

UNIVERSITÉ TOULOUSE III - Paul SABATIER

FACULTÉ DE MÉDECINE

2022 TOU3 1065

THÈSE

POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE

SPÉCIALITÉ MÉDECINE GÉNÉRALE

Présentée et soutenue publiquement le 7 juin 2022

Par **Marie SAUNIER**

**ÉTUDE EPIDEMIOLOGIQUE DESCRIPTIVE TRANSVERSALE
DU CONTENU DU CARNET DE STAGE
D'UNE PROMOTION D'INTERNES DE MEDECINE GENERALE
A TOULOUSE EN FIN DE PHASE SOCLE**

Directeurs de thèse :

Dr Émile ESCOURROU et Dr Pauline MUNIER

Jury :

Pr Stéphane OUSTRIC

Président

Pr André STILLMUNKES

Assesseur

Dr Émile ESCOURROU

Assesseur

Dr Pauline MUNIER

Assesseur

FACULTE DE SANTÉ
Département Médecine Maïeutique et Paramédicaux
Tableau des personnels HU de médecine
Mars 2022

Professeurs Honoraires

Doyen Honoraire	M. CHAP Hugues	Professeur Honoraire	M. GHISOLFI Jacques
Doyen Honoraire	M. GUIRAUD-CHAUMEIL Bernard	Professeur Honoraire	M. GLOCK Yves
Doyen Honoraire	M. LAZORTHES Yves	Professeur Honoraire	M. GOUZI Jean-Louis
Doyen Honoraire	M. PUEL Pierre	Professeur Honoraire	M. GRAND Alain
Doyen Honoraire	M. ROUGE Daniel	Professeur Honoraire	M. GUIRAUD-CHAUMEIL Bernard
Doyen Honoraire	M. VINEL Jean-Pierre	Professeur Honoraire	M. HOFF Jean
Professeur Honoraire	M. ABBAL Michel	Professeur Honoraire	M. JOFFRE Francis
Professeur Honoraire	M. ADER Jean-Louis	Professeur Honoraire	M. LAGARRIGUE Jacques
Professeur Honoraire	M. ADOUE Daniel	Professeur Honoraire	M. LANG Thierry
Professeur Honoraire	M. ARBUS Louis	Professeur Honoraire	Mme LARENG Marie-Blanche
Professeur Honoraire	M. ARLET Philippe	Professeur Honoraire	M. LAURENT Guy
Professeur Honoraire	M. ARLET-SIAU Elisabeth	Professeur Honoraire	M. LAZORTHES Franck
Professeur Honoraire	M. ARNE Jean-Louis	Professeur Honoraire	M. LAZORTHES Yves
Professeur Honoraire	M. BARRET André	Professeur Honoraire	M. LEOPHONTE Paul
Professeur Honoraire	M. BARTHE Philippe	Professeur Honoraire	M. MAGNAVAL Jean-François
Professeur Honoraire	M. BAYARD Francis	Professeur Honoraire	M. MALECAZE François
Professeur Honoraire	M. BLANCHER Antoine	Professeur Honoraire	M. MANELFE Claude
Professeur Honoraire	M. BOCCALON Henri	Professeur Honoraire	M. MANSAT Michel
Professeur Honoraire	M. BONAFÉ Jean-Louis	Professeur Honoraire	M. MARCHOU Bruno
Professeur Honoraire	M. BONEU Bernard	Professeur Honoraire	M. MASSIP Patrice
Professeur Honoraire	M. BONNEVILLE Paul	Professeur Honoraire	Mme MARTY Nicole
Professeur Honoraire	M. BOUNHOURE Jean-Paul	Professeur Honoraire	M. MAZIERES Bernard
Professeur Honoraire	M. BOUTAULT Franck	Professeur Honoraire	M. MONROZIES Xavier
Professeur Honoraire Associé	M. BROS Bernard	Professeur Honoraire	M. MOSCOVICI Jacques
Professeur Honoraire	M. BUGAT Roland	Professeur Honoraire	M. MURAT
Professeur Honoraire	M. CAHUZAC Jean-Philippe	Professeur Honoraire associé	M. NICODEME Robert
Professeur Honoraire	M. CARATERO Claude	Professeur Honoraire	M. OLIVES Jean-Pierre
Professeur Honoraire	M. CARLES Pierre	Professeur Honoraire	M. PARINAUD Jean
Professeur Honoraire	M. CARON Philippe	Professeur Honoraire	M. PASCAL Jean-Pierre
Professeur Honoraire	M. CARRIERE Jean-Paul	Professeur Honoraire	M. PERRET Bertrand
Professeur Honoraire	M. CARTON Michel	Professeur Honoraire	M. PESSEY Jean-Jacques
Professeur Honoraire	M. CATHALA Bernard	Professeur Honoraire	M. PLANTE Pierre
Professeur Honoraire	M. CHABANON Gérard	Professeur Honoraire	M. PONTONNIER Georges
Professeur Honoraire	M. CHAMONTIN Bernard	Professeur Honoraire	M. POURRAT Jacques
Professeur Honoraire	M. CHAP Hugues	Professeur Honoraire	M. PRADERE Bernard
Professeur Honoraire	M. CHAVON Jean-Pierre	Professeur Honoraire	M. PRIS Jacques
Professeur Honoraire	M. CLANET Michel	Professeur Honoraire	Mme PUEL Jacqueline
Professeur Honoraire	M. CONTE Jean	Professeur Honoraire	M. PUEL Pierre
Professeur Honoraire	M. COSTAGLIOLA Michel	Professeur Honoraire	M. PUJOL Michel
Professeur Honoraire	M. COTONAT Jean	Professeur Honoraire	M. QUERLEU Denis
Professeur Honoraire	M. DABERNAT Henri	Professeur Honoraire	M. RAILHAC Jean-Jacques
Professeur Honoraire	M. DAHAN Marcel	Professeur Honoraire	M. REGIS Henri
Professeur Honoraire	M. DALOUS Antoine	Professeur Honoraire	M. REGNIER Claude
Professeur Honoraire	M. DALY-SCHWEITZER Nicolas	Professeur Honoraire	M. REME Jean-Michel
Professeur Honoraire	M. DAVID Jean-Frédéric	Professeur Honoraire	M. RISCHMANN Pascal
Professeur Honoraire	M. DELSOL Georges	Professeur Honoraire	M. RIVIERE Daniel
Professeur Honoraire	Mme DELISLE Marie-Bernadette	Professeur Honoraire	M. ROCHE Henri
Professeur Honoraire	Mme DIDIER Jacqueline	Professeur Honoraire	M. ROCHICCIOLI Pierre
Professeur Honoraire	M. DUCOS Jean	Professeur Honoraire	M. ROLLAND Michel
Professeur Honoraire	M. DUFFAUT Michel	Professeur Honoraire	M. ROQUES-LATRILLE Christian
Professeur Honoraire	M. DUPRE M.	Professeur Honoraire	M. RUMEAU Jean-Louis
Professeur Honoraire	M. DURAND Dominique	Professeur Honoraire	M. SALVADOR Michel
Professeur Honoraire associé	M. DUTAU Guy	Professeur Honoraire	M. SALVAYRE Robert
Professeur Honoraire	M. ESCHAPASSE Henri	Professeur Honoraire	M. SARRAMON Jean-Pierre
Professeur Honoraire	M. ESCOURROU Jean	Professeur Honoraire	M. SERRE Guy
Professeur Honoraire	M. ESQUERRE J.P.	Professeur Honoraire	M. SIMON Jacques
Professeur Honoraire	M. FABIÉ Michel	Professeur Honoraire	M. SUC Jean-Michel
Professeur Honoraire	M. FABRE Jean	Professeur Honoraire	M. THOUVENOT Jean-Paul
Professeur Honoraire	M. FOURNIAU Gérard	Professeur Honoraire	M. TREMOULET Michel
Professeur Honoraire	M. FOURNIE Bernard	Professeur Honoraire	M. VALDIGUIE Pierre
Professeur Honoraire	M. FORTANIER Gilles	Professeur Honoraire	M. VAYSSE Philippe
Professeur Honoraire	M. FRAYSSE Bernard	Professeur Honoraire	M. VINEL Jean-Pierre
Professeur Honoraire	M. FREXINOS Jacques	Professeur Honoraire	M. VIRENGUE Christian
Professeur Honoraire	Mme GENESTAL Michèle	Professeur Honoraire	M. VOIGT Jean-Jacques
Professeur Honoraire	M. GERAUD Gilles		

Professeurs Emérites

Professeur ARLET Philippe
Professeur BOUTAULT Franck
Professeur CARON Philippe
Professeur CHAMONTIN Bernard
Professeur CHAP Hugues
Professeur GRAND Alain
Professeur LAGARRIGUE Jacques
Professeur LAURENT Guy
Professeur LAZORTHES Yves
Professeur MAGNAVAL Jean-François
Professeur MARCHOU Bruno
Professeur PERRET Bertrand
Professeur RISCHMANN Pascal
Professeur RIVIERE Daniel
Professeur ROUGE Daniel

FACULTE DE SANTE
Département Médecine Maieutique et Paramédicaux

P.U. - P.H.		Professeurs Associés
2ème classe		
M. ABBO Olivier	Chirurgie infantile	Professeur Associé de Médecine Générale M. ABITTEBOUL Yves M. BOYER Pierre M. CHICOLAA Bruno Mme IRI-DELAHAYE Motoko M. FOUTRAIN Jean-Christophe M. STILLMUNKES André
M. AUSSEIL Jérôme	Biochimie et biologie moléculaire	
Mme BONGARD Vanina	Epidémiologie, Santé publique	Professeur Associé de Bactériologie-Hygiène Mme MALAYAUD Sandra
M. BONNEVILLE Nicolas	Chirurgie orthopédique et rhumatologique	
M. BOUNES Vincent	Médecine d'urgence	
Mme BOURNET Barbara	Gastro-entérologie	
Mme CASPER Charlotte	Pédiatrie	
M. CAVAIGNAC Etienne	Chirurgie orthopédique et traumatologie	
M. CHAPUT Benoît	Chirurgie plastique	
M. COGNARD Christophe	Radiologie	
Mme CORRE Jill	Hématologie	
Mme DALENC Florence	Cancérologie	
M. DE BONNECAZE Guillaume	Anatomie	
M. DECRAMER Stéphane	Pédiatrie	
M. EDDUARD Thomas	Pédiatrie	
M. FAGUER Stanislas	Néphrologie	
Mme FARUCH BILFELD Marie	Radiologie et imagerie médicale	
M. FRANCHITTO Nicolas	Addictologie	
M. GARRIDO-STOWHAS Ignacio	Chirurgie Plastique	
M. GUIBERT Nicolas	Pneumologie	
M. GUILLEMINAULT Laurent	Pneumologie	
M. HERIN Fabrice	Médecine et santé au travail	
M. LAUREZ Olivier	Biophysique et médecine nucléaire	
M. LAROCHE Michel	Rhumatologie	
Mme LAURENT Camille	Anatomie Pathologique	
M. LE CAIGNEC Cédric	Génétique	
M. LEANDRI Roger	Biologie du dével. et de la reproduction	
M. LOPEZ Raphaël	Anatomie	
M. MARCHEIX Bertrand	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire	
M. MARTIN-BONDEL Guillaume	Maladies infectieuses, maladies tropicales	
Mme MARTINEZ Alejandra	Gynécologie	
M. MARK Mathieu	Oto-rhino-laryngologie	
M. MEYER Nicolas	Dermatologie	
M. PAGES Jean-Christophe	Biologie cellulaire	
Mme PASQUET Marlène	Pédiatrie	
M. PORTIER Guillaume	Chirurgie Digestive	
M. PUGNET Grégory	Médecine interne	
M. REINA Nicolas	Chirurgie orthopédique et traumatologique	
M. RENAUDINEAU Yves	Immunologie	
Mme RUYSEN-WITRAND Adeline	Rhumatologie	
Mme SAVAGNER Frédérique	Biochimie et biologie moléculaire	
M. SAVALL Frédéric	Médecine légale	
M. SILVA SIFONTES Stein	Réanimation	
M. SOLER Vincent	Ophthalmologie	
Mme SOMMET Agnès	Pharmacologie	
M. TACK Ivan	Physiologie	
Mme VAYSSÉ Charlotte	Cancérologie	
Mme VEZZOSI Delphine	Endocrinologie	
M. YRONDI Antoine	Psychiatrie	
M. YSEBAERT Loïc	Hématologie	
P.U. Médecine générale		
M. MESTHE Pierre		
Mme ROUGE-BUGAT Marie-Eve		

FACULTE DE SANTE
Département Médecine Méleutique et Paramédicaux

P.U. - P.H.
Classe Exceptionnelle et 1ère classe

M. ACAR Philippe	Pédiatrie	Mme LAMANT Laurence (C.E)	Anatomie Pathologique
M. ACCADBLED Frérick (C.E)	Chirurgie Infantile	M. LANGIN Dominique (C.E)	Nutrition
M. ALRIC Laurent (C.E)	Médecine Interne	Mme LAPRUE Anne	Radiothérapie
M. AMAR Jacques	Thérapeutique	M. LARRUE Vincent	Neurologie
Mme ANDRIEU Sandrine	Epidémiologie, Santé publique	M. LAUQUE Dominique (C.E)	Médecine d'Urgence
M. ARBUS Christophe	Psychiatrie	M. LAUWERS Frédéric	Chirurgie maxillo-faciale
M. ARNAL Jean-François (C.E)	Physiologie	M. LEDBON Bertrand	Chirurgie Thoracique et Cardio-vasculaire
M. ATTAL Michel (C.E)	Hématologie	M. LEVADE Thierry (C.E)	Biochimie
M. AVET-LDISEAU Hervé	Hématologie, transfusion	M. LUBLAU Roland (C.E)	Immunologie
M. BERRY Antoine	Parasitologie	M. MALAVALD Bernard	Urologie
Mme BERRY Isabelle (C.E)	Biophysique	M. MANSAT Pierre	Chirurgie Orthopédique
M. BIRMES Philippe	Psychiatrie	M. MARQUE Philippe (C.E)	Médecine Physique et Réadaptation
M. BONNEVILLE Fabrice	Radiologie	M. MAS Emmanuel	Pédiatrie
M. BOSSAVY Jean-Pierre (C.E)	Chirurgie Vasculaire	M. MAURY Jean-Philippe (C.E)	Cardiologie
M. BRASSAT David	Neurologie	Mme MAZEREEUW Juliette	Dermatologie
M. BROUCHET Laurent	Chirurgie thoracique et cardio-vascul.	M. MAZIERES Julien (C.E)	Pneumologie
M. BROUSSET Pierre (C.E)	Anatomie pathologique	M. MINVILLE Vincent	Anesthésiologie Réanimation
M. BUHAN Louis (C.E)	Urologie-Andrologie	M. MOLNIER Laurent (C.E)	Epidémiologie, Santé Publique
Mme BURAVIERE Alessandra (C.E)	Médecine Vasculaire	M. MONTASTRUC Jean-Louis (C.E)	Pharmacologie
M. BUREAU Christophe	Hépatogastro-Entérologie	Mme MOYAL Elisabeth (C.E)	Cancérologie
M. BUSCAIL Louis (C.E)	Hépatogastro-Entérologie	M. MUSCARI Fabrice	Chirurgie Digestive
M. CALVAS Patrick (C.E)	Génétique	Mme NOURHASHEMI Fatemeh (C.E)	Généraliste
M. CANTAGREL Alain (C.E)	Rhumatologie	M. OLIVOT Jean-Marc	Neurologie
M. CARRERE Nicolas	Chirurgie Générale	M. OSWALD Eric (C.E)	Bactériologie-Virologie
M. CARRIE Didier (C.E)	Cardiologie	M. PARIENTE Jérémie	Neurologie
M. CHAIX Yves	Pédiatrie	M. PAUL Carle (C.E)	Dermatologie
Mme CHARPENTIER Sandrine	Médecine d'urgence	M. PAYOUX Pierre (C.E)	Biophysique
M. CHAUFOUR Xavier	Chirurgie Vasculaire	M. PAYRASTRE Bernard (C.E)	Hématologie
M. CHAUVEAU Dominique	Néphrologie	M. PERON Jean-Marie (C.E)	Hépatogastro-Entérologie
M. CHAYNES Patrick	Anesthésie	M. RASCOL Olivier (C.E)	Pharmacologie
M. CHIRON Philippe (C.E)	Chr. Orthopédique et Traumatologie	Mme RAUZY Odile	Médecine Interne
M. CHOLLET François (C.E)	Neurologie	M. RAYNAUD Jean-Philippe (C.E)	Psychiatrie Infantile
M. CONSTANTIN Amaud	Rhumatologie	M. RECHER Christian (C.E)	Hématologie
M. COURBON Frédéric	Biophysique	M. RITZ Patrick (C.E)	Nutrition
Mme COURTADE SAÏDI Monique (C.E)	Histologie Embryologie	M. ROLLAND Yves (C.E)	Généraliste
M. DAMBRIN Camille	Chr. Thoracique et Cardiovasculaire	M. RONCALLI Jérôme	Cardiologie
M. DE BOISSEZON Xavier	Médecine Physique et Réadapt. Fonct.	M. ROUGE Daniel (C.E)	Médecine Légale
M. DEGUINE Olivier (C.E)	Oto-rhino-laryngologie	M. ROUSSEAU Hervé (C.E)	Radiologie
M. DELABESSE Eric	Hématologie	M. ROUX Francis-Emmanuel	Neurochirurgie
M. DELOBEL Pierre	Maladies Infectieuses	M. SAILLER Laurent (C.E)	Médecine Interne
M. DELORD Jean-Pierre (C.E)	Cancérologie	M. SALES DE GAUZY Jérôme (C.E)	Chirurgie Infantile
M. DIDIER Alain (C.E)	Pneumologie	M. SALLES Jean-Pierre (C.E)	Pédiatrie
M. DUCOMMUN Bernard	Cancérologie	M. SANS Nicolas	Radiologie
Mme DULY-BOUHANICK Béatrice (C.E)	Thérapeutique	M. SCHMITT Laurent (C.E)	Psychiatrie
M. ELBAZ Meyer	Cardiologie	Mme SELVES Janick (C.E)	Anatomie et cytologie pathologiques
M. FERRIERES Jean (C.E)	Epidémiologie, Santé Publique	M. SENARD Jean-Michel (C.E)	Pharmacologie
M. FOURCADE Olivier	Anesthésiologie	M. SERRANO Eliu (C.E)	Oto-rhino-laryngologie
M. FOURNIÉ Pierre	Ophthalmologie	M. SIZUN Jacques (C.E)	Pédiatrie
M. GALINIER Michel (C.E)	Cardiologie	M. SOL Jean-Christophe	Neurochirurgie
M. GAME Xavier	Urologie	Mme SOTO-MARTIN Marie-Eugénie	Généraliste et biologie du vieillissement
Mme GARDETTE Virginie	Epidémiologie, Santé publique	M. SOULAT Jean-Marc	Médecine du Travail
M. GEERAERTS Thomas	Anesthésiologie et réanimation	M. SOULIE Michel (C.E)	Urologie
Mme GOMEZ-BROUCHET Anne-Marie	Anatomie Pathologique	M. SUC Bertrand	Chirurgie Digestive
M. GOURDY Pierre (C.E)	Endocrinologie	Mme TAUBER Marie-Thérèse (C.E)	Pédiatrie
M. GROLLEAU RAQUX Jean-Louis (C.E)	Chirurgie plastique	M. TELMON Norbert (C.E)	Médecine Légale
Mme GUIMBAUD Rosine	Cancérologie	Mme TREMOLLIERES Florence	Biologie du développement
Mme HANAIRE Hélène (C.E)	Endocrinologie	Mme URO-COSTE Emmanuelle (C.E)	Anatomie Pathologique
M. HUYGHE Eric	Urologie	M. VAYSSIERE Christophe (C.E)	Gynécologie Obstétrique
M. IZOPET Jacques (C.E)	Bactériologie-Virologie	M. VELLAS Bruno (C.E)	Généraliste
M. KAMAR Nassim (C.E)	Néphrologie	M. VERGEZ Sébastien	Oto-rhino-laryngologie

P.U. Médecine générale
M. OUSTRIC Stéphane (C.E)

FACULTE DE SANTE
Département Médecine Maieutique et Paramédicaux

MCU - PH

Mme ABRAVANEL Florence	Bactériologie Virologie Hygiène	Mme GENNERO Isabelle	Biochimie
M. APOIL Poi André	Immunologie	Mme GENOUX Annelise	Biochimie et biologie moléculaire
Mme ARNAUD Catherine	Epidémiologie	Mme GRARE Marion	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme AUSSEL-TRUDEL Stéphanie	Biochimie	M. GUERBY Paul	Gynécologie-Obstétrique
Mme BASSET Céline	Cytologie et histologie	Mme GUILBEAU-FRUGIER Céline	Anatomie Pathologique
Mme BELLIERES-FABRE Julie	Néphrologie	Mme GUYONNET Sophie	Nutrition
Mme BERTOLI Sarah	Hématologie, transfusion	M. HAMDI Safouane	Biochimie
M. BIETH Eric	Génétique	Mme HITZEL Anne	Biophysique
Mme BREHIN Camille	Pneumologie	Mme INGUENEAU Cécile	Biochimie
M. BUSCAIL Etienne	Chirurgie viscérale et digestive	M. IRIART Xavier	Parasitologie et mycologie
Mme CAMARE Caroline	Biochimie et biologie moléculaire	Mme JONCA Nathalie	Biologie cellulaire
M. CAMBUS Jean-Pierre	Hématologie	M. KIRZIN Sylvain	Chirurgie générale
Mme CANTERO Anne-Valérie	Biochimie	Mme LAPEYRE-MESTRE Maryse	Pharmacologie
Mme CARFAGNA Luane	Pédiatrie	M. LEPAGE Benoit	Biostatistiques et informatique médicale
Mme CASPAR BAUGUIL Sylvie	Nutrition	M. LHERMUSIER Thibault	Cardiologie
Mme CASSAGNE Myriam	Ophthalmologie	M. LHOMME Sébastien	Bactériologie-virologie
Mme CASSAING Sophie	Parasitologie	Mme MASSIP Clémence	Bactériologie-virologie
Mme CASSOL Emmanuelle	Biophysique	Mme MAUPAS SCHWALM Françoise	Biochimie
Mme CHANTALAT Etienne	Anatomie	Mme MONTASTIER Emille	Nutrition
M. CHASSAING Nicolas	Génétique	M. MONTASTRUC François	Pharmacologie
M. CLAVEL Cyril	Biologie Cellulaire	Mme MOREAU Jassika	Biologie du dév. Et de la reproduction
Mme COLOMBAT Magali	Anatomie et cytologie pathologiques	Mme MOREAU Marion	Physiologie
M. CONGY Nicolas	Immunologie	M. MOULIS Guillaume	Médecine interne
Mme COURBON Christine	Pharmacologie	Mme NASR Nathalie	Neurologie
M. CUROT Jonathan	Neurologie	Mme NOGUEIRA M.L.	Biologie Cellulaire
Mme DAMASE Christine	Pharmacologie	Mme PERROT Aurone	Hématologie
Mme DE GLISEZENSKY Isabelle	Physiologie	M. PILLARD Fabien	Physiologie
M. DEDGUIT Fabrice	Médecine Légale	Mme PLAISANCIE Julie	Génétique
M. DEGOE Yannick	Rhumatologie	Mme PUISSANT Bénédicte	Immunologie
M. DELMAS Clément	Cardiologie	Mme QUELVEN Isabelle	Biophysique et médecine nucléaire
M. DELPLA Pierre-André	Médecine Légale	Mme RAYMOND Stéphanie	Bactériologie Virologie Hygiène
M. DESPAS Fabien	Pharmacologie	M. REVET Alexis	Pédo-psychiatrie
M. DUBOIS Damien	Bactériologie Virologie Hygiène	M. RIMAILHO Jacques	Anatomie et Chirurgie Générale
Mme ESQUIROL Yolande	Médecine du travail	Mme SABOURDY Frédérique	Biochimie
Mme EVRARD Solène	Histologie, embryologie et cytologie	Mme SAUNE Karine	Bactériologie Virologie
Mme FILLAUX Judith	Parasitologie	Mme SIEGFRIED Aurone	Anatomie et cytologie pathologiques
Mme FLOCH Pauline	Bactériologie-Virologie	M. TAFANI Jean-André	Biophysique
Mme GALINIER Anne	Nutrition	M. TREINER Emmanuel	Immunologie
Mme GALLINI Adeline	Epidémiologie	Mme VALLET Marion	Physiologie
M. GANTET Pierre	Biophysique	M. VERGEZ François	Hématologie
M. GASQ David	Physiologie	Mme VIA Lavinia	Biophysique et médecine nucléaire
M. GATIMEL Nicolas	Médecine de la reproduction		
M.C.U. Médecine générale			
M. BISMUTH Michel			
M. BRILLAC Thierry			
Mme DUPOUY Julie			
M. ESCOURROU Emile			

Maîtres de Conférence Associés

M.C.A. Médecine Générale
M. BIREBENT Jordan
Mme BOURGEOIS Odile
Mme BOUSSIER Nathalie
Mme FREYENS Anne
Mme LATROUS Laïla
M. PIPONNIER David
Mme PUECH Manelle

REMERCIEMENTS

Au Pr Stéphane OUSTRIC

Médecin Généraliste

Professeur des Universités

Merci de me faire l'honneur de présider ce jury, merci pour votre engagement dans la formation des internes de Médecine Générale.

Au Pr André STILLMUNKES

Médecin Généraliste

Professeur Associé des Universités

Merci de me faire l'honneur de votre présence dans ce jury.

Au Dr Émile ESCOURROU

Médecin Généraliste - Médecin du Sport

Maître de Conférences des Universités

Merci d'avoir accepté de diriger cette thèse, de m'avoir orienté dans mes recherches et pour la confiance que tu m'as accordée.

Au Dr Pauline MUNIER

Médecin Généraliste

Chef de Clinique des Universités

Merci d'avoir codirigé cette thèse, merci pour ton investissement et pour l'aide et le soutien que tu m'as apporté tout au long de ce travail.

A mes enfants, mon petit Corto, ma Milena et à la joie que vous me procurez chaque jour.
Vous allez enfin pouvoir dire que votre mère n'est plus étudiante !

A ma maman, pour le soutien et l'aide précieuse que tu me portes, je t'aime.

A Alain, le Papé des enfants, merci pour ton soutien, de m'avoir prêté la maison de Penne où il fait bon travailler et où j'ai passé des heures à recueillir les données de cette étude près du poêle.

Alix, malgré la distance nous restons si proches et j'en suis bien contente.

Amélie ma plus « vieille » amie, rencontrée à l'école d'infirmière il y a 18 ans. Et oui déjà ! Merci pour ton amitié toutes ces années et pour ton soutien.

Merci Armelle pour ces soirées à refaire le monde, à penser à autre chose aussi, pour le serrage de coude dans l'adversité.

Dimitri, Hubert, Marina, Théo, vous avoir rencontrés est très précieux, l'internat n'aurait pas été pareil sans vous, sans la pensée revigorante d'Hub, les soirées à thèmes et tout ce qu'on a partagé et partagera.

A toutes les personnes rencontrées sur mon chemin qui m'ont permis d'avancer, Dr Marielle Puech et Pr Jean-Christophe Poutrain pour votre aide et votre écoute, Émilie et Philippe pour votre bienveillance et générosité, Jean-Marc pour m'accepter dans le bureau d'en face avec la vue sur les poules, j'ai hâte de m'y installer, et à tous ceux qui m'ont accompagnée, merci.

A Fred, pour ton soutien, pour avoir supporté mes états d'âmes, pour tout ce que nous partageons et pour la suite. Te quiero mucho mucho.

SERMENT D'HIPPOCRATE – Revu par l'Ordre des médecins en 2012

“Au moment d’être admise 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.

Admise dans l’intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçue 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 déshonorée et méprisée si j’y manque.”

DECLARATION DE GENEVE – Serment du médecin

Elle figure en annexe du code de déontologie médicale. Cette déclaration a été adoptée par l'assemblée générale de l'Association médicale mondiale en 1948, elle a fait l'objet de plusieurs révisions, la dernière date d'octobre 2017.

“EN QUALITÉ DE MEMBRE DE LA PROFESSION MÉDICALE

JE PRENDS L’ENGAGEMENT SOLENNEL de consacrer ma vie au service de l’humanité ;

JE CONSIDÉRERAI la santé et le bien-être de mon patient comme ma priorité ;

JE RESPECTERAI l’autonomie et la dignité de mon patient ;

JE VEILLERAI au respect absolu de la vie humaine ;

JE NE PERMETTRAI PAS que des considérations d’âge, de maladie ou d’infirmité, de croyance, d’origine ethnique, de genre, de nationalité, d’affiliation politique, de race, d’orientation sexuelle, de statut social ou tout autre facteur s’interposent entre mon devoir et mon patient ;

JE RESPECTERAI les secrets qui me seront confiés, même après la mort de mon patient ;

J’EXERCERAI ma profession avec conscience et dignité, dans le respect des bonnes pratiques médicales ;

JE PERPÉTUERAI l’honneur et les nobles traditions de la profession médicale ;

JE TÉMOIGNERAI à mes professeurs, à mes collègues et à mes étudiants le respect et la reconnaissance qui leur sont dus ;

JE PARTAGERAI mes connaissances médicales au bénéfice du patient et pour les progrès des soins de santé ;

JE VEILLERAI à ma propre santé, à mon bien-être et au maintien de ma formation afin de prodiguer des soins irréprochables ;

JE N’UTILISERAI PAS mes connaissances médicales pour enfreindre les droits humains et les libertés civiques, même sous la contrainte ;

JE FAIS CES PROMESSES sur mon honneur, solennellement, librement.”

TABLE DES MATIERES

1	INTRODUCTION	1
1.1	PRESENTATION GENERALE DU CARNET DE STAGE	1
1.2	UTILISATION DU CARNET DE STAGE DANS D'AUTRES DEPARTEMENTS DE MEDECINE GENERALE ...	2
1.3	FORMATION EN MEDECINE GENERALE A TOULOUSE EN PHASE SOCLE	3
1.4	OBJECTIFS DU TRAVAIL DE RECHERCHE	4
2	MATERIEL ET METHODE	5
2.1	POPULATION CIBLE	5
2.2	RECUEIL DES DONNEES	5
2.3	ANALYSE	6
2.4	ÉTHIQUE	7
3	RESULTATS	8
3.1	ANALYSE DES CARNETS DE STAGE (OBJECTIF PRINCIPAL).....	8
3.2	RESULTATS DU QUESTIONNAIRE (OBJECTIF SECONDAIRE)	22
4	DISCUSSION.....	25
4.1	RESULTATS PRINCIPAUX.....	25
4.2	DISCUSSION ET APPORT DE LA LITTERATURE.....	28
4.3	FORCES ET LIMITES DE L'ETUDE	32
4.4	PERSPECTIVES	33
5	CONCLUSION	34
6	REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES	35
7	ANNEXES	37
7.1	ANNEXE 1 : PROPOSITION DE GRILLE DE NIVEAU ATTENDU EN FIN DE PHASE SOCLE (GRILLE NATIONALE SECTEUR PEDAGOGIE CNGE) A REMPLIR PAR LES INTERNES (AUTO-EVALUATION) ET LES MSU (HETERO-EVALUATION) – UNIVERSITE DE PARIS	37
7.2	ANNEXE 2 : JOURNAL DE BORD – UNIVERSITE LILLE 2	40
7.3	ANNEXE 3 : CARNET DE COMPETENCES : AIDE A L'AUTO-EVALUATION DES COMPETENCES	41
7.4	ANNEXE 4 : QUESTIONNAIRE A DESTINATION DES INTERNES EN PREMIERE ANNEE D'INTERNAT DE MEDECINE GENERALE EN 2018-2019.....	42

LISTE DES ABREVIATIONS

DES	Diplôme d'Étude Spécialisé
DMG	Département de Médecine Générale
DUMG	Département Universitaire de Médecine Générale
GEP	Groupe d'Échange de Pratiques
GTT	Groupe Tutoré Thématique
MSU	Maître de Stage Universitaire
PN1	Stage « Praticien Niveau 1 »
RSCA	Récit de Situation Complexe et Authentique
SCRE	Situation Clinique Rencontrée Écrite
URG	Stage d'Urgences

LISTE DES ANNEXES

Annexe 1 : Proposition de grille de niveau attendu en fin de phase socle (Grille nationale Secteur Pédagogie CNGE) A remplir par les internes (auto-évaluation) et les MSU (hétéro-évaluation)

Annexe 2 : Journal de bord – Université Lille 2

Annexe 3 : Carnet de compétences : Aide à l'auto-évaluation des compétences

Annexe 4 : Questionnaire à destination des internes en première année de DES de médecine générale en 2018-2019.

1 INTRODUCTION

1.1 PRESENTATION GENERALE DU CARNET DE STAGE

Le carnet de stage est un outil de formation (1) permettant de suivre l'acquisition des tâches professionnelles de l'interne durant le DES de médecine générale. L'évaluation des tâches professionnelles est nécessaire pour permettre une certification des internes à la fin de leur cursus. Elle répond de fait à une exigence sociétale (2) et légale (3).

Le carnet de stage, utilisé par le DUMG de Toulouse, a été construit en s'appuyant sur le Référentiel Métier (4) et Compétences du médecin généraliste, élaboré par le Collège National des Généralistes Enseignants (CNGE) (5). Il a été mis à jour en mars 2022. Notre travail porte sur sa version précédente de 2018. Le carnet de stage est constitué de compétences spécifiques (items) réparties autour de 10 familles de situations et de 5 dimensions :

Familles de situations :

- Famille 1 : Le patient atteint de pathologies chroniques en soins premiers
- Famille 2 : Le patient atteint de pathologies aiguës en soins premiers
- Famille 3 : Le patient atteint de pathologies aiguës dans un contexte non programmé en soins premiers
- Familles 4 : La santé de la femme en soins premiers
- Famille 5 : La santé de l'enfant et de l'adolescent en soins premiers
- Famille 6 : La santé de la personne âgée et le vieillissement en soins premiers
- Famille 7 : La prévention, le dépistage, l'éducation à la santé, l'éducation thérapeutique en soins premiers
- Famille 8 : Le premier exercice en médecine générale – Éthique et déontologie au quotidien en soins premiers
- Famille 9 : La prescription justifiée en soins premiers

- Famille 10 : La maîtrise de l'offre de soins en ambulatoire et la gestion de l'entreprise médicale de premier recours en soins premiers

Dimensions :

- La démarche diagnostique
- La démarche thérapeutique
- La décision médicale
- Les gestes techniques
- L'environnement

Certains items sont identifiés « phase socle ». Il s'agit des tâches professionnelles plus accessibles aux internes de première année de DES.

1.2 UTILISATION DU CARNET DE STAGE DANS D'AUTRES DEPARTEMENTS DE MEDECINE GENERALE

La majorité des Départements de Médecine Générale (DMG) en France, utilisent une fiche d'évaluation pour la validation des stages, selon l'arrêté relatif à la validation des stages pour les étudiants en médecine de troisième cycle (3). Peu de DMG utilisent un carnet de stage pour suivre l'acquisition des compétences spécifiques des internes de médecine générale. Son contenu diffère selon les départements.

A titre d'exemple, dans la Faculté de Médecine Générale de Paris (ex-départements de médecine générale de Paris Descartes et Paris Diderot), l'interne remplit une grille d'auto-évaluation, visible en annexe 1. Une évaluation à mi stage est fortement conseillée pour suivre la progression de l'interne. Elle est obligatoire au second semestre et constitue un point clé pour la validation de la phase socle.

La Faculté de Médecine Générale de Lille 2 utilise un journal de bord pour l'évaluation des compétences des internes de médecine générale. L'interne y renseigne des situations cliniques rencontrées dans différentes familles de situations et évalue les difficultés rencontrées dans différents domaines : diagnostic, relationnel, thérapeutique et organisationnel. Elle se trouve en annexe 2.

La Faculté de Médecine Générale de Lyon-Est utilise un « carnet de compétences » (6) que l'interne complète en auto-évaluation. Il est visible en annexe 3. Il a été élaboré par un groupe de travail du CNGE dans un objectif de certification des futurs professionnels. Il est consulté par les enseignants lors de la validation de la phase socle.

1.3 FORMATION EN MEDECINE GENERALE A TOULOUSE EN PHASE SOCLE

1.3.1 Parcours de formation

La formation en médecine générale à Toulouse repose sur :

- Un enseignement théorique autour de situations cliniques sur des mises en situation simulées
- Un enseignement en stage (six stages de six mois dont quatre stages en cabinet de médecine générale) permettant une mise en situation réelle
- Une évaluation formative qui comprend :
 - o Le carnet de stage, complété par le maître de stage (MSU) en présence de l'interne
 - o Les travaux d'écriture clinique (TEC) mis sur le portfolio par l'interne et validés par le tuteur.

1.3.2 Modalité de validation de la phase socle

La validation de la phase socle repose sur les critères suivants :

- La validation des stages Praticien Niveau 1 et Urgences
- La validation de compétences spécifiques sur le carnet de stage par les MSU ambulatoire et hospitalier.
- La réalisation des travaux d'écritures cliniques demandés et leur validation par le tuteur
- La participation aux enseignements théoriques

1.4 OBJECTIFS DU TRAVAIL DE RECHERCHE

Le carnet de stage est complété par les MSU tout au long du DES. Il est consulté individuellement par les enseignants du DUMG à la fin de la phase socle pour permettre la validation de l'année universitaire. Il se présente sous format électronique. Au moment de l'étude il n'était pas possible d'avoir un regard global sur son contenu pour une promotion complète d'internes. Nous n'avons pas retrouvé d'études sur le contenu du carnet de stage pour une promotion complète d'internes en phase socle.

La question de recherche était : Quelle est l'utilisation du carnet de stage en pratique pour une promotion d'internes de médecine générale à Toulouse en phase socle ?

L'objectif principal était de réaliser un état des lieux du contenu des carnets de stage d'une promotion d'internes de médecine générale à Toulouse en fin de phase socle.

L'objectif secondaire était de recueillir les pratiques de remplissage du carnet de stage auprès de la même promotion d'internes.

2 MATERIEL ET METHODE

2.1 POPULATION CIBLE

La population choisie pour l'étude correspondait aux internes en médecine générale, rattachés au DUMG de Toulouse, qui étaient en phase socle durant l'année universitaire de novembre 2018 à octobre 2019.

Les critères d'inclusion étaient les suivants :

- Avoir été interne en médecine générale en phase socle en 2018-2019
- Avoir réalisé et validé la phase socle
- Avoir réalisé et validé le stage aux Urgences et celui en « Praticien Niveau 1 » (PN1).

Le critère de non inclusion était le suivant :

- Être originaire d'une autre filière de formation spécialisée

2.2 RECUEIL DES DONNEES

2.2.1 Analyse des carnets de stage (Objectif principal)

Une étude épidémiologique descriptive transversale a été réalisée en janvier 2021 pour la promotion d'internes en médecine générale en phase socle de novembre 2018 à octobre 2019.

Un accès aux carnets de stage des internes a été accordé aux directeurs de thèse par l'administrateur du site du DUMG de Toulouse.

Chaque carnet de stage a été consulté individuellement. Pour chaque interne nous avons recueilli le nombre d'items validés dans les différentes familles de situations et dimensions en fonction du semestre et du lieu de stage (PN1 et urgences). Le nombre d'items validés fléchés « phase socle » a également été relevé.

Les données ont été recueillies manuellement dans un tableau Microsoft Excel. Un système de vérification des erreurs a été mis en place dans le tableau Microsoft Excel pour limiter les erreurs de recueil. Certains items ayant été validés plus tardivement par le MSU apparaissaient comme étant validés sur un autre semestre. Ces items ont été réintégrés à leur semestre d'origine en fonction du lieu de stage.

2.2.2 Questionnaire (Objectif secondaire)

Après accord de la Commission Recherche du DUMG, un questionnaire en ligne conçu pour l'étude a été proposé aux internes de la promotion choisie lors de deux enseignements facultaires le 6/07/2021 et le 13/10/2021. Ce questionnaire a été élaboré à l'aide du logiciel en ligne Google Form (Annexe 4). Les réponses étaient anonymes.

2.3 ANALYSE

L'analyse statistique descriptive des résultats a été faite sur le tableur Microsoft Excel. Nous avons pu établir pour chaque variable les moyennes et le pourcentage de distribution.

La comparaison des variables qualitatives d'intérêt a été réalisée à l'aide de l'outil numérique en ligne BiostaTGV en utilisant le test de Mann Whitney.

L'analyse comparative des réponses au questionnaire a été faite à l'aide de l'outil numérique en ligne BiostaTGV en utilisant le test exact de Fisher pour des effectifs inférieurs à 5, et le test du Chi2 pour les effectifs supérieurs à 5.

2.4 ÉTHIQUE

La liste des internes inscrits en première année de DES de Médecine Générale en 2018-2019 a été fournie par l'administration de la Faculté. Les internes ont été contactés par courriel pour leur présenter l'objectif de l'étude et connaître les internes ne souhaitant pas y participer. Ils pouvaient se retirer à tout moment sans justification nécessaire.

Nous avons obtenu l'accord de la Commission Recherche du DUMG de Toulouse, de la Commission Nationale Informatique et Liberté (CNIL) après déclaration MR0004 avant le début de l'étude.

Les données des carnets de stage et les résultats du questionnaire ont été compilés de façon anonyme dans un tableau Microsoft Excel.

3 RESULTATS

3.1 ANALYSE DES CARNETS DE STAGE (OBJECTIF PRINCIPAL)

3.1.1 Population étudiée

La promotion 2018-2019 comportait 146 internes, 4 n'ont pas été inclus dans l'étude car ils n'avaient pas validé la phase socle.

142 internes ont été inclus dans l'étude. 71 internes avaient débuté par le stage aux Urgences et 71 internes par le stage PN1. Aucun interne n'a manifesté son refus de participer à l'étude.

Dans 13 carnets de stage des items avaient été validés après la fin du semestre. Ils ont été comptabilisés dans leur semestre d'origine en fonction du lieu de stage.

3.1.2 Moyennes des items validés en fonction du semestre

Les moyennes des items validés par semestre sont présentées dans le Tableau 1.

La moyenne des items validés était statistiquement plus importante au premier semestre (S1) qu'au second semestre (S2) (test de Mann Whitney $p < 0,05$).

La moyenne des items validés fléchés « phase socle » n'était pas statistiquement différente selon le semestre.

Tableau 1 : Moyennes des items validés fléchés « phase socle » ou non par semestre.

	Moyenne des items validés au S1 - N (%)	Moyenne des items validés au S2 - N (%)	Différence entre les 2 semestres ?
Items totaux Total : 897	128,85 (14,26)	109,47 (12,20)	$p < 0,05$
Items « Phase socle » Total = 219	83,82 (38,27)	64,26 (29,34)	$p = 1,90$

3.1.3 Items validés sur l'année dans les différentes dimensions

3.1.3.1 *Items totaux*

Les moyennes des items validés dans les différentes dimensions sont présentées dans le Tableau 2.

Il n'a pas été retrouvé de différence significative entre la demi-promotion ayant commencé par le stage PN1 et celle ayant commencé par le stage aux Urgences pour les moyennes d'items validés sur l'année dans les différentes dimensions.

Tableau 2 : Moyennes des items validés sur l'année dans les différentes dimensions

	Moyenne des items validés sur l'année - N (%)			
	PN1/Urg N = 71	Urg/PN1 N = 71	Différence ?	Total N = 142
Démarche diagnostique Total = 222	76,88 (34,63)	80,80 (36,39)	$p = 0.455$	78,84 (35,51)
Démarche thérapeutique Total = 200	46,77 (23,38)	50,25 (25,12)	$p = 0.938$	48,51 (24,25)
Décision médicale Total = 148	28,85(19,49)	30,52 (20,62)	$p = 0.537$	29,69 (20,06)
Gestes techniques Total = 92	35,21 (38,27)	37,02 (40,24)	$p = 0.339$	36,11 (39,26)
Environnement Total = 235	44,38 (18,88)	45,02 (19,16)	$p = 0.659$	44,70 (19,02)

PN1/Urg : demi-promotion d'internes ayant débuté par le stage PN1 avant de réaliser le stage aux Urgences

Urg/PN1 : demi-promotion d'internes ayant débuté par le stage aux Urgences avant de réaliser le stage PN1

3.1.3.2 Items fléchés « phase socle »

Les moyennes des items « phase socle » validés dans les différentes dimensions sont présentées dans le Tableau 3.

Il n'a pas été retrouvé de différence significative entre les deux demi-promotions pour les moyennes d'items validés fléchés « phase socle » dans les différentes dimensions.

Tableau 3 : Moyennes des items « phase socle » validés sur l'année dans les différentes dimensions

	Moyenne des items « phase socle » validés sur l'année - N (%)			
	PN1/Urg N = 71	Urg/PN1 N = 71	Différence ½ promotion ?	Total N = 142
Démarche diagnostique Total = 85	58,45 (68,76)	59,08 (69,51)	$p = 0.422$	58,76 (69,13)
Démarche thérapeutique Total = 28	19,70 (70,37)	19,49 (69,61)	$p = 0.864$	19,59 (69,99)
Décision médicale Total = 35	17,02 (48,65)	16,94 (48,41)	$p = 0.897$	16,98 (48,53)
Gestes techniques Total = 39	24,14 (61,89)	24,90 (63,84)	$p = 0.193$	24,52 (62,87)
Environnement Total = 48	27,40 (57,10)	26,92 (56,10)	$p = 0.943$	27,16 (56,60)

3.1.4 Items validés sur l'année dans les différentes familles de situations

3.1.4.1 *Items totaux*

Les moyennes des items validés dans les différentes familles de situations sont présentées dans le Tableau 4.

Il n'a pas été retrouvé de différence significative entre les deux demi-promotions pour les moyennes d'items validés sur l'année dans les différentes familles de situations (Tableau 4).

Tableau 4 : Moyennes des items validés sur l'année dans les différentes familles de situations

	Moyenne des items validés sur l'année - N (%)			
	PN1/Urg N = 71	Urg/PN1 N = 71	Différence ?	Total N = 142
Famille 1 total = 162	49,39 (30,49)	51,21 (31,61)	$p = 0.705$	50,30 (31,05)
Famille 2 total = 66	35,38 (53,60)	36,23 (54,90)	$p = 0.514$	35,80 (54,25)
Famille 3 total = 79	46,40 (58,74)	46,88 (59,35)	$p = 0.748$	46,64 (59,04)
Famille 4 total = 88	5,09 (5,79)	5,91 (6,72)	$p = 0.370$	5,50 (6,25)
Famille 5 total = 114	19,40 (17,02)	22,12 (19,40)	$p = 0.477$	20,76 (18,21)
Famille 6 total = 65	9 (13,84)	10,59 (16,29)	$p = 0.755$	9,79 (15,07)
Famille 7 total = 107	12,77 (11,93)	17,08 (15,96)	$p = 0.370$	14,92 (13,95)
Famille 8 total = 78	22,25 (28,53)	22,22 (28,49)	$p = 0.952$	22,23 (28,51)
Famille 9 total = 96	31,07 (32,36)	31,09 (32,39)	$p = 0.833$	31,08 (32,37)
Famille 10 total = 42	1,18 (2,81)	1,26 (3,01)	$p = 0.618$	1,22 (2,91)
Total = 897	232,01 (25,86)	244,64 (27,27)	$p = 0,54$	238,65 (26,56)

3.1.4.2 Items fléchés « phase socle »

Il n'a pas été retrouvé de différence significative entre les deux demi-promotions pour les moyennes d'items validés fléchés « phase socle » dans les différentes familles de situations (Tableau 5).

Tableau 5 : Moyennes des items « phase socle » validés sur l'année dans les différentes familles de situation

	Moyenne des items « phase socle » validés sur l'année - N (%)			
	PN1/Urg N = 71	Urg/PN1 N = 71	Différence ?	Total N = 142
Famille 1 total = 38	26,38 (69,42)	27,26 (71,75)	$p = 0.407$	26,82 (70,58)
Famille 2 total = 33	27,04 (81,94)	27,05 (81,98)	$p = 0.845$	27,04 (81,96)
Famille 3 total = 57	41,94 (73,58)	41,42 (72,67)	$p = 0.879$	41,68 (73,12)
Famille 4 total = 0	0	0	Non calculable	0
Famille 5 total = 21	12,98 (61,83)	13,76 (65,52)	$p = 0.137$	13,37 (63,68)
Famille 6 total = 16	6,28 (39,26)	6,53 (40,84)	$p = 0.741$	6,40 (40,05)
Famille 7 total = 14	6,33 (45,27)	6,46 (46,17)	$p = 0.923$	6,40 (45,72)
Famille 8 total = 20	14,25 (71,26)	14,26 (71,33)	$p = 0.895$	14,26 (71,30)
Famille 9 total = 16	10,98 (68,66)	10,18 (63,64)	$p = 0.434$	10,58 (66,15)
Famille 10 total = 4	0,52 (13,02)	0,39 (9,85)	$p = 0.205$	0,45 (11,44)
Total = 219	148,83 (67,85)	147,35 (67,28)	$p = 0,81$	148,09 (67,62)

3.1.5 Items validés par semestre en fonction du type de stage

Treize internes (9,15 %) n'avaient aucun item validé sur un semestre. Ils étaient alors en stage aux Urgences.

Les moyennes des items validés selon le lieu de stage sont présentées dans le Tableau 6.

La moyenne des items validés, totaux ou fléchés « phase socle », était statistiquement plus importante en PN1 qu'aux Urgences (test de Mann Whitney $p < 0,05$).

Tableau 6 : Moyennes des items validés selon le lieu de stage

	Moyenne des items validés en PN1 – N (%)	Moyenne des items validés aux URG – N (%)	Différence entre les lieux de stage ?
Items totaux Total : 897	151,06 (16,84)	87,26 (9,72)	$p < 0,05$
Items fléchés « Phase socle » Total = 219	92,2 (42,10)	55,88 (25,51)	$p < 0,05$

3.1.5.1 Dans les différentes dimensions

Les moyennes des items validés, en fonction du semestre et pour les différentes dimensions, sont présentées dans le Tableau 7.

Tableau 7 : Moyennes des items validés en fonction du semestre dans les différentes dimensions

	Moyenne des Items validés au S1 - N (%)			Moyenne des Items validés au S2 - N (%)		
	PN1 N = 71	URG N = 71	Total N = 142	PN1 N = 71	URG N = 71	Total N = 142
Démarche Diagnostique Total = 222	56,18 (25,30)	31,70 (14,28)	43,94 (19,79)	49,09 (22,11)	20,70 (9,32)	34,90 (15,72)
Démarche Thérapeutique Total = 200	31,25 (15,62)	23,36 (11,68)	27,30 (13,65)	26,88 (13,44)	15,52 (7,76)	21,20 (10,60)
Décision Médicale Total = 148	19,21 (12,98)	9,76 (6,59)	14,48 (9,78)	20,76 (14,02)	9,64 (6,51)	15,20 (10,27)
Gestes Techniques Total = 92	17,67 (19,21)	22,73 (24,70)	20,20 (21,96)	14,29 (15,53)	17,53 (19,06)	15,91 (17,29)
Environnement Total = 235	33,39 (14,21)	11,53 (4,90)	22,46 (9,55)	33,49 (14,25)	10,98 (4,67)	22,23 (9,46)
Total = 897	157,7 (17,58)	99,08 (11,04)	128,38 (14,31)	144,51 (16,11)	74,37 (8,29)	109,44 (12,20)

Au premier semestre :

La moyenne des items validés était statistiquement plus importante aux Urgences dans la dimension suivante (Figure 1) :

- Gestes Techniques ($p = 0,006$).

La moyenne des items validés était statistiquement plus importante en stage PN1 dans les dimensions suivantes (Figure 1) :

- Démarche diagnostique ($p < 0,05$)
- Démarche thérapeutique ($p = 0,003$)
- Décision médicale ($p < 0,05$)
- Environnement ($p < 0,05$)

Pour l'ensemble de la population étudiée, la moyenne des items validés était statistiquement plus importante dans les dimensions suivantes (Tableau 7) :

- Démarche diagnostique ($p < 0,05$)
- Démarche thérapeutique ($p < 0,05$)
- Gestes techniques ($p < 0,05$)

Au deuxième semestre :

La moyenne des items validés était statistiquement plus importante aux Urgences dans la dimension suivante (Figure 1) :

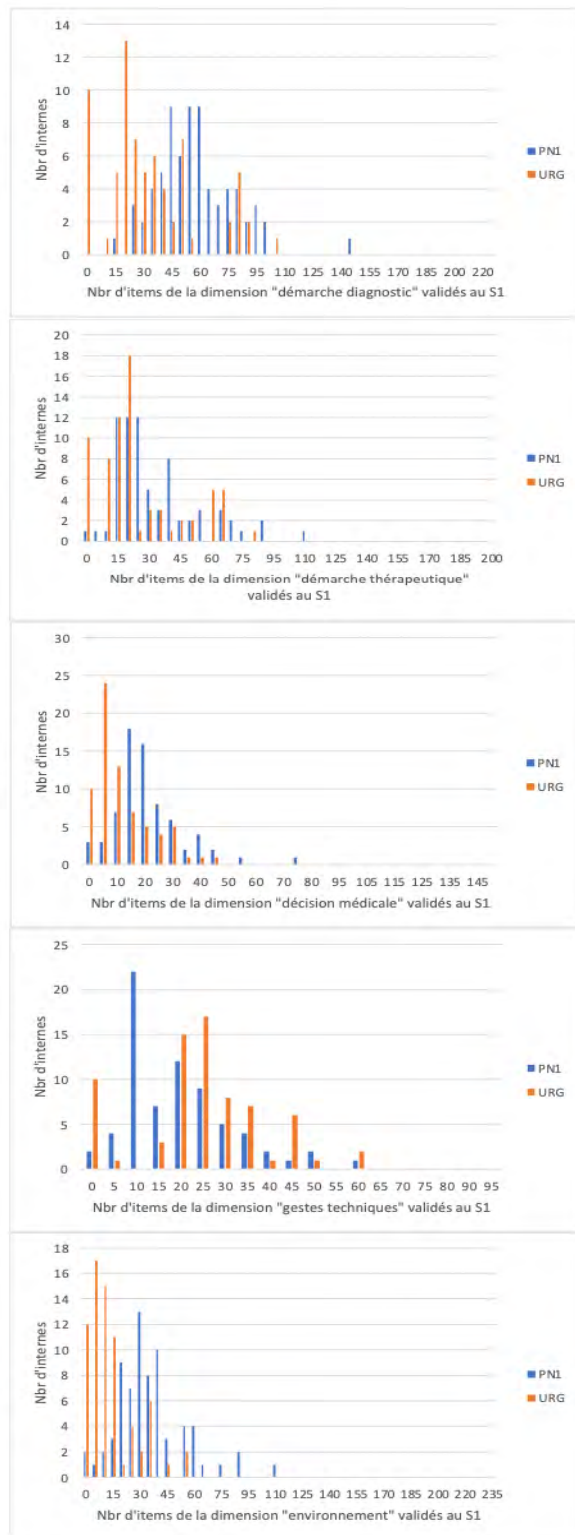
- Gestes techniques ($p = 0,01$)

La moyenne des items validés était statistiquement plus importante en stage PN1 dans les dimensions suivantes (Figure 1) :

- Démarche diagnostique ($p < 0,05$)
- Démarche thérapeutique ($p = 0,02$)
- Décision médicale ($p < 0,05$)
- Environnement ($p < 0,05$)

Pour l'ensemble de la population étudiée, la moyenne des items validés n'était statistiquement pas différente selon les différentes dimensions.

Semestre 1 – Dimensions



Semestre 2 – Dimensions

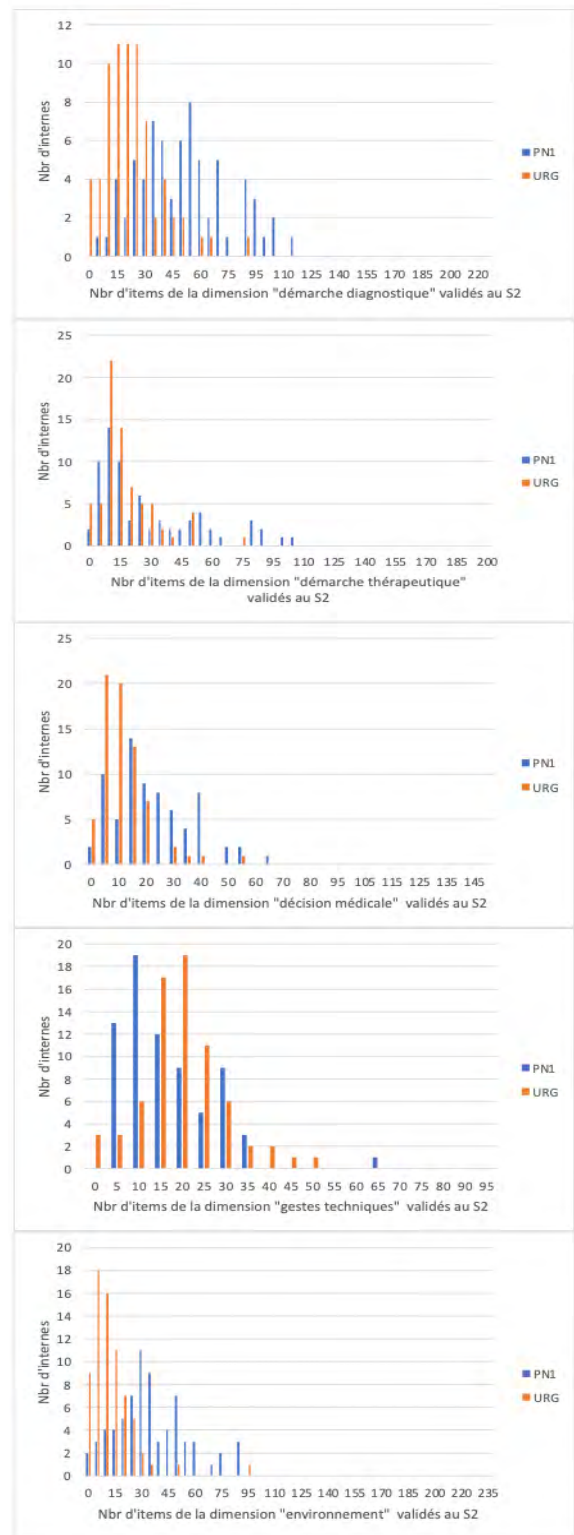


Figure 1 : Distribution des items validés en fonction du semestre et de la demi-promotion dans les différentes dimensions.

3.1.5.2 Dans les différentes familles de situations

La moyenne des items validés, en fonction du semestre et du lieu de stage et pour les différentes familles de situations, est présentée dans le Tableau 8.

Tableau 8 : Moyennes des items validés en fonction du semestre dans les différentes familles de situation.

	Moyenne des items validés au S1 – N (%)			Moyenne des items validés au S2 – N (%)		
	PN1 N = 71	URG N = 71	Total N = 142	PN1 N = 71	URG N = 71	Total N = 142
Famille 1 Total = 162	38,30 (23,64)	11,84 (7,31)	25,07 (15,47)	39,36 (24,30)	11,08 (6,84)	25,22 (15,57)
Famille 2 Total = 66	16,07 (24,34)	20,16 (30,55)	22,68 (34,36)	16,07 (24,34)	10,18 (15,42)	13,12 (19,88)
Famille 3 Total = 79	16,91 (21,41)	35,80 (45,32)	26,35 (33,36)	11,08 (14,03)	29,49 (37,33)	20,28 (25,68)
Famille 4 Total = 88	4,12 (4,68)	2,11 (2,40)	3,11 (3,54)	3,80 (4,32)	0,97 (1,10)	2,38 (2,71)
Famille 5 Total = 114	13,09 (11,48)	10,97 (9,62)	12,03 (10,55)	11,15 (9,78)	6,30 (5,53)	8,73 (7,65)
Famille 6 Total = 65	7,18 (11,05)	2,07 (3,18)	4,62 (7,11)	8,52 (13,10)	1,81 (2,79)	5,16 (7,95)
Famille 7 Total = 107	10,53 (9,84)	2,46 (2,30)	6,5 (6,07)	14,61 (13,66)	2,23 (2,09)	8,42 (7,87)
Famille 8 Total = 78	19,73(25,29)	2,36 (3,03)	11,04 (14,16)	19,85 (25,46)	2,52 (3,23)	11,19 (14,34)
Famille 9 Total = 96	21,46 (22,35)	12,26 (12,77)	16,86 (17,56)	18,83 (19,61)	9,60 (10,00)	14,21 (14,81)
Famille 10 Total = 42	1,01 (2,41)	0,04 (0,10)	0,52 (1,25)	1,22 (2,91)	0,16 (0,40)	0,69 (1,65)

Au premier semestre :

La moyenne des items validés était statistiquement plus importante lors du stage PN1 dans les familles suivantes (Figure 2 et 3) :

- Famille de situations 1 ($p < 0,05$)
- Famille de situations 5 ($p = 0,04$)
- Famille de situations 6 ($p < 0,05$)
- Famille de situations 7 ($p < 0,05$)
- Famille de situations 8 ($p < 0,05$)
- Famille de situations 9 ($p < 0,05$)
- Famille de situations 10 ($p < 0,05$)

La moyenne des items validés était statistiquement plus importante lors du stage aux Urgences dans les familles suivantes (Figure 2 et 3) :

- Famille de situations 2 ($p = 0,01$)
- Famille de situations 3 ($p < 0,05$)

La moyenne du nombre d'items validés en famille 4 n'était pas statistiquement différente selon le terrain de stage ($p = 0,27$) (Figure 2).

Pour l'ensemble de la population étudiée, la moyenne d'items validés était statistiquement plus importante dans les dimensions suivantes (Tableau 8) :

- Famille de situations 2 ($p < 0,05$)
- Famille de situations 3 ($p < 0,05$)
- Famille de situations 5 ($p < 0,05$)

Au deuxième semestre :

La moyenne des items validés était statistiquement plus importante lors du stage PN1 dans les familles suivantes (Figure 2 et 3) :

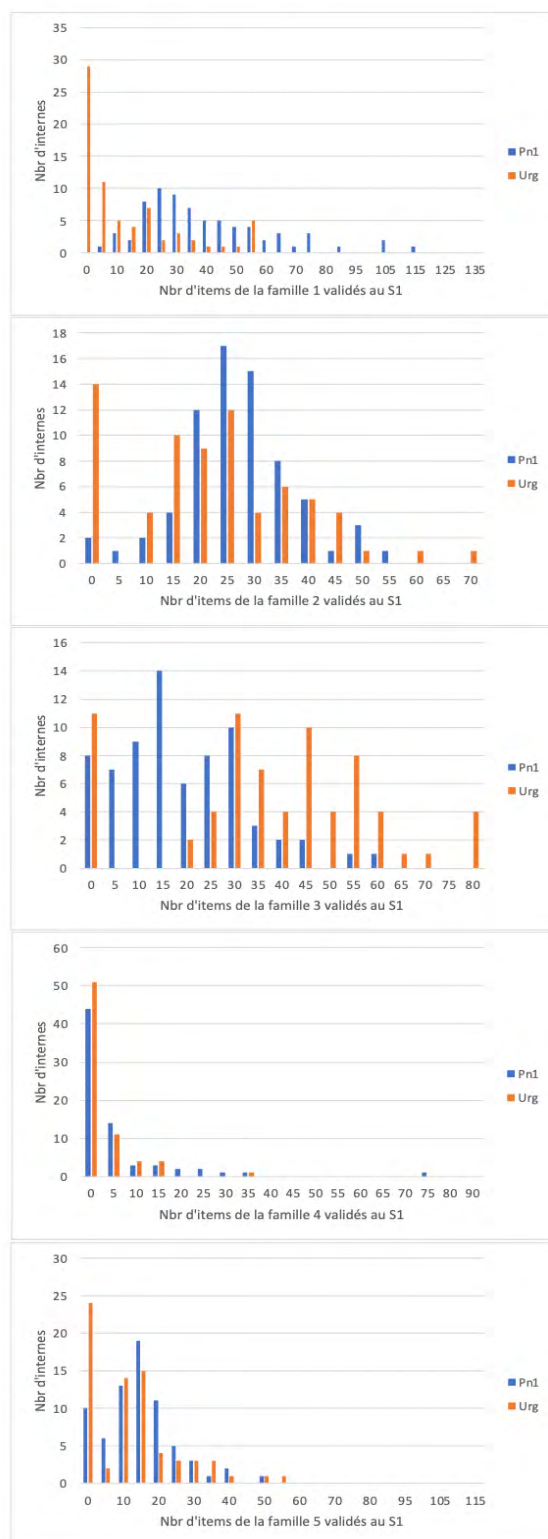
- Famille de situations 1 ($p < 0,05$)
- Famille de situations 2 ($p = 0,002$)
- Famille de situations 4 ($p = 0,01$)
- Famille de situations 5 ($p < 0,05$)
- Famille de situations 6 ($p < 0,05$)
- Famille de situations 7 ($p < 0,05$)
- Famille de situations 8 ($p < 0,05$)
- Famille de situations 9 ($p < 0,05$)
- Famille de situations 10 ($p < 0,05$)

La moyenne des items validés était statistiquement plus importante lors du stage aux Urgences dans la famille suivante (Figure 2) :

- Famille de situations 3 ($p < 0,05$)

Pour l'ensemble de la population étudiée, la moyenne d'items validés n'était pas différente selon les familles de situations.

Semestre 1 – Familles



Semestre 2 – Familles

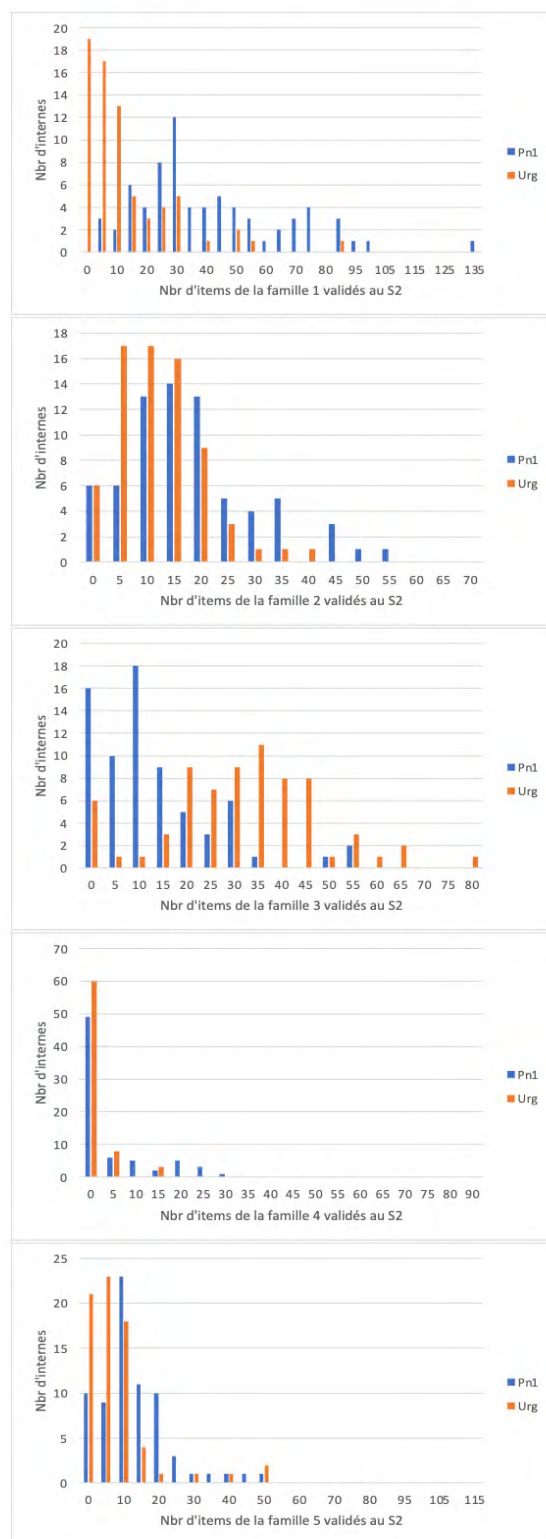
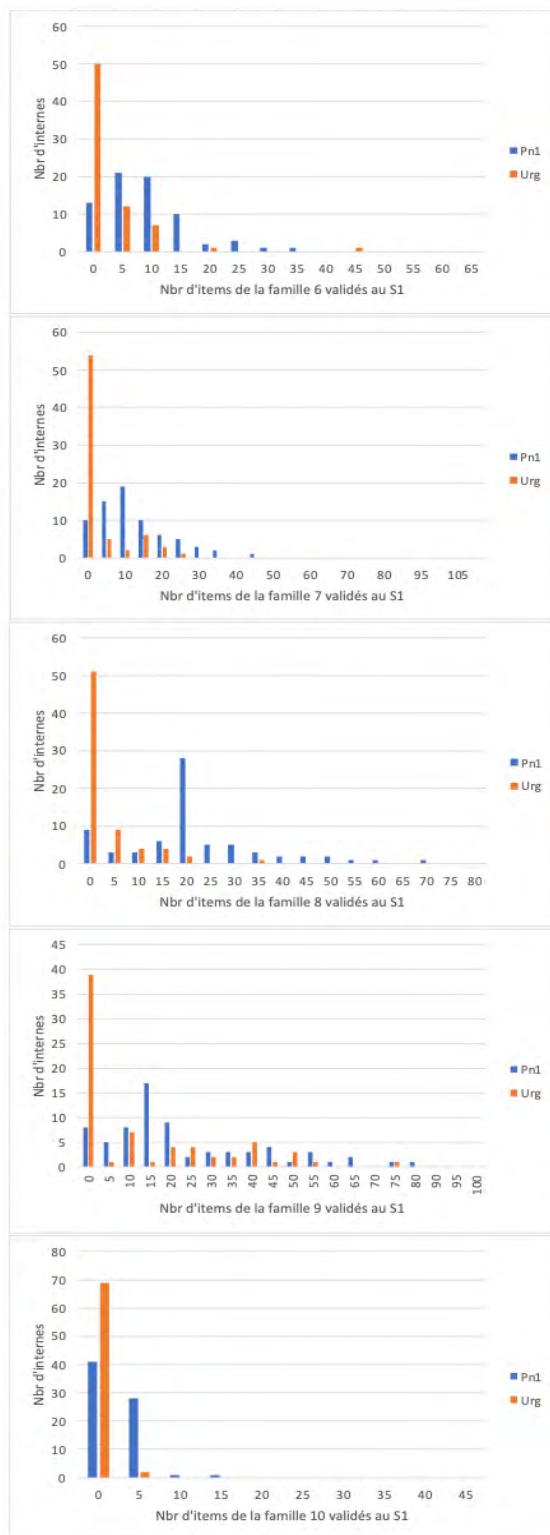


Figure 2 : Distribution des items validés en fonction du semestre et de la demi-promotion dans les familles 1 à 5.

Semestre 1 – Familles



Semestre 2 – Familles

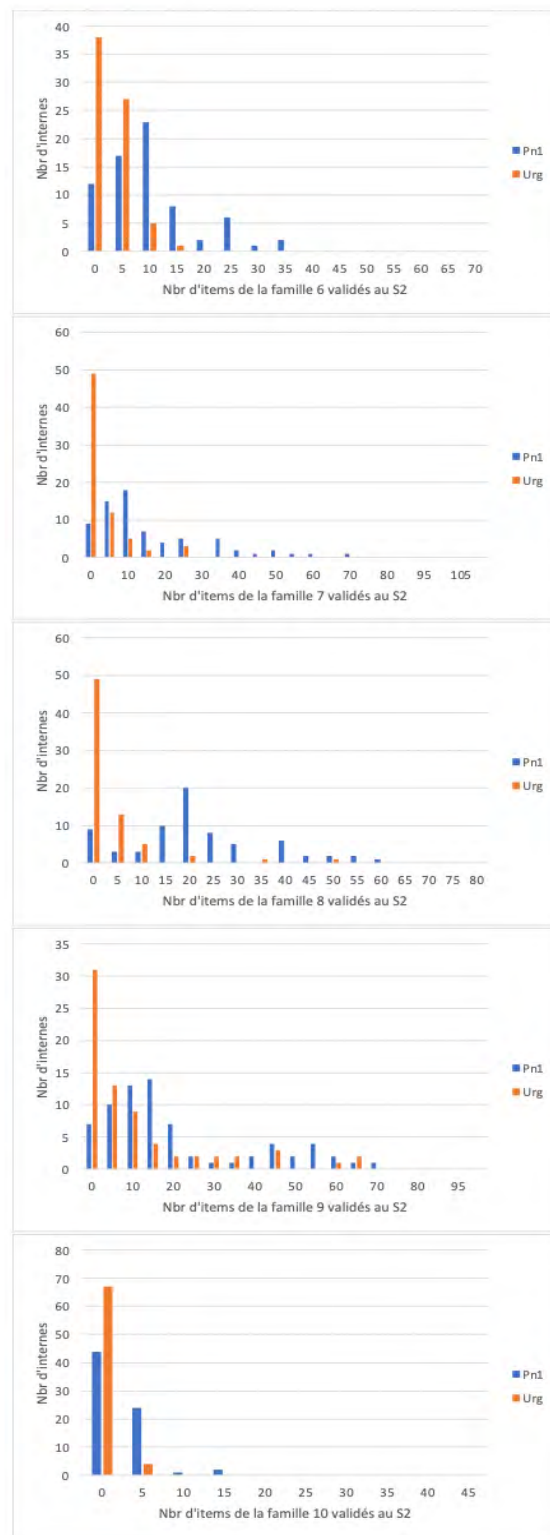


Figure 3 : Distribution des items validés en fonction du semestre et de la demi-promotion dans les familles 6 à 10.

3.2 RESULTATS DU QUESTIONNAIRE (OBJECTIF SECONDAIRE)

3.2.1 Population étudiée

La promotion en phase socle en 2018-2019 comportait 146 internes. 73 internes (51,40 %) ont répondu au questionnaire. Ils étaient alors en 3^{ème} année de DES.

40 internes (54,79 %) avaient débuté leur DES par le stage PN1, 33 internes (45,2 %) par le stage aux Urgences.

La population ayant participé à l'étude n'était pas différente de la population cible pour ce qui est de l'ordre des stages (Test de Mann Whitney $p = 1$).

3.2.2 Pratique de remplissage en fonction du lieu de stage

Les réponses au questionnaire en fonction du lieu de stage sont présentées dans les Tableau 9, 10 et 11.

3.2.2.1 Personne qui remplissait le carnet de stage

La personne qui remplissait le carnet de stage était statistiquement différente selon le lieu de stage (Test exact de Fisher $p < 0,05$).

En PN1 il était rempli par (Tableau 9) :

- L'interne (2 réponses - 2,73 %)
- Le.s maître.s de stage (70 réponses – 95,89 %)

Aux urgences il était rempli par (Tableau 10) :

- L'interne (20 réponses - 27,39 %)
- Le.s maître.s de stage (51 réponses – 69,86 %)

Tableau 9 : Personne qui remplissait le carnet de stage PN1

Concernant le stage "praticien niveau 1"		Total N = 73 (%)
Qui remplissait le carnet de stage durant le stage PN1 ?	L'ensemble des maîtres de stage	33 (45,20)
	Le MSU coordonnateur uniquement	25 (34,24)
	Certain MSU mais pas tous	12 (16,43)
	Vous Pas de réponse	2 (2,73) 1 (1,36)

70 (95,89)

Tableau 10 : Personne qui remplissait le carnet de stage aux Urgences

Concernant le stage aux urgences		Total N = 73 (%)
Qui remplissait le carnet de stage durant le stage aux urgences ?	Le chef de service	25 (34,24)
	Un autre médecin du service	26 (35,61)
	Vous	20 (27,39)
	Pas de réponse	2 (2,73)

51 (69,86)

3.2.2.2 Présence de l'interne lors du remplissage du carnet de stage

La présence de l'interne lors du remplissage du carnet de stage était statistiquement différente selon le lieu de stage (Test exact de Fisher $p < 0,05$).

- En PN1 : 66 internes étaient présents (90,41 %), 6 ne l'étaient pas (8,21%), 1 ne répondait pas à cette question (1,36%).
- Aux Urgences : 35 internes étaient présents (47,94 %), 36 ne l'étaient pas (49,31 %), 2 ne répondaient pas à cette question (2,73%).

3.2.2.3 Choix des items

La personne qui choisissait les items à valider dans le carnet de stage était statistiquement différente selon le lieu de stage (Test exact de Fisher $p < 0,05$).

- En PN1 : les items étaient choisis, en concertation par le MSU et l'interne pour 48 internes (65,75 %), par les MSU seuls pour 22 internes (30,13 %), par l'interne seul pour 2 internes (2,73 %)

- Aux Urgences : ils étaient choisis par le.s médecin.s du service pour 31 internes (42,46 %), par l'interne seul pour 27 internes (26,98%) ou en concertation par le médecin et l'interne pour 13 internes (17,80 %)

3.2.2.4 Fréquence de remplissage du carnet de stage

La fréquence à laquelle était rempli le carnet de stage était statistiquement différente selon le lieu de stage (Test exact de Fisher $p < 0,05$).

- En PN1 : le carnet de stage était principalement rempli tous les trois mois (21 internes 28,76 %) ou en fin de semestre uniquement (46 internes 63%)
- Aux Urgences : il était majoritairement rempli en fin de semestre uniquement (67 internes 91,78 %)

Tableau 11 : Remplissage du carnet de stage en fonction du lieu de stage

		PN1 N = 73 (%)	URG N = 73 (%)
Étiez-vous présent.e lors du remplissage du carnet de stage ?	Oui	66 (90,41)	35 (47,94)
	Non	6 (8,21)	36 (49,31)
	Pas de réponse	1 (1,36)	2 (2,73)
Qui choisissait les items du carnet de stage à valider ?	Le.s MSU / Médecin.s du service	22 (30,13)	31 (42,46)
	L'interne seul	2 (2,73)	27 (26,98)
	Les deux	48 (65,75)	13 (17,80)
	Pas de réponse	1 (1,36)	2 (2,73)
A quelle fréquence le carnet de stage était-il complété ?	Toutes les semaines	0	0
	Tous les mois	0	0
	Tous les deux mois	5 (6,84)	2 (2,73)
	Tous les trois mois	21 (28,76)	2 (2,73)
	A la fin du semestre uniquement	46 (63)	67 (91,78)
	Pas de réponse	1 (1,36)	2 (2,73)

4 DISCUSSION

4.1 RESULTATS PRINCIPAUX

4.1.1 Résumé des résultats principaux du recueil de données – Objectif principal

4.1.1.1 Contenu du carnet de stage

En moyenne 128,85 items étaient complétés au S1, 109,47 au S2. Le nombre moyen d'items validés était plus important au 1^{er} semestre quel que soit le lieu de stage ($p < 0,05$).

Familles de situations :

Au 1^{er} semestre :

- Pour l'ensemble de la population étudiée, les familles n°2, 3 et 5 étaient les plus complétées ($p < 0,05$)
- En PN1 : les familles 1, 5, 6, 7, 8, 9, 10 étaient les plus complétées ($p < 0,05$)
- Aux Urgences : les familles 2 et 3 étaient les plus complétées ($p < 0,05$).

Au 2^{ème} semestre :

- Pour l'ensemble de la population étudiée, les moyennes d'items validés n'étaient pas différentes selon les familles de situations.
- En PN1 : les familles 1, 2, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10 étaient les plus complétées ($p < 0,05$).
- Aux Urgences : La famille 3 était la plus complétée ($p < 0,05$).

Dimensions :

Au 1^{er} semestre :

Pour l'ensemble de la population étudiée, les dimensions les plus complétées étaient : démarche diagnostique, démarche thérapeutique et gestes techniques ($p < 0,05$).

Au 2^{ème} semestre :

Pour l'ensemble de la population étudiée, les moyennes d'items validés n'étaient pas différentes selon les dimensions.

4.1.1.2 Influence du lieu de stage sur la moyenne d'items validés

En moyenne, 151,06 items ont été validés en stage PN1, 87,26 aux Urgences. La moyenne des items complétés en PN1 était statistiquement plus importante qu'aux Urgences ($p < 0,05$).

4.1.1.3 Influence du lieu de stage et dimensions

Aux Urgences, la dimension « Gestes techniques » était la plus complétée, indépendamment du semestre durant lequel était réalisé le stage ($p < 0,05$).

En PN1, les autres dimensions étaient plus complétées, indépendamment du semestre durant lequel était réalisé le stage ($p < 0,05$).

4.1.1.4 Influence du lieu de stage et familles de situations

En PN1, les familles les plus complétées étaient les familles 1, 5, 6, 7, 8, 9 et 10 indépendamment du semestre durant lequel le stage était réalisé ($p < 0,05$).

Aux Urgences, la famille 3 était la plus complétée, indépendamment du semestre durant lequel le stage était réalisé ($p < 0,05$).

4.1.1.5 Absence de validation dans certains carnets de stage

13 internes (9,15 %) n'avaient aucun item validé sur un semestre. Ils étaient alors aux Urgences pour le semestre concerné.

4.1.2 Résumé des principaux résultats du questionnaire – Objectif secondaire

Concernant la présence de l'interne lors du remplissage du carnet de stage :

- 66 Internes (90,41 %) déclaraient être présents lors du remplissage du carnet de stage en PN1.
- 35 internes (47,94 %) déclaraient être présents lors du remplissage du carnet de stage aux Urgences.

Concernant le choix des items à valider :

- Il se faisait en concertation MSU-interne pour 48 internes (65,75 %) en stage PN1 contre 13 internes (17,80 %) aux Urgences.
- Aux Urgences 27 internes (26,98 %) faisaient le choix seuls.
- En PN1, le choix était réalisé par le.s MSU/Médecin.s du service pour 22 internes (30,13 %).

Concernant la fréquence de remplissage du carnet de stage :

- Aux Urgences, 67 carnets de stage (91,78 %) étaient remplis en fin de semestre.
- En PN1, 27 carnets de stage (28,76 %) étaient remplis tous les 2 mois et 46 carnets de stage (63 %) en fin de semestre.

4.2 DISCUSSION ET APPORT DE LA LITTÉRATURE

4.2.1 Choix de la population

Nous avons fait le choix d'étudier la promotion d'internes de médecine générale sur l'année de phase socle 2018-2019. Nous avons choisi de ne pas réaliser l'étude sur la promotion en phase socle en 2019-2020, plus proche du début de l'étude, en raison des modifications organisationnelles de l'année universitaire liées à la pandémie de Covid 19, avec un premier semestre de 7 mois et un deuxième de 5 mois.

4.2.2 Discussion des résultats

4.2.2.1 Une progression importante au S1 qui se poursuit au S2

Les résultats de ce travail ont mis en avant un remplissage régulier du carnet de stage durant l'année de phase socle, avec en moyenne 128,85 items validés au 1er semestre, 109,47 au second semestre. Nous pouvons formuler plusieurs hypothèses pour expliquer le remplissage plus important au 1er semestre. Il pourrait résulter d'une application plus importante de l'interne et de son MSU en début d'année universitaire. Il est également possible que certains items soient réalisables par l'interne dès les premières semaines de stage, permettant une validation rapide au 1er semestre. Puis la progression de l'interne en stage serait plus modérée sur le reste de l'année. La validation plus importante en début d'année témoigne de l'acquisition d'un socle important de compétences dès le 1^{er} semestre quel que soit le terrain de stage.

4.2.2.2 Influence du lieu de stage

En moyenne 151,06 items étaient validés en PN1, 87,26 aux Urgences. La formation médicale de deuxième cycle est réalisée presque exclusivement en hospitalier avec la réalisation de 25 gardes minimum obligatoire (7). Nous pouvons imaginer que la marge de progression est plus importante lors du stage PN1, l'environnement des Urgences étant de fait mieux connu des internes. Par ailleurs, une thèse de médecine sur la progression des internes en stage aux urgences en fonction de la durée du stage n'avait pas retrouvé de différence significative entre deux groupes effectuant un stage de 3 ou de 6 mois (8).

Les familles de situations 1, 5, 6, 7, 8, 9 et 10 étaient principalement complétées durant le stage PN1. Celles-ci correspondent à des situations de soins premiers, de prise en charge du patient atteint de maladie chronique, de santé de la femme etc, qui sont naturellement plus fréquentes en médecine générale. Par ailleurs, il est possible que les maîtres de stages hospitaliers, ne se retrouvant pas forcément dans l'intitulé de ces familles, ne consultaient pas toujours leur contenu pour y valider des items.

La dimension « Gestes techniques » et la famille 3 étaient principalement complétées durant le stage aux Urgences, ce qui était attendu. Le service des Urgences étant un lieu de soins non programmés, la pratique de gestes techniques y est naturellement supérieure à celle la médecine de ville. Un travail de thèse de 2019, faisant l'état des lieux de la pratique des gestes techniques en médecine de ville, constatait des réponses variables quant à la fréquence et la nature des gestes techniques réalisés par les médecins interrogés.

La réponse « jamais » était la plus fréquente, sauf pour les gestes auxquels les étudiants étaient exposés tôt et régulièrement durant leur cursus tels que la suture d'une plaie, le retrait de fils de sutures, la pose et le retrait d'agrafes (9).

Il est également possible que lors de l'ouverture du carnet de stage et de la lecture des titres de familles de situations, les maîtres de stages hospitaliers choisissent préférentiellement la famille 3 : « Le patient atteint de pathologies aiguës dans un contexte non programmé en soins premiers », les autres familles de situations ayant un titre se rapprochant sémantiquement plus de la médecine générale.

Les dimensions démarche diagnostique, démarche thérapeutique, décision médicale et environnement étaient principalement complétées durant le stage PN1. Nous pouvons faire l'hypothèse que ce résultat soit lié à l'encadrement proposé en stage PN1. L'autonomie y est progressive avec une phase d'observation, puis de supervision directe, puis de supervision indirecte (10). L'accompagnement personnalisé, qui s'adapte aux besoins de l'interne, pourrait permettre une progression plus rapide qu'en stage hospitalier, où le rythme de travail soutenu et le plus grand nombre d'étudiants sont moins propices aux apprentissages. Il est possible également que la sensibilisation plus faible à l'intérêt pédagogique du carnet de stage, auprès des maîtres de stages hospitaliers, entraîne un remplissage plus rapide, moins exhaustif et qu'il ne représente que partiellement, voire qu'il sous évalue les acquisitions de l'interne. Le MSU ambulatoire doit réaliser une formation de maîtrise de stage auprès du DUMG, se référer à une charte du MSU et participer chaque année à des journées de formation continue pour maintenir son agrément (11). Les maîtres de stage hospitalier n'ont pas ce type de formation.

13 internes (9,15 %) n'avaient aucun item validé durant leur semestre aux Urgences. Il est possible que certains MSU hospitaliers soient moins sensibilisés à l'intérêt pédagogique du carnet de stage. Les résultats du questionnaire semblent corroborer cet argument : 36 internes (49,31 %) étaient absents lors du remplissage du carnet de stage, 27 internes (26,98 %) le remplissaient seuls lors du stage aux Urgences.

Le carnet de stage était majoritairement rempli en fin de semestre lors du stage aux urgences. Il pouvait être consulté tous les 2 mois ou en fin de semestre pour le stage PN1. Un travail de thèse sur la séniorisation aux urgences aborde la problématique du manque de temps ou d'effectif aux urgences, du manque de formation des Urgentistes à l'encadrement des internes (12). Ces freins à l'évaluation formative peuvent expliquer le plus faible taux de remplissage et la moindre de fréquence de consultation du carnet de stage aux Urgences.

Il faut noter qu'en PN1 22 internes (30,13 %) ne participaient pas au choix des items. Il est pertinent de penser que certains freins attribués aux maîtres de stage hospitalier puissent s'appliquer aux MSU ou aux internes, comme le manque de temps ou la mauvaise

compréhension de l'outil et de ses modalités de remplissage. Un travail de thèse portant sur le ressenti des MSU ambulatoires concernant un dispositif d'évaluation de l'interne en stage ambulatoire faisait état de freins, liés à la sémantique utilisée et à la facilité d'utilisation de cet outil, face au temps limité qu'ils pouvaient y consacrer (13). Tout comme il peut y avoir des disparités de supervision directe de la part des MSU ambulatoires (14), il peut y avoir des différences dans les modalités pratiques de remplissage du carnet de stage par ces derniers.

Il est possible d'expliquer en partie les différences selon le lieu de stage si l'on s'intéresse aux motivations qui poussent un médecin généraliste installé à devenir MSU. En 2014, Julien Allainmat, Mathilde Foulques et Aurélie Tardy ont travaillé sur le sujet (15). Les médecins généralistes interrogés souhaitaient accueillir des internes, notamment pour favoriser le recrutement, valoriser la médecine générale, donner le goût pour l'exercice des soins primaires ou se mettre à jour dans leurs connaissances. On peut aisément imaginer que de telles motivations engendrent un engagement conséquent en termes de supervision et de transmission de savoirs auprès de l'interne accueilli en stage.

4.3 FORCES ET LIMITES DE L'ETUDE

4.3.1 Forces de l'étude

La première partie de l'étude présentait plusieurs forces. Tous les carnets de stage des internes de la promotion 2018-2019 ayant validé la phase socle ont pu être intégrés dans l'étude. Il s'agissait d'une étude originale qui n'avait pas encore été réalisée dans d'autres DMG de France. Ce travail innovant constitue un premier état des lieux du contenu des carnets de stage pour une promotion d'internes en phase socle.

La seconde partie de l'étude présentait plusieurs forces. Nous avons obtenu des réponses de la moitié de la promotion. Les caractéristiques des répondants ne différaient pas de la population cible pour l'étude pour l'ordre des stages (Test de Mann Whitney $p = 1$). Le format en ligne du questionnaire a permis de minimiser le risque d'erreur de retranscription.

4.3.2 Limites

La première partie de l'étude présentait plusieurs limites. Le recueil des données a été réalisé manuellement par un seul chercheur. La compilation des données a été faite manuellement en utilisant les filtres du carnet de stage pour calculer de nombre d'items validés par les internes dans les différentes catégories. Il est possible que des erreurs aient eu lieu lors du recueil des données. Nous avons tenté de limiter ce biais par l'utilisation d'un système de vérification des erreurs dans notre tableur Microsoft Excel.

Pour la seconde partie de l'étude nous avons obtenu des réponses de 73 internes (51,40 %). Il est possible que les internes ayant répondu au questionnaire aient été les plus studieux de la promotion. Les réponses ne sont peut-être pas toutes transposables à l'ensemble de la promotion. Ce taux modéré de participation limite la puissance des résultats. Enfin, l'analyse des résultats étant basée sur les réponses au questionnaire, il existait de fait un biais de déclaration.

4.4 PERSPECTIVES

Le carnet de stage a été repris en 2021 et 2022 par un groupe de travail du DUMG constitué de responsables du Pôle Pédagogie, Enseignement et Évaluation. Il inclut désormais trois sous-parties :

- Les items du carnet de stage validés par le MSU permettant d'évaluer l'acquisition de compétences spécifiques
- La validation des objectifs intermédiaires décrivant l'acquisition de la démarche de soins (processus de résolution) en soins premiers
- L'évaluation semestrielle du MSU permettant une synthèse du déroulé du semestre, ainsi qu'une évaluation de synthèse faite par le dernier MSU en fin de DES.

Ce nouveau carnet de stage permettra de replacer le MSU dans la certification de l'interne. Il sera mis en place pour le semestre d'été 2022. Il pourra être modifié selon les retours des participants.

Par ailleurs, un mémoire de DES explore les pratiques de remplissage du carnet de stage et le ressenti des internes concernant cet outil.

5 CONCLUSION

Cette étude innovante a présenté un regard global sur le contenu des carnets de stage d'une promotion d'internes de médecine générale en fin de phase socle. Un questionnaire complémentaire a permis de recueillir les modalités de remplissage du carnet de stage auprès de la même population.

Les moyennes d'items validés dans les différentes familles de situations en fonction du lieu de stage étaient cohérentes avec leurs intitulés.

Le carnet de stage était complété de façon régulière durant l'année de phase socle. Il était cependant moins rempli lors des stages aux Urgences. Les résultats du questionnaire suggéraient une moindre implication des MSU hospitaliers, avec des internes qui n'étaient pas toujours présents lors du remplissage du carnet de stage. Certains internes le remplissaient même parfois seuls.

Il serait pertinent de poursuivre ce travail de recueil sur la 2^{ème} et 3^{ème} année de DES pour évaluer si ces résultats se poursuivent au-delà de la phase socle. Ce travail pourrait être enrichi par une étude auprès des MSU ambulatoires et hospitaliers pour analyser leur compréhension du carnet de stage et identifier les freins éventuels à son utilisation.

6 REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- (1) Legendre R. Dictionnaire actuel de l'éducation. 2e éd. Montréal: Guérin ESKA; 1993. 1500 p. (Le défi éducatif).
- (2) Magnier A-M, Beis J-N, Ghasarossian C, Chevallier P, Bail P, Gomes J, et al. La certification des médecins : une exigence sociale ? sept 2005 [cité 28 mars 2022];(74):80. Disponible sur: https://www.cnge.fr/media/docs/cnge_site/cnge/Certification_1.pdf
- (3) Le ministre de la santé, et de la protection sociale, Le ministre de l'éducation nationale, de l'enseignement supérieur, et de la recherche. Arrêté du 22 septembre 2004 relatif à l'organisation, au déroulement et à la validation des stages des étudiants en troisième cycle des études médicales appelés internes ou résidents [Internet]. 240 du 14 octobre 2004 sept 22, 2004. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/download/pdf?id=6keMHEUrKET2MQNVmmGSGPpkgvuqALFfA-uBENCC3pA=>
- (4) Druais PP-L. Référentiel métier et compétences des médecins généralistes [Internet]. Collège National des Généralistes Enseignants; 2009 [cité 21 avr 2022]. Disponible sur: <https://lecmg.fr/wp-content/uploads/2019/06/Re%CC%81fe%CC%81rentiel-MG-2009.pdf>
- (5) Attali C, Bail P, Magnier AM, Beis JN, Ghasarossian C, Gomes J, et al. Compétences pour le DES de médecine générale. Exercer. 2006, 76, pp. 31-32
- (6) PortfoLyon [Internet]. Faculté de médecine Lyon Est. [cité 13 avr 2022]. Disponible sur: <https://lyon-est.univ-lyon1.fr/formation/des-medecine-generale/college-universitaire-de-medecine-generale-cumg/portfolyon>
- (7) Ministère des affaires sociales et de la santé. Arrêté du 17 juin 2013 relatif aux modalités de réalisation des stages et des gardes des étudiants en médecine [Internet]. 0146 juin 17, 2013. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/download/pdf?id=57dLBbst8HlpfVnv2LtxUirFi06kv4uNmW1FL3_nvcg=
- (8) Caillavet C. Stages couplés aux urgences : évaluation de la progression dans les compétences ressenties par les internes selon la durée de stage aux urgences pendant le DES de médecine générale [Internet] [thèse de médecine générale]. Faculté de santé - Université

- d'Angers; 2019 [cité 21 avr 2022]. Disponible sur: <https://dune.univ-angers.fr/fichiers/16010445/2019MDEMG11640/fichier/11640F.pdf>
- (9) Barjoud G. État des lieux sur la pratique des gestes techniques en cabinet de médecine dans les Hauts-de-France : enquête quantitative auprès de médecins généralistes. Thèse de médecine en ligne [Internet]. 27 mai 2019 [cité 27 mars 2022];63. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02293236>
- (10) Département universitaire de médecine générale Toulouse : la fonction de MSU lors du stage ambulatoire niveau 1 [Internet]. [cité 14 avr 2022]. Disponible sur: <https://dumg-toulouse.fr/page/la-fonction-de-msu-lors-du-stage-ambulatoire-niveau-1>
- (11) Département universitaire de médecine générale Toulouse : Formation des Maîtres de stage [Internet]. [cité 21 avr 2022]. Disponible sur: <https://dumg-toulouse.fr/page/formation-des-maitres-de-stage>
- (12) Viard T. Séniorisation aux urgences, autonomisation des internes et juste distance d'encadrement: enquête auprès des internes et des urgentistes d'Aquitaine [Internet] [thèse de médecine générale]. Bordeaux; 2015 [cité 21 avr 2022]. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01202596/docum>
- (13) Hennon M. Attente des maîtres de stages universitaires d'un dispositif d'évaluation des internes en médecine générale en stage ambulatoire [Internet] [thèse de médecine]. Université de Lille; 2019. Disponible sur: https://pepite-depot.univ-lille.fr/LIBRE/Th_Medecine/2019/2019LILUM027.pdf
- (14) Michaud Blonz M. Comment l'interne gère-t-il la relation triangulaire patient-médecin-interne en phase de supervision directe en stage de niveau 1 ? [Internet] [thèse de médecine]. Université de Tours; 2020. Disponible sur: http://memoires.scd.univ-tours.fr/Medecine/Theses/2020_Medecine_BlonzMichaudMarjolaine.pdf
- (15) Allainmat J, Foulques M, Tardy A. Motivations et freins des médecins généralistes à devenir maître de stage : Étude auprès de 382 médecins du Maine et Loire, de la Mayenne et de la Sarthe [Internet] [thèse de Médecine]. Université d'Angers; 2014. Disponible sur: <https://dune.univ-angers.fr/fichiers/20106713/2014MCEM2595/fichier/2595F.pdf>

7 ANNEXES

7.1 ANNEXE 1 : PROPOSITION DE GRILLE DE NIVEAU ATTENDU EN FIN DE PHASE SOCLE (GRILLE NATIONALE SECTEUR PEDAGOGIE CNGE) A REMPLIR PAR LES INTERNES (AUTO-EVALUATION) ET LES MSU (HETERO-EVALUATION) – UNIVERSITE DE PARIS



Premier recours, Urgences	Niveau : Echelle de Likert				
CAPACITE COMMUNE : LE DECRYPTAGE D'UNE PLAINTIE INDIFFERENCIEE	Pas du tout en accord	Plutôt pas en accord	Plutôt en accord	Bien en accord	Tout à fait en accord
Repère la demande du patient et ses différents niveaux potentiels (urgence, gravité, prévalence)					
Essaie de décoder les motifs					
S'intéresse aux motifs du patient					
S'intéresse aux autres problèmes de santé du patient					
CAPACITE COMMUNE : LA GESTION DE L'URGENCE	Pas du tout en accord	Plutôt pas en accord	Plutôt en accord	Bien en accord	Tout à fait en accord
Gère les urgences les plus fréquentes en considérant la prévalence et la gravité réelle des situations					
Gère la gravité ressentie par le patient					
CAPACITE COMMUNE: DG DE SITUATION , PREVALENCE, HIERARCHISATION, INCERTITUDE	Pas du tout en accord	Plutôt pas en accord	Plutôt en accord	Bien en accord	Tout à fait en accord
Prend conscience de ses nouvelles responsabilités					
Décide en acceptant une part d'incertitude					
Prescrit des examens complémentaires après hypothèses diagnostiques tenant compte de la gravité et de la prévalence des pathologies en soins primaires					
S'initie à reconnaître les stades précoces des maladies					
CAPACITE COMMUNE : LA MOBILISATION DES RESSOURCES	Pas du tout en accord	Plutôt pas en accord	Plutôt en accord	Bien en accord	Tout à fait en accord
Perçoit l'intérêt de formations complémentaires surtout dans le bio – médical					
Identifie les situations qu'il estime ne pas pouvoir gérer seul					
Adresse le patient en fonction des compétences de chacun					



Approche globale, Complexité	Niveau : Echelle de Likert				
CAPACITE COMMUNE : L'APPROCHE BIO PSYCHO SOCIALE DE PEC	Pas du tout en accord	Plutôt pas en accord	Plutôt en accord	Bien en accord	Tout à fait en accord
Elargit le recueil d'information à des données non strictement bio - médicales					
Evoque les éléments d'ordres psychologiques du malade qui peuvent intervenir dans la consultation					
CAPACITE COMMUNE : LA DEMARCHE DECISIONNELLE	Pas du tout en accord	Plutôt pas en accord	Plutôt en accord	Bien en accord	Tout à fait en accord
Formule des hypothèses avec l'ensemble des données					
CAPACITE COMMUNE : REFLEXIVITE, REEVALUATION, EVOLUTIVITE PEC, INCERTITUDE	Pas du tout en accord	Plutôt pas en accord	Plutôt en accord	Bien en accord	Tout à fait en accord
A tendance à séparer les problèmes pour tenter d'y faire face					
Utilise volontiers les intervenants extérieurs par manque d'autonomie					
Accepte l'idée qu'il sera amené à prendre des décisions en situation d'incertitude					
Exprime qu'il n'y a pas qu'une seule réponse à une situation					
Exprime ses doutes					
CAPACITE COMMUNE : LES REPRESENTATIONS ET ADAPTATION DE PEC	Pas du tout en accord	Plutôt pas en accord	Plutôt en accord	Bien en accord	Tout à fait en accord
Evoque devant des attitudes du patient des notions de représentations, d'ambivalence et de mécanismes de défense					
Adopte des postures d'écoute et d'actions différentes en fonction du patient et de la situation					



Education, Dépistage, Prévention	Niveau : Echelle de Likert				
CAPACITE COMMUNE: PREVENTION ET DEPISTAGE	Pas du tout en accord	Plutôt pas en accord	Plutôt en accord	Bien en accord	Tout à fait en accord
A conscience du rôle du médecin généraliste dans les actes de prévention					
Définit les 4 niveaux de prévention, primaire, secondaire, tertiaire et quaternaire					
CAPACITE COMMUNE : L'EDUCATION DU PATIENT	Pas du tout en accord	Plutôt pas en accord	Plutôt en accord	Bien en accord	Tout à fait en accord
Limite l'éducation à des conseils et à l'information					
CAPACITE COMMUNE: LE DEGRE D'IMPLICATION DU SOIGNANT	Pas du tout en accord	Plutôt pas en accord	Plutôt en accord	Bien en accord	Tout à fait en accord
Se sent responsable de la gestion de la santé du patient					
Recherche l'adhésion du patient en argumentant ses propositions sur son raisonnement sans tenir compte des représentations du patient					
Continuité, Suivi, Coordination des soins	Niveau : Echelle de Likert				
CAPACITE COMMUNE: LE SUIVI DANS LE TEMPS	Pas du tout en accord	Plutôt pas en accord	Plutôt en accord	Bien en accord	Tout à fait en accord
Accepte l'idée que certains problèmes nécessitent un suivi dans le temps sur plusieurs consultations					
CAPACITE COMMUNE: LE DOSSIER MEDICAL	Pas du tout en accord	Plutôt pas en accord	Plutôt en accord	Bien en accord	Tout à fait en accord
Crée de nouveaux dossiers en renseignant les antécédents personnels et familiaux, les habits, consulte les antécédents dans les dossiers existants					
Laisse des traces écrites dans le dossier					
Utilise les données antérieures du dossier médical					
CAPACITE COMMUNE: LA CONTINUITE DES SOINS	Pas du tout en accord	Plutôt pas en accord	Plutôt en accord	Bien en accord	Tout à fait en accord
Rédige un courrier à destinations des intervenants					



CAPACITE COMMUNE: LA COORDINATION DES SOINS AUTOUR DU PATIENT	Pas du tout en accord	Plutôt pas en accord	Plutôt en accord	Bien en accord	Tout à fait en accord
Utilise différents outils de communication pour coordonner les soins (Fax, téléphone, internet, ...)					
Tient compte de l'avis des autres intervenants de santé dans les décisions de soins					
Relation, Communication, Approche centrée patient	Niveau : Echelle de Likert				
CAPACITE COMMUNE: LA COMMUNICATION AVEC L'ENTOURAGE	Pas du tout en accord	Plutôt pas en accord	Plutôt en accord	Bien en accord	Tout à fait d'accord
Communique avec l'entourage des patients à partir de ce qu'il pense être important pour le patient.					
Donne à la famille des informations concernant le patient en prenant le plus souvent en compte le secret médical					
S'appuie sur la famille pour recueillir des données concernant le patient					
CAPACITE COMMUNE : LA STRUCTURATION DE L'ENTRETIEN	Pas du tout en accord	Plutôt pas en accord	Plutôt en accord	Bien en accord	Tout à fait d'accord
Prend conscience que l'interrogatoire est insuffisant comme seul mode de communication avec le malade					
Mène un entretien structuré, tente de se centrer patient					
Repère l'importance de l'accueil lors de chaque consultation pour construire et maintenir une relation avec le patient					
Accorde au patient le temps pour s'exprimer					
CAPACITE COMMUNE: LA RELATION MEDECIN PATIENT	Pas du tout en accord	Plutôt pas en accord	Plutôt en accord	Bien en accord	Tout à fait d'accord
Repère ses difficultés relationnelles et personnelles qui pourraient impacter sa pratique					
Connaît ses limites (dans la relation médecin-patient) et en prend conscience					
Propose des hypothèses concernant les mécanismes d'adaptation (mécanismes de défense: déni, évitement, isolation...) du patient à sa maladie					



Peut évoquer, devant une attitude réticente du patient des notions de représentation et des mécanismes de défense					
CAPACITE COMMUNE : L'HABILETE COMMUNICATIONNELLE	Pas du tout en accord	Plutôt pas en accord	Plutôt en accord	Bien en accord	Tout à fait d'accord
Explique les décisions et espère obtenir l'adhésion du patient.					
Négocie avec le patient ce qui peut être fait ou pas au cours de la consultation					
Repère ses propres difficultés communicationnelles					
Utilise un langage adapté à chaque patient					
Adapte les moyens de communication à la situation, à l'intervenant et à lui-même					
Utilise principalement une communication verbale					
Professionnalisme	Niveau : Echelle de Likert				
CAPACITE COMMUNE : LA FORMATION PROFESSIONNELLE	Pas du tout en accord	Plutôt pas en accord	Plutôt en accord	Bien en accord	Tout à fait d'accord
Expose un projet professionnel					
Accepte la posture de médecin en formation					
Prend conscience qu'il doit développer ses compétences par des formations spécifiques					
CAPACITE COMMUNE : L'ETHIQUE ET DEONTOLOGIE	Pas du tout en accord	Plutôt pas en accord	Plutôt en accord	Bien en accord	Tout à fait d'accord
Présente un engagement altruiste envers le patient.					
Se questionne sur sa responsabilité médico-légale					
CAPACITE COMMUNE : LA RESPONSABILITE SOCIALE	Pas du tout en accord	Plutôt pas en accord	Plutôt en accord	Bien en accord	Tout à fait d'accord
S'implique dans son rôle de soignant					

7.2 ANNEXE 2 : JOURNAL DE BORD – UNIVERSITE LILLE 2

Consignes pour le remplissage

* **colonne "Date"**: notez la date de la journée de consultation au format JJ/MM/AAAA

* **colonne "Sexe"**: sélectionnez le sexe de la personne vue en consultation F pour femmes et H pour hommes

* **colonne "Age"**: sélectionnez la tranche d'âge de la personne vue

* **colonne "Motif(s) de consultation"**: notez le motif ou les motifs de cette consultation

* **colonne "Résultat(s) de consultation"**: notez le résultat de cette consultation

* **colonne "Décision(s)"**: notez vos actions pour cette consultation : thérapeutiques, examens, conseils, certificats, courriers, etc.

* **colonnes "Principale famille de situation"**: sélectionnez le numéro correspondant à la principale famille de situation concernée par cette consultation

1. Situations autour de patients souffrant de maladies chroniques, polymorbidité à forte prévalence
2. Situations liées à des problèmes aigus / non programmés / fréquents / exemplaires
3. Situations liées à des problèmes aigus / non programmés / dans le cadre des urgences réelles ou ressenties
4. Situations autour de problèmes de santé concernant les spécificités de l'enfant et de l'adolescent
5. Situations autour de la sexualité, de la génitalité
6. Situations autour de problèmes liés à l'histoire 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, déontologiques et/ou juridiques / médicaux sont au premier plan
9. Situations avec des patients difficiles / exigeants
10. Situations où les problèmes sociaux sont au premier plan
11. Situations avec des patients d'une autre culture

Durant chaque semestre de votre phase socle, vous devez y saisir un minimum de **quatre situations pour chacune des familles 1, 2, 3 et 10**
 Durant ceux de votre phase d'approfondissement, vous devez y saisir un minimum de **quatre situations pour toutes les familles**

* **les colonnes vertes "J'évalue mes difficultés ressenties de 1 à 4 dans les domaines"**: pour chaque domaine D (diagnostic), R (relationnel), T (thérapeutique) et O (organisationnel), évaluez votre aisance de 1 à 4 et notez-la dans la cellule correspondante. Vous pouvez avoir été en difficulté dans aucun, un ou plusieurs domaines pour la même consultation

- | | |
|---|---|
| ▣ Diagnostic (D) : domaine du diagnostic de situation | 1 : j'ai été très à l'aise |
| ▣ Relationnel (R) : domaine de la communication et notamment de la négociation | 2 : j'ai été plutôt à l'aise |
| ▣ Thérapeutique (T) : domaine du projet de soins médicamenteux ou non | 3 : j'ai été plutôt mal à l'aise |
| ▣ Organisationnel (O) : domaine de l'organisation des soins, suivi et continuité des soins | 4 : je n'ai pas été à l'aise du tout |

* **colonne "Mes Commentaires libres"**: notez vos commentaires

* **colonne "Apport de la rétroaction du MSU"**: notez ce que vous a apporté la supervision (directe ou indirecte) de votre maître de stage

7.3 ANNEXE 3 : CARNET DE COMPETENCES : AIDE A L'AUTO-EVALUATION DES COMPETENCES

		NOVICE	INTERMEDIAIRE	COMPETENT
COMPETENCE 1 : RELATION, COMMUNICATION, APPROCHE CENTREE PATIENT	Entretiens avec tous types de patients	Explication décisions / Grille lecture bio-médicale / Identifier difficultés liés au relationnel / Communication verbale	Notions de psychologie médicale / Données relationnelles qui pèsent sur la décision	Entretien centré patient, structuré / Relation de soutien, technique
	Construire une relation	Relation en médecine générale / Bases théoriques de communication / Relation médecin- patient	Exprimer ses difficultés / Relation centrée patient / Répétition des contacts	Gérer les émotions, empathie / Accepter la remise en cause / Réflexivité sur vos capacités / Situations problématiques
	Respect législation/ déontologie	Communiquer avec l'entourage des patients	Mêmes habiletés relationnelles et de communication	
	Communiquer avec autres professionnels	Utiliser différents médias	Adaptation au professionnel concerné	Relation opérationnelle dans l'intérêt du patient
COMPETENCE 2 : APPROCHE GLOBALE, COMPLEXITE	Posture variable selon la situation		Changer de registre, posture selon les situations	Capacité pleine à adapter sa posture
	Analyse éléments bio-psycho-sociaux	Centré sur bio-médical / Gestion primaire des situations	Notions de psychologie médicale pour mieux comprendre une situation	Différence entre incertitude personnelle/professionnelle
	Intégrer la trajectoire de vie du patient		Nécessité d'autres aspects que le bio-médical / Début d'intégration de ces éléments au diagnostic	
	Décision adaptée et partagée	Début de prise en compte du psycho-social	Pluralité des réponses possibles / Place de l'incertitude	Données émanant de plusieurs champs / Utiliser le temps et le suivi en médecine générale
COMPETENCE 3 : EDUCATION, PREVENTION, DEPISTAGE	Connaissance de mesures de prévention	Notion d'éducation du patient / Place dans le rôle de MG / 3 niveaux de prévention		
	Alliance avec le patient/sujet	Obtenir l'adhésion du patient mais sans prise en compte de ses représentations / Se sentir responsable de la santé du patient	Patient acteur de sa santé / Repérer ses difficultés	Posture d'éducateur à la santé
	Planifier/mettre en place		Réaliser, proposer les actes de prévention simples / Planifier / Réaliser des consultations dédiées	Intégration courante d'actions de prévention à la pratique
	Partage avec autres intervenants		Collaboration de l'entourage / Partage du suivi avec d'autres intervenants	Collaboration active avec autres intervenants, partage de compétences
COMPETENCE 4 : PREMIER RECOURS, URGENCES	Collaborer / prévention collective			Identifier tensions entre prévention individuelle / collective
	Gérer les situations fréquentes	Amplitude du champ d'activités	Augmentation des capacités dans le champ d'activités	Evocuer stades précédents / Gestion situations les plus prévalentes /
	Intervenir en contexte d'urgence	Identifier urgences vitales	Notion d'urgence ressentie / Accepter l'incertitude	Gestion des urgences ressenties
	Hierarchiser	Accepter toutes les plaintes, difficultés à faire le tri, besoin d'exames complémentaires	Élargir le contenu de la consultation / Approche centrée maladie par rapport au patient	Élargir la consultation, vision globale / Organisation de la réponse aux demandes / Répondre à demande réelle
COMPETENCE 5 : CONTINUE, COORDINATION, SUIVI	Position de référent / expert	Posture d'expert « haute »		
	Prise en compte évolution dans le temps		Lien entre différentes consultations / Prise en compte du facteur temps / Planifier le suivi	Utiliser le temps / Planifier un suivi centré patient
	Utilisation dossier médical	Création, tenue du dossier de base	Utilisation du dossier pour le suivi	Programmation de soins, suivi / Amélioration, coordination du maintien à domicile
	Collaboration avec autres acteurs	Prise en compte informations autres intervenants / Transmission des informations / Appel à d'autres intervenants	Création d'une relation	Choix des intervenants en accord avec le patient / Analyse et synthèse des avis
COMPETENCE 6 : PROFESSIONNALISME	Relation médecin-patient évolutive	Prise de conscience du suivi répété	Construire une relation dans le temps	Identification des particularités liées à l'histoire de vie
	Organiser son activité	Disponibilité pour PDS		Organisation de l'accessibilité aux soins pendant vos absences
	Assumer fonction/responsabilités d'interne	Accepter son rôle d'interne (médecin mais reconnu au service si besoin)		Assumer vos responsabilités envers le patient et la société
	Altruisme / déontologie	Travail avec altruisme	Ethique et déontologie	
	Formation continue, pratique réflexive	Participation formation théorique et pratique du DES	Conscience du besoin de formation permanente / Définition d'objectifs	Amélioration des compétences par la formation / Intégration des acquis de formation à votre pratique
	Ressources de la médecine générale		Engagement pour la médecine générale - rôle dans le système de soins, compétences spécifiques	
	Rayonnement de la discipline			Formation des professionnels
	Équilibre vie personnelle/professionnelle	Entretien un projet professionnel	Organiser son temps de travail	Organiser, choisir son outil et son temps de travail

Dr Stéphanie BARON – Si Vallier – Octobre 2014

7.4 ANNEXE 4 : QUESTIONNAIRE A DESTINATION DES INTERNES EN PREMIERE ANNEE D'INTERNAT DE MEDECINE GENERALE EN 2018-2019.

*Obligatoire

1 - Avez-vous effectué le stage Praticien niveau 1 (PN1) ? *

Une seule réponse possible.

- Oui
- Non

2 - Avez-vous effectué le stage aux urgences ? *

Une seule réponse possible.

- Oui
- Non

3 - Avez-vous fait un droit au remord vers la médecine générale de Toulouse ? *

Une seule réponse possible.

- Oui
- Non

4 - Quel a été votre parcours en première année d'internat ? *

Une seule réponse possible.

- PN1 puis Urgences
- Urgences puis PN1

Concernant le stage PN1 :

5 - Qui remplissait le carnet de stage durant le stage PN1 ?

Une seule réponse possible.

- L'ensemble des Maîtres de Stage Universitaires (MSU)
- Le MSU coordonnateur uniquement
- Certains MSU mais pas tous Vous

6 - Étiez-vous présent.e lors du remplissage du carnet de stage pour le stage PN1 ?

Une seule réponse possible.

- Oui
- Non

7 - Qui choisissait les items du carnet de stage à valider pour le stage PN1 ?

Une seule réponse possible.

- Le.s MSU
- L'interne seul

- Les deux

8 - A quelle fréquence le carnet de stage était-il complété durant le stage PN1 ?

Une seule réponse possible.

- Toutes les semaines
- Tous les mois
- Tous les deux mois
- Tous les trois mois
- A la fin du semestre uniquement

Concernant le stage aux urgences :

9 - Qui remplissait le carnet de stage durant le stage aux urgences ?

Une seule réponse possible.

- Le chef de service
- Un autre médecin du service
- Vous

10 - Étiez-vous présent.e lors du remplissage du carnet de stage pour le stage aux urgences ?

Une seule réponse possible.

- Oui
- Non

11 - Qui choisissait les items du carnet de stage à valider pour le stage aux urgences ?

Une seule réponse possible.

- Le.s médecin.s du service seul.s
- L'interne seul
- Les deux

12 - A quelle fréquence le carnet de stage était-il complété durant le stage aux urgences ?

Une seule réponse possible.

- Toutes les semaines
- Tous les mois
- Tous les deux mois
- Tous les trois mois
- A la fin du semestre uniquement

Author: Marie Saunier

Title: Cross-sectional descriptive epidemiological study of the content of the internship notebook of a promotion of general medicine interns in Toulouse at the end of the basic phase

Thesis supervisors: Émile ESCOURROU and Pauline MUNIER

Introduction:

The validation of the basic phase (1st year of internship) of General Medicine in Toulouse is partly based on the validation of specific skills in the intern's internship book by the outpatient or hospital internship supervisor.

Main objective: to carry out an inventory of the content of the internship notebooks at the end of the basic phase.

Secondary objective: to know the practices of filling in the internship notebook at the end of the basic phase.

Method:

Main objective: A cross-sectional descriptive study was carried out in January 2021 on the promotion of general medicine interns in the basic phase from November 2018 to October 2019 in Toulouse.

Secondary objective: A questionnaire was sent in October 2021 to the interns of this same promotion to find out the practicalities of filling it out.

Results:

Main objective: 142 interns were included in the study. On average 128.85 items were completed in S1, 109.47 in S2. 13 interns (9.15%) had no item validated during their internship in the Emergency Department.

Secondary objective: 73 interns answered the questionnaire and were included in the analysis. 66 interns (90.41%) were present when filling out the training book in PN1, against 35 (47.94%) in the emergency room. The choice of items was made in between internship supervisor and student consultation for 48 interns (65.75%) in the PN1 internship, against 13 (17.80%) in the Emergency Department. In the emergency room, 27 interns (26.98%) made the choice alone.

Discussion:

The study population could be included in its entirety to meet the main objective. The transposition of the data for the descriptive analysis, having been carried out by a single researcher, was one of the limitations of this work. 51.4% of the target population responded to the questionnaire, which limits the power of its results.

Conclusion: The averages of validated items in the different families of situations according to the internship location were consistent with their titles. The internship notebooks were filled in on a regular basis over the year of the basic phase with lower averages during the internship in the emergency room. The results of the questionnaire seemed to indicate less involvement in its completion by the hospital internship supervisors. A study on the possible obstacles to its completion with outpatient and hospital internship supervisors could be relevant.

Keywords: Third cycle – Intern in general medicine – Pedagogy – Internship notebook – Skills assessment – Basic phase

Administrative discipline: GENERAL MEDICINE

Faculté de Médecine Rangueil – 133 route de Narbonne – 31062 TOULOUSE Cedex 04 - France

Auteur : Marie SAUNIER

Titre : Étude épidémiologique descriptive transversale du contenu du carnet de stage d'une promotion d'internes de médecine générale à Toulouse en fin de phase socle

Directeurs de thèse : Émile ESCOURROU et Pauline MUNIER

Date et lieu de la soutenance : Toulouse, le 7 JUIN 2022

Introduction :

La validation de la phase socle (1^{ère} année d'internat) de Médecine Générale à Toulouse repose en partie sur la validation de compétences spécifiques dans le carnet de stage de l'interne par le maître de stage ambulatoire ou hospitalier.

Objectif principal : réaliser un état des lieux du contenu des carnets de stage en fin de phase socle.

Objectif secondaire : connaître les pratiques de remplissage du carnet de stage en fin de phase socle.

Méthode :

Objectif principal : Une étude descriptive transversale a été réalisée en janvier 2021 portant sur la promotion d'internes en médecine générale en phase socle de novembre 2018 à octobre 2019 à Toulouse.

Objectif secondaire : Un questionnaire a été envoyé au mois d'octobre 2021 aux internes de cette même promotion pour connaître les modalités pratiques de son remplissage.

Résultats :

Objectif principal : 142 internes ont été inclus dans l'étude. En moyenne 128,85 items étaient complétés en S1, 109,47 en S2. 13 internes (9,15%) n'avaient aucun item validé lors de leur stage aux Urgences.

Objectif secondaire : 73 internes ont répondu au questionnaire et ont été inclus dans l'analyse. 66 Internes (90,41 %) étaient présents lors du remplissage du carnet de stage en PN1, contre

35 (47,94 %) aux Urgences. Le choix des items se faisait en concertation MSU-interne pour 48 internes (65,75 %) en stage PN1, contre 13 (17,80 %) aux Urgences. Aux Urgences 27 internes (26,98 %) faisaient le choix seuls.

Discussion :

La population étudiée a pu être incluse en totalité pour répondre à l'objectif principal. La transposition des données pour l'analyse descriptive, ayant été réalisée par un seul chercheur, était une des limites de ce travail. 51,4 % de la population cible a répondu au questionnaire ce qui limite la puissance de ses résultats.

Conclusion :

Les moyennes d'items validés dans les différentes familles de situations en fonction du lieu de stage étaient cohérentes avec leurs intitulés. Les carnets de stages étaient remplis de façon régulière sur l'année de phase socle avec des moyennes moindres lors du stage aux urgences. Les résultats du questionnaire semblaient indiquer une implication moins importante dans son remplissage par les maîtres de stages hospitaliers. Une étude sur les freins éventuels à son remplissage auprès des maîtres de stage ambulatoires et hospitaliers pourrait être pertinente.

Mots-Clés : Troisième cycle – Interne en médecine générale – Pédagogie – Carnet de stage – Évaluation des compétences – Phase socle

Discipline administrative : MEDECINE GENERALE

Faculté de Médecine Rangueil – 133 route de Narbonne – 31062 TOULOUSE Cedex 04 - France