

Liste des abréviations

[illegible]

Plan

LISTE DES ABREVIATIONS

RESUME

INTRODUCTION

MÉTHODES

RÉSULTATS

DISCUSSION ET CONCLUSION

BIBLIOGRAPHIE

TABLE DES MATIERES

ANNEXES

INTRODUCTION

Depuis ces trente dernières années, la formation des médecins généralistes a évolué pour répondre à une nécessité de revalorisation du métier de généraliste. Avec l'évolution démographique, les avancées médicales, l'économie de santé, les besoins et les attentes des patients, il était devenu vital que le rôle complexe et essentiel du médecin généraliste soit reconnu et compris par le corps médical, les responsables de la santé, les économistes, les politiciens et le public (1).

Rappels historiques

Avec la déclaration du groupe de Leeuwenhorst en 1974, une réflexion sur la médecine générale-médecine de famille a été entamée, plus particulièrement en ce qui concernait son enseignement et la recherche.

La réforme de 1984 a rendu obligatoire le concours de l'internat pour tout étudiant voulant accéder aux spécialités. L'étudiant souhaitant exercer la médecine générale, tout comme celui qui échouait à l'internat, poursuivait ses études par un troisième cycle d'une durée de deux ans. Se posait alors la question d'une sélection des futurs généralistes par l'échec (2). D'où la nécessité de revaloriser le métier de généraliste en passant par une amélioration de la formation des futurs professionnels.

En 1997, une directive européenne (3) fixait la durée du troisième cycle à deux ans et demi et créait un cinquième semestre prenant la forme d'un stage ambulatoire de Médecine générale d'une durée de six mois en cabinet. Les Départements universitaires en Médecine Générale (DUMG) se mettaient en place et il y a eu création du stage de médecine générale en deuxième cycle.

L'arrêté du 19 octobre 2001 a établi la nouvelle maquette de la formation de médecine générale :

- Deux semestres obligatoires hospitaliers de médecine adulte et médecine d'urgence
- Un semestre en gynécologie et/ou pédiatrie
- Un semestre obligatoire chez le praticien agréé maître de stage des universités
- Deux semestres libres laissés au choix de l'interne dont l'un d'eux « préférentiellement en secteur ambulatoire ».

La réforme des études médicales en 2002 (4) a eu pour triple objectif de donner à l'ensemble des médecins la meilleure des formations possibles, de mettre fin à la marginalisation des médecins généralistes et de les hisser au rang de leurs collègues spécialistes.

En mai 2002, à la demande des ministères de la Santé et de l'Education nationale, un groupe de travail sur le 6^e semestre s'est mis en place, présidé par le doyen Bernard Némitz (8), chargé alors de la médecine générale au sein de la Conférence des Doyens. Le rapport de ce groupe de travail préconisait la création du SUMGA (Service Universitaire de Médecine Générale Ambulatoire) dans lesquels se dérouleraient des SASPAS (Stage Autonome en Soins Primaires en Ambulatoires Supervisée). Il proposait également que ce semestre puisse permettre la réalisation de stages adaptés au projet professionnel de l'interne.

En novembre 2003, le « 6^e semestre » se mettait en place dans certaines facultés, alors que les textes réglementaires n'étaient toujours pas parus.

La circulaire du 26 avril 2004 a créé les SASPAS mais écartait le concept de SUMGA et simplifiait certaines recommandations du groupe Némitz.

Ce n'est qu'en octobre 2004 que le DES (Diplôme d'Etudes Spécialisée) en médecine générale voit le jour.

L'importance du SASPAS

Le troisième cycle doit permettre la transformation des connaissances théoriques en compétences professionnelles. La maquette du DES de médecine générale a été adaptée à la pratique et a intégré davantage de stages ambulatoires.

Le SASPAS est accessible une fois le stage ambulatoire de niveau 1 validé. Il se déroule chez deux ou trois généralistes MSU (Maîtres de Stage Universitaire) pour une durée de 6 mois. Statutairement, l'interne est en fonction sur les lieux de stage neuf demi-journées de pratique clinique par semaine ; deux autres demi-journées sont consacrées à l'enseignement universitaire.

Les modalités pédagogiques d'un SASPAS comprennent entre autres une supervision indirecte avec pour supports les dossiers médicaux (feed-back pédagogique centré sur les besoins de formation de l'interne), une supervision directe si nécessaire et la participation à des groupes d'échange et d'analyse de pratique. C'est l'autonomie et cet encadrement pédagogique spécifique qui fait la différence entre le SASPAS et le stage ambulatoire de niveau 1.

Au niveau national (selon les Départements de Médecine Générale), en 2011, seuls 30 à 50% des internes en médecine générale ont eu l'opportunité de pouvoir effectuer un semestre véritablement professionnalisant, sous la forme d'un SASPAS ou d'un autre type de stage par manque de moyens financiers dédiés ou de maître de stage (5).

A l'heure où se discute un allongement de l'internat en Médecine Générale (6) avec une augmentation du nombre de stage chez le médecin généraliste et le projet de création d'une année complémentaire de « séniorisation », le recrutement de nouveaux maîtres de stage et leur formation devient une priorité. Si l'on souhaite que la formation des internes soit de qualité, la formation pédagogique des maîtres de stage et leur évaluation deviennent primordiales.

Les Maîtres de Stages Universitaires (MSU) angevins

La faculté d'Angers faisait partie des 18 UFR sur 37 qui ont expérimentées le SASPAS en 2003 avant la parution de la circulaire officielle du 26 avril 2004 (7). La volonté locale est de proposer à tous les internes en médecine générale une année de stage en ambulatoire. Actuellement, pas loin de 70% des internes réalisent un SASPAS durant leur cursus ce qui est au-dessus de la moyenne nationale (30%). Et avec l'augmentation du numerus clausus, le recrutement et la formation des MSU se doivent d'être réguliers et de qualité.

Selon la Charte des Maîtres de Stages des Universités, pour prétendre au titre de Maîtres de Stage Universitaire (MSU) et accueillir un interne en SASPAS, le médecin généraliste doit :

- Etre spécialiste en médecine générale, installé depuis 3 ans
- Avoir une activité professionnelle orientée vers le premier recours
- Justifier d'une formation initiale à la pédagogie validée par le Collège local des généralistes enseignants
- Accepter une auto-évaluation et une hétéro-évaluation régulières
- Posséder une aptitude à se documenter et entretenir une documentation accessible et mise à jour
- Participer régulièrement aux formations pédagogiques proposées par le DMG dont le format répond au cahier des charges du CNGE collège académiques.

A Angers, l'obligation de formation pédagogique régulière n'est pas forcément appliquée car certains médecins généralistes sont MSU depuis le début de la mise en œuvre du SASPAS. La formation continue thématisée est donc inégale entre les MSU.

L'objectif principal de cette étude est de déterminer si la disparité dans la formation pédagogique des MSU a une répercussion sur la qualité de l'encadrement des internes. Les MSU les mieux appréciés par les internes sont-ils ceux qui participent régulièrement aux formations ?

MATERIELS ET METHODES

Depuis sa création à Angers, le SASPAS a été l'objet de différentes thèses sur : les conditions organisationnelles, le vécu de l'interne, les difficultés rencontrées par les internes mais aussi les maîtres de stage...

Mais aucune étude n'a ciblé spécifiquement la qualité de l'encadrement pédagogique de chaque MSU.

Pour répondre à l'objectif principal de l'étude, les données exploitées provenaient :

- Du recueil de données chiffrées du DMG d'Angers concernant le nombre de formations effectuées (au DMG ou via le CNGE) par chaque MSU sur la période de novembre 2011 à fin mai 2015
- De la grille d'évaluation remplie par les internes en fin de semestre portant sur la mise en œuvre des différents aspects de l'encadrement pédagogique notée selon une échelle de Lickert à 4 degrés : « non pas du tout », « plutôt non », « plutôt oui », « oui tout à fait ».

Il s'agit donc d'une étude rétrospective quantitative portant sur des données qualitatives sur la période de novembre 2011 à fin mai 2015.

1. Grille d'évaluation (Annexe 1)

Une grille d'évaluation est utilisée par le DMG pour évaluer la mise en œuvre des objectifs pédagogiques définis par le groupe de travail Némitz (8). Elle est remplie par chaque interne en fin de stage SASPAS.

Cette grille est issue d'un travail de thèse effectuée en 2006 par THOMAS Samy à Créteil (PARIS XII) (9) pour rendre l'évaluation du SASPAS plus aisée à réaliser par les internes et à exploiter par les DMG. Or depuis sa mise en place, aucune exploitation de cette grille n'a,

pour l'instant, été réalisée à Angers, de même qu'à Créteil. Celle-ci évalue en grande partie l'encadrement pédagogique du MSU.

Les compétences pédagogiques explorées par cette grille sont les suivantes:

- Prise en compte du projet et des choix professionnels de l'interne
- Explication de l'organisation du stage
- Cabinet adapté à l'activité d'un SASPAS
- L'activité du médecin couvre un grand nombre de champs de la médecine générale
- Application de connaissances validées et actualisées dans sa pratique
- Explication claire sur des raisonnements et décisions
- Création d'une file active de patient pour l'interne
- Disponibilité en cas de problème
- Réalisation d'une supervision directe à la demande de l'interne
- Réalisation d'une supervision indirecte de manière régulière
- Utilisation du dossier médical comme support de supervision
- Utilisation des notes de l'interne comme support de supervision
- Réalisation d'une supervision systématique de tous les patients vus par l'interne
- Réalisation d'une supervision de manière aléatoire
- Réalisation d'une supervision déterminée par les choix de l'interne
- Etablissement d'une relation de qualité avec l'interne (écoute, dialogue et patience)
- Aide l'interne à identifier et résoudre des difficultés d'ordre relationnelles
- Incitation à la recherche des connaissances et de bibliographies ; à l'écriture clinique ; à la réalisation du mémoire ou de la thèse
- Prise en charge des patients orientée de façon adaptée
- Utilisation d'outils pédagogiques pour mesurer la progression de l'interne : objectifs, plan de progression, entretiens au sein du SUMGA, le port folio...

- Analyse de la démarche clinique à partir d'éléments clés des consultations
- Incitation à l'analyse de sa pratique par l'interne pour approfondir la notion de praticien réflexif
- Identification des acquis et besoins de formation
- Initiation à la gestion du cabinet
- Conforte le projet d'exercice ambulatoire de l'interne.

2. Codage des données

Les données ont été saisies sur fichier Excel®. Puis l'analyse des données a été réalisée sur BiostaTGV, application du Test de student.

Pour faciliter l'analyse des données de la grille d'évaluation selon une échelle de Likert à 4 degrés et la réalisation des tests statistiques, les évaluations du degré de *mise en œuvre des compétences pédagogiques* ont été codées comme suit :

- « non pas du tout » = 0
- « plutôt non » = 1
- « plutôt oui » = 2
- « oui, tout à fait » = 3.

Il s'agissait ici de quantifier, de façon numérique, la mise en œuvre par les MSU des compétences pédagogiques nécessaires à un encadrement de qualité de l'interne en SASPAS suivant les recommandations du CNGE.

Des notes moyennes basses signifieraient une absence ou un mauvais encadrement pédagogique, évalué par l'interne, sur l'item en question. A l'opposé, des notes moyennes s'approchant de 3, exprimeraient une certaine satisfaction quant à la maîtrise de cette compétence par le MSU.

3. Méthode

Critères d'inclusion dans l'étude

Sur la période étudiée, 119 médecins généralistes ont participé à une formation pédagogique du DMG ou du CNGE et/ou accueillis un interne.

105 médecins ont été évalués sur la période concernée.

Ont été exclus de l'étude :

- 14 médecins qui ont fait une formation mais n'ont pas accueillis d'interne sur la période étudiée.
- 17 médecins généralistes qui n'ont accueilli qu'un seul interne sur la période étudiée. Ceci afin d'éliminer un biais de subjectivité interindividuelle.
- 6 médecins qui font partis du DMG. Dans la mesure où ils sont responsables de la formation des MSU, leurs évaluations avaient tendance à fausser les moyennes à la hausse.

Au total, l'étude se base sur l'évaluation de 82 MSU SASPAS sur la période de Novembre 2011 à mai 2015.

RÉSULTATS

1. MSU SASPAS évalués

436 grilles d'évaluations ont été recueillies sur la période étudiée.

105 MSU SASPAS ont accueilli un ou plusieurs internes sur cette période et ont donc été évalués en fin de stage par les internes.

Les MSU sont répartis soit en trinôme de MSU soit en binôme.

Le pourcentage de participation d'internes aux évaluations se situe entre 85 et 95% selon le semestre.

Les évaluations sont remplies lors d'une ½ journée dédiée à la faculté d'Angers.

Les 82 MSU SASPAS inclus dans l'étude se répartissaient en 3 groupes :

- Groupe 1 : 21 MSU qui n'ont fait aucune formation pédagogique
- Groupe 2 : 29 MSU qui ont fait 1 formation pédagogique sur la période étudiée
- Groupe 3 : 32 MSU qui ont fait 2 formations ou plus sur la période étudiée.

Pour les MSU du Groupe 1 (« pas de formation »), un mail leur a été envoyé en octobre 2015 avec relance 1 mois plus tard leur demandant de confirmer ou non leur absence de formation pédagogique dispensées par le DMG ou le CNGE.

9 MSU ont confirmé leur absence de formation, 12 n'ont pas répondu malgré la relance.

2. Note Globale

La note globale est obtenue par moyenne de toutes les notations de chaque item pour chaque MSU à l'intérieur de chaque groupe sur toute la durée de la période étudiée.

GROUPE	Moyenne
1	2,119416073
2	2,250524423
3	2,332014684

* Le test statistique suggère une différence significative entre le groupe 1 et le groupe 3 avec la valeur p (p-value) de 0.034530270347954.

Le groupe 3 est globalement mieux noté que le groupe 1.

Il n'y a pas de différence significative entre le groupe 1 et le groupe 2 ni entre le groupe 2 et le groupe 3.

3. Respect du projet et choix professionnel de l'interne

GROUPE	Moyenne
1	2,388095238
2	2,545320197
3	2,559672619

Il n'y a pas de différence statistique entre les 3 groupes.

4. Accueil et organisation du stage

GROUPE	Moyenne
1	2,569954649
2	2,629720854
3	2,6640625

Il n'y a pas de différences significatives entre les 3 groupes.

5. Cabinet adapté au SASPAS

GROUPE	Moyenne
1	2,542517007
2	2,581034483
3	2,687276786

Il n'y a pas de différences significatives entre les 3 groupes.

6. Activité médicale diversifiée

GROUPE	Moyenne
1	2,570068027
2	2,484893268
3	2,664136905

Il n'y a pas de différences significatives entre les 3 groupes.

7. Connaissances validées et actualisées

GROUPE	Moyenne
1	2,367460317
2	2,614614122
3	2,543526786

Il n'y a pas de différences significatives entre les 3 groupes.

8. Explications claires sur les prises en charge

GROUPE	Moyenne
1	2,357256236
2	2,591789819
3	2,560119048

Il n'y a pas de différences significatives entre les 3 groupes.

9. Création d'une file active de patients pour l'interne

GROUPE	Moyenne
1	2,022335601
2	1,976436782
3	2,279092262

* Il existe une différence significative entre le groupe 2 et le groupe 3 avec la valeur p (p-value) de 0.022000219354401.

Le groupe 3 est mieux noté dans la création d'une file active de patients pour l'interne.

Il n'y a pas de différences significatives entre le groupe 1 et le groupe 2 ni entre le groupe 1 et 3.

10. Joignable en cas de problème

GROUPE	Moyenne
1	2,701473923
2	2,684646962
3	2,822693452

Il n'y a pas de différences significatives entre les 3 groupes.

11. Supervision directe à la demande de l'interne

GROUPE	Moyenne
1	1,851587302
2	1,825615764
3	2,123958333

Il n'y a pas de différences significatives entre les 3 groupes.

12. Supervision indirecte régulière

GROUPE	Moyenne
1	2,48185941
2	2,653612479
3	2,768824405

* Il existe une différence significative entre le groupe 1 et le groupe 3 avec la valeur p (p-value) de 0.035521983174103.

Globalement, le groupe 3 effectue des supervisions indirectes régulières.

Il n'y a pas de différences significatives entre le groupe 1 et le groupe 2 ni entre le groupe 2 et le groupe 3.

13. Supervision indirecte avec support du dossier médical

GROUPE	Moyenne
1	2,086281179
2	2,551395731
3	2,424627976

* Il existe une différence significative entre le groupe 1 et le groupe 2 avec la valeur p (p-value) de 0.018033450818175.

Le groupe 2 effectue plus de supervision indirecte avec support du dossier médical que le groupe 1.

Il n'y a pas de différences significatives entre le groupe 1 et le groupe 3 ni entre le groupe 2 et le groupe 3.

14. Supervision avec les notes de l'interne

GROUPE	Moyenne
1	1,956802721
2	2,178899836
3	2,189434524

Il n'y a pas de différences significatives entre les 3 groupes.

15. Supervision systématique de tous les patients

GROUPE	Moyenne
1	1,578684807
2	1,979967159
3	2,18422619

* Il existe une différence significative entre le groupe 1 et le groupe 3 avec la valeur p (p-value) de 0.0082477507104635.

Le groupe 3 réalise plus fréquemment des supervisions systématiques de tous les patients.

Il n'y a pas de différences significatives entre le groupe 1 et le groupe 2 ni entre le groupe 2 et le groupe 3.

16. Supervision de manière aléatoire

GROUPE	Moyenne
1	0,931292517
2	0,820853859
3	0,961904762

Il n'y a pas de différences significatives entre les 3 groupes.

17. Supervision déterminée par l'interne

GROUPE	Moyenne
1	2,084580499
2	2,128571429
3	2,266294643

Il n'y a pas de différences significatives entre les 3 groupes.

18. Relation de qualité : écoute, dialogue et patience

GROUPE	Moyenne
1	2,472335601
2	2,584154351
3	2,603720238

Il n'y a pas de différences significatives entre les 3 groupes.

19. Guide dans les difficultés relationnelles avec les patients

GROUPE	Moyenne
1	2,193650794
2	2,320279146
3	2,372098214

Il n'y a pas de différences significatives entre les 3 groupes.

20. Encourage la recherche clinique et la mise à jour des connaissances

GROUPE	Moyenne
1	1,574376417
2	1,933415435
3	2,109895833

* Il existe une différence significative entre le groupe 1 et les groupe 3 avec la valeur p (p-value) de 0.0081879386938927.

* Il existe une différence significative entre le groupe 1 et le groupe 2 avec la valeur p (p-value) de 0.04408915708639.

Le groupe 1 « non formé » incite peu l'interne à la recherche clinique à la mise à jour des connaissances en comparaison avec le groupe 2 et le groupe 3.

Il n'y a pas de différence significative entre le groupe 2 et le groupe 3.

21. Prise en charge des patients adaptées aux connaissances

GROUPE	Moyenne
1	2,480385488
2	2,52816092
3	2,531696429

Il n'y a pas de différences significatives entre les 3 groupes.

22. Utilisation d'outils pédagogiques

GROUPE	Moyenne
1	1,157709751
2	1,220361248
3	1,388467262

Il n'y a pas de différences significatives entre les 3 groupes.

23. Analyse de la démarche clinique de l'interne

GROUPE	Moyenne
1	2,133106576
2	2,299917898
3	2,324032738

Il n'y a pas de différences significatives entre les 3 groupes.

24. Incite à la réflexion et analyse des pratiques

GROUPE	Moyenne
1	2,092063492
2	2,264614122
3	2,405580357

* Il existe une différence significative entre le groupe 1 et le groupe 3 avec la valeur p (p-value) de 0.030811424470317.

Le groupe 3 incite plus l'interne à la réflexion et l'analyse de ces pratiques.

Il n'y a pas de différences significative entre le groupe 1 et le groupe 2 ni entre le groupe 2 et le groupe 3.

25. Identification des acquis et besoins de formation de l'interne

GROUPE	Moyenne
1	1,972675737
2	2,231116585
3	2,262946429

Il n'y a pas de différences significatives entre les 3 groupes.

26. Initiation à la gestion du cabinet

GROUPE	Moyenne
1	1,779705215
2	1,847619048
3	2,086309524

* Il existe une différence significative entre le groupe 1 et le groupe 3 avec la valeur p (p-value) de 0.038008514423878.

Globalement, le groupe 1 n'initie que peu l'interne à la gestion du cabinet par rapport au groupe 3.

Il n'y a pas de différences significatives entre le groupe 1 et le groupe 2 ni entre le groupe 2 et le groupe 3.

27. Conforte les projets d'exercice ambulatoire de l'interne

GROUPE	Moyenne
1	2,513151927
2	2,620032841
3	2,570833333

Il n'y a pas de différences significatives entre les 3 groupes.

DISCUSSION ET CONCLUSION

Les biais de notre étude

La grille d'évaluation remplie par les internes n'est pas anonyme et la notation se fait en présence d'un membre du DMG lors d'une séance de groupe d'échange et d'analyse de pratique réalisée à la faculté de Médecine.

Cette grille à cotation numérique de 0 à 3 ne permet pas d'évaluer les améliorations au cours du temps de l'encadrement pédagogique mais elle demeure un indicateur fiable quant à la répétition des notes basses

Le recueil de données provenant de sources différentes aurait été souhaitable : évaluations par les internes en fin de stage des différents MSU via le syndicat des Internes de médecine générale d'Angers (IMGA) ou évaluation des MSU de leur formation pédagogique délivrée par le DMG ou le CNGE.

Revue de la littérature

Le SASPAS se différencie du stage chez le praticien par son autonomie complète, l'objectif est l'acquisition des compétences nécessaires à l'exercice de la médecine générale.

Les compétences requises pour encadrer un SASPAS ne sont pas les mêmes que celles du stage de premier niveau. Le maître de stage doit y être formé spécifiquement. Il doit savoir mettre en valeur tous les aspects d'une consultation, non seulement le côté biomédical mais aussi éthique, administratif et psychologique.

Les compétences pédagogiques du maître de stage telles qu'elles sont définies par l'UEMO (Union Européenne des Médecins Omnipraticiens) (10) doivent lui permettre :

- D'être capable d'identifier les besoins de formation des stagiaires, de choisir la méthode pédagogique adaptée et à l'évaluer ;
- D'être en mesure d'utiliser plusieurs méthodes différentes d'enseignement et de formation ;
- D'organiser un programme de formation englobant la totalité de l'exercice des soins primaires et s'étendant également à la sensibilisation à la médecine d'accueil, à l'activité du suivi au long cours des patients, à l'urgence, aux services de garde, ainsi qu'à la prévention et à l'éducation sanitaire et à la prescription thérapeutique appropriée ;
- D'aider l'interne à réaliser une médecine relationnelle avec les individus et leurs familles ;
- De montrer l'exemple des possibilités de travail en équipe avec des professions paramédicales, avec d'autres médecins, et d'utiliser des filières de soins et d'accès aux techniques, aux spécialités ou aux structures hospitalières ;
- De se familiariser avec les systèmes de santé et d'assurances privées et publiques.

La formation pédagogique des maîtres de stage est une des conditions nécessaires à la qualité, l'évaluation et à la certification des internes. Si l'on veut que la formation des internes soit de qualité, c'est dans le recrutement des maîtres de stage et dans leur formation qu'il faut avoir un haut niveau d'exigence.

Dans l'étude de Blanchard-Rocheteau M. (11) en 2011, des internes ont évoqué la nécessité de rendre obligatoire la présence aux séminaires de formation des maîtres de stage car la supervision mise en place ne donnait pas entière satisfaction. C'était un des points négatifs de ce stage qui est pourtant plébiscité par les internes et maîtres de stage.

En 2005, Benech-Riopel E. (12), notait déjà que la supervision indirecte était considérée comme techniquement difficile. D'où l'importance de la formation des maîtres de stage à

celle-ci et la nécessité pour eux de participer aux réunions d'informations et de formation au cours du semestre.

Selon Eon-Dehais (13), les MSU enquêtés étaient globalement favorables à l'obligation de Formation Pédagogique Continue (FPC) Ils avaient néanmoins émis des réserves concernant la fréquence et l'aspect trop théorique et insuffisamment pratique des formations proposées. Les résultats de la thèse de Gallot E. (15) suggéraient que la formation pédagogique des maîtres de stage à la supervision indirecte demandait à être renforcée, avec des journées répétées ciblées sur les méthodes de supervision.

Les internes préconisaient le développement d'outils pour optimiser la supervision, comme la tenue régulière d'un journal de bord des patients pour l'interne ou un cahier des charges des thématiques à aborder avec le maître de stage.

Discussion des résultats et conclusion

Concernant notre étude réalisée plus de dix ans après la mise en place du SASPAS à Angers, les résultats montrent une différence significative entre le Groupe 1 « non formé » et le Groupe 3 « formation régulière » pour les items suivants :

- Note globale
- Supervision indirecte régulière
- Encourage la recherche clinique et la mise à jour des connaissances
- Incite à la réflexion et analyse des pratiques
- Initiation à la gestion du cabinet

Le groupe 3 « formation régulière » mettait plus en œuvre les compétences pédagogiques évoquées ci-dessus et était globalement mieux apprécié par les internes.

Une différence significative se retrouvait aussi entre le groupe 1 « pas de formation » et le groupe 2 « une formation » sur les items suivants :

- Supervision indirecte avec support dossier médical
- Encourage la recherche clinique et la mise à jour des connaissances

Le groupe 2 était mieux noté sur ces items.

Cependant, pour les 3 items suivants, les trois groupe avaient une note inférieure ou égal à 2 donc on pourrait penser que ces aspects pédagogiques sont peu maîtrisés :

- Supervision aléatoire
- Utilisation d'outils pédagogiques
- Initiation à la gestion du cabinet.

Le DMG d'Angers a permis à près de la moitié des internes de faire un SASPAS sur la période étudiée ce qui représente une prouesse, par rapport à d'autres régions, compte tenu des contraintes matérielles de développement des stages en ambulatoire.

Si l'on compare le groupe « non formé » au groupe « formation régulière », on observe que la formation pédagogique régulière des maîtres de stage SASPAS a une influence favorable notable sur la qualité de la supervision indirecte, le développement de l'esprit critique de l'interne sur sa pratique et la gestion du cabinet.

Malgré l'expérience des années passées et les formations mises en place par le DMG d'Angers, certains points restent tout de même à améliorer pour tous médecins confondus, comme la supervision indirecte, l'utilisation des outils pédagogiques ainsi que l'apprentissage à la gestion du cabinet. Or ces points font déjà l'objet des journées thématiques de formation des MSU.

Par ailleurs, les résultats de l'étude nous interpellent sur l'utilité de cette grille d'évaluation de la mise en œuvre des compétences pédagogiques des MSU en son état actuel. Elle ne permet actuellement que de cibler les insuffisances d'encadrement pédagogique ponctuelles ou répétées de certains MSU et non de conclure à un déficit de formation pédagogique, car des notations basses se retrouvent dans chacun des 3 groupes (voir Annexe 2). Elle devrait être complétée par une étude qualitative par focus group portant sur l'appréciation de leur formation pédagogique par les MSU et les difficultés rencontrées pour la mise en œuvre des compétences pédagogiques enseignées.

De même, cette évaluation des médecins par les internes devrait permettre un retour concret et objectif d'information par le DMG aux différents MSU pour faire évoluer les lieux et comportements problématiques, et garantir ainsi la qualité de la redevance pédagogique à laquelle est normalement soumis les maîtres de stage, ce qui n'est pas le cas aujourd'hui à Angers. Les informations sur les encadrements problématiques sont surtout collectées via les groupes d'échange et d'analyse de pratique qui se déroulent en présence d'un membre du DMG.

Faudrait-il envisager de rendre les formations pédagogiques régulières obligatoires (avec un système de bonus/malus selon les présences/absences) pour apprendre à mieux cibler les attentes des internes, et à maîtriser les outils d'aide à la supervision ? Cette obligation de formation régulière pourrait être l'objet d'une nouvelle évaluation de l'encadrement pédagogique à la fois auprès des internes et des MSU. Cela apporterait un réajustement, toujours dans l'optique d'améliorer un des seuls stages réellement professionnalisant dans la formation des spécialistes en Médecine Générale.

BIBLIOGRAPHIE

- 1.** WONCA EUROPE 2002. La définition européenne de la Médecine Générale – Médecine de famille. Consultable sur : <http://dmg.medecine.univ-paris7.fr/documents/Cours/MG%20externes/woncadefmg.pdf>
- 2.** Lopin C. Formation des généralistes : quelles perspectives ? La revue du praticien Médecine générale 2008 ; 796 : 212-213.
- 3.** Directive Européenne 93/16/CEE visant à faciliter la libre circulation des médecins et la reconnaissance de leurs diplômes, certificats et autres titres. JO de la CEE n° L 165 du 7 juillet 1993 pages 0001-0024.
- 4.** République française. Loi n° 2002-73 du 17 janvier 2002 de modernisation sociale. JO n° 15 du 18 janvier 2002, p1008
- 5.** Le Mauff P, Jacquet J-P, Gilberg S. Evaluation de la mise en place du SASPAS dans les UFR. Exercer 2005 ; 72 : 31-34.
- 6.** Rapport du Docteur Hubert E. Mission de concertation sur la médecine de proximité. 25 avril 2010.
- 7.** République française. Circulaire DGS/DES/2004/n°192 du 26 avril 2004 relative à l'organisation du stage autonome en soins primaires ambulatoire supervisé.
- 8.** Groupe de travail mis en place par la Conférence des Doyens, à la demande des ministères de la Santé et de l'éducation nationale, de la Recherche et de la Technologie, présidé par le Doyen Némitz (Amiens). Il réunissait des Doyens, des représentants du CNGE (Collège National des Généralistes Enseignants), de la coordination des DMG (Département de Médecine Générale), de MG-France, de l'UNOF-CSLF (Union Nationale des Omnipraticiens de France/Confédération Syndicale des Médecins de France), de l'AUFEMO (Administration

Universitaire Francophone Européenne de Médecine et Odontologie) et de l'ISNAR (Intersyndicale Nationale Autonome des Résidents).

9. Thomas S. Evaluation du semestre novembre 2004-avril 2005 des Stages Ambulatoires en soins Primaires en Autonomie Supervisée (SASPAS) de la région Ile de France. Thèse : Med : Université Paris Val de Marne, 2006.

10. Union Européenne des Médecins Omnipraticiens (UEMO). Critères de qualification des maîtres de stage. Concours Médical. Novembre 1997 ;119.

11. Blanchard-Rocheteau M. La supervision indirecte au cours du SASPAS à Nantes : enquête descriptive auprès des internes. Thèse : Med : Université Nantes, 2011 ; n°135.

12. Benech-Riopel E. Evaluation du premier semestre de stage ambulatoire en Soins Primaires en Autonomie Supervisée (SASPAS) à l'Université de Créteil Paris XII. Thèse : Med : Université Paris Val de Marne, 2005.

13. Eon-Dehais P. Encadrement pédagogique des maîtres de stage des universités en Médecine Générale : entretiens semi-dirigés auprès de 19 médecins généralistes de la Faculté de Nantes. Thèse : Med : université de Nantes, 2013 ; n° 083.

13. Collège National des Généralistes Enseignants. Ghasarossian C, Huez J-F, Lebeau J-P, Renard V, Valette T. Guide pratique de l'enseignant clinicien ambulatoire en médecine générale : Fonction de l'ECA en stage ambulatoire en soins primaires et en autonomie supervisée (SASPAS, niveau 2). Paris : Editions scientifiques L&C ; 2012.

14. Haspot B. Le SASPAS dix ans après sa création : le point de vue des maîtres de stage universitaires. Thèse : Med : université d'Angers, 2013.

15. Gallot E. Organisation du stage autonome en soins primaires ambulatoires supervisés(SASPAS) à Angers : Evaluation structurelle et pédagogique. Thèse : Med : université d'Angers, 2011.

- 16.** Bompas J. Participation à la gestion administrative, financière, humaine et structurelle de l'entreprise médicale lors du SASPAS : évaluation qualitative sur un semestre à Angers. Thèse Med : université d'Angers 2010.
- 17.** Collège National des Généralistes Enseignants. Ghasarossian C, Huez J-F, Lebeau J-P, Renard V, Valette T. Guide pratique de l'enseignant clinicien ambulatoire en médecine générale : Fonction de l'ECA en stage ambulatoire en soins primaires et en autonomie supervisée (SASPAS, niveau 2). Paris : Editions scientifiques L&C ; 2012.
- 18.** CNGE Formation. S4 La supervision indirecte en maîtrise de stage
- 19.** CNGE Formation. S5 SASPAS : supervision du futur médecin généraliste en stage ambulatoire.
- 20.** Piquereau T. Motivations des internes en DES de médecine générale à réaliser ou non un SASPAS. Thèse :Med :université d'Angers, 2016.
- 21.** Duroux G, Thillier L, Durieux W. Evaluation d'un SASPAS, étude réalisée en Aquitaine en 2004. La revue du praticien médecine générale 2005 ; 702/703 : 979-980.
- 22.** Mari C, Bail P, Le Reste J-Y. Premier SASPAS, Enquête nationale sur la perception des internes à propos de la supervision mise en place. La revue du praticien Médecine Générale 2006 ; 722/723 :252-256.
- 23.** Le Mauff P, Jacquet J-P, Gilberg S. Evaluation de la mise en place du SASPAS dans les UFR. Exercer 2005 ; 72 :31-34.
- 24.** Le Mauff P, Bail P, Gargot F, Garnier F, Guyot H, Honnorat C, Huez J-F. Evaluation des compétences des internes de médecine générale. Revue Exercer ; 73 :63-68.
- 25.** Renard V, Attali C. Maître de stage : une formation spécifique. La revue du praticien Médecine Générale 2003 ; 613/614 : 705-706.
- 26.** Poncot C. Sixième semestre : bilan et perspectives. La revue du praticien Médecine Générale 2006 ; 724/725 : 327-328.

- 27.** Druais P-L. L'enseignement du DES de Médecine Générale. Maîtrise de stage en médecine générale, un nouveau métier, de nouvelles fonctions. La revue du praticien Médecine Générale 2003 ; 632 : 1151-1152.
- 28.** Hermil J-L, Becret F, Olombel P, Sansjore M. SASPAS en Haute Normandie. Premières évaluations. La revue du praticien Médecine Générale 2004 ; 648-649 : 513-514.
- 29.** Attali C, Bail P, Magnier A-M, Beis J-N, Ghasarossian C, Gomes J, Chevllier P, Iainé X, Le Mauff P, Zerbib Y, Gay B. Compétences pour le DES de médecine générale. La revue du praticien Médecine Générale 2006 ; 730/731 : 525-526.
- 30.** Attali C, Bail P, Magnier A-M, Beis J-N, Ghasarossian C, Gomes J, Chevallier P, Iainé X, Le Mauff P, Zerbib, Y, Gay B. Certifier la compétence des internes à exercer la médecine générale. La revue du praticien médecine générale 2005 ; 708/709 : 1237-1238.
- 31.** Vital Durand D. Apprendre la médecine, enseigner l'art d'être médecin. La revue du praticien 2001 ; 51 : 2051-2052.
- 32.** Attali C, Ghasarossian C, Huez J-F, Lebeau J-P, Renard V, Valette T. Guide pratique du MSU ECA. Volume 2. Etre MSU ECA pour les internes en SASPAS. Paris : Editions scientifiques L&C, 2012.
- 33.** CNGE. Charte des Maîtres de Stage des Universités. Février 2012. Disponible sur URL : http://www.cnge.fr/le_cnge/textes_de_reference_du_cnge/la_charte_des_maitres_de_stage_universitaires_msu/
- 34.** Van Weel C, Fabb W, Huas D. La WONCA: l'organisation mondiale des généralistes. La revue du praticien Médecine générale 2001 ; 555 : 2049-2051.

TABLE DES MATIERES

LISTE DES ABREVIATIONS	VII
INTRODUCTION.....	1
MÉTHODES	5
RÉSULTATS.....	9
DISCUSSION ET CONCLUSION	19
BIBLIOGRAPHIE	24
TABLE DES MATIERES.....	28
ANNEXES.....	I
RESUME	

ANNEXES

Annexe 1

GRILLE D’EVALUATION DES MSU PAR LES INTERNES

DES de Médecine Générale

ÉVALUATION DES SITES DE STAGE SASPAS PAR LES INTERNES

Document à remplir pour **chacun** de vos maîtres de stage
 (Il ne sera fait aucun retour individuel aux maîtres de stage)

Date de début du stage :

Nom et prénom du stagiaire :

Nom et prénom du maître de stage :

Chaque intitulé correspond à une compétence pédagogique dont nous vous demandons d'évaluer le degré de mise en œuvre.

AU COURS DU STAGE, LE MAÎTRE DE STAGE	Non, pas du tout	Plutôt non	Plutôt oui	Oui, tout à fait
1- A pris en compte mon projet et mes choix professionnels				
2- A précisé clairement, lors de l'accueil, la façon dont allait se dérouler le stage				
3- Son cabinet m'a paru adapté à l'activité d'un SASPAS				
4- Couvre dans son activité un grand nombre de champs de la M.G.				
5- Applique aux malades vus des connaissances validées et actualisées				
6- A été clair dans ses explications sur ses raisonnements et ses décisions				
7- a su me créer ma file active personnelle de patients				
8- était joignable en cas de problème ou un autre MDS du SASPAS				
9- a réalisé une supervision directe à ma demande				
10- a réalisé une supervision indirecte de manière régulière				
11- a utilisé comme support de la supervision le dossier médical				
12- a utilisé comme support de la supervision mes notes				

avril 2014

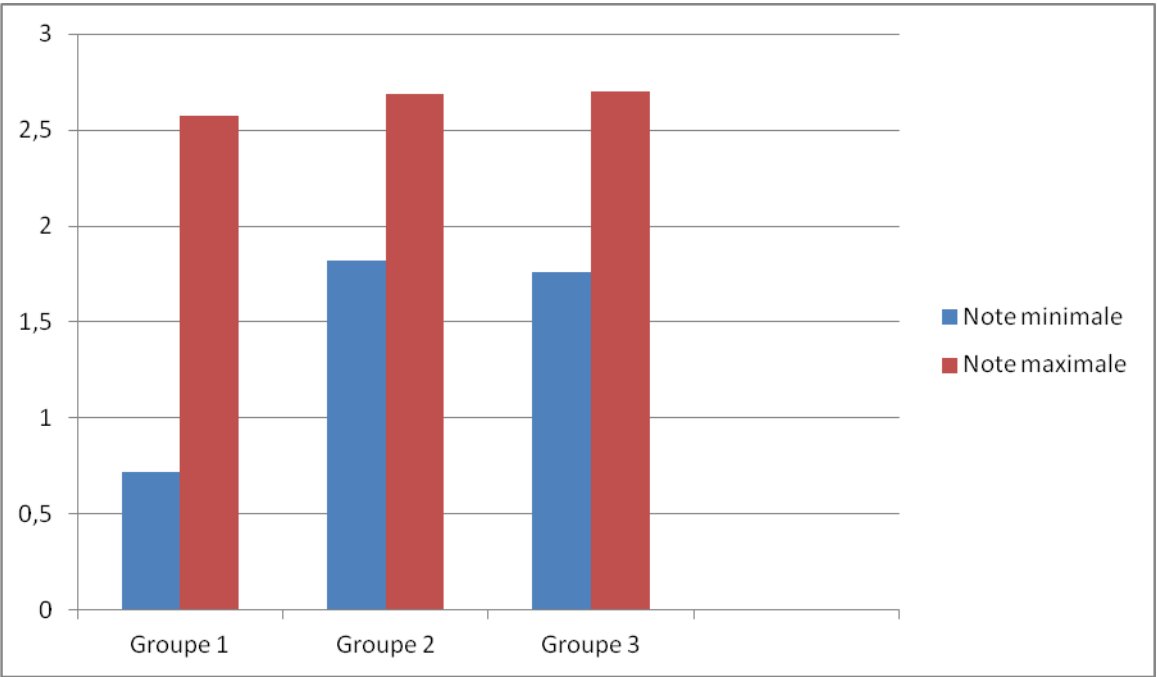
<p> AU COURS DU STAGE, LE MAÎTRE DE STAGE </p>	<p> Non, pas du tout </p>	<p> Plutôt non </p>	<p> Plutôt oui </p>	<p> Oui, tout à fait </p>
<p> 13- a réalisé une supervision systématique à tous les cas </p>				
<p> 14- a réalisé une supervision de manière aléatoire </p>				
<p> 15- a réalisé une supervision déterminée par mes choix </p>				
<p> 16- a établi une relation de qualité avec moi basée sur l'écoute, le dialogue, et la patience </p>				
<p> 17- m'a aidé(e) à identifier et à résoudre d'éventuelles difficultés d'ordre relationnelles avec les patients </p>				
<p> 18- Accompagne et motive pour la recherche des connaissances et de bibliographies, l'écriture clinique, la réalisation du mémoire ou de la thèse. </p>				
<p> 19- oriente de façon adaptée la prise en charge des patients </p>				
<p> 20- A utilisé des outils pédagogiques pour mesurer ma progression : Objectifs, Plan de progression, Entretiens au sein du SUMGA, le port folio... </p>				
<p> 21- A analysé ma démarche clinique à partir des éléments clés des consultations </p>				
<p> 22- m'a permis d'approfondir la notion de praticien réflexif en m'incitant à l'analyse de ma pratique </p>				
<p> 23- A identifié mes acquis et mes besoins de formation </p>				
<p> 24- m'a initié(e) à la gestion du cabinet </p>				
<p> 25- m'a conforté(e) dans mon projet d'exercice ambulatoire </p>				

Merci de noter au verso de ces feuilles vos commentaires libres sur ce stage et en particulier expliciter les items cotés *non, pas du tout* et *plutôt non*
(Et d'éventuelles propositions d'amélioration de la grille).

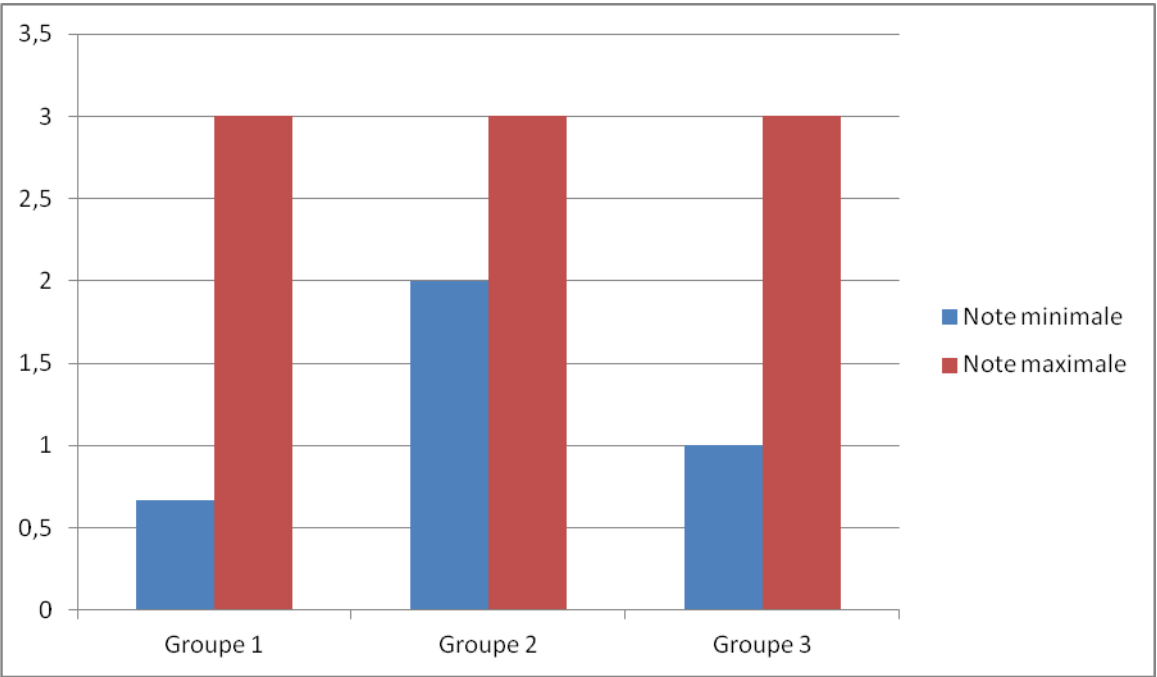
Annexe 2

Comparatifs des notations moyennes

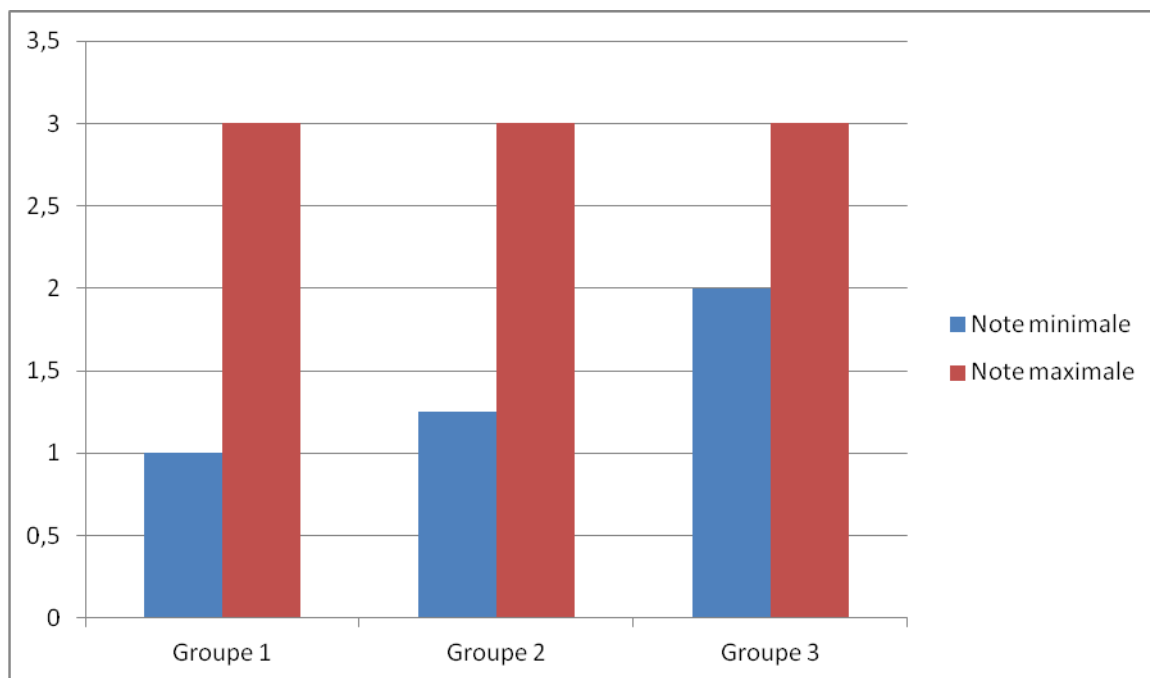
1. Note globale



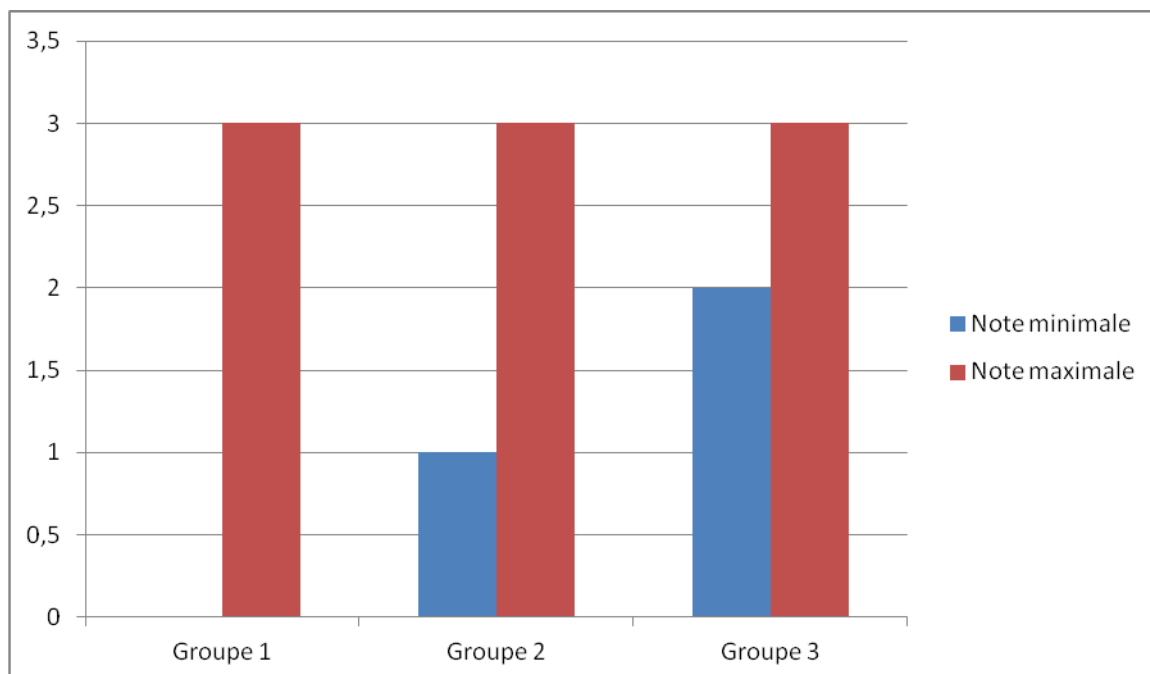
2. Respect du projet et choix professionnel de l'interne



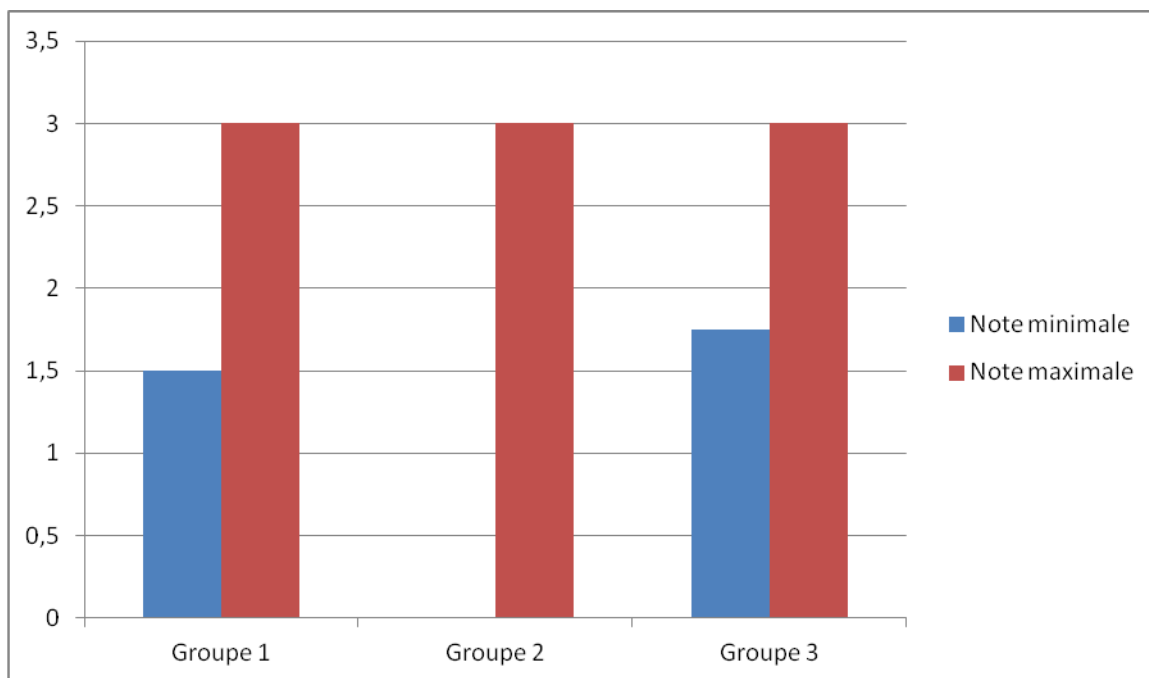
3. Accueil et organisation du stage



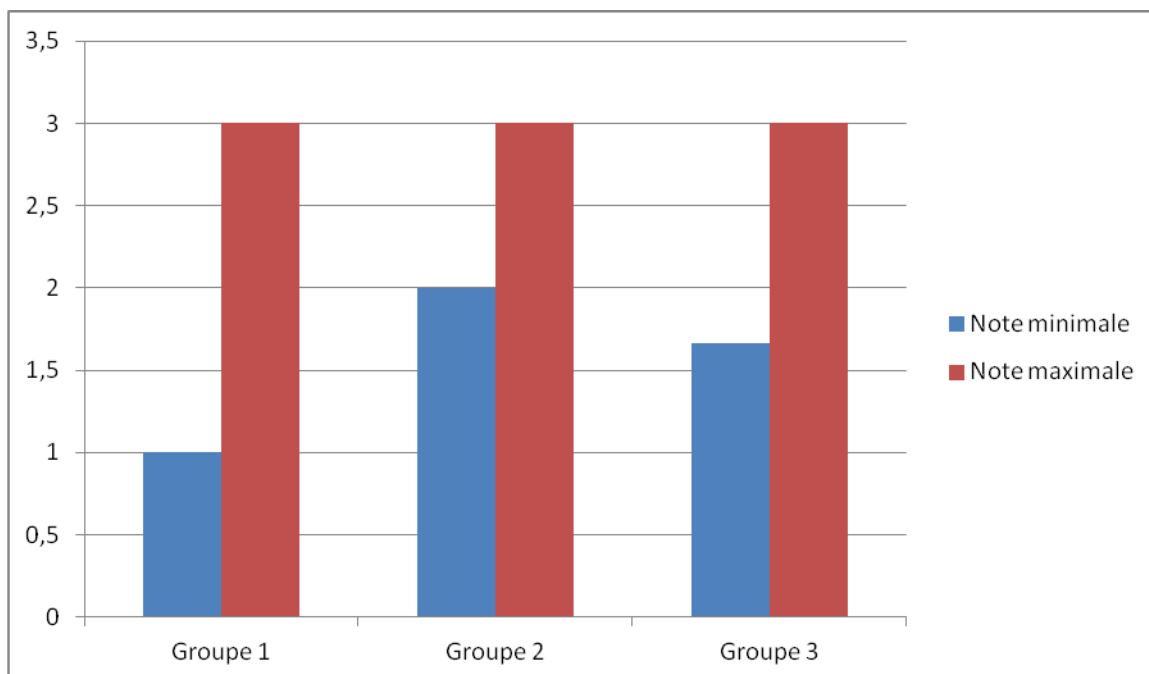
4. Cabinet adapté au SASPAS



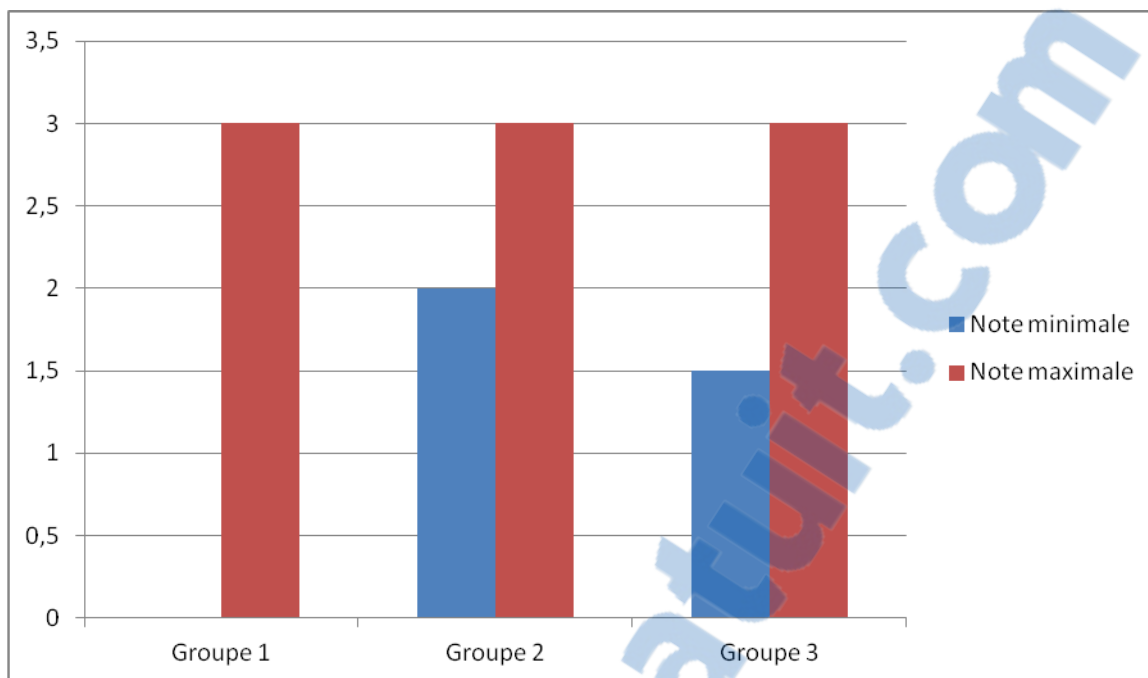
5. Activité médicale diversifiée



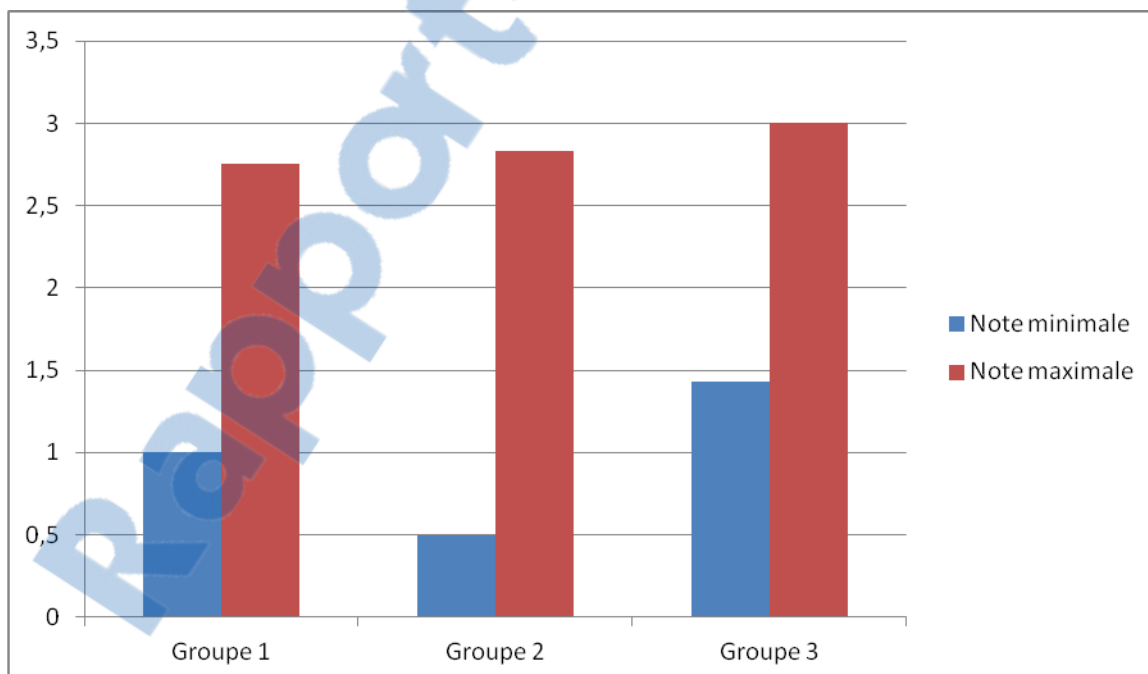
6. Connaissances validées et actualisées



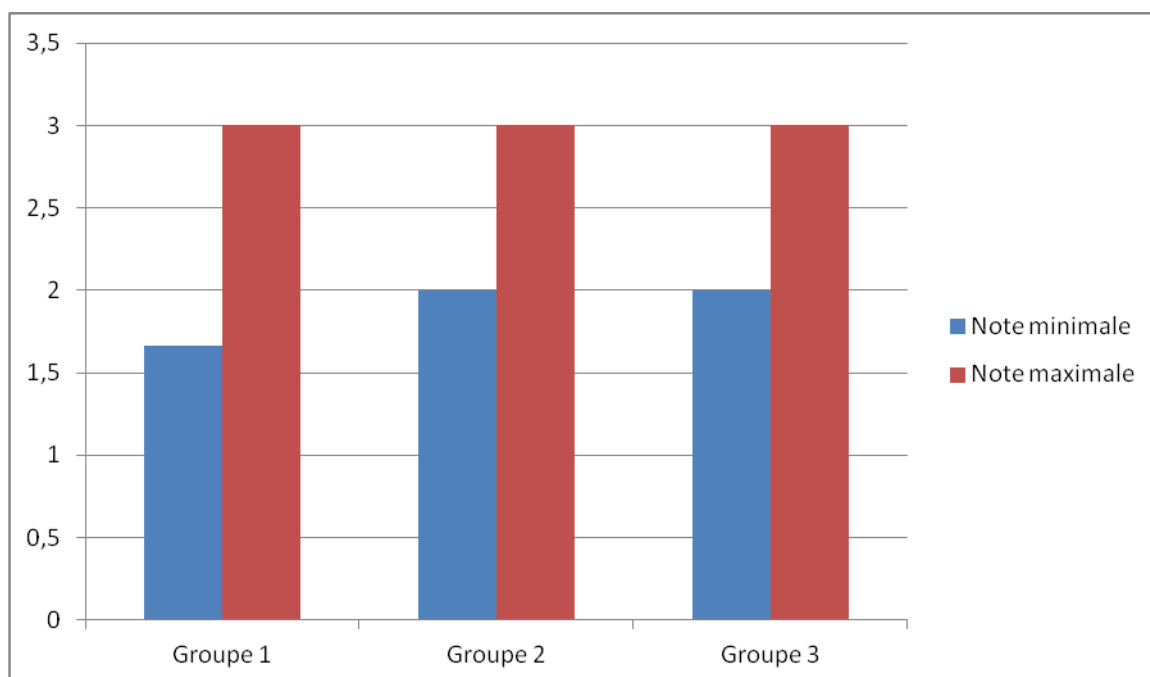
7. Explications claires sur les prises en charge



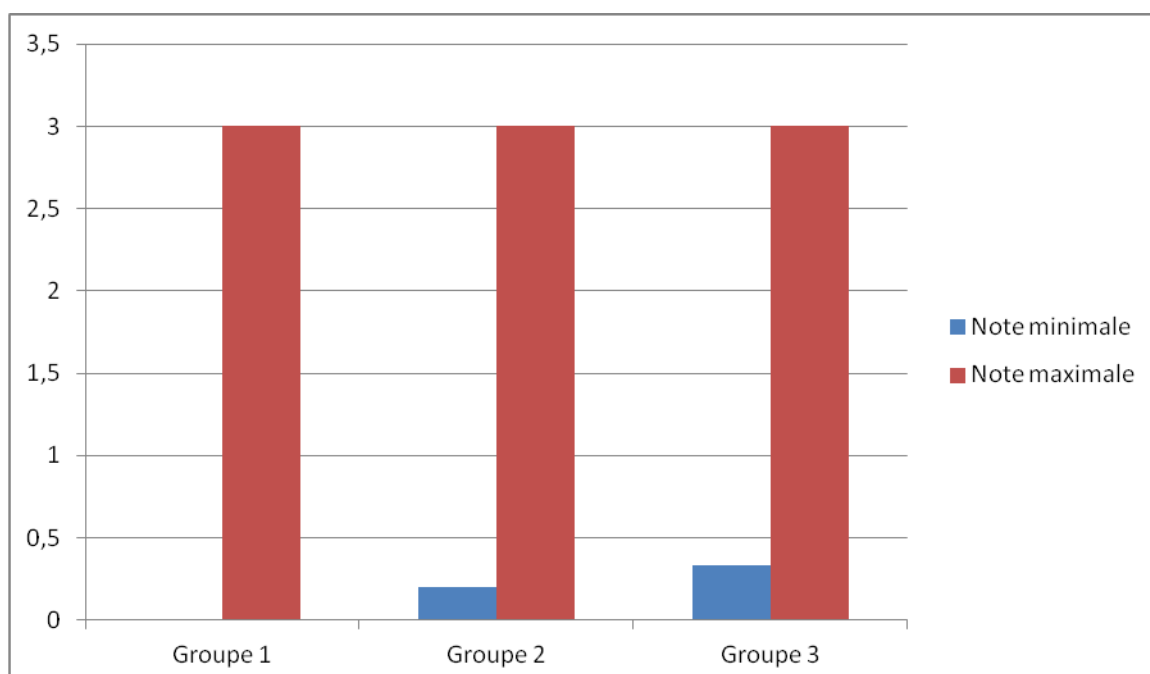
8. Création d'une file active de patients pour l'interne



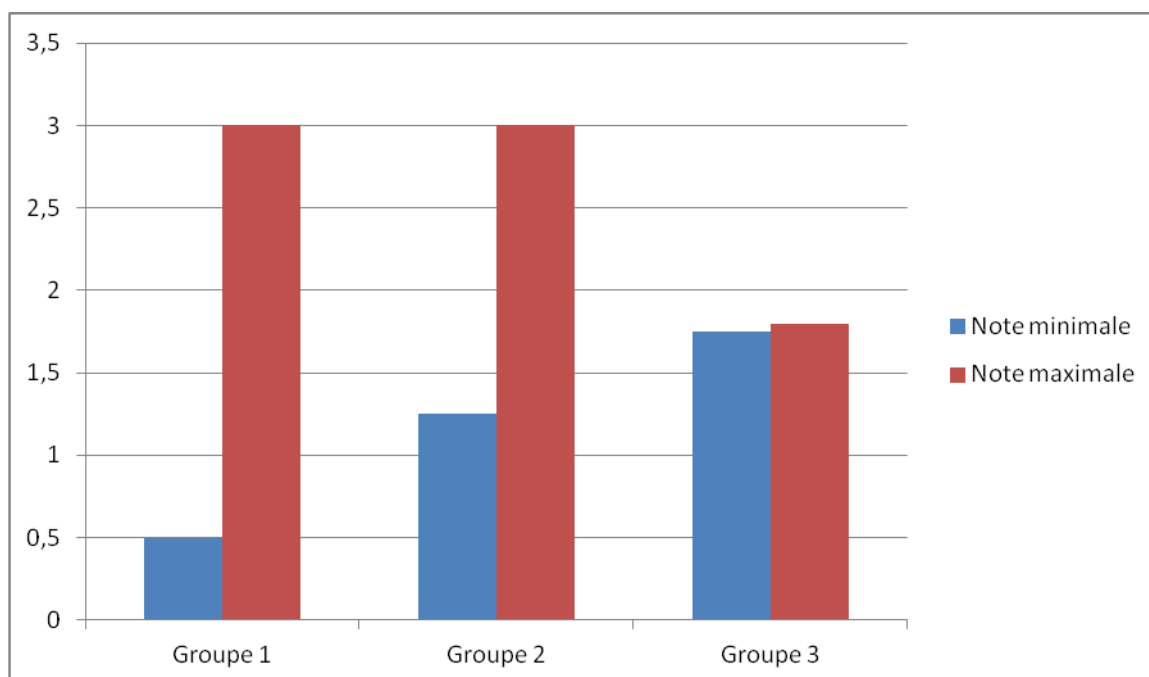
9. Joignable en cas de problème



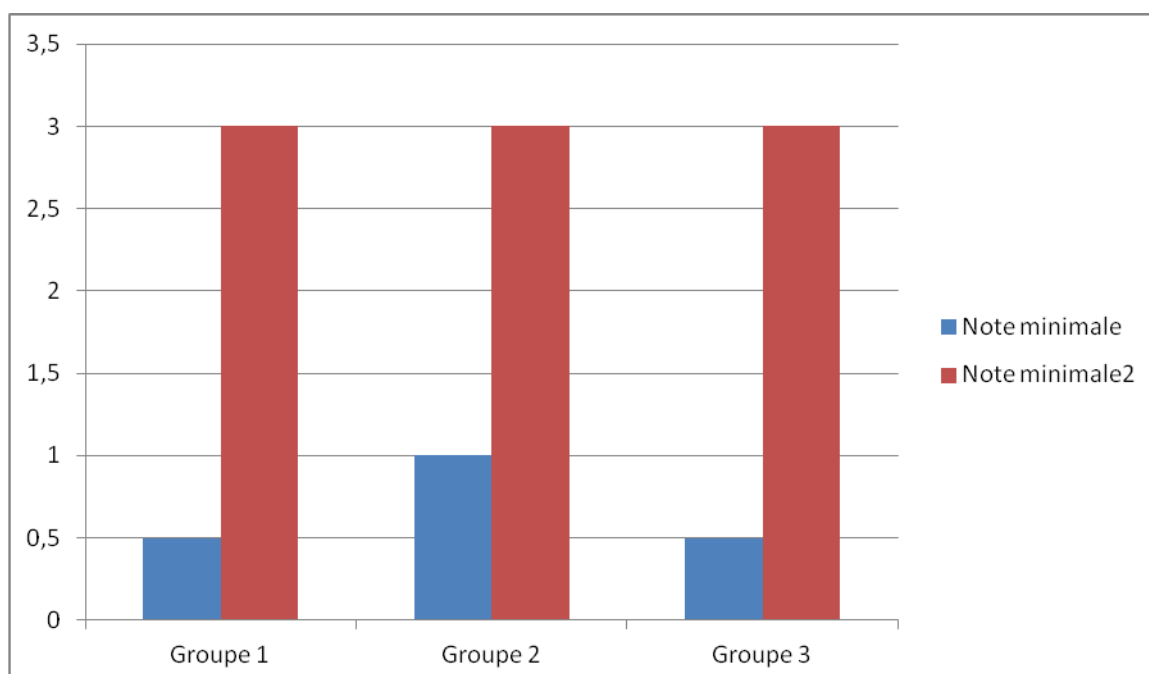
10. Supervision directe à la demande de l'interne



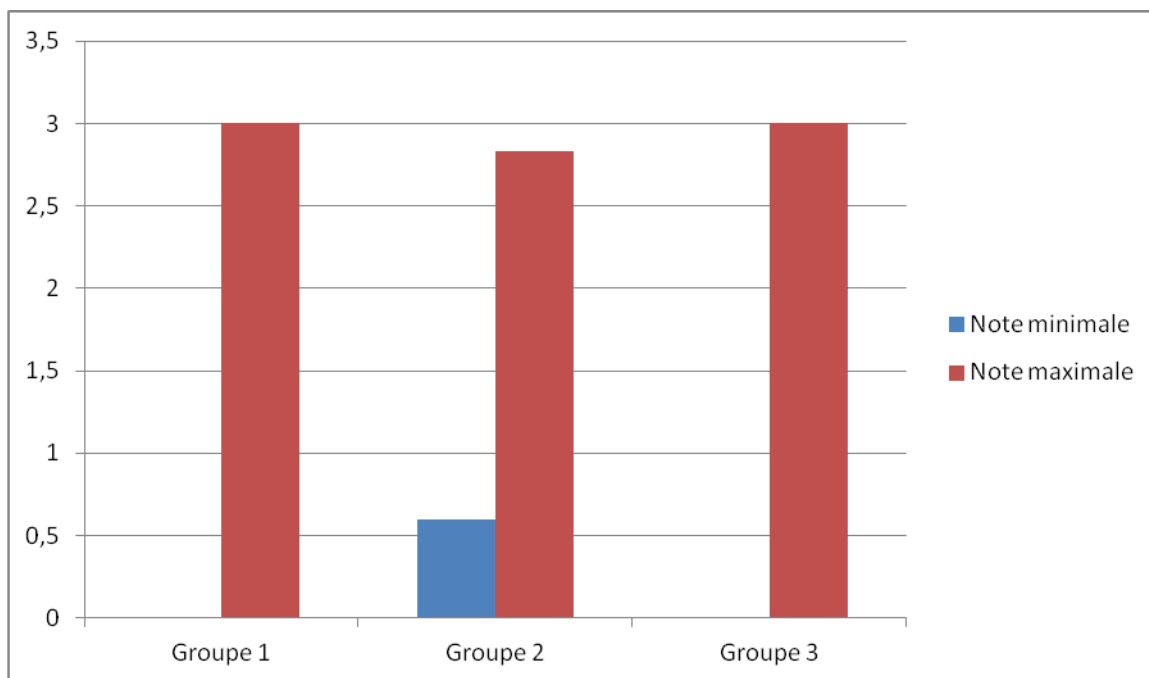
11. Supervision indirecte régulière



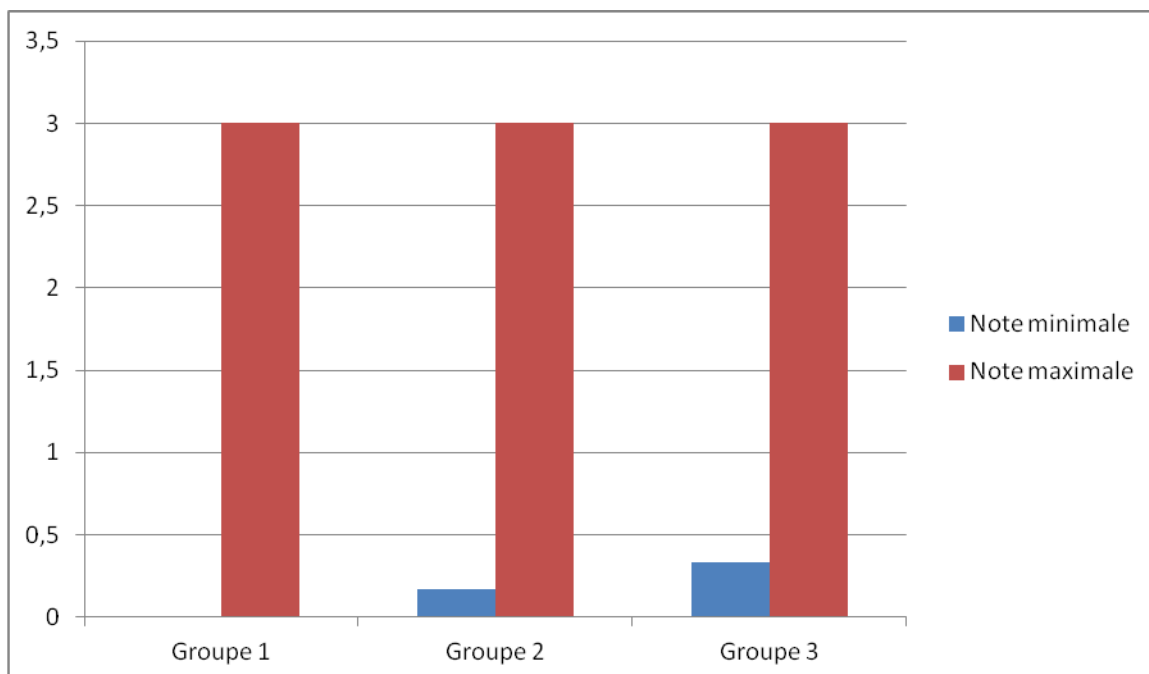
12. Supervision indirecte avec support du dossier médical



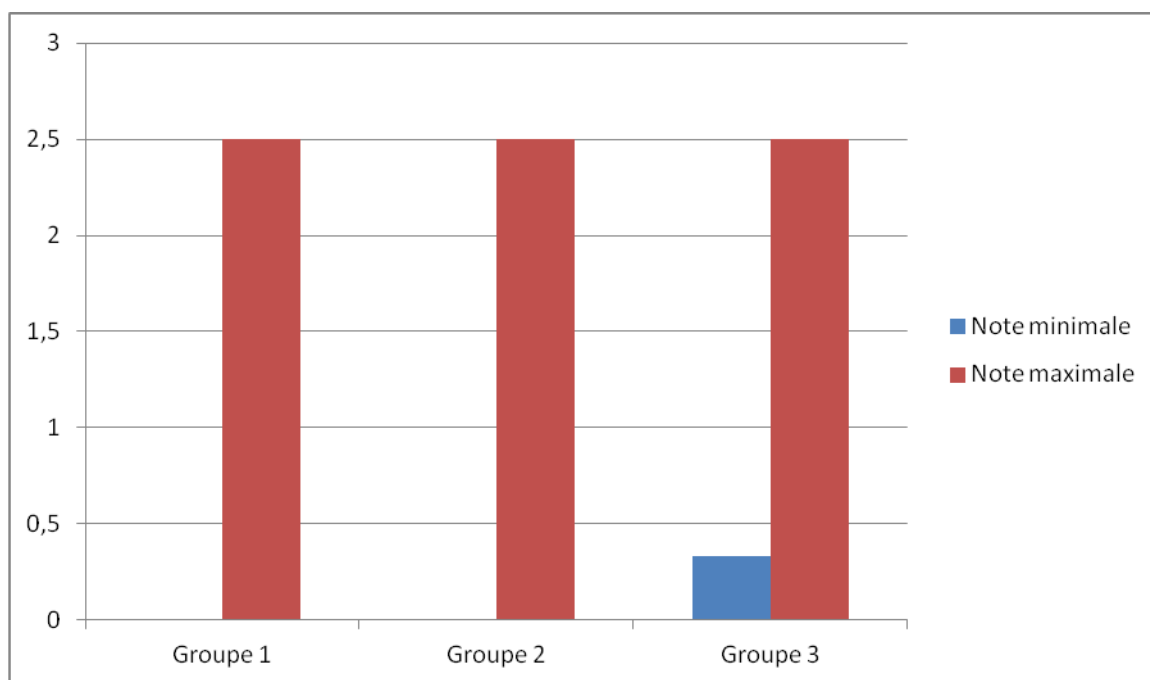
13. Supervision avec les notes de l'interne



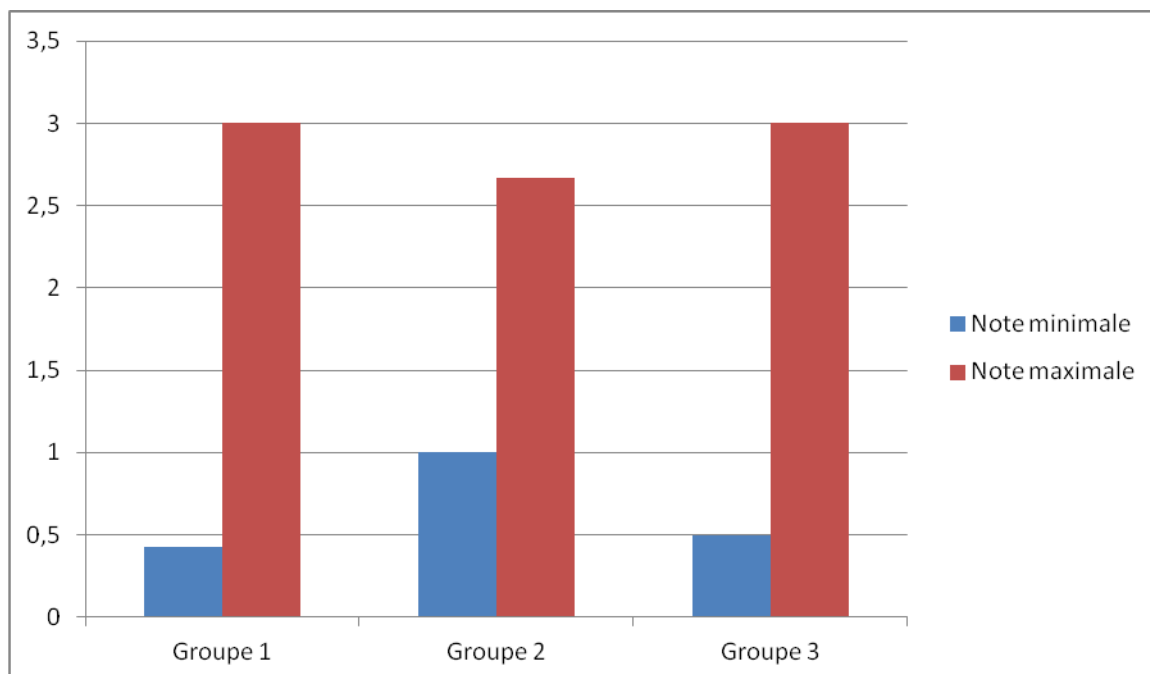
14. Supervision systématique de tous les patients



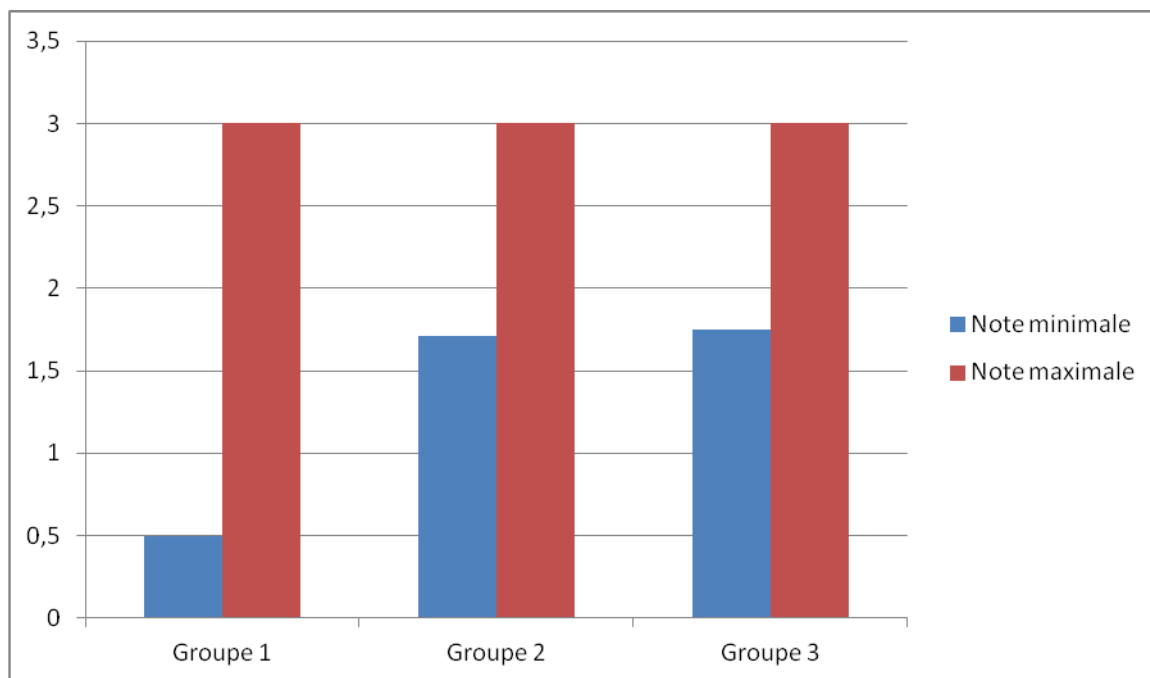
15. Supervision de manière aléatoire



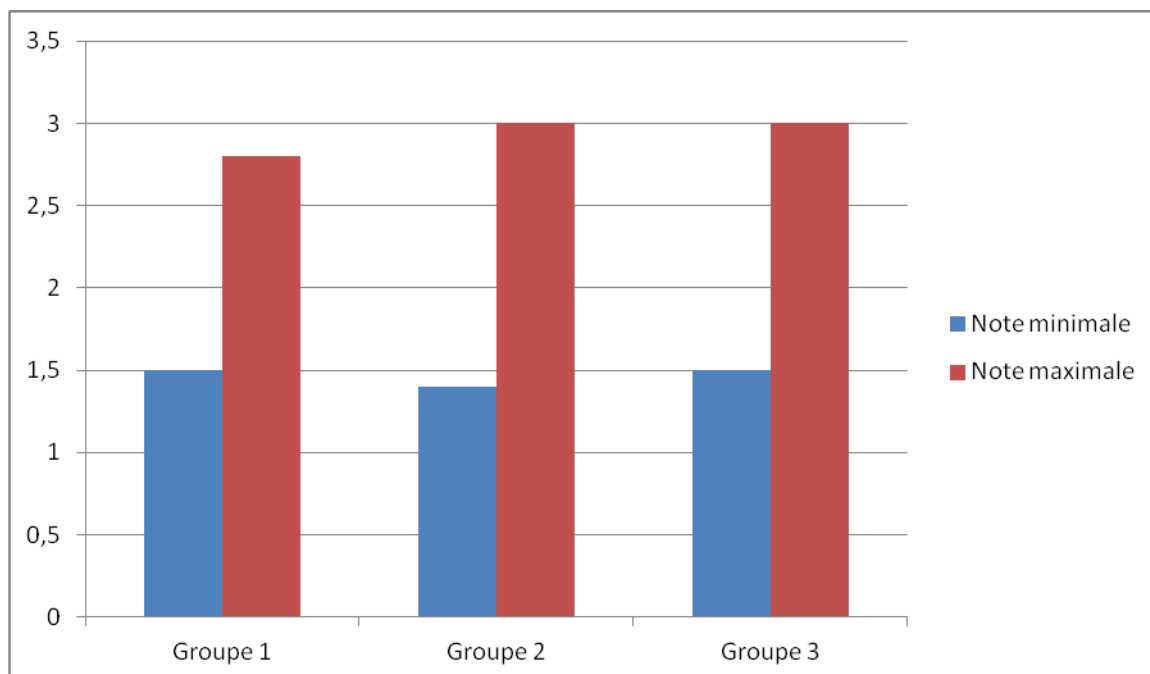
16. Supervision déterminée par l'interne



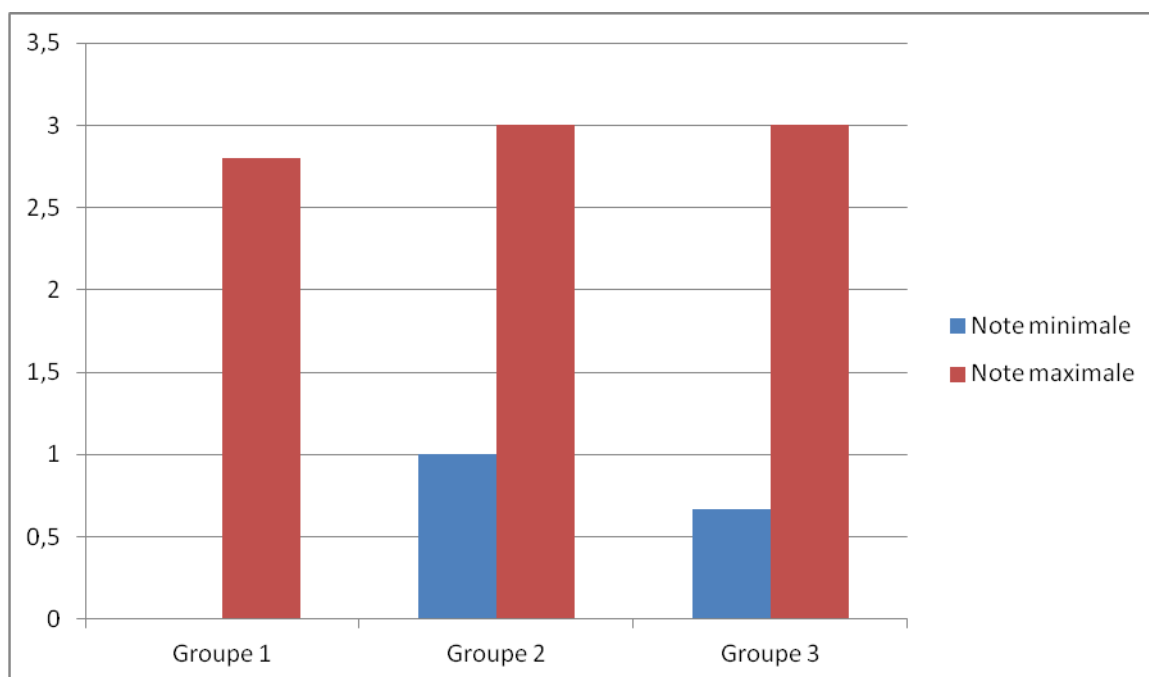
17. Relation de qualité : écoute, dialogue et patience



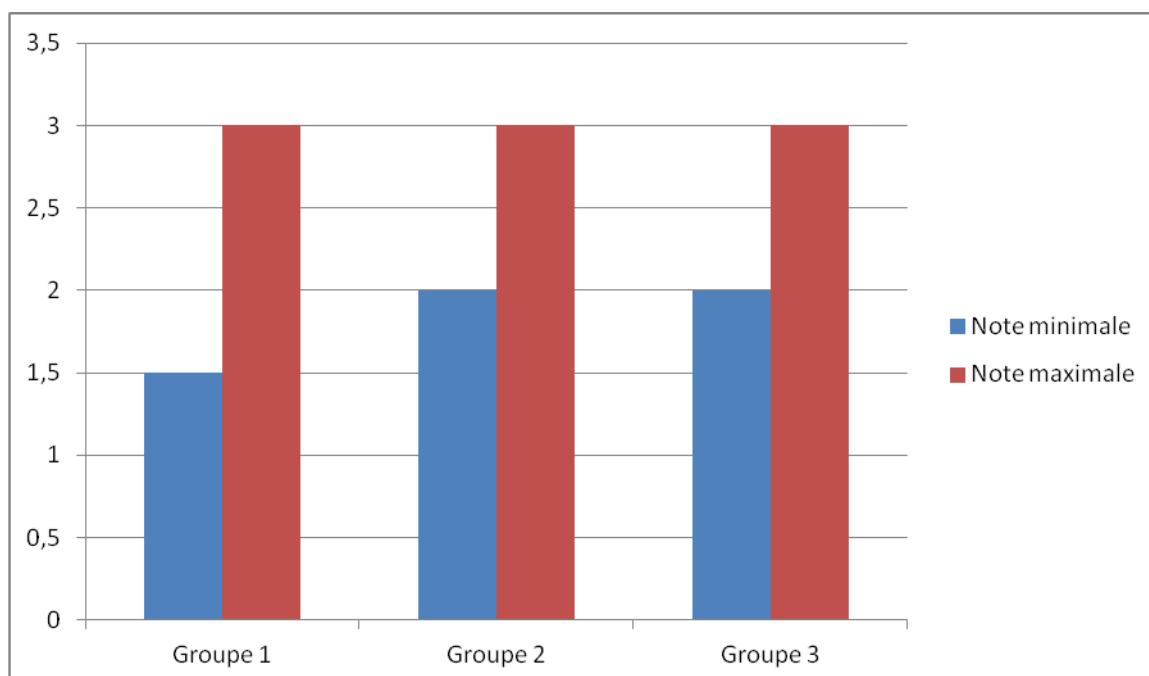
18. Guide dans les difficultés relationnelles avec les patients



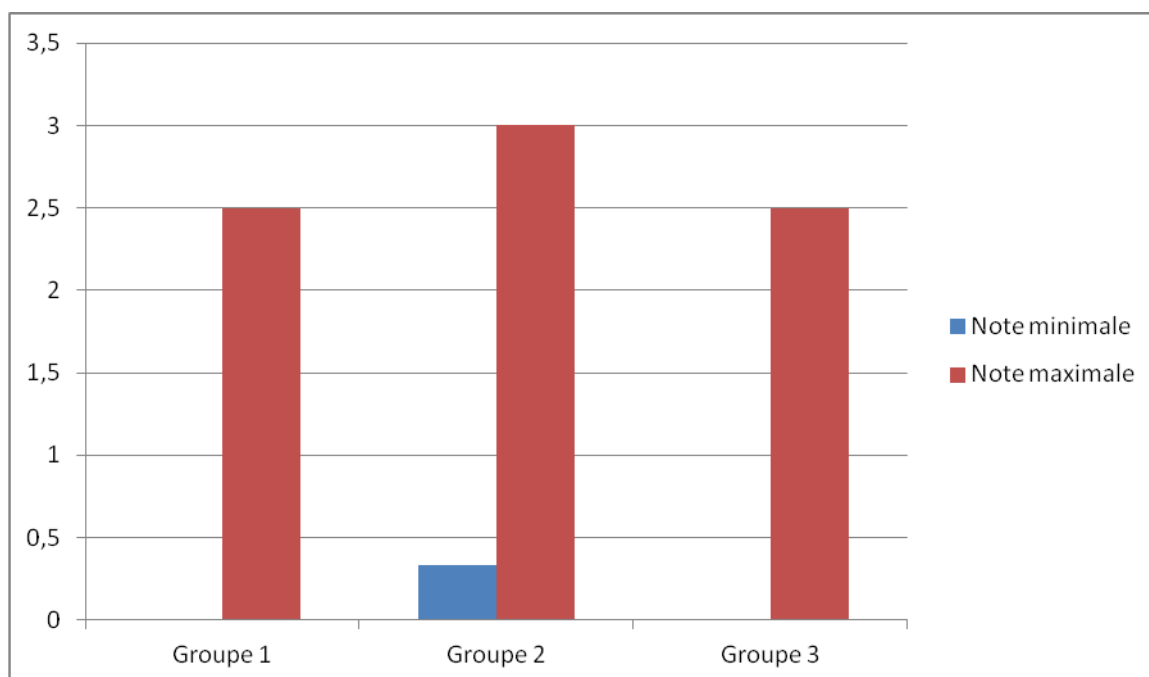
19. Encourage la recherche clinique et la mise à jour des connaissances



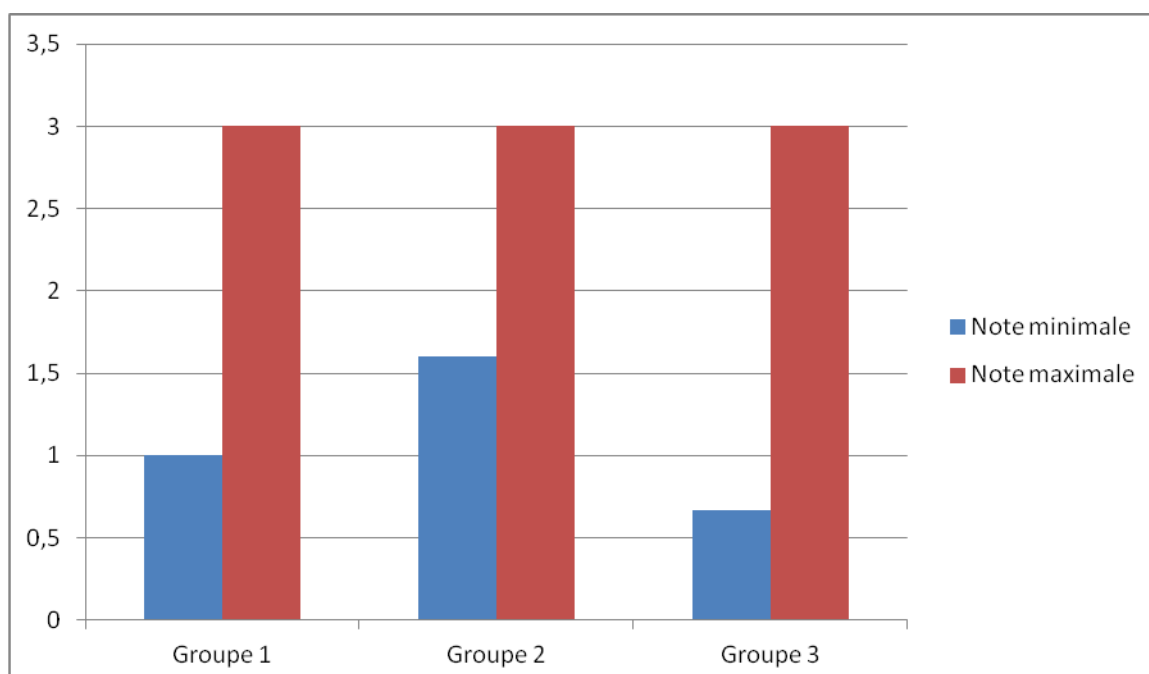
20. Prise en charge des patients adaptée aux connaissances



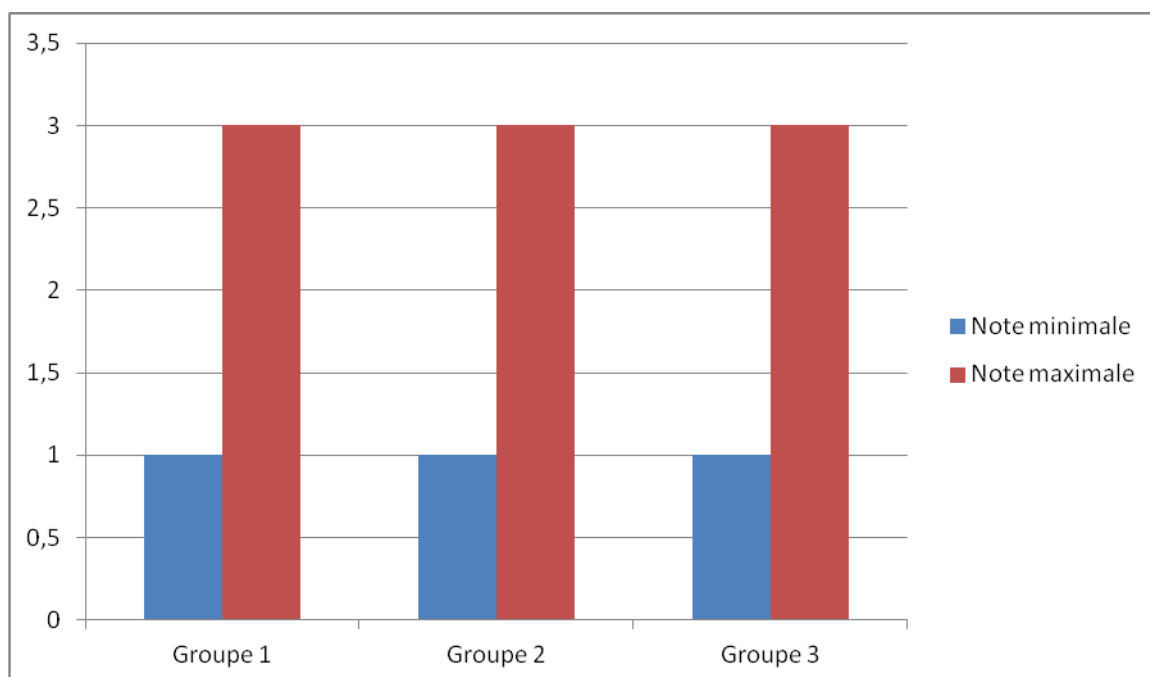
21. Utilisation d'outils pédagogiques



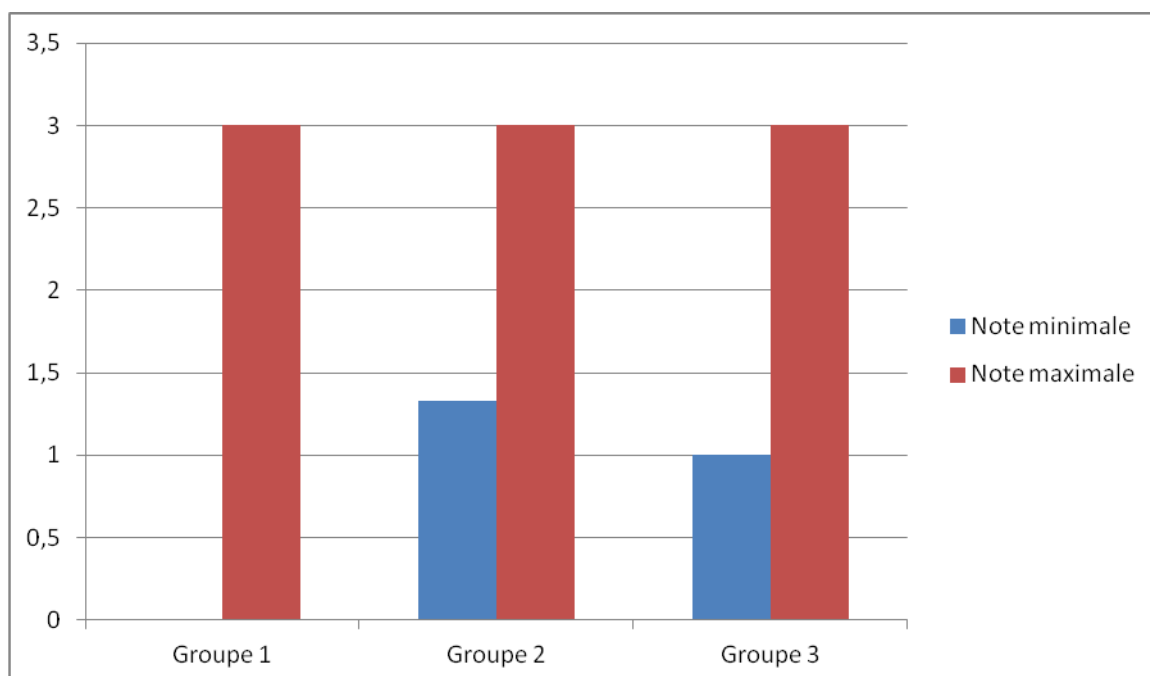
22. Analyse de la démarche clinique de l'interne



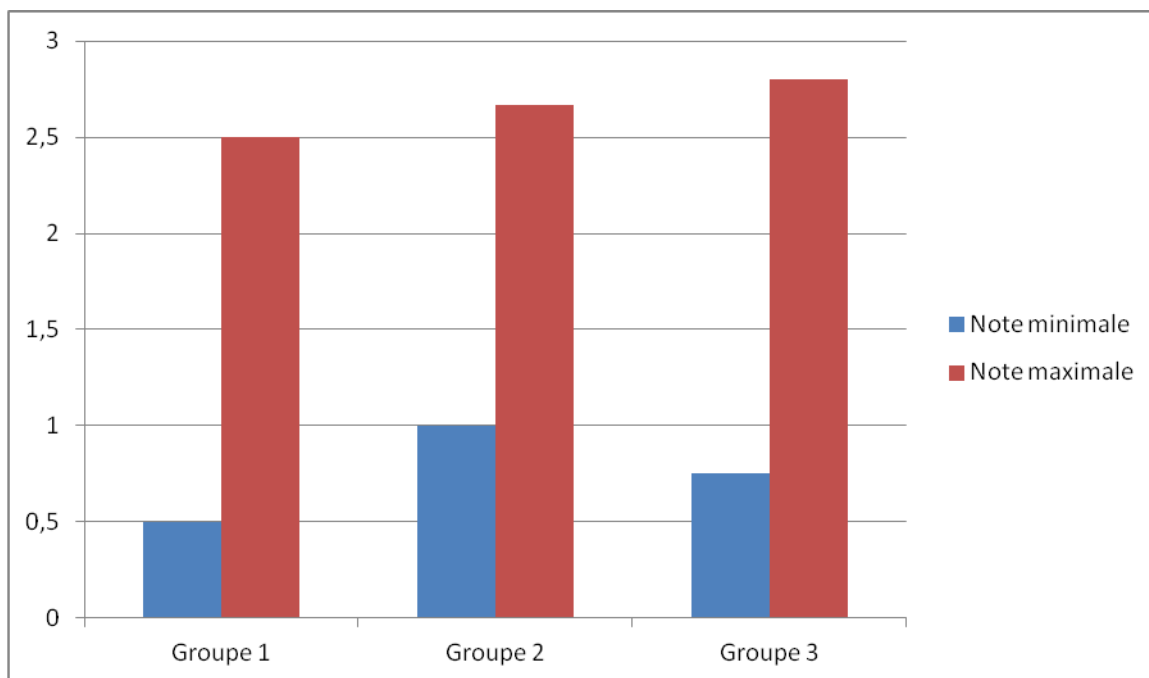
23. Incite à la réflexion et à l'analyse des pratiques



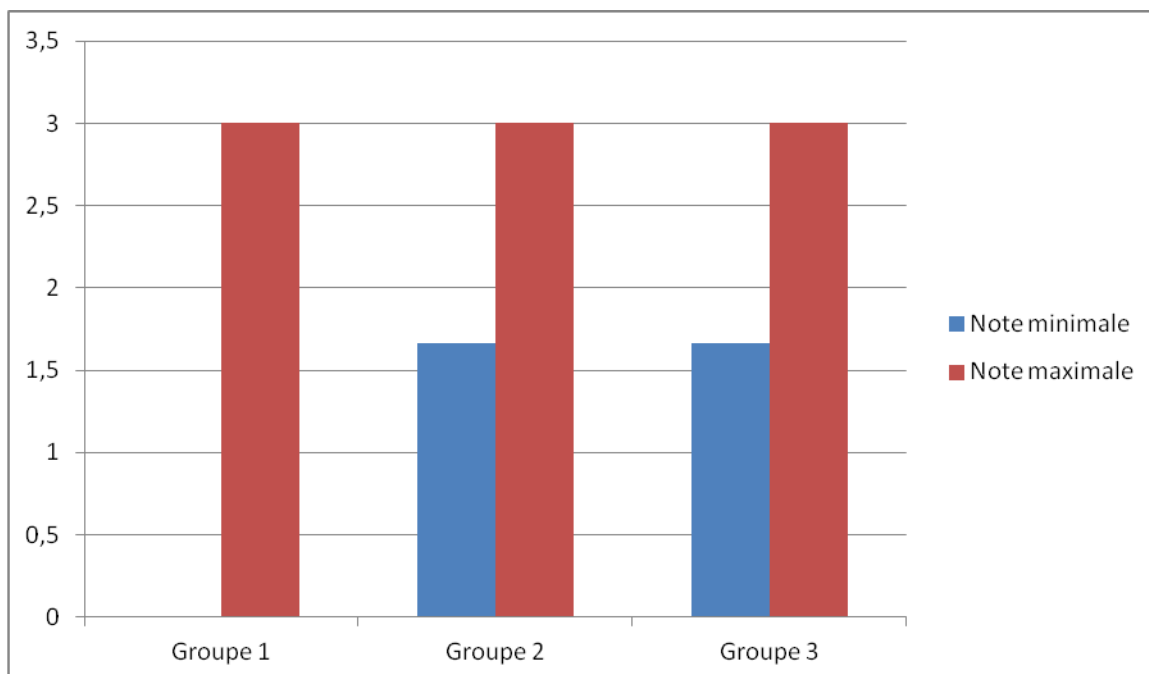
24. Identification des acquis et besoins de formation de l'interne



25. Initiation à la gestion du cabinet



26. Conforte les projets d'exercice ambulatoire de l'interne



Influence de la formation pédagogique continue des Maîtres de stage SASPAS

Sur la qualité de l'encadrement des internes pour la période de Novembre 2011 à Mai 2015

RÉSUMÉ

Le SASPAS (Stage Autonome en Soins Primaires Ambulatoires Supervisés) a été mis en place officiellement par la circulaire n°192 du 26 avril 2004. A l'heure où se discute un allongement de l'internat en Médecine Générale avec une augmentation du nombre de stage chez le médecin généraliste et le projet de création d'une année complémentaire de « séniorisation », le recrutement de nouveaux maîtres de stage et leur formation devient une priorité. Si l'on souhaite que la formation des internes soit de qualité, la formation pédagogique des maîtres de stage et leur évaluation deviennent primordiales.

L'accès au SASPAS pour la totalité des internes en Médecine Générale est une des priorités du DMG d'Angers. 70% des internes font au moins une année de stage ambulatoire ce qui est au-dessus de la moyenne nationale (30 à 50%). Tous les MSU (Maîtres de Stage Universitaire) d'Angers ne suivent pas une formation pédagogique régulière car certains ont été parmi les premiers à mettre en place le SASPAS avant la parution de la circulaire nationale. Le but de cette étude est de déterminer si la disparité dans la formation pédagogique des MSU a une répercussion sur la qualité de l'encadrement des internes.

Pour répondre à cette question, nous avons réalisé une étude quantitative rétrospective à partir des grilles d'évaluation de la qualité de l'encadrement pédagogique de chaque MSU remplies par les internes sur la période de novembre 2011 à mai 2015 et recoupé ces données avec la formation pédagogique régulière ou non des MSU.

Au total, 82 MSU ont été évalués sur la période étudiée. Ils se répartissaient en 3 groupes: « sans formation », « une formation », « formation régulière » sur la période étudiée.

Près de dix ans après la mise en place du SASPAS, pour ce qui est de la supervision indirecte, de la recherche clinique, de la réflexion et de l'analyse des pratiques, les MSU suivant une formation pédagogique régulière étaient globalement mieux évalués que ceux « sans formation » régulière. Cependant, la supervision aléatoire, l'utilisation des outils pédagogiques et l'initiation à la gestion du cabinet restent des points à améliorer tous groupes confondus.

Les pistes proposées sont de rendre obligatoire la formation pédagogique régulière des MSU, compléter l'étude actuelle par des focus group auprès des MSU pour connaître leurs difficultés dans la mise en application des outils pédagogiques enseignés et de mieux cibler auprès des internes leurs attentes afin d'améliorer un des seuls stages réellement professionnalisant en Soins Primaires.

Mots-clés :

SASPAS, Maîtres de stage Universitaire (MSU), encadrement et formation pédagogique, évaluation

Influence of the teacher education continues Internship supervisors SASPAS on the quality of the supervision of the medical interns for period from November 2011 till May,2015

ABSTRACT

The SASPAS (Autonomous Internship in Overseen Ambulatory Primary Care) was officially set up by the circular n°192 of April 26th, 2004. When is discussed an extension of the internship in General medicine with an increase of the number of internship at the general practitioner and the project of creation of a complementary year of " séniorisation ", the recruitment of new internship supervisors and their formation becomes a priority. If we wish that the training of the medical interns is of quality, the teacher training of the internship supervisors and their evaluation become essential.

The access to the SASPAS for all of the medical interns in General medicine is one of priorities of the DMG of Angers. 70 % of the medical interns make at least one year of ambulatory internship what is way above average national (30 in 50 %). All the MSU (Internship supervisors Academic) of Angers do not do a compulsory regular educational training course because some were among the first ones to set up the SASPAS before the publication of the national circular. The purpose of this study is to determine if the disparity in the teacher education of the MSU has a repercussion on the quality of the supervision of the medical interns.

To answer this question, we realized a retrospective quantitative study from the assessment grids of the quality of the educational support of every MSU filled by the medical interns over the period from November, 2011 till May, 2015 and recut these data with the regular teacher training or not MSU.

In total, 82 MSU was estimated over the studied period. They divided up into 3 groups: "without formation ", "a formation", "regular formation" over the studied period.

About ten years after the implementation of the SASPAS, as for the indirect supervision, for the clinical research, for the reflection and for the analysis of the practices, the MSU which do a regular educational training course were globally better estimated than those " without formation" regular.

However, the random supervision, the use of the educational tools and the initiation into the management of the office stay points to improve any groups confused.

The proposed tracks are to make compulsory the regular teacher education of the MSU, to complete the current study by focuses group with the MSU to know their difficulties in the application of the taught educational tools and to target better with the medical interns their expectations to improve one of the only internships really professionalizing in Primary Care.

Keywords :

SASPAS, Internship supervisor Academic (MSU), supervision and teacher education, evaluation