

ANNÉE 2017

2017 TOU3 1089

2017 TOU3 1090

**THÈSE**  
**POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE**  
**SPÉCIALITÉ MÉDECINE GÉNÉRALE**

Présentée et soutenue publiquement le Mardi 5 Septembre 2017

par

Alexiane PEREZ et Elodie SINCA

**PERCEPTION DES RÉCITS DE SITUATIONS COMPLEXES ET**  
**AUTHENTIQUES (RSCA) PAR LES INTERNES DE MÉDECINE**  
**GÉNÉRALE DE MIDI-PYRÉNÉES**  
**Étude qualitative par Focus Group**

DIRECTEUR de thèse : Docteur Alain FONVIELLE

JURY :

Monsieur le Professeur Stéphane OUSTRIC

Président

Madame le Docteur Brigitte ESCOURROU

Assesseur

Monsieur le Docteur André STILLMUNKES

Assesseur

Monsieur le Docteur Alain FONVIELLE

Assesseur



**TABLEAU du PERSONNEL HU**  
**des Facultés de Médecine de l'Université Paul Sabatier**  
**au 1<sup>er</sup> septembre 2016**

**Professeurs Honoraires**

Doyen Honoraire	M. ROUGE Daniel	Professeur Honoraire	M. BAZEX Jacques
Doyen Honoraire	M. LAZORTHES Yves	Professeur Honoraire	M. VIRENQUE Christian
Doyen Honoraire	M. CHAP Hugues	Professeur Honoraire	M. CARLES Pierre
Doyen Honoraire	M. GUIRAUD-CHAUMEIL Bernard	Professeur Honoraire	M. BONAFÉ Jean-Louis
Doyen Honoraire	M. PUEL Pierre	Professeur Honoraire	M. VAYSSE Philippe
Professeur Honoraire	M. ESCHAPASSE Henri	Professeur Honoraire	M. ESQUERRE J.P.
Professeur Honoraire	M. GEDEON André	Professeur Honoraire	M. GUITARD Jacques
Professeur Honoraire	M. PASQUIE M.	Professeur Honoraire	M. LAZORTHES Franck
Professeur Honoraire	M. RIBAUT Louis	Professeur Honoraire	M. ROQUE-LATRILLE Christian
Professeur Honoraire	M. ARLET Jacques	Professeur Honoraire	M. CERENE Alain
Professeur Honoraire	M. RIBET André	Professeur Honoraire	M. FOURNIAL Gérard
Professeur Honoraire	M. MONROZIES M.	Professeur Honoraire	M. HOFF Jean
Professeur Honoraire	M. DALOUS Antoine	Professeur Honoraire	M. REME Jean-Michel
Professeur Honoraire	M. DUPRE M.	Professeur Honoraire	M. FAUVEL Jean-Marie
Professeur Honoraire	M. FABRE Jean	Professeur Honoraire	M. FREXINOS Jacques
Professeur Honoraire	M. DUCOS Jean	Professeur Honoraire	M. CARRIERE Jean-Paul
Professeur Honoraire	M. LACOMME Yves	Professeur Honoraire	M. MANSAT Michel
Professeur Honoraire	M. COTONAT Jean	Professeur Honoraire	M. BARRET André
Professeur Honoraire	M. DAVID Jean-Frédéric	Professeur Honoraire	M. ROLLAND
Professeur Honoraire	Mme DIDIER Jacqueline	Professeur Honoraire	M. THOUVENOT Jean-Paul
Professeur Honoraire	Mme LARENG Marie-Blanche	Professeur Honoraire	M. CAHUZAC Jean-Philippe
Professeur Honoraire	M. BERNADET	Professeur Honoraire	M. DELSOL Georges
Professeur Honoraire	M. REGNIER Claude	Professeur Honoraire	M. ABBAL Michel
Professeur Honoraire	M. COMBELLES	Professeur Honoraire	M. DURAND Dominique
Professeur Honoraire	M. REGIS Henri	Professeur Honoraire	M. DALY-SCHVEITZER Nicolas
Professeur Honoraire	M. ARBUS Louis	Professeur Honoraire	M. RAILHAC
Professeur Honoraire	M. PUJOL Michel	Professeur Honoraire	M. POURRAT Jacques
Professeur Honoraire	M. ROCHICCIOLI Pierre	Professeur Honoraire	M. QUERLEU Denis
Professeur Honoraire	M. RUMEAU Jean-Louis	Professeur Honoraire	M. ARNE Jean-Louis
Professeur Honoraire	M. BESOMBES Jean-Paul	Professeur Honoraire	M. ESCOURROU Jean
Professeur Honoraire	M. SUC Jean-Michel	Professeur Honoraire	M. FOURTANIER Gilles
Professeur Honoraire	M. VALDIGUIE Pierre	Professeur Honoraire	M. LAGARRIGUE Jacques
Professeur Honoraire	M. BOUNHOURE Jean-Paul	Professeur Honoraire	M. PESSEY Jean-Jacques
Professeur Honoraire	M. CARTON Michel	Professeur Honoraire	M. CHAVOIN Jean-Pierre
Professeur Honoraire	Mme PUEL Jacqueline	Professeur Honoraire	M. GERAUD Gilles
Professeur Honoraire	M. GOUZI Jean-Louis	Professeur Honoraire	M. PLANTE Pierre
Professeur Honoraire associé	M. DUTAU Guy	Professeur Honoraire	M. MAGNAVAL Jean-François
Professeur Honoraire	M. PASCAL J.P.	Professeur Honoraire	M. MONROZIES Xavier
Professeur Honoraire	M. SALVADOR Michel	Professeur Honoraire	M. MOSCOVICI Jacques
Professeur Honoraire	M. BAYARD Francis	Professeur Honoraire	Mme GENESTAL Michèle
Professeur Honoraire	M. LEOPHONTE Paul	Professeur Honoraire	M. CHAMONTIN Bernard
Professeur Honoraire	M. FABIÉ Michel	Professeur Honoraire	M. SALVAYRE Robert
Professeur Honoraire	M. BARTHE Philippe	Professeur Honoraire	M. FRAYSSE Bernard
Professeur Honoraire	M. CABARROT Etienne	Professeur Honoraire	M. BUGAT Roland
Professeur Honoraire	M. DUFFAUT Michel	Professeur Honoraire	M. PRADERE Bernard
Professeur Honoraire	M. ESCAT Jean		
Professeur Honoraire	M. ESCANDE Michel		
Professeur Honoraire	M. PRIS Jacques		
Professeur Honoraire	M. CATHALA Bernard		

**Professeurs Émérites**

Professeur ALBAREDE Jean-Louis	Professeur CHAMONTIN Bernard
Professeur CONTÉ Jean	Professeur SALVAYRE Bernard
Professeur MURAT	Professeur MAGNAVAL Jean-François
Professeur MANELFE Claude	Professeur ROQUES-LATRILLE Christian
Professeur LOUVET P.	Professeur MOSCOVICI Jacques
Professeur SARRAMON Jean-Pierre	
Professeur CARATERO Claude	
Professeur GUIRAUD-CHAUMEIL Bernard	
Professeur COSTAGLIOLA Michel	
Professeur ADER Jean-Louis	
Professeur LAZORTHES Yves	
Professeur LARENG Louis	
Professeur JOFFRE Francis	
Professeur BONEU Bernard	
Professeur DABERNAT Henri	
Professeur BOCCALON Henri	
Professeur MAZIERES Bernard	
Professeur ARLET-SUAU Elisabeth	
Professeur SIMON Jacques	
Professeur FRAYSSE Bernard	

## FACULTE DE MEDECINE TOULOUSE-PURPAN

37 allées Jules Guesde - 31062 TOULOUSE Cedex

Doyen : D. CARRIE

P.U. - P.H. Classe Exceptionnelle et 1ère classe		P.U. - P.H. 2ème classe	
M. ADOUE Daniel (C.E)	Médecine Interne, Gériatrie	Mme BEYNE-RAUZY Odile	Médecine Interne
M. AMAR Jacques	Thérapeutique	M. BROUCHET Laurent	Chirurgie thoracique et cardio-vascul
M. ATTAL Michel (C.E)	Hématologie	M. BUREAU Christophe	Hépatogastro-entéro
M. AVET-LOISEAU Hervé	Hématologie, transfusion	M. CALVAS Patrick	Génétique
M. BIRMES Philippe	Psychiatrie	M. CARRERE Nicolas	Chirurgie Générale
M. BLANCHER Antoine	Immunologie (option Biologique)	Mme CASPER Charlotte	Pédiatrie
M. BONNEVIALLE Paul	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie.	M. CHAIX Yves	Pédiatrie
M. BOSSAVY Jean-Pierre	Chirurgie Vasculaire	Mme CHARPENTIER Sandrine	Thérapeutique, méd. d'urgence, addict
M. BRASSAT David	Neurologie	M. COGNARD Christophe	Neuroradiologie
M. BROUSSET Pierre (C.E)	Anatomie pathologique	M. DE BOISSEZON Xavier	Médecine Physique et Réadapt Fonct.
M. CARRIE Didier (C.E)	Cardiologie	M. FOURNIE Bernard	Rhumatologie
M. CHAP Hugues (C.E)	Biochimie	M. FOURNIÉ Pierre	Ophthalmologie
M. CHAUVEAU Dominique	Néphrologie	M. GAME Xavier	Urologie
M. CHOLLET François (C.E)	Neurologie	M. GEERAERTS Thomas	Anesthésiologie et réanimation
M. CLANET Michel (C.E)	Neurologie	M. LAROCHE Michel	Rhumatologie
M. DAHAN Marcel (C.E)	Chirurgie Thoracique et Cardiaque	M. LAUWERS Frédéric	Anatomie
M. DEGUINE Olivier	Oto-rhino-laryngologie	M. LEOBON Bertrand	Chirurgie Thoracique et Cardiaque
M. DUCOMMUN Bernard	Cancérologie	M. LOPEZ Raphael	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
M. FERRIERES Jean	Epidémiologie, Santé Publique	M. MARX Mathieu	Oto-rhino-laryngologie
M. FOURCADE Olivier	Anesthésiologie	M. MAS Emmanuel	Pédiatrie
M. IZOPET Jacques (C.E)	Bactériologie-Virologie	M. OLIVOT Jean-Marc	Neurologie
Mme LAMANT Laurence	Anatomie Pathologique	M. PARANT Olivier	Gynécologie Obstétrique
M. LANG Thierry (C.E)	Biostatistiques et Informatique Médicale	M. PATHAK Atul	Pharmacologie
M. LANGIN Dominique	Nutrition	M. PAYRASTRE Bernard	Hématologie
M. LAUQUE Dominique (C.E)	Médecine Interne	M. PERON Jean-Marie	Hépatogastro-entérologie
M. LIBLAU Roland (C.E)	Immunologie	M. PORTIER Guillaume	Chirurgie Digestive
M. MALVAUD Bernard	Urologie	M. RONCALLI Jérôme	Cardiologie
M. MANSAT Pierre	Chirurgie Orthopédique	Mme SAVAGNER Frédérique	Biochimie et biologie moléculaire
M. MARCHOU Bruno	Maladies Infectieuses	Mme SELVES Janick	Anatomie et cytologie pathologiques
M. MAZIERES Julien	Pneumologie	M. SOL Jean-Christophe	Neurochirurgie
M. MOLINIER Laurent	Epidémiologie, Santé Publique		
M. MONTASTRUC Jean-Louis (C.E)	Pharmacologie		
Mme MOYAL Elisabeth	Cancérologie		
Mme NOURHASHEMI Fatemeh (C.E)	Gériatrie		
M. OLIVES Jean-Pierre (C.E)	Pédiatrie		
M. OSWALD Eric	Bactériologie-Virologie		
M. PARIENTE Jérémie	Neurologie		
M. PARINAUD Jean	Biol. Du Dévelop. et de la Reprod.		
M. PAUL Carle	Dermatologie		
M. PAYOUX Pierre	Biophysique		
M. PERRET Bertrand (C.E)	Biochimie		
M. RASCOL Olivier	Pharmacologie		
M. RECHER Christian	Hématologie		
M. RISCHMANN Pascal (C.E)	Urologie		
M. RIVIERE Daniel (C.E)	Physiologie		
M. SALES DE GAUZY Jérôme	Chirurgie Infantile		
M. SALLES Jean-Pierre	Pédiatrie		
M. SANS Nicolas	Radiologie		
M. SERRE Guy (C.E)	Biologie Cellulaire		
M. TELMON Norbert	Médecine Légale		
M. VINEL Jean-Pierre (C.E)	Hépatogastro-entérologie		
		<b>P.U. Médecine générale</b>	
		M. OUSTRIC Stéphane	Médecine Générale
		M. MESTHÉ Pierre	Médecine Générale

Professeur Associé de Médecine Générale  
POUTRAIN Jean-Christophe

**FACULTE DE MEDECINE TOULOUSE-RANGUEIL**

133, route de Narbonne - 31062 TOULOUSE Cedex

Doyen : E. SERRANO

**P.U. - P.H.**

Classe Exceptionnelle et 1ère classe

M. ACAR Philippe	Pédiatrie
M. ALRIC Laurent	Médecine Interne
Mme ANDRIEU Sandrine	Epidémiologie
M. ARLET Philippe (C.E)	Médecine Interne
M. ARNAL Jean-François	Physiologie
Mme BERRY Isabelle (C.E)	Biophysique
M. BOUTAULT Franck (C.E)	Chirurgie Maxillo-Faciale et Stomatologie
M. BUJAN Louis (C.E)	Urologie-Andrologie
Mme BURA-RIVIERE Alessandra	Médecine Vasculaire
M. BUSCAIL Louis	Hépto-Gastro-Entérologie
M. CANTAGREL Alain (C.E)	Rhumatologie
M. CARON Philippe (C.E)	Endocrinologie
M. CHIRON Philippe (C.E)	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie
M. CONSTANTIN Arnaud	Rhumatologie
M. COURBON Frédéric	Biophysique
Mme COURTADE SAIDI Monique	Histologie Embryologie
M. DAMBRIN Camille	Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire
M. DELABESSE Eric	Hématologie
Mme DELISLE Marie-Bernadette (C.E)	Anatomie Pathologie
M. DELORD Jean-Pierre	Cancérologie
M. DIDIER Alain (C.E)	Pneumologie
M. ELBAZ Meyer	Cardiologie
M. GALINIER Michel	Cardiologie
M. GLOCK Yves (C.E)	Chirurgie Cardio-Vasculaire
M. GOURDY Pierre	Endocrinologie
M. GRAND Alain (C.E)	Epidémiologie. Eco. de la Santé et Prévention
M. GROLLEAU RAOUX Jean-Louis	Chirurgie plastique
Mme GUIMBAUD Rosine	Cancérologie
Mme HANAIRE Hélène (C.E)	Endocrinologie
M. KAMAR Nassim	Néphrologie
M. LARRUE Vincent	Neurologie
M. LAURENT Guy (C.E)	Hématologie
M. LEVADE Thierry (C.E)	Biochimie
M. MALECAZE François (C.E)	Ophtalmologie
M. MARQUE Philippe	Médecine Physique et Réadaptation
Mme MARTY Nicole	Bactériologie Virologie Hygiène
M. MASSIP Patrice (C.E)	Maladies Infectieuses
M. MINVILLE Vincent	Anesthésiologie Réanimation
M. RAYNAUD Jean-Philippe (C.E)	Psychiatrie Infantile
M. RITZ Patrick	Nutrition
M. ROCHE Henri (C.E)	Cancérologie
M. ROLLAND Yves	Gériatrie
M. ROUGE Daniel (C.E)	Médecine Légale
M. ROUSSEAU Hervé (C.E)	Radiologie
M. SAILLER Laurent	Médecine Interne
M. SCHMITT Laurent (C.E)	Psychiatrie
M. SENARD Jean-Michel	Pharmacologie
M. SERRANO Elie (C.E)	Oto-rhino-laryngologie
M. SOULAT Jean-Marc	Médecine du Travail
M. SOULIE Michel (C.E)	Urologie
M. SUC Bertrand	Chirurgie Digestive
Mme TAUBER Marie-Thérèse (C.E)	Pédiatrie
Mme URO-COSTE Emmanuelle	Anatomie Pathologique
M. VAYSSIERE Christophe	Gynécologie Obstétrique
M. VELLAS Bruno (C.E)	Gériatrie

**P.U. - P.H.**

2ème classe

M. ACCADBLED Franck	Chirurgie Infantile
M. ARBUS Christophe	Psychiatrie
M. BERRY Antoine	Parasitologie
M. BONNEVILLE Fabrice	Radiologie
M. BOUNES Vincent	Médecine d'urgence
Mme BOURNET Barbara	Gastro-entérologie
M. CHAUFOUR Xavier	Chirurgie Vasculaire
M. CHAYNES Patrick	Anatomie
M. DECRAMER Stéphane	Pédiatrie
M. DELOBEL Pierre	Maladies Infectieuses
Mme DULY-BOUHANICK Béatrice	Thérapeutique
M. FRANCHITTO Nicolas	Addictologie
M. GALINIER Philippe	Chirurgie Infantile
M. GARRIDO-STOWHAS Ignacio	Chirurgie Plastique
Mme GOMEZ-BROUCHET Anne-Muriel	Anatomie Pathologique
M. HUYGHE Eric	Urologie
M. LAFFOSSE Jean-Michel	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie
Mme LAPRIE Anne	Radiothérapie
M. LEGUEVAQUE Pierre	Chirurgie Générale et Gynécologique
M. MARCHEIX Bertrand	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
M. MAURY Jean-Philippe	Cardiologie
Mme MAZEREEUW Juliette	Dermatologie
M. MEYER Nicolas	Dermatologie
M. MUSCARI Fabrice	Chirurgie Digestive
M. OTAL Philippe	Radiologie
M. ROUX Franck-Emmanuel	Neurochirurgie
Mme SOTO-MARTIN Maria-Eugénia	Gériatrie et biologie du vieillissement
M. TACK Ivan	Physiologie
M. VERGEZ Sébastien	Oto-rhino-laryngologie
M. YSEBAERT Loic	Hématologie

Professeur Associé de Médecine Générale  
Pr STILLMUNKES André

Professeur Associé en O.R.L.  
Pr WOISARD Virginie

**M.C.U. - P.H.**

M. APOIL Pol Andre	Immunologie
Mme ARNAUD Catherine	Epidémiologie
M. BIETH Eric	Génétique
Mme BONGARD Vanina	Epidémiologie
Mme CASPAR BAUGUIL Sylvie	Nutrition
Mme CASSAING Sophie	Parasitologie
M. CAVAIGNAC Etienne	Chirurgie orthopédique et traumatologie
Mme CONCINA Dominique	Anesthésie-Réanimation
M. CONGY Nicolas	Immunologie
Mme COURBON Christine	Pharmacologie
Mme DAMASE Christine	Pharmacologie
Mme de GLISEZENSKY Isabelle	Physiologie
Mme DE MAS Véronique	Hématologie
Mme DELMAS Catherine	Bactériologie Virologie Hygiène
M. DUBOIS Damien	Bactériologie Virologie Hygiène
M. DUPUI Philippe	Physiologie
M. FAGUER Stanislas	Néphrologie
Mme FILLAUX Judith	Parasitologie
M. GANTET Pierre	Biophysique
Mme GENNERO Isabelle	Biochimie
Mme GENOUX Annelise	Biochimie et biologie moléculaire
M. HAMDJ Safouane	Biochimie
Mme HITZEL Anne	Biophysique
M. IRIART Xavier	Parasitologie et mycologie
Mme JONCA Nathalie	Biologie cellulaire
M. KIRZIN Sylvain	Chirurgie générale
Mme LAPEYRE-MESTRE Maryse	Pharmacologie
M. LAURENT Camille	Anatomie Pathologique
M. LHERMUSIER Thibault	Cardiologie
Mme MONTASTIER Emilie	Nutrition
M. MONTROYA Richard	Physiologie
Mme MOREAU Marion	Physiologie
Mme NOGUEIRA M.L.	Biologie Cellulaire
M. PILLARD Fabien	Physiologie
Mme PUISSANT Bénédicte	Immunologie
Mme RAYMOND Stéphanie	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme SABOURDY Frédérique	Biochimie
Mme SAUNE Karine	Bactériologie Virologie
M. SILVA SIFONTES Stein	Réanimation
M. SOLER Vincent	Ophtalmologie
M. TAFANI Jean-André	Biophysique
M. TREINER Emmanuel	Immunologie
Mme TREMOLLIERS Florence	Biologie du développement
Mme VAYSSE Charlotte	Cancérologie

**M.C.U. Médecine générale**

M. BRILLAC Thierry

**M.C.U. - P.H**

Mme ABRAVANEL Florence	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme BASSET Céline	Cytologie et histologie
M. CAMBUS Jean-Pierre	Hématologie
Mme CANTERO Anne-Valérie	Biochimie
Mme CARFAGNA Luana	Pédiatrie
Mme CASSOL Emmanuelle	Biophysique
Mme CAUSSE Elizabeth	Biochimie
M. CHAPUT Benoit	Chirurgie plastique et des brûlés
M. CHASSAING Nicolas	Génétique
Mme CLAVE Danielle	Bactériologie Virologie
M. CLAVEL Cyril	Biologie Cellulaire
Mme COLLIN Laetitia	Cytologie
Mme COLOMBAT Magali	Anatomie et cytologie pathologiques
M. CORRE Jill	Hématologie
M. DE BONNECAZE Guillaume	Anatomie
M. DEDOUIT Fabrice	Médecine Légale
M. DELPLA Pierre-André	Médecine Légale
M. DESPAS Fabien	Pharmacologie
M. EDOUARD Thomas	Pédiatrie
Mme ESQUIROL Yolande	Médecine du travail
Mme EVRARD Solène	Histologie, embryologie et cytologie
Mme GALINIER Anne	Nutrition
Mme GARDETTE Virginie	Epidémiologie
M. GASQ David	Physiologie
Mme GRARE Marion	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme GUILBEAU-FRUGIER Céline	Anatomie Pathologique
Mme GUYONNET Sophie	Nutrition
M. HERIN Fabrice	Médecine et santé au travail
Mme INGUENEAU Cécile	Biochimie
M. LAIREZ Olivier	Biophysique et médecine nucléaire
M. LEANDRI Roger	Biologie du dével. et de la reproduction
M. LEPAGE Benoit	Biostatistiques et Informatique médicale
Mme MAUPAS Françoise	Biochimie
M. MIEUSSET Roger	Biologie du dével. et de la reproduction
Mme NASR Nathalie	Neurologie
Mme PERIQUET Brigitte	Nutrition
Mme PRADDAUDE Françoise	Physiologie
M. RIMAILHO Jacques	Anatomie et Chirurgie Générale
M. RONGIERES Michel	Anatomie - Chirurgie orthopédique
Mme SOMMET Agnès	Pharmacologie
Mme VALLET Marion	Physiologie
M. VERGEZ François	Hématologie
Mme VEZZOSI Delphine	Endocrinologie

**M.C.U. Médecine générale**

M. BISMUTH Michel	Médecine Générale
M. BISMUTH Serge	Médecine Générale
Mme ROUGE-BUGAT Marie-Eve	Médecine Générale
Mme ESCOURROU Brigitte	Médecine Générale

Maîtres de Conférences Associés de Médecine Générale

Dr ABITTEBOUL Yves  
Dr CHICOULAA Bruno  
Dr IRI-DELAHAYE Motoko  
Dr FREYENS Anne

Dr BOYER Pierre  
Dr ANE Serge  
Dr BIREBENT Jordan

## REMERCIEMENTS

---

### **À Monsieur le Professeur Stéphane Oustric,**

Nous vous sommes reconnaissantes de l'honneur que vous nous faites de présider notre jury de thèse. Veuillez recevoir le témoignage de notre respectueuse considération. Nous vous remercions de nous avoir fait partager votre passion pour la Médecine Générale.

### **À Madame le Docteur Brigitte Escourrou,**

Nous vous remercions pour vos précieux conseils et votre bienveillance. Vous nous avez transmis le goût pour la recherche qualitative en soins primaires tout au long de notre projet. Soyez assurée de notre gratitude et de notre profond respect.

### **À Monsieur le Docteur André Stillmunkès,**

Vous nous faites l'honneur de juger ce travail, veuillez trouver ici l'expression de nos sincères remerciements.

### **À Monsieur le Docteur Alain Fonvielle, notre directeur de thèse,**

Un grand merci pour tout le travail et le temps passé sur notre projet. Tu as su nous redonner la motivation dans les moments difficiles et tu as toujours eu une confiance absolue en nous. Tu nous as soutenues, tu as été d'une grande rapidité dans tes réponses et d'une disponibilité sans faille. Merci d'avoir partagé cette épreuve avec nous et nous te sommes reconnaissantes pour ton immense aide.

**À tous les Internes de Médecine Générale de Midi-Pyrénées interrogés,** merci d'avoir accepté de donner de votre temps pour ces entretiens. Merci d'avoir livré à cœur ouvert vos perceptions sur le RSCA. Nous espérons avec ce travail et ces longues heures d'analyse pouvoir faire entendre votre voix.

**Aux animateurs des « Focus Group »,** merci pour votre implication, votre disponibilité, votre neutralité et votre aide pour notre étude.

## REMERCIEMENTS ALEXIANE

**Merci à Cédric**, l'homme de ma vie, qui depuis 9 ans me soutient et me supporte quoiqu'il arrive dans toutes les étapes de ces études difficiles : mauvais comme bons moments, qui a toujours cru en moi et avec qui beaucoup de projets fleurissent, et notamment notre plus grand bonheur : notre petit bout à venir,

### **Merci à ma famille :**

- À ma sœur, qui a toujours su trouver les mots pour rire, pour me changer les idées, et m'a toujours encouragée ainsi qu'à Vincent, mon super beau-frère,
- À ma mère, l'épaule qui m'a toujours soutenue, rassurée, consolée et surtout écoutée dans tous mes « états »,
- À mon père, qui m'a toujours suivi et porté pas à pas dans toutes ces longues études et a toujours su trouver les mots pour me booster, « le couteau entre les dents »,
- À Dédé, qui m'a soutenu et a toujours cru en moi quand je passais des heures dans mon bureau,
- À Martine, qui rend heureuse mon père,
- À mes grands-parents, Emma, Alice, Emile, tous partis trop tôt durant mes études, et qui j'espère sont fiers de moi de là où ils sont et avec qui j'aurais aimé partager ce moment final de mon parcours,
- À mes cousins, avec qui les cousinades sont toujours un moment que nous attendons avec impatience chaque année,
- À mes tantes et oncles, pour m'avoir toujours soutenue et petit stand up à Mark et Frédéric pour leur aide précieuse dans les traductions, ça sert d'avoir des tantes habitant à l'étranger !
- À ma belle-famille, Danièle, Christophe, Elise, Claude et Michèle ainsi que Georges qui nous a quittés, pour votre soutien,
- À la famille Saint-Agne, d'être toujours présente,
- Aux copains, pour ces étés et Noëlés passés ensemble,

### **À mes amis :**

- À Marina, l'amie sur qui je peux toujours compter depuis ces nombreuses années, un soutien sans faille et une amitié qui n'est pas prête de s'arrêter,

- À Elodie, pour avoir partagé ce travail difficile qu'est la thèse avec des coups de fils quotidiens, de rares disputes, de multiples fous rires, des chansons, des bons moments ensemble,
- À mes amies de première et deuxième année, Marie, Camille, Lisa et Marie-Ange, que je ne vois pas autant qu'avant mais qui restent des amies exceptionnelles et qui resteront toujours dans mon cœur,
- Aux villefrancois, ma famille d'internat, Aricie, Mélody, Margot, Loïc et Charles pour leur joie de vivre avec qui nous avons partagé de supers moments et encore beaucoup sont à venir,
- À mes amis gersois du lycée, Marjouille, Jéro, Hélène, Caro, Fitou et leurs and co avec qui nous avons passé des soirées inoubliables à Bars, l'Isle de Noé et beaucoup d'autres soirées en perspective,
- À Hélène, ma consœur angiologue de Dijon qui m'a toujours soutenu et avec qui les longs mails échangés sont toujours des moments que j'attends avec hâte,

**Merci à Colette**, notre correctrice officielle, pour son temps passé sur notre thèse,

À tous mes praticiens, qui ont su m'apporter leur passion de la médecine générale, et tous les autres médecins croisés durant mes stages qui ont su me guider et me faire devenir celle que je suis aujourd'hui,

À tous les internes rencontrés au fil des stages avec qui nous avons affronté tous types de situations,

## REMERCIEMENTS ELODIE

**Merci à toute ma famille,**

À **mes parents**, maman, papa, vous êtes et avez été toujours présents pour me soutenir dans les bons comme les mauvais moments. Merci d'avoir tout fait pour que j'en sois arrivée là aujourd'hui.

Merci à Maman pour ses longues heures de relecture de notre thèse et ses Tupperwares® en P1 !

Merci à Papa pour m'avoir accompagné à ces maudits concours et d'être toujours disponible quand j'ai besoin.

MERCI pour votre amour, MERCI pour tout !

À **Alexandre**, merci pour ton soutien. Merci d'avoir supporté mes crises de colère et sautes d'humeur. Je m'excuse aussi d'avoir monopolisé l'ordinateur ! Nous avons encore tellement à partager ensemble pour les prochaines années (et notamment de beaux voyages en perspective !).

À **mes grands-parents**, mamie et papi Milou, et mamie Lita, qui n'êtes plus là pour partager ce grand moment avec moi, j'espère que de là où vous êtes, vous êtes fiers de moi et du chemin que j'ai parcouru.

À **mes oncles et tantes**, Mireille et René, Marie-Thérèse et Joseph, merci pour votre présence, vos attentions et votre soutien sans faille.

À **ma cousine**, Lucie, merci pour ton réconfort et pour tous ces bons moments de décompression : des cours de ski aux randonnées qui finissent toujours mal en passant par les dancefloors endiablés.

À **mes cousins**, Guillaume et Ludovic pour qui ma thèse n'est qu'un rassemblement de mots barbares mais qui êtes toujours soucieux de mon avenir.

À Olivier, Cécile et Léo qui sont maintenant plus proches de nous géographiquement, merci pour votre soutien.

À **la famille d'Alexandre**, Angèle, Odyle et Michel, merci pour votre présence et vos encouragements.

**Merci à toutes mes amies, tous mes amis,**

**À mes amies de longue date**, Elodie, Claire, Myriam, Clothilde et Amandine, 16 ans de fous rires, de confidences et de confiance partagée. Merci pour votre soutien, pour avoir toujours été là à toutes les épreuves et pour avoir su m'aérer l'esprit !

MERCI pour tout cela. Pourvu que ça dure !

**À mes amies de la fac**, Alexiane, Marie, Camille, Marie-Ange, Lisa, les premières années de médecine auraient été tellement difficiles sans vous. Merci pour votre amitié et votre soutien infailible.

À Alexiane, co-étudiante, co-externe, co-interne, co-thésarde, amie avant tout, merci pour ce travail de thèse mais aussi d'être toujours là quand il le faut !

À Marie, un seul mot « Phoque ! »

**À Cédric**, merci pour ton aide technique et informatique.

**Merci à tous les praticiens** rencontrés au cours de mes stages d'internat, pour leur confiance, leur sympathie, l'enseignement de leurs connaissances et compétences et le partage de leur savoir. Merci de nous transmettre le goût pour la Médecine Générale.

## SERMENT D'HIPPOCRATE

« Au moment d'être admis(e) à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera.

Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admis(e) dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçu(e) à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

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

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonoré(e) et méprisé(e) si j'y manque. »

# TABLE DES MATIÈRES

<b>REMERCIEMENTS</b> .....	<b>6</b>
<b>TABLE DES MATIÈRES</b> .....	<b>12</b>
<b>LISTE DES ABRÉVIATIONS</b> .....	<b>15</b>
<b>INTRODUCTION</b> .....	<b>16</b>
1. LE RÉCIT DE SITUATION COMPLEXE ET AUTHENTIQUE (RSCA) .....	16
1.1. <i>Qu'entend-on par RSCA ?</i> .....	16
1.2. <i>But d'un RSCA</i> .....	16
1.3. <i>Organisation d'un RSCA</i> .....	16
1.4. <i>Évaluation du RSCA</i> .....	17
1.5. <i>Le RSCA dans le D.E.S. de Médecine Générale de Toulouse</i> .....	18
2. CONCEPT D'APPRENTISSAGE PAR COMPÉTENCES ET PLACE DU RSCA .....	18
3. PROBLÉMATIQUE.....	19
4. QUESTION DE RECHERCHE .....	20
5. OBJECTIF PRINCIPAL.....	20
<b>MÉTHODES</b> .....	<b>21</b>
1. RÔLE DES CHERCHEURS .....	21
1.1. <i>Le statut</i> .....	21
1.2. <i>Les ateliers de formation</i> .....	21
1.3. <i>La recherche bibliographique : revue de la littérature</i> .....	21
2. CHOIX DE LA MÉTHODE QUALITATIVE .....	22
3. ÉCHANTILLONNAGE .....	23
3.1. <i>Population cible</i> .....	23
3.1.1. Critères d'inclusion .....	23
3.1.2. Critères d'exclusion.....	24
3.2. <i>Population interrogée : échantillonnage raisonné</i> .....	24
3.3. <i>Le recrutement</i> .....	25
3.4. <i>Les refus de participation à notre projet de thèse</i> .....	25
4. RECUEIL DES DONNÉES .....	25
4.1. <i>Technique de recueil</i> .....	25
4.2. <i>Conditions du recueil</i> .....	26
4.2.1. Lieu et période.....	26
4.2.2. Déroulement du recueil.....	26
4.2.3. Matériel utilisé.....	27
4.2.4. Connaissance des internes interviewés.....	27
4.3. <i>Le guide d'entretien</i> .....	27
4.3.1. Elaboration du guide d'entretien .....	27
4.3.2. Évolution du guide d'entretien.....	28
4.4. <i>Retranscription</i> .....	28
5. ANALYSE DES DONNÉES .....	28
5.1. <i>Type d'analyse</i> .....	28
5.1.1. Le contexte d'énonciation .....	29
5.1.2. L'analyse des données par théorie ancrée.....	29
5.1.3. Logiciel utilisé .....	29
5.2. <i>Triangulation</i> .....	30
6. ÉTHIQUE .....	30
6.1. <i>Le consentement des participants et l'anonymisation des données</i> .....	30
6.2. <i>L'absence de conflit d'intérêts</i> .....	30
6.3. <i>L'avis du comité éthique et de la commission de recherche</i> .....	31
<b>RÉSULTATS</b> .....	<b>32</b>
1. CARACTÉRISTIQUES DE L'ÉCHANTILLONNAGE .....	32
2. NOMBRE ET DURÉE MOYENNE DES ENTRETIENS RÉALISÉS .....	32
3. SATURATION DES DONNÉES.....	32
4. RÉSULTATS.....	33
4.1. <i>Le RSCA selon les internes</i> .....	33
4.1.1. Les généralités .....	33

4.1.2.	La vision du RSCA .....	35
4.1.3.	Les aspects pratiques et la méthodologie des RSCA.....	36
4.2.	<i>Le RSCA en fonction du stage</i> .....	38
4.3.	<i>Le RSCA et l'internat</i> .....	39
4.3.1.	Le vécu du RSCA en fonction des années d'internat .....	39
4.3.2.	Le RSCA en comparaison aux autres travaux d'écriture clinique.....	40
4.3.3.	Le RSCA en comparaison aux autres facultés de médecine en MG.....	40
4.3.4.	Le RSCA en comparaison aux autres spécialités .....	41
4.4.	<i>Les aidants à la réalisation du RSCA</i> .....	41
4.4.1.	Les Tuteurs.....	41
4.4.2.	Les MSU.....	43
4.4.3.	Le DUMG .....	43
4.4.4.	Les autres aidants.....	46
4.5.	<i>Les propositions d'améliorations</i> .....	46
4.5.1.	Concernant le RSCA .....	46
4.5.2.	Concernant la pédagogie.....	47
<b>DISCUSSION</b> .....		<b>49</b>
1.	<b>LES LIMITES ET FORCES DE NOTRE ÉTUDE</b> .....	<b>49</b>
1.1.	<i>Les limites</i> .....	49
1.1.1.	Le recrutement.....	49
1.1.2.	La méthode et l'animation par Focus Group.....	49
1.1.3.	Le recueil et l'analyse des données .....	50
1.2.	<i>Les forces</i> .....	50
1.2.1.	Le sujet.....	50
1.2.2.	Le recrutement et le choix de la réalisation de Focus Group.....	50
1.2.3.	Critère de scientificité en méthode qualitative .....	51
1.2.4.	« Notre thèse ».....	52
2.	<b>LE CONTENU PÉDAGOGIQUE</b> .....	<b>52</b>
2.1.	<i>Le RSCA : un outil pédagogique, compris ou non compris ?</i> .....	52
2.2.	<i>Le RSCA est moins attractif que les autres travaux d'écriture clinique</i> .....	53
2.3.	<i>Le RSCA, un outil national mais son utilisation est différente selon les facultés</i> .....	54
2.4.	<i>Le RSCA n'a-t-il vraiment qu'un intérêt pédagogique ?</i> .....	54
3.	<b>LA RÉALISATION DU RSCA</b> .....	<b>55</b>
3.1.	<i>Le vécu du RSCA</i> .....	55
3.2.	<i>La réalisation à proprement parler du RSCA</i> .....	57
4.	<b>PARTAGE ET COMMUNICATION AUTOUR DU RSCA</b> .....	<b>59</b>
4.1.	<i>Le RSCA : un monologue non partagé</i> .....	59
4.2.	<i>Qui sont les aidants ?</i> .....	59
4.3.	<i>Vision des internes après certaines modifications pédagogiques</i> .....	60
5.	<b>LES PROPOSITIONS D'AMÉLIORATIONS</b> .....	<b>61</b>
5.1	<i>Discussion sur les propositions des internes interrogés dans notre thèse</i> .....	61
5.2.	<i>D'autres propositions d'améliorations</i> .....	61
<b>CONCLUSION</b> .....		<b>63</b>
<b>BIBLIOGRAPHIE (ARRÊTÉE À LA DATE DU 31/05/2017)</b> .....		<b>65</b>
<b>ANNEXES</b> .....		<b>67</b>
1.	TABLEAU SUR LE DEROULEMENT ACTUEL DU DES DE MEDECINE GENERALE A TOULOUSE .....	67
2.	HISTORIQUE DE LA FILIERE UNIVERSITAIRE DE MEDECINE GENERALE APRES 2002 .....	68
3.	CHOIX DE LA METHODE QUALITATIVE .....	69
4.	EXEMPLE D'E-MAIL DE RECRUTEMENT .....	70
5.	FICHE DE CONSENTEMENT AU RECUEIL DES DONNEES.....	71
6.	QUESTIONNAIRE DE RECUEIL DES CARACTERISTIQUES DES PARTICIPANTS .....	72
7.	LES DIFFERENTES VERSIONS DES GUIDES D'ENTRETIENS.....	73
7.1.	<i>Version initiale</i> .....	73
7.2	<i>Version finale (3<sup>ème</sup> version)</i> .....	76
8.	EXTRAIT DE VERBATIM.....	79
9.	EXEMPLE DE CONTEXTE D'ÉNONCIATION.....	80
10.	EXTRAIT DE L'ARBORESCENCE DE L'ANALYSE DES DONNEES PAR THEORISATION ANCREE .....	84
11.	ÉTHIQUE.....	85
12.	TABLEAU DES CARACTERISTIQUES DE L'ÉCHANTILLONNAGE.....	87
13.	ANALYSE QUANTITATIVE DES CARACTERISTIQUES DE L'ÉCHANTILLONNAGE.....	89
14.	FLEUR DES RÉSULTATS .....	91

15. FLEUR DES SOLUTIONS.....	92
16. LES SIX COMPETENCES D'UN MG : « MARGUERITE DES COMPETENCES ».....	93
17. FICHE EXPLICATIVE SUR LE RSCA (DUMG DE TOULOUSE).....	94
18. TABLEAU COMPARATIF DE L'UTILISATION DU RSCA AU NIVEAU NATIONAL.....	95
19. DOCUMENTS PEDAGOGIQUES D'EVALUATION D'UN RSCA.....	96
<b>RÉSUMÉ / ABSTRACT.....</b>	<b>. 102</b>

## LISTE DES ABRÉVIATIONS

---

AIMG-MP : Association des Internes de Médecine Générale de Midi-Pyrénées  
APC : Approche Par Compétences  
ARP : Apprentissage par Résolution de Problèmes  
ARS : Agence Régionale de Santé  
CCU : Chef de Clinique Universitaire  
CHU : Centre Hospitalier Universitaire  
CNGE : Collège National des Généralistes Enseignants  
D.E.S : Diplôme d'Étude Supérieure  
DMG : Département de Médecine Générale  
DUMG : Département Universitaire Médecine Générale  
ECN : Examen Classant National  
ECOS : Examen Clinique Objectif Structuré  
GESCA : Groupe d'Échange sur des Situations Complexes et Authentiques  
GEP : Groupe d'Échange de Pratiques  
GPP : Groupe Pédagogique de Proximité  
HPST (Loi) : Hôpital Patients Santé Territoire  
IMG : Internes de Médecine Générale  
IMG-MP : Internes de Médecine Générale de Midi-Pyrénées  
ISNAR-IMG : Inter Syndicale Nationale Autonome Représentative des Internes de Médecine Générale  
LMD : Licence Master Doctorat  
MCU : Maître de Conférences Universitaires  
MG : Médecine Générale  
MP : Midi-Pyrénées  
PU-PH : Professeur des Universités – Praticien Hospitalier  
RSCA : Récits de Situations Complexes Authentiques  
RT : Rencontre Tutorée  
SASPAS : Stage Autonome en Soins Primaires Ambulatoires Supervisé  
SCRE : Situations Cliniques Rencontrées Écrites  
TCEM : Troisième Cycle des Études Médicales

# INTRODUCTION

---

## 1. LE RÉCIT DE SITUATION COMPLEXE ET AUTHENTIQUE (RSCA)

### 1.1. Qu'entend-on par RSCA ?

Le RSCA n'est pas une « observation clinique » au sens médical du terme. Il s'agit d'un travail d'écriture et de réflexion de l'interne sur une situation qu'il a personnellement vécue au cours de sa pratique professionnelle, lors d'un stage hospitalier ou en médecine générale ambulatoire. Chaque terme de l'acronyme RSCA a une signification particulière (1) :

- « Récit » : le support utilisé est l'écrit. La forme est libre ; il peut s'agir d'un récit chronologique ou non, ou d'un récit structuré ou déstructuré. Il est non exhaustif mais fidèle. Le but est de décrire le plus finement possible les moments forts ou « à problème » de la situation.
- « Situation » : elle correspond à une pratique professionnelle exemplaire et contextualisée.
- « Complexe » : il faut savoir répondre à la question : « dans cette situation, où se situe la complexité ? » ; plusieurs indices à chercher, situation pluridimensionnelle, plusieurs stratégies de résolutions possibles, solution non univoque, décision en situation d'incertitude.... La complexité doit résider dans plusieurs éléments de la situation.
- « Authentique » : la situation doit être réelle et vécue par l'interne.

### 1.2. But d'un RSCA

« Le RSCA favorise les interactions avec les enseignants qui guident l'interne vers la construction de ses compétences professionnelles. Le RSCA est un outil pédagogique très fort pour privilégier l'apprentissage vers la pratique réflexive et l'autonomie cognitive et professionnelle, grâce au retour sur l'action médicale. » (2) Le RSCA permet d'étudier le « comment » et le « pourquoi » de leur action, mais aussi leur ressenti vis-à-vis d'une situation clinique rencontrée.

### 1.3. Organisation d'un RSCA

La première étape consiste à bien choisir une situation clinique authentique et complexe. Ce choix répond à la définition de chacun des termes de l'acronyme RSCA. Ensuite, chaque RSCA se compose de quatre parties (3) :

- 1- Le récit : il repose sur une situation clinique complexe et authentique. Il relate les indices perçus, les interactions relationnelles, les dimensions cognitives et émotionnelles, les

stratégies de résolution de problèmes, les éléments de respect du patient et des décision(s) prise(s) et est écrit à la première personne.

- 2- L'analyse ou l'auto-analyse : elle explicite les « comment » et argumente les « pourquoi » de l'action avec une analyse à froid et en profondeur.
- 3- Les tâches d'apprentissage induites ou l'autoformation : les recherches bibliographiques sont dans le but de « grandir ».
- 4- La synthèse : elle reprend les points essentiels de l'auto-évaluation et de l'auto-formation. Elle permet d'évaluer l'impact de cette situation clinique en termes de modifications des connaissances antérieures.

Au Département Universitaire de Médecine Générale (DUMG) de Toulouse, l'interne commence par choisir une situation clinique authentique et complexe vécue en stage. Pour cela, il peut se faire aider par son Maître de Stage Universitaire (MSU). Il la rédige ensuite selon les quatre parties formant le RSCA. Puis, il le présente parfois par étapes, soit par échange téléphonique ou e-mail et le discute lors des Rencontres Tutorées (RT) avec son tuteur. Chaque interne a un tuteur qui lui est défini lors des réunions de Groupe Pédagogique de Proximité (GPP) de chaque département de Midi-Pyrénées. Une fois terminé, le RSCA est posté sur son portfolio électronique (accessible sur le site informatique du DUMG).

#### **1.4. Évaluation du RSCA**

« Evaluer les compétences des internes peut se faire selon deux modalités opératoires complémentaires : la supervision directe (ou enregistrement des observables) et la supervision indirecte (à partir de traces ou de verbalisations). Dans le deuxième cas, l'enseignant n'observe pas directement l'interne mais analyse ce qu'il a fait, soit à partir d'entretien individuel ou collectif soit à partir de traces d'apprentissages. » (3)

A Toulouse, l'évaluation des compétences de l'interne passe notamment par l'évaluation à partir des travaux d'écriture clinique dont le RSCA. L'évaluation et la validation du RSCA passe par le tuteur. Il évalue la prise de recul de l'interne par rapport à ses compétences sur une situation clinique vécue. Pour se faire, il utilise une grille de correction du RSCA. En effet, chaque RSCA doit être évalué selon plusieurs critères : la qualité du récit, la complexité et la pertinence de la situation, la résolution des problèmes, la qualité de l'auto-évaluation et de l'auto-formation et la qualité de synthèse. Il ne faut pas oublier que « ce RSCA est le témoin d'une réflexion médicale à un moment donné du cursus et dans un contexte donné. Dans sa supervision, l'enseignant doit donc aussi tenir compte :

- des stages antérieurs de la maquette de DES de l'interne ;
- des RSCA qu'il a déjà rédigés et intégrés dans son portfolio ;

- des compétences qu'il a ou n'a pas encore construites ;
- et, du niveau de ces compétences. » (2)

Comme le soulève Eric GALAM, « ce travail nécessite des échanges répétés entre l'interne, son maître de stage et son tuteur. » (4)

### 1.5. Le RSCA dans le D.E.S. de Médecine Générale de Toulouse

Il est nécessaire de réaliser dix RSCA sur l'ensemble de l'internat : soit un RSCA par semestre lors du TCEM 1 et deux RSCA par semestre lors du TCEM 2 et du TCEM 3. Ce nombre est obligatoire pour la validation du D.E.S de Médecine Générale. Il faut également en faire une synthèse pour le dossier de soutenance de mémoire de D.E.S. En *annexe 1* figure un tableau résumant le déroulement du D.E.S de Médecine Générale de Toulouse afin de mieux comprendre la place de cet écrit dans sa validation.

## 2. CONCEPT D'APPRENTISSAGE PAR COMPÉTENCES ET PLACE DU RSCA

Dans le domaine de l'Éducation, le concept d'apprentissage par compétences, autrement appelé, paradigme d'apprentissage ou de transaction fait son apparition en premier lieu aux Etats-Unis dans les années 1970 puis, s'est progressivement diffusé au Québec à la fin des années 1990. Ce concept est révolutionnaire et s'oppose en tous points au paradigme d'enseignement ou de transmission jusqu'alors utilisé.

<b>PARADIGME</b>	<b>D'ENSEIGNEMENT ou DE TRANSMISSION</b>	<b>D'APPRENTISSAGE ou DE TRANSACTION</b>
<b>Objectif</b>	Acquisitions de connaissances	Développement de compétences
<b>Principe de l'évaluation</b>	Obtention de la bonne réponse	Evaluation formative et élément de certification : on observe autant le processus que le résultat
<b>Lors de l'évaluation les erreurs sont ...</b>	sanctionnées	exploitées
<b>Relation avec l'enseignant</b>	Hiérarchie	Soutien et interaction

Le ministre de l'Éducation du Québec définit alors une compétence comme « un savoir-agir qui fait suite à l'intégration, à la mobilisation d'un ensemble de ressources (capacités, habilités et connaissances) utilisées efficacement, dans des situations similaires ».

En ce qui concerne le domaine de l'apprentissage de la Médecine Générale, le Collège National des Généralistes Enseignants (CNGE) français, créé en 1983, s'attache à développer une nouvelle approche sur la place et les missions de la médecine générale. Il a donc mené une réflexion, depuis

1995, sur la pédagogie à mettre en place dans le cadre du D.E.S. de médecine générale. L'objectif étant de permettre la formation des professionnels réflexifs, experts en médecine générale. Il s'est alors fortement inspiré des influences pédagogiques québécoises et a montré une volonté d'harmonisation des procédures de formation des internes de médecine générale au cours du troisième cycle des études médicales. Pour cette raison, a été fait le choix d'une pédagogie privilégiant l'Approche Par Compétences (APC). Le CNGE retient alors cette définition de la compétence : « un savoir-agir complexe, en lien avec le contexte d'apprentissage ou d'exercice, qui intègre plusieurs types de ressources et qui permet, à travers une famille de situations, non seulement l'identification de problèmes, mais également leur résolution par une action efficace et adaptée à un moment donné ». Afin d'appliquer ce concept, les processus cognitifs sont mis en jeu dans une interaction entre l'enseignant et l'étudiant. La finalité de cette interaction est d'aider l'étudiant à construire des compétences professionnelles et à les évaluer. Pour se faire, c'est le Pr Jean Jouquan, à Brest (interniste et expert en pédagogie médicale) qui, au retour d'un congrès québécois de pédagogie, a initialement pensé un outil performant pour construire et évaluer certaines compétences professionnelles dans une approche formative : le RSCA. Cet élément pédagogique a ensuite été retravaillé par le Dr Bail Philippe (ancien directeur du DMG de Brest) et le Pr Attali Claude (ancien directeur du DMG de Créteil). L'idée initiale étant à travers l'écriture clinique des étudiants, d'apprécier leur réflexivité et d'obtenir les compétences en cours de construction à travers leurs apprentissages.

En 2004, la Médecine Générale devient une spécialité médicale certifiée par l'obtention d'un Diplôme d'Etudes Spécialisées (D.E.S.) ainsi la filière universitaire de Médecine Générale prend de l'ampleur. (5) En *annexe 2* figure l'historique de la filière universitaire de médecine générale après 2002. (6) Au sein des facultés de médecine, les Départements de Médecine Générale (DMG) ont pour mission de former des médecins spécialistes en médecine générale avec un haut niveau de compétences. L'ensemble des actions de formation des DMG se basent donc sur une pratique réflexive. A noter que c'est en 2010 que le DUMG de Toulouse a mis en place les RSCA.

### **3. PROBLÉMATIQUE**

Nous avons constaté que les Internes de Médecine Générale de Midi-Pyrénées (IMG-MP) ont des difficultés à produire des RSCA et accumulent souvent beaucoup de retard au fur et à mesure des semestres. Certains TCEM 3 premier semestre n'en auraient aucun sur leur portfolio électronique ce qui pourrait engendrer un handicap pour la validation de leur D.E.S. Cela a pu également se vérifier avec l'étude menée par F. Houhoune en 2012 (7) sur les difficultés rencontrées par les internes de la faculté de médecine de Paris XIII pour clôturer leur cursus universitaire. Finalement, pourquoi est-ce

autant difficile pour certains internes ? Il faudrait pouvoir agir en amont. Notre étude semble être un travail nécessaire pour améliorer les pratiques, le tout dans un but de formation optimale des futurs médecins généralistes en Midi-Pyrénées.

#### **4. QUESTION DE RECHERCHE**

La question de recherche est de comprendre la perception des RSCA par les internes de médecine générale de Midi-Pyrénées au cours de l'année universitaire 2015-2016 et 2016-2017 et de ce fait, de comprendre les raisons du retard de production des RSCA de certains internes.

Pour répondre à cette question, la recherche qualitative a été choisie. En effet, de par sa définition, le RSCA est un travail réflexif reposant sur un travail de recherche qualitative en soins primaires. On ne « mesure » pas un problème mais on étudie les ressentis de l'interne face à une situation clinique complexe et authentique. La méthode qualitative semble ainsi la plus adaptée pour répondre à la question posée.

#### **5. OBJECTIF PRINCIPAL**

L'objectif principal de notre thèse est d'analyser la perception du RSCA par les internes de médecine générale de Midi-Pyrénées au cours de l'année universitaire 2015-2016 et 2016-2017, et par conséquent, de comprendre les difficultés de ces internes face à la production des RSCA. L'objectif secondaire est de trouver des solutions pour pallier à ces difficultés et de faciliter ainsi, la validation du D.E.S. de médecine générale.

# MÉTHODES

---

## 1. RÔLE DES CHERCHEURS

### 1.1. Le statut

Nous sommes actuellement internes en médecine générale inscrites à la faculté de médecine de Toulouse-Rangueil. Nous avons débuté notre travail de thèse alors que nous étions en troisième semestre de médecine générale et nous l'achevons en sixième semestre. Dans le cadre de cette étude, nous avons laissé de côté ce statut pour adopter celui de chercheur en recherche qualitative de soins primaires. Nous nous sommes par la suite partagé l'ensemble du travail engendré par ce projet, de manière équitable.

### 1.2. Les ateliers de formation

Novices en la matière, nous avons suivi l'ensemble des ateliers de formation proposé par le DUMG de Toulouse en matière de recherche qualitative :

- Atelier de formation 1 : sur les grands principes de la recherche qualitative, le recueil des données, animé par le Dr B. Escourrou, le 18 Mars 2016.
- Atelier de formation 2 : sur le guide d'entretien, animé le Dr E. Escourrou, le 11 Mai 2016.
- Atelier de formation 3 : sur l'analyse, animé par le Dr I. Cisamolo, le 06 juin 2016.
- Atelier de formation 4 : sur l'écriture, animé par le Dr A. Freyens, le 23 Mai 2017.

### 1.3. La recherche bibliographique : revue de la littérature

Pour nous aider et nous perfectionner dans cette démarche, nous avons assisté à un atelier de bibliographie proposé par la Bibliothèque Universitaire Santé de Rangueil le 05 Avril 2016.

La recherche bibliographique a été effectuée du 01 Février 2016 au 31 Mai 2017.

Concernant le thème du RSCA, nous avons recherché sur PubMed avec les mots clés suivants : *narrative writing, reflective writing, medical education, teaching methods* ; sur Google Scholar et les catalogues SUDOC avec les mots clés : récits, RSCA, traces écrites, internes, médecine générale, IMG, portfolio, évaluation compétences ; sur Doc'Cismef avec RSCA, qui n'a pas donné de résultat. Une recherche a également été effectuée sur les sites internet de toutes les facultés de médecine de France. Plusieurs revues nous ont également aidé telles qu'Exercer, L'Antidote de l'ISNAR-IMG ou encore La Revue du Praticien.

Concernant la recherche bibliographique sur la méthode qualitative, nous avons utilisé les mêmes moteurs de recherche avec les mots-clés suivants : méthode qualitative, entretiens individuels, focus group, théorie ancrée, *qualitative method*, *qualitative interview*, *semi structured interview*, *grounded theory*.

## 2. CHOIX DE LA MÉTHODE QUALITATIVE

Nous avons choisi la méthode qualitative car elle nous semblait la plus adaptée pour connaître le vécu des IMG-MP à propos des RSCA. En effet, elle a été choisie ici car, comme le disait Kaufmann en 1996, « elle avait pour fonction de comprendre plus que de décrire systématiquement ou de mesurer » (8) et parce qu' « elle était adaptée à l'exploration des représentations des participants. » (9) De plus, elle visait à « étudier des phénomènes complexes dans leur milieu naturel, s'efforçant de leur donner un sens, de les interpréter au travers des significations que les gens leur donnent. » (10) Réellement, la méthode qualitative reposait sur un ensemble de techniques d'investigations permettant de donner un aperçu des comportements et des perceptions des personnes en étudiant leurs opinions sur un sujet particulier de façon approfondie.

Nous avons choisi la méthode qualitative parce qu'elle ne cherchait pas à mesurer. Elle consistait à recueillir des données verbales permettant d'induire une hypothèse sans se limiter aux catégories préétablies des questionnaires des études quantitatives. La recherche allait donc de l'observation à l'hypothèse par une démarche interprétative et inductive afin d'explicitier les motivations et de comprendre les comportements. Elle permettait d'appréhender le vécu et le ressenti des internes ainsi que d'aborder les difficultés rencontrées quant à la production des RSCA. Contrairement à une étude quantitative basée sur une démarche déductive, la formulation de l'hypothèse de travail ne se précisait qu'au fur et à mesure de la prise de données, dans une approche spontanée et intuitive. Pour appuyer notre choix, nous nous sommes référées au tableau des différences entre recherches quantitative et qualitative ainsi que du tableau de la démarche qualitative de Paul Van Royen et al. (9) (*annexe 3.1 et 3.2*). La méthode qualitative semblait être une méthode pertinente pour répondre à notre question de recherche.

Ensuite, la technique de recueil des données s'était portée sur une méthode de collecte des données dites « passives » par entretiens uniquement. En effet, nous avons choisi de réaliser des entretiens collectifs appelés Focus Group complétés par deux entretiens individuels. Nous avons choisi de procéder majoritairement par entretien de groupe semi-dirigé afin de favoriser l'expression des participants sur le sujet d'étude. Ces Focus Group étaient animés par trois intervenants. Ces derniers,

neutres, étaient dit « modérateurs ». Ils posaient des questions ouvertes suivant le guide d'entretien et en organisaient la prise de parole tout en veillant à ne pas prendre position. Nous deux, jouions le rôle d'observatrice et de secrétaire en prenant des notes sur les réponses apportées ainsi que sur le comportement non-verbal (expressions du visage, gestuelle, ...) et relationnel des participants. Le but de ces entretiens de groupe était la collecte d'un maximum d'éléments sur un nombre limité de questions définies à l'avance par le guide d'entretien. Cette méthode a permis l'émergence d'opinions grâce aux échanges et à la confrontation des conceptions des uns et des autres. La thématique étant de nature professionnelle et non intime, la dynamique de groupe pouvait donc être catalyseur d'idées. Nous avons complété ce recueil par la réalisation d'entretiens individuels dont le but était d'éviter les biais favorisés par le groupe (timidité, leader de groupe...) et d'apporter de nouvelles idées.

Enfin, le concept méthodologique d'analyse des données en recherche qualitative que nous avons choisi, était le « *Grounded theory* » ou théorie ancrée en français. Il s'agissait d'une méthode spécifique développée par Glaser et Strauss en 1967 (11) dont le propos était de construire la théorie à partir des données recueillies et non pas à partir d'hypothèses prédéterminées. La méthode a ensuite été réadaptée par P. Paillé en 1994 sous le nom d'analyse par théorisation ancrée. (12) Enfin, Luckerhoff et Guillemette en 2012 parlaient de méthodologie de la théorisation enracinée. Concrètement dans notre étude, nous avons essayé de faire émerger des théories répondant à notre question de recherche à partir des données qualitatives recueillies verbalement et enregistrées après accord des participants.

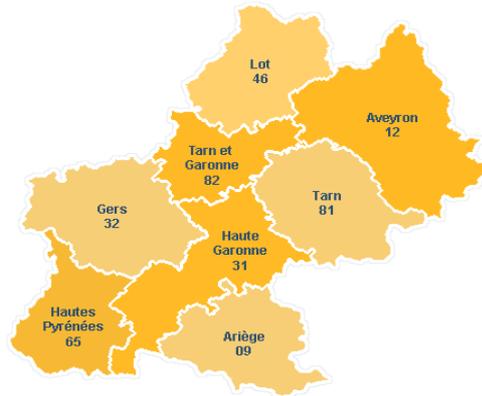
### **3. ÉCHANTILLONNAGE**

#### **3.1. Population cible**

##### **3.1.1. Critères d'inclusion**

La Population correspondait aux IMG de Midi-Pyrénées des trois années d'internat : TCEM 1, TCEM 2 et TCEM 3 ; inscrits à la faculté de médecine de Toulouse-Rangueil rattachés à l'Université Paul Sabatier Toulouse III. Un autre critère d'inclusion important reposait sur leur volonté de participer à l'étude. Ces internes étaient en stage sur toute la région Midi-Pyrénées soit dans les huit départements :

## Carte des départements de Midi-Pyrénées



### 3.1.2. Critères d'exclusion

Les internes exclus l'étaient pour diverses raisons : refus de participer à l'étude, non-disponibles au moment des séances, refus d'être enregistrés pendant la séance ou refus de s'exprimer en groupe.

### 3.2. Population interrogée : échantillonnage raisonné

Les IMG qui ont été interrogés appartenaient à des Groupes d'Echanges de Pratiques (GEP) des différents départements. Ces GEP réunissaient entre quatre et neuf internes des trois niveaux d'étude (TCEM 1, 2 et 3) volontaires et souhaitant participer à notre projet de thèse. L'idéal était d'interroger les internes jusqu'à saturation des données. L'échantillon était raisonné selon leur appartenance géographique aux groupes de GEP.

« La recherche qualitative se caractérise par un recours à des échantillons relativement restreints et choisis à dessein ; l'échantillonnage n'est pas déterminé par le besoin de généraliser et de prédire mais par celui de créer et de tester de nouvelles interprétations et d'acquérir une meilleure compréhension d'un phénomène ». (12) Ici l'objectif était de cibler une population qui se devait de produire des RSCA pour valider leur D.E.S de médecine générale afin d'évaluer les freins qu'ils avaient pu rencontrer. Les groupes étant constitués d'internes de différents niveaux, les opinions pouvaient différer et par conséquent cela nous permettait d'explorer la plus grande diversité possible de témoignages pour faire émerger tous les points de vue sur le sujet. Ils n'étaient pas experts dans le thème abordé mais avaient une expérience vécue du sujet étudié.

Nous avons décidé d'inclure toutes les populations d'internes : TCEM 1, 2 et 3. En effet, nous nous étions dit que les TCEM 1, même s'ils manquaient de recul, étaient directement confrontés à ces difficultés. Nous avons eu l'idée d'interroger les internes appartenant à un GEP pour avoir une population diversifiée. En effet, nous ne voulions pas stigmatiser les internes en retard ou présentant

des difficultés. Nous avons donc décidé d'avoir une population aléatoire pour être le plus neutre possible afin de répondre à notre problématique.

### **3.3. Le recrutement**

Nous avons réalisé nous-mêmes le recrutement en tant que chercheurs. Il s'est appuyé sur la base du volontariat et a été fait via e-mail envoyé à chaque participant du groupe de GEP (*annexe 4*). Les adresses mails personnelles des internes ont été fournies par l'Association des Internes de Médecine Générale de Midi-Pyrénées (AIMG-MP) et n'ont été utilisées qu'à des fins professionnelles. Des e-mails de relance ont été envoyés à chaque participant un jour avant la date de réunion afin de leur rappeler l'étude, de s'assurer de leur présence et de répondre à d'éventuelles questions.

Nous n'avons sélectionné que les internes appartenant à un groupe de GEP. Le planning des GEP de chaque département a été demandé au responsable GEP (membre du DUMG de Toulouse) de chaque département. Nous avons choisi et arrêté une date de GEP en fonction du nombre de participants disponibles ainsi que de nos disponibilités. Les participants étaient assurés de l'absence de l'animateur du GEP pendant nos réunions.

### **3.4. Les refus de participation à notre projet de thèse**

Les motifs de refus de participation à nos entretiens ont été les suivants : non-disponible pour raisons personnelles ou professionnelle (interne bien souvent attendu en stage), pas d'intérêt et/ou pas de temps à consacrer à notre étude.

## **4. RECUEIL DES DONNÉES**

### **4.1. Technique de recueil**

Le recueil des données s'est effectué par nous deux. La technique utilisée était majoritairement celle des Focus Group, faisant intervenir pour chaque entretien collectif trois protagonistes : un animateur et deux observatrices, nous-mêmes. Au cours de notre étude, trois animateurs différents ont animé les Focus Group. Ils ont été choisis grâce à leur connaissance en animation de groupe. Ces derniers étaient volontaires, de sexe, d'âges et de professions différentes. Nous avons complété ce recueil par la réalisation de deux entretiens individuels du fait d'un manque de participants pour réaliser un Focus Group.

## **4.2. Conditions du recueil**

### **4.2.1. Lieu et période**

Les Focus Group ont eu lieu dans des endroits adaptés à la réception de groupes de quatre à neuf personnes, neutres, au plus près des internes et d'accès facile pour les participants (souvent salle présente sur leur lieu de stage : hôpital, cabinet médical...). Ces lieux étaient attribués et gérés par la faculté de Médecine Toulouse-Rangueil car ils correspondaient aux endroits où se déroulaient les GEP obligatoires. Cela permettait donc aux internes d'éviter des déplacements. La réalisation des Focus Group a eu lieu du 19 Mai 2016 au 10 Mars 2017, soit étalée sur deux semestres d'étude.

Pour les entretiens individuels, ils étaient organisés entre un interne et un auteur de la thèse dans un endroit neutre tel qu'une salle de la faculté. La réalisation des entretiens individuels a eu lieu le 22 Juin 2016.

### **4.2.2. Déroulement du recueil**

Notre réunion faisait suite à la séance de GEP. Le début de la séance commençait dès lors que l'animateur du GEP partait. Des boissons et des friandises étaient présentes pour les rafraîchir et les remercier de leur temps donné. Les tables étaient organisées en cercle pour favoriser les échanges. Les Focus Group ont débuté par la présentation précise du sujet de thèse et de la question de recherche. Les rôles du modérateur et de l'observateur ont été présentés. On exposait clairement les « règles du jeu » en rassurant les participants sur le caractère anonyme des données et en valorisant l'importance de la participation personnelle de chacun, car le but était de recueillir un éventail d'idées divergentes et non pas d'obtenir un consensus. Une fiche de consentement concernant la garantie de l'anonymat des données ainsi qu'une demande d'autorisation d'enregistrement vocal a été remise et expliquée aux participants (*annexe 5*). Un questionnaire de recueil des caractéristiques des participants a été distribué avant de débiter la séance (*annexe 6*).

Un contexte d'énonciation entre modérateur, observateur et participants était organisé à la fin de la séance pour refaire le point sur les grandes idées évoquées. Cela permettait de donner nos réactions « à chaud », notamment sur des difficultés rencontrées lors de l'entretien. Cela permettait aussi d'adapter pour la suite certaines questions ou l'ordre des questions, du guide d'entretien. À distance on concluait ce Focus Group par un compte rendu écrit regroupant : les idées et citations les plus importantes, nouvelles, inattendues et spontanées et les dysfonctionnements éventuels.

La durée de la séance était variable et adaptée pour que tous les intervenants aient pu exprimer l'ensemble de leurs idées sur le thème et pour éviter leur ennui et l'inattention des personnes interviewées.

### **4.2.3. Matériel utilisé**

Les internes des Focus Group ont été intégralement enregistrés par dictaphone fonctionnant sur pile (nécessité de piles de rechange). Les observatrices utilisaient un stylo et des feuilles pour noter les idées principales et nouvelles (observatrice 1), et les gestuelles comportementales (observatrice 2).

### **4.2.4. Connaissance des internes interviewés**

Nous nous sommes présentées en tant que chercheuses réalisant une étude et non internes. Seulement beaucoup d'interviewés savaient que nous étions internes en médecine générale.

Concernant la connaissance du sujet de notre étude, l'e-mail de participation envoyé aux internes présentait notre sujet de thèse sans dévoiler la question de recherche de façon à obtenir des réactions spontanées des participants. Nous avons seulement indiqué le thème principal de l'étude : les RSCA.

## **4.3. Le guide d'entretien**

### **4.3.1. Élaboration du guide d'entretien**

Afin de recueillir les données, les Focus Group étaient structurés par un guide d'entretien. Il a été écrit par nous deux avec l'appui de notre directeur de thèse. Pour nous y aider, nous avons aussi participé à un atelier organisé par le DUMG à la faculté de Toulouse. Les questions ont été déterminées à partir de notre réflexion et des données de la littérature. Le contenu a été élaboré afin de passer en revue la perception du RSCA et les éventuelles difficultés limitant la production de RSCA. Le guide servait de support pour vérifier que l'ensemble des thèmes était couvert mais son utilisation se devait d'être souple et non directive afin de ne pas limiter les interviewés. Celui-ci comportait une trame de questions ouvertes (impossibilité de répondre par oui ou par non), cohérentes, neutres (la question ne devait pas orienter la réponse), simples et faciles à comprendre. Chaque question ne portait que sur une seule idée et n'était pas connotée positivement ou négativement afin de ne pas orienter l'entretien. On évitait d'utiliser le mot « Pourquoi » qui encourage des réponses généralisées et rationalisées. L'ordre des questions pouvait varier selon la tournure de l'entretien. Il y avait également des questions de relance pour aider si nécessaire à la prise de parole. Le modérateur ou animateur s'adaptait alors au groupe et explorait les pistes évoquées. Il devait également rester attentif aux dires de celui qui avait la parole.

Le guide d'entretien initial, présenté en *annexe 7.1*, abordait cinq thèmes différents. Le premier thème reprenait « le savoir » sur les RSCA, le deuxième s'appuyait sur les aspects pratiques, le troisième sur la méthode, l'élaboration et la rédaction d'un RSCA, le quatrième thème reprenait les difficultés

rencontrées et, enfin, le cinquième permettait de questionner les internes sur d'éventuelles solutions à apporter.

#### **4.3.2. Évolution du guide d'entretien**

Le guide d'entretien était évolutif, amené à être modifié par les résultats induits par l'analyse contemporaine des données déjà recueillies, dans le but de préciser certaines notions ou d'élargir le champ de discussion. Nous l'avons modifié deux fois avant d'arriver à la dernière version. Les modifications ont concerné des questions que les internes ne comprenaient pas ou qui étaient des redites. Nous avons aussi ajouté des questions en rapport avec la réforme de Novembre 2016, appliquée en cours de notre étude.

Les différentes versions des guides d'entretiens sont présentées en *annexe 7*.

#### **4.4. Retranscription**

Chaque Focus Group et entretien individuel a été retranscrit dans son intégralité par l'une de nous, à part égale, sous la forme de verbatim (compte-rendu intégral, mot par mot, d'un entretien). Pour obtenir le verbatim de notre étude, nous avons donc retranscrits de façon littérale les propos des internes et de l'animateur afin de traduire la parole orale en parole écrite en collant au maximum avec la réalité. Nous avons également noté les gestuelles comportementales. *Extrait de verbatim en annexe 8*. Cette étape était primordiale. En effet, il s'agissait de faire une retranscription fidèle des entretiens afin de constituer le corpus de notre étude.

Nous avons utilisé le logiciel VLC Player® pour écouter les entretiens de façon lente afin de faciliter la retranscription. Ils ont été retranscrits manuellement en utilisant le logiciel informatique Microsoft Office Word®. Chaque retranscription a été relue avec une réécoute de l'entretien par chacune, ce qui a permis la correction de fautes d'orthographe ou de compléter des passages non entendus ou non compris lors de la première écoute.

### **5. ANALYSE DES DONNÉES**

#### **5.1. Type d'analyse**

L'analyse des données a été faite à posteriori d'un Focus Group et par nous deux. Elle s'est effectuée en deux étapes. La première analyse se résumait au contexte d'énonciation. Elle consistait en une analyse « à chaud » du déroulé de l'entretien, autrement dit, à une rétroaction immédiate suite à un Focus Group ou à un entretien individuel. La deuxième analyse consistait au codage et à l'organisation des idées.

### **5.1.1. Le contexte d'énonciation**

Une validation des données par les participants a été proposée à la fin de chaque Focus Group via une synthèse orale des idées clés. Il a été précisé aux participants que l'objectif était de vérifier que les idées relevées correspondaient bien à ce qu'ils avaient dit pendant la discussion. Etant donné que les opinions divergeaient, l'intérêt était de s'assurer qu'aucune idée importante n'avait été oubliée et qu'il n'y avait pas de contre-sens avec les opinions émises. Cette rétroaction immédiate ne cherchait pas un consensus. Il a ensuite été effectué un compte-rendu écrit de chaque contexte d'énonciation post-Focus Group. Exemple de contexte d'énonciation présenté en *annexe 9*.

### **5.1.2. L'analyse des données par théorie ancrée**

Les verbatims ont été analysés par théorisation ancrée pour identifier les concepts clés correspondant aux représentations des internes quant aux RSCA. En effet, nous partions du postulat qu'il fallait exploiter les données « du terrain » et être au plus proche des internes. Pour cela, nous avons commencé par collecter les données sans a priori dans le but d'y chercher ensuite ce qui « avait du sens ».

Dans un premier temps, nous avons découpé tout le verbatim recueilli au cours d'un Focus Group, sans résidu aucun en unités de sens. Ces unités de sens pouvaient être un paragraphe, quelques phrases, une phrase seule, une expression ou même un mot. La deuxième étape consistait ensuite à associer à chacune de ces unités de sens une phrase ou un mot. Il s'agissait là du « *coding* » c'est-à-dire du codage proprement dit. Ce codage était réalisé selon une procédure standardisée à la fois inductive et comparative. Nous avons essayé ensuite de réduire ce code à un concept puis, de regrouper les différents codes obtenus en concepts similaires pour être plus faciles à utiliser. Il s'agissait là du codage axial c'est-à-dire la recherche de relations entre les concepts. La troisième étape consistait à dégager, partant de ces concepts similaires, des catégories. En agissant telle une arborescence, nous avons cherché à affiner ces catégories. Nous étions donc passées à un niveau d'abstraction supérieur en regroupant des catégories similaires. Cela dans le but ultime d'aboutir à une catégorie « centrale » qui serait le fil conducteur autour duquel se construirait la théorie finale qui semblait la plus apte à répondre à notre question de recherche.

### **5.1.3. Logiciel utilisé**

L'analyse des entretiens a été réalisée par nos propres soins. Nous avons utilisé le logiciel informatique Microsoft Office Excel® afin de créer un tableau d'analyse. Telle une arborescence, se

sont succédés les verbatims, puis les codes, puis les différentes catégories, jusqu'à atteindre une catégorie « centrale » (*annexe 10*).

## **5.2. Triangulation**

En ce qui concerne la recherche qualitative, la définition du concept de triangulation était attribuée aux travaux de Denzin de 1978. Ce concept était défini plus récemment par Miles et Huberman en 2003 : « la triangulation est censée confirmer un résultat en montrant que les mesures indépendantes qu'on en a faites vont dans le même sens, ou tout au moins ne le contredisent pas ». Notre but était d'utiliser cette démarche afin d'augmenter la validité et la qualité des résultats obtenus. C'était donc un choix stratégique ayant pour objectif de contrôler les biais éventuels.

Dans un premier temps, notre étude répondait à la triangulation des chercheurs c'est-à-dire qu'elle impliquait la participation de plusieurs chercheurs qui observaient le même phénomène. Nous étions lors des entretiens deux observatrices et nous avions le point de vue d'un chercheur extérieur à la recherche : notre directeur de thèse. En effet, nous avons envoyé au fur et à mesure nos analyses à notre directeur de thèse pour qu'il puisse trancher sur nos éventuels désaccords.

Dans un second temps, nous avons utilisé la triangulation des données car le recueil des données s'est opéré auprès de différents IMG-MP, dans différents lieux et dans une temporalité différente.

## **6. ÉTHIQUE**

### **6.1. Le consentement des participants et l'anonymisation des données**

Le formulaire de consentement des participants a été distribué, signé et recueilli avant de débiter la séance du Focus Group ou l'entretien individuel (*annexe 5*). Il garantissait l'anonymat des participants, demandait leur accord à être enregistrés par dictaphone et leur assurait une destruction définitive des données à la fin de notre étude. L'anonymisation des participants cités a été faite lors de la retranscription de chaque entretien.

### **6.2. L'absence de conflit d'intérêts**

Nous avons déclaré sur l'honneur en tant que chercheuses, l'absence de conflit d'intérêt dans le déroulement de notre thèse (*annexe 11.1*).

### **6.3. L'avis du comité éthique et de la commission de recherche**

Nous avons obtenu un avis favorable du Comité d'Ethique du département de médecine générale de Midi-Pyrénées et de la Commission de Recherche en date du 17 Mai 2016 (*annexe 11.2 et 11.3*).

# RÉSULTATS

---

## 1. CARACTÉRISTIQUES DE L'ÉCHANTILLONNAGE

La population était diversifiée et couvrait l'ensemble des caractéristiques des internes. L'étude comptait 46 participants avec autant d'internes ayant effectué leur externat à Toulouse (24 participants) et autant en dehors de Toulouse (22 participants). La population couvrait de manière équitable les trois années d'internat : 13 en TCEM 1, 19 en TCEM 2 et 14 en TCEM 3. Les âges variaient entre 24 et 28 ans. Il y avait plus de femmes que d'hommes, ce qui était cohérent au vu de la nouvelle démographie des étudiants en médecine (*annexe 12*).

L'analyse du questionnaire de recueil des caractéristiques des participants, montrait une prédominance d'internes non à jour dans leur RSCA (55,7%) malgré une participation importante au GPP calculée à 87,2%. En effet, les GPP représentaient les premiers contacts avec ces travaux d'écriture clinique. On pouvait aussi noter que le nombre de RSCA variait en fonction de l'année d'internat. En TCEM 2 les écarts se creusaient entre internes mais c'est surtout en TCEM 3 qu'il existait une grande disparité entre eux. Certains qui étaient à jour de leurs RSCA et d'autres très en retard (*annexe 13*).

## 2. NOMBRE ET DURÉE MOYENNE DES ENTRETIENS RÉALISÉS

Nous avons effectué 10 entretiens dont 8 entretiens collectifs ou Focus Group et 2 entretiens individuels avec pour chacun : un verbatim, un contexte d'énonciation, un codage avec relecture. La durée des entretiens a été différente. Le premier a été long devant notre inexpérience. Nous nous sommes alors rendu compte que les internes trouvaient l'entretien trop long et que leur attention diminuait. La durée moyenne des entretiens était de 39.5 minutes soit 20 minutes pour l'entretien le plus court et 75 minutes soit 1h15 pour l'entretien le plus long (*annexe 12*).

## 3. SATURATION DES DONNÉES

C'était à partir du 7<sup>ème</sup> Focus Group (FG 7 Nogaro) que nous avons atteint la saturation théorique des données. En effet, nous n'avons pas eu de nouvelles idées. Un 8<sup>ème</sup> Focus Group (FG 8 Rodez) a alors été réalisé pour confirmer cette saturation des données. Le nombre de participants n'était pas un critère pour la définir et l'obtenir.

D'autre part, cette saturation est arrivée tardivement du fait de la grande diversité de la population étudiée : les internes divergeaient avec des parcours différents.

## 4. RÉSULTATS

Les résultats sont présentés en deux parties correspondant à l'objectif principal et à l'objectif secondaire de l'étude. Ils sont illustrés par les verbatims des internes qui sont écrits en gris, encadrés de guillemets.

### 4.1. Le RSCA selon les internes

#### 4.1.1. Les généralités

##### a) La définition

Il existait une ambivalence dans la connaissance de l'acronyme. Certains ne le connaissaient pas, d'autres hésitaient, enfin certains savaient.

« [6] En première année, je ne savais pas ce que ça voulait dire, c'était des « gros mots » pour moi. Je ne comprenais pas le sigle. p15, FG1 ».

Les définitions étaient différentes selon les internes. Certains le définissaient comme un cas réel complexe qui a posé problème avec des axes de questionnement ou un cas complexe de médecine générale avec une prise en charge du patient dans sa globalité. Ils utilisaient plusieurs consultations pour faire du RSCA un cas clinique évolutif. Certains parlaient d'une analyse d'une situation clinique faite en pratique quotidienne à l'oral. En réalité, d'autres simplifiaient en posant un problème et y répondant selon les recommandations. D'autres encore, pensaient qu'il ne s'agissait que d'un écrit à la première personne avec des données confidentielles ; d'un écrit du ressenti des internes et notamment d'une situation mal vécue. Enfin, pour la majorité des internes interrogés la définition est incomprise ou sa compréhension est étalée dans le temps.

« [3] Un RSCA, c'est plus à un instant T : « qu'est-ce que j'ai fait ? qu'est-ce que j'ai ressenti ? » p13, FG5 ». « [4] Au final depuis tout à l'heure, ce qui revient le plus c'est qu'on n'a rien compris ! p19, FG1 ».

Un dernier point était incompris : la différence entre la notion de « complexe » et de « compliqué ». Il était difficile de les différencier.

Sur la notion de « complexe », les internes la définissaient de plusieurs manières : c'était la gestion de plusieurs facteurs, c'était un problème pour une réponse, ou encore c'était quand il n'y avait pas de recommandation. La notion de « complexité » était différemment vécue selon les internes et différemment perçue entre les stages hospitaliers et ambulatoires.

« [4] Ça veut dire qu'il y a plusieurs dimensions, pas que médicales. C'est ce qui fait la complexité. p2, FG4 ».

La majorité des internes caractérisait la notion de « compliqué » comme quelque chose de facile à résoudre, paradoxalement à la notion de « complexe ». D'autres ne savaient pas la définir ou évoquaient le fait que quelque chose de complexe peut devenir compliqué.

#### b) Le but et l'intérêt du RSCA

La perception négative était ressortie majoritairement dans un premier temps concernant le but et l'intérêt du RSCA. La plupart des internes étaient d'accord pour dire qu'il était sans intérêt pour la pratique future et qu'il a été mis en place pour les contrarier et pour les forcer à faire des recherches bibliographiques. Globalement, certains résumaient le RSCA par « produire pour produire ».

« [1] On fait des trucs pour faire des trucs quoi ! p5, FG2 ».

Surtout, les internes ne comprenaient pas l'intérêt de l'écriture du RSCA et justifiaient cela par le fait que c'était la situation vécue qui apportait l'expérience et non pas l'écriture. Sur le plan administratif, certains évoquaient le fait que le RSCA n'était qu'une preuve du travail des internes pour le DUMG et permettait de justifier le maintien des postes ambulatoires auprès de l'Agence Régionale de Santé (ARS).

« [8] Et en fait, d'apporter ce travail-là, ça permet de prouver à l'ARS qu'on travaille ! Et ça, on ne nous l'a pas expliqué ! p5, FG2 ». « [5] Je trouve que le DUMG qui veut dire : « regardez nos internes, ils font pleins de choses, ça leur permet de se faire mousser un peu par rapport aux autres facs où les internes n'ont pas autant d'écrits. p 9, FG1 ».

Au fil des discussions entre internes dans les Focus Group, les intérêts positifs du RSCA sont ressortis bien que certains ironisaient. Bien sûr, le RSCA était perçu comme un outil d'apport ou de remise à niveau de ses connaissances mais aussi de remise en question. Certains internes y voyaient une utilité pour trouver un sujet de thèse. Sur le plan pédagogique, le RSCA apparaissait comme un écrit qui permettait de gérer seul une situation afin de rentrer chez soi plus serein. Certains internes réfléchissaient sur leur prise en charge vis-à-vis d'une situation grâce au RSCA et cela leur permettait de mieux appréhender une situation clinique qui se représenterait. Par la réutilisation des recherches, le RSCA leur apparaissait aussi comme un outil d'aide aux consultations et à l'amélioration des pratiques personnelles. Cependant, il ressortait que c'était l'échange oral sur le RSCA et par conséquent l'apport et le partage d'expériences qui était réutilisable pour la pratique future et non pas le RSCA écrit.

« Je ne sais pas si c'est le RSCA en lui-même qui va m'aider ! C'est peut-être plus l'expérience que j'en ai tirée. p4, EI1 ».

D'un autre côté, la rédaction du RSCA permettait d'une part de fixer les connaissances et d'autre part, d'évacuer les tensions, les anxiétés et de livrer ses difficultés. Il a également été mentionné le

fait que le RSCA permettait de dépister les internes « fragiles ». Sur le plan personnel, les internes stipulaient que le RSCA donnait lieu à une ouverture d'esprit.

« [6] Pour le 1er d'entre eux que j'ai fait, c'était un peu thérapeutique pour moi. p13 FG1 ».

Par ailleurs, il s'agissait d'un dispositif au service de l'enseignement universitaire avec pour but l'évaluation des compétences et la validation du DES de MG. Certains internes énonçaient que l'intérêt n'était pas pour nous en soi, mais uniquement, pour valoriser le DES de MG de Toulouse.

« [2] On a une épée de Damoclès au-dessus de la tête. Si on ne le rend pas, on n'a pas le DES validé. P4, FG1 ».

#### **4.1.2. La vision du RSCA**

Il a été mis en évidence de manière indiscutable le fait que le RSCA était un travail scolaire et infantilisant. Pour certains, produire le RSCA, c'était un retour en arrière, comme au lycée, et ils le ressentaient comme une punition.

« [6] J'ai l'impression de me retrouver devant ma copie et de revenir en 1<sup>ère</sup>, après le bac de français, comme quand je faisais les dissertations, c'est à peu près la même angoisse que quand j'avais ces putains d'écrits à faire. Je dois rendre ma copie, je dois produire. Moi, je n'aime pas ça ! p20, FG1 ». « [4] Ben le côté scolaire : « vous en ferez 2 par semestre, et puis ce sera dans le mémoire, et puis si vous ne le faites pas ben vous aurez pas votre DES, faut arrêter ! On en est déjà à 9 ans d'études quoi, c'est bon ! C'est la sanction et l'obligation. p6, FG7 ».

A l'unanimité, le RSCA était chronophage, long et empiétait sur la vie personnelle et professionnelle. Il s'agissait d'un travail obligatoire perçu comme un devoir rebutant, pénible, contraignant et compliqué ; un travail trop théorique et non-conventionnel ; une véritable charge de travail supplémentaire à l'équivalent d'un mémoire. Certains le caractérisaient de fourre-tout ou plagiat de courrier de sortie, d'autres de roman chevaleresque et certains de journal-intime. Pour eux, cela était contre-productif.

« Je trouve qu'on passe beaucoup trop de temps pour pas apprendre grand-chose ! p2, EI2 ». « [1] Parce qu'il faut faire et il faut faire...et qu'on a d'autres choses à faire [rires]. p3 FG1 ». « [5] Parce que je sais que ça va prendre des heures, des heures et des heures et enfin... p9, FG5 ».

De plus, le RSCA était une production individuelle, un monologue parfois jugé de mégalomane.

« [2] Disons que pour les RSCA, on tourne un peu en boucle dans notre propre bocal. On est seuls. p2, FG3 ». « [3] Le RSCA c'est un peu mégalomanie. On parle beaucoup de soi, de ce qu'on ressent. p13, FG7 ».

Les internes étaient frustrés que ce travail ne soit pas valorisé outre mesure et que le bénéfice ne soit pas aussi important que l'effort pour le faire. Le RSCA leur apparaissait sans intérêt et inutile.

Par ailleurs, c'était un travail angoissant, mal vécu, catalogué de « plaie » et non motivant. L'ensemble des internes s'accordait pour dire que le RSCA était globalement une mauvaise idée, qu'il n'était pas adapté aux internes. Les internes exprimaient leur réelle incertitude quant à l'apport du RSCA.

Cependant le RSCA ne se résumait pas uniquement à une vision négative. Certains suggéraient qu'il s'agissait d'un travail synthétique et concis mais intéressant et complet. Faire le RSCA était une bonne idée par son côté réflexif, ce qui le rendait utile. Certains en faisaient même un travail d'introspection sur le plan personnel.

« [1] C'est vrai qu'il y a un petit côté expiatoire d'avoir mis par écrit une situation difficile, quelque chose où tu n'es pas très à l'aise. p7, FG5 ».

#### **4.1.3. Les aspects pratiques et la méthodologie des RSCA**

##### a) Le choix du sujet

Dans un premier temps ce qui revenait le plus souvent, c'était qu'il était difficile de trouver un sujet car cela était chronophage ou que les internes manquaient d'idées.

« [1] Au final, on procrastine en disant : « ce sujet ça ira jamais » puis, on fait rien. p12, FG5 ».

Ensuite, il était également difficile de trouver le sujet du fait du stage. Les situations complexes ne se rencontraient pas dans tous les stages. En effet, en stage ambulatoire certains sujets ne comportaient pas assez de « complexité ». Au contraire, d'autres internes les trouvaient plus complexes car il y avait moins de moyens en ambulatoire. En stage hospitalier, trois freins quant au choix du sujet du RSCA, ont été constatés : le premier, il n'y avait pas de suivi des patients ; le deuxième, les internes étaient trop entourés donc avaient peu de contact avec des situations réellement complexes ; et le troisième, les sujets n'étaient pas en rapport ou transposables à la médecine générale car les situations étaient plus graves.

« [4] Quand tu arrives, tu démarres aux urgences, et ben paye ta galère pour trouver un sujet. p4, FG3 ».

Enfin, a été mentionné que la difficulté résidait dans le fait de trouver un sujet répondant aux critères du RSCA. La plupart des internes avaient des critères différents. Certains attendaient d'avoir tous les axes de problématiques pour commencer, d'autres attendaient « LA » situation complexe, d'autres mûrissaient le sujet avant de s'y lancer. Selon eux, pour réaliser un « bon » RSCA, il fallait choisir une situation folle ou « prise de tête », une situation réelle, facile, intéressante, parfois touchante, pour apprendre et effectuer ce travail plus rapidement. Certains évoquaient clairement que choisir un sujet sans recommandations était inutile.

Pour pallier à cela, certains internes utilisaient des subterfuges tels que mélanger plusieurs situations cliniques, étoffer des sujets, en inventer, utiliser des sujets du semestre précédent, dans le seul but d'être validés. En effet, certains se sentaient même obligés de rajouter des éléments imaginaires et de faire des récits fictifs.

« [5] Du coup, on est obligés de faire des RSCF : Récits de Situations Complexes Fictives. p6, FG6 ».

« [9] On invente des trucs pour que ça fasse bien ! p13, FG2 ».

Certains ne se posaient pas tant de questions, ils choisissaient une situation au hasard ou un sujet pas forcément intéressant juste parce que le RSCA était obligatoire. A l'inverse, d'autres internes se mettaient la pression pour choisir le sujet. Au final, il a été constaté que les sujets étaient identiques entre internes et selon les stages qu'ils avaient effectués.

Enfin, pour une minorité d'entre eux, il était globalement facile de trouver un sujet de RSCA sur le semestre.

### b) Le récit

Concernant cette première partie du RSCA, les internes la considéraient comme pénible parce qu'ils devaient y revenir plusieurs fois ou devaient la rédiger rapidement pour ne pas oublier tous les détails. De plus, certains internes trouvaient complexe de passer d'une situation clinique au RSCA. Tous étaient d'accord pour dire que la difficulté majeure de cette partie résidait dans le fait de relater le récit à la première personne. Ils ne comprenaient pas l'obligation de mettre leur ressenti dans le récit.

« [7] Mais cette version de « coucher sur le papier », d'exprimer nos sentiments... Tout ça n'apporte rien ! p12, FG2 ». « [3] Depuis le début on nous demande de gommer tout sentimentalisme et là d'un seul coup on nous demande d'expliquer notre ressenti ! p6, FG1 ».

### c) Les axes de problématiques

Globalement, tous les internes interrogés savaient qu'un RSCA devait comporter obligatoirement au minimum trois axes de problématiques divisés en axe médical et axe non médical. L'axe médical était bien compris et respecté notamment car il était souvent basé sur des recommandations. En revanche, ce qui leur posait plus de soucis, étaient les axes non médicaux. Bien souvent, les questionnements sans réponse ou sans recommandation n'étaient pas respectés ou non prioritaires dans leur RSCA. Ils les considéraient comme inutiles car la plupart du temps les internes voulaient des réponses. D'ailleurs ils ne les jugeaient pas obligatoires dans leur RSCA.

« Pour moi, je ne vois pas trop l'intérêt de réfléchir sur quelque chose où finalement je n'aurais pas la réponse quoiqu'il arrive ! p2, EI1 ».

#### d) Les recherches bibliographiques

Bien sûr considérées par tous comme obligatoires, les recherches bibliographiques étaient perçues comme utiles et intéressantes mais pénibles à écrire car chronophages. Pour certains, l'un des freins provenait de la difficulté à localiser les bonnes informations et notamment trouver des sites validés. D'autres ne s'embarrassaient pas puisque leur bibliographie consistait en un copier-coller d'article de revue. Par contre, à noter qu'en TCEM 3, les internes effectuaient leurs recherches sur des sites validés et de meilleure qualité car l'expérience de la thèse les y aidait.

« [2] La recherche biblio, ça met un pied à l'étrier pour la thèse. p4, FG3 ».

#### e) La structuration et la rédaction

Sur la structuration, beaucoup d'internes ne l'avaient pas comprise et faisaient à leur « sauce » : elle n'était pas organisée selon une trame homogène pour tous les internes. Le nombre de pages d'un RSCA restait inconnu.

Sur le plan de la rédaction, l'un des obstacles énoncés, était le manque d'expérience de rédaction et la difficulté pour le commencer. La rédaction était considéré comme pénible et chronophage.

« [4] On a perdu cette habitude de rédiger et retrouver ça, ça met du temps. p5, FG4 ».

Par ailleurs, il existait une inégalité du temps consacré à rédiger entre les différents internes. La rédaction était étalée dans le temps pour la plupart d'entre eux et parfois bâclée. Certains internes en écrivaient même s'ils ne répondaient pas aux critères du RSCA. Ils considéraient qu'une fois commencé, il fallait le terminer. Malgré cela une grande majorité d'internes était en retard. Quelques exceptions essayaient de maintenir une production régulière selon une structuration bien codifiée et bien maîtrisée. Bien que la plupart des internes ne comprenaient pas l'apport de la rédaction et n'y trouvaient même aucun intérêt, quelques rares internes y voyaient un bénéfice : celui d'aide pour le travail de thèse et de mémoire et, celui d'éveiller la réflexion.

« [5] Moi je trouve pesant de le commencer parce que je sais que ça va prendre des heures, des heures et des heures ... Après une fois que c'est commencé ça va, mais de s'y mettre pfff .... p9, FG5 ».

### **4.2. Le RSCA en fonction du stage**

Globalement, il n'y avait pas ou peu de réflexion sur le RSCA pendant le stage, quel qu'il soit.

« [6] Moi pendant que je suis en stage, je ne pense pas aux RSCA ! p16, FG1 ».

Le stage effectué en ambulatoire ne constituait pas un frein mais plutôt un tremplin. Les internes comprenaient mieux le sens et l'apport du RSCA à partir du stage en libéral et le trouvaient donc plus adapté. Cela leur permettait de rattraper leur retard de production. A noter concernant le stage en

SASPAS, que certains internes considéraient le débriefing quotidien de fin de journée comme des mini RSCA faits à l'oral.

En revanche le stage hospitalier était un véritable obstacle. Les internes manquaient de temps et d'aide et avaient une charge de travail trop importante, ce qui engendrait une prise de retard considérable lors de ces stages. De plus, ils stipulaient que les deux demi-journées de formation n'étaient pas respectées ce qui ne libérait pas de temps pour réaliser ces RSCA.

### **4.3. Le RSCA et l'internat**

#### **4.3.1. Le vécu du RSCA en fonction des années d'internat**

En première année d'internat, il existait une difficulté d'adaptation à la vie d'interne ce qui rendait le RSCA non prioritaire et non adapté. De plus, le RSCA était une notion floue pour eux. Les internes ne comprenaient pas l'utilisation du « je ». Du fait de la prédominance des difficultés lors de cette année et d'une montagne de travail, leur RSCA était perçu comme une sorte de « débrouillage ». Pour ces internes-là, il existait un manque d'expérience pour produire. Ils n'avaient pas assez de recul pour voir la progression. Malgré cela, quelques internes arrivaient à être à jour et réalisaient des RSCA avec plus de problématiques concernant l'axe humain. Le but pour les TCEM1 lors de cette première année était plus de s'exercer, pour apprendre à les faire.

« [5] Quand on commence notre internat, on a d'autres soucis que commencer à rédiger des situations de libéral. Résumer quelque chose : « comment on aurait fait en médecine générale ? » Honnêtement en 1<sup>er</sup> semestre, c'est le cadet de mes soucis ! » p2 et 3, FG2 ».

Au fil des semestres, la moitié des internes étaient d'accord pour dire qu'ils acquéraient une rapidité d'exécution ce qui leur permettait de réaliser le RSCA dans les temps. Ils arrivaient donc à voir une évolution de leur RSCA tant sur la forme que sur le fond. Ils étaient satisfaits de leur RSCA. L'autre moitié n'y voyait pas de progression puisqu'ils étaient en retard et qu'ils ne les feraient qu'en dernier semestre. Par ailleurs, beaucoup d'internes étaient en retard car trop de travail leur était demandé et qu'ils disposaient de peu de temps libre. De plus, comprendre l'intérêt du RSCA était majeur pour les internes pour avancer et cette compréhension ne se faisait que tardivement dans l'internat. S'ils ne comprenaient pas alors, ils ne se motivaient pas pour les faire et prenaient du retard. Cela constituait un cercle vicieux. Ils ne prenaient conscience de ce retard qu'en fin de semestre alors qu'ils avaient l'obligation de les faire dans un temps imparti. Le point positif retrouvé dans plusieurs Focus Group, était qu'ils déculpabilisaient en comparant leur retard avec celui des co-internes. La majorité des internes considérait que le nombre de RSCA par semestre était trop important alors qu'ils en faisaient quotidiennement à l'oral entre co-internes. Quelques rares internes, à jour, vivaient bien le

fait d'avoir deux RSCA par semestre. A noter que la production était irrégulière selon les semestres. Certains internes faisaient même remarquer qu'il y avait moins de productions en été du fait des conditions estivales.

« [8] Faire des RSCA : je ne veux pas que ce soit la finalité de mon internat. p6, FG2 ».

En dernière année, le RSCA était mis au second plan par rapport au mémoire et/ou à la thèse. De ce fait, il devenait donc inutile selon eux.

« [3] Au final, on se retrouve avec des horaires lourds 8-20h, les cours, les AEP, les RT, les week-ends de RSCA, plus à côté toutes les recherches biblio... et la thèse, et le mémoire. Au bout d'un moment, ça fait beaucoup quoi ! p8, FG3 ».

#### **4.3.2. Le RSCA en comparaison aux autres travaux d'écriture clinique**

Par comparaison aux SCORE perçus comme plus complets, le RSCA était non apprécié. En effet, le SCORE était vu comme plus pédagogique, plus adapté et plus intéressant. Fait plus régulièrement, il s'agissait selon eux, d'un écrit objectif, rapide et facile, une fiche pratique réutilisable pour la pratique future à contrario du RSCA. Une minorité d'internes jugeaient le SCORE comme redondant avec le RSCA.

Par comparaison aux GEP, les internes trouvaient majoritairement que ceux-ci préparaient aux groupes de pairs et étaient plus intéressants.

Au final les SCORE et les GEP étaient vécus comme plus intéressants. Ils permettaient également de faire des recherches bibliographiques, de ce fait certains recyclaient leurs SCORE ou GEP pour en faire un RSCA.

À noter que les internes méconnaissaient l'équivalence des travaux d'écriture clinique pour valider le DES de MG à Toulouse. En effet, ils ne savaient pas si faire plus de SCORE permettait de ne faire qu'un seul RSCA par semestre au lieu des deux obligatoires.

#### **4.3.3. Le RSCA en comparaison aux autres facultés de médecine en MG**

Les internes signalaient qu'il existait une différence entre toutes les facultés tant sur le nombre de RSCA que sur le fond. Selon eux, il n'existait pas autant de travaux de recherches dans les autres facultés. Il y avait trop de travaux d'écriture clinique à la faculté de Toulouse.

« [1] Les autres facs, ils ont des RSCA mais qui n'ont rien à voir avec ceux de Toulouse ! On nous demande beaucoup plus à produire à Toulouse. p21, FG1 ».

#### **4.3.4. Le RSCA en comparaison aux autres spécialités**

Les internes argumentaient sur le fait qu'il n'y avait pas de production identique au RSCA dans les autres spécialités et que le RSCA dévalorisait la spécialité de MG. Cependant, ils avouaient qu'une obligation de produire était présente dans toutes les spécialités.

Aussi, certains internes stipulaient qu'ils avaient choisi le DES de médecine générale pour avoir moins de travail personnel que dans les autres spécialités.

« [3] Quand on compare nos recherches à faire entre les spécialités, du coup certaines spés nous considèrent comme une sous-spé. p2, FG6 ». « [3] On a pris médecine générale car certains ne voulaient pas s'investir dans un internat trop lourd ou de faire une spécialité trop lourde. p8, FG3 ».

### **4.4. Les aidants à la réalisation du RSCA**

#### **4.4.1. Les Tuteurs**

##### **a) Le tuteur lui-même et son rôle**

Les internes trouvaient globalement que les tuteurs manquaient de temps. De plus, ils les trouvaient subjectifs et parfois démotivants. Leur investissement devait trouver un juste milieu entre une présence active mais modérée, et une intrusion trop grande.

« [1] Moi, j'ai eu les extrêmes, un absent et un dictateur... C'est l'enfer ! S'ils ne les ont même pas lus, ils ne répondent pas à leurs mails, je ne sais pas s'ils sont toujours en vie (rire). Là, l'actuel il est beaucoup trop là, trop présent, trop menaçant. p8, FG6 ».

Ce qui a été unanime c'était l'hétérogénéité des tuteurs. En effet, leur implication et leur formation divergeaient. Certains ne savaient pas ce qu'était un RSCA, d'autres pensaient que le ressenti devait être prépondérant, d'autres ne le corrigeaient pas. Leur aide était vécue comme disparate à plusieurs niveaux : choix des sujets, explications du RSCA et de la grille de correction. Le changement de tuteur à tous les semestres était apprécié car il permettait de rencontrer différents tuteurs et d'avoir différentes approches. Cependant certains internes considéraient ce turn-over comme trop fréquent.

« [4] Il faudrait qu'ils soient véritablement formés sur « qu'est-ce que c'est un RSCA ? » p18, FG1 ».

Concernant le rôle du tuteur, il était vu comme une personne partageant son expérience, motivant les internes et les guidant. Il se devait malgré tout d'être présent pour l'interne, de l'entourer s'il ressentait des difficultés et se devait de rester neutre pour critiquer les traces écrites afin de les valider. Selon eux, il était là aussi pour valoriser les RSCA des internes.

### b) La validation du RSCA par le tuteur

Les critères de validation étaient ignorés ou flous pour les internes. Le nombre de pages à effectuer était inconnu. Ils pensaient devoir valider des familles de situations mais ne les connaissaient pas. Selon eux, l'évaluation portait sur la régularité de production et la qualité du récit. Pour certains d'entre eux, ils avaient déjà vu la grille de correction d'un RSCA et la trouvaient déprimante, et inhomogène et bien souvent non respectée par les tuteurs. La validation était tantôt sur la forme, tantôt sur le fond. Par contre, elle était toujours réalisée une fois le RSCA fini.

La validation variait selon les tuteurs et selon les sujets. Elle était parfois effectuée sans lecture et retardée par les tuteurs. Certains tuteurs ne validaient que deux RSCA par semestre alors que d'autres étaient plutôt tolérants en fonction des stages. Les tuteurs étaient insatisfaits devant des sujets sans rapport avec la médecine générale, devant des RSCA trop longs, devant des RSCA incomplets, mais surtout devant le retard des internes. Les commentaires étaient soit absents, soit inutiles alors que les internes éprouvaient le besoin de commentaires adaptés pour évoluer. Enfin, certains tuteurs imposaient une dead-line quant à la remise des RSCA.

« [1] Il ne savait pas ce que c'était un RSCA. Il m'a dit que ça avait l'air pas mal ce que j'avais fait mais qu'il le lirait quand il aurait le temps. Depuis 1 an, il ne me l'a toujours pas corrigé et pourtant je l'ai stimulé ! Je n'ai rien du tout. Du coup, mon nouveau tuteur m'a engueulé. p1, FG6 ».

### c) Les Rencontres Tutorées (RT) et le couple tuteur-tutoré

Les RT étaient perçues comme hétérogènes, parfois trop longues, sans intérêt et bien souvent, leur nombre n'était pas respecté. Certains tuteurs imposaient des dates de RT alors que d'autres faisaient parfois faux bond aux internes. Certains internes regrettaient l'absence de discussion des RSCA lors de certaines RT. Quand des discussions existaient, certains internes stipulaient qu'ils n'avaient pas le temps de remodifier le RSCA après correction.

Le couple tuteur-tutoré était une association fragile dont les attentes étaient perçues différemment. Parfois cette relation était novice (tuteur pour la première fois et interne de premier semestre), la progression ne pouvait donc pas être attendue. Certains internes avaient également du mal à stimuler leurs tuteurs.

« [4] Mes maîtres de stage, ils sont tuteurs depuis cette année-là et ils pataugent dans la choucroute. p6, FG3 ».

#### 4.4.2. Les MSU

Tout comme les tuteurs, l'hétérogénéité des MSU était mise en avant. Selon les internes, elle était visible sur leur implication, leur formation et leur aide (explications, proposition de sujets, exemples donnés). Concernant le RSCA, certains internes effectuaient des RSCA oraux avec leur MSU en stage alors que d'autres MSU préféraient libérer du temps pour que les internes les fassent. Par ailleurs, les internes tenaient à distinguer le tuteur du MSU qui se devait d'être deux personnes différentes. Certains MSU pensaient alors qu'il avait un rôle dans la pratique c'est-à-dire dans le stage mais aucun dans les traces écrites.

Enfin, les difficultés les plus importantes résidaient chez les MSU hospitaliers qui ne connaissaient pas l'existence des RSCA et n'offraient aucune aide.

« [6] Le problème des chefs de service hospitalier, c'est qu'ils ne font pas partie du DUMG donc ils n'ont aucun intérêt à nous aider. Puis, ils s'en fichent ! p19, FG1 ».

#### 4.4.3. Le DUMG

##### a) Les premières explications sur le RSCA

Les premières explications sur le RSCA étaient mal faites selon les internes. En effet, ils trouvaient qu'elles étaient théoriques, trop riches, non claires, divergentes selon les intervenants, parfois trop tardives. Ils déploraient aussi le manque voire l'absence de don de modèle.

Le premier contact avec les RSCA était fait au GPP. Malheureusement, ces derniers étaient hétérogènes et inutiles. Les informations y étaient redondantes au fil de l'internat d'où la participation modeste aux GPP au fil des semestres.

« [6] On a encore eu droit à un rappel barbant qui ne sert à rien selon moi, qui ne fait qu'aborder le sujet sans l'approfondir. p19, FG1 ».

##### b) Les outils pédagogiques d'aide à la réalisation du RSCA

Les outils pédagogiques mis en place par le DUMG étaient multiples pour aider les internes.

Tout d'abord, le site informatique du DUMG (comprenant le portfolio) apparaissait clair pour les internes. Cependant, le portfolio était selon eux un moyen de contrôle, notamment en faisant des statistiques sur leurs RSCA. Ils le considéraient comme utile pour prouver le contact entre le tuteur et l'interne mais ne se sentaient pas libres de s'exprimer. Parfois, il existait des problèmes techniques d'activation de tuteurs qui gênait la validation du RSCA.

Ensuite, la fiche explicative des RSCA déplaisait à la plupart des internes. Ils la trouvaient imprécise, imbuvable, vague, méconnue et ne la comprenaient pas. Une minorité d'interne la trouvait par contre utile et claire.

« [2] : Y a un document qui nous explique ce qu'on doit mettre dans le RSCA sur le DUMG mais enfin, si on le lit, c'est une espèce de tableau avec des termes qui veulent tout dire et rien dire, des termes vides, qui définissent ce qu'on est censé mettre et comment le mettre. C'est pas très intelligible quoi. p5, FG1 ».

Pour finir, les formations pédagogiques comprenant les ateliers à la Bibliothèque Universitaire (BU) existaient mais peu d'internes les exploitaient.

### c) Les caractéristiques du DUMG perçues par les internes

Le DUMG apparaissait pour les internes comme l'autorité et le « Sage ».

L'autorité était le premier mot qui venait aux internes pour qualifier le DUMG. Ils le comparaient à la « police ». Ils trouvaient qu'il leur mettait la pression et qu'il les surveillait en utilisant la production de RSCA pour prouver le travail des internes. Selon les internes, le DUMG était omniprésent, exigeant et têtu et ils ne se sentaient pas écoutés. Enfin, ils trouvaient que le DUMG restait abstrait, n'entraînait pas en contact avec eux et campait sur ses positions.

Et le DUMG dans tout ça ? « [1] : Ben il est dans nos ressources omniprésentes... chiant..., c'est un peu comme ça qu'on le perçoit ! [Rires] Ouais, ça c'est le côté « schlague » [Rire]. p14 FG5 ».

« [3] Je trouve vraiment très désagréable d'avoir l'œil de Judas qui me surveille. p6, FG1 ».

Le second qualificatif du DUMG était le « Sage » car il permettait la formation pédagogique des internes et celle des tuteurs. Mais l'hétérogénéité du savoir des médecins du DUMG concernant le RSCA, a aussi été soulevée. En effet, certains internes en parlant avec des médecins membres du DUMG, signalaient que certains d'entre eux n'approuvaient pas cette trace écrite et que leur compréhension sur le RSCA était hétérogène. Au final, les internes pensaient que la plupart des membres du DUMG ne savaient pas faire un RSCA.

« [4] Oui mais c'est bien qu'ils nous remettent dans le droit chemin du travail. p6, FG5 ». « [2] Ils ne sont pas d'accord entre eux alors qu'ils sont 10 pinpins donc franchement... (en levant les yeux au ciel). p9, FG6 ». « [3] C'est bien beau de nous demander des choses, quand soi-même, on ne les a pas testées ! J'aimerais voir un RSCA du Dr X. C'est facile de nous demander des RSCA sans l'avoir fait ! p7, FG6 ».

### d) Les attentes du DUMG envers leurs internes

Leurs attentes étaient globalement incomprises voire inconnues de la plupart des internes.

Ce que les internes savaient, c'était que le DUMG attendait d'eux, deux RSCA par semestre. Exception faite après la réforme de Novembre 2016 pour les TCEM1 où le rendu était d'un RSCA par semestre. Les internes avaient conscience que leurs RSCA servaient pour évaluer leur analyse

face à une situation complexe vécue et leur progression au fil de l'internat. Les internes pensaient que le DUMG souhaitait faire du RSCA un outil réutilisable pour la pratique future mais pour cela, ils précisait qu'il fallait être régulier. Selon les internes, le DUMG attendait un rendement de production du RSCA trop important et, souhaitait « uniformiser » les internes alors que leurs différences étaient perceptibles.

« [5] Je pense que les médecins du DUMG sont des médecins bien installés, qui ont oublié leur moment d'internat et que nous demander autant d'écrits ... enfin ! Ils ne se rendent pas compte que c'est pas possible qu'ils soient bien faits avec notre stage et le fait d'avoir une vie à côté. p11, FG2 ».

« [1] On rentre plus dans le moule de ce qu'ils attendent de nous ! p3, FG3 ».

#### e) La validation du D.E.S. de Médecine Générale

L'importance du RSCA pour les internes résidait uniquement dans la validation du DES de Médecine Générale à la fin de leur cursus universitaire. En effet, ils s'appuyaient sur cette notion pour qualifier le RSCA de « paperasse pour valider ».

« [4] C'est pipo, c'est pour qu'il y ait quelque chose dans notre mémoire. Ça fait quand même la moitié du mémoire toutes ces conneries ! p8, FG7 ».

Cependant, les internes craignaient l'invalidation s'il manquait des RSCA ou si la qualité de ces RSCA n'était pas au rendez-vous. En effet, certains internes considéraient que leur RSCA était parfois validé trop facilement.

#### f) Les réunions et réformes mises en place par le DUMG

Une réunion a été effectuée par le DUMG en Décembre 2015, devant l'incompréhension du retard accumulé sur la production des RSCA concernant une promotion d'interne. Certains internes l'ont vécu comme un électrochoc car des explications de meilleure qualité sur le RSCA ont été faites. D'autres n'avaient rien appris. Ils avaient trouvé que cette réunion était inutile, trop longue et que les médecins n'étaient pas compétents quant à la pédagogie des RSCA. Ils n'avaient d'ailleurs pas vu de changement après cette dernière et étaient ressortis avec le sentiment de ne pas être écoutés.

La réforme de Novembre 2016 avait par contre était très appréciée des internes. De manière générale, elle a permis de diminuer le nombre RSCA à un par semestre pour les TCEM1 uniquement. Elle a été promulguée, selon les internes, car le travail en stage hospitalier en TCEM1 était trop important. De plus, grâce à cette réforme, les premiers semestres avaient eu droit à des cours spécifiques sur ces traces écrites et des explications plus claires et plus longues, associées à des exemples de RSCA expliqués. Cela a été largement apprécié par ces internes. Cependant, pour certains d'entre eux, les

explications données, continuaient à être hétérogènes et il persistait malgré tout, une difficulté à produire.

#### **4.4.4. Les autres aidants**

Les internes soulevaient l'existence de différentes attentes entre tous ces aidants : les tuteurs, les MSU, le DUMG et les internes. Devant ces difficultés, les internes organisaient souvent un compagnonnage où les internes plus âgés expliquaient aux plus jeunes.

De plus et à notre surprise, notre thèse, de par la réalisation d'entretiens collectifs, a aidé certains internes à la compréhension des RSCA.

### **4.5. Les propositions d'améliorations**

Pour pallier à ces difficultés les internes ont essayé d'apporter des solutions sur différents points. Cependant, quelques rares internes n'envisageaient aucune solution.

#### **4.5.1. Concernant le RSCA**

##### a) Sur le RSCA lui-même

Concernant le nombre de RSCA, les internes étaient unanimes sur le fait qu'ils voulaient diminuer leur nombre voire même les supprimer. Certains souhaitaient pouvoir moduler le nombre de RSCA en fonction de l'année : par exemple, aucun en première année, ou un seul pour toutes les promotions, ou le diminuer en troisième année face à un travail de thèse prenant. Ils pensaient qu'en faire un à fond était plus intéressant que deux à moitié. Certains internes évoquaient une possible répartition aléatoire du nombre sur le cursus en fonction des difficultés et du stage.

« [6] A côté de ça, on est à la fin de notre 2<sup>e</sup> année d'internat, on a toujours pas eu de formation sur la thèse ! p12, FG2 ». « [4] Mais après quand on a la thèse, le mémoire, le truc, le bidule, je pense que c'est pas indispensable quoi ! p5, FG3 ».

Concernant les améliorations de réalisation du RSCA, ils évoquaient le fait de le rendre facultatif. Dans ce cas ils avaient peur qu'ils ne soient plus faits. Deuxièmement, ils proposaient de les faire à l'oral et qu'ils soient moins longs. Enfin, certains aimaient le rédiger à leur manière, sans plan prédéfini, ni axe de problématique. Toutes ces modifications dans le but de valoriser ce travail d'écriture ainsi que la spécialité de médecine générale.

« Je pense qu'il faudrait trouver un juste milieu et pas nous inonder de traces ! p8, EI1 ».

#### b) Sur la validation du RSCA

Concernant la validation, ils aimeraient qu'elle soit effective pendant le semestre mais aussi une fois celui-ci fini. Ils soulevaient l'importance d'une validation par une personne extérieure au stage.

#### c) Sur le RSCA dans le stage

Concernant le choix d'une situation clinique pour en faire un RSCA, l'astuce soulignée par les internes était de noter les idées de sujets de RSCA pendant le stage pour ne pas les oublier.

Concernant le type de stage (ambulatoire ou hospitalier), les internes proposaient de faire des RSCA uniquement en stage ambulatoire et aucun en hospitalier, pour avoir des sujets en rapport avec la médecine générale. Les internes souhaitaient aussi adapter le nombre de RSCA en fonction des difficultés rencontrées en stage. Ils prônaient la libération de temps lors de tous les stages, sans exception, pour produire davantage.

### **4.5.2. Concernant la pédagogie**

#### a) Sur les outils pédagogiques

Les internes proposaient de recevoir des exemples et des plans ainsi que des documents explicatifs écrits plus clairs. Aussi, les internes aimeraient avoir une banque de données avec possibilité de créer une application sur smartphone qui regroupe tous les RSCA des internes. Celle-ci pourrait être réutilisée avec des fiches pratiques sur les réseaux locaux. Quant à cette proposition, les internes avaient peur du plagiat et du jugement de leur travail.

Aussi, ils souhaitaient une homogénéisation des grilles de correction du RSCA.

Par ailleurs, ils proposaient d'autres types de travaux d'écriture clinique. Certains sous forme écrite : articles scientifiques, rapports de cas, recherches écrites et validées par le MSU. D'autres sous forme orale avec création de journée-débat sur un thème donné ou d'ateliers d'échanges sur les RSCA.

Ils proposaient sinon une augmentation des SCRE, travail apprécié des internes, de favoriser les groupes de pairs (comme les GEP), ou de présenter le RSCA devant un jury dans le but d'une première préparation au travail de thèse et de mémoire. Les internes souhaitaient que les équivalences entre les différents travaux d'écriture clinique soient mises en avant. Certains internes préféraient que les mémoires soient publiés afin de rendre publics leurs RSCA.

« [2] Si les étudiants ne sont pas emballés par les RSCA, faudrait arrêter de camper sur ces traces et envisager d'autres traces. Il faudrait un peu plus nous écouter. p6, FG3 ».

Pour finir, concernant la bibliographie, ils proposaient d'améliorer la formation avec une liste de liens de recherches valide, d'améliorer les ateliers BU, d'améliorer les cours de la faculté et d'avoir plus d'aide concernant les problématiques éthiques.

## b) Sur la formation pédagogique

Ils préféreraient rendre le MSU acteur dans le RSCA. Le MSU devrait apporter plus d'aide, plus d'échanges, des encouragements et vérifier s'ils sont à jour.

Concernant les tuteurs, ils voudraient améliorer leur formation pour qu'ils puissent conseiller les internes étape par étape dans la réalisation de leur RSCA. Ils voudraient que les tuteurs stimulent les internes et qu'ils imposent une dead-line. Certains préféreraient un tuteur par an. Pour les réunions tutorées, cela pourrait être fait soit par un MSU soit par un tuteur ou être une journée RT dédiée à l'ensemble des travaux d'écriture clinique. Sinon, cela pourrait aussi être organisé autour d'un RSCA qui se complèterait au fil des trois réunions tutorées.

Pour le DUMG, les internes souhaiteraient des modifications : éclaircir et harmoniser leurs attentes, motiver les internes, uniformiser les explications et réformer le RSCA. Les GPP devraient être plus précoces, plus homogènes et plus clairs.

« [8] Il faut que le DUMG se mette d'accord un peu avec lui-même. p10, FG2 ». « [3] Chères têtes pensantes : STOP ! p7, FG7 ».

Les internes souhaiteraient que soit organisé un compagnonnage et souhaiteraient être plus entourés et plus formés. D'un autre côté, ils se rendaient bien compte que s'ils étaient en difficultés, il leur fallait demander de l'aide.

En *annexe 14 et 15*, sont présentés l'ensemble des résultats et propositions d'amélioration, résumés sous la forme d'une fleur des résultats et d'une fleur des solutions.

# DISCUSSION

---

## 1. LES LIMITES ET FORCES DE NOTRE ÉTUDE

### 1.1. Les limites

#### 1.1.1. Le recrutement

Le recrutement étant basé sur le volontariat, certains internes n'avaient pas pu rester après leur séance de GEP, soit pour des raisons personnelles, soit pour des raisons professionnelles (retour en stage). Par ailleurs, le recrutement s'étant étalé sur deux semestres consécutifs et dans la plupart des départements de la région, certains internes avaient donc été exclus des Focus Group pour ne pas être interrogés deux fois. Enfin, suite à l'inclusion des internes de tous les semestres, on a pu constater que les TCEM1 avaient moins de recul sur la production des RSCA.

#### 1.1.2. La méthode et l'animation par Focus Group

Notre étude reposait sur l'utilisation de Focus Group qui malgré son bénéfice de permettre des interactions entre les internes, entraînait également des biais notamment liés à un effet leader d'opinion. Effet clairement constaté lors de la réalisation du premier Focus Group où certains internes « retournaient leur veste » à l'écoute d'un interne qui imposait son opinion au groupe. Le temps de parole de tous les participants n'était pas toujours équitable : certains le monopolisaient, d'autres restaient muets malgré les sollicitations de l'animateur, ce qui a pu empêcher l'apparition d'idées nouvelles. Du fait de l'interaction entre animateur et internes, et entre les internes eux-mêmes, certaines prises de parole ont été coupées, ce qui a pu également nuire à l'obtention de nouvelles idées. Enfin, la durée de certains Focus Group a été longue, contribuant d'une part à faire diminuer l'attention des participants et d'autre part, à occasionner des départs anticipés (cela était arrivé une fois lors du premier entretien).

Endosser le statut d'animateur restait compliqué. Il était parfois difficile de trouver le juste milieu entre ne pas être trop directif et l'être. L'animateur avait parfois du mal à solliciter chaque participant pour obtenir les réponses aux questions du guide d'entretien. Le nombre de participants influençait également la qualité de l'animation. En effet, plus il était important, plus cela occasionnait des redites ou des difficultés d'organisation du débat. Avec le même guide d'entretien, il était impossible d'organiser deux Focus Group à l'identique sur le plan de l'animation.

### **1.1.3. Le recueil et l'analyse des données**

Il existait une difficulté à recueillir et retranscrire l'ensemble des données non verbales et surtout à en interpréter leurs sens. Il était aussi parfois difficile d'analyser toute la portée d'une idée énoncée par un participant. De plus, certains internes avaient des propos ambigus et/ou contradictoires.

Un biais de suggestion influençait l'analyse de ces entretiens collectifs. Une part de subjectivité dans le choix des thèmes et des catégories a pu entraîner un biais d'interprétation. Ces biais rendaient la validité des résultats critiquables.

## **1.2. Les forces**

### **1.2.1. Le sujet**

Les thèses dont la problématique était le RSCA, commençaient à voir le jour dans quelques facultés de médecine mais restaient cependant peu nombreuses en France. Aucune n'avait encore été réalisée sur la faculté de Toulouse, ce qui a motivé notre étude.

### **1.2.2. Le recrutement et le choix de la réalisation de Focus Group**

Les internes recrutés ont tous été volontaires, intéressés par le sujet et n'ont pas eu à se déplacer. Les entretiens ont été réalisés au plus près des internes, après leur GEP, et dans différents départements. Le choix des GEP a été fonction de nos disponibilités à chacune et de celles des différents animateurs. Le total des participants a été important dans le cadre d'une étude qualitative.

Le choix de la méthode qualitative par Focus Group avait l'avantage de faire parler les internes entre eux, de les mettre en interaction et donc pour certains de rebondir sur ce qui était dit, de montrer des désaccords ou de les rassembler. Cela suscitait une dynamique de groupe, le tout dans une ambiance chaleureuse. De plus, les Focus Group ont été réalisés sur une année d'étude, soit deux semestres, donc nous avons interrogé des internes de tous semestres confondus et à cheval sur deux années universitaires. Par ailleurs, les animateurs étaient de sexe, d'âges et de professions différentes avec des formations en communication différentes mais tous habitués aux entretiens de groupe. Cela a permis de rester sur le sujet sans s'éparpiller et d'approfondir tous les domaines concernés par notre thèse. Enfin, les entretiens ont tous bénéficié d'une double lecture, d'un travail de retranscription à la main, d'un double codage ainsi que d'une triangulation des données avec le directeur de thèse. Nous sommes arrivées à saturation théorique des données.

### **1.2.3. Critère de scientificité en méthode qualitative**

« La valeur d'une recherche scientifique est en grande partie dépendante de l'habileté du chercheur à démontrer la crédibilité de ses découvertes » (13).

Ici, la méthode qualitative était d'une part la méthode la plus appropriée pour recueillir le ressenti des internes et d'autre part, l'aboutissement d'une démarche scientifique rigoureuse. En effet, le point le plus important étant la rigueur à tous les niveaux : de la méthode à la présentation des résultats, en passant par l'analyse complexe des données, ce qui a été respecté. C'était cette rigueur qui a permis de faire évoluer notre guide d'entretien en fonction des résultats obtenus.

#### a) Critère de validité interne

Ce critère avait pour but de vérifier si les données recueillies représentaient la réalité. Il a été respecté sur plusieurs points.

Dans un premier temps, nous avons l'avantage d'avoir directement accès à l'objet : le RSCA, dans son milieu naturel. En effet, nous avons pris le temps d'examiner l'impact et la perception du RSCA sur cette population.

Dans un second temps, nous avons eu recours à la technique d'analyse par contexte d'énonciation. Les résultats recueillis, ont été soumis à la fin de chaque Focus Group aux internes interrogés, pour les corroborer. De plus, les internes avaient inscrit leurs mails au début de chaque Focus Group de manière à ce qu'on puisse leur envoyer les résultats pour valider l'exactitude de leurs dires. Puis, nous avons également utilisé la technique de triangulation des données pour accroître la validité interne de notre étude.

Enfin, nous avons vérifié la cohérence interne et confronté les résultats obtenus par rapport aux données de la littérature.

#### b) Critère de validité externe

Ce critère de scientificité a été respecté suivant les éléments ci-dessous :

- Nous avons utilisé un échantillon raisonné, ciblé et représentatif de notre problématique. La population était diversifiée autant sur l'âge, que sur l'année d'internat que sur le sexe. La description de cette population a été faite de manière à être la plus exacte et la plus précise qu'il soit.
- Nous étions arrivées à saturation des données car les techniques de recueil et d'analyse ne fournissaient plus aucun élément nouveau à la recherche.

#### 1.2.4. « Notre thèse »

##### a) La thèse à deux chercheurs

Être amies et avoir déjà travaillé ensemble a été une force pour cette étude. Cela nous a permis d'avoir un bon fonctionnement de binôme, de se partager le travail, de se motiver l'une et l'autre, de travailler dans de bonnes conditions et de se dire les choses franchement.

##### b) Le bénéfice de notre thèse pour les internes

L'utilisation des Focus Group était une force car les internes interrogés se sont sentis entourés. D'ailleurs, certains comparaient l'utilité de nos Focus Group à celle de la réunion explicative sur le RSCA faite pour les internes de première année.

## 2. LE CONTENU PÉDAGOGIQUE

### 2.1. Le RSCA : un outil pédagogique, compris ou non compris ?

Lors de notre première rencontre avec le DUMG, le premier jour de l'internat, nous avons découvert le portfolio, les travaux d'écriture clinique et notamment le RSCA, acronyme jusqu'alors inconnu. Tous ces outils sous-tendent un concept pédagogique auquel nous n'avons pas été initiés pendant nos études de médecine : « le concept d'apprentissage par compétences ou paradigme d'apprentissage. » (14) Le principe de « compétences » est de pouvoir adapter le savoir, le savoir-faire et le savoir-être à chaque consultation, c'est-à-dire que l'interne, au cours de sa formation apprend de manière active et individuelle en interaction avec l'enseignant. Cela favorise l'autonomie d'apprentissage afin d'élever son niveau de compétence. Dans cette profession, il est impératif de pouvoir adapter les connaissances théoriques et l'application pratique au contexte de la relation patient-médecin.

Afin de répondre aux exigences de l'évaluation des pratiques, le référentiel-métier du médecin généraliste, défini en grande partie par le CNGE en 2006 et publié en 2009 (15) a précisé les tâches professionnelles et a décrit les compétences essentielles requises pour un médecin généraliste. Ce référentiel est un moyen de rendre le métier transmissible, tout en permettant la construction d'un projet identitaire du médecin généraliste en formation. Il propose une méthode pour unifier ses compétences, en construire de nouvelles, et enrichir en retour le référentiel métier. En définitive, c'est un outil pour comprendre, apprendre, accompagner, évaluer et s'enrichir. Actuellement, il a fait référence à six compétences qui ont pu recouvrir l'ensemble des missions du MG, sous forme d'une « marguerite des compétences » (*annexe 16*). Chacune de ces six compétences a été elle-même décomposée en composantes. Ces dernières validées, ont témoigné de la progression de l'interne dans l'apprentissage de son métier.

Les DMG ont choisi d'utiliser comme outil pédagogique le RSCA. En effet, le RSCA a permis un apprentissage individuel grâce à deux fonctionnalités : la pratique réflexive et la rétroaction pédagogique. (16)

La pratique réflexive est exploitée lorsque l'interne met en mots son action au cours d'une situation professionnelle authentique. Il a réfléchi à ce qu'il a fait, comment et pourquoi il a procédé ainsi. De là en a découlé un questionnement et des recherches de nouvelles connaissances ou un renforcement des connaissances antérieures.

D'un autre côté, la rétroaction pédagogique passait par l'écriture du RSCA. En effet, le tuteur a pu revivre la situation clinique vécue par l'interne. Il a pu se faire l'idée la plus exacte possible de ce qui s'est passé. Dans un second temps, après s'être approprié cette situation, il a validé ce qui était pertinent et a corrigé en proposant des pistes de réflexions ou des améliorations. Cette rétroaction a pu se faire à l'oral (lors des RT) ou à l'écrit (commentaires par le biais du portfolio). Pour rendre utile le RSCA, il était nécessaire que l'enseignant fournisse en retour à l'interne, une information de ce qu'il avait analysé. Cette action pédagogique était primordiale.

Outre ces deux fonctionnalités pédagogiques, le RSCA a présenté également une double fonctionnalité évaluative : outil d'évaluation formative (au cours de chaque stage et sur l'ensemble du D.E.S.) et élément de certification du D.E.S. de MG.

Mais le RSCA restait une trace d'écriture très souvent mal comprise par les internes qui n'en voyaient pas l'utilité. L'intérêt du RSCA leur paraissait flou comme le confirme la thèse de B. Chalons en 2011 (17). Le sigle était inconnu, la définition incomprise ou hétéroclite. Cependant, une question est restée en suspens : pourquoi le RSCA était-il un écrit si mal compris ? La faculté nous avait-elle expliqué pourquoi nous devons faire les RSCA ? Clairement la réponse était « non » selon les internes. Pourtant, elle mettait à disposition une fiche explicative où était précisé le but du RSCA : « développer les compétences réflexives en soins premiers et étudier le comment et le pourquoi de leur action mais aussi de leur ressenti vis à vis d'une situation clinique rencontrée ». Il restait à l'interne de faire la démarche, de la chercher, de la localiser et de se l'approprier (*annexe 17*).

## **2.2. Le RSCA est moins attractif que les autres travaux d'écriture clinique**

Le SCRE, trace d'écriture propre à Toulouse, était très apprécié des internes. Ils y trouvaient un intérêt pour la pratique future car ils réutilisaient ces données et ils le préféraient aussi car c'était un écrit rapide, facile et efficace.

Le GEP était aussi privilégié. En effet, les internes aimaient partager leurs expériences et ressentis avec des pairs de différentes années. Par ce travail en équipe, ils trouvaient globalement le GEP plus enrichissant.

Des facultés avaient d'autres travaux d'écriture tels que les Examens Cliniques Objectifs Structurés (ECOS), notamment la faculté Diderot à Paris. Les ECOS étaient des jeux de rôles où l'interne interprétait le rôle d'un médecin face à un enseignant qui jouait le rôle d'un patient. La thèse d'I. Doukhan en 2014 concluait que les traces d'apprentissage ne montraient pas d'amélioration significative de la compétence des étudiants évaluée lors des ECOS. (18) Elle se demandait s'il n'y avait pas trop de travaux pour les internes et s'il ne fallait pas plutôt leur demander moins de travaux mais de meilleure qualité.

### **2.3. Le RSCA, un outil national mais son utilisation est différente selon les facultés**

Le RSCA était un travail d'écriture clinique national mais la mise en application était à la charge des différentes facultés de médecine, sous la responsabilité du coordinateur interrégional de la discipline. On pouvait noter que l'utilisation des RSCA dans les DMG de France variait d'un extrême à l'autre (*annexe 18*).

Au niveau du nombre validant sur l'ensemble de l'internat, cela allait de 0 RSCA sur Rouen en ce moment (en cours de test sur une dizaine d'internes) jusqu'à 18 RSCA sur Amiens. La moyenne au niveau national était de 5.8 pour les six semestres.

Au cours de l'année universitaire 2015-2016, le DUMG de Toulouse a stipulé de réaliser douze RSCA sur l'ensemble de l'internat soit deux par semestre validés à la fin de chaque semestre. Après la réforme de Novembre 2016 appliquée pour l'année 2016-2017, le nombre de RSCA a diminué à dix avec un seul RSCA par semestre en première année. La validation du RSCA à Toulouse était à l'écrit, faite uniquement par le tuteur à l'inverse des autres départements de MG où la validation était extrêmement variable : de l'oral à l'écrit, effectuée soit par un tuteur, un MSU ou un membre du DUMG, soit par des enseignants formés à cette technique ou des binômes d'enseignants. Cette validation pouvait se faire à l'occasion de RT, de groupe de pairs ou GEP, ou encore d'entretiens réservés à cet effet... Les internes venant de toute la France et ayant des amis dans toutes les facultés étaient donc perdus par cette grande hétérogénéité nationale. Après la mise en application de l'arrêté du 12 Avril 2017 (paru au Journal Officiel le 14 Avril 2017 et portant sur l'organisation du troisième cycle des études de médecine) (19) on pourrait espérer à une uniformisation au niveau national.

### **2.4. Le RSCA n'a-t-il vraiment qu'un intérêt pédagogique ?**

Comme nous le signale I. Etorri-Ajasse, « il s'agit d'un outil pédagogique complet pouvant être très intéressant pour celui qui le réalise ». (20)

Un bon RSCA était un travail qui faisait évoluer les internes mais aussi les enseignants. Certains tuteurs profitaient de ces travaux pour en retirer une formation personnelle, une mise à jour de leurs

connaissances et un questionnement sur leurs propres pratiques. D'autres, réutilisaient les RSCA de leur tutorés pour en parler avec leur interne en stage, pour le questionner et le faire progresser. Certes ces objectifs apparaissaient comme évidents, mais certains internes soupçonnaient d'autres utilités des RSCA. En effet, comme toutes les spécialités médicales, les départements de médecine générale devaient apporter la preuve du travail de leurs internes pour pouvoir conserver les postes en ambulatoire. L'arrêté du 21 Avril 2017 (paru au Journal Officiel 28 Avril 2017) réforme la maquette de D.E.S de Médecine Générale. En application de l'article 5, cet arrêté prévoit différents enseignements dans le cadre d'une approche par compétence : des travaux d'écriture clinique, des GEP, des méthodes dérivant des Apprentissages par Résolution de Problèmes (ARP), des groupes de formation à la relation thérapeutique, des groupes de tutorats centrés sur les familles de situations définies pour la spécialité et des ateliers de gestes pratiques y compris avec des techniques de simulation. (21) Tout ceci comme mentionné dans l'article 2,3 et 4 dans le but d'acquérir des connaissances de base spécifiques à la spécialité (phase 1 dite phase socle) puis, d'approfondir ses connaissances et compétences (phase 2 d'approfondissement) et enfin les consolider pour préparer son insertion professionnelle (phase 3 de consolidation). Tout cet apprentissage était évalué, conformément à l'article 59 de l'arrêté du 12 Avril 2017, par le portfolio et notamment par l'utilisation du RSCA. Nous pouvons en déduire que le RSCA constituait une preuve légale du travail des internes de médecine générale pour l'ARS. De plus, il deviendrait un argument pour le maintien des postes en ambulatoire. En effet, l'acquisition des connaissances et compétences spécifiques à la médecine générale se fait sur le terrain, or la médecine générale se pratique majoritairement en ambulatoire.

### **3. LA RÉALISATION DU RSCA**

#### **3.1. Le vécu du RSCA**

##### **3.1.1. Le RSCA : pas que du négatif !**

Les internes reconnaissent d'autres points positifs au RSCA que celui de valider le mémoire de D.E.S. Il permettait d'évaluer des compétences et même d'avoir un rôle thérapeutique dans certains cas. Exactement, il était un « travail d'écriture qui ouvre la voie à la réflexivité. Il s'agit de prendre du recul par rapport à nos pratiques professionnelles, de façon à expliciter la façon dont il s'y est pris pour modéliser et faire évoluer ses schémas opératoires de façon à pouvoir les transférer ou les transposer dans de nouvelles situations ». (22)

### **3.1.2. Faire un RSCA : « la plaie »**

Faire un RSCA, c'est selon Merieu, « apprendre, en le faisant, à faire ce que l'on ne sait pas faire ». Certes le fait d'être un écrit de remise à niveau et en question de ses connaissances, il n'en restait pas moins pour la majorité des internes un écrit chronophage et pénible vécu comme une punition en plus d'être une obligation. Ce vécu négatif est confirmé dans différentes thèses. Celle de C. Eté de Tours en 2016 (23) qui précise que « les internes des 3 groupes regrettaient le caractère scolaire du RSCA, le travail de rédaction était trop fastidieux » et celle de F. Houhoune de Bobigny en 2012 (7) qui rappelle que « les traces et RSCA sont inutiles, on devrait nous focaliser sur le travail de thèse ! » ; « Les traces sont inutilement prenantes, trop subjectives et surtout sont un moyen de flatter l'égo de certains tuteurs... ». L'intérêt pédagogique du RSCA s'effaçait donc devant ces contraintes.

### **3.1.3. Le « Je », une notion du RSCA qui déplaît ?**

Dans un monde parfait, il n'y aurait pas de différence entre la consultation du lundi matin 9h et celle du vendredi soir 19h. Mais voilà, nous n'avons pas tous les jours le même niveau de concentration, de patience ou de fatigue. Nous avons des ressentis personnels qui jouent sur nos actions. Il était donc important de comprendre les déterminants de nos comportements et les éléments perturbateurs afin de prendre conscience de nos schémas de réflexion. C'était alors l'écriture du RSCA qui le permettait. En effet, « l'écriture promeut l'activité réflexive en favorisant une perception plus « objective » des expériences vécues grâce à un processus de distanciation qui doit aider l'interne à distinguer les faits, et l'interprétation qu'il en a faite, et à appréhender la composante affective de l'apprentissage. » (2) I. Ettori-Ajasse, secrétaire générale de l'ISNAR-IMG en 2013, stipule qu'« en lisant la narration, une personne doit avoir l'impression de voir un film comme si elle était dans votre tête ». (20) « Faire le récit correspond au premier moment de la distanciation, le sujet passe du « je fais, j'agis » au « je raconte comment je m'y suis pris pour faire et agir ». (22) Le récit était alors utilisé comme un outil de formation du médecin réflexif. Malgré cela, beaucoup d'internes ne comprenaient pas cet engouement pour relater une situation à la première personne. Ils comparaient le RSCA à un roman chevaleresque, un journal intime, un travail mégalomane.

Cependant, cet outil ne pourrait-il pas, par cette composante affective, diminuer le nombre de syndromes d'épuisement professionnel ou Burn-out chez les médecins généralistes libéraux ? De par nature, les médecins font un métier épuisant émotionnellement. Ils sont portés par le désir d'aider les autres mais contraints de s'investir personnellement. Cela peut aboutir à la dépersonnalisation et à la perte de l'accomplissement personnel. Ces trois dimensions résument ce syndrome. (24) Pour se faire, mettre par écrit ses émotions face à une situation particulièrement difficile, pourrait peut-être limiter les épuisements professionnels de certains médecins qui seraient isolés, qui ne communiqueraient pas entre pairs et ne déverseraient pas leurs sentiments. En plus des fonctionnalités pédagogiques et

évaluatives, le RSCA présenterait une fonction thérapeutique et une utilité face au Burn-out chez les médecins.

### **3.2 La réalisation à proprement parler du RSCA**

#### **3.2.1. La structuration du RSCA est acquise par les internes**

Les internes savaient globalement écrire un RSCA. Ils suivaient la trame. Après avoir relaté le récit, ils appliquaient la notion de « complexe » en choisissant une situation clinique multi-champ. Le RSCA montrait alors la multiplicité des « apprentissages » de l'interne. Écrire un RSCA n'était donc pas rédiger un cas clinique ayant pour but de présenter une pathologie rare mais bien une situation « complexe » dont l'approche était centrée sur le patient. Il permettait alors d'aborder les multiples champs de la MG. Le choix d'une situation « authentique » à laquelle l'interne aura fait face était indispensable. Les recherches bibliographiques constituaient bien sûr la partie la plus intéressante pour les internes. La localisation des informations sur des sites validés était acquise au fur et à mesure de l'écriture des RSCA et de l'internat. Les stratégies de recherche étaient diverses et variées. L'essentiel restait d'apporter des réponses référencées et cohérentes (documents, recommandations, ressources humaines) par rapport à la situation. Parfois, un problème médical n'avait pas toujours une réponse.

#### **3.2.2. Le RSCA au fil des stages**

##### a) La faisabilité du RSCA

En théorie, deux demi-journées par semaine dites « d'autonomie d'apprentissage » étaient accordées dans le but de faire avancer ces travaux. En pratique, ce n'était pas respecté en stage hospitalier à cause de multiples gardes et des horaires conséquents. En stage ambulatoire, les deux demi-journées étaient largement respectées et certains MSU proposaient même leur aide.

##### b) Le choix du sujet

L'idéal voudrait que l'on choisisse une situation vécue en MG. Malheureusement, pour certains, la majeure partie de la formation se déroulait en services hospitaliers, ce qui rendait la réalisation des RSCA difficile. Certains sujets n'étaient pas transposables à la MG mais les situations rencontrées étaient le plus souvent « complexes » et couvraient les différents champs de la discipline, même si le contexte était hospitalier. Certains internes étoffaient ou inventaient une situation afin de répondre aux critères du RSCA. Le RSCA serait donc selon les internes un écrit à faire uniquement en stage ambulatoire. Le choix du sujet devait illustrer une ou plusieurs fonctions du métier de médecin généraliste. De plus, la faculté spécifiait que les RSCA devaient couvrir le champ des 11 familles de

situations du DES. Mais avait-t-on déjà présenté ces 11 familles aux internes ? Clairement la réponse était « non » selon eux. Ces familles correspondaient aux problèmes de santé à forte prévalence en soins primaires. Il s'agissait de situations auxquelles l'interne devra être confronté durant son D.E.S. afin de lui permettre d'acquérir les savoir-agir pour remplir les missions que la société attend de lui.

Les 11 familles de situation sont les suivantes (25) :

- 1- Situations autour de patients souffrant de pathologies chroniques, poly-morbidité à forte prévalence
- 2- Situations liées à des problèmes aigus, programmés ou non, fréquents ou exemplaires
- 3- Situations liées à des problèmes aigus dans le cadre des urgences réelles ou ressenties
- 4- Situations autour de problèmes de santé concernant les spécificités du nourrisson, de l'enfant et de l'adolescent
- 5- Situations autour de la sexualité, de la génitalité et de la reproduction
- 6- Situations autour de problèmes liés à l'histoire personnelle, familiale et à la vie de couple
- 7- Situations de problèmes de santé et/ou de souffrance liés au travail
- 8- Situations dont les aspects légaux, règlementaires, déontologiques et juridiques sont au premier plan
- 9- Situations avec des patients perçus comme difficile, exigeants
- 10- Situations où les problèmes sociaux ou situation de précarité sont au premier plan
- 11- Situations avec des patients d'une autre culture

Il était cependant peu probable que l'interne puisse être confronté à l'ensemble des onze familles au cours de son cursus. Par un processus d'explicitation (analyse réflexive), l'interne devait aboutir à une conceptualisation (ou décontextualisation) qui devrait pouvoir rendre la compétence adaptable et transférable à d'autres situations.

### c) Le RSCA non adapté en 1<sup>ère</sup> année

N'oublions pas que les internes jusqu'à l'ECN n'avaient été presque exclusivement formés et sensibilisés qu'au champ biomédical. Il était donc compliqué pour eux de prendre le recul suffisant pour écrire dès le premier semestre, un « bon » RSCA répondant à l'ensemble des critères. Tous les internes étaient donc d'accord pour supprimer les RSCA en TCEM 1 du fait d'une incompréhension majeure et d'un manque d'expérience. Cependant, il en ressortait que pour les autres années, il existait une vision globalement positive quant à la progression. Il restait à savoir si c'était du fait de la situation authentique vécue ou de l'écriture du RSCA.

## **4. PARTAGE ET COMMUNICATION AUTOUR DU RSCA**

### **4.1. Le RSCA : un monologue non partagé**

Les internes percevaient le RSCA comme un travail solitaire, non partagé : « de la paperasse » qu'ils ne réutiliseraient pas dans la pratique future. Ils se sentaient frustrés et déçus. Ils trouvaient inacceptable de voir qu'un travail de plusieurs heures n'était là que pour être publié dans un portfolio sans parfois ni être lu ni corrigé. Pour eux, c'était un travail qui allait « tomber dans les oubliettes » et pour lequel l'effort fourni n'était pas équivalent au bénéfice escompté. Ils trouvaient inutile de ne pas partager ses connaissances ou d'en discuter. C'était pourquoi ils proposaient diverses solutions afin d'interagir entre pairs sur une situation qui leur avait posé problème et d'en tirer des conclusions.

### **4.2. Qui sont les aidants ?**

#### **4.2.1. Le DUMG de Toulouse : obscur et autoritaire**

En principe c'était lors de la validation du D.E.S. de MG que les enseignants du DUMG devaient évaluer la progression des pratiques de l'interne, c'est-à-dire sa capacité à mobiliser les ressources externes (recherches) et ses ressources internes (apprentissage anciens, capacité naturelle à communiquer, RSCA précédents). Le but était de certifier que l'interne possédait les compétences utiles et nécessaires à l'exercice de sa pratique future. Cependant pour y parvenir, les internes ne se sentaient ni aidés, ni entourés. Le DUMG leur paraissait « obscur » et « abstrait ».

La plupart des internes ne se sentaient pas écoutés face à leurs difficultés. Ils regrettaient que le DUMG ne se mette pas à leur portée. Il apparaissait comme le grand patron « autoritaire » qui imposait ses règles sans les expliquer, ni s'assurait qu'elles soient bien comprises ou assimilées, dans une vision paternaliste. Ceci était donc contraire à une communauté unie, heureuse et réglementée selon les liens et la volonté des organisations.

#### **4.2.2. Tout est « tuteur-dépendant »**

Au DUMG de Toulouse, la validation du RSCA posté sur le portfolio, passait par le tuteur nommé en chaque début de nouveau stage. Force est de constater que la validation des RSCA était hétérogène, parfois trop laxiste, sans lecture ni retour. Normalement la validation était bien codifiée à l'aide de documents pédagogiques et d'une grille de correction exposés en *annexe 19*. Malheureusement, elle restait méconnue de la plupart des internes et tuteurs car non présentée officiellement par le DUMG. De plus, il y avait un manque d'interaction entre internes et tuteurs, comme l'indique la thèse de B. Chalons. (17) L'interne avait donc du mal à tirer un enseignement et à essayer d'évoluer ou de faire évoluer ses compétences. Le problème majeur soulevé par les internes était l'hétérogénéité de la formation, des explications et de l'implication de certains tuteurs, ce qui ne rendait pas la formation

ni la validation égale entre tous les internes et tous les semestres. En théorie, en plus de son rôle d'évaluer le RSCA, le tuteur était là pour accompagner l'interne et l'aider ou le superviser dans la rédaction de son RSCA. Il pouvait donc juger, sur la durée du D.E.S., de l'évolution des acquisitions de compétences par l'intermédiaire du portfolio. (16)

#### **4.2.3. Le rôle du MSU reste un mystère quant au RSCA**

Les internes envisageaient le maître de stage comme une personne ayant un rôle dans l'enseignement de la pratique clinique. Rares étaient ceux qui le sollicitaient pour une aide concernant les traces écrites. En effet, ce rôle-là incombait au tuteur selon eux ; d'ailleurs les internes appréciaient que le MSU ne soit pas le tuteur. Cependant, en discutant avec quelques MSU du DUMG de Toulouse, certains se demandaient où s'arrêtait leur rôle : devaient-ils juste enseigner la pratique clinique ou devaient-ils se montrer plus intrusifs dans les travaux d'écriture clinique ? Il n'existait pas d'uniformisation du rôle du MSU. Bien que certains MSU chaperonnaient leurs internes tant sur la pratique que sur les écrits, ce que certains internes appréciaient, d'autres n'étaient pas trop demandeurs. Les MSU ne discutaient que rarement entre eux à ce sujet-là. D'après la littérature, les MSU ont un rôle de « soutien » et de « facilitation » déterminant dans l'appropriation de ce travail. (26)

#### **4.2.4. Les internes : mise en place d'un système de compagnonnage**

Les internes avaient du mal à demander de l'aide aux médecins (tuteurs, MSU, membres du DUMG) quant à leurs traces écrites mais avaient plus de facilité à parler entre eux. Ceci aboutissait parfois à un système de compagnonnage des aînés envers les premières années afin de leur expliquer le principe du RSCA. Mais ce système de compagnonnage était aussi là, pour leur donner des conseils sur les différentes étapes de réalisation d'un RSCA et pour leur témoigner leur expérience quant à ce récit.

### **4.3. Vision des internes après certaines modifications pédagogiques**

La réunion de Décembre 2015 a été demandée par le DUMG en raison d'un trop grand nombre de RSCA non faits par les internes. Ils avaient tenté d'en comprendre les raisons, de réexpliquer le concept du RSCA et de motiver les internes en rappelant qu'il s'agissait d'un écrit validant le D.E.S. de MG. La moitié des internes avaient eu un électrochoc positif, l'autre moitié considérait cette réunion comme une perte de temps. A la suite de cela, le DUMG avait mis en place une réforme diminuant le nombre de RSCA en TCEM 1. Ils avaient également pris plus de temps pour l'explication de ces travaux d'écriture avec des cours dédiés. Les internes interrogés après cette réforme avaient mieux compris le RSCA même si des doutes persistaient quant à la pratique. Cette

dernière réforme avait globalement été appréciée par les internes. Cependant en discutant avec eux, cela ne constituait pas en soi une solution : « si les RSCA ne sont pas faits en première année alors cela ne fait que décaler le problème à plus tard ! ». Le problème du retard n'était donc pas résolu.

## **5. LES PROPOSITIONS D'AMÉLIORATIONS**

### **5.1. Discussion sur les propositions des internes interrogés dans notre thèse**

Pour rappel les propositions d'améliorations apportées par notre étude sont résumées en *annexe 15*. Certaines ont toutefois amené des questionnements.

Dans un premier temps, concernant la validation des RSCA, il avait été proposé une répartition aléatoire des RSCA sur les différents semestres. Cependant, cela constituait un problème de validation pour le tuteur : certains n'en valideraient aucun, alors que d'autres en valideraient beaucoup.

Sur le plan des outils pédagogiques, la banque de données était une idée qui divisait les internes. Certains regrettaient que leurs heures de travail ne soient pas utiles à leurs camarades. Ils étaient frustrés que leur travail ne soit pas reconnu, valorisé et partagé. D'un autre côté, le reste des internes avaient peur que cette solution ne soit que source de recopiage plutôt que de connaissance et compétence d'une situation clinique vécue.

Enfin, noter les idées de sujet de RSCA pendant le stage paraissait logique mais là encore, il devenait compliqué de se concentrer à la fois sur le stage (patient, complication, gestion du temps de consultation, stress, ...) et sur les travaux d'écriture clinique.

### **5.2. D'autres propositions d'améliorations**

En tant que chercheuses, que pouvons-nous proposer en lien avec les données de la littérature ?

On pourrait proposer des thèmes clairs et prédéfinis de RSCA selon les familles de situations et en fonction des années d'internat. Ceci permettrait d'éviter les difficultés quant au choix des thèmes des sujets de RSCA et d'aborder un maximum de familles de situations pour accroître nos compétences. La réalisation de RSCA croisés pourrait constituer une deuxième proposition d'amélioration. Il s'agit d'un RSCA fait par l'interne et fait par le MSU sur une situation clinique avec une autocritique par rétroaction pédagogique directe. Cela permettrait de développer les sous-compétences du Professionnalisme (sixième compétence de la « marguerite des compétences ») étudié dans la thèse de F. Chenevat à Strasbourg en 2015 et qui a conclu à un apport bilatéral entre interne et MSU ainsi qu'à un rôle dans la communication interprofessionnelle. (27)

Troisième solution, on pourrait passer à la pratique de RSCA présentés à l'oral et évalués par un groupe d'internes type les Groupes d'Échanges sur des Situations Complexes et Authentiques (GESCA), présentés dans la revue du praticien (28) et déjà réalisé à Nantes.

Enfin, la solution primordiale resterait de toujours motiver les internes et de leur expliquer les objectifs et les intérêts de ces travaux d'écriture clinique. Ceci à l'heure actuelle, n'était pas correctement fait, vu la perception du RSCA par les internes. Il s'agissait du point le plus important sur lequel il faudrait investir dans l'avenir et pour l'avenir.

## CONCLUSION

---

Le RSCA est un outil pédagogique national issu du concept d'Apprentissage Par Compétences, mis en place à Toulouse en 2010. Il s'agit d'une méthode d'autoformation performante afin de construire, de développer et d'évaluer certaines compétences professionnelles acquises par l'interne au cours de son troisième cycle d'études médicales. En effet, il privilégie l'apprentissage vers la pratique réflexive et l'autonomie cognitive et professionnelle grâce au retour sur l'action médicale vis-à-vis d'une situation clinique complexe authentique. Il favorise aussi les interactions avec les enseignants qui le guident vers la construction de ses compétences professionnelles. Sur le papier tout paraît simple, seulement en pratique les internes se sentent perdus et présentent des difficultés à la production de ces traces écrites. C'est pourquoi nous avons choisi d'en faire le sujet de notre thèse.

Notre étude avait pour but de faire ressortir les perceptions des internes de médecine générale de Midi-Pyrénées par rapport aux RSCA, de comprendre leurs difficultés de production en utilisant la méthode qualitative, la plus appropriée pour étudier le ressenti. La perception restait majoritairement celle d'une trace écrite incomprise, non appréciée et sans intérêt à l'instant T comme pour la pratique future. La rédaction était chronophage en plus d'être considérée comme mégalomane. Les internes se sentaient frustrés de passer tant d'heures de travail pour un bénéfice escompté médiocre, une validation inégale et tuteur-dépendante et, un non-partage de leur travail. De plus, régnait un sentiment d'injustice car le RSCA, production écrite nationale, n'était pas d'application homogène entre tous les Départements de Médecine Générale. Ils en venaient même à se questionner sur la réelle finalité de cet écrit : pédagogique uniquement ou administrative et/ou politique ? Le ressenti négatif prédominait. Par ailleurs, la production était compliquée en stage hospitalier, en première année mais aussi en dernière année d'internat où le RSCA était relégué au second plan. Une des raisons de leurs retards pouvait s'expliquer par des manques au niveau de la formation : premières explications sur le RSCA pas assez claires, attentes incomprises. Les internes ne se sentaient ni écoutés ni entourés. Les aidants (tuteur, MSU, DUMG, internes) à la réalisation des RSCA étaient très hétérogènes dans leur aide, implication et formation. Malgré tout cela, les internes y voyaient une progression de leurs connaissances mais restait à savoir si c'était du fait de la situation authentique vécue ou de l'écriture du RSCA.

Des améliorations pourraient passer par un remaniement du RSCA, un éclaircissement des attentes avec une explication de l'intérêt du RSCA, une formation homogène de l'ensemble des aidants et des outils pédagogiques clairs et/ou différents.

Pour poursuivre ce travail de recherche, il serait intéressant de réaliser une étude qualitative sur la perception des RSCA du point de vue cette fois des tuteurs et des MSU en Midi-Pyrénées. Elle pourrait alors être comparée avec notre thèse afin d'analyser le ressenti des différents protagonistes interférant avec le RSCA concernant le Département de Médecine Générale de Toulouse. Et pourquoi pas dans un second temps, mener ces études dans tous les Départements de Médecine Générale afin d'aboutir à un consensus national sur le RSCA, toujours dans le but d'améliorer cet outil pédagogique de formation.

Pour conclure, la pédagogie sur la formation des internes spécialistes en Médecine Générale a beaucoup évolué depuis 2004. Elle est à l'heure actuelle en plein bouleversement avec l'application du décret d'Avril 2017 pour l'année universitaire 2017-2018. Cependant l'objectif premier de cette pédagogie reste toujours inchangé : accroître les connaissances et compétences de l'interne nécessaires à l'exercice des soins premiers, afin de le faire accéder au statut de médecin réflexif, expert en Médecine Générale.

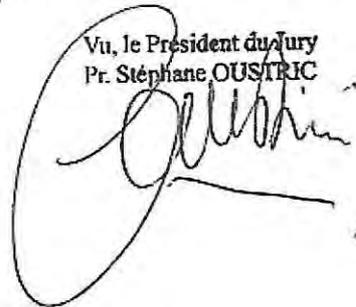
Toulouse, le 4/07/17

Vu permis d'imprimer  
Le Doyen de la Faculté  
de Médecine Purpan  
D. CARRIE



Toulouse le 4/7/17

Vu, le Président du Jury  
Pr. Stéphane OUSTRIC



## BIBLIOGRAPHIE (arrêtée à la date du 31/05/2017)

---

1. Jacqueline Urion, Rémy Senand, Pierre Le Mauff, Nicolas Farthouat, Lionel Goronflot. Récit de Situation Complexe et Authentique le modèle Nantais. Rev Prat Médecine Générale. 24 mai 2004;Tome 18(n° 654/655).
2. Bail P, Le Mauff P. Comment réussir une évaluation formative des compétences des internes en étant centré sur leurs processus cognitifs d'apprentissage? Exercer. 2008;83:104–10.
3. Goronflot L, Le Mauff P, Lacaille J, Senand R. Intérêts du récit de situation complexe authentique (RSCA) dans l'évaluation des compétences des internes. Lien disponible sur <http://s0d54f2348fd6511f.jimcontent.com/download/version/1318779494/module/5509819212/name/Interet%20du%20RSCA%20en%20pedagogie.pdf>
4. Eric Galam. Produire des traces d'apprentissage: le RSCA. Rev Prat Med Gen. 2008;22(794):92.
5. Décret n°2004-67 du 16 janvier 2004 relatif à l'organisation du troisième cycle des études médicales. 2004-67 janv 16, 2004.
6. Cazard S, Renard V. Etat des lieux de la Médecine générale universitaire au premier janvier 2011. [Thèse d'exercice] Faculté de médecine Paris Est Créteil; Février 2014.
7. Farida Houhoune. Etude des difficultés rencontrées par les internes de médecine générale à la faculté Paris XIII, pour clôturer leur cursus universitaire : enquête auprès des étudiants en fin de troisième cycle et leur tuteur. [Th Médecine Générale]. Paris 13, Bobigny; 2012.
8. Jean-Claude Kaufmann. L'entretien Compréhensif. Armand Colin. 2016;Chap.1:par3.7.
9. Aubin-Auger I, Mercier A, Baumann L, Lehr-Drylewicz A-M, Imbert P, Letrilliart L, et al. Introduction à la recherche qualitative. Exercer. 2008;84(19):142–5.
10. Société Savante de l'Unaformec. Qu'est-ce que la recherche qualitative à l'ère des essais randomisés. Centre de Documentation et de Recherche en Médecine Générale. Société Savante de l'Unaformec. 20 févr 2013.
11. Barney G. Glaser, Anselm L. The discovery Og Grounded Theory ; Strategies for Qualitative Research. Chicago: Aldine de Gruyter; 1967.
12. Paillé P. L'analyse par théorisation ancrée. Cah Rech Sociol. 1994;(23):147–181.
13. Drapeau M. Les critères de scientificité en recherche qualitative. Prat Psychol. mars 2004;10(1):79-86.
14. Jean Jouquan, Philippe BAIL. A quoi s'engage-t-on en basculant du paradigme d'enseignement vers le paradigme d'apprentissage ? Rev Int Francoph D'Éducation Médicale. 2003.
15. Attali C, Bail P, Magnier A, Beis JN, Ghasarossian C, Gomes J, et al. Compétences pour le DES de médecine générale. Rev Exerc. 2006;20(730/731):525.

16. DMG Faculté de Médecine Nantes. Récit de situation complexe authentique. Lien disponible sur : <http://udsmed.u-strasbg.fr/dmg/wp-content/uploads/2012/09/rcit-de-situation-complexe-et-authentique.pdf>
17. Chalons B. Quels sont les difficultés et les bénéfices du RSCA perçus par les internes inscrits en DES de Médecine Générale à la faculté de Tours au cours du second semestre de l'année universitaire 2008-2009. [Th Médecine Générale]. Orléans-Tours; 2011.
18. Ilana Doukhan. Impact des cours universitaires et des traces d'apprentissage sur la compétence médicale des internes en médecine générale. [Th Médecine Générale] Université Paris Diderot, Paris; 2014.
19. Le ministre de l'éducation nationale, de l'enseignement supérieur et de la recherche, la ministre des affaires sociales et de la santé, le ministre de la défense, et le secrétaire d'Etat chargé de l'enseignement supérieur et de la recherche. Arrêté du 12 avril 2017 portant sur l'organisation du troisième cycle des études de médecine. Sect. Décrets, arrêtés, circulaires avr 14, 2017 p. texte 13 sur 182.
20. Isabelle Ettori-Ajasse. Récit de Situation Complexe Authentique. L'antidote, Le journal des internes en médecine générale. 2013;9.
21. La ministre de l'éducation nationale, la ministre des affaires sociales et de la santé, le ministre, et le secrétaire. Arrêté du 21 avril 2017 relatif aux connaissances, aux compétences et aux maquettes de formation des diplômés d'études spécialisées et fixant la liste de ces diplômés et des options et formations spécialisées transversales du troisième cycle des études de médecine. Sect. Décrets, arrêtés, circulaires avr 28, 2017 p. texte 29 sur 193.
22. Le Boterf G. Construire les compétences individuelles et collectives: agir et réussir avec compétence, les réponses à 100 questions. Paris: Eyrolles; 2015.
23. Ete Cladie. Récit de Situation Complexe Authentique (RSCA):ressenti des internes inscrits en Diplôme d'Etudes Spécialisées de médecine générale à la faculté de Tours au cours de l'année universitaire 2014-2015. [Th Médecine Générale]. Tours:Académie d'Orléans-Tours, Université François-Rabelais; 2016.
24. E. Galam. Burn-out des médecins : oser en parler. Avril 2017;Tome 31(n°979):270-1.
25. Anne-Marie Magnier, Jean Noel Beis, Christian Ghasarossian, Philippe Bail, José Gomes, Patrick Chevallier, Xavier Lainé, Claude Attali. La certification des médecins : une exigence sociale? sept 2005;(74-76).
26. Girardot L, Corpel O. Pédagogie : le RSCA. Le mag du CGECA. 1 sept 2015;(1):3-5.
27. Chenevat F. Le récit de situation complexe et authentique (RSCA) croisé: une expérience, deux récits, un gain dans l'acquisition de la compétence « professionnalisme » ? [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Strasbourg (2009-....). Faculté de médecine; 2015.
28. Pierre LeMauff, Rémy Senand, Jacqueline Urion. GESCA Groupes d'échanges sur des situations complexes et authentiques. Rev Prat Médecine Générale. Juin 2005;Tome 19(698-699).

# ANNEXES

## 1. Tableau sur le déroulement actuel du DES de Médecine Générale à Toulouse

Durée	3 ans
Maquette « fléchée »	<ul style="list-style-type: none"><li>• 4 semestres obligatoires :<ul style="list-style-type: none"><li>- stage adulte (gériatrie, médecine polyvalente, médecine interne),</li><li>- urgences,</li><li>- stage couplé de gynécologie/pédiatrie,</li><li>- stage chez le praticien de niveau 1.</li></ul></li><li>• 2 semestres libres dont un pour le projet professionnel de l'interne :<ul style="list-style-type: none"><li>- soit en médecine ambulatoire sous la forme d'un SASPAS,</li><li>- soit dans la cadre d'un autre projet personnel sous réserve de validation par le coordonnateur du D.E.S de MG.</li></ul></li><li>• Un de ces stages doit obligatoirement être réalisé au CHU Toulouse-Purpan ou Rangueil.</li></ul>
Répartition des internes par année de D.E.S.	<ul style="list-style-type: none"><li>• TCEM 1 : stage adulte et urgences.</li><li>• TCEM 2 : stage chez le praticien de niveau 1 et stage de gynécologie/pédiatrie.</li><li>• TCEM 3 : stages libres.</li></ul>
Enseignement théorique	<ul style="list-style-type: none"><li>• Par semestre<ul style="list-style-type: none"><li>- 1 RSCA en TCEM1 et 2 en TCEM2 et TCEM3</li><li>- 10 SCRE pouvant porter sur trois thèmes : démarche diagnostique, démarche thérapeutique ou point d'actualité médicale</li><li>- 3 GEP de deux heures</li><li>- 3 RT pour faire le point avec son tuteur</li></ul></li><li>• En plus de cela, il existe 12 modules de cours, un enseignement intégré pour les stages de praticien de niveau 1 et de gynécologie/pédiatrie et des séminaires et congrès obligatoires.</li></ul>

## 2. Historique de la filière universitaire de médecine générale après 2002

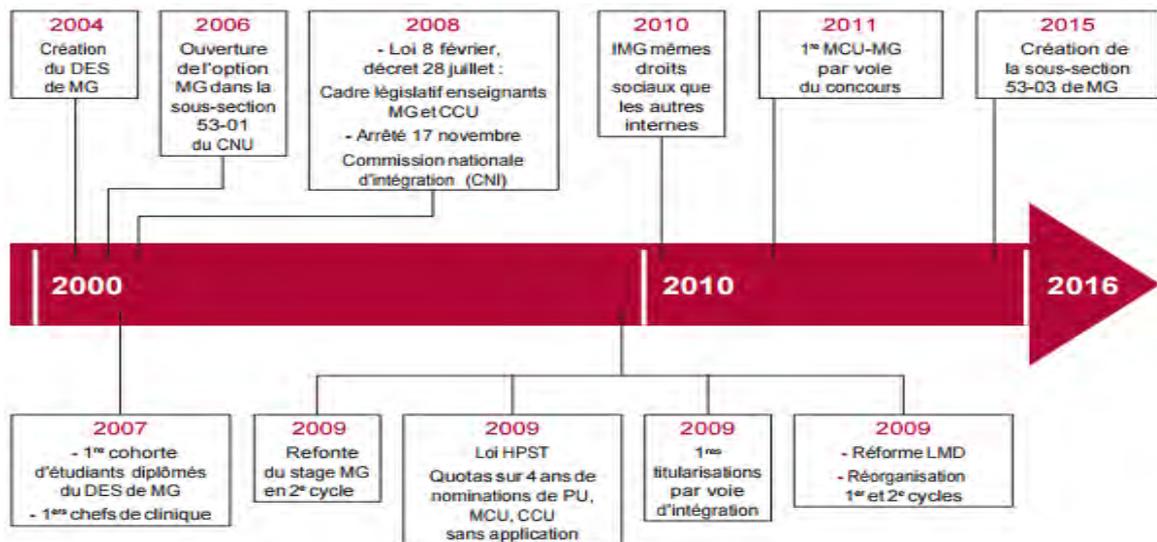


Figure 2. Historique de la filière universitaire de médecine générale après 2002

### 3. Choix de la méthode qualitative

#### a. Différence entre recherche quantitative et qualitative

Recherche quantitative	Recherche qualitative
Questions plutôt biomédicales	Plutôt adaptée à l'étude de phénomènes sociaux
Mesure, quantifie des variables	Explore l'existence et la signification de ces phénomènes
Relations causales entre des variables mesurables	Compréhension du contexte Étude des sujets dans leur environnement
Teste des hypothèses	Crée des hypothèses
Déductive	Inductive

Encadré 1. Différences entre recherche quantitative et qualitative d'après Paul Van Royen et al.

#### b. Démarche qualitative

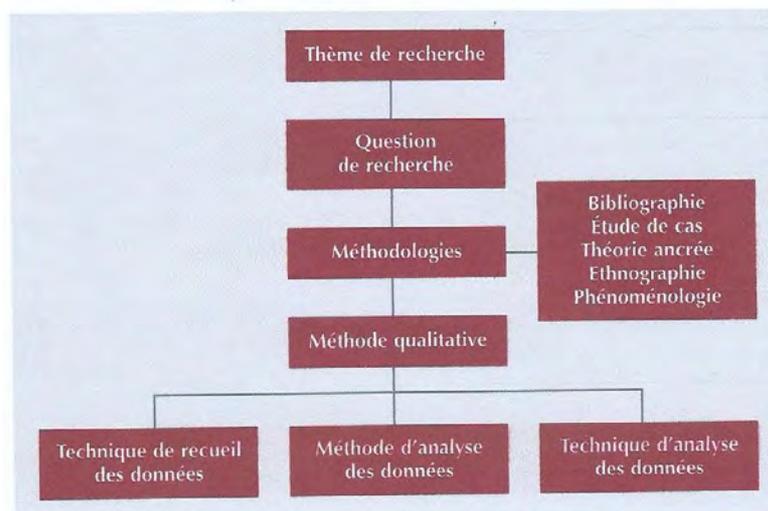


Figure 1. Démarche qualitative d'après Paul Van Royen et al.<sup>2</sup>

#### 4. Exemple d'e-mail de recrutement

« Ami(e)s internes,

Internes en 5ème semestre de MG à Toulouse, nous effectuons une thèse qualitative sur le thème des RSCA que vous connaissez bien !

Nous vous invitons donc à rester à la suite de votre séance de GEP à Rodez en date du 10 Mars 2017 à 16h pour en discuter afin que nous puissions collecter l'ensemble de vos réactions sur le sujet. Cela ne durera pas plus de 30 minutes !

Vous pourrez vous exprimer librement et sans contrainte. Avec votre autorisation, les discussions seront enregistrées vocalement. Les informations recueillies seront traitées de façon anonyme et confidentielle et uniquement dans un but professionnel. Des boissons et de la nourriture seront présentes !

Merci de nous confirmer votre présence par retour de mail.

En espérant votre collaboration, bonne journée.

Alexiane PEREZ et Elodie SINCA, IMG 5e semestre

Contact : [thesardes31@gmail.com](mailto:thesardes31@gmail.com) ».

## 5. Fiche de consentement au recueil des données

« Ami(e)s internes,

Vous êtes invité(e) à participer à une étude qualitative sur le thème des RSCA dans le cadre de notre thèse. La méthode choisie pour répondre à notre objectif est celle d'un entretien collectif car elle nous semble la plus adéquate pour récupérer un maximum de données et d'opinions sur le sujet.

Les discussions seront enregistrées sur dictaphone de façon à permettre l'analyse ultérieure des informations récoltées. L'anonymisation sera réalisée lors de la retranscription des données dans la partie " Résultat " de notre thèse. Les enregistrements seront à la fin de la thèse détruits définitivement.

Il est entendu que votre participation à ce projet de recherche est tout à fait volontaire.

J'accepte librement de participer à cette étude :

Oui

Non

J'accepte librement d'être enregistré(e) sur dictaphone :

Oui

Non

### CONSENTEMENT LIBRE ET ECLAIRE :

Je soussigné(e), Mr ou Mme ..... 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 :

### Résultats du Focus Group :

Nous vous ferons parvenir par mail, si vous le souhaitez, le résultat de l'analyse des données à la fin de notre étude afin que vous puissiez vérifier que vous y retrouviez bien votre opinion. Nous serons attentifs à votre retour sur analyse.

Je souhaite recevoir par mail le résultat de l'analyse :

Oui

Non

Si oui, inscrire votre e-mail : .....

MERCI de l'intérêt que vous portez à ce projet ! ».

## 6. Questionnaire de recueil des caractéristiques des participants

### Recueil des caractéristiques des participants au Focus Group

DATE du Focus Group :.....

LIEU (département) du Focus Group :.....

- CARACTERISTIQUES :

NOM - PRENOM :.....

Vous êtes :  Une femme  Un homme

Votre âge :.....

Votre faculté d'origine (lieu d'externat) :.....

- INTERNAT : Votre semestre d'internat en cours :

T1 :  1er semestre  2e semestre

T2 :  3e semestre  4e semestre

T3 :  5e semestre  6e semestre

Votre stage actuel :.....

- RSCA :

Etes-vous à jour dans vos RSCA ? Oui Non

Quel est le nombre de RSCA publiés sur votre portfolio ?

0 à 2

3 à 8

9 à 12

NB : T1 à jour = entre 0 et 2 RSCA (réforme T1), T2 à jour = entre 3 et 8 RSCA, T3 à jour = entre 9 et 12 RSCA.

- GPP

Avez- vous participé à toutes les réunions GPP (Groupe Pédagogique de Proximité) à chaque début de semestre ?

Oui  Non

MERCI pour vos réponses et votre participation à notre étude !

## 7. Les différentes versions des guides d'entretien

### 7.1. Version initiale

#### **1<sup>er</sup> GUIDE D'ENTRETIEN**

##### **DÉFINITION DU GUIDE :**

*Il s'agit d'une liste des thèmes que le chercheur souhaite voir aborder sans ordre prédéfini. Afin d'élaborer un guide d'entretien, nous avons dû émettre des hypothèses de résultats.*

##### **HYPOTHÈSES DE DÉPART :**

- tuteurs différemment formés et informés avec hétérogénéité pour validation
- incompréhension de l'intérêt des RSCA
- MSU non aidants
- confusion avec autres traces écrites
- ignorance TCEM1 avec beaucoup d'informations en même temps
- GPP (où sont données les informations sur le RSCA) : mal organisé et hétérogène sur la région
- exercice trop long
- difficulté d'exécution
- trop de traces écrites demandées
- pas assez de temps libre (loi non respectée à l'hôpital)
- manque de connexion internet dans internat

##### **INTRODUCTION/CONSIGNE DE PRÉSENTATION :**

*Présentation de l'étude, du modérateur, de l'observateur et des participants. On expose clairement les « règles du jeu » en assurant les participants de l'anonymisation des propos recueillis. On recueille leur consentement concernant la participation à l'entretien et l'enregistrement audio des données. On valorise l'importance des témoignages personnels qui seront accueillis sans jugement.*

« Bonjour,

Tout d'abord, merci de participer à notre entretien collectif. Nous vous avons invité aujourd'hui dans le cadre d'une réflexion sur les RSCA.

Nous sommes Elodie SINCA et Alexiane PEREZ, internes en 4<sup>ème</sup> semestre de médecine générale en Midi-Pyrénées et voici M/Mme ... qui sera l'animateur de cet entretien collectif. Il (ou elle) vous posera des questions et vous donnera la parole. Quant à nous, nous serons observatrices et nous n'interviendrons pas.

Nous réalisons une étude qualitative pour essayer comprendre les freins à la production des RSCA, tant sur l'élaboration que sur la rédaction du RSCA.

Nous tenons à vous rappeler l'importance de chacune de vos interventions pour que l'on puisse recueillir le plus d'idées possibles sur le sujet. L'entretien sera enregistré vocalement mais ceci restera parfaitement confidentiel et complètement anonyme. C'est pourquoi, nous vous avons remis des lettres à chacun. Sachez qu'après la soutenance de notre thèse, tous ces enregistrements seront en intégralité détruits.

Avant de commencer, nous allons vous remettre :

- une feuille de consentement à signer et,
- un bref questionnaire afin de vous connaître un peu plus.

Avez-vous des questions ? ».

##### **ENTRETIEN :**

*Une trame de questions ouvertes (il ne faut pas pouvoir y répondre par oui ou par non), cohérentes, neutres (la question ne doit pas orienter la réponse), simples et faciles à comprendre. Chaque question ne comporte qu'une seule idée et n'est pas connotée positivement ou négativement afin de*

ne pas orienter la discussion. Eviter d'utiliser le mot « Pourquoi » qui encourage des réponses généralisées et rationalisées.

→ QUESTION INITIALE :

Elle est globalisante, accessible à tous afin de stimuler la prise de parole de chacun. Elle fait l'objet d'un tour de table pour permettre à tous les participants de répondre et donc de créer un climat de confiance et d'égalité entre eux.

<p>1) <u>Le savoir sur les RSCA</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>* Si on vous dit « RSCA », à quoi pensez-vous ?</li> <li>* Pour vous, quelle est votre propre définition du RSCA ?</li> <li>* Quel est, selon vous, l'intérêt du RSCA ?</li> <li>* A quel moment de votre cursus avez-vous entendu parler de RSCA ?</li> </ul>	<p><u>Réponses attendues</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-incompréhension de la définition et de l'intérêt du RSCA</li> <li>-confusion avec autres traces écrites</li> <li>-hétérogénéité dans la formation des internes</li> <li>-trop d'informations délivrées en même temps au début de l'internat</li> </ul> <p>=&gt; <i>Objectif : Quelle est la définition propre aux internes des RSCA</i></p>
---	--

TRANSITION : « Nous venons de parler de la définition du RSCA, entrons maintenant un peu dans le concret. J'aimerais recueillir vos opinions sur les aspects pratiques de production d'un RSCA. »

→ QUESTIONS CENTRALES « LE COMMENT D'UN RSCA » :

Questions claires, ouvertes courtes et simples. Elles ne comportent qu'une seule idée et ne sont pas connotées pour ne pas orienter la discussion.

<p>2) <u>Aspects pratiques du RSCA</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>* Où écrivez-vous votre RSCA ?</li> <li>* Comment choisissez-vous le sujet de votre RSCA ?</li> <li>* Combien de temps y consacrez-vous ?</li> <li>* Comment évaluez-vous la charge de travail demandée pour un RSCA ?</li> <li>* Comment intégrez-vous le RSCA dans votre pratique d'interne en stage ?</li> <li>* A partir de quel semestre vous êtes-vous mis à travailler sur vos RSCA ?</li> <li>* Selon vous, quelle est la place du RSCA dans la validation du DES ?</li> <li>* Pouvez-vous expliquer l'importance que vous accordez au RSCA ?</li> <li>* Sentez-vous qu'au fur et à mesure de l'écriture des RSCA vous progressez ?</li> <li>* Pensez-vous que ces traces écrites vont vous aider dans votre pratique future ?</li> </ul>	<p><u>Réponses attendues</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-internat/domicile</li> <li>-manque de connexion internet</li> <li>-charge de travail importante</li> <li>-trop de travail demandé</li> <li>-manque d'utilité de ces traces écrites</li> </ul> <p>=&gt; <i>Objectif : Vision sur les RSCA, l'état des lieux des pratiques.</i></p>
---	--

TRANSITION : Faire un résumé de ce qui a été dit. « Voyez-vous d'autres idées à rajouter sur ce sujet ? Alors, nous avons vu les aspects pratiques concernant le RSCA et sa place dans le DES de MG. Il reste encore quelques items à aborder notamment sur la méthode d'élaboration et de rédaction d'un RSCA ? Nous aimerions avoir votre avis. »

<p>3) <u>Méthode, élaboration, rédaction</u></p> <p>a) <i>Méthode et Elaboration</i></p> <p>*Pensez-vous avoir compris comment élaborer un RSCA ?</p> <p>*Par quel moyen avez-vous été informés de la méthodologie du RSCA ? Les buts de ces traces écrites vous ont-t-ils été précisés ?</p> <p>*Quelle méthode d'enseignement du RSCA vous semble la plus efficace ?</p> <p>*Avez-vous demandé/cherché des compléments d'information ou de l'aide à quelqu'un ?</p> <p>b) <i>Rédaction</i></p> <p>*Pensez-vous avoir compris comment rédiger votre RSCA ?</p> <p>*Comment avez-vous fait pour rédiger votre RSCA ? Avez-vous utilisé des exemples ou demandé de l'aide ?</p> <p>*Quelles parties constituent votre RSCA ?</p> <p>*Selon vous, le RSCA doit comporter combien de pages ?</p>	<p><u>Réponses attendues</u></p> <p>-GPP mal organisé et hétérogénéité selon les régions.</p> <p>-Difficulté d'exécution des RSCA.</p> <p>-Charge de travail importante</p> <p>-Difficulté exécution</p> <p>-Exercice trop long</p> <p>-Pas assez de temps libre</p> <p>=&gt; <i>Objectif : Vision sur la méthodologie d'un RSCA.</i></p>
---	---

TRANSITION : Faire un résumé de ce qui a été dit. « Voyez-vous d'autres idées à rajouter sur ce sujet ? Nous aimerions savoir si, d'une manière générale, vous rencontrez des difficultés pour produire des RSCA ? Et quelles sont-elles ? »

<p>4) <u>Les difficultés</u></p> <p>*Quelle est, selon vous, le niveau de difficulté des RSCA ?</p> <p>*Quels sont les obstacles que vous avez rencontrés à produire un RSCA : Sur le plan pratique ? méthodologique ? mais également personnel ?</p> <p>* Comment arrivez-vous à les surmonter ?</p> <p>- Selon vous pour quelles raisons des internes falsifient des RSCA ?</p>	<p><u>Réponses attendues</u></p> <p>-Ignorance TCEM1 avec beaucoup d'informations en même temps.</p> <p>-Pas assez de temps libre.</p> <p>-Difficultés d'exécution.</p> <p>=&gt; <i>Objectif : Recensement des obstacles à la production des RSCA.</i></p>
---	--

TRANSITION : Faire un résumé de ce qui a été dit. « Voyez-vous d'autres idées à rajouter sur ce sujet ? Nous allons maintenant recueillir vos suggestions pour améliorer l'élaboration de vos traces écrites. »

<p>5) <u>Solutions</u></p> <p>*Quels seraient vos besoins pour améliorer votre élaboration des RSCA ?</p> <p>*Que vous manque-t-il pour réaliser un bon RSCA ?</p> <p>*Quelles sont les personnes ressources pouvant vous aider dans la réalisation des RSCA ?</p> <p>*Quel est selon vous le rôle des tuteurs ?</p> <p>*Quelle est selon vous la place des tuteurs ?</p> <p>*Que vous ont-ils apporté ?</p>	<p><u>Réponses attendues</u></p> <p>-Tuteurs « mal formés » avec hétérogénéité pour la validation du RSCA.</p> <p>-MSU et tuteurs non aidants</p> <p>-Solutions envisagées</p> <p>=&gt; <i>Objectif : Recueil des propositions.</i></p>
--	---

*Quelles seraient vos suggestions pour améliorer ces traces écrites ?	
---	--

TRANSITION : Faire un résumé ce qui a été dit. « Voyez-vous d'autres idées à rajouter sur ce sujet ? Nous avons maintenant terminé. Nous allons prendre quelques minutes pour faire un point récapitulatif des thèmes abordés sur le RSCA. »

### **CONCLUSION / QUESTION DE SYNTHÈSE DU DÉBAT :**

*Pour conclure, on remercie les internes de leur participation et on propose un retour des résultats. On fait une synthèse finale des discussions. L'observateur (ou le modérateur) peut ensuite demander si les participants sont d'accord avec la synthèse et si rien n'a été oublié pour confirmer la validation par les participants. Cette étape peut également être effectuée par écrit à distance des focus groups. Elle est parfois difficile à effectuer en temps réel et n'est pas obligatoire.*

« Synthèse du débat : Les principales idées qui sont ressorties sont : sur la question initiale ... sur les thèmes 1..., 2..., 3..., 4... . Êtes-vous d'accord avec cela ? ».

Avez-vous d'autres choses à rajouter, d'autres idées à transmettre que nous n'aurions pas abordé ?

Que pensez-vous de cet entretien ? Auriez-vous rajouté d'autres éléments, d'autres questions ?

Nous enverrons les résultats aux personnes le désirant.

Merci infiniment pour votre participation et bonne journée ! ».

## **7.2 Version finale (3<sup>ème</sup> version)**

### **GUIDE D'ENTRETIEN 3**

#### **INTRO / CONSIGNE DE PRESENTATION :**

« Bonjour,

Tout d'abord, merci de participer à notre entretien collectif. Nous vous avons invité aujourd'hui dans le cadre d'une réflexion sur les RSCA.

Nous sommes Elodie SINCA et Alexiane PEREZ, internes en 4<sup>ème</sup> semestre de médecine générale en Midi-Pyrénées et voici M./Mme ...? qui sera l'animateur de cet entretien collectif (*ingénieur retraité, professeur à la retraite, ...*). Il ou elle ? vous posera des questions et vous donnera la parole. Quant à nous, nous serons observatrices, nous n'interviendrons pas, nous ferons de prendre note de vos réponses.

Pourquoi vous réunir ? Car, dans le cadre de notre thèse, nous réalisons une étude qualitative pour essayer comprendre les freins à la production des RSCA, tant sur le plan de l'élaboration que sur le plan de la rédaction du RSCA.

Nous tenons à vous rappeler l'importance de chacune de vos interventions pour que l'on puisse recueillir le plus d'idée possible sur le sujet. L'entretien sera enregistré vocalement mais ceci restera parfaitement confidentiel et complètement anonyme. C'est pourquoi, nous vous avons remis des lettres à chacun. Sachez qu'après la soutenance de notre thèse, tous ces enregistrements seront en intégralité détruits.

Avant de commencer, nous allons vous remettre :

- une feuille de consentement à signer et,
- un bref questionnaire afin de vous connaître un peu plus.

Avez-vous des questions ?

Nous pouvons donc débiter cet entretien. »

OBSERVATRICE :

- NOTER L'HEURE DE DEBUT D'ENTRETIEN
- FAIRE UN TOUR DE TABLE DE PRESENTATION DES PARTICIPANTS

## ENTRETIEN :

→ QUESTION INITIALE :

<u>THEME 1 : Généralités</u>	<u>Réponses attendues</u>
Q1 : C'est quoi pour vous un RSCA?	- Incompréhension de la définition.
Q2 : Pour vous, à quoi ça sert ?	-Acronyme RSCA inconnu.
Q3 : Comment le vivez-vous ?	-Hétérogénéité des explications sur le RSCA.
Q4 : Selon vous, que veut dire le mot « complexe » dans RSCA ?	-Validation mémoire, preuve du travail des internes pour le DUMG
Q5 : Pouvez-vous citer des points positifs du RSCA ?	-Trop d'informations délivrées en même temps au début de l'internat : GPP, séminaires.
<b>Q6 : Les 1ers semestres :</b> quel est votre ressenti sur les explications du RSCA données au cours du GPP ?	=> <i>Objectif : Voir quelle est la définition et l'intérêt des RSCA propre aux internes.</i> => <i>Quelle est la place du RSCA par rapport aux traces écrites</i>

→ QUESTIONS CENTRALES « LE COMMENT D'UN RSCA » :

<u>THEME 2 : Aspects pratiques</u>	<u>Réponses attendues</u>
Q1 : Ça vous prend du temps de les faire ?	- Charge de travail importante. Travail chronophage.
Q2 : Êtes-vous régulier dans la production ?	- Choix des sujets difficiles. Savoir si cela peut répondre à un sujet de RSCA.
Q3 : En pratique, comment réalisez vous un RSCA ?	Pas d'aide des MSU hospitaliers. Parfois aide des MSU ambulatoires.
<b>CHOIX DU SUJET :</b>	- Rédaction : partie « récit » personnelle, inutilité du « je » dans l'écriture.
Q4 : Comment choisissez-vous le sujet ?	Pas d'exemple ni de modèles
<b>PRATIQUE FUTURE :</b>	- Faire ses RSCA pour valider le DES.
Q5 : Sentez-vous qu'au fur et à mesure de l'écriture des RSCA vous progressez ?	=> <i>Objectif : Vision sur les RSCA, l'état des lieux des pratiques : choix des sujets, aide aux choix des sujets, aide à la rédaction. Quelle utilité pour la pratique future ?</i>
Q6 : Pensez-vous que ces traces écrites vont vous aider dans votre pratique future ?	

<b><u>THEME 3 : Difficultés</u></b>	<b><u>Réponses attendues</u></b>
<p>Q1 : Qu'est-ce qui ne vous plaît pas dans l'idée des RSCA ?</p> <p>Q2 : Vous sentez-vous bien entourés pour la réalisation d'un RSCA ?</p> <p>    Q2a : Quel est selon vous le rôle de votre tuteur dans le RSCA ? Quelle a été sa place ?</p> <p>    Q2b : Quelle est la place de votre MSU concernant le RSCA</p> <p>    Q2c : Et le DUMG dans tout ça ?</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Choix des sujets.</li> <li>- Pas assez de temps libre notamment en stage hospitalier.</li> <li>- Difficultés d'exécution. Pas de modèles ni de trame.</li> </ul> <p>En contrepartie quelques points positifs ressortent.</p> <p>=&gt; <i>Objectif : Recensement des obstacles à la production des RSCA.</i></p>

<b><u>THEME 4 : Solutions</u></b>	<b><u>Réponses attendues</u></b>
<p>Q1 : Que vous manque-t-il pour réaliser un « bon » RSCA ?</p> <p>Q2 : Que changeriez-vous dans la formation par rapport aux RSCA ?</p> <p>Q4 : Que pensez de la nouvelle réforme de cette année concernant les RSCA?</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Tuteurs « mal formés » avec hétérogénéité pour la validation du RSCA.</li> <li>- Homogénéiser la formation des MSU et tuteurs parfois non aidants notamment en milieu hospitalier</li> <li>- Solutions envisagées : banque de données. Faire des articles scientifiques. Diminuer le nombre de RSCA. Pas de RSCA en TCEM3</li> <li>- Ateliers orientés sur la thèse en TCEM3.</li> <li>- Compagnonnage</li> <li>- Donner des exemples, trames, plans</li> </ul> <p>=&gt; <i>Objectif : Recueil des propositions d'amélioration et/ou de changement.</i></p>

→ **CONCLUSION / QUESTION DE SYNTHÈSE DU DEBAT:**

ANIMATEUR : « Synthèse du débat :

- Les principales idées qui sont ressorties sont : ... sur les thèmes 1..., 2..., 3..., 4...Êtes-vous d'accord avec cela ? ».

- Avez-vous d'autres choses à rajouter, d'autres idées à transmettre que nous n'aurions pas abordé ?

- Auriez-vous rajouté d'autres questions à cet entretien ? ».

OBSERVATRICE : « Merci infiniment pour votre participation.

Sachez que nous pouvons envoyer les résultats de l'étude et l'entretien complet par mail aux personnes le désirant. Qui est intéressé ? Bonne fin de journée ! »

NOTER L'HEURE DE FIN DE L'ENTRETIEN.

## 8. Extrait de verbatim

**Anim : Des modèles, des exemples vous ont-ils été donnés ?**

3 : Non

1 : Non

9 : Non

5 : Enfin moi là, on m'en donne en stage praticien niveau 1 parce que j'ai fait 2 RSCA et que je suis qu'en 4e semestre.

**Anim : Et quel est l'intérêt de valider les RSCA ?**

[Silence]

7 : Franchement je cherche toujours !

8 : De quoi, de les valider ?

**Anim : Oui, quel est l'intérêt de les valider ?**

2 : De valider le D.E.S. !!!

[ACQUIESCEMENT DE TOUS LES PARTICIPANTS DU FOCUS GROUP + RIRE GENERAL DE CONFIRMATION]

3 : C'est tout !

9 : En tout cas, ils (le DUMG) nous mettent la pression pour ça !

8 : Après ce qu'il faut comprendre et ça on ne nous l'a pas dit clairement, enfin moi je l'avais entendu un peu à (ville) lors de la réunion GPP parce que je connaissais mon maître de stage d'avant, c'est que si on nous demande de faire ce travail : SCRE, AEP, RSCA, c'est pour pouvoir conserver nos places de stage en médecine ambulatoire, dans les hôpitaux périphériques, et puis surtout chez le généraliste. C'est par rapport à l'ARS, c'est-à-dire « on déserte le CHU, ça fait râler les PU-PH du CHU, en service de cardio et tout, parce qu'ils manquent d'internes de médecine générale ! » Donc pour pouvoir rester en ambulatoire, il faut qu'on fasse du travail universitaire à côté de nos stages. Et en fait, d'apporter ce travail-là, ça permet de prouver à l'ARS qu'on travaille ! Et ça, on ne nous l'a pas expliqué ! La seule fois où on me l'a expliqué, moi, c'était ce semestre en réunion GPP à (ville).

9 : Le combat, c'est aussi que la médecine générale produit et donc, comme toutes les autres spécialités qui fournissent énormément de travaux de recherche, nous aussi, en médecine générale, on produit ! Donc c'est pour ça que c'est aussi important pour eux !

7 : Je suis d'accord avec toi...

1 : Mais ce n'est pas de la recherche, ce n'est pas de la publication...

9 : Mais c'est quand même quelque chose quoi...

1 : On fait des trucs pour faire des trucs quoi !

7 : Ça sert à rien.

5 : C'est pour ça, faut qu'on nous demande des RSCA quand on est en libéral, pas à l'hôpital !

2 : Ouais déjà !

5 : De toute façon c'est Dr (nom du Docteur) qui nous l'a dit le jour de la GPP, elle dit : « l'intérêt d'un RSCA, c'est quand vous êtes face à une situation difficile en médecine générale, pour rentrer tranquillement chez vous, arriver à rédiger la situation qui vous pose problème et vous faire un plan ». Donc elle a dit les mots « médecine générale, libéral » !

7 : Du coup, ils comprendront pourquoi on n'a pas fait pendant 3 semestres... j'espère !

5 : On rattrape tout en libéral.

1 : Ouais ouais.

5 : En stage hospitalier, on a des horaires pas possibles, on a des astreintes, on a des gardes euh... enfin...

7 : Après je sais pas toi, mais le RSCA ça t'a permis d'évacuer de la tension, de l'anxiété ? Ou...

1 : Tu l'as fait parce que tu devais le faire !

## 9. Exemple de contexte d'énonciation

### Contexte d'énonciation du FG 2 :

Date du FG 2	Lieu du FG 2	Nombre de participants
22/06/16 16 - 16h40	Salle de réunion, Hôpital de Foix, Ariège	9 IMG 2 observatrices 1 animateur

### Participants :

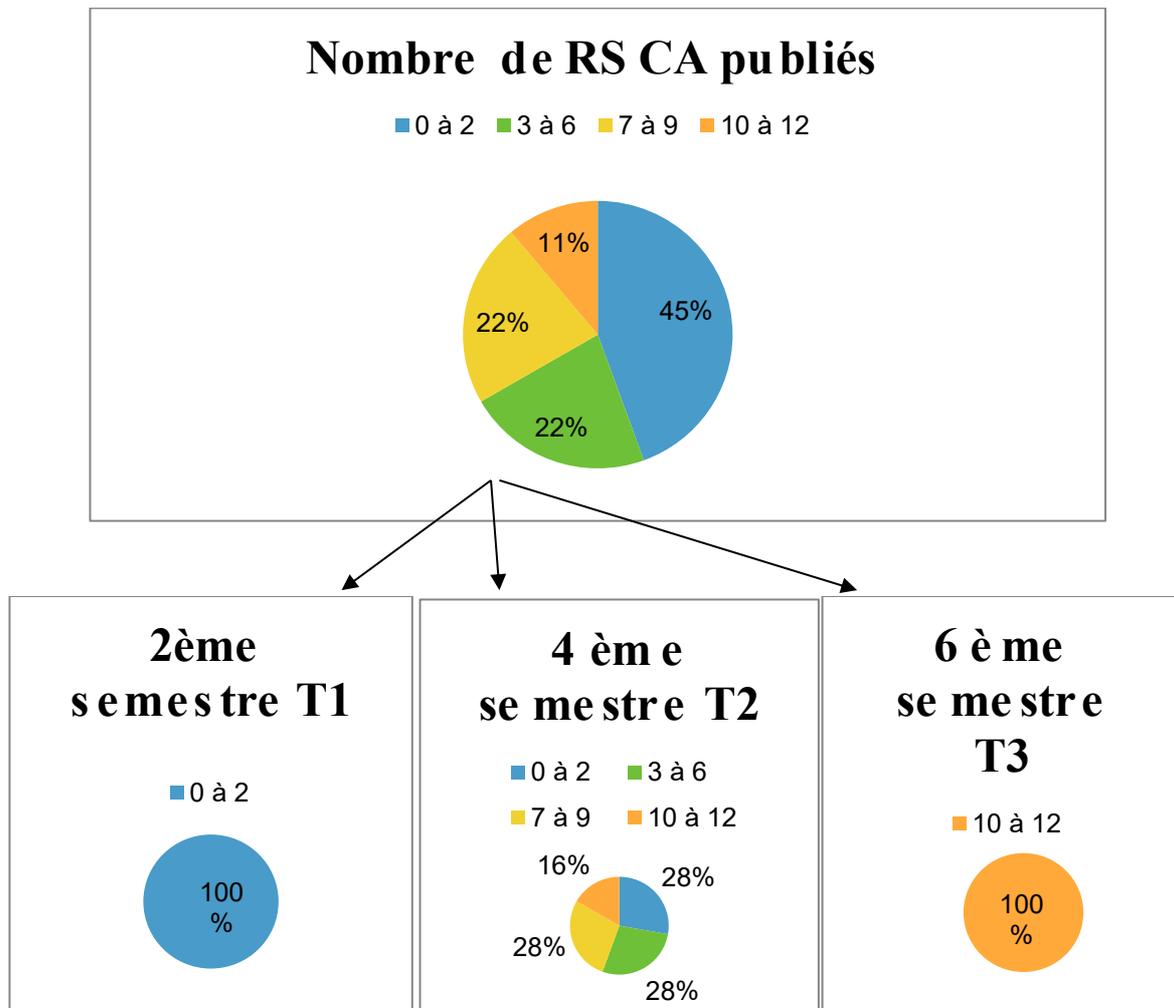
- 5 filles et 4 garçons
- Entre 25 et 27 ans
- 2 T1 (2<sup>ème</sup> semestre) et 6 T2 (4<sup>ème</sup> semestre) et 1 T3 (6<sup>ème</sup> semestre)

### Participation au GPP :



### RSCA à jour et nombre de RSCA publiés en fonction des semestres :





### **Déroulement Focus group**

- Une collation a été servie à l'arrivée des participants afin de créer une ambiance conviviale.
- Installation des participants autour d'une table rectangulaire ; nous deux étions au fond de la salle prenant des notes sur une tribune, derrière les internes. Distribution du questionnaire de recueil des caractéristiques des participants et du formulaire de consentement libre et éclairé avant de débiter l'échange. Présentation du déroulement de la séance.
- Un tour de table de présentation des participants a été effectué afin de mettre tout le monde à l'aise avant de débiter à proprement parler le FG.
- L'ensemble de participants s'est exprimé chacun à son tour ou en question-réponse au cours du FG. Un participant a pris souvent la parole. Deux des participantes, les plus jeunes, étaient plus en retrait.

### **Points positifs du FG 1 :**

- Promotions toutes représentées
- Nombre de participants
- Nouvelles idées
- Expression libre des participants
- Dynamique de groupe avec des échanges nombreux entre les participants

### **Points négatifs du FG 1 :**

- Peu de confrontation, beaucoup d'avis semblables,
- Pas d'idées positives sur le thème

### **Rétroaction immédiate :**

- Incompréhension de l'intérêt
- Manque de temps
- Tuteurs hétérogènes
- Travail chronophage

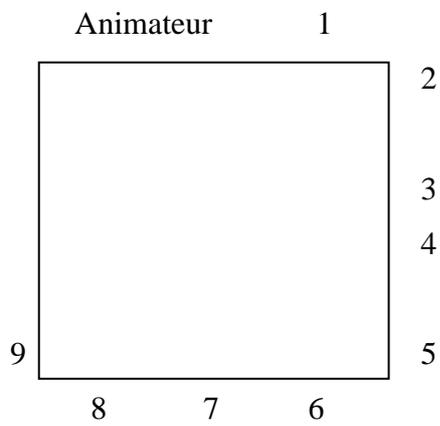
### **Idées nouvelles :**

- Obligation de faire des traces écrites demandées par l'ARS pour justifier notre salaire
- Compagnonnage des internes
- Difficultés choix du sujet en stage hospitalier
- Suppression ou diminution des RSCA, augmentation des SCRE et des AEP

**Participants FG 1 :**

- 1 : T2S4, GP ambulatoire
- 2 : T3S6, SASPAS
- 3 : T1S2, Gériatrie
- 4 : T1S2, Gériatrie
- 5 : T2S4, Praticien niveau 1
- 6 : T2S4, GP hospitalière
- 7 : T2S4, GP ambulatoire
- 8 : T2S4, GP ambulatoire
- 9 : T2S4, GP Ambulatoire

**Plan de table :**



Observatrice 1

Observatrice 2

## 10. Extrait de l'arborescence de l'analyse des données par théorisation ancrée

Codes et Verbatims Focus group Castres					Codes et Verbatims de Foix				
<b>LES AIDANTS</b>					Manque de temps des tuteurs	"Enfin moi ma tutrice du semestre précédant je crois qu'elle a même pas lu mon RSCA. J'en ai posé qu'un seul pour le moment. Ouais il fait 8 pages donc d'accord elle a d'autres choses à faire." p4			autant il y en a qui vont nous aider à trouver un RSCA, à le faire et tout : autant voilà, il y a des tuteurs qui veulent faire leur travail de tuteur, c'est-à-dire vraiment lire, corriger et valider un RSCA mais pour le coup, ça va leur demander du travail, du temps aussi. p4
					Manque d'implication des tuteurs	"Je suis pas sûre qu'elle l'a lu. Ya pas une grande implication des tuteurs d'après ce que j'ai entendu pour lire les RSCA, pour encadrer la façon d'encadrer pour la façon de les rédiger." p4			Implication différente entre tuteurs
					Désintérêt du tuteur	"Et même la personne qui me lit après moi elle s'en fiche éperdument." p6			absence de correction des RSCA
					Problème d'implication des tuteurs	"En fait, il faudrait que le DUMG, s'ils veulent vraiment qu'on fasse ça, qu'ils impliquent les tuteurs." p14			Frustration internes face à l'indisponibilité de certains tuteurs
					Remise fiche explicative sur RSCA par tuteurs sans explication	"Ils nous remettent ces documents que je vous ai montré, ils nous les donnent et ils nous disent tiens lis ça et se sera expliqué." p19			"Moi je n'ai jamais été corrigé, je sais pas vous ?" p9
									"Mon tuteur m'avait dit qu'il m'enverrait un exemple mais je ne l'ai toujours pas eu... [soupon]. " p11
									"Parce qu'après si le tuteur dit : « qu'il veut faire un effort, qu'il veut envoyer un exemple »" p13
									"c'est ce que j'allais dire c'est très [insistance] tuteur-dépendant" p1 :
									"Sur 3 tuteurs, j'aurai 3 avis différents." p3
									Ouais après on en revient toujours au « tuteur-dépendant », p8 : Moi, j'ai eu 3 tuteurs, 3 visions différentes du RSCA. Il y en a un, c'était 5 SCORE, 5 questions, 5 SCORE les uns à côté des autres et hop ça faisait un RSCA. Il y en avait d'autres, il fallait que j'évale ma psychologie effectivement... " p8
									"Il y en a qui ne savent pas faire les RSCA." p10
									"Enfin, mon ancien tuteur... et, j'attends de voir si avec le nouveau tuteur, s'il peut m'éclairer." p11
									"Il est sensé savoir comment nous aider, il doit être sensibilisé, on va dire." p10
									Et après euh... généralement avec nos tuteurs, lors des rendez-vous tuteurs où pour la plupart, on s'aperçoit qu'il faut vraiment faire ça.
									Compréhension grâce aux tuteurs

## 11. Éthique

### 11.1. Déclaration d'absence de conflit d'intérêts

#### DÉCLARATION D'ABSENCE DE CONFLIT D'INTÉRÊTS ANNÉE 2016

Date de la déclaration : Le 20 Mars 2016

Je soussignée : Elodie SINCA

Alexiane PEREZ

Domiciliée à :

12 Impasse Duroc, 31200 Toulouse

10 Rue Jean Weber, Appt C18, Rés. Orion, 31100 Toulouse

Profession : Interne en 3<sup>ème</sup> semestre de médecine Générale de Midi Pyrénées

Je déclare sur l'honneur n'avoir aucun conflit d'intérêt personnel ou professionnel relatif à la réalisation de cette étude.

Je m'engage à signaler, dans un délai d'un mois, tout changement de situation à cet égard et de réactualiser cette déclaration si le cas se présente.

Pour servir et faire valoir ce que de droit,

Le 20 Mars 2016, à Toulouse,

Signature : Elodie SINCA et Alexiane PEREZ

### 11.2. Avis favorable du Comité d'Éthique

Président : Mme Laurencine VIEU  
Secrétaire : Dr Serge Bismuth



AVIS DE LA COMMISSION ETHIQUE DU DEPARTEMENT DE MEDECINE GENERALE

**Renseignements concernant le demandeur :**

**Noms** : Elodie SINCA et Alexiane PEREZ

**Qualités** : Internes en 3<sup>ème</sup> semestre de médecine générale

**Adresses respectives** :

Melle Sinca Elodie, 12 impasse Duroc 31200 Toulouse

Melle Perez Alexiane, 10 rue Jean Weber, Appt C18, Rés. Orion 31100 Toulouse

**Courriel** : thesardes31@gmail.com

**Numéros de téléphone** : 06.71.30.28.98 et 06.79.74.46.05

**Renseignements concernant le promoteur :**

**Nom** : DUMG de Toulouse sous la responsabilité de notre directeur de thèse DR FONVIELLE Alain

**Qualité** : Docteur en médecine générale, Maître de Stage Universitaire

**Adresse** : Rue des Arrats, 32170 Miélan

**Courriel** : alainfonvielle@wanadoo.fr

**Numéro de téléphone** : 06.29.65.19.80

**Titre complet de la recherche** : Evaluation des freins à la production des récits de situations complexes authentiques (RSCA). Etude qualitative auprès des internes de médecine générale (IMG) de Midi-Pyrénées au cours de l'année universitaire 2015-2016.

AVIS DE LA COMMISSION - Avis favorable

le 17/05/2016

*Serge Bismuth*

### 11.3. Avis favorable de la Commission de Recherche

Dr Thierry Brillac <thierrybrillac31@gmail.com>

17/05/2016 ☆



À moi, scalpel32, Lydie ▾

Bonjour,

la commission s'est réunie ce jour et a donné son accord pour votre projet.

Il serait intéressant que vous puissiez participer à la séquence consacrée aux traces d'apprentissage lors du DU de formation pédagogique à la maîtrise de stage qui se déroulera ce vendredi matin. Tenez moi au courant.

Bien à vous deux

**Docteur Thierry BRILLAC**

*Médecin généraliste*

*Maître de conférences associé*

*Responsable pôle Santé de la Femme*

98 rte de Blagnac – 31200 Toulouse

[thierrybrillac@free.fr](mailto:thierrybrillac@free.fr)

05.61.57.42.42

133 rte de Narbonne - 31062 Toulouse

[thierry.brillac@dumq-toulouse.fr](mailto:thierry.brillac@dumq-toulouse.fr)

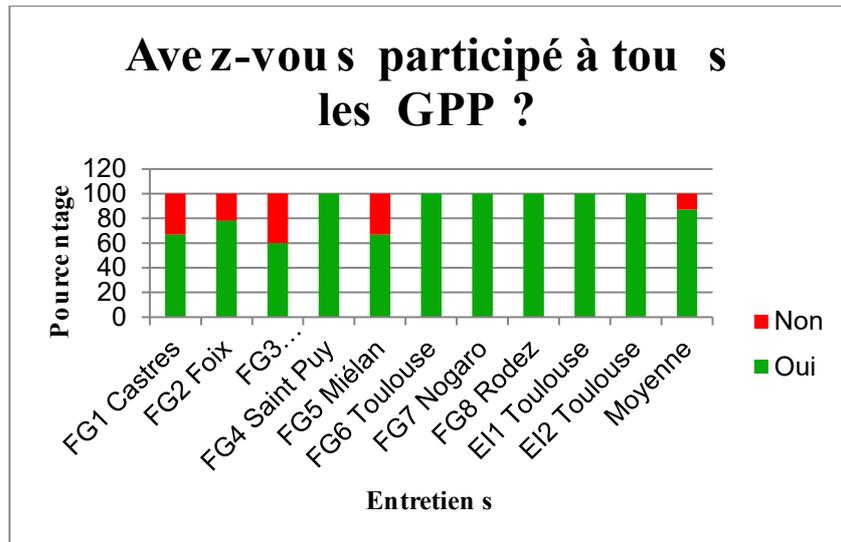
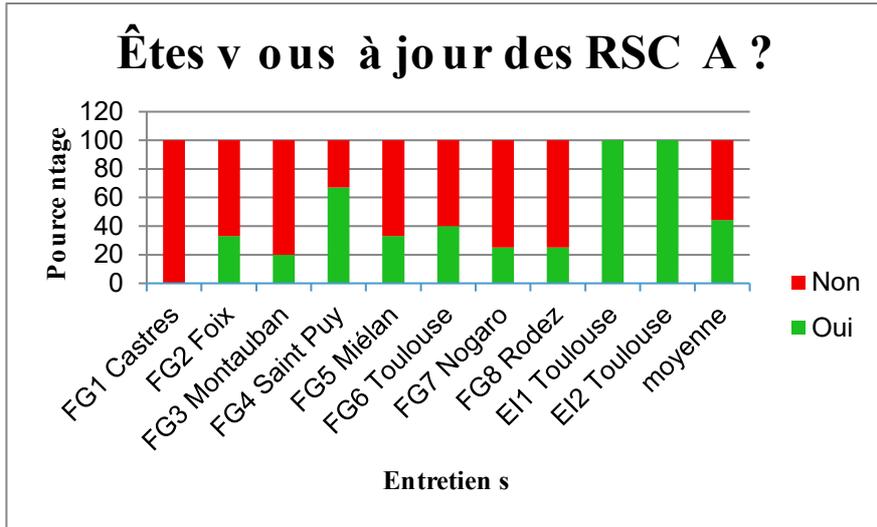
06.11.08.20.00

## 12. Tableau des caractéristiques de l'échantillonnage

<b>ENTRETIENS</b>	<b>FG1 Castres</b>	<b>FG2 Foix</b>	<b>EI 1 Toulouse</b>	<b>EI 2 Toulouse</b>	<b>FG3 Montauban</b>	<b>FG4 Saint-Puy</b>	<b>FG5 Miélan</b>
<b>Date</b>	19/05/2016	22/06/2016	22/06/2016	22/06/2016	08/09/2016	06/01/2017	07/02/2017
<b>Nombre participants</b>	6	9	1	1	5	6	5
<b>Durée des entretiens</b>	75 min	40 min	30 min	20 min	30 min	30 min	50 min
<b>Nombre TCEM 1</b>	2	2	0	0	2	3	1
<b>Nombre TCEM 2</b>	4	6	1	0	2	1	3
<b>Nombre TCEM 3</b>	0	1	0	1	1	2	1
<b>Homme</b>	1	4	0	1	2	3	1
<b>Femmes</b>	5	5	1	0	3	3	4
<b>Agés</b>	25 à 28 ans	25 à 27 ans	26 ans	27 ans	24 à 28 ans	25 à 28 ans	24 à 28 ans
<b>Faculté d'origine : Toulouse</b>	4	3	0	1	3	3	3
<b>Faculté d'origine : Hors Toulouse</b>	2	6	1	0	2	3	2

<b><u>ENTRETIENS</u></b>	<b>FG6 Toulouse</b>	<b>FG7 Nogaro</b>	<b>FG8 Rodez</b>	<b>TOTAL = 10 entretiens dont 8 FG et 2 EI</b>
<b>Date</b>	11/02/2017	08/03/2017	10/03/2017	Du 19 Mai 2016 au 10 Mars 2017
<b>Nombre participants</b>	5	4	4	46
<b>Durée des entretiens</b>	40 min	45 min	35 min	39,5 min
<b>Nombre TCEM 1</b>	1	2	0	13
<b>Nombre TCEM 2</b>	0	1	1	19
<b>Nombre TCEM 3</b>	4	1	3	14
<b>Homme</b>	2	2	1	17
<b>Femmes</b>	3	2	3	29
<b>Ages</b>	23 à 28 ans	26 à 28 ans	25 à 27 ans	26 à 22 ans en moyenne
<b>Faculté d'origine : Toulouse</b>	4	0	3	24
<b>Faculté d'origine : Hors Toulouse</b>	1	4	1	22

### 13. Analyse quantitative des caractéristiques de l'échantillonnage



	Nombre de RSCA (en %)											
	TCEM1				TCEM2				TCEM3			
	0 à 2	3 à 6	7 à 9	10 à 12	0 à 2	3 à 6	7 à 9	10 à 12	0 à 2	3 à 6	7 à 9	10 à 12
<b>FG1 Castres</b>	100	0	0	0	100	0	0	0	0	0	0	0
<b>FG2 Foix</b>	100	0	0	0	28	28	28	16	0	0	0	100
<b>FG3 Montauban</b>	100	0	0	0	0	100	0	0	0	0	0	100
<b>REFORME NOV. 2016 APPLIQUEE</b>												
<b>FG4 Saint Puy</b>	100	0	0	0	0	100	0	0	50	0	50	0
<b>FG5 Miélan</b>	100	0	0	0	0	100	0	0	0	100	0	0
<b>FG6 Toulouse</b>	100	0	0	0	0	0	0	0	50	50	0	0
<b>FG7 Nogaro</b>	100	0	0	0	0	100	0	0	0	100	0	0
<b>FG8 Rodez</b>	0	0	0	0	0	100	0	0	0	0	0	100
<b>EI1 Toulouse</b>	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	100
<b>EI2 Toulouse</b>	0	0	0	0	0	100	0	0	0	0	0	0
<b>MOYENNE</b>	70	0	0	0	12,8	62,8	2,8	1,6	10	25	5	40

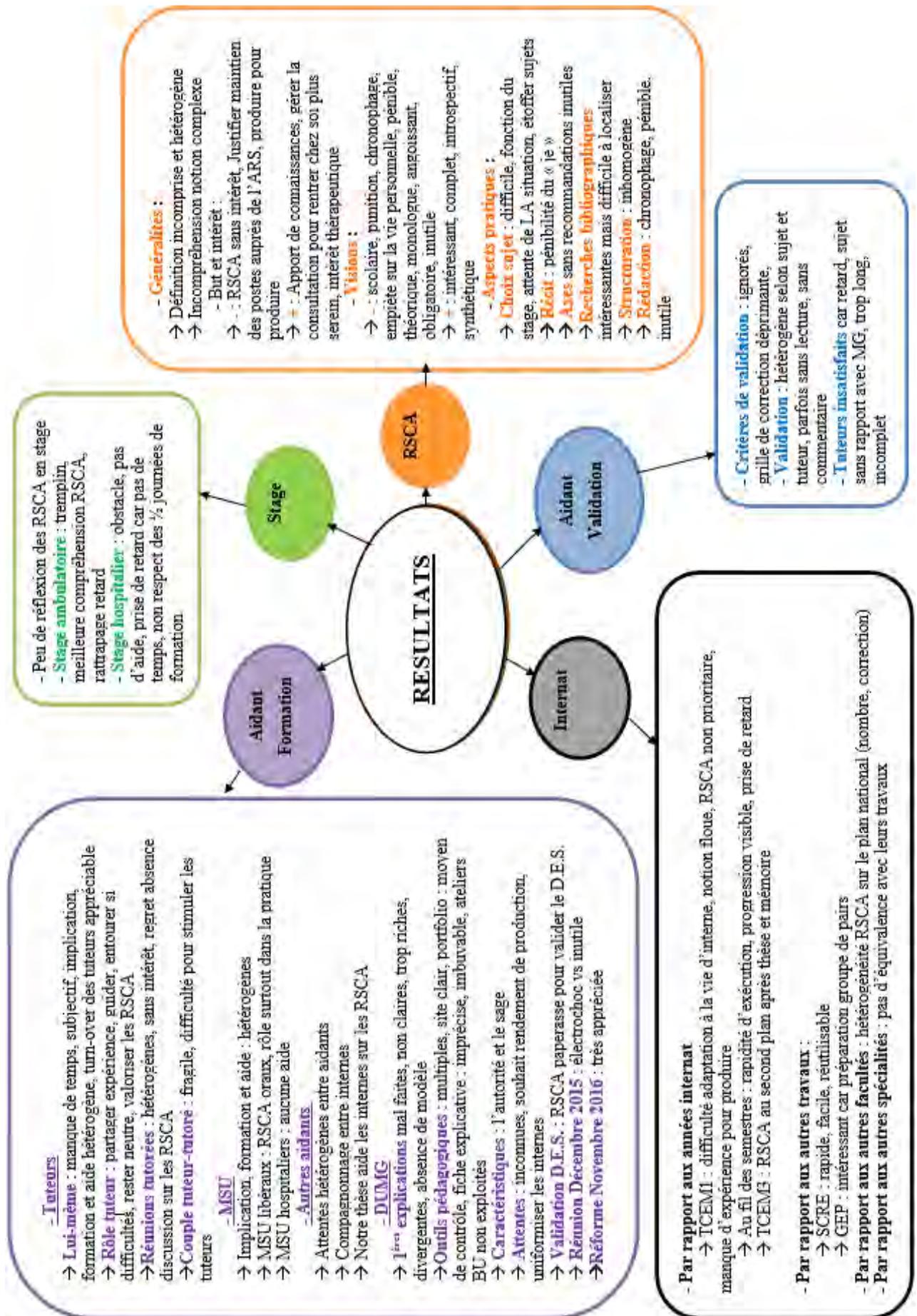
Nombre de RSCA (en %) en fonction de l'année d'internat

A noter la réalisation de nos focus group s'était étalée du 19 Mai 2016 au 10 Mars 2017, ce qui a inclus l'application de la réforme de Novembre 2016 stipulant la diminution du nombre de RSCA en TCEM 1 à 2 par semestre.

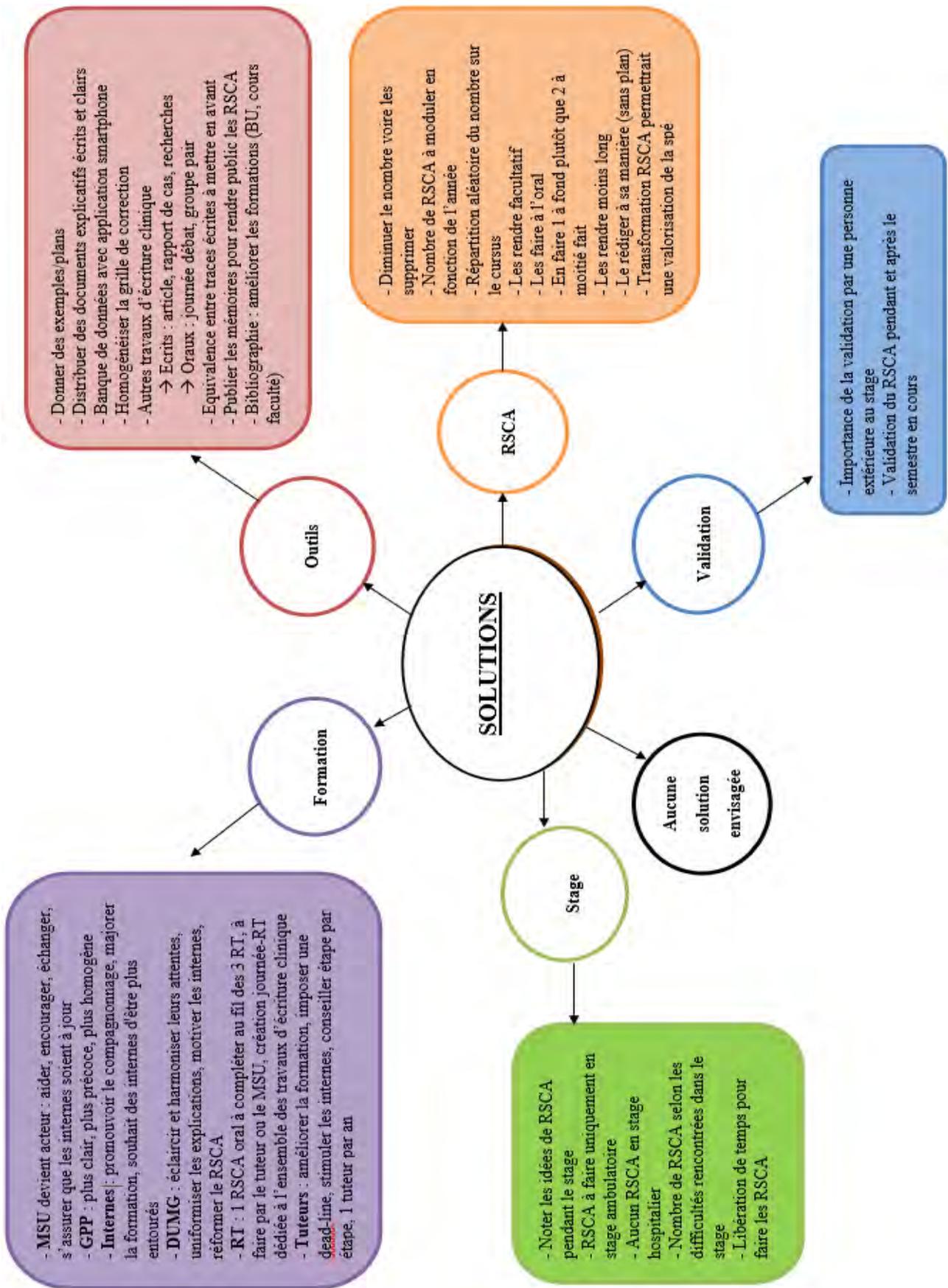
Avant la réforme pour être à jour il fallait : TCEM 1 entre 0 et 4 RSCA, en TCEM 2 entre 5 et 8 RSCA et en TCEM 3 entre 9 et 12 RSCA.

Après la réforme : entre 0 et 2 en TCEM 1, entre 3 et 6 en TCEM 2 et entre 7 et 10 en TCEM 3

## 14. Fleur des résultats

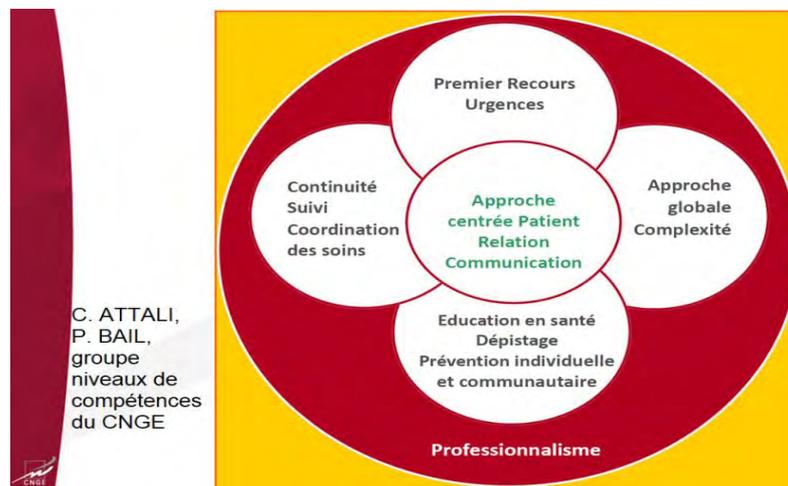


## 15. Fleur des solutions



## 16. Les six compétences d'un MG : « marguerite des compétences »

- 1- Relation, communication, approche centrée sur le patient
- 2- Approche globale, prise en compte de la complexité
- 3- Education, prévention, dépistage, santé individuelle et communautaire
- 4- Premier recours, urgences
- 5- Continuité, suivi, coordination des soins autour du patient
- 6- Professionnalisme



## 17. Fiche explicative sur le RSCA (DUMG de Toulouse)

### Les Récits de Situations Complexes Authentiques

#### Le but

Développer les compétences réflexives en soins premiers

Ils permettent d'étudier le comment et le pourquoi de leur action, mais aussi leur ressenti vis à vis d'une situation clinique rencontrée

#### L'organisation

Par les Tuteurs, au sein des Groupes Pédagogiques de Proximité (GPP)

Les internes présentent leurs RSCA lors des rencontres tuteurs/tutorés

Les internes déposent leurs RSCA sur le portfolio (travaux d'écriture clinique) et en font une synthèse dans le mémoire de validation du DES

#### Le cadre

10 RSCA (1/semestre en TCEM 1 et 2/semestre en TCEM 2-3)

Ils doivent couvrir le champ des 10 familles de situations du D.E.S

Ils découlent de situations cliniques complexes rencontrées en stage : *la complexité doit résider dans plusieurs éléments de la situation*

#### Le déroulement

1-Le choix d'une situation clinique authentique et complexe :

**Situation :** *Pratique professionnelle exemplaire (champ de la médecine générale, non exceptionnelle, illustre les fonctions du médecin généraliste), contextualisée.*

**Authentique :** *Doit être réelle et vécue par l'interne.*

**Complexe :** *Indices à chercher, pluridimensionnelle, plusieurs stratégies de résolution possibles, solution non univoque, décision en situation d'incertitude.*

2-Chaque RSCA se compose de 4 parties : 1. Le récit. 2. L'analyse. 3. Les tâches d'apprentissage induites. 4. La synthèse.

3-Chaque RSCA doit être évalué selon plusieurs critères :

*Qualité du récit.*

*Complexité et pertinence de la situation.*

*Résolution des problèmes.*

*Qualité de l'auto-évaluation et de l'auto-formation.*

*Qualité de la synthèse.*

**Mais aussi en fonction des Objectifs Intermédiaires**  
(voir grille de lecture du DUMG)

#### 1-Récit (forme)

- Écrit
- Forme libre
- Chronologique ou non
- Structuré ou non
- Non exhaustif mais fidèle

#### 2-Analyse

- Expliciter les comment de l'action
- Argumenter les pourquoi de l'action

#### 3-Tâches d'apprentissage induites

- Auto évaluation
- Auto formation

#### 1-Récit (contenu)

- Indices perçus
- Reflet cognitif et émotionnel
- Interactions relationnelles
- Stratégies de résolution de problèmes
- Eléments de respect du patient
- Eléments de décision(s) prise(s)

#### 4-Synthèse

- Reprend les points essentiels d'auto-évaluation et d'auto-formation
- Evaluation de l'impact en termes de modification des connaissances antérieures

## 18. Tableau comparatif de l'utilisation du RSCA au niveau national

Nous n'avons pas eu de réponse ni d'information concernant les DMG de Caen, Guadeloupe et La Réunion.

MISE A JOUR EN JANVIER 2017	RSCA pour valider le DES	Nombre RSCA	Sujet	Mode d'évaluation	Évalué par	Documents
Amiens	18	1 RSCA tous les 2 mois	Balayer les 6 compétences	P=pertinent, A = améliorable, I=insuffisant		<a href="http://dumga.fr/didacticiels-concernant-le-portfolio-des-internes.html">http://dumga.fr/didacticiels-concernant-le-portfolio-des-internes.html</a>
Angers	12	TCEM1 : 4, TCEM2 : 4, TCEM3 : 4	Balayer les 6 compétences	De 0 à 10	Tuteurs en RT	<a href="http://www.univ-angers.fr/_attachments/e-cycle-tutorat-et-porte-folio-article-3/GUIDE_Tutorat_nov14.pdf?download=true">http://www.univ-angers.fr/_attachments/e-cycle-tutorat-et-porte-folio-article-3/GUIDE_Tutorat_nov14.pdf?download=true</a>
Besançon	9				Discussion entre internes groupes de pairs	<a href="http://www.dmg-besancon.org/index.php?IdPage=1349728869">http://www.dmg-besancon.org/index.php?IdPage=1349728869</a>
Bordeaux	12	2 scripts par semestre		Séances thématiques ou de groupe d'analyse de pratique.		<a href="https://sante.u-bordeaux.fr/Vos-etudes/Medecine-generale/Diplome-d-etudes-specialisees-de-Medecine-Generale">https://sante.u-bordeaux.fr/Vos-etudes/Medecine-generale/Diplome-d-etudes-specialisees-de-Medecine-Generale</a> <a href="https://sante.u-bordeaux.fr/Vos-etudes/Medecine-generale/Diplome-d-etudes-specialisees-de-Medecine-Generale">https://sante.u-bordeaux.fr/Vos-etudes/Medecine-generale/Diplome-d-etudes-specialisees-de-Medecine-Generale</a>
Brest	6		Répondre à 12 familles	Mauvais, Insuffisant, Acceptable, Bon à excellent		AIDE AU RSCA : 1) tableau des compétences en MG, 2) liste des situations cliniques, 3) analyse des aspects <a href="http://www.brest.cngc.fr/article.php?id_article=37">http://www.brest.cngc.fr/article.php?id_article=37</a>
Caen						
Clermont-Ferrand	Au minimum 3		15 situations à forte prévalence en médecine générale (grille de certification)	insuffisant/ passable/ bien /très bien.	Tuteur	<a href="https://www.sarha.fr/index.php/2013-02-23-15-34-13/le-des/item/14-le-portfolio">https://www.sarha.fr/index.php/2013-02-23-15-34-13/le-des/item/14-le-portfolio</a>
Dijon	6			2 suffisent pour valider		<a href="http://sante.u-bourgogne.fr/formation/dept-de-medecine-generale/troisieme-cycle/des-de-medecine-generale.html">http://sante.u-bourgogne.fr/formation/dept-de-medecine-generale/troisieme-cycle/des-de-medecine-generale.html</a>
Grenoble	1 trace d'apprentissage par stage hospitalier & 4 traces d'apprentissage par stage ambulatoire.					
Guadeloupe						
La Réunion						
Lille	3 et un RSCA supplémentaire est demandé pour chaque stage ambulatoire	1 par semestre +1 RSCA par stage ambulatoire	Répondre à 12 familles			<a href="http://medecine.univ-lille2.fr/dmg_memoire/">http://medecine.univ-lille2.fr/dmg_memoire/</a>
Limoges	6	1 par semestre				<a href="http://www.medecine.unifm.fr/IMG/pdf/Port_Folio_2015.pdf">http://www.medecine.unifm.fr/IMG/pdf/Port_Folio_2015.pdf</a>
Lyon	1	1 RSCA en PNI		A présenter à l'oral au mémoire		<a href="http://www.svrel-lyon.com/news-locales/pedagogie-rediger-rsca_Guide">http://www.svrel-lyon.com/news-locales/pedagogie-rediger-rsca_Guide</a> <a href="http://www.svrel-lyon.com/wp-content/uploads/2013/12/Programme-du-DES-Lyon.pdf">http://www.svrel-lyon.com/wp-content/uploads/2013/12/Programme-du-DES-Lyon.pdf</a>
Marseille	6	1 par semestre		forme présentation orale (diaporama de 6 diapos max) et une forme récit (récit entre 5 et 10 pages enregistré)	P= pertinent A=améliorable I=insuffisant : auto évaluation et évaluation	<a href="http://medecine.univ-amu.fr/sites/medecine.univ-amu.fr/files/diplome/regles_de_validation_des_modules_au_17-12_2015.pdf">http://medecine.univ-amu.fr/sites/medecine.univ-amu.fr/files/diplome/regles_de_validation_des_modules_au_17-12_2015.pdf</a>
Montpellier					1 insuffisant ; 2 satisfaisant ; 3 très satisfaisant	<a href="http://dmg-montpellier-nimes.edu.umontpellier.fr/etudiant/organisation-du-3eme-cycle/portfolio/">http://dmg-montpellier-nimes.edu.umontpellier.fr/etudiant/organisation-du-3eme-cycle/portfolio/</a>
Nancy	1	1 en SASPAS ou n hospitalier		1 à présenter pour valider le DES		<a href="http://raoul-lyon.fr/1141-2/">http://raoul-lyon.fr/1141-2/</a>
Nantes	3	1/année		Insuffisant, Moyen, Bon, Excellent	Membre du DES en entretien de 1 heure	<a href="http://www.simgonantes.com/module-pagesetter-view/pub-tid-2-pid-15.html">http://www.simgonantes.com/module-pagesetter-view/pub-tid-2-pid-15.html</a>
Nice	3	1/année dont 1 en PNI et 1 en SASPAS	Répondre à 11 familles	Médiocre, Insuffisant, Satisfaisant, Bon, Très bon	Membre du DES	<a href="http://www.nice.cngc.fr/IMG/pdf/Guide_du_DES_de_Medecine_Generale_Rentree_2016.pdf">http://www.nice.cngc.fr/IMG/pdf/Guide_du_DES_de_Medecine_Generale_Rentree_2016.pdf</a>
Paris	Au minimum 6	Au moins 1 par semestre		lue, évaluée et retravaillée selon les conseils du maître de stage, du responsable pédagogique (à l'hôpital) et du tuteur. In fine, elle est validée par le tuteur.	par le tuteur	<a href="https://dumg.univ-paris13.fr/d-e-s/tutorat/tutorat-pour-les-promotions/article/les-traces-d-apprentissage">https://dumg.univ-paris13.fr/d-e-s/tutorat/tutorat-pour-les-promotions/article/les-traces-d-apprentissage</a>
Poitiers	3	1/année	Balayer les 6 compétences génériques	P=pertinent, A = améliorable, I=insuffisant	Tuteur	PROGRAMME du DES de MEDECINE GENERALE <a href="http://medphar.univ-poitiers.fr/images/.../2013-programme-des-mg_1383902905159.pdf?..">medphar.univ-poitiers.fr/images/.../2013-programme-des-mg_1383902905159.pdf?..</a>
Reims	Minimum 5	1 en 1ere année (S2), 2 en 2e année et 1 en 3e année (S5)		P=pertinent, A = améliorable, I=insuffisant		Grille éval <a href="http://webdoc.cngc.fr/modules.php?mod=fn&amp;file=view_note&amp;bn=reims_fersca&amp;folder=0&amp;key=1382686760">http://webdoc.cngc.fr/modules.php?mod=fn&amp;file=view_note&amp;bn=reims_fersca&amp;folder=0&amp;key=1382686760</a> guide interne <a href="http://webdoc.cngc.fr/modules.php?mod=fn&amp;file=view_note&amp;bn=reims_abcinterneareims&amp;fo">http://webdoc.cngc.fr/modules.php?mod=fn&amp;file=view_note&amp;bn=reims_abcinterneareims&amp;fo</a>
Rennes	Minimum 2	1 en PNI et 1 en SASPAS		Validation du DES par la présentation d'un RSCA oral	Discussion du RSCA entre internes par groupe de pairs	<a href="http://www.medecine.univ-rennes1.fr/digitalAssets/312/312415_Guide_interne_2013-14.pdf">http://www.medecine.univ-rennes1.fr/digitalAssets/312/312415_Guide_interne_2013-14.pdf</a>
Rouen	0, en cours de test sur dizaine d'intermes	DES est validé avec des ECOS et TCS (tests de concordance de script)				<a href="http://medecine-pharmacie.univ-rouen.fr/des-medecine-generale-258184.kjsp/RH=1380202064859">http://medecine-pharmacie.univ-rouen.fr/des-medecine-generale-258184.kjsp/RH=1380202064859</a>
Saint Etienne	2	1 en PNI et 1 en SASPAS			MSU et Tuteur	
Strasbourg				P=pertinent, A = améliorable, I=insuffisant		GRILLE EVALUATION : <a href="http://idsmed.u-strasbg.fr/dmg/wp-content/uploads/2012/09/grille-RSCA-DES-CNGE.pdf">http://idsmed.u-strasbg.fr/dmg/wp-content/uploads/2012/09/grille-RSCA-DES-CNGE.pdf</a>
Toulouse	10	TCEM1: 1/semestre TCEM2 et 3: 2/semestres	Répondre à 10 familles de situations de DES	P=pertinent, A = améliorable, I=insuffisant	Tuteurs	FICHE SYNTHETIQUE : <a href="https://www.dumg-toulouse.fr/uploads/3e83dc2e225ab6597b3ab042d8e8f12336e8e75d.pdf">https://www.dumg-toulouse.fr/uploads/3e83dc2e225ab6597b3ab042d8e8f12336e8e75d.pdf</a> ELABORATION ET EVALUATION : <a href="https://www.dumg-toulouse.fr/uploads/c577d839a167f128b013b5419eae98e83848be04.pdf">https://www.dumg-toulouse.fr/uploads/c577d839a167f128b013b5419eae98e83848be04.pdf</a>
Tours	Ces traces structurées par une boucle pédagogique peuvent aller du travail le plus simple au plus charpenté réalisant alors la forme académique du RSCA		au moins chacune des 11 situations authentiques et exemplaires décrites dans le portfolio.	P=pertinent, A = améliorable, I=incomplet		<a href="http://www.dumg-tours.fr/IMG/pdf/grille_d_evaluation_des_RSCA.pdf">http://www.dumg-tours.fr/IMG/pdf/grille_d_evaluation_des_RSCA.pdf</a>

## 19. Documents pédagogiques d'évaluation d'un RSCA

# Évaluer un récit de situation complexe

Documents pédagogiques

## Aide pour l'élaboration et l'évaluation des Récit Situation Complexe Authentique

La spécificité des travaux d'écriture clinique du stage réside dans le caractère authentique des situations rencontrées par les étudiants (au contraire du module Situations complexes où les situations sont exemplaires).

L'évaluation des situations rapportées doit donc prendre en compte la capacité de l'étudiant à se saisir d'une situation, à la décrire dans tous les champs de la complexité qu'elle présente. Ceci explique la présence des deux premiers items qui n'existent pas dans l'évaluation des travaux du module « Situations complexes », le reste des items étant identique; toutefois, le niveau d'exigence est supérieur dans les travaux relatifs au stage chez le praticien qui est le lieu où par excellence, les étudiants doivent produire des traces ayant vocation à certifier l'acquisition de leurs compétences.

Le travail produit par l'étudiant dans ce module peut être évalué à l'aide d'une grille, qui comporte différents items; chaque item est coté P, A ou I et cette notation est une aide à la prise de décision.

**I** (insuffisant) correspond à un travail insuffisant devant être repris pour permettre la validation du script

**A** (améliorable) correspond à un travail acceptable mais avec une marge de progression.

**P** (**p**ertinent) correspond à un travail pertinent.

## **Aide à la notation de chacune des trois situations complexes**

### **Aide à la notation de chacune des trois situations complexes:**

## I) Complexité de la situation

### 1/ Diversité des champs abordés

**P** La diversité recouvre plusieurs des champs abordés en soins primaires : administratif, biomédical, psycho-relationnel, social mais aussi éthique, réglementaire...

**A** La diversité est relative puisque seules quelques problématiques sont abordées mais il n'est pas exposé les éléments des autres champs de la situation

**I** La situation expose une problématique dans un ou deux champs seulement

### 2/ Adaptation des solutions

**P** Les solutions proposées dépendent de plusieurs stratégies de résolution de problème et sont le fruit d'une réflexion et d'un choix prenant en compte la complexité de la situation

**A** Les solutions sont bien définies mais ne prennent pas en compte tous les champs de la situation

**I** Les solutions sont uniques, exclusives ou standardisées

## II) Narration de la situation

### 1/ Caractère **narratif** du récit

**P** Le **récit** est détaillé prenant en compte les temps de la consultation et les temps en dehors de la consultation, concernant la globalité du patient, produit par un sujet narrateur à la première personne du singulier, relatant la succession dans le temps de l'ensemble des faits marquants, des comportements réels, des sentiments vécus par le narrateur et de l'ensemble des éléments (description physique, présentation, paroles échangées, ton, attitudes, sensations, sentiments ressentis, interactions, transfert...) permettant de suivre la démarche de résolution de problème

**A** La relation est faite par un sujet narrateur plus ou moins impliqué, de séquences marquantes de la situation, avec des manques concernant le vécu de la relation, ne permettant pas d'avoir l'ensemble des éléments concourant finement la démarche de résolution de problème

**I** La situation est similaire à une prise d'observation clinique : description impersonnelle exhaustive, structurée d'un cas clinique sans fait marquants ou incidents critiques, sans analyse et interprétation en vue d'une prise de décision

## 2/ Exposé de la **démarche**

**P** Les données exploratoires de la plainte initiale ou identifiée sont racontées, aussi bien les éléments sémiologiques que l'ensemble des données permises par le recueil, l'argumentaire de la décision est explicite, la négociation avec le patient et les éléments de la stratégie éducative sont rapportés

**A** Certains champs de données exploratoires sont manquants, la décision n'est pas explicitée en regard de l'ensemble des champs de la situation, des éléments de la stratégie éducative ne sont pas rapportés

**I** Les données exploratoires sont insuffisantes en regard de la situation, les décisions ne sont pas explicitées, les éléments de la négociation et concourant au développement d'une stratégie éducative ne sont pas rapportés

## III) Problématisation et objectifs d'étude:

### 1/ **Pertinence** des questions formulées par l'étudiant:

**P** Les problèmes sont formulés par des **questions précises** se rapportant à la résolution de la situation clinique

**A** Les problèmes sont formulés par des questions générales se rapportant plus ou moins à la résolution de la situation clinique

**I** Les problèmes ne sont pas formulés sous forme de question, mais sous forme de sujets généraux d'étude à traiter, ou ne se rapportent pas à la résolution de la situation clinique

### 2/ **Adéquation** des questions avec les tâches et fonctions de la MG:

**P** Les questions sont **en adéquation avec les tâches et fonctions de la MG** définies par le référentiel métier

**A** Les questions sont parfois en dehors du champ de la médecine générale

**I** Les questions ne concernent pas le champ des soins primaires

### 3/ Précision de la définition des objectifs d'étude

**P** La définition des objectifs est précise en fixant des tâches d'apprentissage précises

**A** La définition est vague sans tâche d'apprentissage clairement identifiée

I Il n'y a pas d'objectif d'étude notifié, il n'y a pas de tâche d'apprentissage identifiée

#### 4/ Adéquation des objectifs d'étude avec les problèmes posés

P Les objectifs sont clairement en adéquation avec les problèmes posés et l'étude permettra d'y répondre

A Les objectifs ne sont que partiellement en adéquation avec les problèmes posés

I Les objectifs sont discordants avec les problèmes posés et l'étude ne pourra pas y répondre

### IV) Recherche documentaire

#### 1/ Adéquation de la recherche avec les objectifs

P La recherche est en adéquation avec les objectifs d'étude identifiés

A Le choix et la recherche des documents considérés sont insuffisamment adaptés en regard des objectifs d'étude

I Les documents recherchés ne sont pas adaptés aux objectifs d'étude ou il n'y pas d'élément documentaire étayant les réponses aux objectifs d'étude.

#### 2/ Pertinence de la recherche

P Le choix des documents est de bon niveau de preuve et permet de répondre aux questions posées

A Le choix des documents est de niveau de preuve discutable ou ne permet de répondre que partiellement aux questions posées

I Le choix des documents est de niveau de preuve insuffisant ou ne permet pas de répondre aux questions posées

#### 3/ Qualité du résumé

P Le résumé est clair, concis, identifie les réponses aux questions posées, dont les références sont citées tout au long du texte selon les recommandations en vigueur avec mention du niveau de preuve

A Le résumé ne répond pas toujours clairement aux questions précises bien qu'il comprenne des notes d'analyse bibliographique, des résumés des entretiens avec les personnes

ressources ou de discussions collégiales, ou n'est pas référencée de manière suffisante ou le niveau de preuve n'est pas mentionné

I Le résumé de la recherche ne permet pas de répondre aux questions posées, n'est pas clair, n'est pas référencé.

## V) Synthèse

### 1/ Acquisition de nouvelles compétences

P La synthèse identifie les solutions aux problèmes posés en comparant les connaissances et compétences antérieures et celles nouvellement mentionnées, en comparant les solutions proposées et celles mises en œuvre dans la situation clinique, avec des éléments de réflexion pour savoir si les éléments nouveaux pourront être mis en œuvre dans des situations comparables

A La synthèse explicite insuffisamment les compétences développées pour prendre en charge la situation clinique, apporte des éléments imparfaits rendant compte du processus d'apprentissage et permet de comparer insuffisamment les solutions proposées et celles mises en œuvre

I La synthèse est absente ou n'identifie pas les solutions aux problèmes, elle ne rend pas compte de l'apport du travail effectué pour la prise en charge de la situation clinique ou pour la modification des connaissances antérieures

## VI) Traces d'apprentissage

### 1/ Utilité des traces produites

P Les traces d'apprentissage produites reflètent l'ensemble des travaux effectués et peuvent être facilement conservées et réutilisées par l'étudiant

A Les traces d'apprentissage ne reflètent qu'une partie des travaux effectués ou ne sont que moyennement réutilisables par l'étudiant

I Les traces d'apprentissage rendent insuffisamment compte des travaux attendus et ne sont pas réutilisables efficacement par l'étudiant

## VII) EVALUATION GLOBALE

La validation du travail est impossible si la note globale est insuffisante ou si plus de deux items sont insuffisants. Le travail des tuteurs est d'amener les étudiants à n'avoir aucun des items coté insuffisant.

### EVALUATION GLOBALE

GRILLE EVALUATION RSCA STAGE	P	A	I
Complexité			
Diversité des champs abordés			
Adaptation des solutions			
Narration de la situation			
Caractère narratif du récit			
Exposé de la démarche			
Problématisation et objectifs d'étude			
Pertinence des questions formulées par l'étudiant			
<b>Adéquation</b> des questions avec les tâches et fonctions de la MG			
Précision de la définition des objectifs d'étude			
Adéquation des objectifs d'étude avec les problèmes posés			
Recherche documentaire			
Adéquation de la recherche avec les objectifs			
Pertinence de la recherche			
Qualité du résumé			
Synthèse de la situation clinique			
Acquisition de nouvelles compétences			
Traces d'apprentissage			
Utilité des traces produites			
EVALUATION GLOBALE			

## RÉSUMÉ / ABSTRACT

---

**Auteurs :** Elodie SINCA et Alexiane PEREZ  
**Titre :** PERCEPTION DES RÉCITS DE SITUATIONS COMPLEXES ET AUTHENTIQUES (RSCA) PAR LES INTERNES DE MÉDECINE GÉNÉRALE DE MIDI-PYRÉNÉES. Étude qualitative par Focus Group.  
**Directeur de thèse :** Dr Alain FONVIELLE  
**Lieu et date de soutenance :** Faculté de médecine de Purpan, 37 allées Jules Guesde, 31000 Toulouse.  
Le Mardi 5 Septembre 2017 à 18h.

---

**RÉSUMÉ :** **Introduction :** Le RSCA est une des productions écrites demandées aux internes pour valider le D.E.S. de Médecine Générale. Ces écrits étudient le ressenti de l'interne face à une situation clinique vécue. Nous nous sommes rendu compte que les internes présentaient des difficultés à les produire. L'objectif principal de notre étude était donc d'analyser la perception du RSCA par les internes de médecine générale de Midi-Pyrénées au cours de l'année universitaire 2015-2016 et 2016-2017. **Méthodes :** L'étude a été qualitative auprès des IMG de MP volontaires du 19/05/16 au 10/03/17. Le recueil des données a été effectué par Focus Group et entretiens individuels organisés après les GEP dans des lieux neutres, en utilisant un guide d'entretien évolutif. La retranscription a été manuelle. L'analyse des données a été effectuée par théorie ancrée, après réalisation de contexte d'énonciation. La triangulation des données et des chercheurs a été respectée. **Résultats :** 8 focus group et 2 entretiens individuels (46 participants) ont été réalisés pour atteindre la saturation des données. Les internes ne comprenaient pas l'intérêt de ces travaux et leurs définitions différaient de façon importante. Ils avaient une vision négative des RSCA mais les réalisaient selon une trame bien comprise. Le choix du sujet restait cependant difficile à trouver. La production de RSCA en stage hospitalier était compliquée par rapport au stage ambulatoire. C'était l'écrit le moins apprécié des internes et le nombre de RSCA demandé n'était pas identique entre tous les DMG de France. Les aidants (tuteur, MSU, DUMG, internes) à la réalisation des RSCA étaient très hétérogènes dans leur aide, implication et formation. Les premières explications n'avaient pas été assez claires pour les internes et les attentes étaient incomprises. La validation était tuteur-dépendant et inégale entre internes. Des solutions sur le RSCA et sur la pédagogie ont été énoncées. **Discussion :** Cet outil pédagogique, application du concept d'apprentissage par compétences, était mal compris, mal vécu par les internes et difficilement adaptable en TCEM1. Jusqu'alors d'utilisations différentes sur le plan national, le décret d'Avril 2017 devrait homogénéiser ces productions. Les internes s'interrogeaient sur la réelle finalité de cet écrit. De plus il pourrait avoir des vertus thérapeutiques (éviter le Burn-out). Le RSCA était considéré comme un monologue non partagé, ce qui frustrait beaucoup les internes. Pourtant ils jugeaient qu'ils progressaient, restait à savoir si c'était du fait de la situation authentique vécue ou de l'écriture du RSCA. Des améliorations pourraient passer par un éclaircissement des attentes, une meilleure formation des aidants et une explication de l'intérêt des RSCA. **Conclusion :** Le RSCA est un outil d'autoformation performant permettant de construire, développer et évaluer les compétences professionnelles afin de faire de l'interne un médecin généraliste expert. Il est issu de la revalorisation de la spécialité de Médecine Générale. La perception restait majoritairement celle d'une trace écrite incomprise. Il serait intéressant de connaître le point de vue des maîtres de stage concernant les RSCA et de faire une étude comparative.

**ABSTRACT :** **Introduction:** The RSCA (reflective writing) is one of the written productions requested from the residents to validate the D.E.S. (Diploma of Specialised Studies of General Medicine). These writings study the feelings of the resident in relation to a real-life clinical situation. We recognized that the residents had difficulty producing them. The main objective of our study was to analyse the perception of the RSCA by Midi-Pyrénées general practitioner residents during the academic years 2015-2016 and 2016-2017. **Methodology:** The study was qualitative with voluntary IMG (General Medicine Residents of Midi-Pyrénées) from 19/05/16 to 10/03/17. The data was collected by Focus Group and individual interviews were organized in neutral locations after the GEPs Practice Exchange Groups, using a flexible interview guide. The transcription was manual. The analysis of the data was carried out by grounded theory method, after completing gathering of field data. The triangulation of data and researchers was respected. **Results:** 8 focus groups and 2 individual interviews (46 participants) were conducted to achieve data saturation. The residents did not understand the value of this work and their definitions were significantly different. They had a negative view of the RSCA but completed them in a well-understood framework. The choice of the subject remained difficult to find. The production of RSCA in hospital was complicated compared to during field-placement training. It was the least appreciated writing task of the residents and the number of RSCA required was not identical between all the DMG (Departments of General Medicine) of France. The support staff (tutor, MSU: University Placement Supervisor, DUMG: University Department of General Medicine, residents) in the completion of RSCAs were very heterogeneous in their help, involvement and training. The first explanations had not been clear enough for the residents and the expectations were misunderstood. The validation was tutor-dependent and unequal between residents. Solutions on RSCA and pedagogy have been outlined. **Discussion:** This pedagogical tool, application of the concept of competence-based learning, was poorly understood, badly experienced by the residents and difficult to adapt in TCEM1 (Third Cycle of Medical Studies, 1<sup>st</sup> Year). Used differently at national level until recently, the decree of April 2017 should homogenize these productions. The residents questioned the real purpose of this writing task. Moreover, it could have therapeutic virtues (avoid Burn-out). The RSCA was considered a monologue that was not shared, which greatly frustrated the interns. Yet they felt that they were making progress, it remained to be seen whether it was because of the real situation or the writing of the RSCA. Improvements could include clarifying expectations, better training for support staff, and an explanation of the value of RSCAs. **Conclusions:** The RSCA is a powerful self-training tool to build, develop and evaluate professional competencies in order to make the resident an expert general practitioner. It is the result of the revaluation of the specialty of General Medicine. Most of the perception was that of a misunderstood written record. It would be interesting to know the point of view of the supervisors concerning RSCA and to make a comparative study.

---

**Mots-Clés :** récits – RSCA - traces écrites - internes - médecine générale - IMG - portfolio - évaluation compétences – pédagogie.  
**Discipline administrative :** Médecine Générale  
MÉDECINE GÉNÉRALE Faculté de Médecine Rangueil – 133 route de Narbonne – 31062 TOULOUSE Cedex 04 - France