pareil c'est très caractérisé on demande si vous avez des contractions... enfin c'est toujours un petit peu les mêmes questions US 29 : similaire à consultation de suivi de grossesse. Donc elle avait une sorte de fiche à remplir pour un premier rendez-vous, pour le suivi. Elle utilise tout le temps la même pour toutes ces patientes US 30 : sages-femmes utilisent questionnaires. Et ça lui permettait de se détacher un petit peu de la partie médicale stricte, de s'aider en fait pour ne rien oublier US 31 : leur permet d'être exhaustive et de se détacher du médical strict. Et à côté de ça, aussi d'avoir l'esprit plus libre pour voir à côté tout le reste justement US 32 : permet d'être plus libre dans la consultation. Touchant par exemple le psychosocial, ... Ça l'a laissé un peu plus disponible après pour aborder ça en consultation US 33 : plus disponible au psychosocial. Et ça typiquement sur des choses très cadrées qu'on a en médecine générale, où c'est souvent un peu la même chose, et ben c'est très pratique d'avoir des sortes de fiches comme ça, qui nous aideraient pour cadrer un petit peu la consultation US 34 : fiche cadre les consultations systématiques. Et qui nous laisseraient après l'esprit plus libre pour voir un petit peu comment ça va quoi US 35 : permet de se libérer du médical. Et ça, je trouve que c'est des choses qui manquent US 36 : ces fiches manquent. Parce qu'en fait quand on est interne, on dit toujours qu'on va le faire et puis au final on le fait pas US 37 : volonté de le faire seul sans passage à l'acte. Et ça je trouve que c'est des choses qui pourraient être faites par le biais de la fac US 38 : pourrait être fait via fac. Pas forcément avec les médecins, mais tout simplement par petits groupes d'interne, de faire mutuellement un travail comme ça, un petit peu les uns pour les autres US 39 : groupes d'internes. Ça nous permettrait d'avancer et puis en même temps de mettre en commun comme ça, le B-A BA d'une consultation de base en médecine générale quoi US 40 : mise en commun des idées ».

○ **Ve pédia no pb**

- « Toute jeune maman qui sortait presque de la maternité, avec un bébé qui devait avoir 3 semaines. Et je l'ai vu en urgence parce qu'elle pensait qu'il avait de la fièvre. Et en fait quand je l'ai reçu, il avait pas de fièvre US 1 : fausse impression de fièvre de la maman. C'est une consultation qui a tourné plus au suivi pour le développement US 2 : adapte la consultation en suivi. Et en fait elle avait des petits soucis pour allaiter correctement. En fait elle était très inquiète parce que c'était son premier et elle ne savait pas trop comment faire, elle avait pas trop d'entourage pour la conseiller, et l'allaitement avait un petit peu du mal à démarrer US 3 : difficulté d'allaitement. Et donc j'ai pris le temps de la rassurer, en plus son bébé avait faim pendant la consultation, du coup elle l'a mis au sein et on a relevé un petit peu les positions et tout ça US 4 : conseils, rassure, mise en pratique, correction. Et puis ça c'est bien passé, il avait bien prit du poids, et elle est sortie rassurée de la consultation US 5 : patiente satisfaite.

- Donc tout c'est bien passé. Et grâce à quoi ?
- Et bien ce qui m'a aidé, c'est déjà mon expérience personnelle, le fait d'être maman ça aide beaucoup je trouve en pédiatrie en médecine générale US 6 : aide par expérience personnelle. Et puis mon stage en PMI, clairement US 7 : aide par stage en PMI. Parce que j'ai eu beaucoup de consultation de conseil pour l'allaitement, pour le suivi, avec de tout petits bébés US 8 : aide par l'acquisition d'expérience en PMI. Et donc en fait de voir un bébé et de savoir quasiment tout de suite si ça va ou si ça va pas au premier coup d'œil, ça permet d'avoir une attitude rassurante vis-à-vis des parents et de les aider à ressortir du cabinet et se sentant bien US 9 : se sent à l'aise ce qui permet de rassurer les parents ».

○ **Ve pédia pb**

« Consultation avec un enfant un peu plus grand, et qui s'est mal passée parce qu'en fait elle a démarré sur un quiproquo US 1 : mauvaise compréhension. C'est la maman qui me l'a amené. Elle était visiblement inquiète et persuadée que son enfant faisait une infection urinaire US 2 : inquiétude et à priori de la maman sur l'état de son enfant. Sachant qu'il avait de la fièvre depuis le matin quoi. Et que sinon il était en bon état général. L'examen clinique était complètement normal US 3 : clinique rassurante. En fait elle était même arrivée en revenant du laboratoire. Elle lui avait déjà fait faire une analyse d'urine, en disant qu'il avait une infection urinaire. Et que l'été dernier il avait déjà fait un épisode de fièvre et que le médecin des urgences lui avait conseillé de faire une analyse d'urine. Et donc elle avait une ordonnance qui était encore valable et elle l'avait utilisé avant de venir US 4 : examens complémentaires réalisés avant la consultation. Donc je lui ai dit que si une fièvre était très bien tolérée, il n'y avait pas de soucis particuliers US 5 : tentative de réassurance. Pourtant je voyais bien qu'elle était inquiète, mais je me suis permis de lui dire qu'elle n'aurait pas dû faire l'analyse d'urine US 6 : reproches pour examen complémentaire pas nécessaire. Mais l'examen était lancé. Et en fait, il s'est avéré que c'était pas une analyse d'urine bactériologique. Et ça je l'ai appris le lendemain. Le papa m'a appelé parce qu'elle avait toujours de la fièvre, et qu'il venait un petit peu aux nouvelles par rapport aux résultats US 7 : rappel des parents inquiets. Et là j'ai compris qu'en fait, la maman avait mal compris ce que le médecin pédiatre lui avait expliqué, qu'il s'agissait pas d'une infection urinaire, mais d'une maladie systémique à type de fièvre récurrente, et que c'était exploré au niveau des urines US 8 : mauvaise interprétation des dires des parents qui étaient inexacts. Et qu'en fait elle avait eu tout à fait raison de lancer une analyse d'urine US 9 : examen complémentaire en fait nécessaire. C'était une maladie que je ne connaissais absolument pas, une maladie rare US 10 : maladie rare. Ce que j'ai regretté après coup, c'est pas de pas avoir connu la maladie parce que je la rencontrerai certainement plus jamais de ma vie, mais c'est de ne pas avoir fait confiance à l'inquiétude de la maman US 11 : regrette de ne pas avoir fait confiance à la mère. Et même de lui avoir presque reproché d'avoir lancé une batterie d'examen, qu'elle a eu tout à fait raison de lancer US 12 : culpabilité sur les reproches. Tout est parti d'un quiproquo, elle avait mal compris ou elle se souvenait mal, parce que ça faisait un moment, presque un an que le médecin lui avait expliqué de quoi il s'agissait US 13 : mauvaises explications de la maman. Donc si j'avais été plus à l'écoute, j'aurais pu sûrement mieux la rassurer US 14 : meilleur écoute aurait permis réassurance. J'aurais peut-être pas dû lui faire de reproches déplacés. Qu'est ce qui aurait pu m'aider ? Je ne sais pas US 15 : ne sait pas ce qui aurait aidé ».

10. BIBLIOGRAPHIE

1. Guilbert J.J. « *Nous avons les meilleurs médecins du monde* », *C'est peut-être vrai mais pourriez-vous le prouver ?* Pédagogie Médicale 2002 ; 3 (4) : 210-212.
2. « *Jean-Jacques Guilbert* ». [Online] Disponible sur : <http://www.unige.ch/medecine/imsp/institut/personnalites/guilbert.html>
3. faculté de médecine de Nantes. *réglementation du 3^e cycle de médecine générale*. <http://www.dmg-nantes.fr/phocadownload/fichiers/DES/reglementation%203-me%20cycle%20modifi-%20novembre%202009.pdf>
4. Le Mauff P., Urion J., Senand R. *Comment les internes nantais seront-ils évalués en fin de DES ?* La Revue Exercer 2005 ; 74 : 106-109.
5. Chaillou-Pean E. *Les niveaux de compétence des internes de médecine générale de Nantes en matière d'éducation, prévention et dépistage*. thèse pour le diplôme d'état de docteur en médecine. Université de Nantes ; 2012. [Online] Disponible sur : <http://archive.bu.univ-nantes.fr/pollux/show.action?id=c79a20a7-3696-4039-bf4a-2714c136215c>
6. Soufache-D'Hose E. *Opinion des internes du DES de médecine générale de l'Université Paris Descartes à propos de leurs formation et compétences en gynécologie*. thèse pour le diplôme d'état de docteur en médecine. Université de Paris, 2011. [Online] Disponible sur : <http://multimedia.medecine.parisdescartes.fr/STOCK/theses/Soufache2011.pdf>
7. Bamberger V. *Élaboration et évaluation d'un référentiel de compétences en médecine générale pour une évaluation directe et formative des internes en stage de premier niveau*. thèse pour le diplôme d'état de docteur en médecine. Université de Tours ; 2009. [Online] Disponible sur : http://www.dumg-tours.fr/IMG/pdf/These_VB_document_final.pdf
8. Le Mauff P., Pottier P., Goronflot L., Barrier J. *Evaluation d'un dispositif expérimental d'évaluation certificative des étudiants en fin de 3^e cycle de médecine générale*. Revue Pédagogie Médicale 2006 ; 7 (3) : 142-154.
9. DMG Nantes. *guides d'auto-évaluation*. [Online] Disponible sur : http://www.dmg-nantes.fr/index.php?option=com_content&view=article&id=65&Itemid=61.
10. D.M.G. Nantes. *Programme des séminaires du 3^e cycle de Nantes en 2011*. Faculté de médecine de Nantes, Département de Médecine Générale.

11. Broguet-Brossier S., M. Attali C. *Évaluation des enseignements théoriques du DES de médecine générale à la faculté de Créteil pour l'année universitaire 2004-2005*. thèse pour le diplôme d'état de docteur en médecine. Université de Créteil.
12. Yardley S., Teunissen P., Dornan T. *Experiential Learning*. AMEE Guides in Medical Education; Guide 63.
13. Oude-Engberink A., Xamouyal M., David M., Bourrel G. *Étude qualitative du sentiment « d'être prêt à exercer » la médecine générale chez des internes et de jeunes médecins généralistes*. *Pédagogie Médicale* 2011 ; 12 (4) : 199–212.
14. Legmann M. *Définition d'un nouveau modèle de la médecine libérale*. Mission présidentielle 2010. [Online] Disponible sur : <http://www.conseil-national.medecin.fr/article/conclusions-de-la-missionlegmann-definition-d-un-nouveau-modele-de-lamedecine-liberale-970>

NOM : NOURAUD

PRENOM : CEDRIC

ETAT DES LIEUX DE L'ATTEINTE DES OBJECTIFS DU D.E.S. PAR LES INTERNES DE MEDECINE GENERALE EN 2011 A NANTES.

METHODOLOGIE MIXTE A PARTIR DE LEUR RESSENTI

RESUME

Dans quelle mesure les internes inscrits en D.E.S. de M.G. à Nantes estiment-ils avoir atteint les objectifs de formation ? Quelles modalités de progression dans l'atteinte des objectifs les internes proposent-ils ? Pour répondre à ces questions, la méthode utilisée pour ce travail a consisté dans un premier temps, en une analyse statistique des réponses des internes au guide d'auto-évaluation des compétences établi par le D.M.G. de Nantes. La place de la qualité de la formation au sein des déterminants du sentiment de maîtrise de la consultation a été ensuite questionnée par des entretiens semi-directifs avec des internes en 2011. Le résultat principal de l'analyse quantitative suggère qu'environ une compétence sur deux (53%) est insuffisamment acquise au terme du 3^{ème} cycle de médecine générale. Nous montrons également que les internes manquent de mises en situation clinique et de groupes de partage d'expérience pour atteindre tous les objectifs de formation attendus en fin de cursus.

MOTS-CLES

Interne, médecine générale, Nantes, 2011, cursus pédagogique, guide d'auto-évaluation, formation, objectif, compétence, acquisition, sentiment de maîtrise de la consultation, élaboration didactique, stratégie d'apprentissage, pédagogie, supervision clinique, relation à la situation authentique, mise en situation clinique, apprentissage par l'expérience.