

Creative commons : Paternité - Pas d'Utilisation Commerciale -
Pas de Modification 2.0 France (CC BY-NC-ND 2.0)



<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/2.0/fr>



UNIVERSITÉ CLAUDE BERNARD LYON 1

ANNÉE 2019

N° 106

**L'approche par compétences
vue par les internes de médecine générale lyonnais**

THESE D'EXERCICE EN MEDECINE

Présentée à l'Université Claude Bernard Lyon 1

Et soutenue publiquement le 20 juin 2019

En vue d'obtenir le titre de Docteur en Médecine

Par

POURADIER DUTEIL Flavie
Née le 03/07/1993
à Paris 15^e (75)

et

CONAN Clément
Né le 21/03/1990
à Saint-Julien-en-Genevois (74)

Sous la direction du Professeur FLORI Marie

Serment d'Hippocrate

Je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans discrimination.

J'interviendrai pour les protéger si elles sont vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance.

Je donnerai mes soins à l'indigent et je n'exigerai pas un salaire au dessus de mon travail.

Admis dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement la vie ni ne provoquerai délibérément la mort.

Je préserverai l'indépendance nécessaire et je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je perfectionnerai mes connaissances pour assurer au mieux ma mission.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses. Que je sois couvert d'opprobre et méprisé si j'y manque.

Organigramme général de l'Université

Président	Pr Frédéric FLEURY
Président du Comité de Coordination Des Etudes Médicales	Pr Pierre COCHAT
Directeur Général des services	M. Damien VERHAEGHE
Secteur Santé :	
Doyen de l'UFR de Médecine Lyon Est	Pr Gilles RODE
Doyenne de l'UFR de Médecine Lyon-Sud Charles Mérieux	Pr Carole BURILLON
Doyenne de l'Institut des Sciences Pharmaceutiques (ISPB)	Pr Christine VINCIGUERRA
Doyenne de l'UFR d'Odontologie	Pr Dominique SEUX
Directrice du département de Biologie Humaine	Pr Anne-Marie SCHOTT
Secteur Sciences et Technologie :	
Directeur de l'UFR Sciences et Technologies	M. Fabien DE MARCHI
Directeur de l'UFR Sciences et Techniques des Activités Physiques et Sportives (STAPS)	M. Yanick VANPOULLE
Directeur de Polytech	Pr Emmanuel PERRIN
Directeur de l'IUT	Pr Christophe VITON
Directeur de l'Institut des Sciences Financières Assurances (ISFA)	M. Nicolas LEBOISNE Et
Directrice de l'Observatoire de Lyon	Pr Isabelle DANIEL
Directeur de l'Ecole Supérieure du Professorat et de l'Education (ESPé)	Pr Alain MOUGNIOTTE

Faculté de Médecine Lyon Est

Liste des enseignants 2018/2019

Professeurs des Universités – Praticiens Hospitaliers Classe exceptionnelle Echelon 2

BLAY BORSON-CHAZOT	Jean-Yves Françoise	Cancérologie ; radiothérapie Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale
COCHAT ETIENNE	Pierre Jérôme	Pédiatrie Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
GUERIN GUERIN	Claude Jean-François	Réanimation ; médecine d'urgence Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale
MORNEX NIGHOGHOSSIAN NINET	Jean-François Norbert Jean	Pneumologie ; addictologie Neurologie Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
OVIZE PONCHON	Michel Thierry	Physiologie Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
REVEL RIVOIRE THIVOLET-BEJUI VANDENESCH	Didier Michel Françoise François	Radiologie et imagerie médicale Cancérologie ; radiothérapie Anatomie et cytologie pathologiques Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière

Professeurs des Universités – Praticiens Hospitaliers Classe exceptionnelle Echelon 1

BOILLOT BRETON	Olivier Pierre	Chirurgie digestive Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
CHASSARD	Dominique	Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence
CLARIS COLIN	Olivier Cyrille	Pédiatrie Epidémiologie, économie de la santé et prévention
D'AMATO DELAHAYE DENIS DOUEK DUCERF DURIEU	Thierry François Philippe Philippe Christian Isabelle	Psychiatrie d'adultes ; addictologie Cardiologie Ophtalmologie Radiologie et imagerie médicale Chirurgie digestive Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillessement ; médecine générale ; addictologie

FINET	Gérard	Cardiologie
GAUCHERAND	Pascal	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
GUEYFFIER	François	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
HERZBERG	Guillaume	Chirurgie orthopédique et traumatologique
HONNORAT	Jérôme	Neurologie
LACHAUX	Alain	Pédiatrie
LEHOT	Jean-Jacques	Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence
LERMUSIAUX	Patrick	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
LINA	Bruno	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
MARTIN	Xavier	Urologie
MERTENS	Patrick	Anatomie
MIOSSEC	Pierre	Immunologie
MOREL	Yves	Biochimie et biologie moléculaire
MORELON	Emmanuel	Néphrologie
MOULIN	Philippe	Nutrition
NEGRIER	Claude	Hématologie ; transfusion
NEGRIER	Sylvie	Cancérologie ; radiothérapie
OBADIA	Jean-François	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
RODE	Gilles	Médecine physique et de réadaptation
TERRA	Jean-Louis	Psychiatrie d'adultes ; addictologie
ZOULIM	Fabien	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie

Professeurs des Universités – Praticiens Hospitaliers **Première classe**

ADER	Florence	Maladies infectieuses ; maladies tropicales
ANDRE-FOUET	Xavier	Cardiologie
ARGAUD	Laurent	Réanimation ; médecine d'urgence
AUBRUN	Frédéric	Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence
BADET	Lionel	Urologie
BERTHEZENE	Yves	Radiologie et imagerie médicale
BERTRAND	Yves	Pédiatrie
BESSEREAU	Jean-Louis	Biologie cellulaire
BRAYE	Fabienne	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; Brûlologie
CHARBOTEL	Barbara	Médecine et santé au travail
CHEVALIER	Philippe	Cardiologie
COLOMBEL	Marc	Urologie
COTTIN	Vincent	Pneumologie ; addictologie
COTTON	François	Radiologie et imagerie médicale
DEVOUASSOUX	Mojgan	Anatomie et cytologie pathologiques
DI FILLIPO	Sylvie	Cardiologie

DUBERNARD	Gil	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
DUMONTET	Charles	Hématologie ; transfusion
DUMORTIER	Jérôme	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
EDERY	Charles Patrick	Génétique
FAUVEL	Jean-Pierre	Thérapeutique ; médecine d'urgence ; addictologie
FELLAHI	Jean-Luc	Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence
FERRY	Tristan	Maladie infectieuses ; maladies tropicales
FOURNERET	Pierre	Pédopsychiatrie ; addictologie
GUENOT	Marc	Neurochirurgie
GUIBAUD	Laurent	Radiologie et imagerie médicale
JACQUIN-COURTOIS	Sophie	Médecine physique et de réadaptation
JAVOUHEY	Etienne	Pédiatrie
JUILLARD	Laurent	Néphrologie
JULLIEN	Denis	Dermato-vénéréologie
KODJIKIAN	Laurent	Ophtalmologie
KROLAK SALMON	Pierre	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillessement ; médecine générale ; addictologie
LEJEUNE	Hervé	Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale
MABRUT	Jean-Yves	Chirurgie générale
MERLE	Philippe	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
MICHEL	Philippe	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
MURE	Pierre-Yves	Chirurgie infantile
NICOLINO	Marc	Pédiatrie
PICOT	Stéphane	Parasitologie et mycologie
PONCET	Gilles	Chirurgie générale
RAVEROT	Gérald	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale
ROSSETTI	Yves	Physiologie
ROUVIERE	Olivier	Radiologie et imagerie médicale
ROY	Pascal	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
SAOUD	Mohamed	Psychiatrie d'adultes et addictologie
SCHAEFFER	Laurent	Biologie cellulaire
SCHEIBER	Christian	Biophysique et médecine nucléaire
SCHOTT-PETHELAZ	Anne-Marie	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
TILIKETE	Caroline	Physiologie
TRUY	Eric	Oto-rhino-laryngologie
TURJMAN	Francis	Radiologie et imagerie médicale
VANHEMS	Philippe	Epidémiologie, économie de la santé et prévention

VUKUSIC

Sandra

Neurologie

Professeurs des Universités – Praticiens Hospitaliers
Seconde Classe

BACCHETTA	Justine	Pédiatrie
BOUSSEL	Loïc	Radiologie et imagerie médicale
BUZLUCA DARGAUD	Yesim	Hématologie ; transfusion
CALENDER	Alain	Génétique
CHAPURLAT	Roland	Rhumatologie
CHENE	Gautier	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
COLLARDEAU FRACHON	Sophie	Anatomie et cytologie pathologiques
CONFAVREUX	Cyrille	Rhumatologie
CROUZET	Sébastien	Urologie
CUCHERAT	Michel	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
DAVID	Jean-Stéphane	Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence
DI ROCCO	Federico	Neurochirurgie
DUBOURG	Laurence	Physiologie
DUCLOS	Antoine	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
DUCRAY	François	Neurologie
FANTON	Laurent	Médecine légale
GILLET	Yves	Pédiatrie
GIRARD	Nicolas	Pneumologie
GLEIZAL	Arnaud	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
GUEBRE-EGZIABHER	Fitsum	Néphrologie
HENAIN	Roland	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
HOT	Arnaud	Médecine interne
HUISSOUD	Cyril	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
JANIER	Marc	Biophysique et médecine nucléaire
JARRAUD	Sophie	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
LESURTEL	Mickaël	Chirurgie générale
LEVRERO	Massimo	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
LUKASZEWICZ	Anne-Claire	Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence
MAUCORT BOULCH	Delphine	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
MEWTON	Nathan	Cardiologie
MILLION	Antoine	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire

MONNEUSE	Olivier	Chirurgie générale
NATAF	Serge	Cytologie et histologie
PERETTI	Noël	Nutrition
POULET	Emmanuel	Psychiatrie d'adultes ; addictologie
RAY-COQUARD	Isabelle	Cancérologie ; radiothérapie
RHEIMS	Sylvain	Neurologie
RICHARD	Jean-Christophe	Réanimation ; médecine d'urgence
RIMMELE	Thomas	Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence
ROBERT	Maud	Chirurgie digestive
ROMAN	Sabine	Physiologie
SOUQUET	Jean-Christophe	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
THAUNAT	Olivier	Néphrologie
THIBAUT	Hélène	Physiologie
WATTEL	Eric	Hématologie ; transfusion

Professeur des Universités - Médecine Générale

FLORI	Marie
LETRILLIART	Laurent
ZERBIB	Yves

Professeurs associés de Médecine Générale

BERARD	Annick
FARGE	Thierry
LAMBLIN	Gery
LAINÉ	Xavier

Professeurs émérites

BAULIEUX	Jacques	Cardiologie
BEZIAT	Jean-Luc	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
CHAYVIALLE	Jean-Alain	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
CORDIER	Jean-François	Pneumologie ; addictologie
DALIGAND	Liliane	Médecine légale et droit de la santé
DROZ	Jean-Pierre	Cancérologie ; radiothérapie
FLORET	Daniel	Pédiatrie
GHARIB	Claude	Physiologie
GOUILLAT	Christian	Chirurgie digestive
MAUGUIERE	François	Neurologie
MELLIER	Georges	Gynécologie
MICHALLET	Mauricette	Hématologie ; transfusion
MOREAU	Alain	Médecine générale

NEIDHARDT	Jean-Pierre	Anatomie
PUGEAUT	Michel	Endocrinologie
RUDIGOZ	René-Charles	Gynécologie
SINDOU	Marc	Neurochirurgie
TOURAINÉ	Jean-Louis	Néphrologie
TREPO	Christian	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
TROUILLAS	Jacqueline	Cytologie et histologie

Maîtres de Conférence – Praticiens Hospitaliers Hors classe

BENCHAIB	Mehdi	Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale
BRINGUIER	Pierre-Paul	Cytologie et histologie
CHALABREYSSE	Lara	Anatomie et cytologie pathologiques
GERMAIN	Michèle	Physiologie
KOLOPP-SARDA	Marie Nathalie	Immunologie
LE BARS	Didier	Biophysique et médecine nucléaire
NORMAND	Jean-Claude	Médecine et santé au travail
PERSAT	Florence	Parasitologie et mycologie
PIATON	Eric	Cytologie et histologie
SAPPEY-MARINIER	Dominique	Biophysique et médecine nucléaire
STREICHENBERGER	Nathalie	Anatomie et cytologie pathologiques
TARDY GUIDOLLET	Véronique	Biochimie et biologie moléculaire

Maîtres de Conférence – Praticiens Hospitaliers Première classe

BONTEMPS	Laurence	Biophysique et médecine nucléaire
CHARRIERE	Sybil	Nutrition
COZON	Grégoire	Immunologie
ESCURET	Vanessa	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
HERVIEU	Valérie	Anatomie et cytologie pathologiques
LESCA	Gaëtan	Génétique
MENOTTI	Jean	Parasitologie et mycologie
MEYRONET	David	Anatomie et cytologie pathologiques
PHAN	Alice	Dermato-vénéréologie
PINA-JOMIR	Géraldine	Biophysique et médecine nucléaire
PLOTTON	Ingrid	Biochimie et biologie moléculaire
RABILLOUD	Muriel	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
SCHLUTH-BOLARD	Caroline	Génétique
TRISTAN	Anne	Bactériologie-virologie ; hygiène

VASILJEVIC	Alexandre	hospitalière Anatomie et cytologie pathologiques
VENET	Fabienne	Immunologie
VLAEMINCK-GUILLEM	Virginie	Biochimie et biologie moléculaire

Maîtres de Conférences – Praticiens Hospitaliers Seconde classe

BOUCHIAT SARABI	Coralie	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
BUTIN	Marine	Pédiatrie
CASALEGNO	Jean-Sébastien	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
COUR	Martin	Réanimation ; médecine d'urgence
COUTANT	Frédéric	Immunologie
CURIE	Aurore	Pédiatrie
DURUISSEAU	Michaël	Pneumologie
HAESEBAERT	Julie	Médecin de santé publique
JOSSET	Laurence	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
LEMOINE	Sandrine	Physiologie
MARIGNIER	Romain	Neurologie
NGUYEN CHU	Huu Kim An	Pédiatrie Néonatalogie Pharmaco Epidémiologie Clinique Pharmacovigilance
ROLLAND	Benjamin	Psychiatrie d'adultes
SIMONET	Thomas	Biologie cellulaire

Maîtres de Conférences associés de Médecine Générale

PIGACHE	Christophe
DE FREMINVILLE	Humbert
ZORZI	Frédéric

Maître de Conférences

LECHOPIER	Nicolas	Epistémologie, histoire des sciences et techniques
NAZARE	Julie-Anne	Physiologie
PANTHU	Baptiste	Biologie Cellulaire
VIALON	Vivian	Mathématiques appliquées
VIGNERON	Arnaud	Biochimie, biologie
VINDRIEUX	David	Physiologie

Composition du jury

Président du jury :

Monsieur le Professeur Yves Zerbib

Membres du jury :

Madame le Professeur Martine Wallon

Madame le Professeur Marie Flori, directrice de thèse

Monsieur le Docteur Marc Chanelière

Remerciements

A notre président de jury,

Monsieur le Professeur Yves Zerbib.

Vous nous faites l'honneur de présider ce jury. Merci de l'intérêt que vous avez porté à notre travail. Nous vous prions de recevoir, Professeur, l'expression de notre reconnaissance la plus sincère.

A notre directrice de thèse,

Madame le Professeur Marie Flori,

Nous vous sommes profondément reconnaissants d'avoir accepté la direction de notre thèse. Merci pour votre accompagnement, votre bienveillance et votre aide qui nous ont permis de mener à bien ce travail.

Aux membres du jury,

Madame le Professeur Martine Wallon, vous nous faites l'honneur de juger ce travail, soyez assurée de notre respect et de notre reconnaissance.

Monsieur le Docteur Marc Chanelière, nous vous remercions sincèrement de l'intérêt que vous portez à notre travail en acceptant de le juger.

A tous les internes ayant accepté de participer à l'étude, ce travail n'aurait pas été possible sans vous.

Remerciements de Clément Conan

Aux personnes qui ont contribué à ce travail,

A ma co-thésarde Flavie. Merci pour ton incroyable énergie et ta motivation sans limite. Ce fut un plaisir de faire ce travail avec toi, je te souhaite le meilleur pour la suite.

A Florian, pour son aide précieuse sur la mise en page.

Aux médecins du CUMG qui nous ont également accompagnés aux différentes étapes de ce travail, des ateliers qualitatifs aux soutenances des divers mémoires faits en amont de cette thèse.

Au Pr Goffette, merci d'avoir supervisé et évalué le mémoire qui s'inscrivait dans la même ligne que ce travail. Merci à tous les enseignants du DU « Philosophie de la santé » pour vos apports dans mon apprentissage des méthodes qualitatives et, plus personnellement, pour avoir développé ma sensibilité aux sciences humaines.

Aux médecins qui ont contribué à ma formation,

A ma tutrice universitaire, le Dr Figon. Merci de nous avoir initiés avec talent à cette fameuse approche par compétences, et au-delà, de votre accompagnement bienveillant durant ces trois années.

A mes maitres de stages universitaires, aux Dr Stauffert, Dr Vallenet, Dr Peyret, Dr Guillemot et Dr Brys. Vous m'avez accueilli, du SP1 au SASPAS, ouvert votre cabinet et rapidement permis de devenir autonome. C'est à vos côtés que j'ai appris la médecine générale et je vous en serais toujours reconnaissant.

Au Dr Girolet. Merci de m'avoir accepté en stage et donné envie de faire de la médecine générale au moment le plus stratégique, juste avant les choix de spécialité!

A Stéphanie et Clément. De Thônes à ReAGJIR-AuRA, vous êtes un modèle

d'investissement pour les étudiants et confrères remplaçants ou jeunes installés. Au plaisir de vous croiser désormais plus souvent.

Aux médecins que j'ai remplacés, de Villeurbanne à la Haute-Savoie, en passant par Ambérieu-en-Bugey. Merci pour votre confiance et votre accueil.

Des remerciements particuliers au Dr Favrot, maire et médecin de famille comme on n'en fait plus, merci pour ce que vous avez fait pour les miens, pour la commune de Talloires et pour ses habitants. C'est une grande joie et une certaine fierté pour moi de m'installer à vos côtés.

Aux généralistes de La Clusaz qui m'ont suivi à un âge auquel on ne sait pas ce que l'on fera « quand on sera grand », vous m'avez montré le visage d'un métier humain et sympathique et avez fortement contribué sans le savoir à me faire prendre cette direction.

Aux pneumologues du CHPO, merci pour votre contribution à ma formation durant ce difficile premier semestre hivernal.

Aux pédiatres du CHAL, merci pour votre encadrement et votre plaisir à nous faire découvrir votre spécialité.

Aux urgentistes de Croix Rousse, vous faites une spécialité particulièrement belle et difficile, merci de nous y avoir initiés avec mes co-internes.

Aux médecins, chirurgiens, radiologues, biologistes et pharmaciens du CH Récamier de Belley. Seul interne de ce semestre d'été, vous m'avez plus que choyé et montré ce qu'« hôpital de proximité » signifie.

Au Dr Guilbert, au Dr Porquet et aux sages-femmes du CH Annecy-Genevois, pour m'avoir accueilli volontiers durant ces demi-journées et permis de compléter ma formation en gynécologie-obstétrique.

Un grand merci aux infirmiers, aides-soignants, brancardiers et autres professionnels que j'ai pu croiser durant ces années d'étude.

Une mention spéciale aux secrétaires médicales que j'ai eu l'occasion de côtoyer

ces derniers mois, à Myriam, Yvette, Chantal, Nathalie, Angélique, Barbara et Sandra. Vous ne pouvez pas vous imaginer le temps que vous faites gagner aux médecins et à quel point vous rendez ce travail moins solitaire et difficile.

A ma famille et à mes amis,

A ma mère, pour le soutien inconditionnel dont tu me témoignes depuis le début de ces études, et en fait, le début tout court. Merci pour ta proverbiale gentillesse et ton gout des autres.

A ma tante et marraine, et bien plus encore. Une thèse entière ne suffirait pas pour te remercier de tout ce que tu as fait pour moi, pour nous. Tu as su me transmettre la passion du métier de soignant, ton engagement dans ton travail est une source d'inspiration de tous les jours.

A Lauriane, mon fil d'Ariane dans le labyrinthe de ces années d'étude. Ta rencontre a été la plus belle chose qui me soit arrivée ces dernières années. Merci pour ton sourire et ton rire, je ferais tout pour les protéger.

A Aline et sa famille. Merci pour votre sympathique présence durant ces années, vous voir est toujours une grande joie. Merci Aline pour ta bonne humeur et ta vision positive des choses.

Aux bonnes fées présentes depuis mon enfance. Merci de nous avoir entourés de votre amitié durant toutes ces années.

A ma famille, côté Bochet, vous êtes une présence familiale incontournable et réconfortante en toutes circonstances. Merci à vous, Timothé, Alexia, Martine et Jean-Marie, Françoise et Bruno, Claire et Alban, Raphaël et Zoé, Magali, Pierre et Baptiste, Pierre et Isabelle, Jean et Michèle. La place me manque pour dire à chacun de vous à quel point vous comptez.

A ma famille, côté Conan. Merci à Mado et Claude d'être là depuis le début de ces études, comme mon premier stéthoscope peut encore en témoigner. Merci à Marie,

j'ai été très heureux d'être dans la même promotion d'internes que toi ces dernières années. Merci à Marie-Paule, lectrice fidèle de mes quelques modestes travaux universitaires jusqu'ici.

A ma belle-famille, pour le plaisir que j'ai à vous retrouver. Merci à Christian et Marie-Thé pour votre gentillesse et pour l'aide que vous êtes toujours prêts à nous accorder. A Alexandra & Camille, et aux rayonnantes Manon & Inès : merci pour ces bons moments !

A Bernard et Eliane. Merci de répondre présents à tous les moments clés de la vie de notre famille.

Aux anciens clients et employés des Aravis et du Beau-Site qui sont restés dans nos vies. Un merci tout particulier à Manon et une pensée pour Jean-Pierre, vous avez fait énormément pour nous, j'aurais aimé pouvoir davantage être à vos côtés ces dernières années.

A mes cothurnes. Merci David d'avoir adouci le souvenir de cette première année par ton amitié. Merci Loïc pour cette deuxième année beaucoup plus légère, et pour toutes celles qui ont suivies. Je vous souhaite à tous les deux, aux côtés de Rose et Raphaële, beaucoup de bonheur pour la suite.

A ma marraine Julie, mes co-bizuths Anne et Kouider et mes bizuths Manon et Anne, aux « générations » qui ont suivi. Vous êtes un des meilleurs souvenir que j'ai de l'ESSA, j'ai toujours beaucoup de plaisir à vous revoir.

A mes camarades santards et navalais. J'ai fini par choisir une autre voie que la vôtre mais j'ai été honoré d'apprendre la médecine à vos côtés ces quelques années, je salue votre engagement et votre dévouement. Nos armées ont beaucoup de chance de vous avoir.

A nos amis, connus sur les bancs de la faculté. Merci à Marie et Maxime, Patrick et Amandine (et Agathe & Gabriel), Clothilde et Loïc. Vous êtes une seconde famille pour nous, on n'aurait pas pu envisager toutes ces années sans vous. Merci à vos parents de leur accueil généreux et régulier. Merci à Pauline, c'est toujours chouette de te

rejoindre sur les pistes ou ailleurs. Merci à Mariane et Laurent, Eva et Thomas. C'était un bonheur de vous avoir retrouvé, au plaisir de vous revoir prochainement.

A mes co-internes. Merci à Thibault B. pour ce premier semestre riche en trajets partagés. Merci à Marie, Claire, Julien et Florian pour ce sympathique semestre lyonnais aux urgences. Merci à Valentin B., fidèle parmi les fidèles du CHAL, pour notre gout partagé du cinéma et de la nature. Et évidemment, merci au CHAL'heureux, vous avez été de merveilleux co-internes, merci pour ce semestre inoubliable. On vous retrouve toujours avec un immense plaisir.

Aux internes du SyReL-IMG que j'ai eu la chance de côtoyer. Merci pour cette expérience associative et syndicale sans pareil. Merci de ce que vous avez fait pour les internes.

A nos amis non médecins. Merci à Claire et Matthias, Valentin R, Jérémie et Blandine, Maxime B., Alexis, Adrien et Lilian. Heureusement que vous êtes là pour nous faire parler d'autres choses que de médecine et élargir notre horizon.

A mes conscrits de La Clusaz, à mes amis du collège et du lycée, au plaisir de vous revoir !

Remerciements de Flavie Pouradier Duteil

A ma famille, merci de m'avoir soutenue toutes ces années. Merci de m'avoir aidé à devenir la personne épanouie et le futur médecin que je suis aujourd'hui.

A mes amis, Violaine, Marianne, Marie, Mathilde, Charlotte pour votre amitié et votre présence. Et tous les autres que je ne cite pas, merci de faire partie de ma vie.

Au praticiens, co-internes, patients, à tous ceux qui ont croisé ma route. Merci de m'avoir tant appris, de m'avoir fait aimer la médecine.

A tous les enseignants du DMG, qui m'ont ouvert d'autres horizons, et fait connaître la pédagogie.

Merci aux médecins qui m'ont permis d'arriver là en un morceau.

A Florian, merci pour la mise en page ! Et surtout merci pour ton soutien sans faille, ta patience, ta bienveillance, merci de me rendre si heureuse.

Et bien sûr merci à Clément, c'a été un bonheur de travailler avec toi, tu es en toute objectivité le meilleur co-thésard du monde ☺.

Sommaire

1.	Introduction	26
1.1	Contexte	26
1.2	Le programme du DES de médecine générale à Lyon	33
1.3	Problématique	36
1.4	Hypothèse	37
1.5	Objectifs	37
2.	Matériel et méthodes	38
2.1	Méthodologie de recherche mixte	38
2.2	Méthodologie de recherche qualitative : focus groupe	38
2.3	Méthodologie de recherche quantitative : questionnaire	45
3.	Résultats qualitatifs	50
3.1	Déroulement de l'évaluation et taux de participation	50
3.2	Formation 1 ^{er} et 2 ^e cycle	54
3.3	Formation facultaire 3 ^e cycle :	62
3.4	Formation en stage du 3 ^e cycle	78
3.5	Notions et concepts pédagogiques	86
3.6	La construction des compétences	100
3.7	La perception de l'APC par les IMG	104
3.8	Conceptions de la MG selon les IMG	110
3.9	Propositions pour la formation de médecine générale	112
4.	Résultats quantitatifs	119
4.1	Déroulement de le l'évaluation et taux de participation	119
4.2	Formation en stage et facultaire	123
4.3	Marguerite des compétences et compétences transversales	132
4.4	Perception de l'approche par compétence	136
4.5	Compétences, perception et construction	140
4.6	Propositions des IMG concernant le DES de MG	144
5.	Discussion	148
5.1	Synthèse des résultats	148
5.2	Forces et faiblesses de l'étude	148
5.3	Interprétation des résultats	152

5.4	Les propositions des internes	163
5.5	Perspectives de recherche	174
6.	Conclusion	176
7.	Bibliographie	179
8.	Annexes	184
9.1	Formulaire d'information et de consentement	184
9.2	Grille d'entretien qualitatif	186
9.3	Grille d'analyse qualitative	188
9.4	Questionnaire quantitatif	196
9.5	Résultats questionnaire quantitatif	202
9.6	Répartition du travail	209
9.7	Retranscription	211

Abréviations

APC : approche par compétences

ACP : approche centrée patient

BU : bibliothèque universitaire

CCA : chef de clinique assistant

CNIL : commission nationale de l'informatique et des libertés

CNGE : collège national des généralistes enseignants

CH : centre hospitalier

CHU : centre hospitalier universitaire

CSCT : certificat de synthèse clinique et thérapeutique

CUMG : collège universitaire de médecine générale

DCEM : deuxième cycle des études médicales

DFASM : diplôme de formation approfondie en sciences médicales

DFGSM : diplôme de formation générale en sciences médicales

DMG : département de médecine générale

DES : diplôme d'études spécialisées

EBM : evidence-based medicine

ECN : épreuves classantes nationales

ECNi : épreuves classantes nationales informatisées

ECOS : examen clinique objectif structuré

ETIL : enseignements transversaux pour les internes lyonnais

FMC : formation médicale continue

GEP : groupe d'échange de pratiques

MG : médecine générale

MOOC : massive open online courses, soit cours d'enseignements diffusés sur internet

MS : maitres de stage / -H : hospitalier / -U : universitaire

PCEM : premier cycle des études médicales

QCM : questionnaire à choix multiple

QROC : question à réponse ouverte courte

RGPD : réglementation générale sur la protection des données

RSCA : récit de situation complexe authentique

SASPAS = SP2 : Stage Ambulatoire en Soins Primaire en Autonomie Supervisée

SP1 : stage praticien niveau 1

SyReL-IMG : syndicat représentatif lyonnais des internes de médecine générale

TCEM : troisième cycle des études médicales

TCS : test de concordance de script

UCBL : université Claude Bernard Lyon 1

UFR : unité de formation et de recherche

1.INTRODUCTION

1.1 Contexte

1.1.1 L'éducation médicale

Comment devient-on médecin ? A fortiori, comment devient-on un bon médecin ? Ces questions sont fondamentales car elles sont liées à la finalité des études médicales et sous-tendent leur organisation. Par ailleurs, puisqu'assurer la compétence des futurs soignants est considéré comme une exigence sociétale (1), la formation des médecins est plus que jamais un sujet d'actualité. Pour remplir ces objectifs, les enseignants chercheurs des facultés de médecine consacrent une large partie de leurs activités professionnelles à l'enseignement, en complément de leurs activités de soin et de recherche. Cette importance, voire cette nécessité pour les médecins de former leurs jeunes aspirants confrères était déjà soulignée dès le serment d'Hippocrate dans sa version antique :

« Je ferai part de mes préceptes, des leçons orales et du reste de l'enseignement à mes fils, à ceux de mon maître et aux disciples liés par engagement et un serment suivant la loi médicale, mais à nul autre ».

Plus proche de nous, l'article R.4127-68-1 du code de la santé publique traite de ce rapport entre le médecin et son étudiant en stage :

« Le médecin partage ses connaissances et son expérience avec les étudiants et internes en médecine durant leur formation dans un esprit de compagnonnage, de considération et de respect mutuel. »

La notion de compagnonnage est importante puisqu'elle fait sortir l'enseignant et son élève d'un rapport vertical, au profit d'un rapport horizontal.

Reste le fait que la transmission de ses connaissances et de son savoir-faire n'est pas toujours innée et nécessite lui-même une formation. D'où l'importance de l'éducation médicale, terme parfois préféré à celui de pédagogie médicale. Toutefois, malgré son importance majeure, il s'agit, du moins en France, d'une jeune discipline en cours de constitution (2). Celle-ci aura vue émerger en quelques décennies un paradigme inédit qui touche du reste de nombreux autres domaines de l'éducation : il s'agit du paradigme d'apprentissage ou approche par compétences (APC).

1.1.2 L'approche par compétences

L'APC est issue de la psychologie humaniste, du courant dit de la « pédagogie d'adultes », de la perspective socio-cognitiviste (ou constructiviste) et de l'approche inspirée par la « démarche-qualité » (3).

1.1.3 Paradigme d'enseignement et paradigme d'apprentissage

Elle correspond à un paradigme d'apprentissage que l'on peut opposer au paradigme d'enseignement et à l'approche par objectifs (4).

Paradigme	D'enseignement ou de transmission	D'apprentissage ou de transaction
Objectif	Acquisition de connaissances	Développement de compétences
Principe de l'évaluation	Obtention de la bonne réponse	Evaluation formative et certificatrice : on observe autant le processus que le résultat.
Lors des évaluations, les erreurs sont	Sanctionnées	Exploitées
Relation avec l'enseignant	Hiérarchie	Soutien Interaction

1.1.4 Brève histoire de l'approche par compétence

Dans le domaine de l'Education, le concept d'apprentissage par compétences s'est progressivement diffusé (5): d'abord en Amérique du Nord des années 1970 à 1990, en Europe et en Australie à partir des années 1990 et aussi en Amérique du Sud et Afrique dans les années 2000.

En France, les compétences sont apparues dans les politiques de l'Education nationale à la fin des années 1980, avec un rapport demandé par Lionel Jospin, alors ministre de l'Education (6). Leur place a été réaffirmée en 2005 avec la publication du « Socle commun de connaissances et de compétences » s'intégrant dans les exigences européennes. A noter qu'en 2016, une nouvelle version de ce Socle commun de connaissances et de compétences a vu le jour avec la réforme du Collège menée par Najat Vallaud-Belkacem (7).

L'APC ne fait pourtant pas l'unanimité et a ses détracteurs. Ce sont principalement son côté utilitariste en lien avec des objectifs économiques et l'abandon des savoirs qu'elle impliquerait qui sont critiqués (8).

1.1.5 Les études médicales et l'approche par compétence

D'une façon générale, les études de médecine sont divisées en trois cycles bien distincts qui auront tous ont été réformés les uns à la suite des autres de 2010 à 2017 :

- Le premier cycle des études médicales (ancien PCEM, actuel DFGSM).
- Le deuxième cycle des études médicales (ancien DCEM, actuel DFASM) durant lequel les étudiants ont le statut d'externe.
- Le troisième cycle des études médicales (ancien TCEM) durant lequel les étudiants ont le statut d'interne.

Appliquée dès 2004, lors de la création du diplôme d'études spécialisées (DES) de médecine générale (MG) par le Collège National des Généralistes Enseignants (CNGE) (5), l'APC tend à se généraliser à la formation des futurs médecins. En effet, jusque-là absente du deuxième cycle des études médicales, la notion de compétence est apparue dans les textes de loi liés à la réforme du deuxième cycle des études médicales et des ECN de 2013 (9).

1.1.6 La notion de compétence

La notion de compétence est polysémique. Le CNGE a choisi de se baser sur la définition de J. Tardif (10), psychologue de l'éducation et professeur émérite de l'Université de Sherbrooke (Québec, Canada) :

« Une compétence est un savoir agir complexe prenant appui sur la mobilisation et la combinaison efficaces d'une variété de ressources internes et externes à l'intérieur d'une famille de situations. » (11)

Les notions corollaires de ressources et de situation y sont essentielles. D'après cette définition, une compétence ne se résume ainsi pas uniquement à une association de savoirs, de savoir-faire ou encore de savoir-être. Ces derniers peuvent être compris comme étant des ressources internes, qui, combinées à des ressources externes et mobilisées dans un contexte situationnel particulier permettent d'apporter une réponse adaptée. On est donc plus dans l'idée d'un comportement observable, en découle la difficulté de l'évaluation et l'intérêt limité des examens de connaissances pour certifier les compétences.

A la notion de compétence, peuvent s'ajouter les notions de capacité et d'habileté (12). En définissant une compétence comme un savoir agir complexe, on pourrait assimiler une capacité à un savoir-faire compliqué, au sens de composée, et une habileté à un savoir-faire simple : les habiletés s'intégrant au sein de capacités qui, elles-mêmes, permettent l'émergence des compétences.

1.1.7 Les compétences en médecine générale

Puisque l'APC occupe une place de plus en plus importante au sein de la formation médicale et en particulier en médecine générale, il a fallu alors définir plus spécifiquement les compétences utiles à la pratique de la médecine générale. Un référentiel métier et compétences du médecin généraliste a ainsi été publié (13).

Les compétences utiles à la MG peuvent ainsi se répartir dans trois champs d'activité (14):

- la démarche clinique
- la communication avec les patients
- la gestion de l'outil professionnel.

Le CNGE a abouti à la description de six compétences génériques transversales recouvrant l'ensemble des missions des MG et mises en forme dans un schéma baptisé « marguerite des compétences » (15) :

- Relation/communication, approche centrée patient : Capacité à construire une relation avec le patient, son entourage, les différents intervenants de santé ainsi que les institutionnels, en utilisant dans les différents contextes les habiletés communicationnelles adéquates, dans l'intérêt des patients.
- Premier recours, incertitudes, urgences : Capacité à gérer avec la personne les problèmes de santé indifférenciés, non sélectionnés, programmés ou non, selon les données actuelles de la science, le contexte et les possibilités de la personne, quels que soient son âge, son sexe, ou toute autre caractéristique, en organisant une accessibilité (proximité, disponibilité, coût) optimale.
- Continuité/suivi, coordination des soins autour du patient : Capacité à assurer la continuité des soins et la coordination des problèmes de santé du patient engagé dans une relation de suivi et d'accompagnement.

- Éducation/prévention/dépistage, santé individuelle communautaire : Capacité à accompagner « le » patient dans une démarche autonome visant à maintenir et améliorer sa santé, prévenir les maladies, les blessures et les problèmes psychosociaux dans le respect de son propre cheminement, et donc à intégrer et à articuler dans sa pratique l'éducation et la prévention.
- Prise en charge globale/complexité : Capacité à mettre en œuvre une démarche décisionnelle centrée patient selon un modèle global de santé (EBM, Engel, etc.) quel que soit le type de recours aux soins dans l'exercice de la médecine générale.
- Professionnalisme : Capacité à assurer l'engagement envers la société et à répondre à ses attentes, à développer une activité professionnelle en privilégiant le bien-être des personnes par une pratique éthique et déontologique, à améliorer ses compétences par une pratique réflexive dans le cadre de la médecine fondée sur des faits probants, à assumer la responsabilité des décisions prises avec le patient.

Pour chacune de ces compétences, des niveaux génériques ont été établis (16):

- Le niveau novice : niveau attendu à partir de l'entrée dans le DES et jusqu'à la moitié du SP1.
- Le niveau intermédiaire : niveau attendu en fin de SP1, soit l'acquisition d'une capacité à être mis en autonomie
- Le niveau compétent : niveau attendu en fin de DES.

Le CNGE a également réfléchi aux situations dans lesquelles ces compétences sont mises en action. Ont ainsi été définies 11 familles de situation (17).

1.1.8 Outils pédagogiques utilisés par les DMG

L'approche par compétences se concrétise dans l'enseignement du DES de MG par des outils pédagogiques utilisés de façon variable selon les différents DMG du territoire (18):

-Le Portfolio : outil d'évaluation du parcours des internes en médecine générale. Il est défini comme une collection organisée, authentique et évolutive de matériel permettant autant de conduire une auto-évaluation que d'obtenir des informations sur les compétences développées par l'interne (19).

-Les traces d'apprentissage : productions écrites de l'interne retraçant un élément d'apprentissage ayant contribué à l'acquisition de compétences (20).

-Les RSCA (récits de situations complexes authentiques) : récits rédigés à partir d'une situation professionnelle complexe vécue par l'interne, dont les faits sont décrits le plus objectivement possible et les perceptions le plus subjectivement possible. Il aide à améliorer les compétences professionnelles des internes en stimulant leur pratique réflexive et en favorisant la rétroaction pédagogique (21).

-Le tutorat : c'est un élément associé à l'approche par compétence. Dans ce cadre pédagogique, chaque étudiant a un tuteur qui suit son parcours et l'accompagne dans ses apprentissages. C'est en général le référent pour son évaluation et l'attestation de ses compétences (22).

-Le mémoire de stage de niveau 1 : parfois demandé en fin de SP1 de médecine générale. Il peut prendre plusieurs formes : le déroulement du stage et le rôle de l'interne, un travail de recherche préparatoire du mémoire de DES, un RSCA, ou un carnet de bord, etc.

-Le mémoire de recherche : il évalue les capacités de l'interne à mener une réflexion scientifique sur un sujet de la discipline. Il a pour objectif de développer les connaissances en soins primaires, en diffusant les travaux de qualité par la publication.

D'autres outils sont plus rares et surtout utilisés par les DMG qui n'intègrent pas un portfolio ou un tutorat :

- Les TCS (test de concordance de script) : de courtes situations sont présentées sous forme de questionnaire à choix multiple. Ils explorent le raisonnement clinique, paraclinique ou thérapeutique en situation d'incertitude. Face à une situation donnée, est-ce qu'une nouvelle information modifiera notre conduite, et dans quel sens ? La réponse de l'étudiant est comparée à celle d'un panel de médecins généralistes experts, et la notation est pondérée en fonction des réponses des experts (23).
- Les ECOS (examens cliniques objectifs structurés) : ils sont organisés en plusieurs stations de six à vingt minutes. Chacune propose à l'interne une situation clinique avec un objectif précis. L'interne est face à un patient simulé. Un observateur l'évalue suivant une grille d'observation. Chaque station évalue une ou plusieurs compétences (24).

1.2 Le programme du DES de médecine générale à Lyon

A Lyon, la formation de médecine générale s'articule autour de trois axes (25) :

- Une formation pratique avec les stages hospitaliers et ambulatoires.
- Un enseignement facultaire comprenant des séminaires, des journées d'études, des séances de formation médicale continue, des ateliers.
- Un tutorat, avec ses outils pédagogiques.

1.2.1 La formation pratique

Afin de valider le DES, il faut réaliser et valider 6 semestres, parmi lesquels :

- Un semestre de médecine polyvalente
- Un semestre d'urgences
- Un semestre en ambulatoire auprès de praticiens généralistes agréés maîtres de stage (ambulatoire niveau 1, SP1)
- Un semestre de stage en santé de l'enfant
- Un semestre de stage en santé de la femme
- Un semestre en stage ambulatoire de niveau 2 (SASPAS/SP2), ou stage hospitalier, ou stage selon projet professionnel.

A l'issue de chaque stage, les maîtres de stage, hospitaliers ou libéraux, doivent remplir une feuille d'évaluation des internes qui évalue le niveau des internes sur des aptitudes professionnelles et fait part d'observations éventuelles. Cette feuille est ensuite transmise au DMG qui évalue si le semestre est validé ou non

A noter que cette maquette a été réorganisée en trois phases par la réforme du troisième cycle des études médicales qui est entrée en vigueur en novembre 2017 (26):

- Une phase socle qui a pour vocation l'enseignement de la spécialité choisi par l'étudiant et l'acquisition de compétences plus générales jugées nécessaires à l'exercice du métier de médecin.
- Une phase d'approfondissement durant laquelle l'étudiant consolide et approfondit les connaissances et compétences propres à sa spécialité et construit son projet professionnel
- Une phase de consolidation qui n'est pas encore d'actualité pour la médecine générale qui reste en 3 années d'internat.

1.2.2 La formation facultaire

Cette formation, proposée dès le 1^{er} semestre, a pour but de faciliter l'acquisition des compétences nécessaires à l'exercice de la MG. Elle s'appuie sur les connaissances acquises en 2^e cycle, en sus d'un enseignement dispensé par la faculté. Chacun des enseignements proposés correspond à une ou des familles de situations rencontrées en pratique.

L'enseignement comprend :

- Une journée d'accueil.
- 2 séminaires en première année.
- Le choix parmi 10 ateliers optionnels et 3 ateliers de recherche.
- Une journée de présentation de thèses ou une journée symposium, au choix.
- 6 formations médicales continues (FMC) à valider pendant le DES.
- 10 journées d'étude, jumelées au stage SP1
- Un mémoire d'initiation à la recherche médicale ou un RSCA

1.2.3 Le tutorat

Le tutorat est un enseignement individualisé qui s'appuie sur le lien constant avec un tuteur. Il comprend par ailleurs :

- 11 groupes d'échange de pratiques (GEP), dont 2 en autonomie à valider pendant le DES.
- La tenue d'un Portfolio. Avec la réforme du troisième cycle, le Portfolio deviendra commun à tous les internes quelle que soit leur spécialité et pourrait bientôt être harmonisé à l'échelle nationale.

1.2.4 La validation du DES

Il s'agit du point final de la formation au DES de MG. Elle s'appuie sur un mémoire de synthèse et une soutenance qui permet la validation finale de l'ensemble du travail fourni, et est basée sur le Portfolio.

1.3 Problématique

L'APC semble dérouter les IMG lyonnais. Ceux-ci semblent avoir du mal à s'approprier les outils pédagogiques intégrés à leur formation comme ils peuvent le laisser entendre aux réunions de rentrée annuelles, à leur validation de DES ou d'une façon générale, dès qu'on leur donne l'occasion d'exprimer leur avis sur le troisième cycle.

A titre d'exemple, l'enseignement théorique est jugé par certains comme étant insuffisant et inadapté à la pratique, le Portfolio serait trop lourd et scolaire et la marguerite des compétences en décalage avec la réalité.

Il semble donc exister un défaut de compréhension voire d'adhésion, des IMG lyonnais à l'approche par compétences.

Cette situation pose un problème puisque la majorité de la formation en médecine générale à Lyon est basée sur cette approche par compétences. Peut-on être bien formé par des méthodes d'enseignement auxquelles on n'adhère pas ?

Ce travail de thèse d'exercice se propose de faire ressortir des éléments de compréhension face à ce constat. Sur quoi se base ce rejet apparent ? Concerne-t-il une majorité d'internes ? Comment les IMG lyonnais comprennent-ils l'approche par compétences ?

Telles sont les questions de recherche qui sous-tendent ce travail.

1.4 Hypothèse

La première hypothèse pouvant être formulée est qu'il existe un défaut de compréhension voire d'adhésion des IMG en ce qui concerne l'approche par compétences.

Cet état de fait pourrait reposer d'une part, sur la bascule pédagogique qui existe entre les 2^e et 3^e cycles des études médicales, et d'autre part, sur une absence ou une sous-utilisation d'outils permettant de la faire comprendre aux IMG.

1.5 Objectifs

L'objectif principal de ce travail est d'explorer le point de vue des IMG lyonnais sur l'APC appliquée au DES de MG, plus spécifiquement d'évaluer leur compréhension et leur adhésion à ce concept.

L'objectif secondaire de cette thèse d'exercice est de dégager des pistes d'amélioration de la formation du DES de MG à Lyon à travers les propositions des internes.

2. MATERIEL ET METHODES

2.1 Méthodologie de recherche mixte

La méthode de choix pour cette thèse compte tenu de la problématique a été une méthodologie mixte, qui permet de combiner la recherche qualitative, ainsi que la recherche quantitative dans un second temps.

Une méthode qualitative a été tout d'abord choisie puisque l'objectif était d'explorer la perception de l'APC par les IMG lyonnais, par le biais de focus group.

Une méthode quantitative a ensuite été utilisée, avec un questionnaire adressé aux IMG, afin de récupérer des données quantifiables à propos des concepts phares qui avaient émergés à la suite de la première analyse.

L'objectif de la combinaison des deux méthodes était de permettre de produire des données généralisables au maximum à la population des IMG lyonnais (27).

2.2 Méthodologie de recherche qualitative : focus groupe

2.2.1 Technique d'entretien et objectifs

Le but de premier de notre travail étant de déterminer comment les IMG lyonnais comprenaient l'APC, une première phase qualitative était nécessaire afin de faire émerger les concepts clés liés à l'APC.

Plusieurs méthodes de recherche qualitative étaient possibles, nous avons choisi de recourir à une technique d'entretien semi directionnelle sous la forme d'un focus group. En effet, le thème à aborder n'était pas du domaine de l'intime et la réflexion en groupe favorise l'émergence d'idées variées (28).

Cette technique permet d'évaluer des besoins, des attentes, des satisfactions ou de mieux comprendre des opinions, des motivations ou des comportements. Elle sert aussi à tester ou à faire émerger de nouvelles idées inattendues pour le chercheur (29).

Les entretiens ont été menés jusqu'à tendre vers la convergence des occurrences.

Cependant, les résultats obtenus étant de l'ordre du singulier, ils ne sont pas généralisables et ne peuvent s'affranchir d'un certain nombre de biais inhérents à cette méthodologie.

2.2.2 Guide d'entretien

Afin d'évaluer la perception de l'APC par les IMG, les thèmes suivants ont été jugés pertinents après l'analyse bibliographique. Les interviewés ont été amenés à exprimer leur regard sur ces sujets :

- Définition de l'APC et de la notion de compétence
- Définition et modélisation des compétences en médecine générale
- Outils pédagogiques issus de l'APC intégrés au DES de MG
- Alternatives à l'APC et outils pédagogiques qui en découlent
- Point de vue des internes sur l'APC
- Propositions des internes pour améliorer leur formation

Un premier canevas de guide d'entretien a été testé à l'occasion d'un mémoire d'initiation à la recherche intitulé : “L’approche par compétence vue par les internes de médecine générale lyonnais, entretien collectif pilote”, présenté et soutenu le 28 mars 2017.

A l'issue de ce mémoire de recherche, des ajustements ont été faits afin d'aboutir à un second guide d'entretien.

Le second guide d'entretien produit a ensuite été remanié à l'issue des deux premiers focus group afin d'améliorer la qualité du recueil de données.

2.2.3 Constitution de l'échantillon et recueil de données

2.2.3.1 Population cible et échantillonnage

La population cible de l'étude était l'ensemble des internes de médecine générale de la faculté de médecine de Lyon.

Les internes de 1^{re}, 2^e et 3^e année ont été recrutées en 2016, 2017 et 2018, chacun ayant sa spécificité et pouvant amener des points de vue différents :

- Les internes de 3^e année en fin de cursus avaient, pour la plupart effectué leur SP1. Ils avaient validé une majorité des enseignements facultaires et allaient bientôt aborder leur mémoire de synthèse si ce n'était pas déjà fait.

- Les internes de 2^e année étaient désormais habitués aux modalités pédagogiques du DES. La plupart n'avaient pas encore eu accès au SP1 et étaient dans des terrains de stage hospitaliers.

- Les internes de 1^{re} année interrogées en 2017 découvraient l'approche par compétences en même temps que leur nouvelle fonction d'interne. Ils avaient été dans la première promotion à passer les iECN en 2016

- Les internes de 1^{re} année interrogés en 2018 avaient connu la refonte effective du 3^e cycle des études médicales. Ils étaient les premiers à devoir valider le DES par étapes (phase socle puis phase d'approfondissement) avec des pré-requis spécifiques ; leur formation avait également été modifiée par rapport aux années antérieures. Ils étaient donc les seuls à avoir connu les trois réformes successives des études médicales de 2010 à 2017.

2.2.3.2 Recrutement et inclusion

Le recrutement des participants s'est effectué sur la base du volontariat et ceci via plusieurs canaux de communication :

- La page Facebook des internes en stage sur le lieu d'entretien pendant le semestre correspondant (ex : page Facebook des internes de Valence pendant le semestre printemps-été 2017), ainsi que la page Facebook du SyReL-IMG

- La mailing liste des internes actuellement en stage ambulatoire dans la région d'entretien

- L'invitation par oral via une présentation dans les différents groupes lors de plusieurs journées d'étude à destination des SP1.

Le nombre d'internes total par focus visé était de 6 à 8. La sélection finale des internes pour les focus group a été faite en fonction de leur disponibilité et de leurs profils, de sorte à ce qu'ils soient les plus variés possibles.

Les IMG étaient informés en amont du focus group que ce travail de recherche portait sur la pédagogie médicale. Cependant afin de minimiser les biais de réponse, ils ignoraient l'intitulé exact de notre recherche.

2.2.3.3 Critères de sélection

Le critère d'inclusion était d'être un interne en cours de DES de médecine générale à Lyon (Lyon Est et Sud) de la 1^{re} à la 3^e année.

Les critères d'exclusion étaient les personnes ayant validé leur DES, thésées ou non, ainsi que les internes d'autres spécialités.

Un échantillonnage raisonné a été effectué en recherche de variation maximale selon les critères suivants : semestre, sexe, âge, année d'internat, réalisation ou non du stage praticien et du SASPAS, soutenance de la thèse ou non, réalisation ou non d'un DESC, statut de civil ou militaire.

2.2.4 Organisation d'un focus group

2.2.4.1 Déroulement d'un focus group

Un focus group est organisé de la manière suivante : il rassemble plusieurs participants, et les invite à s'interroger et à débattre sur un sujet à travers des questions ouvertes (présentes dans le guide d'entretien).

Dans la tenue des focus group, les investigateurs ont été tour à tour modérateur puis observateur.

Le modérateur encadrait les entretiens : il invitait à approfondir certaines notions, il reformulait, répondait de façon la plus neutre possible, recentrait le débat.

L'observateur était présent pendant l'entretien et regroupait les informations non verbales, il faisait éventuellement part de ses remarques au modérateur pendant ou en fin de focus group.

Ces entretiens ont été effectués en semaine ou le week-end, après la journée de stage ou de formation des participants, soit aux environs de 19h.

2.2.4.2 Recueil de données

L'enregistrement du verbatim d'étude a été faite sous couvert d'anonymat et avec l'accord des participants au moyen de deux appareils, souvent un smartphone et/ou un dictaphone, afin d'éviter la perte accidentelle de données.

Les données sociodémographiques et le consentement des internes ont été recueillies avec un formulaire écrit à au début de chaque entretien. Les données sociodémographiques ont ensuite été anonymisées, et les formulaires originaux détruits.

2.2.5 Analyse des données

2.2.5.1 Transcription

Les enregistrements audios ont été transcrits mot à mot, avec ou sans l'aide du logiciel Audacity et VLC media player, sur le logiciel de traitement de texte Google Document et Microsoft Office Word.

Les marqueurs émotionnels non verbaux (rires, soupirs, intonations) ont été retranscrits entre parenthèses.

La retranscription des verbatim a été faite au fur et à mesure de la tenue des focus group.

Au cours de cette retranscription, une anonymisation des verbatims a été réalisée.

L'ensemble de verbatims a ensuite été renvoyée aux participants, pour vérification de la bonne saisie du verbatim et modification éventuelle à posteriori. Les éléments que les internes ne souhaitaient pas voir apparaître ont été supprimés et remplacés par des crochets.

2.2.5.2 Codage

Le logiciel NVivo V11 et V12 a été utilisé pour l'ensemble de l'analyse des données du focus group.

Les enregistrements ont été analysés pour la plupart dans l'ordre de recueil des données, chaque focus group étant analysé avant la poursuite d'un autre focus group afin d'affiner si nécessaire le canevas d'entretien. Les 2 derniers focus group ont été analysés en même temps.

Dans un premier temps, une analyse verticale, soit une synthèse de chaque focus group, a permis d'avoir une approche intuitive des verbatims pour chaque focus group.

Dans un second temps, une analyse horizontale, soit une synthèse de toutes les réponses à une même question, a permis de dégager des concepts importants (30).

2.2.5.3 Triangulation

Afin de limiter les biais d'analyse, les données ont été triangulées de manière théorique entre les deux investigateurs. En effet, chaque focus group a été analysé individuellement. Une mise en commun des analyses a ensuite été faite dans un second temps afin de faire émerger les différences éventuelles entre les investigateurs au niveau de l'interprétation des données (31).

Cette triangulation s'est notamment appuyée sur la rédaction d'une grille d'analyse commune organisant les différents thèmes et sous thèmes obtenus lors de la première analyse, réalisée de façon inductive. Une définition a été rédigée pour chaque élément présent dans la grille d'analyse. Une seconde analyse, déductive cette fois, a été réalisée par chacun des investigateurs en s'appuyant sur cette grille. L'analyse des données a ainsi été faite de façon séquentielle.

2.2.6 Aspects éthiques et réglementaires

Les internes ont été informés des enjeux de l'étude et de son déroulement par un formulaire informatif, d'abord envoyé pendant la période de recrutement, puis par une fiche de consentement signée en deux exemplaires avant les focus group. Le consentement pouvait être retiré à tout moment de l'étude.

Aucune donnée nominative n'a été conservée à l'issue du travail, seul le format informatisé et papier anonymisé sera conservé au bureau des thèses et référencé.

Par ailleurs, conformément à la loi Jardet, ce travail de recherche a fait l'objet d'une déclaration à la CNIL de l'UCBL.

2.3 Méthodologie de recherche quantitative : questionnaire

2.3.1 Objectifs

Pour faire suite à ce travail qualitatif et afin de voir dans quelles mesures les données obtenues par les focus groups seraient extrapolables aux IMG lyonnais, une étude quantitative a été menée au moyen d'un questionnaire.

L'objectif était d'évaluer les différentes proportions de répondants en accord avec les idées émises lors des focus groups.

2.3.2 Type d'étude

L'étude menée était une étude descriptive observationnelle monocentrique. Elle a été réalisée au moyen d'un questionnaire auto-administré écrit à remplir par voie informatique (30).

2.3.3 Population de l'étude

La population cible de l'étude était : les trois promotions d'internes de médecine générale des deux UFR de médecine de Lyon, qui partagent les mêmes modalités d'enseignement et d'évaluation pour le DES de médecine générale. Mais aussi les internes inscrits en « année thèse » qui ont validé tous leurs stages mais qui n'ont pas encore soutenu leur DES et/ou leur thèse d'exercice, ce qui permettait de suivre les premiers participants aux focus groups.

Tous les internes de médecine générale inscrits à la faculté de médecine de Lyon pour l'année universitaire 2018/2019 étaient donc incluables. Ce choix d'inclusion plus large par rapport au focus group nous permettait également de recueillir l'avis d'IMG au terme de leur DES.

2.3.4 Elaboration du questionnaire

Le questionnaire était composé de 15 questions, regroupées en 5 sous parties¹. Les questions portaient sur les thèmes principaux de notre grille d'analyse, à savoir :

- Perception de l'APC
- Contenu du DES de MG
- Construction des compétences
- Formation facultaire du 3^e cycle
- Formation en stage lors du 3^e cycle
- Formation théorique et pratique des 1^{er} et 2^e cycles
- Propositions pour la formation

¹ « Stages et formation facultaire », « L'approche par compétences », « Les compétences en médecine générale », « Informations personnelles », « Projets personnels »

La fin du questionnaire se rapportait à des données permettant de connaître le profil socio-démographique et le souhait d'exercice des participants.

Les modalités de construction des questions étaient diverses :

- Des échelles de Likert à 5 degrés dont un « sans avis » étaient utilisées pour évaluer le degré d'adhésion des participants à propos de propositions.
- Des questions à choix multiples, notamment pour connaître le projet des participants.
- Des menus déroulants et questions à réponse uniques ont aussi été utilisés pour caractériser la population.
- Des espaces réservés à du texte libre, permettait aux participants d'apporter des précisions relatives à certaines questions.

Nous avons opté pour une majorité de questions fermées à choix simple ou multiples, et ce afin de permettre une rapidité de réponse et d'exploitation de données.

Le questionnaire était précédé d'un texte expliquant le thème de l'étude, il était également assuré aux participant une anonymisation de leurs données, ainsi qu'un temps moyen de réponse au questionnaire.

Avant sa diffusion, nous avons réalisé un pré-test auprès d'une dizaine d'internes et d'anciens internes pour évaluer la rédaction des questions et la durée de remplissage.

Ce questionnaire a été informatisé via la plateforme de Lyon 1, par le biais du Logiciel LimeSurvey.

2.3.5 Diffusion du questionnaire

Le questionnaire a été diffusé en s'appuyant sur les principaux canaux de diffusion propres au SyReL-IMG : page de groupe sur les réseaux sociaux, site internet. La période de diffusion du questionnaire a été comprise entre le 08 février 2019 et le 02 avril 2019.

Deux relances ont été effectuées à 15 jours et un mois de la diffusion via ces mêmes plateformes, ainsi que à l'oral lors d'une journée d'étude le 19 mars 2019.

2.3.6 Recueil et gestion des données

Les données ont été recueillies de manière anonyme sur le logiciel LimeSurvey, puis exportées vers Excel pour faciliter l'analyse des données.

2.3.7 L'analyse statistique des données

Une analyse descriptive des données, mais également en sous-groupe selon certaines caractéristiques d'intérêt des répondants a été réalisée à l'aide du logiciel Excel. Les variables qualitatives ont été décrites sous forme d'effectif (n) et de fréquence (%).

Les sous-groupes d'intérêt étaient l'année de DES, et le projet éventuel d'investissement en pédagogie ou en recherche via la sélection d'un des items correspondants². Le choix des items à explorer en sous-groupe a été défini en amont de l'analyse statistique, et non réalisée à titre systématique.

² Réponse oui à au moins un des items parmi « maitrise de stage » « poste de CCA » « direction de thèse » « participation à des études » à propos d'un futur projet professionnel

La significativité statistique des analyses en sous-groupe, bien que limitée par leur méthodologie, a été testée via la plateforme en ligne BiostaTGV, en utilisant le test exact de Fischer. Ce test statistique était le plus indiqué compte tenu de notre échantillon, de notre facteur d'étude, et de nos variables de réponses.

2.3.8 Aspects éthiques et réglementaires

Le questionnaire a été mis en ligne sur une plateforme en conformité avec la RGPD en vigueur depuis mai 2018.

Une déclaration à la CNIL de l'Université Lyon 1 a été faite.

Les données ont été recueillies de manière strictement anonyme.

3.RESULTATS QUALITATIFS

3.1 Déroulement de l'évaluation et taux de participation

3.1.1 Déroulement des entretiens

Pour la partie qualitative, **5 focus group** ont été réalisés, ils réunissaient entre 2 et 6 participants, pour un **total de 22 internes**. La durée moyenne des focus group était d'environ **1h30**. Ces focus group ont été réalisés entre février 2017 et mars 2018, le lieu des entretiens était variable.

3.1.2 Caractéristiques de la population

3.1.2.1 Caractéristiques pour chaque focus groups

Les caractéristiques socio-démographiques détaillées des participants aux focus groupes sont les suivantes :

3.1.2.1.1 Focus groupe 1 : Findrol, le 2 février 2017

Age	Genre	Faculté d'origine	Année en cours	SP1 validé ou en cours	Activité syndicale / Enseignement
28 ans	M	Tours	2	Non	Non
27 ans	F	Lyon Est	3	Oui	Non
25 ans	M	Lyon Sud	2	Non	Non
27 ans	F	Grenoble	3	Non	Non

3.1.2.1.2 Focus groupe 2 : Valence, le 21 août 2017

Age	Genre	Faculté d'origine	Année en cours	SP1 validé ou en cours	Activité syndicale / Enseignement
27 ans	F	Roumanie	2	Non	Non
25 ans	F	Lyon Est	1	Non	Oui
25 ans	F	Lyon Est	1	Non	Non
25 ans	F	Bordeaux	1	Non	Non
28 ans	F	Kremlin Bicetre	1	Non	Non

3.1.2.1.3 Focus groupe 3 : Lyon, le 29 août 2017

Age	Genre	Faculté d'origine	Année en cours	SP1 validé ou en cours	Activité syndicale / Enseignement
27 ans	F	Nantes	3	Oui	Non
25 ans	F	Lyon Sud	2	Oui	Non

3.1.2.1.4 Focus groupe 4 : Lyon, le 12 décembre 2017

Age	Genre	Faculté d'origine	Année en cours	SP1 validé ou en cours	Activité syndicale / Enseignement
26 ans	M	Tours	3	Oui	Oui
25 ans	M	Lyon Est	3	Oui	Oui
26 ans	F	Lyon Est	2	Oui	Non
27 ans	F	Paris VII	3	Oui	Oui
27 ans	F	Lyon Est	3	Oui	Oui
27 ans	F	Reims	3	Oui	Oui

3.1.2.1.5 Focus groupe 5 : Lyon, le 11 mars 2018

Age	Genre	Faculté d'origine	Année en cours	SP1 validé ou en cours	Activité syndicale / Enseignement
25 ans	F	Lyon Est	2	Non	Oui
24 ans	F	Montpellier	1	Non	Oui
25 ans	F	Paris V	2	Non	Oui
26 ans	M	Bordeaux	1	Non	Oui
26 ans	M	Lyon Est	2	Non	Non

3.1.2.2 Caractéristiques générales des participants aux focus group

L'âge moyen des participants était de **26 ans**.

Pour ce qui est de la répartition du genre des participants (**73% femmes - 27% hommes**) il était représentatif de la population des internes de médecine générale.

Les internes sondés ont pour la plupart effectué leur **externat à Lyon, soit 46%**. Pour la répartition selon **l'année de DES** les résultats sont assez **homogènes**, environ un tiers de participants entre la 1^{ère} et la 3^{ème} année.

3.1.2.2.1 Répartition selon l'âge

Age	Nombre	Pourcentage
24 ans	1	5%
25 ans	8	36%
26 ans	4	18%
27 ans	7	32%
28 ans	2	9%

L'âge moyen, mais aussi la médiane des participants était de **26 ans**.

3.1.2.2.2 Répartition selon le genre

Genre	Nombre	Pourcentage
M	6	27%
F	16	73%

3.1.2.2.3 Répartition selon la faculté d'origine

Faculté d'externat	Nombre	Pourcentage
Lyon Est	8	37%
Lyon Sud	2	9%
Paris V	1	4.5%
Paris VII	1	4.5%
Kremlin-Bicetre	1	4.5%
Montpellier	1	4.5%
Bordeaux	2	9%
Nantes	1	4.5%
Tours	2	9%
Reims	1	4.5%
Grenoble	1	4.5%
Roumanie	1	4.5%

3.1.2.2.4 Répartition selon l'année de DES en cours

Année de DES en cours	Nombre	Pourcentage
1	6	27%
2	8	36.5%
3	8	36.5%

3.2 Formation 1^{er} et 2^e cycle

Les internes interrogés ont été amenés à s'exprimer sur les 1^{er} et 2^e cycles des études médicales pour mieux mettre en évidence les spécificités du 3^e cycle et ce qu'il impliquait en terme de changement de pédagogie.

3.2.1 Caractéristiques pédagogiques/général es du 1^{er} et 2^e cycle

3.2.1.1 Apprentissage centré ECN

Pour les IMG interrogés provenant de différentes facultés d'externat, l'approche pédagogique utilisée à cette période était bien **distincte de l'approche centrée patient** :

D5 : « sur la formation pendant l'externat, ce que je réalise maintenant, [qu'il est interne] c'est qu'elle est pas du tout centrée patient ».

Les étudiants décrivaient en effet un 1^{er}/2^e cycle avec une approche [D2] « **centrée ECN** », où la finalité de l'externat serait le classement ECN.

Certains étudiants soulignaient d'ailleurs que cette finalité est confondue souvent avec la pratique médicale post-ECN, alors qu'**un écart existe entre les compétences à la fin du 2^e cycle et le début du 3^e cycle**.

D5 : « à l'ECN les gens qui vont pouvoir répondre à des questions ils ont l'impression que c'est ça la médecine »

3.2.1.2 Formation hétérogène en fonction des facultés

Les internes notaient que la formation 1^{er} et 2^e cycle est différente selon les facultés, perçue par les IMG comme **inégalitaire**, avec la récurrence du champ lexical en lien avec l'inégalité quand la pédagogie durant l'externat a été abordée.

Les facteurs responsables d'inégalités fréquemment cités étaient une différence en termes de **maquette**, de **répartition temps hospitalier/temps facultaire**, de **méthodes pédagogiques** utilisées, de cours, de mode de classement.

3.2.1.3 Formation hospitalo-centrée

Tous les IMG étaient d'accord avec le fait que la formation pendant l'externat était très **hospitalo-centrée CHU** et que le corpus de connaissances spécifiques à la médecine générale n'était pas abordé :

D5 : « Parce que je savais pas, enfin, on parle pas de médecine générale à l'externat, sauf pour te dire « si tu rates tu vas être médecin généraliste », heu et donc l'enseignement de médecine générale je sais pas. »

3.2.2 Formation en stages 1^{er} et 2^e cycle

3.2.2.1 Stages ambulatoires

A propos des **stages ambulatoires**, les personnes interrogées décrivaient la réalisation d'**un seul stage** (obligatoire ou non) de ce type dans leur maquette **chez le médecin généraliste**.

Ce stage était **bien perçu**, l'intérêt de celui-ci était multiple, notamment :

- faire naître/confirmer leur vocation pour la médecine générale.
- offrir une première **approche du monde ambulatoire pour tous**, futurs IMG comme autres spécialités

D3 : « Ils vont pas tous être à l'hôpital et ils devraient plus voir ce que c'est la vie en dehors de l'hôpital »

3.2.2.2 Stages hospitaliers

A propos des **stages hospitaliers**, les IMG sondés citaient majoritairement des stages, en CHU, qui composaient la **totalité du reste de la maquette**.

Les IMG évoquaient majoritairement les **aspects négatifs** de ces stages avec :

- la séniorisation, ainsi que **l'évaluation des compétences** insuffisante.

E1 : « Vraiment c'est à l'externe de se débrouiller pour apprendre les gestes et comment faire quoi en choisissant bien ses stages quoi, mais il y a aucun cadre. Contrairement aux infirmières, aux aides-soignantes, qui elles ont des fiches d'évaluation de stage, des machins, des évaluations au cours du stage. »

- des **problématiques organisationnelles** : externes trop nombreux par terrain de stage, intégration difficile à l'équipe en lien avec la durée du stage («6 semaines » «8 semaines »), choix de stage au mérite.

3.2.2.3 Lien formation en stage / formation facultaire

D'une manière générale, les IMG sondés notaient que la **formation pratique est souvent délaissée au profit de la formation théorique** centrée ECN, plus valorisable lors des évaluations facultaires.

E1 : « La formation pratique est pas du tout mise en valeur. Enfin on est même plutôt incités à négliger au maximum nos stages pour réviser nos cours, parce que c'est sur ça qu'on est évalués. On n'est pas évalué sur le fait d'avoir appris quelque chose en stage ou d'avoir appris des gestes, ça c'est totalement négligé quoi. »

3.2.3 Formation théorique en 1^{er} et 2^e cycle

3.2.3.1 Cours présentsiels facultaire et référentiels annexes

Pour ce qui est de la forme de la formation théorique en 1^{er} et 2^e cycle, les IMG citaient essentiellement les cours **présentiels facultaire** en concurrence directe avec les supports de **cours écrits**.

A propos des cours présentsiels, les IMG décrivaient des enseignements facultaires centrés autour des **connaissances biomédicales**. Le **format pédagogique descendant** utilisé en cours était diversement apprécié par les IMG, certains jugeaient cette approche intéressante tandis que d'autres la jugeaient peu efficiente.

D4 : « *En ce qui concerne le 2^e cycle, plus pour la partie théorique qu'à l'hôpital, heu j'en ai très peu de souvenirs parce que j'y suis presque jamais allée. Parce que je trouve que c'était un petit peu dénué de sens, et que ça n'apportait pas grand-chose de lire des diaporamas à longueur de journée pendant des années.* »

E3 : « *Après c'est vrai que les connaissances sur l'externat ils [les enseignants] nous les enseignent bien* »

A propos des référentiels annexes («Collège»), les IMG les utilisaient comme **support pour les examens ECN**, parfois même à la place des cours facultaires auxquels ils ne se rendaient pas, notamment pour des raisons organisationnelles.

3.2.3.2 Un savoir hyperspécialisé parfois dénué de sens

En ce qui concerne le contenu de cette formation, les IMG parlaient d'une **quantité très importante** de connaissances biomédicales, parfois apprises **par cœur**, dont certaines seraient **hyperspécialisée**.

A3 : « *Déjà, je dirais, du point de vue d'un médecin généraliste, [la formation pendant l'externat] c'était moins bien parce qu'on était dans l'ultra-spécialisation.* »

Ces connaissances, même si certaines étaient décrites comme **indispensables pour la pratique future**, sont parfois perçues comme **dénuée de sens**, et peu en lien avec la pratique.

B5 : « *Même moi, j'avais eu un cours de pneumo, le gars il nous a dit : « Je ne sais pas pourquoi on vous fait apprendre ça, même moi, je ne le connais pas par cœur » »*

Les IMG spéculaient qu'un des buts de cet apprentissage théorique massif serait d'être un **outil pour départager les internes** lors de l'examen ECN.

B5 : « *On apprend des trucs, ça sert tellement à rien... c'est juste pour classer, franchement !* »

3.2.3.3 Oubli des savoirs déconnectés du corpus de MG

Les IMG disaient que de nombreux savoir appris pendant le 1^{er} et le 2^e cycle sont **oubliés** pendant l'internat car ils ne sont **pas usités**.

E4 : « *Moi je me sens pas toutes les connaissances, tout le temps sur pleins de sujets, parce qu'on oublie assez vite après l'internat. L'internat on s'est bourrés la tête avec des trucs qui sont pas utiles pour la pratique* »

De plus, les IMG notaient que les connaissances apprises en 1^{er} et 2^e cycle n'englobaient pas toujours le **corpus de savoirs de médecine générale**.

B5 : « Parce qu'il y a pleins de trucs qu'on apprend à l'ECN qui servent à rien, et après on est démunis face à des trucs tout bêtes. »

B1 : « Un cor au pied ! »

B5 : « Ouais mais franchement voilà c'est ça ! Un ongle incarné, qu'est-ce que tu fais ? »

Pour les IMG la méconnaissance de ce corpus de médecine générale impliquait un **nouvel apprentissage de connaissances**, ainsi qu'un **remodelage des connaissances** antérieures afin de l'adapter à la pratique de la médecine générale.

C2 : « Donc du coup, on arrive avec un gros retard qui est à combler très vite pendant l'internat et jusque-là on a du mal à, on traine des acquis, ça fait six ans qu'on nous a bourré le crâne avec des choses et il faut tout refaire quoi et je trouve que c'est dommage. »

3.2.4 Modalités d'évaluation pendant le 1^{er} et 2^e cycle

3.2.4.1 Les ECN, évaluation théorique commune imparfaite

Au sujet de l'évaluation théorique, les IMG ont cité quasiment exclusivement les ECN qui sanctionnent au niveau national le 2^e cycle, et ce en des termes **péjoratifs**. Pour eux les ECN seraient un mode **d'évaluation des connaissances théoriques brutes**, centrées sur les **détails** plus que les compétences

E4 : « Ce que j'ai trouvé un peu stérile, c'est l'idée du concours, c'est l'idée qu'au final les détails comptent plus que la compréhension globale. Et donc du coup la pression de connaître des détails, plutôt que d'avoir acquis un certain nombre de compétences en fait. De connaissances et de compétences. »

Par ailleurs, le classement qui en découlerait serait **peu représentatif des compétences réelles** d'un externe à faire un bon médecin.

Pour rappel, les ECN ont été réformés : autrefois sur papier sous forme de QROC, sont depuis 2016 sous forme de QCM sur tablettes. Les IMG interrogés étaient donc panachés au niveau des modalités de passage de cet examen.

3.2.4.2 Le CSCT, évaluation pratique à reproduire

Les IMG assimilaient le CSCT à un mode d'évaluation de leur **compétences clinique** à l'issue du 2^e cycle. Même si les IMG percevaient plutôt de manière **favorable** à cet examen, ils souhaiteraient que cette évaluation puisse être **continue** afin d'être plus représentative.

E3 : « Mais en fait [le CSCT] c'était pas du tout représentatif ! Parce que c'était un patient que tu connaissais pas, dans un service que tu connais pas, et t'avais que 20 min pour l'interroger, faire un examen clinique et plus ou moins poser un diagnostic. Et c'est vrai que c'est pas du tout adapté, parce que dans la vraie vie tu vas pas dire au patient « Attention top chrono on a 20 minutes ! ». Non tu vas prendre le temps et c'est ça qui d'ailleurs, je trouve, est hyper contradictoire. C'est que, je trouve, on parle toujours de la relation médecine-malade « faut que tu prennes le temps voilà de discuter avec ton patient, de te présenter plutôt que de l'agresser avec vingt questions et de l'examiner. » C'est pour ça que je trouve que le CSCT c'était pas du tout adapté, je trouve dommage de sanctionner les étudiants là-dessus. »

En effet, **l'évaluation de fin de stage**, pourtant obligatoire en théorie, était **plus ou moins effective** en fonction des facultés de provenances des IMG.

E1 : « En théorie, enfin quand tu regardes les critères d'évaluation de l'externat, en théorie ils sont censés le [l'évaluation de fin de stage] faire. »

- E3 : « C'est ça ! » - E1 : « Mais c'est pas fait ! » - E3 : « Voilà. »

Les modalités pédagogiques durant le 1^{er} et 2^e cycle étaient diverses selon les facultés, toutefois, la formation avait pour caractéristique commune d'être centrée sur les hôpitaux et sur les ECN.

Au niveau de la formation théorique, l'enseignement serait délivré via des cours facultaire descendants, et appuyée par des référentiels annexes. Des savoirs biomédicaux seraient délivrés en grande quantité, certains savoir hyperspécialisés étaient secondairement oubliés par les IMG.

Pour ce qui est de la formation pratique, de qualité variable, elle se déroulerait quasiment exclusivement à l'hôpital. Ces stages seraient parfois délaissés au profit de l'apprentissage des ECN.

L'évaluation commune à tous les IMG à la suite de l'externat était les ECN, cet examen des connaissances brutes était perçu comme imparfait. Le CSCT était perçu également comme une évaluation, moins prépondérante.

3.3 Formation facultaire 3^e cycle :

3.3.1 Formation médicale initiale

Les IMG ont été interrogés sur quels étaient les dispositifs de formation initiale³ proposés par la faculté et ce qu'ils en percevaient.

3.3.1.1 Formation dispensée par le DMG

Au sujet de la formation dispensée par le DMG et à destination exclusive des IMG, les internes interviewés ont cité les formations suivantes :

3.3.1.1.1 Ateliers

On remarque que la majorité des IMG anciens régimes interviewés **n'ont pas participé à des ateliers** :

B1 : « Et je ne sais pas si vous les avez fait les certificats optionnels ? »

B2, B3, B4, B5 : « Non... »

Les IMG indiquent ainsi que deux facteurs peuvent expliquer ceci :

- le manque de **motivation** par leur aspect optionnel.
- le fait que ces formations aient été **non disponibles** à la suite de la réforme de la phase socle.

³ A savoir, ces formations facultaires sont considérées comme validantes ou non pour la FMC, obligatoires ou optionnelles, selon la maquette pré/post réforme de DES.

La pédagogie utilisée lors de ces ateliers était **rapprochée du « format des GEP »** (B1), format auxquels les IMG ne s'attendaient pas forcément et qui ne leur semblait de leur point de vue pas toujours pertinent dans ce contexte.

B1 : « Je m'attendais plus à avoir un truc théorique en fait en disant : « Bon bah dans tel cas, tu coches telle case, tu fais telle chose... tel type de certificat pour telle situation ». Alors que là, ce n'était pas ça, c'est juste : « GEP et ce que vous avez rencontrées comme difficultés ». [...] En petits groupes, c'est bien, hein, mais pas forcément en forme de GEP tout le temps. (rires) Non, les GEP, j'aime bien ça, mais à petites doses. »

3.3.1.1.2 Journées d'études⁴

Les journées d'études sont globalement **très appréciées** par les IMG interviewés tant sur le fond que la forme, qui les perçoivent comme **très utiles pour leur pratique future**, ils souhaiteraient d'ailleurs avoir accès à ces journées **plus tôt dans leur cursus** :

C1 : « Ces journées d'étude, j'ai trouvé très bien aussi, je trouve qu'elles arrivent presque un petit peu tard parce que j'ai la chance d'être en quatrième semestre mais je me dis quelqu'un qui est en sixième semestre, finalement, il finit son internat et il a ses journées d'étude qu'à la fin alors qu'il y a plein de bonnes choses qu'on en retire, on se dit « si on avait su ça, il y a un an, il y a deux ans, ça nous aurait aidé dans telle ou telle situation ».

⁴ Les journées d'études sont **9 formations obligatoires** dispensées par des MSU jumelée au SP1. Les thèmes abordés sont le même d'une année sur l'autre et recouvrent les grandes thématiques de la médecine générale. Ces journées d'études se déroulent sur un mardi entier, à la faculté.

3.3.1.1.3 Réunion de rentrée⁵

Le contenu était jugé par les IMG sondé comme **intéressant**, mais **très dense**, ce qui parfois limitait la retenue des informations sur le long terme.

C2 : « Parce que je me souviens de la première réunion de rentrée, ou on est juste fraîchement interne, on débarque dans une ville, et là on nous en a juste mis plein la tête. On va nous parler du Portfolyon, on va nous parler de Lyon, on va nous parler de ci on va nous parler de ça et moi j'étais « ok », j'ai pris des notes. J'ai perdues toutes les notes que j'avais prises ce jour-là, donc voilà. »

L'**approche pédagogique** utilisée pendant le DES était présentée, mais pas comprise et reconnue :

B4 : « Je vois quand on a fait la journée d'accueil, ils nous présentent un truc, moi je me suis dit « Whaou, la formation va être ouf ! ». Ils ont l'air trop concernés par notre formation et en fait, tu te retrouves... »

⁵ La réunion de rentrée est une réunion obligatoire réunissant tous les nouveaux IMG lyonnais, elle a lieu début novembre à la faculté. La **maquette du DES** est présentée, ainsi que les différents **intervenants** : Collège universitaire de médecine générale (CUMG), Agence régionale de santé (ARS), Hospices civils de Lyon (HCL), bibliothèque universitaire (BU)...

3.3.1.1.4 Séminaires⁶

A propos du **contenu** de ces séminaires, les IMG rapportaient une utilisation de celui-ci limitée en raison de :

- Problématique de **temporalité**, pour le séminaire se documenter pour la pratique de la thèse.

D2 : « On a l'impression que là ils nous proposent quelque chose, pas forcément dans des timings hyper intéressants. Par exemple la formation sur comment utiliser les logiciels liés à la documentation, la thèse, en fin de première année. Nous personne en a grand-chose à carrer quoi, et on oublie tous et après quand ça devient le bon moment c'est un peu loin »

- Un contenu **trop conceptuel** ou **difficile à appréhender**.

A1 : « On n'a pas à la fac, quand on est internes, de cours [à propos du séminaire ACP] bien précis à part les grandes théories classiques dans les cours qu'ils nous font et je trouve qu'ils servent à rien, qu'on apprend pas grand-chose et au final, moi ça m'aide pas dans la pratique. »

A propos de **l'approche par compétence** véhiculée via les séminaires, les **avis étaient très tranchés**, certains IMG adhéraient fortement à l'approche pédagogique proposée, quand d'autre y étaient peu sensibles.

C1 : « Je trouve que elle est bien [notre formation] au sens où, au début de l'internat... notre premier semestre on a les journées « approche centrée patient » qui sont, j'ai trouvé, très intéressante[...]qui nous ouvrent tout ce côté relationnel avec le patient alors qu'on était dans un côté très scientifique pendant tout l'externat »

⁶ Les séminaires sont 2 formations facultaires obligatoires pour tous les **internes de 1^{ère} année**, les thèmes sont :

- **Approche centrée patient** (ACP), dispensé par des MSU
- **Se documenter pour la pratique de la thèse**, dispensé par le personnel de la bibliothèque universitaire
Ces formation ont lieu à la faculté par groupe d'une trentaine.

3.3.1.2 Formation écrite validante

3.3.1.2.1 RSCA / mémoire de recherche⁷

Les IMG interviewés disaient que le RSCA ou le mémoire de recherche constituait une **aide préliminaire pour la thèse** avec la mise en pratique d'un travail de recherche.

C2 : « RSCA qu'on fait dans le cadre du stage prat' ou alors au mémoire de recherche qu'on fait et où il y a vraiment de la biblio, ça peut nous aider pour la thèse etc... »

3.3.1.2.2 Mémoire de soutenance de DES⁸

Aucun IMG interrogé n'avait effectué son mémoire de soutenance de DES, mais certains étaient en cours de rédaction du mémoire. Celui-ci était globalement perçu par les IMG comme **chronophage** et **redondant**.

C2 : « Je trouve qu'on nous demande trop de travail de paperasserie [à propos du mémoire de DES] [...] Je trouve que le mémoire de DES il sert à rien, et que heu il prend du temps sur d'autres choses qui pourraient être intéressantes. »

⁷ Afin de valider le SP1, l'IMG doit produire au choix :

- un **récit de situation complexe et authentique** (RSCA), qui est une écriture clinique qui combine l'expression de l'intimité professionnelle et l'analyse de la complexité des situations cliniques rencontrées.
- un **mémoire d'initiation à la recherche**, de type descriptif, évaluatif, qualitatif, méta-analyse, recherche bibliographique.

⁸ Aussi appelé mémoire de synthèse de DES, il a pour vocation à expliquer le cheminement de 3 années d'internat afin d'optimiser l'acquisition et le développement des compétences en médecine générale. Rédigé en amont en **s'appuyant sur le Portfolio**, il est présenté à la soutenance de DES à la fin du 6^e semestre et conditionne la **validation du DES**.

3.3.1.3 Formation transversale

3.3.1.3.1 ETIL⁹

Un nombre important d'IMG avaient participé à des ETIL, ces formations étaient plébiscitées, en raison de leurs contenus variés, de **l'approche transversale** de choix, mais aussi de la **facilité d'accès** à celles-ci.

E3 : « Par exemple que d'ailleurs vous parliez du catalogue ETIL, je le trouve assez fourni et assez bien fait et je pense que l'idée d'un catalogue comme ça pour la médecine générale ça pourrait être une idée intéressante. Parce que moi aussi il y a des sujets où je me sens nulle, et moi aussi j'oublie pleins de choses de l'internat alors que j'en sors ! »

3.3.1.3.2 Enseignements propres aux terrains de stage

(« topos »¹⁰)

Au niveau de l'élaboration de ces enseignements, les internes interviewés disaient qu'ils prenaient parfois une part **active à l'élaboration du contenu**, ce qu'ils assimilaient à de l'autoformation.

B5 : « Chaque interne faisait un topo sur un cas qu'il avait rencontré ou des nouvelles recos, des trucs comme ça. Voilà, et ça durait 5 minutes et ça te formait sans que ce soit une GEP, sans que ce soit un cours magistral. [...] Enfin, c'était de l'autoformation, quoi. »

⁹ Les Enseignements Transversaux aux Internes de Lyon 1 (ETIL) sont un programme de formation accessible à **tous les internes de médecine lyonnais**, qui vient en **complément** des formations dispensés par le DES de médecine générale. Ils traitent de sujets divers et sont animés par un ou deux intervenants d'horizons divers (MSU, travailleurs sociaux, psychologues, biostatisticiens), la formation a lieu à l'université Lyon 1. La participation est optionnelle pour des IMG et non validante.

¹⁰ Les « topos », désignés comme tels par les internes interrogés, sont des formations dispensées **sur le site de formation pratique** des internes, le plus souvent des centres hospitaliers, qui viennent en complément de la formation facultaire. Les formats, la fréquence, leur aspect obligatoire ou non, sont très disparates selon les terrains de stage.

Par ailleurs, les IMG sondés appréciaient globalement ces enseignements, qui représentaient en termes de volume horaire une **part importante de leur formation**. Les réserves émises étaient liées à une formation parfois perçue comme trop spécifique, et une disparité en fonction de terrains de stages.

3.3.1.3.3 Tutorat

3.3.1.3.3.1 Variabilité du tutorat

Tous les IMG interrogés s'accordaient à dire ce qui prédomine dans le tutorat était une **grande variabilité** liée essentiellement au tuteur avec un champ lexical en ce sens très fourni.

En effet, ils décrivaient entre les tuteurs des différences au niveau :

- des **GEP** : travail en amont, thématiques libres ou imposées des GEP, support de GEP
- du **suivi par le tuteur** : explications pédagogique, supervision du travail de l'IMG via le Portfolio, fréquence du suivi individualisé

E1 : « On sent qu'il y a une grosse discordance entre les différents tuteurs. Enfin ils ne gèrent pas tous leurs groupes pareils, ils leur font pas faire les mêmes trucs, les GEP se ressemblent pas du tout je trouve, enfin de ce que j'en entends. »

Les IMG interviewés disaient que c'était l'ensemble de ces facteurs qui **conditionnait l'adhésion** au tutorat.

3.3.1.3.3.2 GEP¹¹

Les IMG interviewés **appréciaient** beaucoup les GEP, ils citaient plusieurs raisons :

- l'apprentissage qui découle de **l'échange** à propos de situations cliniques, entres internes et guidé par le tuteur.

- le **travail en amont** qui permet un recul, source d'élaboration et de prise de conscience des compétences.

C2 : « Je me rends compte qu'avec les GEP, j'apporte un cas puis je l'écris et je le vois un peu différemment, et après on en reparle et je le vois encore différemment »

- **l'aide pédagogique** via l'explicitation de l'approche par compétence par les tuteurs et les co-tuteurs.

En pratique les IMG jugent que les GEP présentaient **un apport pour leur DES et leur pratique future.**

A3 : « Globalement, honnêtement, on en tire pas mal [des GEP], on apprend des trucs, on est avec des généralistes donc c'est pas mal. C'est bien.»

Les limites des GEP exprimés par les IMG étaient l'aspect parfois trop scolaire, ou trop libre, la **place du tuteur** jugé trop ou pas assez présente, ces aspects étant **dépendant du groupe de GEP.**

A1 : « Enfin les GEP à la fac moi je trouve c'est trop scolaire, on ne comprend pas forcément l'intérêt, alors que quand on a fait la GEP en autonomie, on était moins nombreux déjà et puis on a pu partager nos pratiques et puis sortir un peu du cadre scolaire. »

¹¹ Les groupes d'échanges de pratiques (GEP) sont une réunion entre internes et plus ou moins tuteur senior qui se tient pour **analyser des situations professionnelles** rencontrées dans leur pratique à partir des problèmes soulevés ou de questions identifiées. Les IMG doivent valider pour leur DES 11 GEP dont 2 en autonomie.

3.3.1.3.3 Supervision du tuteur¹²

Les IMG disaient que les tuteurs représentaient un interlocuteur privilégié en cas de **difficulté** rencontrée en stage.

Les tuteurs représentaient aussi une aide pour **construire des compétences** et pour expliciter **l'approche par compétence**, malgré la variabilité inter-tuteur.

B2 : « J'ai l'impression qu'ils ne sont pas tous formés à la même chose parce que moi j'ai l'impression qu'elle débarque... elle ne connaissait pas le Portfolio, enfin... »

Parce que le soutien du tuteur était très apprécié, certains IMG souhaitaient qu'il soit **plus présent** dans leur formation :

C2 : « Moi je pense qu'il faudrait peut-être qu'on voie plus souvent notre tuteur, ou qu'on ait plus souvent des contacts avec eux par mails, ou par téléphone. Parce que, effectivement, de temps en temps ça fait un petit rappel de « faudrait faire ci, faudrait faire ça ». »

3.3.2 Formation médicale continue

3.3.2.1 Congrès

Peu nombreux étaient les IMG sondés à avoir participé à des congrès, mais les formats décrits (conférences, choix entre plusieurs formations brèves) ont été considérés comme des vecteurs **efficaces de connaissances**.

¹² Le tuteur est un **médecin senior**, qui encadre des internes de manière **collective** lors des GEP mais aussi de manière **individuelle**. Les IMG ont 2 rendez-vous individuels avec les tuteurs obligatoires pour la validation du DES.

A2 : « En fait c'était sympa parce que c'était des conférences et ça j'avais pas l'impression que ça faisait vraiment cours théorique en fait. C'était vraiment des échanges avec le public et des psychologues, infirmiers et autres... Et ça c'était très utile, je pense pour la pratique. »

3.3.2.2 Formation en ligne

Les IMG ont également abordé les formations en ligne, via les MOOC qui sont des enseignements vidéo/audio diffusés par internet. Ces formations étaient **peu connues**, mais les IMG qui suivaient des formations en lignes pointaient du doigt la **facilité d'accès à ces formations** du fait de leur dématérialisation.

A1 : « S'inscrire à des formations sur internet qui sont pas forcément payantes, je pense que ça pourrait être une solution pour les internes de médecine générale qui sont en Rhône-Alpes tous dispatchés, tous très loin... et pour qui c'est compliqué de revenir à la fac une journée par semaine par exemple pour se former du fait des obligations de service. »

3.3.3 Outils pédagogiques

3.3.3.1 Niveau de compétence

Les concepts de niveau de compétences était inconnu des IMG sondés, la plupart ignoraient où trouver la ressource.

B4 : « Juste c'est quoi ces niveaux ? Est-ce que c'est dans le portfolio ? »

Lorsqu'ils mentionnaient les niveaux de compétence, les IMG ne les comprenaient pas ou le trouvaient **difficile d'utilisation en pratique**.

E3 : « C'est vrai que quand moi j'essaie de cadrer entre ce que je fais en stage et sur la feuille [des niveaux de compétences], c'est vrai que j'ai un peu de mal à y faire correspondre ».

3.3.3.2 Marguerite des compétences¹³

Chez les IMG interviewés, le schéma de la marguerite **était globalement connu** malgré quelques imprécisions, l'endroit où trouver cette référence aussi.

La marguerite était utilisée par les IMG comme un **outil d'auto-évaluation** à posteriori.

C1 : « Je regarde à chaque fois la marguerite quand je fais mes GEP pour me dire « OK, je peux mettre ça dedans » et j'ai du mal à trouver les capacités et les habiletés que j'ai. »

Cependant, l'utilisation pratique de la marguerite n'est pas comprise par tous, elle semblait peu intuitive aux IMG et était **conditionnée par l'explication d'un tiers aguerri**.

B1 : « Quand on te le répète, répète et répète ça va, mais enfin moi je sais que j'ai d'autres connaissances, heu amis, qui sont dans le même cas que moi et qui ne comprenaient pas le truc et le Dr X vu qu'elle est dedans et vu que c'est elle qui a mis en place la marguerite du coup elle nous l'explique clairement. Mais quand on est dans un autre groupe ils sont complètement largués quoi donc heu c'est bien en théorie mais en fait ça prend la tête ! »

¹³ La marguerite des compétences, est utilisée dans les DES de médecine générale. C'est un outil pédagogique d'apprentissage centré sur l'acquisition et le développement de compétences dans la formation initiale, il a été développé par le Collège National des Généralistes Enseignants (CNGE).

Les IMG notaient également une crispation importante au niveau de sa **dénomination** : le terme marguerite leur semblait en effet infantilisant et peu professionnel.

D5 : « Je pense qu'il y a un problème avec cette histoire de marguerite, en fait à partir du moment où on dit marguerite, tout le monde est bloqué ! Enfin je veux dire c'est infantilisant le fait de, dire heu « marguerite » ! Enfin en tout cas c'est ressenti comme ça et c'est à mon avis pour ça qu'il y a un gros blocage quand on parle de marguerite on te fait un dessin. »

3.3.3.3 Revues

Les IMG ont cité les **revues médicales** (Prescrire), qu'ils utilisaient pour **réactualiser des connaissances médicales** qui leur ont été transmises en amont.

A1 : « C'est-à-dire que... quand on lit les revues médicales finalement, on se rend compte que...notamment Prescrire... on se rend compte que ce qu'on a appris à la fac, c'est pas forcément ce qui est le plus indiqué... et qu'on fasse RESET sur notre mémoire et qu'on réapprenne pas mal de choses. Mais en même temps c'est bien, hein. »

3.3.3.4 Ouvrages de références

Les **ouvrages de référence en médecine générale** étaient méconnus et **peu usités** des IMG qui disaient connaître et utiliser des corpus de référence d'autres spécialités.

B1 : « Enfin moi le collège de médecine générale, je l'ai découvert en D4 dans un rayon de la BU, je ne savais pas qu'il existait ! (rires) Je me suis baladée dans les rayons et je me suis dit : « Ha tiens, Collège de médecine générale, ça existe... d'accord... ». Je ne l'ai pas ouvert, hein, mais il existe quand même. Il doit y avoir des trucs dedans qui répondraient peut-être à certaines de nos questions mais on devrait avoir des cours de med gé quoi ! »

3.3.3.5 Portfolio¹⁴

Au **début de l'internat**, les IMG disaient qu'ils ne **comprenaient pas** le Portfolio. Ils décrivaient un Portfolio plus complexe au niveau de son organisation qu'en réalité, de plus les termes pédagogiques étaient incompris.

I : « Ce qui pose problème du coup c'est la compréhension [du portfolio] pour vous ? » - B5, B4 et B2 : « Ouais. »

C'est pour ces raisons que certains IMG souhaiteraient sa **suppression**.

D1 : « J'espère que le Portfolio va disparaître ! »

La compréhension de l'intérêt du Portfolio, et son utilisation semblait **progressive au fil de l'internat**. Le portfolio était utilisé pour prendre du recul sur des cas, **construire** des GEP, matérialiser l'acquisition de compétences, **s'auto-évaluer**.

D4 : « Pour avoir essayé de remplir mon Portfolio, j'y ai trouvé mon intérêt : j'ai trouvé intéressant de le faire et je pensais pas y trouver autant d'intérêt [...] l'auto-formation elle est assez stimulée quand tu fais l'effort de mettre par écrit et de mettre en ordre tes idées sur les situations que tu as rencontré et j'ai trouvé que c'était un exercice pertinent. »

Cependant en pratique le Portfolio était souvent peu rempli dès le début de l'internat, ce qui mènerait chez certains IMG à un « **remplissage** » (C2) du Portfolio **artificiel** à la fin d'internat, où il est parfois perçu comme un « *devoir* » (C2).

B2 : « Ben moi à la première GEP, on avait des années sup avec nous, et bah c'est à eux qu'on a demandé du coup le Portfolio comment faut le remplir. Et ils disent « ah bah moi j'ai jamais compris du coup j'invente des cas maintenant », D'accord, bon.... (rires et « hummm » dubitatifs des participants) »

¹⁴ Le portfolio est une collection organisée et cumulative de travaux et de réflexions, qui **rassemble** des informations sur les compétences que l'interne a développées au cours de son DES, il est enrichi par l'IMG au cours de son DES.

3.3.4 Articulation formation facultaire – formation en stage

3.3.4.1 Articulation temps de stage - temps facultaire¹⁵

Dans les stages hospitaliers, le temps de **travail facultaire était peu respecté** :

E2 : « Je pense qu'il y a d'abord un problème qui est commun par rapport à l'assiduité, avec le problème de l'auto-formation : c'est que les « journées d'auto-formation » qu'on devrait avoir « entre guillemets » c'est très, très peu appliqué en pratique et du coup voilà on est... C'est plus un problème de temps, d'emploi du temps et d'énergie. Si on avait chaque semaine, quel que soit le stage, une journée de formation vraiment dédiée, pouvoir se poser et se consacrer à notre formation, que ce soit facultaire avec des cours type connaissances ou pour notre auto-formation type compétences, ce serait plus fait et mieux accepté je pense. Enfin bon ça c'est un problème partout. »

Les **raisons invoquées étaient multiples**, notamment : des difficultés organisationnelles en lien avec leurs absences, la peur d'être mal perçu par les maitres de stage, la charge de travail résiduelles pour les co-internes en leur absence.

Il en résulte que le nombre d'heures passé en stage est décrit comme inversement proportionnel au temps dédié à l'autoformation :

B4 : « Non, mais du coup, il faut juste moins d'heures à l'hôpital pour aller se former. »

¹⁵ A propos de l'articulation entre le temps en stage et le temps de formation, le décret n° 2015-225 du 26 février 2015 relatif au temps de travail des internes stipule qu'à propos des obligations de service de l'interne au titre de sa formation universitaire, huit demies journées sont dédiées au stage, et deux demies journées sont dédiées à la formation de l'interne.

3.3.4.2 Articulation lieu de stage – faculté

Les IMG notent que la **distance entre leur lieu de stage et leur lieu de formation facultaire**, est un facteur qui les restreint pour se rendre en formation, surtout lorsqu'ils effectuent leurs stages à distance de Lyon.

B4 : « Après je pense que les GEP c'est mal vu parce qu'aussi, il faut y aller ! Franchement, quand tu es en périph', enfin, c'est-à-dire tout le temps quasiment, tu dois te taper deux heures de route pour aller à une GEP qui dure quatre heures... En plus, moi c'était toujours sur des lendemains de garde donc du coup, c'est juste... Enfin quand t'es en périph c'est vraiment compliqué ! »

Ils notent également que pour ce qui est formation personnelle, la **dispersion des IMG** sur le territoire en stage limite l'émulation entre internes pour **s'auto-former** :

B4 : « Mais après ça vient aussi du fait qu'on est plus dispersés dans la région de Lyon... nous on était à tel endroit et tu te retrouves, en fait, tout seul, dans ta chambre d'internat... mais donc avec tes co-internes... ça va c'était pas le cauchemar... mais le lien avec la fac, il n'est plus là du tout. »

A propos de la formation médicale initiale les IMG ont parlé de :

- **la formation facultaire : journées d'études, perçue comme très formatrices ; réunion de rentrée ; séminaires ; ateliers, peu suivi par les IMG.**
- **la formation écrite : RSCA ; mémoire de recherche ; mémoire de soutenance de DES.**
- **la formation transversale : ETIL; topos ; tutorat, sous forme de GEP, variables selon le tuteur.**

Pour la formation continue, ils ont parlé des congrès et de la formation en ligne.

Les outils pédagogiques : niveaux de compétences, marguerite des compétences et portfolio rencontraient des difficultés de compréhension. Les autres outils cités étaient les revues et ouvrages de référence.

Les IMG disaient que le temps de travail facultaire était peu utilisé en raison de conflit de lieu et d'horaires avec les stages.

3.4 Formation en stage du 3^e cycle

3.4.1 Terrains de stage

3.4.1.1 Stages ambulatoires

3.4.1.1.1 Des stages plébiscités mais trop rares

Pour les stages ambulatoires, les IMG sondés faisaient référence aux SP1 et aux SASPAS, l'offre ambulatoire étant peu développée par ailleurs en termes de nombre de terrains de stage.

Les IMG notaient que les stages ambulatoires étaient très **formateurs** :

D2 : « mais c'est vrai que quand je réfléchis au moment où j'ai l'impression de m'être plus formée, je pense que les stages ambulatoires y sont pour beaucoup. »

Cependant, les IMG trouvaient que les stages ambulatoires étaient **trop peu nombreux** et effectués trop tardivement dans la maquette.

B1 : « Le problème c'est, on en revient à la même chose, c'est que on a un stage voire deux de prat' sur 3 ans d'études, alors que toute notre vie on va la passer en cabinet, et ça c'est triste. »

3.4.1.1.2 L'ambulatoire vecteur de compétences spécifiques

Les IMG disaient qu'ils découvraient en ambulatoire des **connaissances et compétences propres à la médecine générale**, parfois contradictoires avec les acquis de l'externat et des stages hospitaliers.

D5 : « Donc quand on se retrouve en stage prat' en ambulatoire, là ça mobilise des choses qu'on a pas l'habitude de gérer, et donc c'est pas le collègue de rhumato qui va nous dire comment faut gérer la chose. »

Les stages ambulatoires étaient perçus comme plus formateurs sur le plan **relationnel** que les stages hospitaliers.

C1 : « Parce qu'à l'hôpital, on a beaucoup moins ce rapport avec le patient [...] on est beaucoup plus sur un versant scientifique à l'hôpital, scientifique, médical, que le relationnel qu'on a en médecine générale. »

On constate que pour décrire ces stages ambulatoires, les IMG comparaient très souvent ceux-ci et les stages hospitalier, sorte de référentiel, faisant apparaître une **bascule entre les stages** hospitaliers et ambulatoires.

C2 : « La médecine ambulatoire et hospitalières sont différentes »

3.4.1.2 Stages hospitaliers

Les IMG interrogés étaient globalement assez **critiques** avec les stages hospitaliers.

3.4.1.2.1 Formation hospitalo-centrée distincte de la pratique ambulatoire

Au niveau des savoirs transmis en stage hospitaliers, ils seraient perçus par les IMG comme des savoirs théoriques issus d'une **médecine protocolisée parfois hyperspécialisée**, souvent en décalage avec la pratique future essentiellement ambulatoire des IMG.

B1 : « Enfin, c'est très bien que l'hôpital nous fasse des cours sur les antibiotiques, de machin, de résistance, de truc... On s'en fout ! Quand tu as une BMR, bah tu l'envoies à l'hosto, ce sont les infectios qui vont gérer. Enfin, ce n'est pas toi toute seule qui va le mettre sous Imipénème. »

Par ailleurs, les IMG notaient qu'en stage hospitalier le **temps de travail est important**, ils rapportaient des difficultés pour s'absenter de stage, ce qui entraînait directement en concurrence avec leur formation personnelle.

D2 : « c'est vrai qu'à l'hôpital, oui, j'ai pas eu l'impression d'avoir beaucoup de temps, ni d'avoir vraiment des moments où j'ai eu l'impression d'être vraiment dans la formation perso quoi. »

3.4.1.2.2 Incompréhension entre les maîtres de stage hospitaliers et les IMG

Au niveau pédagogique les MSH seraient peu au fait des **modalités pédagogiques** du DES de médecine générale. Par conséquent les MSH ne seraient **pas aidants** pour informer et soutenir les internes sur le plan pédagogique.

B1 : « Notre formation, déjà, les GEP c'est abstrait pour certains, heu comme truc, alors heu si tu rentres dans le détail du Portfolio, de la marguerite, des trucs, alors là tu les [MSH] perds ![...] Déjà quand t'a du mal toi-même à comprendre ce que c'est (le groupe acquiesce), et heu quand t'en discute avec tes chefs ou quoi [...] et qui sont pas au courant, il y a un blocage quoi, tu peux pas le nier. »

Les IMG percevaient également un décalage en lien avec une **méconnaissance** entre les attentes de la part des MSH et celles du DMG, source de difficulté pour les IMG.

E4 : « Donc on a d'un côté des professeurs à l'hôpital qui ne connaissent pas la médecine générale, et on a de l'autre côté des professeurs de médecine générale qui ne comprennent pas bien ce qui se passe à l'hôpital, et ce décalage il est problématique. »

D'une manière générale, les IMG notaient qu'entre la pratique hospitalière et ambulatoire, les **compétences** mises en jeu leur semblaient **distinctes**.

D6 : « Les compétences attendues en hospitalier sont pas du tout les mêmes que celles attendues en médecine générale »

3.4.2 Apprentissage en stage

3.4.2.1 Retour des patients et paramédicaux

Les IMG disaient que l'apprentissage en stage se faisait par le biais des retours des patients et des paramédicaux, qui leur permettaient notamment :

- **d'estimer leurs compétences**

D1 : « Je pense que la personne qui est la plus à même de nous renvoyer l'image de nous-même en termes de compétences c'est le patient. »

- d'être supervisé et de progresser dans la **relation de soin**.

E1 : « Et mine de rien, les infirmières, les cadres de santé elles sont pas mal là pour nous le faire comprendre, nous le rappeler, si on est maladroits humainement. »

3.4.2.2 Supervision des maitres de stage

3.4.2.2.1 Supervision en stage

Les IMG sondés étaient tous très attachés à la supervision et l'évaluation par les MS en stage. Elle était perçue comme un vecteur de progression majeur et permettait également de **matérialiser les compétences** acquises.

E5 : « C'est vrai que c'est vachement formateur parce que tu te dis, t'as ton regard de premier petit semestre où t'as l'impression que tu fais tout de travers, et puis finalement, t'as le chef de service qui te dit : « Ba non, ... », parce que bon, ben lui, il en a vu passer des tonnes et des tonnes, des internes, donc il peut vraiment te dire : « Ba voilà, t'as été compétente... », pour revenir sur cette histoire de compétences, « voilà, ben tu as été exactement comme on attend... t'as fait exactement ce qu'on attendait de toi », et c'est vrai, je trouve que c'est pas mal d'avoir un retour par quelqu'un qui t'a vu faire. »

Les IMG disaient que certains éléments relatifs à l'apprentissage étaient MS-dépendant, avec :

- une **supervision** variable. Lorsque la supervision était vécue comme **insuffisante**, il en découlait un sentiment d'**insécurité** pour les IMG.
- une **formation théorique** variable selon les MS.

C1 : « Et en fait en pratique, dans les stages hospitaliers, il n'y a pas tant que ça de formation, c'est très aléatoire. »

3.4.2.2.2 Conflit générationnel

Les IMG décrivaient des difficultés en stage avec certains MS. Les IMG sondés percevaient en effet un conflit entre le vécu du déroulement de l'internat des MS et le vécu des internes actuels. Il en découlait un sentiment de **dépréciation** de la part des internes pour la manière dont s'organise le DES de médecine générale.

B1 : « Ce n'est pas comme si on ne se prenait pas tout le temps des bâches en mode : « Nous, à notre époque, machin... ». Même si c'est sur le ton de la rigolade, ça sort tout le temps, quoi. Non, mais voilà. (air mécontent) »

3.4.3 Evaluation en stage

3.4.3.1 Objectifs de stage

Les IMG sondés disaient qu'en début de stage les objectifs de stage, n'étaient **pas toujours formalisés**. Lorsqu'il leur était demandé de « formaliser » par eux-mêmes leurs objectifs de stage, les IMG ne savaient pas toujours **reproduire cette pratique par eux même**, notamment sans guidance.

E4 : « Parce que là, on est censé tout faire nous-même, fixer nos objectifs de stage et voir à la fin du stage tous seuls comme des grands si on a bien rempli nos objectifs de stage et en soi, je pense que personne ici n'a réfléchi au début de son stage quels étaient, de façon très formelle, ces objectifs de stage et que personne ne fera le point à la fin, je veux dire, seul, sans guidance. »

3.4.3.2 Evaluation en stage et en fin de stage

A propos de l'évaluation en stage, les IMG trouvaient cette pratique « **très intéressante** » et « formatrice » surtout lorsque :

- les IMG étaient évalués par des maitres de stage qui les ont **supervisés**.

E3 : « Mais c'est vrai que ce que tu disais, le retour par ton, par quelqu'un qui t'a vu, pas forcément le chef de service qui t'a croisé deux fois sur six mois, mais quelqu'un qui a vu ton travail, qui t'a vu évoluer, je trouve que c'est super intéressant. »

- il était possible de croiser la perception du MS et de l'IMG au niveau de l'évaluation, c'est à dire d'effectuer une **auto et une hétéroévaluation** du stage.

E4 : « Que l'évaluation de stage, elle se fasse à deux et en toute honnêteté, enfin... Que moi je remplisse une partie de qu'est-ce que je pense que j'ai acquis dans ce stage comme compétences et que le chef fasse pareil et qu'on confronte à peu près les deux, je pense que ça ce serait quelque chose qui serait intéressant. »

- les IMG bénéficiaient d'une **évaluation régulière** en cours de stage.

Les IMG disaient que l'intérêt formatif de cette évaluation était moindre lorsque :

- l'évaluation était trop **tardive** ou **inexistante** au cours du stage.

B4 : « C'est un truc qu'on pourrait reprocher en majorité à nos maitres de stage, c'est à dire d'attendre les 6 mois de stage pour faire un bilan. »

- l'évaluation était perçue uniquement comme une **obligation administrative** par les MS.

B4 : « Ça dépend de ton stage. Moi aussi j'étais aux urgences, à tel endroit, et tu vois le chef de service, tout seul dans son bureau avec la petite feuille avec des cases et il te dit : [B4 mime son maitre de stage] - MS : « Assiduité... T'étais là ? » - B4 : « Heu, ba oui. » - MS : « Ok, je te mets A » [B4 rit] « Tu as appris des choses ? » - B4 : « Oui, je pense. » - MS : « Bon bah je te mets A » Non, mais c'était vraiment ça mon évaluation ! Ça a duré 3 minutes en tout et pour tout et à la fin il m'a quand même dit : - MS : « Tu as des remarques à faire ? » - B4 : « Ba non, pas spécialement. » - MS : « Merci, au revoir. » Et je n'ai jamais bossé avec lui ! Mais je pourrais avoir fait des grosses erreurs diagnostiques et il ne le saurait pas. »

3.4.4 Concepts en lien avec la formation en stage

3.4.4.1 Restituer les savoirs

Les IMG disaient c'était grâce à la pratique acquise lors de leur formation en stage qu'ils avaient réussi à restituer **les savoir propres** appris lors de l'externat. C'est-à-dire qu'à force de pratique les IMG apprenaient à faire le lien entre les connaissances théoriques pour les appliquer à une situation clinique spécifique, mais ils soulignaient la difficulté de cette transposition.

B1 : « Moi la première fois... bon ça va un peu mieux mais, la première fois je me suis retrouvée comme une poule devant un œuf « mais qu'est-ce que je fais » ? Alors que si je m'étais dit « telle page de tel bouquin et de tel truc », j'aurais ressorti le truc. Mais quand t'es face à un vrai patient, tu le sens pas pareil quoi, enfin t'arrives pas à le ressortir. T'arrives pas à le restituer. »

3.4.4.2 Variétés des modes d'exercice

Les IMG disaient que la formation en stage leur avait permis d'appréhender **des modes d'exercices variés** :

- en termes de **type d'exercice** : (hospitalière, en cabinet, carcérale, d'hospitalisation à domicile...)

E3 : « après la maquette elle est ce qu'elle est mais c'est vrai qu'on se retrouve à passer dans plein de services : on fait les urgences, on va faire gynéco ou pédiatrie, ou les deux selon où l'on est dans notre internat, on voit aussi de la médecine ambulatoire [...] on va avoir l'occasion de voir des tas de situations différentes, des populations différentes et je pense que c'est comme ça qu'on se forme. »

- en termes de **pratique individuelle** selon la sensibilité de chaque MS

B1 : « un med gé multiplié par le nombre de maitres de stages que tu as, ils ont autant de pratiques différentes les uns des autres. Et après toi tu créeras ta propre pratique en fait en fonction des stages que tu as eu, des gens que tu as rencontré, de tout ça. Et c'est important je pense de voir plusieurs choses qui se font, de pas être étriqué dans une vision. »

Les terrains de stages ambulatoires seraient très plébiscités mais rares, vecteurs de compétences spécifiques à la MG.

Les terrains de stages hospitaliers seraient plus fréquents et dispenseraient des savoir parfois trop spécialisés, l'encadrement par les MSH seraient également variable.

L'apprentissage en stage pour les IMG serait conditionné par le retour des patients, mais aussi des paramédicaux, et de la supervision des MS.

L'évaluation en stage est plébiscitée, mais trop peu fréquente et aléatoire.

Le stage permet pour les IMG de connaître d'appréhender des modes d'exercice variés et de mettre en application des savoir théoriques.

3.5 Notions et concepts pédagogiques

3.5.1 Six compétences transversales, marguerite

3.5.1.1 Marguerite des compétences

Lorsqu'on demandait aux IMG de citer les compétences génériques en médecine générale, ils faisaient mention de la marguerite des compétences en tant que repère **visuel** qui permettait de regrouper les compétences. Cependant certains IMG, surtout des jeunes semestres **visualisaient difficilement** ce schéma.

B4 : « On a pas du tout la marguerite dans la tête du coup ! [rires B4 et B5] Ça fait pas 4 sac comme ça et un au centre ? »

B2 : « Ouais mais y'en a qui se coupent hein ? Je crois. »

Les IMG ont débattu pour savoir **combien de compétences** il y avait dans la marguerite, et si la liste de ces compétences était exhaustive, les avis étaient **divergents** à ce propos :

D1 : « Pour moi des compétences il y en a 6 je crois, pas une de moins pas une de plus, je crois, c'est le principe de la marguerite. »

3.5.1.2 Approche centrée patient – Relation – Communication

3.5.1.2.1 Approche centrée patient

Pour un certain nombre d'IMG, l'approche centrée patient était au cœur des compétences en médecine générale, en lien avec sa place au centre de la marguerite qu'ils citent.

A2 : « L'approche centrée patient, c'est celle qui est très importante et qui finalement se retrouve souvent dans toutes mes GEP, moi j'ai trouvé. »

C'est celle qui est d'ailleurs spontanément **la plus citée** par les IMG :

D6 : « la seule compétence que je pourrais citer c'est l'approche centrée patient, les autres je les ais oubliées »

Les IMG interviewés disaient que l'ACP était une **compétence nouvelle** du 3^e cycle, non abordée pendant le 2^e cycle. Elle était identifiée comme **prépondérante en médecine générale** par rapport à d'autres spécialités

E2 : « dans toutes les compétences qu'on a à maîtriser je dirai que c'est celle [l'ACP] qui est la plus prépondérante pour notre spécialité. Enfin dans toutes les spécialités, celle-là est c'est là où elle sera le plus prépondérante, c'est en médecine générale. »

A propos de savoir comment on devenait compétent dans l'ACP certains identifiaient les **cours facultaires** et d'autres les **stages** comme vecteur d'apprentissage.

B4 : « Ça c'est le seul truc [l'ACP] qu'on nous apprend je trouve. Justement c'est tous les cours qu'on a en DES »

3.5.1.2.2 Communication

Les IMG ont cité la communication comme étant une compétence de la médecine générale, mais pas forcément une composante de la marguerite.

Pour des IMG interviewés, la communication avait **2 facettes distinctes** en fonction de l'interlocuteur.

E2 : « Pareil, la communication, mais cette fois ci non pas entre médecins et patient, mais cette fois ci entre médecins. » - E3 : « Oui, confrères. »

Pour un IMG, la communication, l'apprentissage de la communication se faisait via les stages.

A4 : « Ce sont ces compétences que là au cours de mes stages de médecine gé j'ai eu conscience d'enrichir pas mal, la communication avec le patient »

3.5.1.3 Approche globale – complexité

La « complexité » a été citée en tant que compétence de la marguerite par deux IMG (E5 et C1), elle était perçue par l'un des IMG comme **importante** en médecine générale.

C1 : « en deuxième [par ordre d'importance] « approche centrée patient, prise en charge globale, complexité », qui me semble être [des compétences] importantes »

3.5.1.4 Continuité – Suivi – Coordination des soins

A propos de la coordination des soins, de la continuité, et du suivi, un seul focus group l'a évoqué, en signalant que le suivi du patient était « *autre chose qu'une compétence* » (I).

Le suivi était pour un IMG une notion qui était mise en œuvre pendant le 3^e cycle parce que la **conformation des stages** s'y prêtait du fait de leur durée.

B1 : « Il y a la notion de suivi de patient aussi, genre pendant tout l'externat on en a jamais eu parce qu'on restait pas longtemps, mais que quand tu es là 6 mois, ben certaines personnes, ben tu les revois, et tu... ben chais pas. Est-ce que du coup on peut avoir une petite idée de ce que c'est [que le suivi du patient] ? Donc les gens te reconnaissent. »

3.5.1.5 Education en santé – Dépistage – Prévention individuelle et communautaire

La prévention était citée par deux IMG dans un même focus group, reconnue en tant que compétence transversale de la MG. Pour l'un d'eux la prévention était perçue comme « **importante** ».

C2 : « Pour moi, il y a la prévention, ça fait partie des compétences que je trouve les plus importantes en médecine générale »

3.5.1.6 Premiers recours – Urgences

Deux IMG ont cité «la gestion de l'urgence» (E5) et « premier recours, urgence» (C1) en la qualité de **compétences**, sans expliciter ces notions.

3.5.1.7 Professionalisme

La notion de professionnalisme était une **notion peu claire** pour plusieurs IMG interviewés.

D4 : « Moi par exemple je sais qu'il y a le mot professionnalisme dedans il me semble mais par contre je sais pas ce que ça veut dire. Je sais pas à quel moment dans mon travail le soir je peux me dire « Oh là vraiment, j'ai vraiment été très professionnelle aujourd'hui » [rires du groupe] et c'est assez dommage parce que ça me parle vraiment pas. »

Les IMG n'étaient également pas unanimes sur la perception du professionnalisme :

- pour certains le professionnalisme **regroupait des compétences annexes**, visibles ou non dans la marguerite, qui parfois se chevauchaient.

D4 : « la compétence réseau que tu citais peut tout à fait être incluse dans la compétence professionnalisme, voilà ce qu'on peut mettre dedans ! [rire] Le problème, c'est que ça peut aussi être inclus dans l'approche globale, puisque le réseau c'est qu'on travaille avec d'autres professionnels, donc on travaille avec transversalité »

- pour d'autres le terme professionnalisme était une **compétence en elle-même**, qu'ils n'ont toutefois pas définie.

3.5.2 Perception des concepts du DES

3.5.2.1 Capacité

Deux IMG se sont exprimés dans un seul focus group sur la notion de capacité, qu'ils mettaient en lien direct avec les compétences et les habiletés

C1 : « Je dirais que c'est plusieurs petites capacités qui forment une compétence comme, très schématiquement : « je sais faire un gâteau au chocolat », ce serait une grosse compétence et des capacités, ce serait : « je sais faire fondre le chocolat, je sais fouetter les œufs, je sais ... », voilà. C'est comme ça que je vois les choses. »

3.5.2.2 Compétences transversales

3.5.2.2.1 Définition des compétences

Tous les focus group ont pu définir les compétences, l'idée globale de la définition des compétences a pu être restituée à partir d'une **explication** que les IMG tiraient d'un **enseignement facultaire**.

E5 : « C'est des trucs avec les savoirs. Tu sais heu « tu sais utiliser tes connaissances pour appliquer dans un savoir-faire, avec un savoir être ». Enfin genre heu c'est un truc comme ça. J'ai plus la phrase exacte mais ça ressemble à un truc comme ça. »

Pour certains IMG cependant, la notion de compétence restait **floue**.

A3 : « Moi sur la compétence, je pense qu'il y a d'autres compétences. Il y a la compétence qu'on a tous, ce qu'on a appris et quand on se forme en stage. Il y a la compétence vue par la fac qui se veut compréhension en fait de... je pense la compétence, la fameuse marguerite des compétences, pour eux c'est : prendre conscience de ce qu'on a fait pour en arriver là. »

3.5.2.2.2 Des compétences oubliées

De nombreuses **compétences** transversales n'ont **pas été citées** par les IMG, malgré des relances de la part de l'interviewer.

De plus, des compétences ont seulement pu être citées mais non explicitée.

D'une manière générale, les **vieux semestres** semblaient **plus à l'aise** avec les compétences transversales, mais rares étaient ceux qui les connaissaient tous.

E5 : « Déjà j'en ai trouvé 4 ! (silence) Il me semble qu'il y avait gestion de l'urgence, approche complexité, approche centrée patient, communication.... »

3.5.2.2.3 Des compétences en plus

Certains IMG ont cité la présence de ce qu'ils décrivaient comme des compétences supplémentaires par rapport à celles inscrites dans la marguerite des compétences:

- la connaissance de ses limites

E4 : « Je dirais qu'il y a une autre compétence qu'on doit avoir en fait c'est justement celle de bien nous connaître en fait pour savoir jusqu'à quel moment on est compétent en fait, jusqu'à quel moment je me dis « Bah ok cette situation je peux la gérer » et jusqu'à quel moment je me dit « Ben ok faut que je la passe à quelqu'un d'autre et à qui l'adresser » en fait. »

- l'écoute

I : « Est ce qu'il y a des compétences spécifiques qui vous paraissent importantes en médecine générale ? - B2 : « L'écoute. »

- les connaissances biomédicales

I : « Du coup d'autres compétences qui vous viennent, spécifiques ? »

B1 : « Bah il y a le côté biomédical je pense hein. »

- la capacité à se préserver

I : « Du coup, quelles compétences spécifiques vous paraissent importantes en fait en médecine générale ? » [...]

A1 : « Et aussi je pense qu'il faut savoir prendre du recul et prendre du temps pour soi parce que je crois que quand on est trop fatigués, on n'écoute plus ce que les gens disent et on manque d'empathie. »

- la gestion administrative

E2 : « Nous sommes des médecins généralistes avec toutes les compétences qu'il faut pour pouvoir être des bons médecins généralistes et être un bon médecin généraliste, c'est aussi de pouvoir bien gérer son cabinet du point de vue administratif. »

3.5.2.2.4 Des compétences transversales non reconnues

Des IMG ont cité des compétences appartenant à la marguerite, mais ne les **ont pas reconnues** comme telles par méconnaissance de celle-ci.

A3 : « Je dirais moi deux choses. Hors marguerite hein... Pour ma pratique personnelle de la médecine c'est « communication » [...]. Et heu le deuxième c'est « formation continue ». »

3.5.2.2.5 Des compétences en trop

Certains IMG ont dit que les compétences de la marguerite étaient **trop nombreuses** et que cela pouvait nuire à la compréhension du DES.

E2 : « A tout le temps à vouloir être trop précis et trop exhaustif sur les différentes compétences propres à la MG, il n'y a pas suffisamment une notion clef qui ressort et qu'on pourrait vraiment bien s'approprier. J'aurais presque préféré un message clef plutôt que de faire une liste exhaustive des compétences propres à la médecine générale. »

3.5.2.3 Habiletés

La notion d'habileté n'a globalement **pas été évoquée** par les IMG, un seul IMG a parlé de l'habileté comme quelque chose de spécifique, distinct de la capacité et de la compétence.

C2 : « En fait, pour moi, je sais qu'il y a cette notion de l'habileté, c'est... enfin, c'est de plus en plus global... l'habileté, c'est spécifique »

3.5.2.4 Interaction habileté-capacité-compétence

L'interaction entre les habiletés, capacités et compétences, étaient **comprises** par la majorité des IMG.

B2 : « Je dirais qu'une compétence, c'est un ensemble de capacités ou d'habiletés. »

Le Portfolio, avec l'exemple du dispositif intra utérin pour expliciter cette interaction, était une ressource fréquemment citée.

D3 : « Je sais qu'il y a dans le portfolio un petit tableau des compétences, et des lignes en face qui sont les capacités. »

A propos de la mise en pratique de ces interactions certains IMG ne percevaient pas l'intérêt de ces 3 concepts, d'autres que son utilisation n'était **pas intuitive**.

D1 : « faire une séparation entre les trois [habiletés-capacités-compétences] quelque part pour moi c'est presque un non-sens »

D6 : « chaque fois qu'il faut que je remplisse un truc du portfolio il faut que je re-regarde dans les exemples qu'est-ce que c'est une capacité, qu'est-ce que c'est qu'une habilité et qu'est-ce que c'est qu'une compétence. Enfin c'est pas intuitif pour moi »

3.5.3 Ressources externes

3.5.3.1 Réseau professionnel

Le réseau professionnel serait pour certains IMG une ressource externe **acquise grâce au DES** :

I : « Est-ce que les autres y'a d'autres choses que, autre que des compétences qui pourraient être apportées ? » -B2 : « Le réseau ? » -B1 : « Ouais. »

Le réseau professionnel serait un ensemble de **personnes ressources** ainsi qu'une connaissance des **structures** médicale et sociales d'un **territoire** donné, dont la constitution se faisait au fil des **stages hospitalier**.

B4 : « par exemple, tu vois là, à tel endroit, je suis aux urgences pédiatriques, je sais qu'à une semaine on reconvoque les enfants en soins programmés, machin... enfin je connais le système parce que j'ai été dans l'hôpital. »

Les IMG disaient que l'utilisation du réseau professionnel **était conditionnée par le lieu d'exercice**.

A3 : « Un réseau. Ça peut être ça mais aussi ça peut être très dépendant du plan de vie envisagé. C'est sûr que si on a déjà une idée de la région, de la zone d'implantation, et ben on sera plus à même d'essayer en plus des compétences acquises d'avoir ce fameux réseau interprofessionnel et tout simplement la connaissance d'une région »

3.5.3.2 Sources d'information médicale

Les sources d'informations médicales données par les IMG étaient des **sources connues en 2^e cycle**, même s'ils reconnaissent que ces sources n'étaient **pas adaptées** à leur pratique.

D5 : « les premiers réflexes c'est plutôt d'aller voir le site des collègues des enseignants etc pour retrouver les connaissances qu'on a, et puis petit à petit on se rend compte que c'est bien mais que ça suffit pas. »

Certains IMG disaient qu'il y avait des connaissances propres à la médecine générale, pour lesquelles ils ne leur connaissaient **pas de référentiel**.

E2 : « le plus simple pour moi pour avoir accès aux connaissances de médecine générale, ce serait d'avoir un référentiel de médecine générale. »

D'autres IMG disaient que l'exercice de la médecine générale, nécessitait de **combinaison plusieurs sources d'information** médicale.

E4 : « Mais, après il faut piocher des choses à droite à gauche... »

I : « A droite, à gauche ? » [...] « Donc il y a plusieurs sources. Avez-vous d'autres choses à dire là-dessus ? »

E4 : « Ce serait impossible de faire un truc qui résumerait tout ce qu'on peut rencontrer en médecine générale tellement c'est vaste. »

3.5.4 Ressources internes

3.5.4.1 Connaissances, savoirs

Les IMG citaient comme source de savoir :

- les connaissances apprises pendant le **2^e cycle**, qui ne peuvent toutefois s'appliquer telles qu'elles en médecine générale

A1 : « on apprend les grandes lignes, on apprend que pour un stressé, il faut mettre des anxiolytiques... Mais au final, quand on est en premier semestre, on se retrouve comme des cons à ne pas savoir quelle est la classe thérapeutique qu'il faut choisir, quelle molécule... »

- les connaissances apprises en **FMC** ou en **formation initiale** en 3^e cycle

D6 : « Donc heu sur les connaissances biomédicales déjà, savoir heu comment se former, où trouver les informations, avec le fait de faire des FMC par ex, les congrès qui sont organisés »

Pour des IMG, le DES devrait être **vecteur de connaissances propres à la médecine générale**.

I : « Avant dernière question : Qu'est-ce que le DES pourrait vous apporter d'autre que des compétences ? [...] »

E2 : « Ba déjà, clairement, des connaissances, aussi ! » [...]

E2 : « on est censés avoir déjà pas mal de connaissances, toutes les connaissances, mais en pratique, non ! On n'a pas toutes les connaissances, et d'ailleurs, ça fait partie aussi de la revalorisation de la spécialité que de dire qu'il y a des connaissances aussi qui sont propres et spécifiques à notre spécialité. Il n'y a pas que des compétences. Et du coup, faire des enseignements sur des connaissances spécifiques à la médecine générale me semble aussi important. »

Ces connaissances spécifiques à la MG porteraient préférentiellement pour les IMG :

- sur la prise en charge de **pathologies fréquentes en médecine générale**, non couvertes lors de l'apprentissages du 2^e cycle.

B1 : « enfin je ne sais pas vous mais les prescriptions de pansement... J'y pense parce que je suis tout le temps en galère... Pour quel type de plaie ? Enfin, tu es là, tu tapes quelque chose et là tu en a 50 pages minimum qui s'ouvrent devant toi et tu te dis : je veux bien chercher l'information, mais là je suis perdue. Donc après tu vas voir les infirmières, elles n'ont pas forcément fait la formation « pansement » ... Après tu vas voir machin, tu appelles truc. Tu demandes à un chef, c'est tel type de truc, tu demandes à un autre chef, c'est tel type de truc... Non mais, un truc clair ! Et c'est un exemple parmi tant d'autres »

- sur **l'applicabilité en médecine générale de savoirs**, notamment thérapeutiques, appris en 2^e cycle.

A3 : « C'est vrai que pour tous les gens anxieux, les gens douloureux, les gens insomniaques, ce serait vraiment bien d'avoir des cours comme ça parce que ça pour le coup c'est de la vraie médecine qui représente 80% des demandes »

Les IMG notent enfin que les connaissances données actuellement pendant le DES sont **variables en fonction de la personne** qui délivre le savoir

B1 : « Et d'un chef à un autre c'est totalement différent ce qu'on nous apprend [au niveau des connaissances propre à la MG] »

3.5.4.2 Habiletés relationnelles, savoir-être

Les vecteurs d'habiletés relationnelles seraient pour les IMG les **stages** principalement, et les **ateliers facultaires**.

I : « qu'est-ce que le DES pourrait vous apporter d'autre que des compétences ? »

B1 : « Moi je pensais plus de l'assurance en fait. Dans la pratique, et être plus sûre de moi dans ce que je fais en fait. Et justement, c'est ce qu'on disait avant, t'intègre les choses parce que avec la pratique en fait, plus t'en fais et plus t'est à l'aise avec. »

Cet apprentissage de savoir-être était pour les IMG **peu présent en 2^e cycle**.

C1 : « [le DES] nous ouvre tout ce côté relationnel avec le patient alors qu'on était dans un côté très scientifique pendant tout l'externat »

3.5.4.3 Habiletés techniques, savoir faire

L'acquisition des habiletés techniques se ferait via leur pratique **en stage**, avec plus ou moins de supervision. De ce fait, certains IMG souhaiteraient bénéficier de **formations pratiques facultaires**.

A4 : « Enfin, c'est vrai que sur la formation, on se doit d'être super autonomes et c'est vrai que des choses un peu plus théoriques... enfin non, pratiques, ça pourrait être pas mal. »

La marguerite des compétences était connue des IMG, mais pas intuitive.

A propos des compétences de la marguerite, le cœur de celle-ci avec l'ACP était reconnu comme prépondérant. Les autres compétences étaient moins connues et comprises, notamment le professionnalisme.

La notion de compétences était globalement acquise même si certaines compétences étaient oubliées, rajoutées, perçues comme trop nombreuses. Celles de capacité et d'habileté étaient moins comprises.

Les ressources externes citées étaient le réseau professionnel et les sources d'information médicales. Les ressources internes citées étaient les connaissances, les savoir-être, les savoir-faire.

3.6 La construction des compétences

Les participants ont été amenés à s'interroger sur les mécanismes qui leur permettaient d'acquérir les compétences de leur futur métier de médecin généraliste. Selon eux, plusieurs choses différentes et complémentaires leur permettent de progresser dans leur apprentissage :

3.6.1 La pratique clinique

L'exercice de la médecine en **situation réelle** est une des premières choses qui venait à l'idée des IMG interrogés :

B1 : « Je pense que j'ai appris plus de trucs en 3 semaines de stage d'internat de premier semestre que dans tout mon externat quoi. »

C'est à travers l'**observation** de leur maître de stage en exercice que les internes apprenaient leur métier en premier lieu.

A2 : « on améliore nos compétences en observant nos maîtres de stage au CH ou, peut être en stage prat, enfin vraiment en observant comment eux ils se comportent avec les patients. »

A1 : « Même quand ils se trompent, je trouve qu'on apprend aussi beaucoup des erreurs des autres. »

D4 : « Pour ma part j'apprends beaucoup par mimétisme [...] dès que je peux j'ai besoin de regarder pour apprendre... »

La **mise en autonomie** semblait être un très important facteur de progression.

D1 : « Pour moi ce qui m'a vraiment aidé c'est les moments où je faisais le tour du service tout seul, les moments où j'allais voir un patient en garde et que je construisais ma démarche thérapeutique et diagnostique. »

Le lien avec les MS, à travers une certaine forme de **compagnonnage**, guide et renforce cet apprentissage. Néanmoins, en CH, il dépend de la **disponibilité** des médecins seniors et de leur **implication** dans la formation des internes :

B1 : « Non mais si, il y a du compagnonnage, de la part des seniors de temps en temps. » - B2 : (sarcastique) « Oui de temps en temps, hein ! »

L'**entraide** entre internes de spécialités ou de domaines de compétences différents permettait parfois de suppléer à la présence des médecins seniors et préparait à l'exercice professionnel en cabinet.

B1 : « Donc c'est ça on s'entraide aussi. Et d'ailleurs c'est des fois plus facile d'avoir quelque chose en passant par l'interne qu'en passant par le chef. »

Le temps pris sur un terrain de stage pour des **enseignements théoriques** est plébiscité car il permet de développer des connaissances ancrées dans la pratique clinique.

A3 : « parce qu'il n'y a pas que l'humain, il y a aussi la médecine, voilà un petit débriefing sur une prise en charge thérapeutique, sur une prise en charge diagnostique... [...] Au moins j'apprends un truc qui est figé, qui est sur un patient et ça c'est hyper important. »

3.6.2 L'enseignement facultaire

Les enseignements proposés par le DMG développent les compétences professionnelles des internes à travers plusieurs dimensions.

En premier lieu, en impliquant les internes dans des **enseignements participatifs**.

B4 : « Alors que, je pense, dans les séminaires qu'on a eu, c'était beaucoup plus participatif et du coup même si tu as envie de ne rien retenir, tu retiens les choses malgré toi parce qu'en fait, on t'a demandé de participer et ça, je trouve, c'est assez intéressant. »

Ces enseignements créent des temps d'**échanges** et d'**interactivité** entre des internes de semestres et de services différents.

B3 : « Après, quand tu entends les internes de deuxièmes ou troisièmes semestres, tu vois qu'ils ont plus d'expérience, qu'ils ont mieux compris les choses et des fois, ils font des petites... pas des topos, mais ils font un petit rappel sur des recos. »

Centrée sur la **réflexivité**, l'approche proposée par la faculté permettait un temps de réflexion sur les situations vécues en stage, tant sur le plan biomédical que psychosocial.

E2 : « Il y a cette notion de retour aussi, de retour sur soi. [...] ...il faut pouvoir ménager un moment où on va se poser, comme dans les GEP, et faire une rétrospection : « Qu'est-ce qui s'est passé ? Qu'est-ce qu'on a fait ? », et de pouvoir du coup analyser et devenir compétent. »

Pour les IMG, le DES de médecine générale privilégiait l'**autoformation**, préparant ainsi à la **formation continue** intégrée à l'exercice professionnel.

D5 : « ...on peut tous s'autoformer à droite à gauche, et aller chercher, enfin des connaissances qu'on n'a pas »

3.6.3 De la théorie à la pratique

Les participants ont souligné la difficulté de **transposer dans leur pratique médicale quotidienne** les connaissances théoriques qu'ils ont assimilées durant l'externat.

B1 : « quand t'es face à un vrai patient, tu le sens pas pareil quoi, enfin t'arrives pas à le ressortir. T'arrives pas à le restituer. »

E3 : « Et puis t'es lancé comme interne et t'arrives devant ton patient, et en fait c'est pas le beau cas du livre. »

Ce ressenti illustre la distinction clairement perçue par les IMG entre les notions de **connaissance** et de **compétence**.

B1 : « Et les compétences en fait, moi... pour moi, c'est réintégrer des connaissances dans une situation concrète, et c'est ça le lien qu'on n'a pas en fait !

B5 : « c'est peut-être cette compétence là qu'on n'arrive pas à restituer : de passer d'externe à interne. »

L'idée de **progression** est essentielle dans cette vision du développement des compétences.

B3 : « Mais je pense que c'est là que tu vas arriver à évoluer. »

Pour les IMG interrogés, la construction des compétences se fait de plusieurs façons entre la pratique en stage et les enseignements facultaires. En premier lieu, les stages permettent de progresser en dépassant la bascule entre la théorie et la pratique en médecine à travers le lien avec le maître de stage, son observation, son enseignement mais aussi l'entraide avec les autres internes. D'autre part, les enseignements facultaires contribuent à cette formation en favorisant l'interactivité, les échanges, la réflexivité et en mettant l'accent sur l'autoformation et l'accès à l'autonomie.

3.7 La perception de l'APC par les IMG

3.7.1 Connaissance de l'approche par compétences

Les internes participants avaient des **difficultés à définir** à quoi correspondait l'APC. Bien que le 3^e cycle soit centré sur l'APC, que les IMG aient bénéficié d'explication à son propos, le **cadre général** de cette approche leur était globalement **inconnu**.

I : « ...pour vous l'approche par compétences, qu'est-ce que c'est ? Est-ce que ça vous parle ? »

- A1 : « Non ... » - B1 : « Bah du coup comme... heu... on la comprend pas... »

La plupart, en la définissant, l'assimilaient en fait à ses **composantes** ou ses **applications**.

A3 : « C'est [l'APC]... dans les GEP en particulier, c'est à ça qu'on... enfin la fameuse marguerite des compétences, heu... Quand on présente quelque chose en GEP, on dit quelles compétences on a abordé dans l'histoire qu'on relate. »

D3 : « Je pense que c'est [l'APC] plutôt pas tant un moyen d'autoformation mais plutôt d'évaluation. » - D5 : « Qui amène à l'autoformation ! »

Ce que les internes retenaient le plus, c'était l'aspect **centré sur l'apprenant** propre à l'APC.

D1 : « On nous avait expliqué que les nord-américains, canadiens ou états-uniens hein, je sais plus, avaient justement introduit ce concept d'enseignement par l'apprenant et non pas par l'enseignant. »

3.7.2 Confusion des termes

3.7.2.1 APC et ACP

L'APC a pu être confondue dans l'esprit de IMG avec l'**approche centrée patient**, qu'ils mettaient dos à dos, en opposition. D'autre part, quand ils faisaient néanmoins la distinction, celle-ci restait floue dans leur esprit :

B3 : « Quand tu fais des stages hyper spécialisés, les chefs sont plutôt sur une approche centrée sur les compétences et pas sur une approche centrée patient. Alors que toi en cabinet tu as plus de temps, tu vas pouvoir avoir une approche plus centrée patient qu'une approche centrée sur les compétences. »

B1 : « J'ai du mal parce que heu, je pense pas que ce soit différent, je pense que les deux elles sont liées en fait. Tu peux pas avoir une approche centrée patient, si t'as pas de compétences derrière en fait. »

3.7.2.2 Habiletés, capacités, compétences

Les notions d'habiletés, de capacités ou de compétences étaient peu comprises. Les internes avaient du mal à en faire la **distinction**, état de fait qu'ils mettaient sur le compte d'un **manque d'explications**.

C1 : « Moi, capacités et habiletés, je les mettrais... je ne saurais pas bien en faire une différence. »

E3 : « Bah je crois que ça ne nous a jamais été expliqué, dans notre groupe en tout cas[le lien habiletés/capacités/compétences] ... »

3.7.3 Le ressenti des internes

L'approche par compétences ne laisse pas les internes indifférents. En étant amenés à s'exprimer dessus, ceux-ci ont pu donner leur ressenti sur la pertinence de ce modèle pédagogique pour leur formation de futur médecin généraliste.

3.7.3.1 Avis négatifs

3.7.3.1.1 Incompréhension générale

La première chose qui dessert l'approche par compétences, selon les internes interrogés, était son caractère trop **abstrait** qui peut la rendre **incompréhensible**.

B4 : « En fait c'est surtout, heu... enfin, à quoi ça sert d'aller mettre des mots compliqués sur... »

B5 : « ils ont fait tout un truc complètement abstrait et que personne ne comprend sauf eux. »

Les internes expliquaient leur manque de compréhension de cette approche, entre autres, par la **présentation** qu'on leur en a faite qui serait trop **rapide** et **dense**, sans qu'ils puissent avoir le temps de s'**adapter** à cette nouvelle pédagogie.

C2 : « Parce que je me souviens de la première réunion de rentrée, ou on est juste fraîchement interne, on débarque dans une ville, et là on nous en a juste mis plein la tête. »

D5 : « Je suis assez d'accord avec D4 sur la rapidité de la transition entre le second cycle où c'est que de l'enseignement vertical, et puis à partir de l'internat ou d'emblée on nous demande de nous auto-former, donc plutôt enseignement horizontal si on peut dire. »

Ce défaut d'explication au début du 3^e cycle serait entretenu par la suite, selon les internes interrogés, par un **manque de formation spécifique à la pédagogie**.

E2 : « On est catapulté direct dans ce nouveau modèle, sans qu'on ait vraiment eu de formation justement à faire de l'auto-formation et à apprendre par compétences. Du coup j'esuis assez d'accord là-dessus, ça manque de cours. »

3.7.3.1.2 Un cadre trop rigide, chronophage, en décalage

D'autre part, ce nouveau cadre pédagogique pouvait sembler trop **rigide** et **scolaire** aux IMG, notamment à travers le fait de devoir **catégoriser** les **situations cliniques** auxquelles ils sont confrontés :

CI : « Il faut tout catégoriser et je trouve que du coup, d'aborder finalement une consultation avec un patient en se disant « je vais tout faire rentrer dans des cases », ça nous aide à remplir ce journal de stage, mais on en perd un côté relationnel, un côté ressenti... »

Au final ce cadre peut induire un certain **décalage avec la pratique** du point de vue des internes :

CI : « ...on décide rarement « tiens pendant cette consultation, je vais utiliser, je vais travailler telle compétence, ou ce sera l'autre, etc. ». »

Par ailleurs, avoir une formation fixée sur la **seule notion de compétence** interpellait les internes qui suggéraient qu'elle puisse induire une **vision tronquée** de la réalité de leur apprentissage.

E2 : « Ne pas être autant fixés sur les compétences... c'est très, très bien et j'adore ça, clairement, je préfère ça que les autres enseignements qu'on a pu avoir, mais il ne faut pas être aussi rigide par rapport à ça ! »

Enfin, ce qui dérange les internes interrogés c'est aussi la **charge de travail supplémentaire** par rapport au temps de stage, surtout à l'hôpital, que représente le temps consacré à l'approche par compétences et à ses outils pédagogiques :

C2 : « Nous on a envie d'être médecins, d'être dans le contact avec les gens, moi je trouve que tout ce côté « il faut écrire, écrire, écrire », ça fait des devoirs et quand on arrive à 27-28 ans, on en a marre d'avoir des devoirs »

3.7.3.1.3 Démarche inutile, vaine

De l'incompréhension de cette pédagogie et de la rigidité de ce cadre, pouvait découler un certain **rejet** de l'APC par les IMG. Ainsi, certains d'entre eux ne voient pas en quoi elle peut contribuer à leur faire développer ces mêmes **compétences** sur lesquelles elle se concentre :

C1 : « Effectivement, on peut ranger les situations dans des compétences, ou dans plusieurs, mais je trouve que ça n'apporte rien à ce que j'en tire comme expérience. »

3.7.3.2 Avis positifs

Tous les internes n'étaient pas fondamentalement contre l'APC et ont mis en évidence ses qualités à leurs yeux. En premier lieu, c'est le caractère **structurant, constructif** de cette approche qui leur avait plu.

D6 : « Moi je ne suis pas tout à fait d'accord là-dessus, les quelques fois où j'ai bien utilisé le cadre marguerite des compétences, etc., notamment pour le RSCA, je trouve que le fait de réfléchir à quelle compétence on a développé, ça aide à voir quels sont les progrès qu'on a fait, à se dire « Voilà je suis en train de devenir médecin ». »

Cette approche se distinguerait également par son **lien étroit avec la médecine générale** contribuant à faire du DES une **formation professionnalisante**.

D3 : « ...c'est surtout à ça que ça me sert en fait [l'APC], à me rendre compte que j'ai progressé sur certaines choses qui sont plus propres à la médecine gé. »

Un autre avantage était l'**accès à l'autonomie** qu'elle permettait, surtout sur le plan de la formation médicale continue via l'**autoformation**.

D6 : « Moi je suis d'accord avec D3 c'est très axé sur l'autoformation, on apprend à s'auto-former, ce qui est pas évident en début de cursus, quand on n'est pas confronté aux problématiques de la médecine générale, mais ce qui est très intéressant quand on est passé après en stage chez le médecin généraliste. »

Les internes interrogés disaient pour la plupart que leur formation était **de qualité**.

D1 : « Moi je voudrais juste dire que je trouve que le DES, il est pas mal, hein, globalement. »

3.7.3.3 Avis neutres

Les internes interrogés sont souvent revenus sur cette **bascule pédagogique** existant entre le 2^e et 3^e cycle des études médicales, à travers un passage quasiment **sans transition du paradigme d'enseignement au paradigme d'apprentissage**.

D2 : « Je suis d'accord avec D4, après c'est difficile je trouve de passer d'une approche presque « centrée ECN » et très heu QCM, questions, des choses très précises et qu'on sait qu'elles ne nous seront pas très utiles par la suite, à une approche centrée patient, le pratique, les choses qu'on va faire plus tard quoi. »

Par ailleurs, ce serait de **façon progressive**, au fil des semestres, que les IMG **comprenaient et s'appropriaient l'APC**.

B4 : « En troisième année, ben tu comprends mieux encore ce qu'on a voulu te dire depuis deux ans. Peut être juste en fait qu'à force de l'avoir lu dix fois tu finis par comprendre. »

Le discours des IMG participants met en évidence une certaine confusion concernant l'APC et les termes qui y sont relatifs ainsi qu'une méconnaissance générale la concernant. Pour ce qui est de leur ressenti, ils critiquent son caractère trop abstrait pouvant la rendre incompréhensible, le fait qu'elle constitue un cadre trop rigide, déconnecté de la pratique et, au final, ils ont le sentiment qu'elle ne permettrait pas autant qu'elle le devrait l'acquisition des compétences. D'autres lui reconnaissent comme qualités un aspect structurant et pertinent pour la formation, son lien avec la médecine générale et l'accès à l'autonomie qu'elle favoriserait. Ils s'accordent sur le fait que la transition entre l'externat et l'internat serait trop brutale d'un point de vue pédagogique mais que les internes s'y habituent progressivement durant leur troisième cycle.

3.8 Conceptions de la MG selon les IMG

Ce travail sur l'APC appliquée au DES de MG a aussi été l'occasion pour les internes interrogés d'échanger autour de leur vision de la médecine générale et de la façon dont ils la conçoivent. En effet, réfléchir sur les compétences propres à la MG implique de l'appréhender dans son ensemble, à la fois en tant que profession médicale et discipline universitaire. Cette question peut ainsi mettre en jeu des conceptions différentes, contradictoires ou complémentaires, de la médecine générale.

Pour les internes interrogés, en tout cas les plus jeunes semestres, un de rôles du généraliste et sa place dans le système de santé serait le **tri** des patients entre ceux qui relèveraient de la **médecine de ville** et ceux qui, au contraire, devraient être traités à l'hôpital.

BI : « Oui, alors qu'on devrait être une sorte de gare de triage. »

Au-delà de l'**orientation des patients**, les internes soulignaient que les généralistes délivraient des soins qui sont **spécifiques** à leur pratique, désignant ainsi, sans les citer, les **soins premiers**.

B4 : « Oui après tu as [...] ta patientèle que tu peux traiter. Enfin, ce n'est pas non plus... tu n'as pas juste à dire : « Hôpital », « Pas hôpital ». »

Cette **valorisation** du rôle du généraliste était vécue par les internes interrogés et mise en parallèle avec l'**image** globale de la profession telle qu'elle peut être véhiculée par d'autres acteurs, notamment par les médecins spécialistes à la faculté lors du 1^{er} et 2^e cycle.

D1 : « Je trouve qu'on entend de moins en moins le fameux message qu'on se véhicule : « Oui, si vous ne travaillez pas, vous finirez médecin généraliste dans la Creuse ». »

D'autres aspects de la MG, d'ailleurs modélisés comme étant des **compétences transversales génériques**, participaient à la **distinguer favorablement** par rapport à d'autres spécialités dans l'esprit des IMG.

E2 : « Là où le médecin généraliste va briller par rapport à d'autres spécialistes, ça va être par son approche globale, sa vision globale du problème. »

La frontière entre la médecine générale et la médecine hospitalière ou dans d'autres institutions, pouvait parfois être perçue comme étant poreuse et loin du **modèle unique de l'exercice libéral en cabinet** :

E4 : « Certes, il y a l'exercice de la médecine générale dans un cabinet en libéral mais il y a aussi d'autres façons d'exercer la médecine générale, si vous ne vous retrouvez pas dans cette vision du médecin généraliste, bah il y en a d'autres qui existent en fait. Faire des visites en maison de retraite, être médecin généraliste pour les patients psychiatriques, être médecin généraliste en prison, alors ce sont des situations très particulières mais ce sont quand même des rôles des médecins généralistes. »

Au-delà de son rôle d'orientation des patients dans le système de santé, le médecin généraliste semble perçu par les internes interrogés comme spécialiste des soins premiers et se distingue par son approche globale des problèmes de santé. Néanmoins, le médecin généraliste est également perçu, plus dans une optique de médecine polyvalente, comme acteur potentiel des hôpitaux ou d'autres institutions.

3.9 Propositions pour la formation de médecine générale

Au-delà de l'expression de leur compréhension et de leur adhésion à l'APC, les participants ont été amenés à formuler des propositions pour améliorer la formation en MG lors du 3^e cycle.

3.9.1 La formation pratique

Certaines propositions des internes concernant les stages de la maquette en MG ont été appliquées dès la rentrée suivante via la **réforme du 3^e cycle**, ou sont en cours d'étude. Ce sont notamment le cas pour le **SP1 en première année d'internat** ou **l'allongement du DES de MG à 4 ans** :

A3 : « ...ce serait une vision assez utopiste de la chose... ce serait d'avoir encore plus rapidement un stage chez le prat... limite de manière obligatoire, dans la première année, en cabinet. »

D5 : « Je suis personnellement convaincu qu'une 4^e année d'internat ce serait intéressant... »

Les modalités de **l'évaluation de stage en fin de semestre** ont été abordées. Pour les internes, il s'agirait d'un des moyens les plus fiables pour évaluer les compétences, car directement issues de la pratique. Ceci à condition de disposer d'une **grille d'évaluation** adaptée réalisée par un médecin qui a été au contact de l'interne durant le semestre.

E3 : « mais c'est vrai que ce que tu disais, le retour par ton..., par quelqu'un qui t'a vu, pas forcément le chef de service qui t'a croisé deux fois sur six mois, mais quelqu'un qui a vu ton travail, qui t'a vu évoluer, je trouve que c'est super intéressant. »

Les IMG disaient qu'il était important que les **MSH** connaissent la **pédagogie** pratiquée par les **enseignants de médecine générale** et encouragent les initiatives déjà prises au niveau du CUMG dans ce sens :

D5 : « Je trouve effectivement que c'est intéressant que les maitres de stage hospitaliers soient au courant de ce qui se passe en médecine générale. C'est déjà dans les papiers du CUMG qui organise théoriquement des formations aux maitre de stage hospitalier, sur l'approche par compétences, sur ce que c'est qu'un interne de médecine générale, tout ça quoi. »

L'ouverture de **stages ambulatoires chez des spécialistes** a également été citée comme potentiellement intéressante pour les futurs généralistes :

B4 : « Moins d'hôpital... Ce serait beaucoup plus intéressant de faire des stages chez les spécialistes en ville. »

3.9.2 La formation théorique

En ce qui concerne les aspects théoriques du DES de MG, les propositions des internes touchent 3 différents niveaux : l'enseignement et la pédagogie de façon générale, les modalités pédagogiques, les contenus de formation.

3.9.2.1 La pédagogie

Les internes interrogés jugent pour la plupart que l'APC mériterait plus d'**explications** afin de faciliter sa compréhension.

E5 : « pour moi la question c'est plutôt comment on nous y catapulte. Pas de faire une période de transition, mais plutôt de nous expliquer comment gérer cette nouvelle méthode d'apprentissage. »

De même, l'**autoformation** devrait selon eux être l'objet de plus d'**accompagnement** au début de l'internat.

E4 : « J'ai l'impression quand même que ce que la fac veut nous apprendre c'est nous apprendre à faire de l'auto-formation, hors on nous apprend très peu ça. »

Au final, les internes demandaient plus de possibilités d'**échanges**, que ce soit entre les internes et leurs tuteurs mais aussi entre internes de différents semestres. Certains ont évoqué à ce sujet le **tutorat junior** qui a lieu à Lyon :

C1 : « Ou alors avec un tutorat entre internes. Ca je trouve que ce serait une super bonne idée, parce que, voilà, on serait entre étudiants, tous deux super proches de ce qui se passe en stage à l'hôpital ou chez le prat', heu, avec un qui a un petit peu le recul et l'autre qui l'a pas. »

La **place plus prépondérante du tuteur**, amenée par la réforme du 3^e cycle, avait été citée par les participants.

D6 : « c'est vrai que donner plus de place à ce tuteur ce serait intéressant. »

3.9.2.2 Les modalités pédagogiques

Concernant les modalités d'enseignement, ce qui revenait le plus dans le discours des participants était le **manque de cours théoriques**, de **formations biomédicales**, conséquence de l'approche par compétences telle qu'elle était déclinée dans les DMG.

D4 : « j'étais contente de sortir de ça à l'arrivée en troisième cycle, mais pour autant abandonner totalement le biomédical du jour au lendemain, j'ai trouvé ça un petit peu frustrant. »

Pour répondre aux contraintes du 3^e cycle, les **formations dématérialisées en ligne**, comme les MOOC ont été évoquées comme une piste pour continuer **l'entretien et l'acquisition de connaissances**.

A1 : « M-O-O-C, je ne sais plus ce que l'acronyme veut dire mais il y a plein de facs qui développent des petites formations sur internet et je pense que ça pourrais peut être un début de piste de réflexion pour la fac, de proposer ce genre de formation »

Pour libérer du temps d'autoformation, **réduire le nombre de travaux écrits à produire** était également suggéré par les internes.

C1 : « Enfin, s'il fallait écrire moins, peut-être qu'on écrirait plus, ou de façon plus assidue. »

D'autre part, concernant l'autoévaluation des compétences, pouvoir disposer **d'un tableau synthétisant les six compétences génériques transversales et leurs composantes** était apprécié des internes connaissant son existence. Cet outil pourrait également être intéressant, selon eux, pour **harmoniser les évaluations de stage**.

D3 : « C'est vrai que mon tuteur il nous avait partagé un tableau où tu as les compétences et en face les capacités c'est beaucoup, beaucoup plus clair ! »

3.9.2.3 Les contenus de formation

En termes de contenus, les **connaissances relatives à la gestion d'un cabinet en libéral** étaient plébiscitées par IMG. Une carence dans ce domaine pourrait également constituer un important **obstacle à l'installation** selon eux.

A1 : « Et puis la gestion du cabinet, parce que moi concrètement, je ne sais pas comment est-ce que je vais... comment s'installer, comment faire les démarches administratives »

Un autre axe à développer serait la formation aux **gestes techniques** d'une part et à des **techniques de communication** d'autre part, éventuellement en ayant recours à la simulation ou à des jeux de rôle :

E1 : « surtout sur le côté pratique de gestes ou de choses type entretien motivationnel ou la pose de DIU [...] que la fac nous aiderait à faire, soit en nous accompagnant en stage ou sur un mannequin, ou la simulation, oui. »

Les **sciences humaines appliquées à la médecine** étaient un autre point d'intérêt exprimé par certains IMG.

C2 : « Voilà, je me dis y'a vraiment de l'humain à apprendre, plus que des compétences. »

3.9.2.4 Propositions diverses

D'autres propositions, sur des thèmes aussi variés que la recherche et l'enseignement en médecine générale, ont également été formulées.

L'enseignement de la MG lors du 2^e cycle gagnerait à être développé, la MG souffrirait selon les IMG d'un **manque de représentation** durant ces années d'études.

D4 : « S'il y a un module néphro à l'ECN pourquoi il y aurait pas un module médecine générale à l'ECN théorique ? »

La diversité des stages et des parcours au 2^e cycle crée une **inégalité concernant l'acquisition de certaines habiletés** parmi les étudiants en début d'internat qu'un **stage de mise à niveau** pourrait limiter.

B5 : « j'ai jamais fait de ponction d'ascite, j'ai jamais fait de ponction pleurale et je me dis, arriver interne et n'avoir jamais fait ça, c'est grave et je pense qu'on devrait tous refaire une sorte de mise à niveau »

L'**interdisciplinarité**, notamment entre généralistes et spécialistes pour favoriser le **lien ville-hôpital**, gagnerait à être développée.

D4 : « Donc on a d'un côté des professeurs à l'hôpital qui ne connaissent pas la médecine générale, et on a de l'autre côté des professeurs de médecine générale qui ne comprennent pas bien ce qui se passe à l'hôpital, et ce décalage il est problématique. »

Le travail sur les **thèses d'exercice**, qui concluent les études médicales, posait un problème aux internes qui souhaiteraient être **davantage accompagnés** et de façon plus **précoce** sur ce sujet.

D5 : « Peut-être qu'il faudrait plus axer sur la sensibilisation au fait qu'il va bien falloir faire une thèse et donc qu'il va falloir commencer à chercher assez précocement, en fin de 1^e année ou début de 2^e année un sujet de thèse et commencer à s'y mettre sérieusement. »

Enfin, créer dès l'internat des **contacts avec des médecins déjà installés ou partant en retraite**, pourrait **favoriser les nouvelles installations** et limiter le risque de **désert médical** pour certains territoires.

A4 : « faciliter des rencontres peut être avec des médecins qui pour la majeure partie vont partir à la retraite dans les quelques années à venir pour forger déjà un... enfin... déjà préparer une installation... »

Les IMG ont formulés plusieurs propositions dont certaines étaient déjà prévues par la réforme du troisième cycle. Concernant l'approche par compétence, ils souhaiteraient qu'elle soit expliquée davantage, renforcer le tutorat, développer un tutorat junior et mieux accompagner l'autoformation. Les modalités pédagogiques plébiscitées sont les formations biomédicales, éventuellement en ligne, et des outils synthétisant les compétences génériques transversales. En termes de contenu de formation, ce sont la gestion du cabinet, les habiletés techniques et relationnelles ainsi que les sciences humaines qui ressortent en plus des formations biomédicales habituelles. L'enseignement de la médecine générale au 2^e cycle, l'interdisciplinarité, l'accompagnement pour les thèses d'exercice et la préparation de l'installation sont des préoccupations fortes des IMG interrogés.

4.RESULTATS QUANTITATIFS

4.1 Déroulement de le l'évaluation et taux de participation

4.1.1 Déroulement du questionnaire

Sur le plan quantitatif, **126 étudiants ont répondu** au questionnaire parmi les 832 internes au total, soit un taux de participation général de **15%**.

Concernant les IMG n'ayant pas validé leur DES (1^e à la 2^e année), le taux de participation est de 19%.

58 réponses partielles ont été enregistrées, pour un taux de réponse total de 184, soit un pourcentage d'abandon de 31%.

La période de participation au questionnaire a été de presque **deux mois**, entre le 08 février 2019 et le 02 avril 2019.

4.1.2 Caractéristiques de la population

4.1.2.1 Échantillon quantitatif

La répartition du genre des participants était de **71% femmes et 28% hommes**.

La majorité de l'effectif avait une date de naissance comprise entre **1991 et 1992**.

Les internes sondés ont pour la plupart effectué leur **externat à Lyon, soit 54%**.

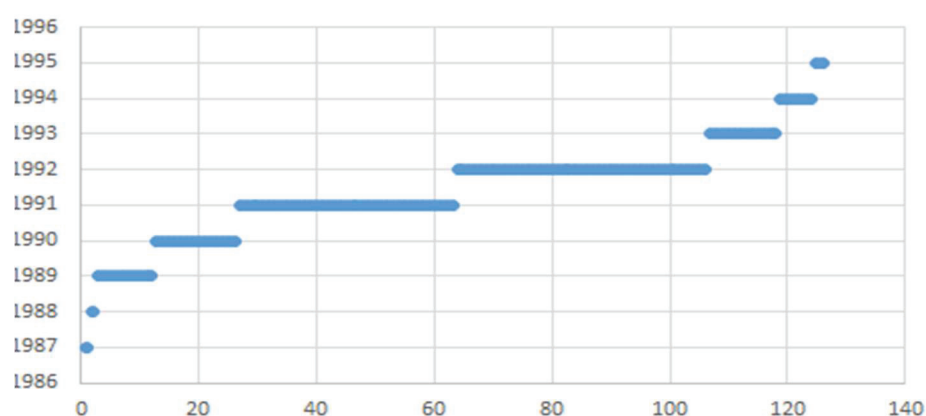
Pour la répartition selon **l'année de DES** les résultats étaient assez **hétérogènes**, les 2^e et 3^e années de DES étant les plus représentées.

Les projets professionnels des IMG étaient des exercices majoritairement libéraux, mais aussi hospitaliers, avec une proportion importante d'exercice mixte.

61% des répondants, souhaitent s'investir dans le futur dans des activités de **pédagogie ou de recherche**.

4.1.2.2 Caractéristiques détaillées des répondants

4.1.2.2.1 Répartition selon l'année de naissance



L'année de naissance moyenne était 1991, la médiane était en **1992**. Les années de naissances minimales et maximales étaient respectivement 1995 et 1987.

4.1.2.2.2 Répartition selon le genre

Genre	Nombre	Pourcentage
Homme	35	28%
Femme	90	71%
Autre	1	0,8%

La répartition selon les genres était **représentative** de la population des internes de médecine générale.

4.1.2.2.3 Répartition selon la faculté d'origine

Faculté d'externat	Nombre	Pourcentage
Lyon (Est et Sud)	68	54%
Autre	58	46%

54% des IMG avaient réalisé leur externat à **Lyon**. Les autres facultés d'externat fréquemment retrouvées étaient : Paris (8 IMG), Dijon et Lille (6 IMG), Nancy et Nantes (6 IMG).

4.1.2.2.4 Répartition selon l'année de DES en cours

IMG lyonnais	Nombre total d'IMG dans la promotion	Nombre de répondants au questionnaire	Répondants par année de DES chez les répondants au questionnaire	Répondants par année de DES chez l'ensemble des IMG
TCEM1	156	14	11%	9%
TCEM2	145	37	29 %	26%
TCEM3	245	56	44 %	22%
Année thèse	286	19	15 %	7%
Total des IMG	832	126	100 %	15%
IMG avec DES non validé	546	107	66 %	19%

On notait une **sous-représentativité** des internes de **1^e année** (9% de l'ensemble des IMG) et **d'année thèse** (7% de l'ensemble des IMG). La sous représentativité pouvait s'expliquer par l'utilisation d'un canal de diffusion du questionnaire (réseau social et relances) via lequel ces IMG n'étaient pas encore, ou plus inscrits.

4.1.2.2.5 Répartition selon le projet professionnel envisagé

Projet professionnel	Nombre	Pourcentage
Installation	85	67%
Remplacement généraliste	80	63%
Pratique spécifique	28	22%
Activité hospitalière	32	25%
Autre	5	4%

Cette question était à choix multiples, un nombre important d’interne évoquait le souhait d’effectuer une **activité mixte**, puisqu’ils ont répondu à plusieurs items.

Pour ce qui était des items “pratiques spécifique” et “autres” souhaitée, on retrouvait notamment un souhait d’exercice en lien avec la réalisation d’un DESC de médecine d’urgence (6 IMG), d’un DESC de soins palliatifs (2 IMG), d’un DU de gynécologie (2 IMG), ou d’une formation en pédiatrie (2 IMG).

4.1.2.2.6 Répartition selon le souhait d’investissement dans une activité future

Activités souhaitée	Nombre	Pourcentage
Maîtrise de stage	59	47%
Poste de chef de clinique	13	10%
Directeur de thèse	11	9%
Participation à des études	23	18%
Total activité de recherche ou de pédagogie	77	61%
Aucun investissement	49	39%
Autre	9	7%

61% des IMG souhaitaient s'investir dans le futur en faveur de la pédagogie ou de la recherche. Cette question était à choix multiples et une majorité des IMG ayant répondu favorablement avaient plusieurs projets concomitants.

39% des IMG sondés n'avaient **pas de projet** d'investissement pédagogique ou de recherche particulier.

4.2 Formation en stage et facultaire

4.2.1 Formation facultaire 3e cycle

4.2.1.1 Formation médicale initiale

4.2.1.1.1 Formation dispensée par le DMG

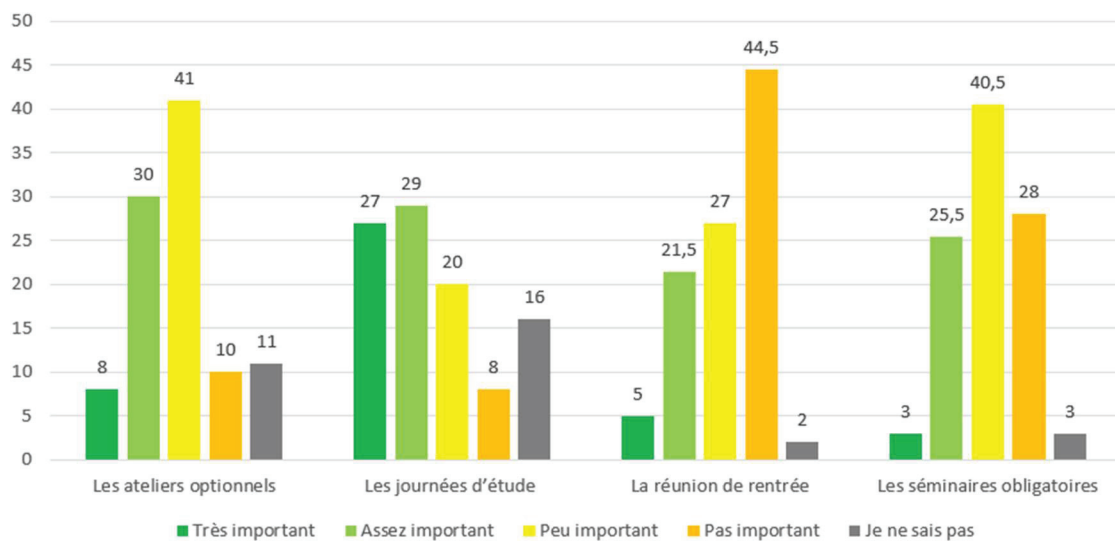
Les **journées d'études** sont considérées comme une de **mesures les plus importantes à 56%**.

Les **ateliers optionnels** avaient pour les internes une **importance moyenne** : 71 % des réponses à cet item sont comprise entre « assez important » et « peu importante ».

Les deux dispositifs suivants faisaient quant à eux partie des **items les moins importants** pour la formation :

- 44,5% considéraient la **réunion de rentrée** comme « pas importante »
- 28% considéraient les **séminaires obligatoires** comme « pas importants »

Figure 1 : Perception de la formation par le DMG, en pourcentage



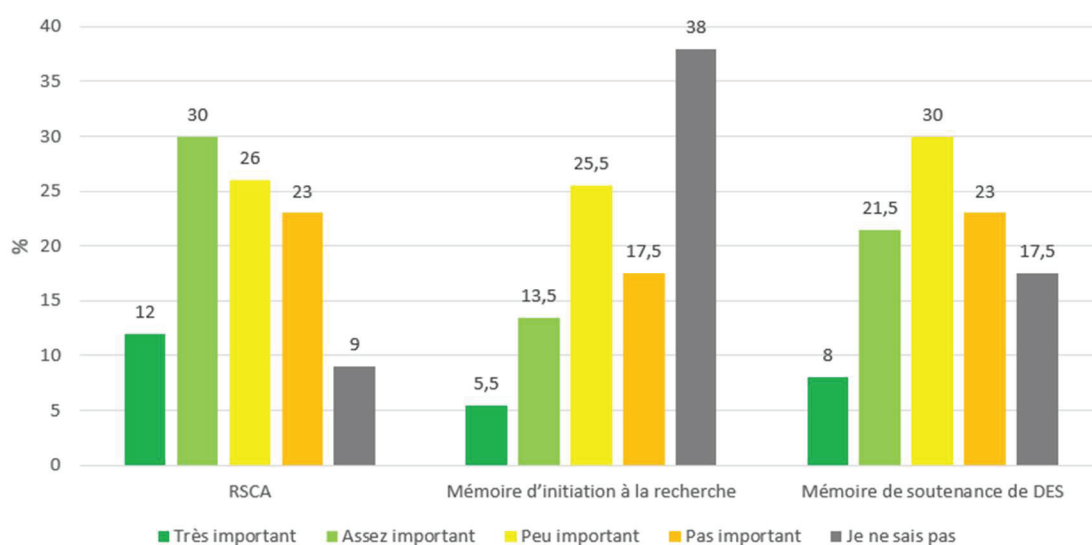
4.2.1.1.2 Formation écrite

Le **RSCA** avait une **importance variable** selon les internes, avec une répartition relativement homogène des pourcentages selon l'échelle de Likert.

Le **mémoire d'initiation à la recherche** et le mémoire de soutenance de DES étaient considérées comme **peu (43%) ou pas (53%) importantes**.

Le taux de personne ayant répondu « je ne sais pas », soit 38%, à propos du **mémoire d'initiation à la recherche** montraient que ce dispositif est assez **peu connu**.

Figure 2 : Perception de la formation écrite, en pourcentage



4.2.1.1.3 Formation transverse

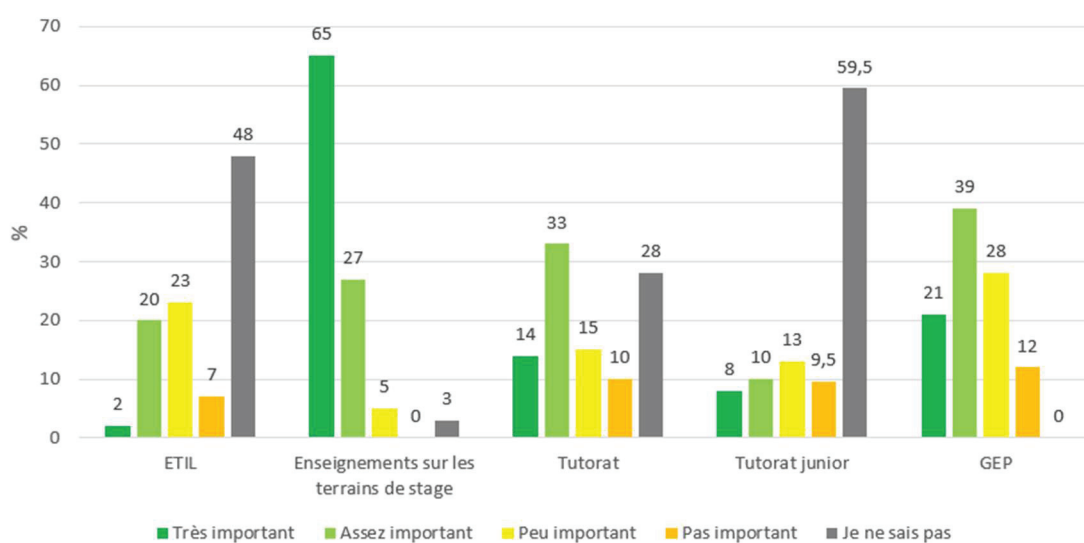
Les **enseignements délivrés sur les terrains de stage** étaient le **dispositif le plus important**, puisque **92 %** les jugeaient « important » (dont « 65% très importants »).

Les **ETIL** ne seraient **pas connu des internes** puisque 48 % ne savaient pas leur donner une place dans les dispositifs de formation.

Pour ce qui est du **tutorat**, 40% disaient que ce dispositif était **important** dans la formation, les **GEP** seraient plus **spécifiquement plébiscitées** avec 60% de perception importante.

La majorité des IMG n'avaient **pas d'avis** (59,1%) à propos de l'importance du **tutorat junior**, le reste des avis émis était variable.

Figure 3 : Perception de la formation transverse, en pourcentage

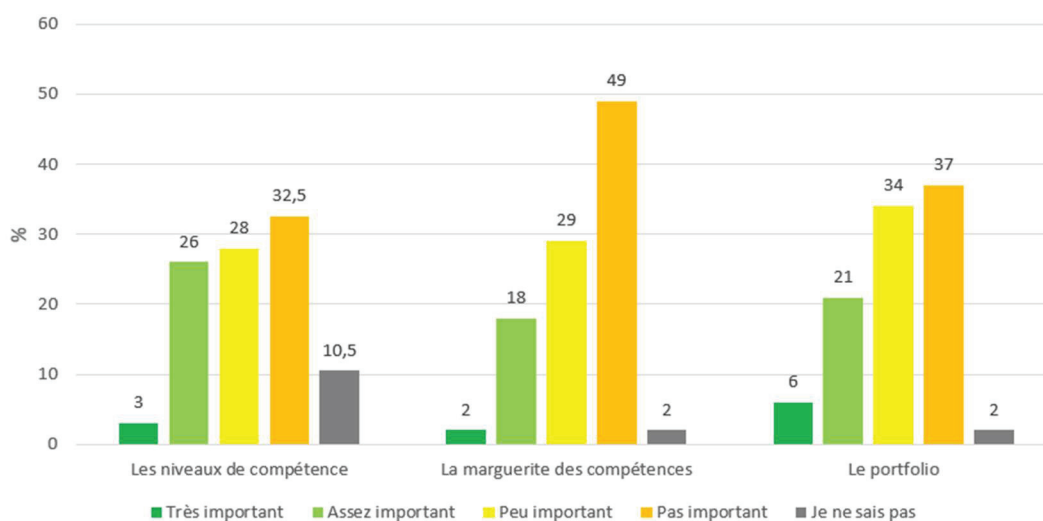


4.2.1.2 Outils pédagogiques

Les **outils pédagogiques** faisaient partis des **dispositifs perçus comme les moins importants**. Par ordre d'importance la plus faible on retrouvait :

- la **marguerite des compétences**, « pas importante » à 49 %
- le **Portfolio**, « pas important » à 37 %
- les **niveaux de compétence**, « pas importants » à 32,5 %

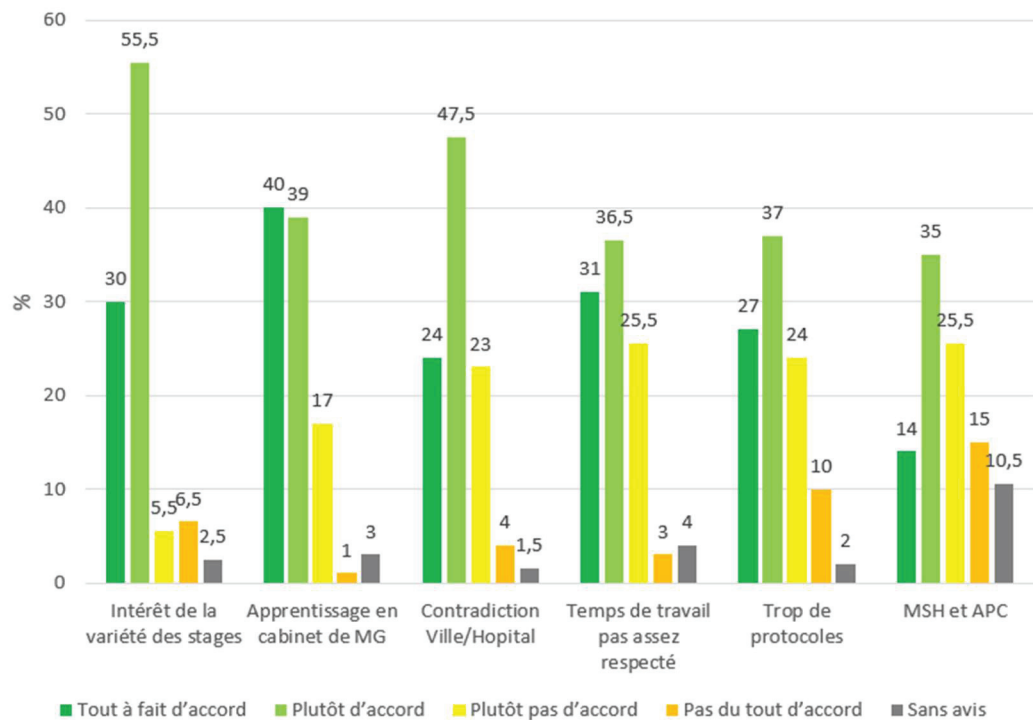
Figure 4 : Importance des outils pédagogiques, en pourcentage



4.2.2 Formation en stage 3e cycle

4.2.2.1 Terrains de stage et organisation

Figure 5 : Terrains de stage et leur organisation, en pourcentage



4.2.2.1.1 Stage ambulatoire

La valeur ajoutée au DES de la formation en ambulatoire était importante puisque la **grande majorité des répondants (79%)** considéraient que l'**apprentissage** de la médecine générale se faisait **préférentiellement en médecine ambulatoire**.

Une analyse en sous-groupe n'avait pas retrouvé de lien significatif entre cette perception et l'année de DES des répondants ($p=0,33$).

4.2.2.1.2 Stage hospitalier

Le questionnaire qualitatif a permis d'explorer l'ampleur des principales remarques faites à propos des terrains de stages hospitalier à savoir :

- Environ $\frac{2}{3}$ **des internes** (71,5%) considéraient que les **apprentissage** en médecine hospitalière étaient parfois en **contradiction avec ceux de la médecine générale**.
- **64%** des IMG (dont 37% plutôt d'accord) pensaient que certains savoir **trop protocolisés** ou **hyperspécialisés** de stages hospitaliers rendaient ces derniers **d'intérêt moindre** pour la formation en MG.

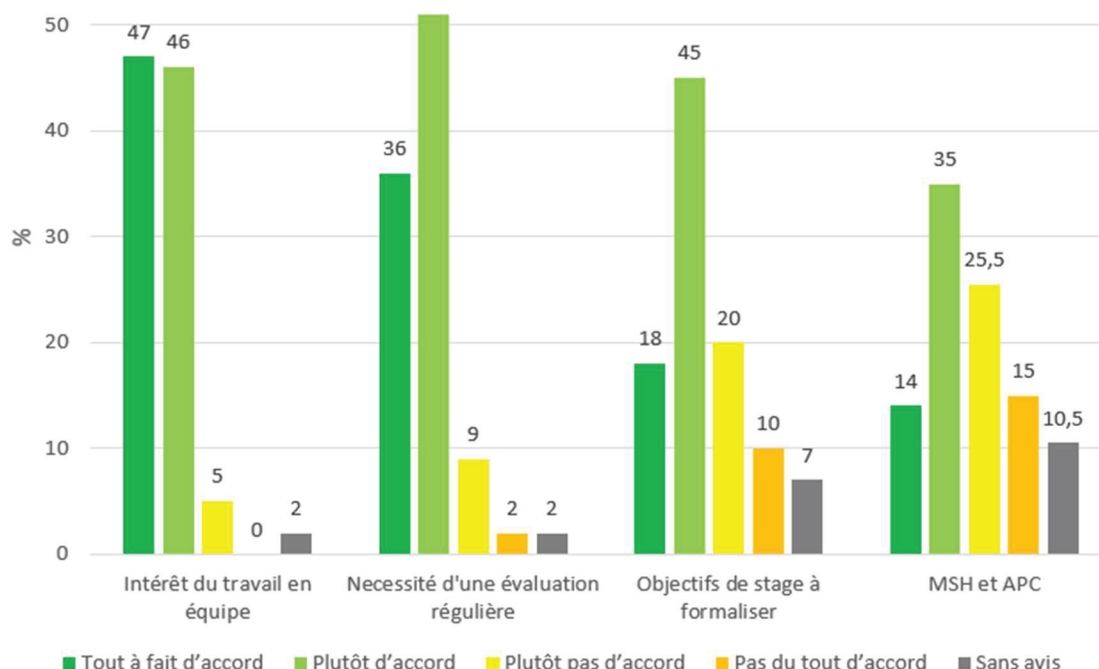
4.2.2.1.3 Organisation des stages

Pour **85,5%** des répondants, une **maquette de DES variée** du point de vue des terrains de stage et des MSU encadrants, était un réel **atout pour la formation** en médecine générale.

Le respect du temps de travail en stage était décrit lors de la phase qualitative comme un frein à la formation, ici **67,5% des IMG estimaient que le temps de travail n'était pas respecté**. Cependant, il existait une répartition quasiment équitable au niveau de l'échelle de Likert entre le « tout à fait d'accord - plutôt d'accord - plutôt pas d'accord », qui montrait que la perception du respect du temps de travail était **variable fonction des IMG**.

4.2.2.2 Apprentissages et évaluation en stage

Figure 6 : Apprentissages et évaluation en stage, en pourcentage



4.2.2.2.1 Vecteur d'apprentissages en stage

93% des répondants (répartis presque équitablement entre « tout à fait » et « plutôt d'accord ») considéraient que le **travail en équipe** avec les personnels paramédicaux notamment en stage hospitalier était **très utile pour la formation en médecine générale**.

Les IMG disaient en entretien que les MSH ne connaissaient pas l'APC. Les avis étaient **divergents** entre les internes sondés à propos du **bénéfice la connaissance de cet apprentissage par les MSH sur la formation des IMG**.

4.2.2.2 Evaluation en stage

63% des répondants souhaiteraient que les **objectifs de stage soient plus formalisés et utilisés** lors des évaluations de fin de semestre.

La grande majorité, soit **87% des IMG** adhéraient au fait qu'il est important de bénéficier d'une **évaluation régulière** en stage.

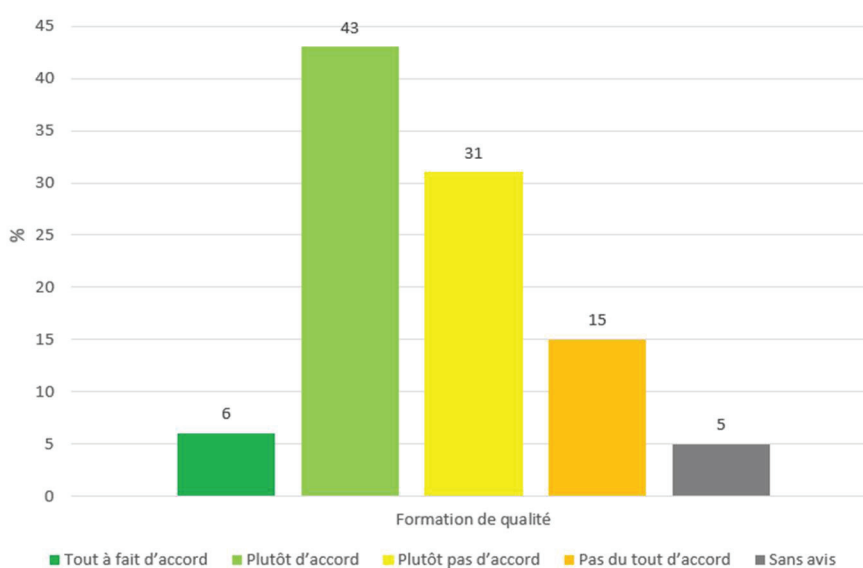
4.2.3 Perception du DES

Les avis sur la perception du DES en tant que formation de qualité étaient **variables**, 49% des IMG pensaient que la formation était de qualité et 46% ne le pensaient pas.

Une analyse en sous-groupe a été réalisée fonction :

- de l'année de DES, sans lien statistiquement significatif ($p=0,65$)
- du projet futur d'investissement dans la recherche et/ou la pédagogie sans lien statistiquement significatif ($p=0,85$)

Figure 7 : Item « le DES de MG est une formation de qualité », en pourcentage



Formation facultaire

L'enseignement sur le terrain de stage était de loin le dispositif de formation le plus important pour les internes avec 92 % qui le considéraient comme important. Viennent ensuite les GEP (60 %) et les journées d'études (56 %).

Les dispositifs considérés comme les moins importants par les internes sont essentiellement les outils pédagogiques avec dans l'ordre : la marguerite des compétences, le Portfolio, les niveaux de compétence.

Il est à noter que le tutorat junior (58%), les ETILS (48%) ainsi que le mémoire d'initiation à la recherche (38%) étaient des dispositifs à propos desquels la grande majorité des internes de médecine générale ne pouvaient pas se prononcer.

Formation en stage

Les stages ambulatoires étaient majoritairement (79%) perçus comme un fort vecteur d'apprentissages. Les répondants ont validé les réserves émises dans la partie qualitative pour les stages hospitaliers. La variété des stages, était un atout (67,5%) pour le DES.

Un des facteurs d'apprentissage majeur était le travail en équipe (93%), la formation des MSH à l'APC était plus discutée.

Il était souhaité que l'évaluation en stage soit plus régulière (87%) et dans une moindre mesure que les objectifs de stage soient plus formalisés (63%).

Pour conclure, les avis sur la qualité de la formation du DES de MG divergeaient.

4.3 Marguerite des compétences et compétences transversales

4.3.1 Six compétences transversales de la marguerite

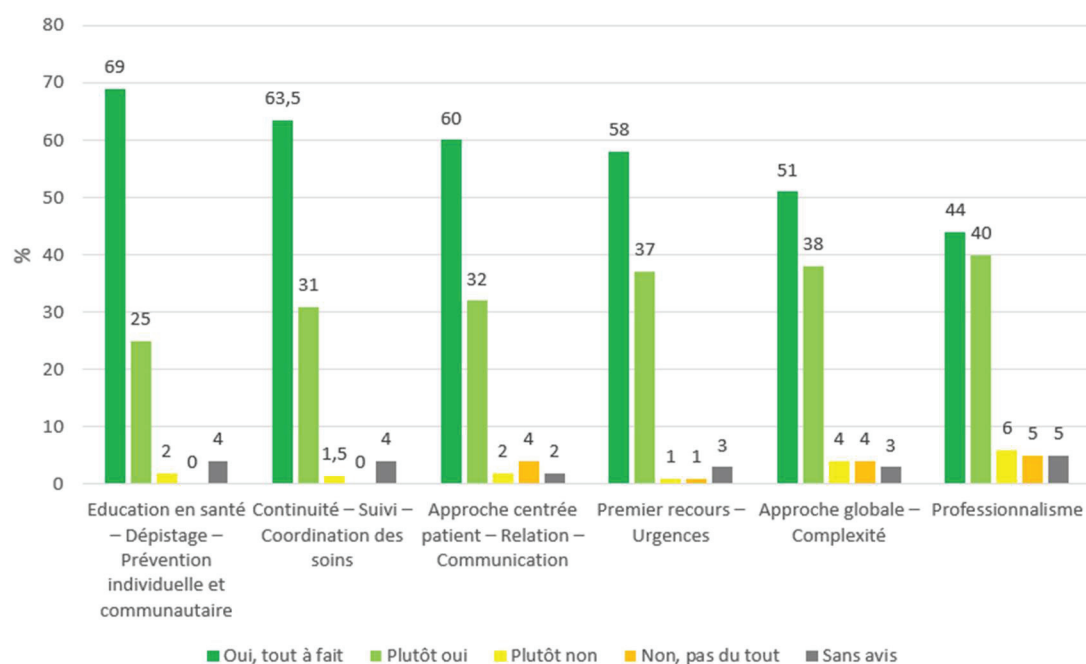
Les IMG **percevaient favorablement les compétences transversales** puisque plus de **84%** les trouvaient individuellement pertinentes.

Par ordre de pertinence selon l'échelle de Likert on retrouvait que les IMG percevaient les compétences « tout à fait pertinentes » comme suit :

- **éducation et santé, dépistage, prévention individuelle et communautaire** : 69 % la trouvaient « tout à fait pertinente »
- continuité, suivi, coordination des soins : 63,5 %
- approche centrée patient, relation, communication : 60 %
- premier recours, urgence : 58%
- approche globale complexité : 51 %
- professionnalisme : 44 %

Pour la compétence **professionnalisme**, les avis étaient un peu **plus nuancés**, on retrouvait à part quasiment égales un avis « tout à fait » ou « plutôt » pertinent.

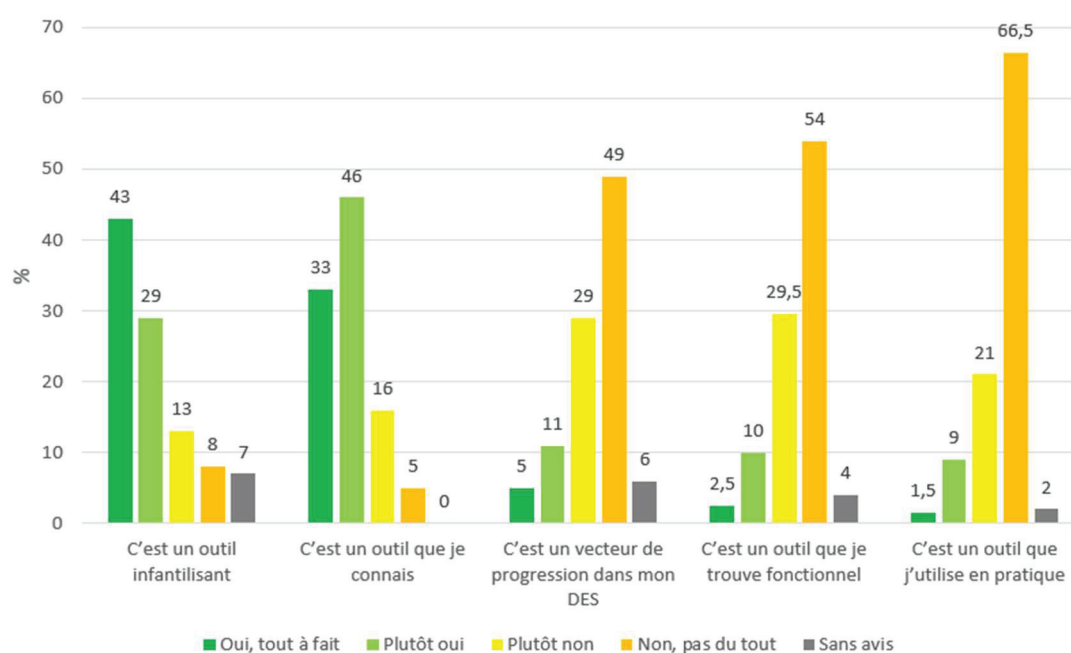
Figure 8 : Compétences transversales en fonction de leur pertinence perçue, en pourcentage



4.3.2 Perception et utilisation de la marguerite des compétences

Les résultats obtenus à propos de la perception de la marguerite des compétences étaient globalement assez tranchés, comme le souligne le graphique ci-dessous :

Figure 9 : A propos de la marguerite des compétences, en pourcentage



La marguerite des compétences serait donc un **outil bien ou très bien connu à 79 %**. Cependant on constate que c'est un outil **peu usité** puisque **66,5 % des répondants ne l'utilisent pas du tout** en pratique.

Les internes ont été également très critiques avec la marguerite qu'ils jugent à **83% non fonctionnelle**, et **78 %** estimaient que la marguerite **n'est pas un vecteur de progression dans le DES**.

La connotation de la marguerite ne serait également pas favorable puisqu'elle serait jugée **infantilisante** par 72 %.

Une analyse en sous-groupe fonction de l'année de DES a été effectuée à l'item « C'est un outil que je connais » à propos de la marguerite. Ces résultats suggéraient que **la compréhension de la marguerite des compétences pouvait s'acquérir au fur et à mesure du DES**.

Figure 10 : Connaissance de la marguerite fonction de l'année de DES, en effectif

	TCEM1	TCEM2	TCEM3	Année thèse	Total général
Non, pas du tout	2	2	2	0	6
Plutôt non	5	4	9	2	20
NON	7 (50%)	6 (16%)	11 (20%)	2 (11%)	26 (21%)
Oui, tout à fait	1	11	19	11	42
Plutôt oui	6	20	26	6	58
OUI	7 (50%)	31 (84%)	45 (80%)	17 (89%)	100 (79%)

$p = 0,046$ selon le test exact de Fischer

Par ailleurs, une analyse en sous-groupe a été réalisée pour ce même item fonction de l'éventuel projet d'investissement en recherche et pédagogie. Les résultats non significatifs ($p=0,40$) ne nous permettaient pas de conclure.

En somme, les IMG percevraient comme tout à fait ou très pertinentes de manière individuelles chacune des compétences transversales de la MC, avec un résultat un peu plus nuancé pour la compétence professionnalisme.

Les IMG connaissent à 79% la MC et cet apprentissage semblerait se faire avec les années de DES. Toutefois, la MC est peu utilisée en pratique, ne serait que peu fonctionnelle, et peu vecteur de progression pour le DES selon eux.

4.4 Perception de l'approche par compétence

4.4.1 Compréhension de l'APC

60% des internes déclaraient **comprendre ce qu'est l'approche par compétence**, avec une réponse "plutôt d'accord" la plus fréquente (39%).

Une analyse en sous-groupe de l'item visant à évaluer la compréhension de l'APC a été réalisée. L'analyse en fonction de l'année de DES n'était pas statistiquement significative ($p=0,37$). Il existe par contre un lien, suggérant que **les internes ayant un projet d'investissement futur comprendraient mieux que les autres le concept d'APC**.

Figure 11 : Compréhension de l'APC fonction de l'investissement futur souhaité, en effectif

	Investissement futur souhaité ?		
	Oui	Non	Total général
Pas du tout d'accord	6	9	15
Plutôt pas d'accord	19	15	34
NON	25 (34%)	24 (50%)	49 (39%)
Plutôt d'accord	31	18	49
Tout à fait d'accord	22	5	27
OUI	53 (68%)	23 (48%)	76 (60%)
Sans avis	0	1	1

$p = 0,039$ selon le test exact de Fischer - Intervalle de confiance à 95% [0.2012 ; 1.0167]

Par ailleurs, pour **71,5%** des répondants, l'APC est une approche qui n'a **pas** été suffisamment **expliquée** en début d'internat.

Aucune corrélation statistiquement significative n'a été retrouvée entre l'année de DES et les explications¹⁶ sur l'APC ($p=0,66$).

¹⁶ Une modification de la formation facultaire du DES à propos de l'APC est survenue entre les internes en 1ère et 3ème année de DES.

4.4.2 APC et pédagogie au cours du DES

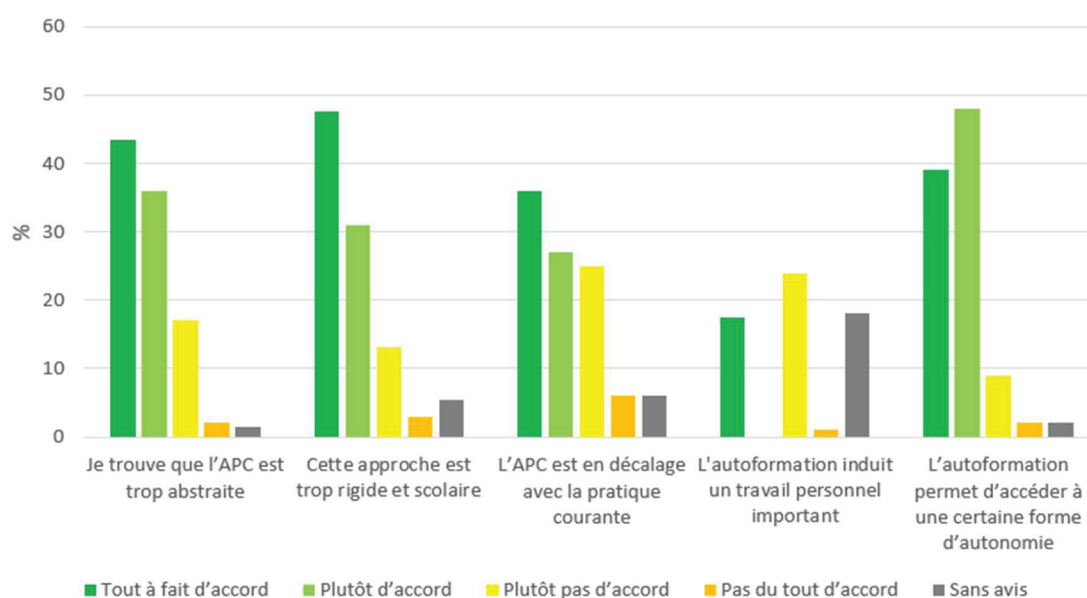
Au niveau de la perception de l'APC sur le plan pédagogique, on retrouvait sur le plan quantitatif les critiques formulées lors des focus groupes. L'APC serait, par ordre décroissant :

- **trop abstraite** (79,5%)
- **trop rigide et scolaire** (78,5%)
- **en décalage avec la pratique courante** (63%).

Elle nécessiterait un **travail personnel important** pour certains (57%).

Cependant, sur le plan pédagogique, l'autoformation présente dans l'APC serait **un très fort vecteur d'autonomisation** puisque c'est l'item de loin le plus plébiscité par les répondants avec **87%** de réponses favorables.

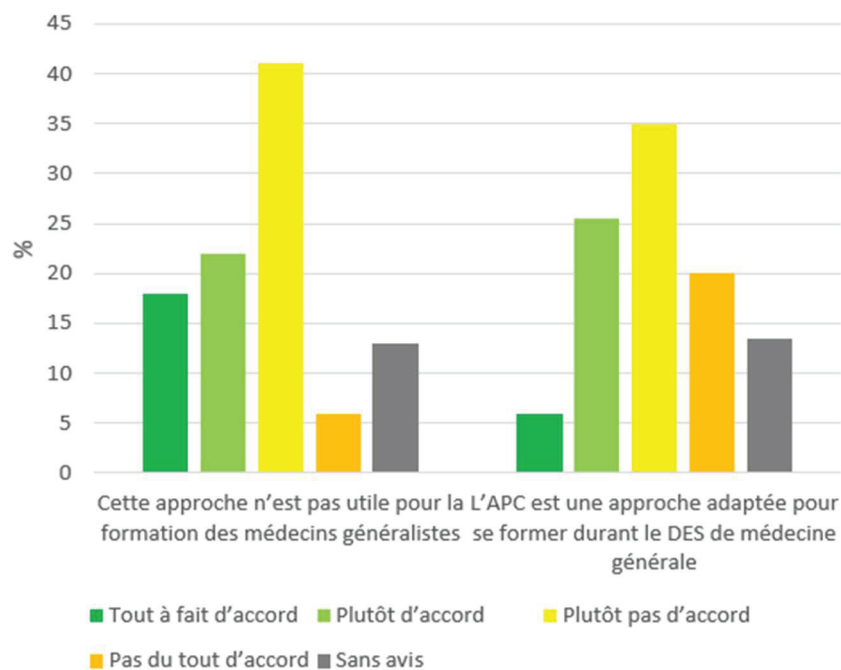
Figure 12 : L'APC sur le plan pédagogique, en pourcentage



4.4.3 Utilisation de l'APC

Au niveau de son utilisation, si l'APC pour les répondants ne serait peut-être **pas une approche adaptée à la formation** durant le DES de médecine générale (**55%**), ils pensaient que cette approche était **utile pour la formation des médecins généralistes** (47%).

Figure 13 : Utilisation de l'APC, en pourcentage



4.4.4 Pertinence de l'APC

A propos de la **pertinence de l'APC en tant qu'approche structurante et constructive** les avis des répondants **divergaient** : 43% des répondants sont d'accord avec cette affirmation, et 46% ne le sont pas.

Une analyse en sous-groupes réalisée selon le projet d'investissement pédagogique ou de recherche futur des répondants retrouvait un résultat non significatif ($p=0,23$).

Une seconde analyse en fonction de l'année de DES des répondants tends toutefois

à souligner que la **perception de l'aspect structurant et constructif de l'APC serait fonction de l'année de DES**, malgré une faible significativité statistique

Figure 14 : « l'APC est une approche structurante et constructive », en effectif

	TCEM1	TCEM2	TCEM3	Année thèse	Total général
Pas du tout d'accord	1	7	15	3	26
Plutôt pas d'accord	3	12	12	4	31
PAS D'ACCORD	4 (29%)	19 (51%)	27 (48%)	7 (37%)	57 (45%)
Plutôt d'accord	9	9	20	9	47
Tout à fait d'accord	0	3	2	3	8
D'ACCORD	9 (64%)	12 (32%)	22 (39%)	12 (63%)	55 (43%)
Sans avis	1	6	7	0	14

p=0,150 selon le test exact de Fischer

Une majorité (60%) des IMG ont déclaré comprendre ce qu'est l'APC. La compréhension de cette approche serait favorisée par un projet pédagogique ou de recherche futur. 71,5% des internes estimaient toutefois que c'est une approche qui mériterait d'être plus explicitée.

Les reproches faites à l'APC sont qu'elle serait trop abstraite (79,5%), trop rigide et scolaire (78,5%), en décalage avec la pratique courante (63%). Cependant, pour 87% des sondés, l'autoformation leur permettrait d'accéder à une certaine forme d'autonomisation.

Si l'APC pour les répondants ne serait pas une approche adaptée à la formation durant le DES elle serait toutefois utile à la formation en tant que médecin généraliste. Il semblerait enfin que la perception de l'APC en tant qu'approche pertinente et constructive soit fonction de l'année de DES.

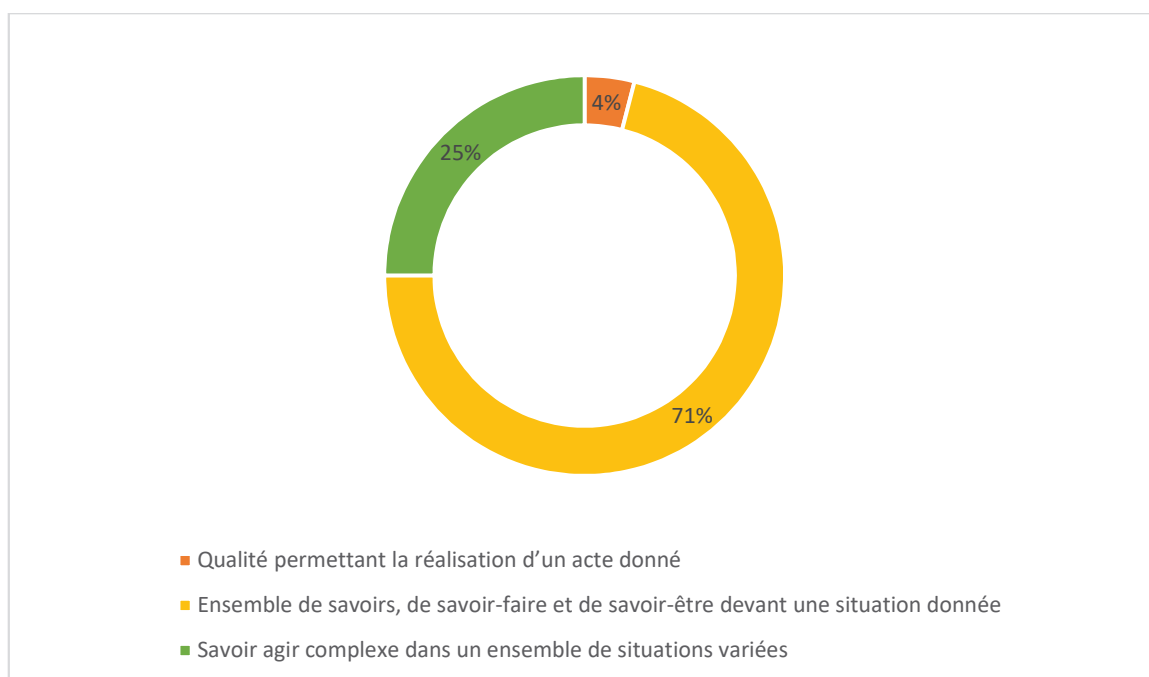
4.5 Compétences, perception et construction

4.5.1 Perception des compétences et connaissances

4.5.1.1 Définition des compétences

Il existait une **confusion importante à propos de la définition de la notion de compétence et de connaissance** : 71% des IMG rattachaient la définition qui se rapproche le plus de celle de capacité à celle de compétence. 25% des IMG définissaient la compétence telle que celle donnée par Tardif¹⁷. Toutefois peu d'IMG (4%) confondaient compétence et habileté.

Figure 15 : Définition de la notion de compétence, en pourcentage



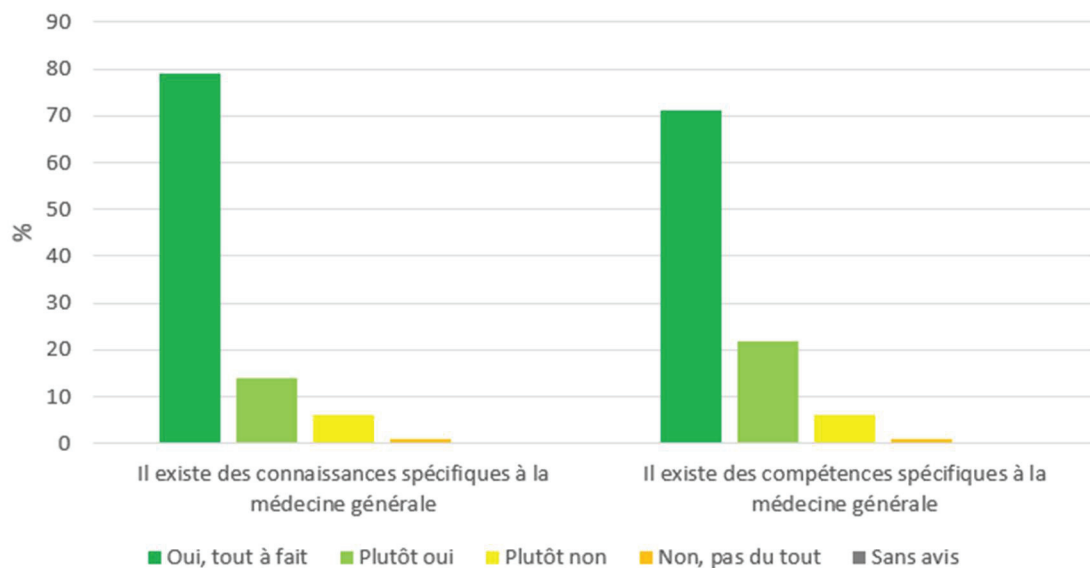
¹⁷ « Une compétence est un savoir agir complexe prenant appui sur la mobilisation et la combinaison efficaces d'une variété de ressources internes et externes à l'intérieur d'une famille de situations »
Jacques Tardif

4.5.1.2 Perception de la notion de compétence

Dans notre partie qualitative, beaucoup d'IMG disaient qu'il existait des connaissances et compétences propres à la MG, nous avons cherché à évaluer cette affirmation via un questionnaire quantitatif.

Les résultats montraient qu'une très grande majorité des IMG percevaient des **compétences (93% de réponses « oui ») et connaissances (93% de réponses « oui ») spécifiques à la MG.**

Figure 16 : Perception des compétences et connaissances, en pourcentage



4.5.2 Construction des compétences

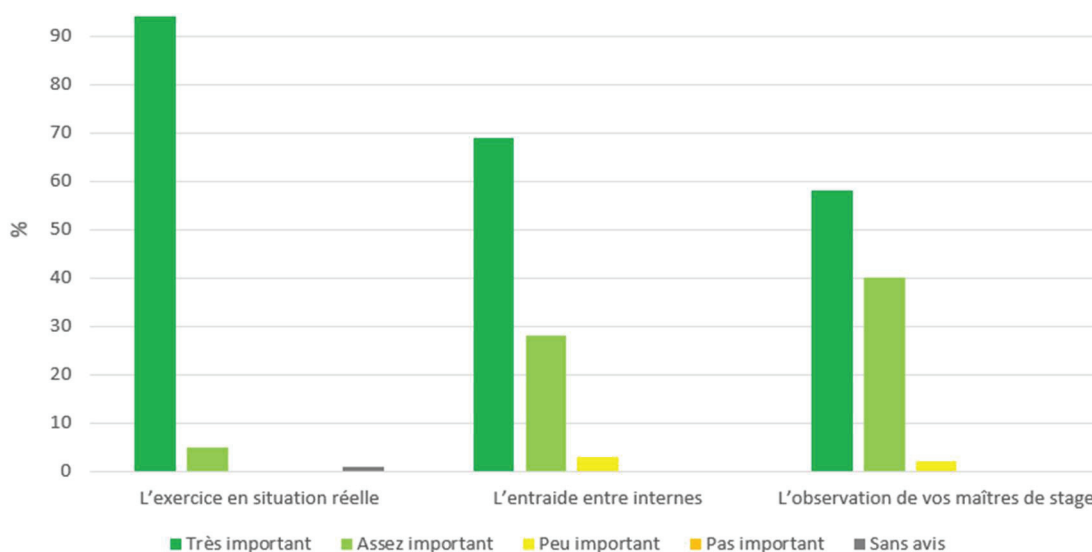
4.5.2.1 Formation clinique en stage

À propos de la **formation en stage**, la quasi-totalité des internes, soit plus de 97%, pensaient que les items proposés prenaient une **part importante dans la construction de leurs compétences.**

Ci-dessous ces items, classés selon la réponse la plus fréquente, qui était « très importante » :

- l'exercice en situation réelle 94%
- l'entraide entre internes 69%
- l'observation des maîtres de stage 58%

Figure 17 : Vecteurs de construction des compétences en stage, en pourcentage

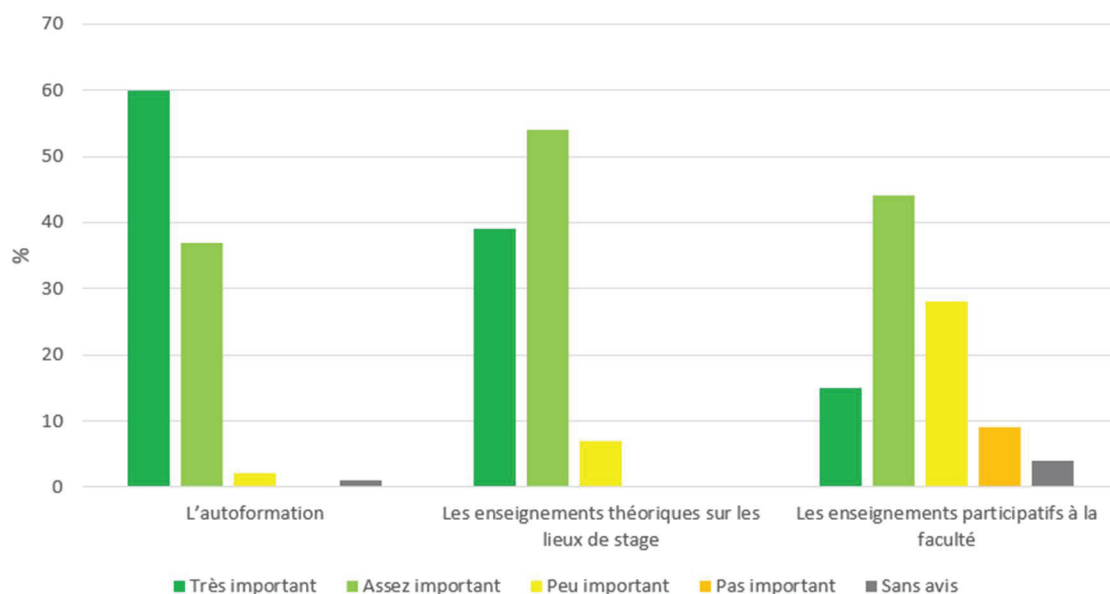


4.5.2.2 Formation théorique, personnelle et facultaire

Pour ce qui est de la formation théorique, parmi les items donnés, c'est l'**autoformation** présente dans l'APC qui est **le plus plébiscitée** par les internes : 60% trouvaient cette démarche de « très importante » pour un total global « important » de **97%**.

A propos des enseignements théoriques ils semblaient être plus importants pour la construction des compétences lorsqu'ils sont **dispensés sur les lieux de stage**. En effet, les **enseignements participatifs à la faculté** avaient une **importance qui variable** selon les IMG 69% la trouvaient importante et 37% pas importante.

Figure 18 : Vecteurs de la construction des compétences au niveau théorique et facultaire, en pourcentage



Les répondants à 93% estimaient qu'il existait des connaissances et des compétences spécifiques à la médecine générale.

La construction des compétences se faisait pour les répondants essentiellement (98%) sur le terrain : par la pratique, l'aide apportée par les tiers (co-internes et MS).

La formation théorique aurait une part moindre dans l'échafaudage de compétences, les IMG rapportent d'abord les bénéfices de l'autoformation (60% « très important »), puis des enseignements sur le lieu de stage (39% « très importants ») et enfin à la faculté (15% « très importants »).

4.6 Propositions des IMG concernant le DES de MG

Sur les **11 propositions** soumises aux internes interrogés, toutes avaient globalement remporté leur **adhésion** à des degrés divers. On pouvait distinguer les propositions relatives à **l'apprentissage lors des stages**, qu'ils soient hospitaliers ou ambulatoires, à **l'enseignement délivré par la faculté** et celles concernant le **cadre pédagogique** de façon générale.

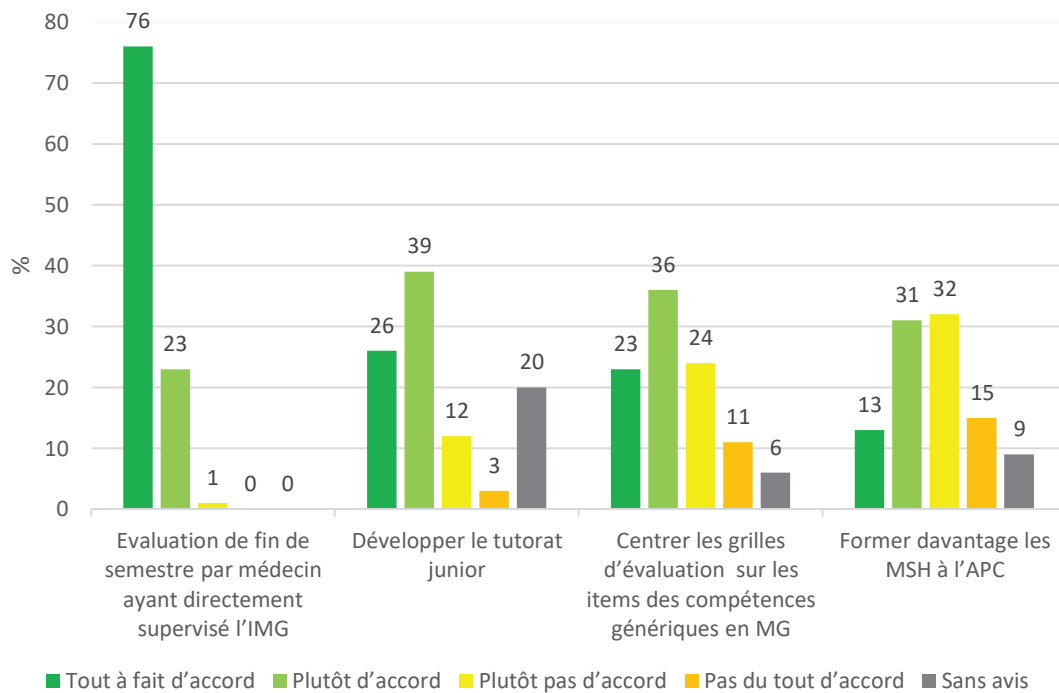
4.6.1 Propositions concernant l'apprentissage en stages

Des propositions concernant l'apprentissage lors des stages, celle qui était le plus plébiscitée suggérait que **l'évaluation de fin de stage soit faite par un médecin ayant directement supervisé l'interne concerné sur le semestre** (99% d'accord).

Venait ensuite l'idée de **développer le tutorat junior**, pour laquelle, néanmoins, 20% des internes interrogés ne s'étaient pas exprimés.

Les propositions sur la **grille d'évaluation qui devrait être centrée sur les compétences génériques transversales** (59% d'accord, 35% pas d'accord) et celle préconisant de **former davantage les maîtres de stage hospitalier à l'APC** (44% d'accord, 47% pas d'accord) partagent plus les internes, sans que ceux-ci les rejettent clairement.

Figure 19 : Propositions concernant l'apprentissage en stage, en pourcentage

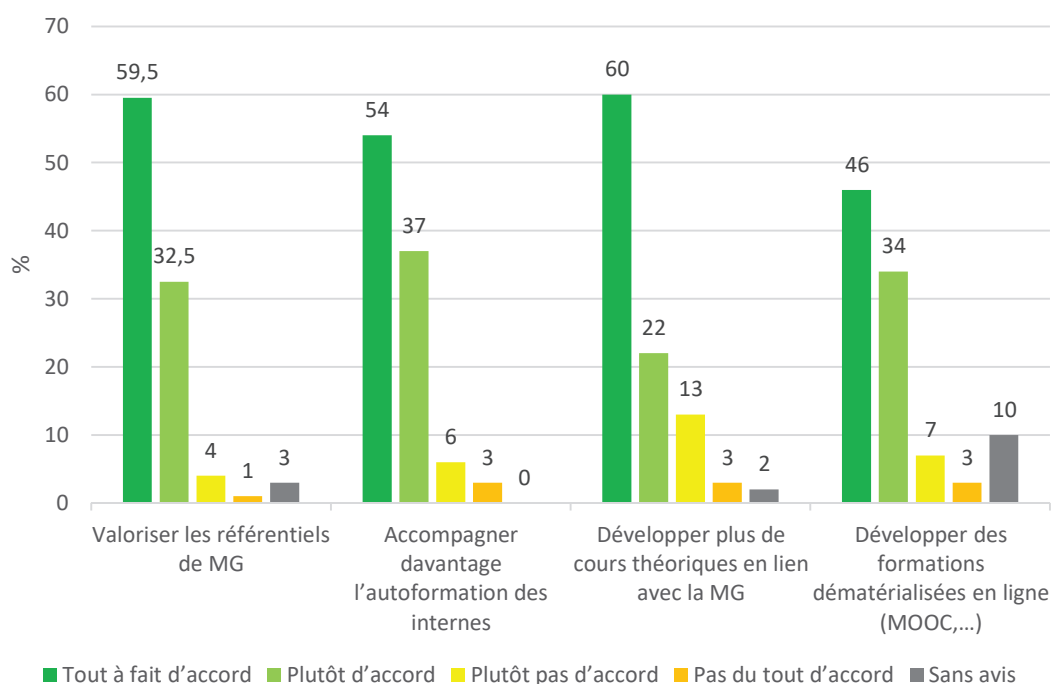


4.6.2 Propositions concernant l'enseignement facultaire

Les propositions suivantes concernant l'enseignement théorique de la médecine générale à la faculté étaient **clairement soutenues par les internes interrogés**, avec par ordre d'adhésion :

- La **valorisation des référentiels de médecine générale** (92%).
- L'idée d'**accompagner davantage l'autoformation durant l'internat** (91%).
- Le **développement de cours théoriques en lien avec la médecine générale** (82%).
- L'idée de **développer des formations dématérialisées en ligne** recueillait le moins d'avis positifs mais restait très soutenue (80% d'accord).

Figure 20 : Propositions concernant l'enseignement facultaire, en pourcentage



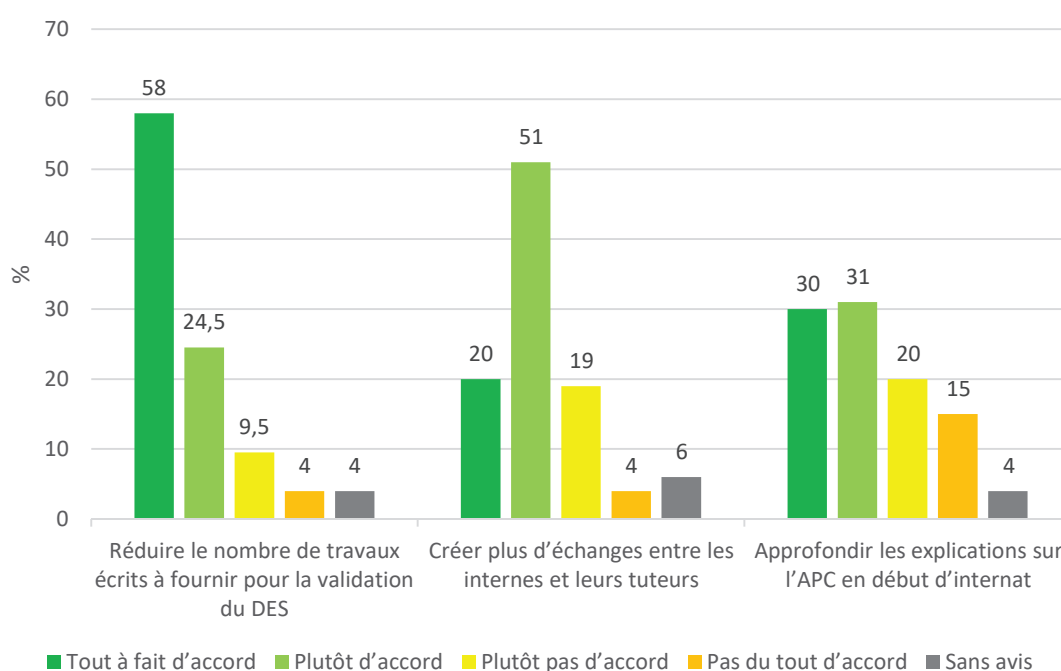
4.6.3 Propositions concernant le cadre théorique

Quant aux propositions qu'on pouvait rattacher à l'approche par compétences de façon plus globale, c'était l'idée de **réduire le nombre de travaux écrits à fournir** qui ressortait le plus (82.5% d'accord).

Par ailleurs, l'idée de **créer plus d'échanges entre les internes et leurs tuteurs** était soutenue avec plus de réserve (71% d'accord, dont 51% « plutôt d'accord », 23% pas d'accord).

Enfin, **l'approfondissement des explications sur l'APC en début d'internat** partageait beaucoup plus les IMG mais restait globalement soutenue (61% d'accord, 35% pas d'accord).

Figure 21 : Propositions concernant le cadre théorique, en pourcentage



A propos des propositions en stage, celle pour laquelle les IMG étaient quasiment unanimes serait que l'évaluation soit réalisé par le médecin ayant supervisé l'IMG en stage.

Du point de vue facultaire, la plupart des propositions étaient largement plébiscitées (> 50% tout à fait d'accord) avec la valorisation des référentiels de MG, l'accompagnement de l'autoformation et plus de cours théoriques de MG.

Sur le cadre théorique, la principale demande des IMG était de réduire le nombre de travaux écrits à valider pour le DES.

5. DISCUSSION

5.1 Synthèse des résultats

Ce travail sur l'approche par compétences du point de vue des internes de médecine générale lyonnais a d'abord permis de mettre en évidence que celle-ci était mal comprise et essentiellement perçue à travers les dispositifs pédagogiques qui y sont liés. Les notions en lien avec le concept de compétences étaient mal connues et confondues entre elles. Cette approche était jugée comme étant trop abstraite, rigide et scolaire, en décalage avec la pratique courante. Néanmoins, l'APC pouvait être jugée plus favorablement comme étant un cadre structurant et constructif, et ce, d'autant plus que les internes avancent dans le cursus de médecine générale. Ils soulignent que cette approche gagnerait à être plus détaillée en début d'internat. Enfin, les internes déclarant bien comprendre ce cadre théorique était surtout ceux qui envisageaient de s'investir à l'avenir dans la recherche et/ou l'enseignement.

5.2 Forces et faiblesses de l'étude

5.2.1 Forces

5.2.1.1 Sujet peu traité

Le concept d'approche par compétence est relativement récent, et il a jusqu'ici été peu sujet à publication en pédagogie médicale, pourtant il tient une place majeure dans la formation du DES de 3^e cycle.

Dernièrement, on observait une forte majoration des publications relatives à l'APC¹⁸, dont :

- la publication de C. BIDEAU et al : « Compréhension et adhésion des internes de médecine générale de Paris-Sud à l'apprentissage par compétences » publié dans la revue *Exercer* n°142 (2018)

- la publication de E.HERNANDEZ et al : « Perception de l'acquisition des compétences du métier de médecin généraliste par les internes de médecine générale : enquête nationale » publié dans la revue *Pédagogie médicale* n° 18 (2017)

- la thèse de L. MICHELON et AS. SITTER : « L'autoformation : représentation et pratique des internes de médecine générale lyonnais » (2016)

5.2.1.2 Méthodologie mixte

Afin de répondre à l'objectif principal de notre étude, nous avons fait le choix d'une **méthodologie mixte**, alliant recherche qualitative, puis quantitative.

La partie qualitative, sous forme de focus group, a permis aux IMG de s'exprimer et d'explorer la manière dont les IMG percevaient l'APC.

La partie quantitative, sous forme d'auto-questionnaire, a permis de quantifier l'ampleur des concepts observés.

Ces **deux méthodes, complémentaires**, ont été un atout en permettant de valider les résultats et d'enrichir l'étude de données supplémentaires.

¹⁸ Sur le moteur de recherche « pedagogie.medicale.org », le premier article traitant de l'APC chez les IMG date de 2013 avec 5 références, contre 11 publications référencées en 2017.

5.2.1.3 Travail mené à deux et triangulation

Ce travail a pu bénéficier d'une triangulation (31), puisque l'objet de notre recherche a été appréhendé de plusieurs points de vue différents.

La triangulation a été faite à plusieurs niveaux :

- **méthodologique** : en associant une méthode de recherche quantitative et qualitative.
- des **données** : recueillies sous différentes formes (focus groupe puis auto-questionnaire), à différents moments, lieux, et panachant différentes personnes et groupes de personnes.
- de l'**investigation** : avec un travail pour le qualitatif d'investigation, et d'observation mené à deux en alternant les rôles. Puis une analyse des données individuelle, comparée dans un second temps.
- **théorique** : avec l'utilisation de deux modèles d'analyse pour les données qualitatives, inductives et verticales, puis déductives et horizontales.

Ces différents processus de triangulation, permettent de gagner en **rigueur méthodologique**, majorant ainsi validité des résultats (32).

5.2.2 Faiblesses

5.2.2.1 Expérience et statut des investigateurs

Les investigateurs étaient **novices en recherche**, ce manque d'expérience a pu engendrer une limite d'influence, qui s'est atténué au cours de la recherche avec l'acquisition d'expérience.

Il a également existé un **biais d'analyse**, par la subjectivité les investigateurs, qui a été limité par la triangulation des de ces analyses. Un biais d'encliquage (33) était également possible avec l'identification des investigateurs aux IMG sondés.

5.2.2.2 Biais en lien avec les focus group

Au niveau de la recherche qualitative, le **biais de volontariat** (présent aussi en recherche quantitative dans une moindre mesure) était probablement important. En effet, la population ayant accepté de participer à notre focus group, compte tenu du temps de l'investissement à fournir, avait plus tendance à se sentir concernée par la problématique.

Durant les groupes de parole, il a pu exister un **biais de désirabilité sociale** et un **effet de soumission au groupe**. Ces écueils ont essayé d'être minorés en encourageant les IMG à ne pas se censurer, mais aussi en favorisant la prise de parole chez les participants qui s'exprimaient le moins.

5.2.2.3 Taux de réponse au questionnaire et significativité

Malgré l'optimisation du test via une phase de pré-test, un **biais d'attrition** est présent notamment lié aux **59** ont internes ayant **répondu de manière partielle** au questionnaire. On constate que chez les internes ayant répondu partiellement, la fin des réponses survient lors de l'exploration de données d'ordre pédagogique. On peut ainsi supposer que les résultats sous estiment le nombre d'internes qui ne seraient pas à l'aise ou ne se sentent pas concernés par des concepts en lien avec l'APC. Le taux de réponse est de **15% pour l'ensemble des IMG**, et 19% pour les IMG n'ayant pas validé le DES. Ce taux faible limite la significativité des analyses en sous-groupes, ainsi que l'extrapolation des résultats. Les résultats retrouvés dans notre travail révèlent sont le reflet d'une **tendance**, plus qu'une réalité statistique généralisable.

Les éléments qui peuvent expliquer notre faible taux de participation sont :

- le choix de notre **canal de diffusion** qui aurait pu être plus **diversifié**, avec diffusion du questionnaire sous format papier notamment pour toucher une plus large proportion d'IMG.

- l'**aspect fastidieux de notre questionnaire** avec une majorité d'échelle de Likert par rapport à un questionnaire à choix simple ou multiples
- le **sujet** en lui-même de notre recherche qui serait **peu attirant** pour les IMG.

Ces hypothèses sont corroborées par un taux de participation similaire dans un questionnaire de 11 items, de construction et de diffusion proche, réalisé par le Syrel-IMG en 2018 qui avait totalisé 112 répondants, soit 13% des IMG.

5.3 Interprétation des résultats

5.3.1 Le paradigme d'apprentissage en 3^e cycle de médecine

Avant de détailler les résultats de notre étude par rapport aux autres travaux de la littérature, il peut être utile de détailler comment on peut comprendre l'APC d'une manière générale.

5.3.1.1 Les différentes formes d'apprentissage

5.3.1.1.1 La complexité des compétences

Dans notre étude, les internes ont exprimé, que ce soit en entretien de groupe ou en répondant au questionnaire, que la notion de compétences pouvait leur paraître difficile à appréhender. De fait, la définir comme étant un « **savoir agir complexe** » (35), d'après la définition de J. TARDIF, reprise par les enseignants du CNGE (15), renforce ce **caractère insaisissable**.

La notion de complexité est au cœur de la **théorie systémique** (36), qui permet de mieux appréhender ces caractéristiques des compétences. La systémique est une approche transdisciplinaire, une façon de décrire le monde, par opposition à l'approche

analytique cartésienne. Elle s'attache à décrire **un ensemble sans le réduire à la somme de ses parties**, en prenant en compte son organisation interne et ses interactions avec son environnement. Elle distingue les systèmes (ou objets et notions) **simples, compliqués et complexes**. Ces distinctions sont éclairantes pour comprendre les différences entre **habileté, capacité et compétences**, notions qui sont au cœur du paradigme d'apprentissage tel qu'il est présenté à Lyon. On pourrait ainsi voir les connaissances et les habiletés (techniques ou relationnelles) comme le niveau le plus simple d'apprentissage.

Comme le précise le « Guide pratique du Portfolio (Lyon) », présent dans le portfolio de chaque IMG lyonnais : un ensemble de connaissances et d'habiletés dans un même domaine ferait émerger une capacité, de même qu'un ensemble de capacités dans un même domaine ferait émerger une compétence. Par ailleurs, une compétence ne peut pas se réduire à cette somme de capacités, elles même somme d'habiletés et de connaissances. Cette **vision systémique des compétences** montre ainsi à quel point il peut être difficile, non seulement de les définir, mais aussi de les évaluer.

5.3.1.1.2 Ressources internes

Les IMG de notre étude, en plus d'avoir du mal à définir clairement ce qu'est une compétence, ne voyaient, pour la plupart, **pas l'intérêt de les distinguer de ces notions d'habileté ou de capacité**. Le principal sens de faire ces différences entre des termes assez proches serait de considérer que **tous les apprentissages dans un domaine ne se valent pas**.

Ainsi, en plus de se distinguer par leur degré de complexité, les habiletés, capacités et compétences peuvent servir à désigner des choses différentes. Par exemple, savoir mettre en place un DIU (Dispositif intra-utérin) n'est pas la même chose que d'être en capacité de répondre à une demande de contraception ou que d'être compétent en termes de prévention individuelle et collective. Néanmoins, les internes interrogés **perçoivent** clairement à quoi **correspondent les concepts de connaissances ou d'habiletés**, que l'on peut mettre sur le même plan, et qui correspondraient ainsi, dans ce modèle, aux formes d'apprentissage les plus simples à acquérir, à mobiliser et à évaluer.

Cette proximité des internes avec ces notions se manifestaient dans notre étude par leurs **demandes de formation** en termes d'enseignements théoriques, d'apprentissages de gestes ou de techniques de communication. Habiletés et connaissances s'apparentent ainsi à des ressources internes que les internes mobilisent face à une situation donnée, ce qui rejoint la définition de J. TARDIF.

5.3.1.1.3 La capacité d'agir

Autre notion mal comprise des internes dans notre étude, le terme de **capacité** désignerait une **forme d'apprentissage intermédiaire entre les ressources internes et les compétences**, et qui semble faire le lien avec l'approche par objectifs, le paradigme d'**enseignement**.

En effet, au second cycle des études médicales, les enseignements sont structurés autour d'objectifs généraux et terminaux répartis parmi les différents items de chaque unité d'enseignement du programme (9). Ces **objectifs terminaux** permettent d'être en capacité de résoudre telle ou telle situation, en mobilisant de **connaissances** et des **habiletés** techniques ou relationnelles, rappelons-le. Autrement dit, les objectifs terminaux de l'actuel programme des ECNi peuvent tout aussi bien servir à décrire les **capacités** mise en jeu dans les situations décrites.

Une capacité se distingue ici d'une compétence dans le sens où elle se rapporte à un type de situation précis là où une compétence se rapporte à une famille de situation. Par ailleurs, une capacité met l'étudiant en position de savoir agir face à telle situation, là où les savoirs, savoir-être et savoir-faire sont nécessaires mais non suffisants.

On peut résumer les distinctions entre habiletés, capacités et connaissances à l'aide du tableau ci-dessous :

Notions clés :	Niveau d'apprentissage :	Mise en œuvre :
Habiletés /Connaissances	Simple	Etape
Capacité	Intermédiaire	Situation
Compétence	Complexe	Famille de situation

5.3.1.2 La boucle de l'apprentissage

5.3.1.2.1 L'exposition aux situations cliniques

Contrairement aux connaissances délivrées lors d'un enseignement puis pouvant être facilement évaluées hors de tout contexte professionnel, les **compétences** ne peuvent être **certifiées** que lorsqu'elles sont mises en œuvre **dans les situations qui l'exigent** (11). C'était le sens de la démarche du CNGE, après avoir défini les compétences génériques transversales et leurs différents niveaux d'acquisition, de détailler les grandes familles de situations cliniques permettant d'évaluer les internes (17).

La **pratique en stage** est donc un élément essentiel du DES de MG : elle est à la fois ce qui permet l'**acquisition** des compétences ainsi que leur **évaluation**. A ce titre, pour pouvoir apprendre durant le 3^e cycle, il est important d'être exposé à la plus grande variété de situations possible pour pouvoir mettre en œuvre les connaissances et habiletés apprises au 2^e cycle, et par la pratique, accéder aux niveaux d'apprentissage supérieurs que sont les capacités et les compétences. Cette **préoccupation** se traduisait parmi les internes de notre étude par l'importance qu'ils accordaient à la **variété de leurs terrains de stage** et à pouvoir accéder aux deux stages ambulatoires permis par la maquette pour se former au mieux à la médecine générale.

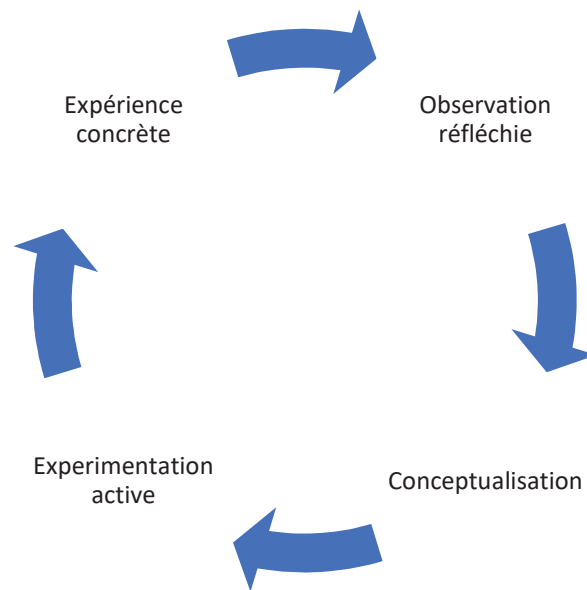
5.3.1.2.2 Les voies de la progression

Les situations cliniques rencontrées en stage, quand elles mettent en lumière les limites des compétences d'un interne, ne doivent pas être vécues comme un échec de la même manière qu'une assertion erronée est sanctionnée dans la logique d'enseignement au 2^e cycle. **L'impossibilité de pouvoir résoudre une situation est constructive** dans le sens où elle est le point de départ d'un questionnement de la part de l'interne qui lui permettra d'accéder à la solution de son problème et de ne plus se retrouver coincé à l'avenir. Les erreurs ont la même fonction, dès lors que leurs conséquences sont anticipées et, si possible, évitées pour limiter les conséquences vis-à-vis du patient. C'est ainsi le rôle du **maître de stage** de pourvoir aux limites de son interne pour que l'activité d'enseignement ne nuise pas à l'activité de soins.

L'**enseignement facultaire** proposé par le CUMG intervient à cette étape-là de l'apprentissage en formalisant les questionnements soulevés par les internes à l'aide des traces d'apprentissage du portfolio, des GEP et des RSCA. L'utilité de ces dispositifs pédagogiques est double dans la mesure où ils permettent la **progression de l'interne** en même temps qu'une **évaluation découplée du terrain de stage**, qui s'ajoute à l'évaluation de fin de semestre faite par le maître de stage lui-même. Cependant, cette démarche est forcément en **partie artificielle et chronophage**, ce qui vaut des reproches contre cette approche de la part des internes, comme notre étude a pu le suggérer. Ce n'est que dans les **derniers semestres** et plus particulièrement après le premier stage chez le praticien que leur **regard peut évoluer**.

5.3.1.2.3 Le développement de la réflexivité

En **favorisant les interrogations** que peuvent se faire les internes sur leur pratique, l'approche par compétences leur permet de développer une certaine forme de réflexivité. L'ensemble du processus allant de la situation posant problème à la mise en œuvre de nouveaux acquis pour résoudre les prochaines situations semblables peut être synthétisé par ce schéma de boucle d'apprentissage, adapté des travaux de **D. KOLB (37)**:



Tout cela illustre bien le **parti pris constructiviste de l'APC** (3). Sa compréhension fait appel à des notions variées et propres aux sciences de l'éducation. Ce modèle n'est **pas intuitif** et justifie que l'on s'y attarde. Pour bien le comprendre, il est probablement utile de l'appréhender dans sa globalité et non pas seulement à travers ses manifestations que sont les dispositifs pédagogiques qui en découlent.

5.3.2 L'approche par compétences dans le DES de médecine générale

5.3.2.1 Un cadre mal compris

5.3.2.1.1 Les définitions des principales notions

Les principales notions pédagogiques du DES de MG sont partiellement ou incomprises par les IMG.

Concernant la définition d'une compétence, si les IMG en focus group avaient donné par le biais d'échanges la définition d'une compétence, l'auto-questionnaire enregistre seulement ¼ de définition correspondant à celle adoptée par le CNGE.

Les **compétences transversales étaient plus ou moins bien comprises**. Plus particulièrement la compétence professionnalisme décrite comme peu claire, non reconnue, où qui faisait office de dénominateur commun pour des compétences « hors marguerite », peut être en lien avec sa position à côté des pétales. Pour les IMG sondés, les **compétences transversales ne sont pas nécessairement reliées avec la MC** : les IMG citaient des compétences en pluou en oubiaient.

Notre analyse soulève la question de l'**aspect artificiel et limitant des compétences** telles qu'elles sont comprises, puisque 93% des IMG pensent qu'il y a des compétences et des connaissances propres à la MG. Cette notion de connaissances propre à la MG, est corroborée par le développement de la REB (Reconstruire l'Evidence Based Medicine) (38).

Concernant l'**APC**, on retrouvait une **confusion** importante dans les focus group où les IMG l'assimilent en fait à ses **composantes** et ses **applications**. En témoigne la confusion fréquente avec l'approche centrée patient (APC), probablement du fait d'une abréviation proche.

Cette méconnaissance se retrouve en qualitatif où 60% seulement des IMG déclaraient comprendre l'APC. Cette notion, **mal comprise, était également mal perçue** : trop abstraite, trop rigide et scolaire, en décalage avec la pratique courante, alors même que les IMG disent que l'APC est un fort vecteur d'autonomisation.

5.3.2.1.2 Une bascule pédagogique entre 2^e et 3^e cycle

Les IMG décrivaient la formation théorique du **2^e cycle** comme une **accumulation de connaissances théoriques**, apprises sous forme de cours magistraux ou dans les livres, non contextualisées. La vision des enseignements était hospitalo-centrée et la formation théorique était clairement valorisée au détriment de l'apprentissage en stages. Les IMG

décrivaient un 2^e cycle organisé selon un **paradigme d'enseignement** dont la finalité serait les **ECN**.

Au **3^e cycle**, la **formation en stage** est déterminante puisqu'elle était le vecteur d'apprentissage le plus plébiscité par les IMG. La formation facultaire était perçue comme plus anecdotique puisque ces dispositifs font partie de ceux considérés comme les moins importants.

Si les IMG étaient critiques sur le 2^e cycle, le **3^e cycle** est également **sujet à controverses** avec une part quasi équivalente d'IMG qui pensent que le DES est une formation de qualité par rapport à ceux qui ne le pensent pas.

L'**absence de reconnaissance formelle** en tant que telle du **changement de paradigme d'apprentissage** opéré entre le 2^e et le 3^e cycle semblait **déstabiliser** les internes. Ils citaient par exemple un vécu difficile en début internat où l'autoformation était perçue comme un abandon des IMG, malgré sa valeur formatrice avérée.

La **difficulté de passer d'un paradigme pédagogique à l'autres** est notable : les dispositifs considérés comme les plus importants pour la formation des IMG étaient les enseignements théoriques délivrés en stage, d'un format pédagogique très proche de celui du 2^e cycle.

5.3.2.2 Des outils peu utilisés

5.3.2.2.1 La marguerite des compétences

Pour 8 internes sur 10 la MC n'était pas un concept inconnu, cependant il existait un flou au sujet de son contenu. La MC, en tant **qu'outil constructiviste centrée sur l'apprenant** (39), devrait être un vecteur majeur de progression dans le DES des IMG. Cependant pour 78% des IMG ce n'était pas le cas. Des hypothèses formulées à l'issue des focus groups étaient qu'il s'agissait d'un concept pédagogique assez **nouveau** (15), pointu, ce qui favorisait son incompréhension. Il est également possible que le concept d'**interne apprenant** parle peu aux IMG.

En pratique, cet outil était considéré comme **peu fonctionnel** à 87,5% par les IMG, et mis à la marge car **inutilisé** par 83,5% d'eux. Toutefois, lorsque la marguerite était utilisée, souvent avec l'aide d'un tiers et dans un contexte facultaire défini, ils notaient qu'il s'agissait d'un **outil « d'auto-évaluation »** intéressant.

Les IMG ont également reproché à la MC sa présentation et sa terminologie qui serait « **infantilisante** », ce qu'on retrouve à hauteur de 72% en quantitatif. Cette terminologie est dérivée de la CanMEDS (40) dont elle s'inspire. Le visuel « en forme de marguerite » était un bon moyen mnémotechnique pour retenir la marguerite. Cependant elle renvoie aux IMG l'image de personnes infantilisées à qui on ferait un dessin de fleur pour comprendre quelque chose, **antinomique avec la posture de professionnel santé** demandée en 3^e cycle. Revenir à une terminologie plus neutre, serait un moyen de dénouer un a priori d'emblée négatif.

5.3.2.2.2 Le portfolio

Depuis la réforme du DES, le Portfolio est devenu **l'outil de suivi pédagogique** obligatoire pour la validation des IMG, validé par le CNGE et mis en place dans la plupart des DMG de France (41). A Lyon, le Portfolio a été mis en place, suite à l'échec du carnet de bord, afin de rendre compte du **travail** et de la **progression** des IMG durant ces 3 années de DES (42).

Assez peu cité dans la partie qualitative, les données quantitatives confirment que le Portfolio tenait une **faible place dans la formation** des IMG : 71% ne le trouvaient pas important.

Et pourtant, certains IMG disent de lui que c'est un bon outil pour **matérialiser** ses compétences, **s'auto évaluer**, prendre du **recul**, il aurait donc toute sa place dans l'APC (19).

Les limites principales au Portfolio étaient sa **compréhension** souvent difficile, qui semblait se faire au court de l'internat. Et ce malgré des solutions mises en œuvre pour le rendre didactique sous forme écrite, et lors de formations dédiées. Les IMG décrivaient aussi le Portfolio comme **pas toujours adapté à la pratique médicale**, avec un aspect de remplissage artificiel, rébarbatif, inutile (20) et chronophage (43).

D'une manière générale, vis-à-vis du Portfolio, les avis semblaient plutôt **tranchés** entre les IMG convaincus et les IMG réfractaires à cet outil, sans distinction particulière entre eux. On peut ainsi se demander si cette perception n'est pas imputable à la sensibilité individuelle des IMG et à leur méthode de travail propre (44).

5.3.2.3 Facteurs favorisant la compréhension

Nous ne reviendrons pas ici sur les facteurs externes évoqué dans la partie qualitative permettant d'acquérir des compétences, mais sur les caractéristiques propres aux répondants qui semblaient favoriser la compréhension de l'APC et du DES.

5.3.2.3.1 L'avancée dans le cursus

Pour ce qui est de l'avancée dans le DES, notre étude quantitative a pu mettre en évidence un **lien fort entre compréhension du DES et année**, suspecté dès les FG où les vieux semestres étaient plus précis par rapport aux plus jeunes lorsqu'ils s'exprimaient à propos de la marguerite.

De plus, malgré une significativité modeste ($p=0,15$), il semblerait que l'APC soit perçue comme structurante et constructive au fur et à mesure des années de DES.

Ces résultats tendraient à démontrer que l'adhésion à **l'APC est fonction de sa compréhension qui se ferait avec les années**, puisque tous les IMG toutes années confondues disaient ne pas avoir été assez informé en début d'internat.

Ce constat est également à mettre en lien avec la **réalisation ou non du stage SP1** sachant qu’au moment des entretiens de groupe, ceux-ci étaient quasiment exclusivement accessibles en dernière année d’internat. Bien que nous ne l’ayons pas testé dans notre questionnaire, il est probable que le passage en SP1 ait un **impact favorable** sur la **compréhension** de l’APC. C’est en tout cas ce qui a été observé pour la perception de l’acquisition des compétences en MG lors d’une enquête nationale de 2013 (45). On peut par ailleurs supposer que la réforme du 3^e cycle, en avançant le passage en SP1 en première année d’internat quand cela est possible, puisse changer ces données.

5.3.2.3.2 L’intérêt pour la recherche, l’enseignement

Plusieurs analyses ont été effectuée en s’intéressant au groupe d’internes ayant un souhait d’**investissement pédagogique ou de recherche**, via la maîtrise de stage, l’encadrement des thèses, la participation à des études, la réalisation d’un clinicat, par rapport aux internes n’ayant pas ce souhait.

Les IMG qui ont un tel souhait d’investissement disaient **mieux comprendre l’APC** ($p=0,039$). Et vice versa, la compréhension et donc l’adhésion à cette approche pédagogique était peut-être un facteur favorisant l’investissement.

Même si nous n’avons pas pu mettre en évidence d’un point de vue statistiquement significatif ($p=0,23$) une perception du DES plus favorable chez ce sous-groupe, en qualitatif les IMG ayant un tel souhait semblaient percevoir plus favorablement que les autres le DES. Un effectif de répondant plus important nous aurait permis de trancher en faveur ou en défaveur de cette hypothèse.

5.3.2.3.3 Hypothèse : réforme du 2^e cycle

Dans le cadre du plan « ma santé 2022 » une **réforme du 2^e cycle** des études médicales est actuellement en cours (46). Le but de cette réforme est, entre autres, de valoriser l’évaluation centrée sur les compétences, les connaissances, et les aptitudes. Les compétences clinique et relationnelles seront au cœur de l’évaluation, avec notamment la

mise en place de l'ECOS (examen clinique objectif structure). Ceci permettra de **favoriser la gestion de l'incertitude en santé, et la réflexion**. L'APC sera également mise en place en stage, afin de le valoriser, avec objectif de stage et la désignation d'un encadrant. Des **compétences propres au 2^e cycle**, inspirées des CanMeds, ont par ailleurs été définies dans la précédente réforme du 2^e cycle de 2013 et, pour certaines, évaluées auprès des externes (47).

L'implémentation du paradigme d'apprentissage dès le 2^e cycle, **effacerait la bascule pédagogique** et permettrait aux IMG de mieux bénéficier du DES de MG tel qu'il est conçu actuellement.

5.4 Les propositions des internes

Ce travail a également été pour les internes participants l'occasion de faire les **propositions** qu'ils jugeaient utiles pour améliorer la formation. La plupart sont en cours d'application ou sont appliquées dans d'autres UFR de médecine et ont pu faire l'objet de publications ou de travaux universitaires. Comme dans le reste de notre travail, on distingue ici les propositions en lien avec le **cadre théorique de la formation**, avec l'**apprentissage en stage** ou avec l'**enseignement facultaire**.

5.4.1 Le cadre théorique de la formation

5.4.1.1 L'introduction à l'APC

Les internes participants à l'étude, pour améliorer la compréhension de l'approche par compétences, suggéraient d'améliorer la **présentation de cette approche**, inédite pour eux à la sortie du 2^e cycle des études médicales. Ils étaient 61% à soutenir cette proposition via le questionnaire de notre travail. Dans le travail de thèse d'exercice de C. BIDEAU (48), une de ses propositions étaient ainsi de consacrer au cours du premier semestre un **séminaire spécifique** à l'explicitation de l'apprentissage par compétences,

de ses objectifs et de ses modalités.

Dans l'état actuel des choses, l'APC est essentiellement présentée aux internes à travers les dispositifs pédagogiques que sont le Portfolio et le RSCA, et ce, lors de la journée d'accueil en début d'internat et lors des différentes réunions avec les tuteurs.

La **journée d'accueil**, telle qu'elle est organisée à Lyon, n'a fait l'objet d'aucun article ni travail universitaire référencé à notre connaissance. Elle est organisée en deux temps, avec un premier temps de présentation générale du DES et de l'internat le matin, en amphithéâtres devant de grands groupes d'internes. Un second temps est consacré l'après-midi à la présentation du tutorat et l'attribution des tuteurs. Durant les entretiens de groupe de notre travail, les IMG interrogés jugeaient cette journée utile mais trop dense, au détriment des messages essentiels à délivrer. Approfondir, même brièvement, la présentation de l'APC qui est faite lors de la matinée en amphithéâtres risque donc d'être peu efficace voire contre-productif. En revanche, la détailler l'après-midi en plus petits groupes serait à suggérer.

Les **rencontres avec les tuteurs** semblent également plus adaptées pour l'approfondissement de l'APC. Elle peut se faire lors de la première rencontre d'un tuteur avec ses internes et ils peuvent revenir dessus à chaque GEP si nécessaire. D'autre part, un **support bref et synthétique**, commun à tous les tuteurs et validé par le CUMG, pourrait être un bon outil pour présenter l'APC dans ce cadre.

Depuis 2017, un **atelier portfolio** et un **atelier RSCA** ont été inclus dans la formation facultaire durant le premier semestre. Il est encore tôt pour évaluer l'impact de ces dispositions mais elles devraient également faciliter la compréhension et l'appropriation par les IMG de l'APC.

5.4.1.2 Le renforcement de la place du tuteur

Le **tutorat** est l'un des piliers du DES de médecine générale. Il s'appuie sur un lien constant entre l'interne et son tuteur au moyen de 10 **GEP** et des **rendez-vous individuels**. Les IMG de notre étude avaient émis l'idée que le lien entre l'interne et son tuteur puisse être davantage renforcé (71% de soutien). La **réforme du 3^e cycle** va dans ce sens puisque c'est le tuteur qui évalue ses internes tuteurés à la fin de chaque phase et propose la validation ou non, en plus de s'appuyer sur le portfolio en fin de DES. Sans oublier que ce lien dépend de la façon de faire de chaque tuteur.

D'autre part, le facteur limitant aux rencontres entre les internes et leurs tuteurs est la **distance** entre les terrains de stage de l'interne et le lieu de rendez-vous déterminé par le tuteur. Il ne faudrait pas non plus que ces contacts soient trop nombreux pour ne pas imposer trop de trajets en plus aux internes. Le lien à travers les **échanges à distance**, par mails ou autre, est également à encourager et permet en partie de s'affranchir du problème de la distance. Quoi qu'il en soit, c'est seulement après plus de recul sur l'application de cette réforme, qu'il sera possible de rediscuter de l'évolution du tutorat.

5.4.1.3 Développer le tutorat junior

Une autre proposition des internes étaient de développer le **tutorat junior** pour compléter le tutorat supervisé par un maître de stage ambulatoire (65% de soutien). Cette mesure est en cours d'application à Lyon : le tutorat junior a été introduit en 2017 pour les internes de premier semestre qui le souhaitent. Il a été évalué au bout d'un an grâce au travail de thèse d'exercice de M. BAULER. Elle observe ainsi que le tutorat junior a eu tendance à favoriser l'utilisation du portfolio mais pas la compréhension générale de l'approche par compétences (49). Elle suggère donc de proposer aux tuteurs juniors d'**assister aux ateliers** de présentation du portfolio et des RSCA dans le but, notamment, qu'ils puissent seconder l'enseignant et partager leur expérience personnelle. Une autre solution pour elle serait de mettre à disposition des tuteurs juniors un **document** détaillant leur rôle et explicitant l'approche par compétences.

5.4.1.4 Accompagner l'autoformation

L'**autoformation** est très présente lors du 3^e cycle des études médicales, ce qui fait la transition avec l'obligation de **formation médicale continue**, lorsque les IMG seront médecins à part entière et ne dépendront plus de l'université. Les IMG de notre étude proposaient de davantage accompagner l'autoformation lors du 3^e cycle (91%).

Pour l'instant, l'introduction à l'autoformation n'est pas formellement prise en compte dans le programme du DES, elle repose surtout sur ce que peuvent dire là-dessus les tuteurs, juniors et seniors, à leurs tuteurés ; sur les 6 FMC à valider durant le DES ; et sur le séminaire « Se documenter pour la pratique et la thèse ».

Une thèse d'exercice a été réalisée sur ce sujet en 2016 à Lyon par L. MICHELON et AS. SITLER. Elles ont observé que les internes soulevaient plusieurs freins à leur pratique d'autoformation (50) : le manque de temps, la conciliation de ce temps avec leur vie privée, un essoufflement lié à la longueur et à la pénibilité des études, l'évolution perpétuelle des connaissances, le tri et la fiabilité des sources. Le passage en SP1 est le principal facteur favorisant cette autoformation, c'est donc peut être les **maîtres de stage ambulatoire** qui seraient les mieux placés pour accompagner les IMG dans cet apprentissage.

Plusieurs autres pistes d'amélioration étaient envisagées, notamment la mise en place de **supports en ligne** pour faciliter la recherche de sources fiables et actualisées.

5.4.1.5 Synthèse des compétences génériques transversales

Certains IMG ont proposé durant les entretiens de groupe de pouvoir disposer d'un outil pouvant faire la **synthèse des compétences génériques transversales**.

La MC, qui peut avoir cette fonction leur paraissait insuffisante. En effet, ce qui rends avant tout difficile leur compréhension est le fait que les compétences se déclinent en plusieurs **dimensions**, en plusieurs **niveaux d'apprentissage** et qu'elles ne se réduisent donc pas à leur intitulé.

Le **Portfolio** dispose déjà d'un outil à cet égard : un tableau de synthèse de ces compétences génériques transversales avec, pour chacune, les différents aspects qui les définissent et comment elles se manifestent concrètement pour chacun des trois niveaux d'acquisition (novice, intermédiaire et compétent). Il se trouve dans la rubrique « 8-Ressources » du PortfoLyon et a été développé par le Dr S. BARON en 2014. Cet outil semble particulièrement utile pour l'autoévaluation des internes et leur préparation de leur mémoire de soutenance de DES. Peut-être faudrait-il qu'il soit davantage mis en valeur pour que les IMG ne puissent plus passer à côté.

5.4.2 L'apprentissage en stage

5.4.2.1 Formation des MSH à l'APC

Les internes interrogés se sont posé la question du rapport des **maîtres de stage hospitaliers** aux modalités de la formation en MG et à l'APC. Ils suggéraient dans les focus groups qu'ils puissent être formés à cette pédagogie jusqu'ici absente des autres DES, proposition soutenue de façon mitigée par les internes ayant répondu à notre questionnaire (44% d'accord, 47% pas d'accord, 9% sans avis).

Il n'y a pas d'explication évidente à ces réserves dans ce qui a été dit durant les entretiens de groupe, néanmoins on peut supposer que les IMG préfèrent avoir des MSH qui appliquent le **paradigme d'enseignement** plutôt que l'APC. En effet, le dispositif de formation qui paraît le plus important aux yeux des IMG de notre étude, loin devant tous les autres en termes de soutien, est l'ensemble des **enseignements théoriques** délivrés sur les terrains de stages (92% d'avis positifs). Il existe peu de travaux sur la supervision des IMG par les MSH et, a priori, aucun sur cette question de l'APC vue par les MSH.

5.4.2.2 Optimiser l'évaluation de fin de semestre

L'**évaluation de fin de semestre** a été largement abordée durant les entretiens de groupe, les internes distinguant l'évaluation finale des stages hospitaliers de celle des stages ambulatoires.

C'est surtout l'évaluation des stages hospitaliers qui restait à améliorer selon eux. Ils proposaient, d'une part, qu'au moins un médecin ayant directement supervisé l'interne au cours du semestre soit présent le jour de l'évaluation, ce qui, autrement dit, pourrait revenir à désigner un **médecin référent** pour chaque interne par stage. Cette remarque concerne surtout certains stages comme aux urgences où il y a une rotation de nombreux médecins. Le même problème peut se poser quand c'est le chef de service qui fait lui-même l'évaluation de l'interne sans qu'il ait pu directement travailler avec lui durant le semestre. Il est probable que cette idée ne soit pas toujours applicable selon les terrains de stage du fait de ces contraintes de fonctionnement.

D'autre part, les internes ont soumis l'idée de **retravailler la grille d'évaluation** pour qu'elle soit plus proche des compétences génériques transversales définies pour la profession de médecin généraliste. De fait, il existe dans le Portfolio 2018-2019 une grille de ce type dans la partie « Ressources » destinée à l'autoévaluation de l'interne et à la validation par le maître de stage.

5.4.3 L'enseignement facultaire

5.4.3.1 Valoriser les référentiels de MG

La proposition relative à l'enseignement facultaire qui a été le plus soutenu par les IMG consistait à valoriser davantage les **référentiels de MG** existants (92%). Il est parlant que les internes aient privilégié cette mesure dans le sens où cela montre qu'ils ont intégré l'importance de l'autoformation durant le DES et qu'ils sont demandeurs de sources fiables auxquelles ils peuvent se référer.

Une telle présentation a été faite lors de la dernière réunion de rentrée des internes en date, en octobre 2018. Les sources présentées étaient :

- Traité de thérapeutique en médecine générale (51)
- Référentiels métiers et compétences : médecins généralistes, sages-femmes et gynécologues-obstétriciens (13)
- Manuel théorique de médecine générale (52)
- La revue « Exercer »

En plus de ces références qui émanent du CNGE, on peut aussi citer le volume consacré à la médecine générale de la collection « Abrégés : connaissances et pratiques » (53), collection très utilisée par les enseignants et étudiants du 2^e cycle¹⁹. Citons également la parution récente d'une nouvelle collection intitulée « Médecine générale : des données à la pratique », centrée sur les soins premiers et dont le premier volume se consacre aux maladies chroniques (54).

Il existe d'autres initiatives visant à colliger les savoirs relatifs à la MG donc centrés sur les **soins premiers**, désignés auparavant sous le vocable de « soins primaires », néanmoins toujours présent dans la définition de la médecine générale selon la WONCA (14).

Evoquons, en premier lieu, la plateforme **EBM France** qui regroupe des recommandations et guides nationaux centrés sur les soins premiers, adaptés d'une banque de données finlandaises puis traduite en français par une équipe belge. La thèse d'exercice de C. RAMBAUD, portant sur l'adaptation du site belge EBMPracticeNet à l'exercice de la MG en France (55), montrait que cette base de données avait le potentiel de répondre à la demande des généralistes français, et le site français s'est par la suite déployé et est désormais accessible.

¹⁹ Sa deuxième édition date de 2009, une actualisation est prévue prochainement

Au niveau universitaire, il existe **MG Wiki**, une plateforme existant, entre autres, à Lyon et visant à regrouper les ressources issues des recherches documentaires des IMG, dans un but d'évaluation mais pas seulement. En effet, s'il est utilisé par les internes, cet outil pourrait permettre d'identifier les questionnements qui viennent à l'esprit des internes, d'une promotion à l'autre, et ainsi de dessiner un **tableau global** et en permanence actualisé des **savoirs actuels** relatifs aux soins premiers et à l'exercice de la médecine générale.

A noter que contrairement au second cycle des études médicales et à d'autres DES, le DES de MG ne dispose pas d'un **programme de connaissances** clairement établi. La réforme du 2^e cycle semble se diriger vers la rédaction d'un **référentiel unique** dans lequel les connaissances seraient hiérarchisées en fonction de l'importance pour l'exercice de chaque médecin, quel que soit sa spécialité (46). Cette refonte du programme de l'externat autour des savoirs élémentaires en médecine pourrait être l'occasion pour la MG d'investir davantage le second cycle des études médicales. Les savoirs propres à la « spécialité médecine générale », qui n'auraient pas leur place au 2^e cycle, pourraient ainsi être mis en évidence et servir de base à un programme pour les connaissances complémentaires à acquérir durant le DES de MG au 3^e cycle.

5.4.3.2 Développer des enseignements centrés sur la MG

A cette demande de sources fiables sur les savoirs en MG, était associé, pour les IMG de notre étude, le souhait de pouvoir disposer de davantage de **formations théoriques** centrées sur l'exercice de la médecine générale (proposition soutenue à 82%). Ils semblaient partagés sur la nature de ces formations, certains réclamant un retour de **cours magistraux** alors que pour d'autres, cela serait une régression.

De fait, l'idée de développer davantage de formations théoriques à la faculté se heurte à plusieurs obstacles. D'abord, il n'est pas aisé de définir le **contenu de ces formations**, la MG étant par nature extrêmement vaste. Tous les thèmes ne peuvent être abordés, d'autant plus que chaque interne risque d'avoir des demandes particulières, en fonction de son exercice futur souhaité et des services hospitaliers dans lesquels il est déjà passé. Ensuite, contrairement au 2^e cycle, dans lequel les étudiants gravitent autour du CHU, le DES de MG élargit considérablement l'horizon des internes. Certains sont en stage à plusieurs dizaines, voire quelques **centaines de kilomètres de la faculté**, en particulier en Rhône-Alpes. Les réunir trop régulièrement pour des formations n'est donc pas possible.

Par ailleurs, le **temps de formation** est limité pour les internes puisqu'ils passent au moins cinquante heures par semaine en stage et que ce nombre d'heures hebdomadaires peut ponctuellement atteindre des sommets en stages hospitaliers.

Enfin, le nombre d'enseignements limite le déploiement de nouvelles formations. En effet, en 2016, le **ratio enseignants/étudiants** dans la filière universitaire de médecine générale était de 1 enseignant pour 99 étudiants (56), chiffre a priori très éloigné des standards universitaires. Ce sont ces constats qui ont pu justifier un changement de pédagogie pour le 3^e cycle, par rapport à ce qui se faisait au 2^e cycle des études médicales. Y revenir sous cette forme ne paraît donc pas faisable.

5.4.3.3 Développer des formations en ligne

Une autre solution possible soumise par les internes, et pouvant répondre par ailleurs à ces difficultés précédemment exposées, serait de développer des **formations en ligne** (80% de soutien), autrement dit recourir au **e-learning** dans la formation initiale des médecins généralistes. En focus groups, certains internes ont fait références aux **MOOC** qui se développent beaucoup sur Internet, sur de plus en plus de plateformes, et dans tous les domaines de la connaissance.

L'UCBL, dont dépendent les 2 UFR de médecine lyonnaises, n'est d'ailleurs pas en reste puisqu'elle dispose elle aussi de son propre service de MOOC, en plus des cours laissés à disposition des étudiants sur la récente plateforme Claroline Connect.

Ce concept de formation en ligne pourrait permettre de répondre à la problématique de la distance des terrains de stage par rapport à l'université, à condition de pouvoir bénéficier d'une couverture Internet satisfaisante. Elle semble pour cette raison particulièrement **pertinente pour le DES de MG**. Les enseignants pourraient expérimenter ce dispositif en proposant des premières formations en ligne sur des sujets ciblés qui leur semblent prioritaires. La compréhension de l'APC pourrait d'ailleurs en faire partie, ce qui répondrait à une autre des propositions des IMG développée plus haut.

5.4.3.4 Réduire le nombre de travaux écrits à fournir

Les IMG interrogés étaient également demandeurs que le nombre de **travaux écrits** à fournir durant le DES puisse être réduits (82.5% de soutien). Ces travaux regroupent aussi bien les traces d'apprentissage colligées dans le Portfolio que les RSCA ou le mémoire de synthèse. C'est en premier lieu le caractère **chronophage** de ces travaux de rédaction qui explique cette prise de position d'après l'analyse des entretiens de groupe. Un autre élément explicatif pourrait être la **méconnaissance des critères d'évaluation** de ces écrits. Si la grille d'évaluation du RSCA est détaillée dans le Portfolio, ce n'est pas le cas pour l'évaluation des traces d'apprentissage des journaux de stage.

A cette demande des internes d'avoir moins de traces d'apprentissage à fournir, s'oppose la nécessité pour les enseignants rattachés au CUMG de pouvoir disposer d'éléments pour certifier l'acquisition des compétences et valider le DES. Les **RSCA** s'inscrivent à Lyon dans l'application de la récente réforme du 3^e cycle car permettant la validation des différentes phases de l'internat. Les **traces d'apprentissage** du Portfolio semblent les plus visées par les internes, ce qui correspond au manque d'intérêt porté par les IMG à ce dispositif pédagogique relevé dans notre étude. C. BIDEAU retrouvait déjà dans son travail de thèse cette défiance des internes vis-à-vis des traces d'apprentissage

(48) : dans son étude, 38% d'internes avaient utilisé une trace d'apprentissage déjà rédigée ou inventé une situation clinique de toute pièce.

A travers cette question des traces d'apprentissage, c'est le problème de **l'acquisition et de l'évaluation des compétences** qui est posé. Notre questionnaire montrait que 71% des IMG jugeaient le Portfolio comme étant peu important dans la formation, alors que les GEP, le tutorat et les RSCA étaient mieux considérés. Les traces d'apprentissage n'avaient même pas été évoquées par les internes durant les focus groups quand il était question de ce qui permettait de développer les connaissances en médecine générale, et c'est clairement l'apprentissage en stage qui était plébiscité. **L'intérêt pédagogique** de ces traces d'apprentissage semble donc **remis en question** par les internes.

Cette approche est pourtant beaucoup plus mise en valeur dans la littérature. Cette démarche de décrire à l'écrit des situations professionnelles vécues et ayant induit un questionnement s'inscrit dans un mouvement plus global qui relève de la **médecine narrative** (57), ici appliquée à l'autoformation. On peut aussi la relier au **modèle d'apprentissage expérientiel** selon KOLB et à la boucle d'apprentissage, évoquée plus haut (37). C'est en développant la **réflexivité** des internes que ces traces d'apprentissage contribuent à en faire des professionnels plus compétents, ou du moins, à les mettre en situation de développer leurs compétences. Défendre davantage l'intérêt de cette approche auprès des IMG pourrait leur permettre de changer de regard et de plus s'y investir. Un autre élément également essentiel serait de trouver le **bon équilibre** dans le nombre de travaux écrits à exiger pour que ceux-ci soient davantage acceptés par les internes.

5.5 Perspectives de recherche

5.5.1 Le point de vue des enseignants

Pour compléter et enrichir ce travail sur l'approche par compétences lors du DES de MG, une des possibilités serait d'explorer le **point de vue des enseignants** de MG, que ce soit les enseignants au sein des CUMG, où plus largement les tuteurs et MS ambulatoires et hospitaliers.

Il pourrait être ainsi intéressant de savoir s'il leur a été facile **d'appréhender cette forme de pédagogie**, si elle **correspond à leur vision de l'apprentissage** de la MG ou s'ils pensent que d'autres directions devraient être prises. De plus en plus de travaux se consacrent aux enseignants de médecine générale mais, à notre connaissance, aucun d'entre eux n'aborde l'angle de la compréhension et de l'adhésion à ce cadre théorique qu'est l'approche par compétences.

5.5.2 Travail sur les connaissances en MG

Les internes de cette étude ayant montré leur attachement à **l'enseignement des savoirs propres à la MG**, cet aspect de la formation gagnerait sûrement à être détaillé. En ce qui concerne le développement de la MG, après la formalisation des compétences professionnelles et des grandes familles de situations cliniques, un programme sur le **socle de connaissances en MG** à acquérir en 3^e cycle pourrait être une piste à développer. Cela pourrait mener à un travail sur le bien-fondé d'un tel programme, sur la place qu'il pourrait avoir et s'il devrait automatiquement conduire à des dispositifs d'enseignement et d'évaluation, ou non, connaissant les contraintes auxquelles sont déjà soumis les enseignants et les internes.

5.5.3 Travail sur les gestes techniques en MG

Il en va de même pour les **habiletés techniques** qui sont à la base du développement des compétences mais pour lesquelles la place dans le DES de MG reste à préciser. Un travail sur ce thème serait utile pour déterminer l'intérêt de dispositifs pédagogiques permettant de s'assurer de l'acquisition des gestes techniques les plus fréquents, probablement en se servant du Portfolio. Là encore, toute la difficulté est de trouver comment enrichir un programme d'enseignement déjà très dense sans le surcharger. La même question pourrait se poser pour les **techniques de communication**, bien qu'elles soient par nature plus difficiles à décrire et à évaluer.

6. CONCLUSION



Nom, prénom du candidat : CONAN Clément

CONCLUSIONS

L'approche par compétences (APC), ou paradigme d'apprentissage, est, en sciences de l'éducation, un cadre théorique qui s'est développé en Amérique du Nord avant de gagner la France à la fin des années 1980. Intégrée alors aux politiques de l'Education nationale, elle se développe également dans l'enseignement supérieur.

Le diplôme d'études spécialisées (DES) de médecine générale (MG), créé en 2004, s'appuie notamment sur cette approche par compétences à travers l'apprentissage en stage, l'enseignement facultaire et un système de tutorat. Le CNGE (Collège National des Généralistes Enseignants) a défini un ensemble de compétences génériques transversales, des niveaux de compétences à acquérir et des familles de situation pour encadrer la formation de médecine générale.

L'approche par compétences appliquée au DES de MG semble peu comprise et mal aimée par les internes de médecine générale (IMG). Cette situation pose problème : les étudiants peuvent-ils être bien formés par des méthodes d'enseignement auxquelles ils n'adhèrent pas ?

L'objectif principal de ce travail était d'explorer le point de vue des IMG lyonnais sur l'APC et plus spécifiquement d'évaluer leur compréhension et leur adhésion à ce concept. L'objectif secondaire de cette thèse était de dégager des pistes d'amélioration de la formation du DES de MG à Lyon à travers les propositions des internes. Pour répondre à ces questions et tenter de résoudre cette situation, cette étude s'est appuyée sur une méthodologie mixte : une première phase de recherche qualitative s'articulant avec une seconde phase de recherche quantitative.

L'étude qualitative s'appuie sur des focus groups, ou entretiens de groupe, semi dirigés avec un observateur et un animateur. La population cible des focus groups était l'ensemble des IMG en cours de formation, inscrits dans une des deux facultés de médecine lyonnaises. Après retranscription des verbatims, la triangulation était permise par l'analyse des deux investigateurs.

L'étude quantitative a été menée au moyen d'un questionnaire auto-administré. L'étude était descriptive, observationnelle et mono-centrique. La population cible était toujours l'ensemble des IMG inscrits à Lyon, avec en plus, ceux ayant terminé leur cursus et inscrits en année thèse. Le questionnaire comprenait 15 questions, il a été diffusé aux internes via les réseaux sociaux.



Cinq focus groups ont été menés de février 2017 à mars 2018, incluant un total de 22 IMG. 126 étudiants ont répondu au questionnaire, sur les 832 au total en cours de formation à Lyon ou n'ayant pas soutenu leur thèse, soit un taux de réponse de 15%.

Concernant la perception de l'approche par compétences durant les entretiens de groupe, les internes interrogés exprimaient une certaine méconnaissance et une confusion dans les termes qui y sont relatifs. Ils critiquent avant tout son caractère abstrait, le cadre trop rigide qui y est associé et sa déconnexion de la pratique. D'autres lui reconnaissent un aspect structurant et pertinent pour la formation, son lien avec la médecine générale et l'accès à l'autonomie qu'elle favoriserait. Il semblerait que la transition entre l'externat et l'internat de médecin générale soit trop brutale d'un point de vue pédagogique mais que les internes s'y habituent progressivement durant leur troisième cycle.

Le questionnaire a des résultats différents avec 60% des répondants qui déclarent comprendre ce qu'est l'APC. Il semble exister un lien significatif suggérant que les internes souhaitant à l'avenir s'investir dans la pédagogie ou la recherche comprendraient mieux que les autres cette approche ($p=0.039$). 71.5% des IMG pensent que l'APC n'aurait pas été assez expliquée en début d'internat. Enfin, ces résultats rejoignent ceux des entretiens de groupe sur le fait que 79.5% des IMG jugent l'APC trop abstraite, 78.5% qu'elle serait trop rigide et scolaire et 63% qu'elle serait en décalage avec la pratique courante. La pertinence de l'APC en tant qu'approche structurante et constructive divise les internes : 43% sont d'accord avec cette affirmation contre 46% qui ne le sont pas. Cette prise de position pourrait être liée à l'année de DES ($p=0.15$).

Durant les entretiens de groupe, les IMG ont formulé plusieurs propositions dont certaines sont en cours d'application à travers la réforme du troisième cycle. Les IMG ayant répondu au questionnaire ont soutenu toutes les propositions qui leur ont été proposées, à des degrés divers. Concernant l'approche par compétence, ils souhaiteraient qu'elle soit expliquée davantage (61% de soutien), renforcer le tutorat (71%), développer un tutorat junior (65%) et mieux accompagner l'autoformation (91%). Plus concrètement, ils souhaiteraient que le nombre de travaux écrits à fournir pour la validation du DES soit plus restreint (82.5% de soutien). Les modalités pédagogiques plébiscitées sont les formations théoriques en lien avec la MG (82%), éventuellement en ligne (80%), et des outils synthétisant les compétences génériques transversales notamment pour les évaluations de fin de semestre (59%). En termes de contenu de formation, ce sont la gestion du cabinet, les habiletés techniques et relationnelles ainsi que les sciences humaines qui ressortent en plus des formations biomédicales classiques. Les internes semblent très demandeurs que des référentiels de médecine générale soient valorisés (92% de soutien). Enfin, l'enseignement de la médecine générale au second cycle, l'interdisciplinarité, l'accompagnement pour les thèses d'exercice et la préparation de l'installation sont des préoccupations fortes des IMG interrogés.



Notre travail tend à montrer que la compréhension et l'adhésion des IMG lyonnais à l'APC sont réduites, mais que cette situation évolue et, pour certains, s'inverse, au fur et à mesure qu'ils avancent dans le cursus. D'autres études, éventuellement multicentriques, pourraient être utiles pour confirmer cela. Néanmoins, aucune alternative à ce paradigme d'apprentissage n'est proposée par ces internes pour le DES de MG. Le paradigme d'enseignement, présent au 1^{er} et 2nd cycles des études médicales, ne leur paraissait pas applicable au 3^e cycle. Plus que l'APC elle-même, c'est la façon dont elle s'applique qui était visée par les propositions faites par les internes, dont certaines sont d'ailleurs en cours d'application. Ce qui se dégage au final, c'est que la notion de compétence paraît trop abstraite aux IMG pour que l'ensemble du 3^e cycle soit centré dessus. Les notions de connaissances et d'habiletés, considérées dans ce modèle comme des ressources internes, leur paraissent en effet des éléments essentiels à l'émergence des compétences d'un médecin généraliste. L'adhésion et la compréhension des internes et de leurs aînés à ce cadre théorique sont primordiales pour que la médecine générale continue à se développer, non seulement en tant que spécialité médicale centrée sur les soins premiers, mais aussi en tant que discipline scientifique et universitaire.

Le Président de la thèse,

Nom et Prénom du Président

Signature

P. J. Zerbis

Vu :

Pour le Président de l'Université,

Le Doyen de l'UFR de Médecine Lyon Est



Professeur Gilles RODE

Vu et permis d'imprimer
Lyon, le **23 MAI 2019**

7. BIBLIOGRAPHIE

1. Maillard A-L, Tudrej B, Gomes J, Roblot P, Silvain C, Migeot V, et al. Responsabilité sociale des facultés de médecine: le ressenti des patients. Lieu de publication inconnu, France; 2015.
2. Pelaccia T, Tribby E. La pédagogie médicale est-elle une discipline ? Pédagogie Médicale. 1 mai 2011;12(2):121-32.
3. Jouquan J, Bail P. A quoi s'engage-t-on en basculant du paradigme d'enseignement vers le paradigme d'apprentissage ? Pédagogie Médicale. août 2003;4(3):163-75.
4. Nguyen D-Q, Blais J-G. Approche par objectifs ou approche par compétences ? Repères conceptuels et implications pour les activités d'enseignement, d'apprentissage et d'évaluation au cours de la formation clinique. Pédagogie Médicale. nov 2007;8(4):232-51.
5. ISNAR. Guide de l'apprentissage par compétences, 2013 [Internet]. ISNAR-IMG. [cité 30 juin 2016]. Disponible sur: <http://www.isnar-img.com/guides-pratiques/apprentissage-par-competences-le-guide/>
6. PRINCIPES POUR UNE REFLEXION SUR LES CONTENUS DE L'ENSEIGNEMENT (RAPPORT). :3.
7. Le socle commun de connaissances, de compétences et de culture [Internet]. Ministère de l'Éducation nationale et de la Jeunesse. [cité 5 juin 2019]. Disponible sur: <https://www.education.gouv.fr/cid2770/le-socle-commun-de-connaissances-et-de-competences.html>
8. L'approche par compétences : ^[1]une mystification pédagogique - L'école démocratique [Internet]. [cité 5 mars 2017]. Disponible sur: <http://www.skolo.org/spip.php?article1099#intro>
9. Études médicales [Internet]. Ministère de l'Enseignement supérieur, de la Recherche et de l'Innovation. [cité 3 juin 2019]. Disponible sur: <http://www.enseignementsup-recherche.gouv.fr/pid20536/bulletin-officiel.html>
10. Concepts et principes pédagogiques [Internet]. [cité 5 juin 2019]. Disponible sur: https://www.cnge.fr/la_pedagogie/concepts_et_principes_pedagogiques/
11. Tardif J, Fortier G, Préfontaine C. L'évaluation des compétences: documenter le parcours de développement. Montréal, Canada: Chenelière-éducation, DL 2006; 2006. xviii+363.
12. Boucher A, Ste-Marie L-G. Pour un cursus d'études médicales axé sur les compétences : cadre de formation [Internet]. Les Presses du CPASS; 2013 [cité 5

13. CNGE C. Référentiels métiers et compétences: médecins généralistes, sages femmes et gynécologues-obstétriciens. Paris: Berger-Levrault; 2010.
14. Allen DJ, Heyrman PJ. La définition européenne de la médecine générale - médecine de famille. 2002;52.
15. Compagnon L, Bail P, Huez J-F, Stalnikiewicz B, Ghasarossian C, Zerbib Y, et al. Définitions et descriptions des compétences en médecine générale. Exercer. 2013;108:148–55.
16. Compagnon L, Bail P, Jf H, Stalnikiewicz B, Ghasarossian C, Zerbib Y, et al. Les niveaux de compétences. Exercer. 2013;(108):156–164.
17. Attali C, Huez J-F, Valette T, Lehr-Drylewicz A-M. Les grandes familles de situations cliniques. 24:5.
18. Chambe J, Maisonneuve H, Leruste S, Renoux C, Huas C. Etat des lieux des procédures de validation du DES de médecine générale en France. Exercer. 2014;113:123–7.
19. Naccache N, Samson L, Jouquan J. Le portfolio en éducation des sciences de la santé: un outil d'apprentissage, de développement professionnel et d'évaluation. Pédagogie Médicale. 2006;7(2):110–127.
20. Doukhan I. Impact des cours universitaires et traces d'apprentissage sur la compétence médicale des internes en médecine générale [Thèse d'exercice]. [France]: Université Paris Diderot - Paris 7. UFR de médecine; 2014.
21. Perez A, Sinca E, Fonvielle A. Perception des récits de situations complexes et authentiques (RSCA) par les internes de médecine générale de Midi-Pyrénées: étude qualitative par Focus Group. France; 2017.
22. Ettori-Ajasse I, Renoux I. Evaluation du tutorat en groupe au Département Universitaire de Médecine Générale de Tours: bilan en fin de Diplôme d'Etudes Spécialisées. Tours, France: SCD de l'université de Tours; 2014.
23. Dubois C, Sévrin Y, Hermil J-L, Sibert L, Mauviard É. Le test de concordance de script en formation initiale: avantages et inconvénients du test. Revue de la littérature. France; 2016.
24. Agbojan M. Visite de non contre-indication à la pratique sportive: évaluation des compétences des internes de médecine générale de l'Université Paris Diderot, à partir d'un Examen clinique objectif structuré (ECOS) [Thèse d'exercice]. [France]: Université Paris Diderot - Paris 7. UFR de médecine; 2013.
25. Présentation du DES de médecine générale - Faculté de médecine Lyon Est - Université Lyon 1 [Internet]. Faculté de médecine Lyon Est. [cité 5 juin 2019].

Disponible sur: <https://lyon-est.univ-lyon1.fr/formation/des-medecine-generale/presentation-du-des-de-medecine-generale-789113.kjsp>

26. La Réforme du troisième cycle des études médicales en trois minutes ! (Ou presque...) [Internet]. ISNAR-IMG. 2017 [cité 5 juin 2019]. Disponible sur: <https://www.isnar-img.com/reforme-troisieme-cycle-etudes-medicales-trois-minutes-presque/>
27. Pinard R, Potvin P, Rousseau R. Le choix d'une approche méthodologique mixte de recherche en éducation. *Rech Qual.* 2004;24(1):58–80.
28. Petersen W, Association française des jeunes chercheurs en médecine générale. Initiation à la recherche. Frappé P, éditeur. Saint-Cloud, France: Global Média Santé; 2018. 224 p.
29. Moreau A, Dedienne M-C, Letrilliart L, LE GOAZIOU M-F, LABARERE J, TERRA JL. S'approprier la méthode du focus group. *Rev Prat Médecine Générale.* 2004;(645):382–384.
30. Abrial S, Bozonnet J-P, Gonthier F, Louvel S, Tournier V. Enquêtes qualitatives, enquêtes quantitatives. Bréchon P, éditeur. Grenoble, France: Presses universitaires de Grenoble; 2011. 232 p.
31. Jick TD. Mixing Qualitative and Quantitative Methods: Triangulation in Action. *Adm Sci Q.* 1979;24(4).
32. Caillaud S, Flick U. Triangulation méthodologique. Ou comment penser son plan de recherche. *Représentations Soc Brux Éditions Boeck.* 2016;227–40.
33. Olivier de Sardan J-P. La rigueur du qualitatif: les contraintes empiriques de l'interprétation socio-anthropologique. Louvain-La-Neuve, Belgique: Academia-Bruylant; 2008. 365 p.
34. Carretero A, Farge T. L'annonce du décès par l'interne de médecine: étude transversale descriptive réalisée auprès des internes de médecine générale de la faculté de médecine Lyon Est et de la faculté de médecine et maïeutique Lyon Sud. Lyon, France; 2017.
35. Tardif J, Dubois B. De la nature des compétences transversales jusqu'à leur évaluation : une course à obstacles, souvent infranchissables. *Rev Francaise Linguist Appl.* 29 mai 2013;Vol. XVIII(1):29-45.
36. Durand D. La systémique: « Que sais-je ? » n° 1795. Presses Universitaires de France; 2017. 96 p.
37. Kolb DA. *Experiential learning: experience as the source of learning and development.* Englewood Cliffs, Etats-Unis d'Amérique: Prentice Hall; 1984. xiii+256.
38. Boussageon R, Huas C, Rat C, Pouchain D, Renard V, Supper I, et al. Reconstruire

l'Evidence Based pour une décision médicale partagée. Evaluation de l'efficacité et de la sécurité des médicaments fondée sur une revue systématique des essais cliniques randomisés et des méta-analyses. *exercer*. 1 janv 2017;90-4.

39. Perdrix C, Pigache C, Dupraz C, Farge T, Maynié-François C, Supper I, et al. Approche centrée patient et marguerite des compétences: une interaction à mettre en place et à évaluer. *Exercer*. 2015;
40. Frank JR, Snell L, Sherbino J, Boucher A. CanMEDS 2015. Physician Competency Framework Ser I. 2015;
41. Ariza M, Compagnon L. Le portfolio de médecine générale: contenu et modes d'évaluation dans les Départements de Médecine Générale de France. Amiens, France: Université de Picardie; 2016.
42. Goutorbe A-S. Elaboration d'un portfolio dans le cadre du diplôme d'études spécialisées de médecine générale à Lyon [Thèse d'exercice]. [Lyon, France]: Université Claude Bernard; 2014.
43. Couto D. Le portfolio à Montpellier: évaluation de la satisfaction des internes de médecine générale inaugurant la réforme de 2017 [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Montpellier. Faculté de médecine; 2018.
44. Boldea V. État des lieux de l'utilisation du portfolio électronique par les internes de médecine générale stéphanois en 2016: propositions d'améliorations [Thèse d'exercice]. [France]: Université Jean Monnet (Saint-Étienne). Faculté de médecine Jacques Lisfranc; 2017.
45. Hernandez E, Bagourd E, Tremeau A-L, Bolot A-L, Laporte C, Moreno J-P. Perception de l'acquisition des compétences du métier de médecin généraliste par les internes de médecine générale: enquête nationale. *Pédagogie Médicale*. août 2017;18(3):109-20.
46. Pottelette C. Réforme du deuxième cycle : le travail continue [Internet]. ANEMF.org, le site officiel des étudiants en médecine. 2019 [cité 27 mai 2019]. Disponible sur: <https://www.anemf.org/blog/2019/01/13/reforme-du-deuxieme-cycle-cest-parti-2/>
47. Macabrey J, Zerbib Y, Goffette J. Que sont les compétences communication, coopération-collaboration et érudition pour les étudiants et les enseignants à la faculté de médecine Lyon-Est ? Lyon, France; 2017.
48. Bideau C. Compréhension et adhésion à la notion de compétence des internes de T2 et T3 de médecine générale à la faculté Paris-Sud en 2014 et 2015: illustration avec la compétence « Savoir agir en situation d'incertitude » [Thèse d'exercice]. [Le Kremlin-Bicêtre, Val-de-Marne, France]: Université de Paris-Sud. Faculté de médecine; 2016.
49. Bauler M. Est ce que le tutorat junior favorise l'approche par compétences chez les internes de première année de médecine générale de Lyon en comparaison aux internes n'en ayant pas bénéficié ? [Thèse d'exercice]. [Lyon, France]: Université

Claude Bernard; 2019.

50. Sitter A-S, Michelon L, Erpeldinger S. Autoformation: représentations et pratique des internes de médecine générale lyonnais. Lyon, France; 2017.
51. Traité de thérapeutique en médecine générale - EDITION 2017 [Internet]. [cité 3 juin 2019]. Disponible sur: https://www.cnge.fr/les_productions_scientifiques/traite_de_therapeutique_en_medecine_generale_editi/
52. Kandel O, Bousquet M-A, Chouilly J, Pouvoirville G de. Manuel théorique de médecine générale: 41 concepts nécessaires à l'exercice de la discipline. Saint-Cloud, France: Global Média Santé; 2015. 207 p.
53. Abrégé de Médecine générale [Internet]. [cité 3 juin 2019]. Disponible sur: https://www.cnge.fr/les_productions_scientifiques/abrege_de_medecine_generale/
54. Médecine générale: des données à la pratique [Internet]. [cité 3 juin 2019]. Disponible sur: https://www.cnge.fr/les_productions_scientifiques/medecine_generale_des_donnees_la_pratique/
55. Rambaud C, Letrilliart L. Évaluation du site belge EBMPracticeNet en médecine générale en France = Evaluation of the Belgian guidelines website EBMPracticeNet in French general practice. Lyon, France; 2019.
56. CP CNGE/SNEMG Avril 2016 - Stagnation du ratio enseignants/étudiants dans la filière universitaire de médecine générale. [Internet]. [cité 26 août 2018]. Disponible sur: https://www.cnge.fr/le_cnge/adherer_cnge_college_academique/cp_cngesnmg_avril_2016_stagnation_du_ratio_enseig/
57. Benaroyo L. Responsabilité éthique au quotidien: La narration au cœur du soin. Éthique Santé. 1 mai 2005;2(2):76-81.

8. ANNEXES

9.1 Formulaire d'information et de consentement

Madame, Monsieur,

Vous êtes invités à participer à un entretien de groupe concernant l'approche par compétence appliquée au DES de médecine générale.

La durée de l'entretien sera d'environ 1h-1h30.

Les discussions seront enregistrées de façon à permettre l'analyse ultérieure des informations récoltées. L'anonymisation sera réalisée lors de la retranscription des données.

Il est entendu que votre participation à ce projet de recherche est tout à fait volontaire et que vous restez libre de mettre fin à votre participation sans avoir à motiver votre décision.

Nous vous ferons parvenir par mail à la fin de notre étude les résultats de l'analyse des données afin que vous puissiez vérifier que vous y retrouvez bien votre opinion. Nous serons attentifs à votre retour sur analyse.

Les informations recueillies dans le cadre de ce projet sont enregistrées dans un fichier informatisé sous la responsabilité de l'Université Claude Bernard Lyon 1 – Faculté de Médecine de Lyon-Est.

Elles sont conservées pendant la durée du travail de thèse (suppression dans un délai de trois mois maximum après la soutenance) et sont destinées exclusivement aux internes de médecine générale travaillant sur ce projet.

Conformément à la loi « informatique et libertés », vous pouvez exercer votre droit d'accès aux données vous concernant et les faire rectifier en contactant : [cil@univ-](mailto:cil@univ-lyon1.fr)

lyon1.fr (en indiquant la référence 2018/007) ».

Consentement libre et éclairé

Je soussigné, ...

Déclare avoir lu et compris le présent formulaire.

Je comprends la nature et le motif de ma participation au projet.

J'ai eu l'occasion de poser des questions.

Par la présente, j'accepte librement de participer au projet.

Fait à : ...

le : ...

Signature :

Flavie Pouradier Duteil et Clément Conan

9.2 Grille d'entretien qualitatif

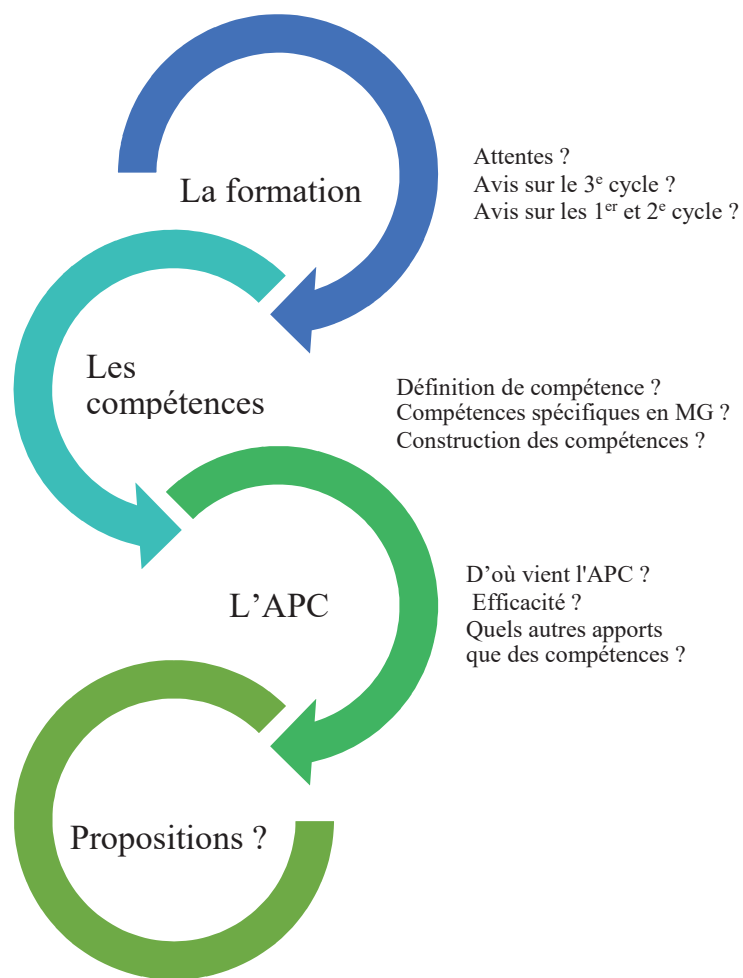
Question de recherche : Comment les IMG des facultés de médecine de Lyon comprennent-ils l'APC ?

- I- La formation du DES de MG à Lyon :
 - a. Que pensez-vous de la formation des IMG à Lyon ?
 - b. Quelles attentes aviez-vous au début de votre internat vis-à-vis de votre formation d'IMG ?
 - c. Que pensez-vous de la formation pendant l'externat /en 1er et 2e cycles par rapport au 3^e cycle ?

- II- Les compétences :
 - a. Pour vous, une compétence, qu'est-ce que c'est ? Quelle différence avec une capacité ? Une habileté ?
 - b. Quelles compétences spécifiques vous paraissent importantes en MG ?
 - c. Comment se construisent les compétences en MG d'après vous ?

- III- L'approche par compétences :
 - a. Que savez-vous du cadre théorique de votre formation ? (D'où vient l'APC ?)
 - b. Comment l'approche privilégiée par la faculté vous rend elle compétent selon vous ? (Quelle efficacité ?)
 - c. Qu'est-ce que le DES pourrait vous apporter d'autre que des compétences ?

- IV- Quelles seraient vos propositions pour améliorer le DES ?



Représentation graphique de la grille d'entretien.

9.3 Grille d'analyse qualitative

- A. Formation théorique et pratique des 1^{er} et 2^e cycles :** *Modalités selon lesquelles l'ensemble des connaissances à acquérir en 1^{er} 2^e cycle des études médicale est dispensé²⁰.*
- a. Formation théorique :** *Ensemble de connaissance abstraites, d'idées relatives 1er et 2e cycle.*
 - i. Items ECN
 - ii. Supports de cours
 - iii. Mises en situation réelle (jeux de rôles)
 - iv. Savoirs inutiles / hyperspécialisation
 - v. Savoir oubliés / oublis de formation
 - b. Formation pratique :** *Ensemble de savoirs acquis durant la pratique clinique des 1er et 2e cycle.*
 - i. Stages hospitaliers
 - ii. Stages ambulatoires
 - c. Modalités d'évaluation :** *Manière dont les 1^{er} et 2^e cycles sont évalués pendant leur formation.*
 - i. CSCT
 - ii. Concours, QCM
 - iii. Evaluations de fin de stage
 - d. Caractéristiques de la formation :** *Éléments remarquables relevés par les IMG durant leur formation des 1^{er} et 2^e cycle.*
 - i. Conflits d'intérêts
 - ii. Formation hétérogène
 - iii. Répartition du temps entre la faculté et l'hôpital
 - iv. Hospitalocentrisme

²⁰ Définitions des termes en italique

B. Formation facultaire du 3^e cycle : *Système, méthode, programme qui permet de comprendre et d'apprendre durant le 3^e cycle des études médicales.*

a. Formation médicale initiale : *Ensemble des enseignements dispensés lors du 3^e cycle ayant pour but de faire évoluer les IMG en professionnels de santé accomplis.*

- i. *Tutorat : Enseignement individualisé qui s'appuie sur le lien constant avec un tuteur, sur des réunions régulières dans un groupe constitué pour la durée du DES et sur l'utilisation d'un outil spécifique : le Portfolio.*
 1. *Supervision du tuteur : Enseignements dispensés par les tuteurs, en lien avec notre pratique.*
 2. *GEP : Groupe d'échange de pratique réunissant de manière régulière des internes de différents semestres autour d'un tuteur.*
 3. *Tutorat junior : Tutorat basé sur une mise en relation entre un interne de 3^e année et un ou deux internes de 1^e année.*
- ii. *RSCA : Récit de situation complexe et authentique.*
- iii. *Ateliers : Formation facultaire optionnelle (IMG ancien régime) à laquelle les IMG peuvent s'inscrire. Elles permettent de se former sur des thématiques spécifiques, propres au DES de MG.*
- iv. *Journée d'étude : Journées obligatoires durant le stage praticien niveau 1 permettant de développer des thématiques précises liées à la pratique de la médecine générale.*
- v. *Séminaires : Journées obligatoires durant la première année de l'internat centrées sur des grandes thématiques transversales en lien avec la médecine générale.*
- vi. *Réunion de rentrée : Réunion facultaire durant une journée pour les TCEM1 et une demi-journée pour les TCEM2-3 où les internes sont accueillis et où des informations relatives au DES sont données.*
- vii. *Mémoire de DES : Mémoire fourni par l'interne à l'issue de son DES, s'appuyant sur des données accumulées dans son Portfolio, permettant la validation du DES.*
- viii. *Topos : Formation décentralisée, dispensée sur le terrain de stage, qui réunit plusieurs participants afin de se saisir d'une question.*

- b. Formation médicale continue :** *Formation annexe à la formation initiale proposée par d'autres acteurs que la faculté (syndicats, collèges professionnels, groupes de praticiens...) dont la principale finalité est l'actualisation des connaissances.*
- i. Congrès : *Assemblée réunissant un nombre de personnes important pour discuter d'un sujet donné.*
 - ii. Formation en ligne : *Comprends toutes les formation, interactives ou non, sous forme de vidéo, de session, d'articles dispensée par le biais d'internet (MOOC, ACB) mais aussi publications diverses, sites de référence (l'ECG de A à Z...).*
 - iii. Formation non indépendante : *Tout ce qui a trait à la formation sponsorisée sources de conflits d'intérêt : laboratoires, visiteurs médicaux...*
- c. Outils pédagogiques :** *Éléments utilisés à travers les formations médicales initiales et continues.*
- i. Marguerite des compétences : *Outil conceptuel graphique imaginé par le CNGE pour modéliser les 6 compétences transversales et les relations entre elles.*
 - ii. Portfolio : *Outil visant à rendre compte du travail fourni et de la progression des internes durant le DES de médecine générale pour ce qui est des 3 axes de formation (stages pratiques, enseignements facultaires, tutorat).*
 - iii. Revues : *Support écrit ou informatique, paraissant de manière périodique, qui rassemble des articles d'intérêt pour la formation des IMG.*
 - iv. Ouvrages de référence : *Ouvrages cités comme étant des référentiels de formation et d'information pour les IMG.*

C. Formation en stage lors du 3^e cycle : *Mise en situation professionnalisante dont le but est de développer des compétences dans le 3^e cycle.*

a. Concepts en lien avec la formation en stage :

- i. Se décentrer des savoirs : *Comment est-ce que les IMG passent de connaissances théoriques acquises pendant les 1-2-3^e cycle des études médicales à une mise en pratique clinique, un savoir-faire.*
- ii. Variétés des modes d'exercices : *Diversité des modes d'exercices perçus par les IMG en stage : bassin de population, formation des MSU, temps de travail....*

b. Terrains de stage :

- i. Stages hospitaliers : *Remarques concernant la formation de l'IMG réalisée dans des structures de soins hospitalières.*
 - 1. Stages trop hospitalo-centrés
 - 2. APC et hôpital
 - 3. Maquette stages hospitaliers
- ii. Stages ambulatoires : *Remarques concernant la formation de l'IMG réalisée dans des structures de soins ambulatoires : SPI, SP2, HAD, PMI....*
 - 1. Bascule Hôpital/Ville : *Écart entre la pratique de la médecine polyvalente ou spécialisée au sein de l'hôpital par rapport à celle de la médecine générale en ambulatoire.*

c. Apprentissages en stage

- i. Supervision des maîtres de stage : *Enseignements dispensés de manière ou indirecte par les maîtres de stage, en lien avec la pratique.*
 - 1. Evaluation de fin de stage
 - 2. Maîtres de stage hospitaliers
 - 3. Maîtres de stages ambulatoires
 - 4. Conflit générationnel
- ii. Retours des patients : *Satisfaction exprimée par les patients de manière directe ou indirecte, en lien avec la pratique.*
- iii. Retour des médicaux/paramédicaux non-médecins : *Apprentissage dispensé par les personnels médicaux et paramédicaux, hospitaliers ou ambulatoires, en lien avec la pratique.*

D. Contenu du DES de MG : *Éléments identifiés par les internes comme étant apportés par l'enseignement théorique et pratique du DES de MG.*

a. Définition des concepts : explicitation de notions et concepts liés à l'APC.

- i. Habileté : *Qualité permettant la réalisation d'un acte avec une bonne adaptation psychomotrice au but poursuivi.*
- ii. Capacité : *Ressource interne diversifiée, issue d'une somme d'habiletés dans un même domaine.*
- iii. Compétence : *Un savoir agir complexe prenant appui sur la mobilisation et la combinaison efficaces d'une variété de ressources internes et externes à l'intérieur d'une famille de situations.*

b. Compétences transversales : 6 compétences transversales en MG
identifiées par le CNGE.

- i. *Approche centrée patient - Relation – Communication : Être capable de construire une relation avec le patient, son entourage, les différents intervenants de santé, ainsi que les institutionnels, en utilisant dans les différents contextes les habiletés de communication adéquates, dans l'intérêt des patients.*
- ii. *Approche globale – Complexité : Mettre en œuvre une démarche décisionnelle « centrée patient » selon un modèle global de santé (EBM, Engels...) quel que soit le type de recours de soins dans l'exercice de la médecine générale.*
- iii. *Premiers recours – Urgence : Savoir gérer avec son patient les problèmes de santé indifférenciés, non sélectionnés, programmés ou non, selon les données actuelles de la science, le contexte et les possibilités de la personne, quel que soit son âge, son sexe, ou toutes autres caractéristiques, en organisant une accessibilité (proximité, disponibilité, coût) optimale.*
- iv. *Continuité - Suivi - Coordination des soins : Savoir assurer la continuité des soins et la coordination des problèmes de santé du patient engagé dans une relation de suivi et d'accompagnement.*
- v. *Education en santé - Dépistage - Prévention individuelle et communautaire : Savoir accompagner le patient dans une démarche autonome visant à maintenir et améliorer sa santé, prévenir les maladies, les blessures et les problèmes psychosociaux dans le respect de son propre cheminement ; et donc à intégrer et à articuler dans sa pratique l'éducation et la prévention.*
- vi. *Professionnalisme : Assurer l'engagement envers la société et les personnes, et répondre à ses attentes.*
 1. *Capacité à se préserver*
 2. *Connaître ses limites*
 3. *Gestion du cabinet*
 4. *Autoformation : Processus autonomisant de mise en forme de soi, centré sur la personne ou le groupe, étayé sur le collectif.*

- c. Ressources internes :** *Connaissances, attitudes, valeurs... d'un individu pouvant lui permettre de mettre en œuvre des habiletés et des capacités devant une situation donnée.*
 - i. Identité professionnelle
 - ii. "Bon sens" : Capacité de jugement
 - iii. Connaissances / Savoirs
 - 1. Biomédical
 - 2. Thérapeutique
 - 3. Savoirs propres à la MG
 - iv. Connaissances droit, gestion, fiscalité, management
 - v. Habiletés techniques / Savoirs Faire
 - vi. Habiletés relationnelles / Savoirs Être
- d. Ressources externes :** *Eléments extérieurs à l'individu qu'il peut mettre en œuvre devant une situation donnée.*
 - i. Sources d'information médicale
 - ii. Réseau professionnel

E. Construction des compétences : *Processus identifiés par les IMG comme leur permettant de faire émerger les compétences.*

- a. Pratique clinique :** *Pratique quotidienne de la médecine, indépendamment de la supervision d'un maître de stage.*
- b. Compagnonnage :** *Mode d'apprentissage qui repose sur la réalisation d'activités professionnelles en présence d'un pair qui transmet ses connaissances et son savoir-faire en particulier par la démonstration ainsi que les règles et les valeurs de l'organisation.*
- c. Echanges :** *Temps consacré au partage de situations vécues et de recherche personnelles.*
- d. Réflexion :** *Temps consacré à l'analyse d'une situation, souvent après retranscription écrite.*
- e. Enseignement clinique :** *Temps consacré à la transmission de savoirs biomédicaux en stage, de façon formalisée sous forme de cours ou non*
- f. Entraide :** *Partage de connaissances et de savoir-faire entre internes indépendamment des maîtres de stage.*
- g. Observation :** *Modalité d'apprentissage où l'apprenant assiste en participant ou non aux activités professionnelles de son maître de stage.*
- h. Progression :** *Apprentissage construit sur le temps long en considérant les acquis des erreurs.*

F. Perception de l'APC : *Avis, vécu et représentations des IMG relatifs à l'approche par compétences.*

a. Confusions

- i. Approche par compétences / Approche centrée patients
- ii. Habiletés / Capacités / Compétences

b. Avis négatifs

- i. Incompréhension globale
 - 1. Approche trop abstraite
 - 2. Introduction trop brutale
 - 3. Manque d'explications
- ii. Cadre trop rigide, trop scolaire
 - 1. Catégorisation des situations
 - 2. Approche en décalage avec la pratique
 - 3. Fixation sur la seule notion de compétence
- iii. Démarche inutile, vaine

c. Avis positifs

- i. Bonne formation
- ii. Bons enseignants
- iii. Approche intéressante, structurante
- iv. Approche en lien avec la médecine générale

d. Avis neutres

- i. Compréhension progressive de l'APC

G. Conceptions de la MG : *Façon dont les IMG définissent leur discipline, sa finalité et ses missions.*

- a. Triage :** *Généraliste vu comme médecin de premier recours ayant pour principale fonction de répartir les patients entre les soins primaires, secondaires voire tertiaires.*
- b. Soins premiers :** *Généraliste vu comme spécialiste de sa discipline mettant en œuvre des soins propres à sa pratique.*
- c. Rapport à la médecine hospitalière**

H. Propositions pour la formation : *Propositions formulées par les IMG en vue d'améliorer la formation du DES de MG.*

a. Formation facultaire

- i. Tableau synthétique sur les compétences
- ii. Moins de travaux écrits
- iii. Plus d'échanges, tutorat junior
- iv. Faire une mise à niveau avant l'internat
- v. Transdisciplinarité dans les cours
- vi. Former à la gestion du cabinet
- vii. Mises en relation médecins/internes pour faciliter les installations
- viii. Mieux guider l'autoformation

b. Formation pratique

- i. Ouvrir des stages chez les spécialistes libéraux

9.4 Questionnaire quantitatif

Introduction

Ce questionnaire s'inscrit dans un travail de thèse dont l'objectif est d'évaluer l'adhésion et la compréhension des internes de médecine générale (IMG) lyonnais à l'approche par compétences.

Il est aussi l'occasion de vous sonder sur la formation du DES de médecine générale et de vous soumettre les propositions faites par vos collègues durant les entretiens de groupe qui ont précédé ce questionnaire.

Si vous n'avez pas le temps de répondre à toutes les questions en une fois, vous pouvez enregistrer vos réponses et y revenir ultérieurement.

Merci de votre aide !

Clément CONAN et Flavie POURADIER DUTEIL

1. Pour chacune des remarques suivantes portant sur la formation en stage lors du diplôme d'études spécialisées (DES) de MG, précisez si vous êtes d'accord ou non : (*échelle de Likert*)²¹

⇒ Tout à fait d'accord / Plutôt d'accord / Plutôt pas d'accord / Pas du tout d'accord / Pas d'avis

- A- Il existe des savoirs spécifiques qui sont propres à la médecine générale
- B- Ces savoirs sont préférentiellement accessibles en stage ambulatoire de médecine générale
- C- Ces savoirs propres à la médecine générale peuvent être très différents voire en contradiction par rapport à ce qui est appris lors des stages hospitaliers
- D- Les savoirs trop protocolisés ou hyperspécialisés propres aux stages hospitaliers diminuent l'intérêt de ces stages pour la formation de médecine générale (MG)
- E- Les maîtres de stages hospitaliers doivent mieux connaître l'approche par compétence de la formation en MG
- F- L'encadrement et le travail en équipe avec les personnels paramédicaux propres aux stages hospitaliers sont utiles à la formation de MG

²¹ Entre parenthèse en italique et gras le type de question

- G- Les objectifs de stage doivent être plus formalisés et utilisés pour l'évaluation de fin de semestre
- H- L'évaluation des internes par les maîtres de stage hospitaliers doit se faire de manière régulière durant le semestre
- I- Le DES de MG est une formation de qualité
- J- La variété des terrains des stages et des maîtres de stage est un réel atout pour la formation de MG
- K- Le temps de travail des internes n'est pas suffisamment respecté.

2. Pour chacun des dispositifs de formation suivants, précisez quelle importance dans la formation en médecine générale vous leur accordez : (échelle de Likert)

⇒ Très important / Assez important / Peu important / Pas important / Je ne sais pas

- A- Les ateliers optionnels
- B- Les journées d'étude (durant le stage ambulatoire de niveau 1)
- C- ETIL (Enseignement Transversal aux Internes de Lyon)
- D- La réunion de rentrée
- E- Les séminaires obligatoires (approche centrée patients, bien s'informer)
- F- RSCA (Récit de Situation Complexe et Authentique)
- G- Mémoire d'initiation à la recherche
- H- Mémoire de soutenance de DES
- I- Enseignements sur les terrains de stage
- J- Tutorat
- K- Tutorat junior
- L- GEP
- M- Les niveaux de compétence
- N- La marguerite des compétences
- O- Le portfolio

3. Pour chacune des remarques suivantes portant sur l'approche par compétences (APC), précisez si vous êtes d'accord ou non : (échelle de Likert)

⇒ Tout à fait d'accord / Plutôt d'accord / Plutôt pas d'accord / Pas du tout d'accord / Pas d'avis

- A- Je comprends ce qu'est l'APC
- B- Je trouve que cette approche est trop abstraite
- C- L'APC n'a pas été suffisamment expliquée en début d'internat
- D- Cette approche est trop rigide et scolaire
- E- L'APC est en décalage avec la pratique courante
- F- L'APC induit un travail personnel important
- G- Cette approche n'est pas utile pour la formation des médecins généralistes
- H- L'APC est une approche structurante et constructive
- I- Cette approche a un lien étroit avec la médecine générale
- J- L'APC contribue à la professionnalisation
- K- L'autoformation permet d'accéder à une certaine forme d'autonomie
- L- L'APC est une approche adaptée pour se former durant le DES de médecine générale

4. Quelle définition de la notion de compétence vous semble la plus appropriée ? (choix unique)

- A- Qualité permettant la réalisation d'un acte donné
- B- Ensemble de savoirs, de savoir-faire et de savoir-être devant une situation donnée
- C- Savoir agir complexe dans un ensemble de situations variées

5. Pour chacune de ces compétences génériques transversales, précisez si elles vous paraissent pertinentes pour la formation en MG ? (échelle de Likert)

⇒ Oui, tout à fait / Plutôt oui / Plutôt non / Non, pas du tout / Ne se prononce pas

- A- Approche centrée patient – Relation – Communication
- B- Premier recours – Urgences
- C- Continuité – Suivi – Coordination des soins
- D- Education en santé – Dépistage – Prévention individuelle et communautaire
- E- Approche globale – Complexité
- F- Professionnalisme

6. A propos de la marguerite des compétences : (échelle de Likert)

⇒ Oui, tout à fait / Plutôt oui / Plutôt non / Non, pas du tout / Ne se prononce pas

- A- C'est un outil que j'utilise en pratique
- B- C'est un outil que je trouve fonctionnel

- C- C'est un outil que je connais
- D- C'est un outil infantilisant
- E- C'est un vecteur de progression dans mon DES

7. Concernant le DES de MG, pensez-vous que : (*échelle de Likert*)

- ⇒ Oui, tout à fait / Plutôt oui / Plutôt non / Non, pas du tout / Pas d'avis
- A- Il existe des connaissances spécifiques à la médecine générale
 - B- Il existe des compétences spécifiques à la médecine générale

8. Pour chacun des modes d'apprentissage suivants, précisez selon vous leur degré d'importance dans la construction des compétences pour devenir médecin généraliste : (*échelle de Likert*)

- ⇒ Très important / Assez important / Peu important / Pas important
- A- L'exercice en situation réelle
 - B- L'observation de vos maitres de stage
 - C- L'entraide entre internes
 - D- Les enseignements théoriques sur les lieux de stage
 - E- Les enseignements participatifs à la faculté
 - F- L'autoformation

9. Pour chacune des propositions suivantes, précisez votre avis sur l'utilité de leur application : (*échelle de Likert*)

- ⇒ Tout à fait d'accord / Plutôt d'accord / Plutôt pas d'accord / Pas du tout d'accord / Pas d'avis
- A- Faire remplir l'évaluation de fin de semestre par un médecin ayant directement supervisé l'interne sur plusieurs mois
 - B- Centrer les grilles d'évaluation de fin de semestre sur les items des compétences génériques en médecine générale
 - C- Former davantage les maîtres de stage hospitaliers à l'approche par compétences
 - D- Approfondir les explications sur l'APC en début d'internat
 - E- Accompagner davantage l'autoformation des internes
 - F- Créer plus d'échanges entre les internes et leurs tuteurs
 - G- Créer plus d'échanges entre les internes et d'autres internes plus avancés dans le cursus via le tutorat junior
 - H- Développer plus de cours théoriques en lien avec la médecine générale
 - I- Valoriser les référentiels de médecine générale et les autres sources d'information médicale
 - J- Développer des formations dématérialisées en ligne (MOOC,...)
 - K- Réduire le nombre de travaux écrits à fournir pour la validation du DES

10. Vous êtes : (*choix unique*)

- A- Un homme
- B- Une femme
- C- Autre

11. Quelle est votre année de naissance ? (*choix unique*)

- ⇒ Menu déroulant année

12. Vous êtes : (*choix unique*)

- A- IMG de 1^e année
- B- IMG de 2^e année
- C- IMG de 3^e année
- D- IMG inscrit en année thèse (4^e année et plus)

13. Dans quelle faculté avez-vous fait votre externat : (*choix unique*)

⇒ Menu déroulant facultés d'externat

14. Parmi les activités suivantes, dans lesquelles envisagez-vous de vous investir à l'avenir ? (*choix multiple*)

- A- Maîtrise de stage
- B- Poste de chef de clinique
- C- Direction de thèse
- D- Participation à des études
- E- Aucune

15. Quel est votre projet professionnel ? (*choix multiple + rédactionnel si besoin*)

- A- Installation
- B- Remplacements en tant que généraliste
- C- Pratique spécifique (DESC ou autre)

Précisez :

- D- Activité hospitalière

Précisez :

- E- Autre

Précisez :

Mot final

Merci à vous du temps que vous avez consacré à répondre à ces questions.

Si vous souhaitez connaître les résultats de cette étude, envoyez simplement un mail à l'adresse suivante, nous vous enverrons la version numérique de la thèse quand elle sera terminée : clement.conan@free.fr

Bonne continuation !

9.5 Résultats questionnaire quantitatif

1. Pour chacune des remarques suivantes portant sur la formation en stage lors du diplôme d'études spécialisées (DES) de MG, précisez si vous êtes d'accord ou non :

	Tout à fait d'accord	Plutôt d'accord	Plutôt pas d'accord	Pas du tout d'accord	Sans avis
L'apprentissage de la médecine générale (MG) se fait préférentiellement en stage de médecine ambulatoire	40	39	17	1	3
Ce qui est appris en MG peut être en contradiction avec l'apprentissage de la médecine hospitalière	24	47.5	23	4	1.5
Les apprentissages trop protocolisés ou hyperspécialisés propres aux stages hospitaliers diminuent l'intérêt de ces stages pour la formation de MG	27	37	24	10	2
Les maîtres de stages hospitaliers devraient mieux connaître l'approche par compétence de la formation en MG	14	35	25.5	15	10.5
L'encadrement et le travail en équipe avec les personnels paramédicaux propres aux stages hospitaliers sont utiles à la formation de MG	47	46	5	0	2

Les objectifs de stage doivent être plus formalisés et utilisés pour l'évaluation de fin de semestre	18	45	20	10	7
L'évaluation des internes par les maîtres de stage hospitaliers doit se faire de manière régulière durant le semestre	36	51	9	2	2
Le DES de MG est une formation de qualité	6	43	31	15	5
La variété des terrains des stages et des maîtres de stage est un réel atout pour la formation de MG	30	55.5	5.5	6.5	2.5
Le temps de travail des internes n'est pas suffisamment respecté.	31	36.5	25.5	3	4

2. Pour chacun des dispositifs de formation suivants, précisez quelle importance dans la formation en médecine générale vous leur accordez :

	Très important	Assez important	Peu important	Pas important	Je ne sais pas
Les ateliers optionnels	8	30	41	10	11
Les journées d'étude	27	29	20	8	16
ETIL	2	20	23	7	48
La réunion de rentrée	5	21.5	27	44.5	2
Les séminaires obligatoires	3	25.5	40.5	28	3
RSCA	12	30	26	23	9
Mémoire d'initiation à la recherche	5.5	13.5	25.5	17.5	38
Mémoire de soutenance de DES	8	21.5	30	23	17.5
Enseignements sur les terrains de stage	65	27	5	0	3
Tutorat	14	33	15	10	28
Tutorat junior	8	10	13	9.5	59.5
GEP	21	39	28	12	0
Les niveaux de compétence	3	26	28	32.5	10.5
La marguerite des compétences	2	18	29	49	2
Le portfolio	6	21	34	37	2

3. Pour chacune des remarques suivantes portant sur l'approche par compétences (APC), précisez si vous êtes d'accord ou non :

	Tout à fait d'accord	Plutôt d'accord	Plutôt pas d'accord	Pas du tout d'accord	Sans avis
L'autoformation permet d'accéder à une certaine forme d'autonomie	39	48	9	2	2
Je trouve que l'APC est trop abstraite	43.5	36	17	2	1.5
Cette approche est trop rigide et scolaire	47.5	31	13	3	5.5
L'APC n'a pas été suffisamment expliquée en début d'internat	34	37.5	17	8.5	3
L'APC est en décalage avec la pratique courante	36	27	25	6	6
Je comprends ce qu'est l'APC	21	39	27	12	1
L'APC induit un travail personnel important	17.5	39.5	24	1	18
Cette approche a un lien étroit avec la médecine générale	13.5	36.5	26	15	9
L'APC contribue à la professionnalisation	9.5	36.5	25	17	12
L'APC est une approche structurante et constructive	6	37	25	21	11
Cette approche n'est pas utile pour la formation des médecins généralistes	18	22	41	6	13
L'APC est une approche adaptée pour se former durant le DES de médecine générale	6	25.5	35	20	13.5

4. Quelle définition de la notion de compétence vous semble la plus appropriée ?

	%
Qualité permettant la réalisation d'un acte donné	4
Ensemble de savoirs, de savoir-faire et de savoir-être devant une situation donnée	71
Savoir agir complexe dans un ensemble de situations variées	25

5. Pour chacune de ces compétences génériques transversales, précisez si elles vous paraissent pertinentes pour la formation en MG ?

	Oui, tout à fait	Plutôt oui	Plutôt non	Non, pas du tout	Sans avis
Approche centrée patient – Relation – Communication	60	32	2	4	2
Premier recours – Urgences	58	37	1	1	3
Continuité – Suivi – Coordination des soins	63.5	31	1.5	0	4
Education en santé – Dépistage – Prévention individuelle et communautaire	69	25	2	0	4
Approche globale – Complexité	51	38	4	4	3
Professionnalisme	44	40	6	5	5

6. A propos de la marguerite des compétences :

	Oui, tout à fait	Plutôt oui	Plutôt non	Non, pas du tout	Sans avis
C'est un outil que j'utilise en pratique	1.5	9	21	66.5	2
C'est un outil que je trouve fonctionnel	2.5	10	29.5	54	4
C'est un outil que je connais	33	46	16	5	0
C'est un outil infantilisant	43	29	13	8	7
C'est un vecteur de progression dans mon DES	5	11	29	49	6

7. Concernant le DES de MG, pensez-vous que :

	Oui, tout à fait	Plutôt oui	Plutôt non	Non, pas du tout	Sans avis
Il existe des connaissances spécifiques à la médecine générale	79	14	6	1	0
Il existe des compétences spécifiques à la médecine générale	71	22	6	1	0

8. Pour chacun des modes d'apprentissage suivants, précisez selon vous leur degré d'importance dans la construction des compétences pour devenir médecin généraliste :

	Très important	Assez important	Peu important	Pas important	Sans avis
L'exercice en situation réelle	94	5	0	0	1
L'observation de vos maîtres de stage	58	40	2	0	0
L'entraide entre internes	69	28	3	0	0
Les enseignements théoriques sur les lieux de stage	39	54	7	0	0
Les enseignements participatifs à la faculté	15	44	28	9	4
L'autoformation	60	37	2	0	1

9. Pour chacune des propositions suivantes, précisez votre avis sur l'utilité de leur application :

	Tout à fait d'accord	Plutôt d'accord	Plutôt pas d'accord	Pas du tout d'accord	Sans avis
Faire remplir l'évaluation de fin de semestre par un médecin ayant directement supervisé l'interne sur plusieurs mois	76	23	1	0	0
Centrer les grilles d'évaluation de fin de semestre sur les items des compétences génériques en médecine générale	23	36	24	11	6
Former davantage les maîtres de stage hospitaliers à l'approche par compétences	13	31	32	15	9
Approfondir les explications sur l'APC en début d'internat	30	31	20	15	4
Accompagner davantage l'autoformation des internes	54	37	6	3	0
Créer plus d'échanges entre les internes et leurs tuteurs	20	51	19	4	6
Créer plus d'échanges entre les internes et d'autres internes plus avancés dans le cursus via le tutorat junior	26	39	12	3	20
Développer plus de cours théoriques en lien avec la médecine générale	60	22	13	3	2
Valoriser les référentiels de médecine générale et les autres sources d'information médicale	59.5	32.5	4	1	3
Développer des formations dématérialisées en ligne (MOOC,...)	46	34	7	3	10
Réduire le nombre de travaux écrits à fournir pour la validation du DES	58	24.5	9.5	4	4

9.6 Répartition du travail

Recueil des données :

- Focus group pilote : Clément (animation et retranscription)
- 2^e focus group : Clément (animateur), Flavie (observatrice)
- 3^e focus group : Clément (animateur), Flavie (observatrice)
- 4^e focus group : Flavie (animatrice), Clément (observateur)
- 5^e focus group : Clément (animateur), Flavie (observatrice)
- Retranscription : Flavie (première moitié des 4 derniers focus group) et Clément (seconde moitié)
- Rédaction du questionnaire : Clément et Flavie
- Transfert sur Lime Survey : Clément
- Diffusion du questionnaire : Flavie

Analyse qualitative :

- Premier codage (2 focus group) : Clément et Flavie
- Rédaction de la grille d'analyse : Clément et Flavie
- Seconde analyse pour triangulation des données (5 focus groups) : Clément et Flavie

Analyse quantitative :

- Analyse descriptive : Clément
- Analyses statistiques bivariée : Flavie

Rédaction :

- Introduction : Clément et Flavie
- Matériel et méthodes : Clément et Flavie
- Résultats de la phase qualitative : Flavie (parties A à D de la grille d'analyse), Clément (parties E à H)
- Résultats de la phase quantitative : Clément (Partie E), Flavie (parties A à D)
- Discussion : Clément (parties I, III A et C, IV) et Flavie (parties II et III B)
- Conclusion : Clément
- Mise en forme : Flavie
- Bibliographie : Clément
- Relecture : Clément et Flavie

9.7 Retranscription

9.7.1 Entretien collectif pilote : Jeudi 2 février 2017 – CHAL, Findrol

Interviewer (I) : Première question, déjà. Donc c'est par rapport à l'approche par compétences dans notre formation : pour vous l'approche par compétences, qu'est-ce que c'est ? Est-ce que ça vous parle ?

A1 : Non ...

(rires)

I : Non ?

A3 : Moi ça me parle un peu. C'est... dans les GEP en particulier, c'est à ça qu'on... enfin la fameuse marguerite des compétences, heu... Quand on présente quelque chose en GEP, on dit quelles compétences on a abordées dans l'histoire qu'on relate. C'est la seule fois où j'en parle.

A4 : Moi ça me permet juste de structurer aussi mon travail sur les GEP. Après ouais... c'est vrai... ce sont des choses assez concrètes mais on n'y pense pas forcément assez dans notre pratique tous les jours, en formation, en stages ou des choses comme ça.

A1 : Oui, c'est juste un travail de fac.

A4: Ouais... Des trucs qu'on retrouve assez naturellement mais la marguerite des compétences juste utilisée comme ça... nous permet juste de structurer notre travail... enfin moi mon travail de GEP en tout cas.

I : A2 ?

A2 : Ouais, c'est très intéressant je trouve quand on a compris comment on les utilisait en fait les compétences. Ta question c'était ?

I : L'approche par compétences, d'une manière globale, comment vous la

définiriez ?

A2: Ça permet de structurer nos GEP effectivement. De vraiment décortiquer le cas clinique et de faire transparaître des choses auxquelles on n'avait pas pensé quand on a rédigé notre cas en fait. Avec l'aide quand même de la tutrice quoi.

A4 : Ou même qu'on a vécu la situation, des choses qu'on a ... Mais après ça reste... Ouais voilà.

A1 : Oui ça reste dans le cadre des GEP, on ne s'en sert pas tous les jours quoi.

A4 : Ba enfin c'est des compétences effectivement qui ressortent à posteriori, une fois que t'as été confronté au truc et que du coup tu débriefe sur ta GEP, là tu te rends compte qu'effectivement t'as grandi dans certaines ou certaines choses. Mais après oui c'est vrai... Enfin, oui ça reste... En fait il y en a pas mal, je pense dans cette marguerite, je l'ai pas en tête là clairement. Je ne sais pas si tout y passe sur les trois ans d'internat. Parce que, bon, on ne... enfin plus ou moins...

A3 : C'est l'approche globale et les compétences. Sur les trucs de formation continue, on est moins là dedans. Ce qui est important c'est le professionnalisme, l'entente avec les collègues.

I : Là tu es en train de parler des compétences... Du coup, quelles compétences spécifiques vous paraissent importantes en fait en médecine générale ?

A2 : Qui sont dans la marguerite ?

I : D'une manière générale, pas forcément en fait.

A2 : Ca va être difficile de ne pas citer la marguerite parce qu'on la connaît maintenant. Heu... je peux y aller ? Heu donc l'approche centrée patient, c'est celle qui est très importante et qui finalement se retrouve souvent dans toutes mes GEP, moi j'ai trouvé. Et heu... voilà. C'est bon pour l'instant parce que je n'ai pas...

A3 : Je dirais moi deux choses. Hors marguerite hein... Pour ma pratique personnelle de la médecine c'est « communication », parce que informer et communiquer à un patient on voit que c'est de loin le plus important et pas le plus évident parce que on

n'a pas tous le même... (incompréhensible)... et c'est pourtant hyper important de faire passer le message. Et heu le deuxième c'est « formation continue » parce que moi j'espère, heu, je trouve que c'est bien pour nous. Personnellement je trouve que c'est flatteur et que tout le monde, si on se force à se former continuellement, ça évite quand même pas mal de gros ratés quoi. Je ne dis pas forcément être le médecin le plus alerte au monde mais voilà, continuer de s'informer, de lire et je trouve que c'est vraiment pas mal de se tenir au courant de la médecine actuelle. Donc « formation continue » et « communication » parce qu'au final, la mission on a tous la même hein. On fait tous les examens pareil, on fait tous des examens secondaires. Donc je trouve important la qualité de la communication avec le patient et la motivation de continuer à se former.

A4 : Je rejoins un peu ce que A3 disait. Pendant mon internat, beaucoup sur le relationnel aussi, la communication avec le patient, l'information, instaurer un climat de confiance. Des choses comme ça... Surtout en ce moment, je suis en stage de gériatrie... Et puis après, ce qu'il y a aussi au cours de l'internat, c'est l'inter professionnalisme : apprendre à bosser avec les autres, et puis se structurer un réseau. Pour le coup, moi j'ai fait tous mes stages ici donc c'est facile. Mais... ouais si, ce sont ces compétences que là au cours de mes stages de médecine générale j'ai eu conscience d'enrichir pas mal. La communication avec les patients et avec les autres professionnels de santé aussi. Travailler en équipe et avec les autres quoi.

A1 : Ba je rejoins tout ce qui a été dit jusqu'à maintenant. J'ajouterais qu'il faut apprendre aussi à écouter le patient parce qu'au final il nous dit pas mal de choses qu'on a tendance à zapper parce que ça ne rentre pas forcément dans nos cases, de diagnostic ou de thérapeutique. Et aussi je pense qu'il faut savoir prendre du recul et prendre du temps pour soi parce que je crois que quand on est trop fatigués, on n'écoute plus ce que les gens disent et on manque d'empathie.

I : Et du coup est-ce que vous pouvez dire un mot sur la manière dont on construit les compétences, comment on devient compétent ? Comment finalement les compétences se construisent au cours de notre formation ?

A1 : C'est en forgeant qu'on devient forgeron. (rires)

I : Donc la pratique ?

A4 : Et aussi bien à la fac que dans les stages ?

I : D'une manière générale. Que ce soit même en dehors de la médecine ou non.

A4 : J'apprécie assez toujours avoir des retours sur tout ce que je fais. Déjà dans la pratique, dans mes stages. Peut être que c'est un truc... enfin c'est un truc qu'on pourrait reprocher en majorité à nos maitres de stage, c'est à dire d'attendre les 6 mois de stage pour faire un bilan. Alors que, sur plein de trucs après on a tendance à s'approcher des gens qu'on voit compétents, enfin... dans ce qu'on cherche quoi... enfin dans les domaines dans lesquels on veut progresser. Et ne pas forcément aller, enfin on peut le faire, mais ne pas forcément aller leur tirer les vers du nez... Ou nous faire des reproches, enfin, nous faire des remarques mais nous dire au contraire quand ça va bien, enfin, ce qu'on fait de bien et ce qu'on devrait approfondir quoi. Donc il y a ça, le retour un peu des pairs quoi. En vrai, je ne sais pas dans la faculté... Ba après il y avait la formation aussi.

A3 : Moi je suis d'accord. Pour le côté humain avec les patients, je pense qu'on est assez intelligents pour voir si on se défend ou pas, on voit assez rapidement si on se cogne à un mur. Et mine de rien, les infirmières, les cadres de santé elles sont pas mal là pour nous le faire comprendre, nous le rappeler, si on est maladroits humainement. Et par contre, je rejoins tout à fait mon comparse A4, mais après, c'est très maître de stage – dépendant. Moi je vois là, j'ai deux chefs complètement différents. Une qui, une fois par semaine, parce qu'il n'y a pas que l'humain, il y a aussi la médecine, voilà un petit debriefing sur une prise en charge thérapeutique, sur une prise en charge diagnostique... Un truc concret, mais ça, elle peut même pas savoir comme ça me fait plaisir d'en parler. Au moins j'apprends un truc qui est figé, qui est sur un patient et ça c'est hyper important. Donc ça c'est dur, je sais bien que tous les médecins, ils n'ont pas cette qualité de... surtout de parler de points qui m'intéressent en médecine gé. Enfin je vois, à chaque fois elle me parle de vaccination, de suivi de séro, de trucs... Ça c'est juste top quoi. Enfin c'est vrai ce serait pas mal de ne pas attendre les six mois pour qu'on nous dise : « ah ba j'espère qu'en sortant de ce stage, tu sauras qu'à quelqu'un de splénectomisé, il faut lui faire ça... ». Ba non, moi j'aimerais bien savoir au bout de deux semaines de stage et effectivement, que ce ne soit pas si tardif, le retour. Mais je pense que c'est important

d'avoir le..., si on a des maitres de stage qui sont observateurs et qui nous font des remarques... Moi je sais que toute remarque est la bienvenue, je ne prendrais pas ça pour une critique... Voilà.

A2 : Moi je complèterais : on améliore nos compétences en observant nos maitres de stage au CH ou, peut être en stage prat, enfin vraiment en observant comment eux ils se comportent avec les patients. Et moi j'avais noté aussi, ben, oui, des compétences qui se voyaient sur la façon d'aborder un problème, donner un diagnostic, rassurer un patient. Et ça on le fait, ben voilà, vraiment en les écoutant et en observant leur prise en charge.

A1 : Repose la question exacte, s'il te plaît ?

I : Du coup, c'était : comment selon toi se construisent les compétences ?

A1 : Et ben, je rejoins aussi ce qui a été dit, en regardant ce que les autres médecins font. Même quand ils se trompent, je trouve qu'on apprend aussi beaucoup des erreurs des autres. Et en continuant aussi à se former parce que même à deux ans, deux ans et demi après la fin de l'externat j'ai déjà des connaissances qui sont complètement obsolètes et il faut continuer de lire, de faire des formations et de ne pas se reposer sur nos lauriers.

I : Dernière question un peu théorique avant d'aborder l'aspect un peu plus pratique du sujet : qu'est-ce que d'autre... enfin quoi d'autre... Quoi d'autre que des compétences doit vous apporter votre formation ? Peut ou doit vous apporter votre formation ? Est-ce que notre formation se résume à des compétences ou est-ce qu'elle peut vous apporter autre chose et quoi ?

A1 : Heu... c'est difficile... (rires)

A3 : Dans l'absolu, c'est ce que disait A4 tout à l'heure... Un réseau. Ca peut être ça mais aussi ça peut être très dépendant du plan de vie envisagé. C'est sur que si on a déjà une idée de la région, de la zone d'implantation, et ben on sera plus à même d'essayer en plus des compétences acquises d'avoir ce fameux réseau interprofessionnel et tout simplement la connaissance d'une région, d'une patientèle, ça, ça peut apporter mais c'est interne-dépendant. C'est sur que si tu as un esprit hyper CHU, grandes villes et que tu vas

six mois en périph, t'auras pas la même attente pendant ces six mois que pendant tes stages d'avant donc oui, un réseau, ça peut être bien pour ceux qui ont un plan, un projet d'installation.

A2 : La question c'était qu'est-ce que la formation nous amène... ?

I : Est-ce qu'elle doit nous apporter autre chose ? Ca peut être non hein... Ca peut se résumer à des compétences... Et qu'est-ce qu'elle doit amener d'autre sinon ?

A2 : Ben moi je dirais qu'elle peut, enfin qu'elle nous apprend à mieux nous connaître nous même aussi. Enfin, je ne sais pas si ça peut être une bonne réponse aussi... Il n'y a pas que le côté théorique dans tout ce qu'on fait en médecine et ça peut nous apporter à nous quoi.

A3 : Et un peu plus d'argent aussi... (rires)

A1 : Moi je rajouterais que, au final, pendant la préparation de l'internat, on apprend les grandes lignes, on apprend que pour un stressé, il faut mettre des anxiolytiques,... Mais au final, quand on est en premier semestre, on se retrouve comme des cons à ne pas savoir quelle est la classe thérapeutique qu'il faut choisir, quelle molécule... On n'a pas à la fac, quand on est internes, de cours bien précis à part les grandes théories classiques dans les cours qu'ils nous font et je trouve qu'ils servent à rien, qu'on n'apprend pas grand-chose et au final, moi ça m'aide pas dans la pratique. C'est-à-dire que ce que je fais, je l'apprends sur le tas alors que la fac, ils pourraient très bien nous faire 2-3 cours sur la thérapeutique, sur comment gérer telle situation. Ca nous aiderait plus que leur approche centrée patient ou les grands séminaires ou tout le monde roupille dans un coin.

A4 : Je voulais parler de la même chose qu'avec A3 tout à l'heure. C'est vrai qu'à la rigueur, faciliter la communication avec... enfin ça dépend des projets personnels... mais c'est vrai que pour beaucoup on a des volontés d'installation dans des secteurs qu'on connaît déjà, assez rapidement en plus et donc c'est bien qu'il y ait déjà des maîtres de stage, des choses comme ça mais faciliter des rencontres peut être avec des médecins qui pour la majeure partie vont partir à la retraite dans les quelques années à venir pour forger

déjà un... enfin... déjà préparer une installation mais en plus de ça connaître nos futurs collègues avec qui on va pouvoir travailler ça paraît pas mal. Après, ouais je rejoignais aussi ce que tu disais. Enfin, c'est vrai que sur la formation, on se doit d'être super autonomes et c'est vrai que des choses un peu plus théoriques... enfin non, pratiques, ça pourrait être pas mal.

A1 : Et même, moi vu que je suis en stage prat, je me rends bien compte de tout ce que l'on ne sait pas sur tout le côté administratif de la médecine générale, les demandes d'ALD, quand est-ce qu'il y a une indication, quand est-ce qu'il n'y en a pas, comment on fait. Et puis la gestion du cabinet, parce que moi concrètement, je ne sais pas comment est-ce que je vais... comment s'installer, comment faire les démarches administratives ne serait-ce que une ou deux heures de cours ou même nous donner un fascicule ça serait pas mal, pour pas se faire avoir quand le patient nous dit : « ba voilà, je suis CMU, mais j'ai pas la CMU-C. Comment je fais ? Est-ce que je dois avancer, pas avancer ? ». On se retrouve tout seuls parfois parce que les praticiens ne sont pas toujours disponibles et on ne sait pas quoi répondre.

I : Du coup, prochaine question, pour rebondir sur ce qu'avait abordé A1 : qu'est-ce que vous pouvez dire des outils pédagogiques en fait qui sont issus de l'approche par compétence et présents dans notre DES ? En particulier quelle perception vous en avez, quel regard ? Et puis quelle utilisation vous en faites ? On peut prendre les outils un par un pour vous exprimer chacun votre tour dessus.

A1 : Je dirais que la formation que la fac propose n'est pas adaptée à la pratique dans la mesure où on nous balance des cours sur la relation médecin patient alors que nous, en consultation, c'est du feeling, ou à l'hôpital. Chaque patient est différent donc c'est à nous de nous adapter à chaque patient et c'est pas en nous faisant des cours de psychologie ou de... je ne sais même plus quoi d'ailleurs, j'ai rien retenu... que ça m'a aidée. Pour moi c'est pas adapté.

A2 : C'est les journées d'étude dont tu parles ?

A1 : Ouais

A2 : Ha oui d'accord.

A1 : C'était les premières...

A2 : Moi je ne les ai encore pas faites.

A3 : Tu considères aussi l'externat dedans ou que le DES ?

I : Là, non, vraiment que le DES. Et tout ce qui est issu de l'approche par compétences, selon vous. Ou peu importe d'où il vienne mais pour le 3^e cycle. Si vous avez d'autres choses à dire sur la formation théorique...

A3 : Les outils pédagogiques, l'ennui c'est que c'est très CH dépendant, c'est très centre hospitalier dépendant parce qu'il y en a où il y a peu de cours, c'est aussi très service dépendant. On peut être lâchés dans la nature.

I : Pour toi la formation théorique elle dépend pas mal des hôpitaux finalement plus que de la fac ?

A3 : Ou en tout cas, on y passe quand même 6 mois en tant que généraliste en n'allant que 2 ou 3 fois sur Lyon donc c'est quand même la majorité de la partie. Après là où je rejoins A1, c'est sur les cours... C'est vrai, quelque chose de tout con mais... je sais pas, un médecin assez polyvalent du style gériatre ou, même pas forcément interniste, ou un généraliste qui exerce à l'hôpital qui ira ou qui fait des bonnes pratiques, je sais pas... d'un vécu de gardes à l'USIC. C'est vrai que pour tous les gens anxieux, les gens douloureux, les gens insomniaques, ce serait vraiment bien d'avoir des cours comme ça parce que ça pour le coup c'est de la vraie médecine qui représente 80% des demandes et puis des patients à l'hôpital. C'est-à-dire des cours moins spécifiques quoi. Voilà.

A2 : Moi j'aimerais bien parler des GEP aussi parce que ça m'a bien apporté pour mon DES.

I : Juste, sur la formation théorique, est-ce quelqu'un d'autre veut s'exprimer ou on passe aux GEP ?

A1 : J'ajouterais juste, par rapport à la relation médecin-patient, le cours qui m'a le plus servi, c'était un cours qui avait été dispensé par l'hôpital par un ancien patron ou chef du GIGN qui nous apprenait toutes les techniques de communication non verbales

et ça, ça m'a plus, je pense, plus servi... à me rendre compte sur comment se comporter, sur comment moi je me comportais et comment je réagissais à l'agressivité des patients et comment est-ce qu'il fallait s'adapter. J'ai plus appris de ce mec là que des cours à la fac qui sont quand même beaucoup trop théoriques et... c'était trop bien !

A4 : Ouais, je ne vois pas quoi ajouter...Je réfléchis mais...

A2 : Moi aussi, je reviens sur ce qui a été dit. Je suis d'accord avec A1 sur les séminaires en tout cas.

I : Ok, on passe aux GEP ? Qu'est-ce que vous pouvez dire des GEP, quelle utilisation, quel regard vous avez dessus ?

A2 : Je peux commencer... Donc moi je suis en cinquième semestre. Au début, je n'aimais pas parce que je n'avais pas compris en fait à quoi servait la GEP, parce que la tutrice, je ne sais pas, nous avait pas tout à fait bien expliqué et on avait un groupe un peu dissipé ou en fait chacun arrivait un peu n'importe comment avec son cas au bout de la feuille, c'était pas très bien fait. Et puis en fait, après j'ai travaillé une GEP avec quelqu'un d'autre et c'était beaucoup plus, comment dire, structuré et là ça m'a beaucoup apporté parce que du coup on a pu faire ressortir les compétences dans la GEP. Et là, c'est ce qu'on disait au début, j'ai trouvé que c'était un outil sympa... enfin, je veux dire, sympa... intelligent et pratique pour faire ressortir des choses dans une prise en charge. Donc en somme moi j'ai bien aimé les GEP.

A4 : Moi pareil, sur un travail assez personnel, la GEP, une fois qu'on a compris comment l'utiliser sur un cas qui soit nous a plu, soit mis en difficulté, parce que ce n'est pas que ça, ça nous permet de travailler un peu plus... enfin de prendre du recul sur ces cas là. Ce n'est pas dans l'intérêt d'aller, enfin c'est peut être égoïste ce que je dis... c'est vrai que j'ai du mal à les organiser pour aller les partager et apporter quelque chose aux autres. En général, c'est vrai que ça m'apporte beaucoup à moi mais enfin voilà parce que du coup c'est nous qui avons été mis face à cette situation et on va chercher les choses dans notre coin. Alors des fois, effectivement, on transmet aux autres mais qu'ont pas forcément... enfin soit qui ont été confronté qui savent déjà comment réagir soit pas du tout et qui ne le seront jamais donc ... en tout cas, d'un point de vue personnel, si pour les GEP, on franchit le pas et qu'on sait les utiliser, ça m'a permis de faire face à quelques

cas et de me mettre à l'aise maintenant avec des situations que je rencontrerais plus tard. Mais moi j'ai un tuteur, pareil, qui nous impose souvent des thèmes, des choses comme ça et souvent, c'est pas ... ça permet donc d'organiser le groupe mais ce qui est bien c'est qu'il nous laisse cette liberté et que si on vient avec autre chose, ça passe aussi. Mais le fait d'instaurer des thèmes des fois ça nous convient... enfin souvent ça nous convient pas en fait et ça nous oblige plus... enfin ça nous force plus à travailler sur des cas peut être qui ne sont pas hyper intéressants pour tous quoi.

A3 : Moi les GEP j'aime bien parce que pour moi c'est une vision généraliste de la médecine. Comme le groupe avec qui on est c'est des futurs médecins gé, on voit, ils ont un peu le même esprit que nous, ils ont une vision de médecin généraliste même si on est toujours dans des services donc dans des médecines spécialisées, ça déjà c'est cool. Moi j'apprends des trucs. Voilà des fois on parle de... on fait une petite digression sur une reco, sur une prise en charge thérapeutique donc on apprend des trucs. Deuxièmement c'est cool là cette année ils ont refait un papier un peu pour structurer les GEP, là qui n'était pas fait avant là... Ma tutrice m'a envoyé un papier, c'est nouveau donc c'est pas mal aussi pour mieux nous organiser. D'autant que ma première année là c'était avec les premiers semestres donc au moins c'était moins comme A2 décrivait au début... C'est vrai qu'on arrive tous avec nos petits papiers, on voit qu'on est hyper scolaires au final quand on parle de quelque chose qu'on a vécu et c'est pas ma du coup je trouve pour qu'on sache de quoi on parle et où on veut en arriver. C'est bien d'avoir fait cette feuille parce qu'au début, j'étais comme A2, on ne m'avait pas spécialement expliqué donc en plus on est content de quitter l'internat... heu de quitter l'externat et on se dit « ha mais faut retravailler ?... » (rires) C'est terrible quoi... Mais globalement, honnêtement, on en tire pas mal, on apprend des trucs, on est avec des généralistes donc c'est pas mal. C'est bien. C'est juste voilà quand on est en périph au CHAL, ça fait un peu de route pour une journée, c'est sûr. C'est le seul point noir qui reste financier et quand même chronophage parce que la route, c'est de l'argent.

A1 : Ouais je rajouterais juste que je pense que j'ai plus profité des GEP en autonomie que des GEP qui sont faits à la fac qui sont beaucoup trop scolaires ou au final on est quand même relativement nombreux, tous plus ou moins pressés parce qu'il faut qu'on retourne là où on est en stage. Enfin les GEP à la fac moi je trouve c'est trop

scolaire, on ne comprend pas forcément l'intérêt alors que quand on a fait la GEP en autonomie, on était moins nombreux déjà et puis on a pu partager nos pratiques et puis sortir un peu du cadre scolaire. Raconter un peu comment on a vécu certaines situations, comment on a géré et qu'est-ce qu'on a ressenti ce qui n'est pas forcément le cas quand on est trop nombreux à la fac.

I : Qu'est-ce qui rend scolaire en fait ? C'est le tuteur ? C'est le cadre ?

A1 : Un, le cadre et deux, c'est le fait à la fin de chaque GEP de devoir marquer « compétence » et... je ne sais plus ce qu'il faut qu'on marque à chaque fois... mais il faut encore qu'on rentre dans des cases.

I : Est-ce qu'il y aurait d'autres outils pédagogiques que vous voyez dans notre formation ?

(silence)

A4 : Pédagogiques... (perdu dans ses pensées)

A1 : Ha, il y a le système des MOOC, M-O-O-C, je ne sais plus ce que l'acronyme veut dire mais il y a plein de facs qui développent des petites formations sur internet et je pense que ça pourrait peut être être un début de piste de réflexion pour la fac, de proposer ce genre de formation

A4 : C'est quoi en fait ?

A1 : Les MOOC c'est des unités de cours sur internet qui peuvent être validantes en général pour une formation. Maintenant je crois qu'il y a certaines MOOC qui valident des crédits dans le cadre du système LMD mais... Ne serait-ce que de s'inscrire à des formations sur internet qui sont pas forcément payantes, je pense que ça pourrait être une solution pour les internes de médecine générale qui sont en Rhône Alpes tous dispatchés, tous très loin... et pour qui c'est compliqué de revenir à la fac une journée par semaine par exemple pour se former du fait des obligations de service.

I : Donc des sortes d'unité d'enseignement un peu dématérialisées et en ligne?

A1 : Ouais.

A4 : Ce serait top ça...

A1 : Mais ne serait-ce que une heure par semaine, un cours... ben sur les traitements psychotropes et anxiolytiques puis la semaine d'après... j'sais pas... n'importe quoi... la CPAM... Pendant une heure ils nous font un cours sur comment ça marche les systèmes de remboursement, ce que l'on doit déclarer, pas déclarer... J'sais pas... c'est une idée qui vient comme ça hein...

A4 : C'est sur que ça vaudrait plus ... enfin moi un système comme ça je ne connaissais pas du tout... Enfin voilà quoi, ce serait beaucoup plus attractif que de se déplacer même que deux ou trois fois dans un semestre. Faire deux heures de bagnole ça te bloque des journées entières en fait... parce que c'est toute une organisation... tout ce qu'il y a autour. Et effectivement, dématérialisé comme ça, accessible où que tu sois... t'en gagne en fatigue, en argent, en temps et puis en volonté aussi.

A1 : Je pense que c'est plus efficace parce que les cours à la fac, moi j'ai rien retenu...

A4 : Et puis en volonté... moi je veux dire on me propose un truc comme ça une fois par semaine, ce serait génial quoi.

A1 : En plus ce serait une démarche active de se connecter sur le site de la fac et se poser pour écouter le cours plutôt que de se dire : « merde, faut que je me tape l'aller retour sur Lyon... Comment je vais faire pour mes courriers que j'ai pas eu le temps de faire ? ». A chaque fois qu'on s'absente dans les services, c'est toujours compliqué ... Qui c'est qui va faire les compte rendus ? Qui c'est qui va faire les entrées ? Ca veut dire que ma cointerne, ben forcément elle va finir à 21h... Qu'il va falloir que je bouge mon astreinte parce que j'ai pas vu le patient de la veille... enfin... C'est compliqué ! (rires)

I : Ok... Est-ce que vous voulez dire quelque chose d'autre là-dessus ? Ou si vous avez d'autres idées qui vous viennent en tête ?

A2 : Moi j'aimerais parler du congrès. Enfin je ne sais pas si vous en avez fait... ou si ça rentre dans les outils pédagogiques ?

I : Oui.

A2 : Moi j'avais fait celui de l'année dernière à Strasbourg, c'était très intéressant. Il y avait une thématique sur les patients étrangers, des choses comme ça... Et en fait c'était sympa parce que c'était des conférences et ça je n'avais pas l'impression que ça faisait vraiment cours théorique en fait. C'était vraiment des échanges avec le public et des psychologues, infirmiers et autres... Et ça c'était très utile, je pense pour la pratique. Voilà...

I : Est-ce que vous voulez rebondir sur les congrès ? Est-ce que vous en avez déjà fait ?

A1 : Moi j'en ai pas fait...

A4 : Moi non plus...

A3 : Moi j'ai fait celui de Grenoble, celui du Collège National des Généralistes Enseignants. C'était bien. C'était intéressant, ces multiples petites interventions dans sept ou huit salles différentes donc il fallait... enfin ce qui était contraignant entre guillemets c'est qu'il fallait choisir et des fois il y avait deux thèmes qui étaient intéressants en même temps alors que 45 minutes après, ce n'était pas le cas donc il fallait être un peu plus sélectif. Ben pareil en fait on n'a pas l'impression du tout de subir des cours donc ça c'est très bien. C'est quand même fait pour aller à l'information intéressante rapidement. Et par contre, effectivement, là je rebondis avec A1, plus on avance dans les semestres plus on doit y penser... c'est les thèmes « Installation », « CPAM », « Remboursements », « Gestion administrative d'un cabinet »,... Ca peut être super bien déjà, avant même ça, d'avoir un médecin qui vient nous en parler... Ce qui serait vraiment très cool, hein, intégrer ça dans un cours... Ouais peut être d'avoir des planches explicatives... Ca fait partie de la formation parce qu'on a quand même été éduqués six ans à lire, on est tous devenus myopes à cause de ça donc c'est pas lire une planche en plus qui va nous faire mal. (rires) Post-scriptum : je ne suis absolument pas myope. (rires)

I : Ok, si c'est bon pour les outils pédagogiques, on peut aborder la dernière question. Du coup, quels autres types d'approche pédagogique vous avez connu pendant vos études ? Et en quoi étaient-elles différentes de ce que propose le 3 e

cycle ?

A1 : **Approches...** (en pleine réflexion)

(silence)

**I : Ou sans parler d'approche, comment c'était avant le 3^e cycle, finalement ?
En quoi c'était différent ? Est-ce que c'était mieux ? Est-ce que c'était moins bien ?**

(silence)

A3 : Déjà, je dirais, du point de vue d'un médecin généraliste, c'était moins bien parce qu'on était dans l'ultra-spécialisation. Apprendre beaucoup de choses qui sont... hyper intéressantes, hein... moi j'adore savoir plein de choses et tout, ça ne me dérange pas. Mais la substantifique moelle de la médecine gé... Enfin je trouve c'est quand même mieux l'internat. On voit ce qu'on retire et ce qui nous sert vraiment, quoi. Après je sais bien que c'est un peu obligatoire d'y passer quoi. Et puis les autres formations... Ce serait bien de faire une épreuve de sport à l'ECN, non, un truc comme ça ? Un truc qui serve... Ah et puis pas de LCA.

A4 : Je vote pour le « pas de LCA ». (rires) Non, mais c'est clair que c'était beaucoup moins épanouissant ... alors c'est sûr qu'il faut y passer, il faut qu'on les bouffe ces trucs là mais on le faisait purement dans un objectif de... voilà, d'examen quoi. Il n'y avait rien de professionnel là dedans. Parce que les stages en plus c'est aussi dépendant et il n'y en a pas beaucoup dans ton externat, je pense qui te forment à être un bon médecin pus tard. C'est plutôt à l'internat qu'on commence à s'épanouir là dedans.

I : A2, A1, est-ce que vous êtes d'accord là-dessus ?

A2 : Oui, je vous rejoins et nous on avait... ça compte l'externat ou pas ?

I : Oui, oui. C'est surtout l'externat en fait.

A2 : Oui, c'est ça. Enfin à Grenoble on faisait pas mal de mises en situations réelles en fait où il y en avait un qui jouait le patient, un qui jouait le médecin. Et ça c'était pas mal moi je trouvais pour avoir un peu d'approche pédagogique... enfin vraiment pour analyser des fois comment on réagissait et comment bien faire les choses avec quelqu'un

qui nous guidait. Ça, enfin les mises en situation, il n'y en a plus à l'internat parce que c'est nous qui sommes les acteurs. C'était assez plaisant d'avoir un retour sur notre façon de faire en fait, par quelqu'un qui nous a observés, qui nous a ensuite aidés quoi.

A1 : Je rejoins ce qui a déjà été dit, que l'externat ça nous apprend juste à cocher des cases. On est en plus pas franchement intégrés dans les services, on ne participe pas vraiment à la prise en charge du patient donc moi, je n'en ai pas retiré énormément. Bien sur, je ne peux pas dire que j'ai rien retiré mais j'ai beaucoup plus appris en tant qu'interne. Et je crois que ça c'est beaucoup plus aggravé depuis qu'il y a le nouveau système des iECN. Je crois qu'ils apprennent juste les petits détails pour éviter de tomber dans le panneau le jour de l'internat alors que, en pratique, savoir que telle enzyme fait tel truc, on s'en fout complètement. Et, heu... je ne sais plus ce que je voulais dire... répète la question ?

I : Du coup, au final, quelles autres approches pédagogiques il y avait avant le 3^e cycle ? En quoi c'était différent ?

A1 : C'était différent parce que forcément c'était sur-spécialisé, qu'il y a une telle masse de choses à savoir qu'on en oublie la moitié une fois qu'on passe l'internat, et que on se rend bien compte qu'il y a quand même pas mal de conflits d'intérêt à la fac ou dans les bouquins. C'est-à-dire que... quand on lit les revues médicales finalement, on se rend compte que... notamment Prescrire... on se rend compte que ce qu'on a appris à la fac, ce n'est pas forcément ce qui est le plus indiqué... et qu'on fasse RESET sur notre mémoire et qu'on réapprenne pas mal de choses. Mais en même temps c'est bien, hein.

I : Ça marche. Un petit mot de conclusion du coup ? Dernière question : quel regard vous portez sur l'approche par compétences d'une manière générale ? Et si vous pouvez faire une proposition pour améliorer notre formation ?

(silence)

A3 : Globalement, l'approche par compétence c'est pas mal parce que ça couvre assez large hein, mine de rien. Quand on regarde ce sur quoi on doit évoluer, si déjà on s'estime compétent là dedans, on est plutôt un bon médecin. Et la formation... après, ce serait une vision assez utopiste de la chose... ce serait d'avoir encore plus rapidement un

stage chez le prat... limite de manière obligatoire, dans la première année, en cabinet. Ca vraiment, ce serait assez cool. Parce que je pense c'est assez anxiogène d'y arriver en avant dernier voire dernier semestre. Au moins si, de base, tu sais que c'est la première année que tu vas y aller, t'auras une vision de la médecine qui concernera les 35-40 années plus tard. Et puis surtout, d'apprendre des réflexes de la médecine qu'on pratiquera, des choses qu'on n'a pas du tout vues durant l'externat. Parce que si on prend les stages à l'hôpital comme on a tous au début... parce qu'on est des « grands externes » au début... c'est un peu une poursuite de la médecine spé vue par un petit généraliste bébé. Après la formation, elle n'est pas trop mal au final.

A1 : Moi je rajouterais juste un truc, c'est que j'aimerais bien qu'on arrête de nous imposer, entre guillemets, des stages... ben en première année, t'es forcément imposé au second semestre aux urgences si tu l'as pas fait en premier semestre... et qu'on soit un peu plus libres dans nos choix.

I : Tu veux dire dans la maquette des stages ?

A1 : Dans la maquette, oui. A chaque choix de stage, c'est toujours le stress en te disant : « Je vais être à 20 000 km de chez moi, comment je vais faire ? ». Qu'on soit un peu plus libres dans les choix de stage.

I : Ok. Et du coup, sur l'approche par compétences, qu'est-ce que tu en penses ?

A1 : Pff, je ne sais pas... Je pense qu'on pourrait l'optimiser mais je ne sais pas comment ! (rires)

A2 : Moi j'aime bien cette approche par compétences mais à condition d'avoir compris ce que c'était une compétence et d'avoir quelqu'un qui nous a un peu aidé à le comprendre en fait. Je pense qu'il y a beaucoup de... comment dire... de mauvaises idées là-dessus, et que, à partir du moment où on a pigé le truc, ce n'est quand même pas sorcier et c'est plutôt bien.

I : C'est vrai qu'on ne l'a pas vraiment défini mais pour toi... pour vous, c'est quoi une compétence ?

(silence)

A1 : C'est comment bien réagir face à une situation donnée.

I : Ok, donc une façon de réagir.

A2 : C'est tout ce qu'on doit utiliser, en fait, pour bien réagir. C'est des outils qu'on a à notre disposition, voilà.

I : D'accord, donc un ensemble d'outils ?

A2 : Oui, un ensemble d'outils ou de capacités à... enfin on puise dans plein de ressources qu'on acquiert et le tout fait qu'on sort en une compétence. Et un cas, un patient, peut être un ensemble de compétences en fait. Voilà, donc j'ai un peu vu le truc comme ça.

A4 : C'est toutes les ressources qui font qu'on aura une faculté d'adaptation plus tard à toute situation. Après, ouais, ces compétences elles sont bien faites et tout, c'est très bien amené mais je trouve que c'est trop mis en exergue. Je veux dire, tout tourne autour de ça au cours de ces trois ans et on nous force vraiment à aller travailler tout ce qu'on doit rendre comme type de travail là-dessus. Alors que les gens qui vont justement nous évaluer ne sont pas forcément des gens qui vont nous les transmettre parce que... ben, c'est ce qu'on disait tout à l'heure... ce qu'on absorbe comme compétences justement, on le fait auprès de nos chefs de service, tout ça... Enfin moi je n'ai pas encore fait mon stage chez le prat... Il y a quelques prats qui sont aussi au DMG et à qui on doit rendre des comptes mais nos chefs de service, ils ne la connaissent pas en fait cette marguerite des compétences. Là-dessus du coup, c'est ce qu'on disait tout à l'heure quand on disait qu'on aimerait bien avoir un retour sur tout ce qu'on fait et tout pour que ça enrichisse un peu tout ce qu'on doit garder. Et eux ne l'ont pas cette capacité. Alors après on est grands, c'est vrai qu'on n'a pas besoin de rendre des comptes un petit peu tout le temps donc c'est vrai que ce soit toujours au centre de tout ce qu'on fait à la fac... enfin de pas tout ce qu'on fait à la fac mais enfin c'est un peu usant et on... c'est un bon outil... et qu'on peut utiliser déjà un peu seul dans son coin c'est pas mal.

I : Tout le monde a pu donner son point de vue ?

A3 : Moi sur la compétence, je pense qu'il y a d'autres compétences. Il y a la compétence qu'on a tous, ce qu'on a appris et quand on se forme en stage. Il y a la compétence vue par la fac qui se veut compréhension en fait de... je pense la compétence, la fameuse marguerite des compétences, pour eux c'est : prendre conscience de ce qu'on a fait pour en arriver là. Et c'est très bien hein, je veux dire c'est une prise de conscience de ce qu'on a fait et de ce qu'on a du faire pour arriver à cette capacité là. Et, au final, voilà, c'est pour ça qu'il y a une compétence acquise, et naturelle aussi... on est tous différents... et il y a la compétence... c'est très bien aussi qu'on se rende compte... donc prise de conscience.

A2 : Moi je rejoins ce que dit A3 sur la prise de conscience

A3 : Je remercie A2. (rires)

I : Tout le monde a répondu à la conclusion ?

(silence)

I : Vous voulez rajouter quelque chose ?

A4 : Non. (rires)

I : Ok, donc c'est terminé, merci à vous et bonne soirée.

9.7.2 Entretien collectif n°2 : Lundi 21 août 2017 – CH de Valence

I : Quand on vous parle de marguerite des compétences, qu'est-ce que ça évoque pour vous ? Qu'est-ce que vous avez à dire dessus ?

B1 : Alors la marguerite des compétences, ma tutrice c'est le Dr X, du coup, on en entend parler mais tout le temps tout le temps en GEP. Au bout de la 4^e voir 5^e GEP j'ai à peu près compris ce que cela signifiait, mais au début franchement c'est un casse-tête. Et puis maintenant même si j'ai compris ce que c'est, cela reste un casse-tête leur truc. (rires du groupe, silence)

B1 : Nan mais la marguerite des compétences en fait c'est... t'as différentes catégories de compétences en fait pour un médecin généraliste, et cela fait une marguerite avec des grandes cercles, les uns se recoupent avec les autres et tu dois classer des compétences en fonction de ta marguerite.

(brouhaha des autres participants, incompréhension de l'explication)

B1 : En gros tous les cas que tu marques dans ton journal de stage, nous on doit les référer à une certaine catégorie de compétence, à une certaine classe tout ça et en fait ta marguerite elle doit petit à petit s'étendre. Enfin, c'est bien ça ?

I : Oui (brouhaha des autres participants, incompréhension)

B1 : Quand on te le répète, répète et répète ça va, mais enfin moi je sais que j'ai d'autres connaissances, heu amis, qui sont dans le même cas que moi et qui ne comprenaient pas le truc et le Dr X vu qu'elle est dedans et vu que c'est elle qui a mis en place la marguerite du coup elle nous l'explique clairement. Mais quand on est dans un autre groupe ils sont complètement largués quoi donc heu c'est bien en théorie mais en fait ça prend la tête (rires).

I : Est-ce que vous avez des choses à rajouter là-dessus ?

B2 : On peut la trouver où cette marguerite ?

B1 : Elle est dans le portfolio.

B2 : Ok

B1 : C'est ça hein ?

I : Oui. (silence) D'autres choses à dire sur la marguerite des compétences ?

B1 : Si je peux rajouter un truc ? Moi j'aimerais bien qu'on nous donne des exemples en fait pour chaque type de compétences de cas qu'on peut mettre dedans, parce que même des fois un cas ça peut se mettre dans 3 ou 4 compétences en fait

B4 : Il n'y en a pas dans le portfolio ?

B1 : Il y en a quelques-uns mais enfin, un cas clinique que tu peux présenter, ta marguerite des compétences, parfois, tu sais pas où placer tes trucs.

B4 : Ok d'accord.

I : Et du coup, le point de vue des autres sur cette marguerite, sur la compréhension ?

B2 : Bah nous on nous en a pas parlé du tout dans notre groupe de GEP, donc heu pour moi c'était franchement abstrait comme concept, je crois que j'ai compris avec B1.

I : C'est très tuteur dépendant ?

B1 : Ouais, je pense ouais.

B2 : Bah c'est pareil elle nous a même pas heu expliqué le portfolio en fait par exemple, elle nous l'a même pas ouvert devant nous. Elle nous a dit vous verrez c'est intuitif. Heu je suis arrivée devant le truc, c'est pas du tout intuitif ce truc.

B4 : Ca dépend de ton tuteur voilà.

B1 : Je sais pas, vous en parlez après de ça, de si c'est tuteur dépendant ?

I : Heu plus ou moins ouais... mais parlez de ce que vous voulez, peu importe, c'est vous qui apportez des idées. (silence)

B1 : Non mais parce que je sais pas hein mais, heu je pense qu'on discute tous un peu de nos GEP. Bon déjà ça nous fait chier d'aller sur Lyon pour les faire, tous ! (le groupe acquiesce) Même ... Et après on est tous plus ou moins motivés pour y aller en fonction des tuteurs que l'on a. Parce qu'il y en a qui n'animent pas du tout le truc en fait, qui laissent les étudiants se débrouiller entre eux, et ils savent pas vraiment où ils vont et ce qu'ils y font. Donc en soit ça leur plaît un peu de discuter mais ça apporte pas grand-chose parce qu'il y a pas de trame en fait dans ce qu'ils font, et ... du coup j'ai d'autres cotés. Moi ça me fait plaisir d'y aller car ma tutrice elle est active dans la discussion, elle nous oriente en fait quand on a des soucis dans certaines situations cliniques, mêmes sociales, heu... interrelationnelles, avec les autres professionnels de santé tout ça. Elle nous oriente sur des pistes elle réfléchit avec nous, elle est active en fait dans le GEP, elle n'est pas la juste « je regarde ce qui se passe et puis je compte les gens qui sont là quoi ». Donc heu c'est intéressant car il y a une vraie discussion avec quelqu'un qui a de l'expérience, et là, il y a un échange entre étudiants et avec un professionnel de santé qui a une activité depuis un moment et qui du coup heu fait un retour sur ce que nous on fait.

I : Ok, ok.

B1 : Et je pense que c'est pas la plupart des GEP ...

B4 : Tu as l'autre extrême aussi, enfin il y a des gens qui disent que tu as un tuteur qui parle pendant 3 h.

B1 : Et voilà et donc heu...

B4 : Enfin ça va dans les deux sens.

B1 : Et du coup tu as voilà, celui-là, qui ne laisse pas la place à la discussion et qui monopolise les 3h.

B4 : Ouais, c'est too much hein (rires du groupe)

B1 : Oui aussi

I : Sur la marguerite est ce que vous voulez rajouter des choses ?

B3 : Sur la marguerite en gros c'est ça, on a besoin de plusieurs compétences pour

être médecin du coup tu peux pas..., je pense que dans un cas tu peux pas le résoudre sans compétences. Effectivement t'en a plusieurs qui se réunissent et au final ton succès ca dépend de tout ceux-là. Et puis malgré tout [inaudible]. Je sais pas c'était plutôt ça le [inaudible]

I : Et comment vous comprenez du coup ce schéma ?

B1 : Polyvalent

B2 : (acquiesce) [inaudible]

I : Vous comprenez pourquoi il y en a qui est, enfin les unes différentes par rapport aux autres, y en a qui sont sur le même plan , une qui est au milieu, une qui englobe ?

B4 : On n'a pas du tout la marguerite dans la tête du coup ! [rires B4 et B5]

I : Ça marche.

B4 : Ça fait pas 4 sacs comme ça et un au centre ?

B2 : Ouais mais y'en a qui se coupent hein ? Je crois.

B4 : Au centre c'est l'approche centrée patient hein ?

I : Ouais, c'est ça

B1 : Elles sont donc toutes interconnectées, mais y'en a certaines, enfin y'a différents plans quoi. Mais oui l'approche centrée patient c'est...

B4 : C'est ce qui est au centre de tout quoi !

B1 : Ouais

I : Et du coup pour enchaîner, pour vous une compétence, qu'est-ce que c'est ? Comment vous la définiriez ? Comment vous la comprenez en tout cas ?

B1 : Savoir-faire, savoir être ...

B4 : Par contre moi je n'ai pas compris les différents niveaux : internes, 1 2 3 niveaux je-sais-pas-quoi.

I : Les niveaux d'acquisition ?

B4 : Ouais, enfin y'a des trucs t'a l'impression tu fais déjà du niveau 3 ! (rires)

B1 : Ah ouais ?

B4 : Ouais enfin, je sais pas, j'ai lu un petit peu... Enfin j'avais commencé un petit peu au début quand on me l'a donné, genre en 3 minutes, j'ai lu 2000 trucs. Et là à la fin du premier semestre j'ai revu un peu notre tuteur, il nous disait « Bon il va falloir commencer dans vos techniques à les réintégrer dans cette marguerites ». Donc bon j'ai un peu relu ces compétences et justement ils demandent d'utiliser, « tiens c'est marrant c'est exactement ce que je fais ! ». Du coup je me suis rendue compte que j'étais « l'interne de niveau 1 ». Du coup j'ai plus qu'à progresser et je me suis dit que même si d'un côté on ne sait pas comment on va passer au niveau 2, parce que c'est pas du tout instinctif, et on ne sait pas comment on va progresser, on espère que la formation va nous aider. Mais bon du coup je suis niveau 1...

B2 : Juste c'est quoi ces niveaux? Est-ce que c'est dans le portfolio?

B4 : Oui c'est dans le portfolio.

B2 : Ok

B5 : Non mais en vrai je pense que la base du problème c'est que, enfin on nous a jamais... Enfin moi on m'a vendu un truc comme quoi, moi, on allait nous faire une formation : les plus vieux semestres allaient nous donner une formation et nous dire comment remplir le portfolio machin, et on l'a jamais eu. Du coup ça fait déjà neuf mois et moi j'ai rempli des trucs dans mon portfolio et je sais même pas si pfiou...

I : Tu n'as probablement pas eu du coup le tutorat junior en avant-première...

B4 : Oui on l'a pas eu, peut-être qu'on l'aura mais on sera déjà vieux semestre, ce sera moi le tuteur, enfin moi je sais pas on m'a jamais dit ce que je devais mettre dedans.

En fait c'est pas clair.

B2 : Ben moi à la première GEP, on avait des années sup avec nous, et bah c'est à eux qu'on a demandé du coup le portfolio comment il faut le remplir. Et ils disent « ah bah moi j'ai jamais compris du coup j'invente des cas maintenant », D'accord, bon... (rires et « hummm » dubitatifs des participants)

I : Donc au final ça peut être contreproductif aussi parce que ... Ce qui pose problème du coup c'est la compréhension pour vous ?

B5, B4, B2 : Ouais.

I : Et du coup sur la définition de compréhension de la notion de compétence vous êtes tous d'accord pour parler de savoir-faire de savoir être ...

B2, B4, B5, B1 : Oui

I : Ok, ensuite, est ce qu'il y a des compétences spécifiques qui vous paraissent importantes en médecine générale ?

B1 : Heu j'ai pas envie qu'on me lance la pierre mais je pense qu'à un moment en fait il faut savoir « lâcher l'affaire » ! (rire du groupe) Dit comme cela c'est un peu brut mais heu, quand tu es tout seul dans ton cabinet il faut savoir passer la main en fait et je pense que c'est le plus important : savoir ce qui est fait pour toi, ce que tu peux gérer tout seul, et là où il faut que tu envoies aux spécialistes, aux urgences, à l'hôpital ou quelque chose.

I : Tu veux dire connaître ses limites pour mieux orienter ?

B1 : oui c'est ça. Et en fonction des gens tu vas plus savoir gérer certaines urgences que d'autres, certaines pathologies que d'autres. Et oui savoir laisser la main.

I : OK

B2 : L'écoute.

B4 : Ça c'est le seul truc qu'on nous apprend je trouve. Justement c'est tous les cours qu'on a en DES. En tout cas pour l'instant ce qu'on a eu en tout cas, c'était très axé

sur le psycho-social on va dire. Et moi j'ai l'impression de pas encore me sentir à l'aise sur le médical, enfin le biomédical en médecine.

B1 : En fait on en a eu zéro...

B4 : Bah si t'a 6 ans derrière toi d'études médicales quand même.

B1 : Oui, ok. Mais heu appliqués à l'internat et tout ça on a eu zéro formation médicale scientifique pure et dure, on a eu que du social.

B4 : Je trouve ça assez bizarre en fait.

I : Ça on aura l'occasion d'en reparler après.

B4 : Ok.

I : Du coup d'autres compétences qui vous viennent, spécifiques ?

B1 : Bah il y a le côté biomédical je pense hein.

I : Oui ? Donc tout le côté biomédical ?

B5 : Ouais, enfin moi je trouve les GEP on devrait plutôt faire heu... Enfin moi heu ma tutrice de GEP ... Enfin les GEP ça m'apporte pas grand-chose. Mais du coup je me disais à la place on pourrait avoir des petits topos soit fait par des MG soit fait pas des internes de plus vieux semestre pour, heu, réactualiser nos connaissances, enfin des trucs comme ça. Enfin je trouve que depuis l'externat on fait vachement d'auto-formation. Et là j'ai l'impression qu'on continue à faire de l'auto formation donc heu ...

B1 : Ben moi je verrai bien un truc partagé.

B5 : Oui partagé, où on se réunit à plusieurs internes pour faire des topos sur...

B1 : la moitié du temps un topo, et la moitié du temps où tu discutes... (A4 et A5 acquiescent, brouhaha)

B4 : Souvent au final je trouve y'a des gens qui apportent un problème et le problème il est à la fois biomédical et il est à la fois social. Enfin, on peut se poser

différentes questions.

B5 : Ouais mais moi je trouve pas ça...

B1 : Ben écoute moi une fois en GEP y'avait un 5^e semestre il a fait tu vois un topo, enfin un topo sur une maladie tropicale qu'il avait jamais vu machin et du coup ...

I : Du coup les topos ils peuvent contribuer au cas.

B4 : Ouais mais encore une fois c'est tuteur dépendant. Moi elle veut vraiment que ce soit de la MG pure et je ne sais pas si c'est comme ça partout, mais moi elle nous donne des pistes des articles, à chaque fois pour glaner des infos à droite à gauche, c'est pas très carré et puis on n'a vraiment pas de trace de GEP. Il n'y a pas un carnet qui réécrit tout, même moi des fois j'oublie d'envoyer ma GEP à tout le groupe, donc des fois il n'y a pas de trace de GEP.

**I : Ok. Comment se construisent les compétences en MG d'après vous ?
Comment devient-on compétent ?**

B4 : Tout seul. (rires)

I : Tout seul ?

B1 : Non, il y a un peu de compagnonnage quand même...

B4 : Avec les co-internes...

B1 : Par l'expérience.

B2 : Par la pratique, ouais la pratique.

I : Donc par la pratique en premier lieu ?

B4 : Ben ouais vu qu'on n'a pas de formation théorique...

B1 : Non mais c'est vrai.

B3 : [inaudible] La même chose je pense.

B1 : Mais après, il y a un problème auquel tu es confronté, tu t'auto-formes tout seul, et ensuite, et la prochaine fois que tu es confronté à ce problème, bah tu sais ce qu'il faut faire.

B4 : Bah p..., (brouhaha) (rires) tu te dis ces antibios là...

B1 : Bon la dernière fois ça s'est bien passé donc... (rires du groupe). Non, c'est la répétition et la pratique (silence).

I : Ok

B4 : Est-ce que vous voulez qu'on apporte une autre réponse ? Est-ce que vous pouvez répéter la question ? (rires)

I : C'est heu, pas de souci... Ce que vous apportez au groupe qui est important. Rien d'autre à dire sur la construction des compétences ? Donc heu pas mal la pratique ?

B1 : Non mais si, il y a du compagnonnage, de la part des seniors de temps en temps.

B2 : Oui de temps en temps, hein ! (brouhaha rires)

B1 : Du coup moi il y a un truc que j'aime particulièrement avec les DECT c'est que quand on a un souci et qu'on n'ose pas poser la question au chef parce que c'est vraiment très stupide, t'a toujours l'interne concerné en journée du moins que tu peux appeler, en journée du moins, en lui disant « je sais que t'a une certaine compétence ou du moins une certaine expertise dans un certain domaine, est ce que tu peux m'aider s'il te plaît ? » Donc c'est ça on s'entraide aussi. Et d'ailleurs c'est des fois plus facile d'avoir quelque chose en passant par l'interne qu'en passant par le chef.

I : Et donc vous trouvez que les chefs ils sont pas assez présents heu, pas assez investis ?

B1 : Ça dépend, ça dépend.

B4 : Nous on peut pas dire ça, hein, franchement nous on a un numéro, tu as le

chef de garde tout le temps au bout du fil, enfin n'importe quel pédiatre. Tu poses ta question, tu présentes ton cas, il n'y a aucun souci.

B3 : [inaudible]

B4 : Non franchement là... Mais c'est vrai que quand j'étais aux urgences, j'utilisais beaucoup le réseau des internes...

B1 : Non mais moi enfin ça a toujours été le cas, les chefs ils ont toujours été là pour répondre à nos questions. Mais des fois y'a des trucs tu préfères gérer tout seul, et tu préfères appeler quelqu'un, tu vois, pour récupérer l'information. Enfin pas toi-même, mais par quelqu'un, plutôt que d'aller voir ton chef et d'être en mode « Hé, hé, dis-moi s'il te plaît, s'il te plaît ». (rires) Non mais c'est aussi se débrouiller un peu aussi tout seul, tu fais fonctionner ton mini réseau à toi. Un peu comme quand t'es médecin généraliste en fait, où t'appelles, heu, tes collègues spécialistes quand t'as une question particulière à laquelle t'arrives pas à répondre toute seule.

I : Ok. Est-ce que vous auriez d'autres choses à dire sur les compétences ?
(silence et rires gênés)

B3 : La formation universitaire.

B4 : Non mais y'a pas de formation universitaire, à part ce que t'as fait pendant l'externat et encore...

B1 : Mais en fait on est trop scolaire, on bosse pour l'ECN, on ne bosse pas pour bosser à l'hôpital !

I : Donc au 2^e cycle ?

B1 : Mais c'est ça, parce qu'en fait ils partent du principe qu'on a acquis tout un tas de connaissances, et pas de compétences justement. Et les compétences en fait moi, pour moi, c'est réintégrer des connaissances dans une situation concrète, et c'est ça le lien qu'on n'a pas en fait ! Et, heu, je peux ressortir des cours par cœur, il n'y a pas de souci, mais, heu, par contre quand je suis face à une pyélo je me dis « mais p... qu'est-ce que je fais ? » quoi. Moi la première fois... bon ça va un peu mieux mais, la première fois je me

suis retrouvée comme une poule devant un œuf « mais qu'est-ce que je fais » ? Alors que si je m'étais dite « telle page de tel bouquin et de tel truc », j'aurais ressorti le truc. Mais quand t'est face à un vrai patient, tu le sens pas pareil quoi, enfin t'arrives pas à le ressortir. T'arrives pas à le restituer.

B4 : Mais tu sais aller chercher l'information quand même !

B1 : Par contre oui !

B4 : Bah c'est important.

B5 : Non mais c'est peut être cette compétence là qu'on n'arrive pas à restituer: de passer d'externe à interne.

B2 : De restituer ?

B5 : De réintégrer tes cours, enfin ce que disait B1.

I : C'est de passer de connaissances à compétences justement ? Avec cette mise en application ?

B5, B2 : oui !

B5 : Parce qu'il y a pleins de trucs qu'on apprend à l'ECN qui servent à rien, et après on est démunis face à des trucs tout bêtes.

B1 : Un cor au pied !

B5 : Ouais mais franchement voilà c'est ça ! Un ongle incarné, qu'est-ce que tu fais ?

B1 : Ben en MG c'est ce qu'on verra le plus souvent, et c'est ce genre de trucs qu'on ne sait pas faire. Et d'un chef à un autre c'est totalement différent ce qu'on nous apprend.

B4 : Parce que t'atteints les limites de la médecine en fait, parce que ça intéresse personne de savoir comment est-ce que tu prends en charge ça.

B1 : Ouais mais c'est ce qui fais chier les gens, et c'est ce à quoi tu vas être confronté en fait le plus souvent, parce que, enfin le choc septique, toi tu le verras pas en cabinet, hein, ou alors...

I : Ça c'est intéressant ce que vous me dites, on aura l'occasion d'en reparler. (rires) Et juste avant d'aborder le côté concret, par rapport à, heu, un petit peu le cadre théorique, est-ce que pour vous, l'approche par compétences, ça vous parle ? Qu'est-ce que vous savez de cette approche par compétences ?

B4 : Je pense que finalement il faut qu'on s'approprie ce portfolio, et puis heu cette approche par compétence pour, heu, les situations. Enfin devant une situation savoir se débrouiller, et savoir à quelles compétences on fait appel pour gérer cette situation. Je me suis embrouillée toute seule.

B1 : Après je pense que ce n'est pas qu'une question de nous, nous l'approprier, mais aussi c'est aux enseignants à se l'approprier eux aussi. Et heu, en fait, parce que, en fait, on en parle à n'importe quel chef hors CHU, la marguerite des compétences, je ne suis pas sûre qu'il y en ait beaucoup qui la connaissent. Et quand on veut discuter d'un cas et qu'on veut, heu enfin essayer de réfléchir par approche de compétences, en fait y'a pas grand monde qui peut nous aider parce qu'ils connaissent pas en fait. Pas parce qu'ils ont pas envie de nous aider, mais parce qu'ils la connaissent pas eux aussi.

I : Tu parles des seniors à l'hôpital ?

B1 : Ouais

I : Et tu penses qu'en périphérie ils savent moins qu'au CHU ?

B1 : (Brouhaha) Notre formation, déjà, les GEP c'est abstrait pour certains, heu comme truc, alors heu si tu rentres dans le détail du Portfolio, de la marguerite, des trucs, alors là tu les perds !

I : Les seniors ils ne sont pas assez finalement au courant de... ?

B5 : Ah mais ça c'est normal on est formés par des spécialistes alors qu'on va faire de la médecine générale. Bah du coup, ça marche pas quoi ...

B1 : Non mais tout ce qu'ils voient eux, c'est qu'ils ont des internes en fait... (rires). Bah non, ils ont envie de nous apprendre des choses aussi, mais heu, enfin je veux dire dans notre formation sur Lyon avec le Portfolio et tout ils ne sont pas au courant, c'est pas leur heu... Enfin s'ils sont pas passés sur Lyon avant, je pense que heu, ils sont pas au courant ! Et du coup on peut pas discuter de ce genre de choses, donc du coup tu dois te débrouiller tout seul et heu c'est pas facile... Déjà quand t'a du mal toi-même à comprendre ce que c'est (le groupe acquiesce), et heu quand t'en discute avec tes chefs ou quoi, enfin tes seniors qui sont pas, heu sur le CHU, et qui sont pas au courant, il y a un blocage quoi, tu peux pas le nier. (le groupe acquiesce) Il faut qu'on t'explique, parce que c'est pas inné non plus de....

I : Ok.

B5 : Par contre on dévie de la question non ?

I : Non c'est ça, c'est heu, oui enfin. (rire) Pour vous c'est quoi l'approche par compétences ? Oui voilà, donc ce que vous disiez c'est que les chefs ne maîtrisent pas l'approche par compétences ?

B1 : On le maîtrise pas nous...

B2 : Bah si.

B4 : Bah non moi déjà je trouve qu'ils pratiquent pas la même approche que nous, parce que, nous, je trouve qu'en médecine générale... Enfin je suis désolée mais quand t'es aux urgences, aller bilanter tous les patients avant même de les avoir vus, heu t'es très très loin de l'approche centrée patient quoi. Non mais c'est vrai, et donc du coup eux ils ont pas cette approche, et donc du coup toi ben ils t'apprennent pas celle que tu es censé avoir en médecine générale parce que c'est pas celle qu'ils ont.

B1 : Oui

B4 : Enfin moi j'ai trouvé ça intéressant d'avoir pour ça heu un cours, ou un atelier. Enfin désolée, je sais pas comment ça s'appelait. Enfin à Lyon là y'a quelqu'un qui disait qu'il fallait poser des questions ouvertes. Voilà là on est aux urgences quoi ! Enfin moi j'étais aux urgences... (Brouhaha) Du coup, heu on nous a dit « Voilà il faut

avoir des questions ouvertes ». Du coup, heu moi j'ai essayé d'appliquer ça. Et je me suis retrouvée avec ma chef qui me dit : « Et la fièvre là elle est quoi ? ». Enfin je sais plus exactement ce qu'elle a dit : « il a perdu combien de grammes ? » ou bien je sais pas trop. En fait des questions hyper fermées, hyper claires, et toi tu te dis « Ben j'ai pas la réponse à toutes ces questions, quoi ». C'est des questions de base et j'ai pas su y répondre quoi. Et du coup voilà t'es aux urgences quoi, et t'as un espèce de protocole où vraiment que des trucs qui sont « oui-non-oui-non » tu vois. Exactement tout l'inverse quoi, du coup tu te dis ben c'est bien on a appris une théorie étudiante qui était censée être mise en pratique, enfin dans notre formation on est censé mettre en pratique ce qu'on nous enseigne. Désolée mais tu peux pas là ! T'est à l'hôpital là, tu peux pas, avec un système qui est pas fait comme ça là...

B5 : Oui, mais parce qu'on passe 3 ans à l'hôpital hein, enfin deux ans et demi, alors qu'on va faire du cabinet à côté.

B4 : Oui !

B5 : Et personne s'est dit que c'était bizarre...

I : Donc il y a un problème qui est lié, heu, à la maquette ?

B5 : Ben oui, on a déjà passé 6 ans à l'hôpital, enfin 4 ans d'externat, heu on sait comment ça fonctionne. Et on n'est pas du tout formés pour être des médecins généralistes. Enfin moi je suis en stage, je fais des échos endovaginales, ben pff, ben je vais jamais en refaire dans le cabinet. Sauf si je fais le DU de gynéco, mais je pense pas.

I : Et du coup pour vous, est ce que vous pourriez définir la personne idéale qui maîtriserait l'approche par compétence ? Enfin, heu, concrètement ?

B4 : Nos tuteurs.

I : Vos tuteur, heu, ils maîtrisent bien l'approche par compétence ? (brouhaha plusieurs personnes répondent, inaudible)

B1 : Ben ce serait eux les mieux placés pour nous expliquer et pour nous le présenter en fait.

B2 : Ouais.

B4 : Oui, je pense que c'est ce que, eux ils essaient de faire en fait, enfin heu j'ai le sentiment.

I : Et quelles compétences du coup ils maîtriseraient ?

Groupe : Hummm (grand silence)

I : Bon.

B1 : Bon, c'est aussi... je saisis pas le heu...

I: C'est pas grave.

B3 : Tu avais parlée de l'approche « fondamentaliste » avec l'approche centrée patient, et là tu parles d'approche centrée sur les compétences. Donc là je pense que, effectivement c'est normal, à chaque fois que tu passes dans un service, il est hyper spécialisé, donc là c'est plutôt une approche centrée sur les compétences. Parce que heu, si tu passes en pédiatrie, tu vas être trop centrée sur les compétences de pédiatrie, je pense que eux ils font pareil en gynéco (regards vers les internes en stage de gynéco dans le focus group). Je pense justement donc qu'il faut avoir une approche sur la compétences de leur spécialité, mais il vont pas avoir une approche centrée sur le patient, enfin heu...

I : Donc en fait vous opposez un peu l'approche par compétence et l'approche centrée patient ?

B3 : Quand tu fais des stages hyperspécialisés, les chefs sont plutôt sur une approche centrée sur les compétences et pas sur une approche centrée patient. Alors que toi en cabinet tu as plus de temps, tu vas pouvoir avoir une approche plus centrée patient que une approche centrée sur les compétences. C'est à dire que tu vas peut être pas avoir la réponse à toutes les questions, de toutes les maladies que heu tu connais pas, mais toi as une personne que tu verras plusieurs fois. Moi je pense que l'approche centrée compétences tu l'as à l'hôpital (le groupe acquiesce, avec des « oui », « humm » prononcés en même temps que le discours de B3). C'est pas simple, une maladie heu, moi aux urgences je peux pas poser des questions ouvertes. Juste nan, je dois poser des

questions fermées « Est-ce que c'est urgent ? Est-ce que c'est pas urgent ? », moi j'appelle ça une approche centrée par compétences et pas centrée patient.

I : Est-ce que vous la percevez différemment l'approche par compétences ?

B1 : Alors moi je pense que j'ai un problème de définition de la compétence, de ce problème de compétence... J'ai du mal parce que heu, je pense pas que ce soit différent, je pense que les deux elles sont liées en fait. Tu peux pas avoir une approche centrée patient, si t'as pas de compétences derrière en fait. T'as la compétence de l'écoute, t'a la compétence médicale en fait, donc donner une réponse à ton patient en fonction de ce qu'il te demande. Donc t'as des compétences différentes à l'hôpital de quand t'es en cabinet. Enfin, je pense qu'il faut que tu mobilises des compétences différentes entre les deux, je pense.

B5 : Je pense que c'est plutôt le côté global que... Je pense que quand on est à l'hôpital on développe une compétence, on n'est pas centrée sur le patient. Donc heu je suis en stage gynéco encore, et heu je fais l'examen que gynéco, je vais pas lui demander comment ça va dans sa vie et comment heu...

B1 : Je peux te donner un contre-exemple? Quand t'es en gériatrie !

B5 : Oui en gériatrie...

B1 : T'es à l'hôpital mais tu prends ton patient dans sa globalité, c'est pareil, c'est des compétences que tu mets en...

B5 : Oui, dans ce cas-là, mais enfin quand même, quand t'est dans un service de gastro quoi, tu fais de la gastro ! Enfin heu...

B1 : Oui, mais tu peux placer des gens aussi en fonction d'un contexte social. En ortho quand t'opères une mamie tu vas pas avoir la même prise en charge que quand t'opères un jeune !

B5 : Oui mais...

B1 : T'auras derrière... Enfin faut que tu te poses d'autres problématiques, et t'a d'autres compétences qui rentrent en jeu aussi ! Enfin je pense que ta limite entre les

deux, enfin que faudrait pas opposer les deux.

B4 : Oui mais enfin le chef heu, enfin ton senior, ce qu'il va vouloir t'enseigner dans sa spécialité ça va être heu : « devant telle pathologie, faites telle prise en charge ». Une personne lambda devant telle pathologie tu fais telle prise en charge. Et après évidemment, comme tout ben voilà, on est obligé de prendre en compte la patient un jour ou l'autre, mais on va pas centrer notre approche dessus, pour être honnête on va pas le prendre en compte. Mais, heu, je pense que ce qui est bien c'est que à l'hôpital le senior lui, il voit son intérêt, enfin il voit l'intérêt dans le fait de heu t'enseigner à toi que le bon traitement de cette pathologie c'est ça.

B5 : C'est ça.

B1 : Contre-exemple (brouhaha, rires) en gynéco Mme X, Valérienne (réseau de suivi périnatalité) !

B4 et B5: ah oui Valérienne.

B1 : Bah ouais, mais c'est un bon exemple, elle t'apprend pas vraiment la gynéco avec Valérienne. Elle t'apprend à prendre en charge ta patiente dans la globalité avec un réseau ville-hôpital, et du coup c'est des compétences ici qui sont heu ... étendues. Tu peux pas dire que t'est cloîtrée à la gynéco là, t'a la prise en charge sociale et tout derrière.

I : Est-ce que vous faites la distinction entre compétence, capacité et habilités ? (brouhaha)

B1 : Ah mais c'est chiant ça, c'est le level du dessus ça ! (rires du groupe) C'est le level fin de cursus ça !

I : Non mais le problème que vous mettez en évidence c'est que, heu, y'a un problème de définition de tout ça.

B4, B5, B1, B3 : Ouais.

I : Et que ce serait beaucoup plus clair pour vous si c'était mieux défini.

B4 : En fait c'est surtout, heu enfin, à quoi ça sert d'aller mettre des mots

compliqués sur heu..

B5 : Ah ouais mais vraiment je pense que c'est de la masturbation intellectuelle là !

B1 : J'adore cette expression ! (rires, brouhaha)

B5 : Non mais vraiment, pour moi la marguerite des compétences c'est tout à fait ça, ils ont fait tout un truc complètement abstrait et que personne ne comprend sauf eux. Et moi heu ça me permet pas d'avancer. Enfin je comprends pas où il faut que j'aille, et heu qu'est-ce qu'il faut que je fasse pour être un bon médecin, enfin voilà.

I : Mais le problème c'est que, ouais... trop abstrait et puis ?

B5 : Ah oui, moi je comprends pas ouais, je comprends pas. Je suis peut-être un peu limitée mais...

B1 : Nan, mais ce serait clairement mieux d'avoir des grilles que tu coches plutôt que heu la marguerite. Puis c'est comme quand on nous parle de heu handicap-incapacité-et machin là, le truc de handicap réadaptation et tout ça. T'es là tu passes une semaine à essayer de comprendre cette p... de définition pour ensuite l'apprendre par cœur et ne pas la comprendre et cocher la bonne case à l'ECN, voilà c'est pareil. Et bien c'est exactement la même, c'est heu des petits cubes, c'est même chose avec ces trois machins là, c'est des p' tits cubes en fait, des poupées russes, et heu et c'est chiant.

I : Du coup pour rebondir là-dessus, comment l'approche par compétence, ou du moins les méthodes du DMG elles impactent vos propres compétences de futurs généralistes ?

B4 : Spontanément comme ça là on a envie de dire « en rien ». (brouhaha)

B1 : « L'approche par compétences » tu veux dire ?

I : Oui.

B1 : Bah du coup comme heu on la comprend pas (brouhaha, le groupe acquiesce)... Vu qu'on la comprend pas on fait notre truc comme on peut en fait. Donc

heu, et c'est ce qu'on disait en fait : on s'auto-forme, on fait des trucs nous et ensuite on se dit « Est-ce que ça colle dans les cases qu'ils veulent nous faire coller ? ». Mais en soi on se base pas là-dessus en fait, on se forme et ensuite on remplit les cases. Je pense que c'est plus dans ce sens-là, enfin vous m'arrêtez si je me trompe (le groupe acquiesce). Mais c'est ça je me dis « Tel truc je peux le caler là » mais je réfléchis pas dans le sens inverse.

I : Vous avez l'impression en fait de perdre de l'énergie à vous conformer en fait au modèle ?

B1 : Ah ouais, mais carrément ! Rien que comprendre en fait!

B2 : Bah en fait je me rends compte que j'essaie même pas de comprendre, parce que je me dis « Tout le monde est à la ramasse, c'est pas grave, peut être qu'un jour je comprendrais ».

B4 : Le truc c'est que finalement, je pense que quand on est en deuxième année, on doit un petit peu relire, et tu comprends un peu. En troisième année, ben tu comprends mieux encore ce qu'on a voulu te dire depuis deux ans. Peut être juste en fait qu'à force de l'avoir lu dix fois tu finis par comprendre.

B2 : Bah c'est sûr que ce soir je vais peut-être relire la marguerite et la comprendre mieux. (sourires, brouhaha)

B1 : En plus cette marguerite elle est à la page 80 de je sais pas où là, elle est pas super facilement trouvable en plus je crois.

B2 : Parce qu'il y a un dossier de 80 pages ?

B1 : Bah oui !! (rires du groupe)

B5 : C'est rassurant...

B4 : Peut-être aussi il y a un moment où on a envie de tout notre travail soit mâché en fait. Par exemple on a mis un outil à ta disposition, le portfolio, et ben heu...

B1 : Si je peux me permettre, tu fais 80 heures par semaine, t'a pas envie de te

caler sur ton ordinateur et de lire 80 pages. Enfin t'a pas envie, enfin non, et personne le fait en dehors de nous.

I : Mais du coup B3, toi qui est en 4^e semestre, est-ce que tu vois plus avec le temps toi ? Enfin est-ce que tu comprends mieux ?

B3 : Enfin, je suis 4^e semestre, mais c'est mon premier semestre à Lyon donc heu...

I : Ah oui donc heu tu es à égalité en fait avec les autres.

B3 : Après heu, j'ai déjà fait un an de MG à [tel endroit], et en gros c'était la même chose sauf que c'était pas dit tellement pareil. Donc pour moi c'était plus simple parce que j'avais pas la notion de marguerite des compétences. Mais pareil, il fallait coller des choses. Enfin il fallait savoir-faire, dans un second temps intégrer tes habilités, et puis tu devais faire des compétences, parce que compétences ça fait plutôt hum comment [inaudible]. En fait c'était la même chose, sauf que c'était pas du tout dit pareil.

I : C'est de quel endroit d'où tu viens ?

B3 : [Tel endroit].

I : A [tel endroit], ah ok. Donc c'était finalement présenté d'une autre manière.

B3 : Bah c'était la même chose, mais [inaudible, explique que le fond est identique mais la forme diffère, elle semble moins conceptuelle, plus concrète]

I : D'accord. (brouhaha, rires)

B3 : Donc pour le moment je ne peux pas en dire plus, parce qu'on est au milieu de l'année et que...

I : Est-ce que vous vouliez rebondir là-dessus ? Ou passer à la prochaine question ? (grand silence)

Donc la prochaine question : qu'est-ce que le DES pourrait vous apporter d'autre que des compétences ?

B4 : Des amis ?

I : Des choses concrètes ?

B1 : Moi je pensais plus de l'assurance en fait. Dans la pratique, et être plus sure de moi dans ce que je fais en fait. Et justement, c'est ce qu'on disait avant, t'intègres les choses parce que avec la pratique en fait, plus t'en fais et plus t'es à l'aise avec.

I : D'accord.

B1 : Et moi heu tout mon externat ç'a été je bosse sur des bouquins et quand je serai interne je bosserai sur des choses concrètes. Et du coup je vais les faire, ça va s'intégrer et je ne vais plus les oublier.

B4 : Tu viens de [tel endroit] toi ?

B1 : Non moi je viens de [tel autre endroit] (rires du groupe)

B4 : Ah oui, parce que nous pendant notre externat on était encouragés à pratiquer quand même. Enfin je sais que la réputation de [tel endroit] c'était d'avoir des stages complètement planque ou tu allais une fois par semaine enfin pour...

B1 : Ouais mais ça c'est parce que...

B4 : Alors que je sais que nous au contraire on était en stage quoi.

B1 : Nan mais moi j'ai eu des vrai stages aussi, mais c'est pareil, quand t'es 6 semaines en stage et 6 semaines en cours, bah tes 6 semaines en cours voilà, en 6 semaines t'as pas le temps de heu.. Enfin moi je sais qu'il m'en faut un peu plus pour comprendre ce qu'il se passe et heu. Et puis c'est des journées pleines d'externes quoi, t'as pas de cours, t'as pas de gardes, enfin tu le vis pas pareil quoi. Je pense que j'ai appris plus de trucs en 3 semaines de stage d'internat de premier semestre que dans tout mon externat quoi.

B5 : Enfin c'est normal aussi...

B4 : Mais c'est parce que t'as ton bagage de 3 ans d'externat avant.

B1 : Nan mais t'as aussi des responsabilités que tu dois prendre plus au sérieux, t'as tout le côté psychologique derrière qui fait que tu te sens plus investie dans ce que tu fais. Puis tu sais aussi que tu vas rester 6 mois, que genre tu vas pas rester 1 mois et demi et puis te casser derrière, donc que tu n'en as rien à foutre.

B4 : Nan mais ça c'est pareil, c'est personnel, c'est à nous de nous sentir concerné par ce que l'on vit.

B1 : Oui mais ça m'est arrivé en stage, quand on te fais faire que des ECG, enfin non mais qu'on se le dise aussi, nous on n'était pas investis en tant qu'externes. Mais c'est compliqué pour tout le monde, pour les équipes, pour les médecins, pour les externes : t'es là que 6 semaines, t'as du mal à intégrer quelqu'un que tu sais qui, heu, il va se barrer de toute manière. Enfin c'est... il n'y a pas de bonne solution pour l'externat. Enfin pour l'internat c'est la pratique qui moi me....

I : Du coup pas mal d'assurance et puis l'investissement qu'on peut avoir en stage ?

B1 : Ouais

I : Est-ce que les autres y'a d'autres choses que, autre que des compétences, qui pourraient être apportées ?

B2 : Le réseau ?

B1 : Ouais.

B2 : Je pense que c'est important quand on sera en cabinet de savoir qu'on peut compter sur, heu, par exemple une amie qui est en gynéco, voilà quoi. Et puis même pour plus tard, quand tu es en cabinet de groupe ou bien des choses comme ça.

I : Donc réseau à la fois d'internes et à la fois des seniors ?

B1 : Il y a la notion de suivi de patient aussi, genre pendant tout l'externat on en a jamais eu parce qu'on restait pas longtemps, mais que quand tu es là 6 mois, ben certaines personnes, ben tu les revois, et tu... ben j'sais pas. Est-ce que du coup on peut avoir une petite idée de ce que c'est? Donc les gens te reconnaissent. Moi je sais que du

coup comme j'étais en gynéco avant, bah là j'ai vu aux urgences une patiente que j'avais vue en gynéco, qui m'a reconnue aux urgences, et du coup enfin... je sais pas ça crée un lien.

I : Et donc tout ça finalement ça implique quand même pas mal de rester dans le même secteur géographique ? Est-ce que parmi vous il y en a qui ont d'autres points de vue ? Qui pensent que c'est bien de bouger ?

B5 : Je pense qu'en tant que MG c'est plus facile de bouger que quand t'es spé quand même. Enfin, le réseau est important mais je pense que tu peux te le créer plus facilement en tant que MG qu'en tant que spé. Enfin déjà, rien que pour avoir... enfin nous on peut s'installer vraiment de partout ... Si je veux aller dans la Creuse, tout le monde va m'accueillir.

B4 : Bah oui et non parce que... je pense que ... par exemple, tu vois là, à [tel endroit], je suis aux urgences pédiatriques, je sais qu'à une semaine on reconvoque les enfants en soins programmés, machin... enfin je connais le système parce que j'ai été dans l'hôpital. Tu vois si un jour je décide d'aller m'installer dans la Creuse, et ben, heu je ne saurais pas comment ça marche à Limoges, tu vois ? Du coup, enfin heu, non je pense que tu perds en plus-value encore plus quand t'es généraliste parce que des spécialistes, il n'y en a pas beaucoup... (brouhaha)

B1 : Sans parler de spécialistes, juste pour parler des MG, c'est super intéressant de voir le fonctionnement de plusieurs cabinets (approbation du groupe) Donc ça c'est cool. Que du coup on ait 2 ou 3 maitres de stage par stage. Parce que du coup un MG multiplié par le nombre de maitres de stages que tu as, ils ont autant de pratiques différentes les uns des autres. Et après toi tu créeras ta propre pratique en fait en fonction des stages que tu as eu, des gens que tu as rencontrés, de tout ça. Et c'est important je pense de voir plusieurs choses qui se font, de pas être étrié dans une vision. Le problème c'est, on en revient à la même chose, c'est que on a un stage voire deux de prat' sur 3 ans d'études, alors que toute notre vie on va la passer en cabinet, et ça c'est triste.

I : OK, d'autres choses là-dessus ? Donc, là on arrive à la partie un petit peu pratique, plus, du questionnaire. Par rapport à la formation du DES de médecine générale, quelles attentes vous aviez, au début de votre internat vis-à-vis de la

formation ?

B1 : Formation pratique ?

I : en général... Du coup ça peut être théorique comme pratique. Peut être plutôt théorique du coup, de ce que vous avez commencé à dire...

B5 : Non et pratique aussi. Je pense que ça dépend vraiment encore une fois de la ville, encore une fois, où t'as fait l'externat et je pense qu'on ne peut pas délier les deux mais... Non, mais moi, par exemple... après ça dépend où t'as fait ton externat... moi, on ne m'a jamais par exemple... on n'a jamais vérifié comment je faisais un examen. Pendant tout mon externat, j'ai fait des trucs dont je ne suis pas sûre que ce soit vrai et ça personne ne l'a vérifié en début d'internat tu vois. Du coup, on n'est pas tous égaux, enfin voilà... Et les gens par exemple qui viennent de tel endroit, peut-être qu'ils ont fait plein de gestes alors que moi par exemple, j'ai jamais fait de ponction d'ascite, j'ai jamais fait de ponction pleurale et je me dis, arriver interne et n'avoir jamais fait ça, c'est grave et je pense qu'on devrait tous refaire une sorte de mise à niveau ou, je ne sais pas, en début d'internat on pourrait faire une sorte de stage ou sur des mannequins, ou des trucs comme ça pour être reformés. Après je suis d'accord que c'est...

B4 : Enfin nous on va être généralistes, on ne va pas faire des ponctions d'ascite.

B5 : Oui, d'un côté c'est vrai.

B2 : Non mais l'examen du genou par exemple... (rires)

B1 : De toute manière, tu ne fais pas 1m80 et 80 kg, l'examen du genou, tu ne sais pas faire ! (rires)

I : Donc le problème ce serait de s'assurer que tous les internes aient les mêmes ... sachent faire les mêmes gestes.

B5 : Oui et qu'on ait une...

B1 : Alors en fait je pense que t'es en train de mettre en évidence un point de la formation des externes. On devrait arriver en tant qu'internes en sachant faire un examen clinique complet de A à Z mais on n'est pas égaux en fonction des facs...

B5 : Oui c'est ça...

B1 : Mais ça, ce n'est pas pendant l'internat qu'on doit le résoudre, ce serait avant en fait.

B5 : Non mais après on pourrait refaire un...

B1 : Après on pourrait faire une pré-rentree. (rires) Non mais si, ce serait pas mal...

B2 : Mais tu vois par exemple, les infirmières, je sais qu'à la fin de chaque stage, elles ont une mise en pratique professionnelle, un petit cas qu'elles doivent... tu vois.

I : Sauf erreur de ma part, ça n'existe plus ça.

B2 : Bon ba ça existait avant ! (rires) Et tu vois, que notre chef de stage il nous organise un petit truc... « Qu'est-ce que tu as retenu de ton stage ? »... Tu vois ? Je pense que...

B5 : Mais même en tant qu'internes, on n'est pas trop... Enfin moi j'étais aux urgences à [tel endroit], on nous a évalué une fois à mi semestre et une fois en fin de semestre. Enfin, on ne m'a même pas évaluée. On m'a dit « Qu'est-ce que tu as pensé du stage ? ».

B1 : Après, tu n'es pas non plus toute seule durant tout le stage. On a 6 mois à faire donc faire une évaluation sur un jour comme ça... oui c'est sûr. Tu ne peux pas dire que sur 6 mois...

B4 : Ca dépend de ton stage. Moi aussi j'étais aux urgences, à tel endroit, et tu vois le chef de service, tout seul dans son bureau avec la petite feuille avec des cases et il te dit :

- « Assiduité... T'étais là ? »
- « Heu, ba oui. »
- « Ok, je te mets A » (rires)
- « Tu as appris des choses ? »
- « Oui, je pense. »
- « Bon ba je te mets A »

Non, mais c'était vraiment ça mon évaluation ! Ça a duré 3 minutes en tout et pour tout et à la fin il m'a quand même dit :

- « Tu as des remarques à faire ? »
- « Ba non, pas spécialement. »

- « Merci, au revoir. »

Et je n'ai jamais bossé avec lui ! Mais je pourrais avoir fait des grosses erreurs diagnostiques et il ne le saurait pas.

I : Pour résumer, ce que vous attendez un peu, c'est d'avoir plus de retours sur votre pratique, et pas forcément juste en fin de semestre?

B1 : Oui, vu notre formation... On passe les ¾ de notre formation à l'hôpital et on nous demande des choses qu'on n'est pas formés à faire de base. Non mais c'est ça, on nous demande de faire des ponctions lombaires, des ponctions d'ascite et quand tu fais certains stages, d'intuber, de machin, de truc... Oui mais moi, j'aurais ma petite valisette de médecin généraliste et si j'ai un problème, j'appelle le SAMU ! Qu'on se le dise, au max, j'ai mon ECG les gars !

B4 : Oui c'est vrai. Du coup, tu ne développes pas un intérêt pour apprendre... enfin moi j'ai envie d'apprendre plein de choses, je pense comme tout le monde mais je ne vais pas m'entraîner à faire des bilans, à faire je ne sais pas... et parce que ça ne me servira pas et ce n'est pas ce qui me passionne. Du coup, ça ne m'intéresse pas spécialement. J'ai appris à le faire, je sais faire une fois et ba c'est bon, je ne vais pas m'entraîner en me disant peut être que... Enfin faire des PL ou des ponctions d'ascite, personnellement, ça ne m'attire pas spécialement donc je ne vais pas me former à faire ça, non mais c'est vrai.

(Silence)

I : Est-ce que vous avez d'autres attentes ?

B1 : Sur notre formation ? Tu es sûr que tu veux poser cette question ? (rires)

B4 : Je pensais qu'on aurait des cours de médecine, de biomédical.

B1 : Oui, des trucs d'application pure et dure. Typiquement, enfin je ne sais pas vous mais les prescriptions de pansement... J'y pense parce que je suis tout le temps en galère... Pour quel type de plaie ? Enfin, tu es là, tu tapes quelque chose et là, tu en a 50 pages minimum qui s'ouvrent devant toi et tu te dis : je veux bien chercher l'information, mais là je suis perdue. Donc après tu vas voir les infirmières, elles n'ont pas forcément fait la formation « pansement » ... Après tu vas voir machin, tu appelles truc. Tu demandes à un chef, c'est tel type de truc, tu demandes à un autre chef, c'est tel type de

truc... Non mais, un truc clair ! Et c'est un exemple parmi tant d'autres. Tel type de plaie, tel type de machin... Pourquoi ? Comment ? Tu ne sais jamais ! Et ça, mais on en aura à la pelle, quand on sera en cabinet. Et je disais cor au pied aussi tout à l'heure mais c'est des petits trucs de MG... et, en fait, quand tu es à l'hôpital, on le voit jamais et dont tout le monde se fout, mais la majorité des consultations de med gé, ce sont des gens qui sont inquiets, qui ne savent pas quoi faire et les gens ils ne font pas des OAP donc...

I : Oui donc ce que tu pointes et ce que vous avez pointé tout à l'heure, c'est qu'il y a des connaissances de médecine générale qui sont spécifiques mais qui ne sont pas enseignées.

B1 : Ah, mais c'est une spécialité !

B5 : Oui, c'est une spécialité mais qu'on n'enseigne pas en fait.

B1 : Enfin moi le collège de médecine générale, je l'ai découvert en D4 dans un rayon de la BU, je ne savais pas qu'il existait ! (rires) Je me suis baladée dans les rayons et je me suis dit : « Ha tiens, Collège de médecine générale, ça existe... d'accord... ». Je ne l'ai pas ouvert, hein, mais il existe quand même. Il doit y avoir des trucs dedans qui répondraient peut être à certaines de nos questions mais on devrait avoir des cours de med gé quoi ! Enfin, c'est très bien que l'hôpital nous fasse des cours sur les antibiotiques, de machin, de résistance, de truc... On s'en fout ! Quand tu as une BMR, bah tu l'envoies à l'hosto, ce sont les infectios qui vont gérer. Enfin, ce n'est pas toi toute seule qui va le mettre sous Imipénème.

(Silence)

B5 : Oui, en fait tu as l'impression de ne rien savoir mais en fait...

B1 : Ba on s'éparpille en fait, on s'éparpille... Oui, alors qu'on devrait être une sorte de gare de triage. Enfin moi je le vois plutôt comme ça. Non, tu n'es pas d'accord ? (regard vers B4)

B4 : Je n'ai rien dit mais non, je ne suis pas d'accord.

B1 : Non, en fait, ce n'est pas « gare de triage » que je veux dire... Pour certaines choses en fait on est essentiels pour ne pas endiguer les urgences, les choses comme ça... mais pour tout ce qui est la surspécialité pure et dure, tu dois orienter, c'est toi qui orientes

ton patient.

B5 : Mais tu dois l'orienter avec un minimum de bilan.

B1 : Oui, après tu ne l'orientes pas aux urgences en disant : « il y a un truc qui ne va pas, bonsoir. »

B4 : Oui après tu as 75%, enfin je n'en sais rien, je dis des chiffres au hasard, de ta patientèle que tu peux traiter. Enfin, ce n'est pas non plus... tu n'es pas juste à dire : « Hôpital »/« Pas hôpital ». Il y a un moment donné, genre il y a des patients que tu prends en charge, que tu guéris toi-même. (rires)

B1 : Oui, c'est ça que je veux dire. Tous ces patients-là, les 75% dont tu parles, la majorité, on ne nous apprend pas à les traiter.

B4 : Oui, parce que ce n'est pas de la médecine hospitalière et on apprend la médecine hospitalière.

B1 : Mais on est d'accord du coup.

B4 : Oui. Très bien. (rires)

I : OK. D'autres attentes ? Ou est-ce que vous voulez continuer sur l'enseignement théorique ?

B1 : Après, je sais qu'il y en a, quand on fait le stage chez le prat. Il y a pleins de cours. Le problème c'est qu'il y en a aucune de nous qui l'a fait.

I : Et est-ce que vous avez eu des échos de ces cours ?

B1 : Non, pas forcément.

B3 : Oui, je sais qu'on a des cours « Femme/Enfant ». Je sais qu'on a quelques cours gynéco, quelques cours en pédiatrie sauf que c'est quand tu es en stage chez le prat. Et on a tous fait la gynéco ou la pédiatrie avant.

B1 : Oui, c'est vrai, j'étais déçue quand on a vu la liste de cours. Je me suis dit : « Ha ça, ça aurait été cool, ça, ça aurait été cool ». Ba non, tu peux le faire que quand tu es en stage prat.

B4 : Après c'est intéressant des fois d'avoir un peu de recul et du coup quand on

te... Enfin c'est dommage parce que t'aurais aimé l'avoir tout de suite. Non mais c'est vrai, t'a déjà réfléchi sur le truc, quand on te parle du cas, tu vois exactement ce que c'est parce que t'y a déjà été confrontée. Et c'est pas encore un truc abstrait que t'a appris comme quand tu étais externe ou on te parlait de plein de cas que tu n'as jamais vu et c'est vraiment abstrait. Alors que là, ça le devient beaucoup moins je pense...

(Silence)

I : La question d'après c'était : Qu'est-ce que vous pensez de la formation des internes de médecine générale à Lyon mais vous en avez déjà pas mal parlé. (rires) Quelqu'un voudrait rajouter des choses là-dessus ? Votre avis global sur le semestre et demi ?

B3 : En comparaison avec tel endroit, on avait quand même plus de cours. On avait une journée de tutorat et 2 GEP. Sauf que la journée c'était... chacun venait avec son cas, parlais des difficultés qu'il avait rencontrées et l'après-midi c'était des cours plus pratiques. C'était comment apprendre à faire des certificats, etc. Ça durait 3 heures, de 14h jusqu'à 17h. Ou des fois on faisait une sorte de psychothérapie. Et ça c'était trop bien.

B4 : En fait, c'est vrai que c'est surprenant, enfin, je vois quand on a fait la journée d'accueil, ils nous présentent un truc, moi je me suis dit « Whaou, la formation va être ouf ! ». Ils ont l'air trop concernés par notre formation et en fait, tu te retrouves... mais après ça vient aussi du fait qu'on est plus dispersés dans la région de Lyon... nous on était à tel endroit et tu te retrouves, en fait, tout seul, dans ta chambre d'internat... mais donc avec tes co-internes... ça va c'était pas le cauchemar... mais le lien avec la fac, il n'est plus là du tout. On a 3 GEP dans le premier semestre et en attendant, tu n'as pas du tout, du tout, du tout entendu parler de la fac, il n'y a plus rien ! Tu te dis : « Mais en fait, je fais ma vie ». Alors peut-être qu'en fait, ils nous prennent un peu plus après mais vraiment, là on a eu quelques cours... Pendant le mois de mai, je me suis dit : « Ha tiens, il se passe des trucs ». Il y a eu 2 journées, des séminaires. Donc là tu te dis : « Ah oui, si c'est vrai ! Ça y est on a des cours, tiens c'est vrai, il y a la fac ». Donc hop, je suis revenue un peu plus souvent à Lyon et après hop, tu es relâchée. Du coup, t'as pas du tout l'impression, enfin alors voilà... je ne sais pas après quand il y aura les cours, comment ce sera. Mais là vraiment... Rien ! Moi j'ai l'impression de ne pas avoir du tout de formation de la fac.

B1 : Et je ne sais pas si vous les avez fait les certificats optionnels ?

B2, B3, B4, B5 : Non...

B5 : Oui, c'est vrai, on a des cours qui sont accessibles, après, il faut juste... à nous de trouver la motivation de...

B1 : Alors moi du coup, j'en ai fait un, c'était celui sur les certificats, et c'est pareil en fait. Ils demandent de faire une GEP et c'est pareil, tu arrives avec un cas puis on discute sur les cas. Mais moi ce que je m'attendais à avoir en fait... enfin, c'était très bien, hein, parce que du coup j'ai quand même appris des choses... mais ce que je m'attendais à avoir, c'était dans quel cas, tu fais la déclaration d'accident de travail, la maladie professionnelle,... on t'explique un peu plus les tableaux en détail mais on est quand même passés vachement rapidement dessus pendant l'externat puis tu t'en fous, quoi. Tu ne vois pas l'application derrière. Alors que là, maintenant, quand tu es aux urgences, tu galères parce que tu ne sais pas quelles cases cocher, après la secrétaire du coup elle te ramène le truc, t'as fait de la m..., machin... Ça te fais perdre du temps, ça fait ch... le patient, ça fait ch... tout le monde et juste parce que tu ne sais pas faire. Et je m'attendais plus à avoir un truc théorique en fait en disant : « Bon ba dans tel cas, tu coches telle case, tu fais telle chose... tel type de certificat pour telle situation ». Alors que là, ce n'était pas ça, c'est juste : « GEP et ce que vous avez rencontrées comme difficultés ».

B4 : Oui, mais je pense aussi que moi, en tout cas, personnellement, je sais que tu me mets un truc théorique avec un mec qui fait un PowerPoint et qui nous explique quelle case il faut cocher sur un certificat, en 3 minutes chrono, je dors. Non mais sérieux, c'est vraiment inintéressant. Alors que, je pense, dans les séminaires qu'on a eu, c'était beaucoup plus participatif et du coup même si tu as envie de ne rien retenir, tu retiens les choses malgré toi parce qu'en fait, on t'a demandé de participer et ça, je trouve, c'est assez intéressant.

I : Donc là il y a deux points de vue...

B1 : Après, si tu fais aussi un truc interactif et tu fais des jeux de rôle... Nous on devait venir avec un cas et le présenter comme en GEP.

B4 : Oui, tu n'as pas besoin d'avoir couvert...

B1 : Voilà, on a parlé de certains trucs alors qu'il y a plein d'autres choses que j'aurais aimé aborder et qu'on n'a pas eu le temps d'aborder alors qu'on est restés quand même 4h quoi. Donc à un moment...

I : Donc il y a deux extrêmes avec d'un côté, les GEP où c'est nous qui apportons les choses et de l'autre côté, les cours magistraux. Comment se positionner ?

B1 : Alors je pense que les cours magistraux pour nous maintenant c'est plus le mode d'enseignement qu'on a envie d'avoir, parce qu'on a quand même de gros horaires, on n'a pas envie de nous enfermer dans un amphi tous ensemble... voilà. En petits groupes, c'est bien, hein, mais pas forcément en forme de GEP tout le temps. (rires) Non, les GEP, j'aime bien ça, mais à petites doses.

B5 : Non après il y avait telle médecin, elle disait qu'elle se réunissait avec ses co-internes et que toutes les deux semaines, ils travaillaient un topo sur... enfin, chaque interne faisait un topo sur un cas qu'il avait rencontré ou des nouvelles recos, des trucs comme ça. Voilà, et ça durait 5 minutes et ça te formait sans que ce soit une GEP, sans que ce soit un cours magistral. Mais encore une fois, c'était un petit groupe d'internes qui faisaient ça, ce n'était pas la fac qui avait dit... Enfin, c'était de l'autoformation, quoi.

I : Du coup vous avez tous à peu près... enfin, toutes le même point de vue sur les GEP ? C'est-à-dire que, il en faudrait moins ?

B2 : Non, je ne crois pas non.

B3 : Non, moi j'aime bien les deux. Des fois, on a fait des GEP avec les deuxièmes années ou troisièmes années. Ça c'est hyper cool. Et tu te rends compte, en première année, tu as des questions simples et les gens ils vivent mal l'internat la première année et le GEP c'est « pourquoi j'ai mal vécu cette situation ? », et souvent c'est du psychosocial. Après, quand tu entends les internes de deuxième ou troisième semestres, tu vois qu'ils ont plus d'expérience, qu'ils ont mieux compris les choses et des fois, ils font des petites... pas des topos, mais ils font un petit rappel sur des recos.

B1 : Et vous, vous avez déjà eu des GEP avec vos années sup ou pas ?

B4 : Oui, tout le temps, tout le temps...

B3 : Au début, ils sont tous stressés : « Moi j'ai mal vécu ce truc, je ne savais pas quoi faire ».

B5 : Oui mais ce qu'ils nous demandent aussi dans les GEP, c'est de dire : « Qu'est-ce qui t'a posé problème ? Qu'est-ce que tu as bien fait ? Qu'est-ce que tu as mal fait ? ».

B4 : Nous c'est globalement 3h de psychothérapie les GEP, de la 1^{ère} à la 3^e année ! (rires)

B3 : Non, nous ça change... Mais je pense que c'est là que tu vas arriver à évoluer. Tu vas passer du psychosocial pur aux choses qui sont plutôt : « Qu'est-ce que je fais si j'ai ce patient en cabinet ? ».

B4 : Après je pense que les GEP c'est mal vu parce qu'aussi, il faut y aller ! Franchement, quand tu es en périph, enfin, c'est-à-dire tout le temps quasiment, tu dois te taper deux heures de route pour aller à une GEP qui dure quatre heures... En plus, moi c'était toujours sur des lendemains de garde donc du coup, c'est juste... Enfin quand t'es en périph c'est vraiment compliqué !

B1 : En plus tu te fais défoncer parce que tu vas en GEP : « Non mais les gars, je suis obligé d'y aller ! ».

I : Et ce serait moins un problème avec des formations plus biomédicales ?

B1 : Alors, pour nous, je pense que ce serait cool, on le prendrait bien. Par contre, pour les stages, enfin pour l'organisation, ils ne le prendraient pas bien. Parce que déjà, des fois les GEP, c'est compliqué d'y aller, alors si en plus, on rajoute de la formation biomédicale en plus,...

B3 : Oui mais il y a tous les internes de spé qui vont en cours de DES, ils partent tous et personne ne dit rien !

B1 : Oui mais regarde, typiquement, là aux urgences, quand on est en GEP ou machin, il faut qu'on les prenne sur nos jours de repos, en fait.

B3 : Après, il y a beaucoup de jours de repos en même temps... (rires)

B4 : Enfin c'est vrai que nous on en avait...

B5 : Non, mais ce n'est pas normal...

B1 : En gros, ma dernière GEP, il fallait que je pose mon jour d'UHCD, qui est normalement le jour de rattrapage de mes horaires, que je fais en plus, pour aller à ma GEP. Alors qu'en fait, non, c'est juste que je travaille trop et que je ne devrais pas poser mon jour comme ça, quoi.

B3 : C'est une formation comme une autre la GEP...

B1 : Et je ne trouve pas ça normal. Enfin tu vois, pour le choix de stage, ils n'acceptent presque pas qu'il n'y ait personne en garde...

B5 : Oui, mais parce que l'hôpital il a oublié qu'on n'était pas indispensables... Normalement, un hôpital, c'est censé pouvoir tourner sans internes. Non mais alors ça... Je me demande comment ils feraient... (rires)

I : Du coup, vous avez dit ce que vous pensez de la formation pendant l'internat. Juste avant, une dernière question : qu'est-ce que vous pensez de la formation pendant l'externat, les 1er et 2^e cycles ?

B1 (en chuchotant) : C'est de la m... (rires)

B3 : Ba justement, c'est ce qu'on a dit avant. Il n'y a pas assez d'évaluation en fait, dans tes stages. Il y a trop de disparités, tu fais ce que tu veux... S'il y en a qui ne se pointent pas...

I : Donc c'est l'encadrement ?

B1 : Ca dépend... Ça dépend des facs, ça dépend des régions, des stages et ça dépend des personnes aussi. Si t'as envie d'apprendre, tu peux apprendre, si t'as pas envie, ba tout le monde s'en fout ! Et en fait, on arrive à l'internat, on est tous totalement inégaux. Il n'y a pas de trame commune, à part l'ECN où tu coches des cases...

B5 : Non mais par exemple, le CSCT, on devrait l'avoir à toutes les fins de stage en fait. On devrait avoir des examens où, justement, on pourrait cocher tes compétences. Par exemple, dans telle stage : « j'ai fait ça, ça c'est fait, ça c'est fait ». Et avoir un examen de fin stage pour qu'on voit que t'as appris des trucs quoi. Moi je suis sortie de stage d'ortho... je ne sais même pas faire un examen du genou quoi ! (rires) Ça craint... J'y suis allée 15 jours sur trois mois, ça n'a choqué personne.

B1 : Non puis bon, vue la quantité de stages qu'on a pendant l'externat, on devrait pouvoir potentiellement passer dans toutes les spécialités, en fait. Alors, chose qu'on ne fait pas du tout... Enfin moi je sais que j'ai pu avoir trois ou quatre stages de garde. (rires) Mais il y a plein de spécialités dans lesquelles je ne suis pas du tout passée. Genre, je n'ai jamais fait de la pneumo, je n'ai jamais fait de l'infectio... T'as 14 stages pendant l'externat, 14. Si t'avais une trame et pas forcément un choix au mérite ou un truc comme ça...

B4 : Oui, ça c'est à tel endroit...

B1 : Non mais tu vois parce que... Oui mais c'est ça, quand je te dis on est inégaux. Si tu passais dans chaque type de service et de spécialité et que tu avais un roulement, pas au classement du coup mais chaque année tu tournes et puis finalement, la boucle est bouclée à la fin. Et ben, tu passerais partout, tu verrais tout et ce serait ça le plus équitable et tout le monde serait passé en fait.

B4 : Oui après ça dépend comment chacun fait son choix de stage. On en parlait ce midi et j'avoue c'est... Enfin c'est ça, votre système de choix au mérite...

B1 : Oui mais c'est comme l'internat !

B4 : Non mais nous, notre externat, ce n'est pas comme ça. Déjà, tu n'es pas dans ton classement à être...

B1 : A [tel endroit] c'est ça.

B4 : Nous c'est par ordre alphabétique que tu choisis et ça tourne. Enfin voilà, comme quoi c'est pas obligatoire en fait.

B1 : De toute manière, tu as le choix de faire ce que tu veux. Mais si on ne te donnait pas le choix et que tu passais dans toutes les spés finalement... parce que ce serait ça l'objectif de l'externat, c'est d'avoir une formation complète et à l'internat, là tu te spécialises. Mais là, nous on est déjà spécialisés quand on est externes parce qu'on choisit ce qu'on veut faire.

B4 : Oui mais je ne sais pas... Parce que moi, je n'ai fait que des trucs... enfin, il y a vraiment beaucoup de spés... moi je n'ai fait que des stages différents et je n'ai pas... à part quand je suis en stage d'hépatologie pédiatrie ou effectivement, ça ne te sert à rien...

mais je n'ai pas vu toutes les spés et je ne suis pas sûre qu'on y arrive.

B5 : Oui mais encore une fois, à la fin de l'externat, ils nous disent qu'on est censés être des bons med gé... ben ça n'a aucun sens, c'est faux.

B4 : Qui a dit ça ? Je n'ai jamais entendu ça... (rires)

B5 : A [tel endroit], ils nous disaient : « le but de l'externat, arrivé à l'ECN, c'est d'être au minimum des med gé ».

B1 : La dépréciation des médecins généralistes !

I : Vous les voyiez les généralistes au second cycle ?

B5 : Non. Enfin si, ils font quelques cours, deux fois peut-être pendant tout l'externat.

B1 : Moi j'ai eu « l'examen du nouveau-né ». C'était un vieux médecin généraliste.

I : Et sur les côtés théoriques de la formation ?

B4 : Ba là, il y en a beaucoup, il y a beaucoup...

B5 : On apprend des trucs, ça sert tellement à rien... c'est juste pour classer, franchement ! Quand t'apprend la classification du cancer du sein... ça sert à quoi ? Tu n'as pas besoin de le savoir par cœur alors qu'il y a des fiches déjà toutes faites et que tout le monde se sert de la fiche ! Même moi, j'avais eu un cours de pneumo, le gars il nous a dit : « Je ne sais pas pourquoi on vous fait apprendre ça, même moi, je ne le connais pas par cœur ». Tu as des trucs, tu te dis : « Mais ça ne sert à rien ! ». On nous apprend des trucs, pour nous classer, c'est tout. Moi j'ai retenu des détails et je ne connais pas la physiopath' de certains trucs importants qui servent aussi. Je trouve qu'on apprend les trucs au mauvais moment. Genre l'anatomie, tu l'apprends en P2, ou même en P1... tu apprends tout par cœur et quand tu veux faire l'examen du genou, en tant qu'interne, tu ne sais même pas... enfin pas quel os... (rires) mais quel ligament passe là. Enfin, c'est une honte. Franchement, moi j'ai honte... l'anatomie je trouve, c'est super important, la physiopath' c'est la base de tout et on est nuls, on a mal appris. On a fait une maison en commençant par le toit et on n'a même pas fait les fondations...

I : Donc les choses sont décalées de la pratique ?

B5 : Oui. Donc ça ne va pas du tout... (rires)

B1 : Enfin alors, je pense, en fait... Je voudrais un peu rectifier... Enfin après, c'est pareil, je connais que sur [tel endroit] parce que je ne connais pas pour les autres facs mais je voudrais un peu rectifier le tir... Je sais que nous en deuxième et troisième année, ça bossait pas beaucoup... Alors que là, du coup, ils ont plus renforcé le système pédago. Mais c'est vrai que moi, ma deuxième et troisième année, concrètement, ça a été mollo quoi. Enfin si concrètement, je l'ai passée dans les bars quoi. Non mais en fait, en passant dans les bars, je suis passée sans rattrapages donc il y a un souci quand même... Ils n'en demandaient pas tellement.

B4 : Oui mais ça a changé depuis... Je ne pense pas qu'on ait non plus envie pendant toute notre formation d'être sous pression pour emmagasiner encore plus de connaissances.

B5 : Oui mais parce qu'on apprend trop de trucs qui ne sont pas du tout pratiques. (rires) Non mais c'est vrai.

B4 : Est-ce qu'on ne devrait pas choisir avant ?

B5 : Non, c'est trop tôt.

I : B2 et B3, est-ce que vous avez quelque chose à dire ? B3, tu avais du coup une autre formation ?

B3 : Heu, moi j'ai fait chez moi, à tel endroit, du coup, je suis passée dans toutes les spécialités, on va dire. Enfin, pas dans toutes mais en tout cas, je suis passée dans plusieurs. Sauf que le souci, c'est que je n'étais pas toute la journée là donc je n'avais pas le suivi. Je faisais trois heures dans un stage en pédiatrie, quatre jours par semaine pendant un semestre mais en trois heures, tu ne voyais pas les patients... Enfin, tu voyais des choses mais pas tu ne savais pas tout. Et après, comme on passe tous, le problème c'est qu'on était trop nombreux. On est quinze par stage et à quinze, tu ne ferais jamais de ponction lombaire donc tu ne vas jamais apprendre. Donc tu ne peux pas, tu ne fais pas de gestes. En gynéco, c'est pareil. On arrive à 15 dans les chambres, donc tu ne vas pas faire de toucher vaginal. (rires) Non mais c'est vrai, moi je n'ai jamais fait.

B5 : Non mais c'est vrai, on est trop nombreux.

B3 : Je pense qu'il n'y a pas que des inconvénients, tu ne peux pas passer dans tous les stages. Parce que moi je suis passée mais ça ne m'a pas servi à grand-chose. Je ne peux pas dire que c'était mieux chez moi. Après, j'ai fait un an d'externat chez vous. Ça dépend des stages.

I : D'après tout ça, ce n'est pas possible en fait d'avoir une formation complète sur tous les stages d'externe, vous êtes d'accord là-dessus ?

B5 : Oui. Après, on devrait avoir plus de terrains de stage en tant qu'externe. Enfin nous, à [tel endroit], on est une promo de 500 donc du coup...

B1 : Après, je sais qu'à [tel autre endroit], ils ont des terrains de stage en périph'. Alors qu'à [tel endroit] c'est que le CHU tu vois.

B4 : Nous aussi.

B1 : Alors que en soit, ça pourrait être intéressant aussi de prendre en compte ça...

B5 : Mais après, c'est galère aussi parce qu'il faut faire des allers retours quand tu es à deux mois des ECN. Tu te tapes 300km...

B1 : Oui, ça après c'est mon utopie, mais...

B4 : Je sais que nous, on avait le CH auquel on était rattaché mais après si on voulait on avait des trucs, c'était à une demi-heure, trois quart d'heure en voiture. Après, tu l'as choisi...

I : Voilà pour la formation, B2, est-ce que tu voulais rajouter des choses sur le deuxième cycle ?

B2 : Non, moi je pense c'est l'encadrement qui pose problème. On est à la fac, donc je pense qu'ils considèrent qu'on doit être autonomes mais je pense que quand tu arrives en stage et que les chefs de service ne sont pas au courant qu'ils ont des externes... enfin voilà, c'est inadmissible. Ce n'est pas normal, tu arrives et : « Ah, ben où est-ce qu'on va vous mettre ? » (rires) Voilà.

I : Ok. Je pense qu'on a fait le tour du deuxième cycle. Du coup, en conclusion : quelles seraient vos propositions pour améliorer le DES ?

B1 : Supprimer le portfolio... (rires) Non, mais pas le supprimer, mais l'expliquer clairement et pas en trois heures à la prérentrée où tu as cinquante millions d'informations...

B4 : Oui, c'est vrai... Peut être juste la journée, un peu plus loin.

B1 : Mais tu sais quoi, juste par exemple, la première GEP, au lieu de te balancer direct en mode : « Explique moi un cas », machin... Et ben, prendre le temps avec un vidéoprojecteur d'ouvrir le portfolio, expliquer... Franchement, je pense qu'en une heure / une heure et demi, ce serait bouclé, en fait. On t'a expliqué ce que c'était et après derrière tu amènes un petit cas chacun et tu peux parler pendant une heure et demi pour te faire valider ta GEP si tu veux, mais en une heure / une heure et demi il faudrait l'expliquer clairement, que tout le monde le fasse, que tout le monde soit au courant de ce qu'il faut faire vraiment pendant tes trois ans. Et c'est ce qu'ils expliquaient les anciens, que t'arrives à la fin de ton truc, tu ne sais pas quoi faire, tu dois reprendre tes trucs de première année, tu ne sais pas le début, tu ne sais pas machin et ça te prend dix ans alors que si dès le départ, tu l'avais fait correctement...

I : Donc passer plus de temps, limite avec tout le monde sur...

B1 : Ben pas plus de temps mais juste le faire.

I : Ok, et que ce ne soit pas forcément tuteur par tuteur, mais toute la promo ?

B1 : Ben, ce serait plus facile en fait.

B5 : Tuteur par tuteur, oui.

B4 : Comme ça tu comprends plus sa vision aussi et comme c'est lui qui va te porter à chaque fois.

B1 : Et puis surtout, si tu es en petits groupes, si tu as des questions, tu ne te fais pas ch... avec deux cent autres personnes dans l'amphi quand tu poses ta question.

B4 : Oui, ce serait plus efficace.

I : D'accord.

B2 : Oui, et que tous les tuteurs soient formés à... Enfin, j'ai l'impression qu'ils

ne sont pas tous formés à la même chose parce que moi j'ai l'impression qu'elle débarque... elle ne connaissait pas le portfolio, enfin...

I : Donc qu'ils aient tous les mêmes choses à dire...

B2, B5 : Oui.

B4 : Après, c'est impossible. Enfin moi je ne suis pas d'accord. Chacun... Et même plus tard, nous, chacun, on est quand même des personnes à part entière.

B1 : Non, mais la base, la base...

B2 : Qu'ils ne sachent pas ce qu'est le portfolio, ce n'est quand même pas normal !
(rires)

B4 : Oui, au moins ça quand même...

I : Ça fait deux choses déjà... Est-ce qu'il y a d'autres choses auxquelles vous pensez ?

B1 : Ben juste de la formation de med gé.

B4 : Oui, et moins de pratique hospitalière.

B2 : Au moins, deux stages, ce ne serait quand même pas du luxe.

B5 : Moitié, même.

B2 : Au moins trois, en fait.

B1 : Ça c'est idyllique, hein, parce que quand on voit le nombre de terrains de stages ouverts...

B2 : Non, mais deux déjà, t'imagines, deux...

B1 : Mais déjà, si t'arrives à faire niveau 1 et SASPAS, c'est déjà pas mal.

B4 : Moi je trouve scandaleux qu'il y ait des gens qui n'ont pas de SASPAS. Tu imagines, ils vont être généralistes et genre, en fait, tu n'as jamais fait de la pratique en cabinet.

I : Vous savez qu'avec la réforme du troisième cycle, il est censé être obligatoire ?

B5 : Oui, mais pour nous... On est sacrifiés en fait ! (rires)

B1 : Les premiers semestres, on s'en fout, ce sera les urg' pour eux. On l'a tous validé, normalement, il n'y a pas de souci. Mais quand même, c'est scandaleux. (rires)
Dans l'idée, c'est scandaleux...

**I : Donc plus de théorie, mais comment concilier avec l'hôpital et la distance ?
Parce que en deuxième cycle, il y a beaucoup de cours mais tout le monde est sur le CHU au final...**

B1 : Ben, après, on a tous accès à un ordinateur, les cours en P1, on les avait en visio. A tel endroit, ils les ont tous en visioconférence.

I : Donc utiliser plus la dématérialisation ?

B4 : C'est crado... Moi je ne le ferai pas. Genre, franchement, on te propose des cours en visio, je ne le ferais pas c'est sûr. Après, peut être que moi particulièrement...

B1 : Tu sais normalement, tu as une demi journée d'autoformation. Rien ne t'empêche de caler un ordinateur à l'hôpital, de mettre ta visioconférence et passer juste un aprem à regarder ta visioconférence. Normalement, ça peut le faire, et tu n'as pas besoin de te taper l'aller-retour sur Lyon pour aller à ton cours. Ils le font tous... C'est possible, maintenant les ECN se passent sur tablettes... Ce n'est pas comme si c'était irrévocable. Non mais si tu veux avoir un support, tu pourrais l'avoir le support.

B4 : Il faudrait qu'il y ait le WIFI à l'internat déjà ! Moi, je n'ai pas internet depuis 4 mois. (rires)

B5 : Non mais après, ça pourrait être un partenariat entre la fac et les hôpitaux de periph' où ils te disent : « Tel jour dans la semaine, tous les internes se réunissent pour regarder un cours ».

B4 : Oui, mais avant, aussi, il y avait des cours sur [tel endroit]. Après, moi je sais que perso, je n'ai pas du tout pu y aller, j'étais aux urgences et bah du coup voilà !

B1 : Non mais ça, c'est [tel endroit] qui de sa propre initiative forme ses internes, et ça, c'est vachement sympa ! La fac n'a rien à voir avec ça puisque tous les internes de DES...

B4 : Oui mais après, ils pourraient imposer à n'importe quel hôpital qui reçoivent des internes de les former, tu vois.

B5 : Oui, mais encore une fois ça marcherait si l'hôpital n'avait pas besoin d'internes pour fonctionner parce que... Pourquoi je n'ai pas pu aller au cours ? Parce que j'étais en train de faire des courriers de sortie ! Ben voilà, c'est ça, on est d'accord.

B1 : Si je peux me permettre, les propres cours du CH, je n'ai pas pu y aller non plus parce que j'étais en garde ! (rires)

B5 : Non, mais c'est ça, parce qu'il y a... C'est parce que notre formation, elle n'est pas privilégiée. Voilà, tout est dit.

I : Il y avait une autre chose dont vous aviez parlé tout à l'heure, c'était l'autoformation. Ça vous pose problème en fait ?

B1 : Oui et non.

B4 : Il faudrait que ce soit clair dès le début en fait. Moi je vais encore revenir sur ce sujet, on te vend un truc genre : « Tout est organisé pour votre formation ». Si on te vend ça dans l'autre sens, genre : « Il y a une moitié, on s'en charge un peu, et l'autre moitié, c'est clairement à vous de fournir le travail pour bien vous former. Réunissez-vous, trouvez-vous un groupe d'internes. Faites des topos entre vous. » Si on nous encourage un peu dans cette direction-là, je pense que ça peut faire naître, entre guillemets, des vocations. Les gens vont se bouger un peu. C'est vrai que là, tel qu'on arrive, on pense que ça va être tout cuit. Peut-être que c'est à nous de nous former tous seuls en fait.

B5 : Ouais mais, encore une fois, quand tu as fait 80 heures par semaine... Enfin, moi, je n'ai pas envie d'ouvrir un livre pour faire une autoformation. Moi j'ai juste envie de faire de l'escalade ou de faire autre chose, enfin...

B4 : Non, mais du coup, il faut juste moins d'heures à l'hôpital pour aller se former.

B1 : Il y a un truc qui s'appelle le « quota horaire des internes », lissé sur trois mois, là, cette affaire. Voilà. Normalement, c'est prévu dans le truc.

B5 : Ce n'est pas très lissé...

I : Et puis ça, c'est un autre problème aussi : c'est l'application de la loi sur les horaires des internes. Est-ce que vous avez des choses à dire là-dessus ?

B4 : Ben, en vrai... Moi, le stage d'avant, j'étais aux urgences... et je crois d'ailleurs que les stages d'urgence, c'est peut être ceux ou c'est plus respecté... (approbation générale) Parce qu'en fait, tu fais des gardes dans ton stage, et c'est intégré à tes horaires donc forcément, pour le coup, je sais que le stage d'avant, ça allait. Là, en pédiatrie... (grimace)

B1 : En fait, tous les stages où il y a des gardes, où il y a un tableau de garde où on est six ou sept, ou même moins, en fait ce n'est juste pas respecté parce qu'il n'y a pas de...

B4 : C'est impossible en fait !

B1 : C'est ça, ce n'est pas possible, parce qu'en fait, ils tournent avec les internes. Ils ne peuvent pas tourner autrement. Typiquement, aux urgences gynéco à [tel endroit], s'il n'y a pas d'interne, il n'y a personne ! Enfin c'est l'interne qui voit... il a le médecin au bout du fil... bon, il est toujours là le médecin, mais c'est quand même l'interne qui voit les patients. Donc même en faisant des tableaux de service, tu peux te retrouver à faire cent heures par semaine, tu ne sais pas comment tu as fait ça.

B5 : Et en plus après ça, il faudrait se tenir au courant des derniers antibiotiques... Je ne sais pas si c'est parce qu'on n'est pas au niveau, mais bon, quand même...

B1 : Non, mais je pense que ce n'est pas à nous de dire à nos chefs : « Mon planning, il est un peu trop chargé ! ». Enfin, c'est compliqué ! T'es là, t'es nouveau, tu as 23 ans, le mec il en a 60, il est chef de service...

B5 : « Moi, quand j'étais interne, à mon époque, il n'y avait pas de repos de garde ». (rires)

I : C'est récurrent comme argument ?

B1 : Oui.

B5 : Quand même, oui.

B4 : Je pense, moins quand même en périph qu'en CHU.

B5 : Enfin, sur les repos de garde, ça va.

B1 : Ce n'est pas comme si on ne se prenait pas tout le temps des bâches en mode : « Nous, à notre époque, machin... ». Même si c'est sur le ton de la rigolade, ça sort tout le temps, quoi. Non, mais voilà.

B3 : Sinon je pense, faire des stages 3 mois / 3 mois. Pédiatrie / Gynéco, ce serait pas mal.

I : Donc les stages couplés ? (approbation générale)

B1 : Après quand tu sais qu'au bout de deux mois et demi t'es efficace, changer direct après, pour les services, ce ne serait juste pas gérable.

B5 : Mais encore une fois, tu es efficace dans les services. Mais au bout de deux mois, au bout de trois mois de stage de gynéco, je ne dis pas que je suis un pont de gynéco mais pour de la médecine gé, ça va. Mais là, la gynéco, je n'en peux plus quoi ! (rires) J'aurais bien fait de la pédiatrie ! Mais effectivement, pour le service, je suis au top de ma... je suis hyper efficace maintenant ! (rires)

I : Est-ce que vous avez d'autres propositions ?

B4 : Moins d'hôpital... Ce serait beaucoup plus intéressant de faire des stages chez les spécialistes en ville.

B1 : Ha oui, exact.

B4 : Faire de la rhumato de ville en fait. Savoir quand on adresse nos patients... Parce que les patients qu'on adresse au final, c'est rare qu'on les adresse à l'hôpital. On va les adresser chez un spécialiste de ville. Et si même toi, tu apprends à prendre en charge un lumbago, des lombalgies chroniques, que tu n'es pas obligé de l'adresser tout le temps à ton rhumato, ben c'est vachement mieux. Ben bon pour tout le monde quoi. Voilà.

B1 : Il y a juste des fois... Mais qu'est-ce qu'il va faire là-bas ? Vous verrez ! (rires)

I : Donc plus être en contact avec les spécialistes, ne serait-ce que pour avoir la culture de ce qu'ils font, pour pouvoir l'expliquer au patient ?

B1 : Oui, mais pas en faisant leur boulot en fait.

B5 : Oui, pas 6 mois de rhumato quand même !

B1 : Oui, c'est juste la connaissance, mais pas l'appliquer parce que, on s'en fout !
Faire des infiltrations lombaires...

I : Autre chose ?

(Silence)

I : On va pouvoir finir du coup le focus group. Est-ce que vous avez des choses à dire avant qu'on termine ? Tout le monde a pu s'exprimer, dire ce qu'il avait envie de dire ?

B5 : Ça va mieux. (rires)

I : Merci à vous !

9.7.3 Entretien collectif n°3 : Mardi 29 août 2017 – Site Laennec, Lyon

I : Qu'est-ce que vous pensez de la formation des internes de médecine générale à Lyon ?

C1 : Je trouve que elle est bien au sens où, au début de l'internat... notre premier semestre on a les journées « approche centrée patient » qui sont, j'ai trouvé, très intéressantes... qui m'ont bien plu, qui nous ouvrent tout ce côté relationnel avec le patient alors qu'on était dans un côté très scientifique pendant tout l'externat et les journées d'étude qui sont bien aussi pendant le stage prat. Mais ce qui m'embête plus dans cette formation c'est... je trouve que d'un côté, on nous ouvre au relationnel avec le patient, et de l'autre côté, on referme tout cette approche très empirique, très relationnelle dans des critères de la marguerite ou dans les journaux de stage qui, avant, étaient assez libres et qui maintenant sont très fermés, très centrés. Il faut tout catégoriser et je trouve que du coup, d'aborder finalement une consultation avec un patient en se disant « je vais tout faire rentrer dans des cases », ça nous aide à remplir ce journal de stage, mais on en perd un côté relationnel, un côté ressenti. Voilà, donc je trouve qu'il y a des choses qui sont bien, que ce qui est bien, ce sont plutôt les cours où on fait des mises en situation, des choses à l'oral, des choses interactives et c'est dommage de transformer du coup des choses interactives à la bas, l'entretien avec le patient, en données écrites dans le portfolio à devoir reprendre le soir, etc.

I : Donc le cadre est un peu trop « rigide » en fait et que c'est contre-productif ?

C1 : Voilà, à la limite, ce serait peut-être je pense plus intéressant de faire plus de journées de mises en situation et moins de reprendre à l'écrit tout ce qu'on a vu toute la journée, voilà.

I : OK.

C2 : En fait, je suis assez d'accord avec C1, je trouve qu'il y a des côtés assez positifs à ces journées-là. Au départ, moi j'ai un peu la flemme d'y aller et ils nous

demandent de préparer des choses et au final, je trouve que c'est toujours pertinent et que la façon dont on a préparé la chose derrière, on apprend plein de choses sur notre pratique. Au final, je suis toujours très contente de toutes les journées où j'ai été physiquement, mais je trouve qu'on nous demande trop de travail de paperasserie, enfin bref, entre le mémoire de stage prat qu'on doit cumuler avec notre mémoire de DES plus au passage, on peut faire ci ou ça... Enfin moi, je fais le parallèle avec d'autres copains qui sont interne de médecine générale dans d'autres facs, et ils ont quand même moins de travaux écrits à rendre, il y a un côté où voilà, nous on a envie d'être médecins, d'être dans le contact avec les gens, moi je trouve que tout ce côté « il faut écrire, écrire, écrire », ça fait des devoirs et quand on arrive à 27-28 ans, on en a marre d'avoir des devoirs, on a aussi envie de faire un peu notre boulot et du coup, je trouve que c'est bien de nous former aux groupes de pairs et ce que ça va être la médecine en nous faisant faire des GEP par exemple, ou à nous former vraiment à ce que c'est la médecine générale en nous faisant ces journées d'études qui sont intéressantes, mais je ne comprends pas l'intérêt d'un portfolio, l'intérêt d'écrire un journal de stage parce que voilà, on le montre une fois à un jury et que ça nous apporte... enfin, moi ça m'apporte pas grand-chose personnellement donc je trouve que c'est entre les deux, il y a du bon et il y a des choses, je trouve, c'est trop.

I : OK, ça marche. Est-ce que vous aviez des attentes particulières au début de votre internat vis-à-vis de la formation ? Quelles attentes ? Qu'est-ce que vous attendiez de la formation d'interne en médecine générale ?

C2 : Ba, en fait non, je pense qu'au tout départ, je pensais peut être qu'on avait plus de cours... enfin au tout départ, effectivement, je trouve qu'on a été un peu lancés comme ça... On a 2-3 séminaires mais finalement, peut-être qu'on a été habitués à avoir plus de cours mais je n'avais pas d'attente particulière de la formation. J'avais peut être envie de faire plus de stages prat, plus de stages en ambulatoire mais sur la formation, vraiment, théorique, je trouve que... je ne sais même pas ce que j'attendais. Je n'arrive même pas à me remettre.

C1 : Moi, pareil, au début je pensais qu'on aurait plus de cours parce que c'est vrai que finalement l'externat, c'est... on a passé 6 mois... enfin il y a des choses qui sont un petit peu loin, qu'on aurait... pas une mise à niveau, mais qui normalement devrait se

faire dans chaque stage hospitalier et en fait en pratique, dans les stages hospitaliers, il n'y a pas tant que ça de formation, c'est très aléatoire et c'est vrai que les journées d'étude, ça aurait pu être quelque chose de bien à faire peut être en premier semestre ou alors refaire pour tous les premiers semestre 2-3 basiques, sans dire de rentrer dans des détails de cours qu'on a déjà vu pendant l'externat mais... voilà, je m'attendais peut être au début à avoir plus de cours et en fait, on est vite sur le terrain, on est vite pris dans l'internat donc après ça, bah on se fait ses connaissances autrement, on se débrouille très bien et on a quand même ces journées « se documenter, s'informer » qui nous donnent plein de sources donc c'est un bon point positif mais... voilà. Après, je n'avais pas spécialement d'attente et puis finalement ces journées d'étude, j'ai trouvé très bien aussi, je trouve qu'elles arrivent presque un petit peu tard parce que j'ai la chance d'être en quatrième semestre mais je me dis quelqu'un qui est en sixième semestre, finalement, il finit son internat et il a ses journées d'étude qu'à la fin alors qu'il y a plein de bonnes choses qu'on en retire, on se dit « si on avait su ça, il y a un an, il y a deux ans, ça nous aurait aidé dans telle ou telle situation ». Donc, voilà. Peut-être, je ne sais pas comment, mais trouver un moyen de mettre plus ces journées-là, ces cours là au début ou alors de trouver autre chose mais... Voilà, c'était à la limite les seules attentes que j'aurais pu avoir.

I : OK, très bien. Dernière question sur cette partie : qu'est-ce que vous pensez de la formation pendant l'externat, donc les premiers et deuxièmes cycles, par rapport au troisième cycle ?

C2 : Moi j'ai trouvé que la formation de l'externat était beaucoup trop hospitalière en fait parce que moi j'ai su très tôt que je voulais faire de la médecine générale et j'ai eu des stages en CHU, tout mon externat, et encore, je pense que je suis pas mal passé chez le prat en tant qu'externe, j'y suis allé deux fois avant l'externat puis après j'ai eu quand même un stage de un mois là-bas. Et ça, ça manquait vraiment en fait. On est formés en mode ECN, on répond à des questions puis après je trouve qu'on arrive sur le terrain et on oublie super vite l'ECN mais en fait, en faisant de la médecine générale, on se rend compte que ça ne servait à rien et quand on arrive en médecine générale, à notre stage de médecine générale, on se rend compte qu'on sait encore des choses de l'ECN mais que ce n'est pas ça qui va nous servir et je trouve que c'est un petit peu dommage en fait d'être formé que par des hospitaliers qui font que de l'hospitalier quand on sait nous que, ce que

l'on a envie de faire, c'est de l'ambulatoire et que la médecine ambulatoire et hospitalières sont différentes et que c'est comme ça et que ce sera toujours comme ça. Donc du coup, on arrive avec un gros retard qui est à combler très vite pendant l'internat et jusque-là, pendant l'internat, on a du mal à, on traine des acquis, ça fait six ans qu'on nous a bourré le crâne avec des choses et il faut tout refaire quoi et je trouve que c'est dommage. Parce qu'il ne faudrait pas non plus séparer les gens, il y a des gens qui veulent faire de l'hôpital donc c'est pas ça l'idée, je pense qu'ils devraient mettre plus d'ambulatoire parce que même pour les spécialistes, ça les aiderait parce qu'ils ne vont pas tous être à l'hôpital et ils devraient plus voir ce que c'est la vie en dehors de l'hôpital.

C1 : Moi je suis assez d'accord avec tout ça, c'est vrai que quand on arrive, le premier stage chez le généraliste, enfin même si j'y suis passée en tant qu'externe, on se rend compte que tout ce qu'on a de l'hôpital, finalement, c'est pas forcément bien placé à ce moment-là dans ces consultations ambulatoires et à l'inverse, il nous manque un gros apport des pathologies qu'on ne voit qu'en ambulatoire, finalement et qu'on n'a jamais vu avant. Je trouve que cette formation pendant l'externat, elle est bien parce qu'elle est assez pratique, mais elle est quand même très scientifique, c'est tout des recommandations, des critères X ou Y, des scores et du coup on est très bien formés à l'urgence, à ces choses-là. Mais il manque toute une partie relationnelle qu'on a, je crois quasiment jamais, et qu'on découvre avec notamment la journée « approche centrée patient » où là on se met à discuter techniques de communication avec le patient et au début, on tombe un petit peu des nues en se disant : « Mais pourquoi est-ce qu'on me parle de ça ? Moi je suis, entre guillemets, formaté pour faire de la médecine scientifique ». Et puis c'est après, au fur et à mesure de l'internat qu'on se rend compte que c'est plus important finalement que de savoir le énième critère de je ne sais quoi, de savoir communiquer avec son patient.

I : OK, ça marche, merci bien. Donc autre partie, un peu plus théorique pour le coup : pour vous, une compétence, qu'est-ce que c'est ? Quelles différences vous feriez avec une capacité ou avec une habileté ?

C1 : Très bonne question ! (rires) Je dirais qu'une compétence, c'est un ensemble de capacités ou d'habiletés. Moi, capacités et habiletés, je les mettrais... je ne saurais pas bien en faire une différence. Je dirais que c'est plusieurs petites capacités qui forment une

compétence comme, très schématiquement : « je sais faire un gâteau au chocolat », ce serait une grosse compétence et des capacités, ce serait : « je sais faire fondre le chocolat, je sais fouetter les œufs, je sais ... », voilà. C'est comme ça que je vois les choses.

C2 : Oui, ça me plaît ! (rires) Non mais c'est vrai que c'est pas mal retrouvé. En fait, pour moi, je sais qu'il y a cette notion de l'habileté, c'est... enfin, c'est de plus en plus global... l'habileté, c'est spécifique, la capacité ça peut être plusieurs habiletés ensemble et ensuite, à la fin, on aura la compétence. Même encore maintenant, j'ai du mal à comprendre ce qu'on veut dire par compétence, je regarde à chaque fois la marguerite quand je fais mes GEP pour me dire « OK, je peux mettre ça dedans » et j'ai du mal à trouver les capacités et les habiletés que j'ai. Pour moi, c'est quelque chose qui est hyper vague et je suppose que je n'ai pas bien compris ce que c'était.

C1 : Bah effectivement, dans notre exercice de la médecine qui est très relationnel, communication, etc. c'est... comme je disais au début, vouloir tout regrouper dans des cases au lieu de se dire « tiens, j'ai eu un échange intéressant avec ce patient », se dire « tiens, je vais utiliser telle compétence, telle technique, enfin je trouve que ça fait très schématisé ou, je ne sais pas trop comment expliquer, mais très... rationaliser quelque chose qui, des fois, est beaucoup de ressenti, d'expérience, peut-être de feeling et, ouais, je trouve ça, comment dire... ça ne m'aide pas tellement de me dire « tiens, telle situation, c'était telle compétence ». Effectivement, on peut ranger les situations dans des compétences, ou dans plusieurs, mais je trouve que ça n'apporte rien à ce que j'en tire comme expérience.

I : OK. Donc autre question : quelles compétences spécifiques vous paraissent importantes, enfin particulièrement importantes en médecine générale ?

C2 : Pour moi, il y a la prévention, ça fait partie des compétences que je trouve les plus importantes en médecine générale, la relation avec le malade et l'approche centrée patient. Ce sont les trois que je trouve... avant « premier recours », tout ça, pour moi c'est ça qui fait la spécificité entre un médecin généraliste, par exemple, et d'autres médecins.

C1 : Oui, moi c'est marrant parce que spontanément j'aurais pensé à « premier recours, urgence » et juste en deuxième à « approche centrée patient, prise en charge

globale, complexité », qui me semblent être importantes et « prévention », effectivement, je n'y avais pas pensé mais ce serait les trois que je mettrais en avant.

I : Très bien. D'après vous, comment elles se construisent ces compétences en médecine générale, comment on devient compétent ?

C1 : Je trouve que c'est avec l'expérience du terrain, enfin avec la pratique. Avec la pratique et puis avec l'échange avec d'autres internes ou médecins sur des situations qui nous ont posé problème, en discuter, pendant les journées d'étude, pareil, les GEP. Se dire :

- «Bah tiens, je me suis senti bloquée face à telle situation.
- Tu pourrais utiliser telle clé, telle moyen de communication, etc. »

Et je trouve que c'est comme ça qu'on construit ces compétences-là, je trouve que c'est beaucoup du pratique plus que du théorique même s'il y a effectivement des outils qu'on va apprendre de façon un peu théorique et il y quand même beaucoup d'expérience et de ressenti, je trouve.

C2 : Moi aussi je pense que, en pratique, parce que quand on est avec le patient et qu'on est en stage et que du coup, on parle avec eux. Et après, je pense que ce qui aide c'est le fait d'en reparler en GEP au final, ça je n'y pensais pas avant les GEP et puis finalement, au fur et à mesure de réfléchir sur ce cas et se demander « quelle compétence il y avait ? » et ben ça permet peut être de former d'autres compétences.

C1 : Je rajoute juste un truc, je trouve que souvent en fait les compétences nous... je ne vais pas dire nous tombent dessus, mais on décide rarement « tiens pendant cette consultation, je vais utiliser, je vais travailler telle compétence, ou ce sera l'autre, etc. ». C'est d'ailleurs rare qu'il y ait une seule compétence à la fois qu'on voit dans une consultation et c'est le patient qui arrive dans sa globalité avec son ou ses problèmes mais tout se fait en même temps et c'est un peu le patient qui nous impose de, nous, progresser. C'est plutôt comme ça que je perçois les choses plutôt que de me dire : « Tiens, je suis mauvaise dans cette compétence, il faudrait que je fasse plus de untel pour la travailler ».

I : Ça marche. Vous avez déjà un petit peu parlé du coup du cadre théorique

de toute la formation, qu'est-ce que vous en savez en fait de ce cadre théorique ?

Observateur (O) : Tu parlais toi C1 « d'outil théorique », est-ce que tu peux nous en dire plus ?

C1 : J'ai en tête le PortfoLyon surtout, qui... enfin, je comprends le sens de ce PortfoLyon et vu de l'extérieur ou vu avec du recul, en tout cas, je le vois plus pareil maintenant que déjà au premier semestre. Au premier semestre, ça me paraissait complètement flou et je ne voyais pas comment j'allais faire rentrer des choses dedans, enfin les seules choses que l'on a envie de mettre dedans, ce sont les cas cliniques compliqués d'un point de vue scientifique et médical qu'on a vus et plus ça va et plus on se rend compte qu'il y a, surtout en passant en stage ambulatoire, en fait. Parce qu'à l'hôpital, on a beaucoup moins ce rapport avec le patient et ces compétences je trouve sont beaucoup moins présentes, on est beaucoup plus sur un versant scientifique à l'hôpital, scientifique, médical, que le relationnel qu'on a en médecine générale. C'est vrai que ce PortfoLyon, plus ça va, plus je comprends un petit peu son sens et la façon de le remplir, mais je trouve qu'il est trop à distance de ce dans quoi on est au quotidien en fait. Au quotidien, on est beaucoup, du coup comme tous les médecins, mais dans la relation, dans l'échange, dans le non-verbal et tout ça il faudrait le mettre à l'écrit dans des cases tout seul le soir chez soi, je trouve que ça c'est à l'opposé de ce qu'on fait dans notre pratique et de ce qu'on doit apprendre à faire dans notre pratique. Et je ne trouve pas que, en tout cas pour moi, ça ait un apport d'aller réécrire tous les soirs dans des cases bien prédéfinies tout ce que j'ai vu en stage. Après, il y aurait peut-être... il faudrait peut-être rendre ce cadre théorique plus large, peut-être qu'il y en a à qui ça convient mieux que ce soit plus fermé, il y en a à qui ça convient très bien du coup d'ailleurs, mais je trouve que... ouais qu'il est trop fermé et puis peut être qu'on ne l'explique pas assez, peut-être qu'on donne un peu cet outil en nous disant : « Tenez, il faut le remplir » mais qu'on nous donne pas assez de clés ou de... enfin voilà, on a beaucoup de mal à se l'approprier, à savoir comment ça va pouvoir nous servir et au-delà de nous servir, on a des fois du mal au début à se dire : « Comment on va pouvoir, entre guillemets, faire nos devoirs ? », quoi... cette partie-là de le remplir, sans pouvoir dire que ça puisse même nous servir après.

I : Est-ce que tu voulais rajouter quelque chose ?

C2 : La question c'était ?

I : Il y a eu deux questions du coup. Vas-y, O.

O : C1 avait parlé du coup d'outil théorique et je demandais lesquels seraient utiles ou sont utiles ? Quels outils théoriques ?

C2 : Pour moi l'outil théorique qu'on a principalement c'est le PortfoLyon. Après, il y a tous les cours quoi, mais sinon celui qu'on est censés faire tout seul effectivement, pour nous c'est le PortfoLyon.

I : Et est-ce que... à votre avis, pourquoi on nous demande de revenir sur ces cas cliniques justement, de réécrire, de... enfin ce serait quoi l'intérêt en fait ?

C1 : L'intérêt je pense... l'intérêt, ce serait de prendre du recul sur notre pratique et s'auto-analyser en se disant : « Ben là, je n'ai pas été bon, là j'aurais dû faire ça, là j'ai été en difficulté alors que... », ou alors justement : « Là, j'ai pas été en difficulté alors que tiens, il y a six mois j'ai été en difficulté » sauf que... enfin l'intérêt, je pense que c'est ça, prendre du recul sur soi pour s'améliorer, voilà. Sauf que en fait c'est quelque chose, je trouve, qu'on fait... ce sont des mécanismes qu'on fait tout seul, des cheminements qu'on fait tout seul au cours de l'internat et ce n'est pas forcément de les avoir écrit moi qui m'a aidé, j'ai effectivement eu des cas qui étaient un peu compliqués, mais sur des cas compliqués, j'en ai plutôt parlé avec mes co-internes, ou en groupe de GEP, ou avec les médecins de mon service, ou avec des proches. Et c'est plutôt comme ça que j'ai réfléchi à des solutions, que j'ai évolué plutôt qu'en l'écrivant dans mon PortfoLyon à qui je vais, entre guillemets, confier des choses mais qui ne va rien me répondre, quoi, et la réponse, c'est moi qui vais me l'apporter toute seule et en fait, je vais me l'apporter toute seule, tout court, ce n'est pas de l'écrire qui m'aide à m'apporter la réponse. Donc je comprends tout l'intérêt de l'outil mais je ne suis pas sûre que les moyens soient les bons.

I : D'acc, est ce que tu voulais rajouter quelque chose là-dessus ?

C2 : Ouais du coup, moi je pense qu'effectivement l'écrire ça mets les choses sous une autre lumière. Je me rends compte qu'avec les GEP, j'apporte un cas puis je l'écris

et je le vois un peu différemment, et après on en reparle et je le vois encore différemment. Donc effectivement l'écrire pour moi ça permet de reposer le cas derrière, chez soi, de manière différente, et peut être du coup de passer un cap. Mais du coup, je suis d'accord avec C1 que parfois on le fait tout seul, on y re-réfléchit et/ou on en parle avec d'autres internes. Et que peut être ça tout seul ça suffit : de juste en reparler de temps en temps. Je comprends l'idée de se dire « Voilà ce cas-là il m'a gêné. Pourquoi ? Je le reprends à l'écrit.. Ah mais ouais en fait en y réfléchissant à froid c'est ça et ça qui m'a gêné et peut être que j'aurais pu faire comme ça et ça ». Je pense que c'est l'idée mais après faut pas non plus se cacher que quand on a fait toute notre journée d'interne, que on a déjà eu l'externat plus les ECN, y'a un moment on en a marre de réfléchir juste aux cas encore. Et que ce côté très scolaire de « écrivez dans votre Portfolyon un certain nombre de cas », c'est trop demander je trouve.

C1 : je pense que le Portfolyon peut être, enfin, ou un autre outil, les journaux de stage ou quoi que ce soit gagneraient à être moins étoffés. Enfin, s'il fallait écrire moins, peut-être qu'on écrirait plus, ou de façon plus assidue. Enfin, je sais pas, mais si on avait un cas par mois à sélectionner, ou bien un cas par 15 jours ou n'importe quoi, et que cela devient une habitude, ce serait peut-être, heu, plus simple à structurer pour nous et pour le résultat final. Car là je trouve il y a tellement de choses à remplir, que là d'un côté les journaux de stage, d'un côté je trouve encore autre chose. Et puis quand on commence à arriver en deuxième année, on a du coup le mémoire de DES et puis on a le mémoire de stage prat'. Et puis il y a toujours d'autres travaux qu'on doit rendre pour notre stage X ou Y et ça multiplie les choses à reprendre le soir chez soi ou à réécrire. En plus, quand on est en stage, le soir chez soi on re-regarde « tiens ces recos je les savais plus etc » et au bout d'un moment ça fait trop. Et du coup le Portfolyon c'est le truc qui passe à la trappe parce que c'est entre guillemet, enfin c'est à la fois trop vaste, et comment dire.... Je pense qu'il faudrait en demander moins dans ce Portfolyon et peut être de façon plus courte mais plus régulière. Plutôt que de dire « Ben pendant tout le stage écrivez tout ce qui vous pose problème », peut-être, je sais pas. Et puis, il y a le fait que dans le Portfolyon c'est ce qu'on disait on écrit un cas mais il n'y a que nous qui lisons ce cas. Alors que l'intérêt des GEP, c'est qu'on sait qu'on va en parler avec d'autres, qu'on va en rediscuter derrière, et là c'est vrai qu'on va peut-être plus trouver un intérêt à écrire ce cas, à en parler à y re-réfléchir. Et souvent d'ailleurs, les cas qui nous posent problèmes, on en

parle en GEP, et souvent dans le Portfolyon bah on va mettre les GEP aussi mais, bon, je trouve que le fait d'en parler à quelqu'un ça apporte tout son sens au Portfolyon qui serait peut-être de prendre du recul sur le cas et d'en rediscuter quoi.

I : Ok, C'est bon pour vous pour ces questions ? Du coup, heu , en fait, tout ce cadre théorique, est-ce que vous vous sentez bien formées à ça ? Est-ce qu'on présente suffisamment cette approche qui est relativement nouvelle en fait ? Qu'est-ce que vous avez à dire en fait là-dessus ?

C2 : Moi je trouve pas en fait. Parce que je me souviens de la première réunion de rentrée, ou on est juste fraîchement interne, on débarque dans une ville, et là on nous en a juste mis plein la tête. On va nous parler du Portfolyon, on va nous parler de Lyon, on va nous parler de ci on va nous parler de ça et moi j'étais « ok », j'ai pris des notes. J'ai perdu toutes les notes que j'avais prises ce jour-là, donc voilà. Et après on, mais c'est peut-être de notre faute aussi et qu'il y en a qui s'en sortent mieux, mais après c'est le grand flou et un jour, donc on va aussi au GEP, parce que ça c'est notre tuteur, et il nous rappelle qu'on a des GEP de temps en temps (rire). Et t'as... boum ! On se réveille à la fin de la deuxième année, au début de la troisième année on se dit là « bon qu'est-ce qu'il faut que je fasse ? ». Et vraiment, enfin, moi j'ai pas fait mon Portfolyon du tout, je me suis retrouvée à le remplir en me souvenant des cas. Mais c'est ma faute aussi, je le sais que c'est en partie de ma faute, parce qu'on m'avait dit « remplis ton Portfolyon au fur et à mesure et ce sera plus facile » et effectivement, ceux qui l'ont fait ils trouvent que c'est plus facile. Mais je pense qu'on a toutes les informations d'un coup et peut être qu'on manque après... Moi j'ai pas vu le Portfolyon comme un outil, j'ai vu ça comme un devoir, et du coup bah heu j'ai pas eu envie de le faire, alors que heu effectivement, quand t'es à la fin et que tu dois faire ton mémoire de DES, ce serait beaucoup plus simple si on avait tout bien fait au fur et à mesure. Et moi j'ai l'impression quand même qu'il me manque de l'information au départ. Après je peux comprendre l'idée qu'ils se disent qu'on est quand même à l'université, qu'ils nous donnent l'information, ils vont pas tout nous prémâcher quand même, ils nous donnent les outils c'est aussi à nous de nous en saisir. Mais peut être aussi que un peu plus de rappels de temps en temps sur faire ci ou ça, ce qu'ils attendent... En tout cas s'ils veulent que ce soit bien rempli il faut plus de rappels et c'est pas forcément, c'est pas forcément ça que je voudrais, je trouve juste... trop de

chose. Enfin, je sais pas si je suis claire, je trouve qu'ils y a trop de choses de demandées mais s'ils veulent en rester là, alors effectivement, il faut de plus en plus nous le rappeler parce que effectivement, peut être que c'est un petit peu scolaire, mais que s'ils veulent qu'on fasse quelque chose de scolaire bah qu'ils aillent jusqu'au bout quoi, comme des élèves de... heu.

C1 : J'aurais pas dit mieux en fait (rires). Je plus ce que c'était là question en fait là. En fait, du coup la question initiale c'était quoi ?

I : Du coup la question c'était « est ce que la présentation qu'on vous fait de ce cadre théorique elle est suffisante ? » quelle est votre regard ?

C1 : Bah du coup ouais moi je trouvais que.... Je pense pas que ce soit insuffisant, mais je pense que c'est trop noyé dans une masse d'information qu'on a au début de l'internat et heu, et que le Portfolyon, on nous le présente, on nous montre tous les outils qu'il y a dedans, et qu'au final, c'est trop en fait, en plus de toutes les autres infos qu'on nous donne. Rien que le Portfolyon en lui-même je trouve qu'il est trop plein de dossier, et à chaque fois qu'on ouvre un dossier on tombe sur une nouvelle grille de quelque chose qu'il fallait remplir, et heu, et quand on n'est pas dans les journaux de stage, on tombe sur une nouvelle feuille de compétences... Y'a trop d'endroits où on pourrait aller écrire nos trucs. Et au final, on en arrive à plus savoir où aller. Quand on a un cas on sait plus où faut l'écrire, parce qu'on se dit « zut est ce que c'est une compétence ? Est-ce que c'est un cas que je mets là ? Est-ce que je le mets dans une GEP ? » et au final on l'écrit nulle part parce que on sait que ça va être prise de tête et du coup on le fait pas. Alors que peut-être que si on avait un fichier Word par stage j'en sais rien : un grand tableau avec une première case « les cas qui m'ont posé souci », deuxième case, heu j'en sais rien, « les médicaments que j'ai appris à prescrire »... Enfin voilà enfin un truc beaucoup plus synthétique ou on aurait, voilà, un document Word par stage peut être que là on sait qu'on ouvre ce document-là on se met dans la bonne case et voilà... On a pas à ouvrir tous les dossiers, où est ce qu'il faut se mettre. Voilà, moi je trouve que l'utilisation du Portfolyon nous est peut-être pas bien expliquée.

I : Ok, ça marche. Donc du coup la prochaine question on y a déjà un petit peu répondu ... Heu c'était en fait comment cette approche privilégiée par la faculté

elle vous rend compétents selon vous. Mais heu on en a déjà parlé, je sais pas si vous voulez rajouter des choses là-dessus ? En quoi ces outils il vous aident à devenir compétents ?

C1 : Ces outils, à la fois journée d'étude et Portfolyon ? Ou justes les outils théoriques ?

I : Heu tout, c'est vrai que du coup on était pas mal sur les journées d'études et le Portfolyon, mais ça inclut toute la formation un peu théorique de la fac.

C1 : Je trouve les journées d'études et les journées du début « approche centrée patient » etc. très bien. Et heu, je pense même que la formation gagnerait à ce qu'il y ait plus de formation de ce type, et pas forcément des journées d'étude sur un thème, mais sur juste heu... un peu comme des grandes journées de GEP, ou des mises en situation, ou des.... Plus des journées avec des interactions, pour travailler des techniques de communication, voilà plutôt ... communication relationnelle heu.... Voilà ça je trouve ça très bien. Après les outils théoriques, j'ai plus de mal à... à y accrocher, peut aussi parce que on a derrière nous 6 ou 7 années d'externat où on a fait beaucoup de théorie et que on en a un peu marre a plus de 25 ans de faire, heu ouais, des devoirs ou de la théorie.

C2 : Bah du coup moi je trouve effectivement ce que ça nous apporte, c'est surtout le regard de personnes qui font de la médecine générale, de la médecine ambulatoire depuis longtemps et du coup ça c'est dans la GEP. Moi en tout cas mon tuteur il apportait un regard différent sur nos cas qui nous aidait. Ou alors dans nos journées d'études ça peut être... heu du coup les formateurs qui heu.... En gros ça nous apporte un regard différent sur ce que nous on a apporté comme cas. Et aussi du coup le regard de nos co-internes, parce que ça nous permet de discuter avec des gens qui viennent de pleins de stages différents. Enfin je trouve que le côté positif c'est ça que ça m'apporte à moi, c'est quand je viens aux journées d'étude et aux GEP, je peux parler aux gens des cas. Et en plus ce qui est bien c'est que j'ai un peu réfléchi aux cas, donc je me suis un peu renseignée sur la théorie dessus, donc je peux dire « bah les recos c'est ça et ça, et vous qu'est-ce que vous en pensez ? ». C'est ça que ça m'apporte, enfin c'est ça que je préfère dans ma formation en médecine générale.

I : OK, ça marche. Donc avant dernière question : qu'est-ce que le DES

pourrait vous apporter d'autre que des compétences. Autrement dit : est-ce que heu tout peut être conceptualisé en terme de connaissances, heu non de compétences ? Tout ce que la formation peut / dois nous apporter, on peut l'assimiler à des compétences ? Ou est-ce que on exclut certaines choses ?

C1 : Je suis pas sure qu'on puisse tout ranger dans des compétences. En tout cas je suis pas sure que ce soit utile. Peut-être qu'on peut le faire, mais heu, je suis pas sure que ranger, ouais, telle situation sous tel intitulé ça améliore la consultation d'après qui ressemblera au... voilà... Je pense que, heu, il y a beaucoup de choses qui se jouent sur l'expérience, sur l'échange qu'il y a eu avec l'expérience, et encore une fois sur des techniques de communication, sur le langage non verbal, sur toutes ces choses-là, mener un entretien avec un patient... Je trouve que c'est beaucoup des choses, heu, qu'on apprend pas du tout pendant l'externat, et qui sont très bienvenues de la part de cette formation. Mais après, heu, savoir si les ranger sous un intitulé ça nous aiderait ou pas, je suis pas convaincue. Et je suis pas convaincue qu'on pourrait tout ranger sous le terme de compétence de toute façon.

C2 : Je suis d'accord avec C1 du coup. Du coup je trouve qu'il y a aussi beaucoup dans la relation -enfin dans l'être, dans la façon d'être avec le patient. On peut pas mettre tout le temps des mots, on peut pas dire ça c'est une compétence ou pas... Surtout que, enfin moi voilà, je trouve que tout peut pas être rangé selon... Parfois on est juste nous-même, c'est juste du bon sens en fait, c'est pas une compétence. Et je pense que.... Enfin voilà, c'était ça la question, tout peut pas être lié aux compétences, et tout peut pas être rangé sous forme de compétences.

I : Est-ce que ça peut apporter d'autres choses ? Est-ce que on peut apporter d'autres choses que des compétences en fait ?

C2 : Je pense que Au final le théorique on l'a et on l'a eu, et que ça peut apporter du relationnel et de l'humain en fait. Heu, parce que je suis pas toujours d'accord avec le DMG, mais je pense sincèrement que lorsque je suis en cours ce sont des bons médecins, et que, heu, ils doivent quand même être bien avec leurs patients. Parfois ils nous disent de faire des choses : ils nous disent « fais attention au non verbal ». Mais moi je peux pas, c'est trop compliqué... déjà je pense à faire ça, et c'est bien. Je me dis « ces

gens qui essaient de nous apprendre ça, s'ils pensaient tout ça, ils pensaient vraiment au bien être de leur patient » et c'est ça qui me plaît. Voilà, je me dit, y'a vraiment de l'humain à apprendre, plus que des compétences. Voilà.

C1 : Je vais juste rajouter, effectivement... Heu qu'est-ce que je voulais dire ? Heu, oui je trouve que tout ranger dans des compétences, on a l'impression que c'est des techniques à utiliser, et qu'elles vont être utilisées de la même façon, par chaque médecin dans chaque situation qui va se ressembler. Comme, heu, face à un problème A on a toujours une solution B. Enfin voilà, comme si c'était heu, les mêmes techniques, de la même façon, devant chaque patient qui, heu, vient pour sevrage tabagique, vient pour quoi que ce soit. Alors que heu, on nous parle beaucoup à côté de ça, et on l'entend beaucoup, de la singularité de la relation médecin-malade, heu, de l'authenticité de chaque consultation. Que heu, on peut pas utiliser les mêmes choses au même moment avec les mêmes patients, que chaque médecin va aussi être différent et va pas utiliser les mêmes choses. Enfin, je vois pendant nos stages que devant une même situation si on prend 5 médecins les 5 vont réagir différemment et y'en aura aucun qui aura tort et heu, et voilà. Et il faut que tout ça se développe avec beaucoup d'expérience, et avec son expérience à soi, et avec son tempérament, et heu, avec la relation qu'on a avec les patients. Et qu'on peut pas demander à 10 médecins d'utiliser la même compétence, enfin d'agir de la même façon, heu, dans la même consultation parce que, heu, chacun sera différent en fonction du médecin et en fonction du malade.

I : OK, du coup en guise de conclusion. Quelles seraient vos proposition pour améliorer le DES ?

C1 : Moi je pense qu'il faudrait peut-être avoir plus d'échange avec heu... Comme les GEP en fait, heu, pas forcément faire ce même système là à chaque fois, mais plutôt que de remplir le Portfolyon virtuellement, avoir des vrais échanges avec son tuteur du DMG, ou alors avec un tutorat entre internes. Ca je trouve que ce serait une super bonne idée, parce que, voilà, on serait entre étudiants, tous deux super proches de ce qui se passe en stage à l'hôpital ou chez le prat', heu, avec un qui a un petit peu le recul et l'autre qui l'a pas. Et je pense que ce serait super utile à la fois pour le premier semestre que pour le 5e -6e semestre d'avoir, voilà, d'avoir ces discussion. A la fois pour le premier semestre pour parler et puis aborder les cas qui ont posé problème, et pour le dernier semestre -

enfin ou le 3e année- peut être réaliser que auparavant il a réagi comme ça et que maintenant, comme il a plus d'expérience, il réagit comme ça. Je pense que ça pourrait permettre de donner du recul aux tuteurés et aux tuteurs à la fois. Peut-être mettre un fois par mois, heu, quelque chose, une rencontre entre tuteurs et tuteurés – je sais pas si c'est trop fréquent ou si ça l'est pas assez- peut être que ça dépend de chacun. Et peut-être simplifier cette technique du Portfolyon, s'il faut le laisser, le rendre plus simple, qu'on ait qu'un seul truc à consulter, qu'un seul fichier, qu'une seule source. Et pas heu six ou sept dossiers, avec chacun six ou sept sous-dossiers, avec chacun des compétences à remplir, avec chacun six habilités dans chaque compétence. Enfin voilà, je trouve qu'il y a une multitude de critères, heu, dont on a pas du tout la notion -parce qu'on sort de l'externat très scientifique. Et puis heu, je trouve qu'il y a une marge énorme entre l'externat très scientifique et l'internat de médecine générale qui devient très relationnel, très compétences, et qui est super intéressant, mais on passe de l'un à l'autre assez rapidement sans y être bien formé. Et on s'y forme avec l'expérience. Mais enfin, du coup avec ce Portfolyon, super large, et heu super vaste, ça nous aide pas à nous mettre dans cette démarche de compétences, de communication avec le patient, et heu, voilà.

I : Merci

C2 : Moi je pense qu'il faudrait peut-être qu'on voie plus souvent notre tuteur, ou qu'on ait plus souvent des contacts avec eux par mails, ou par téléphone. Parce que, effectivement, de temps en temps ça fait un petit rappel de « faudrait faire ci, faudrait faire ça ». Parce que, effectivement, si on regarde le Portfolyon ça permet de dire « Est ce que t'a mis des cas ? » « Ah bah non » « Bah voilà, faudrait que tu en mettes quelques-uns, que tu penses à des choses » Ou aussi de reparler... Si on met des cas, peut-être d'en reparler avec le tuteur de temps en temps. Et heu, je pense que si jamais ils veulent garder le Portfolyon, il faut pas le doubler avec ce mémoire de fin de DES qui est juste en fait heu... Enfin voilà on prend tout ce qu'il y a dans le Portfolyon pour le remettre à l'écrit, alors qu'on n'est pas forcément très doué à l'écrit, et faire des écritures etc... Enfin moi je trouve que le mémoire de DES il sert à rien, et que heu il prend du temps sur d'autres choses qui pourraient être intéressantes. Et que, heu, il nous apporte rien, et, heu, je suis sûre que ça embête tout le monde de le faire. Par exemple, contrairement au RSCA qu'on fait dans le cadre du stage prat' ou alors au mémoire de recherche qu'on fait et où il y a

vraiment de la biblio, ça peut nous aider pour la thèse etc... le mémoire de DES il nous aide pas je trouve. Et après heu... Enfin en soit, le Portfolyon c'est pas une mauvaise idée en soi de le garder, mais il faut le rendre soit plus simple, soit ... il faut plus pousser les gens. Parce que, enfin, il faut pas se leurrer on le fait tous dans notre dernière année, on remplit les cases qu'on peut –enfin pas tous – on remplit toutes les cases qu'on peut de notre Portfolyon en se disant « J'ai pas fait ça, j'ai pas fait ça ». Et du coup ça a pas d'intérêt en fait, ça perd tout l'intérêt qu'ils voulaient qu'on en aie. Enfin voilà, soit il faut plus nous aider à ce qu'on le remplisse au fur et à mesure, soit il faut le changer, mais c'est peut-être pas la bonne chose. Et peut-être aussi plus de visuel avec les gens. Parce que je pense qu'on travaille plus quand on sait qu'on est attendu. Les journées d'études c'est marqué, heu, « Présentez, heu, faites deux cas ». Enfin peut être que tout le monde ne les fais pas, mais je trouve qu'il y en a beaucoup qui les font quand même. Au final, je trouve que les gens qui arrivent, souvent ils ont réfléchi avant. Et je trouve que c'est intéressant de réfléchir, parce que, au final, ça permet aussi d'alimenter le débat avec les profs, et du coup on le fait de plus en plus. Enfin, faut pas se leurrer, on est plus motivé quand on sait qu'on a quelqu'un avec qui on va discuter de quelque chose, que quand on nous dit juste « Ben faites-le comme ça pour vous » en fait.

I : Ok, merci bien, est ce que vous avez des choses à rajouter comme ça, ou bien est-ce que vous avez tout dit ?

C2 : Je pense qu'on a tout dit en fait.

I : Bon bah merci beaucoup.

9.7.4 Entretien collectif n°4 : Mardi 12 décembre 2017 – Site Laennec, Lyon

I : Bon, merci à vous de vous être rendus disponibles ce soir, notre travail porte sur la formation plus précisément sur les spécificités pédagogiques du 3^e cycle. On est deux j'anime la séance, et puis O sera dans un rôle d'observation. Ce qui est bien important c'est de dire le plus possible votre prénom après on s'en sort un peu dans les retranscriptions car on reconnaît les tons de voix les... Donc voilà, si vous arrivez à dire votre prénom c'est mieux avant de prendre la parole, ça nous simplifie quand même la retranscription. L'entretien donc du coup il est enregistré, les données sont anonymisées, puis ensuite, vous avez tout à fait le droit de vous retirer de l'étude si vous le souhaitez. Heu, on va pouvoir commencer, par contre comme on est pas mal, si vous arrivez à parler fort c'est mieux aussi, mais voilà vous faites comme vous pouvez. Du coup notre première question c'est une question assez généraliste qui porte sur la formation dans le DES de médecine générale à Lyon. On voudrait savoir en fait qu'est-ce que vous pensez de la formation des internes de médecine générale à Lyon ?

[silence]

D3: Je trouve qu'elle est pas mal quand même basée sur l'autonomie.

I : Est-ce que tu peux nous en dire plus ?

D3 : Contrairement à des amis qui sont sur [tel endroit], qui ont des cours toutes les semaines, heu des traces imposées, nous on part du principe qu'on est en capacité de faire par nous-même.

D6 : Moi je suis d'accord avec D3 c'est très axé sur l'autoformation, on apprend à s'auto-former, ce qui est pas évident en début de cursus, quand on n'est pas confronté aux problématiques de la médecine générale, mais ce qui est très intéressant quand on est passé après en stage chez le médecin généraliste. [silence]

I : Donc dans l'idée si je te comprends bien, tu dis que notre formation elle est très axée sur notre capacité à se former soi-même. Qu'est-ce que la fac cherche à vous faire acquérir par l'autoformation ? Quand on dit on s'auto-forme, mais sur

quels plans vous vous auto formez ?

D6 : Donc heu sur les connaissances biomédicales déjà, savoir heu comment se former, où trouver les informations, avec le fait de faire des FMC par ex, les congrès qui sont organisés et puis heu... C'était quoi la question ?

I : C'est heu, vous parlez, vous disiez beaucoup qu'il y avait de l'autoformation dans le DES de médecine générale....

D6 : Et heu sur la réflexion qu'ils cherchent à nous faire avoir sur les cas qu'on a rencontré, ça c'est plus les GEP.

D4 : moi je trouve que cette autoformation elle est un petit peu brutale qu'on passe de tout à rien en fin de deuxième cycle. Effectivement, je trouve que c'est une approche qui est intéressante en fin de DES, mais on arrive en début d'internat, on est un petit peu déstabilisés, et heu sans outils et sans clefs quand on nous propose cette autoformation. Je trouve que c'est un petit peu brutal, j'aurais aimé que ce soit un petit peu plus progressif.

D5 : Je suis assez d'accord avec D4 sur la rapidité de la transition entre le second cycle où c'est que de l'enseignement vertical, et puis à partir de l'internat ou d'emblée on nous demande de nous auto-former, donc plutôt enseignement horizontal si on peut dire. Après l'internat reste court pour la médecine générale, donc c'est peut être compliqué de bien apprendre à s'auto-former, si on continue sur l'enseignement vertical dès le début de l'internat quoi. Je pense aussi que c'est une histoire d'habitude, à la fois des enseignants et des internes, de l'enseignement vertical exclusif et que d'un coup on a essayé de changer de paradigme en disant il faut s'auto-former, et que du coup à la fois les étudiants et les enseignants tâtonnent un peu et s'y mettent petit à petit mais que c'est encore un peu balbutiant.

D1 : Moi j'ai pas spécialement ressenti ce mur en fait d'après ce que vous semblez décrire tous les deux, cette vraie difficulté, ce palier à franchir. Bien sûr je l'ai ressenti un petit peu, comme tous les internes... Mais je pense que cette difficulté elle est inévitable, on est forcé de s'y heurter comme tout interne et comme tout... Quand on a notre premier stage d'externe, et plus tard quand on aura notre cabinet, c'est des paliers indispensables. Ce que je pense par contre, c'est que la place de notre tuteur de DES pourrait être plus

prépondérante, elle pourrait être repensée. Parce que par exemple moi mon tuteur à moi, j'y ai recours que pour les GEP. J'étais censé avoir, il paraît, un entretien de fin de première année je crois, que j'ai pas eu, et que à ma connaissance aucun des membres de mon groupe n'a eu. Je pense qu'on pourrait renforcer les choses de ce côté-là ce serait peut-être bien.

D6 : Je suis très d'accord avec ce que D1 dit sur le fait que on a un tuteur et que il n'y a peut-être pas assez de suivi individuel pendant notre internat et sur notre évolution, et c'est vrai que donner plus de place à ce tuteur ce serait intéressant. (silence)

I : Je rebondis du coup sur ce que vous disiez là D1 et D6, et heu, même les autres vous avez dit certains qu'il y avait un mur, un gap de formation, ensuite vous avez parlé de la place prépondérante que pourraient prendre les tuteurs et qui serait un plus, alors du coup nous on voudrait poser la question : quelles attentes est-ce que vous aviez au début de votre internat vis-à-vis de la formation ? Parce que voilà là vous décrivez des difficultés.

D2 : Je m'attendais peut être à quelque chose d'un peu plus structuré. On a l'impression que là ils nous proposent quelque chose, pas forcément dans les timings hyper intéressant. Par exemple la formation sur comment utiliser les logiciels liés à la documentation, la thèse, en fin de première année. Nous, personne en a grand-chose à carrer quoi, et on oublie tous et après quand ça devient le bon moment c'est un peu loin. Bon après moi je fais mon stage prat' en 3^e semestre donc c'est pas le schéma habituel on va dire, ça vient au milieu de ma formation on va dire. Mais je trouve que ce qu'on a en journée d'étude c'est intéressant et ça pourrait commencer plus tôt quoi. Après avec la réforme ça va arriver plus tôt de toute façon.

D1 : Je suis tout à fait d'accord avec toi D2, je pense que le stage praticien devrait être fait plus tôt. Moi j'ai beaucoup d'attentes par rapport à cette réforme justement. Bon je suis pas d'accord avec tout, mais je pense que sur le concept c'est une très bonne idée, tant pour les services que pour les internes.

D5 : Juste pour rebondir sur le fait que les formations sont pas toujours au bon moment, en tant qu'interne on se sent initialement pas impliqué en particulier cette formation sur « se documenter pour la thèse ». Après si on prend une vision plus globale, il me semble que c'est important de faire une sensibilisation à ce sujet assez tôt dans

l'internat pour favoriser la réalisation de la thèse plus précocement. C'est un problème actuellement, les thèses sont faites super tard, la médiane elle est en 5^e année je crois après le début de l'internat, enfin je dis ça mais c'est un chiffre arbitraire mais c'est quelque chose comme ça. Et donc c'est un outil que les enseignants ont mis en place à ce moment-là pour justement stimuler. D'autant plus si à l'avenir le DES de med gé passe en 4 ans, il faudra avoir fait sa thèse à la fin de la 3^e année et donc, heu, donc faudra être prêts à faire des recherches tôt quoi. Donc effectivement c'est un peu trop tôt, mais peut-être qu'il faudrait plus axer sur la sensibilisation au fait qu'il va bien falloir faire une thèse et donc qu'il va falloir commencer à chercher assez précocement, en fin de 1^{ère} année ou début de 2^e année un sujet de thèse et commencer à s'y mettre sérieusement. Mais je pense qu'avec le stage prat' en première année ça devrait stimuler un peu ça, parce que les sujets de thèse on en trouve un peu plus quand on est en prat', puisqu'on touche vraiment à ce que c'est la médecine générale, par rapport à quand on est en stage hospitalier.

[Silence]

I : Est-ce que vous voulez rajouter quelque chose sur ce à quoi vous vous attendiez notamment au niveau de l'approche pédagogique? D5 tu parlais de l'approche verticale, qui passait à un enseignement horizontal. Du coup est ce que vous avez des choses à rajouter sur ce que vous attendiez autant d'un point de vue de la formation que d'un point de vue pédagogique lorsque vous commenciez votre internat ? Et sinon qu'est-ce que vous pensez de la formation pendant l'externat / le 1^{er}/2^e cycle par rapport au 3^e cycle, notamment au niveau de la manière d'enseigner les choses ? Est-ce que c'est mieux, moins bien est ce qu'il y a des choses qui sont différentes, qui sont dans la continuité... Vous en aviez déjà parlé mais est-ce que vous voulez creuser ce sujet ?

D1 : Quelle est la question la du coup ?

I : Alors la question la du coup c'est : quand a un moment D5 il a parlé de la manière d'approcher la formation avec un enseignement vertical versus un enseignement horizontal, et il disait que pendant le 1^{er} et 2^e cycle c'était plutôt vertical, et que là on passait plutôt à une autre manière d'enseigner. Et du coup comme vous êtes quand même tous issus de fac différentes, je voulais savoir qu'est-

ce que vous pensiez de votre formation pendant l'externat, c'est-à-dire le 1^{er}-2^e cycle, par rapport à la formation des internes de médecine générale à Lyon, qu'est ce qui diffère ?

D1 : D'accord.

D6 : Donc je rejoins complètement D2 sur le fait que les cours qu'on a quand on est en stage chez le prat', donc qu'on a en 4^e et 5^e semestre, ils sont très intéressants mais ils pourraient être là dès le premier semestre et ce serait peut-être une manière de faire la transition entre des cours qui sont plus de l'horizontal vers le vertical, c'est peut-être pas très français mais...

D1 : Ils sont obliques ! (Rires)

D5 : Et sur la 2^e question, sur la formation pendant l'externat, ce que je réalise maintenant, mais maintenant que je suis interne, c'est qu'elle est pas du tout centrée patient. Hors ça c'est vraiment une approche intéressante qu'on pourrait plus travailler pendant l'externat. Notamment en stage en faisant plus de réflexion sur des cas, peut être en groupe ou des choses comme ça. En tout cas la notion d'approche centrée patient qu'on découvre en médecine générale, elle est je pense intéressante et elle devrait arriver plus tôt.

D1 : Moi je pense qu'une des raisons pour lesquelles ce n'est pas fait avant -je suis d'accord avec toi hein bien sur- c'est principalement parce qu'on n'a pas bien le temps en CHU et je sais bien qu'à ... -moi je suis externe de tel endroit- et j'ai eu la chance de faire des stages en périphérie et les hôpitaux ont eu la bonne idée pour promouvoir le CHU de fermer ces stages, chose que je trouve peu adaptée. Je trouve que les externes devraient plus avoir la possibilité d'aller en périphérie, où les médecins ont plus le temps de s'occuper des externes, ont une approche aussi plus détendue, et où la transversalité finalement y gagnerait beaucoup dans la formation de l'externe.

D4 : En ce qui concerne le 2^e cycle, plus pour la partie théorique qu'à l'hôpital, heu j'en ai très peu de souvenirs parce que j'y suis presque jamais allée. Parce que je trouve que c'était un petit peu dénué de sens, et que ça n'apportait pas grand-chose de lire des diaporamas à longueur de journée pendant des années. Et j'étais contente de sortir de ça à l'arrivée en 3^e cycle, mais pour autant abandonner totalement le biomédical du jour

au lendemain, j'ai trouvé ça un petit peu frustrant.

D2 : Je suis d'accord avec D4, après c'est difficile je trouve de passer d'une approche presque « centrée ECN » et très heu QCM, questions, des choses très précises et qu'on sait qu'elles ne nous seront pas très utiles par la suite, à une approche centrée patient, le pratique, les choses qu'on va faire plus tard quoi. Et il y a vraiment une marche et c'est vrai qu'au début c'est pas facile.

D3 : Je pense quand même qu'au début on a besoin de ce socle qu'on apprend pendant le 2^e cycle. Et moi j'aurais du mal à avoir une approche globale du patient, sans connaître les pathologies, les traitements. Je pense que même si dans l'idée il faut prendre en charge de manière globale son patient, quand on a ces problèmes, si on n'a pas le bagage pour, c'est impossible.

D6 : Moi c'est juste pour rebondir sur ce que disait D4, peut-être qu'on ne va pas beaucoup en cours en 2^e cycle parce que justement on travaille les ECN et c'est tout. Mais je trouvais que nous, nos cours -enfin je faisais partie des 5-6 à aller en cours - et heu c'était beaucoup plus intéressant que ce qu'il y avait dans les bouquins. Mais le problème c'est que ce n'est pas ce qu'on nous demande à la fac.

D3 : Je valide complètement ce que tu dis, je fais partie aussi des 5 personnes qui allaient en cours à la fac. Et de la même manière il y a des choses qu'on m'a apprises, qui m'ont jamais servi pour l'ECN mais qui m'ont servi après dans ma pratique.

D5 : Tu posais une question sur les attentes qu'on avait de l'enseignement en médecine générale, ben j'en avais pas. Parce que je savais pas, enfin, on parle pas de médecine générale à l'externat, sauf pour te dire « si tu rates tu vas être médecin généraliste », heu et donc l'enseignement de médecine générale, je sais pas. Je sais pas ce que je vais apprendre. Et peut-être que la marche qu'on avait évoqué tout à l'heure entre le 2^e et le 3^e cycle en terme d'enseignement elle serait mieux vécue par les internes si on savait que ça allait arriver. S'il y avait une promotion de la médecine générale, et de l'enseignement de la médecine générale quand on était externe, qu'on nous présentait « c'est ça qui va se passer, c'est ça que vous allez faire c'est ça que vous allez apprendre » c'est peut être le premier pas qu'on peut faire. Parce qu'évidemment l'approche centrée patient, au moins en partie pendant l'externat ce serait quelque chose qui serait bénéfique, je pense que c'est un but à avoir mais que c'est très compliqué à mettre en place. Par

contre faire de la promotion, faire de la com' sur comment ça se passe après, les objectifs, tout ça c'est peut-être plus faisable dans un premier temps.

D1 : Là où je te rejoins beaucoup c'est que dans les enseignements qu'on a en 2^e cycle, en tout cas c'était le cas à [tel endroit] et je pense que c'est un peu pareil partout, les médecins généralistes sont très peu impliqués en tant qu'enseignants. C'est en train apparemment un peu de changer parce que le DMG est quelque chose d'assez jeune, mais ça gagnerait clairement à être plus représenté comme organe de la médecine. (silence)

I : Est-ce que quelqu'un a quelque chose à rajouter ?

D1 : Je voudrais juste savoir si tu as prévu dans une prochaine question de parler du stage de médecine générale en 2^e cycle ?

I : Non.

D1 : Est-ce que c'est le moment d'en parler ?

I : Vas-y !

D1 : Moi, bon, puisqu'on parle de la formation de médecine générale, je pense qu'il est important qu'on parle du stage justement de médecine générale qu'on n'a pas tous eu. Je crois qu'à tel endroit justement c'était très facultatif de par ce que j'ai compris. C'est assez paradoxal avec ce que j'ai dit juste avant mais je suis pas certain qu'il soit très utile ce stage de médecine générale. Moi j'ai constaté pendant mon cursus que beaucoup le prenaient en dernière année pour pouvoir ne pas y aller, ou y aller vraiment très peu et travailler leurs ECN à côté. Et je trouve que les attentes de ce stage par rapport avec ce que les formateurs nous demandent, sont décalées avec la réalité. Moi on m'a demandé « Est-ce que ce stage t'a donné envie de faire de la médecine générale ? » c'est la question principale qu'on m'a posé à la fin de ce stage, je pense que c'était déplacé.

D5 : Je suis d'accord avec ta conclusion : c'était que le but du stage doit pas être de faire de la promotion de la médecine générale, ça n'a pas de sens. De là à dire que ça sert pas, faut peut être juste réorienter l'utilité. Et justement en impliquant plus les professeurs de médecine générale et les enseignants dans le second cycle, en y insérant des cours de médecine générale, peut être que justement il y aura un rapprochement entre les cours et le stage qui le rendra d'autant plus intéressant. Et ensuite, moi j'étais à

tel endroit, le stage était en D2, donc en 3^e année, donc l'option « je le prends pour pas y aller » était beaucoup moins importante puisqu'on n'était pas encore en mode « bachotage » en D2, du moins dans ma fac. Après, c'est aussi la question de comment tu l'insère dans ton cycle de stages.

D4 : S'il y a un module « néphro » à l'ECN pourquoi il y aurait pas un module « médecine générale » à l'ECN théorique ? Où on aborderait le genre de question qu'on n'aborde pas du tout en deuxième cycle, pourquoi ça pourrait pas faire partie intégrante des ECN ?

D3 : Je pense qu'aussi l'intérêt du stage de médecine générale c'est que des futurs spécialistes découvrent un peu quand même ce que c'est. Pour se rendre compte des difficultés et puis heu... des difficultés oui, entre autres.

I : Est-ce que quelqu'un a d'autre chose à dire ? Non ? Bon on va passer au vif du sujet, enfin là on va partir sur une notion qui est un peu plus spécifique, on va parler des compétences si vous voulez bien. Alors pour vous une compétence qu'est-ce que c'est et comment vous la définiriez ? Ça c'est la première question. Et est-ce que vous faites ou pas une différence avec une capacité ou une habileté ? Parce qu'on a parlé de l'approche centré patient, de l'enseignement vertical/horizontal est-ce que pour vous vous faites un lien avec les compétences ?

D1 : Tout ça c'est très théorique. Savoir quelles capacités, quelles compétences on a développé dans quelles situations, honnêtement, je vois pas l'intérêt. Je veux dire, j'aurais pas mieux progressé ou plus progressé parce que je me serai dit « tiens, j'ai augmenté mon approche globale/complexité ! » et le lien entre les capacités, les habiletés et les compétences, c'est un continuum pour moi. Donc faire une séparation entre les trois quelque part pour moi c'est presque un non-sens.

D6 : Je rejoins assez D1, la seule compétence que je pourrais citer c'est l'approche centrée patient, les autres, je les ai oubliées et heu chaque fois qu'il faut que je remplisse un truc du portfolio il faut que je re-regarde dans les exemples qu'est-ce que c'est une capacité, qu'est-ce que c'est qu'une habileté et qu'est-ce que c'est qu'une compétence. Enfin c'est pas intuitif pour moi.

D3 : Pour moi l'habileté c'est un truc technique, la capacité il y en a plein dans

une compétence. Voilà ça s'arrête là je pense ce que je sais (rire). Je sais qu'il y a dans le portfolio un petit tableau des compétences, et des lignes en face qui sont les capacités, enfin je crois.

D5 : A titre personnel au niveau où j'en suis dans mon internat je rejoins tout ce qui a été dit. Enfin, je suis incapable de citer pile poil les définitions de habiletés, capacités et compétences mais à chaque fois qu'on me le réexplique je me dit « y'a un truc dans ce concept, y'a un truc intéressant ! ». Je pense encore une fois que le changement de pédagogie a été trop rapide : entre toute l'approche par compétences maintenant avec leur enseignement vertical. Et vraiment, c'est tout nouveau pour tout le monde, et que les enseignants ils commencent à se l'approprier petit à petit, à vraiment être à l'aise avec. Mais heu comment dire ? C'est pas fluide encore, ils arrivent pas trop à nous transmettre l'intérêt de la chose. Alors que j'ai l'impression que ça peut être intéressant, que ça peut être un bon outil pour l'auto-formation, justement si on arrive à s'analyser là-dessus. Après on est tellement pas habitués à l'autoformation, on est tellement pas habitués à se faire un auto-feed-back et à se dire à la fin de la journée « Bon bah là j'en suis là, comment j'ai progressé ? » enfin c'est quand même rare de se poser et de réfléchir tout seul aux difficultés qu'on a eu dans la journée. Au pire, on va chercher un truc biomédical sur internet, enfin en général. Et ça amène une remise en question qu'on n'a pas forcément l'habitude, et c'est pour ça à mon avis que c'est difficile de se l'approprier tant qu'on n'arrive pas à, comment dire, à mettre ça dans les mœurs. Mais à mon avis y'a un travail de fond long avant que ce soit fluide.

D3 : Je te rejoins complètement à posteriori on va dire. Parce qu'effectivement, je suis hyper fière quand je rédige une GEP de pouvoir mettre qu'elle fait partie de prévention machin je me dis « Ca y est quoi, je vais être médecin généraliste ! » c'est surtout à ça que ça me sert en fait, à me rendre compte que j'ai progressé sur certaines choses qui sont plus propres à la médecine gé.

I : Donc là tu nous cites un exemple très précis hein, de comment est-ce que la compétence est un outil pour toi. Alors effectivement, D1 toi tu dis que c'est pas le genre de chose qui t'aide. Est-ce que vous auriez d'autres exemples comme ça qui enfin... Excusez-moi j'essaie d'être compréhensible... Est-ce que, donc... Effectivement vous avez une définition qui, pour certaines sont différentes, chacun

à sa manière de percevoir les compétences et chacun a sa manière de l'utiliser. Et du coup je voulais savoir, tu parlais de la compétence prévention etc, tu dis que c'est une compétence qui est très importante en médecine générale. Est-ce que vous avez en tête des compétences comme ça qui vous semblent importantes en médecine générale ?

D1 : Alors je pense que j'ai rien compris aux compétences, parce que pour moi des compétences il y en a 6 je crois, pas une de moins, pas une de plus, je crois, c'est le principe de la marguerite. Et en fait je pense que ce qui bloque c'est le principe de la marguerite, parce qu'en fait les médecins généralistes qui nous enseignent la marguerite des compétences on leur a montré le schéma, on leur a dit « regardez la marguerite des compétences il y a quatre pétales, il y a un grand truc autour, il y a un pistil au milieu ! » et on a pas du tout dit à quoi ça servait ! Je pense que personne n'a compris à quoi servait la marguerite des compétences et partant de là on peut pas parler de compétences qui nous sont utiles, etc., enfin là...

D3 : Moi mon tuteur il m'a bien expliqué ! T'as pas de chance (rires)

D1 : J'ai peut-être pas eu de chance. Je me souviens avoir eu une formation, hein, par rapport à la marguerite des compétences mais....

D3 : Moi c'est vraiment mon tuteur en fait qui m'a expliqué.

D5 : Je pense qu'il y a un problème avec cette histoire de marguerite, en fait à partir du moment où on dit marguerite, tout le monde est bloqué ! Enfin je veux dire c'est infantilisant le fait de, dire heu « marguerite » ! Enfin en tout cas c'est ressenti comme ça et c'est à mon avis pour ça qu'il y a un gros blocage quand on parle de marguerite on te fait un dessin. Enfin, on ne comprendra pas mieux quoi, alors je pense qu'il faut arrêter de parler de marguerite. Approche par compétence, en plus ça fait plus professionnel voilà, et je pense que ce lèvera certains blocages.

D1 : Je pense que le nombre de compétences, enfin après peut être que c'est la volonté du DMG mais de garder que ces compétences.

D5 : Je pense que ça a été étudié cette histoire de compétences générique, ce nombre de compétences, même si effectivement on sait pas d'où ça sort mais... mais après il y en a peut-être d'autre effectivement, je sais pas.

D4 : Effectivement je rejoins D5, sur cette histoire de marguerite, c'est assez dommage parce que tout le monde connaît son existence, mais personne ne connaît son contenu. Moi par exemple je sais qu'il y a le mot professionnalisme dedans il me semble mais par contre je sais pas ce que ça veut dire. Je sais pas à quel moment dans mon travail le soir je peux me dire « Oh là vraiment, j'ai vraiment été très professionnelle aujourd'hui » (rires du groupe) et c'est assez dommage parce que ça me parle vraiment pas.

D3 : Si tu avais mon tuteur, tu aurais un tableau ... C'est vrai que mon tuteur il nous avait partagé un tableau où tu as les compétences et en face les capacités c'est beaucoup, beaucoup plus clair ! Et je crois que c'est ce qui va être plus tard notre grille d'évaluation, enfin c'est ce qu'il nous dit.

D5 : Cette grille-là elle est dans le portfolio, qui explique tous les trucs, mais il faut aller la chercher parce que c'est un document qui fait 12 000 pages.

D1 : Je voudrais juste savoir si on va avoir des questions spécifiques sur le portfolio ?

I : Non mais vas-y c'est le moment !

D1 : J'espère que le portfolio va disparaître ! (Rires du groupe) Et j'espère que les thèses qui sont en cours sur l'intérêt des internes en médecine générale sur l'utilisation du portfolio porteront ses fruits ! (Rires du groupe)

D4 : Je suis pas très d'accord avec toi D1 parce que pour avoir essayé de remplir mon portfolio, j'y ai trouvé mon intérêt : j'ai trouvé intéressant de le faire et je pensais pas y trouver autant d'intérêt. Je pense qu'on a tous l'impression que c'est quelque chose de complètement débile et inapproprié etc., mais par contre je trouve qu'effectivement là pour le coup l'auto-formation elle est assez stimulée quand tu fais l'effort de mettre par écrit et de mettre en ordre tes idées sur les situations que tu as rencontrées et j'ai trouvé que c'était un exercice pertinent.

D2 : Je pense que heu, enfin moi je suis un peu entre vos deux avis, ça me casse un peu les pieds ce portfolio, mais je pense que cela pourrait être un peu plus intéressant s'il y avait un réel feedback avec nos tuteurs, ce qui normalement devrait être le cas car on est censé mettre ça en ligne sur un drive, et qu'ils puissent regarder ce qu'on met. Je sais

que mon tuteur il a jamais été regarder ce que j'ai mis, et c'est vrai que ça pourrait être intéressant s'il regardait de temps en temps et qu'il nous disait « Bah là heu peut être faudrait que tu réfléchisses différemment ou quoi » là je trouve que ça pourrait être intéressant le portfolio, dans le sens où ce serait un vrai tutorat par le tuteur, individuel. Bon après ça requiert du temps ça c'est sûr ! Mais pour moi ça aurait un intérêt comme ça, sinon je trouve ça vraiment difficile de s'astreindre à le remplir au fur et à mesure sans aucun regard dessus jusqu'à la fin.

D5 : Je suis d'accord mais il y a effectivement certains tuteurs qui le font et qui demandent... Soit qui ont directement accès au portfolio, soit qui demandent qu'on leur envoie, soit qui... Moi le mien il a créé enfin je sais plus, un autre drive où on peut lui mettre des situations. Ça fait plusieurs fois qu'on parle des tuteurs, le problème c'est qu'il y a une variabilité très importante entre les tuteurs et entre les différentes compétences qu'ils peuvent avoir en termes dede pédagogie (rires du groupe), en termes de soutien pédagogique, c'est ça le terme.

D1 : Attention, qu'ils ne le prennent pas comme ...Moi de mon côté, je ne sais pas si c'est un sentiment partagé, mais je suis très content d'avoir un tuteur, hein. Ne serait-ce que pour ne pas avoir à travailler sans filet.

I : Du coup, vous avez bien parlé des compétences, dans certains autres groupes, ils citaient comme heu... Enfin j'ai l'impression que vous étiez relativement unanimes pour dire que les compétences c'était celles de la marguerite des compétences, pas plus pas moins. Dans certains autres groupes ils citaient heu « le réseau » ou heu « la formation qu'il acquéraient pendant l'externat ». Alors du coup moi je voudrais savoir est-ce que parfois vous arrivez à individualiser des compétences qui sortent de cette marguerite ? Et si oui est-ce que vous pouvez m'en citer ? Et ensuite est-ce que le DES de médecine générale il vous apporte des compétences, mais est-ce qu'il vous apporte pas aussi autre chose ? Est-ce que tout dans votre formation en fait peut être regroupé sous forme de petites compétences qu'on met dans la marguerite ou est-ce qu'il y a des choses que vous trouvez inclassable ? Que vous retrouvez pas dans les compétences mais qui restent un plus, un acquis que vous avez.

D5 : Juste pour rebondir sur les exemples que tu as cités, alors je suis pas hyper à

l'aise avec la notion de compétence mais il me semble que les connaissances qu'on a qui viennent de l'externat ce sont des outils qui sont inclus dans une compétence, de ce que j'ai compris du schmilblick. Voilà c'était tout ça. Après j'ai pas identifié d'autres choses à proprement parler, mais j'y ai jamais trop réfléchi heu... à s'il y avait d'autres choses à côté.

D1 : Je te rejoins tout à fait sur cette proposition, puisque la compétence réseau que tu citais peut tout à fait être incluse dans la compétence professionnalisme, voilà ce qu'on peut mettre dedans ! (rire) Le problème, c'est que ça peut aussi être inclus dans l'approche globale puisque le réseau c'est qu'on travaille avec d'autres professionnels, donc on travaille avec transversalité. En fait tout ça pour dire que la compétence on y met rarement une seule chose, une seule compétence, le principe même de tout ça c'est que c'est censé être transversal.

D6 : Je te rejoins assez, je trouve en effet que mettre dans des cases bien individualisées ça peut aider comme outil, mais c'est vite heu...allergisant, enfin je sais pas trop comment dire...

D1 : Voire contre-productif à mon avis ! [Silence]

I : Ok, donc vous voyez ça en fait comme un ensemble assez fluide qui regroupe tout un tas de ... La marguerite quelque part c'est quelque chose de très malléable où on peut mettre tout un tas d'outils en fonction de comment vous percevez les choses et de comment vous avancez.

D5 : Alors il me semble qu'il devrait l'être en effet... (rires du groupe) Voilà c'est tout.

D1 : Par ailleurs tu demandais si on n'avait pas pensé à d'autres compétences, etc., alors peut être que j'ai rien compris, moi tel qu'on me l'a vendu quand on m'a expliqué le principe des GEP en fait c'est qu'il ne faut pas créer de nouvelles compétences, il faut rentrer dans ces petites cases. On se débrouille, on rentre dans plusieurs cases, mais il faut pas en créer en plus.... Voilà. C'est ce qu'on nous demande, en tout cas c'est ce que j'ai compris qu'on nous demandait.

D4 : Une fois qu'on a réussi à savoir dans quelle compétence on rentrait, je comprends pas bien heu... à quoi ça va nous servir après. Heu, j'arrive pas à comprendre.

D6 : Moi je suis pas tout à fait d'accord là-dessus, les quelques fois où j'ai bien utilisé le cadre marguerite des compétences, etc., notamment pour le RSCA, je trouve que le fait de réfléchir à quelle compétence on a développé, ça aide à voir quels sont les progrès qu'on a fait, à se dire « Voilà je suis en train de devenir médecin » après c'est peut-être trop carré en fait, enfin trop « cases ».

I : T'avais un truc à dire D3 ?

D3 : J'allais dire la même chose que D6 en fait.

D1 : Moi je trouve qu'il y a quelque chose qui m'a beaucoup aidé à voir les progrès que je faisais en dehors de la marguerite des compétences, c'est le tutorat junior. Ça m'a beaucoup aidé, j'ai vu justement en voyant des internes de premier semestre, que j'ai vu une fois, et que je reverrai bientôt là, bah j'ai vu qu'effectivement j'avais fait un gros bout de chemin. Et rien qu'en repensant à mes premiers stages heu, le fait de penser en compétences ne m'aide pas particulièrement, c'est juste la globalité qui me montre le chemin parcouru.

I : Donc D1 là tu disais que autre... que... enfin ailleurs que la marguerite des compétences, toi ce qui t'avais permis d'acquérir, voilà un certain plus, sans forcément parler de compétences, c'était le fait d'avoir été tuteur junior. Et du coup voilà je voulais savoir chacun de vous comment est-ce que vous arriviez à construire vos compétences ou vos habiletés.... Donc heu toi tu disais « j'ai réussi à progresser grâce au tutorat junior » comment est-ce qu'on devient compétent en fait ?

D1 : Alors non, non...

I : Pardon

D1 : J'ai pas réussi à progresser parce que je suis devenu tuteur junior, j'ai constaté mes progrès...

I : Ah, d'accord, ça t'a permis de mentaliser...

D1 : Mais heu c'est peut-être aussi le but de la question, je sais pas.

I : Je t'ai mal compris, excuse-moi. Heu j'ai pas été claire ?

D2 : Est-ce que tu peux reformuler la question s'il te plaît ?

I : En fait, comment est-ce que vos compétences elles se construisent en médecine générale d'après vous ? Qu'est-ce qui vous aide à devenir compétent ?

D6 : Je trouve que c'est les réflexions qu'on a avec les maitres de stage ambulatoire, enfin peut être pas pour tous les maitres de stage, mais en tout cas le fait de pouvoir réfléchir à une situation avec quelqu'un qui l'a vécue, réfléchir à ce qu'on a fait, c'est plus formateur, si on fait des vrais débriefs.

D4 : Je pense qu'encore une fois il y a des grosses inégalités de formation entre... dues aux maitres de stage et aux tuteurs et ça c'est quelque chose qui est inévitable.

D5 : Je suis assez d'accord sur le feed-back qu'on peut avoir par les..., par nos pairs, par nos maitres de stage, ambulatoire mais aussi à l'hôpital. C'est le point de départ pour se rendre compte où on en est, et de la réflexion qu'on peut avoir sur nos compétences. Je parlais des hospitaliers, eux ils n'ont pas les compétences de médecine générale, ils ne savent pas ce qu'on attend de nous en médecine générale. Par contre, ils peuvent amorcer une réflexion sur, heu, en nous faisant des réflexions sur notre progression sur où on en est. Le truc c'est d'amorcer la réflexion, parce que spontanément on n'a pas forcément le réflexe de se dire « Ben ou j'en suis ? », je trouve que c'est pas forcément naturel, après ça dépend des gens mais.... Donc heu le truc c'est d'avoir quelqu'un en face qui nous renvoie une image qui nous fasse nous poser la question. Puis après des moyens pour améliorer, ça dépend des compétences, on peut tous s'auto former à droite à gauche, et aller chercher, enfin des connaissances qu'on a pas, enfin prendre des cours de communication ou autres. Enfin après ça, on a chacun des moyens, enfin y'en a des tonnes à disposition si on veut, mais enfin le point de départ c'est ça.

D1 : Je pense que la personne qui est la plus à même de nous renvoyer l'image de nous-même en termes de compétences c'est le patient. Et je trouve que les moments où on est les mieux formés -et ça n'engage que moi, et je trouve que c'est une grosse difficulté de l'enseignement de la médecine et de la médecine générale, parce qu'on a tous des personnalités différentes et des méthodes d'apprentissages différentes- et bah ça a été les phases d'autonomie en fait. Pour moi ce qui m'a vraiment aidé c'est les moments où je faisais le tour du service tout seul, les moments où j'allais voir un patient en garde et que je construisais ma démarche thérapeutique et diagnostique. Bien sûr en la confrontant par la suite à l'avis d'un médecin senior, mais souvent en fait les trois quarts

du boulot sont faits en amont en fait quand on réfléchit face à son patient ou juste après l'avoir vu.

D4 : Je suis assez d'accord avec toi D1. Pour ma part j'apprends beaucoup par mimétisme, je prends ce qu'il y a à prendre, s'il y a pas grand-chose à prendre j'en prends pas beaucoup. Mais dès que je peux j'ai besoin de regarder pour apprendre, et je tire beaucoup. Je pense que je tire des compétences de ça, plus que toute seule, ou alors des compétences différentes. Et pour revenir sur ce que vous avez dit sur ce que peut vous apporter votre maître de stage en débriefant le soir, moi c'est quelque chose que je trouve, enfin que je retrouve en tout cas, avec mon tuteur, en GEP et du coup je... c'est pareil c'est très inégal entre tuteurs, mais j'ai un tuteur qui m'apporte cette ... la sensation un petit peu que vous décrivez en stage. (grand silence)

I : Est-ce que vous avez des choses à rajouter ? Sur la manière de heu... Tu disais D5 tout à l'heure qu'il y avait pleins de choses, que si on voulait être compétent on pouvait s'autoformer sur la communication ou je sais pas quoi. Est-ce vous avez des canaux préférentiels d'auto-formation pour devenir compétents ? Qu'est-ce que vous utilisez en fait pour acquérir un bagage ?

D6 : En fait c'est vrai que cette auto-formation on va la chercher quand on a été confronté au problème souvent, donc quand on réalise qu'il y a quelque chose, qu'il y a un manque de formation. Et du coup, une fois qu'on sait qu'il faut se former sur un truc en particulier, on sait où chercher, et on trouve. Mais le problème c'est qu'il faut déjà, enfin moi il m'a fallu déjà au moins 3 semestres, plutôt 4, voire 5, pour arriver à cette étape. Et heu c'est ce à quoi répond la formation actuelle du DMG je pense, mais il faut déjà le temps que l'on comprenne les manques de, heu le besoin de formation, enfin là où il y a vraiment des manques. Je ne sais pas si c'est très clair.

D4 : Pour enchaîner avec ce que tu dis D6, je pense qu'à un moment donné il faut réaliser que la formation universitaire ne nous apportera pas sur un plateau ce dont on a besoin pour se former. Mais on a besoin d'un temps comme tu dis pour comprendre que c'est à nous d'aller chercher, heu, les choses nous-même et ça c'est la première fois de notre vie que ça nous arrive j'ai l'impression. (rires du groupe) En tout cas, de façon professionnelle.

D1 : Et moi quelque part ça me choque pas du tout qu'il nous faille 3, voire 4 ou

5 semestres. Je serais très étonné de voir un 2^e semestre arriver et dire qu'il est capable de s'autoformer sur absolument tout et n'importe quoi. Je pense que même des médecins généralistes plus ou moins aguerris ont encore des problèmes de ce côté-là. Parce que les problèmes évoluent régulièrement, la médecine évolue tout le temps, ça me choque absolument pas qu'il faille 2 ou 3 ans.

D3 : Peut-être que D2 pourra répondre à ça. Est-ce qu'on se forme pas aussi en 5^e et 6^e semestre parce qu'on est chez le prat', et que justement y'a des choses tellement différentes tous les jours, et qu'on se pose pleins de question, et que c'est justement des trucs pas du tout scolaires ? (D2 acquiesce) Alors que la mycose de « je ne sais pas quoi » on l'a jamais vue en cours, bon c'est pas le meilleur exemple d'ailleurs mais heu ... Alors que les stages hospitaliers finalement on sait qu'on va se former au fur et à mesure du stage parce que ce sera toujours la même chose, et que finalement à la fin du stage on aura vu 311 OAP et que ... Moi c'est pas tant parce que je suis 5^e semestre que je me forme, c'est surtout parce que j'ai un milliards de question et que... Je dois trouver les réponses (D2 acquiesce). Toi qui est 3^e semestre est ce que t'arrives à t'auto-former ? Ou bien est-ce que pour le coup... ?

D2 : Heu bah c'est vrai que heu comment dire, j'ai pas encore en tête de me dire « Bah ca y est là, maintenant, tout de suite, attention je m'auto-forme ! » mais c'est vrai que quand je réfléchis au moment où j'ai l'impression de m'être plus formée, je pense que les stages ambulatoires y sont pour beaucoup. Moi mon premier semestre je l'ai fait en ambulatoire en PMI, et j'ai l'impression de m'être pas mal formée par mimétisme avec les médecins avec qui j'ai été en consult'. Et en fait c'était un peu le fonctionnement du stage prat' dans le sens où c'était en PMI avec différentes phases et là heu j'ai l'impression d'avoir vu ma progression. Et que, du coup, là, c'est un peu pareil maintenant en stage prat', mais c'est vrai qu'à l'hôpital, oui, j'ai pas eu l'impression d'avoir beaucoup de temps, ni d'avoir vraiment des moments où j'ai eu l'impression d'être vraiment dans la formation perso quoi.

D5 : Je pense qu'il y a aussi une évolution au cours de l'internat sur la façon de s'auto-former, car mine de rien même si on s'auto-forme moins au début, je pense que même en stage hospitalier on s'auto-forme. Par contre, les premiers réflexes c'est plutôt d'aller voir le site des collègues des enseignants, etc., pour retrouver les connaissances

qu'on a, et puis petit à petit on se rend compte que c'est bien mais que ça suffit pas. Je pense que c'est aussi le stage en médecine générale, si on veut faire un lien avec les compétences je pense. En hospitalier, du moins c'est l'impression que j'ai, on a plus besoin de connaissances et d'habiletés, de choses techniques, de choses concrètes, que de compétences vraiment qui prennent en charge des trucs plus complexes. Donc quand on se retrouve en stage prat' en ambulatoire, là ça mobilise des choses qu'on n'a pas l'habitude de gérer, et donc c'est pas le collègue de rhumato qui va nous dire comment faut gérer la chose. Et donc, je pense que ça évolue aussi à partir de ça. Et puis il y a une maturité à avoir et c'est toujours cette espèce de transition entre l'enseignement vertical, qu'on essaie de rechercher dans nos premières auto-formation en disant « bah les sources que je connais c'est le collègue, les recos, tout ça », et puis après apprendre à vraiment s'auto-former efficacement... En faisant des FMC, en faisant des MOOC, en faisant des j'sais pas quoi, en faisant des groupes de pairs, en faisant enfin j'en sais rien mais ça dépend des situations. J'ai dit assez de mots clefs ! (rires)

D1 : Je voudrais rebondir sur quelque chose qui a été dit, je crois que c'est toi D3 qui l'a dit, l'auto-formation elle est nourrie par notre questionnement, ça je suis tout à fait d'accord. Et notre questionnement je trouve qu'il devient bien plus légitime dans nos esprits en fin de cursus plutôt qu'en début d'internat. Je trouve que pendant l'externat ou pendant le 2^e cycle, on n'est absolument pas formés à ne pas savoir, à accepter de ne pas savoir. Et que du coup on perd cette faculté à dire « mais pourquoi ?! ». Y'a des choses on les sait pas et on n'accepte pas de ne pas savoir, on pense que c'est juste qu'il nous manque la connaissance ou qu'il nous manque la compétence, nan ! Y'a juste des choses qu'on doit construire nous-même, c'est pas à nous d'aller les chercher de ce côté-là. Et nous du coup en ce moment vu qu'on discute vachement de nos thèses etc., je m'aperçois qu'il y a beaucoup de gens qui n'arrivent pas à trouver un sujet de thèse, alors qu'en médecine générale, on a la chance de ne pas être limités dans nos sujets, parce que justement j'ai l'impression qu'ils ont perdu cette capacité à accepter de se questionner. Et peut-être en ce sens, effectivement, peut-être, mais ce n'est pas mon cas, peut-être que la marguerite des compétences aide certaines personnes à se poser des questions. Je sais pas, j'ai pas la réponse, c'est une question.

D5 : Je suis assez d'accord sur ton analyse de la toute-puissance médicale qu'on doit avoir à l'ECN, puisque, parce que, bah à l'ECN les gens qui vont pouvoir répondre

à des questions ils ont l'impression que c'est ça la médecine. Et je suis d'accord avec le fait qu'ensuite il faut réapprendre l'incertitude en médecine générale, savoir gérer ça. Et effectivement on redevient, on essaie de redevenir humble après quoi, pas facile. (silence)

I : Est-ce que quelqu'un a quelque chose à rajouter ? Alors, je suis désolée hein, je vais vous occire... A propos de l'approche par compétence, qu'est-ce que vous connaissez du cadre théorique de votre formation ? D'où vient l'approche par compétence ? Pourquoi est-ce qu'on a décidé de se dire « tiens pendant le DES de médecine générale on va utiliser le concept d'approche par compétence, plutôt qu'on enseignement descendant, plutôt que complètement autre chose ? » Voilà est-ce que ça vous parle ce cadre théorique ? Et qu'est-ce que vous savez dessus ?

D3 : Ça vient pas de [tel endroit] ? (rires du groupe) qui est je pense la fac ou on laisse le moins de liberté aux internes. Enfin, c'est ce que je pense.

D5 : Heu il me semble que toutes les innovations pédagogiques actuelles viennent du Canada, mais c'est la seule notion que j'ai. Que là-bas ils sont beaucoup plus « approche horizontale », et d'ailleurs... Pas qu'en médecine en fait, mon frère fait complètement autre chose là-bas et ils sont beaucoup plus à faire des recherches de leur côté, à apprendre eux même leurs savoirs, les devoirs qu'ils ont... En fait ils leurs envoient les sujets 3 semaines à l'avance, et il faut qu'ils se démerdent pour faire un truc costaud chez eux quoi, avec des recherches. Enfin il me semble que la philosophie vient de là-bas. Ensuite le concept des compétences en lui-même, j'en sais rien.

D1 : Effectivement, moi j'en ai entendu parler pendant mes études, je crois que c'était en première année, on nous avait parlé justement de pédagogie et on nous avait expliqué que les nord-américains, canadiens ou états-uniens hein, je sais plus, avaient justement introduit ce concept d'enseignement par l'apprenant et non pas par l'enseignant. On nous a parlé d'approche centrée sur l'apprenant, de renverser les cours magistraux etc... Ce qui arrive petit à petit en France au cours des enseignements dirigés, on voit nos tuteurs, on voit ... la façon, enfin le questionnement a changé. Bon pas aux ECN bien sûr, mais le questionnement global, la validation des compétences a changé. Après les compétences du coup telles qu'on en parle depuis tout à l'heure, bah y'a sûrement dû avoir des études sur tout un tas de choses. Oui, c'est vrai que D5 me le souffle, il me semble qu'il y avait eu la notion, enfin mon tuteur de stage m'avait dit qu'il

y avait un interne qui avait fait une thèse là-dessus pour la valider. Alors quand est-ce qu'elle a été faite cette thèse je sais pas et, est-ce qu'elle a été publiée, oui j'imagine dans la revue Exercer. Après j'ai pas plus de... pas plus de notions là dessus.

D6 : Moi j'avais la notion ouais que c'était une thèse qui avait été publiée dans la revue Exercer : genre que ça doit avoir peut-être 5 – 6 ans, enfin quelque chose comme ça, enfin pas tellement plus. Et d'où ça vient, alors je sais pas, mais si ça venait d'une réflexion d'interne chaque année, enfin si c'était par groupes d'internes à partir de situations, si on tirait nous même les compétences qu'on doit avoir, peut-être qu'on se les approprierait mieux, enfin on les comprendrait mieux si ça venait de situations réelles en fait.

D5 : Quand j'évoquais la thèse, j'en sais rien du tout, c'est une idée, c'est souvent que les évolutions pédagogiques elles viennent de travaux de recherche par les étudiants. Par contre ce qui est sûr c'est que le Portfolio a été mis à jour à Lyon par une thèse, pour l'approche par compétences, je sais pas.

I : Alors du coup, pour aller un peu avec ce que tu disais D6, comment-est-ce que l'approche privilégiée par la faculté, qui est l'approche par compétences, elle vous rend compétent selon vous ? Alors ça on en a déjà un peu parlé, mais quelle légitimité pédagogique ils ont ? Quelle efficacité cette approche elle a ? Enfin voilà, quels sont les bénéfices et les limites de cette approche, par rapport par exemple à celle que vous avez pu connaître en premier et deuxième cycle ? Est-ce que vous voulez revenir un peu dessus, est-ce que vous avez des choses à ajouter, notamment au niveau des limites ?

D6 : Enfin je sais pas trop mais les compétences, en soit elles sont pertinentes. Enfin on les découvre par nous-même, enfin on les comprend à un moment, et peut être que c'est parce qu'on les découvre nous-même et que « Ouais en fait elle existait déjà ! », et heu moi j'ai pas l'impression qu'on m'ait dit une compétence et que je l'aie appliquée, mais plutôt que j'ai développé cette compétence et que je me suis « Ah ouais tiens elle existe ! ». Je me suis mise ensuite dans une case « Celle-là c'est bon c'est coché ! », enfin je le vois comme ça.

D5 : Il me semble que c'est un peu l'esprit du truc, enfin on te dit pas « il faut que tu fasses telle et telle compétence. Enfin l'idée c'est vraiment, enfin je pense, qu'on soit

centré sur l'interne, sur sa façon d'apprendre et que lui il progresse au fur et mesure. Que ce soit plus, quelque chose d'accompagnement. Après pour les limites, on en a déjà pas mal parlé, mais c'est une histoire d'appropriation, par les enseignants, y compris les tuteurs, et par les internes. Je sais qu'ils vont mettre en place des formations pour les premiers semestres sur le Porfolio ou peut être l'approche par compétences, je sais plus. Alors je sais pas si vous avez prévu de continuer les focus group jusqu'à ce qu'ils aient eu cette formation, mais peut être que ça peut être intéressant pour avoir un feedback (rire). Désolé si ça ouvre la saturation des données. Et voilà, on a déjà pas mal parlé je crois des limites.

D3 : Je pense que c'est plutôt pas tant un moyen d'autoformation mais plutôt d'évaluation.

D5 : Qui amène à l'autoformation !

D3 : Stop !! (rire)

I : Ok, donc là je vous avais déjà posé la question dans un premier temps à savoir qu'est-ce que le DES peut vous apporter d'autres que des compétences. Vous aviez déjà partiellement répondu, est-ce que à l'issue de la réflexion qu'on a eue il y aurait des nouvelles idées, là, qui émergeraient ?

D6 : Est-ce que tu peux reformuler la question ?

I : Alors en fait, on se pose la question, alors on y avait répondu dans un premier temps,... J'ai l'impression que pour une partie d'entre vous on arrivait à mettre toutes nos habiletés, le savoir-faire, et le reste dans les compétences de la marguerite des compétences. Est-ce que là à l'issue de la réflexion qu'on a eue vous voyez des choses qui seraient toujours inclassables ? Ou est-ce que une formation qui s'articulerait autour de la marguerite des compétences et ou on pourrait tout mettre c'est pertinent pour vous ? Tout en sachant que voilà il faudrait qu'elle soit un peu plus souple comme vous le disiez.

O : Une autre façon de reformuler la question ça peut être « Est-ce qu'on peut tout modéliser sous forme de compétences ? »

D1 : Oui ! Par contre est-ce que ça a un intérêt ? La question est autre. La

reformulation du coup je la n... un peu, je suis désolé. (rires du groupe)

D5 : Pour rebondir sur ce que disait D3, la marguerite c'est plus quelque chose, nous on s'en sert plus comme auto-évaluation. Donc, pour l'instant, enfin j'ai l'impression que c'est le cas ici mais... On se l'est pas assez appropriée pour dire « Dans tous les domaines de ce que j'apprends, j'utilise la marguerite ». Si jamais on l'utilise pour regarder ce que l'on a fait on se dit « Oui tiens je pourrais l'utiliser à tel endroit ». Et donc je trouve que c'est difficile de répondre à votre question, parce que on n'a pas... c'est pas assez ancré en nous cette histoire de compétences, tout ça. Et que du coup ben se dire « est-ce que je pourrai modéliser d'autres choses » sachant qu'on sait pas exactement, en tout cas moi c'est ce que je fais dans la vie de tous les jours, qui correspond à quelle compétence, c'est un peu compliqué. (silence)

I : Ok, alors au tout début vous aviez une idée intéressante (rire), non mais on repart au tout début là c'est le concept.

O : Oui, c'est la conclusion en fait

I : Oui, vous disiez qu'il fallait pour améliorer le DES avoir quelque chose de plus structuré : il y avait la place prépondérante des tuteurs, les cours aux premiers semestres qu'on aurait pu modifier, le fait que voilà on n'ait pas d'attentes en médecine générale parce qu'on est pas formés à ça. Et du coup, donc vous aviez apporté tout ça comme réflexion, et on voulait savoir quelles étaient vos propositions. Voilà, savoir si vous aviez des choses concrètes pour améliorer notre formation dans le DES. N'importe lesquelles hein, que ce soit sur la formation, en hospitalier, enfin....

D6 : Justement sur l'hospitalier, je crois qu'il y a déjà une réflexion là-dessus, mais heu comme les compétences attendues en hospitalier sont pas du tout les mêmes que celles attendues en médecine générale, mais qu'on passe quand même en premier en hospitalier, pour l'instant. Bah le fait de faire prendre conscience au monde hospitalier des compétences attendues pour les médecins généralistes, enfin en gros si nos profs à l'hôpital sont conscients de ce qu'on attend d'un médecin généraliste, et de nos compétences autres que les connaissances biomédicales ça peut être intéressant.

D3 : C'est une super bonne idée, je pense ! Oui pas forcément nous caler à des

endroits où on va faire des choses hyperspécialisées, et pas intéressantes pour nous.

D4 : De leur côté les enseignants de médecine générale ne connaissent pas non plus ce qui se passe à l'hôpital, et sont parfois en décalage avec la réalité de l'hôpital. Donc on a d'un côté des professeurs à l'hôpital qui ne connaissent pas la médecine générale, et on a de l'autre côté des professeurs de médecine générale qui ne comprennent pas bien ce qui se passe à l'hôpital, et ce décalage il est problématique.

D6 : Faut qu'ils fassent des stages en fait, que les médecins généralistes, que nos MSU fassent des stages en CHU et que les professeurs de CHU fassent des stages prat' !
(rires du groupe)

D5 : Je trouve effectivement que c'est intéressant que les maitres de stage hospitaliers soient au courant de ce qui se passe en médecine générale. C'est déjà dans les papiers du CUMG qui organise théoriquement des formations aux maitres de stage hospitalier, sur l'approche par compétences, sur ce que c'est qu'un interne de médecine générale, tout ça quoi. En plus il leur envoie des newsletters il me semble assez régulièrement, de qu'est-ce qui se passe au CUMG, tout ça. Après c'est une histoire de comment toucher vraiment les médecins hospitaliers qui, en tout cas dans leurs esprits, n'ont pas que ça à faire. Et qui pensent que c'est pas si différent que ça, et puis qui dans leur esprit, l'hypertension à l'hôpital ou en ville c'est la même chose. Et puis ils ont tellement pas accès à ce qui se passe vraiment en médecine générale, on leur dit « Venez on va vous montrer comment ça se passe en médecine générale » et ils disent « Bah je sais ! ». Donc je pense que c'est pour ça qu'ils n'ont pas... Enfin il me semble qu'ils n'ont pas eu beaucoup de succès avec leur formation jusqu'ici. De ce que j'ai su.

D3 : Quelle formation ?

D5 : Bah ils ont mis en place une formation pour les maitres de stage hospitalier sur Après j'ai pas de vrais retours sur ce que, voilà...

I : C'était un peu biaisé dans la mesure où les hôpitaux avaient envoyé tous leurs sbires pour faire genre « Regardez on est là ! Comme ça vous nous laissez nos postes d'internes parce que y'en a un qui est venu à la formation, et maintenant on sait tout ! » Du coup il y avait beaucoup de monde, à la fin tout le monde était ravi, voilà, après...

D1 : Je pense que les choses du côté hospitalier ont beaucoup évolué sur les 30 dernières années, leur formation a beaucoup bougé. Ils sont beaucoup plus sensibles à la transversalité. Je trouve qu'on entend de moins en moins le fameux message qu'on se véhicule « Oui si vous travaillez pas vous finirez médecin généraliste dans la Creuse », il y a beaucoup moins de tares de ce côté-là. J'ai l'impression que les mentalités évoluent, et le principe d'une mentalité c'est d'être une habitude, et donc d'être très, très longue à évoluer. Déjà de base il faut continuer à faire ce qui est fait, c'est difficile, on a l'impression de se heurter à un mur, mais à terme, quand je dis à terme c'est pas forcément à très long terme, ça peut aller plus vite qu'on ne le pense, ça pourrait porter des fruits.

D6 : Moi je suis un peu plus pessimiste que toi, tout simplement car les internes actuels de spécialité voient toujours pas ce que c'est que la médecine générale, surement pas pendant leur internat et rarement, voire très rarement pendant leur externat. Et du coup j'ai du mal à avoir comment ils pourraient ... Enfin ils ont pas vu ce que c'était quoi ! Et les mentalités sont encore très différentes, enfin quand tu discutes avec des internes de spécialité, ils sont à des années lumières de nous dans la façon dont ils prennent en charge leurs patients, ils sont très dans les protocoles, et les protocoles il y en a de plus en plus à l'hôpital. Alors du coup peut-être qu'il y a de moins en moins d'approche centrée patient à l'hôpital. Je caricature probablement un peu mais heu, mouais je suis plus pessimiste. Faudrait que les internes de spé fassent un mois en médecine générale ouais tu vois, pour voir comment c'est.

D3 : Je pense déjà ouais faut qu'ils fassent un mois de stage dans leur spécialité en ambulatoire.

D6 : Oui déjà ce serait pas mal !

D3 : Parce qu'ils ont quoi ? 2 poste ou 3 ? Enfin je sais pas.

O : *Est-ce que le problème il vient en fait vraiment de la médecine générale ou juste du secteur ambulatoire en effet ?*

D6 : Nan, nan, nan, en ambulatoire, je suis d'accord, pardon. Parce qu'on a tellement l'habitude d'associer spé et CHU que Mais oui en ambulatoire.

I : Est-ce qu'il a d'autres choses qui vous rendraient le DES de médecine générale plus facile ? Plus agréable ?

D5 : On les a déjà évoquées, tout ce qui concerne déjà l'externat et la mise en place d'au moins tout ce qui va être sensibilisation à l'internat de médecine générale : qu'est-ce que c'est que l'enseignement de médecine générale et comment on le fait. Que les enseignants de médecine générale prennent une part plus importante. Pourquoi ne pas intégrer la médecine générale à l'examen de fin de 6^e année ? Si jamais ça reste l'ECN, penser à un autre truc que l'ECN, je pense que ça aiderait, pas mal de médecine générale aussi, voilà, c'est plus du travail d'abord pour que ce soit plus naturel d'aller vers l'internat de médecine générale.

D1 : Là ce que vont te répondre les professeurs c'est que l'ECN, ce n'est pas l'examen de fin de 6^e année...

D5 : Oui, non mais, heu...

D1 : C'est con mais c'est comme ça. (rires du groupe)

D5 : Non mais heu je disais ça parce que je sais que l'ECN est beaucoup remis en question en ce moment et que y'a beaucoup d'expérimentations qui sont faites pour trouver autre chose et que si les médecins généralistes pouvaient s'incruster dans les réflexions, ce qui est peut-être déjà le cas mais j'en sais rien, ce serait une bonne idée.

D6 : Surtout que l'idée de la médecine générale, enfin des profs de médecine générale, c'est de dire que ça sert à rien d'apprendre comme on apprend comme à l'ECN puisque de toute façon ce sera obsolète au bout de 5 ans, donc heu... Et donc l'idée de formation telle que nous le propose le DMG est, je pense, beaucoup plus intéressante que ce qu'on fait pendant 5 ans malheureusement...

D1 : Alors heu si...

D6 : Non, mais on est obligés de passer par là mais le fait de savoir, quand tu vois par exemple pour le diabète on est en train de dire qu'il faut plus traiter, alors que t'apprends les choses... ou les statines, enfin. On apprend vraiment différemment après. Et c'est une manière qui est intéressante d'apprendre aussi et qui est peut-être pas assez intégrée dans le deuxième cycle. Le fait de s'auto-former, la recherche etc.

D3 : Et puis juste le côté humain aussi...

D6 : Oui le côté humain, pendant 5 ans on a des cours

D3 : Pendant 5 ans, regarde, les soins palliatifs on n'a rien. (Brouhaha)

D5 : C'est ça, arrêter de penser que les sciences humaines, c'est juste recracher des textes philosophiques par cœur à des examens, comme c'était le cas chez moi en première année (le groupe acquiesce) parce que du coup ça s'appelle pas vraiment enfin, heu, rien à voir

D1 : Et par extension... le corollaire de ça c'est arrêter de penser que les dogmes c'est la vie quoi (le groupe acquiesce). Les recos HAS, on me le dit souvent, mes maîtres de stages hospitalier ou ambulatoire me disent souvent « oui vous internes vous vous basez sur des dogmes parce que vous avez besoin de choses solides pour commencer, et ensuite vous les déconstruisez petit à petit », et D6 c'est marrant parce que tu parlais des statines etc. et t'avais cette façon de dire, peut être inconsciente, « il faut mettre des statines, il faut ceci, il faut cela ».

D6 : Oui justement c'est ce qu'on nous dit avant, on nous dit que..., enfin bon quoi (D1 et D6 parlent en même temps, D6 explique que c'était un exemple, les statines, mais qui ne devait pas être appliqué en pratique)

D1 : Enfin ça rejoint un peu l'idée de l'incertitude quoi, et de l'approche patient, c'est ça le truc qui pêche.

D4 : D'où l'intérêt fondamental de faire des stages en cabinet de médecine générale le plus tôt possible, pour réussir à comprendre un petit peu toute cette façon de penser différente. Et après je pense que si on passe en hospitalier après être passé chez le prat', on aura aussi une autre vision de l'hospitalier, on aura aussi une approche aussi différente et plus pertinente. Mais ça, ça va arriver !

D5 : Je suis personnellement convaincue qu'une 4^e année d'internat ce serait intéressant, si on peut se donner les moyens, que ce soit pertinent, que ce soit axé sur les projets personnels, potentiellement avec plus d'ambulatoire. Et on parlait de dogme, que c'est bien mignon d'avoir le dogme de la 4^e année pour être comme toutes les autres spécialités, mais il faut qu'on puisse se donner les moyens de l'intérêt pédagogique de cette 4^e année, qui peut à mon avis être intéressante, mais qui n'est à mon avis pour le moment pas réalisable. (acquiescements du groupe)

O : Pour la rendre viable cette 4^e année, est-ce qu'il faudrait imaginer d'autres

types de stages que les SP1 ou les SP2 en ambulatoire ?

D6 : Oui, il y a des stages hospitaliers qui sont intéressants pour les MG, type addictologie, qui a été fermée ce semestre (rires du groupe), type des stages de dermatologie ambulatoire, ou des auto-formation comme on peut faire en SASPAS en allant prendre ce dont on a besoin pour s'auto-former, en allant en PMI, en gynéco, etc.

O : *Et puis-ce qu'on est là-dessus, ils parlaient d'intégrer, enfin là on sort un peu du cadre mais, ils parlaient d'intégrer les remplacements dans la 4^e année, qu'est-ce que vous en pensez ?*

D6 : Dans ce cas-là autant remplacer !

D1 : J'ai pas compris ce que tu disais, de rendre obligatoire les remplacements ?

O : *Bah que les remplacements soient considérés comme des stages, au moins pendant cette 4^e année.*

D6 : Quel intérêt ? Quelle logique derrière ?

D1 : Quel intérêt par rapport au SASPAS ?

D5 : C'est des histoires de responsabilité je pense. Mais heu pff, je suis pas sûre qu'en tout cas pédagogiquement ça aurait beaucoup d'intérêt. Il y a beaucoup de réflexions qui sont en cours sur « qu'est-ce qu'on pourrait faire de cette 4^e année ». Y'a beaucoup de réflexion qui pensent que peut-être ce serait intéressant d'avoir un seul stage d'un an, parce que sur un an tu fais plus de suivi chronique que sur 6 mois. Effectivement, il y a tout ce qui est projet professionnel, c'est arriver à garder des compétences dans tout ce qu'on maîtrise pas, dermato ou autre. A [tel endroit] ils font des stages SASPAS hospitalier entre guillemets où ils ont plus d'autonomie à l'hôpital, en ayant quelqu'un qui les supervise. Donc un peu le même principe que le SASPAS mais à l'hôpital, pourquoi pas pour les internes dont c'est le projet, ça peut être quelque chose d'intéressant. Je pense qu'il y a beaucoup de choses à travailler, mais je pense qu'on est très loin de pouvoir appliquer quelque chose de vraiment intéressant, et il faut pouvoir réussir à appliquer des trucs clairs, sinon ça va être le bazar et le risque majeur c'est qu'on se retrouve à être juste des petites mains supplémentaire à l'hôpital parce qu'on n'aura pas trouvé de maître de stage ambulatoire parce que ce sera pas bien défini.

D6 : Mais l'idée de... Si au lieu de faire une 4^e année remplacement on fait une année entière de SASPAS comme dit D5 où on peut se former à côté, c'est génial ! S'il y a assez de...

O : *Parce que là, finalement cette 4^e année elle existe déjà plus ou moins, comme la plupart des internes ils passent pas leur thèse avant la fin de l'internat.*

D6 : Oui mais du coup c'est juste que si tu en faisais une 4^e année d'internat....Enfin, vu le nombre de SASPAS ou c'est des remplas déguisés, si tu faisais vraiment ça en 4^e année, finalement tu serais juste interne, donc moins payé pour faire exactement le même boulot, enfin j'imagine.

O : *D'où l'intérêt des remplacements ...Ou ce serait comme une année-thèse qui serait financée par des remplacements.*

D6 : Oui, mais si c'est pour faire le même boulot en étant payé 2000 au lieu de 5000 ou 6000, enfin tu vois... Si on était sûr d'avoir un débriefing correct après, pourquoi pas, mais c'est déjà tellement peu le cas en SASPAS. Enfin, faudrait déjà être sûr que ce soit bien fait quoi.

D3 : Il faudrait aussi qu'on ait la possibilité de s'auto-former en allant dans des stages ambulatoire. Enfin je sais pas si en tant que remplaçant tu te présentes chez un dermato en lui demandant « Est-ce que je peux venir une journée par semaine ? » je suis pas sûr qu'il soit ok (le groupe acquiesce) je sais pas, peut être que si

O : *Est-ce que vous avez d'autres proposition pour améliorer le DES ?* (silence)

I : Bon bah merci beaucoup, c'était vraiment gentil d'avoir pris le temps.

D1 : Moi je voudrais juste dire que je trouve que le DES, il est pas mal, hein, globalement. Parce que c'est le problème de ce genre de choses, c'est qu'il faut quand même resituer. Moi je trouve quand même qu'il est bien le DES.

O : *Donc vous êtes globalement satisfaits du DES, tous ?*

D3 : Moi j'ai mis du temps à me dire que j'étais satisfait.

D6 : Ouais c'est ça.

D1 : La première année j'étais franchement déçu d'être arrivée à Lyon, à cause de

ce qu'on disait, le côté parachutage tout ça.

O : La bascule pédagogique un peu ?

D1 : Ouais c'est ça.

D6 : Satisfaite en dernière année, insatisfaite avant.

D5 : Et c'est un travail qui a été entrepris par le DMG, communiquer de ce travail auprès des internes c'est quelque chose qui est important, il faut arriver à la faire passer petit à petit. Alors je pense ce sera plus facile avec le stage prat' en première année, mais on découvre tous vraiment l'intérêt pédagogique du DES qui est notable à mon avis, en dernière année. Donc c'est dommage, c'est une histoire de communication à mon avis et aussi de faire passer toutes les idées qu'il y a quoi.

D1 : Le truc c'est qu'il faut que ce soit lissé du coup entre les différentes facultés de France. Enfin j'ai l'impression que c'est assez différent de mes amies.

D5 : Ah oui, si, si, c'est très variable. C'était l'idée aussi un peu de la réforme, de lisser entre les facs et les spécialités. Puisque, même si D1 espérait la disparition du portfolio, il va être en fait obligatoire dans toutes les spécialités. (rires du groupe)

O : C'est dans la revue exercer, il y a deux articles là-dessus (rires du groupe)

D5 : Voilà, donc ce que je disais, lisser, c'est à priori un peu le but de la réforme.

D6 : Avec les mêmes compétences dans les autres spés ?

D5 : Je suis pas sûre.

O : Ah non, non, non, il n'y aura pas... ça va être généralisé pour tous les DMG.

D5 : Non, non, il y aura un portfolio pour toutes les spé, qui devront le remplir au fur et à mesure et qui devront valider pour passer en phase d'autonomie.

D1 : Oui mais le système de remplissage est peut pas être le même, de fait. Puisque si on inclut le système de remplissage « habileté-capacité-compétences », on étend ce qu'on défend comme étant l'apprentissage de la médecine générale, à toutes les spés.

D6 : Et ben peut être qu'ils veulent humaniser la médecine de spécialité ! (rires du groupe)

O : Nan mais en pratique je pense que chaque spécialité aura sa propre grille au sein du Porfolio, et que ce sera juste un cadre général. Et que ce sera juste que dans l'idée toutes les spé auront un portfolio mais celui de la médecine gé sera différent de celui de la dermato...

D1 : (sarcastique) Non mais c'est très bien, les internes de médecine de spécialité ils ont déjà suffisamment de temps à perdre, ils ont pas déjà assez de boulot encore avec leur...

D5 : Ah ! Si on peut leur dégager du temps pour leurs formations pédagogiques, c'est peut-être pas aussi non plus mal. Plutôt que de forcément les booster à fond que dans le travail hospitalier.

D1 : Ouais, mais là on est dans un autre sujet du coup, ça sort de notre DES.

D5 : Oui, tout à fait, et du coup plutôt satisfaite du DES mais en partant du principe que c'est débutant et balbutiant sur la mise en place quoi. Voilà, à bien mettre en place.

D4 : Ca va dans le bon sens.

O : Parfait, c'est le mot de la fin ou... ?

D4 : Oui.

9.7.5 Entretien collectif n°5 : Dimanche 11 mars

2018 – Lyon

I : Merci à tous d'être venus ce soir pour notre focus group, du coup on va vous poser des questions, il faut essayer d'y répondre de la manière la plus libérée possible, et c'est vraiment important que vous puissiez dire ce qui vous tient à cœur et que chacun puisse s'exprimer comme il veut. Notre sujet porte sur la pédagogie, ça porte sur notre formation d'internes, et en particulier tout ce qui concerne les compétences et l'approche par compétences. Donc première question par rapport à la formation du DES de médecine générale à Lyon : qu'est-ce que vous en pensez de la formation ? Qu'est-ce que vous pensez de la formation des internes de med-gé ?

E2 : Déjà que c'est une question très, très vaste, du coup c'est un peu chaud de pouvoir se lancer directement dedans. Je dirai que vu que cela porte sur l'apprentissage par compétences, on va dire que l'apprentissage par compétences sur Lyon est pas mal. Je dirai par contre qu'il manque un petit peu dans l'enseignement ... Ce n'est pas assez utilisé, ce n'est pas assez mis en avant, il y a des cours, mais ce n'est pas assez régulièrement organisé par la fac.

I : Qu'est ce qui n'est pas assez mis en avant ?

E2 : Justement l'apprentissage par compétences, enfin c'est mis en avant, mais c'est pas assez utilisé, je veux dire plutôt, c'est pas assez mis en pratique. Ils en parlent beaucoup de manière théorique et ils la mettent en avant lorsqu'ils présentent le DES. Mais en pratique lorsqu'on commence le DES, en tout cas en tant que premier semestre, ce que je vois c'est que c'est pas très fréquent les moments où on rencontre les tuteurs ou les autres professeurs, et du coup au final l'apprentissage par compétences il est très souple et très vague.

E3 : C'est vrai qu'ils en parlent beaucoup, mais enfin moi ça reste un peu flou. Enfin ils nous expliquent les compétences, on nous a donné le tableau où on t'explique voilà dans quelle case t'es: niveau novice, intermédiaire et compétent. Mais c'est vrai que quand moi j'essaie de cadrer entre ce que je fais en stage et sur la feuille, c'est vrai que j'ai un peu de mal à y faire correspondre. Et je trouve que par exemple, même les

médecins à l'hôpital... Moi on ne me parle jamais de ça. Et je trouve que peut être la fac l'explique pas très bien, ils pourraient donner des exemples peut être un peu plus concrets. Après j'ai pas encore fait le stage chez le praticien, donc je ne sais pas si les praticiens qui sont peut-être plus sensibles à cela l'expliquent mieux.

I : Ok, est ce que vous avez d'autres remarques générales à faire sur la formation ?

E4 : Oui ! Moi j'ai quand même l'impression qu'il y a un décalage entre globalement ce que les internes attendent, et ce que la fac nous donne. J'ai l'impression quand même que ce que la fac veut nous apprendre c'est nous apprendre à faire de l'auto-formation, hors on nous apprend très peu ça. On nous dit... Enfin ils attendent des retours sur notre auto-formation, sans faire de transition entre des cours magistraux et une auto-formation, et on ne nous apprend pas vraiment à faire de l'auto-formation. Il faudrait vraiment qu'on ait quelque chose d'un peu plus guidé, enfin ça concerne pas trop les compétences, ça concerne plutôt l'actualisation des connaissances. Mais je dirais d'une manière générale que les retours que j'en ai, c'est qu'à chaque fois que les internes vont faire une formation à la fac, ils reviennent en disant « bah c'est pas ce que j'attendais de cette formation » en fonction du type de la formation. Parce que on attend peut être des choses plus pratiques, plutôt que de faire que de l'auto-formation. Un exemple très simple, la semaine dernière : le truc sur l'addictologie, comment ça s'appelait ?

E3 : Le symposium.

E4 : Oui le symposium, voilà. On nous a parlé de l'épidémiologie de l'addictologie, plein de choses, mais jamais « j'ai un patient qui vient avec telle addiction, quels sont les outils que j'ai à ma disposition pour mener une consultation ? », jamais on nous en parle. Enfin c'est pareil avec l'entretien motivationnel, on nous dit « oui il existe telles techniques de l'entretien motivationnel » et jamais on nous met en situation de faire un entretien motivationnel.

E2 : Je suis bien d'accord avec ça. Ce serait pas mal d'avoir une période de transition en fait. Comme je l'ai dit ils veulent trop passer des cours magistraux et de l'apprentissage par la connaissance à l'apprentissage par compétences, du coup on est catapulté direct dans ce nouveau modèle, sans qu'on ait vraiment eu de formation justement à faire de l'auto-formation et à apprendre par compétences. Du coup je suis

assez d'accord là-dessus, ça manque de cours. Pareil par rapport aux symposiums et tout ce qu'ils peuvent nous donner comme informations, ça manque de pratico-pratique.

E5 : En fait moi je te rejoins un peu, mais pas totalement, enfin tu vois sur ta période de transition, enfin je te rejoins sur le fait qu'on est catapultés là et qu'on ne sait pas pourquoi. Mais du coup pour moi la question c'est plutôt de comment on nous y catapulte. Pas de faire une période de transition, mais plutôt de nous expliquer comment gérer cette nouvelle méthode d'apprentissage. Pour moi c'est plutôt ça qui manque tu vois ? Pas de faire une transition, c'est de nous dire « Là voilà on va apprendre différemment : ça fonctionne comme ça » et ça on peut le faire au début, tu vois ?

E2 : C'est ça que j'appelle une période de transition du coup.

E5 : Ouais, en gros c'est une formation à changer ta façon d'apprendre quoi.

E2 : Ouais c'est ça.

E1 : Mais je pense que dans leur idée c'est le rôle que doivent remplir les tuteurs je pense. Après je vois que, pour ne pas le citer, le mien entre-autre il ne remplit pas vraiment son rôle de tuteur. On sent qu'il y a une grosse discordance entre les différents tuteurs. Enfin ils ne gèrent pas tous leurs groupes pareils, ils leur font pas faire les mêmes trucs, les GEP se ressemblent pas du tout je trouve, enfin de ce que j'en entends. Enfin voilà, je pense que même les tuteurs ne savent pas exactement comment faire quoi. Enfin on sent souvent vraiment que ils ne sont pas informés de comment faire cette transition et de comment nous faire travailler par compétences. Enfin ça se voit, je trouve.

I : Ça marche, merci bien. Du coup la question suivante vous y avez déjà un peu répondu donc ça ira plus vite. C'est : est-ce que vous aviez des attentes particulières au début de votre internat, vis-à-vis de votre formation en tant qu'internes de médecine générale. Du coup E4 tu parlais de connaissances, et d'auto-formation, tu parlais aussi d'une formation à l'auto-formation...

E4 : Oui, bah premièrement parce que c'est quelque chose qu'on fait très peu avant. Enfin, on apprend par nous-même certes, mais il y a un certain nombre de choses où il y a une deadline et où on doit réviser telle chose ou telle autre chose. Et là on nous apprend pas à nous auto-former ni à créer... Enfin, j' imagine quelque chose d'un peu plus contraignant, j' imagine la lecture de certains articles ou quelques autres choses. En fait

on attend trop de nous qu'on les fasse tout seul, et au final du coup bah on ne le fait pas. Et l'autre chose du coup que j'ai à dire, c'est que le DES de médecine générale part du principe que nous avons déjà toutes les connaissances pour exercer. Et moi je ne me sens pas sur toutes les connaissances, tout le temps, sur pleins de sujets, parce qu'on oublie assez vite après l'internat. L'internat, on s'est bourrés la tête avec des trucs qui sont pas utiles pour la pratique, et avoir des rappels de grandes lignes, je pense serait utile. Après pareil, je sais pas si c'est ça qu'il y a aux journées stage prat'. Mais bon c'est vrai, il y a des sujet où je me sens fragile, et au final on n'apporte jamais de réponse à ces sujets-là. Et justement les sujet où j'ai du mal, et quand j'apprends par moi-même c'est pas forcément des choses que je m'approprie tout de suite, et que si justement quelqu'un les expliquait mieux je me les approprierais plus facilement que de les apprendre par moi-même. Après ces faiblesses elles me sont propres à moi sur certains sujets, et sur certaines matière, et ce n'est pas les mêmes pour tout le monde.

E3 : Du coup ça ne devrait pas être un peu plus le rôle des responsables de stage ? Parce que du coup ce que tu dis, toi il y a des sujets où tu te sens plus faible, moi ça risque d'être un autre, et c'est vrai que c'est peut être compliqué pour la fac de mettre en place des cours. Après je pense que ça rejoint peut être un peu l'idée des formations ETIL où tu as peut être pleins de sujet, enfin j'ai pas regardé le catalogue en entier, parce qu'il y en avait des pages et des pages. Mais peut être après, plus former les maitres de stage à y être plus sensibles, parce que après tu en as certains qui font pleins de cours, quand tu vois les... y'en a qui sont en cours toutes les semaines. Alors après c'est peut-être plus ou moins bien fait, mais moi je sais pas si c'est pas quelque chose qu'il faudrait donner à ceux qui nous encadrent sur le terrain de stage, et qui pourraient répondre à nos question quand on en a, enfin, normalement.

E5 : Après c'est toujours compliqué. Enfin moi une fois j'ai posé une question en stage et on m'a répondu « Alors tu cherches sur Pubmed ce soir et tu nous dis ». Et je suis là en mode « Ouais enfin je sais toujours pas chercher sur Pubmed ! De toute façon, ça va résoudre le problème très vite » (Rires du groupe)

E3 : En plus tu peux te perdre sur Pubmed alors que si on te tire les articles qu'il faut pour lire...

I : Ce que tu dis c'est que au final, les maitres de stage, en tout cas

hospitaliers, sont pas toujours aidants dans votre formation ?

E5 : Bah après le problème c'est que ça dépend du stage ou tu passes et c'est que ça dépend des personnes aussi. Et puis c'est pas forcément des personnes qui sont formées à la pédagogie, donc c'est pas toujours facile pour eux non plus, c'est pas forcément leur rôle. Je trouve aussi que par exemple, que... d'ailleurs vous parliez du catalogue ETIL, je le trouve assez fourni et assez bien fait et je pense que l'idée d'un catalogue comme ça pour la médecine générale ça pourrait être une idée intéressante. Parce que moi aussi il y a des sujets où je me sens nulle, et moi aussi j'oublie pleins de choses de l'internat alors que j'en sors ! (Rires) Et franchement c'est des choses qui font pas de mal des fois.

I : Ok, est-ce que les autres vous avez des choses à dire ou d'autres remarques sur ce sujet ?

E1 : Bah le sujet de ce genre de formation, c'avait été posé, je me souviens on avait eu un cours, je sais plus quand, et on avait posé la question à plusieurs à la personne qui était responsable. Elle nous avait répondu que pour la fac, clairement, ces connaissances-là, elles sont censées être déjà acquises en 2e cycle, c'est pour ça qu'il refait pas de cours pour renforcer ces connaissances-là. Et ils expliquaient en général que souvent quand ils proposaient ce genre de cours, personne n'y allait en fait. Donc que, certes les étudiants avaient l'air d'être demandeurs, mais que au final quand ils les faisaient, il n'y avait pas grand monde qui venait, vu que c'était facultatif.

I : Et du coup c'est quoi votre point de vue sur ce problème d'assiduité ou de présence à des choses qui sont facultatives ?

E2 : Je pense qu'il y a d'abord un problème qui est commun par rapport à l'assiduité, avec le problème de l'auto-formation : c'est que les « journées d'auto-formation » qu'on devrait avoir « entre guillemets » c'est très, très peu appliqué en pratique et du coup voilà on est... C'est plus un problème de temps, d'emploi du temps et d'énergie. Si on avait chaque semaine, quelque soit le stage, une journée de formation vraiment dédiée, pouvoir se poser et se consacrer à notre formation, que ce soit facultaire avec des cours type connaissances ou pour notre auto-formation type compétences, ce serait plus fait et mieux accepté je pense. Enfin bon ça c'est un problème partout.

E4 : Je suis d'accord en fait, on prend pas le temps qu'on a de formation pour nous

en fait. On le prend pas, et on nous l'accorde pas. Et on se fait souvent mal voir en stage quand on dit « je vais en demie journée de formation ». Enfin je parle pour moi là, je sais pas pour d'autres mais

E2 : Par rapport aussi à la question de départ sur ce à quoi on s'attendait avant de commencer : J'avais à l'époque fait un petit peu de recherches sur les différents types d'apprentissage, les différentes méthodes en fonction des pays etc.... Et il y en avait une que j'avais vraiment beaucoup aimé, c'est justement celle qu'ils appliquaient au Royaume Uni, c'était l'apprentissage par compétences. Et du coup je m'attendais vraiment à quelque chose qui allait ressembler à ça, à ce que j'avais pu voir. Et en arrivant, je suis un petit peu déçu. Parce que, certes, il y a un apprentissage par compétences, mais l'organisation est pas la même, et je sens que ça impacte aussi sur notre formation. Avec un exemple concret, souvent je vois que comme ils s'organisaient, il y avait des deadlines régulières avec un exercice à faire, qui sera travaillé de manière autonome par tous les étudiants. De la même manière, il y a un travail avec un tuteur pour plusieurs tuteurés. Le tuteur il va donner au début de la semaine un travail à faire, je sais pas on va dire « vous allez travailler sur les événements indésirables, ou sur la relation médecin patient » n'importe quel truc de la marguerite des compétences là. Et donc deux semaines ou trois semaines plus tard, on se revoit, et on discute de ce qu'on a fait en autonomie. Donc l'idée est toujours la même, c'est un travail autonome, centré autour des compétences, mais qui est guidé, qui est beaucoup plus axé. Peut-être que certains tuteurs le font déjà comme ça, mais moi de ce que j'ai vu pour l'instant c'est qu'on est trop lâchés en fait.

I : Tu voudrais un tutorat un peu plus personnalisé ? Avec plus de travaux écrits finalement ?

E2 : Simplement un contact plus régulier entre les tuteurs et les tuteurés, avec des deadline et des objectifs plus précis.

I : Et du coup un petit peu dans l'esprit de la nouvelle réforme ? Ou toutes les années il y a une phase à valider, dans ce goût-là ? Ou plus régulièrement encore ?

E2 : Non, parce que c'est pas forcément sanctionnant. Là je crois ce qu'on disait, chaque semestre quelque chose à valider ce sera sanctionnant c'est ça ? (I acquiesce). Mais pas forcément sanctionnant, ce serait même mieux qu'en plus de cette sanction à la

fin de chaque semestre il y ait des échanges non sanctionnants, très réguliers, entre le tuteur et les tuteurés. Ce serait dans le meilleur des mondes, mais après ça dépend bien sûr de la disponibilité des tuteurs, c'est ça le problème.

I : Ok, merci bien. On passe à la question d'après. Du coup vous aviez commencé à parler un peu de la différence qu'il y avait entre les premier/deuxième cycles et le troisième cycle et juste si on fait un retour en arrière, qu'est-ce que vous pensez de la formation pendant l'externat, par rapport à la formation actuelle pendant l'internat, ou de manière générale ? Que ce soit en premier cycle quand on est en P1 P2 ou alors quand on est vraiment externe.

E2 : Personnellement je préfère quand même mille fois l'internat que l'externat, la formation vraiment je m'y plais mieux. Après encore une fois j'avais pu faire mes recherches et voir que l'apprentissage qu'on a en ce moment tel qu'il est fait pendant l'externat il peut être fait aussi sous ce modèle-là, d'apprentissage par compétence en auto-formation. Et moi ça me convient beaucoup mieux plutôt que d'être assis dans un amphi de voir quelqu'un qui te prêche la bonne parole, j'ai beaucoup plus de mal à apprécier ça. Je sais que c'est pas forcément un avis partagé mais...

E4 : Après moi ce que j'ai aimé pendant l'externat c'est qu'on avait des partiels à valider. Enfin c'est idiot de dire ça mais c'était sous forme de trimestre et j'avais un certain nombre de matières à voir, avec stage le matin et cours l'après midi, auxquels on est libre ou non d'aller en fonction du temps qu'on a. Moi personnellement j'y allais pas mais je travaillais le cours, et puis j'avais l'idée de me dire « à telle date, je sais ça ». Ensuite ce que j'ai trouvé un peu stérile, c'est l'idée du concours, c'est l'idée qu'au final les détails comptent plus que la compréhension globale. Et donc du coup la pression de connaître des détails, plutôt que d'avoir acquis un certain nombre de compétences en fait. De connaissances et de compétences. Je pense que la phase d'apprentissage des connaissances est importante aussi. Mais voilà ce que je suis en train de dire en fait c'est que ça pourrait se faire sans toute la pression qui est liée à l'examen de l'internat, le fait que ce soit relié à un classement.

E3 : Après c'est vrai que les connaissances sur l'externat ils nous les enseignent bien, mais je trouve ensuite que c'est pas forcément adapté à la pratique qu'on aura. Parce que on apprend « Bah voilà, c'est très carré ton patient il a ça, ça, ça comme signe, tu vas

faire tel, tel et tel examen, puis tu vas faire ça, ça, ça comme traitement ». Et puis t'est lancé comme interne et t'arrives devant ton patient, et en fait c'est pas le beau cas du livre. Et je trouve que ça fait une grosse différence entre ton enseignement théorique, dont tu as forcément besoin parce qu'il faut bien que tu apprennes tes connaissances à un moment ou à un autre... Mais il pourrait peut-être y avoir une partie au cours de l'externat qui serait peut-être plus adaptée à ce qu'on va finir par vivre en tant qu'internes. Je trouve c'est ça qui manque un petit peu actuellement sur l'externat.

I : Donc apprendre à s'émanciper un petit peu des connaissances théoriques ?

E3 : Ouais, ou qu'on nous apprenne des choses qui soient en fait, enfin, la vraie vie. Enfin pour reprendre ce que disait une prof à la fac « la vie rêvée des anges » ou c'est « Voilà tu as ton IRM tout de suite, ton patient il est super gentil, il va avoir tous les signes donc tu vas pas avoir de doute. » Alors qu'en fait la vraie vie, c'est pas trop ça, ton patient, sa pathologie, il va l'avoir sous 15 façons différentes...

E4 : Après je trouve aussi que c'est des choses qu'on acquiert un peu je trouve dans nos stages d'externat (E3 acquiesce). Je dis un peu hein, parce que je trouve qu'on y passe pas assez de temps, mais, c'est aussi quelque chose qu'on apprend dans la pratique tu vois ? (E3 Acquiesce)

E1 : Le problème de l'externat surtout, je trouve c'est que il y a aucune, enfin la formation pratique est pas du tout mise en valeur. Enfin on est même plutôt incités à négliger au maximum nos stages pour réviser nos cours, parce que c'est sur ça qu'on est évalués. On n'est pas évalués sur le fait d'avoir appris quelque chose en stage ou d'avoir appris des gestes, ça c'est totalement négligé quoi. A aucun moment c'est évalué. Il y a une grosse variabilité entre les externes « Qui va avoir appris quels gestes ou quoi ». Enfin le fait qu'il y ait absolument aucun cadre sur l'enseignement pratique au cours de l'externat, moi c'est ce qui m'a toujours surpris quoi. Vraiment c'est à l'externe de se débrouiller pour apprendre les gestes et comment faire quoi en choisissant bien ses stages quoi, mais il y a aucun cadre. Contrairement aux infirmières, aux aides-soignantes, qui elles ont des fiches d'évaluation de stage, des machins, des évaluations au cours du stage.

E5 : Moi j'en avais donc ça dépend du stage aussi.

E1 : Ah ouais ?

E4 : Après vous avez aussi un examen clinique ou vous devez heu...

E3 : Bah non y'a le CSCT quoi...

E1 : Ah oui.

E4 : Enfin à [tel endroit] il me semble qu'il y a pas ça ? [Brouhaha]

E3 : Mais c'est pas... enfin moi je l'ai jamais trouvé adapté quoi.

E4 : Ouais, moi j'ai jamais eu ça, jamais eu d'évaluation sur ma capacité clinique quoi.

E3 : Mais en fait c'était pas du tout représentatif ! Parce que c'était un patient que tu connaissais pas, dans un service que tu connais pas, et t'avais que 20 min pour l'interroger, faire un examen clinique et plus ou moins poser un diagnostic. Et c'est vrai que c'est pas du tout adapté, parce que dans la vraie vie tu vas pas dire au patient « Attention top chrono on a 20 minutes ! ». Non tu vas prendre le temps et c'est ça qui d'ailleurs, je trouve, est hyper contradictoire. C'est que, je trouve, on parle toujours de la relation médecine-malade « faut que tu prennes le temps voilà de discuter avec ton patient, de te présenter plutôt que de l'agresser avec vingt question et de l'examiner. » C'est pour ça que je trouve que le CSCT c'était pas du tout adapté, je trouve dommage de sanctionner les étudiants là-dessus.

E2 : Y'a aucune valorisation là-dessus de toute façon.

E3 : Ça devrait être un truc que tu fais en stage normalement, ou c'est ton maitre de stage qui t'a eu sous la main pendant 6 semaine ou 3 mois - parce que bon ça dépend aussi de ton année t'avais des stage plus ou moins longs- qui devrait être capable de te dire « Bah voilà », par exemple en début de stage il te fait faire un examen clinique, il regarde comment tu te débrouilles et puis tu fais un nouvel examen à la fin du stage, qu'il puisse comparer ta progression. Enfin moi je pense que ce serait peut-être ça qui serait bien plus adapté.

E1 : En théorie, enfin quand tu regardes les critères d'évaluation de l'externat, en théorie ils sont censés le faire.

E3 : C'est ça !

E1 : Mais c'est pas fait !

E3 : Voilà.

E5 : Enfin ça après c'est dépendant de toutes les facs. Enfin moi je me retrouve pas totalement dans ce que vous dites là. Parce que j'étais pas externe au même endroit quoi, mais après...

I : Donc en fait cela est écrit sur le papier, mais après c'est appliqué au bon vouloir des encadrants.

E2 : Je pense que clairement ce qui ressort en fait c'est que, avec le concours, ce qui ressort en fait c'est qu'il y a une séparation qui est beaucoup trop importante de l'externat à l'internat. (Le groupe acquiesce). J'ai l'impression que ce qu'il faut peut-être, moi en tout j'ai l'impression dans ce que j'entends, c'est heu à la fois pendant l'externat que pendant l'internat ne pas faire une partie « apprentissage par connaissances » et une autre partie « apprentissage par compétences », mais faire un mix des deux aussi bien pour l'externat que pour l'internat. Et avoir un concours entre les deux ça fausse toute la formation, du coup heu...

E4 : Je disais, en fait je trouve ça dommage l'idée du concours. Se dire qu'il y a des gens qui vont être passionnés par une discipline, et du coup s'ils sont passionnés ils vont acquérir les connaissances à un moment ou à un autre dans cette discipline. Et au final à cause d'un classement parce qu'ils ont pas su retenir des détails sur d'autres choses qui les intéressaient moins, au final, vont pas avoir le métier dont ils rêvaient. Ça donne des médecins qui sont pas forcément très heureux dans ce qu'ils sont.

I : Donc tu te retrouves dans les propositions de réforme de l'ECN ?

E4 : Alors je ne les connais pas, donc heu...

I : Mais sur l'idée de réformer les ECN ?

E4 : Je pense que ce serait une bonne chose, je pense qu'il y a pas besoin d'un concours avec heu, enfin d'un classement. Je pense qu'il faudrait une évaluation large des connaissances tu vois, dans tous les domaines, avec effectivement des notes en fonction de certaines sous matières, en fonction de cardio, dermato etc, et ces notes ce serait un

reflet au final de ce qui t'intéresse et de ce en quoi t'es bon.

I : C'est un autre problème en fait entre contrôle continu, et puis examens ...
(E3 acquiesce)

E2 : Enfin de toute façon, même de manière pratique, tout le monde le sait que, enfin tout le monde le sait... Tous les théoriciens de l'éducation savent depuis plusieurs années déjà que un examen final n'est pas du tout représentatif, juste de manière statistique, des compétences des élèves, parce que le facteur hasard est beaucoup trop important. Le plus représentatif ça reste l'examen continu.

I : D'autres remarques sur l'ECN ? Tout le monde est à peu près d'accord ?
Avant de passer à la suite?

E5 : Qui pense que l'ECN forme à être un bon interne ? (rires du groupe)

(Brouhaha)

I : Dernière question sur le 2e cycle. Est-ce que vous avez entendu parler de compétences pendant le 2e cycle ?

Groupe : Non

I : Non ?

Groupe : Non (rires, brouhaha)

E3 : Il y avait pas un Portfolio à [tel endroit]?

E4 : Je me souviens d'une fois, mais c'était limité à un stage, c'était un stage en médecine interne où on considérait que les compétences de l'externe, c'était pas de savoir tous les anticorps, mais de savoir examiner un patient de fond en comble. Mais c'était propre à un stage et heu... (silence)

I : Ok, très bien. Donc, rentrons dans le vif du sujet : pour vous une compétence qu'est-ce que c'est ? Et quelles différences vous feriez avec une capacité, une habileté ? (grand silence)

E1 : Oh p... c'est dur, ça ! (rires du groupe) Vous nous aviez pas dit qu'il fallait réviser avant ! (rires du groupe)

E4 : Notre tuteur il nous la pose la pose à chaque fois celle-là !

I : Est-ce qu'on vous a déjà dit ce qu'était une compétence ?

E2 : Compétence, oui, mais capacité, habileté...

I : Comment vous la définiriez d'après ce que vos tuteurs ont pu vous dire ?

E5 : Je crois que je la connais la définition. (Silence)

E4 : La compétence, c'est savoir appliquer une manière de faire dans une situation très concrète et précise. Et la manière de faire étant un truc qui découle de tes habiletés, ou de tes capacités, p... je sais plus. J'aurais dit ça quoi...

I : Hum hum, d'autres définitions ? Après c'est pas une définition qui avait vocation à être apprise par cœur, mais si vous la connaissez n'hésitez pas. Si vous avez d'autres définitions qui vous viendraient...

E5 : C'est des trucs avec les savoirs. Tu sais heu « tu sais utiliser tes connaissances pour appliquer dans un savoir-faire, avec un savoir être ». Enfin genre heu c'est un truc comme ça. J'ai plus la phrase exacte mais ça ressemble à un truc comme ça. (Rires du groupe, brouhaha)

E3 : Le savoir-faire, le savoir-être dans des situations précises.

E5 : Ouais, et y'a le savoir-agir à un moment donné aussi, non ? (Brouhaha, le groupe acquiesce)

E2 : Ouais, c'est ça l'idée que j'avais retenu c'était que : savoir utiliser ses connaissances dans une situation précise, donc adapter l'utilisation de ses connaissances à la situation. C'est comme ça que je l'avais compris

I : Donc 3 choses qui ressortent : tout ce qui est savoir agir, savoir être, savoir-faire. D'un côté les connaissances et d'autres côté les situations ? (Le groupe acquiesce). Est-ce que vous avez d'autres ... Mais du coup quelles différences avec une capacité ou une habileté ? (grand silence) Vous bottez en touche ?

E4 : Là le gros problème avec la pédagogie c'est qu'à chaque fois on nous explique, et que à chaque fois on a toujours pas compris à la fin. Je parle pour moi, mais moi c'est vraiment ça.

E3 : Bah je crois que ça ne nous a jamais été expliqué, dans notre groupe en tout cas.

E1 : Ouais, ils nous en parlent un petit peu en réunion de rentrée mais... Mais moi depuis le début de l'internat je me pose la question en quoi ces 3 trucs c'est censé m'aider à être heu...

I : C'est une très bonne question.

E1 : Ouais ça fait un an et j'ai pas encore la réponse.

I : Quelle est votre avis sur cette question ? En quoi ces définitions elles pourraient vous aider à être de meilleurs médecins plus tard ?

E4 : Bah heu, plutôt je pense en analyse d'un truc qui s'est mal passé tu vois, et en analysant pourquoi ça c'est mal passé. Et en analysant est ce que : -c'était un manque de compétences, et je savais pas comment agir ? - Est-ce que j'ai pas su m'adapter à ce patient ? Je pense que c'est dans ça qu'on peut savoir que ça pêche. Mais je vois plus ça comme à posteriori, que en à priori comment ça peut m'aider tout de suite.

E3 : Oui c'est pas quand tu vas être devant une situation que tu vas faire « Alors je vais mobiliser la compétence telle pour faire ça ». C'est vrai que tu fais ces choses, mais c'est peut-être plus après pour l'analyse. C'est ce qu'on est censés faire en GEP, enfin si j'ai bien compris le principe des GEP. C'est que c'est là où ton tuteur il est censé te demander « Bah voilà là tu présentes ta situation qui t'a posé problème », et t'es censé montrer quelles compétences t'as su utiliser... Et enfin c'est un peu comme ça que je l'avais compris.

I : Donc ce que tu dis c'est qu'il y a un côté un peu artificiel et inexploitable quand on est en situation et donc du coup c'est plus dans l'analyse à posteriori que...

E3 : Bah j'aurais pas forcément dit artificiel, mais heu... Enfin dans une situation, moi je me vois pas me dire « Alors voilà je vais mobiliser telle compétence ». Enfin je vais peut-être le faire inconsciemment mais je vais pas me dire ... Après pourquoi pas oui, si je ré-analyse la situation, là peut être que je me dit « Bah voilà là, j'ai fait telle et telle compétences », mais c'est vrai que sur le moment, moi c'est pas comme ça que je réfléchirais.

E5 : Mais après l'analyse de la situation comme tu dis à posteriori avec la GEP et ton tuteur, ça permet aussi de... Enfin ce modèle il est aussi construit pour nous évaluer (E3 acquiesce). Enfin genre heu ton tuteur qu'il puisse se dire « Voilà il a validé telle compétence ». Donc c'est pour ça, ce modèle à posteriori (E3 acquiesce).

E2 : Mais même à posteriori, j'ai du mal à voir comment est-ce que le fait de bien comprendre la définition et la distinction entre compétences, habiletés, capacités etc., va nous aider à mieux nous analyser et avoir une meilleure introspection par rapport à ce qu'on a fait quoi. J'ai pas l'impression que ça nous apporte grand-chose par rapport à ... Je suis d'accord que déjà comprendre simplement ce que c'est qu'une compétence et savoir qu'il y a une différence avec les connaissances et savoir les appliquer, ça déjà, c'est vachement important, c'est indispensable. Par contre après, voilà, aller autant dans le détail sur la définition d'une compétence, sur la différence entre une compétence et d'autres trucs... j'ai encore du mal à comprendre comment ça va m'aider à porter un meilleur regard sur ce que j'ai fait et à m'améliorer.

I : Donc l'intérêt pour la pratique est flou ? (le groupe acquiesce) **Mais est-ce que vous voyez un intérêt pour l'apprentissage ?** (silence)

E3 : Pas vraiment

E2 : Pas vraiment, encore moins quoi ! (rire)

E3 : Après c'est peut-être parce que ça nous est pas forcément très bien expliqué ou (E2 acquiesce)...

I : Parce que ça complique les choses ?

E4 : En fait les 3 distinctions ça complique notre compréhension de la simple approche par compétences en fait, et en soit je pense qu'on est capables de distinguer si on a pas réussi à faire parce qu'on savait pas les compétences, ou si c'est parce qu'on a pas su gérer ce qui va avec tu vois ? Enfin la personne, dans tel moment, dans telle situation en fait. Après je sais pas si on arrive à faire les 3 distinctions en fait, entre capacité, habileté, et compétence (E2 et E5 disent non, les autres font non de la tête) Ou si on fait juste « connaissance » et « situation ». Enfin moi j'ai l'impression que je fais plus d'un côté mes connaissances théoriques et pratiques (E2 acquiesce) et la situation particulière en fait.

E5 : Non mais il y a aussi comment tu mobilises tes compétences dans la situation particulière, parce que c'est le 3e cas de figure.

E4 : Hum (soupir) (grand silence)

I : Et dans le portfolio, il y a un exemple qui est utilisé pour un petit peu expliquer la distinction. Est-ce que avec l'exemple ça vous paraissait pas plus clair ?

E5 : Qui l'a vu cet exemple ? (rires du groupe)

E3 : J'me rappelle pas honnêtement.

E4 : En fait un seul exemple je trouve que ça suffit pas en fait, il faudrait en mettre 3 ou 4.

I : Vous vous rappelez ce que c'était l'exemple ?

E4 : je pense que c'était le DIU mais je ne sais pas.

I : (acquiesce) C'était la pose d'un DIU.

E5 : J'allais dire c'est de la gynéco, haha.

E2 : Je crois pas m'en souvenir.

E5 : Vague souvenir. (silence)

I : Donc voilà pour tout ce qui est définition. Quelles compétences spécifiques vous paraissent importantes en médecine générale ? (silence)

E2 : Spécifique ?

I : Quelles compétences ? (silence)

E2 : La communication, la relation avec le malade, ça me paraît primordial, et peut-être beaucoup plus que dans les autres spécialités. Hum...

I : Plus que dans les autres spécialités ?

E2 : Je dirais que dans toutes les compétences qu'on a à maîtriser je dirai que c'est celle qui est la plus prépondérante pour notre spécialité. Enfin dans toutes les spécialités, celle-là est c'est là où elle sera le plus prépondérante, c'est en médecine générale.

I : Ok (silence)

E2 : Pareil, la communication, mais cette fois ci non pas entre médecins et patient, mais cette fois ci entre médecins.

E3 : Oui, confrères.

E2 : C'est super important en médecine générale, encore une fois c'est là ou dans toutes les spécialités, c'est en médecine générale qu'elle sera le plus importante. Heu ouais. (silence)

E4 : Je dirais qu'il y a une autre compétence qu'on doit avoir en fait c'est justement celle de bien nous connaître en fait pour savoir jusqu'à quel moment on est compétent en fait, jusqu'à quel moment je me dis « bah ok cette situation je peux la gérer » et jusqu'à quel moment je me dis « ben ok faut que je la passe à quelqu'un d'autre et à qui l'adresser » en fait. Et... ouais faudrait qu'on arrive à nous apprendre cette lucidité sur nous même, pour... oui savoir ce qu'on sait faire et ce qu'on sait pas faire en fait, qui est vraiment propre à chacun. A chaque médecin au final. (silence)

E5 : L'approche centrée patient, la gestion de l'urgence (rire) Enfin après je peux réciter les compétences de la marguerite du coup mais c'est pas le but du truc là. (rire)

I : Ba non mais pourquoi pas. Si y'a des compétences de la marguerite. Est-ce que vous voyez d'autres compétences que celles de la marguerite ? (silence)

E1 : Non

E5 : Déjà j'en ai trouvé 4 ! (silence) Il me semble qu'il y avait gestion de l'urgence, approche complexité, approche centrée patient, communication....

I : Est-ce que pour vous cette liste de compétences elle est suffisante ? Elle reflète bien la pratique ou ?

E5 : En fait il faut juste bien être au clair sur ce que l'on met derrière, ce que l'on met dedans en fait.

E2 : Je trouve qu'elle est suffisante, voire trop exhaustive. Je trouve que ... A tout le temps vouloir être trop précis et trop exhaustif sur les différentes compétences propres à la MG, il n'y a pas suffisamment une notion clef qui ressort et qu'on pourrait vraiment

bien s'approprier. J'aurais presque préféré un message clef plutôt que de faire une liste exhaustive des compétences propres à la médecine générale.

I : Dans la définition de la médecine générale ?

E2 : Ouais dans le message qu'ils nous transmettent pour nous porter l'amour de la médecine générale, j'aimerais plus un message clé...

E4 : Mais tu l'as, c'est le centre de la marguerite : « approche centrée patient ». (rires)

I : Donc le cœur de la médecine générale ce serait l'approche centrée patient ?

E2 : Je pense qu'ils n'ont pas... J'ai l'impression qu'ils ont fait cette grande liste exhaustive, cette belle marguerite, parce que c'est quand même très difficile de donner une définition précise et exact, et un message clé à la médecine générale. C'est quelque chose de très vaste, très complexe et du coup, leur meilleure réponse qu'ils ont pu nous donner, c'est cette marguerite, elle-même très complète et très vaste et du coup il manque le message choc ou clé qui permet d'être resté ancré dans nos têtes. On se lève le matin et on se dit : « Bon allez, on va démarrer une nouvelle journée de médecin généraliste ». Il manque le petit truc...

E4 : Acquérir de nouvelles compétences... (sourire)

I : Donc il manque l'étincelle pour allumer la flamme de la médecine générale ? (rires)

E2 : Pourtant elle existe, enfin je sais que pour moi par exemple, elle existe clairement mais... et je pense que pour la grande majorité des internes en médecine générale, mais elle manque pour ceux qui ne l'ont pas encore. Il manque ce message clé pour initier cette étincelle pour ceux qui ne l'ont pas encore, de un, et de deux surtout pour nous battre contre l'extérieur. En fait on a une belle image, une belle vision de ce que c'est que la médecine générale, nous en tant qu'internes de médecine générale, il y en a une bonne partie qui l'ont cette idée, mais il manque justement ce message clé et presque cette publicité de la médecine générale pour l'extérieur. On n'arrive pas à dire clairement, efficacement à quelqu'un d'extérieur de notre spécialité, voire même en

dehors de la médecine : « Voilà, la médecine générale, c'est ça ! ». C'est une spécialité à part entière, parce que, on a plein de compétences, c'est très vaste, très complet mais on a du mal à dire : « Ba voilà, nous on est cette spécialité, on est spécialistes parce qu'il y a tout ça ».

I : Ok, merci bien. Est-ce que vous avez d'autres remarques sur la marguerite ? Ou sur les compétences en médecine générale ?

(silence)

I : Donc prochaine question... (rires) Comment elles se construisent, d'après vous, ces compétences en médecine générale ? Comment on devient compétent ?

E3 : En s'investissant dans nos stages. On va rencontrer, on est censés rencontrer des tas de situations et c'est vrai que, avec six stages... après la maquette elle est ce qu'elle est mais c'est vrai qu'on se retrouve à passer dans plein de services : on fait les urgences, on va faire gynéco ou pédiatrie, ou les deux selon où l'on est dans notre internat, on voit aussi de la médecine ambulatoire donc ça nous permet déjà de toucher pas mal de compétences, on va avoir l'occasion de voir des tas de situations différentes, des populations différentes et je pense que c'est comme ça qu'on se forme. C'est vrai que ce qui est bien avec la médecine générale, c'est qu'on touche à tout.

I : Merci. D'autres idées sur ce qui rend compétent ?

E2 : Il y a cette notion de retour aussi, de retour sur soi. Il faut clairement... On devient compétent en stage et dans la pratique mais pour pouvoir devenir compétent pour faire face à notre pratique, il faut pouvoir ménager un moment où on va se poser, comme dans les GEP, et faire une rétrospection : « Qu'est-ce qui s'est passé ? Qu'est-ce qu'on a fait ? », et de pouvoir du coup analyser et devenir compétent.

I : Ok. D'autres idées ? Ou vous rejoignez ce qui a été dit ? Ou pas ?

(Silence)

I : Donc la pratique, l'analyse de la pratique... D'autres choses ?

E4 : Je pense qu'il y a aussi les séminaires de formation, en fait. Parce qu'on a certes des mises en pratique mais si tu ne sais pas poser un DIU, pour reprendre cet exemple, ou bien tu fais un stage en gynéco et tu as la chance d'apprendre ou si tu n'as

pas cette chance-là, il faut que t'ailles te faire former à un autre endroit pour apprendre. Enfin, pour développer tes compétences.

I : Donc aussi la formation qu'il peut y avoir en plus des stages, tout ça...

O : Est-ce que vous avez d'autres idées de formations, de choses qui permettent de devenir compétent, hors stage ? Qu'est-ce qui vous permet de dire : « Maintenant je suis interne de med gé, je ne suis plus en D4 » ?

I : Ou peut être qu'on a tout dit? (rires) Qu'est-ce que vous reverriez d'autre?

E5 : Mais après, il y a beaucoup de choses qui sont proposées dans le cadre de la formation médicale continue. Toi (en s'adressant à E4) tu parlais de mettre les formations... enfin tu parlais d'aller chercher les formations... Déjà, il y a celle-ci qu'on nous propose au-delà de celles que la fac nous a proposées.

E4 : Mais j'insiste sur le côté pratique des choses qu'on n'a pas à la fac, enfin...

E3 : Clairement. Enfin un atelier où, je ne sais pas, on va te montrer sur un mannequin comment on pose un DIU. Si tu ne passes pas en gynéco, c'est vrai qu'il n'y a pas 36 façons d'apprendre à poser un DIU, à part faire le geste, parce qu'on peut te montrer 20 000 vidéos et dire : « Etape 1, tu mets ton speculum. Etape 2,... » mais c'est vrai que tant que tu ne l'as pas fait,...

E4 : Oui mais déjà, il faut qu'on te donne la liste des étapes aussi. Ce que je dis, c'est qu'il manque un peu de côté pratique y compris pour un entretien motivationnel, une recherche de tel truc.

E1 : On en revient un peu à ce que je disais sur l'externat, c'est-à-dire que là on va te faire un liste de... surtout sur le côté pratique de gestes ou de choses type entretien motivationnel ou la pose de DIU... une liste de choses qu'on voudrait être surs d'avoir fait au moins une fois à la sortie de l'internat avant d'être médecin généraliste et qu'on ferait quoi qu'il arrive, qu'on serait obligés de faire d'une façon ou d'une autre et que la fac nous aiderait à faire, soit en nous accompagnant en stage ou sur un mannequin, ou la simulation, oui.

I : Selon vous, l'accent, il n'est pas assez mis sur les gestes techniques ? On pourrait le dire comme ça ?

E4 : Il n'y a pas que le côté « geste » en fait, tu vois. Aussi du côté un peu relationnel ou des trucs comme ça, il y a plein de...

I : Des choses qui nécessitent une technique ?

E4 : Oui ! Une technique en fait... Ne serait-ce que les techniques de communication, on nous dit vaguement : « Il y a des techniques de communication qui existent, je vais vous en lister deux ou trois pour que vous ayez envie d'apprendre les techniques de communication mais surtout jamais je ne vous ferais un cours sur les techniques de communication ». Parce que, on ne fait pas des cours théoriques ici. Ni pratiques d'ailleurs... (rires). Pardon mais...

E5 : Ce symposium, ça devait être sympa ! (rires)

E4 : Il n'y a pas eu que le symposium, il y a eu cette magnifique journée « approche centrée patient » où j'ai l'impression qu'on nous faisait miroiter plein de trucs trop cools à apprendre et on ne nous apprenait rien. Voilà.

E3 : C'est vrai.

E5 : C'était quand cette journée ?

E3 : Tu ne l'as peut être pas encore faite, tu la fais vraiment sur ton deuxième semestre.

E4 : Nous on l'a eu sur notre deuxième semestre.

E1 : Tu vas voir, tu vas apprendre plein de trucs. (rires)

E4 : Peut-être que tu auras une vision différente de la nôtre.

E1 : En vrai, c'était intéressant... Je sais que mon groupe de formation « approche centrée patient », il y a eu, je crois que la première demi-heure quasiment c'était le bureau des plaintes sur la formation de médecine générale où justement on disait qu'on trouvait que ce genre de formations ça ne servait à rien et que les GEP n'étaient pas très utiles non plus. Ça a été un grand moment de révolte, où les gens ont vraiment dit ce qu'ils avaient sur le cœur, vous auriez dû enregistrer, hein !

I : C'est ça, on en prend bonne note... (rires)

E1 : Les gens de mon groupe disaient qu'ils voulaient des cours sur des choses théoriques : « Comment suivre un diabète ? », des choses comme ça et le prof répondait que la fac n'était pas chaude pour le faire. Mais bon...

I : Ok, on passe à la suite. On approche de la fin, quelques questions encore... Qu'est-ce que vous savez au final du cadre théorique de votre formation ? D'où ça vient finalement, l'approche par compétences ?

(silence)

I : Ca peut aller très vite cette question...

O : Vous avez le droit de laisser un blanc tellement long que...

I : Qu'on passe à la suivante ! (rires, marmonnements) Ça vient du CUMG ? Mais c'est déjà une bonne réponse ! (rires) Du CUMG de tel endroit ou d'ailleurs ?

E4 : Je ne sais pas ! (rires)

(marmonnements)

I : Comment ?

E2 : Ça vient de la WONCA.

I : La WONCA ? Qu'est-ce que la WONCA ?

E5 : (rires) Là tu t'es mis dans ton propre piège !

E2 : C'est l'organisation internationale de la médecine générale. Ce sont eux qui ont développé ces différentes définitions, de compétences de la médecine générale qui ont été repris ensuite au niveau européen puis au niveau national pour former la marguerite.

E5 : Je crois que les premiers trucs par compétences, c'était au Canada, les premières études, non ? Si je me souviens bien...

E4 : Je crois qu'on ne peut pas vous aider sur cette réponse !

I : Donc le Canada d'un côté et la WONCA de l'autre, très bien. Non, mais c'est ce qu'il faut ! Ok, ok... D'autres choses à dire là-dessus ? Non, pas spécialement... Donc comment l'approche privilégiée par la faculté vous rend elle

compétents selon vous ? On en a déjà un peu parlé finalement... Vous avez globalement dit que, ce n'était pas évident...

E4 : C'était quoi la question ? (rires)

I : Comment l'approche par compétences, tout ce cadre théorique, vous rend compétent ? Ou pas ?

E4 : Je pense que c'est une réflexion sur notre pratique et je trouve que cette réflexion, elle n'est pas assez guidée en fait, parce qu'au final, c'est à nous même de dire à la fin de trois ans si l'on est compétent point par point, alors que globalement, en lisant la liste : « Ça je sais faire, ça, je sais faire, ça je sais faire ou pas,... ». Enfin, de façon un peu basique, je me dis qu'on devrait être plus accompagnés sur cette réflexion là en fait.

I : Justement, on m'a glissé dans l'oreillette tout à l'heure qu'il y en a certains qui avaient eu des formations, et sur le portfolio, et sur les RSCA... Ceux qui ont participé, qu'est-ce que vous pouvez en dire ? Est-ce que ça vous a aidé ?

E5 : Non mais en fait, je vais revenir sur un des tout premiers trucs qu'on avait dit. Je crois que c'est toi qui as dit ça (en s'adressant à E1), que le titre de la formation ne correspondait pas à la formation qu'on avait eu déjà. Parce qu'on nous a dit : « Vous allez avoir une formation sur le portfolio », et en fait on a eu une formation sur l'origine de l'approche par compétences et d'où ça venait. Tiens c'est là que je sais que ça vient du Canada, et en fait, du coup ils ont fait le point sur ça sauf que nous on attendait tous qu'ils nous parlent du portfolio donc personne n'avait branché son cerveau comme tout le monde attendait le portfolio. Sauf que le portfolio en fait il est arrivé sur les 15 minutes de la fin des 3 heures, donc du coup en fait toute la formation a été longue, on était : « Tiens, mais qu'est-ce qu'il nous dit ? ». Comme le titre ne correspondait pas, on ne comprenait pas de quoi il nous parlait. Donc comme on ne comprenait pas, on était là genre : « Je ne comprends pas », et on ne comprenait pas. Au moment où on nous parlé du portfolio, on a vu qu'il restait un quart d'heure : « Non, mais c'est une blague cette formation sur le portfolio ? ».

E3 : Il faudrait presque faire une découverte du portfolio ensemble, pour qu'on lise, on comprenne ce qu'il y a dedans. Plutôt que dire : « Bon, il y a un portfolio, téléchargez-le, lisez-le et puis si vous avez des questions... ».

E5 : Oui, en fait voilà, à 15 minutes de la fin ils nous ont dit : « Bon ben il y a un portfolio, téléchargez-le, voyez, bon voilà, voyez, il y a des dossiers, vous les ouvrez, vous lisez ce qu'il y a dedans ». Et en fait, ils nous avaient parlé de comment la compétence était arrivé jusqu'à nous mais en fait, nous on pensait, on attendait le portfolio donc nous, on était là pour le portfolio et du coup je pense qu'il y avait un vrai problème de titre qui a fait qu'il y a eu une inadéquation entre ce qu'on nous a dit et ce qu'on s'attendait à entendre qui a fait que du coup, on n'a pas été capables de l'entendre. Parce que, quand on s'attend à quelque chose, enfin, la façon dont on se projette dans, du coup, là c'était un exposé magistral, il faut qu'on soit capable d'entendre ce qu'on nous dise quoi, et du coup, nous on arrivait en se disant : « Ah, je vais enfin comprendre ce truc de portfolio », et en fait on a commencé à nous parler de la compétence et de l'habileté pendant deux heures et on s'est dit : « Mais de quoi il nous parle ? Je ne comprends rien... ». Et du coup, c'était un peu, je pense qu'il y a eu un vrai problème de communication sur cette formation faite en amont, quoi.

E4 : Alors qu'en soit, on te dirait : « Voici le portfolio, on va ouvrir la partie où il y a écrit « Compétences » », et te dire : « Bon ben voilà d'où ça vient vite fait les compétences », une fois que tu es dans la partie du portfolio qui est en lien avec les compétences, parce qu'il n'y a pas que cette partie-là, dans le portfolio, si je ne m'abuse.

E5 parlant à E2 : Je ne sais pas quel ressenti tu en avais toi, mais...

E2 : Oui, j'ai eu à peu près le même ressenti...

E5 : Bon ben... Je pense que c'était le ressenti global de la salle.

I : Vous aviez eu le même enseignant ?

E5 : Tu étais dans l'amphi avec le mec qui avait...?

E2 : J'étais avec [telle personne] moi. Mais je pense qu'on était dans la même salle. En tout cas c'était organisé de la même manière. Pendant la majorité du cours, c'était un exposé sur les compétences, avec des rappels, etc. Et à la fin, pour les dernières minutes, ils nous ont montré ce que c'était que le portfolio, enfin non, pas ce que c'était, mais ce qu'il y avait dans le portfolio et ce qu'on pouvait y trouver et du coup...

I : Ok.

O : Et les RSCA, c'était comment ?

E2 : Les RSCA, je n'y étais pas... Par contre, du coup, j'ai demandé à mon tuteur d'avoir un topo sur le RSCA...

I : Oui ?

E2 : Et, bon, lui il n'était pas très... Enfin, il savait ce que c'était dans les grandes lignes mais il n'était pas non plus...

(silence)

I : Ok, merci pour vos retours. Avant dernière question : Qu'est-ce que le DES pourrait vous apporter d'autre que des compétences ? Question peut être un petit peu abstraite mais est-ce que vous voyez des éléments de réponse ?

E2 : Ba déjà, clairement, des connaissances, aussi !

I : Donc des connaissances ?

E2 : On est certes là pour nos compétences, on est censés avoir déjà pas mal de connaissances, toutes les connaissances, mais en pratique, non ! On n'a pas toutes les connaissances, et d'ailleurs, ça fait partie aussi de la revalorisation de la spécialité que de dire qu'il y a des connaissances aussi qui sont propres et spécifiques à notre spécialité. Il n'y a pas que des compétences. Et du coup, faire des enseignements sur des connaissances spécifiques à la médecine générale me semble aussi important.

E4 : Y compris des trucs un peu relous du réseau de soin, comment ça fonctionne en fait. Parce que j'ai l'impression qu'on s'approprie le fonctionnement du réseau de soins de l'intérieur, ce qui est déjà bien, mais au final, on n'a pas, ça c'est quelque chose qui va être très local, en fonction de où l'on va s'installer, mais on n'a pas forcément les clés sur : « Comment bien orienter les patients sur... ? », des choses extrêmement basiques, hein : « Est-ce qu'il y a une hotline gériatrique ? Comment on oriente un patient qui a des addictions ? Comment on oriente un patient qui a tel type de problème ? ». Ça c'est des choses qu'on est censé savoir, en fait, mais...

I : Donc des connaissances sur l'organisation du système de santé et en particulier tout ce qui est réseaux et filières de soins ?

E4 : Exactement, alors c'est certes un truc qu'on va apprendre parce que c'est très local et si on parle de toute la région de Lyon, ça va être compliqué mais ça peut être quelque chose qui va être intéressant.

E5 : Au-delà de ça, la gestion d'un cabinet, la gestion administrative, les questions administratives qu'on aura et la gestion d'une trésorerie. Enfin tous les trucs, en fait, qu'on ne nous apprend pas du tout et que quand on arrive dans un cabinet, enfin, je ne sais pas si on est censés l'apprendre en stage chez le prat, peut être que...

E2 : Il y a des cours qui sont prévus là-dessus mais malheureusement, ce ne sont pas des cours qui sont obligatoires pour tout le monde.

E4 : Non, non, il n'y a pas de cours de comptabilité. Enfin, je ne sais pas, si peut être ?

I : Je confirme que non.

E4 : Surtout quand on voit que le CUMG s'attend à ce que nous ayons un exercice en cabinet et non pas les autres manières d'exercer la médecine générale. Je ne sais pas, la HAD,...

I : Et ça pourrait être un obstacle à l'installation, selon vous ?

E4 : Oui !

E3 : Clairement...

E4 : La gestion administrative, enfin, moi, je n'ai pas choisi médecine pour faire de la gestion administrative ! Surtout si on n'a pas les compétences pour le faire...

I : Et vous pensez que c'est quelque chose qui est de nature à orienter vers le salariat, ou... ?

E4 : Moi, clairement ! Je ne sais pas ce que les autres en pensent ?

E2 : Sans nul doute et ça ralentit clairement en tout cas, l'installation en libéral... Ça demande beaucoup, beaucoup d'apprentissages et de réflexions sur les différents types d'exercice. Ça remet en question aussi l'installation en libéral et même si on prend la décision quand même coûte que coûte de s'installer en libéral, ça demande... ça fait perdre beaucoup de temps avant l'installation parce qu'il faut du coup faire cette

autoformation qui va prendre plus de temps que si on nous donnait rapidement les bases en cours magistraux sur ce que c'est que la gestion administrative.

I : Du coup, là-dessus, en quoi ce serait le rôle d'une faculté de médecine de former à de la fiscalité ou de la comptabilité ?

E2 : Ça fait partie de notre métier... Comme ça fait partie de notre métier, ils sont là pour nous encadrer et nous former à notre métier. Ils veulent justement avoir une trace comme quoi, lorsqu'on sort de la fac, nous sommes des médecins généralistes avec toutes les compétences qu'il faut pour pouvoir être des bons médecins généralistes et être un bon médecin généraliste, c'est aussi de pouvoir bien gérer son cabinet du point de vue administratif. Si on perd du temps et de l'énergie à faire des missions administratives parce qu'on n'est pas compétents, on sera moins bon soignants.

E4 : Surtout comme la ministre de la santé nous l'a dit au congrès, il faut qu'on dégage du temps médical et on ne nous apprend pas à le faire de façon efficace.

I : Très bien. D'autres remarques là-dessus ?

E3 : Il y a l'URSSAF qui a organisé... qui organise des journées un petit peu comme ça et moi, ce que j'ai bien aimé, c'est que, alors le matin, ils t'expliquaient tout, donc tout ce que tu allais payer, comment ça marchait, à qui tu donnais des sous, à quoi ça t'ouvrait comme droits, etc. C'était très théorique, ça déprimait d'aller s'installer en libéral, très clairement mais par contre, ce que j'avais trouvé très, très bien, c'est que l'après-midi, ils avaient invité plein de médecins qui sont tous libéraux mais dans différentes structures : une MSP, tout seul, etc. Et du coup, là, pour le coup, c'était super pratique, parce qu'ils nous disaient : « Ba voilà, donc moi, je fais comme ça, comme ça ». Et c'est vrai que la fac pourrait organiser un peu des journées comme ça pour... en invitant différents intervenants pour expliquer, ba voilà, il y a la théorie qui fait un peu peur, mais après, voilà, nous montrer que plein de médecins le font, qu'on s'en sort, qu'il y a des petits trucs et j'ai trouvé que ça avait été une journée qui avait été très intéressante et qui, pour une fois, nous parlait de choses un petit peu plus concrètes que les compétences...

E4 : Après, je pense aussi que c'est le rôle de la fac de nous dire, certes, il y a l'exercice de la médecine générale dans un cabinet en libéral mais il y a aussi d'autres

façons d'exercer la médecine générale, si vous ne vous retrouvez pas dans cette vision du médecin généraliste, ba il y en a d'autres qui existent en fait. Faire des visites en maison de retraite, être médecin généraliste pour les patients psychiatriques, être médecin généraliste en prison, alors ce sont des situations très particulières mais ce sont quand même des rôles des médecins généralistes.

I : Et puisqu'on est... on a évoqué un petit peu la définition de la médecine générale, est-ce que c'est toujours de la médecine générale du coup ? C'est quoi l'essence, du coup de la médecine générale ?

(Silence)

I : Est-ce que la médecine générale se limite au secteur ambulatoire ? Ou on peut trouver...

E3 : Ah non...

E4 : Alors moi, je ne pense pas non plus que... Enfin, ça peut être aussi de l'hospitalier, la médecine générale. Ba, rien que quand on voit un service de post urgence, en fait, toutes les spécialités sont mélangées et il faut demander des avis tout le temps à droite, à gauche... Et comme la gestion de la poly pathologie fait aussi partie de ce qu'on va être amenés à faire, avec de plus en plus de maladies chroniques, c'est aussi le cas à l'hôpital en fait.

E2 : J'ai l'impression qu'au final, c'est l'approche globale qui nous définit quand même pas mal par rapport aux autres spécialités, que ce soit en pratique ambulatoire ou en pratique hospitalière. Là où le médecin généraliste va briller par rapport à d'autres spécialistes, ça va être par son approche globale, sa vision globale du problème. On avait un patient, adressé par un psychiatre à cause des effets secondaires neurologiques du traitement psychiatrique, et du coup, qui nous avait été adressé parce que le neurologue lui avait adressé ce patient-là. Le neurologue avait introduit un traitement, du MODOPAR, un antiparkinsonien, il y a eu des effets secondaires psychiatriques. Le psychiatre a essayé de modifier, d'introduire un traitement antipsychotique avec des effets secondaires parkinsoniens donc du coup, ils se passaient la balle comme ça l'un avec l'autre parce qu'ils ne pouvaient s'occuper que de leur spécialité et de leur traitement. Et lorsqu'enfin, ils ont compris que ça pouvait être intéressant d'envoyer le patient à un

médecin généraliste pour avoir le problème dans sa globalité et essayer d'équilibrer le tout parce qu'on a cette vision globale.

I : Merci pour cet exemple parlant.

E4 : Et toi, tu as une vision plus globale et plus du patient dans son milieu naturel et pas juste du patient à l'hôpital dans son lit pour faire des examens, en fait.

I : Et les spécialistes ils sont condamnés à ne pas pouvoir dépasser leur spécialité ?

E2 : Non, non, bien sûr que non mais ils ont, de par leur formation et par la demande de la société par rapport à leur travail, ce ne sera jamais encouragé, ça va les ralentir et ça va leur demander beaucoup plus d'efforts s'ils veulent s'ouvrir aux autres spécialités que simplement faire ce qu'ils font.

E4 : Parce qu'il y a quand même ce phénomène d'hyperspécialisation en ce moment qui est bien présent quand même.

I : Ok. Vous aviez commencé à parler de connaissances spécifiques à la médecine générale... Est-ce que vous savez comment les trouver ? Enfin, c'est quoi ces connaissances ? Comment vous y avez accès ?

(silence)

I : Par rapport aux connaissances qui sont spécifiques à la médecine générale, quel accès vous avez à ces connaissances ? Comment vous les apprenez ?

E3 : Les connaissances ?

I : Qui sont spécifiques à la médecine générale...

E4 : Je dirais que c'est des connaissances de tout ce qui concerne le premier recours dans plein de différentes spécialités. Je dirais que c'est ça que...

E2 : Moi, je trouve qu'il manque justement... Parce qu'on a beaucoup appris de nos connaissances, quand on parle des connaissances... tout notre apprentissage des connaissances s'est fait sur un certain nombre d'items, de référentiels, de différentes spécialités et du coup, pour avoir, le plus simple pour moi pour avoir accès aux connaissances de médecine générale, ce serait d'avoir un référentiel de médecine

générale. Comme je suis habitué à bosser sur ce modèle là...

I : Est-ce qu'il existe ou non, ce référentiel, selon vous ?

E3 : Non, il n'est pas exhaustif...

E4 : Oui, je crois l'avoir... Je crois l'avoir ouvert et parcouru juste le sommaire, il s'appelait « Abrégé de connaissances en médecine générale », qui justement explique le réseau de soins et quelques grands chapitres, je pense, d'orientation diagnostique dans chaque spécialité. Mais, voilà, c'est un bouquin qui est épais comme ça. Ça n'a pas vocation à être exhaustif mais c'est déjà...

I : Il faudrait qu'il soit épais comment ?

E4 : Epais comme ça. (en mimant) Mais, après il faut piocher des choses à droite à gauche...

I : A droite, à gauche ?

E4 : Mais c'est ça le problème en fait...

I : Donc il y a plusieurs sources... Avez-vous d'autres choses à dire là-dessus ?

E4 : Ce serait impossible de faire un truc qui résumerait tout ce qu'on peut rencontrer en médecine générale tellement c'est vaste.

E2 : Moi du coup, j'ai appris l'existence de ce référentiel en médecine générale, je suis pressé de voir ce que c'est !

E4 : Il n'est plus très à jour je crois...

I : Vous en aviez entendu parler ?

E2 : Non... (les autres font non de la tête). En fait ça pourrait être pas mal, même si c'est difficile de faire quelque chose d'exhaustif, et même pour les autres référentiels qu'on a dans les autres spécialités, c'est pas leur objectif d'être exhaustif, leur objectif, c'est les connaissances qu'il faut à tout nouvel interne, des connaissances indispensables à tout nouvel interne qui commence pour sa spécialité. Et ils devraient faire un référentiel de médecine générale dans le même état d'esprit. Pas quelque chose de forcément

exhaustif, mais les choses essentielles de savoir avant de commencer.

E5 : Ce qui est difficile, si tu commences ton internat par un stage de gynéco, par exemple, t'es un peu feinté en fait. Si tu commences par les urgences, ça peut marcher, et par le prat, ça peut marcher mais dès que tu te retrouves dans un stage de spécialité, t'es vite coincé, quoi.

E4 : Ou si ce n'est pas de la médecine un peu polyvalente.

I : On arrive à la conclusion de ce focus group : quelles seraient vos propositions pour améliorer le DES ?

E2 : Alors... (rires)

E2 : Il y en a pas mal qu'on a déjà énumérées... Donc avoir un peu plus de... ne pas être autant fixés sur les compétences, c'est très, très bien et j'adore ça, clairement, je préfère ça que les autres enseignements qu'on a pu avoir, mais il ne faut pas être aussi rigide par rapport à ça ! Il faut mélanger ça aussi avec des enseignements plus classiques, avec aussi un apport de connaissances, une fréquence plus importante aussi de rencontres entre la fac et les étudiants, que ce soit à travers les tuteurs ou d'une autre manière. Des sanctions... enfin des sanctions... un système de contrôle de connaissances plus régulier du type partiel comme on peut avoir... ça nous maintient aussi plus dans l'apprentissage. Voilà...

E4 : Puis dans ce qui concerne les évaluations de stage, c'est assez succinct. Enfin, c'est assez succinct ce qu'on attend de nous, d'avoir validé à la fin d'un stage en fait. On ne demande pas à nos tuteurs de nous évaluer sur une liste de compétences qu'on devrait avoir acquis aux urgences ou des trucs comme ça... C'est la même grille pour chaque chose alors que, après ça demande un travail de définir, enfin... les compétences qu'on doit avoir dans des sous catégories, et dans la catégorie « urgences », on devrait pouvoir faire un point à un moment ou à un autre sur : « Est-ce que nous, ou non, on a acquis ces compétences ? » et de confronter un œil intérieur à un œil extérieur, de dire : « Moi, où est-ce que je pense que j'en suis dans mon acquisition des compétences ? » et quelqu'un qui m'évalue, est-ce qu'il pense que, sans forcément saquer tu vois, mais en disant... que l'évaluation de stage, elle se fasse à deux et en toute honnêteté, enfin... Que moi je remplisse une partie de qu'est-ce que je pense que j'ai acquis dans ce stage comme

compétences et que le chef fasse pareil et qu'on confronte à peu près les deux, je pense que ça ce serait quelque chose qui serait intéressant.

I : Donc croiser le ressenti de l'interne et puis le point de vue du maître de stage du coup ?

E4 : Du maître de stage, oui.

E2 : Pour continuer là-dessus, par rapport du coup à ça, ce qui est intéressant aussi avec cette idée, c'est de pouvoir... c'est la communication entre les différents stages qu'on va faire. Si, après le retour qu'on a pu avoir à la fin d'un premier stage, on est plus... On a des lacunes dans tel ou tel domaine, que cette information soit transmise dans le prochain stage pour qu'on puisse le travailler un peu plus, au fur et à mesure dans notre maquette, pour avoir une continuité.

E4 : Et que quand il y a une discordance entre notre autoévaluation et notre hétéroévaluation, essayer de comprendre pourquoi il y a cette discordance en fait entre les deux.

I : Quitte à faire intervenir un troisième... ?

E4 : Oui, bien sûr !

E1 : Ça pourrait être pas mal que nos tuteurs interviennent dans l'évaluation. Enfin, le fait que à un semestre on ne fasse pas le point avec notre tuteur pour savoir comment ça s'est passé, qu'est-ce qu'on a appris, c'est quand même un petit peu bizarre, qu'on ait juste ces GEP ponctuelles obligatoires, qui sont très limitées finalement, où on échange un petit peu sur ce qu'on a fait mais que ça ne nous sert à rien d'autre. Enfin, je pense que les GEP pourraient être plus utiles... sur trois heures, il y aurait moyen de faire plus de choses que juste parler de quelques situations particulières. Il y aurait moyen de faire un meilleur suivi de l'interne je pense... surtout à la fin d'un semestre, faire le point sur : « Qu'est-ce qu'il a appris ? Qu'est-ce qui lui manque ? », et le semestre d'après, faire le point sur : « Qu'est-ce qu'il doit... Sur quoi il doit insister et est-ce qu'il y arrive ou pas ? ». Je trouve que le tuteur, il n'est pas très... Il est un peu sous utilisé.

E4 : Parce que là, on est censés tout faire nous-même, fixer nos objectifs de stage et voir à la fin du stage tout seuls comme des grands si on a bien rempli nos objectifs de

stage et en soi, je pense que personne ici n'a réfléchi au début de son stage quels étaient, de façon très formelle, ces objectifs de stage et que personne ne fera le point à la fin, je veux dire, seul, sans guidance.

I : Donc à formaliser ? Des objectifs à formaliser ?

E4 : Oui je pense, oui. Enfin, je ne sais... ça c'est un point de vue qui n'est que le mien, peut-être qu'il y en a que ça fera c... d'avoir trop de... de trop réfléchir là-dessus quoi.

I : C'est une proposition, on prend ! (sourires)

E3 : Oui, mais c'est pas mal... Alors moi, les objectifs, j'ai un peu de mal en début de stage, tu me dis : « Voilà, choisis tes objectifs », je serais absolument incapable de le faire mais c'est vrai que ce que tu disais, le retour par ton, par quelqu'un qui t'a vu, pas forcément le chef de service qui t'a croisé deux fois sur six mois, mais quelqu'un qui a vu ton travail, qui t'a vu évoluer, je trouve que c'est super intéressant. Et l'idée de comparer, moi j'ai un... quand j'étais aux urgences, c'est ce qu'il a fait le chef des urgences, il m'a donné la feuille, il m'a dit : « Ba voilà, toi tu te mettrais quoi comme note ? », et après, on en a rediscuté, il me disait : « Ba pourquoi tu avais mis telle note ? », et il m'a donné son opinion. C'est vrai que c'est vachement formateur parce que tu te dis, t'as ton regard de premier petit semestre où t'as l'impression que tu fais tout de travers, et puis finalement, t'as le chef de service qui te dit : « Ba non,... », parce que bon, ben lui, il en a vu passer des tonnes et des tonnes, des internes, donc il peut vraiment te dire : « Ba voilà, t'as été compétente... », pour revenir sur cette histoire de compétences, « voilà, ben tu as été exactement comme on attend... t'as fait exactement ce qu'on attendait de toi », et c'est vrai, je trouve que c'est pas mal d'avoir un retour par quelqu'un qui t'a vu faire. Après, le tuteur, oui, c'est vrai que ça pourrait être pas mal de l'impliquer un petit peu plus.

E2 : Surtout, je trouve que c'est un peu étrange, autant je comprends tout à fait le principe d'autoformation et c'est primordial, mais l'autoformation, elle doit se faire justement sur l'acquisition des compétences mais pas sur l'évaluation de ses compétences. Le fait de demander à ce que l'évaluation soit faite par l'interne en lui-même, ça je ne comprends pas l'intérêt au niveau pédagogique. C'est intéressant, au niveau philosophique, entre guillemets. Ça forme aussi les internes à avoir à prendre du

recul sur soi. Mais au niveau de l'évaluation, il n'y a pas forcément d'intérêt à ce que ce soit fait par les internes. L'évaluation, je trouve, même pour la compétence, elle devrait être faite par quelqu'un d'autre. Parce que c'est lui qui aura le meilleur regard aussi pour pouvoir dire... Et quelqu'un qui nous connaît du coup, du début jusqu'à la fin. Ça, ce serait plutôt le rôle du tuteur.

E4 : Après, tu vois, je suis un peu en désaccord par rapport à ce que tu dis parce que... Moi je pense que, en tant que médecin, on doit... médecin généraliste surtout... on doit être très, très clairs sur ce qu'on sait faire, sur ce qu'on ne sait pas faire et si on ne se force pas à avoir notre regard sur nous même, on le fera jamais et des fois, je pense qu'on va dépasser... C'est pour ça que je pense que cette part-là est importante aussi. Et pas que d'un point de vue philosophique tu vois, je pense, pour notre pratique future en tout cas...

E2 : Ce que je veux dire, c'est qu'il y a une différence entre savoir s'évaluer et avoir un regard sur soi, ok ? (acquiescement de E4) Pour pouvoir adapter notre pratique et notre formation en fonction de nos lacunes, etc. Et savoir situer notre niveau à tel moment par rapport à d'autres, par rapport à une référence. C'est là qu'on nous demande un peu trop entre guillemets.

E4 : Oui, c'est vrai.

E2 : Le fait de nous demander à nous, de nous dire : « Est-ce qu'on est moyen, bon ou mauvais ? » par rapport aux autres internes, par rapport à un objectif qu'on devrait atteindre à telle année, etc., ça c'est trop. Par contre nous demander d'avoir du recul sur soi et dire : « Bon ok, là, j'ai des lacunes à ce moment-là, il faut que je travaille plus là-dessus, etc. », ça bien sûr c'est hyper important.

I : Très bien. Voilà, voilà. Ce sera le mot de la fin, merci beaucoup.

Table des matières

1.	Introduction	26
1.1	Contexte	26
1.1.1	L'éducation médicale	26
1.1.2	L'approche par compétences	27
1.1.3	Paradigme d'enseignement et paradigme d'apprentissage	27
1.1.4	Brève histoire de l'approche par compétence	28
1.1.5	Les études médicales et l'approche par compétence	28
1.1.6	La notion de compétence	29
1.1.7	Les compétences en médecine générale	30
1.1.8	Outils pédagogiques utilisés par les DMG	32
1.2	Le programme du DES de médecine générale à Lyon	33
1.2.1	La formation pratique	34
1.2.2	La formation facultaire	35
1.2.3	Le tutorat	35
1.2.4	La validation du DES	36
1.3	Problématique	36
1.4	Hypothèse	37
1.5	Objectifs	37
2.	Matériel et méthodes	38
2.1	Méthodologie de recherche mixte	38
2.2	Méthodologie de recherche qualitative : focus groupe	38
2.2.1	Technique d'entretien et objectifs	38
2.2.2	Guide d'entretien	39
2.2.3	Constitution de l'échantillon et recueil de données	40
2.2.3.1	Population cible et échantillonnage	40
2.2.3.2	Recrutement et inclusion	41
2.2.3.3	Critères de sélection	42
2.2.4	Organisation d'un focus group	42
2.2.4.1	Déroulement d'un focus group	42

2.2.4.2	Recueil de données	43
2.2.5	Analyse des données	43
2.2.5.1	Transcription	43
2.2.5.2	Codage	44
2.2.5.3	Triangulation	44
2.2.6	Aspects éthiques et réglementaires	45
2.3	Méthodologie de recherche quantitative : questionnaire	45
2.3.1	Objectifs	45
2.3.2	Type d'étude	45
2.3.3	Population de l'étude	46
2.3.4	Elaboration du questionnaire	46
2.3.5	Diffusion du questionnaire	48
2.3.6	Recueil et gestion des données	48
2.3.7	L'analyse statistique des données	48
2.3.8	Aspects éthiques et réglementaires	49
3.	Résultats qualitatifs	50
3.1	Déroulement de l'évaluation et taux de participation	50
3.1.1	Déroulement des entretiens	50
3.1.2	Caractéristiques de la population	50
3.1.2.1	Caractéristiques pour chaque focus groups	50
3.1.2.1.1	Focus groupe 1 : Findrol, le 2 février 2017	50
3.1.2.1.2	Focus groupe 2 : Valence, le 21 août 2017	51
3.1.2.1.3	Focus groupe 3 : Lyon, le 29 août 2017	51
3.1.2.1.4	Focus groupe 4 : Lyon, le 12 décembre 2017	51
3.1.2.1.5	Focus groupe 5 : Lyon, le 11 mars 2018	52
3.1.2.2	Caractéristiques générales des participants aux focus group	52
3.1.2.2.1	Répartition selon l'âge	52
3.1.2.2.2	Répartition selon le genre	53
3.1.2.2.3	Répartition selon la faculté d'origine	53
3.1.2.2.4	Répartition selon l'année de DES en cours	53
3.2	Formation 1 ^{er} et 2 ^e cycle	54
3.2.1	Caractéristiques pédagogiques/générales du 1 ^{er} et 2 ^e cycle	54
3.2.1.1	Apprentissage centré ECN	54
3.2.1.2	Formation hétérogène en fonction des facultés	54

3.2.1.3	Formation hospitalo-centrée	55
3.2.2	Formation en stages 1 ^{er} et 2 ^e cycle	55
3.2.2.1	Stages ambulatoires	55
3.2.2.2	Stages hospitaliers	56
3.2.2.3	Lien formation en stage / formation facultaire	56
3.2.3	Formation théorique en 1 ^{er} et 2 ^e cycle	57
3.2.3.1	Cours présentiels facultaire et référentiels annexes	57
3.2.3.2	Un savoir hyperspécialisé parfois dénué de sens	57
3.2.3.3	Oubli des savoirs déconnectés du corpus de MG	58
3.2.4	Modalités d'évaluation pendant le 1 ^{er} et 2 ^e cycle	59
3.2.4.1	Les ECN, évaluation théorique commune imparfaite	59
3.2.4.2	Le CSCT, évaluation pratique à reproduire	60
3.3	Formation facultaire 3 ^e cycle :	62
3.3.1	Formation médicale initiale	62
3.3.1.1	Formation dispensée par le DMG	62
3.3.1.1.1	Ateliers	62
3.3.1.1.2	Journées d'études	63
3.3.1.1.3	Réunion de rentrée	64
3.3.1.1.4	Séminaires	65
3.3.1.2	Formation écrite validante	66
3.3.1.2.1	RSCA / mémoire de recherche	66
3.3.1.2.2	Mémoire de soutenance de DES	66
3.3.1.3	Formation transversale	67
3.3.1.3.1	ETIL	67
3.3.1.3.2	Enseignements propres aux terrains de stage (« topos »)	67
3.3.1.3.3	Tutorat	68
3.3.1.3.3.1	Variabilité du tutorat	68
3.3.1.3.3.2	GEP	69
3.3.1.3.3.3	Supervision du tuteur	70
3.3.2	Formation médicale continue	70
3.3.2.1	Congrès	70
3.3.2.2	Formation en ligne	71
3.3.3	Outils pédagogiques	71
3.3.3.1	Niveau de compétence	71

3.3.3.2	Marguerite des compétences	72
3.3.3.3	Revue	73
3.3.3.4	Ouvrages de références	73
3.3.3.5	Portfolio	74
3.3.4	Articulation formation facultaire – formation en stage	75
3.3.4.1	Articulation temps de stage - temps facultaire	75
3.3.4.2	Articulation lieu de stage – faculté	76
3.4	Formation en stage du 3 ^e cycle	78
3.4.1	Terrains de stage	78
3.4.1.1	Stages ambulatoires	78
3.4.1.1.1	Des stages plébiscités mais trop rares	78
3.4.1.1.2	L'ambulatoire vecteur de compétences spécifiques	78
3.4.1.2	Stages hospitaliers	79
3.4.1.2.1	Formation hospitalo-centrée distincte de la pratique ambulatoire	79
3.4.1.2.2	Incompréhension entre les maîtres de stage hospitaliers et les IMG	80
3.4.2	Apprentissage en stage	81
3.4.2.1	Retour des patients et paramédicaux	81
3.4.2.2	Supervision des maîtres de stage	81
3.4.2.2.1	Supervision en stage	81
3.4.2.2.2	Conflit générationnel	82
3.4.3	Evaluation en stage	83
3.4.3.1	Objectifs de stage	83
3.4.3.2	Evaluation en stage et en fin de stage	83
3.4.4	Concepts en lien avec la formation en stage	84
3.4.4.1	Restituer les savoirs	84
3.4.4.2	Variétés des modes d'exercice	85
3.5	Notions et concepts pédagogiques	86
3.5.1	Six compétences transversales, marguerite	86
3.5.1.1	Marguerite des compétences	86
3.5.1.2	Approche centrée patient – Relation – Communication	87
3.5.1.2.1	Approche centrée patient	87
3.5.1.2.2	Communication	88
3.5.1.3	Approche globale – complexité	88
		355

3.5.1.4	Continuité – Suivi – Coordination des soins	89
3.5.1.5	Education en santé – Dépistage – Prévention individuelle et communautaire	89
3.5.1.6	Premiers recours – Urgences	89
3.5.1.7	Professionnalisme	90
3.5.2	Perception des concepts du DES	90
3.5.2.1	Capacité	90
3.5.2.2	Compétences transversales	91
3.5.2.2.1	Définition des compétences	91
3.5.2.2.2	Des compétences oubliées	91
3.5.2.2.3	Des compétences en plus	92
3.5.2.2.4	Des compétences transversales non reconnues	93
3.5.2.2.5	Des compétences en trop	93
3.5.2.3	Habilités	94
3.5.2.4	Interaction habileté-capacité-compétence	94
3.5.3	Ressources externes	95
3.5.3.1	Réseau professionnel	95
3.5.3.2	Sources d'information médicale	95
3.5.4	Ressources internes	96
3.5.4.1	Connaissances, savoirs	96
3.5.4.2	Habilités relationnelles, savoir-être	98
3.5.4.3	Habilités techniques, savoir faire	99
3.6	La construction des compétences	100
3.6.1	La pratique clinique	100
3.6.2	L'enseignement facultaire	101
3.6.3	De la théorie à la pratique	102
3.7	La perception de l'APC par les IMG	104
3.7.1	Connaissance de l'approche par compétences	104
3.7.2	Confusion des termes	105
3.7.2.1	APC et ACP	105
3.7.2.2	Habilités, capacités, compétences	105
3.7.3	Le ressenti des internes	106
3.7.3.1	Avis négatifs	106
3.7.3.1.1	Incompréhension générale	106

3.7.3.1.2	Un cadre trop rigide, chronophage, en décalage	107
3.7.3.1.3	Démarche inutile, vaine	108
3.7.3.2	Avis positifs	108
3.7.3.3	Avis neutres	109
3.8	Conceptions de la MG selon les IMG	110
3.9	Propositions pour la formation de médecine générale	112
3.9.1	La formation pratique.....	112
3.9.2	La formation théorique.....	113
3.9.2.1	La pédagogie	114
3.9.2.2	Les modalités pédagogiques	115
3.9.2.3	Les contenus de formation	116
3.9.2.4	Propositions diverses	116
4.	Résultats quantitatifs	119
4.1	Déroulement de le l'évaluation et taux de participation	119
4.1.1	Déroulement du questionnaire	119
4.1.2	Caractéristiques de la population	119
4.1.2.1	Échantillon quantitatif	119
4.1.2.2	Caractéristiques détaillées des répondants	120
4.1.2.2.1	Répartition selon l'année de naissance	120
4.1.2.2.2	Répartition selon le genre	120
4.1.2.2.3	Répartition selon la faculté d'origine	121
4.1.2.2.4	Répartition selon l'année de DES en cours	121
4.1.2.2.5	Répartition selon le projet professionnel envisagé	122
4.1.2.2.6	Répartition selon le souhait d'investissement dans une activité future	122
4.2	Formation en stage et facultaire	123
4.2.1	Formation facultaire 3e cycle.....	123
4.2.1.1	Formation médicale initiale	123
4.2.1.1.1	Formation dispensée par le DMG	123
4.2.1.1.2	Formation écrite	124
4.2.1.1.3	Formation transverse	125
4.2.1.2	Outils pédagogiques	126
4.2.2	Formation en stage 3e cycle.....	127
4.2.2.1	Terrains de stage et organisation	127

4.2.2.1.1	Stage ambulatoire	127
4.2.2.1.2	Stage hospitalier	128
4.2.2.1.3	Organisation des stages	128
4.2.2.2	Apprentissages et évaluation en stage	129
4.2.2.2.1	Vecteur d'apprentissages en stage	129
4.2.2.2.2	Evaluation en stage	130
4.2.3	Perception du DES	130
4.3	Marguerite des compétences et compétences transversales	132
4.3.1	Six compétences transversales de la marguerite	132
4.3.2	Perception et utilisation de la marguerite des compétences	133
4.4	Perception de l'approche par compétence	136
4.4.1	Compréhension de l'APC	136
4.4.2	APC et pédagogie au cours du DES	137
4.4.3	Utilisation de l'APC	138
4.4.4	Pertinence de l'APC	138
4.5	Compétences, perception et construction	140
4.5.1	Perception des compétences et connaissances	140
4.5.1.1	Définition des compétences	140
4.5.1.2	Perception de la notion de compétence	141
4.5.2	Construction des compétences	141
4.5.2.1	Formation clinique en stage	141
4.5.2.2	Formation théorique, personnelle et facultaire	142
4.6	Propositions des IMG concernant le DES de MG	144
4.6.1	Propositions concernant l'apprentissage en stages	144
4.6.2	Propositions concernant l'enseignement facultaire	145
4.6.3	Propositions concernant le cadre théorique	146
5.	Discussion	148
5.1	Synthèse des résultats	148
5.2	Forces et faiblesses de l'étude	148
5.2.1	Forces	148
5.2.1.1	Sujet peu traité	148
5.2.1.2	Méthodologie mixte	149
5.2.1.3	Travail mené à deux et triangulation	150
5.2.2	Faiblesses	150
		358

5.2.2.1	Expérience et statut des investigateurs	150
5.2.2.2	Biais en lien avec les focus group	151
5.2.2.3	Taux de réponse au questionnaire et significativité	151
5.3	Interprétation des résultats	152
5.3.1	Le paradigme d'apprentissage en 3 ^e cycle de médecine	152
5.3.1.1	Les différentes formes d'apprentissage	152
5.3.1.1.1	La complexité des compétences	152
5.3.1.1.2	Ressources internes	153
5.3.1.1.3	La capacité d'agir	154
5.3.1.2	La boucle de l'apprentissage	155
5.3.1.2.1	L'exposition aux situations cliniques	155
5.3.1.2.2	Les voies de la progression	156
5.3.1.2.3	Le développement de la réflexivité	156
5.3.2	L'approche par compétences dans le DES de médecine générale	157
5.3.2.1	Un cadre mal compris	157
5.3.2.1.1	Les définitions des principales notions	157
5.3.2.1.2	Une bascule pédagogique entre 2 ^e et 3 ^e cycle	158
5.3.2.2	Des outils peu utilisés	159
5.3.2.2.1	La marguerite des compétences	159
5.3.2.2.2	Le portfolio	160
5.3.2.3	Facteurs favorisant la compréhension	161
5.3.2.3.1	L'avancée dans le cursus	161
5.3.2.3.2	L'intérêt pour la recherche, l'enseignement	162
5.3.2.3.3	Hypothèse : réforme du 2 ^e cycle	162
5.4	Les propositions des internes	163
5.4.1	Le cadre théorique de la formation	163
5.4.1.1	L'introduction à l'APC	163
5.4.1.2	Le renforcement de la place du tuteur	165
5.4.1.3	Développer le tutorat junior	165
5.4.1.4	Accompagner l'autoformation	166
5.4.1.5	Synthèse des compétences génériques transversales	166
5.4.2	L'apprentissage en stage	167
5.4.2.1	Formation des MSH à l'APC	167
5.4.2.2	Optimiser l'évaluation de fin de semestre	168

5.4.3	L'enseignement facultaire	168
5.4.3.1	Valoriser les référentiels de MG	168
5.4.3.2	Développer des enseignements centrés sur la MG	170
5.4.3.3	Développer des formations en ligne	171
5.4.3.4	Réduire le nombre de travaux écrits à fournir	172
5.5	Perspectives de recherche	174
5.5.1	Le point de vue des enseignants.....	174
5.5.2	Travail sur les connaissances en MG	174
5.5.3	Travail sur les gestes techniques en MG.....	175
6.	Conclusion	176
7.	Bibliographie	179
8.	Annexes	184
9.1	Formulaire d'information et de consentement	184
9.2	Grille d'entretien qualitatif	186
9.3	Grille d'analyse qualitative	188
9.4	Questionnaire quantitatif	196
9.5	Résultats questionnaire quantitatif	202
9.6	Répartition du travail	209
9.7	Retranscription	211
9.7.1	Entretien collectif pilote : Jeudi 2 février 2017 – CHAL, Findrol	211
9.7.2	Entretien collectif n°2 : Lundi 21 août 2017 – CH de Valence	229
9.7.3	Entretien collectif n°3 : Mardi 29 août 2017 – Site Laennec, Lyon	273
9.7.4	Entretien collectif n°4 : Mardi 12 décembre 2017 – Site Laennec, Lyon	289
9.7.5	Entretien collectif n°5 : Dimanche 11 mars 2018 – Lyon.....	319

Table des illustrations

Figure 1 : Perception de la formation par le DMG, en pourcentage _____	124
Figure 2 : Perception de la formation écrite, en pourcentage _____	125
Figure 3 : Perception de la formation transverse, en pourcentage _____	126
Figure 4 : Importance des outils pédagogiques, en pourcentage _____	126
Figure 5 : Terrains de stage et leur organisation, en pourcentage _____	127
Figure 6 : Apprentissages et évaluation en stage, en pourcentage _____	129
Figure 7 : Item « le DES de MG est une formation de qualité », en pourcentage _____	130
Figure 8 : Compétences transversales en fonction de leur pertinence perçue, en pourcentage _____	133
Figure 9 : A propos de la marguerite des compétences, en pourcentage _____	134
Figure 10 : Connaissance de la marguerite fonction de l'année de DES, en effectif _	135
Figure 11 : Compréhension de l'APC fonction de l'investissement futur souhaité, en effectif _____	136
Figure 12 : L'APC sur le plan pédagogique, en pourcentage _____	137
Figure 13 : Utilisation de l'APC, en pourcentage _____	138
Figure 14 : « l'APC est une approche structurante et constructive », en effectif _____	139
Figure 15 : Définition de la notion de compétence, en pourcentage _____	140
Figure 16 : Perception des compétences et connaissances, en pourcentage _____	141
Figure 17 : Vecteurs de construction des compétences en stage, en pourcentage _____	142
Figure 18 : Vecteurs de la construction des compétences au niveau théorique et facultaire, en pourcentage _____	143
Figure 19 : Propositions concernant l'apprentissage en stage, en pourcentage _____	145
Figure 20 : Propositions concernant l'enseignement facultaire, en pourcentage _____	146
Figure 21 : Propositions concernant le cadre théorique, en pourcentage _____	147



UNIVERSITÉ CLAUDE BERNARD LYON 1

POURADIER DUTEIL Flavie et CONAN Clément

L'approche par compétences vue par les internes de médecine générale lyonnais

RÉSUMÉ : L'approche par compétences (APC), ou paradigme d'apprentissage, est, en sciences de l'éducation, un cadre théorique sur lequel s'appuie notamment le diplôme d'études spécialisées (DES) de médecine générale (MG) à travers l'apprentissage en stage, l'enseignement facultaire et un système de tutorat. L'objectif principal de ce travail était d'explorer le point de vue des internes de médecine générale (IMG) lyonnais sur l'APC et plus spécifiquement d'évaluer leur compréhension et leur adhésion à ce concept. Pour cela, cette étude s'est appuyée sur une méthodologie mixte avec, dans un premier temps, des entretiens de groupe semi dirigés, puis dans un second temps, la diffusion d'un questionnaire auto-administré. Cinq focus groups ont été menés de février 2017 à mars 2018, incluant un total de 22 IMG. De février à avril 2019, 126 étudiants ont répondu au questionnaire, sur les 832 au total en cours de formation à Lyon ou n'ayant pas soutenu leur thèse, soit un taux de réponse de 15%. Notre travail tend à montrer que la compréhension et l'adhésion des IMG lyonnais à l'APC sont réduites, mais que cette situation évolue et, pour certains, s'inverse, au fur et à mesure qu'ils avancent dans le cursus. Plus que l'APC elle-même, c'est la façon dont elle s'applique qui était visée par les propositions faites par les internes, dont certaines sont d'ailleurs en cours d'application. Ce qui se dégage au final, c'est que la notion de compétence paraît trop abstraite aux IMG pour que l'ensemble du 3e cycle soit centré dessus. Les notions de connaissances et d'habiletés, considérées dans ce modèle comme des ressources internes, leur paraissent en effet des éléments essentiels à l'émergence des compétences d'un médecin généraliste.

MOTS CLÉS : Pédagogie, Approche par compétences, Internes de médecine générale

JURY :

Président :

Monsieur le Professeur Yves ZERBIB

Membres:

Madame le Professeur Martine WALLON

Madame le Professeur Marie FLORI (directrice)

Monsieur le Docteur Marc CHANELIERE

DATE DE SOUTENANCE : 20 juin 2019

COORDONNÉES DES AUTEURS :

15 chemin de la planche 74370 PRINGY / clement.conan@free.fr

520 route du bois de l'âne 26260 CHAVANNES / flavie.pouradierduteil@gmail.com