

UNIVERSITE TOULOUSE III- Paul SABATIER

FACULTE DE MEDECINE

Année 2013

2013 TOU3 1098

THESE

POUR LE DIPLÔME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE

SPECIALITE MEDECINE GENERALE

PRESENTEE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE 29 OCTOBRE 2013

PAR LAURENCE LABAT

EVALUATION DES COMPETENCES ACQUISES PAR LES INTERNES DE MEDECINE GENERALE A LA FIN DU STAGE CHEZ LE PRATICIEN DE NIVEAU 1

A partir d'une étude réalisée sur trois semestres de stage en région
Midi-Pyrénées

DIRECTEUR DE THESE : Monsieur le Docteur Michel BISMUTH

JURY :

Président : Monsieur le Professeur Stéphane OUSTRIC

Assesseur : Monsieur le Professeur Jean-Christophe POUTRAIN

Assesseur : Monsieur le Professeur Pierre MESTHE

Assesseur : Madame le Docteur Brigitte ESCOURROU

Assesseur : Monsieur le Docteur Michel BISMUTH

TABLEAU du PERSONNEL HU
des Facultés de Médecine de l'Université Paul Sabatier
au 1^{er} septembre 2013

Professeurs Honoraires

Doyen Honoraire	M. LAZORTES Y.	Professeur Honoraire	Mme PUEL J.
Doyen Honoraire	M. CHAP H.	Professeur Honoraire	M. GOUZI
Professeur Honoraire	M. COMMANAY	Professeur Honoraire associé	M. DUTAU
Professeur Honoraire	M. CLAUD	Professeur Honoraire	M. PONTONNIER
Professeur Honoraire	M. ESCHAPASSE	Professeur Honoraire	M. PASCAL
Professeur Honoraire	Mme ENJALBERT	Professeur Honoraire	M. SALVADOR M.
Professeur Honoraire	M. GEDEON	Professeur Honoraire	M. BAYARD
Professeur Honoraire	M. PASQUIE	Professeur Honoraire	M. LEOPHONTE
Professeur Honoraire	M. RIBAUT	Professeur Honoraire	M. FABIE
Professeur Honoraire	M. SARRASIN	Professeur Honoraire	M. BARTHE
Professeur Honoraire	M. ARLET J.	Professeur Honoraire	M. CABARROT
Professeur Honoraire	M. RIBET	Professeur Honoraire	M. DUFFAUT
Professeur Honoraire	M. MONROZIES	Professeur Honoraire	M. ESCAT
Professeur Honoraire	M. DALOUS	Professeur Honoraire	M. ESCANDE
Professeur Honoraire	M. DUPRE	Professeur Honoraire	M. PRIS
Professeur Honoraire	M. FABRE J.	Professeur Honoraire	M. CATHALA
Professeur Honoraire	M. DUCOS	Professeur Honoraire	M. BAZEX
Professeur Honoraire	M. GALINIER	Professeur Honoraire	M. VIRENQUE
Professeur Honoraire	M. LACOMME	Professeur Honoraire	M. CARLES
Professeur Honoraire	M. BASTIDE	Professeur Honoraire	M. BONAFÉ
Professeur Honoraire	M. COTONAT	Professeur Honoraire	M. VAYSSE
Professeur Honoraire	M. DAVID	Professeur Honoraire	M. ESQUERRE
Professeur Honoraire	Mme DIDIER	Professeur Honoraire	M. GUITARD
Professeur Honoraire	M. GAUBERT	Professeur Honoraire	M. LAZORTES F.
Professeur Honoraire	M. GUILHEM	Professeur Honoraire	M. ROQUE-LATRILLE
Professeur Honoraire	Mme LARENG M.B.	Professeur Honoraire	M. CERENE
Professeur Honoraire	M. BES	Professeur Honoraire	M. FOURNIAL
Professeur Honoraire	M. BERNADET	Professeur Honoraire	M. HOFF
Professeur Honoraire	M. GARRIGUES	Professeur Honoraire	M. REME
Professeur Honoraire	M. REGNIER	Professeur Honoraire	M. FAUVEL
Professeur Honoraire	M. COMBELLES	Professeur Honoraire	M. FREXINOS
Professeur Honoraire	M. REGIS	Professeur Honoraire	M. CARRIERE
Professeur Honoraire	M. ARBUS	Professeur Honoraire	M. MANSAT M.
Professeur Honoraire	M. PUJOL	Professeur Honoraire	M. BARRET
Professeur Honoraire	M. ROCHICCIOLI	Professeur Honoraire	M. ROLLAND
Professeur Honoraire	M. RUMEAU	Professeur Honoraire	M. THOUVENOT
Professeur Honoraire	M. BESOMBES	Professeur Honoraire	M. CAHUZAC
Professeur Honoraire	M. GUIRAUD	Professeur Honoraire	M. RIBOT
Professeur Honoraire	M. SUC	Professeur Honoraire	M. DELSOL
Professeur Honoraire	M. VALDIGUIE	Professeur Honoraire	M. ABBAL
Professeur Honoraire	M. BOUNHOURE	Professeur Honoraire	M. DURAND
Professeur Honoraire	M. PONTONNIER	Professeur Honoraire	M. DALY-SCHWEITZER
Professeur Honoraire	M. CARTON	Professeur Honoraire	M. RAILHAC

Professeurs Émérites

Professeur JUSKIEWENSKI	Professeur JL. ADER
Professeur LARROUY	Professeur Y. LAZORTES
Professeur ALBAREDE	Professeur L. LARENG
Professeur CONTÉ	Professeur F. JOFFRE
Professeur MURAT	Professeur J. CORBERAND
Professeur MANELFE	Professeur B. BONEU
Professeur LOUVET	Professeur H. DABERNAT
Professeur SARRAMON	Professeur M. BOCCALON
Professeur CARATERO	Professeur B. MAZIERES
Professeur GUIRAUD-CHAUMEIL	Professeur E. ARLET-SUAU
Professeur COSTAGLIOLA	Professeur J. SIMON

P.U. - P.H. Classe Exceptionnelle et 1ère classe		P.U. - P.H. 2ème classe	
M. ADOUE D.	Médecine Interne, Gériatrie	Mme BEYNE-RAUZY O.	Médecine Interne
M. AMAR J.	Thérapeutique	M. BIRMES Ph.	Psychiatrie
M. ARNE J.L. (C.E)	Ophthalmologie	M. BROUCHET L.	Chirurgie thoracique et cardio-vascul
M. ATTAL M. (C.E)	Hématologie	M. BUREAU Ch	Hépatogastro-Entéro
M. AVET-LOISEAU H	Hématologie, transfusion	M. CALVAS P.	Génétique
M. BLANCHER A.	Immunologie (option Biologique)	M. CARRERE N.	Chirurgie Générale
M. BONNEVILLE P.	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie.	Mme CASPER Ch.	Pédiatrie
M. BOSSAVY J.P.	Chirurgie Vasculaire	M. CHAIX Y.	Pédiatrie
M. BRASSAT D.	Neurologie	Mme CHARPENTIER S.	Thérapeutique, méd. d'urgence, addict
M. BROUSSET P. (C.E)	Anatomie pathologique	M. COGNARD C.	Neuroradiologie
M. BUGAT R. (C.E)	Cancérologie	M. DE BOISSEZON X.	Médecine Physique et Réadapt Fonct.
M. CARRIE D.	Cardiologie	M. FOURCADE O.	Anesthésiologie
M. CHAP H. (C.E)	Biochimie	M. FOURNIE B.	Rhumatologie
M. CHAUVEAU D.	Néphrologie	M. FOURNIÉ P.	Ophthalmologie
M. CHOLLET F. (C.E)	Neurologie	M. GEERAERTS T.	Anesthésiologie et réanimation chir.
M. CLANET M. (C.E)	Neurologie	Mme GENESTAL M.	Réanimation Médicale
M. DAHAN M. (C.E)	Chirurgie Thoracique et Cardiaque	M. LAROCHE M.	Rhumatologie
M. DEGUINE O.	O. R. L.	M. LAUWERS F.	Anatomie
M. DUCOMMUN B.	Cancérologie	M. LEOBON B.	Chirurgie Thoracique et Cardiaque
M. FERRIERES J.	Epidémiologie, Santé Publique	M. MAZIERES J.	Pneumologie
M. FRAYSSE B. (C.E)	O.R.L.	M. MOLINIER L.	Epidémiologie, Santé Publique
M. IZOPET J. (C.E)	Bactériologie-Virologie	M. PARANT O.	Gynécologie Obstétrique
Mme LAMANT L.	Anatomie Pathologique	M. PARIENTE J.	Neurologie
M. LANG T.	Biostatistique Informatique Médicale	M. PATHAK A.	Pharmacologie
M. LANGIN D.	Nutrition	M. PAUL C.	Dermatologie
M. LAUQUE D.	Médecine Interne	M. PAYOUX P.	Biophysique
M. LIBLAU R.	Immunologie	M. PAYRASTRE B.	Hématologie
M. MAGNAVAL J.F.	Parasitologie	M. PORTIER G.	Chirurgie Digestive
M. MALAUDA B.	Urologie	M. PERON J.M.	Hépatogastro-Entérologie
M. MANSAT P.	Chirurgie Orthopédique	M. RECHER Ch.	Hématologie
M. MARCHOU B.	Maladies Infectieuses	M. RONCALLI J.	Cardiologie
M. MONROZIES X.	Gynécologie Obstétrique	M. SANS N.	Radiologie
M. MONTASTRUC J.L. (C.E)	Pharmacologie	Mme SELVES J.	Anatomie et cytologie pathologiques
M. MOSCOVICI J.	Anatomie et Chirurgie Pédiatrique	M. SOL J-Ch.	Neurochirurgie
Mme MOYAL E.	Cancérologie		
Mme NOURHASHEMI F.	Gériatrie		
M. OLIVES J.P. (C.E)	Pédiatrie		
M. OSWALD E.	Bactériologie-Virologie		
M. PARINAUD J.	Biol. Du Dévelop. et de la Reprod.		
M. PERRET B (C.E)	Biochimie	P.U.	
M. POURRAT. J	Néphrologie	M. OUSTRIC S.	Médecine Générale
M. PRADERE B.	Chirurgie générale		
M. QUERLEU D (C.E)	Cancérologie		
M. RASCOL O.	Pharmacologie		
M. RISCHMANN P. (C.E)	Urologie		
M. RIVIERE D. (C.E)	Physiologie		
M. SALES DE GAUZY J.	Chirurgie Infantile		
M. SALLES J.P.	Pédiatrie		
M. SERRE G. (C.E)	Biologie Cellulaire		
M. TELMON N.	Médecine Légale		
M. VINEL J.P. (C.E)	Hépatogastro-Entérologie		

P.U. - P.H. Classe Exceptionnelle et 1ère classe		P.U. - P.H. 2ème classe	
M. ACAR Ph.	Pédiatrie	M. ACCADBLE F.	Chirurgie Infantile
M. ALRIC L.	Médecine Interne	Mme ANDRIEU S.	Epidémiologie
M. ARLET Ph. (C.E)	Médecine Interne	M. ARBUS Ch.	Psychiatrie
M. ARNAL J.F.	Physiologie	M. BERRY A.	Parasitologie
Mme BERRY I.	Biophysique	M. BONNEVILLE F.	Radiologie
M. BOUTAULT F. (C.E)	Stomatologie et Chirurgie Maxillo-Faciale	M. BROUCHET L.	Chir. Thoracique et cardio-vasculaire
M. BUSCAIL L.	Hépatogastro-Entérologie	M. BUJAN L.	Uro-Andrologie
M. CANTAGREL A.	Rhumatologie	Mme BURA-RIVIERE A.	Médecine Vasculaire
M. CARON Ph. (C.E)	Endocrinologie	M. CHAYNES P.	Anatomie
M. CHAMONTIN B. (C.E)	Thérapeutique	M. CHAUFOUR X.	Chirurgie Vasculaire
M. CHAVOIN J.P. (C.E)	Chirurgie Plastique et Reconstructive	M. CONSTANTIN A.	Rhumatologie
M. CHIRON Ph.	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie	M. DELOBEL P.	Maladies Infectieuses
Mme COURTADE SAIDI M.	Histologie Embryologie	M. COURBON	Biophysique
M. DELABESSE E.	Hématologie	M. DAMBRIN C.	Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire
Mme DELISLE M.B. (C.E)	Anatomie Pathologie	M. DE BOISSEZON X.	Médecine Physique et Réadaptation
M. DIDIER A.	Pneumologie	M. DECRAMER S.	Pédiatrie
M. ESCOURROU J. (C.E)	Hépatogastro-Entérologie	M. DELORD JP.	Cancérologie
M. FOURTANIER G. (C.E)	Chirurgie Digestive	M. ELBAZ M.	Cardiologie
M. GALINIER M.	Cardiologie	M. GALINIER Ph.	Chirurgie Infantile
M. GERAUD G.	Neurologie	M. GARRIDO-STÓWHAS I.	Chirurgie Plastique
M. GLOCK Y.	Chirurgie Cardio-Vasculaire	Mme GOMEZ-BROUCHET A.	Anatomie Pathologique
M. GRAND A. (C.E)	Epidémiol. Eco. de la Santé et Prévention	M. GOURDY P.	Endocrinologie
Mme HANAIRE H.	Endocrinologie	M. GROLEAU RAOUX J.L.	Chirurgie plastique
M. LAGARRIGUE J. (C.E)	Neurochirurgie	Mme GUIMBAUD R.	Cancérologie
M. LARRUE V.	Neurologie	M. HUYGHE E.	Urologie
M. LAURENT G. (C.E)	Hématologie	M. KAMAR N.	Néphrologie
M. LEVADE T.	Biochimie	M. LAFOSSE JM.	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie
M. MALECAZE F. (C.E)	Ophthalmologie	M. LEGUEVAQUE P.	Chirurgie Générale et Gynécologique
Mme MARTY N.	Bactériologie Virologie Hygiène	M. MARQUE Ph.	Médecine Physique et Réadaptation
M. MASSIP P.	Maladies Infectieuses	Mme MAZEREEUW J.	Dermatologie
M. PESSEY J.J. (C.E)	O. R. L.	M. MINVILLE V.	Anesthésiologie Réanimation
M. PLANTE P.	Urologie	M. MUSCARI F.	Chirurgie Digestive
M. RAYNAUD J-Ph.	Psychiatrie Infantile	M. OTAL Ph.	Radiologie
M. REME J.M.	Gynécologie-Obstétrique	M. ROLLAND Y.	Gériatrie
M. RITZ P.	Nutrition	M. ROUX F.E.	Neurochirurgie
M. ROCHE H. (C.E)	Cancérologie	M. SAILLER L.	Médecine Interne
M. ROSTAING L (C.E).	Néphrologie	M. SOULAT J.M.	Médecine du Travail
M. ROUGE D. (C.E)	Médecine Légale	M. TACK I.	Physiologie
M. ROUSSEAU H.	Radiologie	M. VAYSSIERE Ch.	Gynécologie Obstétrique
M. SALVAYRE R. (C.E)	Biochimie	M. VERGEZ S.	O.R.L.
M. SAMII E K. (C.E)	Anesthésiologie Réanimation	Mme URO-COSTE E.	Anatomie Pathologique
M. SCHMITT L. (C.E)	Psychiatrie		
M. SENARD J.M.	Pharmacologie		
M. SERRANO E. (C.E)	O. R. L.		
M. SOULIE M.	Urologie		
M. SUC B.	Chirurgie Digestive		
Mme TAUBER M.T.	Pédiatrie		
M. VELLAS B. (C.E)	Gériatrie		

Professeur Associé de Médecine Générale
Dr VIDAL M.
Professeur Associé en O.R.L.
WOISARD V.

M.C.U. - P.H.		M.C.U. - P.H	
M. APOIL P. A	Immunologie	Mme ABRAVANEL F.	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme ARNAUD C.	Epidémiologie	Mme ARCHAMBAUD M.	Bactériologie Virologie Hygiène
M. BIETH E.	Génétique	M. BES J.C.	Histologie - Embryologie
Mme BONGARD V.	Epidémiologie	M. CAMBUS J.P.	Hématologie
Mme CASPAR BAUGUIL S.	Nutrition	Mme CANTERO A.	Biochimie
Mme CASSAING S.	Parasitologie	Mme CARFAGNA L.	Pédiatrie
Mme CONCINA D.	Anesthésie-Réanimation	Mme CASSOL E.	Biophysique
M. CONGY N.	Immunologie	Mme CAUSSE E.	Biochimie
M. CORRE J.	Hématologie	M. CHASSAING N	Génétique
Mme COURBON	Pharmacologie	Mme CLAVE D.	Bactériologie Virologie
Mme DAMASE C.	Pharmacologie	M. CLAVEL C.	Biologie Cellulaire
Mme de GLISEZENSKY I.	Physiologie	Mme COLLIN L.	Cytologie
Mme DELMAS C.	Bactériologie Virologie Hygiène	M. CORRE J.	Hématologie
Mme DE-MAS V.	Hématologie	M. DEDOUIT F.	Médecine Légale
M. DUBOIS D.	Bactériologie Virologie Hygiène	M. DELPLA P.A.	Médecine Légale
Mme DUGUET A.M.	Médecine Légale	M. EDOUARD T	Pédiatrie
Mme DULY-BOUHANICK B.	Thérapeutique	Mme ESQUIROL Y.	Médecine du travail
M. DUPUI Ph.	Physiologie	Mme ESCOURROU G.	Anatomie Pathologique
Mme FAUVEL J.	Biochimie	Mme GALINIER A.	Nutrition
Mme FILLAUX J.	Parasitologie	Mme GARDETTE V.	Epidémiologie
M. GANTET P.	Biophysique	M. GASQ D.	Physiologie
Mme GENNERO I.	Biochimie	Mme GRARE M.	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme GENOUX A.	Biochimie et biologie moléculaire	Mme GUILBEAU-FRUGIER C.	Anatomie Pathologique
M. HAMDI S.	Biochimie	Mme INGUENEAU C.	Biochimie
Mme HITZEL A.	Biophysique	M. LAHARRAGUE P.	Hématologie
M. IRIART X.	Parasitologie et mycologie	M. LEANDRI R.	Biologie du dével. et de la reproduction
M. JALBERT F.	Stomato et Maxillo Faciale	M. LEPAGE B.	Biochimie
M. KIRZIN S	Chirurgie générale	M. MARCHEIX B.	Chirurgie Cardio Vasculaire
Mme LAPEYRE-MESTRE M.	Pharmacologie	Mme MAUPAS F.	Biochimie
M. LAURENT C.	Anatomie Pathologique	M. MIEUSSET R.	Biologie du dével. et de la reproduction
Mme LE TINNIER A.	Médecine du Travail	Mme PERIQUET B.	Nutrition
M. LOPEZ R.	Anatomie	Mme PRADDAUDE F.	Physiologie
M. MONTOYA R.	Physiologie	M. RIMAILHO J.	Anatomie et Chirurgie Générale
Mme MOREAU M.	Physiologie	M. RONGIERES M.	Anatomie - Chirurgie orthopédique
Mme NOGUEIRA M.L.	Biologie Cellulaire	Mme SOMMET A.	Pharmacologie
M. PILLARD F.	Physiologie	M. TKACZUK J.	Immunologie
Mme PRERE M.F.	Bactériologie Virologie	M. VALLET P.	Physiologie
Mme PUISSANT B.	Immunologie	Mme VEZZOSI D.	Endocrinologie
Mme RAGAB J.	Biochimie		
Mme RAYMOND S.	Bactériologie Virologie Hygiène		
Mme SABOURDY F.	Biochimie		
Mme SAUNE K.	Bactériologie Virologie		
M. SOLER V.	Ophthalmologie		
M. TAFANI J.A.	Biophysique		
M. TREINER E.	Immunologie		
Mme TREMOLLIÈRES F.	Biologie du développement		
M. TRICOIRE J.L.	Anatomie et Chirurgie Orthopédique	M. BISMUTH S.	M.C.U. Médecine Générale
M. VINCENT C.	Biologie Cellulaire	Mme ROUGE-BUGAT ME	Médecine Générale

Maîtres de Conférences Associés de Médecine Générale

Dr STILLMUNKES A.
Dr BRILLAC Th.
Dr ABITTEBOUL Y.

Dr ESCOURROU B.
Dr BISMUTH M.
Dr BOYER P.
Dr ANE S.

REMERCIEMENTS :

A Monsieur le Professeur OUSTRIC Stéphane, Professeur des Universités de Médecine Générale.

Nous vous remercions de l'honneur que vous nous faites en présidant notre jury de thèse. Veuillez recevoir ici l'expression de nos sincères remerciements.

A Monsieur le Professeur POUTRAIN Jean-Christophe, Professeur associé de Médecine Générale.

Veuillez accepter tous nos remerciements pour votre participation à ce jury. Nous vous exprimons notre sincère reconnaissance.

A Monsieur le Professeur MESTHE Pierre, Professeur associé de Médecine Générale.

Nous vous remercions de bien vouloir juger notre travail. Veuillez trouver ici l'expression de notre sincère gratitude.

A Madame le Docteur ESCOURROU Brigitte, Maître de Conférences associés de Médecine Générale.

Veuillez accepter toute notre reconnaissance pour votre présence dans ce jury. Nous vous exprimons notre plus grand respect.

A Monsieur le Docteur BISMUTH Michel, Maître de Conférences associés de Médecine Générale.

Vous m'avez fait l'honneur de bien vouloir assurer la direction de cette thèse, je vous remercie pour votre soutien, la pertinence de vos conseils, votre grande disponibilité et votre patience. Merci aussi d'avoir été mon tuteur et de m'avoir épaulée dans mes projets associatifs.

A mon Papy. Je voudrai venir te réveiller de ta sieste, comme toujours quand l'ombre sera parvenue à l'herbe... Je me contente de te savoir au milieu de tes roses, là-haut. J'espère que tu es fier de moi.

A mes parents. **A ma mère** qui sait rendre les éclipses de la vie inoubliables et amusantes. Merci de m'avoir toujours poussée vers le meilleur. **A Dada** qui, à chaque Noël, perpétue la tradition surréaliste de ce calendrier. Merci d'avoir toujours fait en sorte que je puisse me consacrer à mes études. Maman, Papa, je vous aime.

Aux familles D. et P. du Languedoc qui sont mes familles de cœur.

A mes deux escarpins Haute-Couture, avec qui j'ai partagé toutes les péripéties de nos débuts dans le monde des adultes, à l'ombre bienveillante du vieux mûrier... **Louise**, la douce pragmatique, merci pour les interminables cafés et les regards entendus à la BU. Merci d'avoir partagé mes larmes et mes rires, d'avoir su me ramener à la réalité tout en respectant mes rêves. **Hélène**, la tendre rêveuse, merci pour toutes ces soirées partagées et pour ces longues discussions sur ce banc dans le square. Tu as su me rassurer tant de fois. Vous êtes des Amies (oui avec un « A ») en platine (car l'or c'est surfait !). Je vous souhaite le meilleur.

A Lydia, ma « co-thésarde » (avec qui on peut discuter comme des adolescentes assises sous le perron rue de la Providence), qui m'a assuré à l'escalade et m'a rassurée tout court aussi. Lydia, cette année a été chère en sushis et en place de rugby mais riche en soirées, en heures travaillées et surtout en amitié.

A Mathilde avec qui j'ai écouté 300 millions de fois « shiver ». **A Tatiana.** A vous deux, à tous ces souvenirs, à notre soirée post ECN. **A Marie** qui, non, n'a pas fait cardiologie mais a un cœur en or avec une pointe de sel.

Aux 3 Présidents de l'AIMG-MP dont j'ai été la secrétaire et qui sont maintenant des amis. **Estelle**, avec laquelle nous avons un amour ravagé pour les ballets et les fous rires irrationnels. Merci pour ces inoubliables road trip pour aller aux C.A. **Mathilde**, avec laquelle je partage le goût des dressings classieux et bien remplis. Longue vie à ta famille. **Mathieu** que j'ai retrouvé dans la ville rose et avec qui nous rigolons toujours autant.

Au reste de l'AIMG-MP, **Benoît, Arnaud, Anaïs, Lucie, Claudie et Bastien, Mathilde**.

A mes 3 « moches ». Tant de souvenirs avant que nous nous retrouvions aux 4 coins de l'hexagone.

Aux belles rencontres qui me font danser la vie : **Guillaume, Nadim, Marie et Paul, Emilie, Olivier, Charles**.

Aux personnes qui sont dans mon cœur.

Aux « gîtous » et cie : **Arlande et Pierre, Joy et Vincent, Pauline et Vincent, Anne-Laure et Antoine, Emilie et Jean-Hugues**. J'ai envie de dire « para-para-paradise ». Vous n'écoutez plus jamais Lana par hasard...

Merci à tous les Médecins et équipes avec qui j'ai partagé ces 6 semestres d'internat et notamment à ceux de St Gaudens avec qui j'ai ouvert et refermé le bal de l'internat.

Au Docteur F. Loup, merci de ce stage passé à vos côtés. J'espère avoir un jour aussi ce juste équilibre que vous avez su trouvé.

TABLE DES MATIERES

GLOSSAIRE : 3

I-INTRODUCTION : 4

II- METHODE : 6

III- RESULTATS : 7

A- Résultats généraux : 7

1. Taux de participation : 7

2. Répartition géographique : 7

3. Répartition hommes/femmes : 9

B- Résultats semestriels : 10

1. Semestre 1 de novembre 2011-avril 2012 : 12

2. Semestre 2 de mai 2012-octobre 2012 : 14

3. Semestre 3 de novembre 2012-avril 2013 : 16

C- Résultats globaux des 3 semestres de l'étude : 18

IV- DISCUSSION : 20

A- Forces de notre étude : 20

- 1. Le déroulement de la consultation : 21**
- 2. Les compétences fondamentales : 22**
- 3. L'information au patient et la prise en compte de ses préférences : 23**
- 4. La délivrance de documents administratifs et réglementaires: 25**
- 5. Le dépistage et l'éducation à la santé : 26**
- 6. La prise en compte des spécificités du bassin de santé : 27**

B- Les faiblesses de notre étude : 28

C- Les futurs travaux à effectuer : 30

V- CONCLUSION : 31

BIBLIOGRAPHIE : 33

ANNEXES : 37

ABSTRACT : 42

GLOSSAIRE :

AEP : Atelier d'Echanges Pratiques

AIMG-MP : Association des Internes en Médecine Générale de la région Midi-Pyrénées

ANEMF : Association Nationale des Etudiants en Médecine de France

CERFA : Centre d'Enregistrement et de Révision des Formulaires Administratifs

CNGE : Conseil National des Généralistes Enseignants

CPAM : Caisse Primaire d'Assurance Maladie

DCEM/TCEM : Deuxième/Troisième Cycle des Etudes Médicales

DES : Diplôme d'Etudes Spécialisées

DREES : Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques

DUMG-MP : Département Universitaire de Médecine Générale de la région Midi-Pyrénées

EBM : Evidence Based Medecine

ECN : Epreuves Classantes Nationales

ETP : Education Thérapeutique

IMG-MP : Interne de Médecine Générale de la région Midi-Pyrénées

IRDES : Institut Régional de Recherche et de Documentation en Economie de la Santé

IREPS : Institut Régional de l'Education et de la Promotion de la Santé

MSU : Maître de Stage des Universités

RSCA : Récit de Situation Complexe et Authentique

SASPAS : Stage Ambulatoire en Soins Primaires en Autonomie Supervisée

I- INTRODUCTION :

La loi du 9 août 2004 de l'Assurance Maladie (1) a mis en place le dispositif du médecin traitant qui demande à tous les assurés âgés de plus de 16 ans de choisir un médecin afin de coordonner leur parcours de soin. Cette loi place le médecin généraliste au centre du système de santé, en général et en soins primaires en particulier.

Sa formation doit donc être optimisée au cours des 3 ans du Diplôme d'Etudes Spécialisées (DES) de Médecine Générale.

La maquette de ce DES a été définie par l'Annexe V (2) de l'Arrêté du 22 septembre 2004 (3) qui a mis en place le DES de Médecine Générale.

Outre des enseignements théoriques, cette maquette met en place 6 stages obligatoires de 6 semestres chacun. Elle comporte un seul stage obligatoire en ambulatoire auprès d'un Maître de Stage des Universités (MSU) appelé stage chez le praticien de niveau 1.

A Toulouse, depuis la rentrée 2011, c'est en deuxième année du Troisième Cycle des Etudes Médicales (TCEM 2) que les Internes de Médecine Générale (IMG) doivent réaliser le stage auprès du praticien de niveau 1 (4), stage qui rentre dans le cadre d'un enseignement intégré.

ANNEXE 1 : Enseignements intégrés au stage chez le praticien de niveau 1.

Même si les IMG peuvent réaliser d'autres stages en ambulatoire en Midi-Pyrénées, de gynécologie-pédiatrie en TCEM 2 et un Stage Ambulatoire en Soins Primaires en Autonomie Supervisée (SASPAS) en TCEM 3 ; celui chez le praticien de niveau 1 est fondamental au sein du DES car il est le seul stage ambulatoire obligatoire pour tous les futurs médecins généralistes.

A l'issue de ce stage chez le praticien de niveau 1, l'interne est censé avoir acquis une autonomie professionnelle car il est désormais autorisé à effectuer des remplacements.

Sur le plan du contenu pédagogique, il n'existe pas d'objectif précis fixé sur le plan national concernant le stage chez le praticien de niveau 1. Il a simplement été proposé une démarche en 3 temps avec une phase d'observation, une phase de participation semi-active et une phase active sous la supervision du MSU (5).

Le Département Universitaire de Médecine Générale de la région Midi-Pyrénées (DUMG-MP) a donc proposé une évaluation des acquisitions des compétences des IMG-MP au cours de ce stage.

Ayant nous-même réalisé ce stage, nous nous sommes interrogés sur son évaluation, qui nous apparaissait fondamentale pour notre futur exercice.

L'objectif principal de notre étude a donc été d'évaluer les résultats d'une grille d'évaluation remplie par les MSU de la région Midi-Pyrénées au terme du stage chez le praticien de niveau 1.

Notre objectif secondaire était de proposer, si nécessaire, des évolutions dans l'évaluation de ce stage.

II- METHODE :

Nous avons réalisé une étude prospective sur les acquis des internes au cours du stage chez le praticien de niveau 1 à partir d'un questionnaire d'évaluation, rempli au cours du dernier mois de stage en ligne à l'aide du logiciel GOOGLE DOC. Ce questionnaire a été élaboré au cours d'un séminaire pédagogique par 20 MSU, en présence des représentants des internes, en tenant compte du Référentiel Métier et Compétences des Médecins Généralistes (6), du Guide de l'Entrevue Médicale Calgary-Cambridge (7) et du micro-séquençage de la consultation.

Il comprend 6 grands thèmes, découpés en plusieurs sous-items chacun (25 sous-items au total) :

- le déroulement de la consultation (8 sous-items),
- les compétences fondamentales (5 sous-items),
- la décision (4 sous-items),
- la prescription (3 sous-items),
- la coopération et la coordination (3 sous-items),
- le carnet de stages pratiques (2 sous-items). (8)

ANNEXE 2 : Questionnaire d'évaluation des IMG en stage chez le praticien niveau 1 en région Midi-Pyrénées.

Notre étude a porté sur 3 semestres. Elle a été menée sur les 8 départements de la région Midi-Pyrénées : Ariège (09), Aveyron (12), Haute-Garonne (31), Gers (32), Lot (46), Hautes-Pyrénées (65), Tarn (81) et Tarn et Garonne (82).

Nous avons saisi les données de l'étude et effectué son analyse sur le tableur EXCEL.

III- RESULTATS :

A-Résultats généraux :

1. Taux de participation :

Une moyenne de 73% des MSU a rempli cette grille (n=160) de novembre 2011 à avril 2013 : avec un taux de participation de 64% au premier trimestre (n=51), 79% au deuxième semestre (n=48) et de 74% au troisième semestre (n=61) .

2. Répartition géographique :

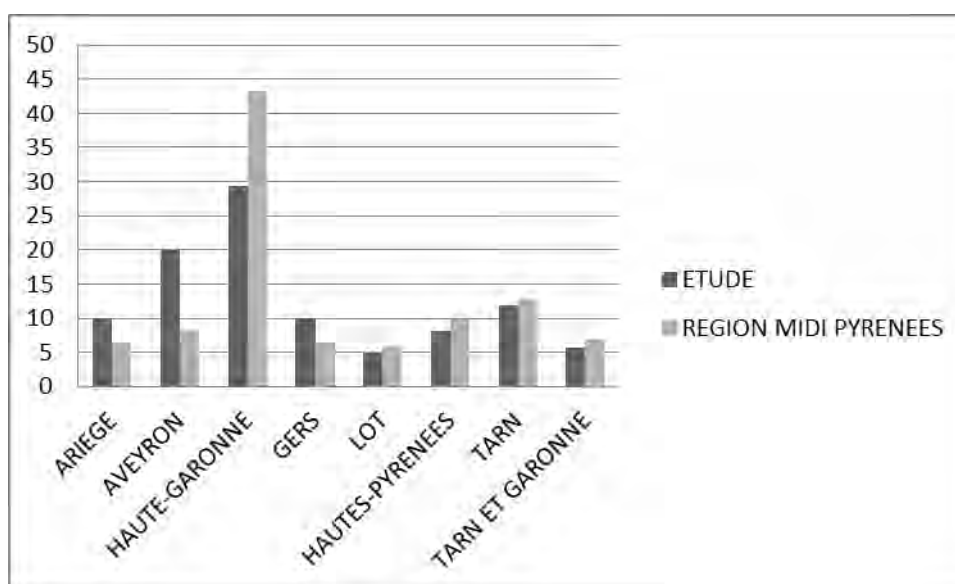
Notre étude a porté sur les 8 départements de la région Midi-Pyrénées.

	SEMESTRE 1	SEMESTRE 2	SEMESTRE 3	ENSEMBLE DE L'ETUDE
Ariège (09)	n=6 (11,8%)	n=5 (10,4%)	n=5 (8,2%)	n= 16 (10%)
Aveyron (12)	n=11 (21,6%)	n=8 (16,7%)	n=13 (21,3%)	n=32 (20%)
Haute-Garonne (31)	n=14 (27,4%)	n=14 (29,2%)	n=19 (31,2%)	n=47 (29,4%)
Gers (32)	n=4 (7,8%)	n=5 (10,4%)	n=7 (11,5%)	n=16 (10%)
Lot (46)	n=2 (3,9%)	n=3 (6,2%)	n=3 (4,9%)	n=8 (5%)
Hautes-Pyrénées (65)	n=5 (9,8%)	n=5 (10,4%)	n=3 (4,9%)	n=13 (8,1%)
Tarn (81)	n=6 (11,8%)	n=5 (10,4%)	n=8 (13,1%)	n=19 (11,9%)
Tarn et Garonne (82)	n=3 (5,9%)	n=3 (6,3%)	n=3 (4,9%)	n=9 (5,6%)

1. Répartition de notre étude sur l'ensemble de la région.

	SEMESTRE 1	SEMESTRE 2	SEMESTRE 3	ENSEMBLE DE L'ETUDE
Ariège (09)	86% (6/7)	83% (5/6)	71% (5/7)	80% (16/20)
Aveyron (12)	79% (11/14)	62% (8/13)	68% (13/19)	70% (32/46)
Haute-Garonne (31)	58% (14/24)	82% (14/17)	76% (19/25)	71% (47/66)
Gers (32)	57% (4/8)	100% (5/5)	100% (7/7)	80% (16/20)
Lot (46)	50% (2/4)	100% (3/3)	75% (3/4)	73% (8/11)
Hautes-Pyrénées (65)	83% (5/6)	83% (5/6)	50% (3/6)	72% (13/18)
Tarn (81)	75% (6/8)	71% (5/7)	89% (8/9)	79% (19/24)
Tarn et Garonne (82)	60% (3/5)	75% (3/4)	60% (3/5)	64% (9/14)

2. Pourcentages de réponses à notre étude en fonction du département.



3. Comparaisons de la répartition départementale des réponses à notre étude par rapport à la répartition des médecins généralistes en 2008 (9).

3. Répartition hommes/femmes :

	SEMESTRE 1	SEMESTRE 2	SEMESTRE 3	ENSEMBLE DE L'ETUDE
HOMMES	42 (82%)	38 (79%)	50 (82%)	130 (81,2%)
FEMMES	9 (18%)	10 (21%)	11 (18%)	30 (18,8%)

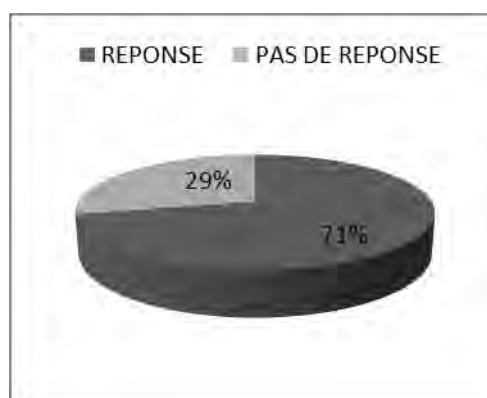
4. Répartition de notre étude en fonction du sexe.

	SEMESTRE 1	SEMESTRE 2	SEMESTRE 3
HOMMES	68% (42/62)	79% (38/48)	75% (50/67)
FEMMES	64% (9/14)	77% (10/13)	73% (11/15)

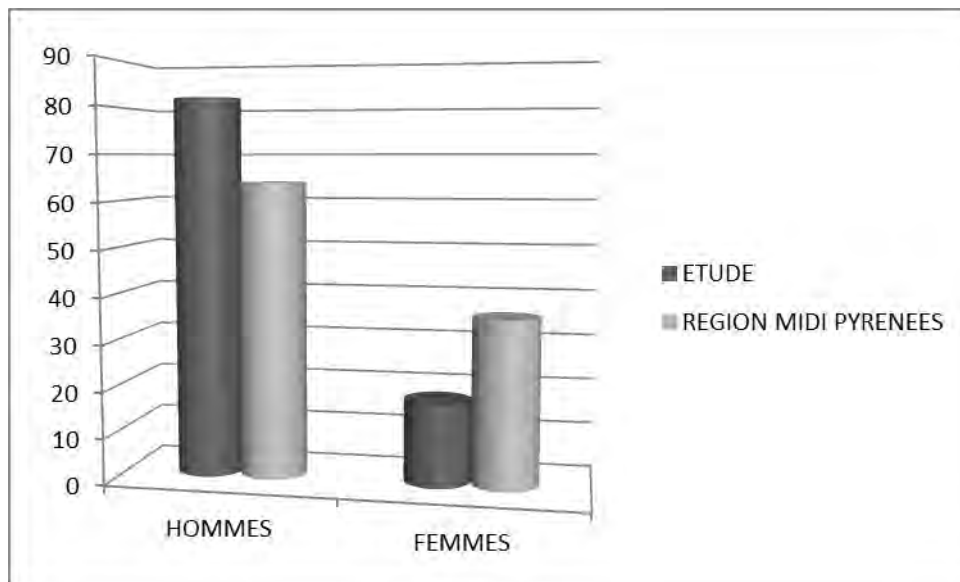
5. Pourcentages de réponses à notre étude en fonction du sexe.



6. Participation globale des hommes à notre étude.



7. Participation globale des femmes à notre étude.



8. Répartition en fonction du sexe des réponses à notre étude par rapport à la répartition réelle sur la région en 2008 (9).

B-Résultats semestriels :

Afin d'avoir une vision plus globale, nous avons mis en place des termes raccourcis des 25 items :

I. LE DEROULEMENT :

I1- ACCUEILLIR

I2- COMMENCER

I3- RECUEILLIR

I4- STRUCTURER

I5- DIAGNOSTIC

I6- PRISE EN CHARGE

I7- CONSENTEMENT

I8- CONCLURE

II. LES COMPETENCES FONDAMENTALES :

II1- DIAGNOSTIC GLOBAL

II2- PROJET THERAPEUTIQUE

II3- PREVENTION

II4- DEPISTAGE

II5- EDUCATION A LA SANTE

III. LA DECISION :

III1- DONNEES DE LA SCIENCE

III2- CIRCONSTANCES

III3- PREFERENCES

III4- RESSOURCES

IV. LA PRESCRIPTION :

IV1- THERAPEUTIQUE

IV2- EXAMENS COMPLEMENTAIRES

IV3- DOCUMENTS REGLEMENTAIRES

V. LA COOPERATION ET COORDINATION :

V1- COLLABORATION

V2- PARCOURS

V3- COORDONNER

VI. LE CARNET DE STAGES PRATIQUES :

VI1- SUPERVISION

VI2- PROGRESSION

9. Termes raccourcis mis en place pour les 25 items de notre évaluation.

1. Semestre 1 de novembre 2011- avril 2012 : (n=51)

<i>Le déroulement de la consultation</i>	NON ACQUIS	EN VOIE D'ACQUISITION	ACQUIS
I1- ACCUEILLIR	0 (0%)	1 (2%)	50 (98%)
I2- COMMENCER	0 (0%)	1 (2%)	50 (98%)
I3- RECUEILLIR	0 (0%)	2 (4%)	49 (96%)
I4- STRUCTURER	0 (0%)	12 (24%)	39 (76%)
I5- DIAGNOSTIC	0 (0%)	6 (12%)	45 (88%)
I6- PRISE EN CHARGE	0 (0%)	5 (10%)	46 (90%)
I7- CONSENTEMENT	0 (0%)	14 (27%)	37 (73%)
I8- CONCLURE	0 (0%)	5 (10%)	46 (90%)
<i>Les compétences fondamentales</i>			
II1- DIAGNOSTIC GLOBAL	0 (0%)	11 (22%)	40 (78%)
II2- PROJET THERAPEUTIQUE	0 (0%)	14 (27%)	37 (73%)
II3- PREVENTION	0 (0%)	14 (27%)	37 (73%)
II4- DEPISTAGE	0 (0%)	15 (29%)	36 (71%)
II5- EDUCATION A LA SANTE	0 (0%)	20 (39%)	31 (61%)

10. Réponses concernant le déroulement de la consultation et les compétences fondamentales au cours du premier semestre de notre étude.

<i>La décision</i>	NON ACQUIS	EN VOIE D'ACQUISITION	ACQUIS
III1- DONNEES SCIENCE	0 (0%)	11 (22%)	40 (78%)
III2- CIRCONSTANCES	0 (0%)	12 (24%)	39 (76%)
III3- PREFERENCES	0 (0%)	19 (37%)	32 (63%)
III4- RESSOURCES	1 (2%)	27 (53%)	23 (45%)
<i>La prescription</i>			
IV1- THERAPEUTIQUE	0 (0%)	18 (35%)	33 (65%)
IV2- EXAMENS COMPLEMENTAIRES	0 (0%)	2 (4%)	49 (96%)
IV3- DOCUMENTS REGLEMENTAIRES	0 (0%)	17 (33%)	34 (67%)
<i>La coopération et la coordination</i>			
V1- COLLABORATION	0 (0%)	8 (16%)	43 (84%)
V2- PARCOURS	1 (2%)	15 (29%)	35 (69%)
V3- COORDONNER	1 (2%)	14 (27%)	36 (71%)
<i>Le carnet de stages pratiques</i>	OUI	NON	
VII1-SUPERVISION	20 (39%)	31 (61%)	
VII2-PROGRESSION	37 (73%)	14 (27%)	

11. Réponses concernant la décision, la prescription, la coopération et la coordination ainsi que le carnet de stages pratiques au cours du premier semestre de notre étude.

2. Semestre 2 de mai 2012- octobre 2012 : (n=48)

<i>Le déroulement</i>	NON ACQUIS	EN VOIE D'ACQUISITION	ACQUIS
I1- ACCUEILLIR	0 (0%)	2 (4%)	46 (96%)
I2- COMMENCER	0 (0%)	0 (0%)	48 (100%)
I3- RECUEILLIR	0 (0%)	3 (6%)	45 (94%)
I4- STRUCTURER	1 (2%)	9 (19%)	38 (79%)
I5- DIAGNOSTIC	0 (0%)	9 (19%)	39 (81%)
I6- PRISE EN CHARGE	0 (0%)	6 (12%)	42 (88%)
I7- CONSENTEMENT	0 (0%)	12 (25%)	36 (75%)
I8- CONCLURE	0 (0%)	10 (21%)	38 (79%)
<i>Les compétences fondamentales</i>			
II1- DIAGNOSTIC GLOBAL	0 (0%)	13 (27%)	35 (73%)
II2- PROJET THERAPEUTIQUE	0 (0%)	15 (31%)	33 (69%)
II3- PREVENTION	0 (0%)	19 (40%)	29 (60%)
II4- DEPISTAGE	0 (0%)	11 (23%)	37 (77%)
II5- EDUCATION A LA SANTE	0 (0%)	18 (38%)	30 (62%)

12. Réponses concernant le déroulement de la consultation et les compétences fondamentales au cours du deuxième semestre de notre étude.

<i>La décision</i>	NON ACQUIS	EN VOIE D'ACQUISITION	ACQUIS
III1- DONNEES DE LA SCIENCE	1 (2%)	10 (21%)	37 (77%)
III2- CIRCONSTANCES	0 (0%)	8 (17%)	40 (83%)
III3- PREFERENCES	0 (0%)	24 (50%)	24 (50%)
III4- RESSOURCES	1 (2%)	15 (31%)	32 (67%)
<i>La prescription</i>			
IV1- THERAPEUTIQUE	1 (2%)	13 (27%)	34 (71%)
IV2- EXAMENS COMPLEMENTAIRES	0 (0%)	2 (4%)	46 (96%)
IV3- DOCUMENTS REGLEMENTAIRES	0 (0%)	13 (27%)	35 (73%)
<i>La coopération et la coordination</i>			
V1- COLLABORATION	1 (2%)	6 (13%)	41 (85%)
V2- PARCOURS	0 (0%)	17 (35%)	31 (65%)
V3- COORDONNER	0 (0%)	15 (31%)	33 (69%)
<i>Le carnet de stages pratiques</i>	OUI	NON	
VI1- SUPERVISION	7 (15%)	41 (85%)	
VI2- PROGRESSION	22 (46%)	26 (54%)	

13. Réponses concernant la décision, la prescription, la coopération et la coordination, ainsi que le carnet de stages pratiques au cours du deuxième semestre de notre étude.

3. Semestre 3 de novembre 2012- avril 2013 : (n=61)

<i>Le déroulement</i>	NON ACQUIS	EN VOIE D'ACQUISITION	ACQUIS
I1- ACCUEILLIR	0 (0%)	1 (2%)	60 (98%)
I2- COMMENCER	0 (0%)	0 (0%)	61 (100%)
I3- RECUEILLIR	0 (0%)	2 (3%)	59 (97%)
I4- STRUCTURER	0 (0%)	11 (18%)	50 (82%)
I5- DIAGNOSTIC	0 (0%)	7 (11%)	54 (89%)
I6- PRISE EN CHARGE	0 (0%)	7 (11%)	54 (89%)
I7- CONSENTEMENT	0 (0%)	11 (18%)	50 (82%)
I8- CONCLURE	0 (0%)	11 (18%)	50 (82%)
<i>Les compétences fondamentales</i>			
II1- DIAGNOSTIC GLOBAL	0 (0%)	8 (13%)	53 (87%)
II2- PROJET THERAPEUTIQUE	0 (0%)	20 (33%)	41 (67%)
II3- PREVENTION	0 (0%)	18 (30%)	43 (70%)
II4- DEPISTAGE	0 (0%)	16 (26%)	45 (74%)
II5- EDUCATION A LA SANTE	1 (2%)	17 (28%)	43 (70%)

14. Réponses concernant le déroulement de la consultation et les compétences fondamentales au cours du troisième semestre de notre étude.

<i>La décision</i>	NON ACQUIS	EN VOIE D'ACQUISITION	ACQUIS
III1- DONNEES DE LA SCIENCE	0 (0%)	8 (13%)	53 (87%)
III2- CIRCONSTANCES	0 (0%)	11 (18%)	50 (82%)
III3- PREFERENCES	0 (0%)	31 (51%)	30 (49%)
III4- RESSOURCES	0 (0%)	28 (46%)	33 (54%)
<i>La prescription</i>			
IV1- THERAPEUTIQUE	0 (0%)	19 (31%)	42 (69%)
IV2- EXAMENS COMPLEMENTAIRES	0 (0%)	4 (7%)	57 (93%)
IV3- DOCUMENTS REGLEMENTAIRES	0 (0%)	15 (25%)	46 (75%)
<i>La coopération et la coordination</i>			
V1- COLLABORATION	0 (0%)	6 (10%)	55 (90%)
V2- PARCOURS	0 (0%)	26 (43%)	35 (57%)
V3- COORDONNER	0 (0%)	19 (31%)	42 (69%)
<i>Le carnet de stages pratiques</i>	OUI	NON	
VI1- SUPERVISION	11 (18%)	50 (82%)	
VI2- PROGRESSION	19 (31%)	42 (69%)	

15. Réponses concernant la décision, la prescription, la coopération et la coordination, ainsi que le carnet de stages pratiques au cours du troisième semestre de notre étude.

C- Résultats globaux sur les 3 semestres de l'étude : (n=160)

<i>Le déroulement</i>	NON ACQUIS	EN VOIE D'ACQUISITION	ACQUIS
I1- ACCUEILLIR	0 (0%)	4 (2,5%)	156 (97,5%)
I2- COMMENCER	0 (0%)	1 (0,6%)	159 (99,4%)
I3- RECUEILLIR	0 (0%)	7 (4,4%)	153 (95,6%)
I4- STRUCTURER	1 (0,6%)	32 (20%)	127 (79,4%)
I5- DIAGNOSTIC	0 (0%)	22 (13,8%)	138 (86,2%)
I6- PRISE EN CHARGE	0 (0%)	18 (11,2%)	142 (88,8%)
I7- CONSENTEMENT	0 (0%)	37 (23,1%)	123 (76,9%)
I8- CONCLURE	0 (0%)	26 (16,2%)	134 (83,8%)
<i>Les compétences fondamentales</i>			
II1- DIAGNOSTIC GLOBAL	0 (0%)	32 (20%)	128 (80%)
II2- PROJET THERAPEUTIQUE	0 (0%)	49 (30,6%)	111 (69,4%)
II3- PREVENTION	0 (0%)	51 (31,9%)	109 (68,1%)
II4- DEPISTAGE	0 (0%)	42 (26,2%)	118 (73,8%)
II5- EDUCATION A LA SANTE	1 (0,6%)	55 (34,4%)	104 (65%)

16. Réponses concernant le déroulement de la consultation et les compétences fondamentales au cours de l'ensemble de notre étude.

<i>La décision</i>	NON ACQUIS	EN VOIE D'ACQUISITION	ACQUIS
III1- DONNEES DE LA SCIENCE	1 (0,6%)	29 (18,1%)	130 (81,3%)
III2- CIRCONSTANCES	0 (0%)	31 (19,4%)	129 (80,6%)
III3- PREFERENCES	0 (0%)	74 (46,3%)	86 (53,7%)
III4- RESSOURCES	2 (1%)	70 (44%)	88 (55%)
<i>La prescription</i>			
IV1- THERAPEUTIQUE	1 (0,6%)	50 (31,3%)	109 (68,1%)
IV2- EXAMENS COMPLEMENTAIRES	0 (0%)	8 (5%)	152 (95%)
IV3- DOCUMENTS REGLEMENTAIRES	0 (0%)	45 (28,1%)	115 (71,9%)
<i>La coopération et la collaboration</i>			
V1- COLLABORATION	1 (0,6%)	20 (12,5%)	139 (86,9%)
V2- PARCOURS	1 (0,6%)	58 (36,3%)	101 (63,1%)
V3- COORDONNER	1 (0,6%)	48 (30%)	111 (69,4%)
<i>Le carnet de stages pratiques</i>	OUI	NON	
VI1- SUPERVISION	38 (23,7%)	122 (76,3%)	
VI2- PROGRESSION	78 (48,8%)	82 (51,2%)	

17. Réponses concernant la décision, la prescription, la coordination et la collaboration, ainsi que le carnet de stages pratiques au cours de l'ensemble de notre étude.

IV-DISCUSSION :

Nous discuterons des résultats moyens de notre étude car l'évaluation de chaque semestre est globalement superposable.

A-Force de notre étude :

Au sein des facultés de Médecine françaises, de nombreuses grilles d'évaluation pour les internes chez le praticien de niveau 1 existent afin de permettre la validation ou non du semestre de stage (10).

Néanmoins notre travail est original car, à notre connaissance, il n'existe pas d'étude publiée sur le niveau d'acquisition des compétences au cours de ce premier stage ambulatoire au sein d'une population d'internes.

L'effectif important et la bonne répartition géographique au sein de toute la région permettent à notre étude d'avoir une bonne représentativité et montre également une bonne mobilisation des MSU sur le sujet (73% de réponses).

Notre travail montre que ce stage de niveau 1 en soins primaires est une phase incontournable de la formation. Il montre aussi les limites de ce stage dont la durée n'est que de 6 mois.

Ce stage permet d'être confronté aux spécificités de l'exercice de la médecine générale avant notamment de débiter les remplacements.

Notre étude met en lumière certaines acquisitions maîtrisées comme la communication, la prescription des examens complémentaires, la pose d'un diagnostic ou le remplissage de documents administratifs.

Mais elle met aussi le doigt sur la difficulté à maîtriser sur une durée de 6 mois certaines situations plus techniques comme le parcours de soins, la prescription de thérapeutiques ou encore le recueil du consentement du patient au sein du colloque singulier (11).

1. Le déroulement de la consultation :

Les MSU considèrent très largement que les internes savent accueillir le patient, amorcer la consultation ainsi que recueillir le motif de consultation.

Ce sont des compétences dont l'acquisition est amorcée dès l'externat mais également pendant les autres stages hospitaliers réalisés en TCEM1. En effet, dès la quatrième année, l'étudiant en médecine est confronté au patient. Il a dû se présenter de multiples fois, a appris à mener l'interrogatoire afin d'identifier le ou les motifs d'hospitalisation. Les techniques de communication sont donc déjà utilisées et il semble que les internes s'accommodent assez rapidement de la maîtrise de ces techniques adaptées au contexte de la médecine générale.

Cependant, dès que des éléments plus techniques doivent être abordés, les internes mettent plus de temps à les maîtriser que les 6 mois du stage: par exemple l'organisation de la consultation.

Ceci peut trouver une explication dans le fait qu'une consultation en ambulatoire a une structure très spécifique. A l'hôpital, le temps n'est pas réellement plafonné. En libéral, de nombreuses contraintes existent et elles doivent être intégrées à un temps de consultation limité. En effet, 70% des consultations d'un médecin généraliste dure entre 10 et 20 minutes selon les résultats d'une étude de la DREES (Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques) en avril 2006 (12). A cela se rajoute un certain nombre de situations à gérer comme la « pression de la salle d'attente », les « urgences », le parasitage de la consultation par les appels téléphoniques... Les IMG prennent aussi conscience que dans ce mode libéral, revoir les patients est possible pour gérer par exemple les autres motifs de consultations. Dès lors, ils comprennent qu'ils doivent structurer la consultation et hiérarchiser les demandes des patients.

Les MSU jugent souvent les internes en difficulté pour conclure la consultation.

Nous pouvons expliquer ce phénomène par le manque d'assurance des internes qui sont observés par leur maître de stage ou tout simplement qui ont la volonté de ne rien oublier. Conclure une consultation nécessite également de connaître le patient et aussi d'avoir

confiance en sa propre prise en charge médicale afin de répondre à ses attentes et de le convaincre de la nécessité d'une bonne observance. L'assurance du futur professionnel de santé se construit progressivement au fur et à mesure de ses expériences. Cette maîtrise prend du temps et la durée du stage est probablement trop courte pour acquérir parfaitement ces compétences.

2. Les compétences fondamentales :

Les MSU ont évalués un bon niveau d'acquisition en ce qui concerne les compétences des étudiants pour le diagnostic, son application et la proposition des examens complémentaires. Leur décision semble de plus bien appuyée sur les données de la science et sur le contexte clinique.

Cette compétence a été acquise tout au long des années d'études par les enseignements théoriques des facultés de Médecine. Au fur et à mesure de l'avancée de leurs études, ils doivent aussi apprendre à émettre des hypothèses diagnostiques et à proposer une prise en charge.

Notre étude montre par ailleurs que les internes parviennent aussi très bien à mettre en place un projet thérapeutique adapté au patient. Ils sont confrontés à des situations particulières entraînant des adaptations de la décision dans ce contact direct avec le patient à travers ce colloque singulier (11).

Les IMG ont de très bonnes compétences en matière de prescription d'examens complémentaires. Ceci est dû aux enseignements reçus pendant l'externat. Les internes, avant d'accéder au DES de Médecine Générale, ont dû passer les ECN (Epreuves Classantes Nationales). Le passage des ENC nécessite de bonnes connaissances théoriques notamment en matière d'examens complémentaires (afin d'être classé en rang utile pour pouvoir effectuer le DES désiré).

Nous pouvons regretter que l'évaluation de l'acquisition des compétences dans ce domaine ne nous ait pas permis d'apprécier la pertinence de ces prescriptions.

Dans notre étude, quel que soit le semestre, au moins un tiers des étudiants ne maîtrise pas la compétence en matière de prescription de traitements spécifiques aux soins primaires.

Cela peut aisément s'expliquer par le fait que les stages précédents (d'externes et d'internes) ont été réalisés en milieu hospitalier. Au sein de l'hôpital, les marchés, et donc la disponibilité des traitements, sont prédéfinis. Le nombre de médicaments utilisés est donc limité. Par ailleurs, l'exercice hospitalier ne prend bien souvent pas en charge des motifs de consultation retrouvés en ambulatoire.

De plus, le seul contact avec la médecine générale pendant le DCEM, ne permet qu'une initiation à la discipline. En conséquence, même si les IMG avaient un bon niveau de prescription en milieu hospitalier, ils découvrent un nouveau champ de prescription en médecine générale au cours de ce stage.

ANNEXE 3 : Le stage chez le médecin généraliste en DCEM

Un effort reste donc à faire concernant la prescription thérapeutique. Cette nécessité a été perçue et la mise en place d'un enseignement sur le sujet a débuté en novembre 2012 à la faculté de Toulouse. Elle permet à l'interne de parfaire sa formation sur 3 domaines : la réflexion autour de la prescription, l'environnement médico-légal de la prescription et la relation médecin/patient au sein de la prescription.

3. L'information au patient et la prise en compte de ses préférences:

Les MSU ont évalué que l'acquisition de la capacité d'explication de la prise en charge et de recueil du consentement n'était pas toujours maîtrisée en fin de stage.

Ceci peut s'expliquer par le fait que la « consultation » s'organise différemment que durant les stages hospitaliers où le temps de l'explication diagnostique est évincé par la mise en place de la prise en charge et au cours de laquelle le consentement est considéré comme acquis. Ce point est néanmoins extrêmement important par rapport à la judiciarisation actuelle de la médecine, comme le précise l'article de la revue *Prescrire* paru en juillet 2010 (13) Cette crainte n'est pas nouvelle mais s'est fortement accrue ces dernières années, d'où l'importance de l'information du patient, régi par l'article R4127-35 du code de la Santé Publique (14). En effet, c'est désormais au médecin de prouver que le patient était informé en cas de litige. Il s'agit de l'arrêt *Cousin/Hedreul* du 25 février 1997 de la Cour de Cassation qui inverse la charge de la preuve (15) : c'est dorénavant au médecin qu'il incombe d'apporter la preuve qu'il a rempli son obligation d'information de son patient.

Il s'agit là d'une spécificité de la médecine ambulatoire. En effet, alors que les prises en charge hospitalières sont souvent standardisées, la consultation en ambulatoire doit plus s'adapter au patient. Le consentement est à la fois indispensable au bon fonctionnement de la relation médecin-patient mais aussi à la bonne observance du patient. Ainsi, découvrant pour beaucoup d'entre eux la médecine libérale ambulatoire au cours de ce stage, il n'est pas étonnant que les IMG aient plus de difficultés à maîtriser ces notions.

Il est devenu très important pour les médecins généralistes d'adapter de surcroît leur décision aux préférences du patient. Depuis plusieurs années, la médecine est passée d'un modèle paternaliste latin où le médecin prend seul les décisions en tant que celui « qui sait » à un modèle anglo-saxon dit délibératif qui instaure le dialogue entre le médecin et son patient (16).

Les étudiants en médecine ont donc dès le début de leurs études médicales appris à expliquer leur démarche au patient. Mais malgré les recommandations théoriques, cette compétence s'acquiert sur le terrain et les IMG montrent donc encore des difficultés à prendre en compte les représentations de leur patient au moment de leur décision.

Cette composante participe à la démarche de la médecine basée sur les preuves ou Evidence Based Medicine (EBM) qui établit le juste équilibre entre l'expertise du médecin, les préférences du patient et les données de la science (17).

Là encore, 6 mois de stage ne semblent pas suffisants pour maîtriser cette compétence.

4. La délivrance de documents administratifs et réglementaires :

Les MSU ont jugés que les étudiants ont un niveau en matière de maîtrise du remplissage des documents réglementaires qui demeure insuffisant.

Il s'agit d'une découverte pour la plupart d'entre eux car peu de ces documents sont remplis au cours des stages hospitaliers. Le DUMG-MP propose, au cours du stage chez le praticien niveau 1, un enseignement intégré sous la forme d'un séminaire sur l'assurance maladie d'une durée de 12 heures, mais aussi un enseignement sur la rédaction des certificats médicaux.

De plus, au cours du stage de niveau 1, les étudiants auront 3 demi-journées de formation auprès d'un médecin conseil de la sécurité sociale. Ces périodes de formations permettent de découvrir les attentes des médecins conseils des services médicaux de la Caisse Primaire d'Assurance Maladie (CPAM) et ainsi de permettre une prescription pertinente par les futurs médecins généralistes. Cela permet aussi aux IMG de se familiariser et d'optimiser le remplissage des documents CERFA (Centre d'Enregistrement et de Révisions des Formulaires Administratifs) : arrêt maladie, demande d'entente préalable pour une cure thermique, déclaration d'accidents du travail... (18). Certes, là-encore, le stage de 6 mois est un peu court pour tout maîtriser c'est pour cela que nous pensons que dès le début du stage, au cours de la période d'observation par exemple, il faut favoriser un travail spécifique sur la composante administrative. En effet, d'après un rapport de 2009 de l'IRDES (Institut de Recherche et Documentation en Economie de la Santé), sur le temps de travail des médecins généralistes, les activités administratives des médecins généralistes représentent environ 285 min par semaine (19).

5. Le dépistage et l'éducation à la santé :

Ces dernières années, les avancées scientifiques ont permis d'isoler des examens permettant de détecter à un stade précoce certaines pathologies : c'est la naissance du dépistage.

Les IMG ont eu de nombreuses informations au cours de leur externat quant au dépistage des pathologies afin de diminuer la morbi-mortalité de leurs patients. Outre les dépistages organisés, comme par exemple en Haute Garonne le dépistage du cancer du sein et du cancer colo-rectal par DOC 31 (20), il existe aussi les dépistages individuels.

Les internes ont de bonnes compétences dans ce domaine car ils ont beaucoup été sensibilisés à ce propos tout au long de leur externat pendant les enseignements théoriques mais aussi au cours de leurs stages pratiques. Ils semblent donc bien armés à la fin de leur stage mais l'on note la persistance de petites difficultés au niveau de l'éducation à la santé (21) qui consiste à donner au patient des conseils et informations pour rester en bon état de santé. Elle est devenue un moment important de la consultation. L'éducation à la santé concerne les patients en bonne santé au contraire de l'éducation thérapeutique (22) qui consiste à donner les outils au patient pour gérer son état de santé dans un contexte de pathologie chronique (exemple du diabète).

Le médecin généraliste est au cœur de cette éducation thérapeutique (ETP) c'est pourquoi le DUMG a mis en place un séminaire sur l'ETP pour tous les internes en stage chez le praticien de niveau 1.

Il reste encore à faire participer les internes à la mise en place d'une implication meilleure pour une vraie ETP de proximité pluridisciplinaire, au plus près des patients. C'est pour cela que le DUMG de Toulouse va permettre aux internes d'avoir une participation active à ces séances pluridisciplinaires coordonnées par le médecin généraliste.

6- La prise en compte des spécificités du bassin de santé :

Les MSU ont jugé le niveau des acquisitions des internes insuffisant lorsqu'il s'agit d'adapter leur décision aux ressources du bassin de santé.

Une première raison à retenir est que beaucoup d'internes de la région Midi-Pyrénées ne sont pas issus de cette région vaste où chaque département a ses spécificités. Les stages hospitaliers ne permettent pas d'identifier les ressources humaines externes (correspondants libéraux : spécialistes, infirmiers, kinésithérapeutes...). C'est pour cela qu'il leur est difficile de maîtriser le parcours de soins de leur patient mais également de coordonner les compétences et le recours aux correspondants. En effet, pour bien coordonner les soins et le parcours de santé du patient, il faut connaître le terrain. Et là encore, 6 mois de stage semblent insuffisants.

Pour améliorer ce point, le DUMG-MP a organisé un maillage pertinent et cohérent pour les terrains de stage dans un même département. Les internes ont donc la possibilité de réaliser plusieurs stages dans un même bassin de santé. Ils peuvent donc se familiariser avec les différents intervenants. On peut imaginer qu'une région où l'IMG aura passé plusieurs stages, permettra au futur professionnel de santé, en cas de remplacement, collaboration ou installation, de mieux mobiliser les ressources humaines externes.

Enfin les MSU jugent les internes capables d'établir un bon climat de travail avec les autres professionnels. Les étudiants en milieu hospitalier ont appris à travailler en groupe et arrivent donc mieux armés dans le stage de niveau 1 où ils peuvent parfaire l'acquisition de cette compétence.

Selon la marguerite du CNGE, il existe 6 compétences à acquérir pour devenir un professionnel de santé compétent (23).

Notre travail montre que le stage chez le praticien de niveau 1 de 6 mois ne suffit pas à l'interne afin d'acquérir toutes les compétences nécessaires pour devenir un médecin généraliste compétent.

Le milieu ambulatoire est le seul qui permette de parfaire l'acquisition de ces compétences et surtout de les mobiliser dans le contexte, sans pour autant négliger la formation des autres stages hospitaliers.

La position de ce stage au sein de la maquette permet encore à l'IMG d'avoir un an voire un an et demi de formation. L'interne pourra parfaire sa formation grâce à ses travaux personnels pendant les Ateliers d'Echange Pratique (AEP), lors de la rédaction de ses Récits de Situation Complexe Authentique (RSCA) mais aussi grâce au suivi de son évolution par son tuteur.

L'étudiant pourra aussi réaliser éventuellement d'autres stages en ambulatoire : en gynécologie pédiatrique par exemple. Ceci est rendu possible par le décret de loi du 10 août 2010 qui autorise les agréments pour des terrains de stages couplés en ambulatoire (24). Le SASPAS permettra également de parfaire la formation des futurs professionnels de santé.

A Toulouse cette organisation est en place depuis 2009 et permet, pour certains IMG, de réaliser jusqu'à 4 de leurs stages en ambulatoire.

ANNEXE 4 : Spécificités de la répartition des stages à Toulouse

B- Les faiblesses de notre étude :

Les données concernant le carnet de stages dans notre étude n'ont pu être exploitées car elles étaient insuffisantes. En effet, celui-ci n'a pu être présenté qu'aux MSU au cours du troisième semestre.

Un biais de sélection concerne certains maîtres de stage coordinateurs qui ont répondu deux fois à l'évaluation. Nous avons pris le parti de conserver uniquement la première évaluation effectuée, l'horodateur de GOOGLE DOC ayant été pris pour référence. Ils sont au nombre de 1 au premier semestre de l'étude et de 3 au troisième

semestre de l'étude. Etant donné le nombre important de réponses exploitées, cela n'a pas eu un impact majeur sur les résultats de notre travail.

La principale faiblesse de notre étude est que l'évaluation mise en place au terme de ce stage de niveau 1 ne permet pas de définir de manière objective les acquisitions des compétences. Cette évaluation a donc été réalisée en faisant appel à une dose de subjectivité du maître de stage.

Notre travail a répondu à notre objectif principal qui était de faire un état des lieux de l'évaluation par les MSU des acquis de compétences des internes à la fin du stage chez le praticien de niveau 1. Il montre aussi que des améliorations peuvent être apportées.

Dans une dernière partie, nous allons émettre quelques hypothèses de travail pour améliorer l'évaluation de notre enseignement et proposer un contenu pédagogique qui permettra l'interne, à l'issue de son parcours dans le DES, en général et du stage de niveau 1 en particulier, de devenir un professionnel compétent.

C-Pistes de travail :

Cette étude nous apporte une voie de réflexion sur comment améliorer l'objectivité de ces évaluations pour les rendre plus performantes et pouvoir répondre à la question : au terme du DES avons-nous formé un professionnel compétent ?

Un travail supplémentaire de réflexion apparaît indispensable ; et afin de mettre plus d'objectivité dans notre évaluation, il faudrait apprécier la progression objective de l'interne à 4 niveaux :

- maîtrise des ressources internes et externes,
- agir en situation,
- tenir compte du contexte,

-avoir un regard réflexif sur sa pratique (25).

Les évaluations par compétences sont co-substantielles à toute formation professionnalisante, selon un article de la revue *Exercer* de 2013 (26). Elles permettent donc d'établir un panorama afin d'améliorer le cursus pour parfaire l'acquisition des compétences.

Pour cela, il faudrait établir une grille d'évaluation simple d'utilisation, homogène sur tous les terrains de stage, connues et servant de support à l'interne et au MSU pour déterminer les objectifs pédagogiques et s'intégrant aux autres évaluations.

Des évaluations intermédiaires pourraient avoir lieu à une fréquence prédéfinie ou à des moments dédiés afin de permettre une progression dans les acquisitions à travers des traces d'apprentissage et d'auto-évaluations.

On pourrait également imaginer des évaluations croisées entre une auto-évaluation de l'interne et le regard du MSU sur certaines situations cliniques exemplaires issues du référentiel métier et compétences (16) ou à partir du carnet de stages pratiques (18) par exemple.

Pour pouvoir évaluer de manière pertinente les IMG, il faudrait écrire un guide pédagogique qui serait mis à la disposition des MSU et des IMG et ce dès le début du stage. Cela permettrait de favoriser les échanges réflexifs et conduire à une évaluation objective dans un environnement propice à l'alternance interactive, selon Guy LEBOTERF (26).

V- CONCLUSION :

Le DES de Médecine Générale devrait engager dans un processus professionnalisant. En effet, il ne suffit pas de connaître les ressources (internes et externes), il faudrait également être capable de les mobiliser, de les combiner afin de pouvoir agir en contexte.

Le stage de niveau 1 doit permettre de préparer les étudiants à mieux assurer leur devenir professionnel car sa validation les autorise à effectuer des remplacements. Il est aussi un moment privilégié pour favoriser les interactions et les prises de conscience afin d'apprendre à maîtriser la capacité à combiner les savoirs et à les mobiliser de façon pertinente en situation.

L'enjeu majeur qui nous est apparu à la fin de notre travail est de répondre à la question : avons-nous formé un professionnel autonome et compétent ?

C'est-à-dire, l'interne identifie-t-il les ressources à mobiliser et les maîtrise-t-il ? Est-il en capacité d'agir en situation en combinant les ressources, de s'adapter au contexte et d'avoir la capacité de réflexivité par une distanciation critique afin de relativiser les apprentissages ?

Pour cela, il faudrait construire une évaluation qui doit permettre plus d'objectivité au cours des stages en ambulatoire mais pas seulement. Elle devrait intégrer aussi toutes les autres méthodes pédagogiques (Ateliers d'Echanges Pratiques (AEP), Récits de Situation Complexe et Authentique (RSCA), groupe pédagogique de proximité, carnet de stages, carnets de bord...) qui concourent au parcours professionnalisant au sein du DES de Médecine.

Sans la complexifier, elle pourrait conjuguer plusieurs paramètres :

-elle doit être faisable et validante, il faut donc trouver un équilibre entre faisabilité et validité afin de correspondre à ce que l'on veut évaluer,

-elle doit être également reproductible pour limiter les différences d'appréciation en diminuant la variabilité des évaluations.

Il est donc nécessaire d'améliorer l'organisation et le contenu pédagogique afin d'atteindre l'objectif de formation d'un professionnel compétent.

La réforme prévue pour une mise en place en novembre 2014 est en cours d'élaboration au DUMG de Toulouse, en partenariat avec les représentants des internes. Elle va dans le sens de permettre à l'interne de réaliser 3 voire 4 stages en ambulatoire, spécificité de notre région.

La perspective du DES en 4 ans s'inscrit totalement dans notre démarche pour parfaire la formation d'un futur professionnel de santé compétent.

Au total, notre travail nous a permis de réfléchir aux perspectives d'amélioration afin de permettre de mieux juger si l'interne est devenu un professionnel compétent au terme des « années de formation au sein du DES de médecine générale.

BIBLIOGRAPHIE :

(1) Loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie, code de la Sécurité Sociale.

<http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000625158>

(2) Annexe V de l'Arrêté du 22 septembre 2004.

http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexteArticle.do;jsessionid=70EBEDE9AA47438D5A4C8AFA0EE3DF9D.tpdjo15v_3?idArticle=LEGIARTI000024679445&cidTexte=LEGITEXT000022798383&dateTexte=20120423

(3) Arrêté du 22 septembre 2004 fixant la liste et la réglementation des diplômes d'études spécialisées complémentaires de médecine.

http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do;jsessionid=A72FEB29DFBBC9DA7F1C23DD300CAA8.tpdjo17v_2?cidTexte=JORFTEXT000000628897&dateTexte=29990101

(4) Déroulement du DES de Médecine Générale à Toulouse, site de l'Association des Internes en Médecine Générale de la région Midi-Pyrénées (AIMG-MP).

<http://www.aimg-mp.com/index.php/des-de-mg/deroulement-du-des>

(5) *Dr F.-Xavier MERCAT (rapporteur) avec la participation des Dr Louis-Jean CALLOC'H, Dr Vladimir GUIHENEUF, Dr Jacques SAUQUET, Dr Jean TOULOUSE*, Rapport concernant le stage des étudiants en médecine chez le praticien, de la commission nationale permanente, adopté lors des Assises du Conseil national de l'Ordre des médecins du 5 juin 1999.

<http://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/stagepraticien.pdf>

(6) Référentiel Métier et Compétences des Médecins généralistes, Juin 2009.

http://www.cnge.fr/les_production_scientifiques/referentiels_metiers_et_competences/

(7) *Kurtz et Silverman* : Guide Calgary-Cambridge de l'entrevue médicale.

<http://www.rouen.cnge.fr/IMG/pdf/calgary.pdf>

(8) *Pr Jean Christophe POUTRAIN, Dr Brigitte ESCOURROU, Pr Stéphane OUSTRIC, Pr Marc VIDAL, Dr Pierre MESTHE, Dr André STILLMUNKES, Dr Marie Eve ROUGE-BUGAT, Dr Jean Pascal FOURNIER, Dr Julie SUBRA, Dr Anne lise YVERNES* : Carnet de stages des internes de médecine générale 2011-2012.

<http://www.dumg-toulouse.fr/uploads/50c00414698b5f06b3c04b5c5ac0d55908edab73.pdf>

(9) *Pr Stéphane OUSTRIC, Dr Hervé GUITER, Mme. Célia BESNAFI, Mme. Fabienne BORJA, Dr Irène KAHN BESAUDE, Mme. Gwenaëlle LEBRETON*, Rapport du Conseil Régional de l'Ordre des Médecins de Midi-Pyrénées sur la démographie médicale en 2008.

http://www.crommp.fr/IMG/pdf/rapport_demographie_MP.pdf

(10) grilles d'évaluation du stage chez le praticien de niveau 1 :

*faculté d'Angers, annexe 2 au guide du stage de médecine générale chez le praticien.

http://www.med.univ-angers.fr/_resources/dmg/des/GUIDE_PRAT.pdf?download=true

*faculté de Lille, grille d'évaluation de l'interne en stage ambulatoire.

http://www.lille.cnge.fr/IMG/pdf/Evaluation_N1_et_SASPAS_Modele.pdf

*faculté de Lyon Est, annexes au guide pédagogique pour les enseignants cliniciens ambulatoires pour le stage de 6 mois chez le praticien de médecine générale.

http://lyon-est.univ-lyon1.fr/servlet/com.univ.collaboratif.utils.LectureFichiergw?ID_FICHIER=1320402908250

(11) *Dr D. BARBIER*, président de l'ANREPassociation (Association Nationale de Recherche et d'Etudes en Psychiatrie), article sur la médecine libérale et le colloque, novembre 2006 dans Synapse.

(12) *Pascale BREUIL-GENIER et Céline GOFFETTE*, Etude et résultats de la DREES sur la durée d'une consultation chez le médecin généraliste, avril 2006.

<http://millefaces.free.fr/Flech/Documents/medecine/rapportDREES-duree-consultations.pdf>

(13) Article de la revue Prescrire de juillet 2010, « judiciarisation de la médecine » : une crainte souvent exagérée.

<http://www.prescrire.org/fr/3/31/46427/0/NewsDetails.aspx?page=4>

(14) Article R.4127-35 du Code de la Santé Publique.

<http://www.conseil-national.medecin.fr/article/article-35-information-du-malade-259>

(15) Arrêt Cousin/Hedreul du 25 Février 1997 de la Cour de Cassation

(16) *Alain Brémond, Jérôme Goffette, Nora Moumjid-Ferdjaoui* : la relation médecin patient.

<http://clge.fr/IMG/pdf/RelationMedPatient.pdf>

(17) *Florida State University, College of Medicine*, Schéma de l'Evidence Based Medicine.

<http://www.cochrane.org/about-us/evidence-based-health-care>

(18) Liste des documents CERFA, sur le site Ameli.

http://www.ameli.fr/professionnels-de-sante/medecins/formulaires/afficher-tous-les-formulaires.php?list_all=true&id=2040

(19) *Philippe LE FUR, Yann BOURGUEIL, Chantal CASES*, Le temps de travail des médecins généralistes, paru dans questions d'économie de la santé en juillet 2009.

(20) Site du Dépistage Organisé dans la région Midi-Pyrénées.

<http://www.doc31.fr/>

(21) Site de l'IREPS (Institut Régional de l'Education et de la Promotion de la Santé).

http://ireps.midi-pyrenees.fnes.fr/presentation/education_promotion_sante.php

(22) Recommandation de l'HAS : éducation thérapeutique du patient : définition, finalités et organisation, Juin 2007.

http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/etp_-_definition_finalites_-_recommandations_juin_2007.pdf

(23) *C. ATTALI et P. BAIL*, la Marguerite du CNGE (Collège National des Généralistes Enseignants).

http://www.medecine.unilim.fr/IMG/pdf/Marguerite_version_definitive-1-.pdf

(24) Instruction N° DGOS/RH1/2011/141 du 13 avril 2011 relative à la réforme de l'organisation du troisième cycle des études de médecine, modification de l'arrêté du 22 septembre 2004, loi du 10 août 2010.

http://circulaire.legifrance.gouv.fr/pdf/2011/04/cir_32949.pdf

(25) *Guy LE BOTERF*, Des cursus professionnalisant ou par compétences à l'Université : enjeux, craintes et modalités, actualité de la formation permanente n°=209.

(26) *Samuel CHARTIER, Julien LEBRETON, Emilie FERRAT, Laurence COMPAGNON, Claude ATTALI et Vincent RENARD*, L'évaluation dans l'approche par compétences en médecine générale, article d'exercer 2013 ;108 :171-7, exercer 2013 la revue française de médecine générale.

(27) *Marie PELTIER*, Résultats de l'étude réalisée par l'ANEMF (association Nationale des étudiants en médecine de France) sur le stage en médecine générale au cours du second cycle, 2009-2010.

<http://www.anemf.org/Stage-de-DCEM-en-MG-point-d-etape.html>

(28) Cartes des postes et rangs pour les ECN 2013.

www.remede.org/internat/cartes-enc/index.html

ANNEXES :

ANNEXE 1 : Enseignement intégré au stage chez le praticien de niveau 1:

Il représente environ 30 heures et comporte :

- un séminaire sur l'assurance maladie d'une durée de 12 heures,
- un séminaire sur les certificats médicaux et la maltraitance d'une durée de 6 heures,
- un cours sur le fonctionnement de l'entreprise médicale d'une durée de 9 heures,
- un séminaire sur l'éducation thérapeutique.

Il comporte également un stage de 3 demi-journées auprès d'un médecin expert de l'Assurance Maladie.

ANNEXE 2 : Questionnaire d'évaluation des IMG en stage chez le praticien niveau 1 en région Midi-Pyrénées.

I. LE DEROULEMENT DE LA CONSULTATION, en s'aidant des références bibliographiques proposées, l'interne est capable de :

- 1- accueillir le patient
- 2- commencer la consultation
- 3- recueillir les motifs de consultation
- 4- structurer la consultation
- 5- expliquer le diagnostic
- 6- expliquer la prise en charge médicale
- 7- recueillir le consentement
- 8- conclure la consultation

II. LES COMPETENCES FONDAMENTALES en s'aidant du référentiel métier et de l'article L.4130-1 CSP, l'interne est capable de :

- 1- poser un diagnostic global de la situation clinique, présentée par le patient
- 2- mettre en œuvre un projet thérapeutique individualisé
- 3- personnaliser la prévention
- 4- sensibiliser et mettre en œuvre le dépistage
- 5- assurer la promotion et l'éducation à la santé

III. LA DECISION : l'interne est capable de mettre en œuvre une démarche décisionnelle spécifique au premier recours et centrée sur la personne, dans le cadre de ses compétences cliniques :

- 1- argumentée par les données actuelles de la science
- 2- en tenant compte des circonstances cliniques

3- selon les préférences et comportements du patient

4- adaptées aux ressources sanitaires et médico-sociales du bassin d'activité

IV. LA PRESCRIPTION, l'interne est capable de :

1- prescrire la thérapeutique médicamenteuse

2- prescrire les examens complémentaires

3- délivrer des documents réglementaires tant administratifs que de Sécurité Sociale

V. LA COOPERATION ET LA COORDINATION, l'interne est capable de :

1- créer un climat de confiance et de collaboration avec les autres professionnels médico-sociaux

2- maîtriser le parcours de soins du patient au sein du bassin de santé

3- coordonner les compétences para-médicales et les recours aux médecins correspondants

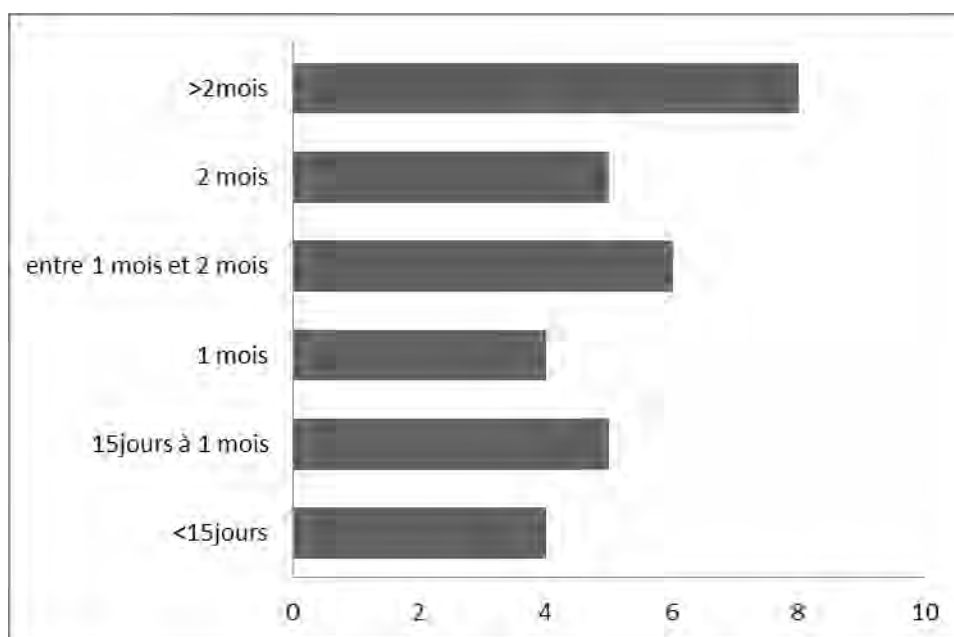
VI. LE CARNET DE STAGES PRATIQUES

1- l'interne vous a sollicité pour superviser ses acquisitions dans le carnet de stage

2- le carnet de stage met en évidence une progression des acquisitions au cours du semestre

ANNEXE 3 : le stage chez le médecin généraliste en DCEM.

Lors de l'externat, la majorité des stages sont effectués en secteur hospitalier, bien que les facultés connaissent le besoin de faire découvrir la médecine générale en libéral à leurs étudiants. En effet, pour des raisons d'effectifs et de manque de maîtres de stages, beaucoup d'externes n'effectuent qu'un stage de « découverte » auprès d'un médecin généraliste, aucun pour 4 facultés métropolitaines (27). Ce stage peut être de quelques jours à plusieurs semaines (27) et ne représente qu'une infime partie des enseignements pratiques lors de l'externat alors que les postes offerts après l'internat sont environ à 50% des postes dans le DES de médecine générale (28).



18. Tableau de durées des stages de médecine générale durant le second cycle parmi les 32 facultés le proposant.

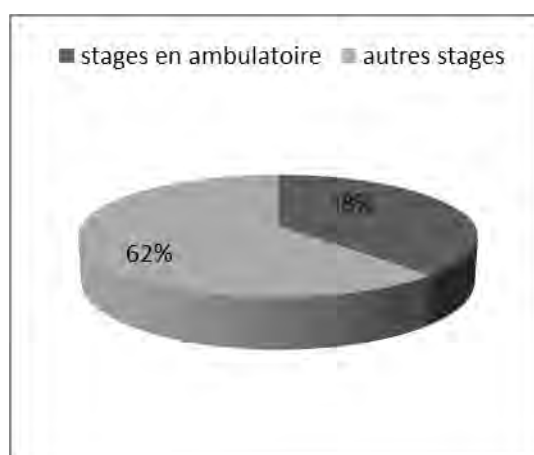
ANNEXE 4 : Spécificités de la répartition des stages à Toulouse

Type de stage	effectif
Stages hospitaliers	240
Stages ambulatoires de gynécologie-pédiatrie	31
Stages chez le praticien niveau 1	72
SASPAS	45

19. Répartition des stages disponibles pour les IMG de Midi Pyrénées en mai 2013.



20. Maquette du DES de médecine générale.



21. Stages proposés par le DUMG-MP.

ABSTRACT :

INTRODUCTION : The level 1 practitioner internship is the only obligatory during the study of high degree of general medicine : it also allows the intern to do replacements. So, it appears important to evaluate the skills gained at the end of this internship.

METHOD : A questionnaire was sent to the General Practitioner University Teacher (GPUT) by internet at the end of the 6 months of internship.

RESULTS : 73% of the GPUT of Midi-Pyrénées (n=161) have sent back the evaluation concerning 3 semesters. They judged that the interns had good competences about communication, prescription of additional exams, diagnosis or administrative documents. Difficulties persist about coordination, medication or about the relationship between the doctor and his patient.

DISCUSSION : Our work shows that the interns acquired competences at the end of this internship, nevertheless we can't confirm that they are able to work out them. In order to improve their content, we need objective evaluations during the study of high degree of general medicine.

CONCLUSION : Unavoidable, these 6 months in the level 1 practitioner internship remain a necessary stage but also inadequate to shape skilled workers.

MOTS-CLEFS : intern- competences-evaluation-internship- level 1 practitioner- skill-study of high degree- general medicine.

LABAT Laurence, Toulouse le 29 octobre 2013.

EVALUATION DES COMPETENCES ACQUISES PAR LES INTERNES DE MEDECINE GENERALE A LA FIN DU STAGE CHEZ LE PRATICIEN DE NIVEAU 1 à partir d'une étude réalisée sur trois semestres de stage en région Midi-Pyrénées.

INTRODUCTION : Le stage chez le praticien de niveau 1 est le seul obligatoire au sein du DES de médecine générale et permet à l'interne d'effectuer ses premiers remplacements. Il nous a donc semblé important d'évaluer les compétences acquises à l'issue de ce stage.

METHODE : Un questionnaire a été envoyé aux Maîtres de Stage des Universités (MSU) via internet à la fin des 6 mois de stage.

RESULTATS : 73% des MSU de Midi-Pyrénées (n=161) ont retourné l'évaluation qui a porté sur 3 semestres. Ils ont jugé que les internes avaient de bons acquis en termes de communication, de prescription des examens complémentaires, du diagnostic ou des documents administratifs. Des difficultés persistent en matière de coordination, de prescription thérapeutique ou dans la relation médecin-patient.

DISCUSSION : Ce travail montre que les internes ont acquis certaines compétences au terme de ce stage, cependant il ne permet pas d'affirmer qu'ils sont capables de les combiner et de les contextualiser. Afin d'améliorer leur contenu, il faut une évaluation plus objective tout au long du DES.

CONCLUSION : Incontournable, le stage de 6 mois chez le praticien de niveau 1 reste une étape nécessaire mais insuffisante pour former des professionnels compétents.

MOTS-CLEFS : interne-compétences- évaluation-stage-professionnel-praticien de niveau 1- DES médecine générale.

Directeur de Thèse : Monsieur le Docteur Michel Bismuth.

Faculté de Médecine de Rangueil, 133 route de Narbonne 31064 TOULOUSE cedex 04-France