

Faculté de Médecine

Année 2022

Thèse N°

Thèse pour le diplôme d'État de Docteur en Médecine

Présentée et soutenue publiquement

Le 28 octobre 2022

Par Vincent CHARBONNIER

Né le 17 juin 1986 à Châteauroux, Indre

**Étude du ressenti et propositions des internes de médecine
générale de Limoges concernant les enseignements facultaires
dispensés depuis la réforme de 2017.**

Thèse dirigée par Madame le Professeur Nathalie DUMOITIER

Examineurs :

Mme le Professeur Nathalie DUMOITIER

Mr le Professeur Vincent GUIGONIS

Mr le Docteur Clément BOURGAIN

M. le Docteur Sébastien CAUDRON

M. le Docteur Romain RIGAL

Directrice et Présidente du Jury

Juge

Juge

Juge

Juge



Faculté de Médecine

Année 2022

Thèse N°

Thèse pour le diplôme d'État de Docteur en Médecine

Présentée et soutenue publiquement

Le 28 octobre 2022

Par Vincent CHARBONNIER

Né le 17 juin 1986 à Châteauroux, Indre

**Étude du ressenti et propositions des internes de médecine
générale de Limoges concernant les enseignements facultaires
dispensés depuis la réforme de 2017.**

Thèse dirigée par Madame le Professeur Nathalie DUMOITIER

Examineurs :

Mme le Professeur Nathalie DUMOITIER

Mr le Professeur Vincent GUIGONIS

Mr le Docteur Clément BOURGAIN

M. le Docteur Sébastien CAUDRON

M. le Docteur Romain RIGAL

Directrice et Présidente du Jury

Juge

Juge

Juge

Juge



Doyen de la Faculté

Monsieur le Professeur **Pierre-Yves ROBERT**

Assesseurs

Madame le Professeur **Marie-Cécile PLOY**

Monsieur le Professeur **Jacques MONTEIL**

Monsieur le Professeur **Philippe BERTIN**

Professeurs des Universités - Praticiens Hospitaliers

ABOYANS Victor	CARDIOLOGIE
ACHARD Jean-Michel	PHYSIOLOGIE
AJZENBERG Daniel	PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE
ALAIN Sophie	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE
AUBARD Yves	GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE
AUBRY Karine	O.R.L.
BERTIN Philippe	THERAPEUTIQUE
CAIRE François	NEUROCHIRURGIE
CHARISSOUX Jean-Louis	CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE ET TRAUMATOLOGIQUE
CLAVERE Pierre	RADIOTHERAPIE
CLEMENT Jean-Pierre	PSYCHIATRIE D'ADULTES
CORNU Elisabeth	CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIOVASCULAIRE
COURATIER Philippe	NEUROLOGIE
DAVIET Jean-Christophe	MEDECINE PHYSIQUE ET DE READAPTATION
DESCAZEAUD Aurélien	UROLOGIE
DES GUETZ Gaëtan	CANCEROLOGIE
DRUET-CABANAC Michel	MEDECINE ET SANTE AU TRAVAIL

DURAND-FONTANIER Sylvaine	ANATOMIE (CHIRURGIE DIGESTIVE)
FAUCHAIS Anne-Laure	MEDECINE INTERNE
FAUCHER Jean-François	MALADIES INFECTIEUSES
FAVREAU Frédéric	BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE
FEUILLARD Jean	HEMATOLOGIE
FOURCADE Laurent	CHIRURGIE INFANTILE
GAUTHIER Tristan	GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE
GUIGONIS Vincent	PEDIATRIE
HANTZ Sébastien	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE
HOUETO Jean-Luc	NEUROLOGIE
JACCARD Arnaud	HEMATOLOGIE
JACQUES Jérémie	GASTRO-ENTEROLOGIE ; HEPATOLOGIE
JAUBERTEAU-MARCHAN M. Odile	IMMUNOLOGIE
JESUS Pierre	NUTRITION
JOUAN Jérôme	CHIRURGIE THORACIQUE ET VASCULAIRE
LABROUSSE François	ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES
LACROIX Philippe	MEDECINE VASCULAIRE
LAROCHE Marie-Laure	PHARMACOLOGIE CLINIQUE
LIENHARDT-ROUSSIE Anne	PEDIATRIE
LOUSTAUD-RATTI Véronique	HEPATOLOGIE
LY Kim	MEDECINE INTERNE
MABIT Christian	ANATOMIE
MAGNE Julien	EPIDEMIOLOGIE, ECONOMIE DE LA SANTE ET PREVENTION
MAGY Laurent	NEUROLOGIE
MARCHEIX Pierre-Sylvain	CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE

MARIN Benoît	EPIDEMIOLOGIE, ECONOMIE DE LA SANTE ET PREVENTION
MARQUET Pierre	PHARMACOLOGIE FONDAMENTALE
MATHONNET Muriel	CHIRURGIE DIGESTIVE
MELLONI Boris	PNEUMOLOGIE
MOHTY Dania	CARDIOLOGIE
MONTEIL Jacques	BIOPHYSIQUE ET MEDECINE NUCLEAIRE
MOUNAYER Charbel	RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICALE
NATHAN-DENIZOT Nathalie	ANESTHESIOLOGIE-REANIMATION
NUBUKPO Philippe	ADDICTOLOGIE
OLLIAC Bertrand	PEDOPSYCHIATRIE
PARAF François	MEDECINE LEGALE ET DROIT DE LA SANTE
PLOY Marie-Cécile	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE
PREUX Pierre-Marie	EPIDEMIOLOGIE, ECONOMIE DE LA SANTE ET PREVENTION
ROBERT Pierre-Yves	OPHTALMOLOGIE
ROUCHAUD Aymeric	RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICALE
SALLE Jean-Yves	MEDECINE PHYSIQUE ET DE READAPTATION
STURTZ Franck	BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE
TCHALLA Achille	GERIATRIE ET BIOLOGIE DU VIEILLISSEMENT
TEISSIER-CLEMENT Marie-Pierre	ENDOCRINOLOGIE, DIABETE ET MALADIES METABOLIQUES
TOURE Fatouma	NEPHROLOGIE
VALLEIX Denis	ANATOMIE
VERGNENEGRE Alain	EPIDEMIOLOGIE, ECONOMIE DE LA SANTE ET PREVENTION
VERGNE-SALLE Pascale	THERAPEUTIQUE
VIGNON Philippe	REANIMATION

VINCENT François

PHYSIOLOGIE

YARDIN Catherine

CYTOLOGIE ET HISTOLOGIE

Professeurs Associés des Universités à mi-temps des disciplines médicales

BRIE Joël

CHIRURGIE MAXILLO-FACIALE ET STOMATOLOGIE

KARAM Henri-Hani

MEDECINE D'URGENCE

MOREAU Stéphane

EPIDEMIOLOGIE CLINIQUE

Maitres de Conférences des Universités – Praticiens Hospitaliers

BOURTHOUMIEU Sylvie

CYTOLOGIE ET HISTOLOGIE

COUVE-DEACON Elodie

BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE

DELUCHE Elise

CANCEROLOGIE

DUCHESNE Mathilde

ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES

DURAND Karine

BIOLOGIE CELLULAIRE

ESCLAIRE Françoise

BIOLOGIE CELLULAIRE

FAYE Pierre-Antoine

BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE

FREDON Fabien

ANATOMIE/CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE

LALOZE Jérôme

CHIRURGIE PLASTIQUE

LE GUYADER Alexandre

CHIRURGIE THORACIQUE ET
CARDIOVASCULAIRE

LIA Anne-Sophie

BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE

RIZZO David

HEMATOLOGIE

TERRO Faraj

BIOLOGIE CELLULAIRE

WOILLARD Jean-Baptiste

PHARMACOLOGIE FONDAMENTALE

P.R.A.G.

GAUTIER Sylvie

ANGLAIS

Assistants Hospitaliers Universitaires

APPOURCHAUX Evan	ANATOMIE CHIRURGIE DIGESTIVE
BUSQUET Clémence	HEMATOLOGIE
HAZELAS Pauline	BIOCHIMIE
DUPONT Marine	HEMATOLOGIE BIOLOGIQUE
DURIEUX Marie-Fleur	PARASITOLOGIE
LABRIFFE Marc	PHARMACOLOGIE
LADES Guillaume	BIOPHYSIQUE ET MEDECINE NUCLEAIRE
LEFEBVRE Cyrielle	ANESTHESIE REANIMATION
LOPEZ Stéphanie	MEDECINE NUCLEAIRE
MARTIN ép. DE VAULX Laury	ANESTHESIE REANIMATION
MEYER Sylvain	BACTERIOLOGIE VIROLOGIE HYGIENE
MONTMAGNON Noëlie	ANESTHESIE REANIMATION
PASCAL Virginie	IMMUNOLOGIE CLINIQUE
PLATEKER Olivier	ANESTHESIE REANIMATION
ROUX-DAVID Alexia	ANATOMIE CHIRURGIE DIGESTIVE

Chefs de Clinique – Assistants des Hôpitaux

ALBOUYS Jérémie	HEPATO GASTRO ENTEROLOGIE
ARGOULON Nicolas	PNEUMOLOGIE
ASLANBEKOVA Natella	MEDECINE INTERNE
AVRAM Ioan	NEUROLOGIE VASCULAIRE
BEAUJOUAN Florent	CHIRURGIE UROLOGIQUE
BERRAHAL Insaf	NEPHROLOGIE
BLANQUART Anne-Laure	PEDIATRIE (REA)
BOGEY Clément	RADIOLOGIE

BONILLA Anthony	PSYCHIATRIE
BOSCHER Julien	CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE ET TRAUMATOLOGIQUE
CAUDRON Sébastien	RADIOLOGIE
CAYLAR Etienne	PSYCHIATRIE ADULTE
CENRAUD Marie	NEUROLOGIE
CHAUBARD Sammara	HEMATOLOGIE
CHAUVET Romain	CHIRURGIE VASCULAIRE
CHROSCIANY Sacha	CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE
COMPAGNON Roxane	CHIRURGIE INFANTILE
DARBAS Tiffany	ONCOLOGIE MEDICALE
DESCHAMPS Nathalie	NEUROLOGIE
DESCLEE de MAREDSOUS Romain	CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE ET TRAUMATOLOGIQUE
DOUSSET Benjamin	CARDIOLOGIE
DUPIRE Nicolas	CARDIOLOGIE
FESTOU Benjamin	MALADIES INFECTIEUSES ET TROPICALES
FIKANI Amine	CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIOVASCULAIRE
FORESTIER Géraud	RADIOLOGIE
GEYL Sophie	GASTROENTEROLOGIE
GIOVARA Robin	CHIRURGIE INFANTILE
GUILLAIN Lucie	RHUMATOLOGIE
LAGOUEYTE Benoit	ORL
LAUVRAY Thomas	PEDIATRIE
LEMNOS Leslie	NEUROCHIRURGIE
MAURIANGE TURPIN Gladys	RADIOTHERAPIE
MOHAND O'AMAR ép. DARI Nadia	GYNECOLOGIE OBSTETRIQUE

PEYRAMAURE Clémentine	ONCOLOGIE MEDICALE
PIRAS Rafaela	MEDECINE D'URGENCE
RATTI Nina	MEDECINE INTERNE
ROCHER	Maxime OPHTALMOLOGIE
SALLEE Camille	GYNECOLOGIE OBSTETRIQUE
SANCHEZ Florence	CARDIOLOGIE
SEGUY ép. REBIERE Marion	MEDECINE GERIATRIQUE
SERY Arnaud	ORL
TARDIEU Antoine	GYNECOLOGIE OBSTETRIQUE
THEVENOT Bertrand	PEDOPSYCHIATRIE
TORDJMAN Alix	GYNECOLOGIE MEDICALE
TRICARD Jérémy	CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIOVASCULAIRE MEDECINE VASCULAIRE
VAIDIE Julien	HEMATOLOGIE CLINIQUE
VERNAT-TABARLY Odile	OPHTALMOLOGIE

Chefs de Clinique – Médecine Générale

BOURGAIN Clément
RUDELLE Karen

Praticiens Hospitaliers Universitaires

CHRISTOU Niki	CHIRURGIE VISCERALE ET DIGESTIVE
COMPAGNAT Maxence	MEDECINE PHYSIQUE ET DE READAPTATION
HARDY Jérémie	CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE
LAFON Thomas	MEDECINE D'URGENCE
SALLE Henri	NEUROCHIRURGIE

Remerciements

A Mme le professeur Nathalie Dumoitier, d'avoir accepté de présider le jury de cette thèse. De vous être investie dans la direction de celle-ci. Souvent en contradiction, régulièrement en opposition, toujours dans la construction, nous avons fait de cette thèse une force de propositions. Je vous remercie de l'attention que vous avez portée à ce travail. Puisse-t-il vous être utile dans l'évolution de la formation limougeaude. Celle-ci devrait être à l'image de votre investissement au sein du DUMG, sans faille.

A Mr le professeur Vincent Guigonis, d'avoir accepté de juger mon travail. De vous être investi et de continuer de le faire dans l'amélioration continue de la formation des étudiants. Pour votre œil bienveillant et toujours constructif. Pour la rigueur, que vous nous avez inculquée, et pour toutes les idées nouvelles que vous nous partagez.

A Mr le Docteur Clément Bourgain, d'accepter de juger ce travail. D'avoir eu la volonté de m'aider dans celui-ci. Pour l'investissement et la motivation dont tu fais preuve pour faire avancer les choses.

A Mr le Docteur Sébastien Caudron, d'accepter de juger ce travail. Pour l'investissement dont tu as fait preuve dans la formation des externes.

A Mr le Docteur Romain Rigal, d'accepter de juger ce travail. Pour la bonne humeur que tu dégages chaque jour avec chacun de tes collaborateurs.

A l'ensemble des membres du DUMG de Limoges, de vous investir dans la formation des internes au fil du temps. De prendre en considération les résultats de ce travail pour toujours améliorer la formation des internes et répondre à leurs besoins.

Au personnel médical et paramédical des urgences du CH de Brive. De m'avoir accueilli et de m'avoir donné une place de bébé docteur. Ça y est je ne suis plus l'éternel interne. Merci pour ces longues nuits de garde. Pour votre bienveillance à mon égard.

Au personnel médical et paramédical du service de réanimation du CH de Brive. Pour ces longues réflexions éthiques, ces réflexions sur la relativisation de l'urgence. Sur la rigueur nécessaire à notre pratique. Pour votre bienveillance à mon égard.

Au personnel médical et paramédical des urgences et du SAMU du CHU de Limoges. De m'avoir donné la chance de progresser et d'évoluer dans mon projet professionnel complexe. D'avoir été de bons conseils pour ma formation et pour ma vie. Pour votre bienveillance à mon égard.

Au personnel médical et paramédical des urgences pédiatriques de l'HME de Limoges. Pour avoir réussi à me faire douter sur le fait que l'enfant soit un adulte en miniature... Pour votre bienveillance à mon égard.

Au personnel médical et paramédical du service de gynécologie du CH de Brive. D'avoir démystifier une pratique complexe. Pour votre bienveillance à mon égard.

Au personnel médical et paramédical du service de MIRMIT du CH de Brive. Pour le semestre passé en compagnie de personnes attachantes et investies.

A mes maitres de stages ambulatoires. Pour toute vos expériences et connaissances avec moi partagées. Pour le lien ville hôpital que vous représentez si bien.

A Mr le Dr Chepeau, de m'avoir le premier donné mon envol dans la pratique de la médecine générale.

A Mr le Dr Noinski, de m'avoir encouragé à rester moi-même et fidèle à mes choix de vie. De m'avoir réaffirmé que l'investissement professionnel n'est pas abnégation. De m'avoir conforté dans l'idée que la médecine ne se doit pas d'être vécue comme un sacerdoce. Je vous souhaite bon vent.

Aux médecins de SOS Médecins Limoges, pour la richesse des apports cliniques. Pour l'apprentissage de la débrouillardise, de la relativisation de l'urgence. Et aussi pour les longues heures à déambuler en voiture dans les rues de Limoges.

Merci à la première promo de DESMU Limougeaude. De m'avoir intégré au sein de la formation.

Merci Samuel, d'avoir su rendre les intoxications aussi épiques. Quand tu veux pour exercer partout dans le monde. Merci de m'avoir rendu mes vêtements avant de repartir.

Merci Galipette, de prendre soins de chacun de tes chats. D'être présente et bienveillante.

A mes parents. De m'avoir encouragé à poursuivre mes études, après mes études. Merci pour l'éducation que vous m'avez transmise et la patience dont vous avez fait preuve. Surtout un des deux...

A ma mère, pour ta culture, ta patience, ta cuisine. Pour ton savoir vivre et ton ouverture au monde et à autrui. Pour ton correcteur d'orthographe et de syntaxe. Pour cette idée constante ça « pourrait servir, on devrait garder ».

A mon père, d'avoir partagé ton goût de l'effort, ta méticulosité, et ton perfectionnisme. Pour ton côté touche à tout. Pour cette idée constante, « je sais pas à quoi, mais ça pourrait servir, on garde au cas où ».

A ma sœur, Cécile, pour l'enfance ensemble partagée. Quoique qu'on en pense, je t'ai évité les clapiers.

A mon frère, Florent, pour l'enfance ensemble partagée. La barre à trous s'en rappelle encore. Qu'en dit ton doigt ?

Merci François, qui tel un deuxième père m'a permis de développer un esprit critique. Merci de partager ta culture au travers du temps. Merci d'avoir ouvert mes horizons, nourrit et attisé ma curiosité du monde.

Merci à ma famille qui tout le long de mon enfance, adolescence et adulescence, a su répondre présente. A mes grands-parents pour les journées de bricolage, pêche, échecs, et la soupe au pain.

Camille. Merci d'être là. D'être toi ; avec moi. Pour les 42% manquants. Merci de partager avec moi ce goût du voyage et de la découverte. De nous envisager une vie ici ou là-bas. Nous n'aurons jamais assez de temps pour faire tout ce dont on rêve. Ne perdons plus de temps. Je t'aime.

All'OCT. Que dire sans risquer de voir surgir un CMB sauvage... Il y a les amis, il y a la famille et il y a l'OCT. A mi-chemin entre les deux. Par ordre de poids : CHAUVETTE, POTUC, SEB, DAVID, KEVIN (cf sources octobre 2022). Ravi de ne pas être le dernier docteur du groupe ; bisous le Dr Junior. Toujours présents, souvent marrants, rarement intelligents, merci de toujours avoir répondu à poil présent. Une équipe pour un esprit. Merci à vos moitiés de vous avoir pris en charge. Bienvenu Augustin.

Merci La Fine Equipe. Pour ces années (à rallonge) d'externat. Pour ce neurone, ensemble partagé, A Sammy d'avoir montré qu'on pouvait te faire confiance dans des projets risqués. A Edouard, de partager cet humour décalé et cette culture imposante. A Fred, pour ces nuits de révisions renfermés dans la fac. A Benoit, d'être là de prêt, de loin ; d'être doué de cette sociabilité qui nous unie. A Geoffrey, Clémentin, Roman, Kevin pour votre côté irresponsable responsable.

Parce qu'il n'y a pas que la médecine dans la vie. Merci aux Aminateurs, Cédric, Jérémy, Denis, Quentin, Bastien, Bastienne, Charlène, Sylvain et tous ceux croisés durant ces longues années, pour toutes ces expériences de privation de sommeil et ces probables années de vie en moins. Pour nos longues discussions à n'en plus finir, à refaire le monde. Merci pour ces moments riches de réflexions.

A, Anaïs et Raph, merci d'être là ou là-bas.

A, Anne et Baptiste, merci de pour votre amitié.

A, Valérian d'avoir su rendre la cardio accessible, et pour ta joie de vivre.

A la CRF, Sylvain, Ludo, Marine, Elo, Ségo, les premiers à m'avoir fait découvrir le monde du soins pré-hospitalier.

Au SDIS 87, pour toutes ses expériences hors du commun.

A tout ceux qui, de près comme de loin, un jour, une nuit, une vie ont croisé mon chemin, MERCI pour tout ce que vous m'avez apporté.

Droits d'auteurs

Cette création est mise à disposition selon le Contrat :

« **Attribution-Pas d'Utilisation Commerciale-Pas de modification 3.0 France** »

disponible en ligne : <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/3.0/fr/>



Liste des abréviations

AGA	Association de Gestion Agréée pour les professions libérales
AMELI	Espace numérique de l'Assurance Maladie
BDSP	Bibliothèque De Santé Publique
CARMF	Caisse Autonome de Retraite des Médecins de France
CNGE	Collège National des Généralistes Enseignants
DES	Diplôme d'Études Spécialisées
DESMU	Diplôme d'Études Spécialisées de Médecine d'Urgence
DIU	Diplôme Inter-Universitaire
DPC	Développement Professionnel Continu
DUMG	Département Universitaire de Médecine Générale
EBM	Evidence Base Medecine
ECOS	Examen Clinique Objectif et Structuré
EPS	Éducation Physique et Sportive
FST	Faculté des Sciences et Technologies
GEAP	Groupe d'Échange et d'Analyse de Pratique
GEF	Groupe d'Échange Facultaire
GEP	Groupe d'Échange de Pratique
HME	Hôpital de la mère et de l'enfant
IDE	Infirmière Diplômée d'État
IMG	Interne de Médecine Générale
ISNAR-IMG	Inter-Syndicale Nationale Autonome Représentative des IMG
MDPH	Maison Départementale pour les Personnes Handicapées
MOOC	Massive Open Online Course (formation en ligne)
MSU	Maître de Stage Universitaire
ODM	Ordre Des Médecins
RéSCA	RSCA
RSCA	Récit de Situation Complexe Authentique
RSD	Réflexion sur une Situation Difficile
SCRE	Situation Clinique Rencontrée Écrite
SDIS 87	Service Départemental d'Incendie et de Secours
SIDES	Système Distribué d'Examens en Santé
SSSM	Service de Santé et de Secours Médical

STAPS Sciences et Techniques des Activités Physiques et Sportives
TCS Test de Concordance de Script

Table des matières

Table des Annexes.....	27
I. Introduction	28
II. Contexte et généralités.....	29
II.1. Enseigner, qu'est-ce ?	29
II.2. Le DES de médecine générale.	30
II.3. Le Paradigme d'apprentissage.....	32
II.4. La réforme en application.....	35
III. Matériel et Méthodes	37
III.1. Objectifs de l'étude.	37
III.2. Choix de la méthode.	37
III.3. Recrutement et population.	37
III.4. Le questionnaire.	38
III.5. Recueil des données.....	38
IV. Résultats.....	40
IV.1. Caractéristiques de l'échantillon répondant	40
IV.1.1. Genre.....	40
IV.1.2. Âge	41
IV.1.3. Ville de réalisation de l'externat.....	42
IV.1.4. Année de soumission aux ECN.....	42
IV.1.5. Classement aux ECN.....	43
IV.1.6. Activité actuelle	44
IV.2. Concernant l'encadrement de la formation facultaire	44
IV.2.1. Le début de l'internat.....	44
IV.2.1.1. Journées d'accueil.	44
IV.2.1.2. Présentation et explication des objectifs de formation.....	45
IV.2.1.3. Présentation et explication des formats d'apprentissage.....	46
IV.2.1.4. Présentation et explication des contenus d'apprentissage.	47
IV.2.1.5. Présentation et explication des modalités d'évaluation et de validation des enseignements hors stage.	48
IV.2.1.6. Présentation et explication des modalités d'évaluation et de validation des traces écrites.	48
IV.2.1.7. Interrogation quant aux attentes de la formation facultaire.	49
IV.2.1.8. Quels sont les propositions des internes pour faire évoluer l'accueil de début d'internat de médecine générale à Limoges ?.....	49
IV.2.2. Relations DUMG-internes au cours de l'internat.....	50
IV.2.2.1. Partage de l'avis des internes concernant la formation et les différentes interventions facultaires.	50
IV.2.2.2. Prise en considération de l'avis des internes concernant la formation dispensée.	51
IV.2.2.3. Valorisation des formations complémentaires dans la validation des compétences (DU, DIU, Remplacements, FST, DPC...).....	52
IV.2.2.4. Perception de l'impartialité et objectivité des validations des semestres.	53
IV.2.2.5. Perception de l'impartialité et objectivité des validations de traces écrites. ...	54
IV.2.2.6. Quelles sont les propositions des internes pour améliorer la prise en considération de leur opinion ?	54

IV.2.2.7. Quelles sont les propositions des internes pour faire évoluer les modes de validation ?	55
IV.2.3. Concernant les rencontres préparées par les internes eux-mêmes.....	56
IV.2.3.1. Confiance accordée aux contenus proposés par les co-internes.	56
IV.2.3.2. Implication des internes dans les enseignements facultaires grâce à ce format.	56
IV.2.4. Quelles sont les propositions des internes concernant les formats RSCA et la crédibilité des interventions ?	57
IV.3. Concernant les contenus de formation.	58
IV.3.1. Le développement des six compétences génériques du médecin généraliste au travers des contenus de formation.	58
IV.3.1.1. Premier recours, urgence	58
IV.3.1.2. Relation, communication, approche centrée sur le patient	59
IV.3.1.3. Approche globale, prise en compte de la complexité	59
IV.3.1.4. Éducation, prévention, santé individuelle et communautaire	60
IV.3.1.5. Continuité, suivi, coordination des soins autour du patient.....	61
IV.3.1.6. Professionnalisme	61
IV.3.1.7. Analyse du développement facultaire des six compétences attendues du médecin généraliste.....	62
IV.3.2. Le développement des compétences en lien avec les situations à forte prévalence en médecine générale.....	63
IV.3.2.1. Situations autour de problèmes de pathologies fréquentes (Infectieuse, ORL, dermatologique...)	64
IV.3.2.2. Situations de soins autour de pathologies chroniques et de l'éducation du patient (maladie chronique : diabète, HTA, asthme, BPCO, IRC...).....	64
IV.3.2.3. Situations autour d'une action individuelle ou collective de prévention (cancers, obésité, dépistages...)	65
IV.3.2.4. Situations d'urgence, d'incertitude (traumatisme, douleur thoracique, lecture d'ECG...).....	65
IV.3.2.5. Situations de santé de la personne âgée (MAD difficile, handicap, chute, démence, iatrogénie, fin de vie à domicile, soins palliatifs...)	66
IV.3.2.6. Situations autour de la sexualité (génitalité, reproduction, contraception, couple, méno/andropause, libido...)	66
IV.3.2.7. Situations de santé du nourrisson, de l'enfant / adolescent (alimentation, suivi, troubles du comportement, vaccinations...).....	67
IV.3.2.8. Aspects médico-légaux, déontologiques, responsabilités (conflit, violence, « conjugopathie », sévices, mesure de protection...)	67
IV.3.2.9. Situations de souffrance psychique (anxiété, dépression, TA...)	68
IV.3.2.10. Problèmes sociaux, Précarité (associations d'aide...)	68
IV.3.2.11. Situations de santé au travail (inaptitude, invalidité, arrêt de travail, accident, maladie professionnelle, souffrance, harcèlement...)	69
IV.3.2.12. Situations de contact/communication difficile avec un patient (autre culture, deuil, patient exigeant, revendicatif, insatisfait, annonces...)	69
IV.3.2.13. Problèmes de dépendance / addictions (alcool, tabac, drogue...)	70
IV.3.2.14. Certificats divers (sport, hospitalisation sous contrainte, EHPAD, MDPH...) et prescription d'actes paramédicaux (kinésithérapie, orthophonie, IDE, orthoptie, psychomotricité ...).....	70

IV.3.2.15. Gestion de cabinet / comptabilité / finance (cotation, URSSAF, CARMF, ODM, modes d'exercices, AMELI, AGA, logiciels médicaux...)	71
IV.3.3. Propositions des internes quant à l'évolution des contenus de formation.	71
IV.4. Concernant les formats d'intervention utilisés en enseignement facultaires.	72
IV.4.1. Rentabilité perçue en termes d'apprentissage des différents formats d'échanges utilisés.	72
IV.4.1.1. Les RSCA.	72
IV.4.1.2. Les RSD	73
IV.4.1.3. Les GEP	73
IV.4.1.4. Les Ateliers de gestes pratiques, simulations	74
IV.4.1.5. Synthèse des rentabilités perçues en termes d'apprentissage des différents formats d'échanges utilisés.	74
IV.4.2. Les cours magistraux/séminaires	74
IV.4.3. Volontés d'évolution des formats d'intervention utilisés.	75
IV.4.3.1. Les RSCA.	76
IV.4.3.2. Les RSD	76
IV.4.3.3. Les GEP	77
IV.4.3.4. Les Ateliers pratiques, les simulations	78
IV.4.3.5. Les cours en ligne.	78
IV.4.3.6. Séminaires encadrés par des spécialistes du sujet.	79
IV.4.3.7. Cours en ligne sous formats vidéo, MOOC.	80
IV.4.3.8. Utilisation d'évaluations de connaissances pour objectiver les validations / invalidations.	80
IV.4.4. Propositions d'évolution des formats d'intervention des internes de médecine générale ?	81
IV.5. Évaluation du ressenti de satisfaction globale de la formation facultaire dispensée à Limoges.	83
IV.5.1. Concernant le ressenti global sur la qualité de la formation facultaire de médecine générale à Limoges.	83
IV.5.2. Concernant la perception de la suffisance de la formation facultaire pour construire les compétences de médecin généraliste.	84
IV.5.3. Concernant la satisfaction globale quant à la formation facultaire reçue.	84
IV.5.4. La formation facultaire de médecine générale de Limoges est-elle recommandable ?	85
V. Analyse et discussion.	86
V.1. Analyse des résultats, validité interne.	86
V.1.1. Analyse de l'échantillon de répondants.	86
V.1.2. Analyse des journées d'accueil de la formation facultaire.	88
V.1.3. Analyse des relations DUMG-internes au cours de l'internat.	92
V.1.3.1. Concernant l'écoute et la prise en considération de l'avis des internes.	92
V.1.3.1.1. Les moyens de communications et d'échanges.	92
V.1.3.1.2. Des outils d'évaluation à double sens.	93
V.1.3.2. Concernant la valorisation de la formation personnelle des internes.	96
V.1.3.3. Concernant l'impartialité ressentie concernant les validations.	96
V.1.3.4. Concernant la confiance accordée aux contenus préparés par les internes.	97
V.1.4. Analyse de perception des formats d'intervention utilisés.	97
V.1.4.1. Une réflexion nécessaire au sujet des traces écrites et RSCA.	98

V.1.4.2. La question des cours magistraux.	99
V.1.4.3. Que l'interne se questionne	102
V.1.5. Analyse du développement des compétences en lien avec les situations à forte prévalence en médecine générale.....	103
V.1.6. Analyse de la perception des contenus d'interventions.	104
V.1.7. Analyse de la perception globale de la formation.	107
V.2. Analyse de la littérature existante, validité externe.	108
V.2.1. Le constat.	108
V.2.2. Ressentis et attentes d'un point de vue global.	109
V.2.3. RSCA dans la littérature.....	111
V.2.4. GEP et autres groupes de travail dans la littérature.	115
V.3. Limites et forces de notre étude.....	115
V.3.1. Les limites.	115
V.3.1.1. Longueur du questionnaire.	115
V.3.1.2. Précision de l'analyse.	115
V.3.1.3. Accessibilité.....	116
V.3.1.4. Biais.....	116
V.3.2. Les forces.	117
V.3.2.1. Unicité du sujet.	117
V.3.2.2. Utilité du sujet.	117
V.3.2.3. Format du questionnaire.	117
V.3.2.4. Choix de la méthode.....	118
V.3.2.5. Taux de réponses.....	118
VI. Résumé et propositions pour l'avenir.	119
Conclusion et ouverture.....	121
Références bibliographiques	123
Annexes	131
Serment d'Hippocrate.....	189

Table des illustrations

Figure 1. Diagramme des flux de la population source.	40
Figure 2. Répartition du genre des répondants.....	41
Figure 3. Répartition des répondants selon l'âge. (n=124).....	41
Figure 4. Nombre de répondants par faculté de réalisation d'externat.	42
Figure 5. Proportion de participation en nombre et pourcentage selon année des ECN.	43
Figure 6. Classement aux ECN des répondants en nombre et pourcentage.....	43
Figure 7. Activité professionnelle des répondants.....	44
Figure 8. Répartition des réponses à l'affirmation « Votre ou vos journée(s) d'accueil étaient bien organisée(s) ».....	45
Figure 9. Répartition des réponses à l'affirmation « Le DUMG vous a présenté et explicité l'ensemble des objectifs de formation ».....	45
Figure 10. Répartition des réponses à l'affirmation « Le DUMG vous a présenté et explicité les formats d'apprentissage ».....	46
Figure 11. Répartition des réponses à l'affirmation « Le DUMG vous a présenté l'ensemble des contenus d'apprentissage ».....	47
Figure 12. Répartition des réponses à l'affirmation « Le DUMG vous a présenté les modalités d'évaluation et de validation des enseignements hors stage ».....	48
Figure 13. Répartition des réponses à l'affirmation « Le DUMG vous a présenté les modalités d'évaluation et de validation des traces écrites ».....	48
Figure 14. Répartition des réponses à l'affirmation « Le DUMG vous a demandé ce que vous attendiez de la formation facultaire ».....	49
Figure 15. Répartition des réponses à l'affirmation « Le DUMG vous a permis de donner votre avis concernant la formation et les différentes interventions facultaires ».....	50
Figure 16. Répartition des réponses à l'affirmation « Le DUMG a pris votre avis en considération concernant la formation dispensée ».....	51
Figure 17. Répartition des réponses à l'affirmation « Le DUMG valorise vos formations complémentaires dans la validation de vos compétences (DU, DIU, Remplacements, FST, DPC...) ».....	52
Figure 18. Répartition des réponses à l'affirmation « Les validations des semestres vous ont semblées être impartiales et objectives sur la base de critères de jugement concrets ».....	53
Figure 19. Répartition des réponses à l'affirmation « Les validations de traces écrites vous ont semblé être impartiales et objectives sur la base de critères de jugements concrets »...	54
Figure 20. Répartition des réponses à l'affirmation « Lors des enseignements facultaires, organisés à partir d'un RSCA préparé par un binôme d'internes, vous faites confiance aux apports de connaissances effectués par vos co-internes et animateurs de la séance ».....	56
Figure 21. Répartition des réponses à l'affirmation « Les enseignements facultaires réalisés lors des 1° et 2° années de DES, à partir de RSCA préparés par un binôme d'interne	

permettent « l'implication très active des étudiants dans la préparation et l'animation de ces enseignements facultaires » ».....	56
Figure 22. Répartition des réponses au ressenti : « la place attribuée à la compétence : Premiers Recours, Urgence ».....	58
Figure 23. Répartition des réponses au ressenti : « la place attribuée à la compétence : Relation, communication, approche centrée sur le patient ».....	59
Figure 24. Répartition des réponses au ressenti : « la place attribuée à la compétence : Approche globale, prise en compte de la complexité ».....	59
Figure 25. Répartition des réponses au ressenti : « la place attribuée à la compétence : Éducation, Prévention, Santé individuelle et communautaire ».....	60
Figure 26. Répartition des réponses au ressenti : « la place attribuée à la compétence : Continuité, suivi, coordination des soins autour du patient ».....	61
Figure 27. Répartition des réponses au ressenti : « la place attribuée à la compétence : Professionnalisme ».....	61
Figure 28. Réponses cumulées à la place attribuée à l'ensemble des compétences attendues d'un médecin généraliste.....	62
Figure 29. Réponses cumulées à la place attribuée à l'ensemble des compétences d'un médecin généraliste en pourcentage.....	62
Figure 30. Répartition des réponses au ressenti : « la place attribuée à la formation de la prise en charge de pathologies fréquentes (infectieuse, ORL, dermatologique...) ».....	64
Figure 31. Répartition des réponses au ressenti : « la place attribuée à la prise en charge de pathologies chroniques et à l'éducation du patient (diabète, HTA, asthme, BPCO, IRC...) ».....	64
Figure 32. Répartition des réponses au ressenti : « la place attribuée à la mise en place d'actions individuelles ou collectives de prévention ».....	65
Figure 33. Répartition des réponses au ressenti : « la place attribuée à la prise en charge de problème d'urgence, de la gestion de l'incertitude (traumatisme, douleur thoracique, lecture ECG...) ».....	65
Figure 34. Répartition des réponses au ressenti : « la place attribuée à la prise en charge des problèmes spécifiques de la personne âgée ».....	66
Figure 35. Répartition des réponses au ressenti : « la place attribuée à la prise en charge des problématiques liées à la sexualité ».....	66
Figure 36. Répartition des réponses au ressenti : « la place attribuée à la prise en charge du nourrisson, de l'enfant et de l'adolescent ».....	67
Figure 37. Répartition des réponses au ressenti : « la place attribuée à la gestion des aspects médico-légaux, déontologiques et des responsabilités médicales ».....	67
Figure 38. Répartition des réponses au ressenti : « la place attribuée à la prise en charge des pathologies et souffrances psychiatriques ».....	68
Figure 39. Répartition des réponses au ressenti : « la place attribuée à la gestion des problèmes sociaux et de la précarité ».....	68

Figure 40. Répartition des réponses au ressenti : « la place attribuée à la gestion des situations en lien avec le travail du patient ».....	69
Figure 41. Répartition des réponses au ressenti : « la place attribuée à la gestion de la communication avec les patients ».....	69
Figure 42. Répartition des réponses au ressenti : « la place attribuée à la prise en charge des problèmes d'addiction et de dépendance ».....	70
Figure 43. Répartition des réponses au ressenti : « la place attribuée à l'expertise concernant les certificats médicaux et la prescription d'actes paramédicaux ».....	70
Figure 44. Répartition des réponses au ressenti : « la place attribuée à la gestion de la vie professionnelle du médecin ».....	71
Figure 45. Nombre d'occurrences des propositions de sujet à intégrer au DES de médecine générale à Limoges.....	71
Figure 46. Rentabilité perçue des RSCA en termes de temps de travail et apprentissages à long terme.....	72
Figure 47. Rentabilité perçue des RSD en termes de temps de travail et apprentissages à long terme.....	73
Figure 48. Rentabilité perçue des GEP en termes de temps de travail et apprentissages à long terme.....	73
Figure 49. Rentabilité perçue des ateliers de gestes pratiques et simulations en termes de temps de travail et apprentissages à long terme.....	74
Figure 50. Synthèse comparative des rentabilités perçues en termes d'apprentissage des différents formats d'échanges utilisés.....	74
Figure 51. Ressenti quant à l'utilité des cours magistraux et séminaires.....	75
Figure 52. Volonté du devenir des RSCA en cas d'évolution de la formation.....	76
Figure 53. Volonté du devenir des RSD en cas d'évolution de la formation.....	76
Figure 54. Volonté du devenir des GEP en cas d'évolution de la formation.....	77
Figure 55. Volonté du devenir des ateliers pratiques et simulations en cas d'évolution de la formation.....	78
Figure 56. Volonté du devenir des cours en ligne en cas d'évolution de la formation.....	78
Figure 57. Volonté du devenir des séminaires encadrés par des spécialistes du sujet en cas d'évolution de la formation.....	79
Figure 58. Volonté du devenir de cours en ligne sous format vidéo/MOOC en cas d'évolution de la formation.....	80
Figure 59. Volonté du devenir de l'utilisation d'évaluations de connaissances pour objectiver les validations/invalidations en cas d'évolution de la formation.....	80
Figure 60. Ressenti global sur la qualité de la formation facultaire de Limoges.....	83
Figure 61. Perception de la suffisance de la formation facultaire pour construire les compétences de médecin généraliste.....	84
Figure 62. Satisfaction globale quant à la formation facultaire reçue.....	84

Figure 63. Répartition des réponses quant à la potentielle recommandation de la formation facultaire de médecine générale de Limoges à des internes en devenir.....	85
Figure 64. Origines facultaires des étudiants inscrits par promotion (en pourcentage).	87
Figure 65. Origines facultaires des étudiants répondants par promotion (en pourcentage)...	87
Figure 66. Le rôle de l'enseignant (DUMG Dijon)	100
Figure 67. Comparatifs des niveaux de formation ressenties des 15 principales situations de médecine générale, en pourcentage.	103
Figure 68. Liste des 15 situations à forte prévalence utilisée dans notre questionnaire.	104
Figure 69. Illustration concernant l'évaluation des compétences propres.	108

Table des tableaux

Tableau 1. Répartition de la population source selon le genre.....	40
Tableau 2. Répartition des rangs de classement des répondants selon la promotion ECN ..	88
Tableau 3. Répartition des rangs de classement des inscrits au DES selon la promotion ECN ..	88

Table des Annexes

Annexe 1. Marguerite des compétences génériques du médecin généraliste.	132
Annexe 2. Spécificités de chaque compétence générique du médecin généraliste.	133
Annexe 3. 11 familles de situations fréquentes en médecine générales.	135
Annexe 4. Questionnaire à destination des internes de médecine générale de Limoges de 2017 à 2021.	137
Annexe 5. Tableau de répartition des facultés d'origine des étudiants inscrits en phase socle de médecine générale à Limoges de 2017 à 2021.	148
Annexe 6. Proposition de 15 familles de situations de médecine générale.	149
Annexe 7. Proposition de cadre de livret d'accueil du nouvel interne de médecine générale à Limoges.	150
Annexe 8. Fiche d'évaluation de séance des DESMU 2017.	151
Annexe 9. Propositions de ressources pédagogiques à destination des internes.	152
Annexe 10. Proposition semaine d'intégration des internes de médecine générale.	161
Annexe 11. Verbatim des questions ouvertes.	162
Annexe 11.1. Verbatim question : Quelles sont vos propositions pour faire évoluer l'accueil du début d'internat des futurs internes de Médecine Générale à Limoges ? ..	162
Annexe 11.2. Verbatim question : Quelles sont vos propositions pour améliorer la prise en considération de vos avis, la valorisation de formations complémentaires et les critères de jugements utilisés ? ..	164
Annexe 11.3. Verbatim question : Quelles sont vos idées / propositions pour faire évoluer la crédibilité de ces contenus ? ..	167
Annexe 11.4. Verbatim question : Selon vous quels seraient les thèmes indispensables / incontournables que le DUMG devraient aborder durant le DES ? (C'est LA question la plus importante, soyez généreux) ..	169
Annexe 11.5. Verbatim question : Quelles sont vos remarques et propositions concernant ces méthodes d'intervention ? ..	178
Annexe 11.6. Verbatim question : Quelles sont vos remarques et commentaires concernant les différents formats d'intervention utilisés, ou sur d'autres moyens non utilisés ? ..	178
Annexe 11.7. Verbatim question : Quels sont selon vous les formats d'enseignements qui pourraient être utilisés pour enrichir la formation limougeaude ? ..	182
Annexe 11.8. Verbatim question : Ci-dessous un espace d'expression libre pour vos remarques concernant la formation dite hors-stage, qui n'auraient pas trouvées place ailleurs. Merci de rester bienveillant et constructif.	185

I. Introduction

La formation des médecins généralistes de demain doit être à la hauteur des enjeux sociétaux d'aujourd'hui.

Nous avons effectué notre externat puis notre internat à Limoges. Avant d'entrer en faculté de médecine nous nous projetions dans une tout autre activité. Effectivement si ce n'avait été d'un genou paresseux nous aurions dû être professeur d'EPS (Éducation Physique et Sportive). Même si certains peuvent en douter, la formation de « prof de sport » ne se résume pas seulement au sport. De nombreuses heures de pédagogie, didactique, sociologie, psychologie et sciences de l'éducation rythment notre cursus afin de nous introduire à l'art d'enseigner. Former ne s'improvise pas. De cette expérience et de l'encadrement de formations pédagogiques en tant qu'instructeur de secourisme pour la Croix Rouge Française, nous avons pu acquérir quelques compétences et connaissances dans le domaine de la pédagogie mais également et surtout, un regard critique quant aux actions d'enseignement.

Cette expérience théorique a été la base d'une application dans le domaine de l'éducation populaire. Jean Houssaye était alors un maître à penser (1–3). La pédagogie en médecine, était sujette à discussion. Ainsi souvent il était fait mention du fait que, c'est au statut de médecin que l'orateur doit sa légitimité d'enseigner. Nous ne sommes pas en complet accord avec ce point de vue.

Des nombreux échanges, commentaires et discussions que nous avons eu la chance d'avoir avec nos co-internes ou anciens internes, souvent de manière véhémement et passionnée, toujours dans un cadre informel, nous avons pu faire ressortir quelques idées et pistes quant à ce qui nous manquait durant notre internat.

Il est dommage que ces idées qui semblent se recroiser générations après générations, souvent partagés entre internes de facultés différentes, restent à l'état d'idées et ne contribuent pas au perfectionnement de la formation de médecine générale limougeaude.

Durant notre cursus limougeaud nous n'avons jamais eu la possibilité de donner notre avis ou de partager nos idées, quant à ce que l'on pouvait être en droit d'attendre de notre formation.

Nous sommes convaincus que les pédagogies participatives et que l'animation non-directive des groupes ne sont pas complètement suffisantes et adaptées à la formation des internes de médecine générale et que, si leur avis était pris en compte, il ressortirait des demandes concrètes en termes de contenu de formation et formats d'intervention.

Nous proposons au travers de ce travail de faire un premier état des lieux global sur la formation facultaire reçue durant notre internat à Limoges, qui pourra éventuellement servir de base d'évolution ou de maintien de la structure actuelle pour les futures promotions d'internes.

Nous répondrons au travers de ce travail à la question de savoir si la formation des internes de Médecine Générale à Limoges répond aux besoins et attentes de ces derniers.

Notre hypothèse est que le modèle actuellement utilisé à Limoges, n'est pas suffisant pour former des jeunes médecins généralistes de façon adaptée et que ces derniers ressentent un manque important de formation à la suite de leur cursus d'interne.

« Aux pensants tout sachant, sachez ce que nous pensons de vous pensant ».

II. Contexte et généralités.

II.1. Enseigner, qu'est-ce ?

Une question légitime se pose : les enseignants de chaque grande matière de notre cursus scolaire, ne sont pas seulement des experts dans leur domaine ; le professeur de biologie n'est pas seulement un biologiste, le professeur d'anglais n'est pas simplement une personne anglophone, le professeur de sport n'est pas seulement un sportif... Chacun de ces spécialistes dans son domaine a dû se former dans un domaine autre pour pouvoir transmettre ses connaissances et son expertise et ainsi développer les compétences de ses apprenants. Il s'agit du domaine de la pédagogie.

En effet transmettre un savoir, créer un savoir nouveau ou une compétence nouvelle chez l'apprenant ne s'improvise pas.

D'emblée nous voyons les difficultés d'existence d'une réelle pédagogie en médecine. Certes de nombreux médecins ont la « fibre » pour transmettre leur art, mais leur statut seul de docteur en médecine n'est pas suffisant pour s'assurer de la bonne réalisation de ces enseignements.

« Enseigner, c'est savoir s'adapter à l'être humain. »

(Stéphanie Dionne) (4)

« Savoir enseigner, c'est pouvoir incarner l'élève. »

(Rekia Limam) (5)

Pour nous, le bon formateur, au sens du pédagogue, est celui qui sait se mettre à l'écoute de ses apprenants pour favoriser leurs apprentissages, leurs développements de compétences en adaptant les contenus réglementaires et exigences institutionnelles, aux besoins et aux réalités des apprenants dont il a la charge.

Nous avons fait l'expérience que de nombreuses façons de faire sont possibles. Il n'existe pas une seule bonne manière de former. Il existe des manières adaptées à un endroit donné et un moment donné, avec un public donné. Ainsi une formation se doit de répondre à la commande institutionnelle, à la réglementation en vigueur, mais également aux besoins et motivations des apprenants dans le cadre environnemental du couple formateur/formé.

Nous ne pouvons calquer la formation de demain sur celle qu'elle était hier, juste parce qu'elle donne cette impression de « ça fonctionne bien comme ça ». L'impression n'est pas un critère de jugement objectif permettant de justifier de la bonne conduite d'une formation.

Le formateur sait composer, créer, adapter, modifier, exprimer son art, sa réflexivité en prenant en considération toutes les facettes de ses connaissances, ses capacités, ses compétences, ses croyances, ses convictions, mais aussi et surtout ses limites. Ainsi c'est en cherchant à dépasser ces dernières qu'il excelle dans son art.

Il convient alors de définir ce qu'est cette réflexivité, la pédagogie. Pour Marguerite Altet (6), « la pédagogie est ce champ de la transformation de l'information en savoir par la médiation de l'enseignant, par la communication, l'action interactive dans une situation, les prises de décision dans l'action ; le pédagogue est celui qui facilite la transformation de l'information en

savoir... » Toujours selon Altet (6), « la pédagogie porte sur l'articulation du processus enseignement-apprentissage au niveau de la structuration du savoir et de son appropriation par l'apprenant. » La pédagogie s'intéresse donc aux relations élèves/élèves, enseignant/élèves et à l'organisation de la classe pour favoriser les apprentissages.

Ainsi la formation est un acte engagé. Un acte de terrain. Ce n'est pas une simple mise en application de contraintes légales et de demandes institutionnelles.

En parlant pédagogie nous ne pouvons pas passer la didactique sous silence. La didactique est une réflexion sur la transmission des savoirs. Ainsi, selon Legendre (7), la didactique serait une « discipline éducationnelle dont l'objet est la planification, le contrôle et la régulation de la situation pédagogique ». Le cadre en somme.

La didactique et la pédagogie s'intéressent aux mêmes acteurs : le savoir comme objet d'étude et le couple professeur et élèves. Toutefois, elles se distinguent entre elles par les objets étudiés.

La didactique se préoccupe des questions touchant l'acte d'enseigner qui relève des disciplines et se distingue par sa nature épistémologique (nature des connaissances à enseigner).

La pédagogie renvoie à la conduite d'une classe, c'est-à-dire aux aspects éducatifs et relationnels qui seraient déterminants pour la progression de l'apprentissage de l'apprenant. Elle s'intéresse aux conditions qui favorisent l'apprentissage, entre autres aux démarches, aux stratégies d'apprentissage, aux pratiques des enseignants, aux relations entre l'enseignant et l'apprenant et aux profils d'apprentissage de ces derniers. La pédagogie se compose de deux domaines : celui des doctrines pédagogiques qui renvoie aux théories sur l'éducation (Rousseau, Decroly, Montessori, Frenet) et celui des méthodes pédagogiques (Skinner, Piaget) qui renvoie à la mise en pratique.

Develay (8), en 1998, a résumé la distinction entre didactique et pédagogie comme suit : « Certes pédagogie et didactique s'intéressent toutes les deux aux processus d'acquisition (en se centrant sur l'apprenant) et de la transmission (en se centrant sur l'enseignement) des connaissances. Mais la didactique fait l'hypothèse que la spécificité des contenus est déterminante dans l'appropriation des connaissances. Tandis que la pédagogie porte son attention sur les relations entre l'enseignant et l'élève et entre les élèves eux-mêmes ».

« L'enseignement couvre donc deux champs de pratiques : celui de la gestion de l'information, de la structuration du savoir par l'enseignant et de leur appropriation par l'élève, domaine de la didactique et le champ du traitement et de la transformation de l'information en savoir par la pratique relationnelle et l'action de l'enseignant, domaine de la pédagogie. La pédagogie recouvre pour nous le domaine de la relation interpersonnelle, sociale qui intervient dans le traitement de l'information et sa transformation en savoir dans la situation réelle du microsystème de la classe. » Altet (6).

II.2. Le DES de médecine générale.

La formation des internes de médecine générale telle que nous la connaissons aujourd'hui est le fait de nombreuses évolutions et de nombreuses recherches légales, didactiques et pédagogiques. (9–20).

Après la création du DES de médecine générale en 2004 (14), qui instaurait une maquette basée sur des enseignements généraux (méthodologie, épidémiologie, organisation gestion, droit, responsabilités...) et des enseignements spécifiques à la médecine générale (champ

d'application, gestes et techniques, situations courantes, conditions d'exercice, éducation et prévention...), associés à une formation pratique en 6 semestres dont 3 obligatoires, la réforme du 3e cycle de 2017 (21) a permis d'harmoniser les procédures de formation du DES au niveau national et entre tous les DES de spécialité (22). Cette réforme est basée sur quatre principes qui se veulent novateurs : Modernisation du système de formation, Simplification, Acquisition progressive de compétences professionnelles et Reconnaissance des qualifications. Ce décret (21), propose un parcours progressif et personnalisé, structuré en 3 phases. La phase socle en 1ère année, suivi d'une phase d'approfondissement de 2 ans puis d'une phase de consolidation d'une durée variable selon les spécialités. Cette dernière n'est pas encore en vigueur pour la médecine générale.

Le modèle pédagogique désormais utilisé est basé sur l'apprentissage par compétences ou paradigme d'apprentissage. Celui-ci se réfère aux six compétences génériques du médecin généraliste. (Annexe 1)

A cette occasion, il a été mis en place, le contrat de formation et le portfolio. Ils permettent l'individualisation du parcours de formation pour répondre au projet professionnel de l'étudiant, ainsi qu'une personnalisation de son suivi. Le contrat de formation est évolutif et intègre les souhaits d'option ou de formation spécialisée transversale (FST).

Toutefois l'harmonisation ne se veut pas unification. C'est la conclusion du travail de recherche portant sur l'analyse des fonctionnements des enseignements facultaires de 28 facultés françaises (23) réalisé en 2022. Il est montré une grande variété et diversité des méthodes et outils utilisés au sein des différents DUMG.

Depuis la réforme de 2004, la majorité voire totalité des départements universitaires de médecine générale (DUMG) a basculé vers ce nouveau paradigme dit d' « apprentissage » (ou de « transaction ») à l'inverse du paradigme « d'enseignement » (ou de « transmission »).

Développé dès 1993, Tardif expliquait l'apport du constructivisme et de l'évaluation authentique en pédagogie (24). Il est, avec Gardner en 1992 (25), à la base du paradigme d'apprentissage. Le constructivisme repose sur l'idée que le savoir ne provient pas d'une accumulation passive d'informations, mais d'une construction, active, des connaissances par le traitement des nouvelles informations.

« L'apprentissage est vu comme un processus actif et constructif de traitement de l'information où la dimension affective joue aussi un grand rôle. L'enseignement est présenté comme l'ensemble des pratiques pouvant et devant être mises au service de l'apprenant tout au long de son processus d'apprentissage. C'est par la connaissance des composantes caractéristiques et dynamiques de ce processus que l'enseignant pourra intervenir de façon véritablement stratégique, c'est-à-dire consciemment et délibérément, auprès de l'apprenant, en vue de maximiser les bénéfices de sa démarche d'apprentissage (24).

La réforme des DES en 2017 avait été engagée suite au rapport Couraud - Pruvot, qui faisait constat de plusieurs faiblesses dans l'ancien système de DES (26).

Le DES de médecine générale est composé d'un enseignement théorique et de stages pratiques. Un programme national définit le contenu des deux cents heures d'enseignement théorique. La liberté est laissée à chacun des départements de médecine générale au sein des UFR d'en définir les modalités pédagogiques d'enseignement. (15) (27).

Six compétences génériques transversales recouvrant l'ensemble des missions des MG (Annexe 1 et Annexe 2) sont définies par le CNGE,(25,26,27), la WONCA (29) et la loi HPST de 2009 (30), en se confrontant à onze grandes familles de situations (31)(30,31) (Annexe 3).

Au travers de plusieurs études, Chartier (32), Soulier (33), Tardif (34), ont permis d'asseoir cette façon de penser et les outils à utiliser.

Les connaissances, compétences et maquettes de formation des diplômés d'études spécialisées ont été redéfinies. Le portfolio est devenu obligatoire pour le suivi des compétences des internes et la validation du DES de médecine générale (35).

En 2017, une étude sur la supervision, l'élaboration et l'évaluation du RSCA dans les DES de médecine générale a été réalisée dans tous les DUMG de France. Elle avait pour but d'harmoniser les modalités d'utilisation de cet outil au niveau national. Sur les 96 propositions rédigées par des groupes d'experts, 85 ont obtenu un consensus sur l'acceptation, 7 sur le rejet et 4 restaient sans consensus. Il a été approuvé un nombre minimal d'un RSCA par semestre et une nouvelle grille d'évaluation a été rédigée. Celle-ci devait être utilisée et évaluée par les enseignants ainsi que par les internes au niveau national en termes de faisabilité et de compréhension des consignes (36). La faculté de Limoges suit ces recommandations concernant la réalisation d'un RSCA par semestre.

II.3. Le Paradigme d'apprentissage.

D'après certains travaux, synthétisés dans le travail de recherche de Gosselin en 2021 (37), l'ancien « paradigme d'enseignement » était fondé sur plusieurs postulats :

- L'enseignant est l'acteur principal : c'est un expert qui détient les savoirs et sait lesquels il doit transmettre.
- L'étudiant accumule passivement les informations et connaissances.
- Les savoirs sont acquis en dehors de leur contexte réel d'utilisation (dans la salle de classe).
- Évaluation par des tests aux réponses brèves, importance de la quantité d'information retenue.

Le « paradigme d'apprentissage », lui, est fondé sur des postulats différents :

- L'apprenant est l'acteur principal.
- L'enseignant est un facilitateur d'apprentissage, un guide.
- Importance du contexte et des situations complexes.
- Recherche de réponses à un questionnement personnel : sollicitation de ressources en vue de construire des savoirs propres.
- Évaluation authentique et formative en référence aux compétences développées (portfolio, tâches intégratrices...), tant sur les connaissances déclaratives que sur celles procédurales et conditionnelles.
- Les procédures mises en place, permettant d'attester des compétences acquises par l'interne tout au long de sa formation initiale, sont désignées par le terme de « certification ». La certification a donc pour but de délivrer le diplôme de médecin généraliste.

Ainsi l'autonomisation permet à l'étudiant d'identifier ses propres besoins de formation, de planifier ses activités d'apprentissage à partir des tâches professionnelles authentiques auxquelles il est exposé et à s'auto-évaluer, dans une démarche de pratique réflexive. **L'enseignement est donc centré sur l'apprenant qui devient acteur principal de sa formation.**

Dans le paradigme d'apprentissage, une grande importance est accordée aux savoirs mais aussi aux savoirs-agir, à l'attitude et à l'utilisation des ressources face à des situations complexes. L'évaluation en milieu authentique permet ainsi qu'elle tienne compte du contexte par des tâches complètes, complexes et signifiantes. Elle fait appel directement aux compétences et n'utilise pas d'indicateurs indirects.

Selon Tardif (38) une compétence est « un savoir-agir complexe prenant appui sur la mobilisation et la combinaison efficace d'une variété de ressources internes et externes à l'intérieur d'une famille de situations ».

Une formation efficiente est une formation qui sait, tout en répondant aux obligations institutionnelles, s'adapter aux obligations structurelles, aux attentes et besoins des apprenants, c'est-à-dire à la réalité du terrain.

Dispenser une formation sans répondre aux attentes, besoins et questionnements des apprenants est un non-sens pédagogique.

S'adapter est le cœur de métier du formateur. C'est une boucle de rétrocontrôle permettant d'ancrer les apprentissages dans un cercle vertueux de développement et d'adaptation aux situations.

Pour Meirieu (39), qui développe l'idée de Houssaye en 2015 (40), dans une formation, il est primordial de réfléchir en ayant en tête « le triangle pédagogique » ; Enseignant, Apprenant, Savoir. Les relations qui découlent de ce triangle sont les processus d'enseigner, d'apprendre, et de former.

Ici se situe toute l'importance pour l'enseignant de comprendre ses étudiants. De connaître leurs motivations et leurs besoins. Et c'est ici que résident toutes les compétences du formateur ; de savoir s'adapter au public qu'il forme, afin de justifier l'intérêt didactique des savoirs qu'il est en charge de faire acquérir et des compétences qu'il doit faire naître et se développer.

S'intéresser aux besoins individuels et collectifs des étudiants permet d'orienter leurs apprentissages vers le développement des compétences nécessaires à une pratique sereine et sécurisée.

S'adapter à son auditoire est le premier pas pour que ce dernier se retrouve et s'implique dans sa formation. C'est en respectant les attentes des apprenants que nous pouvons les motiver dans leur investissement pour développer de nouvelles compétences.

La question de la légitimité du paradigme d'apprentissage et son application en formation médicale avait été l'objet au début des années 2000 de plusieurs articles parus dans des revues comme *Pédagogie Médicale*.

Bernard et Reyes (41,42) expliquaient l'apport des différentes théories sur lesquelles se base ce paradigme et soulignaient les difficultés pour les étudiants dans ce modèle d'apprentissage. Notamment l'importance de garder des repères dans les représentations de l'étudiant, sans

remettre en cause ses connaissances antérieures. **Il serait impératif d'expliquer et d'accompagner les étudiants en cas de changement brutal de paradigme.**

En 2003, Jouquan et Bail (43) reprenaient les théories pédagogiques ayant élaborées le paradigme d'apprentissage (psychologie humaniste, « pédagogie d'adulte », perspective socio-cognitiviste ou constructiviste et approche inspirée de la « démarche-qualité »). Ils concluaient sur l'importance des exigences demandées à l'étudiant « Il ne suffit pas, pour l'étudiant, d'accumuler des expériences ni pour l'enseignant-formateur, de vérifier que les tâches professionnelles ont été correctement exécutées. Il faut encore que les interactions sociales et pédagogiques que cela implique suscitent chez les étudiants la nécessité d'un dépassement cognitif et professionnel ». Ainsi l'enseignement en son rôle d'accompagnateur, de guide, de facilitateur, est primordial dans l'utilisation de ce paradigme.

Cela signifie qu'il doit exister une relation adaptée entre les enseignants du DUMG et les internes en formation. Toute la valeur de ce paradigme pédagogique est dépendante de cette relation. Il ne peut se substituer à cette relation. Il est alors difficile de l'utiliser de manière unique avec un ratio de 1 enseignant pour 107 étudiants en Médecine Générale. (Source ISNAR-IMG. Lettre adressée au président de la République en août 2013).

Plusieurs thèses ont ensuite abordé ce sujet, sur un versant qualitatif.

En 2010, à Tours, Renoux et Potier soulignaient déjà les difficultés pour les étudiants à changer du paradigme d'enseignement vers celui d'apprentissage : le changement serait vécu comme trop brutal avec des capacités d'adaptation différentes selon les étudiants. Cette thèse concluait à l'importance d'éclaircir la démarche pédagogique et de multiplier les contacts avec les enseignants (44). Ils y montraient l'importance de l'explication de ce changement pour en garder l'efficacité.

En 2012, une autre étude qualitative (45) explicitait une évolution du ressenti des internes en Ile de France entre les différentes promotions : les T1 étaient les plus critiques. Les promotions supérieures trouvaient cependant les modalités de leur formation de plus en plus positives, tout en restant insatisfaits. De nouveau, l'aspect brutal du changement de paradigme était souligné.

En 2012, dans un article paru dans *Exercer* (46) Chartier et al décrivaient les difficultés de mise œuvre d'un programme d'apprentissage dans une logique de compétence (par exemple que les « enseignants et les étudiants tendent à rester dans une logique d'enseignement ou à y revenir ») et formaient des propositions pour tenter d'y remédier (l'exemple d'un module d'enseignement dédié était proposé).

En 2014, dans un nouvel article, Chartier S, Adeline-Dufлот F, Breton JL, Compagnon L, Bercier S, Ferrat E (32), réalisaient le constat négatif par rapport aux retours d'expérience, que le nouveau paradigme était bien difficile à appréhender pour les étudiants devant leur manque de connaissance de celui-ci et leur envie de retourner vers un modèle plus « classique ». Pour les auteurs les étudiants estiment que les « leçons » sont un préalable indispensable à toute mise en situation. Ils évoquent que le paradigme d'apprentissage peut, pour certains, être considéré comme une façon artisanale d'acquérir des connaissances.

En 2017, le travail de thèse de quatre internes sur le ressenti des internes de médecine générale de Nantes (47), confirmait le ressenti global précédemment évoqué. La transition entre le paradigme d'enseignement et le paradigme d'apprentissage était brutale, d'autant plus qu'elle était insuffisamment expliquée. Les internes se sont sentis mal accompagnés.

L'autoformation était jugée insuffisante pour acquérir les compétences attendues, les cours semblaient toujours apporter une plus-value. Le fait d'être déstabilisé n'est pas propre aux internes nantais. Les internes interrogés regrettaient un manque de cours. Ce besoin de cours n'est pas propre aux internes nantais.

Au sujet du paradigme d'apprentissage, les internes Rouennais (37), définissent « Le nouveau modèle d'enseignement est infantilisant. Certaines choses nous sont imposées. La méthode d'évaluation est beaucoup trop aléatoire (tuteur dépendant). L'autoapprentissage est une très bonne idée mais le fait de devoir fournir des preuves par des vignettes n'est pas le plus adapté. Des échanges en tant que groupe de pairs lors des GEP sont juste géniaux car chacun exprime son point de vue, il y a des débats sur les prises en charge ». « Exigence "chiffrée" de rendu, à croire que la quantité de ce qu'on produit prévôt sur la qualité ». « Au bout de 7 ans d'études on s'attendrait à des cours pratiques plutôt qu'à un travail de bibliographie qui est donc encore plus universitaire que l'externat ». « Formation universitaire beaucoup trop chronophage pour un bénéfique rendu ».

Pourtant, la médecine générale persiste dans cette voie pédagogique, ou anti pédagogique. Le propre de la pédagogie n'est-il pas de favoriser les acquisitions de connaissances et le développement de compétences ? Tenter de forcer un apprentissage par une méthode incomprise n'est-elle pas un non-sens ? Devoir enseigner une méthode pour ne plus avoir à enseigner pendant les trois ans d'internat, à quelqu'un qui a vécu au minimum vingt ans dans un paradigme de l'enseignement est-il vraiment judicieux ?

Nous pouvons faire référence aux travaux vraiment intéressants de Kaufman (48), qui semblent sortir des sentiers battus par les penseurs pédagogiques actuels. Il illustre le paradigme dans lequel nous sommes en train d'évoluer, avec une probable confusion entre des méthodes centrées sur l'apprentissage et des méthodes centrées sur l'apprenant.

Le paradigme actuel a-t-il réellement sa place en formation initiale ? Doit-on ne réfléchir les enseignements facultaires que par le prisme de celui-ci, au risque de frustrer un grand nombre d'apprenants ? Doit-on mixer son utilisation avec d'autre paradigme ? Doit-on mieux en expliquer les buts et objectifs comme stipulé dans le travail de Renoux et al.? Doit-on le proposer plus tôt dans le cursus scolaire ou universitaire ? Ce dernier n'aurait-il pas plutôt une place de choix dans la formation continue et le Développement Professionnel Continu ? Pour la re-certification ?

Nous pensons qu'une réflexion pourrait être menée concernant ce sujet. Ce paradigme n'est-il pas le mode de formation qu'utilisent spontanément les médecins une fois certifiés et débutant leur pratique afin de s'autoformer ?

II.4. La réforme en application.

Le programme de DES de Médecine Générale est certes le même pour toutes les facultés françaises, cependant sa mise en application diffère énormément selon les DMG. Dans un travail préliminaire d'analyse descriptive faculté après faculté nous avons mis en exergue l'absence d'uniformisation concernant les enseignements facultaires dispensés dans les facultés de médecine françaises (23).

Nous avons fait le choix de décrire faculté par faculté, les organisations des enseignements hors stage en termes de pédagogie utilisée, organisation des interventions, thèmes et sujets abordés durant les enseignements facultaires, contenu du portfolio et spécificités de la faculté.

Il ressort de ce travail une variabilité importante quant aux contenus et formats de la formation dite hors-stage dans les différentes facultés de médecine de France.

Ce travail de recherche contredit totalement l'affirmation initiale nous affirmant que cela se « passait de la même façon dans chaque université ».

Une affirmation sans fondement et n'ayant jamais été explorée jusque-là.

Au-delà de ça, comment concevoir que la formation des médecins d'une région soit la même qu'une autre. Les bassins de population et les pathologies rencontrées ne sont clairement pas les mêmes selon que nous exerçons à Limoges ou en Guyane.

Les formations se doivent d'être adaptées selon le lieu, l'époque et les participants.

Ainsi au travers de ce travail préliminaire, nous avons pu analyser les fonctionnements des différentes facultés de France.

L'évolution de la formation devrait pouvoir se faire de façon continue selon les retours des étudiants grâce à la mise en place d'un système de rétroaction post-interventionnel tel un « questionnaire de satisfaction ».

Ainsi, si l'organisation actuelle de la formation donne effectivement une impression de réflexion d'amont, c'est-à-dire de recherche didactique, elle nous laisse penser qu'elle est calquée sur des grandes lignes, sans adaptation à la réalité du terrain limougeaud et de ses spécificités locales (population cible, origine, classement des internes), patientèle prépondérante dans la région, type de pratique, désert médical...)

Nous espérons par ce travail de thèse, donner des pistes de réflexion et idées nouvelles pour permettre l'évolution de la formation en utilisant les remarques et propositions des internes ayant participé à la création de celle-ci ainsi que le travail de relevé des organisations des enseignements facultaires dans l'ensemble des facultés de France (23), nous pensons fournir une base solide de travail d'évolution de la formation.

A l'heure où l'on note un suicide d'interne tous les 18 jours (51), que l'épuisement professionnel, le découragement et la souffrance des internes ne doivent plus être une omerta, il est important de prendre en considération les ressentis et avis des internes afin de ne pas les laisser sur le bord de la route. #ProtegeTonInterne

III. Matériel et Méthodes

III.1. Objectifs de l'étude.

L'objectif principal de cette étude est « d'identifier les pistes d'évolution proposées par les internes de MG de Limoges pour rendre la formation facultaire plus efficace, moderne et attractive ».

Au cours des nombreuses années de fréquentation de la faculté de Limoges, il ressortait des discussions que notre formation pourrait être améliorée. Cependant, aucun espace de discussion ou d'évaluation n'a jamais été ouvert pour faire remonter les propositions des internes. Ce travail est le premier à s'intéresser aux avis et idées des internes ayant vécu cette formation.

Les objectifs secondaires de cette étude sont au nombre de quatre :

A – Réaliser une évaluation de la suffisance ressentie par les internes concernant les apports théoriques concernant un panel de situations spécifiques rencontrées en médecine générale.

B – Évaluer la satisfaction des internes de médecine générale sur le fond, le contenu des enseignements délivrés lors des enseignements facultaires.

C – Évaluer la satisfaction des internes de médecine générale quant aux formats d'enseignements utilisés lors des enseignements facultaires.

D – Proposer un outil d'évaluation/rétroaction permettant de faire évoluer la formation régulièrement.

III.2. Choix de la méthode.

Le point de vue des internes, leur ressenti, leur opinion concernant la formation dont ils bénéficient sont des aspects subjectifs.

Afin d'évaluer un niveau de satisfaction et de faire ressortir des idées d'évolutions, nous avons opté pour une étude observationnelle mixte quantitative et qualitative, descriptive, transversale, monocentrique.

- Une partie de l'évaluation sous forme d'une étude quantitative qui nous permet de réaliser des statistiques et de tirer des conclusions générales. Basée sur une échelle de Likert (50).
- Des espaces d'expression libre qui nous permettent de recueillir les impressions, avis, commentaires, idées afin de faire ressortir les potentielles propositions individuelles d'évolutions.

Une recherche systématique a été effectuée dans les bases de données suivantes : Medline, SUDOC, Dumas, la Bibliothèque De Santé Publique (BDSP), Littérature Scientifique en Santé (lissa.fr) et dans les archives des revues suivantes : *Pédagogie Médicale*, *Exercer* et *La Revue du Praticien*.

Les recherches bibliographiques ont été réalisées du 1er août 2022 au 30 septembre 2022.

III.3. Recrutement et population.

Nous avons adressé notre questionnaire par voie dématérialisée à l'ensemble des internes des promotions de 2017 à 2021. Ainsi ils font tous partie de la nouvelle réforme des DES. Le

lien vers le questionnaire a été adressé à l'ensemble de la population source, soit les 207 internes de Médecine Générale inscrits en première année de Médecine Générale à Limoges de 2017 à 2021.

Les répondants devaient être, ou avoir fini leur cursus, en médecine générale. Les internes ayant demandé un droit au remords sortant de médecine générale n'étaient pas inclus.

Les internes ayant fait un droit au remord entrant en médecine générale ont été inclus dans l'analyse.

III.4. Le questionnaire.

Nous nous sommes astreints à rédiger des questions courtes et compréhensibles par les sujets interrogés, permettant de répondre à l'objectif de l'étude et limitant le plus possible le biais de recueil de données. Celles-ci ont été administrées sous forme d'auto-questionnaire.

Nous avons élaboré un questionnaire (Annexe 4), à partir de critères d'observations concrets du déroulement des formations de médecine générale à travers la France (23).

Le questionnaire a été développé sur GoogleForm.

Il comprenait cinq parties :

- Caractéristiques des internes (sexe, âge, externat, classement ECN, activité actuelle)
- Encadrement
- Formats d'intervention
- Contenus des interventions
- Évaluation globale

Chaque partie était constituée de questions fermées pour évaluer des niveaux de ressentis, auxquelles s'ajoutaient une question ouverte par partie permettant d'explicitier leur ressenti et de proposer des réponses individuelles. Ces dernières étaient plus chronophages et réflexives.

Ce questionnaire avait préalablement été testé auprès de 6 internes de médecine générale en cours de cursus à Limoges, et un interne de médecine générale d'une autre faculté. Deux questions, mal comprises, ont été reformulées. Les 7 internes avaient mis moins de dix minutes pour répondre à celui-ci.

III.5. Recueil des données.

Les données ont été recueillies entre le 22 juillet 2022 et le 28 août 2022.

La période de recueil se superposait avec la fermeture de la scolarité de la faculté de médecine de Limoges et donc à l'accès aux mailing listes. Après accord du DUMG de Limoges, la première diffusion s'est faite sur les groupes de réseaux sociaux de chaque promotion. Nous avons initialement reçu 75 réponses.

Puis à une semaine du premier envoi une relance individuelle par messagerie instantanée du même réseau social a été effectuée, permettant un recueil de 21 questionnaires supplémentaires.

Une troisième relance par liste de diffusion par mail a été effectuée à deux semaines du premier envoi, permettant de recueillir 8 réponses supplémentaires.

Une quatrième relance a été effectuée par SMS aux différentes promotions à trois semaines du premier envoi, permettant le recueil de 21 réponses supplémentaires.

Soit un total de 125 réponses sur 207 questionnaires distribués.

À noter la réception d'un 126^{ème} questionnaire en dehors de la période de recrutement. Celui-ci a été exclu, l'analyse ayant déjà été commencée.

Un autre questionnaire n'a pas été pris en compte dans l'analyse, le répondant n'étant pas interne en médecine générale.

Ainsi, 124 questionnaires ont donc été inclus dans l'analyse des données.

Ceux dont les réponses ouvertes étaient aberrantes ou jugées hors propos ont été exclus pour l'analyse des propositions d'évolution.

IV. Résultats

Sur 207 internes concernés, nous avons obtenu 1234 réponses exploitables. Soit une participation record de 59.9%.

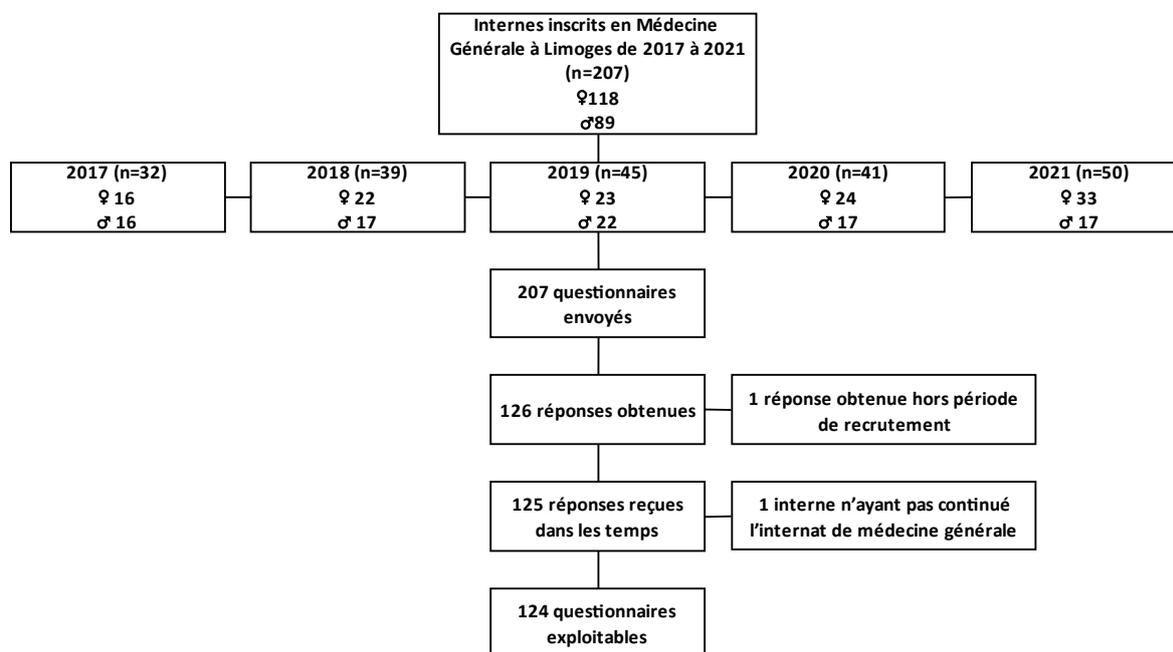


Figure 1. Diagramme des flux de la population source.

Tableau 1. Répartition de la population source selon le genre.

<i>Promotion</i>	<i>2017</i>	<i>2018</i>	<i>2019</i>	<i>2020</i>	<i>2021</i>	<i>Total</i>
<i>Total</i>	32	39	45	41	50	207
<i>Femmes</i>	16 (50%)	22 (56%)	23 (51%)	24 (59%)	33 (66%)	118 (57%)
<i>Hommes</i>	16 (50%)	17 (44%)	22 (49%)	17 (41%)	17 (34%)	89 (43%)

IV.1. Caractéristiques de l'échantillon répondant

L'ensemble des questionnaires inclus dans l'analyse des réponses proviennent d'internes de médecine générale. Pour 121 d'entre eux, ils avaient choisi la médecine générale d'emblée, 3 avaient fait un droit au remords d'une autre spécialité vers la médecine générale.

IV.1.1. Genre

Parmi les répondants, nous notons une majorité de femmes.

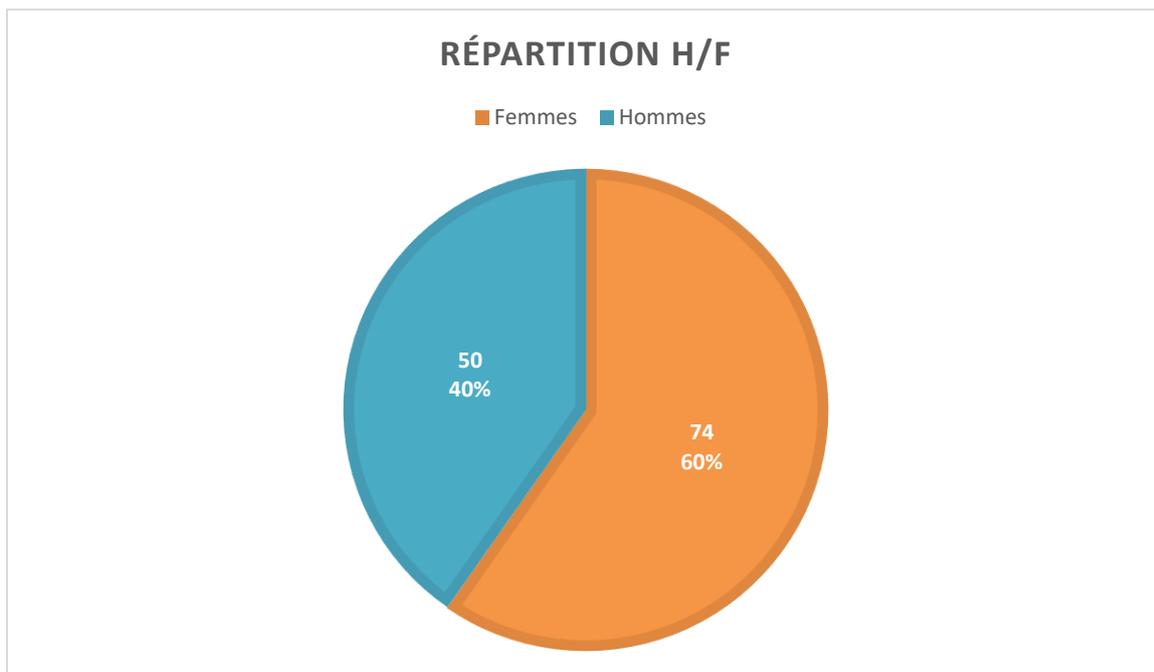


Figure 2. Répartition du genre des répondants.

La population étudiée a un ratio de 59.6% de femmes et 40.4% d'hommes. Les femmes ont donc eu une propension légèrement plus élevée à répondre à ce questionnaire. Cependant nous restons dans une proportion similaire à la population source.

IV.1.2. Âge

L'âge médian des répondants est de 28 ans. Nous n'avons pas eu accès aux âges de la population cible.

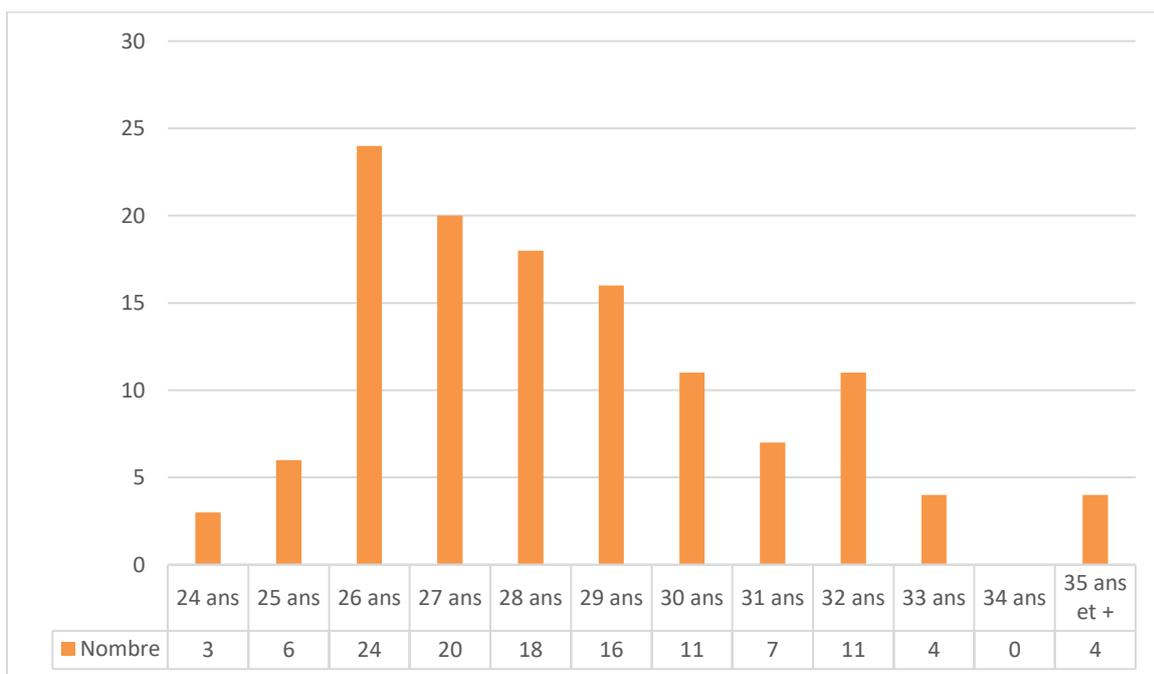


Figure 3. Répartition des répondants selon l'âge. (n=124)

IV.1.3. Ville de réalisation de l'externat

La grande majorité des internes répondants a réalisé son externat à Limoges.

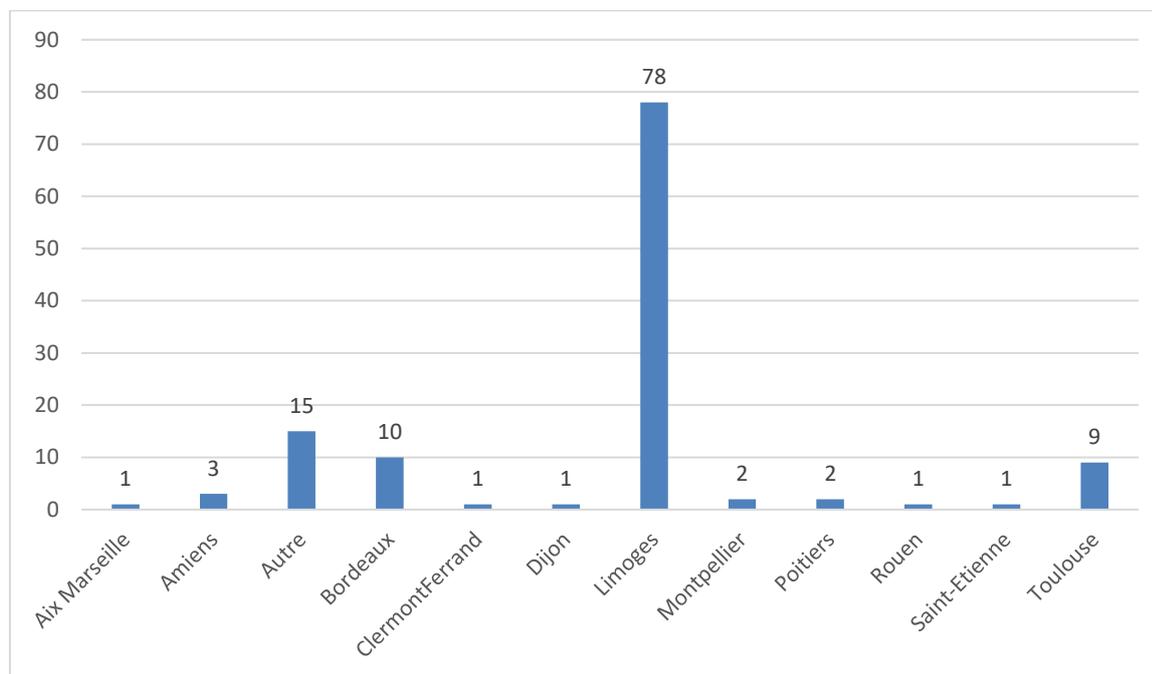


Figure 4. Nombre de répondants par faculté de réalisation d'externat.

Nous notons une forte prévalence des étudiants ayant effectué leur externat à Limoges. Devant la faible proportion des participants de chaque ville autre que Limoges nous ferons nos analyses en fonction de la réalisation ou non de l'externat à Limoges. Ainsi les répondants ayant effectué leur internat à Limoges ($n=78$) représentent 62% des répondants contre ceux ayant réalisé leur externat ailleurs ($n=46$) 38%.

IV.1.4. Année de soumission aux ECN

Nous avons obtenu une grande participation inter promotion. La proportion minimale de répondants par promotion a été de 51% pour les deux promotions 2018 et 2019. À noter une très forte participation de la première promotion de cette nouvelle formule de DES.

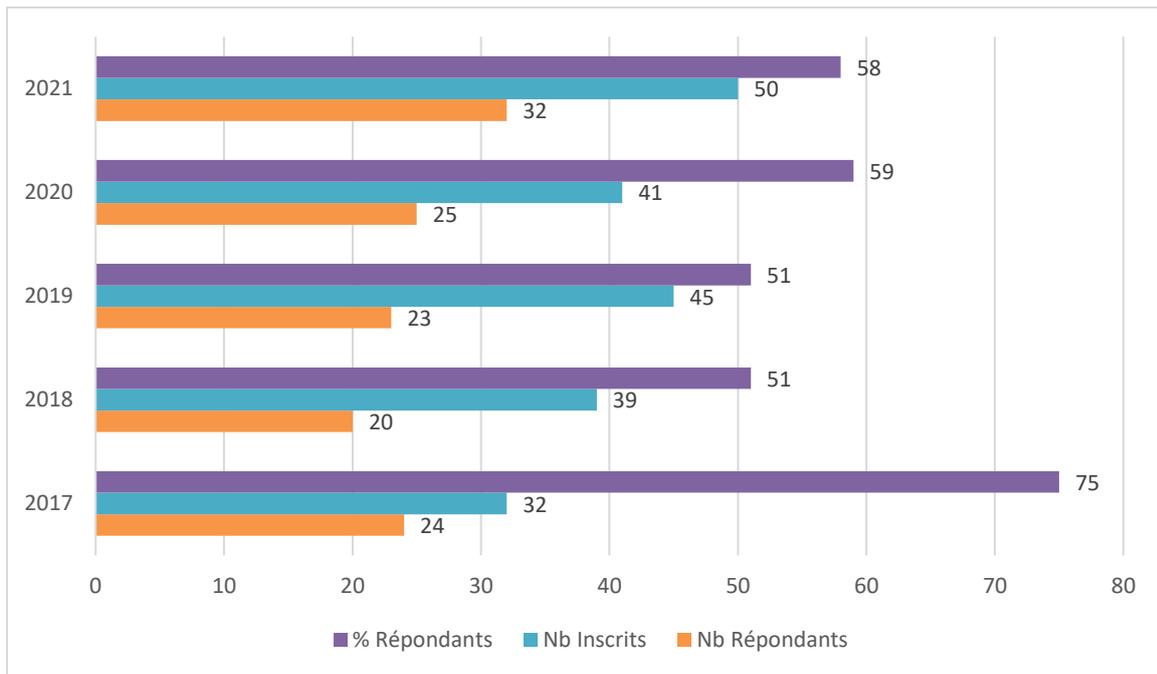


Figure 5. Proportion de participation en nombre et pourcentage selon année des ECN.

IV.1.5. Classement aux ECN

Nous pouvons ainsi observer que plus de 84% des internes ayant répondu à ce questionnaire avaient été classés dans la deuxième moitié de tableau lors des ECN.

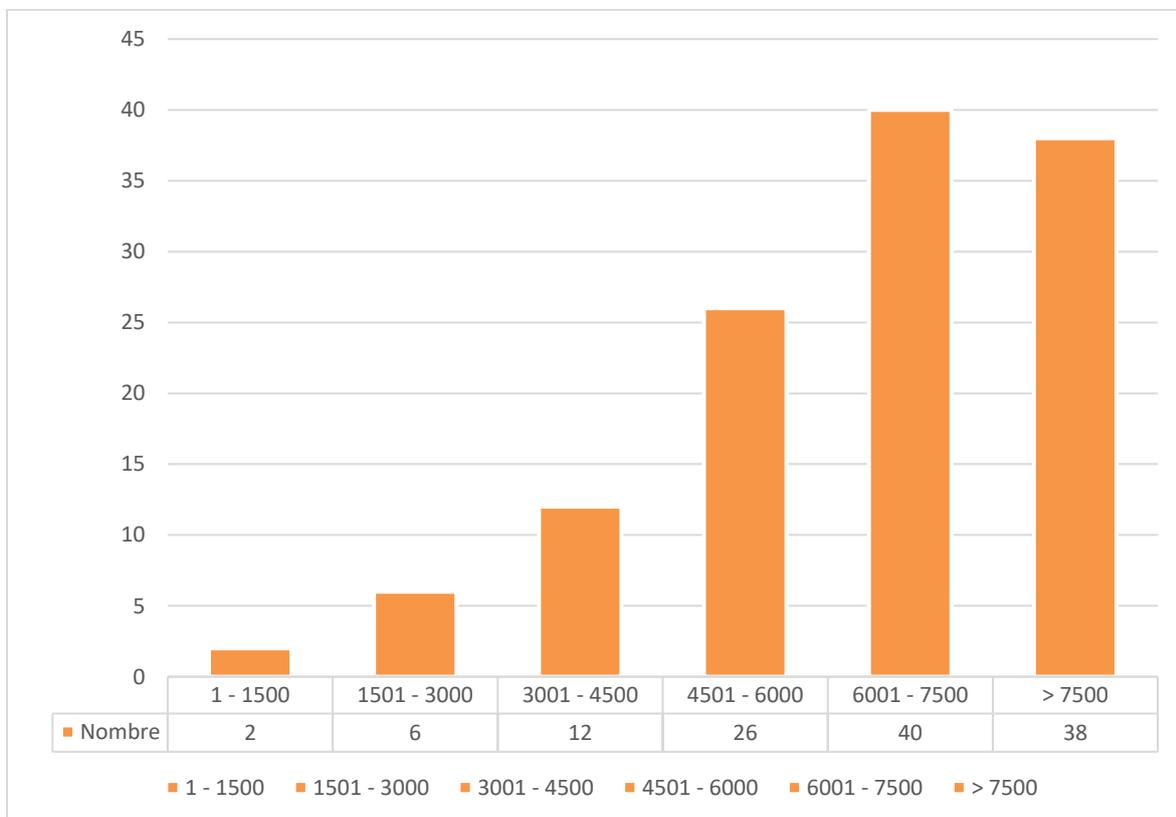


Figure 6. Classement aux ECN des répondants en nombre et pourcentage.

IV.1.6. Activité actuelle

Le graphique suivant synthétise les activités actuelles des participants.

La majorité des répondants est interne actuellement.

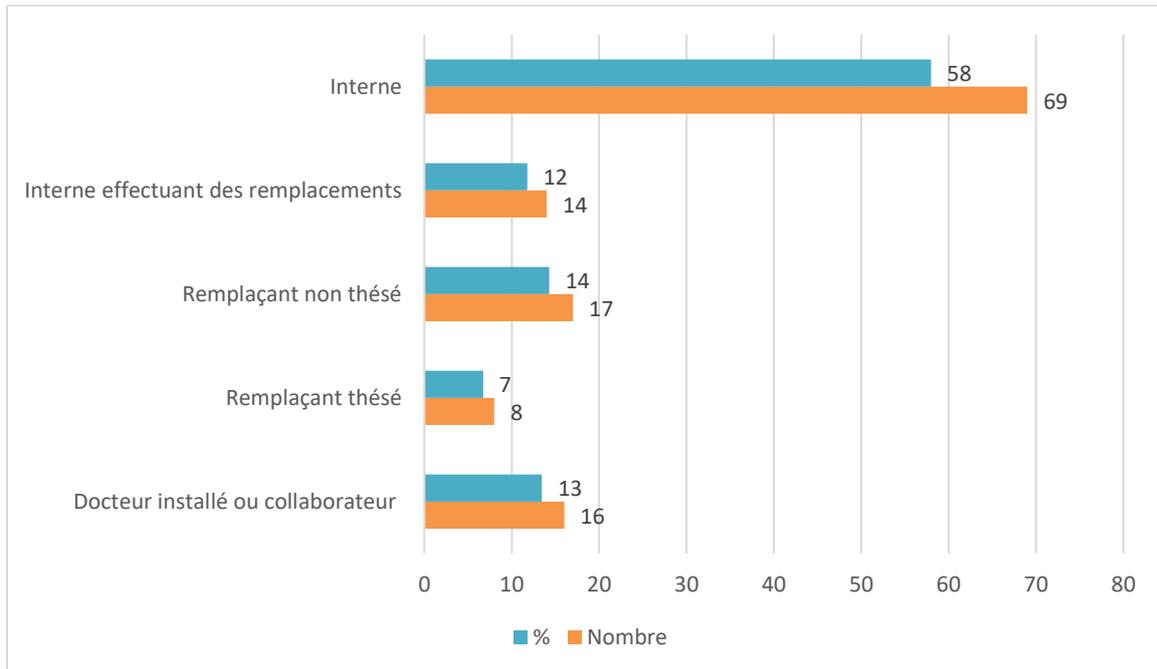


Figure 7. Activité professionnelle des répondants.

IV.2. Concernant l'encadrement de la formation facultaire

IV.2.1. Le début de l'internat

Le début de l'internat est marqué par la ou les journées d'accueil. Elles sont la base de la formation. Cette rencontre permet d'initier la relation DUMG-interne qui va s'entretenir durant tout l'internat.

Ce moment pivot doit donc nécessairement être analysé.

IV.2.1.1. Journées d'accueil.

Ainsi le ressenti global des internes concernant l'organisation de la ou des journées d'accueil présente un bilan mitigé.

À l'affirmation, « votre ou vos journée(s) d'accueil étaient bien organisées », nous notons que 20.2% (n=25) des répondants étaient totalement satisfaits de l'organisation de la, les journée(s) d'accueil, 50.8% (n=63) en était en partie satisfaits et 21% (n=26) étaient insuffisamment et absolument pas satisfaits. À noter que 8% (n=10) des répondants ne se souviennent pas de leur journée d'accueil.

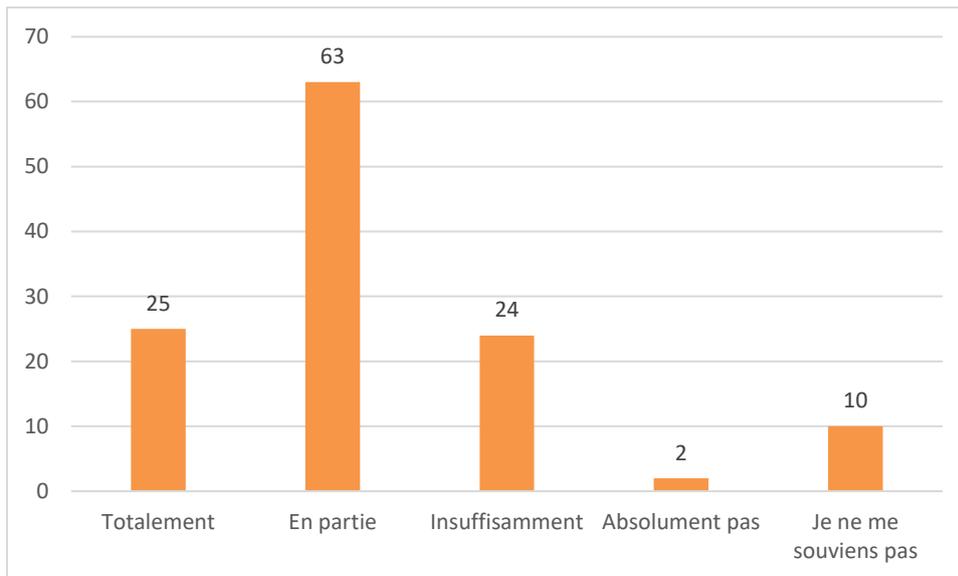


Figure 8. Répartition des réponses à l'affirmation « Votre ou vos journée(s) d'accueil étaient bien organisée(s) ».

70.9% (n=88) des répondants semblent satisfaits de l'organisation des journées d'accueil (en partie ou totalement).

71.8% (n=89) des répondants ne semblent pas avoir été totalement satisfaits de leur(s) journée(s) d'accueil.

IV.2.1.2. Présentation et explication des objectifs de formation.

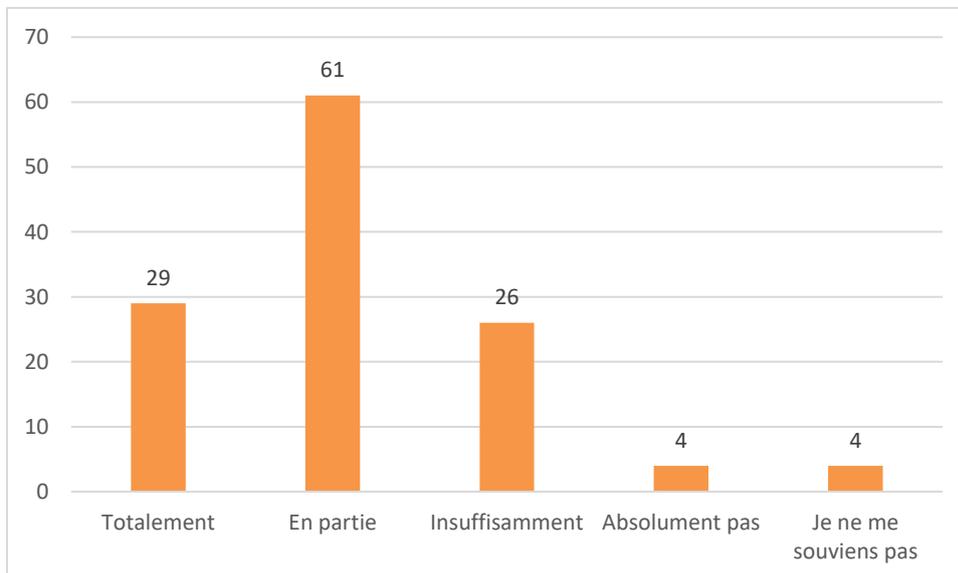


Figure 9. Répartition des réponses à l'affirmation « Le DUMG vous a présenté et explicité l'ensemble des objectifs de formation ».

La présentation des objectifs de formation semble être un aspect plutôt positif de cette ou ces journées d'accueil. En effet, 23.4% (n=29) des répondants estiment que les objectifs ont été « totalement » présentés et explicités. 49.2% (n=61), qu'ils l'ont été « en partie », et 24.2% (n=30) estiment que ces derniers ont été insuffisamment ou absolument pas présentés. À noter que 3% (n=4), ne se souvenaient pas de cet aspect des journées d'accueil.

72.5% (n=90) des répondants estiment avoir reçu une présentation complète ou en partie complète des objectifs de formation.

73.4% (n=91) des répondants estiment ne pas avoir reçus de présentation complète ou ne pas avoir retenu les objectifs de formation lors des journées d'accueil.

IV.2.1.3. Présentation et explication des formats d'apprentissage.

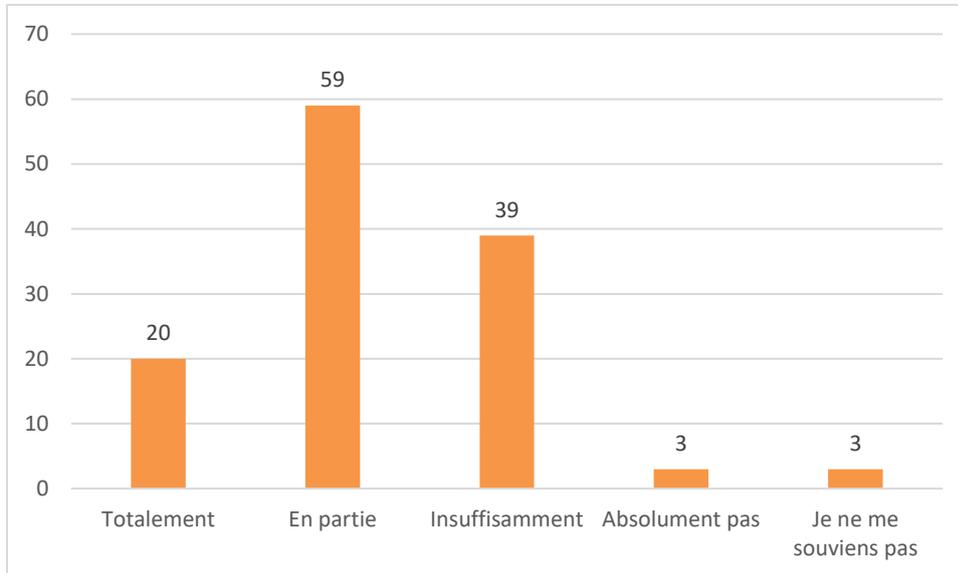


Figure 10. Répartition des réponses à l'affirmation « Le DUMG vous a présenté et explicité les formats d'apprentissage ».

Les formats d'apprentissage utilisés durant l'internat semblent avoir été totalement présentés et explicités pour 16.1% (n=20), en partie pour 47.6% (n=59) et insuffisamment ou absolument pas pour 33.9% (n=42) des répondants. À noter que 3 étudiants (2.4%) ne se souvenaient pas.

81.5% (n=101) des répondants estiment ne pas avoir eu ou retenu de présentation totale des formats d'apprentissage qui seront utilisés au cours de leur internat.

IV.2.1.4. Présentation et explication des contenus d'apprentissage.

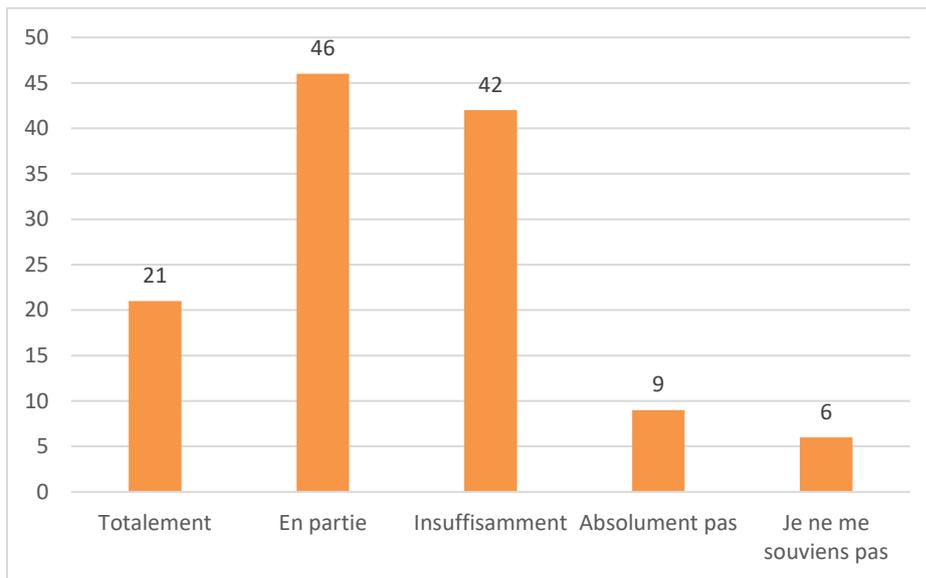


Figure 11. Répartition des réponses à l'affirmation « Le DUMG vous a présenté l'ensemble des contenus d'apprentissage ».

Les contenus d'apprentissage, ou contenus de formation, sont l'ensemble des sujets et thèmes qui sont abordés durant une formation. Ce sont les ressources pédagogiques mises au service des étudiants et plus généralement des apprenants.

50% (n=67) des répondants estiment avoir eu une information complète ou en partie sur les contenus d'apprentissage dont ils bénéficieront durant l'internat.

78.2%(n=97) des répondants estiment ne pas avoir eu d'information complète sur les contenus d'apprentissage dont ils bénéficieront durant leur internat.

IV.2.1.5. Présentation et explication des modalités d'évaluation et de validation des enseignements hors stage.

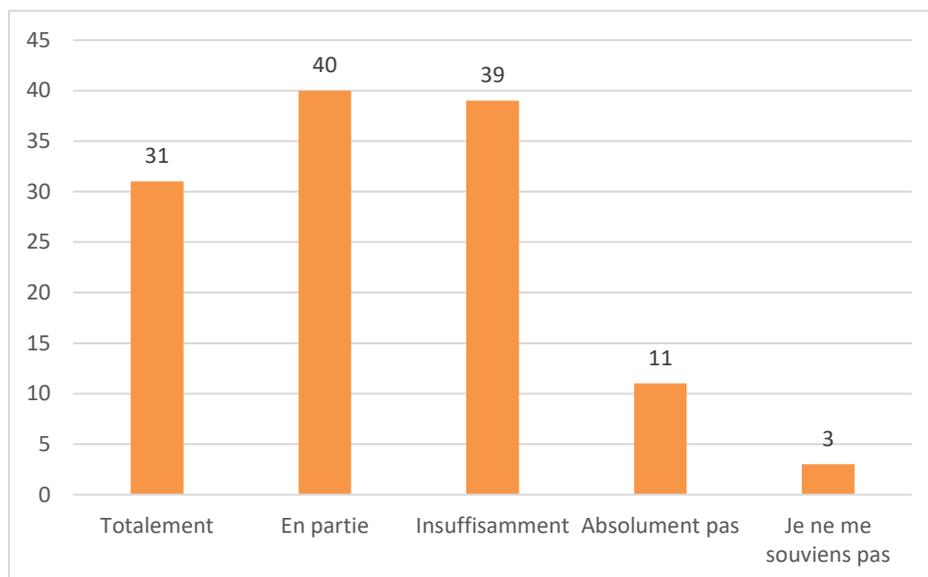


Figure 12. Répartition des réponses à l'affirmation « Le DUMG vous a présenté les modalités d'évaluation et de validation des enseignements hors stage ».

57,2% (n=71) des répondants estiment avoir bénéficié d'une information totale ou en partie quant aux modalités d'évaluation et de validation des enseignements hors stage.

72,6% (n=90) des répondants estiment ne pas avoir été totalement informés quant aux modalités d'évaluation et de validation des enseignements hors stage.

IV.2.1.6. Présentation et explication des modalités d'évaluation et de validation des traces écrites.

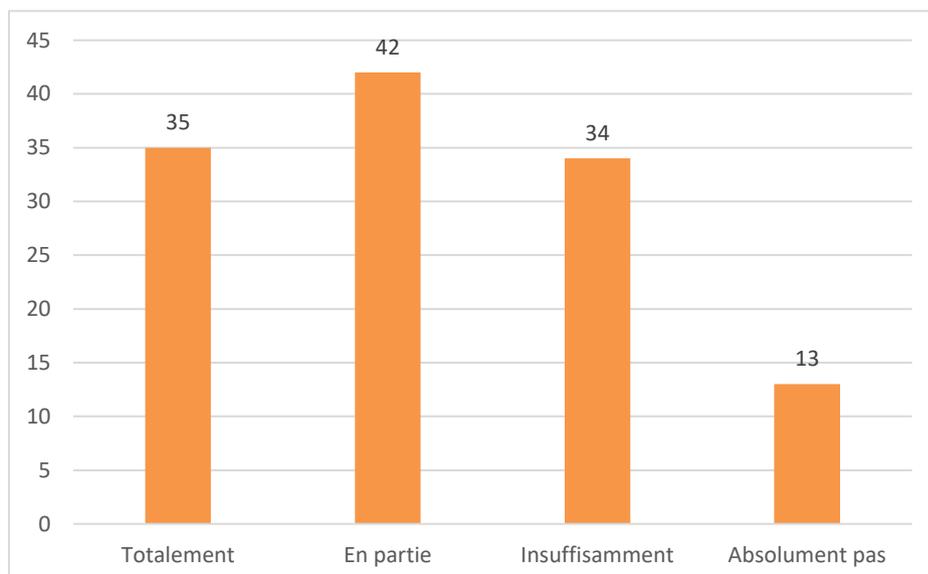


Figure 13. Répartition des réponses à l'affirmation « Le DUMG vous a présenté les modalités d'évaluation et de validation des traces écrites ».

Aucun étudiant n'a répondu « je ne me souviens pas ». 28,2% (n=35) estime avoir reçu une information totale sur les modalités d'évaluation et de validation des traces écrites. 33,9%

(n=42) estiment avoir été en partie informé et 37.9% (n=47) estiment l'avoir été insuffisamment ou absolument pas.

79.8% (n=99) des répondants estiment ne pas avoir reçu d'information totale sur les modalités d'évaluation et de validation des traces écrites.

IV.2.1.7. Interrogation quant aux attentes de la formation facultaire.

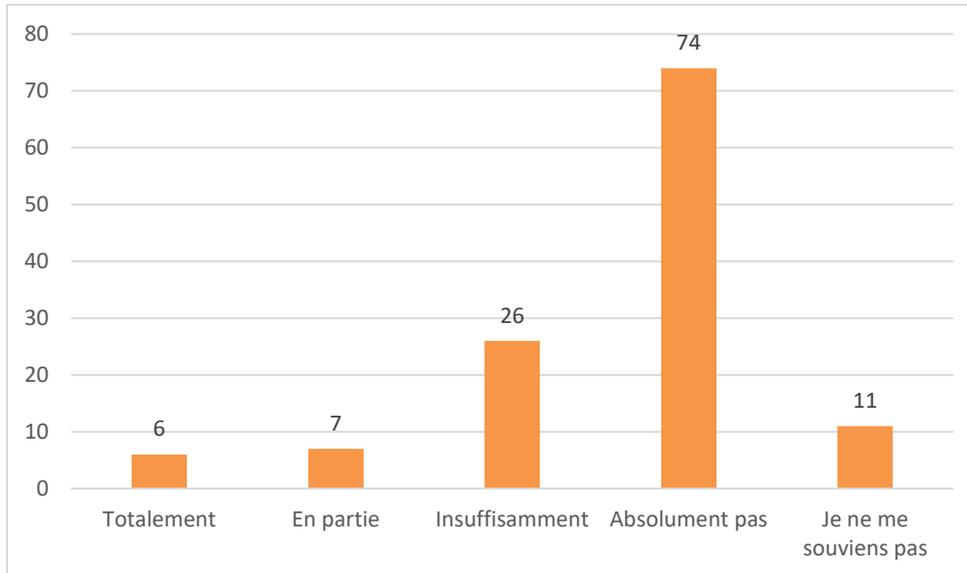


Figure 14. Répartition des réponses à l'affirmation « Le DUMG vous a demandé ce que vous attendiez de la formation facultaire ».

A la question de la prise en compte des attentes des étudiants quant à la formation facultaire, 80.6% (n=100) des étudiants pensent avoir été insuffisamment ou absolument pas consultés. Ils ne sont que 10.5% (n=13) à estimer l'avoir été en partie ou totalement.

86.3% (n=107) des répondants estiment ne pas avoir été totalement écoutés quant à la prise en considération de leurs attentes vis-à-vis des enseignements facultaires dispensés.

Après analyse par test exact de Fisher, nous ne notons pas de différences significatives entre les différentes promotions, le genre, l'origine facultaire, le rang de classement et le statut actuel des étudiants répondants.

IV.2.1.8. Quels sont les propositions des internes pour faire évoluer l'accueil de début d'internat de médecine générale à Limoges ?

Nous notons par les réponses précédentes une grande impression de manques ressentis durant cette ou ces journée(s) d'accueil. Il était important de prendre en considération quelles étaient les demandes des internes.

Ainsi, l'analyse des propositions des internes permet de faire ressortir 5 catégories, 5 thématiques globales qui pourraient être des pistes d'évolution pour les journées d'accueil.

En première intention et avec 26 occurrences, une demande concernant les contenus des journées d'accueil. En effet, en un ou deux jours il est difficile de tout retenir. Une demande forte est faite pour la création d'un livret d'accueil (27 occurrences) reprenant l'ensemble des

contenus de ces journées, ainsi que le détail des règlements des études. Nous verrons dans l'analyse ce qui existe ailleurs.

Ensuite, avec 9 occurrences, une demande d'écoute des besoins et attentes des internes est faite. La prise en considération de leurs avis pour orienter la formation serait, à leur sens, un plus pour enrichir la formation limougeaude.

Avec 8 occurrences, il est également proposé de faire varier les intervenants afin d'avoir différents points de vue sur la formation. Il est suggéré de faire intervenir des anciens internes ou jeunes médecins sans lien nécessaires avec le DUMG, qui puissent présenter leur avis et leur ressenti sur la formation vécue.

Enfin, des propositions quant au format des journées d'accueil sont émises avec 7 occurrences. L'organisation d'un temps informel pour apprendre à se connaître sur une demi-journée, soirée, ...L'idée de pouvoir assister à tout ou partie des journées d'accueil en visio-conférence pour les étudiants résidents loin est aussi formulée.

IV.2.2. Relations DUMG-internes au cours de l'internat.

IV.2.2.1. Partage de l'avis des internes concernant la formation et les différentes interventions facultaires.

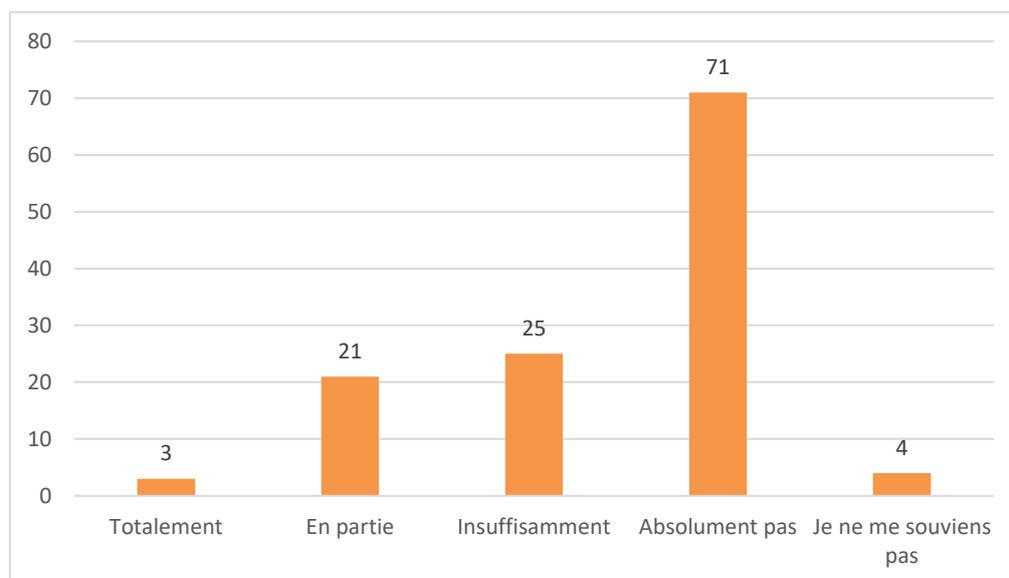


Figure 15. Répartition des réponses à l'affirmation « Le DUMG vous a permis de donner votre avis concernant la formation et les différentes interventions facultaires ».

Seuls 3 internes (2.4%) estiment que leur avis leur a été demandé. Si nous ajoutons à ceux-ci, ceux qui estiment avoir pu partager en partie leur avis ils sont alors 24 soit 19.4% des répondants.

57.3% (n=71) des internes affirment n'avoir absolument pas été consultés et ce chiffre monte alors à 77.4% (n=96) lorsque l'on additionne ceux estimant l'avoir été insuffisamment.

Après analyse par test exact de Fisher, nous ne notons pas de différences significatives entre les différentes promotions, le genre, l'origine facultaire, le rang de classement et le statut actuel des étudiants répondants.

IV.2.2.2. Prise en considération de l'avis des internes concernant la formation dispensée.

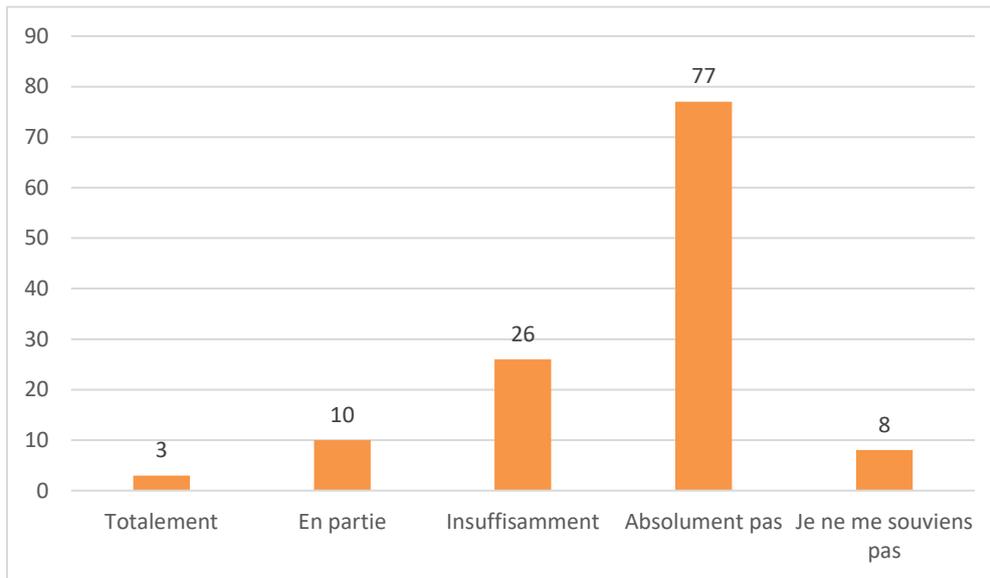


Figure 16. Répartition des réponses à l'affirmation « Le DUMG a pris votre avis en considération concernant la formation dispensée ».

10,5% (n=13) des répondants estiment que leur avis a été pris en considération de façon totale ou en partie.

À ceux-ci s'opposent 77 étudiants (62.1%) qui pensent que leur avis n'est absolument pas pris en considération et 103 étudiants (83.1%) si nous y ajoutons ceux qui estiment l'avoir été insuffisamment.

Nous ne notons pas d'évolution significative selon les promotions après analyse. L'analyse selon le genre, l'origine facultaire, le rang de classement et le statut actuel des étudiants répondants ne permettent pas de faire ressortir de différence significative.

IV.2.2.3. Valorisation des formations complémentaires dans la validation des compétences (DU, DIU, Remplacements, FST, DPC...)

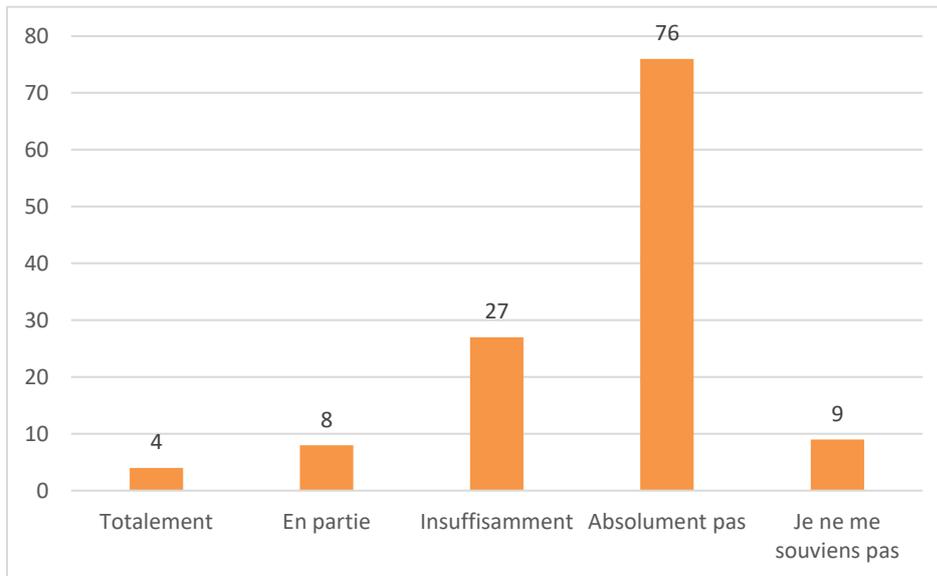


Figure 17. Répartition des réponses à l'affirmation « Le DUMG valorise vos formations complémentaires dans la validation de vos compétences (DU, DIU, Remplacements, FST, DPC...) ».

Concernant la valorisation des formations complémentaires, 4 internes (3.2%) estiment que ces formations sont totalement valorisées et 8 internes (6.5%) qu'elles le sont en partie.

Toutefois, là encore 76 étudiants (61.3%) considèrent que ces formations ne sont absolument pas valorisées. Ils sont 103 étudiants (83.1%) à penser que ces formations sont insuffisamment ou absolument pas valorisées.

Nous ne notons pas d'évolution significative selon les promotions après analyse. L'analyse selon le genre, l'origine facultaire, le rang de classement et le statut actuel des étudiants répondants ne permettent pas de faire ressortir de différence significative.

IV.2.2.4. Perception de l'impartialité et objectivité des validations des semestres.

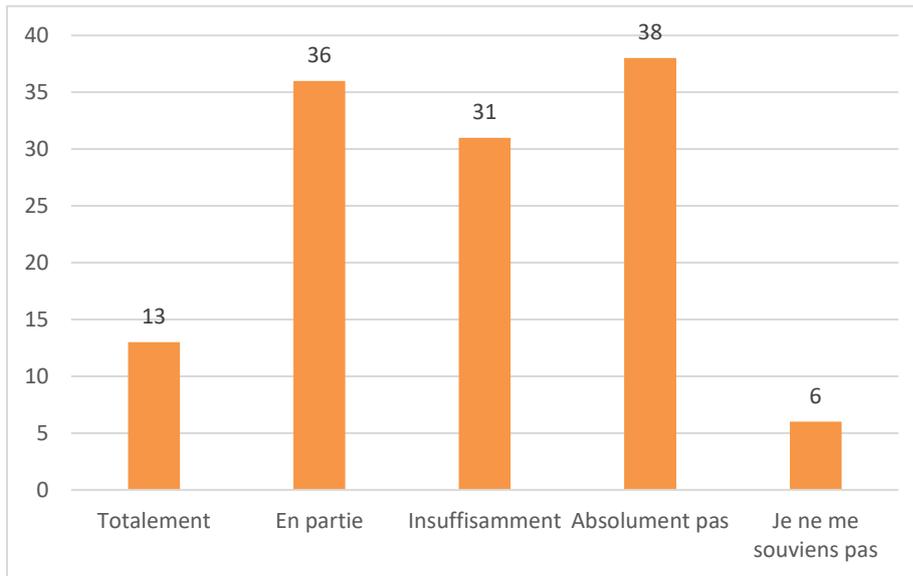


Figure 18. Répartition des réponses à l'affirmation « Les validations des semestres vous ont semblées être impartiales et objectives sur la base de critères de jugement concrets ».

Concernant la perception de l'impartialité et l'objectivité de la validation des semestres les avis semblent plus nuancés. 49 internes (39.5%) estiment ces validations comme étant totalement ou en partie impartiales et objectives. 69 internes (55.6%) pensent quant à eux que ces dernières sont insuffisamment ou absolument pas impartiales ou objectives.

Seuls 11% (n=13) des étudiants estiment les validations des semestres totalement impartiales et objectives.

Nous ne notons pas d'évolution significative selon les promotions après analyse. L'analyse selon le genre, l'origine facultaire, le rang de classement et le statut actuel des étudiants répondants ne permettent pas de faire ressortir de différence significative.

IV.2.2.5. Perception de l'impartialité et objectivité des validations de traces écrites.

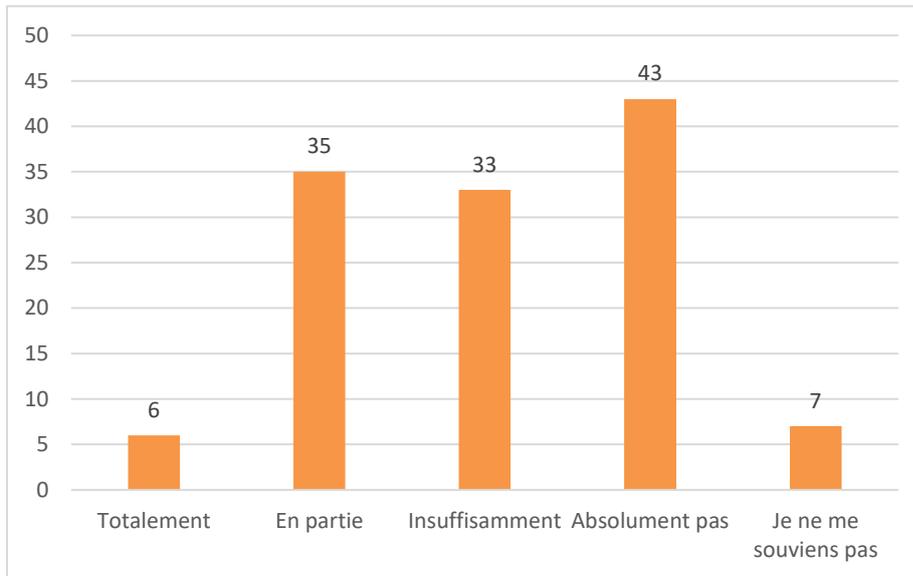


Figure 19. Répartition des réponses à l'affirmation « Les validations de traces écrites vous ont semblé être impartiales et objectives sur la base de critères de jugements concrets ».

Concernant la perception de l'impartialité et l'objectivité de la validation des traces écrites les avis semblent rester dans les mêmes proportions de ressentis. 41 internes (33.1%) jugent ces validations comme étant totalement ou en partie impartiales et objectives. 69 internes (55.6%) estiment quant à eux que ces dernières sont insuffisamment ou absolument pas impartiales ou objectives.

Si nous faisons abstraction des 7 étudiants ayant répondu « je ne me souviens pas », seuls 5.1% (n=6) des étudiants estiment les validations des semestres totalement impartiales et objectives et 94.9% (n=111) l'inverse.

Nous ne notons pas d'évolution significative selon les promotions après analyse. L'analyse selon le genre, l'origine facultaire, le rang de classement et le statut actuel des étudiants répondants ne permettent pas de faire ressortir de différence significative.

IV.2.2.6. Quelles sont les propositions des internes pour améliorer la prise en considération de leur opinion ?

Il ressort des réponses reçues, la présence de nombreuses doléances quant à un manque d'écoute de la part du DUMG. L'avis n'est pas demandé aux différentes promotions si l'on en croit les résultats et réponses.

Il existe également une peur ou du moins des inquiétudes ambiantes quant aux validations en cas de partage de désaccord. Ce travail de thèse est d'ailleurs sujet à cette crainte, probablement sans fondement, mais belle et bien existante.

Plusieurs répondants ont exprimé avoir dû réaliser des formations complémentaires comme des DU/DIU en cachette du DUMG pour ne pas être inquiétés quant à leurs validations, et regrettent « une vision trop sectaire de la médecine générale affichée par la faculté ».

Les internes répondants présentent une forte volonté à l'ouverture d'un dialogue mais ne veulent pas être confrontés à des représailles. Une des réponses indique souhaiter « que le

DUMG s'ouvre à la discussion plutôt que de toujours être dans l'affirmation sans jamais écouter ».

La demande de la mise en place de questionnaires est formulée 26 fois. Elle comporte deux types de questionnaires.

Des questionnaires de construction de la formation demandant quels sont les souhaits, besoins, attentes des internes en termes de formation.

Des questionnaires de rétroaction, d'évaluation de séances afin de faire remonter les avis des participants pour faire évoluer la formation de façon continue.

Plusieurs supports sont énoncés ; format papier, logiciels type GoogleForm, de façon anonyme. Il est proposé un format de 3 à 5 questions avec un espace de commentaires libres pour l'évaluation des interventions facultaires.

Concernant la satisfaction globale, il est envisagé d'organiser une table ronde annuelle par promotion pour échanger sur les problématiques de la formation.

IV.2.2.7. Quelles sont les propositions des internes pour faire évoluer les modes de validation ?

Les validations, que ce soient des traces écrites ou des semestres, sont un sujet très délicat et dont l'image est ternie par un ressenti global de non-impartialité.

Concernant les réflexions que les étudiants ont pu avoir à ce sujet, il ressort plusieurs thèmes.

L'invalidation d'un semestre pour cause de trace écrite non validée est le principal écueil des internes. Plusieurs d'entre eux (n=8) regrettent une invalidation de traces écrites par le DUMG alors que celles-ci l'avaient été par le tuteur. Cette façon de faire est considérée par les internes comme étant dénigrant pour le travail du tuteur. Tuteur qui a consacré et investi du temps à la relecture et la correction de cette production.

Il est proposé de se passer des tuteurs ou bien de ne choisir des tuteurs que parmi les membres du DUMG pour éviter cela.

La non-validation d'un semestre pour cause de trace écrite invalidée est perçue comme injuste et disproportionnée. Les étudiants répondants proposent plutôt la production d'une ou plusieurs autres traces écrites pour valider l'aspect littéraire demandé. L'aspect pratique de la discipline est sans commune mesure avec l'esprit littéraire nécessaire à la bonne rédaction des traces écrites.

Concernant les évaluations des traces écrites, il ressort par de nombreuses réponses la nécessité de mise en place de grilles de lecture avec des critères de jugement clairs et définis et qui, une fois validées par le tuteur ne seraient plus remises en question.

Concernant la valorisation des formations complémentaires, il ressort des questions précédentes que celles-ci ne sont absolument pas valorisées. Les internes (n=16) précisent avoir été obligé de se former sans en parler au DUMG par crainte d'invalidation.

La participation à des DU / DIU n'est pas encouragée avant la fin de l'internat. Les internes ont plutôt tendance à admettre en faire de façon discrète à l'encontre du DUMG.

Concernant les débuts de remplacements, il est même fait remarquer la désolidarisation du DUMG dans l'obtention de la première licence de remplacement.

IV.2.3. Concernant les rencontres préparées par les internes eux-mêmes.

IV.2.3.1. Confiance accordée aux contenus proposés par les co-internes.

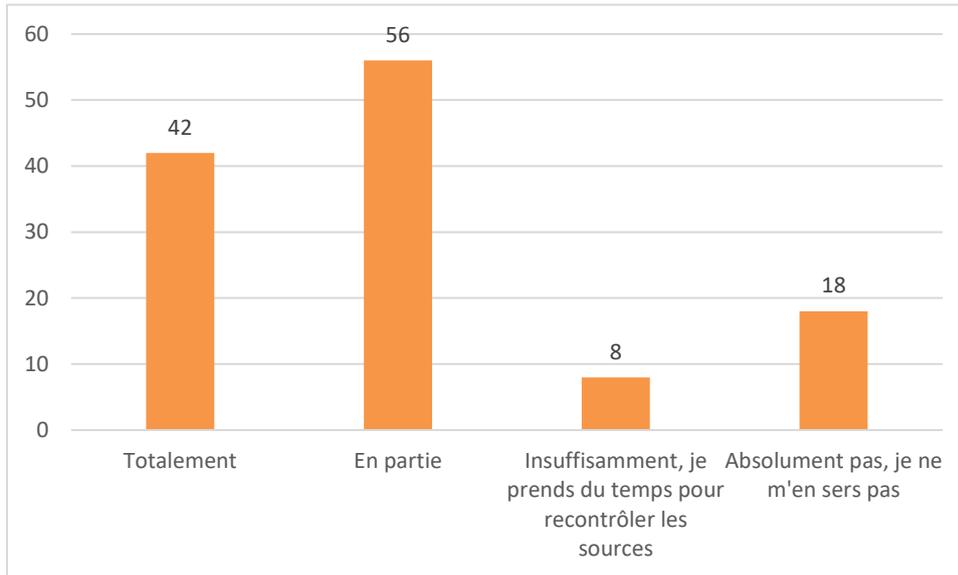


Figure 20. Répartition des réponses à l'affirmation « Lors des enseignements facultaires, organisés à partir d'un RSCA préparé par un binôme d'internes, vous faites confiance aux apports de connaissances effectués par vos co-internes et animateurs de la séance ».

Concernant les contenus proposés par les internes à leur co-internes, 33.9% (n=42) des internes font totalement confiance à ceux-ci. 45.2% (n=56) leur font en partie confiance et 6.5% (n=8) leur font insuffisamment confiance et prennent du temps pour recontrôler les sources et 14.5% (n=18) n'ont absolument pas confiance et n'utilisent pas ces contenus.

IV.2.3.2. Implication des internes dans les enseignements facultaires grâce à ce format.

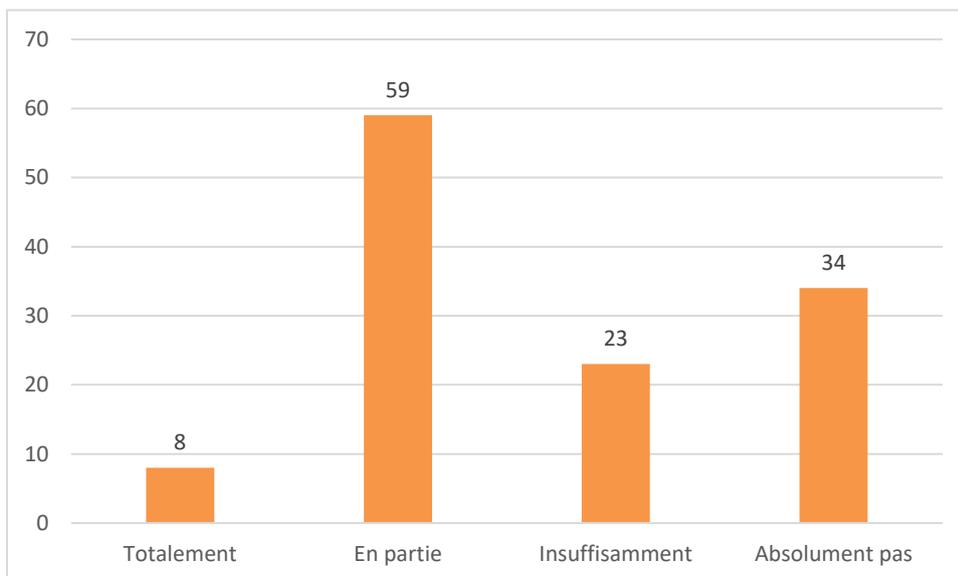


Figure 21. Répartition des réponses à l'affirmation « Les enseignements facultaires réalisés lors des 1° et 2° années de DES, à partir de RSCA préparés par un binôme d'interne permettent l'implication très active des étudiants dans la préparation et l'animation de ces enseignements facultaires » ».

Cette question se voulait le répondeur d'une affirmation publiée en 2017 (52) :

« Cette méthode pédagogique a permis l'implication très active des étudiants dans la préparation et l'animation de ces enseignements facultaires, chaque interne étant mobilisé au moins une fois, au cours des deux premières années du DES. Le groupe est attentif au récit, mais aussi au travail d'interprétation qui l'accompagne. La méthode est plébiscitée par les étudiants, d'autant plus qu'elle permet de comprendre et améliorer la qualité rédactionnelle des RSCA ».

Nous notons que seuls 6.5% (n=8) des répondants estiment une implication active totale des internes dans la préparation et l'animation de ces enseignements facultaires. 49.6% (n=59) l'estiment partielle, et 46% (n=57) insuffisante ou inexistante.

IV.2.4. Quelles sont les propositions des internes concernant les formats RSCA et la crédibilité des interventions ?

Concernant la crédibilité des interventions effectuées en 1^{ère} et 2^e année, une demande forte est faite (12 occurrences) de faire intervenir des spécialistes des sujets traités, et d'envisager des binômes : spécialiste du sujet / spécialiste de médecine générale, afin de pondérer les points de vue hospitaliers par l'aspect pragmatique du médecin de ville.

Une remarque est faite concernant la qualité des animateurs de séances qui a son importance dans la perception de la crédibilité d'une formation « on ne s'improvise pas formateur parce qu'on a une thèse de médecine générale ». Le choix de l'intervenant est une réflexion importante.

Une demande est faite de reconstruire les références utilisées dans les présentations (6 occurrences) lorsque celles-ci ne correspondent pas à des recommandations de sociétés savantes (HAS, Collèges...)

Plusieurs fois il est suggéré d'abandonner le format RSCA, considéré comme « archaïque », « d'un autre temps », « ennuyeux », « chronophage », « peu instructif », au profit d'une majoration des GEP, de cours pratiques et de mise en situations (6 occurrences), en abordant par exemple les apprentissages et sujets du jour par le biais des motifs de consultation (3 occurrences) et en fonction de la prise en considération des attentes des étudiants évaluées en début d'année.

Il est également faite la demande d'abandonner ce format RSCA au profit de l'étude d'article de revues scientifiques et de leur analyse critique (7 occurrences), considérée comme plus intéressante, intelligible et moins chronophage.

IV.3. Concernant les contenus de formation.

IV.3.1. Le développement des six compétences génériques du médecin généraliste au travers des contenus de formation.

C'est en 2013, qu'ont été décrites les compétences génériques du médecin généraliste (53).

Étant donné qu'elles sont la base de l'exercice du médecin généraliste, il est important d'analyser le ressenti des internes sur le développement de ces compétences au cours de leur cursus.

Nous ne parlerons pas ici des différents niveaux de compétence (31).

IV.3.1.1. Premier recours, urgence

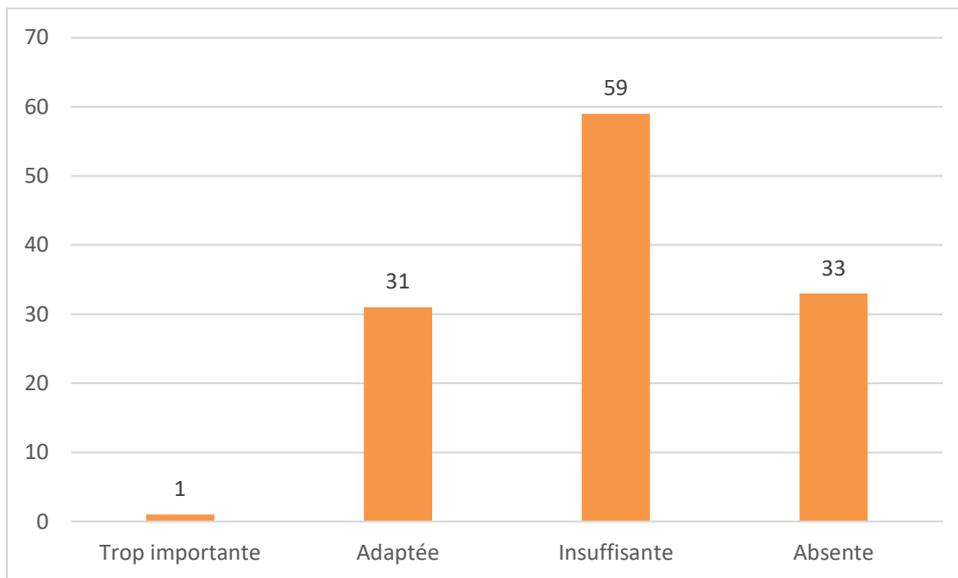


Figure 22. Répartition des réponses au ressenti : « la place attribuée à la compétence : Premiers Recours, Urgence ».

Concernant la compétence premiers recours, urgence, 74.2% des étudiants (n=92) l'estiment comme insuffisamment ou absolument pas développée durant le cursus. 25% estiment qu'elle est développée de façon adaptée et seulement 0.8% (n=1) estiment trop présente.

IV.3.1.2. Relation, communication, approche centrée sur le patient

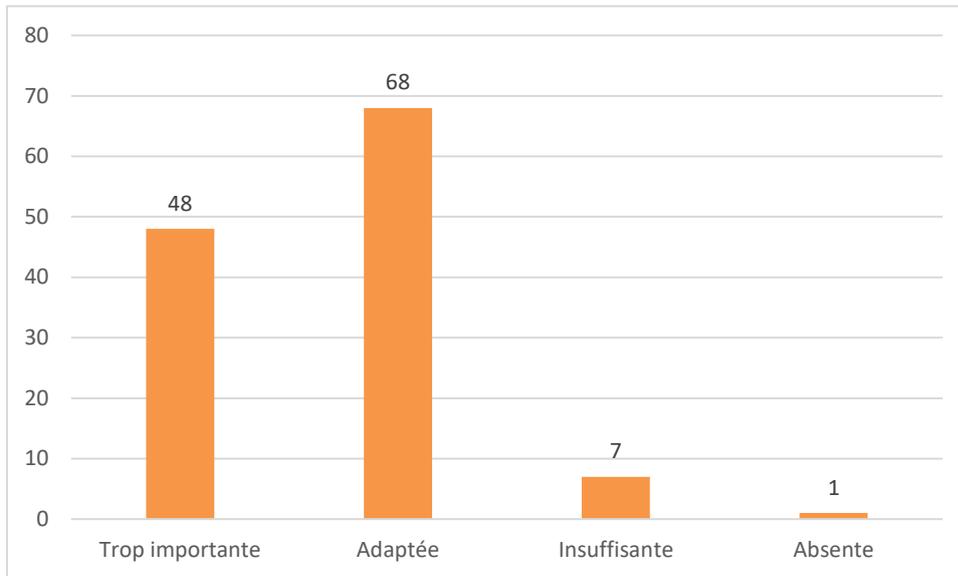


Figure 23. Répartition des réponses au ressenti : « la place attribuée à la compétence : Relation, communication, approche centrée sur le patient ».

Concernant la compétence relation, communication et approche centrée patient, celle-ci semble bien, voire trop présente dans le cursus de la formation facultaire. 54.8% des étudiants (n=68) estiment que cette compétence est développée de manière suffisante. 38.7% (n=48) l'estiment trop présente alors que seulement 6.5% (n=8) la considèrent comme insuffisamment ou pas du tout développée.

IV.3.1.3. Approche globale, prise en compte de la complexité

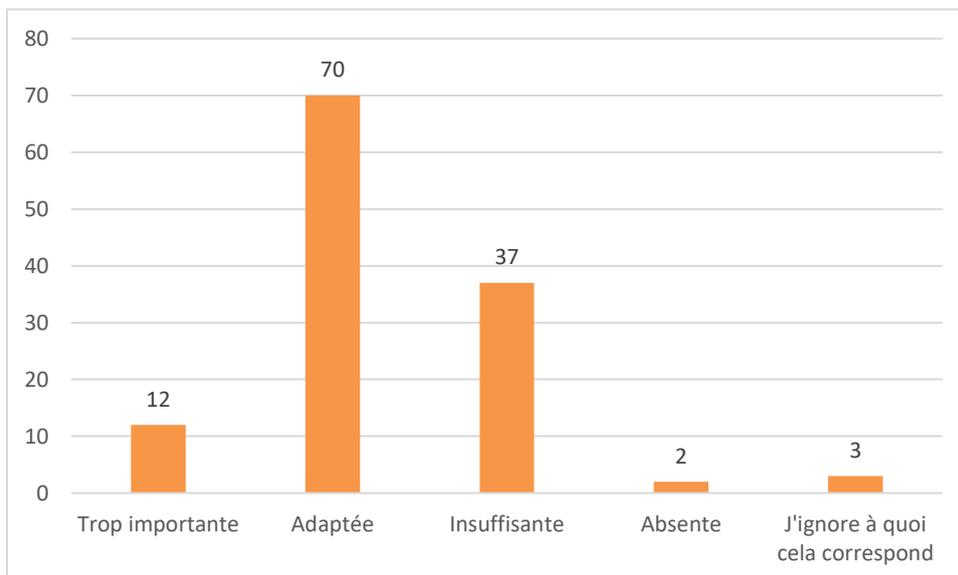


Figure 24. Répartition des réponses au ressenti : « la place attribuée à la compétence : Approche globale, prise en compte de la complexité ».

Concernant l'approche globale et la prise en charge de la complexité, les internes considèrent pour 56.5% d'entre eux (n=70) que cette compétence est développée de façon adaptée dans le cursus d'enseignements hors stage. Pour 31.5% (n=39), cette part des enseignements est insuffisante ou absente.

Seuls 9.7% (n=12) l'estiment trop présente.

Nous constatons que certains étudiants (n=3) ne savent pas à quoi cette compétence correspond.

IV.3.1.4. Éducation, prévention, santé individuelle et communautaire

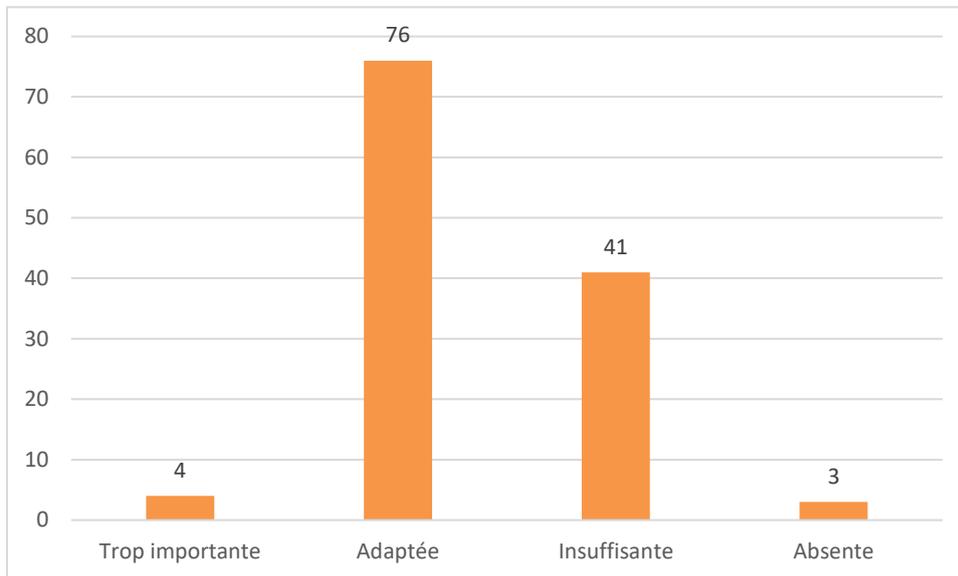


Figure 25. Répartition des réponses au ressenti : « la place attribuée à la compétence : Éducation, Prévention, Santé individuelle et communautaire ».

Concernant l'éducation et la prévention à la santé, les internes considèrent pour 61.3% d'entre eux (n=76) que cette compétence est développée de façon adaptée dans le cursus d'enseignements hors stage. Pour 35.5% (n=44), cette part des enseignements est insuffisante ou absente.

Seuls 3.2% (n=4) l'estiment trop présente.

IV.3.1.5. Continuité, suivi, coordination des soins autour du patient

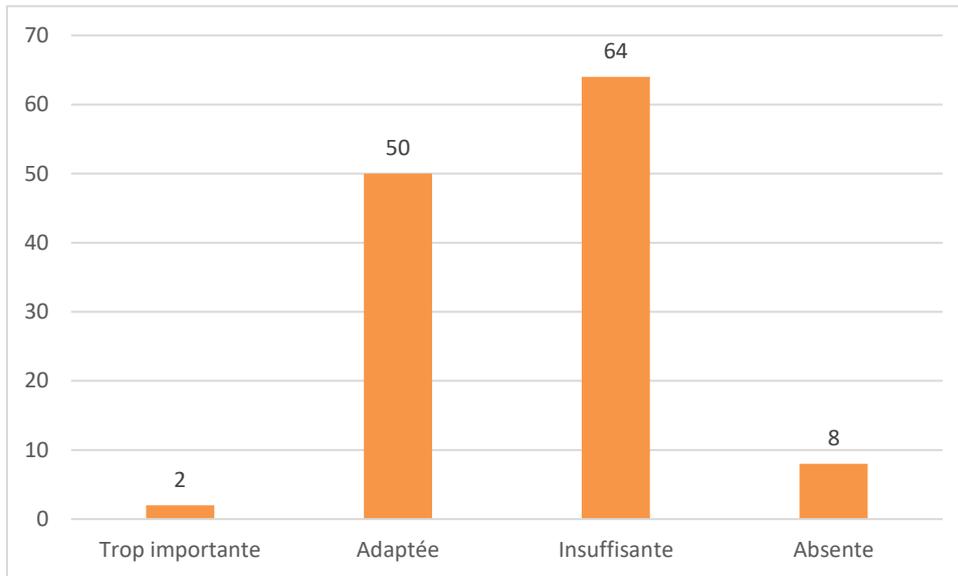


Figure 26. Répartition des réponses au ressenti : « la place attribuée à la compétence : Continuité, suivi, coordination des soins autour du patient ».

Concernant la compétence continuité, suivi, coordination des soins autour du patient, 58.1% des étudiants (n=72) l'estiment insuffisamment ou absolument pas développée. 40.3% l'estiment de façon adaptée. Seuls 1.6% d'entre eux (n=2) l'estiment trop représentée.

IV.3.1.6. Professionnalisme

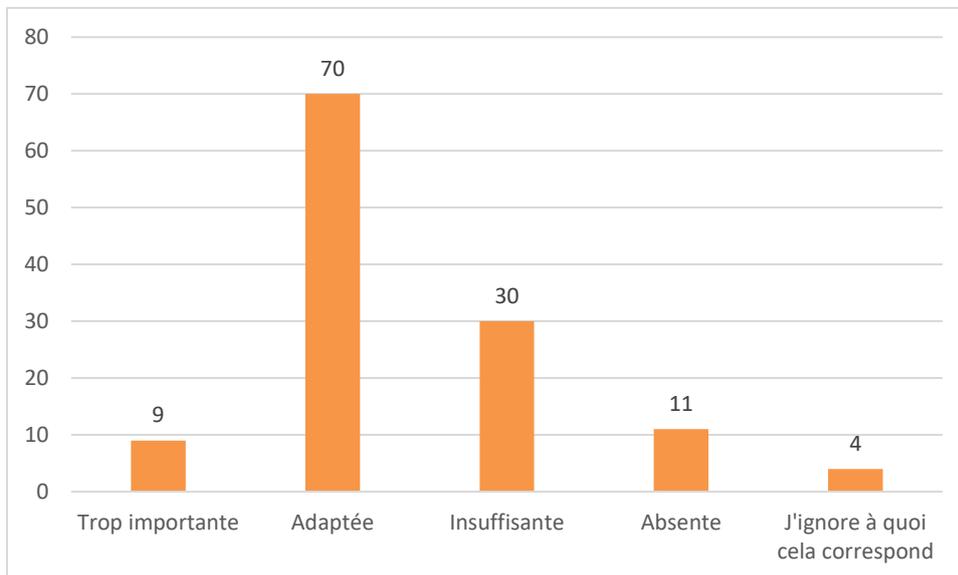


Figure 27. Répartition des réponses au ressenti : « la place attribuée à la compétence : Professionnalisme ».

56.5% (n=70) estiment que celle-ci est représentée de façon adaptée. 7.3% (n=9) l'estiment trop présente, et 33.1% (n=41) insuffisamment ou absolument pas développée au sein des enseignements facultaires.

Concernant la compétence professionnalisme, il est à noter que 3.2% des étudiants (n=4) ignorent à quoi celle-ci correspond.

IV.3.1.7. Analyse du développement facultaire des six compétences attendues du médecin généraliste.

Concernant les enseignements facultaires, la place attribuée à l'ensemble des compétences attendues d'un médecin généraliste, le cumul des réponses peut être synthétisé sous cette forme :

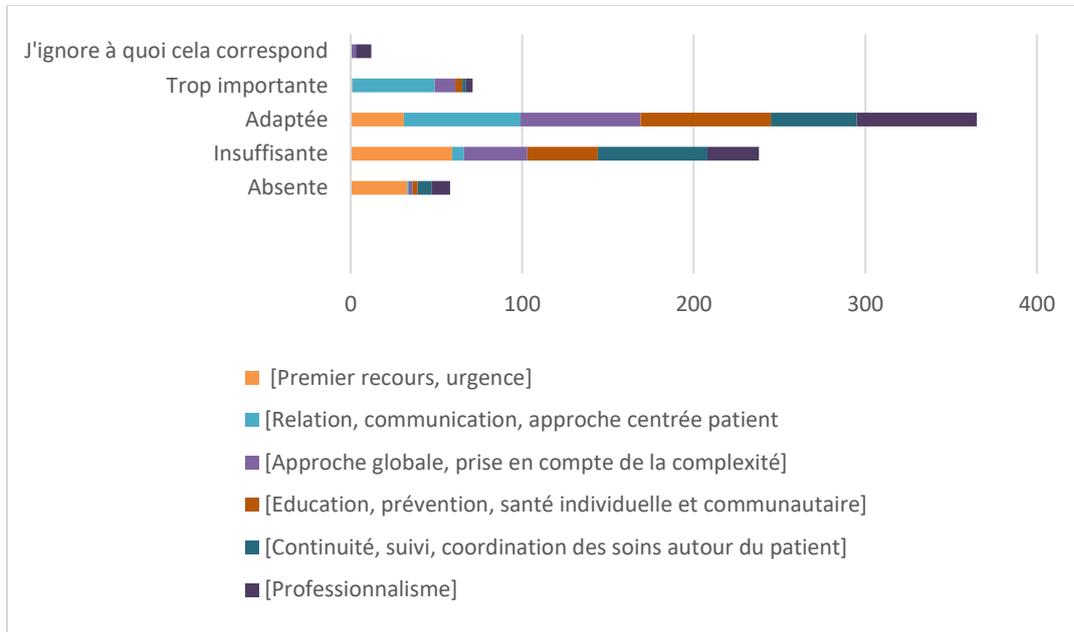


Figure 28. Réponses cumulées à la place attribuée à l'ensemble des compétences attendues d'un médecin généraliste.

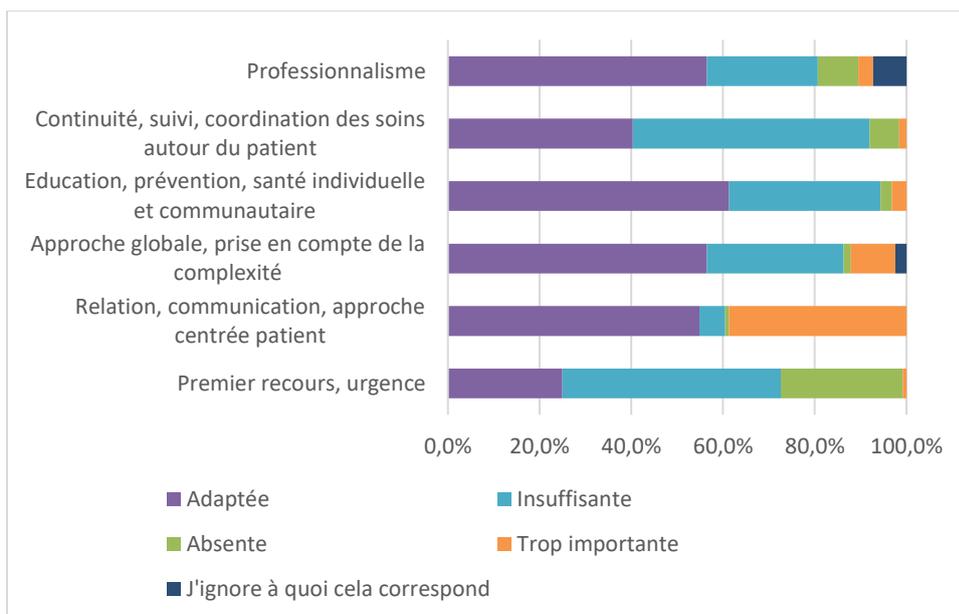


Figure 29. Réponses cumulées à la place attribuée à l'ensemble des compétences d'un médecin généraliste en pourcentage.

Si nous reprenons l'analyse en fonction des réponses obtenues pour l'ensemble des compétences, le ressenti de la place des enseignements étant « adaptée » correspond à 365 occurrences, soit 49% des réponses.

Nous mettons également en exergue deux points intéressants. Il existe un manque ressenti en termes de quantité de formation. Le ressenti « absent » ou « insuffisante » apparaît proche en deuxième position avec un cumul d'occurrence de 296 soit 39.8% des réponses.

L'occurrence du ressenti « trop importante » apparaît 71 fois, soit 9.5% des réponses sur l'ensemble des 6 compétences. 6.4% de ces occurrences concernant la compétence « relation, communication, approche centrée patient ».

Enfin, il est à noter l'existence d'internes qui ne savent pas à quoi correspondent certaines compétences.

IV.3.2. Le développement des compétences en lien avec les situations à forte prévalence en médecine générale.

Certaines situations en médecine générale sont plus présentes, fréquentes que d'autres (54).

Il est important de considérer l'ensemble d'entre elles durant la formation d'interne et de pouvoir développer à différentes échelles, la réponse à apporter à celles-ci. Dans les suites de notre travail de mémoire (23), certaines facultés élargissent ce nombre de situations. Nous avons fait le choix ici de proposer 15 types de situations plutôt que 11. Ceci dans le but de couvrir complètement l'ensemble des situations médicales et non médicales auxquelles peut se confronter le médecin généraliste.

Dans cette suite de quinze questions, nous évaluons la suffisance de formation ressentie par les internes quant aux situations les plus prévalentes en médecine générale, situations rencontrées si ce n'est quotidiennement, au moins de façon hebdomadaire et qui peuvent être sources de perte d'efficacité et de perte de chance pour le patient, si les jeunes médecins n'y ont pas été préparés en amont.

IV.3.2.1. Situations autour de problèmes de pathologies fréquentes (Infectieuse, ORL, dermatologique...)

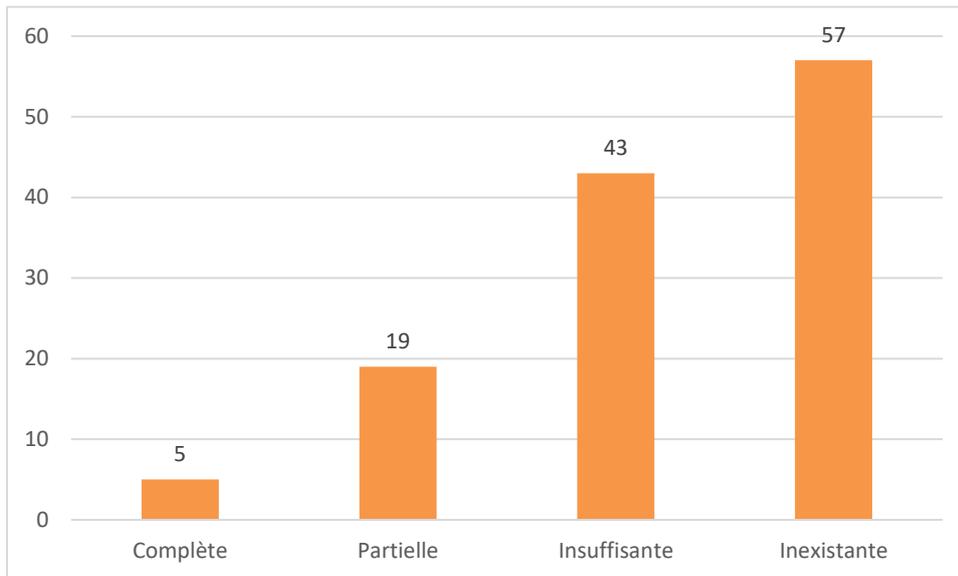


Figure 30. Répartition des réponses au ressenti : « la place attribuée à la formation de la prise en charge de pathologies fréquentes (infectieuse, ORL, dermatologique...) ».

IV.3.2.2. Situations de soins autour de pathologies chroniques et de l'éducation du patient (maladie chronique : diabète, HTA, asthme, BPCO, IRC...)

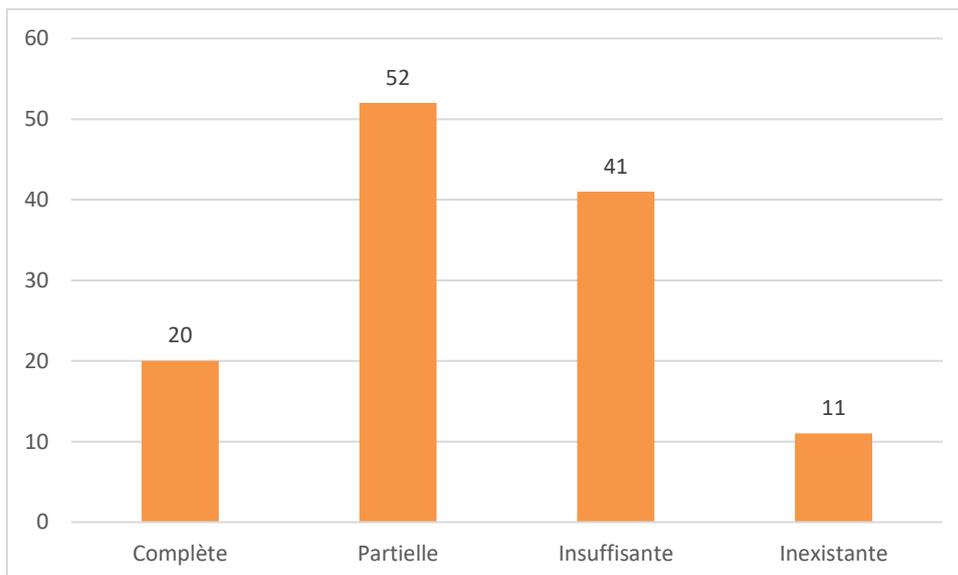


Figure 31. Répartition des réponses au ressenti : « la place attribuée à la prise en charge de pathologies chroniques et à l'éducation du patient (diabète, HTA, asthme, BPCO, IRC...) ».

IV.3.2.3. Situations autour d'une action individuelle ou collective de prévention (cancers, obésité, dépistages...)

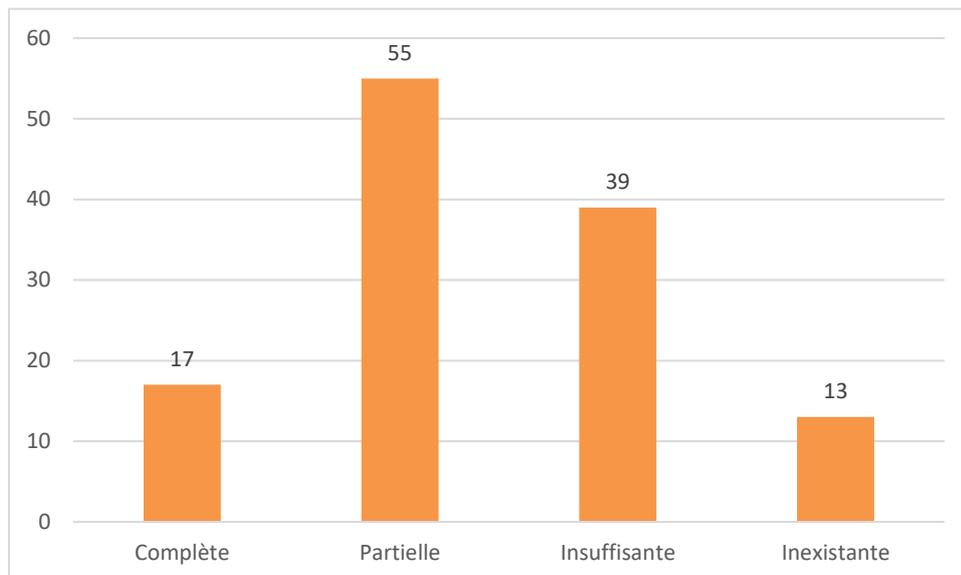


Figure 32. Répartition des réponses au ressenti : « la place attribuée à la mise en place d'actions individuelles ou collectives de prévention ».

IV.3.2.4. Situations d'urgence, d'incertitude (traumatisme, douleur thoracique, lecture d'ECG...)

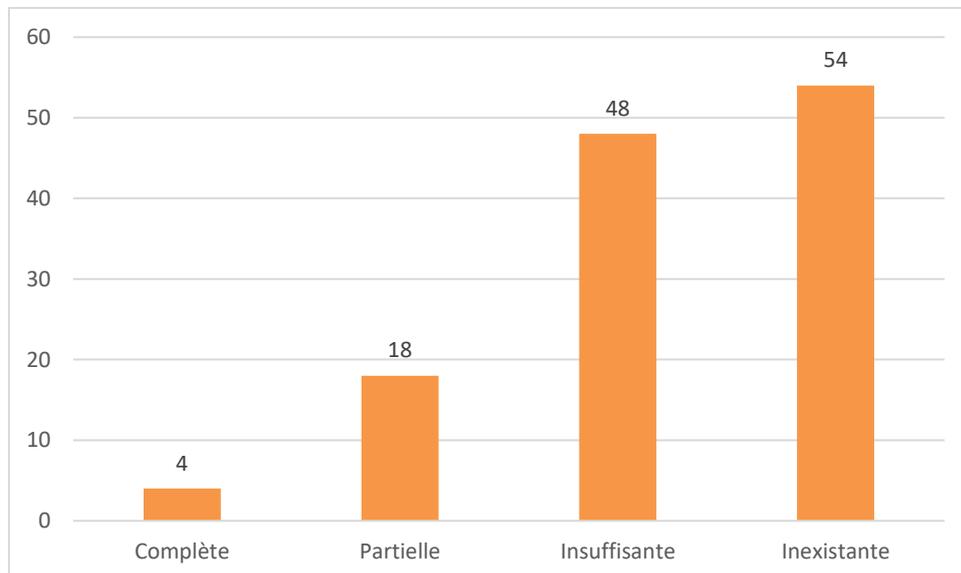


Figure 33. Répartition des réponses au ressenti : « la place attribuée à la prise en charge de problème d'urgence, de la gestion de l'incertitude (traumatisme, douleur thoracique, lecture ECG...) ».

IV.3.2.5. Situations de santé de la personne âgée (MAD difficile, handicap, chute, démence, iatrogénie, fin de vie à domicile, soins palliatifs...)

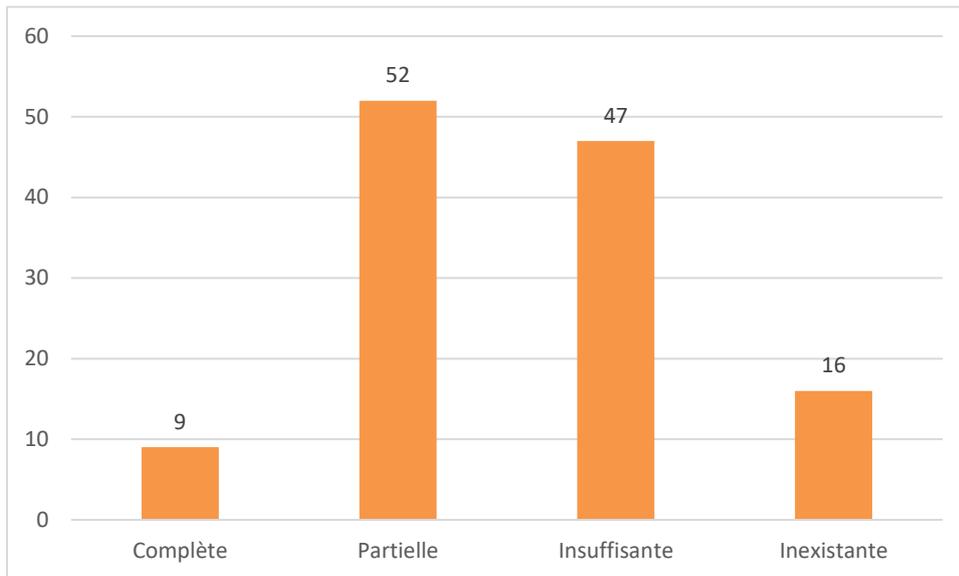


Figure 34. Répartition des réponses au ressenti : « la place attribuée à la prise en charge des problèmes spécifiques de la personne âgée ».

IV.3.2.6. Situations autour de la sexualité (génitalité, reproduction, contraception, couple, méno/andropause, libido...)

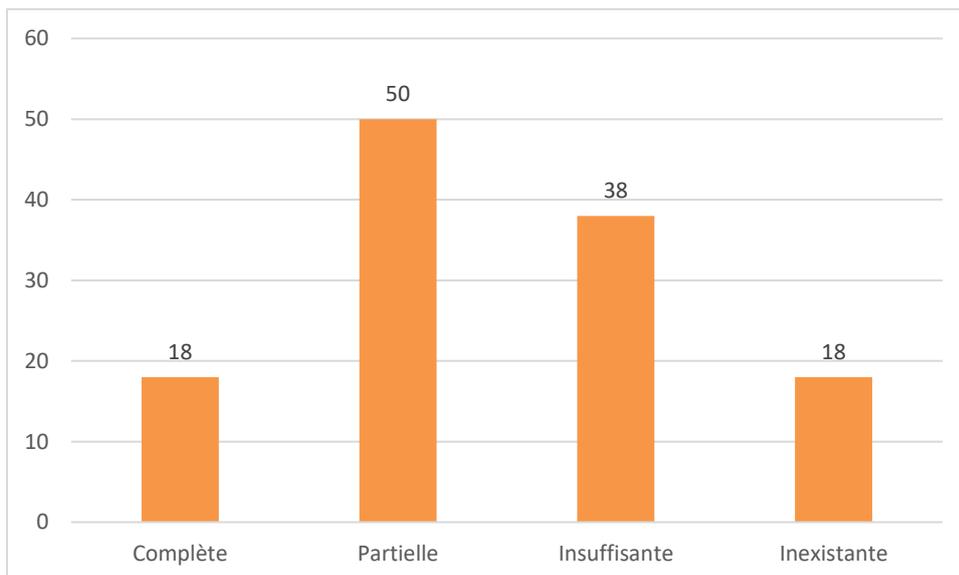


Figure 35. Répartition des réponses au ressenti : « la place attribuée à la prise en charge des problématiques liées à la sexualité ».

IV.3.2.7. Situations de santé du nourrisson, de l'enfant / adolescent (alimentation, suivi, troubles du comportement, vaccinations...)

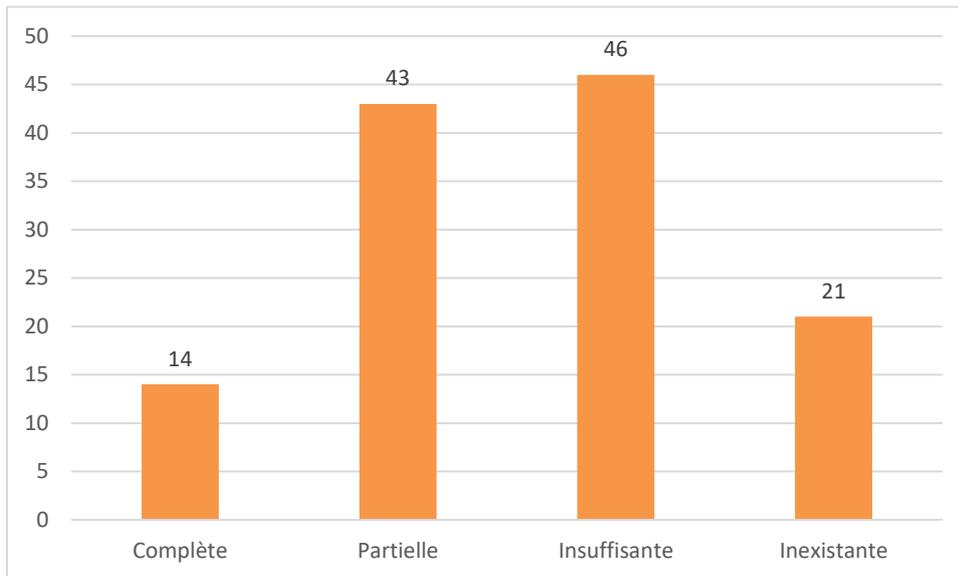


Figure 36. Répartition des réponses au ressenti : « la place attribuée à la prise en charge du nourrisson, de l'enfant et de l'adolescent ».

IV.3.2.8. Aspects médico-légaux, déontologiques, responsabilités (conflit, violence, « conjugopathie », sévices, mesure de protection...)

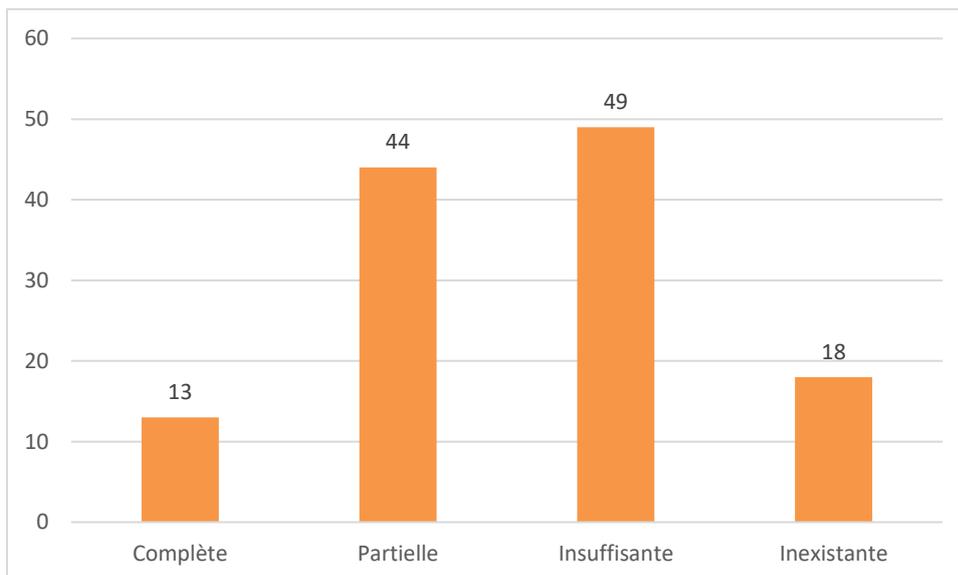


Figure 37. Répartition des réponses au ressenti : « la place attribuée à la gestion des aspects médico-légaux, déontologiques et des responsabilités médicales ».

IV.3.2.9. Situations de souffrance psychique (anxiété, dépression, TA...)

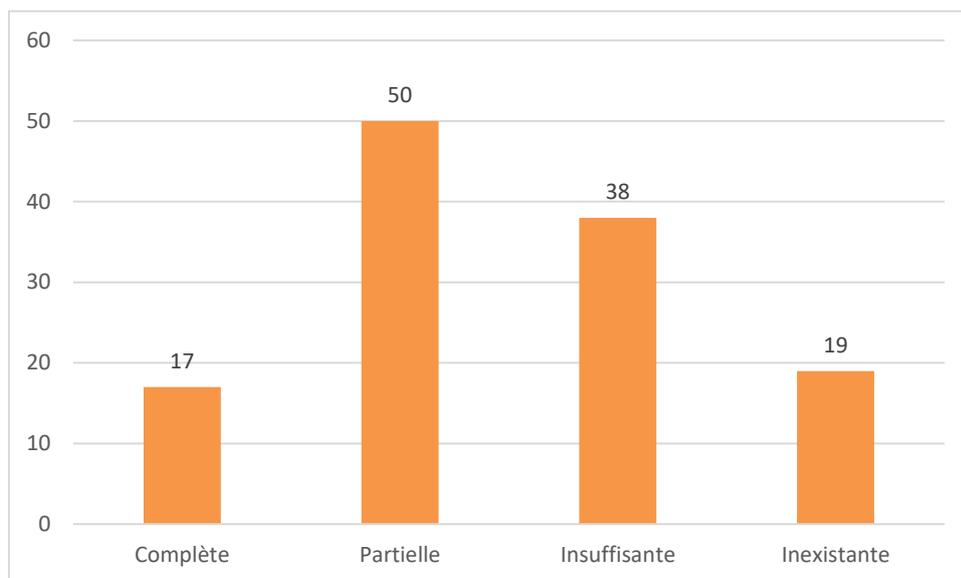


Figure 38. Répartition des réponses au ressenti : « la place attribuée à la prise en charge des pathologies et souffrances psychiatriques ».

IV.3.2.10. Problèmes sociaux, Précarité (associations d'aide...)

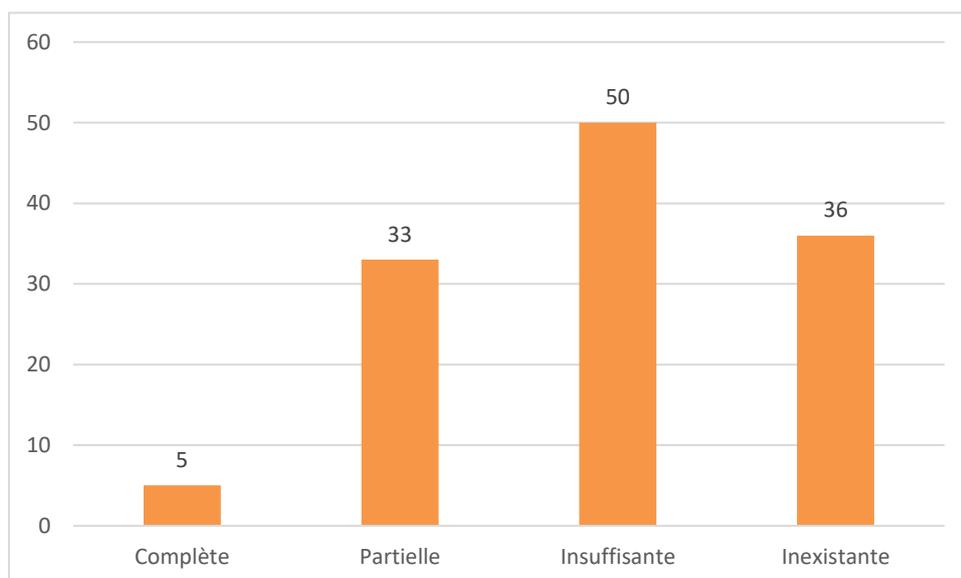


Figure 39. Répartition des réponses au ressenti : « la place attribuée à la gestion des problèmes sociaux et de la précarité ».

IV.3.2.11. Situations de santé au travail (inaptitude, invalidité, arrêt de travail, accident, maladie professionnelle, souffrance, harcèlement...)

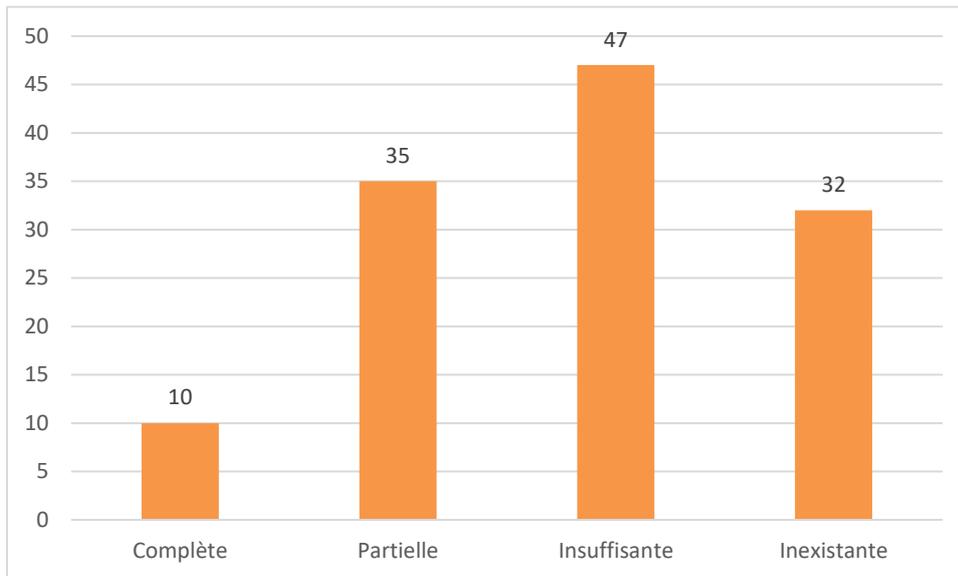


Figure 40. Répartition des réponses au ressenti : « la place attribuée à la gestion des situations en lien avec le travail du patient ».

IV.3.2.12. Situations de contact/communication difficile avec un patient (autre culture, deuil, patient exigeant, revendicatif, insatisfait, annonces...)

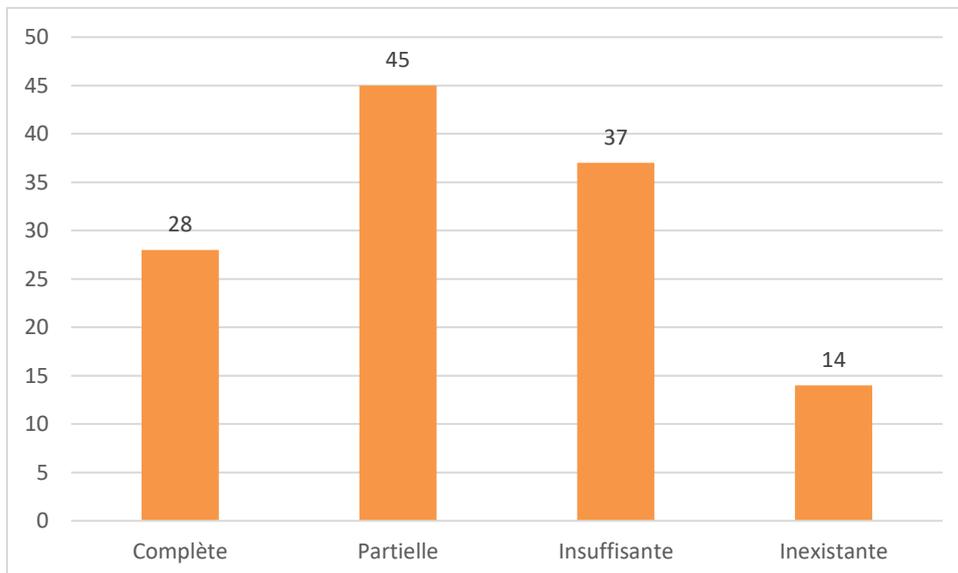


Figure 41. Répartition des réponses au ressenti : « la place attribuée à la gestion de la communication avec les patients ».

IV.3.2.13. Problèmes de dépendance / addictions (alcool, tabac, drogue...)

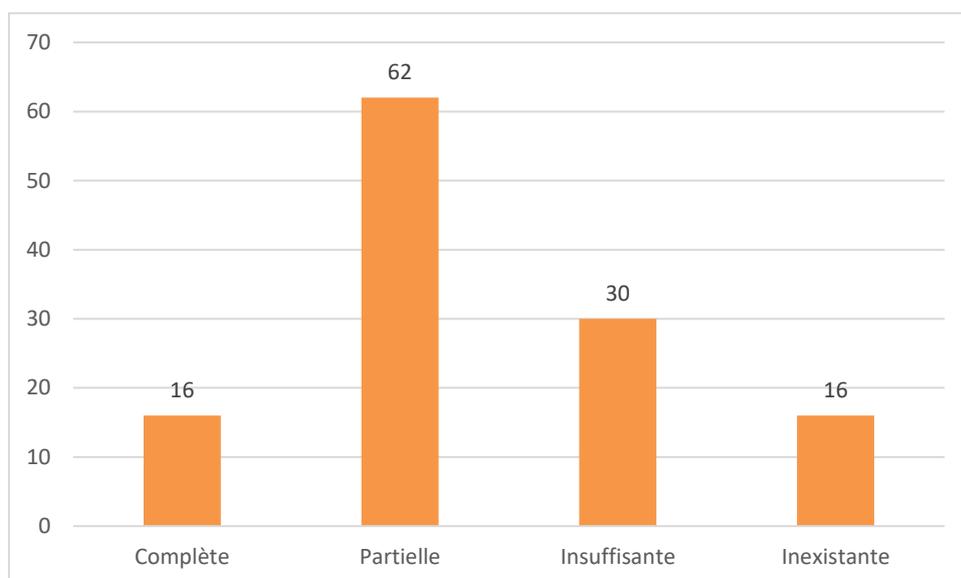


Figure 42. Répartition des réponses au ressenti : « la place attribuée à la prise en charge des problèmes d'addiction et de dépendance ».

IV.3.2.14. Certificats divers (sport, hospitalisation sous contrainte, EHPAD, MDPH...) et prescription d'actes paramédicaux (kinésithérapie, orthophonie, IDE, orthoptie, psychomotricité ...)

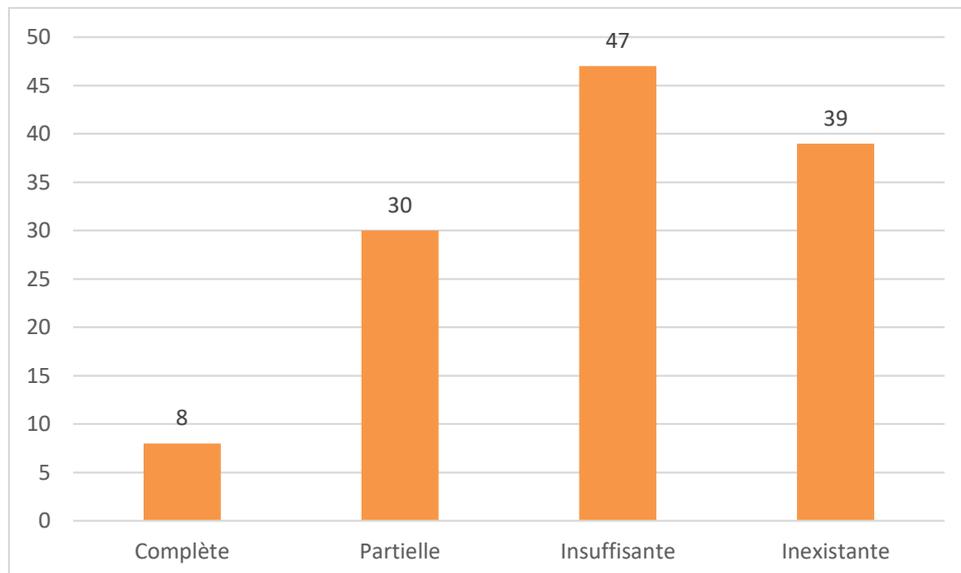


Figure 43. Répartition des réponses au ressenti : « la place attribuée à l'expertise concernant les certificats médicaux et la prescription d'actes paramédicaux ».

IV.3.2.15. Gestion de cabinet / comptabilité / finance (cotation, URSSAF, CARMF, ODM, modes d'exercices, AMELI, AGA, logiciels médicaux...)

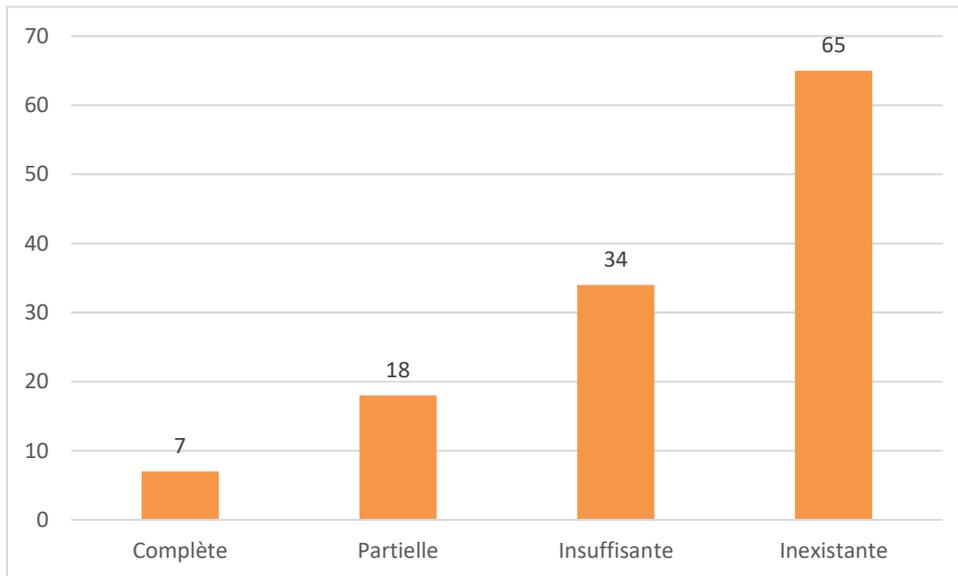


Figure 44. Répartition des réponses au ressenti : « la place attribuée à la gestion de la vie professionnelle du médecin ».

IV.3.3. Propositions des internes quant à l'évolution des contenus de formation.

Après cette évaluation de 15 situations fréquentes rencontrées en médecine générale, nous avons laissé la parole aux étudiants concernant les thèmes indispensables et incontournables que le DUMG devraient aborder durant le DES.

Ainsi, malgré une question dirigée vers les thèmes nous avons obtenu quelques réponses en termes d'organisation pédagogique. Elles seront analysées dans le paragraphe III.4.4, au sein des propositions d'évolution des formats d'intervention.

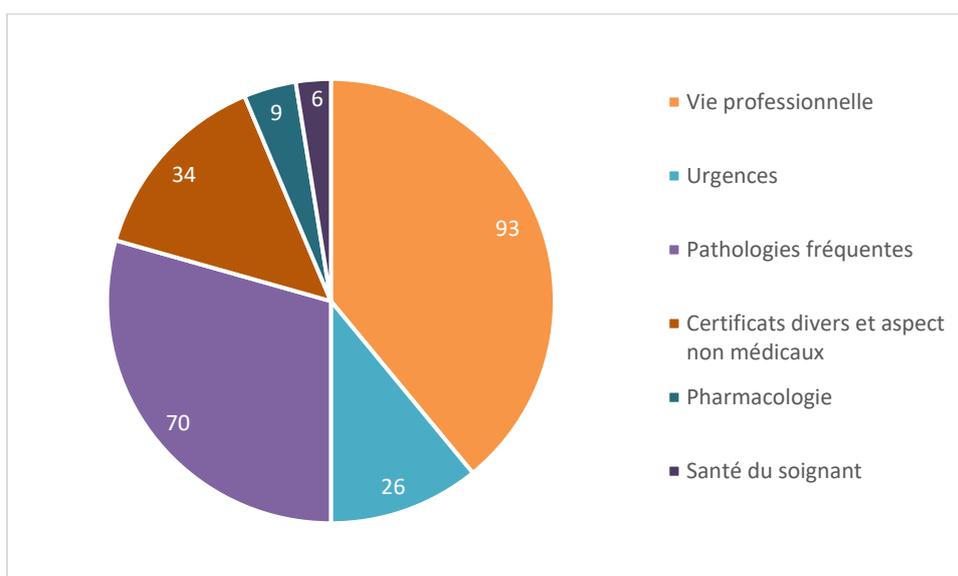


Figure 45. Nombre d'occurrences des propositions de sujet à intégrer au DES de médecine générale à Limoges.

Parmi les propositions effectuées par les internes nous constatons une demande prépondérante d'aborder les sujets de pathologies prévalentes/fréquentes en consultation de médecine générale. Avec 70 occurrences cette demande est la plus importante après la demande de former les étudiants à la vie professionnelle à laquelle ils vont être confrontés. En effet le principal écueil auquel nous avons été sensibilisés au travers de cette question, est l'absence complète de formation à la vie professionnelle de médecin généraliste. 93 étudiants (75%) souhaiteraient voir apparaître des interventions concrètes sur ce thème. Ces étudiants expriment un souhait d'aborder les thèmes de gestion de cabinet (43 occurrences), Comptabilité/Gestion/Finance/Cotation (33 occurrences), Remplacement/Installation (28 occurrences), Administratif (16 occurrences).

Une très forte demande donc, pour un sujet central de la vie de tous les jours.

Et dans cette orientation non médicale, nous notons aussi à volonté d'être mieux, ou du moins plus formés, sur les certificats médicaux

Dans la continuité une très forte de demande est faite pour la mise en place de formations dans le domaine des prises en charge urgentes (26 occurrences), avec une volonté d'investir l'utilisation des simulations de geste pratiques. Certains regrettent l'absence de possibilité d'accès aux ateliers simulation de l'hôpital.

La pharmacologie est un sujet d'inquiétude avec 9 occurrences, et une demande d'intervention sur le bon usage par exemple des antibiotiques, les anticoagulants...

Il est à noter l'apparition de l'inquiétude de l'état de santé physique et mentale des internes de médecine générale. Une demande est faite d'au moins une information quant aux structures d'accompagnement des étudiants en santé disponible à Limoges.

IV.4. Concernant les formats d'intervention utilisés en enseignement facultaires.

IV.4.1. Rentabilité perçue en termes d'apprentissage des différents formats d'échanges utilisés.

IV.4.1.1. Les RSCA

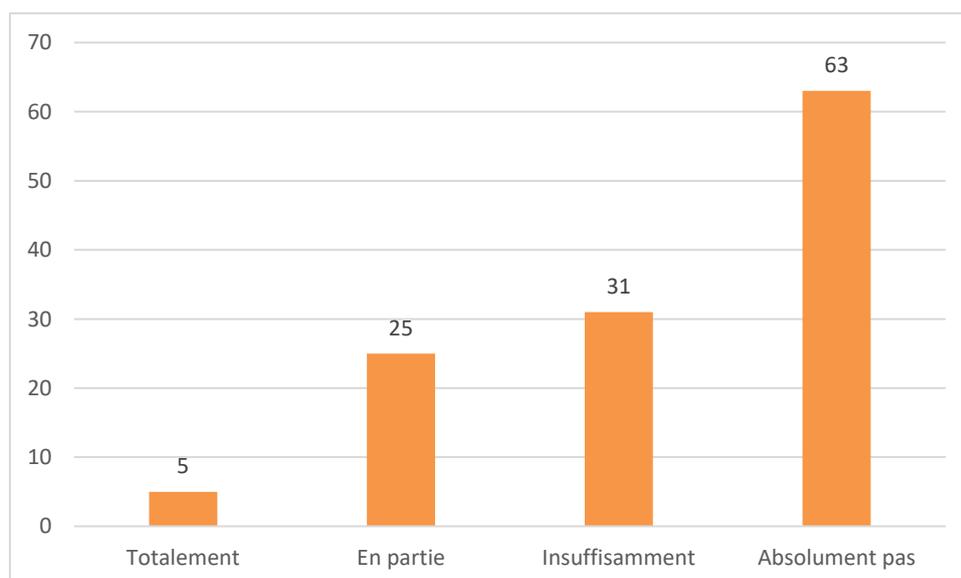


Figure 46. Rentabilité perçue des RSCA en termes de temps de travail et apprentissages à long terme.

IV.4.1.2. Les RSD

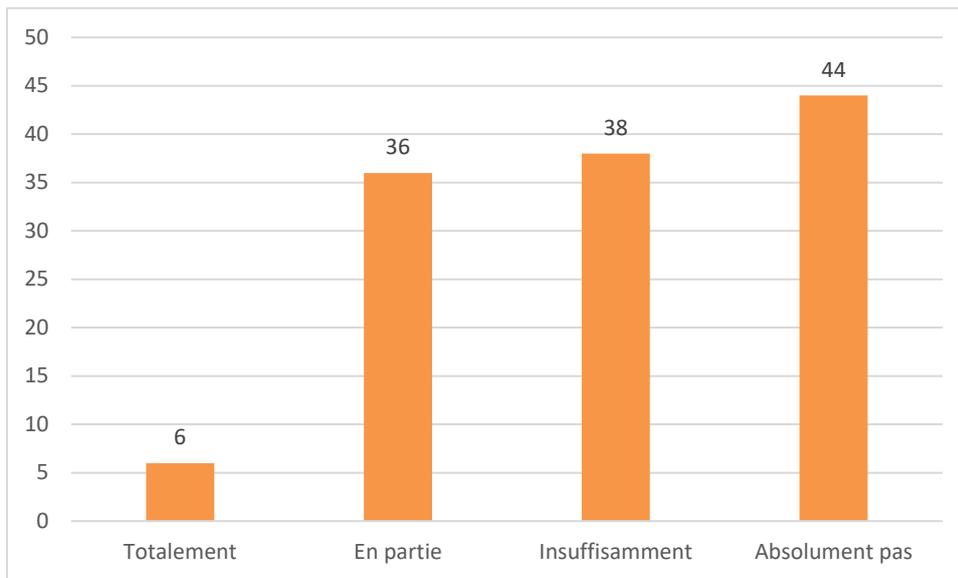


Figure 47. Rentabilité perçue des RSD en termes de temps de travail et apprentissages à long terme.

IV.4.1.3. Les GEP

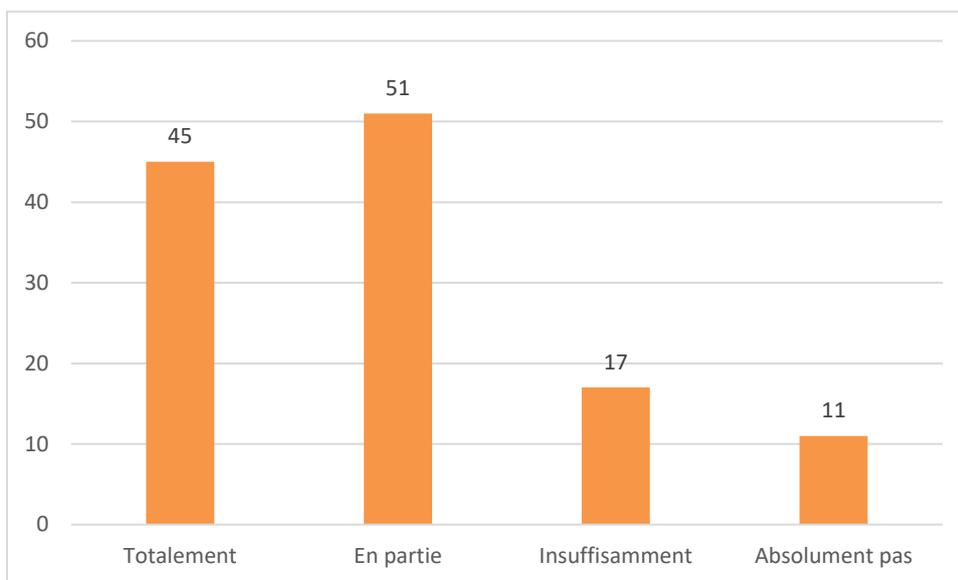


Figure 48. Rentabilité perçue des GEP en termes de temps de travail et apprentissages à long terme.

IV.4.1.4. Les Ateliers de gestes pratiques, simulations

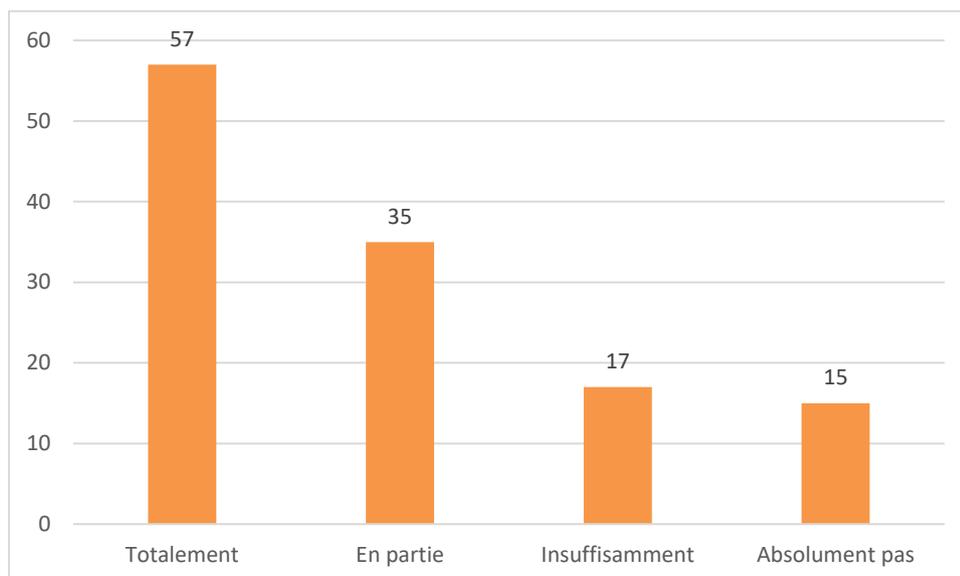


Figure 49. Rentabilité perçue des ateliers de gestes pratiques et simulations en termes de temps de travail et apprentissages à long terme.

IV.4.1.5. Synthèse des rentabilités perçues en termes d'apprentissage des différents formats d'échanges utilisés.

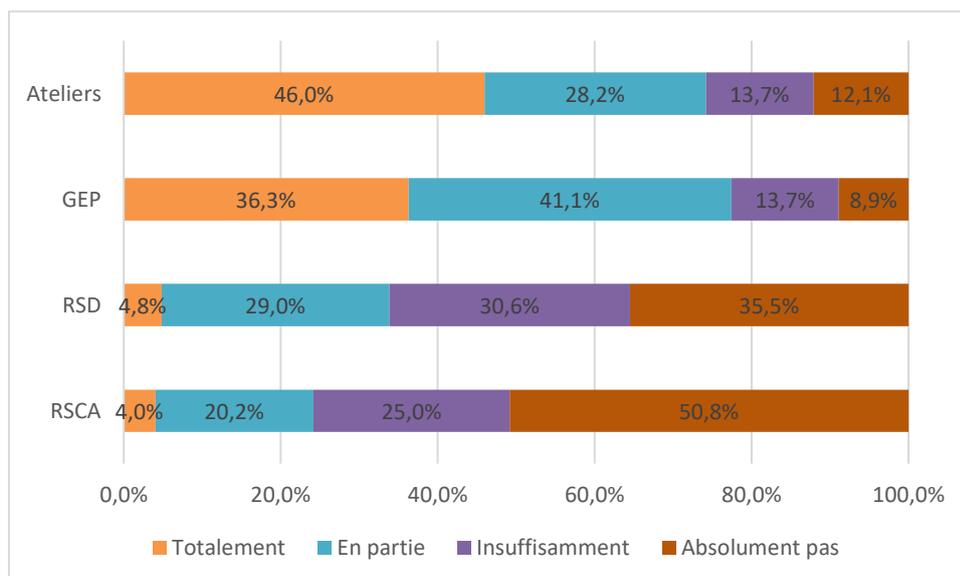


Figure 50. Synthèse comparative des rentabilités perçues en termes d'apprentissage des différents formats d'échanges utilisés.

IV.4.2. Les cours magistraux/séminaires

Le DUMG de Limoges ne met volontairement pas en place de cours magistraux ou séminaires. Il était important de prendre l'avis des étudiants concernant cette position concernant l'enseignement. Ainsi d'après le tableau suivant nous notons que ce choix va à l'encontre des besoins ressentis des étudiants.

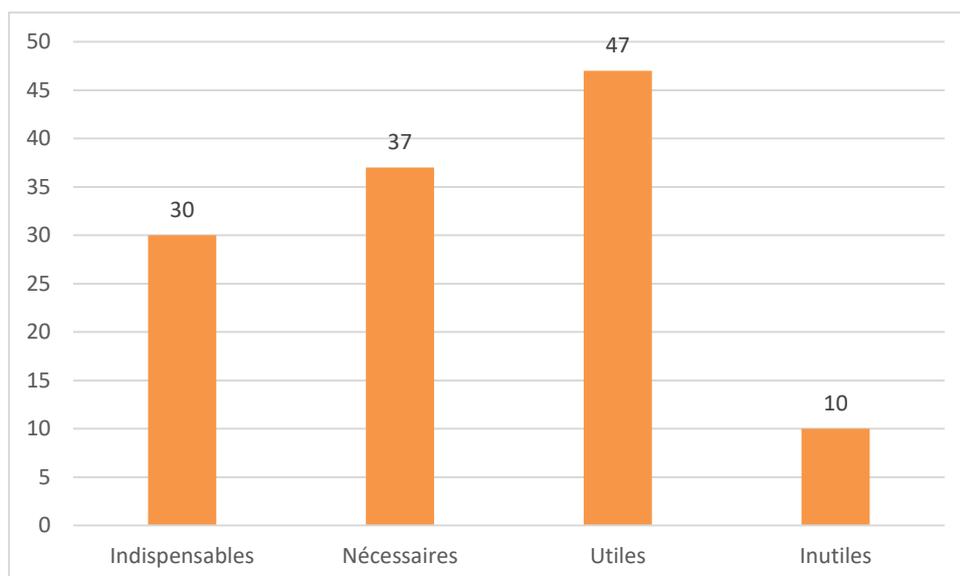


Figure 51. Ressenti quant à l'utilité des cours magistraux et séminaires.

Les internes estiment à la grande majorité que les cours magistraux et séminaires ont leur place dans leur formation. Ainsi, si seulement 8.1% (n=10) d'entre eux jugent les cours magistraux inutiles, ils sont 37.9% (n=47) à les juger utiles, 29.8% (n=37) nécessaires, et 24.2% (n=30) indispensables. En cumulant les tendances en faveur nous obtenons 91.9% (n=114) des internes répondant positivement à l'idée d'utilisation des cours magistraux. Ces 114 étudiants représentent 55.1% de l'ensemble des internes de ces cinq promotions.

Une autre échelle d'évaluation, type binaire aurait pu être utilisée pour apporter plus de poids aux résultats.

Au travers des questions ouvertes il ressort une forte demande à réintégrer ces systèmes d'enseignements qui sont jugés beaucoup plus utiles et moins chronophages que les RSCA (voir suite).

IV.4.3. Volontés d'évolution des formats d'intervention utilisés.

Afin d'envisager d'améliorer la formation, il était nécessaire de demander leur avis aux étudiants quant à l'orientation que devraient prendre ces évolutions. Ainsi la place que devraient avoir les différents modes d'interventions a été évaluée selon 5 critères allant de « Ne plus utiliser », « diminuer son importance », « ne pas changer », « augmenter son importance » et « mettre en place absolument ».

IV.4.3.1. Les RSCA

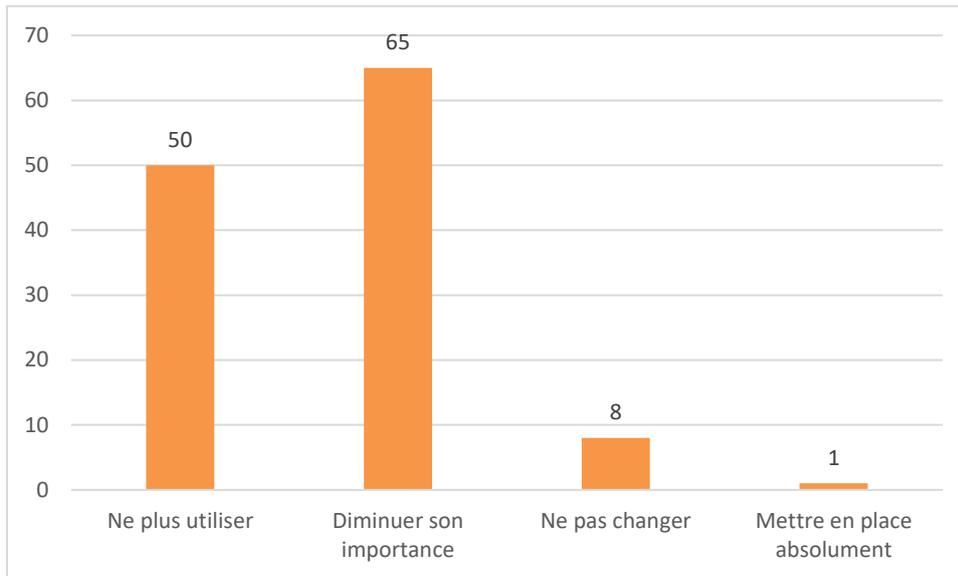


Figure 52. Volonté du devenir des RSCA en cas d'évolution de la formation.

La place des RSCA est très clairement à remettre en question au sein de la formation actuelle. Avec 115 répondants souhaitant soit un arrêt (40.3%, n=50) soit une diminution de leur importance dans le cursus (52.4%, n=65), la place des RSCA au sein des enseignements facultaires, devrait impérativement être repensée.

À noter que personne n'a répondu « augmenter son importance » et seulement 1 personne (0.8%) a répondu « mettre en place absolument ». Étant donné l'existence de ces RSCA, cette réponse semble inadaptée.

IV.4.3.2. Les RSD

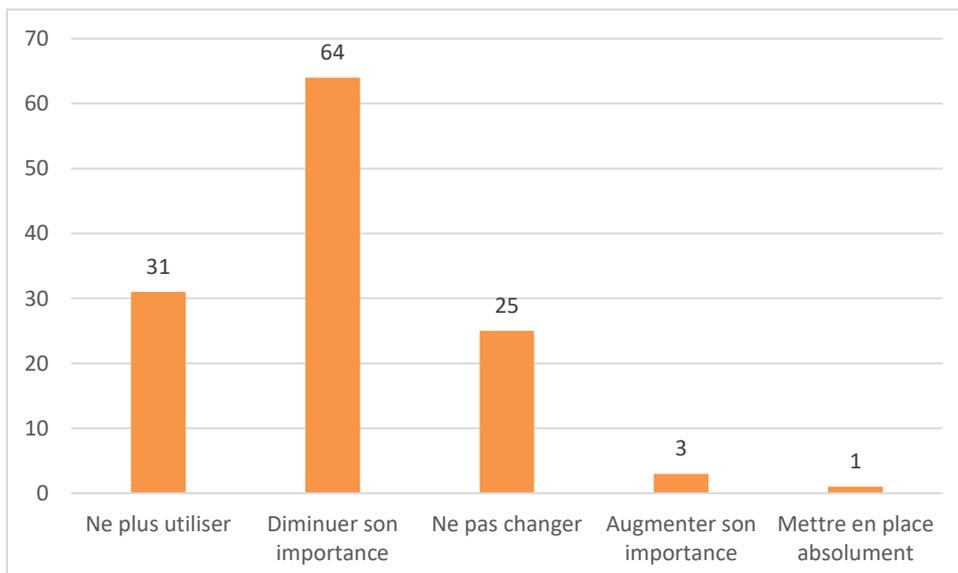


Figure 53. Volonté du devenir des RSD en cas d'évolution de la formation.

La place des RSD au sein des enseignements facultaires est plus mitigée. Cependant, là encore, la majorité (76.6%, n=95) souhaiterait voir ce mode d'intervention disparaître (25%, n=31) ou au moins perdre en importance (51.6%, n=64).

À noter 3 personnes (2.4%) ont répondu « augmenter son importance » et seulement 1 personne (0.8%) a répondu « mettre en place absolument ». Étant donné l'existence de ces RSD, cette réponse semble inadaptée.

Toutefois les RSD ne sont pas utilisés en formats d'enseignement facultaire mais en traces d'apprentissage. La formulation de la question a pu biaiser les réponses.

IV.4.3.3. Les GEP

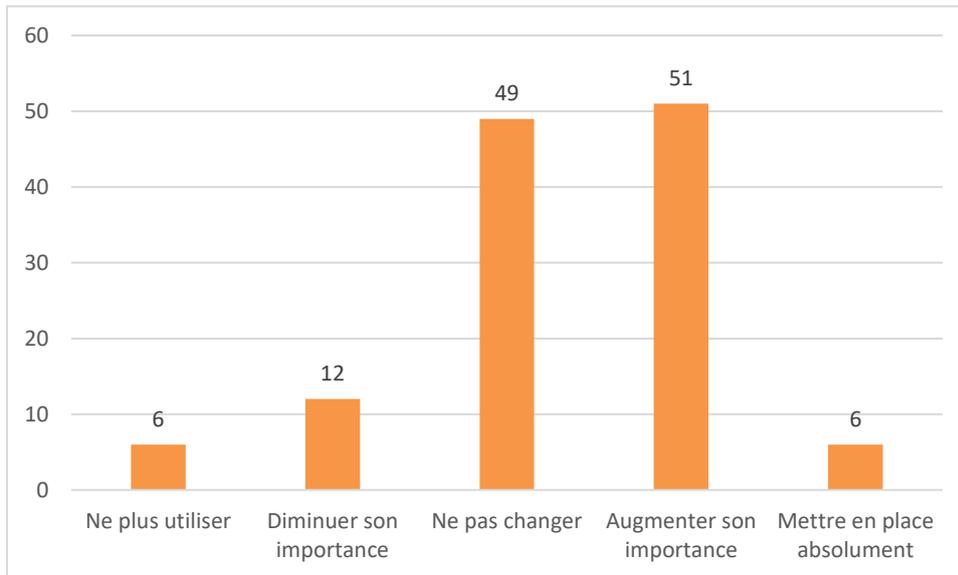


Figure 54. Volonté du devenir des GEP en cas d'évolution de la formation.

Les séances de GEP ont une tout autre perception par les internes. En effet, ces derniers semblent être plus plébiscités que les formats précédents. Avec une majorité de répondant (80.6%, n=100) souhaitant soit un maintien comme actuellement (39.5%, n=49) soit une augmentation de la place de ces derniers (41.1%, n=51), l'utilisation des GEP semble être d'un intérêt complet pour la quasi-totalité des répondants.

IV.4.3.4. Les Ateliers pratiques, les simulations

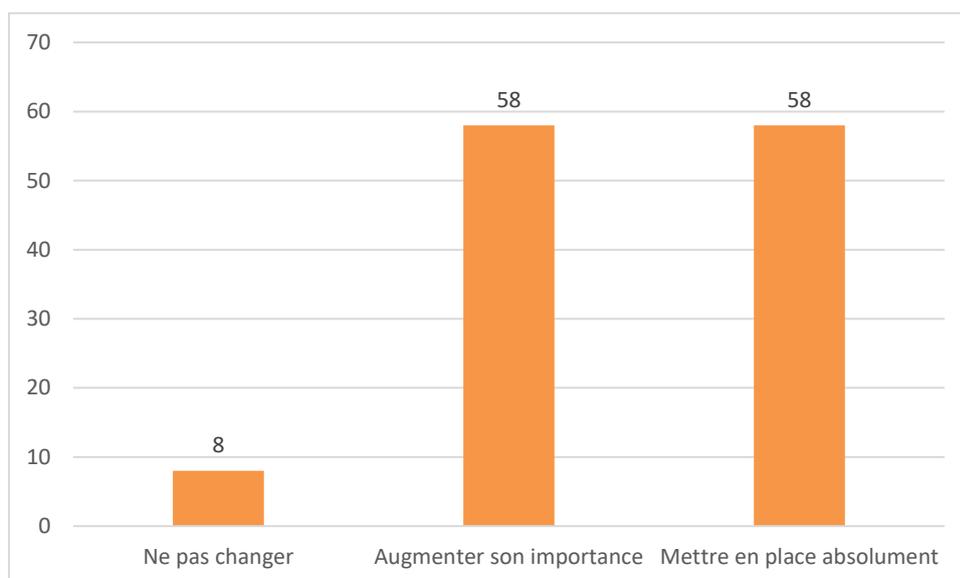


Figure 55. Volonté du devenir des ateliers pratiques et simulations en cas d'évolution de la formation.

Le ressenti de la place des ateliers pratiques et des simulations est unanime. Aucun ne souhaite voir diminuer ou disparaître ces ateliers. Au contraire, si seulement 6.5% (n=8) des répondants souhaiteraient garder l'équilibre actuel, 116 répondants (93.5%) souhaiteraient augmenter et développer l'utilisation de ces ateliers et simulations.

IV.4.3.5. Les cours en ligne.

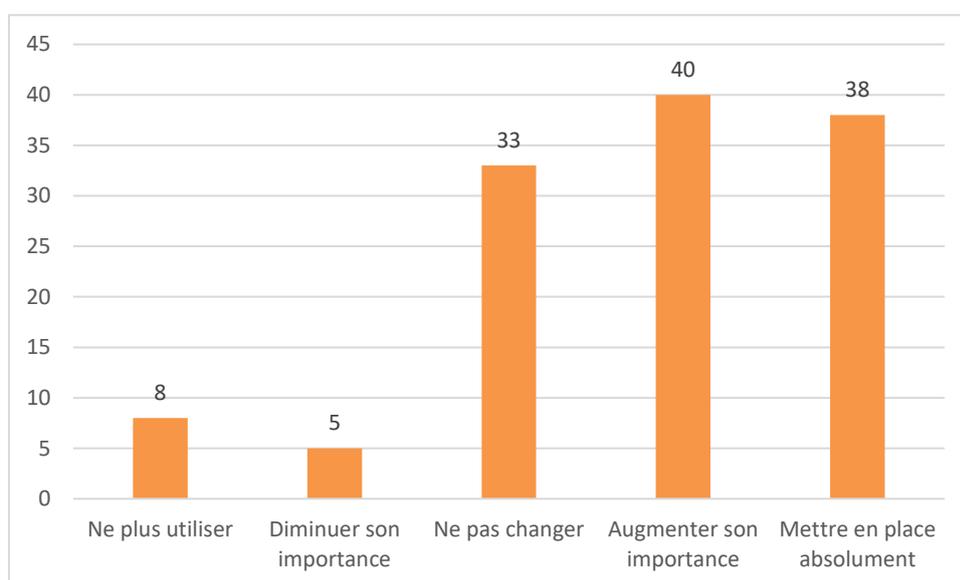


Figure 56. Volonté du devenir des cours en ligne en cas d'évolution de la formation.

Là encore nous observons une demande forte d'évolution des supports de formation proposés.

Les étudiants répondant souhaiteraient pour 62.9% (n=78) d'entre eux mettre en place absolument ou augmenter l'importance des enseignements en ligne. 26.6% (n=33) souhaiteraient maintenir un statu quo et 13 d'entre eux (10.5%) souhaiteraient voir diminuer ou disparaître ce format d'enseignement.

IV.4.3.6. Séminaires encadrés par des spécialistes du sujet.

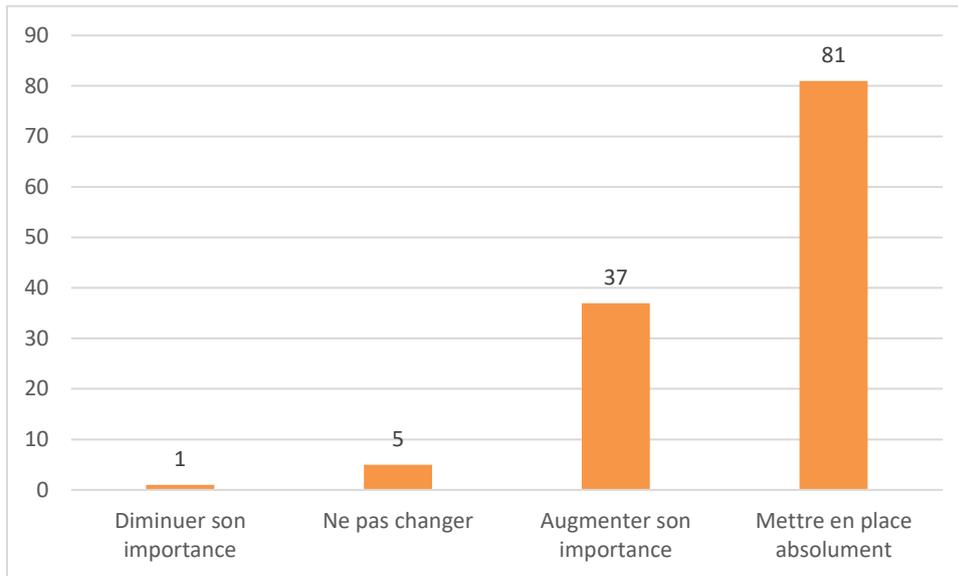


Figure 57. Volonté du devenir des séminaires encadrés par des spécialistes du sujet en cas d'évolution de la formation.

Le ressenti concernant ce type d'encadrement est là aussi presque unanime. En effet, 95.2% des répondants (n=118) souhaiteraient que les sujets abordés en enseignements facultaires soient abordés par des spécialistes du thème du jour. Spécialistes dont l'origine serait à définir.

À noter 5 personnes (2.4%) ont répondu « ne pas changer » et seulement 1 personne (0.8%) a répondu « diminuer son importance ». Étant donné l'inexistence actuelle de ce format, cette réponse semble inadaptée.

IV.4.3.7. Cours en ligne sous formats vidéo, MOOC.

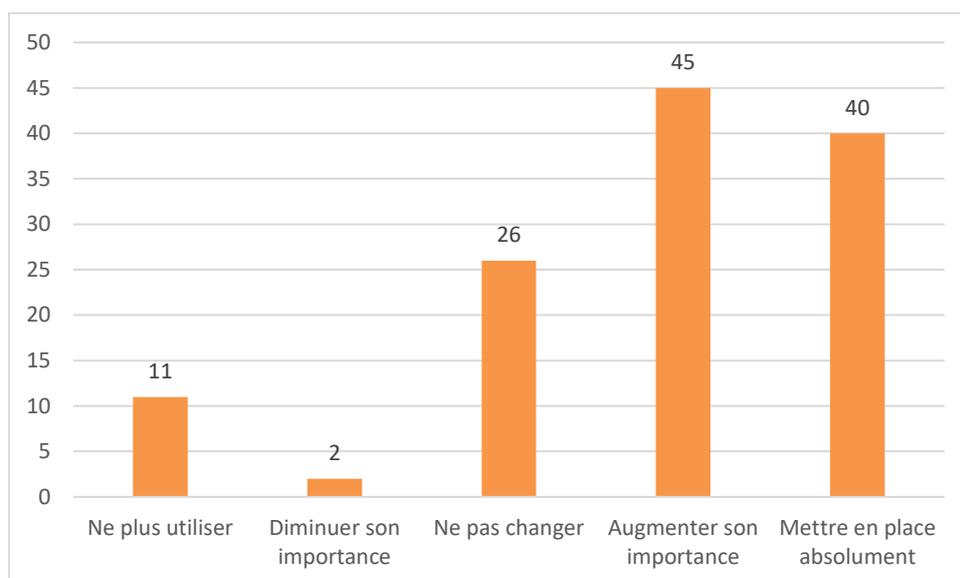


Figure 58. Volonté du devenir de cours en ligne sous format vidéo/MOOC en cas d'évolution de la formation.

Les MOOC (Massive Open Online Course) sont des cours d'enseignement diffusés sur internet, en formats vidéo ou tout du moins interactifs. 68.5% des répondants (n=85) souhaiteraient voir se développer la place des enregistrements vidéo, types MOOC. 21% (n=26) souhaiteraient ne rien changer.

À noter 2 personnes (1.6%) ont répondu « diminuer son importance » et 11 personnes (8.9%) ont répondu « ne plus utiliser ».

IV.4.3.8. Utilisation d'évaluations de connaissances pour objectiver les validations / invalidations.

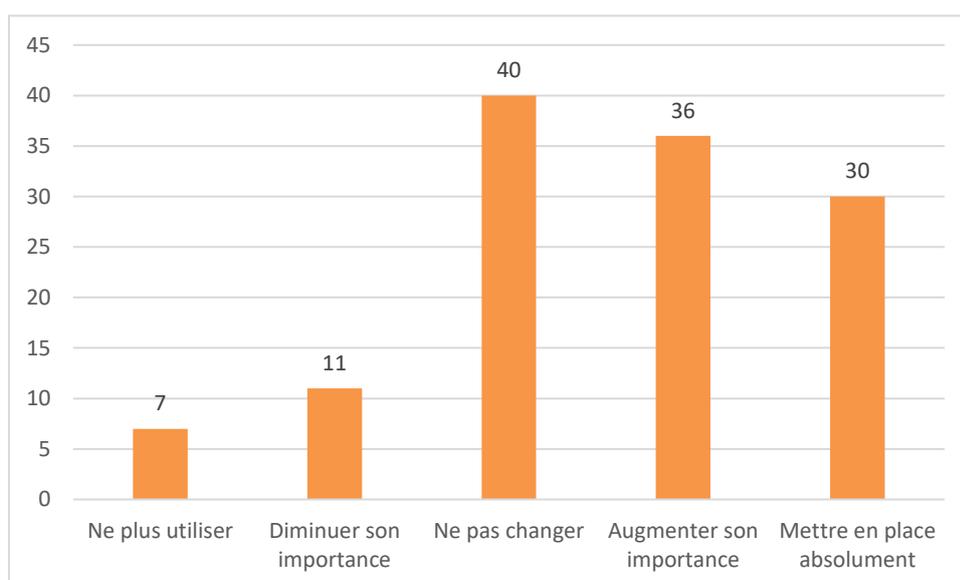


Figure 59. Volonté du devenir de l'utilisation d'évaluations de connaissances pour objectiver les validations/invalidations en cas d'évolution de la formation.

Sujet de discorde que cette question. Actuellement, l'évaluation des connaissances n'est pas prise en compte dans la validation. Les répondants sont à 53.2% (n=66) favorables à la création d'un système d'évaluation des connaissances permettant une objectivation des validations et invalidations des étudiants, et 46.8% (n=58) souhaiteraient conserver le fonctionnement actuel.

IV.4.4. Propositions d'évolution des formats d'intervention des internes de médecine générale ?

Concernant les RSCA et les RSD, ou plus globalement les traces écrites, un grand nombre de réponses aborde ces sujets et montre la place prépondérante qu'ont ces dernières au sein du cursus de médecine générale.

Il ressort une forte proportion de ressentis négatifs à l'encontre des RSCA. Ils sont considérés comme chronophages (26 occurrences) et peu rentables/utiles. Ils présentent un intérêt limité (10 occurrences) et sont en nombre trop importants (10 occurrences). Il ressort des réponses également deux autres points importants.

L'analyse et l'utilisation qui sont faites des RSCA sont trop centrées sur le format (récit à la première personne, ressenti de l'interne...), sur le fait de raconter des histoires. Cela est vécu comme infantilisant et inutile dans le développement de compétences médicales. Étant donné l'importance qui leur est attribuée dans le cadre des validations de semestre, ces récits sont sources de stress rédactionnel important (7 occurrences).

Quelques citations des réponses constructives reçues :

" Ce sont les chefs et les médecins sur les terrains de stages qui m'ont appris comment pratiquer la médecine générale. La formation à la faculté a été un handicap la plupart du temps, très chronophage et rarement intéressante, il n'y a selon moi aucun sens à la continuer tel quel. »

« L'attente du DUMG concernant les RSCA et RSD est trop littéraire et ne se penche pas assez sur la pratique médicale »

« Les récits sont très chronophages, nécessitent beaucoup plus que notre demi-journée de formation par semaine, j'y passe des week-ends entiers, tout ça pour une recherche sur l'examen d'un genou traumatisé (pas très rentable en termes de temps passé et connaissances emmagasinées) »

Concernant les cours basés sur les RSCA :

« Là, à part ergoter sur le versant littéraire du récit ça ne sert à rien ou presque. »

« Arrêter de perdre du temps à nous faire faire de la littérature à visée philosophique (qui peut rester intéressant en formation continue peut-être) »

« RSCA inutiles, beaucoup trop long à faire, la rédaction du récit très imagé n'est pas adaptée à des gens à bac +7, on pourrait croire qu'on est au collège. Les recherches pour répondre aux 3 questions sont les seules choses intéressantes à mon avis. »

Sur l'ensemble des réponses, nous avons reçu un seul avis positif concernant l'utilisation des RSCA, et qui définissait ce système comme étant pertinent. Il va dans le sens du CNGE. (55)

Concernant toujours les RSCA et les critiques qui leur sont faites, l'une d'elle concerne leur utilisation pour valider/invalider des semestres. Alors que l'évaluation dans le paradigme de l'apprentissage se veut formative et certificative (56), nous notons que celle-ci est perçue comme sanctionnante.

La demande faite au sujet des RSCA est perçue comme floue et peu précise (6 occurrences). À partir de là, les invalidations de semestre sur invalidation de trace écrite sont vécues comme étant partiales, injustes avec une subjectivité et une incompréhension globale, étant donné le manque de clarté sur les critères objectifs de validation de ceux-ci.

À plusieurs reprises (6 occurrences) il a été fait part de l'incompréhension ressentie quant à la validation des semestres basée en grande partie sur les traces écrites et non pas sur les compétences de soins évaluées en stage. La question que se posent les internes alors est de savoir, en quoi savoir écrire une histoire (qui est souvent inventée de toute pièce, ne nous le cachons pas), est-elle représentative des compétences de médecin de l'interne ?

Il est proposé d'utiliser des systèmes d'évaluation 2.0 comme les plateformes Socrative (socrative.com) ou Kahoot (kahoot.com) pour mettre en place des systèmes d'évaluation de connaissances objectifs et non basés sur des ressentis et appréciations d'évaluateur.

Ainsi de nombreuses demandes et propositions d'évolution sont faites concernant la structuration des interventions facultaires.

Les RSD, comme nous l'avons vu, sont critiqués mais toutefois moins mal perçus que les RSCA. La moindre importance laissée au récit permet selon les internes de se concentrer sur un travail de recherche concret et de réaliser une production réutilisable à moyen terme.

Pourtant une remarque est faite concernant les 8 thèmes à aborder. Ceux-ci sont ressentis comme étant trop restrictifs et ne permettant pas de forcément de prendre en considération toute situation qui pourrait être vécue comme difficile par l'interne. Par exemple, exprimer une situation difficile liée à la fatigue ressentie en raison de temps de trajet important n'entre pas dans ces thèmes. Pourtant cette situation est source de difficultés et la réflexion à ce sujet peut être source de développement de compétences par l'interne. En termes de solution envisagée, l'adaptation des volumes horaires, la discussion et négociation à avoir avec le MSU... Des développements de compétences qui ne sont pas valorisées et qui pourtant sont importantes dans la vie professionnelle.

Une demande forte est faite autour des GEP. Avec 25 occurrences, ce format actuellement utilisé est le plus plébiscité et trouve écho en termes de rentabilité perçue selon le temps investi dans les séances puis les recherches effectuées.

Les étudiants réclament (17 occurrences) une formation plus pratico-pratique et moins littéraire. La création de fiches synthèses de base sur un thème, à se partager, modifier, faire évoluer, semble être un axe demandé par certains. Actuellement le format globalement utilisé est ressenti comme trop philosophique et littéraire et pas assez centré sur les connaissances médicales.

Les ateliers de gestes pratiques et les simulations bénéficient quant à eux d'un ressenti très bon en termes de rentabilité perçue. Une demande forte de développement des gestes pratiques réalisés en cabinet et des simulations de gestes d'urgence est formulée au travers de ce questionnaire. Avec 19 occurrences les séances de simulation sont fortement demandées et le passage par l'atelier de simulation de l'hôpital est envisagé.

Comme nous avons vu précédemment une forte volonté d'utilisation des modes d'interventions basés sur un enseignant « sachant » est faite. Ainsi le format cours magistral en séminaire ou topo vidéo/MOOC semble être une voie d'évolution à favoriser. À l'heure de l'internet 2.0 et bientôt 3.0, l'utilisation de nouveaux outils paraît être un incontournable.

Il est important de noter une volonté fortement exprimée (31 occurrences) d'intégrer des spécialistes de sujet dans les rencontres de formations. Par exemple un endocrinologue nous parlant du diabète. Mais pas seulement. Il est fait mention de l'intervention de patients experts.

D'autres formats d'intervention sont plébiscités pouvant être envisagés pour remplacer les RSCA.

Une remarque nous a été faite sur l'absence de cours de médecine générale sur SIDES UNESS. Une des cinq seules spécialités dans ce cas.

IV.5. Évaluation du ressenti de satisfaction globale de la formation facultaire dispensée à Limoges.

IV.5.1. Concernant le ressenti global sur la qualité de la formation facultaire de médecine générale à Limoges.

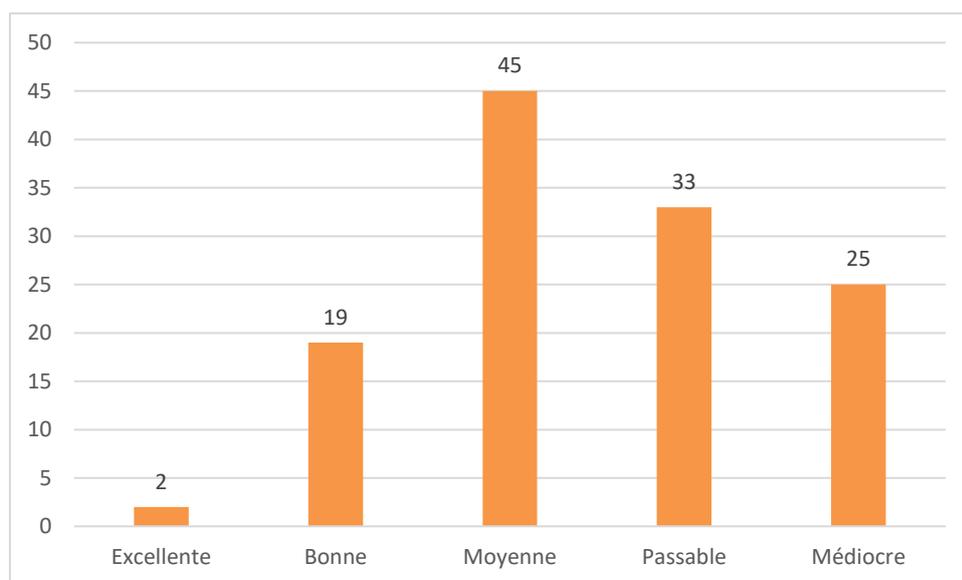


Figure 60. Ressenti global sur la qualité de la formation facultaire de Limoges.

Si nous attribuons à l'évaluation excellente la note de 5 et 1 à l'évaluation médiocre, la moyenne des évaluations sur le ressenti global de la qualité de la formation facultaire est de 2.5/5.

IV.5.2. Concernant la perception de la suffisance de la formation facultaire pour construire les compétences de médecin généraliste.

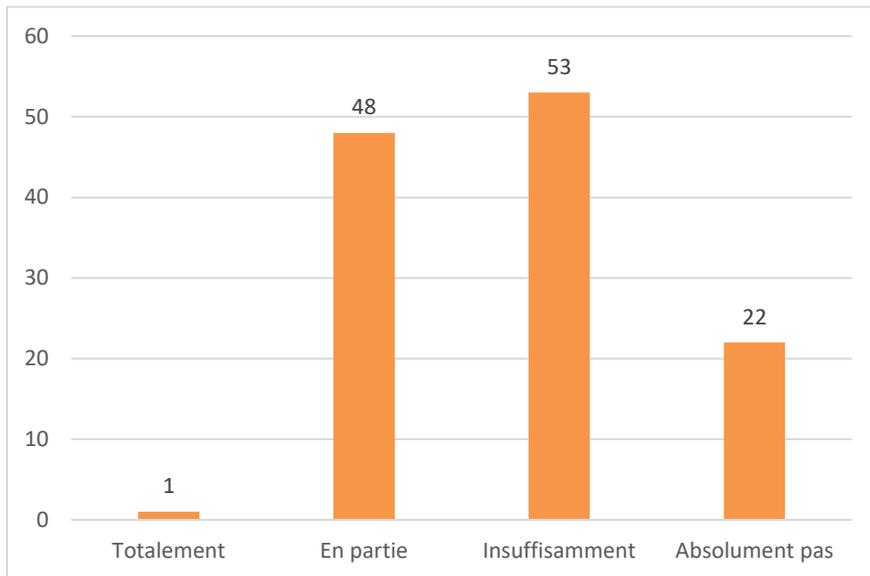


Figure 61. Perception de la suffisance de la formation facultaire pour construire les compétences de médecin généraliste.

Pour 60.5% des étudiants (n=75) la formation facultaire dispensée est insuffisante (n=53), ou absolument pas suffisante (n=22). Elle est en partie suffisante pour 38.7% des étudiants (n=48) et totalement suffisante pour 0.8% des étudiants (n=1).

IV.5.3. Concernant la satisfaction globale quant à la formation facultaire reçue.

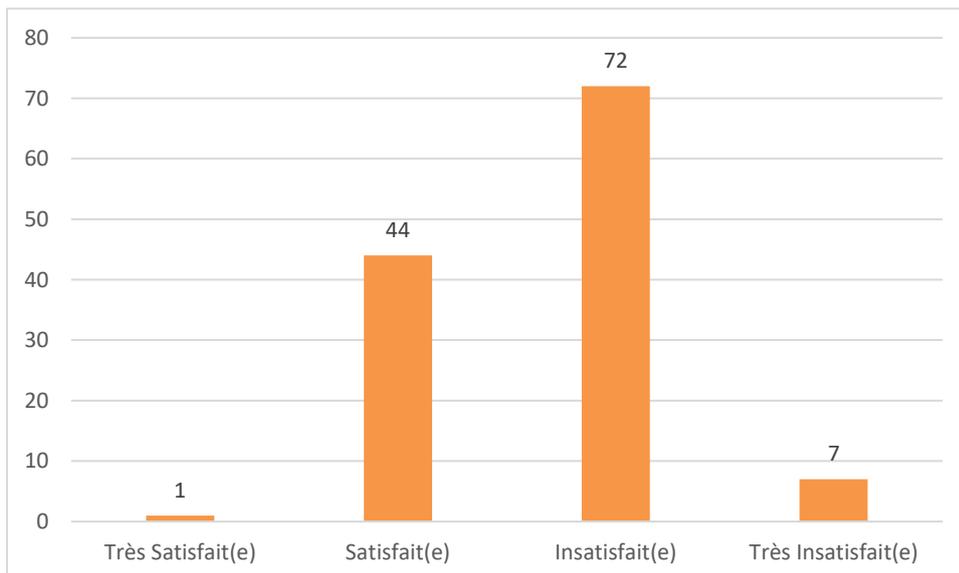


Figure 62. Satisfaction globale quant à la formation facultaire reçue.

Les étudiants sont satisfaits et très satisfaits de la formation facultaire reçue pour 36.3% d'entre eux (n=45). Ils sont insatisfaits et très insatisfaits pour 63.7% d'entre eux (n= 79).

IV.5.4. La formation facultaire de médecine générale de Limoges est-elle recommandable ?

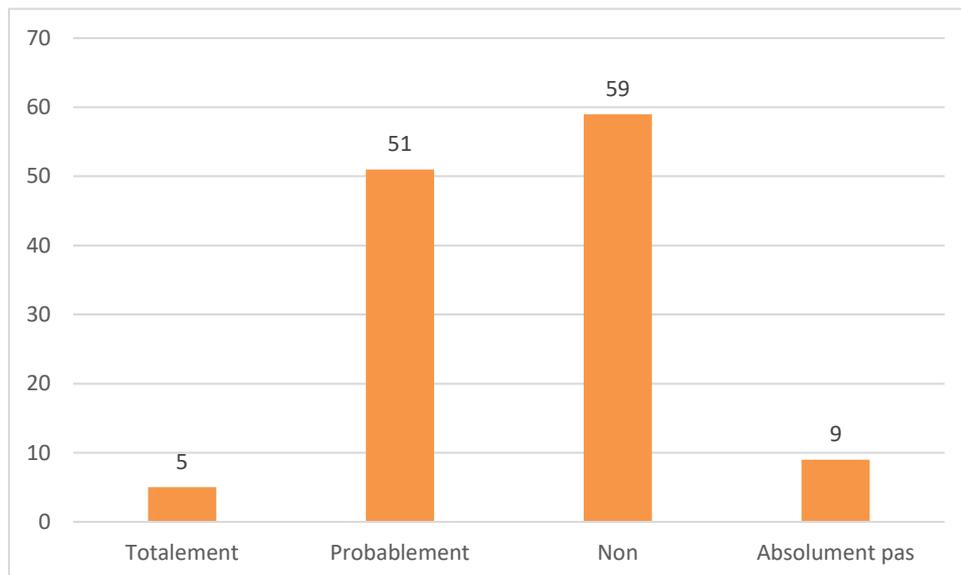


Figure 63. Répartition des réponses quant à la potentielle recommandation de la formation facultaire de médecine générale de Limoges à des internes en devenir.

La formation facultaire à Limoges serait recommandée par 45.2% des étudiants (n=56). Elle ne serait pas recommandée par 54.8% d'entre eux (n=68).

V. Analyse et discussion

V.1. Analyse des résultats, validité interne.

Pour analyser l'ensemble de ces résultats et avoir un ancrage solide dans le domaine de l'andragogie, il est indispensable de revoir les bases des conditions d'apprentissages de l'adulte. D'après Courau (82,83), un adulte apprend :

- S'il agit et s'engage
- S'il comprend
- Si la formation est en relation avec son quotidien
- S'il est motivé
- S'il est intégré dans un groupe
- Si le formateur utilise les effets de la réussite et de l'échec
- S'il comprend et accepte les objectifs

Comme le précise Roger MUCCHIELLI dans son ouvrage « Les méthodes actives dans la pédagogie des adultes » (84), nous retenons approximativement, lorsque nous faisons attention :

- 10% de ce que nous lisons.
- 20% de ce que nous entendons.
- 30% de ce que nous voyons.
- 50% de ce que nous voyons et entendons en même temps.
- 80% de ce que nous disons.
- 90% de ce que nous disons en faisant quelque chose à propos de quoi nous réfléchissons et qui nous implique.

Plus l'adulte agit, plus il apprend.

L'adulte apprend s'il se sent utile et non utilisé, considéré et non jugé, capable et non complexé.

V.1.1. Analyse de l'échantillon de répondants.

La population étudiée a un ratio de 57% de femmes et 43% d'hommes. Ici le ratio est à 60/40. Les femmes ont donc eu une propension légèrement plus élevée à répondre à ce questionnaire. Cependant nous restons dans une proportion similaire à la population source.

Concernant la ville de réalisation de l'externat, d'après le tableau Annexe 5, les étudiants originaires de Limoges sont 115 sur 207 soit 56% des inscrits en phase socle de Médecine Générale à Limoges. Ces proportions sont variables selon les promotions allant de 31% des inscrits en 2019 (n=14), à 74% en 2018 (n=29). Pour les autres années, cette proportion est plus stable allant de 53% en 2017 (n=17) à 58 et 63% en 2021 (n=29) et 2020 (n=26) respectivement.

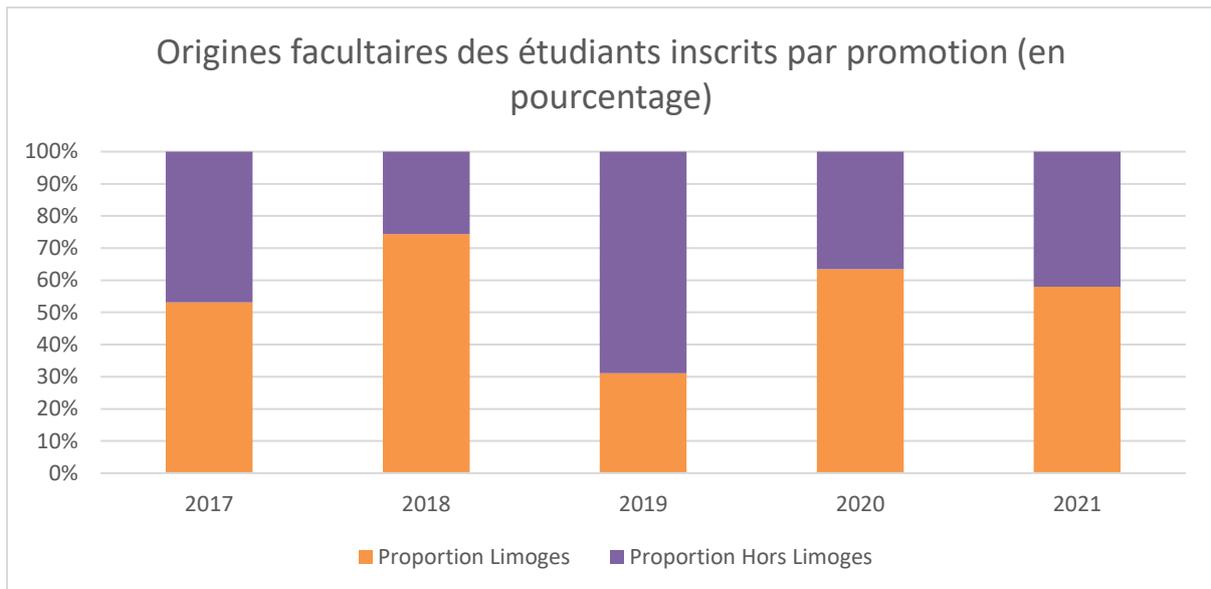


Figure 64. Origines facultaires des étudiants inscrits par promotion (en pourcentage).

Les étudiants ayant effectué leur externat à Limoges ont eu une plus grande propension à répondre à ce questionnaire.

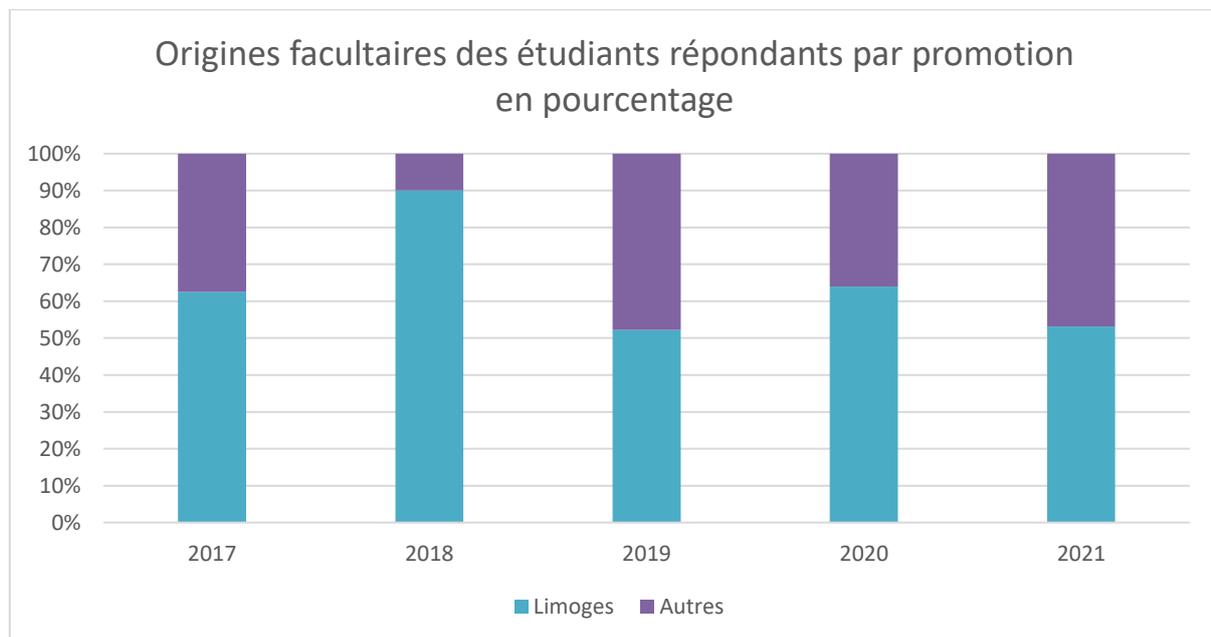


Figure 65. Origines facultaires des étudiants répondants par promotion (en pourcentage).

Concernant le rang de classement de l'échantillon de répondant par rapport à la population source.

Il est à noter quelques discordances entre les rangs de classements soumis lors des réponses en comparaison aux rangs de classement réellement existant dans les promotions.

Tableau 2. Répartition des rangs de classement des répondants selon la promotion ECN

Classement	2017	2018	2019	2020	2021	Total général
Entre 1 et 1500		2				2
Entre 1500 et 3000	2	1	1	2		6
Entre 3000 et 4500	3	3	4	1	1	12
Entre 4500 et 6000	6	7	3	6	4	26
Entre 6000 et 7500	11	5	9	7	8	40
Au-delà de 7500	2	2	6	9	19	38
Total général	24	20	23	25	32	124

Tableau 3. Répartition des rangs de classement des inscrits au DES selon la promotion ECN

Étiquettes de lignes	2017	2018	2019	2020	2021	Total général
Entre 1 et 1500	1	2				3
Entre 1500 et 3000	1	2	1	2		6
Entre 3000 et 4500	5	5	1	3		14
Entre 4500 et 6000	5	6	4	7	7	29
Entre 6000 et 7500	9	10	8	8	8	43
Au-delà de 7500	11	14	31	21	35	112
Total général	32	39	45	41	50	207

Ainsi certains rangs de classement sont erronés. Ces erreurs de saisies involontaires ou volontaires (inquiétude d'être reconnus ?) provoquent donc un biais dans l'analyse par rang de classement. Nous ne ferons dès lors pas ce type d'analyse.

V.1.2. Analyse des journées d'accueil de la formation facultaire.

Souvenez-vous de l'adage de l'écrivain et journaliste Henri Jeanson :

« *La première impression est toujours la bonne, surtout quand elle est mauvaise.* »

Le paradigme pédagogique utilisé par les différents DUMG de France se veut pourvoyeur d'un étudiant construisant lui-même ses connaissances et compétences.

Il rend donc le DUMG chef d'orchestre de la construction de ces dernières. Il est donc de la responsabilité de ce dernier de mettre à disposition des étudiants les moyens nécessaires au bon développement des compétences nécessaires à un début d'exercice serein et en sécurité pour les patients.

Nous avons pu constater que les journées d'accueil des internes sont un moment clé dans la construction de la relation DUMG / internes.

Il est à noter que ces journées n'ont été mises en place qu'à partir de 2018. Afin de limiter un biais de mémorisation à ce sujet nous avons exclu de l'analyse les réponses de la promotion 2017, au risque de se priver de potentielles réponses de doublant. L'analyse s'est donc faite sur un panel de 100 répondants.

Nous ne retrouvons pas de différence significative des résultats concernant les réponses aux questions sur les journées d'accueil. Le ressenti est similaire quel que soit la promotion, le genre, la faculté d'origine ou l'exercice actuel.

Nous n'observons au-delà de cette analyse existence/inexistence d'une journée d'accueil, aucun changement significatif quant aux ressentis sur les différents thèmes abordés. L'instauration de cette, ces journée(s) n'est probablement pas suffisante pour répondre à tous les questionnements des internes. Il est donc nécessaire d'envisager d'autres moyens afin de transmettre les informations initiales essentielles au bon déroulement de l'internat des internes.

L'accueil est un moment important dans une formation. Ce moment clé est celui qui orientera toute la suite de la formation. Partir sur de bonnes bases est nécessaire. Il s'agit de mettre l'apprenant à l'aise et d'instaurer un climat propice aux apprentissages. Il s'agit également d'initier le lien pédagogique qui existera durant tout l'internat, voire au-delà.

Les informations qui y sont présentées et dispensées sont la pierre angulaire de l'ensemble de l'internat. Organisation des phases, validation, stages, tutorat, traces écrites, thèse, rencontres, financement... règlement des études, sont d'autant de sujets qui se veulent complexes et complets. Ces thèmes doivent être impérativement abordés et expliqués au décours de cet accueil.

Cependant impossible pour le néo-interne qui sort de l'externat de tout comprendre, de tout assimiler et de tout retenir.

Il est dès lors important de revenir sur les conditions d'apprentissage de l'adulte. De nombreuses recherches sur la pédagogie adulte existent. On parle alors d'andragogie.

En effet, un adulte n'apprend pas comme un enfant, de multiples expériences le prouvent. On ne peut pas transposer les méthodes pédagogiques scolaires classiques à une formation pour adultes. Meirieu P. Itinéraire des pédagogies de groupe. 1993. Chronique Sociale, Lyon. 201p. (85)

Les adultes ont une forte résistance face à un système pédagogique classique et cela pour 4 raisons (84) :

- > Ils ne considèrent pas comme acquise l'autorité du formateur.
- > Ils estiment que la formation doit avoir un résultat concret pour eux.
- > Ils refusent le système de sanction tel qu'il est pratiqué dans le milieu scolaire.
- > Ils veulent que l'on prenne en compte leurs acquis, leurs connaissances, ...

L'adulte doit être impliqué dans ses apprentissages. Il doit participer dans la planification et l'évaluation de ses apprentissages. Le formateur doit impliquer l'apprenant, lui demander quels sont ses objectifs, pourquoi il suit la formation, ce qu'il attend de cette dernière.

Des résultats précédents nous notons que les journées d'accueil des internes peuvent être encore améliorées. La question que l'on peut se poser est : comment ?

Plusieurs réponses et solutions potentielles à cette question :

- 1- Prendre en considération les idées des internes
- 2- Regarder ce qui existe dans les autres facultés de France.

Avant toute chose, il est important de redéfinir ce que doit être l'accueil.

Il s'agit d'un temps concret organisé et préparé en amont. Pédagogiquement parlant, il s'agit du modèle PIE (Planification, Implantation, Evaluation). Dans le monde de l'éducation populaire lorsque l'on prépare une activité, une intervention, une animation, nous nous servons d'un guide simple et pragmatique de préparation pour pallier souvent notre jeune expérience : « CQQCOQP ».

Ces 7 lettres permettent de d'aborder l'ensemble des questions à se poser et auxquelles il fallait avoir répondu pour s'estimer prêt à lancer notre intervention. Cet acronyme correspond à Comment ? Qui ? Quoi ? Combien ? Où ? Quand ? Pourquoi ?

Lorsque nous analysons la question concernant les propositions des internes afin de faire évoluer l'accueil et le début de l'internat, une forte demande est faite quant à la création d'un livret d'accueil des internes (27 occurrences). Nous trouvons ces propositions très intéressantes. Elles sont en complet accord avec ce qui se fait dans plusieurs facultés de France (23). En effet dans 19 facultés sur les 28 étudiées dans le travail sus-cité, un livret d'accueil existe. De taille variable allant d'une quarantaine de pages à plus de cent, ces derniers reprennent de nombreux contenus qui régissent le DES de médecine générale. En format papier ou informatique, ceux-ci se veulent très complets et exhaustifs et reprennent l'ensemble des réponses aux questions que le jeune interne est en droit de se poser.

Nous proposons donc la création d'un livret d'accueil des internes de médecine générale de Limoges. Celui-ci permettrait d'avoir une transmission claire des informations essentielles au bon déroulement de l'internat de chacun. Il serait la référence en cas de doute ou questionnement et serait accessible en continu soit par version papier soit en version informatique en ligne.

Nous proposons en Annexe 7 un canevas de rédaction du guide de l'interne de médecine générale de Limoges.

Celui-ci se voudrait défini pour une promotion donnée, couvrant l'ensemble des deux phases socle et approfondissement et serait mis à jour pour chaque nouvelle promotion. Il implique un gros travail d'organisation et de création initiale, d'où **la nécessité de développer les moyens humains et financiers du DUMG.**

Nous proposons alors le financement d'un nombre suffisant d'AUMG (Assistant Universitaire de Médecine Générale). Ils auraient pour objectif de réformer ou du moins de réaliser une refonte en deux ans l'organisation des enseignements facultaires de médecine générale de Limoges, à commencer par la création du guide de l'interne de médecine générale.

En effet actuellement le DUMG de Limoges est composé de 9 intervenants enseignants. Seulement 9 pour encadrer 50 internes par promotion répartis sur un très vaste territoire. Des encadrants qui, ne l'oublions pas, doivent également gérer toute une patientèle au sein de leurs cabinets libéraux respectifs. Cumuler l'exercice libéral et l'encadrement facultaire semble être un gage d'un investissement souvent insuffisamment reconnu.

Nous proposons une ouverture vers la facilitation de l'investissement des jeunes médecins dans l'encadrement de la formation facultaire. Différentes approches, différentes idées avec un renouveau des perceptions toujours au plus proche des internes en formation seraient une richesse majeure dans l'évolution de la formation à Limoges.

Nous proposons que les internes le désirant puisse devenir intervenants ou organisateurs sur des sujets spécifiques. Que soit valorisés leurs engagements associatifs, syndicaux, facultaires, pédagogiques. Il faudrait un référent pédagogique en charge de l'animation de

l'enseignement et de la formation, réel centre névralgique de la coordination des enseignements généraux.

Nous estimons que ce livret se doit de contenir en premier lieu les règlements des études au point de vue nationale avec les spécificités locales. Les critères de validation et invalidation des travaux d'écriture et des semestres/phases, sujets de discordes doivent y trouver une place de choix afin de limiter les litiges. Ce sujet est une préoccupation forte de la part des internes.

Poser à plat l'ensemble des critères d'évaluation et conditions de validations permettrait de diminuer le manque de confiance en l'impartialité de jugement dont les internes semblent victimes. (Cf fig.18 et 19)

Toujours dans ce même livret, il serait important de reprendre la liste des contenus qui seront abordés durant l'internat, les formats d'intervention utilisés et leur justification pédagogique en regard du paradigme dans lequel s'inscrit le DUMG. Il est important de faire comprendre à l'adulte en formation les modalités et l'organisation de sa formation.

Dans les différents livrets d'accueil que nous avons pu consulter, nous pouvions trouver des exemples de traces écrites attendues, leurs critères de validation expliqués, le contenu du portfolio, les grandes dates et étapes clés de la formation. L'ensemble de la maquette était expliqué. Les modalités de redoublement y sont développées. Les stages hors filières, les FST... en règle générale, tout ce qui va ou peut se produire durant l'internat.

À noter que pour plus de la moitié des facultés proposant ce livret, celui-ci est mis à jour promotion après promotion, chaque année, et définit les règles pour les trois années d'internat de la promotion. Ceci nécessite une très grande organisation de la part des DUMG.

Nous l'avons vu précédemment d'après Mucchielli (84), il est important de prendre en compte les acquis et les connaissances des apprenants. Et donc de prendre en compte leur lacunes et manques en contrepartie. Ainsi il semble judicieux de laisser une place suffisamment importante lors de ces journées afin que les internes puissent exprimer leurs attentes et besoins sur ce qui va régir les trois (voire quatre) prochaines années de leur vie : l'internat. Cette demande est repérée à hauteur de 17 occurrences.

Enfin, par 7 occurrences les internes répondants proposent d'utiliser un format alternatif en complément de la traditionnelle journée d'accueil, citant par exemple la mise en place de temps informels organisés dans un but de rencontre et cohésion.

Nous pouvons en ce sens citer en exemple les internes d'anesthésie qui bénéficient en tout début de premier semestre, avant même de rejoindre les services dans lesquels ils seront en stage, d'une semaine d'intégration facultaire. Cette semaine est d'une très grande richesse et ce en de nombreux points. Elle instaure le contrat pédagogique entre formateurs et apprenants. Elle permet d'aborder les bases, les indispensables, les spécificités de la spécialité. Elle justifie de temps formels d'apprentissage et de temps informels d'échanges tout aussi riches d'apprentissage. Nous sommes de fervents utilisateurs de ces moments informels dans la gestion des groupes d'apprenants. Nous considérons leur place au minimum aussi importante que les temps d'enseignements formels (86). Leur utilisation par promotion de 60 étudiants est complexe. Mais leur utilisation en petits groupes spontanément constitués pourrait être envisagée.

V.1.3. Analyse des relations DUMG-internes au cours de l'internat.

Nous avons été confrontés à une crainte suffisamment fréquente pour être citée, de la part des internes n'ayant pas encore validé leur DES. En effet nous avons reçus de nombreux messages personnels nous demandant si le questionnaire était bien anonyme, si le DUMG aurait accès au tableau des résultats et s'ils (les internes) pourraient être inquiétés dans leur validation de phases et de DES selon les réponses qu'ils pourraient donner. Nous avons pris la décision de ne pas inclure les réponses qui auraient pu favoriser ce phénomène. Ainsi aucune analyse selon les villes d'externat, ni d'âge n'ont été effectuées. Les noms, adresses mail et coordonnées qui nous avaient été transmis ont été supprimés du tableau de recueil de données partagé à la directrice de thèse.

Ainsi les réponses obtenues à ce questionnaire étaient-elles honnêtes ou bien cette angoisse de l'épée de Damoclès au-dessus de leur tête a-t-elle biaisé les réponses et arrondi les angles de la critique. Ou au contraire, cette première possibilité d'expression a-t-elle pu débloquent une situation qui semblait jusque-là cristallisée ?

Un interne répondant au sujet des traces d'apprentissage : « ... qu'on puisse l'écrire avec nos vrais sentiments et notre vision de la chose et pas tourné dans le sens du DUMG car on ne veut pas être invalidé. »

V.1.3.1. Concernant l'écoute et la prise en considération de l'avis des internes.

Nous avons vu au travers de ce travail, l'existence de manques importants en termes de communications entre le DUMG et les étudiants, en particulier dans la prise en compte des ressentis des étudiants. Le taux de participation à cette étude (60%) en est probablement un reflet majeur.

La majorité des internes estiment ne pas être consultés concernant le partage de leurs avis, ressentis. Pourtant toujours selon Tardif, ce travail de prise en considération des facettes de chaque apprenant est une condition indispensable au bon déroulement d'un apprentissage dans ce paradigme.

Les internes demandent plus d'écoute et de prise en considération de leurs avis, que ce soit sur les séances ou bien sur le semestre, l'année, qu'ils viennent de vivre.

Afin de favoriser les échanges entre les DUMG et membres des différentes promotions, plusieurs options peuvent s'envisager.

V.1.3.1.1. Les moyens de communications et d'échanges.

L'utilisation de réseaux sociaux (FB, Twitter, Instagram...) par le DUMG (23) à l'utilisation des discussions sur WhatsApp ou autre plateforme de discussion.

Nous pouvons à ce titre, citer un exemple intéressant de discussion et de partage, à la faculté de Lille (23). Cette faculté utilise une plateforme de communication innovante nommée DISCORD (<https://discord.com/>).

Cette plateforme gratuite de discussion à l'oral comme à l'écrit dispose de possibilités de création de salle de conférence en fonction de thèmes ou de groupes. Elle permet que les échanges de fichiers, de liens, de réflexions, d'images et les contenus publiés dans le fil de discussion restent disponibles en continu, même après déconnexion, et ce, jusqu'à

suppression manuelle. Elle est accessible sur PC et Smartphone ou tablettes via une interface web ou via un logiciel PC ou une application.

Toutefois ce système est un système annexe. La majorité des facultés étudiées dans le cadre de notre mémoire de DES (23), disposent d'un site unique propre au DUMG.

À Limoges, les internes de médecine n'ont pas moins de trois plateformes différentes pour gérer leur internat.

Les documents de cours sont disponibles sur l'environnement community-santé, les documents de thèses sont sur unilim.fr, et il n'existe à ce jour aucune plateforme de recueil et de centralisation de tous les documents nécessaire à la gestion de leur cursus.

Les documents importants sont distribués sur une clé USB en début d'internat. Les mises à jours et changements éventuels ne sont pas facilement accessibles et laissent porter le risque d'avoir des documents et informations obsolètes.

A l'heure du tout en ligne, de la dématérialisation et de la diminution des consommations matériels, il devient nécessaire de moderniser la gestion de l'information au sein du DUMG de Limoges.

Nous avons une obligation de moyen auprès de nos patients. L'université devrait avoir cette même obligation de moyen envers les étudiants qui paient leur inscription à celle-ci.

Ainsi, sur l'ensemble des 28 facultés française, Limoges est l'une des trois seules à ne pas avoir dématérialisé son portfolio et à ne pas avoir une plateforme spécifique pour les internes de médecine générale.

Nous proposons la création d'un espace propre au DUMG, permettant à la fois la gestion des agendas, la transmission et la centralisation des documents institutionnels. Nous proposons que soit rapidement créé le site du DUMG de Limoges.

Il permettra de concentrer en format Cloud, l'ensemble des documents nécessaires à la conception des portfolios et à la valorisation des diverses traces et productions des internes sans devoir réduire en cendres la moitié de la forêt amazonienne pour présenter le portfolio.

V.1.3.1.2. Des outils d'évaluation à double sens.

Nous proposons aussi la mise en place de questionnaires de rétroaction, en nous basant sur le modèle de Kirkpatrick (87).

Nous pouvons proposer deux types de questionnaires. Ces questionnaires « à chaud » ou « à froid » permettraient l'évaluation d'au moins deux aspects de la formation.

- Une évaluation à chaud.

C'est-à-dire une évaluation en fin de séance permettant, pour les internes de donner leur avis sur la session qu'ils viennent de vivre et pour le DUMG de moduler la prochaine intervention. Elle vise l'amélioration de la satisfaction immédiate durant les séances. Elle permet des actions directes sur les séances suivantes par exemple. Elle est plus à destination de l'enseignant animateur de séance.

Elle correspond à un niveau 1 sur l'échelle de Kirkpatrick. C'est un outil d'écoute. Le DUMG peut se rapprocher des enseignants de pédiatrie ou du DES de médecine d'urgence, qui d'après notre expérience utilisent ces outils (Annexe 8).

Nous pouvons proposer quelques questions à aborder dans ce type d'intervention en utilisant une échelle de Lickert en 4 niveaux (pas du tout satisfait, pas vraiment satisfait, plutôt satisfait, tout à fait satisfait) permettant une analyse quantitative :

- . Quel est votre niveau de satisfaction sur l'organisation et le format de la séance ?
 - Lieux et locaux adaptés
 - Qualité de la présentation et de l'accueil
 - Matériel mis à disposition
- . Durée
 - Rythme
 - Supports utilisés
 - Composition du groupe / Effectif
- . Quel est votre niveau de satisfaction concernant le contenu de la séance ?
 - Couverture du programme prévu
 - Réponses à vos attentes
 - Équilibre théorie / applicabilité
- . Quel est votre niveau de satisfaction concernant l'animation de la séance ?
 - Clarté pédagogique et qualité de l'animation
 - Clarté des explications
 - Qualité des échanges avec et entre participants
- . Quel est votre niveau de satisfaction globale concernant cette séance ?

Dans ce questionnaire à chaud il serait intéressant de laisser la possibilité aux internes d'exprimer des ressentis et idées auxquels nous n'aurions pas pensé. Ainsi l'intégration de quelques questions qualitatives ouvertes à réponse courte permettraient de prendre en considération l'ensemble des richesses des idées des principaux intéressés :

- . Qu'avez-vous le plus apprécié lors de cette séance ?
- . Comment pourrions-nous améliorer votre expérience ?
- . Avez-vous des commentaires/suggestions d'évolution à faire sur cette rencontre ?

Si ces questions qualitatives mettent en évidence des thèmes communs, celles-ci peuvent alors être analysées et éventuellement être source d'évolutions pour les prochaines interventions. Ces évolutions devront alors être à leur tour évaluées une fois mises en place, pour en justifier le maintien ou la modification.

- Évaluer des connaissances.

Par la suite nous pourrions proposer des questionnaires d'évaluation de connaissances de base. L'idée est de permettre d'avoir des critères objectifs d'évaluation des apprentissages et des compétences acquises suite à la / les intervention(s).

Il s'agit d'un niveau 2 du modèle défini par Kirckpatrick.

La temporalité, le volume et la place au sein de la validation des semestres seraient sujets à une importante discussion avant sa mise en place.

Mais plutôt qu'une évaluation certificative, nous pourrions envisager une évaluation formative. Ainsi l'interne aurait la possibilité de faire et refaire ces questionnaires jusqu'à ce qu'il les valide.

Des outils se développent à l'heure de la formation sur l'internet 3.0. Nous pouvons citer parmi eux « Socrative » <https://www.socrative.com/> ou « Kahoot » <https://kahoot.com/fr/>, pour ne citer que les principaux actuellement. Une très bonne explication de l'utilisation de la plateforme Socrative est disponible à cette adresse : https://www.youtube.com/watch?v=fm-omIUldno&ab_channel=TechnologieColl%C3%A8geRoujan

- Une évaluation à froid.

Il s'agit là d'une évaluation à distance de l'intervention. Celle-ci peut être envisagée afin d'évaluer les différentes interventions dans un processus global d'apprentissage.

Ce type d'évaluation se penche sur des considérations plus larges, c'est-à-dire sur des stratégies d'organisation des enseignements. Elle est plus destinée aux décideurs et gestionnaires, au DUMG. Cette évaluation permettrait de faire ressortir si oui ou non les interventions ont permis de changer le comportement des internes, c'est-à-dire s'ils ont développé de nouvelles compétences. Il s'agit là du niveau 3 du modèle de Kirkpatrick.

Cette recherche est une étude à froid. Elle mesure et analyse la satisfaction de manière approfondie (accueil, encadrement, communication, contenus, compétences). Si des modifications de fonctionnement étaient envisagées il serait alors important de réaliser des évaluations à chaud pour adapter « au jour le jour » les évolutions envisagées.

Concernant les questionnaires, ceux-ci pourraient être utilisés de plusieurs façons détournées. En les rendant obligatoires et anonymisés lors de l'analyse, ceux-ci pourraient servir d'émargement par exemple. Ce serait une évolution face à l'infantilisation perçue de la signature de présence demandée lors des séances d'enseignements facultaires.

Dans un but de rétroaction sur la formation, nous proposons de créer et rendre les évaluations de séances obligatoires nominatives et anonymisées. À la fin de chaque enseignement les internes se connectent via un lien, un QR-code... à un questionnaire en ligne pour donner leur avis. La participation à ce questionnaire vaudrait feuille d'émargement.

Nous pourrions même envisager un quizz associé sur quelques contenus incontournables abordés durant la séance qui pourraient faire office d'évaluation sommative. Ces quizz pourraient être refaits un nombre de fois illimité jusqu'à la validation d'une note minimale. Ce format d'évaluation formative permet un ancrage profond des apprentissages. Nous rappelons dans ce but l'existence de plateforme comme « socrative » ou « kahoot » pour ne citer que les deux principales connues.

Une forte sensation de dénigrement des compétences de terrain ressort de l'analyse des verbatims. En particulier, l'invalidation d'un semestre entier sur l'invalidation d'un RSCA. Nous pourrions proposer un système déjà existant dans certaines facultés, qui impose à l'étudiant retardataire dans la validation de ses traces, la nécessité d'en produire une ou plusieurs supplémentaires au cours du semestre suivant. L'absence de production de telles traces induirait l'invalidation du semestre.

Peu importe le format, l'idée est de pondérer l'importance accordée à ces traces écrites d'apprentissage utilisées pour la validation au profit d'une expérience pratique et pragmatique dans les stages.

V.1.3.2. Concernant la valorisation de la formation personnelle des internes.

Toujours selon Tardif un des dangers dans l'utilisation de ce paradigme est de favoriser l'autonomie individuelle plutôt que l'autonomie collective. Il est nécessaire de renvoyer une image ou l'ensemble des apprenants est encouragé à suivre différentes formations complémentaires. Cela afin de respecter le fait que l'enseignant-formateur travaille sur le développement de l'identité propre à chaque étudiant.

Cette notion est la base de la réforme du troisième cycle qui se veut s'adapter aux profils et projets de chacun en ouvrant l'ensemble des champs d'exercice possibles.

Les internes font mention à de nombreuses reprises de la nécessité de « se former en cachette du DUMG » pour ne pas être inquiet de la validation de leur formation. Les formations annexes leur semblent plus intéressantes et utiles que les enseignements facultaires obligatoires.

V.1.3.3. Concernant l'impartialité ressentie concernant les validations.

Retours très mitigés concernant l'impartialité ressentie quant à la validation des traces écrites et des semestres ou phases.

En effet comme nous l'avons vu précédemment ces ressentis ont une répartition très nuancée. Entre insatisfaits de la formation et rumeurs qui circulent, ce sujet est suffisamment important pour que l'on s'y attarde. Ce ressenti est l'un des plus importants. Il en va de l'image globale que la structure renvoie à ses étudiants. La confiance. La confiance est le maître mot dans une relation de formation. Comme nous l'avons vu précédemment, Mucchielli (81) en parlant des conditions de d'apprentissage de l'adulte, rappelle que les apprenants adultes ne considèrent pas comme acquise l'autorité du formateur et qu'ils refusent le système de sanction tel qu'il est pratiqué dans le milieu scolaire. Si les critères de validation, invalidation à l'école primaire peuvent être biaisés par l'autorité de l'enseignant, dans le cadre de la formation adulte, cela ne peut exister. Les critères se doivent d'être clairs, précis, expliqués en amont, constants et similaires pour l'ensemble des apprenants.

Les conditions d'apprentissage de l'adulte nécessitent que le formateur précise les résultats attendus des interventions, qu'il favorise les succès sans démagogie et explique les échecs par les éléments observés, concrets et objectifs.

De même les objectifs doivent être annoncés clairement en début de formation et être cohérents avec les attentes des participants.

Les internes demandent également plus de transparence, avec des critères objectifs quant à la validation des traces et semestres. Ils demandent que le travail et l'avis des tuteurs soient respectés et que l'aspect littéraire des traces écrites ne puisse plus être le critère d'invalidation. Ils souhaitent que les validations pratiques en stages aient plus d'importance que les validations traces d'apprentissage.

V.1.3.4. Concernant la confiance accordée aux contenus préparés par les internes.

Même si elle ne semble pas mise à mal, nous avons constaté que les internes n'ont pas une totale confiance dans les contenus proposés par leurs co-internes.

« La confiance est l'assurance qui vient de la conscience que l'on a de sa valeur. Envers autrui, elle présuppose un certain abandon à l'égard des décisions de l'autre. La confiance se construit dans le temps, suscitant des sentiments et des comportements. Elle se mérite, doit être réciproque, respectueuse et commence par la confiance en soi. » Espinosa (88).

Ainsi, être dans l'obligation d'assister à des enseignements pour lesquels les internes n'ont pas une totale confiance dans les connaissances transmises et les compétences de l'intervenant, semble justifier la méfiance ressentie à leur égard. Ce ressenti peut expliquer la demande forte d'enseignements animés par des spécialistes du sujet.

Ces interventions semblent être du temps de formation mal rentabilisé. La charge mentale et intellectuelle des internes est déjà très élevée. C'est à notre sens un paradoxe pédagogique. Face à cela les internes proposent d'eux même l'animation de séances thématiques par des spécialistes du sujet. D'autres facultés utilisent ce système d'intervenants spécialistes pour s'assurer d'une bonne crédibilité et d'une réutilisation des savoirs transmis ou compétences engendrées (23).

V.1.4. Analyse de perception des formats d'intervention utilisés.

Nous pouvons exprimer deux grands ressentis des réponses aux questionnement concernant les formats d'interventions des enseignements.

Le premier est l'opposition quasi-unanime à l'utilisation des RSCA et dans une moindre mesure à l'utilisation des traces courtes d'apprentissage. Ces outils « pédagogiques » ne sont que peu considérés comme tel, mais plutôt comme des moyens d'évaluation et de validation. Nous y reviendrons.

La seconde est le fort engouement pour les ateliers de simulation et les échanges de pairs. Ceux-ci sont perçus comme plus pragmatiques, en lien avec la pratique de tous les jours. Ils sont réutilisables. Surtout ils sont perçus comme utiles et beaucoup moins chronophages. Les internes demandent à développer les ateliers de simulation autour de l'ensemble des geste réalisables en médecine générale ; Gynécologie, infiltrations, tests respiratoires, lectures d'EKG, échographie, polysomnographie,...

Nous pouvons et devons exprimer une troisième tendance étant donné le succès des demandes de celle-ci. Il s'agit de la volonté très importante des internes de mettre en place des cours magistraux et ou séminaires animés par des expert des sujets.

V.1.4.1. Une réflexion nécessaire au sujet des traces écrites et RSCA.

La balance temps imparti et utilité ressentie n'est vraiment pas en faveur des RSCA. Bien au contraire.

Nous pouvons noter un sentiment de défiance majeur vis-à-vis de ces supports d'apprentissage.

« Partir de cas cliniques me semble complètement adapté mais la lourdeur de travail que cela demande aux étudiants d'écrire une énième trace n'est pas formateur pour celui qui la prépare puisqu'il assimile cela à un exercice de validation de semestre. »

Un phénomène que nous avons pu entendre dans les discussions de préparation de ce travail de thèse était la proportion importante de la rédaction de récits imaginaires et imagés par les internes. Il était fait mention également de « copier-coller » de récits déjà existants. Malheureusement, nous n'avons pas pu vérifier cette affirmation dans notre questionnaire, celui-ci étant déjà suffisamment conséquent et le sujet n'apportant pas de réelle plus-value à notre étude. Il serait intéressant d'envisager un court travail d'évaluation spécifique à l'utilisation des RSCA à la faculté de Limoges pour vérifier ces propos.

Il ressort de notre étude une déception quant à la participation des tuteurs dans la validation des RSCA et plus généralement des traces d'apprentissage. En effet, plusieurs réponses font mention du non-respect du travail effectué en amont par les tuteurs qui lisent, corrigent et valident les traces écrites. Traces écrites qui auraient pu être invalidées par la commission par la suite.

Devant autant de défiance vis-à-vis des RSCA et de l'absence d'intérêt pédagogique ressenti par les internes, nous proposons si ce n'est l'abandon, au minimum une minoration de son utilisation. Une réadaptation du temps passé à l'analyse du récit et à celle des résultats des recherches effectuées devrait être envisagée.

Nous pensons qu'une réflexion quant à l'utilisation de cet outil doit être effectuée. En effet la validation de l'utilisation de ces travaux est issue d'un consensus d'expert (36). L'avis des apprenants concernant ce format pédagogique n'a que peu été pris en considération jusque-là. Pourtant les études et thèses réalisées sur le thème des RSCA semblent montrer un désaveu de cet outil pédagogique par les principaux intéressés.

Dans le cadre de son utilisation pour valider des semestres, nous estimons nécessaires de mieux présenter et expliquer les critères d'évaluation et de validation de cet outil. Une grille plus complète pourrait être intégrée au livret d'accueil des étudiants afin de leur permettre de s'y référer en cas de doute. Dans le cadre de l'utilisation comme outils d'apprentissage, proposer un guide permettant de réfléchir à la démarche clinique nécessaire pour aboutir à un diagnostic de situation. Il pourrait contenir les items suivant : identification et décryptage de la plainte, hypothèses diagnostiques, entretien et examen structuré, prise en compte des données psychologiques et environnementales, examens complémentaires, décision négociée, suivi.

Nous allons ici à contre-courant des idées développées au sujet de l'approche par compétence. Dans « L'évaluation dans l'approche par compétences en médecine générale » (90), les auteurs affirment que « le manque de compréhension globale du modèle constitue l'obstacle majeur à la pertinence de l'évaluation des apprentissages ».

Nous ne sommes pas d'accord. Cet avis laisse à penser que l'ensemble des étudiants n'adhérant pas à ce fonctionnement, auraient en fait un défaut de compréhension, que l'idée

est bonne, mais qu'ils n'ont pas les connaissances ou compétences nécessaires pour le comprendre. Que le but et les objectifs de l'outil ont mal été expliqués.

Un outil inutilisable n'est pas un outil.

Au travers du travail de mémoire (23) comparant les fonctionnements des différentes facultés de France, nous nous rendons compte de la grande variabilité de validation des différentes phases du DES de médecine générale. Ce constat, déjà fait en 2014 dans la revue *exercer* (91) montrait une grande diversité dans les modes de validations des internes.

L'utilisation des RSCA pour la validation doit être rediscutée. En effet, leur correction initiale par les tuteurs est chronophage également. Si les tuteurs valident un travail de réflexion de l'interne, pourquoi le faire invalider par la suite en commission. Économisons donc le temps précieux des tuteurs ou de la commission plutôt que de faire une double évaluation d'un outil dont l'attrait pédagogique (que ce soit d'apprentissage ou d'évaluation) n'est pas ressenti par les internes de Limoges et d'autres facultés.

Cette proposition va dans le même sens que les propositions des internes toulousains (78) : « Concernant le nombre de RSCA, les internes étaient unanimes sur le fait qu'ils voulaient diminuer leur nombre voire les supprimer. Certains souhaitaient pouvoir moduler le nombre de RSCA en fonction de l'année : par exemple, aucun en première année, ou un seul pour toutes les promotions, ou le diminuer en troisième année face à un travail de thèse prenant. Ils pensaient qu'en faire un à fond était plus intéressant que deux à moitié ».

Nous pourrions éventuellement les rendre facultatifs le cas échéant. Pour éviter que ceux-ci ne soient plus faits, il pourrait être envisageable de mettre en place un système de valorisation pédagogique de ces travaux. (Voir crédits d'enseignements facultaires)

L'utilisation des RSD est moins sujette à controverse dans notre étude. Leur utilité ressentie semble meilleure que celle des RSCA. Toutefois les 8 thèmes proposés sont trop restrictifs semble-t-il.

Nous proposons d'ouvrir les possibilités des thèmes des récits de situations difficiles. À l'image de certaines facultés [18] nous proposons de diminuer l'importance des récits de la situation et se concentrer plus sur la recherche de solutions. Le récit étant juste là pour contextualiser la situation.

V.1.4.2. La question des cours magistraux.

Nous pensons que ce n'est pas la méthode basée sur le paradigme d'apprentissage qui est mauvaise. Il s'agit plutôt de l'utilisation qui en est faite.

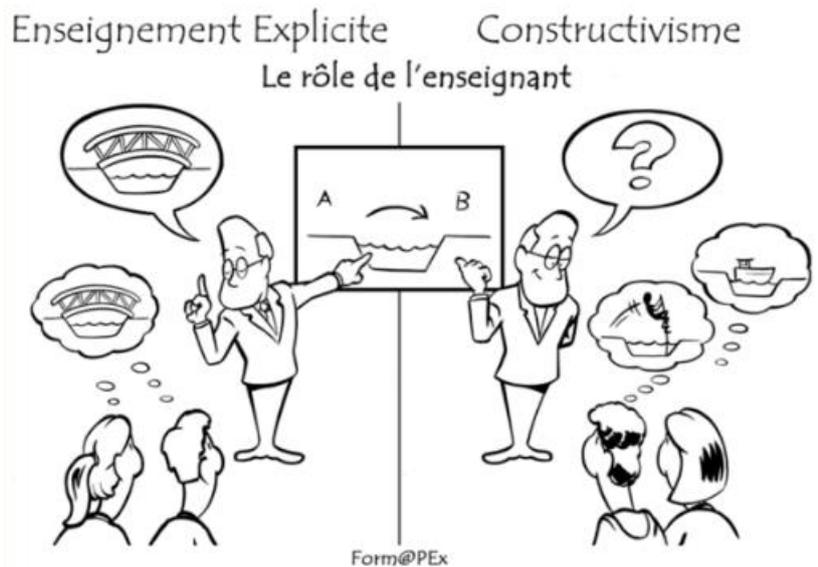


Figure 66. Le rôle de l'enseignant (DUMG Dijon)

Si l'idée de cette approche est que chacun se fabrique les connaissances et compétences adaptées à sa pratique pour répondre à une problématique, il est nécessaire de remettre en exergue deux aspects fondamentaux de notre pratique :

- Nous sommes soumis à une obligation de moyens.
- Nous devons nous adapter à des recommandations qui nous sont opposables.

Ainsi, si nous prenons l'exemple de la prise en charge d'une infection urinaire bactérienne, plusieurs antibiothérapies sont disponibles et peuvent être efficaces. Cependant la prescription et l'utilisation de celles-ci sont clairement définies par des recommandations et des algorithmes de prise en charge adaptés à la situation.

Certes nous avons donc plusieurs moyens de prendre en charge ce type de pathologie et nous devons de nous construire les compétences de le faire, mais nous devons également respecter les recommandations des sociétés savantes.

La demande d'enseignement sous format cours magistral ou séminaires est très forte. Il est donc impensable de ne pas recevoir d'apports de connaissances basés sur un discours unique, transmettant les règles générales. Les modalités de taille de groupe, de type d'intervenants, de validation, d'obligation présentielle sont à réfléchir en amont.

Argument supplémentaire à cette nécessité. Concernant la question du rang au ECN, nous avons observé que 83% des répondants étaient classés après le rang 4500, et 63% au-delà de 6000 (92). Nous n'avons pas de jugement concernant ces classements, nous en faisons partie.

Nous savons donc bien les lacunes et manques de connaissances avec lesquelles nous sommes entrés en internat.

Comment alors nous laisser entendre dire qu'à l'entrée en médecine générale nous avons toutes les connaissances nécessaires à l'exercice de cette discipline et que désormais seules de nouvelles compétences seront développées.

Partir du principe que l'ensemble des connaissances nécessaires a été acquis durant l'externat pour la préparation aux ECN (Lille, Besançon) (20) équivaut à se mettre des œillères,

se voiler la face, et se dédouaner du développement d'une formation adaptée aux besoins réels des internes.

Peut-être pourrions-nous commencer l'internat en nous questionnant sur le fait de savoir si oui ou non les enseignements théoriques de préparation aux ECN nous ont permis d'acquérir l'ensemble des connaissances médicales nécessaires à l'exercice de la médecine générale ?

Comme de nombreuses facultés (20), 22 pour être précis, nous proposons de mettre en place un système d'enseignement de base équivalent à un tronc commun de formation auquel pourrait se greffer des enseignements complémentaires optionnels que l'interne pourrait choisir en fonction de ses appétences propres.

Nous pouvons ici citer les facultés de Nantes, Nice, Brest, Bordeaux, Reims et Rouen (20), qui utilisent un système de crédit d'enseignement pour valoriser la participation à des formations et développements professionnels annexes.

La faculté de Nice nous semble être un des modèles le plus abouti.

Les internes doivent valider des enseignements complémentaires, qu'ils choisissent parmi une vaste liste mise à disposition par le département. Il est possible de distinguer sept catégories de formation : aide pour les travaux de recherche et la thèse ; MOOC / e-learning ; Formations ; Tests de lecture / lecture de livres ; Congrès ; productions personnelles (présentation d'une communication à un congrès, rédaction d'un article scientifique...) ; autres (groupes de pairs, groupe Balint...). Plus encore, les étudiants ont la possibilité de faire valider une activité, de manière à acquérir des crédits d'enseignement complémentaire. Sur les trois années de DES il est possible de valider bien plus de crédits que le nombre de crédits minimal requis.

La majorité des spécialités médicales et chirurgicales continuent de disposer de réels cours magistraux, ou, au minimum de cours en ligne qu'ils peuvent consulter en continue sur <https://sides.uness.fr/elearning/> ou désormais <https://formation.uness.fr/3C/my/>.

Des cours centralisés, permettant la transmission d'un message commun, unique, que les internes mettront en pratique en s'adaptant à la réalité du terrain de lieu d'exercice.

Après analyse individuelle des 44 spécialités possibles en choix de DES, seules 5 d'entre elles ne disposent pas de cours communs accessibles sur l'une de ces plateformes. Ce sont les DES d'anatomie et cytologie pathologique, DES de chirurgie reconstructrice et esthétique, DES d'hépatogastro-entérologie, DES de médecine nucléaire et DES de médecine générale. Les internes de DES de radiologie et imagerie médicale n'ont pas de cours disponibles sur ces plateformes mais disposent d'un contenu national validant sur le site du collège des enseignants en radiologie de France (<https://cerf.radiologie.fr/>). Ainsi malgré le fait de représenter la spécialité la plus importante en termes d'effectifs, la médecine générale n'utilise pas les moyens à dispositions pour transmettre des connaissances et une culture commune de cette spécialité.

Ainsi à l'heure où une quatrième année d'internat de médecine générale est en cours de discussion comment justifier d'une année supplémentaire si ce n'est pour compenser un système de santé en mal de médecin à tarifs limités ? L'internat actuel n'étant pas fait pour apporter des connaissances de base, comment justifier de le faire durer une année supplémentaire ? En poussant la réflexion jusqu'à l'absurde ; si l'internat de médecine générale n'existe pas pour transmettre les connaissances nécessaires à la pratique de la spécialité, est-il utile de réaliser 3 ans d'internat ?

L'utilisation du E-learning ou des MOOC semble se développer de plus en plus. Que ce soit au sein des différents DUMG de France (20), ou bien à travers les différentes spécialité médicales et chirurgicales. Les enseignements en ligne sont devenus la norme. Accessibles en tout temps et en tout lieu, ces derniers permettent de s'adapter à l'ensemble des pratiques. De la sortie de garde ou au milieu des transports en commun, la formation n'est plus limitée à un espace et une temporalité.

V.1.4.3. Que l'interne se questionne

Si par ces intentions pédagogiques, ce paradigme d'apprentissage cherche à ce que l'apprenant se pose les questions nécessaires à la création de nouvelles compétences, nous notons que ces interrogations n'étaient jusque-là pas utilisées de façon adéquate. Les questionnements sur un sujet n'étaient pas préparés en amont. Nous pensons ici aux GEP. Nous avons pu voir que le ressenti sur ces formats d'échange étaient particulièrement bien perçus par les internes comparativement aux autres formats. D'après nos recherches (23) l'utilisation de ces formats peut être améliorée. Ainsi la faculté des Antilles-Guyane organise 11 rencontres GEP (pour 11 familles de situations) autour de mini-RéSCA. Ces séances sont préparées et proposées par les étudiants en amont de la rencontre. Chacun prépare un récit et le partage avec les autres membres du groupe au préalable afin que chacun puisse se questionner individuellement, et éventuellement débiter des recherches. Les étudiants peuvent ensuite se servir de la discussion qu'ils ont eu ensemble durant le GEP pour effectuer l'analyse et les travaux de recherche afin de rendre un RéSCA finalisé.

D'autres université comme Brest, Clermont Ferrand, ou même Lille, utilisent ce principe de préparation en amont des séances. À Lille, les internes reçoivent un mail quelques semaines avant le GEF (Groupe d'Échange Facultaire) qui rappelle quelle famille de situation il faut aborder. L'interne envoie le récit de la situation vécue en lien avec le thème au tuteur au moins une semaine avant le GEF.

Dans ce but d'appropriation de sa formation, l'interne est donc amené à **préparer les interventions**, et il est **orienté sur un sujet typique de médecine général**, thème de l'intervention du jour.

Pourquoi ne pas envisager de les partager 1° avec les membres du groupe, 2° avec les membres de la promotion, 3° l'ensemble des internes de médecine générale de la faculté, 4° l'ensemble des internes de médecine générale au travers de plateforme type SIDES.

A Limoges, depuis 2020, il est désormais demandé à chaque interne, de prendre connaissance du RSCA support de l'enseignement du jeudi dès le lundi précédent, de l'analyser et de formuler des questionnements qui sont déposés sur un espace en ligne. Ces questionnements sont analysés par l'enseignant en charge de la séance pour adapter le contenu de celle-ci. Et ces questionnements sont pris en compte pour la validation de la séance d'enseignement.

Les internes ont fortement exprimé le désir d'encadrement d'intervention par des spécialistes. D'autres facultés (23) ont recours à ce système d'intervention mixte où le spécialiste médical, spécialiste de la physiopathologie et de la pharmacologie (le diabétologue) intervient conjointement avec un spécialiste du vécu de la maladie (patient) et un spécialiste du suivi de tous les jours (le médecin généraliste). Ce format d'enseignement semble être d'une richesse extrême afin de couvrir les différents aspects de la pathologie. Nous pouvons aussi envisager

des interventions de la part des infirmières puéricultrices sur les questions de l'alimentation du nouveau-né et de l'enfant ou de l'orthophoniste sur les troubles de l'oralité chez le nourrisson par exemple. De notre vécu d'interne en service de pédiatrie, ces dernières avaient montré une grande motivation pour envisager ce type d'intervention.

Afin de développer la réflexivité de l'interne et la formation continue et le maintien à jour des dernières connaissances et recommandations, nous pouvons citer l'exemple des services de pédiatrie de l'HME. Une fois par semaine, les internes préparent l'analyse d'article de revue scientifique. Cette analyse est présentée et s'en suit une discussion autour du sujet abordé. Une adaptation à la médecine générale pourrait être envisagée.

Ce système peut être utilisé pour présenter de nouvelles recommandations par exemple.

V.1.5. Analyse du développement des compétences en lien avec les situations à forte prévalence en médecine générale.

Analyse de la question :

Une plus grande valeur aurait été donnée aux réponses en modifiant l'échelle d'évaluation. D'une échelle complète, partielle, insuffisante, inexistante, nous aurions pu proposer une échelle d'évaluation : complète, presque complète, ponctuelle, insuffisante, inexistante. Nous ne pouvons donc conclure sur les réponses complètes et partielles.

L'évaluation « Complète » correspond à une minorité des réponses. En cumulé des quinze situations elles ne représentent que 10.3% des ressentis. Ainsi 89.7% sont donc des interventions incomplètes, donc partielles. Dans nos résultats les échelles partielle, insuffisante et inexistante sont donc trois évaluations non linéaires. Elles sont qualitatives.

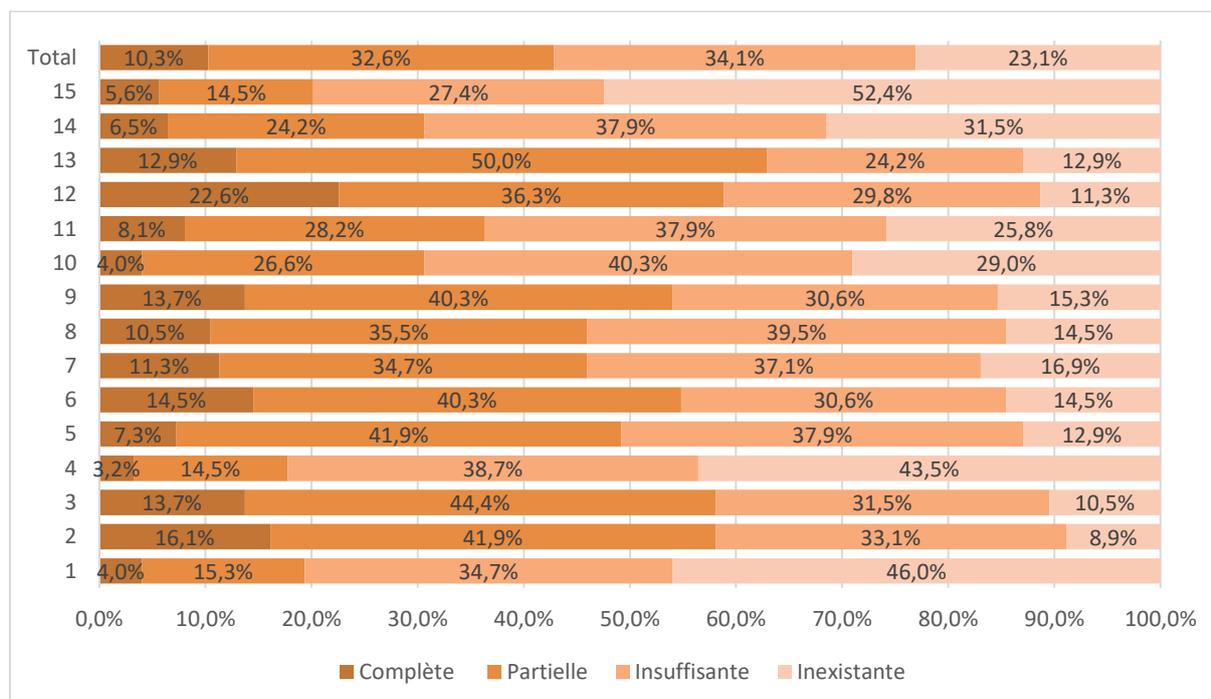


Figure 67. Comparatifs des niveaux de formation ressenties des 15 principales situations de médecine générale, en pourcentage.

Pour rappel :

- 1- Situations autour de problèmes de pathologies fréquentes (infectieuse, ORL, dermatologiques...)
- 2- Situations de soins autour de pathologies chroniques et de l'éducation du patient (maladie chronique : diabète, HTA, asthme, BPCO, IRC...)
- 3- Situation autour d'une action individuelle ou collective de prévention (cancers, obésité, dépistages...)
- 4- Problème d'urgence, d'incertitude (traumatisme, douleur thoracique, lecture d'EEG...)
- 5- Problème de santé de la personne âgée (MAD difficile, handicap, chute, démence, iatrogénie, fin de vie à domicile, soins palliatifs...)
- 6- Situations autour de la sexualité (généralité, reproduction, contraception, couple, méno-andropause, libido...)
- 7- Problème de santé du nourrisson, de l'enfant / adolescent (alimentation, suivi, troubles du comportement, vaccinations...)
- 8- Aspects médico-légaux, déontologiques, responsabilité (conflit, violence, conjugopathie, sévices, mesure de protection)
- 9- Problème de souffrance psychique (anxiété, dépression, TA, ...)
- 10- Problèmes sociaux, Précarité (associations d'aide...)
- 11- Problème de santé au travail (inaptitude, invalidité, arrêt de travail, accident, maladie professionnelle, souffrance, harcèlement...)
- 12- Situation de contact/communication difficile avec un patient (autre culture, deuil, patient exigeant, revendicatif, insatisfait, annonces...)
- 13- Problèmes de dépendance/addictions (alcool, tabac, drogue...)
- 14- Certificats divers (sport, hospitalisation sous contrainte, EHPAD, MDPH...) et prescription d'actes paramédicaux (kiné, orthophonie, IDE, orthoptie, psychomotricité...)
- 15- Gestion de cabinet/comptabilité/finance (cotisation, URSSAF, CARMF, ODM, modes d'exercices, AMELI, AGA, logiciels médicaux)

Figure 68. Liste des 15 situations à forte prévalence utilisée dans notre questionnaire.

Selon les résultats ci-dessus, aucune des situations n'est abordée de façon complète. Effectivement, étant donné la quantité et l'évolution rapide des connaissances dans chaque domaine, il est impossible de dispenser une formation complète sur chacun de ces thèmes. (D'où l'importance de favoriser l'autoformation continue de l'interne).

Toutefois, nous voyons que le ressenti des internes se fait majoritairement sur un ressenti d'insuffisance ou d'inexistence plutôt que d'abord partiel.

V.1.6. Analyse de la perception des contenus d'interventions.

Nous avons l'impression que l'on forme des médecins pour répondre au besoin de service public, mais que l'on ne leur met pas à disposition les moyens de rendre service au public.

La formation actuelle pourrait être assimilée à celle d'une secrétaire médicale à qui on fait apprendre la langue française, le vocabulaire médical, la structuration d'un courrier, les relations avec un patient, mais à qui nous n'avons jamais expliqué le fonctionnement de l'ordinateur de bureau.

« Les thèmes sont tous abordés mais avec trop de légèreté... Il faudra que le DUMG s'ouvre plus vers les autres, un endoc pour le diabète, une ide spé pour la prévention, un médecin du travail, de la sécu, de la MSA pour la paperasserie, une conseillère URSSAF CARMF pour le

bazar administratif. Des témoignages de jeunes installés etc. Un peu de concret, des gens passionnés plutôt qu'une présentation d'un interne saoulé par sa formation qui a cherché les infos sur Google car il n'avait pas le temps de faire un chouette diaporama en rentrant de stage à 21h....Le DUMG est trop fermé, alors que la médecine générale est un métier ouvert aux autres où la coordination avec les spécialistes est plus qu'indispensable !!!! »

Des réponses de nos collègues internes, il ressort un manque de formation globale. Nous avons vu précédemment la volonté de développer les sujets fréquemment rencontrés en médecine générale. Comme dans certaines facultés (23), les enseignements ne devraient pas se contenter de cerner les 11 familles de situations fréquentes mais s'ouvrir à l'ensemble des situations potentiellement rencontrées en médecine générale. L'utilisation d'une catégorisation en 15 familles de situations (Annexe 6) nous semblerait plus adaptée à la couverture du monde de la médecine générale.

Au travers de ce travail nous avons pu nous rendre compte que l'ensemble des 15 situations à forte prévalence en médecine générale développées ici, ne sont pas couvertes par la formation facultaire.

Nous proposons de passer des 11 situations communément utilisées, à 15 situations qui semblent couvrir d'avantage l'ensemble de la pratique du médecin généraliste. (Annexe 3, Annexe 6)

La mise en place de séminaires ou enseignements thématiques pourraient être une potentielle évolution des enseignements.

Les thèmes les plus fréquemment réclamés par les internes sont assez variés. Cependant certains sont plus présents.

La demande principale des internes porte sur la gestion de la vie professionnelle, la gestion du cabinet et de tout l'administratif que cela implique. Nous ne bénéficions actuellement d'aucune formation ou information à ce sujet.

Nous proposons l'instauration d'un module « vie professionnelle / gestion du cabinet » développé tout au long de l'internat, couvrant les aspects pragmatiques de la gestion d'un cabinet avec tous les aspects logistiques, administratifs, financiers, mode d'exercice... auxquels les internes seront confrontés lorsqu'ils débiteront leur exercice.

Les thèmes à aborder pourraient être :

- Débuter les remboursements (URSSAF, CARMF, CPAM, ODM, RCP, Prévoyance...)
- Tutoriel Cotation, comptabilité, gestion, investissement, impôts
- Séminaire de test des logiciels médicaux (journée portes ouvertes pour tester l'ensemble des logiciels), messagerie sécurisée, ameli pro, e-cps,
- Matériel informatique, de télétransmission, paiement CB, lecteur sesam-vital
- Différents modes d'exercices : installation, remplacement, libéral/hospitalier/salariat, mixte, missions, téléconsultation,
- Le médecin gestionnaire d'une entreprise (bâtiment, achat, location, frais, investissements, employés, fournitures, lignes téléphoniques, internet...)

- Différents modes d'exercices (salarial, libéral, mixte, MCS, MSP...)
- Permanence des soins, obligations, responsabilité
- Gestion d'un remplacement, d'un remplaçant.
- Formation de spécialisation (FST, DU, DIU, FMC (obligations)...))

D'autres thèmes sont récurrents dans les doléances des internes.

- Dermatologie,
- Traumatologie et orthopédie,
- Rhumatologie et articulations,
- ORL,
- Ophtalmologie,
- Infectiologie,
- Pneumologie,
- Lecture d'ECG normal (dans le cadre des certificats médicaux)
- Suivi du nourrisson et de l'enfant

Pour synthétiser il ressort des demandes des internes de passer plus de temps sur les motifs fréquents de consultation.

Ils ne souhaitent pas des enseignements sur des pathologies, mais sur des prises en charge en ayant pour point de départ le motif de consultation et non le résultat de consultation ou diagnostic.

Juste après la demande de développement des enseignements sur les pathologies les plus prévalentes, viennent les demandes sur les thèmes des pathologies chroniques et de leurs suivis. HTA, Diabète, IRC, Asthme, BPCO, syndrome dépressif sont celles qui ressortent le plus)

La réflexion autour des contenus à envisager est un large travail qu'il serait important de réaliser conjointement avec les internes.

Une interne propose : « Demander à chaque promotion pendant quelques années puis faire ressortir les incontournables et les adaptables »

Certes chaque interne doit, dans ce paradigme, venir avec ses propres questions et interrogations, ainsi que des besoins propres. Cependant certaines questions sont « universelles ». C'est là où se situe toute l'importance du travail du DUMG, de les faire ressortir, de les analyser et de proposer des réponses collectives selon des recommandations. Tout cela dans la perspective de laisser l'interne se consacrer aux questionnement et besoins qui lui sont propres.

Nous insistons sur l'absence de partage organisé des recherches et travaux individuels. Ces derniers ne restent utiles qu'à ceux qui les écrivent et ceux qui les corrigent. Ils pourraient être valorisés et mis à disposition de tous, au travers d'un système de partage de documents de

recherche afin de répondre à des questions que d'autres se posent. La création d'un espace internet, répond à ce besoin.

Aborder les thèmes et domaines de l'urgence semble être une inquiétude pour les internes. À ce sujet il est à noter la création récente d'un partenariat avec le SDIS 87, au travers du SSSM (Service de Santé et de Secours Médical) qui pourra être force de proposition et de formation dans les domaines de l'urgence médical en préhospitalier. C'est aussi une occasion unique de créer des liens avec des centres locaux qui seront des intervenants secouristes de choix en cas d'installation en campagne. À l'heure où les campagnes manquent cruellement de médecin dans un contexte de désertification médicale (57), il est opportun de créer des liens entre les différents intervenants en différents lieux et de favoriser les communications interdisciplinaires, comme il se fait pour les nouveaux internes aveyronnais volontaires, par exemple, qui sont intégrés au sein du SSSM afin de bénéficier de formations pratiques. Un partenariat avec la CPAM est en cours pour la refonte de cet enseignement. BOURGAIN C. « Refonte d'une formation sur la sécurité sociale pour les internes de médecine générale ».

V.1.7. Analyse de la perception globale de la formation.

Analyse de la place de l'interne en tant qu'acteur principal de sa formation.

Nous avons l'impression par le biais de nos discussions et au travers de ce travail de recherche, que bon nombre d'interne font simplement profil bas pour s'assurer de correspondre au modèle d'apprenant souhaité par le DUMG de Limoges, se bridant et se privant de tout un panel d'apprentissage envisageable. (Voir paragraphe IV.2.2)

Il serait de bon ton de rendre l'interne, qui est considéré aujourd'hui comme étant « acteur de sa formation », désormais « réalisateur de sa formation ». Il passerait alors d'une posture dans laquelle il joue son rôle d'apprenant, pour répondre aux demandes d'un DUMG metteur en scène, à un rôle de créateur produisant et réalisant lui-même le film « dont il veut être le héros ».

Si l'on en croit le développement du paradigme de l'apprenant voulu par le CNGE depuis quelques années, cette transition a tout son sens. Des efforts afin de développer ces aspects sont donc à envisager.

Il est d'autant plus frustrant de se rendre compte de l'insatisfaction des internes concernant leur formation facultaire, alors qu'au travers de leurs commentaires, ils semblent plutôt satisfaits leur qualité de vie d'interne à Limoges. La qualité de vie à Limoges, la qualité des stages, les relations entretenues et la présence du DUMG défendant leurs intérêts en stage sont d'autant de crédits apportés au cursus limougeaud.

« La formation à la faculté a été un handicap la plupart du temps, très chronophage et rarement intéressante, il n'y a selon moi aucun sens à la continuer tel quel. Au final, ce sont les chefs et les médecins sur les terrains de stages qui m'ont appris comment pratiquer la médecine générale. »

« L'ambiance de la formation a été très bonne, mais le fond n'est pas toujours adapté »

C'est bel et bien la formation facultaire comme elle est actuellement organisée qui ne correspond pas aux attentes des internes. Et pour cause. Leur avis n'avait jamais été pris.

V.2. Analyse de la littérature existante, validité externe.

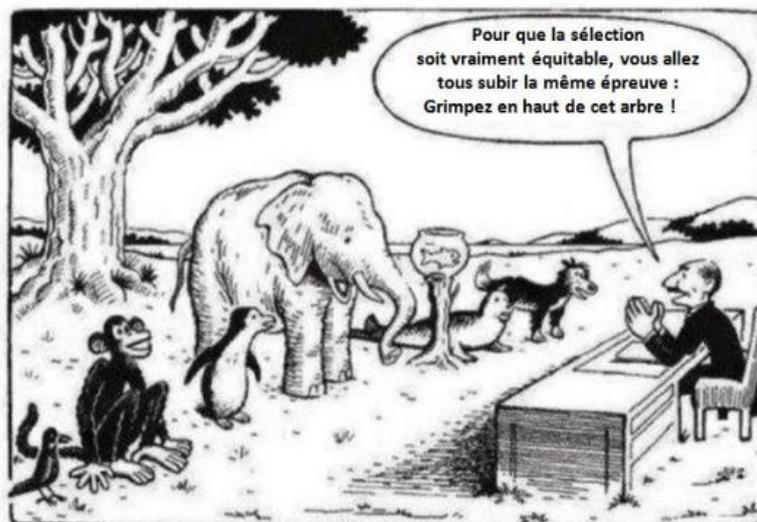
V.2.1. Le constat.

Chaque génération d'internes constitue une manne quasi-infinie d'idées, de propositions, de motivations qu'il serait intéressant de prendre en considération pour faire évoluer la formation et ainsi l'inscrire dans son temps.

L'analyse des besoins est la première étape dans la conception d'une formation. Ainsi, si de nombreuses études de santé publique évaluent les besoins de la population en termes de soins, la publication du « Référentiels métiers et compétences – Médecins généralistes, sages-femmes et gynécologue-obstétriciens » (49) a permis de mettre en exergue ce que la société attendait d'un médecin généraliste compétent.

Si les formations se basent sur ce document pour répondre aux attentes des décideurs sociétaux, nous estimons que ce dernier n'est pas suffisant et oublie complètement le point de vue des formés, et premiers intéressés, les internes et futurs médecins. À aucun moment de ce référentiel il n'est pris en considération ce que le jeune interne attend de sa formation pour se sentir compétent. Ce document, créé pour synthétiser les besoins des décideurs, ne prend pas la mesure des besoins des formés pour répondre à ces objectifs.

Nous considérons qu'il existe une discordance entre le programme institutionnel de formation et les attentes et besoins des internes. De ce fait, il nous est donc difficile de répondre de manière adaptée aux demandes de la société en termes de santé. Pire encore, de nombreuses études semblent montrer que les internes subissent leur formation facultaire au lieu de la vivre.



« Si vous jugez un poisson à sa capacité à grimper à un arbre, il croira toute sa vie qu'il est stupide. » Albert Einstein

Figure 69. Illustration concernant l'évaluation des compétences propres.

Statistiquement, nous rappelons que la majorité des internes choisissant l'internat de médecine générale à Limoges sont classés après le rang 4500. Ils ont donc quelques manques en termes de connaissances de base médicale, si l'on en croit ce classement. Peut-être ont-ils besoin avant tout d'un rafraîchissement sur les connaissances utiles en médecine générale.

V.2.2. Ressentis et attentes d'un point de vue global.

De nombreuses thèses se sont penchées sur les attentes des internes de médecine générale quant à leur cursus de DES.

Nous avons dans un coin de tête cette citation du DUMG de Besançon :

« Il ne s'agit plus d'acquérir de nouvelles connaissances, car à ce stade de la formation les savoirs théoriques sont déjà validés ».

Elle va à contre-courant du ressenti des internes.

Certaines, soutenues par le CNGE (58), ont permis de faire ressortir les opinions et attentes des internes vis-à-vis du DES de médecine générale existant, comme en 2015 le travail de Landry (59), ou bien de réaliser des projections sur les opinions et attentes des internes vis-à-vis du DES de médecine générale idéal avec le travail de Cathalan (60).

Concernant la maquette des enseignements du DES « idéal », les cours magistraux en petits groupes étaient le plus souvent retenus par les internes, puisque 77.8% d'entre eux les considéraient comme utiles. Venaient ensuite, les groupes d'échanges de pratique interactifs avec 71.2% des internes puis la participation à des congrès pour 69.1% des internes. Les cours magistraux en grands groupes rassemblaient 25.0% d'internes en accord ou tout à fait en accord.

Aux Antilles-Guyane, Favier en 2016 (61), évaluait la qualité des enseignements théoriques selon plusieurs critères. Applicabilité du contenu à la pratique professionnelle ; Organisation matérielle du cours ; Interactivité du cours ; Réponse aux attentes de formation. Les ressentis généraux étaient assez mitigés avec des évaluations respectives de 2.9, 2.6, 2.9, 2.5 sur 5, qualifiée de moyenne. Outre ces résultats concordant avec les résultats précédents et ceux de notre étude, nous trouvons intéressant de lister quelques critères de qualité qui pourraient être utilisés à Limoges pour évaluer l'action pédagogique.

A Paris Est Créteil, en 2015, Landry évaluait l'opinion et les attentes des internes vis-à-vis du DES de médecine générale actuel (59). L'appréciation des méthodes d'enseignement tout comme celle des travaux d'écriture variaient de manière significative entre les promotions. Les méthodes d'enseignement étaient considérées comme partiellement adaptées pour la majorité des internes (51,5%). À Limoges, ils étaient 35,1% en désaccord ou tout à fait en désaccord avec ces méthodes.

Concernant les travaux d'écriture clinique, 39,9% des internes étaient insatisfaits (en désaccord ou totalement en désaccord) contre 39,7% partiellement d'accord. Seuls 19,8% des internes semblaient satisfaits. À Limoges ce taux montait de manière significative à 64.9% des internes en désaccord ou tout à fait en désaccord avec ces travaux d'écriture. Devant ce constat Landry (59) proposait que chaque faculté se compare à celle qui a le meilleur taux de satisfaction afin de s'inspirer de son modèle pour créer le sien. L'avis des internes pourrait être sollicité. Pour cela, il faudrait passer outre certaines visions d'enseignants sur l'interne. Celui-ci ne cherche pas forcément la solution la moins coûteuse en termes de temps de travail mais celle qui présenterait la meilleure rentabilité.

Globalement, nous notons que la grande majorité des études réalisées dans différentes facultés de France dont Lille, Paris, Poitiers, Tours, Amiens ont montré qu'il existait une insatisfaction des internes de Médecine Générale concernant les enseignements qui leur

étaient dispensés. Nous pouvons citer l'étude de Ricard à Amiens en 2014 (62), celle de Perriot en 2014 (63), ou bien encore celle de Hautot à Nantes en 2017 (47).

L'étude de Lucet en 2013 (64), montrait que les internes étaient 61% à ne pas être satisfaits des enseignements théoriques, 14% à ne pas être satisfaits par les groupes d'échanges de pratique supervisés et 13% à ne pas être satisfaits par les questions d'actualité. Cette étude évaluait grâce à des questionnaires quantitatifs, la satisfaction des étudiants, quant aux nouveaux enseignements, faisant suite à leur restructuration en avril 2012.

En 2014, Une grande enquête nationale a été menée par questionnaire sur l'opinion et l'attente des internes vis-à-vis du DES « idéal ». 3366 internes en Médecine générale ont participé. Les cours magistraux en petits groupes étaient plébiscités par 77.8% des étudiants, venaient ensuite les GEAP à 71% (65) (59,60).

En 2017 un travail cherchant à déterminer les raisons des absences aux enseignements dirigés et GEPS à la faculté de Lille a montré que pour un faible taux, ces absences s'expliquaient par un manque d'intérêt pour les cours (66). Une question simple à poser aux étudiants : « si les enseignements facultaires n'étaient pas obligatoires, y assisteriez-vous systématiquement ? »

Dans l'étude de Galam publié dans la *Revue Du Praticien* en 2005 (67), concernant l'évaluation des enseignements théoriques de l'UFR de Paris 7, la satisfaction globale était de 2,68 sur un score allant de 1 à 4 (4 étant la meilleure note).

L'étude de Dahan à Paris en 2009 (68), a montré que pour 71% des étudiants parisiens les enseignements dirigés ne répondaient pas à leurs attentes et que dans sa globalité, l'enseignement proposé par le DMG de Paris VI recueillait 41.67% d'opinion défavorable.

À Rouen, en 2011, Paula Palma évaluait le niveau de satisfaction des internes Rouennais (69) concernant l'ancien format du DES de médecine générale. L'analyse révélait une insuffisance d'enseignement sur des thèmes précis (par exemple la thérapeutique). Certains dispositifs pédagogiques (séminaires, jeux de rôles) ont été vivement critiqués. Les groupes de pairs, permettant le partage d'expérience, ont été plébiscités. Certains internes ont exprimé leur soif d'acquisition de connaissances théoriques nouvelles, mais toujours dans un souci d'applicabilité à l'exercice de la médecine générale. Enfin, les internes ont souligné l'inadéquation de leur formation initiale, avec leur pratique à venir.

En 2016, Lajzerowicz concluait sur l'évaluation par les internes de médecine générale d'Aquitaine de la partie théorique du DES (70), que la majorité des internes interrogés estiment que le portfolio et les cours ne sont pas assez formateurs. L'aide apportée par le DMG est appréciée mais estimée comme non suffisante et de qualité variable. La désapprobation exprimée augmente avec l'année d'internat. Enfin, les internes rapportent le manque de temps pour leur formation personnelle. Le vécu de la formation théorique du DES est donc insuffisamment positive. Il ressort de cette enquête un manque de motivation pour le portfolio, les cours et la thèse et par conséquent un manque d'investissement (retard dans l'élaboration du portfolio et de la thèse, absence de contribution diverse). Parmi les causes possibles, on met en évidence une difficulté d'adhésion au modèle pédagogique proposé (le portfolio) et le défaut d'harmonisation entre les enseignants. Les internes expriment en revanche une volonté de voir les choses s'améliorer.

Nous ne pouvons pas interpréter ces résultats en regard de ceux de la faculté de Limoges. Les modalités de dispense et de réalisation des enseignements théoriques et les constituants

exacts de chaque module sont discutés dans chaque faculté par le DUMG et soumis à l'approbation du président de l'université (15). Il existe des disparités entre les facultés dans les enseignements théoriques hors stage (23).

V.2.3. RSCA dans la littérature.

Les RSCA sont un sujet souvent abordé dans les travaux d'évaluation de satisfaction et de ressenti des internes de médecine générale.

Développés à la suite des travaux de Le Mauff (71), et récemment repris par Biagioli (72), les RSCA ont la part belle au sein des portfolio des internes de médecine générale de France. Des points de vue de chercheurs en didactique et pédagogie qui semblent ne pas prendre en considération l'avis des principaux intéressés, les apprenants. En effet de nombreuses études et recherches menées par les internes et premiers utilisateurs de cet « outil » semblent contredire la plus-value ressentie par les enseignants.

À Angers, Acker (73) met en avant l'aspect chronophage et le manque de temps parmi les raisons expliquant la difficulté permanente de l'écriture de ces RSCA.

Nous retrouvons les mêmes critiques dans le travail de Chalons à Tours en 2011 (74). Les internes ajoutaient que pour trouver une réponse aux problèmes rencontrés qui leur serait utile dans leur pratique, ils n'ont pas besoin de l'ensemble de la structure du RSCA. La nécessité de tout rédiger (et notamment de dactylographier) pour le RSCA renforce sa pénibilité. Cela traduit une obligation d'apporter la preuve de ses connaissances. La structure donne une image scolaire du RSCA. Ils ont l'impression de perdre leur autonomie dans leur formation et d'être victime d'une punition. Cette situation est difficilement supportée en fin de cursus médical. Les internes avaient l'impression d'écrire leur RSCA pour correspondre aux attentes des enseignants. Les remarques et critiques effectuées semblent ne porter que sur le côté littéraire, la forme du RSCA, sans aider à progresser sur le fond du problème. Ces remarques sont ressenties comme infantilisantes, en décalage avec la vie réelle de l'interne. « Les internes trouvent que les enseignants ne se remettent pas en question alors que leur outil ne remplit pas sa fonction. Ils laissent peser l'échec du RSCA sur les épaules de leurs étudiants. Cela est perçu comme infantilisant. »

A Paris, Dahan (68), avait mis en exergue un avis assez divergent sur le fait que les RSCA étaient un bon outil de formation personnelle. 57.4% des répondants étaient tout à fait ou plutôt d'accord avec cette idée. Cependant concernant le fait que ceux-ci soient un bon outil d'évaluation des compétences, aucun n'était tout à fait d'accord, 25.9% étaient plutôt d'accord, et 62% n'étaient pas du tout d'accord pour considérer cet outil comme performant pour évaluer les compétences des internes.

En 2011, à Bordeaux, Alanvert (75), avait montré au sujet du vécu de leur internat que 57.5% des interrogés déclaraient vivre négativement la rédaction du portfolio et l'enseignement théorique.

En 2015, à Amiens, Roose (76) exprimait le ressenti des internes concernant les RSCA comme étant une charge de travail trop importante. Considéré comme une corvée, avec des difficultés à gérer leur temps entre les stages, la faculté et les traces écrites ainsi que leur vie personnelle. « Je trouve que c'est chronophage et que l'on a déjà beaucoup de boulot, j'aimerais bien aussi faire le point sur mes bouquins mais je n'ai pas le temps parce que quand je rentre du stage je fais le port folio », des réponses concordantes avec nos résultats.

De même les RSCA sont alors vécu comme infantilisant, d'être surveiller et de devoir rendre des comptes au DUMG comme s'ils (les internes) étaient en primaire. « Je pense que c'est nous infantiliser, le fait de devoir réciter ce que l'on fait dans la vie de tous les jours ». L'aspect je raconte une histoire à l'enseignant ne séduit pas.

De plus, les internes ont noté un manque d'interaction avec le corps enseignant, notamment par le sentiment d'un manque d'explication vis-à-vis des critiques émises sur leur travail, un défaut de clarté, d'objectivité, et de discours unique concernant les façons d'évaluer le travail produit.

Les internes ont considéré toutefois que la rédaction des traces courtes d'apprentissage (TCA) lors des stages en ambulatoire était un bon outil d'auto-formation, leur permettant d'une part une formation continue par le biais de la recherche et des révisions qu'ils devaient effectuer sur le sujet, et d'autre part par la remise en question que ce travail suscitait, les faisant réfléchir sur leur propre pratique. A l'inverse des RSCA eux considérés comme trop chronophage pour l'apport escompté.

Une critique était émise toutefois, concernant le volume des traces courtes d'apprentissage concernant le volume demandé lors du stage en médecine générale. Deux traces par semaines obligatoirement même en l'absence de sujet intéressant à traiter. Une impression de favoriser la quantité à la qualité.

En 2014-2015, Ete (77), dans une étude qualitative sur les RSCA, arrivait à la conclusion que les étudiants demandaient plus d'autonomie dans les choix des sujets, avec une évaluation sur des critères validés et expliqués.

En 2017, à Toulouse, Perez et Sinca (78) concluaient également à une incompréhension de cette trace écrite par les étudiants qu'ils trouvaient chronophage avec une nécessité d'homogénéisation des évaluations par les tuteurs.

Nos résultats sont concordants avec cette étude. La perception des récits de situations complexes et authentique (RSCA) par les internes de médecine générale de Midi-Pyrénées (78) est très négative.

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

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

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

En termes de nombres de RSCA là encore, les résultats de notre étude concordent avec celle de Perez et Sinca (83) : « Les internes signalaient qu'il existait des différences entre toutes les facultés tant sur le nombre de RSCA que sur le fond. Selon eux, il n'existait pas autant de travaux de recherches dans les autres facultés. Il y avait trop de travaux d'écriture clinique à la faculté de Toulouse ». Ces ressentis semblent fondés (23) et une grande diversité de

l'importance accordée au RSCA est visible en fonction des facultés concernées. L'unification voulue par les différentes réformes ne semble absolument pas effective.

Dans la même étude nous retrouvons des résultats similaires quant à l'évaluation qui est faite aujourd'hui des traces courtes et des GEP.

« Par comparaison aux SCRE perçus comme plus complets, le RSCA était non apprécié. En effet, le SCRE était vu comme plus pédagogique, plus adapté et plus intéressant. Fait plus régulièrement, il s'agissait selon eux, d'un écrit objectif, rapide et facile, une fiche pratique réutilisable pour la pratique future à contrario du RSCA. Une minorité d'internes jugeait le SCRE comme redondant avec le RSCA. Par comparaison aux GEP, les internes trouvaient majoritairement que ceux-ci préparaient aux groupes de pairs et étaient plus intéressants. Finalement, les SCRE et les GEP étaient vécus comme plus intéressants. » (83)

Nous nous inscrivons complètement dans la même évaluation du ressenti des internes.

Plus généralement c'est l'ensemble du système de portfolio qui semble être montré du doigt. En effet dans une étude réalisée à Lyon en 2021 (89), les auteurs font le constat que seulement 14% des 212 internes répondants estiment que le portfolio est un facteur d'autoformation, les GEP pour 69% d'entre eux, le tutorat pour 34%, et les stages pour 73%.

Il est à noter qu'il n'existe pas ce type de production dans les cursus des autres spécialités de DES. D'après cette même étude, « Les internes argumentaient sur le fait qu'il n'y avait pas de production identique au RSCA dans les autres spécialités et que le RSCA dévalorisait la spécialité de MG. Cependant, ils avouaient qu'une obligation de produire était présente dans toutes les spécialités ».

Cet aspect récit à la première personne est perçu comme dévalorisante et sujette à quelques commentaires du genre « travail de comptine pour adulte ».

En 2017, à Nantes, l'étude de Hautot (79) montrait que les internes critiquaient le fait que l'outil soit difficile à comprendre car il le trouvait abstrait avec une structure rigide. Autant ils avaient bien perçu l'intention de développer leur capacité réflexive et l'intérêt pour l'autoformation, autant il semble que peu d'internes interrogés avaient compris que l'outil devait servir de support à leur autoévaluation. Ils avaient surtout perçu l'outil comme le support d'une hétéroévaluation devant valider leur année, étant encore dans une approche sommative de l'évaluation. Ils n'avaient pas perçu le but formatif d'autoévaluation, visant à guider leurs apprentissages ultérieurs.

Les auteurs se posent la question d'un éventuel reflet d'immaturation des internes ou d'un manque d'explication de la part de l'équipe du DUMG. Pouvons-nous vraiment penser qu'après avoir vécu un des cursus d'études le plus long qui soit, nous sommes en présence de personnes réflexivement immatures ?

En 2018, Rives Couto a réalisé sa thèse d'exercice dont l'objectif était d'évaluer anonymement la satisfaction des internes de médecine générale de la promotion 2017 de la faculté de Montpellier concernant le portfolio. Cette promotion était la première à être évaluée obligatoirement avec le portfolio. Elle a réalisé un questionnaire qui sondait les 130 internes de cette promotion : 59 d'entre eux avaient répondu (80).

L'évaluation générale du portfolio était moyennement satisfaisante (2,75 sur 5) avec des Récits de Situation Complexe Authentique (RSCA) considérés comme difficiles par les

internes (2 sur 5). Le portfolio était considéré comme un travail rébarbatif (84,7%) pour lequel les internes manquaient d'intérêt (62,7%). L'analyse en sous-groupe ne révélait pas de différence significative. Les IMG demandaient un portfolio moins chronophage et des RSCA mieux explicités. Les principales difficultés qui leur sont attribuées étaient « rébarbatif » et « peu intéressant ».

Les internes attendaient du portfolio d'autres apports, tant sur le fond que sur la forme. Sur le fond, ils auraient aimé une synthèse de l'internat, un suivi des progrès, un apport de connaissance théorique avec rappels fréquents, un ciblage des lacunes, une aide à la réflexion sur le projet professionnel, une aide sur le processus de la thèse. Sur la forme, ils auraient attendu un portfolio plus ergonomique, non obligatoire, moins chronophage, une évaluation sur le terrain de stage et des autoévaluations.

Nos résultats vont dans le sens plus global du ressenti général au sujet du portfolio. En effet, dans les suites du travail de thèse de Cozzolino (81), c'est bien l'ensemble des traces écrites qui sont décriées. Les internes définissent le portfolio comme « un travail rébarbatif (95%), avec un manque d'intérêt (66%) mais aussi un manque de compréhension du travail attendu (78.5%) ». Il évaluait entre autres le ressenti des RSCA. Sur 65 répondants 27.7% étaient insatisfaits et 23.1% plutôt insatisfaits. 35.4% n'étaient ni satisfaits ni insatisfaits. Seuls 13.8% étaient plutôt satisfait, et aucun n'était satisfait.

Concernant la pertinence des questions posées dans un RSCA et la clarté de celle-ci, les résultats étaient moyens avec une évaluation moyenne à 2/5. La clarté des questions posées dans un RSCA n'obtenait une moyenne de satisfaction que de 1.9/5.

Cozzolino met en avant que les RSCA ne suscitent qu'une satisfaction moyenne de 2,3/5 en fin d'internat alors que les internes n'y sont pas réfractaires initialement. Il suppose donc que c'est le caractère rébarbatif, peu clair et peu flexible du RSCA qui le rend si peu apprécié. A noter que quel que soit l'ancienneté des internes les RSCA sont vraiment peu acceptés.

En 2021, à Rouen, Gosselin (37), évaluait le point de vue des internes concernant la mise en place de la réforme de 2017. Le taux de satisfaction concernant la formation par les RSCA est globalement médiocre avec une note moyenne de 3.99/10. Les internes sont assez expressifs et parlent de « situations fantasmées par le DUMG », avec « trop de ressenti ». Ils considèrent cet outil comme étant chronophage. La réalisation d'un RSCA leur prenait en moyenne 17,26h (de 4 à 50h) avec une médiane de 15h.

Les internes de médecines générales rouennais ne sont en effet pas pleinement en accord avec les nouvelles modalités de formation. L'absence de cours magistraux et le mémoire de fin de DES sont peu appréciés ainsi que, dans une moindre mesure, les vignettes, le séminaire interprofessionnel et les TCS. Les étudiants sont en revanche très satisfaits des GEP et de l'atelier gestes pratiques.

Le temps de travail facultaire était ressenti comme chronophage pour 76.86% d'entre eux.

Concernant l'absence de cours magistraux, le taux de satisfaction était faible avec une note moyenne de 3.58/10. Les étudiants regrettent « un manque de connaissances thérapeutiques », « un manque de connaissances basiques », et souhaitent « revoir les points fondamentaux ».

A l'inverse les ateliers de geste pratiques et les GEP bénéficiaient d'une bonne perception. Le taux de satisfaction concernant les ateliers de gestes pratiques était très bon avec une

évaluation moyenne à 7.36/10. Le taux de satisfaction concernant la formation par les GEP est quant à lui très bon avec une note moyenne de 7.49/10. Les GEP, organisés en deux temps (préparation et exploitation appelé aller-retour), leur prenait en moyenne 4.48h (de 0.5 à 24h) avec une médiane de 4h.

Les conclusions de ces différentes études sont donc en accord avec les résultats de notre enquête. Il en ressort en effet des difficultés d'adhésion au modèle pédagogique proposé (auto-formation par les traces d'auto-apprentissage). Les GEP sont globalement appréciées et les internes attendent toujours des enseignements théoriques.

V.2.4. GEP et autres groupes de travail dans la littérature.

Nous avons vu précédemment que les GEP sont l'outil le plus sollicité et bénéficiant du meilleur ressenti après les ateliers pratiques.

D'après Cohen-Scali (27), « ces enseignements se veulent réflexifs. Ils laissent l'opportunité aux internes d'exprimer en petits groupes dans un cadre universitaire sécurisant les situations professionnelles vécues comme délicates ou difficiles. Être attentif aux situations cliniques, problématiser, exposer ses cas à ses pairs, argumenter son attitude, exprimer ses émotions sont utiles à tout médecin, et il est licite de s'habituer très tôt à cette réflexivité. Pour le département de médecine générale, collecter les problèmes rencontrés par les internes, les classer, permettent d'adapter les enseignements. Pour la discipline universitaire de médecine générale, cela aide à penser les contours du métier et son identité. »

L'étude de Cozzolino, à Montpellier (81), met en avant que la satisfaction moyenne de la section GEPT est de 3,4/5. Le présentiel est largement apprécié. En revanche, la rédaction des cas est boudée par certains qui la trouve inutile ou peu flexible. Les gestes techniques et ateliers bénéficient eux d'un niveau de satisfaction plutôt élevée avec une moyenne à 3.9/5.

Notre étude va dans le sens de nombreuses études au travers de la France. Nous estimons avoir une certaine validité extrinsèque.

V.3. Limites et forces de notre étude.

V.3.1. Les limites.

V.3.1.1. Longueur du questionnaire.

Nous pouvons noter que ce questionnaire est un peu long avec une moyenne de 11 minutes pour répondre à l'ensemble des questions.

V.3.1.2. Précision de l'analyse.

Le sujet et la méthode ont mis plusieurs années à se parfaire pour correspondre 1 – à un sujet important, 2 – à une méthode de recherche valide permettant d'apporter des résultats concluants. La rédaction du questionnaire et de ce travail n'est qu'une partie mineure de l'investissement temporel engagé et une plus grande période d'analyse aurait pu s'envisager pour parfaire d'autant plus les résultats.

V.3.1.3. Accessibilité.

La période d'envoi des questionnaires s'est malheureusement superposée à la période de fermeture des scolarités de la faculté de médecine de Limoges. Nous avons dû nous adapter à ces conditions afin de faire parvenir les questionnaires à la population source.

V.3.1.4. Biais.

Malgré une attention particulière pour les limiter, des biais sont nécessairement présents dans une étude.

- Biais de sélection.

L'envoi initial via les réseaux sociaux aurait pu conduire à un biais de sélection, ne permettant pas aux internes ne disposant pas de ce moyen de communication de répondre à l'étude. Cependant les relances par mail puis sms ont permis de diminuer voire d'annuler ce risque de biais.

- Biais de compréhension

Le mode de réponse auto-administré où l'enquêté remplit seul le questionnaire, sans la présence d'un enquêteur, présente deux limites particulières :

- nous ne pouvons nous assurer de la qualité de compréhension du questionnaire et du sérieux avec lequel le questionnaire est complété. Effectivement, bien que les questions aient été travaillées, retravaillées, lues, corrigées, et testées, un biais de compréhension a pu s'installer pour certaines d'entre elles.

- Biais de désirabilité

Le questionnaire n'était pas obligatoire, nous pouvons noter la possibilité d'un biais d'auto-sélection ou de volontarisme. Nous pouvons poser l'hypothèse d'un biais d'échantillonnage sur une potentielle plus forte propension des internes mécontents à répondre à ce questionnaire.

Afin de limiter ces biais nous avons limité la taille du questionnaire et le temps pour y répondre en totalité. Nous avons également effectué un minimum de 4 relances après envoi des questionnaires. Nos formulations et choix de messages étaient incitatifs à la compétition entre les différentes promotions.

- Biais de mémorisation

Cette étude portant sur des souvenirs qui datent de 5 ans pour certains peut avoir été source d'un biais de mémorisation.

Nous devons également avoir en tête la possibilité d'un biais de subjectivité : selon les relations entretenues avec le DUMG. Le biais de prévarication ou omission volontaire doit être envisagé. De nombreux internes m'ont contacté pour s'assurer de l'anonymat de ce questionnaire, justifiant de crainte d'invalidation à cause des critiques qu'ils pourraient faire.

En excluant les internes ayant demandé un droit au remord sortant, nous avons essayé de limiter un biais de confusion potentiel. En effet si une demande de droit au remord est formulée, il est probable que l'avis de ces internes soit franchement négatif. Cependant la faible proportion de ces demandes n'aurait probablement pas changé les résultats de façon significative. Il nous aurait été envisageable de réaliser une analyse multivariée afin de pallier ce biais.

V.3.2. Les forces.

V.3.2.1. Unicité du sujet.

Les thèses concernant l'évaluation de la satisfaction des internes limougeaudois sont suffisamment rares pour noter l'importance de la réalisation de telles recherches. Les résultats concernant le ressenti de la communication avec le DUMG en sont le parfait exemple et objectivent la nécessité de travaux d'analyse de ressenti.

Dès lors que nous avons abordé l'idée de réaliser un travail sur ce sujet, nous avons été confrontés à des craintes réellement majeures de la part de nos collègues et proches. Ces derniers s'inquiétaient d'être confrontés à un refus, une opposition et d'un manque d'aide quant à la production des résultats. En effet, ces derniers voyaient déjà poindre la difficulté à objectiver les critiques et les faire remonter aux instances décisionnelles.

Ce questionnaire est le premier à s'intéresser au ressenti des internes de médecine générale de Limoges quant à la formation facultaire dont ils bénéficient ou ont bénéficié depuis la réforme des ECN de 2017. Nous n'avons pas trouvé de littérature portant sur ce sujet dans les années précédentes également.

Le taux de réponses à celui-ci peut être également une conséquence de cette innovation.

V.3.2.2. Utilité du sujet.

Dans un contexte où l'image de l'utilité de la thèse de médecine générale est en perte de sens (93), ce choix volontaire, motivé et investi, était un moyen de se rendre utile pour les futures promotions. Peu importe les résultats positifs ou négatifs, l'utilité de cette thèse en complément du mémoire (23), est une base de départ donnant les clés à de futures évolutions. Nous l'avons voulu double. Réaliser un état des lieux pour faire comprendre les difficultés rencontrées par les internes, qui ne peuvent pas toujours s'exprimer à ce sujet. Mais surtout, refuser de s'arrêter à une critique vide de sens et ainsi proposer les pistes d'évolutions et d'adaptation envisageables pour les futures générations.

V.3.2.3. Format du questionnaire.

Nous avons souhaité ce questionnaire de façon à quantifier des impressions et permettant toutefois de percevoir les grandes thématiques qui ressortaient des avis des internes. Nous avons favorisé l'utilisation de questions fermées permettant un recueil de données facile et rapide. L'utilisation de ce type de questions est nettement plus aisée et donne un comparateur fiable. Toutefois leur utilisation a pour conséquence une perte de précision, d'information et de nuance. Nous y avons donc adjoint 8 questions ouvertes afin de pallier ce manque. Une proportion assez importante qui est un risque de désengagement du répondant.

Il était obligatoire de répondre à chaque question fermée pour passer à la suivante. Les questions ouvertes pouvaient être validées sans nécessairement apporter de réponse.

Concernant les échelles utilisées, nous avons favorisé les échelles de Likert en 4 modalités. Cependant lorsqu'il s'agissait de répondre à une question sur les évolutions à apporter nous nous sommes astreints à intégrer une cinquième modalité permettant de respecter les demandes de non-évolution potentielles.

V.3.2.4. Choix de la méthode.

L'utilisation de questionnaire en ligne fait partie des méthodes les moins coûteuses. Elle se met en place aisément et rapidement.

Le support informatique internet permet une disponibilité et une accessibilité de l'enquête à tout moment de la journée et permet de faire coïncider les agendas.

Le support est donc également accessible de n'importe où et sur n'importe quel outil informatique et permet donc une dispersion géographique des répondants.

Les résultats sont accessibles en direct et l'évolution et le suivi peuvent se faire en temps réel.

Une fois l'ensemble des réponses obtenues, à la clôture de l'enquête, aucune donnée n'est à saisir ou retranscrire manuellement, le logiciel exporte directement celles-ci sous forme d'un tableur Excel.

L'envoi du questionnaire s'est fait durant le semestre d'été. Ce choix nous paraissait intéressant étant donné que l'ensemble de la population cible aurait au moins vécu une expérience minimale de trois mois en stage de médecine générale. Ainsi ils ont un regard critique entre la pratique de tous les jours en médecine libérale et le contenu des enseignements facultaires.

V.3.2.5. Taux de réponses.

Nous avons effectué un recrutement sur l'ensemble de la population d'internes de médecine générale de Limoges concernée par la réforme depuis 2017.

Sur une population totale de 207 étudiants interrogés nous avons obtenu 125 réponses. Soit un taux de participation d'environ 60.4%.

Comparativement aux différentes études de satisfaction auxquelles nous avons pu être confrontés, ce taux de participation est sensiblement plus important et permet une très grande représentativité des résultats de l'étude. Une force pour les propositions d'évolution.

Nous estimons avoir une certaine validité intrinsèque.

VI. Résumé et propositions pour l'avenir.

Notre travail, bien que critique se veut d'abord constructif. Ainsi nous pouvons ici faire la synthèse des modifications qui pourraient être envisagées dans les années à venir. Nous proposons ici un résumé des idées émises par les internes et adaptables à la faculté de Limoges. Nous avons attribué à chacune d'elles, un rang en fonction de l'importance qu'il y a à envisager ces changements rapidement, sans délai (Rang A), 1 à 2 ans (Rang B), 3 ans (Rang C).

En termes de communication :

- Création d'un site internet propre au DUMG permettant la gestion administrative (réglementation), pédagogique (portfolio dématérialisé, contenus et supports) et organisationnelle (emploi du temps, informations, contacts...) (Rang A)
- Création d'un livret d'accueil des internes de médecine générale (Rang A)
- Créer un moyen pour les étudiants de donner leur avis en dehors des entretiens de validation, qui sont source d'un biais de désirabilité. (Rang A)
- Créer des questionnaires d'évaluation des ressentis adaptés aux différents temps de l'internat (questionnaire de satisfaction de fin de séance/ de fin de semestre/ de fin de phase (Rang B)
- Réfléchir aux thèmes et contenus de formations en partant des attentes et besoin des internes (Rang B)

En termes d'encadrement :

- Augmenter le nombre de membres et d'intervenants du DUMG (Rang A)
- Proposer aux internes de devenir intervenants ou organisateurs sur des interventions spécifiques et valoriser cela dans leur cursus. (Rang B)
- Favoriser les partenariats avec les autres spécialités et acteurs de terrain (SSSM, Puéricultrice, Sage-femme, patient expert...) (Rang B)
- Développer l'utilisation de plateforme type « socrative » pour la mise en place d'évaluations dites formatives pouvant remplacer l'évaluation littéraire des RSCA (Rang C)
- Valoriser officiellement les formations annexes des internes (DU, DIU, FMC, DPC...) (Rang B)
- Dynamiser les journées d'accueil par le témoignage de « vieux » internes ou jeunes médecins (Rang B)
- Création d'une semaine d'intégration des IMG, abordant les indispensables de la spécialité (Annexe 10) (Rang C)
- Revoir l'équilibre trace d'apprentissage / traces d'évaluation. (Rang A)
- Favoriser la sensation d'être respectés pour les internes en commençant par respecter les horaires des enseignements. (Rang A)

En termes de formats :

- Développer un système d'enseignement obligatoire et optionnel. Tronc commun et enseignements complémentaires (Rang B)
- Instaurer l'utilisation de cours magistraux en grands et petits groupes (Rang A)
- Proposer un encadrement des interventions par des spécialistes du sujet abordé (Rang A)
- Développer les outils d'apprentissage en ligne ; vidéos, tutos, MOOC, e-learning (Rang B)
- Abandonner l'utilisation des RSCA, ou n'en limiter l'utilisation qu'aux seuls stages ambulatoires (Rang A)
- Réaliser un grand travail de réflexion sur les RSCA. Leur perception, leur utilité et comment tenter d'améliorer le ressenti les concernant. (Rang A)
- Favoriser les traces courtes d'apprentissage, en favorisant l'outil et les réponses apportées plutôt que le contenu littéraire de la situation, trop chronophage et peu utile. (Rang B)
- Favoriser la création d'outils pratiques (1 question – 1 réponse) (Rang B)
- Développer l'utilisation des ateliers de simulation de gestes pratiques (Rang B)
- Partager les productions individuelles pour devenir des enseignements collectifs. (Rang C)
- Organiser les GEP en deux temps autour d'un thème de séance annoncé en amont. Préparation de la séance puis questionnements et exploitation des réponses. (Rang B)

En termes de contenus :

- Réfléchir les thèmes et contenus en fonction des attentes et besoins des internes. (Rang A)
- Instaurer un module de « Vie Professionnelle et gestion de cabinet » pour répondre à l'ensemble des principales préoccupations pragmatiques de début d'activité (Rang A)
- Abandonner la préparation d'enseignement sous format RSCA, trop chronophages et mal perçus ou compris. (Rang A)
- Favoriser une approche des enseignements en fonction des motifs de consultations et non selon le dictionnaire des résultats de consultation ou diagnostic. (Rang B)
- Mettre à disposition des étudiants une liste de ressources pédagogiques intéressantes (Annexe 9) (Rang A)
- Proposer des outils pragmatiques pour favoriser une installation dans la région (Liste des structures, spécialistes et contacts pour adresser un patient, Contacts administratifs (Fac, URSSAF, CDOM, CARMF...)) (Rang C)

Conclusion et ouverture

Ce travail, dont la réflexion a été initiée il y a plus de trois ans, se voit enfin concrétisé et finalisé.

Nous avons pu au travers de l'analyse de ces recherches vérifier notre hypothèse de départ : le modèle actuel de formation à Limoges n'est pas suffisant pour former des jeunes médecins généralistes de façon adaptée et ces derniers ressentent un manque important de formation à la suite à leur cursus d'interne.

Ce travail valide bien notre hypothèse de départ et sous-entend une nécessité d'apporter des changements au cursus actuel.

Les internes estiment ne pas avoir développé l'ensemble des compétences génériques attendues d'un médecin généraliste, ne pas avoir abordé de façon suffisante l'ensemble des situations fréquentes rencontrées en médecine générale. Ils estiment avoir reçu beaucoup, voire trop, d'enseignement sur la communication et la relation médecin malade mais n'avoir reçu aucune formation sur la vie professionnelle du médecin généraliste.

Les internes sont en désaccord complet avec l'utilisation et la place qui est faite des RSCA jugés trop chronophages, peu utiles et encore moins rentables en termes d'apprentissages à l'inverse du format GEP qui est plébiscité. Ils demandent un retour à l'utilisation ponctuelle de format d'enseignement magistraux, avec une plus grande part d'interventions de spécialistes des sujets traités, une majoration de l'utilisation des systèmes de formation basés sur les ateliers de gestes pratiques et les simulations.

Les internes proposent l'utilisation de supports informatiques dans leur formation pour la communication (Discord, réseaux sociaux), les supports de cours (SIDES UNESS, Vidéos, Tutoriels, MOOC), les évaluations des apprentissages (Socrative, Kahoot...)

Les internes désavouent complètement les RSCA qui sont perçus plus comme un système d'évaluation sanctionnant et chronophage que comme un outil de réflexivité favorisant le développement de compétences. L'évaluation de l'interne via les RSCA, se fait sur sa compétence à avoir une réflexion et une analyse critique de sa pratique faisant partie de la compétence « professionnalisme », qui n'est actuellement pas abordée durant le cursus.

Concernant les journées d'accueil, les internes sont plutôt satisfaits de l'organisation globale de celles-ci. Pour eux, les objectifs, les formats et les contenus de la formation ont été en majorité totalement ou en partie expliqués. Toutefois les explications des critères de validation sont sujettes à une plus grande discordance des réponses, d'où la nécessité de mettre en place un support reprenant l'ensemble des informations transmises. Il ressort des avis très mitigés quant à l'impartialité ressentie des différentes validations des traces écrites et des semestres.

Ils considèrent que leurs avis concernant leurs attentes et besoins n'ont pas été pris en considération, car ils n'ont jamais été interrogés à ce sujet, et que leur formation personnelle n'est pas mise en valeur.

En termes de références complémentaires et afin de permettre une ouverture à ce qui existe dans les autres facultés, nous avons réalisé un mémoire comparant l'ensemble des organisations facultaires des DUMG de France. Ce travail sera complété par la thèse de deux internes de médecine générale de Saint-Etienne, Virgile Klein et Jonathan Pilon, dirigé par le Dr Paul Frappé. Les résultats devraient être publiés au cours de l'année à venir.

Nous pouvons donc envisager la possibilité de ne pas rester cloîtré dans un paradigme unique mais d'utiliser tous les systèmes d'enseignements à dispositions. La réponse du CNGE à la question « pourquoi s'être tourné vers le paradigme d'apprentissage ? » (56) était : « La formation de 3e cycle à la médecine générale se doit d'être professionnalisante. Pour cette raison, a été fait le choix d'une option pédagogique privilegiant l'approche par compétences... »

Ainsi, le choix pédagogique privilégie l'approche par compétences. Il n'est pas demandé de n'agir qu'au travers de ce prisme de réflexion. Afin d'assurer une formation de qualité nous devons d'évoluer à travers différentes ressources pédagogiques et d'utiliser toutes les techniques d'enseignements et de développements de compétences possibles.

Ce travail n'est pas une fin en soi, mais se veut être le point de départ d'une réflexion plus large qui permettra de répondre à la problématique : « comment améliorer la formation des internes de médecine générale de Limoges ? »

Si toutefois l'ampleur de ces deux travaux de recherches, thèse et mémoire, n'étaient pas suffisant pour faire prendre conscience des changements à apporter à la formation actuelle pour rendre celle-ci plus adaptée aux besoins et demandes des internes tout en répondant aux objectifs institutionnels, nous pouvons formuler quelques hypothèses de recherches.

La première serait de revoir la place qu'on les MSU et tuteurs au sein de la formation. Analyser leurs ressentis concernant la place qu'ils occupent au sein de l'équipe de formation des internes de médecine générale serait un atout de poids dans l'élaboration d'une maquette de formation plus en lien avec le terrain.

Nous pourrions proposer aux tuteurs et MSU de répondre à un même type de questionnaire portant sur leur ressenti et le ressenti que les internes partagent avec eux sur la formation facultaire.

Une deuxième orientation serait une étude à destination des internes de médecine générale en fin de cursus ou à de jeunes médecins concernant la catégorisant et le classement des thèmes et sujets qu'il serait absolument nécessaire d'aborder durant l'internat.

Afin de donner aux internes les moyens à hauteur des enjeux de leur formation nous avons joint en Annexe 9, une liste de ressources pédagogiques répertoriées aux travers de notre internat et de nos recherches pour la réalisation de ce travail. Nous serions ravis que celle-ci soit partagée et utilisée.

Nous avons montré les manques ressentis par les internes de médecine générale de Limoges. Nous avons proposé de nombreuses pistes d'évolution potentielles.

Les clés sont données, aux décideurs de franchir la porte. Que fera le DUMG désormais ?

« Former, c'est répondre à une demande institutionnelle en s'adaptant aux besoins de l'apprenant »

Références bibliographiques

1. Houssaye J. C'est beau comme un colo. Vigneux: Matrice; 2005. 339 p.
2. Houssaye J. Colos et centres de loisirs: recherches. Vigneux: Matrice; 2007. 339 p. (Champ Social).
3. Houssaye. Le livre des colos. [2e] édition augmentée. Vigneux: Éd. Matrice; 2009. 232 p.
4. Dione S. Enseigner, c'est savoir s'adapter à l'être humain [Internet]. 2018. Disponible sur: <https://ecolebranchee.com/enseigner-cest-savoir-sadapter-a-letre-humain/>
5. Limam R. Pensées [Internet]. Disponible sur: Pensées de Rekia Limam 166 - Citations et proverbes <https://citation-celebre.leparisien.fr> > internaute > amel2
6. Altet M. La formation professionnelle des enseignants: analyse des pratiques et situations pédagogiques. 1. éd. Paris: Presses universitaires de France; 1994. 264 p. (Pédagogie d'aujourd'hui).
7. Legendre R. Le dictionnaire actuel de l'éducation (Guérin ed.). Montréal; 2005.
8. Ruano-Borbalan JC. Éduquer et former: les connaissances et les débats en éducation et en formation. Sciences Humaines Editions; 1998. 540 p. (Editions Sciences Humaines; vol. 1).
9. Ordonnance n°58-1373 du 30 décembre 1958 relative à la création de centres hospitaliers et universitaires, à la réforme de l'enseignement médical et au développement de la recherche médicale. [Internet]. déc 31, 1958. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000000886688>
10. Loi n°79-565 du 6 juillet 1979 RELATIVE AUX ETUDES MEDICALES ET PHARMACEUTIQUES [Internet]. 79-565 juill 6, 1979. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000000705058/>
11. Loi n°82-1098 du 23 décembre 1982 RELATIVE AUX ETUDES MEDICALES ET PHARMACEUTIQUES [Internet]. 82-1098 déc 23, 1982. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000000880032/>
12. Décret n° 97-494 du 16 mai 1997 modifiant le décret no 88-321 du 7 avril 1988 fixant l'organisation du troisième cycle des études médicales. 97-494 mai 16, 1997.
13. Arrêté du 19 octobre 2001 modifiant l'arrêté du 29 avril 1988 modifié relatif à l'organisation du troisième cycle des études médicales.
14. Arrêté du 22 septembre 2004 fixant la liste et la réglementation des diplômes d'études spécialisées complémentaires de médecine - Légifrance [Internet]. [cité 24 sept 2022]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/LEGITEXT000024038141/>
15. Décret n° 2004-67 du 16 janvier 2004 relatif à l'organisation du troisième cycle des études médicales. 2004-67 janv 16, 2004.

16. Arrêté du 10 août 2010 modifiant l'arrêté du 22 septembre 2004 fixant la liste et la réglementation des diplômes d'études spécialisées de médecine.
17. Arrêté du 13 novembre 2015 fixant la liste des diplômes d'études spécialisées de médecine.
18. HAS. Épreuves Classantes Nationales (ECN) - Mode d'emploi [Internet]. 2017 [cité 3 oct 2022]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_646948/fr/epreuves-classantes-nationales-ecn-mode-d-emploi
19. Arrêté du 21 avril 2017 relatif aux connaissances, aux compétences et aux maquettes de formation des diplômes d'études spécialisées et fixant la liste de ces diplômes et des options et formations spécialisées transversales du troisième cycle des études de médecine - Légifrance [Internet]. [cité 1 oct 2022]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000034502881/>
20. DGOS. La réforme du 3ème cycle des études de médecine - Ministère de la Santé et de la Prévention [Internet]. [cité 9 oct 2020]. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/professionnels/se-former-s-installer-exercer/etudes-de-medecine-reforme-du-3eme-cycle/r3c>
21. Décret n° 2016-1597 du 25 novembre 2016 relatif à l'organisation du troisième cycle des études de médecine et modifiant le code de l'éducation. 2016-1597 nov 25, 2016.
22. Rat.C, Le Mauff P, Van Wassenhove L, Goronflot L, Lacaille Urion J, Senand R. Diplôme spécialisé de médecine générale. Exercer [Internet]. 2008 [cité 2 oct 2022];(81):45-8. Disponible sur: <https://www.exercer.fr/search?s=ipl%C3%B4me%20d%27%C3%A9tudes%20sp%C3%A9cialis%C3%A9es%20de%20m%C3%A9decine%20g%C3%A9n%C3%A9rale&page=49>
23. Charbonnier V. Analyse des enseignements facultaires dispensés dans les facultés de médecine françaises au sein des DUMG. [Mémoire de DES, Faculté de médecine de Limoges, 2022]. 2022.
24. Tardif J. L'évaluation dans le paradigme constructiviste. Univ Sherbrooke [Internet]. 1993;27-56. Disponible sur: <https://parisouest.cnge.fr/doc/Tardif.pdf>
25. Gardner H. Assessment in context: The alternative to standardized testing. In: Changing assessments. Springer; 1992. p. 77-119.
26. Couraud P. Propositions pour une restructuration du troisième cycle des études médicales [Internet]. 2014 [cité 31 août 2022]. Disponible sur: https://cncem.fr/sites/default/files/documents_en_ligne/Rapport-Couraud-Pruvot-avril14-2.pdf
27. Cohen-Scali J, Seguret P, Lambert P, Amouyal M. Les groupes d'échanges de pratiques tutorés pendant l'internat de médecine générale: modalités pratiques, pertinences pédagogique et perspectives pour l'enseignement. exercer. 2013;4(107):126-30.
28. Attali C, Bail P, Magnier AM, Beis JN, Ghasarossian C, Gomes J, et al. Compétences pour le DES de médecine générale. Revue du Praticien de Médecine Générale. 2006;2.

29. WONCA [Internet]. [cité 1 oct 2022]. Disponible sur: www.woncaeurop.org/page/definition-of-general-practice-family-medicine
30. Loi HPST (hôpital, patients, santé, territoires) - Ministère de la Santé et de la Prévention [Internet]. [cité 1 oct 2022]. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/professionnels/gerer-un-etablissement-de-sante-medico-social/financement/financement-des-etablissements-de-sante-10795/financement-des-etablissements-de-sante-glossaire/article/loi-hpst-hopital-patients-sante-territoires>
31. Compagnon L, Bail P, Huez JF, Stalnikiewicz B, Ghasarossian C, Zerbib Y, et al. Les niveaux de compétences. [cité 16 oct 2018];24:9. Disponible sur: <https://bv.univ-poitiers.fr/>
32. Chartier S, Ferrat E, Djassibel M, Bercier S, Compagnon L, Mollereau-Salviato ML, et al. Mise en oeuvre d'un programme d'apprentissage dans une logique de compétence / difficultés et propositions. 2012 [Internet]. 23:6. Disponible sur: <https://bv.univ-poitiers.fr/access/content/group/edb>
33. Lewkowick M. La crise du médecin généraliste : une approche cognitive de la profession. [Internet]. Disponible sur: https://www.academia.edu/31573194/Crisis_among_general_practitioners_a_cognitive_approach_to_the_healthcare_profession
34. Tardif J. Développer un programme par compétences : de l'intention à la mise en œuvre. Pédagogie Collégiale [Internet]. mars 2003;16(3):36-44. Disponible sur: <https://core.ac.uk/download/pdf/52977935.pdf>
35. Ariza M. Le portfolio de médecine générale : contenu et modes d'évaluation dans les Départements de Médecine Générale de France [Internet]. 2016 [cité 24 sept 2022]. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01323049>
36. Compagnon et al. Supervision, élaboration et évaluation du RSCA dans les DES de MG. Exercer [Internet]. 2018;(N° 143-Mai 2018):222-31. Disponible sur: https://www.exercer.fr/full_article/984
37. Gosselin É. Evaluation de la mise en place de la réforme 2017 du point de vue des étudiants de 3e cycle de médecine générale à Rouen [Internet]. [Rouen]: UFR Rouen Normandie; 2021 [cité 1 oct 2022]. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03253733>
38. Tardif J. L'évaluation des compétences: documenter le parcours de développement. 2006;
39. Meirieu P. Apprendre... oui mais comment. ESF Sciences Humaines; 2015.
40. Houssaye J. Le triangle pédagogique: les différentes facettes de la pédagogie. 2e éd. Issy-les-Moulineaux [S.l.]: ESF éditeur le Café pédagogique; 2015. 155 p. (Pédagogies).
41. Bernard J louis, Reyes P. Apprendre, en médecine (1re partie). Pédagogie Médicale [Internet]. 1 août 2001 [cité 1 oct 2022];2(3):163-9. Disponible sur: <https://www.pedagogie-medicale.org/articles/pmed/abs/2001/03/pmed20012p163/pmed20012p163.html>

42. Bernard JL, Reyes P. Apprendre, en médecine (2e partie). *Pédagogie Médicale* [Internet]. 1 nov 2001 [cité 1 oct 2022];2(4):235-41. Disponible sur: <https://www.pedagogie-medicale.org/articles/pmed/abs/2001/04/pmed20012p235/pmed20012p235.html>
43. Jouquan J, Bail P. A quoi s'engage-t-on en basculant du paradigme d'enseignement vers le paradigme d'apprentissage ? *Pédagogie Médicale* [Internet]. 1 août 2003 [cité 1 oct 2022];4(3):163-75. Disponible sur: <https://www.pedagogie-medicale.org/articles/pmed/abs/2003/03/pmed20034p163/pmed20034p163.html>
44. Renoux C, Potier A. Former les internes à la médecine générale : Un long fleuve tranquille ? *Exercer* [Internet]. 2010 [cité 1 oct 2022];90:15-9. Disponible sur: <https://hal.archives-ouvertes.fr/hal-03649911>
45. Jami A, Saint-Lary O, Bernard E, Almeida AS de, Lefranc-Morin C, Ouazana A. Perceptions et représentations des internes de médecine générale à l'égard d'un outil pédagogique issu du paradigme d'apprentissage. *Pédagogie Médicale* [Internet]. 1 févr 2012 [cité 1 oct 2022];13(1):27-37. Disponible sur: <https://www.pedagogie-medicale.org/articles/pmed/abs/2012/01/pmed110026/pmed110026.html>
46. Chartier S, Ferrat E, Djassibel M, Bercier S, Compagnon L, Mollereau-Salviato ML, et al. Présentation d'un module d'enseignement dédié à l'appropriation de cette méthode pédagogique. 23:6.
47. Anne-Sophie H. Ressenti des internes en fin de cursus du DES de médecine générale sur la formation proposée à Nantes : analyse qualitative par entretiens semi-dirigés. Nantes: Université de Nantes [diffusion/distribution]; 2017.
48. Kaufman DM. L'éducation centrée sur l'enseignant ou centrée sur l'apprenant : une fausse dichotomie. *Pédagogie Médicale* [Internet]. août 2002 [cité 1 oct 2022];3(3):145-7. Disponible sur: <http://www.pedagogie-medicale.org/10.1051/pmed:2002023>
49. CNGE. Référentiels métiers et compétences: médecins généralistes, sages-femmes et gynécologues-obstétriciens. Paris: Berger-Levrault; 2010. (Le point sur).
50. Échelle de Likert : définition et utilisation [Internet]. SurveyMonkey. [cité 15 août 2018]. Disponible sur: <https://fr.surveymonkey.com/mp/likert-scale/>
51. Casanova G. Un suicide d'interne tous les 18 jours en 2021 : « Ce qui tue, c'est l'épuisement professionnel », alerte Gaétan Casanova (ISNI) [Internet]. 2021 [cité 5 oct 2022]. Disponible sur: <https://www.lequotidiendumedecin.fr/intermes/la-sante-des-etudiants/un-suicide-dinterne-tous-les-18-jours-en-2021-ce-qui-tue-cest-lepuisement-professionnel-alerte>
52. Buchon D. Les récits de situations cliniques authentiques dévoyées. *Pédagogie Médicale* [Internet]. 1 sept 2017 [cité 1 oct 2022];18:S9-55. Disponible sur: <https://www.pedagogie-medicale.org/articles/pmed/abs/2017/01/pmed170017s/pmed170017s.html>
53. Compagnon et al, Claude. Définitions et descriptions des compétences en médecine générale. *Exercer* [Internet]. 2013;24(108):148-55. Disponible sur: https://www.exercer.fr/full_article/529

54. Attali C, Huez JF, Valette T, Lehr-Drylewicz AM. Les grandes familles de situations cliniques. 24:5. Disponible sur: <http://mediamed.unistra.fr/dmg/wp-content/uploads/2016/09/Les-familles-de-situations-cliniques.pdf>
55. Taha A. Récit de situation complexe authentique : de l'idée à la réalisation [Internet]. [cité 28 mars 2021]. Disponible sur: https://cnge.fr/les_productions_scientifiques/RSCA/
56. ISNAR-IMG. Guide de l'apprentissage par compétences [Internet]. ISNAR-IMG. [cité 24 sept 2022]. Disponible sur: <https://www.isnar-img.com/guides-pratiques/apprentissage-par-competences-2/>
57. Lutter contre les déserts médicaux - Ministère de la Santé et de la Prévention [Internet]. [cité 24 sept 2022]. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/masante2022/lutter-contre-les-deserts-medicaux/>
58. Opinions des internes sur le D.E.S de médecine générale [Internet]. [cité 31 août 2022]. Disponible sur: https://www.cnge.fr/la_recherche/opinions_des_internes_sur_le_des_de_medecine_gener/
59. Landry C. Formation des internes de médecine générale : opinions et attentes des internes vis-à-vis du DES de médecine générale actuel. [Internet]. [Créteil]: Université Paris Est; 2015. Disponible sur: https://www.cnge.fr/media/docs/cnge_site/cnge/These_Enquete_internes_Landry_2015.pdf
60. Cathalan T. Formation des internes de médecine générale : Opinions et attentes des internes vis-à-vis du DES de médecine générale « idéal ». [Internet]. Paris Est Créteil; 2015. Disponible sur: https://www.cnge.fr/media/docs/cnge_site/cnge/These_Enquete_internes_Cathalan_2015.pdf
61. Favier J. DES de Médecine Générale aux Antilles-Guyane : évaluation du cursus de formation théorique et pratique et pistes d'amélioration. 2016 [cité 1 oct 2022]; Disponible sur: <http://rgdoi.net/10.13140/RG.2.2.15667.63525>
62. Ricard L. Enseignement théorique du D.E.S. de médecine générale à Amiens: ressenti des internes [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Picardie Jules Verne; 2014.
63. Perriot J. Etude des résultats franc-comtois d'une enquête nationale de 2013 sur la perception de leur formation par les internes de médecine générale [Internet] [Thèse d'exercice]. [Besançon]: Université de Franche-Comté. Faculté de médecine et de pharmacie; 2017. Disponible sur: <https://www.sudoc.fr/225658291>
64. Lucet A. Mesure de la satisfaction des internes de la promotion Jenner (2011) quant aux nouveaux enseignements théoriques du DES de médecine générale [Internet]. Université Lille 2 Droit et Santé; 2013 [cité 2 oct 2022]. Disponible sur: <https://pepite.univ-lille.fr/ori-oai-search/notice/view/univ-lille-2787>
65. ISNI. Résultats de l'enquête nationale sur l'état de l'enseignement théorique des internes. Les jeunes médecins sont-ils bien formés? [Internet]. 2014. Disponible sur: https://www.letudiant.fr/static/uploads/mediatheque/EDU_EDU/4/8/194448-enquete-

nationale-sur-l-etat-de-l-enseignement-theorique-des-internes-de-l-isni-intersyndicat-national-des-internes-mars-2014-original.pdf

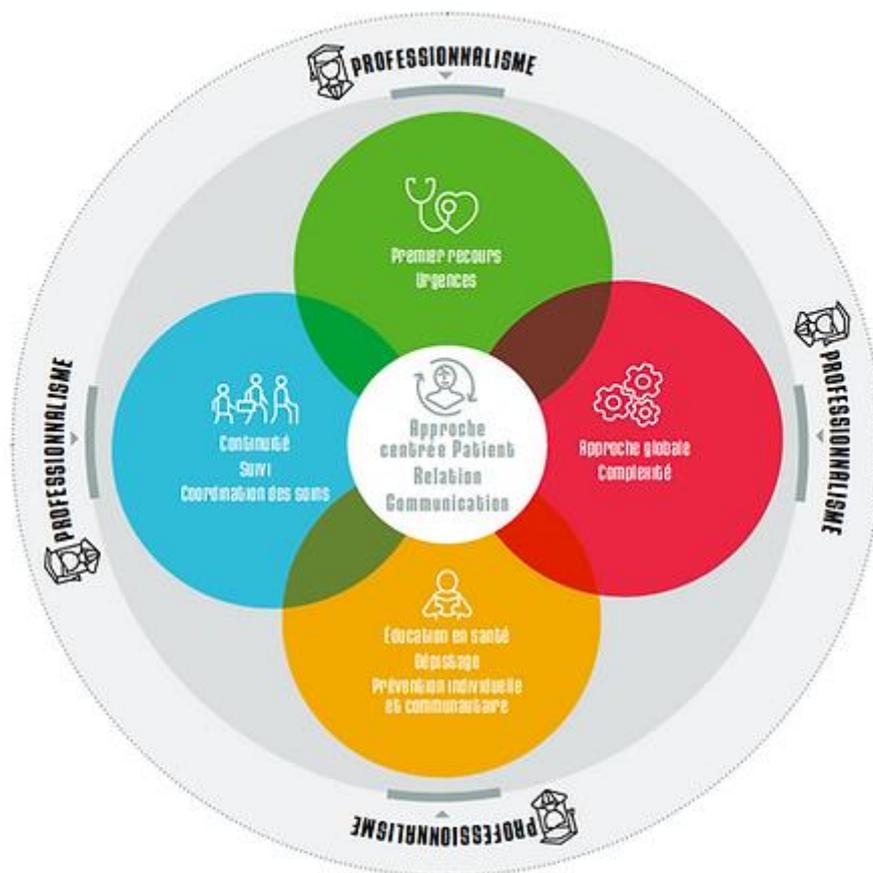
66. Fardoux M. Les raisons des absences en enseignements dirigés et groupes d'échanges de pratique des internes en médecine générale de la faculté Henri Warembourg, Lille 2 [Internet]. Université Lille 2 Droit et Santé; 2017 [cité 2 oct 2022]. Disponible sur: <https://pepite.univ-lille.fr/ori-oai-search/notice/view/univ-lille-7591>
67. Galam E. Evaluation des enseignements théoriques de l'UFR Paris 7. Rev Prat [Internet]. 2005; Tome 19(N° 710/711). Disponible sur: http://www.bichat-larib.com/publications.documents/3360_Eval-Rdp-Nov05.pdf
68. Dahan B. Evaluation de l'adéquation des enseignements proposés dans le DES de médecine générale à Paris VI avec les attentes des étudiants [Internet] [Thèse d'exercice]. [France]: Université Pierre et Marie Curie (Paris). UFR de médecine Pierre et Marie Curie; 2009. Disponible sur: <http://www.sudoc.abes.fr/cbs/xslt/DB=2.1//SRCH?IKT=12&TRM=135254663>
69. Paula Palma S. Évaluation des enseignements du DES de Médecine générale de Rouen: une étude qualitative par focus group [Internet] [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Rouen Normandie; 2011. Disponible sur: de la notice : <https://www.sudoc.fr/157825272>
70. Lajzerowicz C. Évaluation par les internes de médecine générale d'Aquitaine de la partie théorique du DES: portfolio, cours et thèse [Internet]. Bordeaux; 2016 p. 25. Disponible sur: <https://hal.archives-ouvertes.fr/>
71. Le Mauff P, FarFarthouat N, Goronflot L'Union J, Senand R. Récit de situation complexe authentique. Rev Prat Médecine Générale [Internet]. 2004; Disponible sur: <http://mediamed.unistra.fr/dmg/wp-content/uploads/2012/09/rcit-de-situation-complexe-et-authentique.pdf>
72. Biagioli N. Le récit de situation complexe et authentique, la narration comme produit et production de savoirs d'expérience dans la formation des internes de médecine générale. [Internet]. Vol. Série « Actes ». Presses universitaires de Nancy - Éditions universitaires de Lorraine; 2019 [cité 18 août 2021]. Disponible sur: <https://hal.archives-ouvertes.fr/hal-03112025>
73. Huez JF. Evaluation de l'utilisation du port folio par les internes en médecine générale d'Angers. Exercer. 1 août 2012;
74. Chalons B. Quels sont les difficultés et les bénéfices du RSCA perçus par les internes inscrits en DES de Médecine Générale à la faculté de Tours au cours du second semestre de l'année universitaire 2008-2009 [Internet]. Tours; 2011. Disponible sur: http://www.applis.univ-tours.fr/scd/Medecine/Theses/2011_Medecine_ChalonsBruno.pdf
75. Alanvert R. Analyse du vécu de leur internat par les internes en médecine générale d'Aquitaine [Internet] [Thèse d'exercice]. [1971-2013, France]: Université Bordeaux-II; 2011. Disponible sur: <http://www.sudoc.abes.fr/cbs/xslt//DB=2.1/SET=9/TTL=3/CLK?IKT=1016&TR>

76. Roose C. Enseignement théorique du DES de médecine générale à Amiens: attentes des internes de première année [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Picardie Jules Verne; 2015.
77. Ete C. Récit de Situation Complexe Authentique (RSCA) : ressenti des internes inscrits en Diplômes d'études spécialisées de médecine générale à la faculté de Tours au cours de l'année universitaire 2014-2015 [Internet]. [Tours]; 2016. Disponible sur: http://www.applis.univ-tours.fr/scd/Medecine/Theses/2016_Medecine_EteCladie.pdf
78. Perez A, Sinca E. Perception des récits de situations complexes et authentiques (RSCA) par les internes de médecine générale de Midi-Pyrénées. Etude qualitative par Focus Group [Internet] [exercice]. Université Toulouse III - Paul Sabatier; 2017 [cité 2 oct 2022]. Disponible sur: <http://thesesante.ups-tlse.fr/1891/>
79. Hautot AS, Mazereau C, Toublanc C, Verdon H. Ressenti des internes en fin de cursus du DES de médecine générale sur la formation proposée à Nantes: analyse qualitative par entretiens semi-dirigés [Internet] [Thèse d'exercice]. [Nantes, France]: Nantes Université. Pôle Santé. UFR Médecine et Techniques Médicales; 2017. Disponible sur: <http://www.sudoc.abes.fr/cbs/xslt//DB=2.1/SET=22/TTL=1/SHW?FRST=2>
80. Couto Rives D. Le portfolio à Montpellier : évaluation de la satisfaction des internes de médecine générale inaugurant la réforme de 2017 [Internet]. 2018 [cité 2 oct 2022]. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02959135>
81. Cozzolino G. Portfolio : évolution de la satisfaction des internes en fin de DES de médecine générale ayant inauguré la réforme [Internet]. 2021 [cité 24 sept 2022]. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03230296>
82. Courau S. Les outils d'excellence du formateur T1. ESF. (Formation permanente).
83. Courau S. Les outils d'excellence du formateur. Tome 2, Concevoir et animer des sessions de formation. ESF. 2017. 192 p. (Formation permanente).
84. Mucchielli R. Les méthodes actives dans la pédagogie des adultes [Internet]. ESF Sciences Humaines; 2020 [cité 2 oct 2022]. 240 p. (Formation permanente). Disponible sur: <https://www.esf-scienceshumaines.fr/apprendre-a-former/192-methodes-actives-les.html>
85. Meirieu P. Itinéraire des pédagogies de groupes [Internet]. Chronique sociale. Lyon; 1993 [cité 2 oct 2022]. 201 p. Disponible sur: https://www.meirieu.com/LIVRES/li_ipg.htm
86. Brougère G, Bézille H. De l'usage de la notion d'informel dans le champ de l'éducation. Rev Fr Pédagogie [Internet]. 1 mars 2007 [cité 15 oct 2022];(158):117-60. Disponible sur: <http://journals.openedition.org/rfp/516>
87. Modèle Kirkpatrick : Évaluer L'efficacité De La Formation [Internet]. 2019 [cité 27 mars 2021]. Disponible sur: <https://www.myconnecting.fr/articles/modele-kirkpatrick-evaluer-formation/>
88. Epinosa G. L'affectivité à l'école [Internet]. PUF. 2003 [cité 2 oct 2022]. (Recherches scientifiques). Disponible sur: https://www.puf.com/content/Laffectivit%C3%A9_%C3%A0_l%C3%A9cole

89. Lo Voi F, Delplace S, Michelin L, Sitter A-S, Zordi F, Erpeldinger S. Autoformation : Représentations et pratiques des étudiants du troisième cycle de médecine générale Lyonnais. *Exercer* [Internet]. mars 2021;(171):138-40. Disponible sur: https://www.exercer.fr/full_article/1667
90. Chartier S, Le Breton J, Ferrat E, Compagnon L, Attali C, Renard V. L'évaluation dans l'approche par compétences en médecine générale. *Exercer* [Internet]. 2013 [cité 24 sept 2022];171-7. Disponible sur: https://www.exercer.fr/full_article/532
91. Chambe J, Maisonneuve H, Leruste S, Renoux C, Huas C. Etat des lieux des procédures de validation du DES de médecine générale en France. *Exercer* [Internet]. 2014;(113-Mars 2014):123-31. Disponible sur: https://www.exercer.fr/full_article/608
92. Statistiques générales sur les ECN 2017 [Internet]. [cité 17 août 2018]. Disponible sur: <https://www.medshake.net/medecine/ECN/statistiques/concours-2017/>
93. Guibert J, Gaillard A. Regards des médecins généralistes de l'agglomération grenobloise sur l'utilité de leur thèse de médecine pour la pratique médicale [Internet]. [Grenoble]: Joseph Fournier; 2015. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01169966/document>

Annexes

Annexe 1. Marguerite des compétences génériques du médecin généraliste.



Référentiel métier et compétences des médecins généralistes

Cette marguerite représente les 6 compétences principales de la spécialité médecine générale.

Chaque cercle illustre les ressources nécessaires à mobiliser pour son exercice. La spécialité médecine générale est une discipline centrée sur la personne qui s'appuie sur trois dimensions fondamentales : scientifique, comportementale et contextuelle.



SOURCE : d'après C. ATTALI, P. BOIL et al. groupe « niveaux de compétences » du CNGE

Document propriété intellectuelle de l'ONM

Annexe 2. Spécificités de chaque compétence générique du médecin généraliste.

1. Premier recours, incertitude, urgences

C'est la capacité à gérer avec la personne les problèmes de santé indifférenciés, non sélectionnés, programmés ou non, selon les données actuelles de la science, le contexte et les possibilités de la personne, quel que soit son âge, son sexe, ou toutes autres caractéristiques, en organisant une accessibilité (proximité, disponibilité, coût) optimale.

- Gérer des situations les plus fréquentes aux différents stades d'évolution (les situations aiguës ou chroniques, les situations urgentes, la santé des femmes, des enfants, etc.)
- Intervenir si nécessaire dans le contexte d'urgence réelle ou ressentie, ou dans les situations médicales non programmées
- Hiérarchiser et gérer simultanément des demandes, des plaintes et des pathologies multiples, aiguës ou chroniques, chez le même patient
- Exécuter avec sécurité les gestes techniques les plus fréquents dans le contexte du premier recours

2. Approche globale, prise en compte de la complexité

C'est la capacité à mettre en œuvre une démarche décisionnelle centrée patient selon un modèle global de santé (evidence based medicine, approche bio-psycho-sociale proposée par Engel, etc.), quel que soit le type de recours de soins dans l'exercice de médecine générale.

- Adopter des postures différentes en fonction des situations : soins, accompagnement, soutien, éducation, prévention, réparation, etc.
- Identifier, évaluer, les différents éléments disponibles de la situation et leurs interactions (complexité), dans les différents champs (bio-psycho-social et culturel, pour les prendre en compte dans la décision)
- Élaborer un diagnostic de situation inscrit dans la trajectoire de vie du patient, c'est à dire intégrant le contexte bio-psycho-social et culturel à l'analyse de la situation

3. Education, prévention, dépistage, santé individuelle et communautaire

C'est la capacité à accompagner « le » patient dans une démarche autonome visant à maintenir et améliorer sa santé, prévenir les maladies, les blessures et les problèmes psychosociaux dans le respect de son propre cheminement, et donc à intégrer et à articuler dans sa pratique l'éducation et la prévention.

- Mettre en place des actes destinés à diminuer l'incidence d'une maladie par des mesures individuelles de prévention, à favoriser un dépistage précoce des maladies, et à réduire les séquelles d'une maladie
- Développer une posture qui place le patient en position de sujet, et s'engager dans une alliance, un partenariat en aidant le patient à construire ses compétences
- Déterminer le moment opportun et la durée de l'action de prévention et d'éducation pour le patient et pour soi-même, en tenant compte des possibilités de chacun
- Partager le suivi avec d'autres intervenants
- Collaborer à ou élaborer des programmes, des projets et des actions de prévention et d'éducation
- Adopter une posture réflexive sur ces actions

4. Continuité, suivi, coordination des soins autour du patient

C'est la capacité à assurer la continuité des soins et la coordination des problèmes de santé du patient engagé dans une relation de suivi et d'accompagnement.

- Être le référent du patient dans l'espace et la durée
- Utiliser judicieusement toutes les possibilités du dossier médical pour le suivi et l'accompagnement du patient
- Prendre en compte l'évolution de ses problèmes de santé lors de cet accompagnement
- Collaborer avec les différents acteurs médico-sociaux dans l'intérêt du patient
- Mettre en place et entretenir une relation médecin-patient évolutive, mutualisée, en redéfinition continue
- Organiser son activité en fonction de ces objectifs

5. Relation, communication, approche centrée patient

Capacité à construire une relation avec le patient, son entourage, les différents intervenants de santé, ainsi que les institutionnels, en utilisant dans les différents contextes les habiletés communicationnelles adéquates, dans l'intérêt des patients.

- Mener des entretiens avec tout type de patients et leurs entourages, en restant centré sur leurs besoins implicites et explicites, en intégrant des notions d'éthique de la communication
- Construire et maintenir à travers ces contacts, une relation avec le patient et/ou son entourage, en étant attentif à rester dans le cadre professionnel et en se questionnant sur ses propres capacités et limites relationnelles
- Respecter les différentes législations et code déontologique concernant les droits du malade et les devoirs du médecin
- Communiquer avec les autres professionnels de santé et médico-sociaux intervenant auprès du patient, dans l'intérêt de celui-ci, en utilisant le média le plus judicieux en fonction du problème dans son contexte
- Communiquer avec les institutionnels dans l'intérêt du patient

6. Professionnalisme

C'est la capacité à assurer l'engagement envers la société et à répondre à ses attentes, de développer une activité professionnelle en privilégiant le bien être des personnes par une pratique éthique et déontologique, d'améliorer ses compétences par une pratique réflexive dans le cadre de la médecine basée sur des faits probants, d'assumer la responsabilité des décisions prises avec le patient.

- Agir avec altruisme, et sans discrimination
- Favoriser l'accès équitable aux soins pour tous
- Assumer ses responsabilités et en explicitant ses décisions en informant honnêtement les patients, y compris de ses conflits d'intérêts
- Respecter la personne humaine en tenant compte en premier lieu du mieux-être du patient et en favorisant son libre choix, son autonomie, et une réflexion éthique
- Fonder ses choix sur l'intérêt du patient, mais aussi sur la gestion pertinente des ressources de soins
- Garantir la confidentialité des échanges avec les patients
- Améliorer ses compétences professionnelles par l'identification de ses besoins de formation et intégrant ses acquis à sa pratique
- Contribuer et participer à la formation des professionnels de santé
- Collaborer avec les autres professionnels de soins dans le respect de leurs compétences
- Gérer son temps pour un équilibre entre vie professionnelle et personnelle
- Gérer son outil de travail

Annexe 3. 11 familles de situations fréquentes en médecine générales.

1. Situations autour de patients souffrant de pathologies chroniques, poly morbidité à forte prévalence

- 1-1 Diagnostiquer et suivre des patients atteints de pathologies chroniques organiques et psychologiques de toute nature, diagnostiquer et suivre des patients polypathologiques à tous les âges de la vie.
- 1-2 Repérer et suivre des patients asymptomatiques qui présentent des facteurs de risque dont le contrôle a montré son efficacité sur la probabilité de survenue d'événements morbides à court, moyen et long terme
- 1-3 Repérer et suivre des patients fragiles, qui consultent pour des symptômes de mal-être, symptômes présentés comme liés à des événements de vie. Ces patients ne présentent pas de trouble psychiatrique ni de maladie organique grave.
- 1-4 Maintenir à domicile des patients souffrant de déficiences motrices, sensitives, cognitives entraînant des pertes d'autonomie (problèmes locomoteurs, neurologiques, sensoriels).
- 1-5 Accompagner les patients souffrant de problèmes d'addiction, de dépendance et de mésusage.
- 1-6 S'investir auprès de patients présentant des pathologies chroniques très graves, de patients en soins palliatifs et de patients en fin de vie.
- 1-7 Dépister et accompagner les patients souffrant de pathologies psychiatriques chroniques prévalentes (dépression, anxiété généralisée, troubles bipolaires).
- 1-8 Accompagner les patients présentant des douleurs chroniques.

2. Situations liées à des problèmes aigus / programmés ou non / fréquents ou exemplaires

- 2-1 Recevoir des nouveaux patients quel que soit le motif de recours.
- 2-2 Entendre et répondre aux plaintes somatiques médicalement inexplicables, aux plaintes d'origine fonctionnelle. Caractéristiques de ces motifs :
 - Présence de nombreux symptômes (plaintes) physiques, sans explication médicale
 - Inquiétude du sujet vis à vis d'une maladie physique
 - Des symptômes associés d'anxiété et/ou de dépression sont courants
 - Exploration médicale et examens complémentaires négatifs fréquents
 - La place de l'incertitude est majeure dans ces situations
 - Le sentiment d'échec influe sur la qualité de la relation médecin/patient
 - Ces plaintes répétées peuvent entraîner une chronicisation des problèmes
- 2-3 Entendre et répondre aux plaintes somatiques aiguës non urgentes prévalentes en médecine générale.

3. Situations liées à des problèmes aigus dans le cadre des urgences réelles ou ressenties

Les présentations des situations urgentes ne sont pas univoques. Il peut s'agir d'urgences « vraies » ou « ressenties », d'urgences où le risque vital est évident ou au contraire ce risque n'est pas évident mais pourtant présent nécessitent une analyse fine de la situation clinique. Il existe aussi des urgences psychiatriques et des urgences médicosociales où la démarche décisionnelle est par nature quelque peu différente.

- 3-1 Gérer des patients qui présentent des plaintes urgentes de nature somatique (défaillances des fonctions vitales ou risque de défaillances de ces fonctions : anaphylactique, cardiogénique, pulmonaire, hypovolémique hémorragique ou non, neurogénique, septique) et urgences ressenties : soulagement symptomatique.
- 3-2 Patients présentant des crises aiguës de nature psychiques/ relationnelles (patient très agressif) Situations dans lesquelles :
 - la relation thérapeutique peut être perturbée par la symptomatologie psychique
 - le médecin généraliste peut intervenir sans l'accord du patient
 - la demande de soins peut venir de l'entourage ou de la société
 - le médecin généraliste peut courir un danger personnel
 - le patient peut courir un risque vital
 - le médecin généraliste risque de s'impliquer hors de son rôle habituel de médecin
- 3-3 Patients présentant des problèmes médico sociaux aigus.

4. Situations autour de problèmes de santé concernant les spécificités du nourrisson, de l'enfant et de l'adolescent

- 4-1 Faire le suivi de nourrissons et d'enfants dans les consultations systématiques de surveillance en s'assurant de leur développement global, de leur prévention vaccinale et du dépistage de leurs troubles sensoriels et psycho comportementaux.
- 4-2 Accompagner les parents inquiets des troubles de leur nourrisson et de développer une conduite adaptée devant les pathologies les plus fréquentes du nourrisson et de l'enfant.
- 4-3 Accueillir et suivre un adolescent en intégrant une exploration somatique et psychique, et une attitude permettant à la fois d'établir une relation de confiance, un rôle préventif et éducatif, et une place de coordinateur.

5. Situations autour de la sexualité de la génitalité et de la reproduction

- 5-1 Prescrire une contraception, en assurer le suivi, informer et éduquer pour toutes les formes de contraception en situation commune, à risque, et en situation d'urgence.

5-2 Informer autour d'un projet de grossesse. Suivre une grossesse normale dans sa dimension médicale, mais aussi affective en y intégrant la consultation pré-conceptionnelle, aider la femme à réduire ses risques (produits psychoactifs, tabac, alcool), repérer et orienter les grossesses à risque quel qu'en soit le terme.

5-3 Suivre une femme en péri ménopause puis ménopausée, analyser le risque et le bénéfice d'un traitement hormonal substitutif, intégrer les demandes de la femme à une stratégie de suivi, de dépistage et de prévention. Evaluer le risque ostéoporotique et proposer une stratégie adaptée. Répondre à la plainte concernant les troubles urinaires et sexuels.

5-4 Répondre à une demande d'interruption volontaire de grossesse dans le cadre réglementaire.

5-5 Répondre de façon adaptée dans le cadre du premier recours à une demande urgente ou non d'une femme présentant une plainte indifférenciée dont l'origine gynécologique est probable.

5-6 Assurer et informer sur le dépistage des cancers mammaires et génitaux en fonction des niveaux de risque de la femme.

5-7 Recevoir des demandes sur les troubles de la sexualité.

6. Situations autour de problèmes liés à l'histoire personnelle, familiale et à la vie de couple

Le médecin généraliste, médecin de plusieurs membres de la famille en situation de conflit peut se trouver dans une situation relationnelle et déontologique délicate.

7. Situations de problèmes de santé et /ou de souffrance liés au travail

Ces situations entraînent très souvent des conflits ouverts ou larvés avec les employeurs. Dans l'intérêt du patient, la collaboration avec le médecin du travail doit se faire en respectant le secret professionnel.

8. Situations dont les aspects légaux, réglementaires, déontologiques et juridiques sont au premier plan

La plainte initiale est une demande d'un patient, en lien juridique évident. Il existe un lien juridique potentiel pour toutes situations de tout patient. Il peut exister une obligation éventuelle de signalement. La posture professionnelle se fait dans le cadre d'une obligation légale. Situations prototypes :

- refus des soins
- certificat à la demande du patient
- certificat à la demande d'un tiers
- parent - enfant
- assurantiel patient perso
- patient décédé
- transmission du dossier médical
- information autour d'un acte, d'une prescription, d'un geste, d'un traitement
- situations de signalement
- situations de dépistage
- démarches administratives Assurance maladie, Allocation personnalisée d'autonomie (APA) et Maison départementale des personnes handicapées (MDPH)

9. Situations avec des patients perçus comme difficiles/ exigeants

Ces situations sont relativement fréquentes et entraînent des frustrations importantes pour les deux parties. Il peut s'agir de patients que rien n'améliore, de ceux qui exigent des traitements, des examens, des certificats etc., alors que le médecin trouve ces demandes illégitimes au premier abord. Habituellement, ces situations présentent un fort potentiel émotionnel.

10. Situations où les problèmes sociaux ou situation de précarité sont au premier plan

La difficulté majeure est que les personnes et les familles les plus vulnérables n'ont que rarement accès au cabinet du médecin de ville. Par ailleurs, l'obstacle majeur est l'accès à l'information et souvent ces personnes ne se sont pas en état de « formuler une demande » par manque de ressources propres.

11. Situations avec des patients d'une autre culture

Dans ces situations, le risque d'incompréhension est majeur : incompréhension liée à la langue mais aussi à des représentations auxquelles le médecin généraliste n'a pas accès facilement. Des problèmes psycho-sociaux peuvent aggraver ces situations.

Annexe 4. Questionnaire à destination des internes de médecine générale de Limoges de 2017 à 2021.

Evaluation de la formation facultaire du nouveau DES de Médecine Générale à Limoges

Madame, Monsieur

Etudiant en fin d'internat de médecine générale à Limoges, je réalise ma thèse sur le point de vue concernant la formation facultaire des promotions d'internes de Médecine Générale depuis la réforme de 2017.

Ce questionnaire a pour objectif d'identifier les pistes d'évolution proposées par les internes de MG de Limoges pour rendre la formation facultaire plus efficace, moderne et attractive. L'idée est de faire remonter vos attentes, besoins, suggestions afin de faire évoluer la formation et la rendre plus efficiente.

C'est en somme le premier questionnaire de satisfaction à destination des internes et anciens internes de médecine générale de Limoges.

Ce questionnaire se compose de trois parties : Encadrement, Contenus, Formats. Il dure moins de 10 minutes

Vous pourrez apporter des commentaires régulièrement, et un espace d'expression libre, constructif et bienveillant vous sera proposé en fin de questionnaire.

*Obligatoire

1. Vous êtes ou avez été Interne de Médecine Générale ? *

Une seule réponse possible.

- Oui, je l'ai choisi aux ECN *Passer à la question 2*
- Oui, je le suis depuis un droit au remord vers la médecine générale
Passer à la question 2
- Non
Passer à la section 2 (Désolé ce questionnaire est à destination des internes de médecine générale. (vous pouvez faire un droit au remord si vous voulez)).

Désolé ce questionnaire est à destination des internes de médecine générale.
(vous pouvez faire un droit au remord si vous voulez)

1/5 Vous êtes Interne de Médecine Générale

2. Vous êtes ? *

Une seule réponse possible.

- Un homme
- Une femme

3. Quel âge avez vous ? *

Une seule réponse possible.

- 20
- 21
- 23
- 24
- 25
- 26
- 27
- 28
- 29
- 30
- 31
- 32
- 33
- 34
- 35
- Plus de 35

4. Vous avez réalisé votre externat à... *

Une seule réponse possible.

- | | |
|--|-------------------------------------|
| <input type="radio"/> Limoges | <input type="radio"/> Lyon |
| <input type="radio"/> Aix-Marseille | <input type="radio"/> Montpellier |
| <input type="radio"/> Amiens | <input type="radio"/> Nancy |
| <input type="radio"/> Angers | <input type="radio"/> Nantes |
| <input type="radio"/> Antilles Guyane | <input type="radio"/> Nice |
| <input type="radio"/> Besançon | <input type="radio"/> Paris |
| <input type="radio"/> Bordeaux | <input type="radio"/> Poitiers |
| <input type="radio"/> Brest | <input type="radio"/> Reims |
| <input type="radio"/> Caen | <input type="radio"/> Rennes |
| <input type="radio"/> Clermont-Ferrand | <input type="radio"/> Rouen |
| <input type="radio"/> Dijon | <input type="radio"/> Saint-Etienne |
| <input type="radio"/> Grenoble | <input type="radio"/> Strasbourg |
| <input type="radio"/> La Réunion | <input type="radio"/> Toulouse |
| <input type="radio"/> Lille | <input type="radio"/> Tours |
| | <input type="radio"/> Autre |

5. Vous avez passé les ECN en ? *

Une seule réponse possible.

- 2017
- 2018
- 2019
- 2020
- 2021

6. Votre rang aux ECN était : *

Une seule réponse possible.

- entre 1 et 1500
- entre 1500 et 3000
- entre 3000 et 4500
- entre 4500 et 6000
- entre 6000 et 7500
- Au delà de 7500

7. Actuellement vous êtes ? *

Une seule réponse possible.

- Interne
- Interne et effectuez des remplacements
- Remplaçant non thésé
- Remplaçant thésé : Docteur en Médecine
- Docteur en Médecine installé ou collaborateur

2/5 Concernant l'ENCADREMENT de la formation facultaire.

8. Au début de votre internat, ... *

Une seule réponse possible par ligne.

	Je ne me souviens pas	Absolument pas	Insuffisamment	En partie	Totalement
Votre ou vos journées d'accueil étaient bien organisées	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Le DUMG vous a présenté et explicité l'ensemble des objectifs de formation	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Le DUMG vous a présenté et explicité les formats d'apprentissage	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Le DUMG vous a présenté l'ensemble des contenus d'apprentissage	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Le DUMG vous a présenté les modalités d'évaluation et de validation des enseignements hors stage	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Le DUMG vous a présenté les modalités d'évaluation et de validation des traces écrites	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Le DUMG vous a demandé ce que vous attendiez de la formation facultaire	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

9. Quelles sont vos propositions pour faire évoluer l'accueil du début d'internat des futurs internes de Médecine Générale à Limoges ?

10. Durant votre internat,... *

Une seule réponse possible par ligne.

	Je ne me souviens pas	Absolument pas	Insuffisamment	En partie	Totalement
Le DUMG vous a permis de donner votre avis concernant la formation et les différentes interventions facultaires	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Le DUMG a pris votre avis en considération concernant la formation dispensée	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Le DUMG valorise vos formations complémentaires dans la validation de vos compétences (DU, DIU, Remplacements, FST, DPC,...)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Les validations des semestres vous ont semblées être impartiales et objectives sur la base de critères de jugements concrets	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Les validations de traces écrites vous ont semblées être impartiales et objectives sur la base de critères de jugements concrets	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

11. Quelles sont vos propositions pour améliorer la prise en considération de vos avis, la valorisation de formations complémentaires et les critères de jugements utilisés ?

12. Lors des enseignements facultaires, organisés à partir d'un RSCA préparé par un binôme d'internes, vous faites confiance aux apports de connaissances effectués par vos co-internes et animateurs de la séance ? *

Une seule réponse possible.

- Absolument pas, je ne m'en sers pas
- Insuffisamment, je prends du temps pour recontrôler les sources
- En partie
- Totalemment

13. Quelles sont vos idées / propositions pour faire évoluer la crédibilité de ces contenus ?

3/5 Concernant les CONTENUS des enseignements facultaires.

Les contenus, ce sont les sujets abordés durant la formation hors-stage.

14. Concernant les enseignements facultaires, la place attribuée à chacune des compétences attendues d'un médecin généraliste, vous semble ? *

Une seule réponse possible par ligne.

	Absente	Insuffisante	Adaptée	Trop importante	J'ignore à quoi cela correspond
Premier recours, urgence	<input type="radio"/>				
Relation, communication, approche centrée patient	<input type="radio"/>				
Approche globale, prise en compte de la complexité	<input type="radio"/>				
Education, prévention, santé individuelle et communautaire	<input type="radio"/>				
Continuité, suivi, coordination des soins autour du patient	<input type="radio"/>				
Professionalisme	<input type="radio"/>				

15. Concernant les situations à forte prévalence rencontrées en médecine générale. Les enseignements facultaires vous ont permis de vous former de façon...

Une seule réponse possible par ligne.

	Inexistante	Insuffisante	Partielle	Complète
Situations autour de problèmes de pathologies fréquentes (Infectieuse, ORL, dermatologique,...)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Situations de soins autour de pathologies chroniques et de l'éducation du patient (maladie chronique : diabète, HTA, asthme, BPCO, IRC...)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Situation autour d'une action individuelle ou collective de prévention (cancers, obésité, dépistages..)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Problème d'urgence, d'incertitude (traumatisme, douleur thoracique, lecture d'ECG...)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Problème de santé de la personne âgée (MAD difficile, handicap, chute, démence, iatrogénie, fin de vie à domicile, soins palliatifs,...)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Situations autour de la sexualité (génitalité, reproduction, contraception, couple, méno/andropause, libido,...)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Problème de santé du nourrisson, de l'enfant / adolescent (alimentation, suivi, troubles du comportement, vaccinations,...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aspects médico-légaux, déontologiques, responsabilités (conflit, violence, conjugopathie, sévices, mesure de protection,)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Problème de souffrance psychique (anxiété, dépression, TA, ...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Problèmes sociaux, Précarité (associations d'aide,...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Problème de santé au travail (inaptitude, invalidité, arrêt de travail, accident, maladie professionnelle, souffrance, harcèlement,...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Situation de contact/communication difficile avec un patient (autre culture, deuil, patient exigeant, revendicatif, insatisfait, annonces,)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Problèmes de dépendance / addictions (alcool, tabac, drogue,...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Certificats divers (sport, hospitalisation sous contrainte, EHPAD, MDPH,...) et prescription d'actes paramédicaux (kiné, orthophonie, IDE, orthoptie, psychomotricité, ...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gestion de cabinet / comptabilité / finance (cotation, URSSAF, CARMF, ODM, modes d'exercices, AMELI, AGA, logiciels médicaux,...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

16. Selon vous quels seraient les thèmes indispensables / incontournables que le DUMG devrait aborder durant le DES ? (C'est LA question la plus importante, soyez généreux) *

4/5 Concernant les FORMATS D'INTERVENTION utilisés en enseignements facultaires.

17. Les enseignements facultaires réalisés lors des 1^e et 2^e années de DES, à partir de RSCA préparés par un binôme d'interne permettent "l'implication très active des étudiants dans la préparation et l'animation de ces enseignements facultaires" ? *

Une seule réponse possible.

- Absolument pas
 Insuffisamment
 En partie
 Totalement

18. Estimez vous que le temps consacré à la réalisation et participation aux différents supports d'intervention suivants a été rentable en terme de formation à long terme ? *

Une seule réponse possible par ligne.

	Absolument pas	Insuffisamment	En partie	Totalement
RSCA (Récit de Situation Complexe Authentique)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
RSD (Récit de Situation Difficile)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
GEP (Groupement d'Echange de Pratique)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ateliers de gestes pratiques y compris avec des techniques de simulation	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

19. Quelles sont vos remarques et commentaires concernant les différents formats d'intervention utilisés, ou sur d'autres moyens non utilisés ?

20. Le DUMG ne met pas en place de cours magistraux ou séminaires. Vous estimez ces modes d'intervention (cours magistraux/séminaires) : *

Une seule réponse possible.

- Inutiles
 Utiles
 Nécessaires
 Indispensables

21. Selon vous, si la formation devait être amenée à évoluer, quelle place devrait avoir chacun des formats d'intervention et d'échanges suivants durant votre internat ? *

Une seule réponse possible par ligne.

	Ne plus utiliser	Diminuer son importance	Ne pas changer	Augmenter son importance	Mettre en place absolument
RSCA	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
RSD	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
GEP	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ateliers pratiques / Simulation	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Cours en ligne	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Séminaires avec des spécialistes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Cours vidéos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Evaluations de connaissances (pour objectiver les validations/invalidations)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

22. Quels sont selon vous les formats d'enseignements qui pourraient être utilisés pour enrichir la formation limougeaude ?

5/5 En termes de satisfaction globale.

23. Quel est votre ressenti global concernant la qualité de la formation facultaire de médecine générale à Limoges ... *

Une seule réponse possible.

- Excellente
 Bonne
 Moyenne
 Passable
 Médiocre
 Absente

24. Vous estimez que la formation facultaire vous est (ou a été) suffisante pour construire vos compétences de médecin généraliste ? *

Une seule réponse possible.

- Totalement
 En partie
 Insuffisamment
 Absolument pas

25. Quel est votre niveau de satisfaction globale concernant la formation facultaire de médecine générale dispensée à Limoges ? *

Une seule réponse possible.

- Très Satisfait(e)
 Satisfait(e)
 Insatisfait(e)
 Très Insatisfait(e)

26. Enfin, recommanderiez la formation facultaire de médecine générale à Limoges actuelle à un futur interne ? *

Une seule réponse possible.

- Totalement
 Probablement
 Non
 Absolument pas

27. Ci-dessous un espace d'expression libre pour vos remarques concernant la formation dite hors-stage, qui n'auraient pas trouvées place ailleurs. Merci de rester bienveillant et constructif.

C'est
fini

Merci pour le temps que vous avez accordé à ce travail de recherche. Il permettra de faire émerger des idées d'évolution pour la formation facultaire des internes de médecine générale de Limoges.

28. Ci-dessous, vous pouvez nous laisser des commentaires en OFF, une adresse mail si vous souhaitez être tenu informé des résultats de ce travail. Merci encore pour votre participation.

Vincent Charbonnier

Annexe 5. Tableau de répartition des facultés d'origine des étudiants inscrits en phase socle de médecine générale à Limoges de 2017 à 2021.

	<u>2017</u>	<u>2018</u>	<u>2019</u>	<u>2020</u>	<u>2021</u>	<u>Cumul</u>
Limoges	17	29	14	26	29	115
Amiens			1		2	3
Bordeaux	3	4	5	3	1	16
Clermont-Ferrand	1	1			1	3
Dijon			1			1
Lyon	1		1	1		3
Marseille	2					2
Montpellier					2	2
Nantes	1					1
Paris			1	1		2
Poitiers	1		2	1		4
Rouen	1			1		2
Saint-Etienne			1			1
Toulouse	1		4	2	7	14
Tours					1	1
Allemagne			1			1
Espagne			1			1
Italie			2	1		3
Pays Bas				1		1
Portugal		1	1			2
République Tchèque					1	1
Roumanie	4	4	10	4	6	28
Cumul Total Étudiants	32	39	45	41	50	207
Cumul Étudiants hors Limoges	15	10	31	15	21	92
- Dont Étudiants France	11	5	16	9	14	55
- Dont Étudiants Europe	4	5	15	6	7	37
Proportion Limoges	53%	74%	31%	63%	58%	56%
Proportion Hors Limoges	47%	26%	69%	37%	42%	44%
- Dont Étudiants France	34%	13%	36%	22%	28%	27%
- Dont Étudiants Europe	13%	13%	33%	15%	14%	18%

Annexe 6. Proposition de 15 familles de situations de médecine générale.

- 1- Situations autour de problèmes de pathologies fréquentes (infectieuse, ORL, dermatologiques...)
- 2- Situations de soins autour de pathologies chroniques et de l'éducation du patient (maladie chronique : diabète, HTA, asthme, BPCO, IRC...)
- 3- Situation autour d'une action individuelle ou collective de prévention (cancers, obésité, dépistages...)
- 4- Problème d'urgence, d'incertitude (traumatisme, douleur thoracique, lecture d'EEG...)
- 5- Problème de santé de la personne âgée (MAD difficile, handicap, chute, démence, iatrogénie, fin de vie à domicile, soins palliatifs...)
- 6- Situations autour de la sexualité (généralité, reproduction, contraception, couple, méno-andropause, libido...)
- 7- Problème de santé du nourrisson, de l'enfant / adolescent (alimentation, suivi, troubles du comportement, vaccinations...)
- 8- Aspects médico-légaux, déontologiques, responsabilité (conflit, violence, conjugopathie, sévices, mesure de protection)
- 9- Problème de souffrance psychique (anxiété, dépression, TA, ...)
- 10- Problèmes sociaux, Précarité (associations d'aide...)
- 11- Problème de santé au travail (inaptitude, invalidité, arrêt de travail, accident, maladie professionnelle, souffrance, harcèlement...)
- 12- Situation de contact/communication difficile avec un patient (autre culture, deuil, patient exigeant, revendicatif, insatisfait, annonces...)
- 13- Problèmes de dépendance/addictions (alcool, tabac, drogue...)
- 14- Certificats divers (sport, hospitalisation sous contrainte, EHPAD, MDPH...) et prescription d'actes paramédicaux (kiné, orthophonie, IDE, orthoptie, psychomotricité...)
- 15- Gestion de cabinet/comptabilité/finance (cotisation, URSSAF, CARMF, ODM, modes d'exercices, AMELI, AGA, logiciels médicaux)

Annexe 7. Proposition de cadre de livret d'accueil du nouvel interne de médecine générale à Limoges.

- Bienvenue à Limoges
- La faculté de médecine de Limoges
- Organigramme DUMG / fac + Moyens de contacts
- Présentation des concepts pédagogiques (6 compétences et leurs contenus et niveaux, 11 (15) familles de situations)
- Règlement des études
- Statuts et droits de l'interne
 - o Obligation de service
 - o Gardes
 - o Rémunération, gardes, prime SASPAS, indemnité forfaitaire de transport et d'hébergement
 - o Congés
 - o Arrêt de travail
 - o Grossesse, congé maternité et congé paternité
 - o Disponibilité
 - o Droit au remord
 - o Stage hors subdivision, inter-CHU, Surnombre, Hors filière
 - o Stage fléché
 - o Possibilité de recours en cas de litiges avec la commission locale
- Maquette du DES de médecine générale à Limoges
- La formation pratique
 - o Déroulement/Définitions des différents terrains de stage
 - o Les terrains de stages (les CH périphériques, les médecins libéraux)
 - o Règles des choix de stage
 - o Stage Praticien Niveau 1
 - o SASPAS
 - o Stages Hospitaliers
 - o Stages libéraux
- La formation facultaire dite hors stage
 - o Planning prévisionnel (sans les dates exactes)
 - o Le Portfolio
 - o La thèse
 - o La recherche
 - o Grilles d'évaluation des traces écrites
 - o Guide du RSCA
 - o Guide de RSD
 - o Guide recherches de GEP
 - o Le tutorat
 - o Liste des tuteurs
- Validation du DES
 - o Phase socle
 - o Phase d'approfondissement
- FST accessibles
- DU et DIU
- Associations
- Aides aux internes, aux remplaçants et à l'installation
- Remplacer
- S'installer
- Trousse à outils des internes (sites utiles, ressources)
- Partenaires (ARS, CPAM, ODM, URSSAF, CARMF...)

Annexe 8. Fiche d'évaluation de séance des DESMU 2017

MODULE ***

Date

Merci d'entourer la note correspondante :

1 : Pas satisfaisant du tout

2 : Plutôt pas satisfaisant

3 : Plutôt satisfaisant

4 : Tout à fait satisfaisant

Cours	Intervenant	Notes				
		Présentation	1	2	3	4
		Contenu	1	2	3	4
		Echanges	1	2	3	4
		Présentation	1	2	3	4
		Contenu	1	2	3	4
		Echanges	1	2	3	4
		Présentation	1	2	3	4
		Contenu	1	2	3	4
		Echanges	1	2	3	4
		Présentation	1	2	3	4
		Contenu	1	2	3	4
		Echanges	1	2	3	4
		Présentation	1	2	3	4
		Contenu	1	2	3	4
		Echanges	1	2	3	4

ORGANISATION/LOGISTIQUE	Notes			
Diffusion de l'information	1	2	3	4
Lieu des cours	1	2	3	4
Organisation des ateliers	1	2	3	4

Commentaires libres, suggestions :

Annexe 9. Propositions de ressources pédagogiques à destination des internes

Quelques ressources en lignes :

- Collège de la médecine générale (CMG) : <https://lecmg.fr>
- Collège national des généralistes enseignants (CNGE) : <https://www.cnge.fr/>
- Société française de médecine générale (SFMG) : <http://www.sfm.org/>

- La Haute Autorité de Santé : <https://www.has-sante.fr> (mailing liste)
- L'agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé : <https://ansm.sante.fr/>

- Droit médical : www.droitmedical.com
- PubMed : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>
- Legifrance : <https://www.legifrance.gouv.fr/>
- Sudoc : <http://www.sudoc.abes.fr/xslt/>
- hetop : <https://www.hetop.eu/hetop/>
- dumas : <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/>
- ISNAR : <https://www.isnar-img.com/>
- Littérature Scientifique en Santé : <https://www.lissa.fr/>
- Commission de transparence : http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_5268/medicaments?cid=c_5268
- INVS : <http://www.invs.sante.fr/>
- Méta-analyses, Cochrane France : <https://www.cochrane.org/fr/search/site> (Mailing liste)

Pour rechercher des données légales / déontologiques

- Conseil de l'ordre des médecins <https://www.conseil-national.medecin.fr/medecin>
- Légifrance : <https://www.legifrance.gouv.fr/>
- Le site officiel de l'administration française : <https://www.service-public.fr/>

Pour des données de santé publique / prévention

- Le Haut conseil de la santé publique : <https://www.hcsp.fr/>
- Santé publique France (INPES) : <https://www.santepubliquefrance.fr/>
- Ministère des solidarités et de la santé : <https://solidarites-sante.gouv.fr/>
- Institut Pasteur : <https://www.pasteur.fr/fr>
- Institut national du cancer : <https://www.e-cancer.fr/>

Pour des données administratives en lien avec l'assurance maladie

- Ameli : <https://www.ameli.fr/medecin>

Sites de recommandations à l'étranger

- National institute for health and care excellence (NICE) : <https://www.nice.org.uk/>
- Organisation mondiale de la santé : <https://www.who.int/fr>

Moteurs de recherche et annuaires de recherche

- www.doocteur.fr
- google scholar pour préciser vos recherches
- Catalogue et Index des Sites Médicaux Francophones (CISMEF) : <http://www.chu-rouen.fr/cismef/>
- CAIRN, revues et ouvrages en sciences humaines et sociales : <https://www.cairn.info/>

Sociétés françaises des autres spécialités, parmi les plus utiles (liste NON exhaustive) :

- Société française d'accompagnement et de soins palliatifs (SFAP) : <http://www.sfap.org/>
- Société de pathologie infectieuse de langue française (SPILF) : www.infectiologie.com
- Société française de médecine d'urgence (SFMU) : <https://www.sfm.org/fr/>

- Société française de cardiologie (SFC) : <https://sfcadio.fr/>
- Collège national des gynécologues et obstétriciens français (CNGOF) : <http://www.cngof.fr/>
- Société française de pédiatrie (SFP) : <https://www.sfpediatricie.com/>

Sites pratico-pratiques utiles en consultation souvent cités :

- <https://kitmedical.fr>
- Pour le suivi des nourrissons : <https://pediadoc.fr/>
- Pour décider d'une antibiothérapie : <https://antibioclic.com/>
- Aide thérapeutique en dermatologie : <https://www.dermatoclic.com/>
- Pour vérifier l'innocuité d'un traitement en cas de grossesse : <https://www.lecrat.fr/>
- Reconnaissance traitement des troubles psychologiques (MG psy) : <http://www.mg-psy.org/>
- Pour le suivi de grossesse : <http://gestaclic.fr/>
- Pour la prise en charge des soins palliatifs en ambulatoire : <https://palliaclic.com/>

- <http://www.allergoclic.fr/>
- <http://pap-pediatrie.fr>
- <http://www.infectiologie.com/>
- <http://nephrotox.com/>
- <http://www.pneumotox.com/>
- <http://reflexeiatrogenie.com/>
- <http://stopstart.free.fr/>
- <http://www.choisirsacontraception.fr/moyensde-contraception/>
- <https://antiseche.wordpress.com/>
- <http://www.cannabis-medecin.fr/>
- <http://gbu.radiologie.fr/>
- <http://www.memobio.fr/index.html>
- <https://www.diplomatie.gouv.fr/fr/conseilsaux-voyageurs>
- <http://www.guide-arthrose.com/>
- <http://www.orpha.net/consor/www/cgibin/index.php>
- <https://www.renau.org/>
- <https://www.mesvaccins.net/web>
- <http://sitegpr.com/fr/>

- Calcul du risque cardiovasculaire : http://www.medsyn.fr/perso/g.perrin/risque_cv.htm
- Conseils aux voyageurs : <http://www.diplomatie.gouv.fr/fr/conseils-aux-voyageurs/>
- Doc' CISMeF : <http://doccismef.chu-rouen.fr/servlets/Simple>
- Maladies rares et orphelines : <http://www.orpha.net/consor/cgi-bin/index.php?lng=FR>
- Réseau périnatalité haut-normand : <http://www.reseaux-perinat-hn.com/>
- Prise en charge médico-psycho-sociale : COMEDE : www.comede.org

Les ressources internationales en médecine générale en Open source :

- BMC Family Practice : <https://bmcfampract.biomedcentral.com/>
- The European Journal of general practice : <https://www.tandfonline.com/toc/igen20/current>
- The British Journal of General Practice Open : <https://bjgpopen.org/>
- Atención Primaria : <https://www.journals.elsevier.com/atencion-primaria/>
- The journal of Family Practice : <https://www.mdedge.com/familymedicine/archived-issues/jfponline>

Les sites suivants regroupent différentes ressources pédagogiques, parfois redondant, nous n'avons pas eu le temps de faire le tri :

- <https://msu-provinois.com/situtil/>
- <https://www.drabbas.fr/fr/orl-de-l-adulte/oreille.html>
- <https://www.collegemediterraneenmds.com/ouvertures/naviguer/>
- <https://www.dumga.info/liens-utiles>

- <http://www.imga.fr/revues-medicales/>
- <https://bu.univ-antilles.fr/biomed-bibliotheque-numerique-biomedicale.html>
- <https://ecursus.univ-antilles.fr/mod/glossary/view.php?id=2005>
- <https://www.generalistesenseignants-franchemcomte.org/outils-pedagogiques>
- <https://www.dmg-besancon.org/la-these-en-mg>
- <http://33sigma.fr/formation/liens-utiles/>
- <https://fr.calameo.com/read/0040218278c8584c71827>
- <http://www.cgeoi.fr/annexes/liens-utiles/article/liens-utiles>
- <https://www.cgelav.fr/bo%C3%AEte-%C3%A0-outils/pratique-m%C3%A9dicale/>
- <https://dmgreims.com/boite-a-outils/>
- <https://www.aimg-mp.com/index.php/ressources-sites-internet/>
- <https://dumg.univ-tours.fr/des-sites-internet-utiles-pour-vos-recherches>
- <https://dumg.univ-tours.fr/des-lectures-utiles-pendant-votre-des>

Logiciels et plateformes :

Zotero (voir tutos de doctobib sur YouTube)

Connect

Discord

Kahoot.com

Socrative.com

Applications :

Vidal (convertisseur DCI-Nom commercial)

360

BCB Dexter

Revues :

- Whats up doc (Arrive gratuitement chez toi ! Inscription sur le site)
- La revue Prescrire : www.prescrire.org/index.php
- La revue Exercer : http://www.cnge.fr/les_productions_scientifiques/la_revue_exercer/
- E-respect (revue DUMG Toulouse) www.e-respect.fr
- Le Généraliste
- La revue du Praticien
- Revue médecine : <http://www.revue-medecine.com/>
- Revue minerva : <http://www.minerva-ebm.be/fr/home.asp>
- Médecine : <https://www.jle.com/fr/revues/med/revue.phtml>
- The College of Family Physicians of Canada : <https://www.cfp.ca/>
- Revue Médicale Suisse : <http://revmed.ch>

Revues médicales anglophones de référence

- BMJ : <https://www.bmj.com/>
- BMJ open : <https://bmjopen.bmj.com/>

Blogs

<http://boree.eu/>

<http://docteurdu16.blogspot.fr/>

<http://fluorette.over-blog.com/>

<http://farfadoc.wordpress.com/>

<http://sous-la-blouse.blogspot.fr/>

<http://www.atoute.org/>

<http://medicalement-geek.com>

Chaine YouTube Doctobib

DPC :

<https://www.learnlib.com/formations/medecine/>

Livres et ouvrages :

- Thérapeutique en médecine générale. 2021, CNGE Productions et GMSanté
- UPL : Manuel Théorique de Médecine Générale -Urgences
- Mega Guide pratique des Urgences - Dominique PATERON - Elsevier Masson
- Urg' de garde - Les protocoles d'Avicenne - Frédéric ADNET - Arnette
- Traumatologie à l'usage de l'urgentiste - Dominique Saragaglia - Sauramps Médical
- Gocko Xavier. Références en médecine générale pour le deuxième cycle – 25 items. Disponible à la vente sur le site de la revue exercer : <https://www.exercer.fr/librairie/produits/>
- Médecine Générale : des données à la pratique, PERDRIX C, IMBERT P, Global média Santé et CNGE Production
- RSCA : Récit de situation complexe authentique : de l'idée à la réalisation, TAHA A. Global média Santé et CNGE Production

En communication / relation médecin-patient

- Richard Claude, Lussier Marie-Thérèse. La communication professionnelle en santé. Erpi.
- Rollnick, Miller, Butler. Pratique de l'entretien motivationnel. Communiquer avec le patient en consultation. Interditions.
- Marshall B. Rosenberg. Les mots sont des fenêtres (ou bien ce sont des murs). Initiation à la communication non violente. Audiolib
- INPES. Entre nous. Comment initier et mettre en œuvre une démarche d'éducation pour la santé avec un adolescent. Disponible en ligne gratuitement.
- Moley-Massol Isabelle. L'annonce de la maladie. Une parole qui engage. Edimark-Datebe
- Moley-Massol Isabelle. Relation médecin-malade. Enjeux, pièges et opportunités. Edimark-Datebe.

Pour le plaisir :

- Anti manuel de Médecine : IRM du monde médical – Jean-Paul Escande
- Petit manuel de médecine de montagne : de l'ampoule à l'œdème pulmonaire et de la randonnée à l'expérience himalayenne – Emmanuel Cauchy
- Guérir le stress, l'anxiété, la dépression sans médicaments ni psychanalyse – David ServanSchreiber
- Education thérapeutique du patient, Modèles, pratiques et évaluation Foucaud Jérôme, INPES
- La communication professionnelle en santé, Richard C, Lussier MT, Ed ERPI

Recherche

- Initiation à la recherche, Paul Frappe, Ed GMSanté
- Savoir lire un article médical pour décider, Dr Trisha Greenhalgh, Editions RanD

Relation Médecin et industrie pharmaceutique

- Comprendre la promotion pharmaceutique et y répondre, Organisation Mondiale de la Santé et Action Internationale pour la Santé, Projet collaboratif, Traduction française, 2013

Divers

- Juste après dresseuse d'ours, Jaddo, Ed Fleuves noirs
- 3 femmes puissantes, Ndiaye Marie, Ed Gallimard
- Ulysse from Bagdad, E.E. Schmidt, ED Albin Michel
- Loin des villes, proche des gens. Chronique d'un jeune médecin de campagne, Dr Borée, Ed City
- Et vous, docteur, ça va, Jean Van Elslande, Ed Lharmattan

- Les bureaux de dieu, Film, Claire Simon, 2008

Quelques lectures selon votre curiosité personnelle

Sociologie

- Singuliers Généralistes, Géraldine Bloy, François-Xavier Scheweyer / Presses de l'EHESP
- Pour une éthique renouvelée de la santé publique. L'accès aux soins en médecine générale, Claude Rougeron, mai 2013 Ed L'harmattan

Médecine Générale

- Médecine générale, concepts et pratiques, Pouchain D, Attali C, de Butler et al. Masson Ed (BU du DMG)
- Thérapeutique en Médecine Générale, Gay B, Queneau P, Druais PL, Trinh-Duc A, Ed GMSanté
- Abrégés Médecine Générale, Druais PL, Gay B, Le Goaziou, Budowski M, Gilberg S, Masson Ed
- Démarche Clinique, Ratté F, Thériault J, Presses Université Laval
- Cas cliniques en médecine générale, Gilbert S, Barthe J, Partouche H, Ed Lavoisier
- 80 gestes techniques en médecine générale, Gay B, Saccone P, Valverde-Carillo A, Ed Masson
- Médecine Générale, Bibliographie commentée (édition annuelle), Pouchain D & al., CNGE, Ed scientifiques L&C
- Alcool et médecine générale, Huas D, Rueff B, Ed GMSanté
- L'erreur médicale, le burnout et le soignant, Galam E, Ed Springer
- Dominique Huas, Bernard Rueff. Alcool et médecine générale. Global Media Sante.
- Daydé Marie-Claude, Hirsch Godefroy. Soins palliatifs à domicile – Repères pour la pratique. Le Coudrier.
- Martin Winckler. La maladie de Sachs.
- Martin Winckler. Le cœur des femmes.
- John Berger, Jean Mohr. Un métier idéal : Histoire d'un médecin de campagne
- Michaël Balint. Le médecin, son malade et la maladie.
- Robert Buckman. S'asseoir pour parler. L'art de communiquer de mauvaises nouvelles aux malades.
- Guide du professionnel de santé. Elsevier Masson
- Carl R. Rogers. Le développement de la personne. Interéditions

Issus de la Faculté de Nice, merci à eux.

MOOC/e-learning :	
MOOC Violences faites aux femmes	https://www.fun-mooc.fr/courses/course-v1:USPC+37011+session01/about
Processus du raisonnement clinique université de Montréal (3h pendant 6 semaines)	https://cours.edulib.org/courses/course-v1:UMontreal+PRC.4+H2018/about
Les conduites suicidaires : identifier et prévenir	https://www.fun-mooc.fr/courses/course-v1:umontpellier+08010+session01/about
Comprendre les addictions :	https://www.fun-mooc.fr/courses/course-v1:UPSUD+42004+session03/about
La vaccination en pratique https://www.formationvaccinationpaca.fr	

Tabac : arrêter comme vous voulez! https://www.fun-mooc.fr/courses/course-v1:USPC+37021+session01/about
Oncomooc : les fondamentaux en oncologie https://oncomooc.cancerologie.org/
Changements climatiques et santé : prévenir, soigner et s'adapter
MOOC tabac arrêtez comme vous voulez https://www.pns-mooc.com/fr/mooc/18/presentation
MOOC prescrire le sport santé sur ordonnance https://www.mooc-sportsante.com/course/prescrire-le-sport-sante-sur-ordonnance/
Soins palliatifs. https://www.fun-mooc.fr/courses/course-v1:parisseine+105001+session01/about
Formation à la Santé sexuelle pour tous (partie 1 ou partie 2) https://www.fun-mooc.fr/courses/course-v1:parisdiderot+56005+session02/about https://www.fun-mooc.fr/courses/course-v1:parisdiderot+56006+session01/about
La consultation et la prescription de l'activité physique pour la santé Mieux connaître la prise en charge des maladies chroniques Guide méthodologique Sport et Santé Préventeur Sport Santé : niv. 1 sont tous disponibles sur le site : https://www.mooc-sportsante.com
FormaPrep par COREVIH (https://www.formaprep.org/index.php)
MOOC Stratégies diagnostiques des cancers (https://www.fun-mooc.fr/fr/cours/strategies-diagnostiques-des-cancers/)
Fun MOOC conduites addictives https://www.fun-mooc.fr/courses/course-v1:ParisSaclay+71011+session01/about?at_medium=email&at_emailtype=retention&at_campaign=newsgen&at_creation=ParisSaclay&at_send_date=20210312&at_link=ParisSaclay_71011_session01&at_recipient_list=1
Livres
Martin Winckler, La Maladie de Sachs, P.O.L., 1998
Martin Winckler, Les 3 médecins, Gallimard, 2006
Martin Winckler, Le Chœur des Femmes, P.O.L., 2009
Martin Winckler, En souvenir d'André, P.O.L., 2012
Martin Winckler, Dr House, l'esprit du shaman, Boreal, 2013
Martin Winckler, L'école des soignantes, folio 2020
Barrier Philippe, La blessure et la force, Puf, 2010
Barrier Philippe, Le patient autonome, Puf, 2014
Jean-Dominique Bauby, Le scaphandre et le papillon, Robert Laffont, 1997
Jean Michel Benattar, Prendre Soins, 2015
Eric Balez , Le patient expert, Odile Jacob, 2015
Michael Balint, Le médecin, son malade et la maladie, Payot, 1996
Jean Claude Ameisen, François Arnold, Les couleurs de l'oubli, L'Atelier, 2008
Normand Baillargeon, Petit cours d'autodéfense intellectuelle, Lux, 2006

Christian Bobin, La Présence Pure, Gallimard, 2008
Boch Anne-Laure, médecine technique, médecine tragique, Seli Arslan, 2009
G. Canguilhem, Le normal et le pathologique, Quadrige, 2013
Georges Canguilhem, Ecrits sur la médecine, Seuil, 2002
Jean Carpentier, Journal d'un médecin de ville, Losange, 2005
Rita Charon, Médecine narrative, Sipayat, 2015
Boris Cyrulnik dirige « Qu'est-ce qui guérit ? L'effet placebo... Editions Duval, juin 2016
Antonio Damasio, L'erreur de Descartes, Odile Jacob, 1995
Gérard Danou, Résistances : littérature, médecines, sciences humaines, Lambert-Lucas, 2011 (ouvrage collectif)
Frédérique Deghelt, Libertango, Actes Sud, 2016
G. Didi-Huberman, Invention de l'hystérie, Macula, 2014
Hubert Doucet, L'éthique clinique, Presses de l'Université de Montréal, 2014
D. Dupagne, La revanche du rameur, Michel Lafon, 2012
Dominique Dupagne, La Qualité, mon Q, BoD, 2016
Marguerite Duras, La douleur, P.O.L., 1985
Fainzang Sylvie, La relation médecins/malades : information et mensonge, Puf, 2006
Michel Foucault, Naissance de la clinique, Puf, 1963
Michel Foucault, Surveiller et punir, Gallimard, 1975
Irène Frachon, Mediator 150mg, combien de morts ?, Dialogues, 2010
Eric Galam, L'erreur médicale, le burn out et le soignant, springer, 2011
Erving Goffman, Asiles – Études sur la condition sociale des malades mentaux et autres reclus, Minuit, 1979
Roland Gori, Marie-José Del Volgo, La santé totalitaire, essai sur la médicalisation de l'existence, Denoël, 2005
Roland Gori, La fabrique des imposteurs, Les Liens qui Libèrent, 2013
Grand Corps Malade, Patients, Seuil, 2012
Anne Guérin, Claudie Cachard, Manuel poétique et pratique à l'usage des soignants et autres curieux, Puf, 2013
Marie de Hennezel, La mort intime : Ceux qui vont mourir nous apprennent à vivre, Pocket, 2006
Walter Hesbeen, Dire et écrire la pratique soignante au quotidien, Seli Arslan, 2009
Walter Hesbeen, Michel Dupuis, Raymond Gueibe, Les formations aux métiers de la santé. Quels enjeux éthiques ?, Seli Arslan, 2013
Thomas Hochart Thèse 2014 « Comment utiliser le support cinématographique dans les enseignements de médecine générale ? Proposition d'un prototype d'enseignement dirigé basé sur le film Barberousse d'Akira Kurosawa »
Hustvedt Siri, La femme qui tremble, Babel, 2013
Ivan Illich, Némésis médicale, Seuil, 1975
Francois Jollien, Eloge de la faiblesse, Le Cerf, 1999
Maylis de Kerangal, Réparer les vivants, Verticales, 2014
Etienne de La Boetie, Discours de la servitude volontaire, Mille et une nuits, 1997

Pierre Le Coz, Petit traité de la décision médicale, Seuil, 2007
Agnès Ledig, Dr Teddy Linet, Mon guide gynéco, Pocket, 2016
Céline Lefève, Devenir médecin, Puf, 2012
Céline Lefève, Les classiques du soin, Puf, 2015
Céline Lefève, JC Mino, Nathalie Zaccai-Reyners, Le soin, approches contemporaines, Puf, 2016
Leichter-Flack Frédérique, Le laboratoire des cas de conscience, Alma 2012
Jacques Lusseyran, Et la lumière fut, Gallimard, 2016
Claire Marin, Nathalie Zaccai-Reyners, Souffrance et douleur. Autour de Paul Ricœur, Puf, 2013
Claire Marin, Frédéric Worms, A quel soin se fier ? Conversations avec Winnicot, Puf, 2015
Claire Marin, Hors de moi, Allia, 2011
Claire Marin, Violences de la maladie, violences de la vie, Armand Colin, 2008
Jean-Christophe Mino, Céline Lefève, Vivre après un cancer, Dunod, 2016
Anne-Marie Mol, Ce que soigner veut dire. Repenser le libre choix du patient. Presses des Mines, 2013
P. Molinier, S. Laugier, P. Paperman, Qu'est-ce que le care ? : souci des autres, sensibilité, responsabilité, Payot, 2009
Molière, Le Malade Imaginaire
Arnold Munnich, Programmé mais libre, Plon, 2016
Mariana Otero, A ciel ouvert, Buddy movies, 2013
Orwell George, 1984, Gallimard, 1972
Luc Perino, Les nouveaux paradoxes de la médecine, Pommier, 2012
Olivier Pourriol, Le peintre au couteau, Grasset, 2005
Eve Ricard, Une étoile qui danse sur le chaos, Albin Michel, 2015
Matthieu Ricard, Plaidoyer pour l'altruisme, Nil, 2013
Paul Ricœur, Soi-même comme un autre, Seuil, 1990
Jules Romains, Knock ou le triomphe de la médecine, Gallimard, 1972
Colette Roumanoff, Le bonheur plus fort que l'oubli, Michel Lafon, 2015
Martine Ruzsiewicz, L'annonce, dire la maladie grave, Dunod, 2015
Oliver Sachs, Musicophilia, Seuil, 2009
Oliver Sachs, L'homme qui prenait sa femme pour un chapeau, Seuil, 1992
Paul Scheffer (dir.), Les métiers de la santé face aux industries pharmaceutique, agroalimentaire et chimique. Quelles formations critiques ?, L'Harmattan, 2015
Schovanec Josef, Je suis à l'Est, Plon, 2012
Antoine Sénanque, Blouse, Grasset, 2004
Mary Shelley, Frankenstein ou le Prométhée moderne, La renaissance du livre, 1922
Susan Sontag, La maladie comme métaphore, Christian Bourgois, 1993
Léon Tolstoï, La mort d'Ivan Illitch, Poche, 1976
Frans de Waal, Le bonobo, Dieu et nous, Les Liens qui Libèrent, 2013
Giorgio Agamben, Qu'est-ce qu'un dispositif ?, Rivages, 2007
La multimorbidité, une nouvelle conception du soin, global media santé, 2020
MANUEL THÉORIQUE DE MÉDECINE GÉNÉRALE, global média santé, 2015

Pour un retour au raisonnement clinique, ou comment apprivoiser l'incertitude diagnostique, global média santé, 2019
Antivax : Histoire de la résistance aux vaccins du XVIIIe siècle à nos jours / VINGAUD Laurent-Henri, SALVADORI Françoise, Editions Vendémiaire, 2019, 384 p.
L'hésitation vaccinale. Les mots pour l'expliquer / GUEVEL DELARUE Kristell Presses de l'école des hautes études en santé publique, 2020, 194 p.
L'INSTANT ET LA DURÉE DE L'ANTÉCÉDENT À L'ÉPISODE DE SOIN, global media santé, 2020
Monter et faire vivre une maison de santé, Pierre DE HAAS, le coudrier, 2015
Soins palliatifs à domicile : repère pour la pratique, Godefroy HIRSCH et Marie Claude DAYDE, le coudrier
Les savoirs expérientiels en santé. Fondements épistémologiques et enjeux identitaires, Presses universitaires de Nancy - Editions Universitaires de Lorraine, 2019
Jean Claude Ameisen, La sculpture du vivant, Seuil, 1999
BD manga
il fallait que je vous le dise, Aude Mermilliod, Casterman 2019
la différence invisible, Melle Caroline et Julie Dachez, Delcourt 2016
Goupil ou face, Lou Lubie, Vraoum 2016
adieu mon utérus, Yuki Okada, Akata 2019
Le cœur des femmes, Aude Mermilliod/Martin Winckler, le lombard 2021
On ne nait pas grosse, Gabrielle Deydier, Ed goutte d'or, 2017

Annexe 10. Proposition semaine d'intégration des internes de médecine générale

	<u>Lundi</u>	<u>Mardi</u>	<u>Mercredi</u>	<u>Jeudi</u>	<u>Vendredi</u>
Matin :	Accueil Présentations DUMG, départements, terrains de stage	Modes d'exercices CPAM CARMF URSSAF	ECG en médecine générale	Certificats divers : Descriptifs / ITT Décès AT/MP, Arrêt de travail CNH, Réquisition Hospitalisation sous contrainte Sport	Ateliers et enseignements à la carte pour répondre aux questionnements de la semaine.
Midi :	<u>Buffet financé par Dpt 23</u> Présentation du département, des structures de soins, des projets, des offres à pourvoir...	<u>Buffet financé par Dpt 19</u> Présentation du département, des structures de soins, des projets, des offres à pourvoir...	<u>Buffet financé par Dpt 87</u> Présentation du département, des structures de soins, des projets, des offres à pourvoir...	<u>Buffet financé par Dpt 24</u> Présentation du département, des structures de soins, des projets, des offres à pourvoir...	Midi libre, ou buffet proposée par mutuelle, prévoyance, RCP...
Après- midi :	Le portfolio Les traces écrites Les critères de validation / invalidation AIMGL 1/4h question	En groupes : Atelier Gynéco Atelier ORL Atelier Ortho- rhumato 1/4h question	En groupes : Ateliers infiltrations Atelier Dermato Atelier Nutrition enfant 1/4h question	En groupes : Atelier Urgences Atelier Infectio Atelier Méchage 1/4h question	Formation continue, DPC, Logiciels,
	Soirée Alpha : Apéritif de bienvenue, financé AIMGL			Soirée Gamma : Soirée OH ou soirée d'intégration	

Annexe 11. Verbatim des questions ouvertes

Annexe 11.1. Verbatim question : Quelles sont vos propositions pour faire évoluer l'accueil du début d'internat des futurs internes de Médecine Générale à Limoges ?

Écouter les besoins des étudiants
Remise d'un carnet explicatif des enseignement et délais précis pour faire thèse et port folio
La journée d'accueil était la bienvenue, mais quelques mails avant pour expliquer auraient été salutaires surtout pour ceux ne venant pas du limousin
Moins d'infos d'un coup, car treeees dense au début et difficile de se souvenir de tout...
Une journée ou demi-journée conviviale où on pourrait apprendre à se connaître entre nous et connaître les membres du DUMG
La présentation de la maquette est claire. Mais les modalités précises de validation des stages et surtout des traces écrites devraient être détaillées
Journée d'accueil obligatoire avec activités, repas etc. Histoire de se familiariser avec nos cointernes mais aussi nos enseignants.
Témoignage ou présentation de l'internat par des internes en DES3 ou des jeunes médecins remplaçants /installés/salariés. Ils pourraient expliquer leur parcours, montrer la diversité du métier... Et seront moins rébarbatifs que les vieux médecins du DUMG qui ne jurent que par le libéral le libéral et le libéral !!
Demander aux internes ce qu'ils attendent des futurs cours tout au long du DES.
Un carnet d'objectif clair et précis avec les différentes traces écrites attendues et à quelle date, les différents objectifs à remplir pour valider les différent check point dans le cursus, des exemples CONCRETS de ce qui est attendu et des grilles d'évaluation précises.
Une sortie avec la promo pour souder le groupe, une participation active plus qu'une avalanche de diapos
Expliciter les délais pour les traces d'apprentissage, le mémoire.
Aucune idée.
Prendre en compte l'avis des étudiants.
Plus de clareté dans les explications dans la validation des traces écrites et plus d'honnêteté dans la validation de ses fameuses traces
j'ai beaucoup aimé l'intervention de l'avocat sur les certificats médicaux. J'aurai aimé avoir lors de cette 1ere journée d'acceuil toutes les modalités de validation de DES (comme par exemple le mémoire, que nous n'avons eu connaissance que lors du 1er cours facultaire)
Pas de propositions
Donner plus la parole aux étudiants pour voir ce qu'ils attendent et ce qu'ils ont compris
Que d anciens internes hors dumg y participe !
Bon accueil, je me souviens même d'une intervention de l'office du tourisme, cool pour les nouveaux dans la région !
Mieux présenter l'internat et les choix de stage, mieux présenter les disponibilités et les stages en surnombre
Insister moins sur les traces écrites et plus sur la formation pratique.
Documents d'information clairs avec notamment les droits des internes (horaires, temps de formation perso, etc) car facile de tomber dans le piège au début d'internat. Et plus de clarté sur le fait que les traces écrites sont pondérées comme les stages.
Plus de médical, du concret et nous présenter le métier plutôt que le portfolio
Meilleur respect des choix. Parler de l'organisation de l'année, donner les dates en avances des rsca et rsd
Le faire en visio ou l'enregistrer pour le lire en x1.5 ou x2 parce que la flemme de se déplacer quand on n'est pas de Limoges
Plus détailler les attentes vis à vis des récits
Leur préciser qu'il n'y a pas de syndicat des internes en cas de pb...

<p>Présenter au mieux l'ensemble des acteurs de notre formation au quotidien à savoir les maître de stage, mais également les services hospitaliers dans lesquels nous pouvons évoluer. Etre honnête sur le nombre de kilomètres qui seront à réaliser tout au long de la formation pour aller sur les terrains de stage.</p> <p>Expliquer mieux ce qu'ils attendent de nous des traces écrites et nous en expliquer leurs buts réels ...</p> <p>Nous présenter mieux le métier de médecin généraliste dans sa diversité d'exercice et d'installation (quels sont les DU qui s'offrent à nous, quelles sont les mobilités possibles et ne pas voir qu'à travers le prisme d'un médecin isolé ne faisant que du cabinet, cette époque semble de plus en plus révolue, en somme présenter ce si beau métier avec modernité et dans son époque surtout)</p>
<p>Expliquer plus en détail en quoi consistent exactement les traces écrites à produire, par exemple en montrant et commentant un exemple d'ancien récit</p>
<p>Créer binôme avec un interne année supérieure.</p>
<p>Au vue du nombres de redoublement en lien avec les RSCA, il serait peut être important de notifier ce fait ou alors d'accorder moins d'importance aux RSCA sur la validation des années</p>
<p>Bien expliquer les modalités de validation de semestre, validation de récits Bien expliquer les modalités si redoublement d'un semestre (classements, interpromo...)</p>
<p>Organiser des activités permettant de découvrir les terrains de stage et de créer des entraides entre les internes de médecine générale qui du fait de leur nombre finissent pas être éparpillés dans plusieurs terrains de stage et au final être isolés</p>
<p>Organisation journée d'accueil du dumg une ou deux semaines avant le début d'internat</p>
<p>Présenter et expliquer clairement les modalités des évaluations futurs, que tous les intervenants aient tous le même discours ! Ça évite les mauvaises surprises pour les étudiants.</p>
<p>Être plus dans l'échange bilatérale qu'unilatéral</p>
<p>mieux expliciter les règles sur les écrits, notamment pas/peu entendu parler du rapport de stage praticien niveau 1 à faire et appris à posteriori, sur le carnet de bord du saspas, peu de directive, nous fournir un exemple serait pratique.</p>
<p>Mettre en avant les du et diu. Demander aux internes ce sur quoi ils se sentent mauvais pour proposer des formations adaptées</p>
<p>accueil plutôt bon et rassurant dans l'ensemble. La bonne humeur des encadrants et y compris du DUMG nous rassure sur le fait que l'on va passer un bon internat, que l'on ne s'est pas trompé de voie. Je n'ai pas vraiment de chose à redire sur cet accueil.</p>
<p>Journée de cohésion pour apprendre à connaître les co internes</p>
<p>Accueil en 2020 limité par la situation sanitaire, mais intéressant d'avoir la vision des internes des promos supérieures pour se faire une idée de l'internat de médecine générale</p>
<p>Sur une journée entière plutôt que sur une demi journée avec le jour des choix plus tard ; possibilité de pouvoir rencontrer des internes des années supérieures pour avoir leur retour directement par rapport aux différents terrains de stage (GELULES ne répertorient pas tous les terrains de stage notamment concernant les maîtres de stage)</p>
<p>Faire moins de récits et plus focaliser sur l'apprentissage sur le terrain</p>
<p>Prendre le temps d'expliquer clairement les étapes de la maquette et du tutorat sans être pressés par les choix</p>
<p>Parler des formations complémentaires type DU ou FST</p>
<p>° Choix du tuteur : difficile de faire un choix en 5 minutes surtout quand on ne connaît pas la région, un peu déstabilisant. Présentation en présence du tuteur est une bonne idée : ° Dans la présentation du DES : accentuer les modalités de stage notamment pour les 3ème et 4ème semestres qui sont exclusivement hospitalier.</p>
<p>Mieux expliquer les modalités de validation de l'enseignement facultaire et notamment les modalités en cas d'absence aux cours à la fac.</p>
<p>Création d'un livret d'accueil</p>

page web, guide écrit
Changer
intégrer des internes fraîchement diplômés
Laisser parler des internes de la promo antérieure sur le déroulement dans l'année et le vécu du début d'internat
l'exemple type de ce qu'il faut rendre à la fin, avec un peu plus d'exemple de récits et pourquoi les faire

Annexe 11.2. Verbatim question : Quelles sont vos propositions pour améliorer la prise en considération de vos avis, la valorisation de formations complémentaires et les critères de jugements utilisés ?

Grilles d'évaluation claire et donnée aux étudiants
Beaucoup de traces à refaire sans réelles justification
Demander un avis aux médecins tuteurs du stage lors de questions d'invalidation uniquement basé sur les récits réalisés
Rscarsd.. quoiqu'en dise les magazines prescrire ainsi que les membres du dumg, toujours difficile de voir l'intérêt..!
Difficile à améliorer... Impliquer des internes dans la validation ? Mais ça ne serait pas très impartial non plus et gros risques de conflits dans la promo...
Une meilleure reconnaissance des remplacements qui sont une bonne formation quoiqu'on en pense ; une évaluation des récits par des co-internes plutôt que par les membres du DUMG
Il faudrait avant tout avoir des professeurs à l'écoute et moins enfermés de manière "sectaire" sur la médecine générale
Possibilité de refaire une trace écrite sans avoir à refaire 6 mois de stage.
Difficile de donner son appréciation globale sur la formation face à face avec nos enseignants voire directement face au Dr Dumoitier lors de l'entretien de fin de phase sociale (peur des répercussions). Peut être créer un Google form ou autre afin de vraiment donner son opinion. Communication compliquée également pour les formations complémentaires qu'on est obligés de « faire en douce »...
Un questionnaire anonyme à chaque fin de semestre
Formation complémentaire = utile pour notre future pratique = concret
Ce questionnaire Des grilles d'évaluation et des calendriers clairs et disponibles dès le début de l'internat. Une personne disponibles pour répondre à nos questions et des réponses uniformisées dans l'ensemble du DUMG (ce qui n'est pas souvent le cas)
En fin de stage, une évaluation du stage, des propositions faites aux DUMG sur ce qui est important de fait évoluer à chaque stage... nous accompagner sur les différents Du et nous ouvrir des portes de Paris encourager l'interne à en faire
Trop attaché à la forme littéraire, mais pas assez sur les compétences médicales utiles au quotidien en cabinet.
Nous demander notre avis, tenir compte des expériences ratées des précédentes promos...
Après chaque enseignement, demander un retour des internes concernant les points à améliorer. Leur demander également les sujets qu'ils souhaitent voir abordés
que le dumg promouvoie ces formations
Nous laisser nous former ne veut pas dire qu'on n'exercera pas la médecine générale mais qu'on aura des connaissances approfondies dans certains domaines tout simplement, ce qui améliore la prise en charge de nos patients. Faire confiance aux tuteurs, se faire valider par son tuteur puis invalider derrière est complètement injuste, si j'avais su j'aurais pris un tuteur membre du DUMG pour ne pas risquer de m'exposer à ce problème !

Plus de souplesse dans les thèmes des récits difficiles
Faire un bilan de stage à la fin de chaque semestre, à l'orale
Moins de traces écrites plus de formations pratico pratiques avec des experts.
Refus du DUMG de faire des DU ou DIU, pas d'encouragement à faire des formations complémentaires, difficultés rencontrées quand cela se sait auprès du DUMG
Donner des fiche de souhaits de formation aux internes pour adapter les cours facultaires aux besoins ressentis des internes
Nous demander notre avis et le prendre en compte . Ouvrir un dialogue sans avoir peur de représailles pour notre cursus
Je ne suis qu'en 2eme semestre. Peut être qu'on me demandera mon avis en fin de phase socle.
Prendre bien plus en compte la pratique hospitalière/libéral en écoutant plus les praticiens qui nous encadre
Tout d'abord nous demander notre avis
Faire des questionnaires pour demander l'avis des internes
accorder quelques minutes avant ou après les cours à la fac aux avis des internes concernant ça.
Critères flous pour les traces écrites et jurys variables. Il faudrait expliciter les consignes pour les cas cliniques acceptables (polypathologique, contexte médico-social...)
Avoir plusieurs type de généralistes (hospitaliers, remplaçant, universitaires...). Voir la medecine de maniere plus moderne.
Qu'au lieu de nous demander de nous adapter au patient et de le respecter, qu'ils fassent pareil avec nous. Il faudrait toujours voir les choses à leur manière sinon on est invalidé.
Qu'on nous écoute tous simplement
Comme pour toutes les facs de France, une fois que les Écrit ont été validé par les tuteurs, il faudrait qu'il soit donc validé par la direction universitaire
Que ce soit l'évaluation des terrains de stage et l'évaluation des traces écrites beaucoup de flou et rumeurs gravitent autour de ces deux sujets sensibles. Qu'elles soient justifiées ou non, il n'empêche que nous manquons de transparence. Comment sont ils corrigés ? Par qui ? pourquoi n'avons toujours pas de nouvelles au bout de 4 mois ? Peu d'aide de certains tuteurs, voir quasi inexistant pas une question sur le projet personnel, sur notre évolution en stage, nos doutes, nos progressions, et des délais de réponses à rallonge pour les traces...donc un peu moins de porosité parmi l'équipe de tuteurs dont nous connaissons absolument pas les profils quand nous les choisissons.
Expliciter et nous présenter pour commencer les DU et FST proposées par la faculté et nous parler des possibilités nationales, une véritable omerta existe sur les projets professionnels de chacun avec quand nous parlons aux anciens quasiment tous affirment avoir menti sur leur projet pour éviter de se faire invalider (une invalidation qui passerait d'ailleurs souvent par l'invalidation des traces)
Autoriser la possibilité de réaliser un ou des DU pendant l'internat (et non à la fin, comme c'est actuellement le cas)
Transparence et sondages auprès des étudiants. Avis auprès des maîtres de stages pour validation.
Accordées beaucoup plus d'importance aux stages, proposer de nouveaux terrain de stage, apporter moins d'importance aux traces écrites qui sont superflus et qui n'apporte que peu d'intérêt en pratique. En revanche, encourager la lecture me semble plus intéressante
Organiser un logiciel permettant l'évaluation des formations de la médecine générale après chaque session de formation.
Définir à l'avance et expliquer aux étudiants la grille d'évaluation. Ou mieux arrêter les évaluations écrites et faire des oraux.
Être plus à l'écoute des desiderata des étudiants qui sont tous différents des uns des autres

Éviter que la présidente du DUMG se désolidarise des internes qui souhaitent faire des remplacements durant leur internat
Arrêter de se servir des écrits et surtout la partie « récit » comme base exclusive de jugement des internes. Nous ne sommes pas romanciers. L'analyse et les recherches devraient être valorisées.
un petit questionnaire simple/rapide de 3/5 questions + place pour commentaire a la fin des enseignements pour les faire évoluer/ repérer ceux qui sont performants et au contraire savoir lesquels faire évoluer ou remplacer.
Un écrit validé par un tuteur et invalidé par la suite par le dumg ca ne va pas, trop d'importance accordée aux rsca et rsd
Sur la prise en considération des avis: Il me semble que seul le cours interactif sur la contraception féminine avait été fait en résultante de la demande des années supérieures. Pour le reste aucun avis ne nous a été demandé concernant les thèmes des cours abordés. (Le programme pour les 2 ans n'a pas été changé une seule fois en cours de route). Pour améliorer cela, il suffirait déjà de nous demander quels thèmes nous souhaiterions aborder puis de voir si cela peut être réalisable.
Sur les validations: J'estime que les validations des semestres par les médecins généralistes ou chefs de services est juste, car se sont des professionnels qui ont été au contact de l'étudiant durant 6 mois. Or cet avis est très peu pris en compte si l'évaluation du RSCA a été mauvaise. Un membre du DUMG m'a dit lors d'une discussion a ce sujet, que l'avis de ses médecins au contact de l'étudiant durant 6 mois n'était pas vraiment objectif (a cause de l'amitié médecin-stagiaire?) . Et qu'ils se basaient donc sur les traces écrites. J'ai été très surprise du manque de considération envers leurs collègues médecins. Donc avant de demander de prendre en compte nos avis à nous, j'aimerais qu'ils fassent réellement confiance à leurs collègues des cabinets ou services. La vraie médecine se fait au lit du patient et au travail, pas sur une feuille de papier.
Questionnaire avec système de points selon les formations faites, les congrès, les remplacements etc permettant de mieux valoriser le port folio
Il nous a été demandé lors de la validation de la phase socle notre avis sur la formation et les choses à améliorer, à voir si ça sera pris en compte pour les prochaines promotions. Après, il n'est pas forcément évident pour tout le monde de l'exprimer à l'oral, surtout le jour d'une évaluation qui conditionne en partie ton passage en deuxième année. Peut -être faire remplir des questionnaires anonymes (un peu l'idée de cette thèse finalement !)
Nous renseigner sur les différentes formations complémentaires seraient intéressant
Se baser sur les avis des médecins travaillant a nos côtés
- demander notre avis en dehors de l'entretien de la validation de la phase socle (questionnaire: sujets que ns aimerions aborder, cours qui nous ont apporté qch ou pas,...) - il me semble injustifié d'invalider un semestre pour le seul motif d'une trace écrite jugée insuffisante ou mauvaise alors que bonnes évaluations de stage, et ce d'autant plus si trace validée par le tuteur: il serait plus judicieux de demander une nouvelle trace écrite. - expliquer sur quels critères objectifs une trace écrite validée par le tuteur peut être non validée a posteriori par le dumg.
Refus catégorique d'un semestre dans les DOM TOM sans aucune raison valable. Les remplacements en dernière année était également que moyennement bien perçus. Il faudrait une vrai ouverture du dialogue avec l'ensemble du DUMG en fonction du but des DU, de façon plus individuelle
Mettre une personne plus disponible pour les DU
Les définir clairement et régulièrement pour que chacun comprenne l'enjeu des le début. Expliques une fois mais pas deux, pas suffisant pour certains, sentiment d'incompréhension chez beaucoup
Je trouve que se baser sur des récits pour valider les semestres est complètement inutile et non formateur. Il faudrait plutôt tenir compte de l'avis des chefs de service sur les

terrains de stage plutôt que les récits. Des internes compétents sur les récits ne le sont pas forcément en stage.
De plus, Je ne pense pas que faire des récits soit très utile à notre formation. Des cours théoriques au cours de l'année seraient plus intéressants.
Des évaluations du DUMG directement par les internes à chaque fin d'année
Possibilité de faire passer un questionnaire concernant les attentes pour les enseignements facultaires à chaque fin de semestre pour les prochains internes ou pour les prochains semestres / Faire des grilles de notation avec nombre de points, et des critères plus précis pour les récits + harmoniser et préciser les consignes
° Valorisation des formations complémentaires disponibles avec une certaine souplesse concernant leur validation notamment quand elle tombe sur une journée de formation facultaire.
Il me semblerait important d'avoir une présentation en début d'internat sur les formations complémentaires possibles. De plus, les DU pendant l'internat sont mal vus alors que dans toutes les autres spécialités ils sont fait pendant l'internat. Cela démotive les étudiants motivés à faire des formations complémentaires.
Il est quasiment impossible de faire un DIU lors de notre internat de médecine générale. Contrairement aux autres spécialités, nous ne sommes pas du tout encouragés à nous engager dans des formations complémentaires. J'ai personnellement fait deux DIU mais j'ai dû m'arranger pour les faire sans que le DUMG ne soit au courant.
Que le DUMG s'ouvre à la discussion plutôt qu'affirmer toujours et ne jamais écouter
Aucun intérêt de faire valider par le tuteur si c'est pour faire invalider par la commission par la suite. Faites gagner du temps et de l'énergie aux tuteurs en les déchargeants de cette tâche si vous voulez vraiment vous maintenir dans cette voie
Questionnaire d'évaluation de séance, de semestre, de phase, de fin d'internat
organiser une table ronde par an et par promo pour se rencontrer et discuter des axes à améliorer et demander nos attentes
Faire confiance aux internes. On est pas là par hasard. On est autonomes et motivés à se former up to date. Il faut nous laisser nous exprimer dans notre passion.
validé par le tuteur et c'est validé comme dans bcp d'autres fac de France

Annexe 11.3. Verbatim question : Quelles sont vos idées / propositions pour faire évoluer la crédibilité de ces contenus ?

Faire un point rapide et pratique par un expert de la pathologie
Apport de la bibliographie et études scientifiques, faire venir des spécialistes (gyneco par exemple)
Plus de sujet concret avec des réponses se basant sur des recommandations officielles (has, collègues)
Formation des universitaires afin de mieux encadrer le cours. On ne s'improvise pas enseignant parce qu'on a une thèse de médecine générale
Aucune idée
En général le contenu est assez crédible et vérifié par les professeurs
Arrêter les RSCA et faire en sorte que les enseignants eux mêmes nous présentent des cours concrets de médecine générale qui vont nous aider pour nos pratiques futures. Exemple de cours d'hématologie, d'infectiologie etc. Plutôt que des cours sur le relationnel ou autre.
Avoir des supports de cours "officiels" (dans le même style que les collègues d'enseignants) si possible accessible gratuitement +++
Plus que des RSCA, des cours pratiques avec mise en situation genre « aujourd'hui vous recevez monsieur M qui présente de l'acné ou des palpitations » en gros face à un motif

savoir comment organiser la prise en charge et les thérapeutiques utiles en médecine libérale
S'appuyer principalement sur les reco
répondre aux questions pertinentes posées en RSCA / quelle est l'utilité de poser des questions qu'on laisse sans réponse ? Parce que non, en sortant des après-midis de RSCA, on ne passe pas la soirée à chercher les réponses aux questions qu'il nous manque. D'autre part, pourquoi ne pas faire intervenir de spécialistes pour répondre à ces questions ? Loin de moi de penser que les connaissances des MSU et du DUMG ne sont pas à jour mais je pense que l'avis des spés sur ce qu'ils attendent d'un bon MG me parait capitale ... y compris pour la cohésion future et le lien ville hôpital
mentionner rapidement les références bibliographiques
Établir des thèmes utiles et pratiques en médecine générale pour les réutiliser
Faire intervenir des spécialistes.
Intervention d'expert de la spétialité.
Plus de cours théoriques ou pratique en lien direct avec la médecine générale, les récits je trouve n'apporte pas grand chose quant à la prise en charge des patients au quotidien dans les stages malheureusement
Apporter des choses plus concrètes à mettre en place sur le terrain, pas que de la théorie.
Faire 2 groupes de thèmes différents car souvent répétitif et donc perte d'intérêt
Déjà je trouve que faire un RSCA pour le cours n'a aucun intérêt. Le seul intérêt c'est le petit diapo qu'on fait en 2eme partie de ce cours mais il faudrait que ça soit un peu plus interactif.
Validé ,comme parfois, par un spécialiste
Ne pas faire de RSCA, faire plutôt des groupes d'échange de pratique qui sont plus intéressant
Effectuer des cours à partir des dernières recommandations sur des sujets concrets que nous pourrions rencontrer en consultation (ex : prise en charge d'une découverte d'HTA / diabète)
Faire valider le PowerPoint par un médecin spécialisé dans le domaine concerné (hors DUMG si nécessaire). De préférence d'ailleurs plus autant de temps dédié au RSCA car déjà lu au domicile en amont du cours et c'est redondant.
Que cela soit validé par des spécialistes, ou tiré de support de cours de spécialités
Qu'on puisse l'écrire avec nos vrais sentiments et notre vision de la chose et pas tourné dans le sens du DUMG car on ne veut pas être invalidé
Le faire en visio, le carburant c'est cher, le temps c'est précieux.
Moins de sujet social, plus de médical ça serait plus intéressant également
Ce n'est pas une question de confiance selon moi car je leur donne le bénéfice du doute de nous donner des informations justes mais les thèmes abordés ne sont pas exploités à leur juste valeur, et un format particulièrement ennuyeux et archaïque. Par ailleurs je trouve les enseignements presque insultants concernant le niveau et la profondeur médicale enseignée si nous comparons cela aux enseignements des autres spécialités. Peu d'apport de ces cours, pas de mise en situation véritablement pratiques, à part la communication à tout va, le reste n'est pas approfondi et ne nous prépare pas aux situations du quotidien quand nous serons face à nos patients polypathologiques. Par exemple, reparler pendant 4h des facteurs de risque cardiovasculaires me semblent dépasser mais plutôt axer le cours sur "les principales prises en charges cardiologiques en médecin générale au cabinet ou au domicile du patient" Partir de cas clinique me semble complètement adapté mais la lourdeur de travail que cela demande aux étudiants d'écrire une énième trace n'est pas pas formateur pour celui qui la prépare puisqu'assimile cela comme un exercice de validation de semestre. Evoquer les derniers articles scientifiques récemment parus à travers les revus exercer et prescrire (car nous n'avons pas spécialement le temps pendant nos stages alors qu'il s'agit d'une source inépuisable d'information) et partir de leur résultats pour critiquer ensemble de nos prises en charges parfois erronés par méconnaissance des dernières

recommandations. Par exemple un binôme pourrait choisir 5 articles (en lieu et place du diaporama et du récit) qui ont eu un impact sur leur pratique en lien avec le thème du jour.
Lire des articles, faire des synthèses d'articles plutôt que des résumés idiots et inventés régulièrement pour se conformer à des objectifs
Les recherches sur les RSCA sont peu intéressante, les RSD sont beaucoup plus enrichissants.
Faire plus de cours en rapport avec l'installation, et plus pratique comme l'éché le module de gynécologie
Faire intervenir plus régulièrement des spécialistes, comme au cours de la séance sur la douleur.
comme toute présentation, je prend en compte la subjectivité de celui qui la rapporte,
Moins de temps sur le récit, plus de temps sur les recherches avec topo du dumg pour reprendre les recos
Citer les sources, proposer des sites fiables ou chercher des informations médicales rapides et à jour
Fiche pratique sur les différents sujets qui nous serviront plus tard en tant que médecin généraliste (comment instituer un protocole d'insulinothérapie, ...)
Beaucoup de répétitions des cours théoriques d'externat ++ suivant les sujets... je préférerais des présentations sur nouvelles reco/articles/études avec impact factor intéressant/cas cliniques didactiques interactifs. On pourrait s'entraîner à présenter une étude en mode poster comme pour un congrès.
Aucun, confiance en les personnes de mon groupe a l'époque
Aucune, la confiance dépend de l'intervenant, difficilement modifiable
Réaliser des revues d'articles, plutôt que des analyses de situation
Nous encourager à faire plus de bibliographie sans utiliser forcément le RSCA comme support, en effet le RSCA est extrêmement chronophage et nous pourrions utiliser le temps pour nous mettre à jour sur les nouvelles recommandations, publications, ...
Intervention de spécialiste, utilisation et travail sur des recommandations
Binome Med Gé / Spécialiste
faire des vrais cours à partir de cas cliniques
faire venir un intervenant expert de la session concernée médecine légale médecin pédiatre etc...
Plutôt proposer au binôme d'internes de faire un retour de biblio par exemple comme cela se fait dans beaucoup de spécialité d'ores et déjà et où l'interaction qui peut en résulter entre co-internes ainsi qu'entre internes et PU-PH n'est que bénéfique. Cela est plus simple à réinvestir dans notre pratique. Le RSCA porte à réflexion sur un cas donné mais la seconde partie des interventions avec un apport théorique est selon moi dépassé.
une vraie prise en charge avec un exemple concret sans forcer à faire un exposé

Annexe 11.4. Verbatim question : Selon vous quels seraient les thèmes indispensables / incontournables que le DUMG devraient aborder durant le DES ? (C'est LA question la plus importante, soyez généreux)

Moins de rsca et rsd et plus de point centres sur notre pratique avec des séances de simulations par des experts.
Faire des ateliers
situations prévalentes+++
Réalisation de cours centré sur la pratique même en médecine générale avec les items habituellement rencontré en pratique (HTA, découverte de diabète, problèmes rhumatismaux etc) mais aussi l'installation, la fiscalité, les logiciels médicaux, la gérance d'un cabinet médical....
Suivi de l'enfant, formation médicale continue, violences

Le bien être des médecins +++ Trop de burn out, la société nous fait croire que nous sommes des feignasses et que nous devrions être au service du patient : dédramatiser entre nous, nous faire entendre qu'il est important de prendre du temps pour soi, de savoir dire non et de ne pas culpabiliser
L'installation (administratif surtout, les aides on est largement informés) ; les urgences (ex : composition d'une trousse de secours)
Tous les sujets décrits ci dessus mais revus avec un format plus adapté.
Prise en charge globale d'un patient aigu
L'installation
Gestion du cabinet (matériel, administratif, comptabilité...)
Urgences en médecine générale
Rédaction de certificats
Santé au travail, gestion des arrêts de travail / maladie professionnelle
Aides sociales de premier recours
Les pathologies courantes en médecine générale et les outils a disposition
Plus de pratique-pratique et bcp moins de RSCA et RSD
Administratif++, pathologies fréquentes, explications sur l'installation et obligations
Rappels sur des thématiques essentielles de médecine générale comme les pathologies chroniques (HTA, diabète, BPCO...), infectiologie (otites, angines, Lyme...), réalisation de certificats, psychiatrie et hospitalisation sous contraintes etc, rappels essentiels dans chaque matière (hématologie, traumatologie, médecine interne, ORL etc) = des cours rapides mais simples et efficaces. Intégrer des QCM pour nous faire participer aux cours, des trucs interactifs. Inutilité absolue des lectures de RSCA si je peux me permettre. Cela nous apporte rien dans notre pratique future.
Davantage d'aide a la coordination des soins, structures a contacter, etc
L'approche du patient La gestion de cabinet
Gestion d'un cabinet, modalités d'installation Situations à risque juridique (Certificats : ce qu'il faut faire/ne pas faire ; plainte au conseil de l'ordre : que faire si cela nous arrive ; gestion de l'agressivité au cabinet...)
- Gestion du cabinet/ Comptabilité - Problème de santé au travail (explications sur certificat d'arrêt de travail, certificat de maladie professionnelle etc...) - Suivi de la femme et suivi de grossesse en MG
Il faudrait nous former en tant qu'interne sur toute la partie "non médicale" en terme d'aide sociale des structures qui peuvent aider au domicile des patients nousformer à la rédaction des certificats et surtout insister sur les situations complexes qui sont quotidiennes en médecine générale.
Il faudrait idéalement aborder aussi bien les thèmes purement médicaux comme : - les pathologies chroniques que l'on prend fréquemment en charge au cabinet - les situations d'urgences qui peuvent arriver au cabinet et comment les gérer - la grand thème de prévention nécessaire à maitriser et notamment le suivi d'une personne en bonne santé (notamment les enfants) - le suivi d'une personne en bonne
la partie administrative : - les certificats, les arrêts etc etc - le matériel nécessaire pour exercer
qui se mélange avec la partie comptabilité : déclarer nos revenus, avoir une idée de la part

de charge qui est à payer et le reste que l'on perçoit, quels sont les différents organismes impliqués dans l'exercice.
la partie médico légale : - les limites de notre exercice - les obligations auxquelles nous sommes tenus - les différentes responsabilités qu'on doit payer (assurance etc etc)
Et surtout, nous informer pour favoriser l'accès et VALORISER les formations complémentaires (DU, FST....) +++
- cours autour de certaines pathologies chroniques ou non selon les besoins d'apprentissage de chacun (ateliers interactifs par exemple...)
- Comptabilité, aides à l'installation, cotation, gérer un cabinet ...
Les différentes pathologies prévalentes en med G et la prise en charge urgente du patient Ainsi que la prise en charge du maintien à domicile difficile avec toutes les aides disponibles ... bref plein de choses
Gestion de l'urgence en cabinet insuffisamment prise en compte. Ne pas forcément se contenter d'orienter vers urgences ou spécialiste. Le médecin généraliste peut faire des choses avant. Comment prendre en charge des découvertes de pathologie (HTA, diabète, AOMI...) Gestion administrative du cabinet. Encourager les internes à s'installer en campagne. Ne pas avoir peur de communiquer sur les aides de l'ARS et des avantages fiscaux (ce n'est pas mal de parler d'argent). Encourager les internes à faire des gardes mobiles en tant que remplaçant. Pourquoi pas s'appuyer sur les maîtres de stage. Gardes très formatrices selon moi.
Les thèmes sont tous abordés mais avec trop de légèreté... Il faudra que le dumg s'ouvre plus vers les autres, un endoc pour le diabète, une ide spé pour la prévention, un médecin du travail, de la sécu, de la MSA pour la paperasserie, une conseillère URSSAF CARMF pour le bazar administratif. Des témoignages de jeunes installés etc . Un peu de concret, des gens passionnés plutôt qu'une présentation d'un interne saoulé par sa formation qui a cherché les infos sur Google car il avait pas le temps de faire un chouette diaporama en rentrant de stage à 21h.... Le DuMg est trop fermé, alors que la médecine générale est métier ouvert aux autres où la coordination avec les spécialistes est plus qu'indispensable !!!!
Gérer une situation de maintien à domicile difficile (quelles ressources? Aides?); explications plus concrètes sur l'installation, comptabilité, urssaf
Prise en charge des urgences en soins primaires, Place du médecin généraliste dans le suivi des pathologies chroniques, gestion du cabinet/compta/finance, certificat, présentation des différents paramédicaux
Présentation de cas cliniques concrets et aboutir sur une prise en charge claire
les pathologies par leur fréquence en MG et leur gravité, fais pas des spés je pense (diabète HTA addiction dépression) - prévention et dépistage (mais pas que onco ou cardio-vasculaire, violences notamment) - l'administratif et la gestion du cabinet - la façon de faire pour qu'on soit pas en burn-out dans 5 ans.
Gestion du cabinet / comptabilité / finance
Gestion cabinet, comptabilité, finance
Faire plusieurs cours sur la gestion d'un cabinet, la place importante de l'administratif. Que faire devant une découverte d'hyperthyroïdie ? Des situations concrètes avec des cas cliniques concrets et des réponses concrètes. Un peu comme les GEP qui étaient pertinents
Gestion cabinet, moins d'aspect psychosocial et plus de biomédical

Des thèmes plus CONCRETS ET PRATIQUES comme sus cités. Les maladies chroniques, la gestion du cabinet, certificat en tout genre, prise en charge de pathologie ORL, cardio, endocrino etc
Soins d'urgences, gestion de la personne âgée dépendante, gestion d'un patient difficile, développer plus les domaines pédiatriques, gynécologiques et psychiatriques, développer le côté administratif
Préparation à l'installation avec cours de gestion du cabinet, explication des cotations les plus fréquente, rémunération, impôts etc..
Gestion du cabinet comptabilité administration
renforcer les connaissances sur la personnes âgées: l'ensemble des acteurs et aides qu'elles soient humaines, techniques ou financières à mettre en place pour maintenir l'autonomie de la personne. Comment et quand envisager une institutionnalisation de la personne? contre son gré? Proposer un protocole de soin palliatif avec l'aide de nos spécialistes.
Les infiltrations Les manœuvres thérapeutiques
Gestion cabinet comptabilité/relation avec le patient/pbm de santé au travail ++/relation avec le patient difficile
Gestion de cabinet / comptabilité / finance
L'installation
Dermatologie, médecine d'urgence premier recours, pédiatrie, gynécologie. Médico légal(certificats mais aussi médecine légale garde a vue découverte de corps...)
Des VRAIS cours sur la médecine générale et non pas sous forme de récit de situation complexes et authentiques car je trouve que cela n'apporte rien a notre formation en tant que med gé, pas de nouvelles connaissances sur les prises en charge etc. Plus de formations pratiques sur simulateurs par exemples pour des gestes techniques effectués aux urgences (PL, ponction ascite...) et module gynécologies trop survolé en pratique, très dommage... Déçue personnellement de la formation au cours du DES
Tous les thèmes cités plus haut mais axés sur la pratique et pas la théorie.
Soins d'urgences Dermatologie Informations sur les formations complémentaires possibles
Cs d'annonce, travaux pratiques plus que le format actuel, thèmes sur les problèmes rencontrés en temps que med g .
Encore une fois, je suis en phase socle donc il y aura probablement des thèmes très important qui seront abordés les 2 prochaines années. A mon sens, les thèmes très indispensables seraient la gestion du cabinet avec compta finance..., du medico légale, un point sur ce qu'il faut faire et pas faire avec les certificats.
Tous ceux mentionnés dans la question précédente. En général, toutes les problématiques que un médecin généraliste se trouve à gérer plus de 2 fois/semaine au cabinet me semblerait utile de les voir pendant les cours. Administratif et papiers (MDPH, arrêt et accidents travail avec les changements nouveaux, certificat du sport quoi rechercher et autres certificats, ALD), pathologies fréquentes (gérer pec globale diabète ou autre), logiciels / cotations /gestion cabinet en pratique eccccc
Installation/ installation /geste urgence indispensable
Gestion du cabinet- soins de premiers recours - communication
Gérer les pathologies les plus fréquentes, y compris la « bobologie » ce que nous n'apprenons pas dans les livres. Ils ne veulent pas nous donner de « recette » mais tout de même quelques pistes suite à leurs expériences seraient appréciables... + en effet tout ce qui est administratif ! Aucune notion donnée à ce propos en première année d'internat du moins.
Tout le côté administratif

La thérapeutique en médecine générale sur différents thèmes : HTA DIABÈTE CONTRACEPTION OSTÉOPOROSE HYPERCHOLESTÉROLÉMIE DYSTHYROIDIE La gestion des revenus en médecine générale (comptabilité installation remplacement)
Prise en charge en médecine générale par spécialistes
Épuisement professionnel, savoir reconnaître un burn out, quoi faire en cas d'encadrement précaire dans son terrain de stage, la gestion des responsabilités en excès, quoi faire quand on nous demande de faire des actes qui nous dépassent les compétences.
Pathologies fréquentes et non urgentes en médecine générale, dermatologie, orl, soins de plaies et d'ulcère Les thérapeutiques médicamenteuses non urgentes
Soins palliatifs au domicile. Situations d'urgence en cabinet libéral (ECG compris !), solutions de recours pour médecin traitant pas en mesure de gérer une situation aiguë. Les démarches pour réaliser des remplacements. Les activités annexes et combinaisons d'activités possibles.
Gestion d'un cabinet, aide à l'installation
Urgences vitales en libéral Différents modes d'exercice (ville, hôpital, libéral, salarié) et possibilité de se spécialiser (qui est pourtant très valorisant). Gestion du stress/fatigue/burn-out
Les thèmes précédemment cités
Les soins! recentré les cours sur la base de la médecine c'est à dire soigner et prendre en charge les pathologies.
La gestion d'un cabinet libéral trop peu abordée, la gestion de l'urgence en cabinet de ville
Relation patient malade Prise en charge psychologique du patient Ou faire des recherches
Situations d'urgences, certificats, prescriptions, Aspects médico-légaux, déontologiques, responsabilités, Gestion de cabinet / comptabilité / finance, Problème de santé au travail, Problème de santé de la personne âgée, Problèmes de dépendance / addictions
Prise en charge de pathologie chronique, la gestion d'un cabinet, comment s'installer, comment remplacer, présenter les certificats, nous expliquer ce qu'on a le droit de faire ou non en terme de papier à remplir pour le patient. Quels sont nos possibilités à côté de la médecine générale (correspondant samu, médecin pompier, faire des urgences, etc).
Cf au dessus ce qui est insuffisant ou inexistant. Globalement plus de médical, rien à faire du psycho social, ce n'est pas les cours qui influencent ma pratique. Et des notions sur l'administratif et financier, c'est tout aussi important.
La gestion de cabinet ++++ Tous ce qui est administratif médical: dossier MDPH, invalidité etc Droit et devoir concernant la continuité des soins Information sur les DU DIU que l'on peut passer, ainsi que des formations complémentaires
Gestion d'un cabinet, comptabilité, secrétariat... Relation avec associations et autres professionnels de santé, les soins palliatifs ou aides pour MAD
La cotation des actes!!!! Les logiciels de prescription!!! La gestion des patients mécontents!!! La gestion des premiers lors d'une installation!!!
- les soins de premiers recours : axer sur les thérapeutiques que le médecin généraliste doit avoir dans son coffre - les principaux problèmes dermatologiques en médecine générale - antibiothérapie - anticoagulants

- gestion du cabinet/comptabilité/finance - perspective de carrière avec DU ou poste praticien hospitalier (avantage/inconvénient)
- La communication avec le patient, l'entourage, les collègues de santé - Comment prescrire de façon pertinente des bilans biologiques et autres examens complémentaires - Faure une annonce - Gérer l'incertitude en cabinet libéral de médecine - Le burn-out pendant l'internat / les études
Beaucoup plus de médecine appliquée, dernières recommandations, fiches ressources sur les pathologies courantes en médecine générale (aigue et chronique). Solutions et sources pour aller chercher si difficultés que ce soit médicale, administrative ou sociale. Proposer des cours de comptabilité et gestion (même optionnelle, intervenant extérieur...). Trop d'allusions, d'effet mode et concentration sur approche centrée patient mais a développé une fois correctement. Moins, beaucoup moins de perte de temps à la communication, à la création/correction sur les écrits. Perte de temps, peu d'intérêt à la perte de temps du caractère narratif... Plus de concret et de cours théoriques. Pour moi la meilleur partie des cours sur l'internat était les GEP!
L'urgence, répondre a la demande continuité des soins, gérer l'institutionnalisation des patients autrement qu'en passant par les urgences, favoriser la régularisation médicale
Gestes d'urgences / Examen pédiatrique
Gestion du cabinet/ comptabilité / finance
Gestion du cabinet / Du
La gestion des soins non programmés/ Les demandes administratives et les démarches pour les patients
Avoir des cours complets réalisés par les professeurs sur les pathologies aiguës et chroniques les plus fréquentes et les plus graves en médecine générale / tout ce qui est du ressort de l'administratif.
problematiques organisation liée installation/gestion cabinet, problèmes santé au travail
Se baser sur de la vraie expérience de vécu plutôt que sur du "supposé"
L'intégration des internes étrangers
On a passé des heures à discuter globalité du patient. Il aurait été plus intéressant de nous expliquer comment gérer une comptabilité, une installation libérale, et une douleur thoracique.
Avoir pour moi des vrais cours fait par des enseignants du dumg et de spécialité mais également des enseignements pour être plus paré pour l'installation, et le début d'exercice
L'installation, la gestion CONCRETE dun cabinet
- Plus d'aide concernant le début d'activité et les déclarations en 3eme semestre (même après 2ans de rempla je galère encore à remplir ma déclaration URSSAF) - Des cours plus axé théorie et moins "blabla", par exemple, une discussion de 30 minutes autour d'un patient diabétique à domicile compliqué c'est intéressant, mais un point complet sur les thérapeutiques disponibles, sur l'escalade thérapeutique, sur les nouveaux traitements injectables etc... sera beaucoup plus utile à la pratique - Des cours de gynéco axé pratique courante plutôt que passer 2h à apprendre à poser un stérilet, geste qu'on ne referra plus jamais ensuite pendant 3 ans et qu'on aura totalement oublié - Peut être prévoir un cours sur le recours au spécialistes et à l'adressage aux urgence ; longtemps en début de formation je me suis posé la question "qu'est ce que je fais de mon patient ? est ce que je l'envoie aux urgences, est ce que j'appelle le spé pour un avis, est ce que je peux faire le 15 pour avoir un avis médical ou une orientation ?"
Santé de la femme, santé de l'enfant, psychiatrie Suivi de pathologies chroniques
Pathologies courantes notamment en métabolique/CV /rhumato En bref qu'on fasse juste de la MEDECINE PRATIQUE et UTILE durant les cours du

DUMG

Depistages divers

Expérience pratique des encadrant sur des situations, profil de patients, molécules dans certaines situations etc.....

Gestion au moins basique du cabinet

Urgences, gestion d'un cabinet,

les pathologies "bénignes" que nous n'avions pas vu à l'hôpital pendant notre externat, dont nous connaissons peu les prises en charge et qui font une grande partie de la médecine générale (ORL, dermato...) et sur lesquels il serait bon d'être "béton" sur la prise en charge actuelle, car avec les différentes générations de maître de stage, beaucoup de pratique différente, donc avoir la connaissance actuelle des recos et le croisement sur le terrain permettrait de mieux se forger ses habitudes de pratiques.

La prévention primaire et secondaire sur les pathologies les plus répandues (diab, HTA) toujours avec le même objectif de partir des connaissances actuelles et l'adaptation sur les terrains de stage.

Je ne vois pas l'intérêt de lire un RSCA exemple pendant 2H à chaque cours en présentiel en 1^{ère} et 2^{ème} année. En première année, cela donne un exemple des écrits, alors pourquoi pas. Mais en deuxième année, ce temps prend sur du temps d'enseignement qui pourrait être plus bénéfique à tous. Par ex, s'appuyer sur le RSCA du thème prévu pour lancer le sujet, mais ne pas y rester 2h permettrait de traiter ensuite le sujet plus dans le fond.

Mieux préparer/accompagner vers le remplacement : démarches ordre, cpam, ursaff, gestion/compta, contrat, responsabilité...

1. Proposer des formations selon des thèmes de spécialités prévalents (asthme et bpcn en pneumo ou acnée et eczéma en dermato par exemple)
2. Il faudrait plus de tp notamment sur les soins d'urgences
3. Mise en avant de la fmc et des revues existantes (prescrire, exercer, quotidien du médecin,...)
4. Adaptation des connaissances à la médecine générale (une suspi de tvp ou de sigmoïdite n'est pas prise en charge de la même façon aux urgences ou en cabinet)
5. Aspect médico-légal (qu'a le droit de remplir un interne/médecin remplaçant non thésé/médecin thésé comme certificat, certificats de complaisance,...) Et usuel du cabinet (compta, mode d'exercice, achat de matériel,...)

La gestion du cabinet ++, J'ai été très surpris de l'absence totale et même d'évocation de ce thème sur les 3 ans du DES de médecine générale. Au bout de 9 ans de formation pour être médecin, on est vraiment loin d'être prêt à s'installer. (C'est une honte vis à vis de la société en demande de médecin). Pour moi, nous devrions obligatoirement avoir des cours de comptabilité++. On est pour la plupart des futurs travailleurs libéraux. Il faut assumer ce mode d'exercice totalement. La médecine rurale est mise en valeur de bonne façon, mais aucunement le libéral. Or un médecin Rural est dans la grande majorité des cas Libéral. Cela va ensemble, alors qu'on occulte totalement cette partie dans le DES. Toutes les autres professions de santé libérales ont des formations/cours dispensés en ce sens et ce dès les premières années (podologues, kinés, dentistes, etc). Tous sauf les médecins généralistes, je trouve cela vraiment étrange. Cela est à mon sens une grande raison de l'installation tardive des remplaçants.

Sur les autres thèmes abordés: J'ai compris que le but de ce DES est de nous apprendre à avoir une approche réflexive, d'inciter à la remise en question le plus souvent. Ce n'est pas mal en soi, mais je trouve que cela a trop pris d'importance au long du DES, en dépit de recevoir une formation pratique-pratique et pragmatique. En réalité au cabinet, en consultation, contexte d'urgence ou pas, nous devons choisir vite et être assez sûr de soi. Or a force de se remettre en question, on en perd parfois la confiance en soi et cela devant le patient.

En réalité, au cabinet tous les jours je constate que la formation DFASM m'est plus utile au

<p>quotidien que la formation du DES de médecine générale. Je trouve cela vraiment dommage, alors que la durée du DES dure tout de même 3 ans...</p> <p>Donc parmi les cours à aborder que j'aimerais voir proposés on retrouve: prise en charge d'un SEVRAGE aux addictions (posologies-délai de suivi, quand comment agir), certificats litigieux et responsabilité du médecin (les patients demandent de plus en plus de certificats pour tout et rien). gestion de l'urgence au cabinet. aide à la prescription avec les actes IDE (tellement vaste! et précis!)</p> <p>Pour ce qui est de la gestion du cabinet et fiscalité, cela devrait être à mon sens une matière à part entière et non un seul cours.</p> <p>Enfin, je tiens à signaler que je trouve très intéressant les thèmes/cours présents dans le programme. Néanmoins je regrette que l'on passe 1h à analyser un cas particulier (trop particulier), où souvent on ne fini par analyser plus que la relation de l'étudiant avec son patient et plus du tout le sujet initial. Enfin les diaporamas de cours étaient trop théoriques et pas assez pratico-pratique. Ce qui fait qu'en sortant du cours et en retrouvant en consultation un patient avec les mêmes problématiques on est rarement plus avancé qu'avant le cours.</p>
<p>Plus de formations pratiques.</p> <p>Plus de formations sur gérer l'urgence au cabinet médical. Et pourquoi pas créer un petit livret sur les pathologies graves les plus fréquemment rencontrées au cabinet médical et la conduite à tenir résumée (quel médicament quel posologie) Livret qu'il serait possible de mettre dans sa trousse d'urgence par exemple.</p> <p>Des formations comptabilités me semblent indispensables</p> <p>Réaliser un livret des différentes structures médicales hospitalières et non hospitalières de la région avec les numéros de téléphone et où mail afin de pouvoir communiquer plus facilement avec d'autres confrères (demande d'avis, orientation vers un confrère) remis à chaque interne le jour de l'accueil.</p> <p>Peut être informer des personnes vers qui se tourner en cas de soucis médicaux et où psychologiques au sein de l'internat ? Dans le meme sens vers qui adresser un co interne qui ne se sent pas bien ? Pour limiter le mal être des étudiants ?</p>
<p>La personne âgée, les soins des enfants , la prise en charge de la précarité et des l'handicap ainsi que les maladies professionnelles</p>
<p>Gestion du cabinet MSP Maintien a domicile patient fragile</p>
<p>j'aurai aimé pouvoir bénéficier de rappels sur les premiers secours, avec pratique approfondir certains domaines comme les maladies de la peau ou les troubles ophtalmologiques courants sinon globalement les grands thèmes sont abordés mais les cours devraient être beaucoup plus pratiques avec des enseignants qui pour chaque cas-clinique puisse exprimer sa façon de prendre en charge la situation (pas uniquement se baser sur les interventions des internes surtout en première année où l'expérience est quand même limitée)</p>
<p>La thèse</p>
<p>Installation, modes d'exercices / certificats / dépistages, prevention / pas besoin de refaire tout ce qu'on a déjà fait avant l'ECN</p>
<p>Comme dis plus haut des cours plus pratiques sur des situations que l'on rencontrera en médecine générale, comment adapter les traitements etc, des choses pratiques auxquels on sera tous confronté</p>
<p>Cardio, la vrai vie en cabinet, le salaire fluctuant</p>

- Gestion du cabinet/compta/finance: davantage ++++ avec mise en pratique -
Aspect médico légal : certificats divers et variés Les soins d'urgences Pédiatrie de manière bcp plus pratique et poussée Pr les gynécologies c'était très bien avec des intervenants divers Addictions +++++ on n'a rien eu sur alcool , tabac , drogue Suivi pathologie chronique c'était pas mal Personne âgée c'était pas mal Adolescence Trouble psychiatrique / psychologique : il nous manque bcp bcp de formation car en plus pas de stage proposé dans ce service Médecine du sport : indispensable au cabinet et aucune formation dessus ni traumatologie
Mise en situation de cas vécus par un des internes , comment gérer les maladies psychiatriques , comment gérer la comptabilité, tu as déjà tout mis dans la question au-dessus ;)
Gestion de l'urgence en cabinet, accentuer le côté pratico pratique de la vie en cabinet, les retours d'expérience. Associé plus de cours bases sur la médecine thérapeutique plus que l'approche du patient
Plus de cours sur diagnostic et thérapeutiques sur les spe fréquentes med g type dermato orl
Les prescriptions médicamenteuses de base Les certificats Des cours sur des pathologies courantes de médecine générale
Formations complémentaires, comptabilité, organisation d'un cabinet, parcours de soins en soins complexes, réalisation des examens complémentaires, revue d'anatomie basique, maladie du sportif
Les thèmes plutôt spécifiques à la médecine générale, et les réflexes à avoir : - La prévention primaire, politiques de santé publique - Les principales pathologies chroniques suivies en Med gé : 1 pathologie par cours, avec rappel des grands points de la PEC d'un point de vue pratique
° Accentuer certains thèmes comme les pathologies à forte prévalence comme la diabétologie et les plaies associées par exemple. ° L'interventions de spécialiste comme en dermatologie par exemple. ° La prescription notamment pour les IDE ° Augmenter les cours sur la gestion du cabinet, remplacements et démarches.
Le praticopraticque de la médecine générale (gestion du cabinet avec plusieurs séances de la qualité que nous avons eu, expositions à des problèmes de la vie courante que l'on peut avoir au cabinet avec apport de l'expérience de nos professeurs et témoignages) et des cours plus adaptés également sur la pratique plus que le théorique dans des thématiques telles que la gyneco, la pédiatrie, l'infection etc..
La détresse psy, la gestions des urgences en ville, la gestion des maladies chroniques, les ressources pour le maintien à domicile, la comptabilité
Gestion du cabinet et aspect comptabilité Les différents moyens d'exercice, libéral, salarié, en groupe, etc Prise en charge des pathologies chroniques de base (diabète, HTA, dyslipidémie...)
suivi grossesse par le med G (différents examens), contraception, maladies chroniques (celles citées avant +++ avec les différents suivis et insister sur les traitements diabète, HTA, asthme... / praticopraticque), plus insister sur tout ce qui est médico-légal (certificats notamment), fin de vie à domicile et les traitements
J'aurais aimé avoir plus de cours théoriques sur les recommandations récentes qui concernent la médecine générale (cardiologie, infectiologie, ...). Je pense qu'il est aussi important d'aborder des questions de société notamment sur les inégalités sociales de

santé et les discriminations dans le système de soin (grossophobie, transphobie, ...). Il serait également possible d'inviter des patients-témoins pour aborder ces thèmes là.
Gestion pratique d'un cabinet (présentation des logiciels médicaux sur le marché, télétransmission, programmation d'un lecteur de carte, déclaration URSSAF, Impôts, types d'exercices
pathologies ORL/dermato/ infectio fréquentes avec une boîte à outils confronté à des reco pour y faire face
Demander à chaque promotion pendant quelques années puis faire ressortir les incontournables et les adaptables
aide à la création de boîte à outils concernant les pathologies (suivi des chroniques, adaptation des traitements chroniques, introduction de nouveau traitement) pathor ORL, DERMATO, INFECTIO, GASTRO
gestion de l'urgence, gestion de cabinet, pb infectieux ORL, gestion d'addiction, gestion de pb sexuel, gestion de CERFA AT gestion de psychotropes avec participation d'un EXPERT etc...
La gestion du cabinet paraît complexe et on n'y consacre peu de temps !
Prise en charge des pathologies les plus fréquentes en médecine générale
Plus insister sur les outils/sources à disposition. Selon moi le rôle du DUMG est là. Nous indiquer les outils d'informations de meilleure qualité afin de devenir pertinent en pratique. Le mode d'échange relève du moyen-âge. C'est plus des professeurs qui s'écoutent parler, que des professeurs qui transmettent un savoir faire, un savoir être et une passion. Ils devrait donc aborder la problématique de faire correctement de la biblio, mettre en place des moyens pour que les étudiants ai accès à des ressources. Le fait qu'on puisse avoir accès cette année à une formation en ligne c'est déjà très bien, c'est un mieux. Il faut accepter surtout que l'on fasse des remplacements et des DU très tôt. C'est ça qui nous anime. C'est en forgeant qu'on devient forgeron
gestion des cabinet, finances, colptabilité, les lois, les droits des medecins, l'orde des medecins

Annexe 11.5. Verbatim question : Quelles sont vos remarques et propositions concernant ces méthodes d'intervention ?

Chronophage beaucoup trop Chronophage Peu instructive
je sais pas ce que c'est mais je vois pas trop l'intérêt

Annexe 11.6. Verbatim question : Quelles sont vos remarques et commentaires concernant les différents formats d'intervention utilisés, ou sur d'autres moyens non utilisés ?

Plus de cour pratique
non merci
Davantage axer sur la pratique et sur des prises en charges médicales plutôt que sur des récits narratifs soumis au cadre de correction demandés par le dumg
Formats de gel très intéressants du moment que les internes peuvent s'exprimer librement de leurs situations et discuter avec leurs pairs, sans sentiment de supériorité de la part des Universitaires
Beaucoup de paperasse qui ne laisse pas suffisamment de place aux formations annexes (qui sont mal vues) et une charge de travail très (trop) importante
Les RSCA sont trop beaucoup trop longs à rédiger. Le système des biblio comme en pédiatrie est pas mal

Je trouve aberrant que l'évaluation et la validation de notre année se base en grande partie sur des traces écrites et non pas sur nos compétences cliniques. Ces récits qui permettraient soi disant une remise en question de notre pratique sont en réalité très chronophages et stressants. Par ailleurs la remise en question de notre pratique se fait en temps réel au fil des erreurs que l'on apprend à ne plus commettre, grâce à l'encadrement des médecins supervisant les stages. L'idée est bonne dans le fond mais pas dans la forme. Une idée (et cela est mon avis) serait de supprimer les RSCA trop chronophages, mais de conserver les RSD qui ciblent des thèmes précis et cohérents de la médecine générale. Le temps gagné pourrait être consacré à des cours ou des formations dont le thème n'a encore jamais été abordé (comptabilité, gestion du cabinet et du matériel...).
Aucun atelier de gestes pratiques mais ça aurait été utile...
Inutilité des RSCA et RSD. Cela ne nous apporte rien pour notre pratique future. Privilégier les ateliers de simulations, les cas pratiques, les QCM les trucs plus interactifs.
Les GEP étaient les formats les plus utiles, car ouverts à la discussion, petits groupes, parole assez libre, pas ou peu de préparation, retours utiles. A continuer +++
La réalisation de RSCA et notamment RSD est trop floue et inadaptée. L'utilisation de la simulation +++ pourrait apportée tellement plus
<ul style="list-style-type: none"> - Thème des RSD trop contraignants... Il devrait y avoir plus de thèmes, et on choisit ceux que l'on veut aborder. - Pas assez d'ateliers de geste pratique/simulation - GEP = meilleur lieu de formation de tout l'internat (hors stage) - Manque de cours (type FMC, cours magistral ou autre) fait par des spécialistes. Ex : suivi de maladies chronique en MG (cardiopathies, diabète, IRC)
<ul style="list-style-type: none"> - Trop de GEP et présentation de RSCA sur le DES - Insuffisamment de cours avec réalisation de gestes pratiques (simulation sur mannequin par exemple) - Insuffisamment de cours avec topo concret sur telle maladie, tel traitement (quelle posologie prescrire, quelle indication...)
Les RSCA et RSD sont très chronophages et il est demandé un rythme de production trop important qui rend l'exercice pénible et ne permet pas de prendre le temps de vraiment approfondir les récits comme ils le mériteraient. Les GEP c'est ultra intéressant > plus de pratique pratique +++
RSCA peu concluants sur l'intérêt, à la limite les RSD pourquoi pas pour faire des recherches sur thèmes compliqués, les GEP le plus intéressant car participation des étudiants et des difficultés rencontrées c'est plus de la pratique au final
En gros il faudrait faire des mises en pratiques avec des ateliers et faire intervenir parfois des spécialistes
RSCA trop fastidieux. Peu rentable pour la formation.
Cf page précédente
Trop de théorie, pas de pratique-pratique
En partie, car cela permet de faire des recherches par la suite. Mais il faut plus que les cours soient plus organisés, plus préparés. Plus de séance de pratique pour les gestes.
RSCA - RSD ultra chronophage par rapport à l'apport théorique
Faire des gestes pratiques et techniques, revoir les bases de l'urgence, revoir les fondamentaux de l'ECG serait pertinent. Quel ECG choisir pour sa pratique ? Quel orthoscope ? Des questions plus pratiques
Les GEP en petits groupe durant la deuxième année d'approfondissement étaient très pertinents avec possibilité pour chacun de parler d'une situation l'ayant mis en difficultés et solution trouvées avec la participation du groupe.
Nous n'avons pas de formation aux gestes pratiques malheureusement. RSCA très peu rentable en terme de temps passé. Les GEP sont beaucoup plus utiles
Plus d'ateliers pratique de simulation et des topos court et pratique-pratique sur des thèmes précis de spécialité.

Il faudrait plus de formations pratiques, moins de RSCA et RSD qui sont une perte de temps totale pour les internes sachant que nous sommes en stage 5j/semaines (jours de repos de formation non respectés...) peu de temps à consacrer à ces fameux récits
L'apprentissage est beaucoup plus efficace sur des choses vécues (ateliers pratiques) que sur des récits à faire des recherches derrière un écran. A Amiens il y avait plus souvent des enseignements pratiques et d'ailleurs ce sont ceux là dont j'ai encore le plus de souvenirs et que j'applique. La mémoire est sélective. Je me souviens moins de ma question de RSD et des recherches que j'avais faites.
Écrire un RSCA pour chaque cours ne me paraît pas très utile
Pas assez de pratique encadrée
Les GEP c'est sympa pour discuter mais est-ce vraiment un format d'apprentissage ? Pour débiter une séance puis ensuite finir avec de vraies mises en condition cela pourrait être plus intéressant.
L'attente du DUMG concernant les rscas et rds est trop littéraire et ne se penche pas assez sur la pratique médicale
Des intervenants extérieurs de spécialistes Dermato, infection, ophtalmo seraient intéressants pour notre formation car manque de cours pendant l'externat orienté vers la médecine générale
Le fait que les thèmes RSD soient imposés enlève une liberté d'exprimer des situations vécues comme difficiles n'entrant pas dans ces cases et obligent parfois à exagérer certaines difficultés afin de satisfaire les critères. Le nombre de traces écrites demandé est trop important. 1 RSCA par an devrait être suffisant. C'est très chronophage et pas tous les terrains de stage permettent une implication suffisante.
Pas assez de simulation pratique/ateliers, et par ailleurs pas assez de cours en visio (hors covid), ce qui vu les distances serait plus pratique... Format du rscas trop strict et trop centré sur la forme.
Plus de pratique
Les récits à réaliser sont une colossale perte de temps et d'énergie. Je préférerais avoir l'alternative d'amputer quelques jours de vacances plutôt que de me casser la tête à raconter des histoires
Les récits sont très chronophage nécessitent beaucoup plus que notre demi-journée de formation par semaine, j'y passe des week-ends entiers, tout ça pour une recherche sur un l'examen d'un genou traumatisé (pas très rentable en termes de temps passés et connaissances emmagasinées) en revanche les GEP sont très bien, permettent de mettre en commun des expériences et offrent des pistes de réflexion sur notre pratique
Comment est-il possible que certains étudiants soient au courant que la RSCA ne soit pas validée plusieurs mois avant la validation de la phase socle car leurs tuteurs faisaient partis de réunions basées sur le volontariat? Alors que les étudiants dont les tuteurs n'ont pas voulu aller à ses réunions se retrouvent le jour J face au jury avec une invalidation de stage basée sur un récit alors que la pratique s'est bien passée?
Pourquoi n'avons-nous pas accès au centre de simulation pendant notre formation +++++
J'ai mis « Absolument pas » pour GEP et Ateliers de gestes pratiques (question précédente) car je n'y ai pas encore participé.
Pas d'avis
Pas assez de simulations avec formation des gestes techniques
Souhait d'avoir des supports plus complets sur les pathologies aiguës et chroniques les plus fréquentes, les plus graves, vues en MG.
C'est nul, aucune utilité sur notre pratique actuelle en tant que remplaçant ou installé
Évaluation sur un récit ne peut absolument pas refléter une réflexion, ou même retranscrire des qualités de médecin....

RSCA : perte de temps complète, on passe des heures à justifier notre travail en essayant de faire du volume, alors que la recherche en elle même prend moins d'une heure.
Le temps consacré aux récits étaient bien trop importants ne laissent que peu de temps pour la recherche et le développement personnel
Trop peu d'ateliers pratiques (revoir des bases d'examen clinique par un spécialiste pourrait être intéressant)
les écrits, RSCA et RSD permettent de mettre en page une démarche de recherche d'information et de formation continu qui apparait plutôt pertinente. Cependant, les cours en présentiels appuyé sur les RSCA sont très peu bénéfiques et devrait évoluer pour permettre une implication plus active des étudiants présents dans cet enseignement.
Limite demander aux internes qui font les rsca de faire une fiche synthétique sur un theme de recherche (pec de la tvp, pec de l'iu) qui puissent etre partagées entre internes. La a part ergoter sur le versant littéraire du recit ca ne sert a rien ou presque
Le temps consacré à réaliser les RSCA est beaucoup trop prenant+++ Pour au final un apport de connaissance totalement médiocre. Les RSD sont plus efficaces : 1 question 1 réponse et quand même une analyse réflexive. Avec tous ces RSCA, je n'imagine pas comment un interne peut boucler sa thèse en même temps durant l'internat, à moins de faire une thèse nulle et médiocre. Je pense qu'il faudra choisir, thèse ou RSCAs. Je regrette que la thèse de médecine a perdue toute son importance son prestige, son utilité, son temps consacré au profit des RSCA.
Utiliser davantage les formations pratiques. Utiliser des vidéos pour montrer des prises en charge de médecine générale bien réalisées ?
développer les techniques de simulation ++ / utilisation de logiciel comme "socrative" pour favoriser les échanges, notamment pour des élèves moins à l'aise à l'oral
Récits chronophages ++++ (souvent plusieurs dizaines d'heures pour 1 seul RSCA, rapport temps/nouvelles connaissances tellement défavorables!!!)
Je trouve que l'on passe beaucoup de temps sur les récits et que cela nous apporte peu d'enseignement pour plus tard
Rsca et rsd sont très très très chronophages pour finalement ne regrouper que quelques recherches. Pour ma part je n'ai donc pas pris le temps jusqu'à présent de faire de l'autoformation avec une revue médicale qui je pense, m'aurait davantage apporté pr ma pratique. Je n'ai pas non plus bcp avancé dans le projet de thèse car vie familiale à côté de la rédaction des traces écrites... GEP et ateliers pratiques : le mieux dans nos enseignements car concrets et brefs.
RSCA inutile , bcp trop long à faire , la rédaction du récit très imagé n'est pas adapté a des gens en bac +6, on pourrait croire qu'on est au collège . Les recherches sont les termes pour répondre aux 3 questions sont les seules choses intéressantes à mon avis. RSD idem GÉP très bien , mais temps trop court souvent par rapport aux Rsca en binôme Ateliers : ça c'est bien. !!
Pas assez de mise en situation, aucun cours théoriques malheureusement de rappel sur les pathologies (car parti du principe qu'on se souvient de Tout)
Geste technique type suture, réalisation de soins basiques en ambulatoire, utilisation de certains logiciels
Trop de temps consacré aux groupes d'échanges de pratique particulièrement en première année, où nous manquons d'expérience, et où de la formation théorique serait plus rentable. Peut être qu'un format avec cours théorique pdt 2h puis mise en pratique avec simulation pdt 2h pourrait être intéressant.
Les situations pratiques où différents groupes émettent une prise en charge puis mise en commun et discussion constituent un outil de formation plus dynamique que le RSCA.

GEP sont les plus intéressants en dernière année, le plus pratique et pertinent
Je pense que les ateliers de simulation sont extrêmement formateurs (atelier sur la contraception par exemple) il pourrait être intéressant de nous en proposer plus dans notre parcours.
Mise en place d'ateliers de gestes pratiques de cabinets, Arrêter de perdre du temps à nous faire faire de la littérature à visée philosophique(qui peut rester intéressant en formation continue plus tard éventuellement)
Présentation d'article de revues scientifiques
un peu de modernité et plus d'expertise dans les modules proposés donnerait plus de crédibilité aux enseignements
Le GEP est selon moi le meilleur format

Annexe 11.7. Verbatim question : Quels sont selon vous les formats d'enseignements qui pourraient être utilisés pour enrichir la formation limougeaude ?

Simulation en échographie geste d'urgences etc...
non
Réalisation de cours magistraux comme formation médicale continue
Pourquoi pas mettre à disposition des supports de cours vidéo que l'on peut regarder à tout m
Tables rondes avec des autres spés, ateliers pratiques
Les simulations +++ (gestes d'urgence, frottis, infiltrations, échographie...)
Cours vidéo, diaporamas à lire chez soi, petites fiches résumé concise et claire, QCM
Intervention de spécialiste, avec petit topo sur qqes situations fréquentes, puis sorte de GEP avec discussion ouverte (avec peut-être préparation en amont des questions par les internes)
La simulation ++ Les groupes d'échanges de pairs, supervisés par un professeur du DUMG ++ plus utiles à mon avis que les récits Les cours en ligne et/ou en vidéo avec évaluation en immédiat puis à 15 ou 30 jours pour la solidification
Les cours en ligne ou des ressources disponibles pour qu'on puisse continuer de se former et surtout LE TEMPS de le faire
Formation pas cours magistraux et support en ligne éventuellement par DUMG et Spécialistes
Cf question précédente
Visio
cours magistrales ou en ligne avec des spécialistes, séance de pratiques pour les gestes.
Plus d'interactions comme les GEP et des séminaires, intervention de spécialistes en fonction des sujets traités
Séminaires avec cours magistraux et simulations + Des cours en lignes que nous pourrions visionner à la demande, ce qui serait très pratique pour les étudiants n'habitant pas sur Limoges.
revenir à une pédagogie traditionnelle: des professeurs, un cours des élèves une évaluation axée sur des objectifs
Séminaires avec spé/formation aux gestes pratiques. Mais aussi insister sur la paperasse en medG (maladie pro notamment car on est perdu)/gestion du cab. Abandonner les RsCa qui ne servent à rien et qui peuvent invalider de manière totalement injuste des semestres.
Simulation en santé, e Learning, séminaires avec un cadre convivial...
Cours en ligne avec des spécialistes pour valider ou invalider des modules de formations comme dans les autres spécialités

Les ateliers pratiques / simulation . En picardie il y avait des étudiants en théâtre qui faisaient le rôle de patients par exemple agressifs ou demandeur insistant d'arrêts de travail et nous devons réussir à finir la consultation sans se "laisser faire". Il y avait une caméra qui filmait, et ensuite on debriefait avec les autres étudiants et médecins
Échanges autour d'un cas / séminaires , travaux pratiques.
Séminaires avec spé; ateliers pratiques, GEP
Cours magistraux/ présentation de recherches documentaires avec aide méthodologique préalable
Séminaires +++
privilégier GEP
Cours séminaires
GEP, Séminaires avec des spécialistes
Intervention extérieures de spécialistes cours en visio au niveau national podcasts
Interventions par des spécialistes notamment les cardiologues et néphrologues car dans les cadres polyopathologiques se sont souvent des maladies ayant un impact sur les traitements pouvant être instaurés.
Simulation
Séminaires en ligne
Faire intervenir des spés!
La pratique et des cours de spécialistes
Utiliser plus le numérique. Avantage temps carburant argent.
Les GEP sont très bien Des séminaires cours magistraux de spécialiste, de paramédicaux, de juridique, comptable etc
Continuer les cours obligatoire, mais pas mettre autant d'importance et d'exigence sur des récits, sur lesquels on doit broder...
1. Séminaires par spécialistes comme il en existe déjà d'organiser pour les médecins généralistes thésés installés sur des thèmes dont le calendrier est défini pour l'année civile en cours
2. Avoir accès au centre de simulation et le rendre incontournable dans notre formation +++++
Ateliers de simulation clinique avec mannequins
Rentabilité RSCA mauvaise avec chronophage, perte d'intérêt et vu comme corvée par l'étudiant. RSD plus court plus adapté quitte à en faire plus. GEP++. Evaluer les élèves sur des GEP avec une recherche. Remplacer cours avec RSCA par des cours simples théorique. Cours de pratiques (gestion/compta) optionnels.
Simulation, lecture d'article, nouvelles recommandation, envisager la médecine générale autrement qu'en cabinet
Arrêter les cours autour d'un RSCA ou bien les faire en ligne mais faire des cours autour des nouvelles recommandations ++ et faire des ateliers de simulation +++
Ateliers pratiques
Des cours magistraux courts sur des sujets précis rencontré en médecine générale/ l'intervention des spécialistes/ou médecins généralistes sur certains sujets rencontrés souvent en médecine générale
Cf question précédente. STOPPER les diapo préparés par les internes !
Mise en situation quelques cours magistraux sur gestion cabinet certificats et législation
Des cours magistraux
Les GEP, seul format vraiment enrichissant, on apprend en ayant aussi l'apport et le point de vue des confrères.

Cours en lignes vidéo et écrit mise en place de séminaire et autres ateliers
Plus de théorie, de rappels théorique, de point sur les nouvelles recommandations et les évolutions des pratiques
A base de cas pratiques nous faire un récapitulatif des reco, associé à une vision de l'expérience du praticien, un GEP de chacun afin de connaître les "recettes" de chacun
des séminaires réguliers/journée centrés sur une thématique, avec intervenant méd gé/spécialiste et les internes pour s'impliquer dans sa formation qui préparent également le sujet à la place des trop nombreux cours de RSCA collectifs. La mise en place de l'atelier pratique de gynéco était bien, optique à poursuivre.
La formation dans les autres fac Les revues spécialisées Les référentiels Le format de séminaires avec spécialiste sur changement de reco (exemple avec les nouveaux médicaments du diabète ou la prise en charge des plaies) Si volonté de pousser les connaissances, mise en avant des du et diu Proposition d'une salle avec mannequin pour entraînement aux gestes gynéco/rhumato/suture/etc
ateliers pratiques, fiches pratiques d'aide à la décision et prescription, pour chaque thème les étudiants (ensemble ou le binôme désigné) pourraient travailler à la réalisation de fiches pratiques pour la prescription, qui seraient utiles pour leur cabinet plus tard.
Mise en place d'ateliers de simulations en cabinet de médecine générale
les ateliers pratiques et la simulation sont à développer / par ailleurs les séminaires avec des spécialistes peuvent être vraiment utiles pour enrichir la formation
Format en ligne serait intéressant avec par exemple Sides ng comme les autres spécialités pour s'auto évaluer par rapport aux questions plus théoriques
Cours avec spécialiste ou intervenants para médicaux
Congrès payé par le DUMG, journées de mise en situation (massage cardiaque, lecture ECG...)
E learning sur les bases des pathologies méd g en libre accès, accessibles ailleurs mais pertinent de l'associer à notre plate-forme. Et intervention ciblée sur du médical pur, sans toujours ramener à la communication
Cours avec des spécialistes ou cours en ligne avec des spécialistes Évaluation des connaissances avec une validation en fin de semestre Absolument pas les récits qui à mon sens ne sont pas formateurs
Visioconférence, conf tube, cours magistraux
Formations en ligne type MOOC
° Ateliers pratiques et vignettes pour mise en situation ° Intervention de spécialistes ° Cours en ligne et/ou vidéo facultatifs sur des pathologies à forte prévalence permettant à chacun d'y accéder en cas de besoin
Cours théoriques sur prise en charge pathologies les plus rencontrées en médecine générale Pourquoi pas mettre en place des ateliers de simulation de consultation pour évaluation plutôt que des écrits qui selon moi ne reflètent pas le niveau de l'interne
Une partie des cours pourrait être réalisée en ligne, ce qui nous permettrait d'organiser ainsi notre temps de travail
Utilisation d'une plateforme type SIDES UNESS avec des cours en ligne, des tutos type youtube, utilisation des nouvelles technologies, informatiser le portfolio
penser médecin 3.0, outils internet, base de cours magistraux
varier les supports et surtout les intervenants avec de vrais experts dans le domaine abordé pas des médecins qui ont quelques récits de chasse pour appuyer leurs positions
Formation en ligne/ Séminaire sur gestes pratiques

Des petits topos avec des spe sur des problématiques que l'on retrouve au cabinet ou en visite

cours en ligne

Annexe 11.8. Verbatim question : Ci-dessous un espace d'expression libre pour vos remarques concernant la formation dite hors-stage, qui n'auraient pas trouvées place ailleurs. Merci de rester bienveillant et constructif.

Je me pose encore la question de la pertinence des récits, qui prend Énormément de temps à rédiger pour un intérêt que je trouve limite..

Je me répète à nouveau, mais j'estime qu'il serait plus utile de remplacer l'écriture des récits (a minima du RSCA) par des cours ou des formations pratiques (gestion du cabinet, gestes d'urgence...). Et donner une place plus importante à l'évaluation de nos compétences cliniques (+/- relationnelles mais à voir comment les évaluer objectivement)

Laisser plus de place aux formations complémentaires durant l'internat, formations parfois indispensables pour se « spécialiser » dans un domaine.

Je pense que la rédaction des récits est trop floue et stressante par rapport à leur place trop importante dans la validation. Les thèmes des RSD notamment sont flous et je trouve qu'il est compliqué d'y associer une situation vécue.

J'ai trouvé que les quelques séances de groupes de pairs ou d'ateliers réflexifs sont plus intéressantes que discuter autour d'un récit de RSCA avec diapo mais non inutile. Peut-être vaudrait-il mieux mettre en avant une préparation de RSCA pour un cours plutôt qu'une rédaction personnelle.

Enfin, l'utilisation de la simulation et des cours en ligne suivis d'une évaluation immédiate puis à distance (sans possibilité de relire le fichier du cours durant l'évaluation).

De toutes mes connaissances sur la médecine générale, <10% proviennent des cours de DES. Le reste provient de l'expérience sur le terrain, de la lecture personnelle, des recherches personnelles (y compris rsca et rsd), des GEP. La rédaction des écrits (RSCA et RSD) permettent d'apprendre énormément mais leur rédaction est super contraignante (thèmes de RSD très fermés). Les GEP sont vraiment un super moyen d'échange et très formateurs.

Intervenants de qualité au sein du DUMG; dommage que les supports de formation soient peu adaptés à la formation des internes MG pour leur future pratique (trop de GEP etc). Fréquence mensuelle des cours adaptée par ailleurs.

Je recommanderai la formation pour l'après c'est à dire le cadre de vie et la qualité de l'exercice dans la région mais pas pour la formation (pour expliquer la discordance de mes réponses ci-dessus)

Parfois cours trop longs. Peut-être étayer avec des cas cliniques.

Je suis déçu de ma formation mais recommandé pour le côté humain qui je pense est le plus important. J'ai mis les pieds à Toulouse et honnêtement c'est pas mieux voir pire et le côté humain n'est par contre pas là...

Les groupes d'échanges sont la base et le plus constructif.

Beaucoup de traces écrites demandés, ayant trop de place pour notre validation de semestre (plus que la formation pratique selon moi). Cela gêne et donne une image moins attractive du DES de médecine générale à Limoges. Dans les autres facultés les traces écrites ne prennent pas autant de place et c'est mieux !

Merci de recenser une appréhension globale ressentie par tous.

Je trouve cela dommage qu'on ne nous donne pas plus de clefs concrètes lors des cours. Tout cela reste très théorique et orienté sur la relation avec le patient + que sur le contenu médical pur. Les écrits ne sont pas une mauvaise idée mais ne devraient pas prendre autant de place et constituer notre principal outil d'évaluation !!

Ce serait bien de pouvoir intégrer un échange avec des "patients experts" ou représentants d'associations patients pour échanger sur le vécu du patient car la simulation patient par les membres du DUMG et des collègues internes restent assez loin de la réalité.

Un peu plus de médecine, moins de récits et pédagogie inutile qui nous prend du temps. Plus d'exigence sur le niveau théorique à avoir pour valider et moins sur la qualité de rédaction d'un récit.

Plus d'ouverture d'esprit sur les différentes aspirations des internes et les encourager dans les voies moins classiques, car ce n'est pas parce qu'on ne veut pas avoir son propre cabinet 6/7j à faire des renouvellement qu'on n'est pas utiles aux patients et que les compétences d'un généraliste ne sont pas utiles ailleurs.

Plus de GEP, qui sont constructifs sur le plan médical et personnel, que cela soit plus fréquent (en visio) et obligatoire jusqu'à la fin du DES.

Toujours la même remarque, sur le manque de syndicat à Limoges, l'exigence apportée par le DUMG sur les récits, et enfin le fait que la responsable du DUMG puisse avoir accès au site comme gélules qui est censé être uniquement ouvert aux internes

Tout es dit

Bon courage pour la réalisation de ta thèse !!! :)

Au final, ce sont les chefs et les médecins sur les terrains de stages qui m'ont appris comment pratiquer la médecine générale.

La formation à la faculté a été un handicap la plupart du temps, très chronophage et rarement intéressante, il n'y a selon moi aucun sens à la continuer tel quel.

Le DUMG et ses membres, persuadés qu'ils sont les seuls dans le vrai, n'écoutent pas les étudiants et rechignent aux changements... Ils sont en réalité sauvés par les vrais médecins, ceux de terrain.

Le nombre de rsca et rsd est trop important chez nous par rapport aux autres facultés

Mise en place d'une politique de valorisation de l'investissement sur le terrain, de sorte que l'énergie dépensée en stage ne soit pas vécue comme une perte de temps et de chance pour la validation des écrits.

Des interventions de spécialistes seraient un vrai plus en focalisant bien sûr sur ce qui est possible d'être fait en médecine générale.

Favoriser les cours à distance (lorsque le thème le permet) pour ceux qui font leur stage loin de la faculté.

les règles d'enseignements, de validation, même de choix de stage sont flous entraînant une méfiance réciproque qui n'est bénéfique pour personne. Avoir des règles, pas forcément complexes, mais avoir des règles permet de se sentir serein et de savoir où l'on va.

J'aurai souhaité que la formation hors stage m'apprenne davantage sur tout ce qui fait la médecine générale et que nous n'apprenons pas durant l'externat avec les stages hospitaliers et les cours très centrés sur les prises en charge hospitalières, et je me sens souvent perdu dans mes stages à savoir des prises en charge hospitalière et me demandant ce qu'il faudrait faire/les recommandations en ambulatoire. Cela me paraît très pertinent, d'autant plus que ces enseignements pourraient s'appuyer sur de la comparaison de bibliographies spécialisées/de médecine générale pour construire ses argumentaires et sa prise en charge.

La formation de Limoges s'appuie beaucoup sur la relation médecin/ patient et le savoir être, je pense que même si nous ne comprenons pas trop au début, le savoir être et la relation de communication au patient est importante à apprendre. En première année, ne faire que cela est cependant un peu excessif, à mieux équilibrer avec les autres enseignements

Mes compétences de médecin généraliste m'ont été apprises par le DFASM et les terrains de stage d'internat. Finalement je n'ai pas l'impression que le DES de MG me sert au

quotidien dans mon cabinet. Après je ne peux pas comparer le DES de limoges avec les autres facultés, le programme doit être sûrement national. Je ne pense pas que ce soit un problème propre à Limoges. Je recommanderai tout de même l'internat à limoges pour un nouvel interne, mais surtout pour la qualité des terrains de stages, et le contact bienveillant avec nos professeurs et encadrants. Et je ne peux que remercier les différents intervenants qui nous ont accordé de leur temps et transmis leur expérience.
Professeurs et médecins encadrant la formation facultaire humains, à l'écoute et disponibles. Partageant parfois des anecdotes et des expériences professionnelles très enrichissantes. Merci
Comment est-ce possible d'invalider des semestres sur des « mauvais récits » (pas des récits non rendus je précise!), lorsque le stage est validé, alors que l'écriture de ces récits est censée représenter 20% de notre temps au max (4 journées en stage 1 journée travail perso comprenant récits, thèse, mémoire...)? cela est totalement contre-productif. Après 8 ans d'études et de multiples sacrifices, se faire invalider 6 mois (et souvent la première année) simplement parce que le récit n'est pas conforme aux attentes du lecteur (évaluation donc + que subjective), quelqu'un trouve-t-il cela normal? Juste pour être clair je n'en fais pas partie je n'ai jamais été invalidé sur des récits mais connaît beaucoup de monde qui l'a été et ce totalement injustement. Une fois de plus dans ces longues études où la pratique et la réalité sur le terrain passe après notre talent de romancier ou notre capacité de retenir par cœur, parfaitement logique. Je pensais pas être à ce point infantilisée encore lors de l'internat. Pour avoir discuté avec de nombreux co-internes des facultés limitrophes, je déconseille systématiquement celui de Limoges : pas de discussion constructive possible avec le DUMG concernant nos attentes ou souhaits, trop exigeants sur les récits qui nous font perdre + temps et avoir énormément de pression qu'autre chose, très difficile de faire un DU en parallèle (de par l'interdiction totale de rater un seul cours pour un partiel de DU par ex), et tout ça sans parler des terrains de stage adaptés aux vœux du DUMG et pas des internes et postes en nombre inadapté (surtout avec souvent une dizaine de redoublants par année).
Le format avec la 3eme année entièrement SASPAS, comme à Toulouse, me paraît plus attirante et pertinente, en tout cas pour l'internat en 3 ans.
Je ne mets pas en cause l'implication des intervenants du DUMG qui prennent du temps pour nous former à notre spécialité. Certains formats étaient intéressants : ° Cours pratique gynécologie ° Intervention de spécialiste (douleur, violence conjugale) ° Vignettes pour mise en situation Par contre, je trouve le contenu (RSCA et GED) souvent redondant. D'autres formats comme des cas pratiques, l'intervention de spécialistes ou des mises en situation pourraient être moins scolaire et avoir plus d'impact pour notre pratique future.
La formation facultaire non, la formation en stage oui
J'ai mis probablement car le autour de la formation facultaire est bien organisé et les internes sont protégés
varier les sources et les profils des intervenants permettraient à ce que tout le monde s'enrichisse de la culture de l'autre. Il va falloir passer à l'ouverture d'esprit avec des bases scientifiques EBM. merci pour cet espace de retour d'expérience qui n'intéresse que peu le DUMG

Serment d'Hippocrate

En présence des maîtres de cette école, de mes condisciples, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine.

Je dispenserai mes soins sans distinction de race, de religion, d'idéologie ou de situation sociale.

Admis à l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser les crimes.

Je serai reconnaissant envers mes maîtres, et solidaire moralement de mes confrères. Conscient de mes responsabilités envers les patients, je continuerai à perfectionner mon savoir.

Si je remplis ce serment sans l'enfreindre, qu'il me soit donné de jouir de l'estime des hommes et de mes condisciples, si je le viole et que je me parjure, puissé-je avoir un sort contraire.

Attention, ne supprimez pas le saut de section suivant (page suivante non numérotée)

Étude du ressenti et propositions des internes de médecine générale de Limoges concernant les enseignements facultaires dispensés depuis la réforme de 2017.

Introduction : La formation de MG couvre des enseignements très variés regroupant de nombreuses situations médicales et non-médicales. Une impression d'insatisfaction globale et de manques quant à la formation limougeaude semble pourtant se faire ressentir. L'objectif de ce travail était d'identifier le ressenti des internes concernant leur formation facultaire et de formuler des pistes d'amélioration répondant à leurs attentes et besoins. **Méthode** : Étude observationnelle quantitative, transversale, monocentrique par auto-questionnaire envoyé par courriel aux IMG de Limoges des promotions 2017 à 2021, puis recueil des données par la plateforme GoogleForm avec analyse statistique descriptive. **Résultats** : 126 internes soit 61% ont répondu. 60.8% des répondants estiment que leur formation facultaire a été absolument pas ou insuffisamment suffisante pour construire leurs compétences de médecin généraliste et 64% des répondants s'estiment insatisfaits ou très insatisfaits de leur formation facultaire. Les internes apprécient l'accueil et souhaitent l'utilisation de supports adaptés à la transmission d'informations sur l'organisation du DES. Les 6 compétences génériques du médecin généraliste et les 11 familles de situation ne sont pas abordées de façon homogène. Ces dernières ne semblent pas suffisantes pour couvrir l'ensemble des situations fréquentes rencontrées en MG. L'utilité réflexive des traces écrites (RSCA) est rejetée, à l'inverse des groupes d'échange de pratique et ateliers pratiques. L'utilisation de cours magistraux/séminaires animés par des spécialistes est fortement plébiscitée 91.9%. **Conclusion** : C'est le premier travail qui donne la parole aux internes de médecine générale de Limoges à ce sujet. Leur formation facultaire ne répond pas à leurs besoins et attentes. Nous proposons des pistes d'évolution en lien avec les réponses des participants.

Mots-clés : médecine générale, pédagogie, ressentis, propositions,

Study of the feelings and recommendations of the general medicine interns of Limoges regarding the faculty teaching provided since the 2017 reform.

Introduction: The GPs training needs to cover a wider range of medical and non-medical situations during the internship. An overall dissatisfaction and lack of training in Limoges was felt. The objective of this work was to identify the feelings of the interns regarding their faculty training and to formulate ways of improvement meeting their expectations and needs. **Method**: Quantitative, cross-sectional, monocentric observational study self-questionnaire delivered via email to the GPs of Limoges from 2017 to 2021; data was collected by the Google Form platform with descriptive statistical analysis. **Results**: of the 126 interns contacted, 61%, responded. 60.8% of respondents felt that their faculty training was either unsatisfactory or very unsatisfactory in meeting their expectations to build their skills as a GP. 64% of respondents felt dissatisfied or very dissatisfied with their faculty training. The interns would welcome the opportunity to be presented and would embrace the use of appropriate media to transmit information on the organization of their studies. They asked for more objectivity and transparency in the validation criteria. The 6 generic competences of the GP and the 11 situation families are not delivered in a homogeneous way. The latter do not seem sufficient to cover all the frequent situations encountered in GPs. The reflective utility of written records, in particular the RSCA, is rejected, unlike practice exchange groups and simulations. The use of lectures/seminars led by specialists was strongly supported at 91.9%. **In Closing**: This is the first work that gives the floor to the general medical residents of Limoges on this subject. Their faculty training does not meet their needs and expectations. We propose courses of evolution related to the answers of participants.

Keywords: general practice, pedagogy, feedback, recommendations

