L'AUTO-EVALUATION DES COMPETENCES PROFESSIONNELLES CHEZ LES MEDECINS GENERALISTES : PERCEPTION DE L'INTERET PAR LES ASSISTANTS EN MEDECINE DE LA FEDERATION WALLONIE-BRUXELLES.

Travail de fin d'études

Présenté

Par

FOSSI TAMGNO Martin

En vue de l'obtention du grade de

Masterde spécialisation en médecine générale

Tuteur : Pr Anne-Laure LENOIR

Promoteur DUMG: Dr Philippe Denoël

Année académique 2018-2019

TABLE DES MATIÈRES

Remerciements 3
Résumé 5
Abstract 6
I- INTRODUCTION 7
I.1-Cadre théorique du sujet 8
I-1-a- Médecine générale 8
I-1-b- Compétences et approche par compétences 9
I-1-c- Auto-évaluation et autoévaluation des compétences 11
I.2- Motivations personnelles et intérêt du sujet pour la médecine générale 13
I.3-Question de recherche 14
I.4- Objectifs 14
II. MATERIEL ET METHODES 15
II.1- Type d'étude 15
II.2- Population de l'étude 16
II.3- Méthode d'échantillonnage 16
II.4- Outil de collecte et paramètre étudiés 17
II.5- Organisation de la collecte 17
II.6- Analyse des données 18
II-7- Planification et organisation de l'étude 19
II.8- Aspects réglementaires 19
II.9- RGPD, sécurité et protection des données 19
III- RESULTATS 20
IV- DISCUSSION 34
V- FORCES ET FAIBLESSES (LIMITES ET BIAIS) DE CE TRAVAIL 40
VI- CONCLUSION 42
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES 43
ANNEXES 47
ANNEXE 1 : Guide d'entretien 47
ANNEXE 2 : Tableau résultats analyses descriptives 49
ANNEXE 3 : Tableau résultats et analyses groupes de discussion focalisée ULG-ULB-UCL 50

REMERCIEMENTS

Ce travail de fin d'études n'aurait pu être réalisé et connaître un aboutissement heureux sans la participation de plusieurs personnes que nous tenons à remercier.

Nos remerciements vont :

au professeur Anne-Laure Lenoir qui, par sa disponibilité, ses conseils et ses encouragements a été d'une aide inestimable dans la réalisation de ce mémoire.

au Docteur Philippe Denoël, mon promoteur, pour sa confiance et la validation de ce travail.

au Docteurs Christiane Duchesne et Frédéric Ketterer qui, toujours disponibles et patients, m'ont permis, par leurs conseils et avec leur aide méthodologique, de concevoir et de réaliser ce travail.

aux Docteurs Jean-François André et Marie-Eve Janssen, responsables de mon groupe de séminaire 1/15, qui m'ont encouragé et guidé dans l'élaboration et la réalisation de ce travail.

aux Docteurs Stéphane Thomsin (ULiège), Xaxier Froidcoeur (ULiège), Bruno Verstraete (UCL), Laure Debucquois(UCL), Reinelde Poelman (UCL) et Didier Piquard (ULB), pour leur autorisation et leur aide dans l'organisation et la tenue de réunions de plusieurs groupes de discussions focalisées au sein de leurs groupes de séminaires locorégionaux.

aux assistants en médecine générale de l'ULiège, de l'UCL et de l'ULB, qui ont accepté volontairement de participer à cette étude, pour leur accueil et leurs contributions à la réalisation de ce travail lors d'échanges très enrichissants.

à l'ensemble des enseignants du Département de médecine générale de l'Université de Liège, pour les connaissances et les aptitudes professionnelles qu'ils m'ont permis d'acquérir tout au long de mes années d'études.

aux membres du jury pour le temps qu'ils consacreront à la lecture de ce travail et pour l'intérêt qu'ils voudront bien porter à celui-ci.

à tous mes collègues de la Maison médicale Le Cadran, et spécialement au Docteur Harmonie Lody, qui, toujours disponibles et bienveillants, m'ont permis de réaliser ce travail dans les meilleures conditions.

à mon camarade et ami, le Docteur Benoit Pétré, du Département de santé publique de l'ULiège qui, par ses conseils et sa disponibilité, m'a été d'une aide inestimable.

Par ailleurs, mes plus vifs remerciements vont à mon épouse Ngum Meyuhnsi Njende et à mes enfants pour leur soutien indéfectible et leur amour, ainsi qu'à tous les membres de ma famille pour leurs encouragements tout au long de la réalisation de ce travail. A chacune et chacun d'entre vous je ne dirai jamais assez merci.

Liste des abréviations

AM : Arrêté ministériel

CCFFMG : Centre de Coordination Francophone pour la Formation en Médecine Générale

DE : Directive européenne

DUMG : Département Universitaire de Médecine Générale

FG : Focus group

GDF : Groupe de discussion focalisé

SLR : Séminaire locorégional

SPMA : Séminaire de Pratique Médicale Accompagnée

RGPD : Règlement général sur la protection des données

UCL : Université Catholique de Louvain

ULB : Université Libre de Bruxelles

ULG : Université de Liège

ULiège : Université de Liège

WONCA : World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians. WONCA's short name is World Organization of Family Doctors.

WONCA EUROPE : Société Européenne de Médecine Générale - Médecine de famille

RÉSUMÉ

Introduction : Depuis plusieurs années on assiste à une transformation de l'approche pédagogique utilisée lors de la formation des étudiants en médecine de base et également durant les années de spécialisation que ceux-ci suivent. En Belgique, on est ainsi passé progressivement d'une approche par objectifs à une approche par compétences. Ce processus nécessite une réelle implication de l'étudiant ou de l'assistant et, dans cette métamorphose pédagogique, un paradigme particulier, celui de l'auto-évaluation des compétences, occupe une place de plus en plus importante. De nombreuses études et articles consacrés à la pédagogie médicale ont exploré ce paradigme. Force est toutefois de constater que très peu l'on abordé du point de vue de l'apprenant, alors que celui-ci doit être au cœur de cette formation.

Objectif : Explorer la perception qu'ont les assistants en médecine générale de la Fédération Wallonie-Bruxelles de l'auto-évaluation des compétences

La méthode : Notre étude est de type transversale, qualitative et exploratoire, via la mise en place et la réunion de groupes de discussion focalisée (GDF). Elle a été menée auprès de 62 assistants en médecine générale de l'Université de Liège (ULiège), de l'Université Catholique de Louvain (UCL) et de l'Université Libre de Bruxelles (ULB). Cinq GDF, chacun réuni pendant une durée de 45 à 60 minutes, ont été installés, tous étant conduits par le même investigateur. Les résultats de ceux-ci ont été transcrits dans leur intégralité et transposés dans un tableau d'analyse. Les analyses ont été effectuées selon la méthode « d'immersion-cristallisation » par deux analystes, d'abord séparément et ensuite ensemble par le croisement de leurs grilles de codages.

Les résultats : La perception qu'ont les participants de l'auto-évaluation est plurielle. Pour ces derniers, l'auto-évaluation des compétences est en effet pratiquée dans des circonstances variées et pour des raisons diverses. Ils ont ainsi mentionné un apport personnel en termes d'identification des besoins et d'augmentation de la confiance en soi afin d'améliorer leur pratique médicale, ce qui pourrait impacter positivement le patient. Dans leur majorité, les participants ont déploré le fait que l'apprentissage de l'auto-évaluation soit pratiquement absent dans leur cursus académique. Pour eux il existe une complémentarité entre les évaluations externes et l'auto-évaluation. Ils souhaitent alors disposer d'outils d'auto-évaluation flexibles et personnalisables, basés sur un référentiel de compétences clair. Et pour eux les départements universitaires de médecine générale ont un rôle important à jouer dans le processus de l'auto-évaluation.

Conclusion : Notre étude montre que les assistants en médecine générale portent un intérêt positif à l'auto-évaluation des compétences. Mais sans l'appui des autorités académiques les attentes de ces assistants à l'égard de l'auto-évaluation et des besoins pour leur formation ne paraissent pas pouvoir être satisfaites.

Mots Clés : auto-évaluation, compétences, médicine générale, assistant, groupe de discussion focalisé.

ABSTRACT

Introduction: For several years, there has been a transformation in the pedagogical approach used in the training of students in medicine and also in the specialization course for family doctors. This change has pushed Belgium to move gradually from an objective-based approach to a competence - based approach. In this educational metamorphosis, a particular paradigm is taking an important place: that of the self-assessment of skills. Although several articles on medical pedagogy have explored this paradigm of self-assessment, very few of them have approached it from the point of view of the learner, who is the central element of the training.

Objective: To explore the perception of interns in family medicine of the self-assessment of competences in the Wallonia-Brussels Federation.

Methods: A cross-sectional, qualitative and exploratory study was carried out through focus groups (FG). The study involved 62 interns in family medicine from the University of Liège (ULiège), the Catholic University of Louvain (UCL) and the Free University of Brussels (ULB). Five FG were set up. Each of them lasted between forty five to sixty minutes. They were all moderated by the same investigator. The results were transcribed in their entirety and reported in an analytical table. The analysis was carried out following the immersion-crystallization method by two analysts, first separately and then together by crossing their coding grids.

Results: Participants' perceptions of self-assessment are quite varied. According to them, the self-assessment of competences is practiced in various circumstances and for various reasons. They mentioned a personal contribution in terms of identifying needs and increasing self-confidence in order to improve their practice. This could positively impact the patient. A majority of respondents regretted the fact that self-assessment is not explicitly taught as part of the academic curriculum. For They, there is a complementarity between external evaluations and self-assessment. They expressed their desire to have flexible and customizable self-assessment tools, based on predefined set of key referential competences. According to these interns, the university departments of general medicine have an important role to play in the process.

Conclusion: Our study shows that family medicine residents have a positive interest in self-assessment competences. The expectations of the interns with regard to self-assessment and the needs for training cannot be satisfied without the support of the academic authorities.

Key word:Self-assessment, competences, general practice, family medicine residents, focus group.

I- INTRODUCTION

Les études de médecine n'ont cessé d'évoluer et de se transformer au fil du temps. Comme le décrit très bien Nguyen DQ et al (2009), « d'une formation plus ou moins aléatoire basée principalement sur le compagnonnage, on est passé à la création de systèmes d'écoles de médecine affiliées à des hôpitaux ». Cette transformation profonde amorcée il y a plusieurs années reste toujours d'actualité. Elle est en outre influencée par l'évolution des connaissances et des découvertes scientifiques, par l'intégration de plus en plus marquée des différentes approches pédagogiques dans le cursus de formation des jeunes médecins, et par la prise en compte des exigences et attentes sociétales. Elle touche à la fois les formations de base en médecine (Bacheliers et Masters) et les spécialisations (Masters de spécialisations).

La pédagogie médicale en elle-même a beaucoup évolué ces dernières années, passant progressivement d'une approche par objectifs à une approche par compétences. Cette approche par compétences, en misant sur les principes à la fois d'intégration, de continuité, de réflexion et d'autonomie dans l'apprentissage, donne une place clé à l'apprenant (Laurin S. et al. 2013). Ce dernier devient alors le principal acteur de sa formation. Dans ce processus d'acquisition d'une certaine autonomie à la fois sur les plans personnel et professionnel, une bonne capacité d'auto-évaluation de ses compétences est indispensable.

Si plusieurs ouvrages et articles scientifiques abordent ce paradigme de l'auto-évaluation (Dory V. et al 2009), force est toutefois de constater que le nombre de ceux qui l'abordent du point de vue de l'étudiant ou de l'assistant en médecine est très limité, alors que ces derniers sont les premiers concernés. Or, cette approche pédagogique ne peut atteindre son objectif final si, en bout de course, l'assistant ou le résident ne s'approprie pas le concept d'auto-évaluation de ses compétences pendant sa formation et dans sa vie professionnelle future. Cette vie professionnelle exige en effet désormais de suivre des formations continues afin de ne pas stagner mais d'évoluer de manière dynamique avec l'avancée des connaissances médicales et de mettre à jour son expertise médicale dans l'intérêt du patient.

La médecine générale ou médecine de famille est une spécialité très vaste et complexe avec des caractéristiques et compétences variées. C'est au médecin généraliste qu'incombe la responsabilité d'assurer le développement et le maintien de ses compétences professionnelles, de son équilibre personnel et de ses valeurs pour garantir l'efficacité et la sécurité des soins aux patients (WONCA Europe, 2002). Pour y parvenir, il doit pouvoir identifier ses forces, ses faiblesses et ses besoins. En théorie, une bonne capacité d'auto-évaluation de ses compétences et la mise en œuvre effective de cette capacité ne peuvent dès lors que lui être très utiles.

Les assistants d'aujourd'hui sont les spécialistes de demain. C'est la raison pour laquelle nous nous sommes posé la question de savoir quelle perception ces derniers ont de l'auto-évaluation ? Quel intérêt portent-ils à cette approche, surtout en termes de compétences ?

Au fil de ce travail de fin d'étude, nous allons explorer la perception qu'ont les assistants en médecine générale de la Fédération Wallonie-Bruxelles (Université de Liège, Université Catholique de Louvain et Université Libre de Bruxelles) de l'auto-évaluation des compétences.

Dans un premier temps, nous aborderons le cadre théorique de notre sujet pour, ensuite, présenter nos résultats. Nous terminerons par une discussion et une conclusion.

I.1-Cadre théorique du sujet

I-1-a- Médecine générale

La Société européenne de médecine générale - médecine de famille (WONCA Europe) définit la médecine générale ou médecine de famille comme « une discipline scientifique et universitaire, avec son contenu spécifique de formation, de recherche de pratique clinique, et ses propres fondements scientifiques. C'est une spécialité clinique orientée vers les soins primaires. » (WONCA Europe, 2002).

Cette définition, qui a été l'une des toutes premières définitions consensuelles de la médecine générale, a conduit par ailleurs à identifier six compétences fondamentales mises en œuvre dans celle-ci, à savoir : la gestion des soins de santé primaire, les soins centrés sur la personne, l'aptitude spécifique à la résolution de problèmes, l'approche globale, l'orientation communautaire et l'adoption d'un modèle holistique. (Ibid. 2002).

En Belgique, la médecine générale existe depuis plusieurs décades, et c'est en 1968 que la Société Scientifique de Médecine générale (SSMG) a été créée. À cette époque, tout étudiant ayant terminé son cursus médical pouvait s'approprier le titre de médecin généraliste. Elle deviendra une spécialité à part entière consacrée dans un arrêté royal du 21/04/1983 fixant les modalités d'agrément des médecins spécialistes et des médecins généralistes. Des dispositifs en vue d'une structuration de la formation vont petit à petit se mettre en place. Ainsi, dans son article 2 alinéas 1a et 1b, la Directive 86/457/CEE du Conseil européen du 15 septembre 1986 relative à une formation spécifique en médecine générale stipulera que « la formation spécifique en médecine générale n'est accessible qu'après l'accomplissement et la validation d'au moins six années d'études dans le cadre du cycle de formation visé à l'article 1er de la Directive 75/363/CEE, qu'elle a une durée d'au moins deux ans à plein temps et s'effectue sous le contrôle des autorités ou organismes compétents ». Cette Directive européenne va entraîner une accélération de ce processus qui portera progressivement les études à neuf ans avec un tronc commun de six ans et trois ans de formations spécifiques (Shetgen M. 2006 ; Arrêtés ministériels du 3/05/1999 et du 1/03/2010 fixant les critères d'agrément des médecins généralistes).

En Fédération Wallonie-Bruxelles (FWB), le Master de spécialisation en Médecine générale est organisé au sein de trois Universités : l'Université de Liège (ULiège), l'Université Libre de Bruxelles (ULB) et l'Université Catholique de Louvain (UCL). La formation de base en médecine en Belgique est passée de sept à six années avec effet à la rentrée académique 2012 (Loi du 12/05/2011 réduisant la durée des études de médecine). La toute première promotion ayant achevée ce cycle de six années a reçu son diplôme en juin 2018.

En FWB, la médecine générale est la spécialité qui regroupe le plus d'assistants médecins. Près de 43 % des médecins formés en 2018 se sont orientés vers cette spécialité. Cette année**,** le gouvernement de la FWB a décidé de maintenir ce quota de 43% (Gouvernement de la FWB, 2019). Vu le nombre d'assistants, il est important de développer des stratégies et outils pédagogiques performants pour une formation de qualité et une autonomie complète en fin de spécialisation.

I-1-b- Compétences et approche par compétences

La notion de compétence est décrite par Beckers comme la capacité d'un sujet à mobiliser de manière intégrée les ressources internes que sont les savoirs, le savoir-faire et les attitudes, ainsi que les ressources externes pour faire face efficacement à une famille de tâches complexes pour lui (Beckers, 2002). Cette notion de complexité se retrouve aussi chez Tardif qui définit les compétences comme des savoirs-agir complexes qui prennent appui sur la mobilisation et la combinaison d'une variété de ressources internes et externes à l'intérieur d'une famille de situations (Tardif J, 2006). La plupart des auteurs sont d'accord sur trois principes concernant le concept de compétence. Premièrement, « la compétence est une intégration et une combinaison de divers types de ressources internes et externes pouvant être déployés en action ». Deuxièmement, « elle est étroitement associée à un ensemble spécifique de problèmes ou de situations » et, enfin, « la mobilisation de la compétence pour résoudre un problème ou exécuter une tâche dans une situation donnée est la preuve ultime de son existence » (Fernandez N et al, 2012).

Selon Patterson et al. (2013), l'étendue des compétences requises pour les généralistes a considérablement augmenté. Il a défini onze domaines de compétences pour les médecins généralistes parmi lesquels nous pouvons citer l'empathie, l'habileté en communication, l'expertise clinique, l'organisation et la gestion des ressources, l'intégrité professionnelle, la pensée conceptuelle et la gestion de situations stressantes (Patterson et al. 2013).

En 1978, dans un cahier de santé de l'OMS, Mc Gaghie recommandait déjà que les curricula axés sur le développement des compétences soient privilégiés dans l'enseignement de la médecine (Mc Gaghie W. et al 1978). Depuis les années 1980 cette notion de compétence n'a cessé de se propager dans différents systèmes professionnels, éducatifs et autres.

Dans le domaine de la pédagogie médicale, l'approche par compétences s'est développée à la fois en continuité et en rupture avec l'approche par objectifs qui prévalait depuis les années 1960 (Nguyen DQ et al. 2009). D'après Laurin S et al (2013), l'approche par compétences « prévoit la définition du niveau de compétence visé à la fin du programme, la planification d'activités de formation pour acquérir progressivement chacune des compétences, de la première année universitaire jusqu'à la fin de la résidence, et la mise en place de stratégies d'évaluation pour suivre la progression en contexte réel ». Cette approche mise en outre sur les principes déjà abordés par d'autres auteurs comme les principes

d'intégration, de continuité, de réflexion et d'autonomie dans l'apprentissage (Laurin S et al, 2013 ; Nguyen DQ et al.2009). De nos jours, de nombreuses Facultés de médecine prétendent avoir des curricula « axés sur les compétences », mais la structure de leurs programmes peut être radicalement différente de celles recommandées (Fernandez N et al, 2012).

Plusieurs pays suivent cette approche par compétences dans la formation des étudiants en médecine et en spécialisation en médecine générale ou médecine de famille. C'est par exemple le cas de la France et du Canada. En France, depuis plusieurs années, sous l'impulsion du Collège national des généralistes enseignants (CNGE) les Facultés de médecine françaises ont développé des référentiels de compétences en s'inspirant de la liste des compétences proposée par Attali C et al (2005) et Compagnon L et al. (2013). Ces référentiels de compétences ont été élaborés et implémentés dans plusieurs Universités françaises en vue de s'assurer des acquis de chaque étudiant et permettre à ce dernier de s'auto-évaluer. Au Canada, le Collège des médecins de familles du Canada (CMFC) a élaboré un référentiel de compétences en s'inspirant du Cadre de compétences CanMEDS développé par le Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada. C'est ainsi que le CanMEDS-MF a été créé. En 2017, la version CanMEDS-MF 2017 a vu le jour avec pour objectif de s'intégrer à tout le continuum de formation propre à la discipline de la médecine de famille (Shaw E et al 2017). Les Facultés de médecine et les départements universitaires de médecine générale se sont inspirés de ce référentiel et des référentiels précédents pour élaborer leurs outils d'évaluation de compétences et d'auto-évaluation.

I-1-c- Auto-évaluation et autoévaluation des compétences

Aborder le thème de l'auto-évaluation reste quelque chose d'assez complexe. En parcourant la littérature, nous nous rendons compte que ce mot apparemment simple à définir est dans les faits assez difficile à appréhender. Ward et al (2002) définit l'auto-évaluation comme la capacité à évaluer ses propres forces et faiblesses avec précision. Dans cette même optique, certains auteurs la présentent comme un mécanisme permettant à la fois d'identifier ses propres forces mais aussi ses faiblesses (Eva et al.2005). L'apprenant ou l'étudiant se trouve dès lors au centre de ce processus d'apprentissage, ce qui est actuellement en accord avec le paradigme dominant dans l'éducation, le modèle constructiviste, qui considère que ce sont les apprentis ou les étudiants qui construisent leurs propres connaissances (Langendyk V,

2006). Force est donc de constater que l'auto-évaluation reste un phénomène complexe, à multiples facettes et à usages multiples, qui implique un certain nombre de processus cognitifs en interaction (Eva et al.2005).

L'une des présentations les plus synthétiques de ce concept d'auto-évaluation est celle de Dory V et al (2009) qui propose des types d'auto-évaluation allant de l'approche la plus globale à l'approche la plus spécifique. Ainsi, l'auto-évaluation peut être présentée premièrement comme l'évaluation globale de soi en termes d'estime et de concept (*jugement qu'un individu porte sur ce qu'il est*), deuxièmement comme l'évaluation de ses propres compétences *(jugement porté sur ses propres compétences et qui peut avoir lieu a posteriori ou a priori*), troisièmement comme l'évaluation de soi en action (considérée comme le *cœur de la pratique réflexive*) et, enfin, l'auto-évaluation en tant que régulation métacognitive (*processus de vérification et processus de contrôle effectués par le sujet sur ses propres processus mentaux en temps réel*) (Dory V et al. 2009). Tous ces concepts ont une place dans l'auto-évaluation des compétences en médecine générale, mais très probablement avec des niveaux d'influences différents. D'après Wang MC et al (1990), cité par plusieurs auteurs (Noel B et al, 1995; Leclercq D et al, 2004), parmi les variables cognitives et affectives, c'est la métacognition qui semble influencer le plus l'apprentissage.

Leclercq D et Poumay M (2004) définissent la métacognition comme les « jugements, analyses et/ou régulations observables effectués par l'apprenant sur ses propres performances (processus ou produits d'apprentissages), ceci dans des situations de PRE, PER ou POST performance. ». A noter que, la métacognition ne s'intéresse pas uniquement aux mécanismes conscients mais aussi inconscients (Noël M et al. 1995 ; Leclercq D et al.2004). Dans ce paradigme cognitiviste, l'apprenant ou l'étudiant joue un rôle clé. D'après Noël B et al. (1995), « le parallélisme entre l'engouement pour ce concept de métacognition et l'intérêt accordé aux pratiques d'auto-évaluation est le fait que celles-ci mettent en avant le rôle actif de l'apprenant dans le processus d'évaluation » et certainement d'acquisition de compétences. Pour Siegesmund A (2017) l'utilisation de l'auto-évaluation pour augmenter la métacognition des étudiants a un impact positif sur l'apprentissage et l'autorégulation de ces derniers.

Plusieurs études ont montré que la concordance entre les auto-évaluations des individus et les évaluations externes des mêmes individus est assez faible (Gordon MJ 1991 ; Davis DA et al 2006). Dans le domaine spécifique de la médecine, plusieurs études sont arrivées à la conclusion que la capacité d'auto-évaluation est faible chez les étudiants en médecine et les résidents (Langendyk V, 2006 ; Eva K, 2011). Ces derniers éprouvent des difficultés à s'auto-évaluer (Gordon MJ, 1991). L'apprentissage de l'auto-évaluation semble dès lors être nécessaire tout au long du parcours académique des futurs médecins. Mais cette auto-évaluation seule sans rétroaction pourrait être insuffisante. D'aucuns suggèrent qu'« il faudrait abandonner l'idée d'une auto-évaluation totalement autonome, aptitude trop souvent postulée sans être vérifiée, au profit d'une auto-évaluation combinée à une rétroaction explicite tout au long de la carrière » (Dory V et al, 2009).

Au départ de ce constat, plusieurs recommandations ont été suggérées en vue d'améliorer la qualité, la performance et l'efficience de l'auto-évaluation. Parmi ces recommandations, nous pouvons citer de manière succincte la réflexivité, les sources externes de rétroaction sur la pratique, l'évaluation multi-source ou à 360 degrés, ou encore les feed-back vidéos (Lockyer J 2003 ; Eva K et al 2011 ; Grevellec C. et al 2014 ; Dory V 2014).

I.2- Motivations personnelles et intérêt du sujet pour la médecine générale

Le début de mon assistanat en médecine générale fut à la fois une source de joie et un facteur de stress. Je me suis posé plusieurs questions **:** quels étaient mes objectifs pour cette première année académique? Comment gérer le stress et le doute ? Qu'est-ce qu'être un médecin généraliste compétent ? Que faut-il faire pour acquérir des compétences spécifiques à la médecine générale ?, etc. En discutant avec des camarades, soit lors des séminaires 1/15 ou à l'occasion d'autres rencontres, j'avais l'impression que nous nous posions quasiment tous plusieurs questions. Face au challenge qui était le notre, je me suis posé les questions suivantes : Comment faire pour rendre l'assistant en médecine générale plus efficient et plus autonome ? Comment savoir si on est efficient dans sa pratique quotidienne ? Est-ce via le maître de stage, les feedbacks des patients ou notre propre auto-évaluation ?

En analysant notre parcours académique en médecine à l'ULiège et au sein de la FWB, nous avons la nette impression que les politiques d'évaluation des compétences se sont surtout

focalisées sur les évaluations externes (enseignant, maître de stage…). Maintenant que l'on n'a pratiquement plus ces évaluations externes (en master de spécialisation), comment faire pour s'évaluer et avancer sereinement dans sa profession ? Comment choisir telle formation continue et pas une autre ? Ceci nous a conduit vers une hypothèse toute simple : une bonne capacité d'auto-évaluation pourrait permettre d'améliorer l'efficience professionnelle des médecins généralistes et de leurs assistants. Mais encore faudrait-il au préalable qu'ils y trouvent un certain intérêt.

C'est dans cette optique qu'en discutant avec ma tutrice, nous avons décidé d'effectuer une étude sur l'auto-évaluation des compétences en médecine générale. Après avoir effectué une revue de la littérature sur ce sujet, nous avons décidé d'explorer la perception qu'en ont les assistants.

Les attentes sociétales et professionnelles à l'égard de la médecine de manière globale et de la médecine générale en particulier sont de plus en plus élevées. Nous sommes en outre dans une profession qui exige des mises à jour en permanence et qui embrasse plusieurs domaines. Les sources d'informations et de formations en vue de combler nos lacunes et nos attentes sont nombreuses, mais il est parfois difficile pour le médecin généraliste, déjà écrasé par la charge professionnelle, d'effectuer des choix judicieux en matière de formation continue. Quant au jeune interne, il doit faire face à des problématiques complexes qui sont parfois sources de stress et de découragement. Pour mieux avancer dans son apprentissage, il doit développer des capacités d'auto-évaluation et d'autorégulation de ses compétences.

Titulaire d'un Master en santé publique épidémiologie et économie de la santé, j'ai été habitué à aborder des études quantitatives. Ce travail de fin d'études est pour moi l'occasion de me confronter cette fois à une étude purement qualitative. C'est un challenge que j'ai voulu relever durant cette dernière année de spécialisation en médecine générale.

I.3-Question de recherche

Quelles perceptions les assistants en médecine générale des trois Universités de la Fédération Wallonie-Bruxelles (ULiège, UCL et ULB) ont-ils de l'auto-évaluation des compétences en médecine générale ?

I.4- Objectifs

Objectif principal :

* Explorer la perception qu'ont les assistants en médecine générale de l'auto-évaluation des compétences.

Objectifs secondaires :

* Explorer les connaissances, attitudes et pratique de l'auto-évaluation des compétences par les assistants en médecine générale.

* Identifier les pistes pour l'amélioration de la formation des assistants en médecine générale.

II. MATERIEL ET METHODES

II.1- Type d'étude

Notre étude est de type transversale, qualitative et exploratoire.

* Cette étude à visée qualitative implique un recueil d'informations et de données par groupe de discussion focalisée (GDF) ou « focus groupe » (FG) à l'aide d'un guide d'entretien ou questionnaire semi-structuré. Nous allons travailler avec les assistants présents dans un séminaire 1/15, ou SLR ou encore SPMA le jour de réunion du GDF. Chacun de ces groupes présente une certaine hétérogénéité sociodémographique, académique et professionnelle. Partant d'expériences de personnes et d'une revue des écrits, elle consistera en l'exploration de la perception qu'ont les assistants de l'auto-évaluation.

* Cette approche méthodologique, tout en étant appropriée pour ce type d'étude, nous permettra de rester pragmatique dans sa réalisation. Elle doit nous permettre de terminer notre étude dans le temps qui lui est imparti, tout en produisant des résultats scientifiquement acceptables.

* Pour préparer cette étude, nous avons suivi les guidelines de recherches qualitatives tels que publiés par Malterud K en 2001, intitulé « *Qualitative research : standards, challenges, and guidelines* », et par Tong A et al en 2007, intitulé « *Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups* ».

A partir de ces deux documents de référence nous avons pu concevoir et réaliser ce travail. Plusieurs critères de qualités ont été identifiés et utilisés afin d'assurer la validité de notre travail. C'est en parcourant ces guidelines que nous avons par exemple décidé d'effectuer une double analyse suivant la méthode « immersion-cristallisation », avec des grilles de codage complétées séparément et croisées entre elles par après.

II.2- Population de l'étude

Population source

Il s'agissait de l'ensemble des assistants en médecine générale de la Fédération Wallonie-Bruxelles, inscrits dans l'une des trois universités (Université de Liège, Université Catholique de Louvain et Université Libre de Bruxelles) au cours de l'année académique 2018-2019.

Population cible

Elle incluait tout assistant en médecine générale participant à un Séminaire loco-régional (SLR), à un Séminaire de pratique médicale accompagnée (SPMA) ou à un Séminaire 1/15 organisés par les Départements de médecine générale des Universités de la Fédération Wallonie-Bruxelles.

II.3- Méthode d'échantillonnage

Nous avons opté pour un échantillonnage aléatoire et sur base volontaire. Au départ de la liste des coordinateurs de séminaires SLR, SPMA et 1/15, nous avons pris l'initiative de contacter certains coordinateurs soit de manière directe par courriel, soit de manière indirecte via des assistants. Le coordinateur contacté devait se concerter avec les assistants avant de donner son accord. Aucun FG n'a été organisé sans l'accord des assistants. Notre objectif était de pouvoir avoir de un à deux groupes de 8-12 assistants par Université. A l'ULiège, nous avons contacté 2 coordinateurs de séminaires 1/15 et obtenu 2 réponses favorables. A l'UCL, nous avons contacté 5 coordinateurs de SLR et obtenu 2 réponses favorables. A l'ULB, nous avons contacté 3 coordinateurs de SPMA et obtenu 1 réponse favorable.

Au sein des SRL, des séminaires 1/15 et des SPMA, on retrouve une certaine diversité entre les étudiants en termes d'années de spécialisations, de pratique (solo, maison médicale, association mono disciplinaire et hospitalier) et de lieu de stage (urbain, rural, semi-rural).

II.4- Outil de collecte et paramètre étudiés

Préalablement à ces focus groupes, un guide d'entretien semi-structuré, présenté en annexe 1, a été élaboré de façon à explorer la perception que les assistants ont de l'auto-évaluation des compétences en médecine générale.

Ce guide a été conçu en concertation avec des experts en méthodologie du Département de médecine générale de l'Université de Liège. Dans le processus de conception de cet outil, nous avons effectué une recherche bibliographie sur le sujet, parcouru les programmes du cursus en médecine et de master de spécialisation en médecine générale des différentes universités de la FWB. Etant moi-même assistant en médecine générale je me suis entretenu avec certains collègues sur le sujet. A l'issue de ce travail préliminaire et de différentes concertations nous avons mis au point notre guide d'entretien. Celui-ci a été structuré en quatre parties. Dans une première partie sont abordées les questions générales relatives aux notions d'auto-évaluation (AE) et de compétences en termes de connaissances et de perceptions. La seconde partie comprend des questions ayant trait à l'apport personnel de l'auto-évaluation, son impact sur la santé des patients, son apprentissage et sa relation par rapport aux évaluations externes. Une troisième partie est consacrée aux attentes et aux outils. Dans une dernière partie sont abordés les limites et les freins potentiels.

Un pré-test du guide d'entretien a été réalisé via un groupe de discussion composé des médecins et assistants d'une Maison médicale de Liège. A la suite de ce pré-test, en concertation avec les experts en méthodologie, nous avons effectué quelques modifications et clarifié certaines questions. Ainsi, à la fin de la première partie du guide d'entretien, nous avons ajouté une note de clarification pour bien stipuler aux participants que le reste de l'entretien se focaliserait sur l'auto-évaluation des compétences en médecine générale. Une question a été également ajoutée dans la section relative aux attentes et outils. Ce pré-test nous a aussi permis de vérifier et de mettre au point la logistique relative à nos FG.

II.5- Organisation de la collecte

Chaque groupe de discussion focalisée s'est réuni entre 45 et 60 minutes et était modéré par le même investigateur (moi-même) en présence d'un observateur différent pour chaque GDF et avec qui je pouvais débriefer à la fin du GDF. L'investigateur est assistant en dernière année de master de spécialisation en médecine générale et titulaire d'un master en santé publique. Avant de débuter le GDF, une brève introduction et des consignes en vue du bon déroulement de la séance ont été données aux participants. S'en est suivi un tour de table au cours duquel chaque participant devait se présenter.

Les discussions ont été enregistrées avec l'accord de tous les participants lors de chaque séance. Afin de nous assurer de la qualité des enregistrements, nous avons utilisé des micros de table et effectué un double enregistrement pour chaque groupe focalisé.

II.6- Analyse des données

Les données sociodémographiques collectées ont été anonymisées lors de l'encodage dans le logiciel Excel pour analyse descriptive. Elles ont été importées dans le logiciel STATISTICA (version 8.0) où elles ont été analysées. Les calculs ont été effectués sur le nombre maximum d'observations disponibles. Toutes les données de type quantitative ont été exprimées sous forme de moyenne ± l'écart-type (m± SD) et les variables de types qualitatives en fréquences absolues et relatives.

Les enregistrements ont été retranscrits dans leur intégralité. Ces transcriptions ont été analysées selon la méthode d'immersion-cristallisation (immersion/crystallization), telle que décrite par Malterud K (2001) et Cohen D et al (2006). Deux chercheurs (l'investigateur principal et une collègue médecin) ont analysé de manière indépendante les données. Dans un premier temps, chacun de ceux-ci s'est plongé dans les données transcrites et cette étape a été suivie d'une suspension temporaire du processus d'examen ou de lecture des données (immersion) afin de refléter l'expérience d'analyse et d'essayer d'identifier et d'articuler les motifs ou les thèmes observés au cours du processus d'immersion (Cohen D et al, 2006). Les grilles de codages obtenus séparément ont été croisées lors d'une réunion entre les deux analystes jusqu'à obtention d'un consensus entre eux sur les thèmes et sous-thèmes émergeant des transcriptions. A l'issue de ce travail, un tableau d'analyse a été mis au point, distribué en trois colonnes : une première pour les thèmes, une deuxième pour l'analyse des verbatims et une troisième pour les verbatims. La première colonne a été complétée sur

base de la grille d'entretien. La deuxième sur base des analyses et la troisième sur base des retranscriptions.

Dans la présentation des résultats les verbatims seront mis entre guillemets et en italique.

II-7- Planification et organisation de l'étude

L'étude a débuté en juin 2018 par une revue de la littérature, des discussions avec quelques personnes ressources et la conception des grilles d'entretiens.

Un pré-test du guide d'entretien a été réalisé en décembre 2018 auprès des médecins de la Maison médicale Le Cadran à Liège.

Les focus groupes ont été réunis tout au long du mois de janvier 2019 aux dates et lieux suivants :

* Mardi 08/01/2019 à 14h : Liège, Séminaire 1/15, Site CHR Sainte-Rosalie, assistants ULG, coordinateurs : Dr Jean-François André et Dr Marie-Eve Janssen.

* Jeudi 10/01/2019 à 15h : Liège, Séminaire 1/15, Site Château-Rouge, assistants ULG, coordinateurs : Dr Stéphane Thomsin et Dr Xavier Froidcoeur.

* Jeudi 24/01/2019 à 17h : Marche-en-Famenne, SLR, Assistants UCL, coordinateurs : Dr Bruno Verstraete et Dr Laure Debucquois.

* Mercredi 30/01/2019 à 10h : Bruxelles, SLR, Site Stephenson-Bruxelles, assistants UCL, coordinatrice : Dr Reinelde Poelman.

* Mercredi 30/01/2019 à 20h : Bruxelles, SPMA, site du Campus Plaine ULB, assistants ULB, coordinateur : Dr Didier Piquard.

Les propos enregistrés lors de ces groupes de discussion focalisés ont été retranscrits dans leur intégralité entre le 8 Janvier et le 15 février 2019.

II.8- Aspects réglementaires

Un avis a été demandé au Comité d'Ethique Hospitalo-Facultaire de l'Université de Liège qui nous a fait savoir que notre travail ne requérait pas l'avis d'un Comité d'éthique.

II.9- RGPD, sécurité et protection des données

Nous avons tenu à respecter les principes régis par la Loi du 30 Juillet relative à la protection des personnes physiques à l'égard des traitements de données à caractère personnel. Comme le stipule son article 193, les participants ont été informés du fait que les données seront totalement anonymisées. Nous avons en outre respecté l'article 198 en anonymisant toutes les données après leurs collectes.

Toutes les données (écrites ou audio) collectées lors de l'étude ont été protégées et sécurisées. Aucun document portant le nom ou le prénom des participants n'a été conservé. Les enregistrements audio ont été mis dans un dossier TFE et protégés par un mot de passe accessible uniquement par l'investigateur. Dans nos retranscriptions, nous nous sommes assurés qu'aucune donnée à caractère personnel (nom et prénoms) n'y figure.

Nous nous sommes engagés à maintenir une confidentialité complète pendant et après notre étude. C'est dans cet esprit que nous avons veillé de très près à la sécurisation des données pendant l'étude et que nous y veillerons au terme de celle-ci.

III- RESULTATS

III.1- **Statistiques descriptives des données socio-démographiques des participants**

Cinq groupes de discussion focalisée (GDF) ou « focus groups » (FG) ont été mis en place dans le cadre de ce travail, à savoir : deux FG pour les assistants de l'Université de Liège, deux FG pour les assistants de l'Université Catholique de Louvain et 1 FG pour les assistants de l'Université Libre de Bruxelles.

Le tableau détaillé des analyses descriptives est disponible à l'annexe 2.

Ces GDF ont réuni 62 participants, la majorité d'entre eux ayant moins de 30 ans (v. la Figure 1).

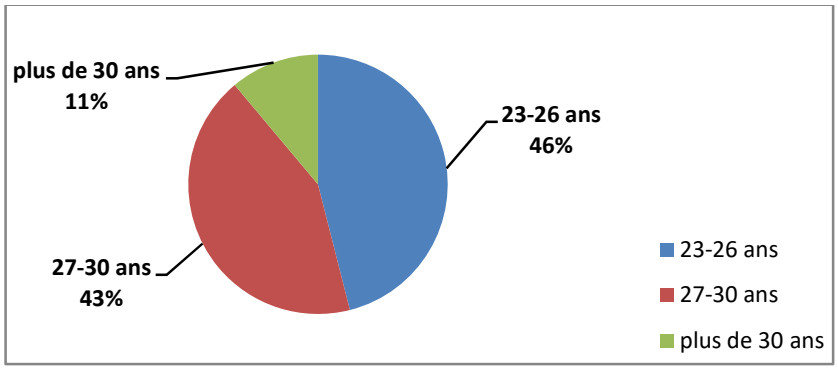

Figure 1 : Distribution des participants selon les catégories d'âges.

La moyenne d'âge des assistants ayant participé à cette étude était de 27,41 ans (avec un écart-type de 4,17 ans).

La grande majorité des participants, près de 65 % (41 sur 62), étaient des femmes (v. la Figure 2).

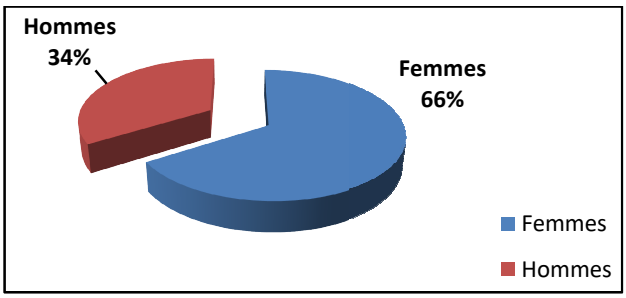

Figure 2 : Distribution des participants selon le sexe.

Près de 54.8% des assistants ayant participé à cette étude étaient en première année d'assistanat, 41.9 % en deuxième année et 3.2% en troisième année. 54.8% d'entre eux suivaient un cursus de 2 ans et 45.2% un cursus de 3 ans.

Parmi les participants, 25.8% ont suivi un cursus de base de 6 ans et 74.2% un cursus de base de 7 ans (v. la Figure 3).

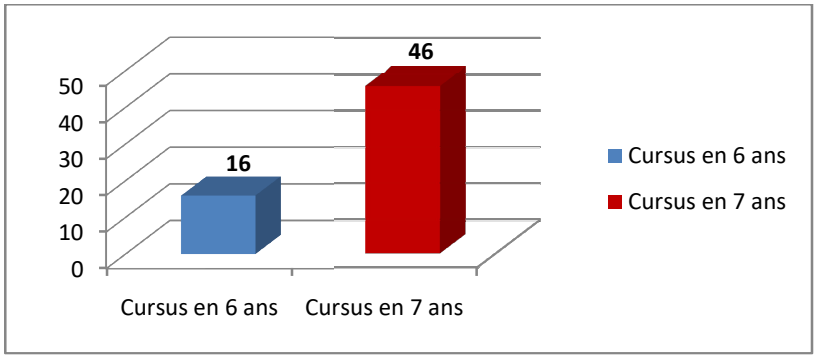

Figure 3 : Echantillon selon le nombre d'années de formation de base en médecine.

95% des participants ont effectué leurs cursus de base de médecine en Fédération Wallonie Bruxelles.

Concernant leur répartition en fonction des Universités, 27,4% des participants étaient issus de l'UCL, 27,4% de l'ULB et 45,2% de l'ULiège. Quant à la répartition géographique, 48.4% des participants exerçaient en zone urbaine, 43.4 % en zone semi-urbaine et 8.1% en zone rurale. Enfin, en termes de type de pratique du maître de stage, 43,5% étaient dans une pratique solo, 24,2% en association monodisciplinaire, 8,1% en association pluridisciplinaire, 22,6% en maison médicale et 1,6% en milieu hospitalier.

III.1- **Résultats et analyses des entretiens**

Cette section sera articulée aurtour de quatre thèmes, à savoir : a) les connaissances des notions d'auto-évaluation et de compétences, b) la pratique des assistants en matière d'auto-évaluation, c) les attitudes des assistants en médecine généralistes à l'égard de l'auto-évaluation des compétences (apport/impact, biais liés à l'auto-évaluation, limites et freins, évaluations externes et auto-évaluation), d) les besoins pour la formation (outils, apprentissage de l'auto-évaluation dans le cursus académique, attente vis-à-vis du Département de médecine générale).

A- Connaissances des notions d'auto-évaluation et de compétences

Concernant les connaissances relatives à la notion d'auto-évaluation, les réponses apportées par les participants ont été variées.Certains assistants présentent l'auto-évaluation comme une évaluation personnelle non structurée, mettant en exergue les qualificatifs « naturel » et « innée ». Elle est par exemple perçue comme une opinion personnelle ou une remise en question.

> *« C'est l'opinion que l'on a nous-mêmes de nos compétences »*.
>
> « *L'auto-évaluation innée, qui est le fait de se remettre en question, se manifeste par le fait d'être à l'aise ou pas avec un sujet, un domaine ou une situation »*.

Cette notion d'auto-évaluation innée est comparée à une auto-évaluation plus formelle ou structurée pouvant se présenter sous forme de grille.

« Ce sont souvent des grilles toutes faites où on s'auto-évalue. Dans le cadre académique, ce sont souvent des grilles d'auto-évaluation à remplir par rapport à ce que l'on a acquis ou pas ».

Par ailleurs, cette auto-évaluation, pour les participants, peut aussi se faire a priori ou a posteriori.

« C'est un moyen de préparation personnel en vue d'appréhender une situation ou une consultation. Est-ce qu'on est prêt ? ».

« *Parfois, on fait une prise en charge et puis, en communiquant avec les autres, on se pose la question a posteriori : est-ce qu'on n'aurait pas dû faire autrement ? Il s'agit de prendre du recul par rapport à ce qu'on ressent, par rapport à la situation, à un choix, etc. ».*

Certains assistants voient, quant à eux, dans l'auto-évaluation un processus pouvant servir à l'apprentissage, lequel, selon certains participants, permet en outre d'augmenter le sentiment de compétence.

« Je crois que c'est important de connaître ses limites. J'ai plutôt l'impression que c'est quelque chose qu'a posteriori on se dit : tient ça, j'ai acquis et ça je n'ai pas acquis, donc il faudrait que je me refocalise là-dessus. ».

« Prendre confiance en soi et se dire en fin d'année : je suis capable d'accueillir des gens, de faire une anamnèse et un examen clinique, de planifier quelque chose, de savoir gérer et de clôturer une consultation, ... ».

Enfin, l'auto-évaluation est également basée sur le ressenti du patient.

« Est ce qu'il a ressenti qu'il a été bien pris en charge, c'est aussi important ».

Concernant les connaissances relatives à la notion de compétence, les participants présentent les compétences en termes de savoir, de savoir-être et de savoir-faire. Ils représentent le savoir comme : *« ce qu'on a acquis pendant notre formation en relation avec une problématique donnée».* Dans le savoir-être *«on retrouve l'aspect humain et l'empathie »* ou encore *«Le niveau plus humain, au niveau du patient, est ce qu'on a été à l'écoute ? Est ce qu'on a su le rassurer ?... ».* Pour le savoir-faire**,** ils font ressurgir la notion d'acte technique et de référence du patient : *« Savoir effectuer certains actes techniques ou procédures».*

B- Les pratiques des assistants en matière d'auto-évaluation

L'auto-évaluation est pratiquée dans des circonstances variées et pour des raisons diverses. Pour certains participants, cette auto-évaluation se pratique au quotidien. Elle peut en outre être consciente ou inconsciente en fonction des situations.

> *« On le fait tous les jours de façon quotidienne ... Pour moi, je pense qu'on s'auto-évalue après chaque patient, peut-être sous forme d'autocritique. Même pour des pathologies comme des pharyngites, je pense qu'il y a encore quelque chose à apprendre. Je pense qu'on apprend de nos erreurs… ».*
>
> *« Je pense qu'on le fait inconsciemment pendant et après nos consultations. On voit comment est le patient à la fin de la consultation »*.

L'auto-évaluation des compétences peut aussi être pratiquée en cas de problème. Pour une grande partie de nos participants on s'autoévalue surtout quand les choses se passent mal.

> *« Par exemple, un patient revient en consultation et on se rend compte qu'il n'a pas pris le médicament qu'on lui a prescrit la dernière fois. Ça vaut la peine de se reposer la question : est-ce que je n'ai pas bien expliqué ? Est-ce que je n'ai pas du tout expliqué ? Est-ce que j'ai utilisé des mots trop compliqués ? Là, c'est une remise en question qui se fait directement parce qu'on se demande soi-même s'il y a quelque chose qu'on n'a pas exprimé clairement ou via le patient. Ce qui permet de corriger alors et de se remettre en question car, si on lui explique les choses exactement de la même manière, il risque de ne toujours pas prendre ce traitement »*.
>
> « *On s'autoévalue plus quand cela se passe mal, contrairement à quand ça se passe bien. Si on pense '' Voilà, c'est le bon traitement'' ou ''J'ai fait le bon diagnostic'', alors c'est que tout va bien. Par contre, s'il y a un truc qui nous chipote, là on se dit '' Je ne sais pas trop si j'ai bien fait'' et on se remet en question plus facilement* ».

La pratique de l'auto-évaluation des compétences ne se fait pas seulement en cas de problème mais aussi en cas de doute.

> « *Quand on a un doute sur un traitement ou une prise en charge, on se pose la question de savoir si on a bien fait ou pas, et on va le vérifier…* ».

Pour certains assistants, l'auto-évaluation peut être stimulée ou sollicitée par une personne externe. Cette influence externe peut ainsi venir des confrères.

« *On s'autoévalue d'office quand on a des retours positifs ou négatifs. Le positif, souvent c'est le patient, le maître de stage donne quant à lui les deux. Parfois aussi, lorsqu'on constate une divergence de prise en charge d'un médecin ou quand on discute avec un autre médecin et qu'on se rend compte de divergences, on se remet en question et on se demande si on a bien fait ou pas ? ».*

Pour certains participants ayant déjà effectué une ou deux années d'assistanat, l'auto-évaluation se pratique aussi en fin d'année académique lors des évaluations de fin d'année et lorsqu'on complète les cahiers de stage.

« *En fin d'année, on a dû remplir et envoyer par courrier une grille et faire une petite lettre comme rapport de stage de 1ere année. Il fallait justement écrire ce qu'on pensait avoir acquis et ce qu'on aimerait bien acquérir l'année prochaine ».*

C- <u>Attitudes des assistants en médecins généralistes à l'égard de l'auto-évaluation</u>

Dans cette section seront rapportés dans un premier temps les apports personnels que perçoivent eux-mêmes les assistants en médecine générale et l'impact sur la santé des patients. Ensuite, seront pris en compte les biais, les limitations et les freins à l'auto-évaluation des compétences. Enfin seront évoquées les évaluations externes et l'auto-évaluation.

L'apport personnel de l'auto-évaluation peut être présenté autour de deux grandes idées : l'identification des besoins pour améliorer sa pratique et l'augmentation de la confiance en soi. Pour les participants, l'auto-évaluation permet d'identifier les besoins pour améliorer sa pratique.

« C'est très important de voir nos faiblesses. De voir comment on peut s'améliorer. Sur quel point on doit s'améliorer ? Qu'est-ce qu'on doit changer ? »

« L'auto-évaluation de fin de première année m'a permis d'effectuer une rétrospective sur ma première année, de réfléchir sur ce qui s'est bien passé. Se dire à la fin de cette année, '' j'ai ça hors des pattes…''. Ce processus m'a aidé ».

En outre, selon certains participants, l'auto-évaluation entraîne au niveau personnel une augmentation de la confiance en soi, ce qui enclenchera également un sentiment de bien-être personnel. Elle a aussi un impact sur la santé des patients. Pour les participants elle

entraîne une satisfaction chez le patient et elle permet aussi une amélioration de sa prise en charge. Ils présentent comme autre impact positif le fait qu'elle crée un climat de confiance et d'assurance chez les patients et entre ceux-ci et les médecins.

> « *Etre plus sûr de soi aussi, c'est se dire '' ça je suis sûr puisque je l'ai vérifié la fois passée car je ne le savais pas''. Et donc la fois d'après on est plus certain ».*
>
> *« Le meilleur reflet de l'auto-évaluation personnelle, c'est la réaction du patient quand il quitte le cabinet. Ça se voit quand il est satisfait sur tous les points, médical et humain ».*
>
> *« Ça nous donne une confiance en nous, confiance ressentie aussi par le patient. Il se sent mieux pris en charge, et pas uniquement au niveau des connaissances mais aussi de la manière. Ce qui permet de dissiper un peu son doute »*.

Les participants ont relevé certains biais potentiels ainsi que des limites et des freins à l'auto-évaluation des compétences en médecine générale.

Ainsi, pour certains, la subjectivité de l'auto-évaluation peut entraîner certains biais, la plupart y voyant un risque majeur de sous-évaluation et parfois de surévaluation, tout dépendant de la situation.

> *« J'ai comme l'impression qu'on se rabaisse vite. On sous-estime parfois des compétences qu'on a et on se sous évalue, on se dit qu'on ne connait jamais assez»*.
>
> *« Tout dépend de l'issue. Si mon auto-évaluation va influencer le maître de stage dans sa cote, je vais me surestimer »*.

Cette perception de la subjectivité se retrouve aussi parmi les limites évoquées par les assistants ayant participé à notre étude.

> *« L'auto-évaluation reste subjective car, lors de mon auto-évaluation, si j'ai envie de faire l'autruche, je vais le faire. Ou alors je peux décider ne pas regarder certains points de peur de me sentir en difficulté. Est-ce que je vais m'autoévaluer correctement ? Ça, c'est compliqué ».*

La plupart des assistants ont évoqué par ailleurs le manque de temps pour s'autoévaluer ou pour chercher des solutions aux problèmes identifiés.

> *« Le temps pour s'autoévaluer est une problématique aussi, quand on est débordé par les consultations avec beaucoup de patients malades… »*

« On peut avoir le temps de s'autoévaluer mais ne pas avoir le temps d'y remédier ou de s'améliorer, via la participation aux formations… Par exemple on réussit à trouver les faiblesses ou lacunes à améliorer mais, si on n'a pas le temps pour effectuer les actions nécessaires (formations adéquates…) pour s'améliorer, ça risque de ne servir à rien ».

Ces assistants ont aussi mentionné comme frein à la pratique de l'auto-évaluation des compétences le manque d'intérêt et de motivation.

« Si ce n'est pas une obligation, certains ne sentiront pas l'envie de faire cette démarche alors que d'autres le feront peut-être ».

D'autres ont évoqué le stress, celui-ci étant perçu comme une autre contrainte académique accompagnée de contraintes liées au lieu de stage et au maître de stage.

« En termes de limites, j'aurai pensé surtout au stress lié au fait de n'avoir pas atteint certains objectifs ».

« La difficulté voire l'impossibilité d'atteindre certains objectifs ou actes techniques, car soit le lieu de stage ne le permet pas ou le maître de stage ne le fait pas dans son cabinet ».

Concernant les évaluations externes, on relèvera que les participants regroupent les supervisions et séminaires 1/15, SLR ou SPMA, et autres. Dans les propos des participants se dégagent deux grandes idées : les avantages/inconvénients de l'évaluation externe et la complémentarité entre l'auto-évaluation et l'évaluation externe.

La plupart des participants voient dans l'évaluation externe quelque chose de très bénéfique, celle-ci étant perçue par certains comme un lieu d'échange entre l'assistant et le maître de stage.

« Lors des supervisions, il y a un échange entre le maître de stage et l'assistant. On se rend compte qu'on maîtrise moins certaines compétences et on a la possibilité d'en discuter avec le maître de stage. Pour ce qui est des connaissances théoriques, celui-ci va peut-être nous orienter vers des sites internet ou autres outils de référence. Pour ce qui est du savoir-être, peut-être aussi que le maître de stage ayant eu des retours de ses patients, que nous avons vu lors de certaines consultations et qu'il revoit lors des consultations suivantes, pourrait nous faire part du ressenti de ces derniers ».

Pour la plupart des participants à nos DGF, les séminaires 1/15, les SLR ou les SPMA sont très enrichissants.

> *« Lors des séminaires 1/15, on a la chance d'avoir le regard de tous les co-assistants face à une problématique avec des approches différentes …Heureusement qu'on n'a pas qu'un seul regard sur notre travail, sinon ça deviendrait trop peu pour tout un assistanat ».*
>
> *« Lors des séminaires locorégionaux, ce qui est bien c'est qu'on est en groupe. Les uns et les autres participent, on trouve des solutions ensemble. Je trouve qu'on se pousse vers le haut et on partage des expériences. Je trouve ça bien ».*

Par contre, certains participants notent une certaine subjectivité dans l'évaluation externe, surtout lors des supervisions par le maître de stage. Cette subjectivité rapportée par les participants peut être problématique voire mal vécue par certains assistants.

> *« Moi je suis souvent en contradiction avec les opinions de mon maître de stage et je perçois la supervision un peu comme un acharnement. Je ne trouve pas ça très constructif ».*

Certains assistants trouvent qu'il y a une certaine complémentarité entre l'auto-évaluation et l'évaluation externe, l'évaluation externe pouvant permettre de vérifier son auto-évaluation des compétences.

> *« L'auto-évaluation et les évaluations externes sont complémentaires ».*
>
> *« Ça permet aussi de vérifier son auto-évaluation. Parfois on a des retours positifs alors qu'on a l'impression qu'on fait super mal quelque chose. Et là on se rend compte en fait qu'on fait bien. Cette interaction avec le maître de stage peut aussi nous permettre de remettre en question la qualité de notre auto-évaluation. Est-ce que je m'autoévalue correctement ? Ne suis-je pas trop sévère ou trop laxiste lors de l'auto-évaluation de mes compétences ?... ».*

D- <u>Les besoins pour la formation</u>

Dans cette section nous allons d'abord aborder l'apprentissage de l'auto-évaluation dans le cursus académique, puis les outils, et enfin les attentes vis-à-vis du département de médecine.

L'apprentissage de l'auto-évaluation dans le cursus académique sera analysé à la fois au niveau de la Faculté de médecine et des maîtres de stage. Deux grandes idées ont émergées de ces analyses : la présence/absence de l'apprentissage de l'auto-évaluation dans le cursus et le type d'auto-évaluation. Dans pratiquement tous les groupes de discussion focalisée, on retrouve une majorité d'assistants pour qui l'apprentissage de l'auto-évaluation est absent dans leur cursus. Ces derniers pensent qu'on ne leur a pas appris à s'autoévaluer.

> *« Non, ça n'existe pas dans notre cursus académique »*.
>
> *« On ne nous a pas appris à nous autoévaluer. On est parfois amené à l'apprendre tout seul sinon on n'avance pas ».*
>
> *« Pas du tout, on se fait souvent évaluer par les autres, souvent avec des grilles standards qui n'ont rien à voir avec le terrain... Donc c'est plus une évaluation par des autorités »*.

Certains assistants ont quand même tenu à nuancer ce propos. Pour ceux-ci, il y a quand même certaines exceptions ou des situations où ils ont été amenés à s'autoévaluer.

> *« A la fin des stages, quand on était stagiaire c'était un peu '' alors qu'est-ce que toi tu trouves que tu as bien fait ?'', '' si tu devais te coter, tu te donnerais combien ?''. On était dès lors obligé de faire une introspection avant de pouvoir comparer à ce que le maitre de stage avait dit ».*
>
> *« Dans le cursus, on est amené souvent à s'autoévaluer parce qu'on nous remet en question sur ce qu'on fait. Par exemple, lors de certains stages on nous pose des questions telles que '' tu es sûr ?'', '' pourquoi tu as fait ça ?'', '' pourquoi il faudrait doser ça ?'' … On nous incite quand même assez. Mais je ne sais pas quel est la part innée de cette remise en question et quelle est la part de conditionnement par l'unif ou par l'école, même avant au secondaire… Par exemple, pendant mon secondaire, je me souviens que les profs disaient '' il faut avoir un esprit critique, il faut avoir la jugeote, être pertinent, etc., sinon …''. J'ai l'impression que mon parcours scolaire m'a amené à ça ».*

Les assistants qui pensent qu'il y a un certain apprentissage à l'auto-évaluation dans le cursus académique présentent, entre autres, comme exemple l'utilisation des coefficients de certitudes dans les études de bases de médecine.

« En bachelier, ils nous disaient que les coefficients de certitudes avaient pour but de savoir jusqu'à quel niveau tu étais certain. Puisque dans ton futur métier tu devrais te dire, '' je suis sûr de ma décision, je le fais. Ou alors, je ne suis pas sûr, je ne le fais pas''. Oui je pense que ça m'a quand même un peu appris à m'autoévaluer ».

Les assistants ayant suivi le cursus en six ans nous ont fait part de la présence de feuilles d'auto-évaluation pour les stages, censées permettre à ces derniers à s'auto-évaluation. Mais selon eux ces feuilles n'étaient pas complétées de manière systématique par les stagiaires.

« Pour nous les R6, à la fin des stages, il y avait une feuille de cotation avec la feuille d'évaluation du lieu de stage et la feuille d'auto-évaluation. Feuille d'auto-évaluation que systématiquement on ne remplissait pas toujours. Mais cette feuille d'auto-évaluation était quand même là. Par rapport aux feuilles de bac avec coefficients de certitudes où c'était systématiquement complété, ici lors des stages ce n'était pas obligatoire. C'était à l'étudiant de décider de le compléter ou pas. C'est toi l'étudiant qui gérait la chose ».

Concernant les outils potentiels pour l'auto-évaluation des compétences, la plupart des assistants souhaitent qu'ils soient personnalisables et flexibles. Ils ne souhaitent pas avoir quelque chose de trop spécifique.

« Il faut un outil qui reflète la pratique du cabinet où on est. Parce que si c'est une grille faite par une autorité de médecine générale pour tout le monde, ça ne va peut-être pas refléter la pratique de chaque cabinet. Et aussi chaque maître de stage a certaines choses qu'il préfère et qu'il pourra mettre dans sa grille ».

« Des balises générales, donc pas trop spécifiques, pouvant être modulées par l'étudiant et son maître de stage, peuvent être intéressants ».

Quant à la forme de l'outil, plusieurs propositions sont faites par les participants. La plupart d'entre eux parlent de grilles et souhaitent que celles-ci soient de bonne qualité pour être utilisées. Pour eux, l'utilisation adéquate et systématique de cette grille dépendra de sa qualité.

«Ça dépendra de la grille, je crois. Si elle est vraiment bien faite et que ça nous aide, je pense qu'on le fera. Mais si l'outil n'est pas bien conçu, on le fera une fois par curiosité et puis plus jamais ».

Certains participants de deuxième ou troisième année du master de spécialisation en médecine générale proposent d'utiliser les grilles d'évaluation qu'ils ont utilisées en fin d'année d'assistanat. Le fait de compléter ces grilles puis d'en discuter avec le maître de stage point par point a été apprécié par certains.

> *«On peut utiliser la grille d'évaluation de fin d'année. Moi, mon maître de stage avait fait ça l'année dernière. Je devais d'abord remplir toute la grille au crayon. Puis chaque fois, il me demandait : '' pourquoi tu as mis ça '', '' pourquoi ça ?'', etc, et on ouvrait le débat. Et j'avais trouvé ça plutôt sympa. Et d'ailleurs, je trouve qu'il y avait beaucoup de positif qui sortait et moins de négatif. En gros j'avais trouvé ça chouette… Sur le moment, j'avais trouvé ça bien mais je ne me rappelle plus le contenu de ce qu'on s'était dit. Mais la méthode m'avait plu »*.

Selon eux**,** deux des problèmes de cette grille de fin d'année de spécialisation sont le timing et la fréquence de son utilisation. Leurs propos laissent transparaitre le souhait que cet outil soit utilisé plus tôt et à une fréquence de plus d'une fois par an.

> *« Moi quand je l'ai fait, j'ai trouvé ça intéressant mais c'était toutes des remarques justes avant de partir. En rétrospective**,** tout ce qu'on aurait pu améliorer on ne peut plus le faire car le stage s'achève. Moi, j'ai trouvé ça très frustrant. Si j'avais pu avoir ça à 3 mois puis à 6 mois, ça aurait été plus bénéfique. A 3 mois, ça m'aurait permis de vraiment me focaliser et me dire que ça il faut que je l'améliore pendant les 3 prochains mois ».*

D'autres proposent plutôt des listes de compétences (en termes de savoir, savoir-faire et savoir-être) à acquérir. Pour eux aussi, cette liste doit être disponible dès le début de l'année académique ou du stage.

> *« Ce serait trop bien en début d'année d'avoir une liste des compétences à acquérir. Et donc permettre à l'assistant de travailler en fonction de ces compétences. Ce ne doit pas être un canevas rigide »*.
>
> *« Mettre à la disposition de l'assistant et du maître de stage des actes techniques à effectuer absolument… ».*

Pour certains participants, il faudrait un outil permettant de tester leurs connaissances regroupées par thème sous forme de cas cliniques. Ils proposent comme mode de transmission de ces outils une plateforme électronique destinée aux assistants.

> *« Mettre à disposition des étudiants des cas un peu typiques et voir de manière théorique comment on réagirait face à ces cas. Par exemple, en cas d'infection urinaire chez une femme enceinte, que doit-on mettre en place ? Avec possibilité de feed-back sur des plateformes comme E-campus ou autres »*.

Les thématiques que les assistants ayant participé à nos GDF souhaitent aborder dans ces outils sont en majorité liées aux compétences. Ils souhaitent que ces compétences soient associées aux attentes.

> *« Les compétences sont en lien avec le savoir, le savoir-faire et même le savoir-être. On peut mettre des questions relatives à l'utilisation de mots simples pour expliquer les choses aux patients ».*

Mais ils ne voudraient pas que cet outil soit limité uniquement aux compétences. Pour eux, il doit aborder aussi les relations avec le maître de stage et le lieu de stage.

> *« Il faut ajouter l'auto-évaluation du comment on se sent dans la pratique par rapport à son maître de stage. Est-ce qu'il y a des choses qu'on pourrait améliorer ? Est ce qu'il y a des choses qui vont bien ou pas ? Il faut à la fois une critique générale du lieu où on travaille et une coopération. Donc on doit pouvoir se dire qu'on peut avoir un impact sur le maître de stage et le lien qui existe avec lui ».*

Concernant l'intérêt de l'outil, certains participants pensent qu'il permettra une exploration plus large des compétences. Ils pensent aussi que cet outil pourrait être utilisé dans l'appréciation de la progression de l'assistant.

> *« Si c'est juste instinctif, tu ne t'évalues que pour ce que toi tu penses qui est embêtant. Et tu n'explores pas ce qui aurait dû être important et que tu n'as même pas pensé. Quand on s'autoévalue tout seul sans grille, on explore mieux ce qu'on connaît. Mais on n'explore pas ce qu'on ne connait pas, ni ce qui pourrait être aussi important ».*
>
> *« Si on nous donnait un tel outil au début, ça permettrait de voir où on progresse et les points sur lesquels il faut encore travailler, en discuter lors des supervisions et*

essayer de tout faire pour arriver à ces objectifs. Je trouve ça assez sympa du moment où ça reste pas trop passif ».

Les grilles potentielles d'auto-évaluation sont également vues par une partie des participants comme un soutien à la supervision.

« Il serait bien d'avoir un outil ou une grille d'auto-évaluation à compléter individuellement par l'assistant et le maître de stage, puis discuter avec le maître de stage par rapport à certains points ou objectifs ».

Par ailleurs, certains assistants ne souhaitent pas que le remplissage ou l'utilisation du potentiel outil pour l'auto-évaluation des compétences soit obligatoire. Les arguments majeurs de ces derniers sont le risque de stress et le côté formel du remplissage de la grille d'auto-évaluation.

« *Ah non pitié, pas de grilles obligatoires. Car ça va nous mettre une pression supplémentaire. Même les feuilles de données de stage à compléter chaque semaine pour le carnet de stage sont déjà stressantes et nous mettent beaucoup de pression. Parfois en complétant ce document, on se sent gêné de n'avoir pas fait d'acte technique ou assisté à une conférence ».*

Pour d'autres participants, ce processus d'auto-évaluation doit être au contraire obligatoire. Certains encore restent mitigés mais pensent qu'il faut néanmoins une certaine obligation.

« Si c'est en forme libre, sans obligation, qui après six mois va encore le faire ? En tout cas s'il n'y a pas d'obligation, moi je ne le ferai pas ».

« Il faut mettre l'accent sur l'obligation, sinon ça ne va pas se faire. Sinon, on va le mettre dans le timing pour le faire mais on va le reporter à chaque fois et finalement ne pas le faire. Je n'aime pas le côté obligatoire car c'est pénible mais, si ce n'est pas obligatoire, il ne sera pas fait. C'est pourquoi je dis oui et non en même temps. Je n'aime pas quand c'est obligatoire, mais il le faut ».

Concernant la fréquence d'auto-évaluation des compétences dans son aspect formel, certains étudiants proposent que ce soit tous les trois mois. Pour d'autres, un rythme de deux fois par an peut être suffisant.

« Je pense qu'on peut quand même voir l'évolution si c'est espacé. Si tous les jours on s'autoévalue, on se dira qu'on n'avance pas. Par contre, si on prend le temps et qu'on

regarde trois mois après, on peut se dire ''Ok. Finalement là, quand on regarde les trois mois qui se sont écoulés, je suis quand même beaucoup plus à l'aise avec le patient maintenant que quand on a commencé ... Trois mois, c'est mieux que tous les six mois ou tous les mois ».

« Pour avoir utilisé cette grille d'évaluation de fin de stage l'année dernière, je crois que deux fois par an serait mieux. Mais pas forcément avec une note écrite après six mois, car une note écrite peut très vite casser la confiance en soi plutôt que de la booster. On peut faire l'auto-évaluation d'abord seul, ce qui nous permettra d'avoir une idée des points à améliorer ou des techniques à acquérir. En rediscutant avec le maître de stage après cette auto-évaluation, on peut aborder certains points en profondeur dans un contexte différent des supervisions de chaque semaine ».

Concernant les attentes vis-à-vis des Départements de médecine générale des différentes Facultés de médecine de la FWB, les participants ont évoqué l'élaboration et la mise à disposition de grilles de base de compétences qui pourraient être modifiées en fonction des situations et des sous-items.Certains pensent qu'en plus de tout ce qui a été dit précédemment, ces DUMG doivent poser un cadre.

« Nous devons pouvoir discuter avec notre maître de stage après notre auto-évaluation. L'idéal est que ça reste entre nous. Mais j'ai l'impression que si ça ne reste qu'entre le maître de stage et l'assistant, il y a plein de fois où ça va passer à la trappe. Donc le département doit permettre et assurer sa faisabilité ».

Ils doivent en outre selon las participants assurer une formation à l'auto-évaluation des compétences pour les assistants et les superviseurs/maître de stage.

« Il faut une formation pour les étudiants et pour les maîtres de stage. Du moment où on donne une formation, ils doivent aussi être à jour. Parce qu'il y a certains qui ne vont pas comprendre le concept. Or il faut l'implication des deux. Je pense que ça doit être dans les deux sens ».

IV- DISCUSSION

Les défis que doit relever la médecine générale de nos jours sont très nombreux. Parmi ces défis, nous pouvons citer le poids du statut de médecin référent (responsabilité et charges

administratives et sociales), une clientèle en pleine évolution (vieillissement démographique, exigences accrues, information et connaissance de plus en plus poussée des patients), et un besoin de formation continue dans un contexte d'évolution de la recherche médicale et du développement de nouveaux traitements (Lortholary et al, 2010). Le médecin généraliste doit en outre faire face aux incertitudes liées au pronostic de santé et à la place de plus en plus importante du patient dans sa prise en charge et ses soins. Une bonne capacité d'auto-évaluation de ses compétences semble être indispensable. Les assistants d'aujourd'hui seront les généralistes de demain. C'est dans cette optique que nous avons réalisé cette étude sur la perception qu'ont les assistants en médecine générale de l'auto-évaluation de leurs compétences.

Comme le souligne Dory V, ce concept d'auto-évaluation suscite de nombreuses définitions se référant à divers cadres théoriques (Dory V et al, 2009). Cette variabilité se retrouve aussi dans les connaissances et la perception qu'ont nos participants de la notion d'auto-évaluation. Pour ces derniers c'est avant toute chose un processus personnel que certains perçoivent comme non structuré, voire spontané, revêtant la forme d'une remise en question ou d'une opinion personnelle. Pour d'autres assistants, il s'agit d'un processus structuré sous la forme par exemple d'une grille à compléter dans le cadre d'un apprentissage, et nous sommes ici dans l'aspect formel de l'auto-évaluation. Cette variabilité dans sa définition ou sa perception peut aussi s'expliquer par le fait que ce concept n'est pas clairement abordé ou expliqué dans les cursus de formation en médecine. Notons tout de même que, chez plusieurs participants, la notion d'identification des forces et des faiblesses personnelles, telle que décrites par des auteurs comme Ward et al (2002) et Eva et al (2005), était bien présente.

Les participants semblent par contre avoir une connaissance ou une perception beaucoup plus homogène de la notion de compétences, qu'ils présentent en termes de savoir, savoir-faire et savoir-être. Pour eux, cette notion n'était pas du tout nouvelle. Cette approche de la notion de compétence à travers ces termes se retrouve aussi dans la définition de plusieurs auteurs (Becker 2002, Tardif 2006, Laurin et al 2013). Selon les participants, il ne faudrait pas limiter cette notion uniquement aux connaissances et pratiques médicales mais inclure également les connaissances administratives et sociales. Parmi les compétences présentées par ces assistants, nous retrouvons un certain nombre de compétences proches des

compétences fondamentales du médecin de famille telles que décrites par la Société Européenne de Médecine Générale - Médecine de famille (WONCA Europe, 2002).

D'après nos participants, l'auto-évaluation des compétences est quelque chose de personnel et se pratique dans des circonstances et des situations diverses. Dans son aspect informel ou spontané, elle s'effectue au quotidien, le plus souvent après une consultation et parfois avant et/ou pendant une consultation ou la réalisation d'un acte technique. On retrouve ici la notion de jugement porté sur ses compétences personnelles pouvant avoir lieu a posteriori mais également a priori, tel que décrit par Dory V et al (2009). On a l'impression d'être surtout face une auto-évaluation en tant que régulation métacognitive (Ibid, 2009). Cet aspect d'un jugement personnel avant, pendant et après une action ou un processus se retrouve aussi dans la définition de la métacognition de Leclercq D et Poumay M (2004) à savoir des « jugements, analyses et/ou régulations observables effectués par l'apprenant sur ses propres performances (processus ou produits d'apprentissages), ceci dans des situations de PRE, PER ou POST performance.». D'après les propos des assistants, cette auto-évaluation des compétences s'effectue le plus souvent en cas de problème complexe ou de doute. On est ici au cœur de la pratique réflexive pendant l'action, telle que décrite par Schön DA (1999), passant ainsi d'un processus intuitif ou de rationalité technique au cours d'une action ou d'une consultation à une approche réflexive. Dory V parle d'une évaluation en temps réel des conséquences avérées ou anticipées des actes posés de manière successive dans le cadre d'une action plus large (Dory V et al, 2009).

Le processus d'auto-évaluation des compétences est parfois stimulé ou sollicité par des personnes externes (confrères, superviseurs, patients ou autres personnes). Greveller C va plus loin et souligne quatre facteurs externes : le tutorat exercé par les professionnels présents sur le lieu de stage, le contexte dans lequel le soin de santé est presté, les autres ressources matérielles et humaines, et enfin la réaction du patient et/ou de son entourage (Greveller C et al.2014). En ce qui concerne les stimuli humains, nous pensons qu'il est important d'être dans des prédispositions permettant d'écouter et d'observer ces stimuli externes.

Nous pensons que l'auto-évaluation des compétences pourrait nous être d'une aide inestimable face aux défis auxquels nous devons faire face en médecine générale

aujourd'hui. Pour les participants, l'auto-évaluation, en permettant d'identifier les besoins des patients, ne peut qu'améliorer la pratique professionnelle. Selon Langendyk, l'une des compétences essentielles en matière d'auto-régulation dont les étudiants en médecine ont besoin est la capacité à s'auto-évaluer, pour juger ce qu'ils savent et ce qu'ils ne savent pas (Langendyk, 2006), ce qui pourrait avoir un impact dans le choix des futures formations continues (Eva K et al, 2005). Cette auto-évaluation des compétences, selon certains participants, permet aussi d'augmenter la confiance en soi et le bien-être personnel du médecin. Selon eux, ce climat de confiance aurait également un impact sur la santé du patient qui pourrait alors se sentir rassuré dans sa prise en charge.

L'évaluation externe par les superviseurs ou les maîtres de stage est considérée comme bénéfique par la plupart des participants. C'est un moment d'échange dans un processus d'apprentissage professionnel mais, parce qu'il peut être une source de stress et d'inconfort pour certains, nous pensons que cet échange doit se faire dans un esprit de bienveillance réciproque. Via son aspect interactif l'évaluation externe est considérée comme complémentaire à l'auto-évaluation par certains participants, et cela probablement en raison du fait qu'elle permet à la fois un échange et une rétroaction. En effet, pour bon nombre d'auteurs, la pertinence de l'auto-évaluation seule reste faible (Gordon MJ, 1991 ; Langendyk, 2006 ; Eva K, 2011). En outre, des auteurs comme Gordon MJ (1991) et Davis DA et al. (2006) ont montré que la concordance entre les auto-évaluations des individus et les évaluations externes reste faible. Il est dès lors important de mettre les apprenants au défi de rechercher un feedback externe fiable et valide en plus de leurs auto-évaluations (Eva K, 2008). Il nous parait donc légitime de penser qu'en associant à une auto-évaluation un échange avec un superviseur ou une personne externe, ou simplement un feedback, on pourrait probablement améliorer sa pertinence. Dory V parle d'auto-évaluation combinée à une rétroaction explicite (Dory V et al, 2009).

Pour les participants la subjectivité de l'auto-évaluation constitue une source de biais entrainant le plus souvent une sous-évaluation et parfois une surévaluation en fonction des situations. Si l'on fait un parallélisme entre cette subjectivité de l'auto-évaluation et la subjectivité des activités métacognitives telles que décrite par Leclercq D et Poumay M, nous pouvons être amené à partager leur conclusion selon laquelle « l'aspect subjectif des données récoltées est précisément ce qui fait la richesse de la métacognition : le sujet est

acteur de son questionnement » (Leclercq D et Poumay M, 2004). Nous pensons qu'en visant à tout prix une certaine objectivité excessive dans l'auto-évaluation, on risque d'entraîner des biais plus importants. Dans un jugement personnel, il y a toujours une part de subjectivité. Selon Renoux C et al (2013), « la discussion entre l'interne et le maître de stage universitaire à l'issue de l'évaluation limite cette subjectivité en favorisant la prise de conscience et les transformations de l'habitus ».

Comme autres limites et freins, les participants ont cité le manque de temps, le manque de motivation ou d'intérêt pour certains, les contraintes liées au lieu de stage et au maître de stage, ainsi que le stress que cela peut engendrer chez certains assistants. Selon Mann K et al (2011), lors d'une auto-évaluation éclairée (« informed self-assessment »), avec feedback externe, des tensions intra-individuelles et interindividuelles peuvent émerger. Il faudra donc une certaine bienveillance de part et d'autre pour limiter, voire éviter ces tensions. Savoir de part et d'autre que des tensions et/ou un stress peuvent apparaître est important.

Dans pratiquement tous les programmes de formation de base en médecine et de spécialisation en FWB on retrouve la notion d'auto-évaluation. Mais selon la plupart des participants son apprentissage n'est pas du tout présent dans les cursus académiques actuels. Cette situation n'est ni limitée à la FWB, ni nouvelle. Selon Eva KW l'apprentissage à l'auto-évaluation est pauvre dans la plupart des cursus académiques (Eva KW et al, 2008). Pour d'autres participants, les coefficients de certitudes utilisés dans le cursus de base de médecine constituaient déjà un début d'apprentissage à l'auto-évaluation. Cette opinion rejoint l'idée de Collard A et al (2014) pour qui l'auto-évaluation peut se manifester dans l'évaluation de la certitude à une question d'examen ou à une question évoquée en séance d'apprentissage par problèmes, lors des formations de base en médecine.

En ce qui concerne les outils potentiels d'auto-évaluation des compétences, ils doivent être personnalisables et flexibles selon les participants. Ces derniers reconnaissent que certains outils sont disponibles mais ne sont pas toujours utilisés par les étudiants. Une partie des assistants ne sont pas vraiment demandeurs d'un nouvel outil mais souhaitent une amélioration des outils existants. Et beaucoup de participants pensent que l'outil ne doit pas être conçu suivant un canevas trop rigide et doit être simple à utiliser. Cette vision est proche de celle décrite par les internes dans l'étude de Renoux C et al (2013). En ce qui concerne la

forme de l'outil, un certain nombre de participants souhaite qu'il soit présenté sous la forme d'une grille. Pour ces derniers l'utilisation systématique et adéquate de la grille dépendra de sa qualité. Cette grille serait utilisée dans l'aspect formel ou structuré de l'auto-évaluation, en complémentarité avec l'auto-évaluation spontanée ou informelle. D'autres participants souhaitent avoir un outil basé sur les compétences ou une liste de compétences à acquérir pendant l'année académique, voire tout au long du cursus de spécialisation. D'après Lacasse M et al (2017), « un des défis des cursus axés sur le développement des compétences en éducation médicale postdoctorale est le développement et l'implémentation d'un système d'évaluation formative qui soit cohérent avec l'approche par compétences ». Que l'outil soit sous forme de grille ou de liste, il nous semble indispensable, dans des cursus qui sont basés sur les compétences, d'avoir au préalable un référentiel de compétences clair et disponible pour tous les acteurs. Dans cette étude comme dans celle de Renoux C et al (2013), les assistants ou internes souhaitent que ces listes ou grilles de compétences à acquérir soient disponibles dès le premier jour de stage pour l'assistant et le maître de stage. En plus des thématiques liées aux compétences à acquérir en médecine générale, certains proposent d'aborder aussi la relation avec le maître de stage et le lieu de stage dans cet outil. Quant à la fréquence d'utilisation d'un tel outil, une fois par an semble insuffisant pour la quasi-totalité des participants. Pour les participants il devrait être utilisé, en ce qui concerne son aspect formel, au minimum tous les six mois et au maximum tous les trois mois. Etant donné l'aspect continu de l'acquisition des compétences, il serait probablement aussi intéressant de développer un outil comprenant des indicateurs de développement et les intervalles de temps attendus pour l'acquisition des diverses compétences, outil proche de celui développé par Lacasse et al (2017) pour l'Université de Laval.

Les attentes des participants vis-à-vis des Facultés de médecine et départements universitaires de médecine générale (DUMG) sont de trois ordres : élaborer et mettre à la disposition des assistants et des maîtres de stage des grilles de compétences de qualité, poser un cadre d'implémentation et former les assistants et maîtres de stage à l'auto-évaluation des compétences. Nous nous retrouvons donc dans une relation triangulaire entre assistants/étudiants, maîtres de stage et responsables académiques (DUMG) avec au centre le patient ou la communauté.

Perspectives

Cette étude met en évidence l'importance d'effectuer un travail sur le référentiel des compétences en médecine générale au sein de la Fédération Wallonie-Bruxelles et de procéder à sa validation.

Il serait très intéressant d'effectuer un inventaire des outils disponibles aux niveaux national et international et de les évaluer. Ensuite, les plus pertinents d'entre eux pourraient être utilisés comme une base supplémentaire du référentiel de compétence pour l'élaboration du nouvel outil d'auto-évaluation des compétences en Master de spécialisation de médecine générale en Belgique.

Il serait également très intéressant de recueillir la perception qu'ont les maîtres de stage et les responsables académiques des différentes Universités de l'intérêt d'une auto-évaluation des compétences.

Conduire une autre étude sur cette même thématique auprès des médecins généralistes en fonction depuis quelques années pourrait, elle aussi, être riche d'enseignement. Il s'agirait d'identifier leurs perceptions, leurs besoins et leurs attentes en matière d'auto-évaluation. Puisqu'ils sont sur le terrain depuis quelques années, ils peuvent être un bon reflet du futur médecin généraliste avec ses forces et faiblesses. Ils peuvent en outre être d'une très grande utilité dans le processus actuel de transformation des curriculums au sein de nos Facultés de médecine.

V- FORCES ET FAIBLESSES (LIMITES ET BIAIS) DE CE TRAVAIL

Forces

Dans l'élaboration et la réalisation de ce travail, nous avons suivi les guidelines de la recherche qualitative tels que publiés par Malterud K en 2001, intitulé « *Qualitative research : standards, challenges, and guidelines* », et par Tong A et al en 2007, intitulé « *Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups* ».

Préalablement à cette étude, une étude pilote et un pré-test du guide d'entretien et de l'aspect logistique ont été réalisés.

Nous avons mis en place cinq focus groupes et obtenu une saturation des données. Les discussions ont été animées par le même investigateur.

Les analyses ont été effectuées selon la méthode « d'immersion-cristallisation » par deux analystes, d'abord séparément et ensuite ensemble par le croisement de leurs grilles de codages jusqu'à obtention d'un consensus inter-analystes.

Limites et biais

Cette étude comporte quelques limites et biais dont certains sont inhérents à son aspect qualitatif, à l'outil de collecte de données (à savoir le guide d'entretien) et à la méthodologie.

Nous nous sommes limités aux groupes de discussions focalisées dans cette étude et n'avons pas effectué une collecte des données par triangulation. Nous n'avons en outre pas eu le temps d'envoyer un résumé des résultats aux participants.

L'un des premiers biais est celui relatif à la sélection des participants. En effet, la participation à cette étude s'est effectuée sur une base volontaire après accord du groupe d'assistants et des coordinateurs de séminaire 1/15, SLR ou SPMA. Ces participants ne reflètent donc pas l'ensemble des assistants en médecine générale de la Fédération Wallonie-Bruxelles.

Par ailleurs, étant donné que les GDF se tenaient aux heures prévues pour les séminaires 1/15, SLR ou SPMA, ces heures étaient comptabilisées comme présence à leurs activités, ce qui aurait pu contraindre certains des participants à être présents. Mais je tiens à souligner que les coordinateurs et moi-même avons insisté sur l'aspect volontaire de la participation de chacun. Ils avaient la possibilité de ne pas participer étant donné que la plupart des GDF se tenaient pendant la dernière heure. Les tailles des groupes de discussion focalisée de l'ULB et de l'ULiège étaient un peu élevées : étaient présents 14 étudiants pour chaque GDF de l'ULiège et 17 étudiants pour le GDF de l'ULB. Pour l'UCL, les groupes étaient composés de 8 et 9 étudiants.

Dans ces groupes de discussion focalisée, nous n'avons pas été à l'abri des effets de soumission au groupe, tenant compte de l'influence non négligeable des réponses préalables des autres membres.

Il est également possible que cette étude ait été affectée par un biais affectif dû à mon statut d'assistant en médecine générale à l'ULiège. En effet, en raison de ce statut, ma relation avec certains participants de l'ULiège a pu être une source de biais dans leur participation aux GDF, dans leurs propos et discussions. Dans ces études de type qualitative, une certaine subjectivité peut être présente dans l'analyse des résultats.

Enfin, cette étude est la toute première étude qualitative que j'effectue. Des erreurs inhérentes à cette qualité de novice dans la réalisation d'une étude qualitative peuvent donc être présentes. J'ai été néanmoins très bien accompagné sur le plan méthodologique.

VI- CONCLUSION

Notre étude avait pour but d'explorer la perception qu'ont les assistants en médecine générale de la Fédération Wallonie-Bruxelles (FWB) de l'auto-évaluation des compétences.

Nous avons pu mettre en place et réunir cinq groupes de discussion focalisée avec 62 étudiants en master de spécialisation en médecine générale de la FWB issus des promotions de 7 ans et 6 ans.

Cette étude a permis d'explorer les perceptions qu'ont les assistants en médecine générale de l'auto-évaluation des compétences. L'intérêt qu'ont montré ces derniers à l'égard de ce processus est très encourageant, l'auto-évaluation pouvant être une source d'apport personnel en termes d'identification des besoins et d'amélioration de la pratique mais aussi avoir un impact positif pour le patient. Les circonstances dans lesquelles elle est pratiquée sont diverses et variées, et cela de manière consciente ou inconsciente. Par ailleurs, les participants font une distinction entre une auto-évaluation dite formelle ou structurée et une auto-évaluation innée ou naturelle. Quelque soit la forme de l'auto-évaluation, celle-ci ne s'oppose pas aux évaluations externes, celles-ci étant plutôt complémentaires. Enfin, l'apprentissage à l'auto-évaluation dans nos cursus académiques de médecine semble être très insuffisant malgré son intérêt de plus en plus grandissant. Le rôle clé de l'assistant ou de

l'étudiant dans ce processus d'apprentissage n'est plus à démonter. Mais cela ne pourra se faire sans l'appui des autorités académiques.

Parmi les attentes exprimées par les assistants, certaines pourraient être mises en place très rapidement. Comme exemples on citera le fait de s'assurer que les grilles d'évaluations actuelles soient complétées au moins deux fois par an, ou encore le fait d'élaborer ou d'actualiser les référentiels de compétences et de sensibiliser les étudiants et les maîtres de stages à leur utilisation dès le début d'une année académique.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

Arrêté ministériel du 3 mai 1999 fixant les critères d'agréments des médecins généralistes. [en ligne]. Bruxelles, 1999. [Consulté le 23/01/2019]. Disponible à partir de : URL http://www.ejustice.just.fgov.be/eli/arrete/1999/05/03/1999022491/moniteur

Arrêté ministérielle du 1/03/2010 fixant les critères d'agréments des médecins généralistes. Bruxelles, 2010. [Consulté le 23/01/2019]. Disponible à partir de : URL http://www.ejustice.just.fgov.be/eli/arrete/2010/03/01/2010024063/moniteur

Arrêté royal du 21/04/1983 fixant les modalités de l'agrément des médecins spécialistes et des médecins généralistes[en ligne]. Bruxelles, 1983. [Consulté le 23/01/2019]. Disponible à partir de : URL http://www.ejustice.just.fgov.be/eli/arrete/1983/04/21/2018014763/moniteur

Attali C, Bail P, Magnier AM, et al. Diplôme d'études (D.E.S.) : certifier la compétence des internes à exercer la médecine générale. La Revue du Praticien-Médecine Générale 2005;19: 1237-8.

Beckers J. Développer et évaluer des compétences à l'école : vers plus d'efficacité et d'équité. Bruxelles : Les Editions Labor, 2002.

Cohen D et Crabtree B. Qualitative Research Guideline Project. [online].RWJF 2006. [Consulté le 14/01/2019]. Disponible à partir de : URL http://www.qualres.org/HomeImme-3829.html

Collard A, Melot F, Bourguignon JP. Intérêt d'un exercice centré sur la capacité d'auto-évaluation des connaissances au cours d'un dispositif d'apprentissage par problème. Pédagogie Médicale 2014, 15:73-89.

Compagnon L, Bail P, Huez JF et al. Définitions et description des compétences en médecine générale. Exercer 2013, 24:148-155.

Davis DA, Mazmanian PE, Fordis M, et al. Accuracy of physician self-assessment compared with observed measures of competence: a systematic review. JAMA 2006,296:1094-102.

Directive 86/457/CEE du conseil du 15 septembre 1986 relative à une formation spécifique en médecine générale. Bruxelles, 1986. [Consulté le 23/12/2018]. Disponible à partir de : URL https://publications.europa.eu/en/publication-detail/-/publication/d7549f57-0718-4868-89fb-868c504637c8/language-fr

Dory V, de Foy T, Degryse J. L'auto-évaluation : postulat préalable, finalité de la mission éducative ou utopie pédagogique ? Clarifications conceptuelles et pistes pour une application en éducation médicale. Pédagogie Médicale. 2009 Jul 2;10(1):41–53

Dory V. Miroir, mon beau miroir. Pédagogie Médicale. 2014 Sep 19 ; 15(2) :69-72.

Eva KW, Regehr G. Self-assessment in the health professions: a reformulation and research agenda. Acad Med. 2005 Sep 23;80(10 Suppl):S46–54.

Eva KW, Regehr G. I'll never play professional football and other fallacies of selfassessment. J Contin Educ Health Prof 2008, 28:14-9

Eva KW, Regehr G. Exploring the divergence between self-assessment and self monitoring. Adv Health Sci Educ Theory Pract 2011, 16(3):311–329.

Fernandez N, Dory V, Ste-Marie LG et al.Varying conceptions of competence: An analysis of how health sciences educators define competence. *Medical Education* 2012, 46 : 357-365.

Gordon MJ. A review of the validity and accuracy of self-assessments in health professions training. Acad Med 1991,66:762-9.

Gouvernement de la fédération Wallonie-Bruxelles, communiqué de presse du 20/03/2019. [Consulté le 03/04/2019]. Disponible à partir de : URL http://gouvernement.cfwb.be/home/presse--actualites/publications/la-federation-wallonie-bruxelles-maintient-le-sous-quota-en-medecine-generale-a-43.publicationfull.html

Grevellec C, Marchand C. Étude des autoévaluations des étudiants en soins infirmiers au décours d'expériences cliniques. Pédagogie Médicale 2014, 15:99-111.

Lacasse M, Rheault C, Tremblay I et al. Développement, validation et implémentation d'un outil novateur critérié d'évaluation de la progression des compétences des résidents en médecine familiale. Pédagogie Médicale 2017,18 (2) : 83-100.

Langendyk V. Not knowing what they do not know: self assessment accuracy of 3rd year medical students. Med Educ. 2006 Feb ;40(2):173–179.

Laurin S, Audetat Voirol M-C, Sanche G. L'approche par compétences lubie pédagogique ou réel progrès ? In: Le médecin du Québec. 2013, 48 (3) : 87-90.https://archive-ouverte.unige.ch/unige:90407

Leclercq D et Poumay M. La métacognition. In : Leclercq D, Méthodes de Formation et Théories de l'Apprentissage – Evénéments d'Apprentissage, Liège : Editions de l'Université de Liège ; 2004, chap.7

Lockyer J. Multisource feedback in the assessment of physician competencies.J Contin Educ Health Prof 2003,23:4-12.

Loi du 12/05/2011réduisant la durée des études de médecine. Bruxelles, 201. [Consulté le 24/01/2019]. Disponible à partir de : URL http://www.ejustice.just.fgov.be/eli/loi/2011/05/12/2011022199/moniteur

Loi du 30/08/2018 relative à la protection des personnes physiques à l'égard des traitements de données à caractère personnel. Bruxelles, 2018. [Consulté le 05/01/2019]. Disponible à partir de : URL : https://www.ejustice.just.fgov.be/cgi_loi/change_lg.pl?language=fr&la=F&table_name=loi&cn=2018073046

Lortholary C, Chiaverini P, Devaux B *et al.* Être médecin généraliste aujourd'hui. Laennec, 2010, 3 (Tome 58) : 28-43. [Consulté le12/04/2019]. Disponible à partir de : URL https://www.cairn.info/revue-laennec-2010-3-page-28.htm

Malterud K. Qualitative research: standards, challenges, and guidelines.Lancet. 2001 Aug 11; 358: 483–488

Mann K, Vander Vleuten C, Eva K et al. Tension in informed self-assessment : How the desire for feedback and reticence to collect and use it can conflict. Acad Med 2011, 86 (9) : 1120-1127.

Mc Gaghie W, Miller G, Sajid A, Telder T. Introduction à un enseignement médical fondé sur l'acquisition des compétences. Cahier de santé publique, no. 68, Organisation mondiale de la santé, 1978.

Nguyen D-Q, Blais J-G. Approche par objectifs ou approche par compétences ? Repères conceptuels et implications pour les activités d'enseignement, d'apprentissage et d'évaluation au cours de la formation clinique. Pédagogie Médicale. 2009 Feb 23;8(4):232–51

Noël B, Romainville M et Wolfs JL. La métacognition : facettes et pertinence du concept en éducation. Revue française de pédagogie 1995, 112 :47-56.

Patterson F. Tavabie A. Denney M, et al. A new competency model for general practice: implications for selection, training, and careers. Br J Gen Pract. 2013, 63:e331–8.

Renoux C, Lebeau JP, Potier A et al. Un référentiel de compétences pour une évaluation formative des internes en stage de premier niveau en médecine générale. Exercer 2013, 108 :185-192.

Schetgen M. L'évolution de la Médecine Générale. Rev Med Brux – 2006

Schön DA. The Reflective Practitioner: How Professionals Think in Action. Aldershot etc: Ashgate-ARENA, 1999.

Siegesmund A. Using self-assessment to develop metacognition and self-regulated learners. FEMS Microbiol Lett. 2017 Jun 15;364(11): 1-4.

Shaw E, Oandasan I, Fowler N, éds. CanMEDS-MF 2017 : Un référentiel de compétences pour les médecins de famille dans tout le continuum de formation. Mississauga, ON : Collège des médecins de famille du Canada ; 2017. [Consulté le 24/03/2019]. Disponible à partir de : URL :https://www.cfpc.ca/uploadedFiles/Resources/Resource_Items/Health_Professionals/CanMEDS-Medecine-familiale-2017-FR.pdf

Tardif J. L'évaluation des compétences : Documenter le parcours de développement. Montréal: Chenelière Éducation 2006: p. 22

Tong A, Sainsbury P, Craig J. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. International Journal for Quality in Health Care. 2007 Dec;19(6):349-357.

Wang MC, Haertel GD & Walberg HJ. What Influences Learning? A Content Analysis of Review Literature. The Journal of Educational Research 1990, 84 (1): 30-43.

Ward M, Gruppen L, Regehr G. Measuring self assessment: current state of the art. Adv Health Sci Educ Theory Pract 2002, 7:63-80.

WONCA Europe. La définition européenne de la médecine générale médecine de famille. [en ligne]. 2002. [Consulté le 18/12/2018]. Disponible à partir de : URL

http://www.woncaeurope.org/sites/default/files/documents/WONCA%20definition%20French%20version.pdf.

ANNEXES

ANNEXE 1 : GUIDE D'ENTRETIEN

L'AUTO-EVALUATION DES COMPETENCES PROFESSIONNELLES CHEZ LES MEDECINS GENERALISTES : PERCEPTION DE L'INTERET PAR LES ASSISTANTS EN MEDECINE GENERALE DE LA FEDERATION WALLONIE- BRUXELLES.

GUIDE D'ENTRETIEN FOCUS GROUPE ASSISTANTS EN MEDECINE GENERALE

Ce focus groupe est réalisé dans le cadre de mon travail de fin d'étude (TFE) pour l'obtention du grade de Master de spécialisation en médecine générale. Il a pour but d'**explorer la perception qu'ont les Assistants en médecine générale de l'auto-évaluation**.

Nous allons effectuer ces entretiens auprès des assistants en Médecine générale de la Fédération Wallonie Bruxelles (Université de Liège, Université Libre de Bruxelles et Université Catholique de Louvain).

--> Tour de table

* Nom et prénom
* Année d'études
* Formation médicale de base : en 6 ou 7 ans
* Durée de la spécialisation : 2 ou 3 ans
* Lieu de stage actuel + zone (urbaine, rurale…)
* Lieu de stage précédent (pour les 2e et 3e années)
* Type de pratique (solo, associations multidisciplinaires, maisons médicales, milieux hospitaliers)

--> Introduction

Question 1 : Pour commencer, pouvez-vous nous dire ce que vous connaissez de l'auto-évaluation ?

- Que pensez-vous personnellement de l'auto-évaluation?
- Que connaissez-vous de la notion de compétence ?
- Est-ce qu'il vous arrive parfois d'effectuer une auto-évaluation de vos compétences ?

  Si oui, comment et dans quelles circonstances ?
  Si non, pourquoi ?

(Comment en pratique effectuez-vous votre auto-évaluation ?)

NB : Tout au long de cette discussion nous allons parler de l'auto-évaluation des compétences en médecine générale.

THEME 2 : APPORTS DE L'AUTO- EVALUATION DES COMPETENCES EN MECECINE GENERALE

Question 2 : Qu'est ce que l'auto-évaluation peut vous apporter ?

Question 3 : Quelle est selon vous la place de l'auto-évaluation dans votre cursus académique ?

Question 4 : Quelle est la place de l'auto-évaluation dans votre pratique quotidienne ?

Question 5 : Que pensez-vous des évaluations externes et des supervisions par les maîtres de stage et séminaires 1/15 ?

(Y'a-t-il des choses qui vous semblent importantes et que vous pensez être mises de côté par la supervision du maître de stage ?)

THEME 3 : IMPACTS

Question 6 : Quel est l'impact de l'auto-évaluation sur l'activité d'apprentissage , en termes d'identification des besoins, des manques, de l'évolution de votre pratique clinique

Question 7 : Quel est l'impact de l'auto-évaluation sur la santé des patients ?

Question 8 : Quelles sont les circonstances /situations/raisons pour lesquelles une auto-évaluation vous semble nécessaire ?

THEME 4 : ATTENTES ET OUTILS

Question 9 : Comment peut-on vous aider à vous auto-évaluer ?

Question 10 : Estimez-vous qu'un outil vous serait utile pour une auto-évaluation en médecine générale ?

Question 11 : Quelle(s) thématique(s) souhaitez-vous aborder grâce à cet outil ?

THEME 5 : LIMITES

Question 12 : Quelles sont les limites potentielles de l'auto-évaluation en médecine générale ?

Question 13 : Quelles sont les freins à l'auto-évaluation en médecine générale ?

Remarques et suggestions

ANNEXE 2 : TABLEAU RÉSULTATS ANALYSES DESCRIPTIVES

Tableau Analyse descriptive

variables	Modalités	N	Pourcentage (%)	Mediane (P25-P75)	MOYENNE+/- Ecart-type
AGE en année		60		27 (25-28)	27.41+/-4.17
AGE catégorisé (en année)	Entre 23 et 26 ans	29	48.33		
	Entre 27 et 30 ans	27	45		
	Plus de 30 ans	4	6.67		
Sexe	Femme	41	66.13		
	Homme	21	33.87		
Année de spécialisation en année	Première	34	41.94		
	Deuxième	26	54.84		
	troisième	2	3.23		
Durée de la spécialisation en année	Deux	34	54.84		
	Trois	28	45.16		
Nombre d'année de la formation médicale de base	six	16	25.81		
	sept	46	74.19		
Lieux du cursus universitaire	Ulg	26	41.94		
	Ulb	15	24.19		
	Ucl	17	27.42		
	Autre	4	6.45		
Zone du stage actuel	Urbaine	30	48.39		
	Semi_urbaine	27	43.55		

	rurale	5	8.06		
Zone du stage précédant	Urbaine	21	47.73		
	Semi_urbaine	11	25.00		
	rurale	12	27.27		
Type de pratique médicale	Solo	27	43.55		
	Association mono-disciplinaire	15	24.19		
	Association pluridisciplinaire	5	8.06		
	Maison médicale	14	22.58		
	Hospitalier	1	1.61		

ANNEXE 3 : TABLEAU RÉSULTATS ET ANALYSES GROUPES DE DISCUSSION FOCALISÉE ULG-ULB-UCL

ANNEXE 3 : TABLEAU RESULTATS ET ANALYSES GROUPES DE DISCUSSIONS FOCALISEES ULG- ULB- UCL

Thèmes		Verbatim
Connaissances notion d'auto-évaluation	Structurée vs non structurée	- Généralement on fait une auto-évaluation à la fin d'un stage ou d'une période. C'est un peu « Est-ce que vous savez faire ça, ça, ça, etc. ». (ULB) - Il y a une forme **d'auto-évaluation un peu plus formelle** ... imposée par une personne externe. -C'est souvent des grilles toutes faites où on s'auto-évalue. Dans le cadre académique, c'est souvent des grilles d'auto-évaluation à remplir par rapport à ce que l'on a acquis ou pas. -L'auto-évaluation innée n'est pas imposée par une personne externe, elle se fait tout naturellement. -L'auto-évaluation innée qui est le fait de se remettre en question. Elle se manifeste par le fait d'être à l'aise ou pas avec un sujet, un domaine ou une situation. -C'est l'**opinion** que l'on a nous-mêmes de nos compétences -L'auto-évaluation des compétences en pratique se fait naturellement sans qu'on ne se pose la question.
	A priori vs a posteriori	-On peut aussi le faire avant, mais je ne sais pas... - … quand on s'autocritique, on s'auto-évalue. On se remet en question. Pour moi c'est aussi une auto-évaluation. - L'auto-évaluation est le fait de savoir avoir **un propre avis sur son travail**. Après avoir fait quelque chose, d'y repenser dans un second temps… -Moyen de préparation personnel en vue d'appréhender une situation ou une consultation. « Est-ce qu'on est prêt ? » -Arriver à se remettre en question par rapport à ce qu'on a l'habitude de faire. -Voir si les décisions prises sont les bonnes. Voir si on a fait plus ou moins bien. - Prendre du recul. Parfois, on fait une prise en charge et puis, en communiquant avec les autres, on se pose la question à postériori « est ce qu'on n'aurait pas dû le faire autrement ? ». C'est prendre du recul par rapport à ce qu'on ressent par rapport

		à la situation, à un choix, etc. -Apprendre de nos erreurs à la fois en ce qui concerne le traitement, le comportement, la communication et faire passer une information médicale (traitement…) -C'est plutôt une critique d'un travail, c'est plus facile de s'auto-évaluer après, et de dire ça j'ai acquis et ça je n'ai pas acquis, du coup, ça je devrai acquérir par après. -Je crois que c'est important de connaitre ses limites. J'ai plutôt l'impression que c'est quelque chose qu'à posteriori, on se dit tient ça, j'ai acquis et ça je n'ai pas acquis, donc il faudrait que je me refocalise là-dessus. -C'est plutôt une critique d'un travail, c'est plus facile de s'auto-évaluer après, et de dire ça j'ai acquis et ça je n'ai pas acquis, du coup, ça je devrai acquérir par après. -Evaluation de la prise en charge du patient, est ce qu'on trouve qu'on a été jusqu'au bout avec ce patient, est qu'on a donné de bonnes solutions, est ce qu'on a trouvé le bon diagnostic, est ce qu'on a donné le bon traitement, ou même le ressenti du patient…
	Pour augmenter le sentiment de compétence	-…rapport à une situation concrète, savoir ce qu'on peut faire et ce qu'on ne peut pas faire par rapport à cette situation, les solutions que l'on peut apporter ou pas. -prendre confiance en soi et se dire en fin d'année : « Je suis capable d'accueillir des gens, faire une anamnèse, faire un examen clinique, planifier quelque chose et clôturer la consultation, savoir gérer une consultation… ».
	Sert à l'apprentissage	-Je crois que c'est important de connaitre ses limites. J'ai plutôt l'impression que c'est quelque chose qu'à posteriori, on se dit tient ça, j'ai acquis et ça je n'ai pas acquis, donc il faudrait que je me refocalise là-dessus. -C'est plutôt une critique d'un travail, c'est plus facile de s'auto-évaluer après, et de dire ça j'ai acquis et ça je n'ai pas acquis, du coup, ça je devrai acquérir par après. -Voir comment on a évolué et de voir aussi où on peut s'améliorer. -Faire un bilan d'où on en est par rapport à où on était au départ en fait… -Par rapport à une pratique qu'on jugerait idéale, où est ce qu'on se situe. (UCL) -C'est une forme d'autocritique mais qui doit être constructive. -Nos points faibles, ce qu'on pourrait améliorer, nos qualités, nos défauts, nos points forts. -Voir où est ce qu'on est par rapport à notre pratique … ce qu'on pourrait améliorer…

		nos lacunes. -Auto progression par rapport à avant
	Aussi basé sur le ressenti du patient	- Est ce qu'il a ressenti qu'il a été bien pris en charge, c'est aussi important. -Evaluation de la prise en charge du patient, est ce qu'on trouve qu'on a été jusqu'au bout avec ce patient, est qu'on a donné de bonnes solutions, est ce qu'on a trouvé le bon diagnostic, est ce qu'on a donné le bon traitement, ou même le ressenti du patient…
Connaissances notion de compétences	Savoir	- Concernant le savoir, on évalue ce qu'on a acquis pendant notre formation en relation avec une problématique donnée. - Connaitre la médecine, mais aussi connaitre tout le contexte administratif et social. - Tout ce qui est démarche administrative (mutuelle…), tout ce que le patient à droit ou pas… ce sont des choses que l'on apprend dans le tas. - il y a 2 points : l'aspect humain (car un médecin c'est avant tout un être humain) et l'aspect scientifique. L'un ne va pas sans l'autre - purement scientifique (par exemple : savoir ce que c'est que le psoriasis, quels sont les différents types…). - Connaissances médicales…
	Savoir-être	-… dans les situations que l'on n'a pas l'habitude d'avoir, par exemple dans la dépression et certains problèmes psy, il faut un certain savoir être je pense. -On retrouve l'aspect humain et l'empathie. -il y a 2 points : l'aspect humain (car un médecin c'est avant tout un être humain) et l'aspect scientifique. L'un ne va pas sans l'autre. - Le niveau plus humain, au niveau du patient, est ce qu'on a été à l'écoute ? est ce qu'on a su le rassurer ?... - Aspect humain. -Communiquer, être empathique (savoir-être).

	Savoir-faire	-Savoir effectuer certains actes techniques ou procédures. - … Inclure la question de quand est-ce qu'on réfère ? Qu'est ce qui est de l'ordre de la MG ? Qu'est ce qui est de l'ordre du spécialiste ?… -Prise en charge médical du patient et reconnaitre quand référer. -Donner le bon diagnostic. Donner le bon traitement. -Savoir gérer les consultations

Pratique de l'auto-évaluation des compétences circonstances /situations/raisons pour lesquelles une auto-évaluation vous semble nécessaires ?	En cas de problème	-Tout dépend des situations. Si on pense avoir bien fait et qu'il y'a eu un « clash relationnel » avec le patient on peut être aussi amené à évaluer notre attitude. Est-ce que je me suis bien exprimé ? Est-ce qu'elle a mal compris ? Qu'est-ce que j'ai fait. -… par exemple un patient qui revient en consultation et on se rend compte qu'il n'a pas pris le médicament qu'on lui a prescrit la dernière fois, ça vaut la peine de se reposer la question « Est-ce que je n'ai pas bien expliqué ? Est-ce que je n'ai pas du tout expliqué ? Est-ce que j'ai utilisé les mots trop compliqués » Là c'est une remise en question qui se fait directement parce qu'on se demande soi-même s'il y'a quelque chose qu'on n'a pas exprimé clairement ou via le patient. Ce qui permet de corriger ça et de se remettre en question, car si on lui explique les choses exactement de la même manière, il risque de ne pas toujours prendre ce traitement. -Tout dépend du cas que l'on a en face de nous. Parfois on se trouve dans des situations où on n'a pas de solution… La remise en question ou l'auto-évaluation permet dès lors de s'améliorer pour la prochaine fois. -Quand on a l'impression de n'avoir pas bien géré un cas lors d'une consultation. Quand on pense que la relation avec le patient n'était pas tout à fait correcte. -Parfois on est amené à se remettre en question, ce qui nous permet d'**apprendre de nos erreurs**. … On essaye de combler ses lacunes sur le plan relationnel, médical ou pratique. -Pas uniquement sur le plan purement médical, mais aussi en termes de relation humaine. Quand on pense que la relation avec le patient n'était pas tout à fait correcte - Parfois, juste après la consultation, on se dit « tient, là je n'ai pas bien fait, là c'était un peu mieux par rapport à la dernière consultation ». -On s'auto-évalue plus quand cela se passe mal contrairement à quand ça se passe bien. Si on pense « Voilà, c'est le bon traitement. » ou « J'ai fait le bon diagnostic. » alors c'est que tout va bien. Par contre, s'il y a un truc qui nous chipote, là on se dit : « Je ne sais pas trop si j'ai bien fait ». On se remet en question plus facilement.
	Stimulée par une personne externe	-On fait de l'auto-évaluation lors des séminaires 1/15, lorsqu'on présente ses cas. Car on raconte comment on a fait et les autres peuvent nous poser des questions et on est parfois obligé de se justifier. Ce qui nous permet de revoir un peu ce qu'on a fait. -Parfois aussi lorsqu'on voit la divergence de prise en charge d'un médecin ou quand

		on discute avec un autre médecin et on se rend compte des divergences, on se remet en question et on se demande si on a bien fait, « je n'ai pas fait la même chose, est-ce que j'ai bien fait ou pas ? ». -… C'est vrai nos pratiques ne sont pas toujours les mêmes. C'est bien de savoir si c'est la sienne ou la mienne, avec les connaissances récentes, qui a la bonne pratique ? -On s'auto-évalue d'office, quand on a des retours positifs ou négatifs. Le positif, souvent c'est le patient, le maître de stage donne quant à lui les 2. -Dès que j'ai un retour, je l'analyse, je me demande pourquoi c'est positif ou négatif.
	au quotidien	-On le fait tous les jours de façon quotidienne... -Pour moi, je pense qu'on s'auto-évalue après chaque patient. Peut-être sous forme d'autocritique. Même pour des pathologies comme des pharyngites, je pense qu'il y'a encore quelque chose à apprendre. Je pense qu'on apprend de nos erreurs. -Moi je pense qu'on peut le faire faire à chaque consultation en fonction de la situation. -Après une consultation en MG, on s'auto-évalue pour voir s'il y'a des points à améliorer… -… Au quotidien même sans se dire qu'on fait une auto-évaluation, on le fait. - Je pense qu'on le fait inconsciemment pendant et après nos consultations. On voit comment est le patient à la fin de la consultation.
	en fin d'années académique	-Sous forme de grille on le fait déjà une fois par an. -En fin d'année, on a dû remplir et envoyer par courrier une grille et faire une petite lettre comme rapport de stage de 1ere année. Il fallait justement écrire ce qu'on pensait avoir acquis et ce qu'on aimerait bien acquérir l'année prochaine.

	en cas de doute	-Quand on a un doute sur un traitement ou une prise en charge. On se pose la question de savoir si on a bien fait ou pas et on va le vérifier… -… Il y'a des situations où on est beaucoup plus à l'aise et il y a des situations nouvelles qui entrainent parfois un sentiment de panique ou d'inconfort. Ce qui nous permet de nous rendre compte que dans certains domaines particuliers il y a un manque ou des lacunes. Et quand on se sent à l'aise, on a le sentiment d'avoir été bien formé. -Quand on est **face à des choses qu'on fait moins souvent dans notre pratique quotidienne**. Par exemple, j'ai une euthanasie à réaliser bientôt, j'ai essayé de revoir les différentes étapes de la procédure pour être sûre de bien la réaliser et après j'aimerai bien savoir si j'ai bien fait, avoir un bon retour. C'est vrai qu'on aurait aimé tout bien faire, pour les choses qu'on fait tous les jours on est assez sûre de nous mais pour les choses rares on est moins sûre.
Apport personnel de l'auto-évaluation	Identifier les besoins pour améliorer sa pratique	-C'est très important de voir nos faiblesses. De voir comment on peut s'améliorer. Sur quel point on doit s'améliorer ? Qu'est-ce qu'on doit changer ? - Ça permet aussi de faire le point sur ce qu'on a bien géré, identifier où ça ne va pas trop bien. -l'auto-évaluation nous pousse à chercher des réponses et à « update » nos connaissances via des formations continues, des sites de références … - Ainsi on peut aller trouver d'autres personnes pour nous aider à nous améliorer. -Ça aide à savoir quand on doit s'arrêter et demander l'avis de quelqu'un d'autre. - Nous permet d'améliorer notre pratique. - Ça nous permet de **savoir comment s'améliorer**. - … Pour moi **l'auto-évaluation c'est quelque chose qui permet de s'améliorer en continu**. C'est comme une remise en question, mais qui permet d'avancer en fait. - C'est comme une remise en question, mais qui permet d'avancer en fait. -En ce qui concerne nos consultations, ça ne peut qu'apporter du positif je pense… Nous sommes dans une profession qui évolue beaucoup. -… Se remettre en question permet d'identifier ses lacunes et de les combler. -L'auto-évaluation de fin de première année m'a permis d'effectuer une rétrospective sur ma première année, réfléchir sur ce qui s'est bien passé. Se dire à la fin de cette

		année, « j'ai ça dans les pattes… ». Ce processus m'a aidé. -Par rapport à ce que l'on a fait l'année passée, on peut être amené à s'auto-évaluer pour voir où ça a été difficile. Par exemple, on peut se rendre compte que l'on a des difficultés dans la prise en charge des soins palliatifs et prendre les dispositions pour y remédier… -… Si on ne se remet pas en question, il serait difficile d'acquérir certaines compétences. -… on peut se rendre compte que l'on a des difficultés dans la prise en charge des soins palliatifs et prendre les dispositions pour y remédier… -Il faut très souvent cette remise en question, car si on n'essaye pas de s'auto-évaluer, on se retrouve devant les patients à faire toujours les mêmes erreurs… - Plus d'autonomie. - Clarification de certains points. -Permet d'acquérir une certaine expérience. -Améliore la qualité des performances. -Ca permet d'avancer dans notre apprentissage et de nous améliorer… -Si on ne s'auto-évalue pas très souvent, on ne saura pas ce dont on a besoin en réalité pour avancer.
	augmenter sa confiance en soi/bien-être personnel	-La confiance en soi. -ça peut aussi être un renforcement positif, apporter quelque chose de bien. - Ça permet de se sentir bien par rapport aux situations et dans ce qu'on fait. -Etre plus sûre de soi aussi. Se dire « ça je suis sure puisque je l'ai vérifié la fois passé car je ne le savais pas ». Et donc la fois d'après on est plus certain. -Dans tous les métiers, dans la vie professionnelle on a besoin de s'auto-évaluer, sinon on n'ira pas plus loin. On restera avec ses craintes et ses aprioris, ce qui ne nous permettra jamais d'avancer. -… Ce qui permet par après d'être à l'aise dans la prise en charge de ces patients en soins palliatifs… - Permet de se sentir rassuré dans sa pratique quotidienne. - Améliore aussi le savoir et l'aisance. Par exemple peut-être il y a un mois j'aurai stressé sur un cas mais aujourd'hui c'est plus facile de l'aborder. - Satisfaction personnelle du devoir accompli. -Ca peut nous permettre aussi d'être plus sure et donc moins hésiter en consultation.

		Si on connait nos lacunes on peu essayer de les corriger pour ne plus avoir peur.
Impact de l'auto-évaluation sur la santé des patients	satisfaction du patient	-Le meilleur reflet de l'auto-évaluation personnelle, c'est la réaction du patient quand il quitte le cabinet. Ça se voit quand il est satisfait sur tous les points (médical et humain). --En médecine générale on revoit souvent les mêmes patients. On peut dès lors voir si par rapport à la fois passée, le traitement a fonctionné, s'il a été compliant… On peut s'auto-évaluer via la réaction de nos patients.
	amélioration de la qualité de sa prise en charge	-Si ça permet qu'on s'améliore, ça permet dès lors que le patient soit mieux soigné et rassuré. -Une meilleure prise en charge. -pour le patient, mieux on fait de l'auto-évaluation, mieux c'est pour eux forcément.
	climat de confiance et d'assurance	-Si ça permet qu'on s'améliore, ça permet dès lors que le patient soit mieux soigné et rassuré. - Une meilleure relation de confiance. Quand on ne s'est pas trouvé assez bon, en disant tout honnêtement au patient, il se sent en confiance et est reconnaissant. -ça nous donne une confiance en nous, confiance ressenti aussi par le patient. Il se sent mieux prise en charge. Et pas uniquement au niveau des connaissances mais aussi de la manière. Ce qui permet de dissiper un peu son doute.

Apprentissage de l'autoévaluation dans le cursus académique (Faculté et MS)	Présence/absence dans le cursus de base	-Non, ça n'existe pas dans notre cursus académique. -Pas du tout. -Durant les stages à l'hôpital, les médecins hospitaliers n'ont pas vraiment le temps. Ils ne nous demandent pas notre avis par rapport au stage et ne nous poussent pas à nous auto-évaluer. -Je ne pense pas que nous soyons formés à nous auto- évaluer. Nous le faisons de manière spontanée. - Non. - … On ne nous a pas appris à nous auto-évaluer. On est parfois amené à l'apprendre tout seul sinon on n'avance pas. - On n'a jamais eu de moment où on nous demande d'effectuer ou d'apprendre à effectuer une auto-évaluation. -Pas du tout, on se fait souvent évaluer par les autres, souvent avec des grilles standards qui n'ont rien à voir avec le terrain... Donc c'est plus une évaluation par des autorités. - Non, on ne nous apprend pas du tout à nous auto-évaluer. -A la fin des stages, quand on était stagiaire s'était un peu « alors qu'est-ce que toi tu trouves que tu as bien fais et que tu as bien fais », **« si tu devais te coter, tu te donnerais combien ? ».** On était dès lors obligé de faire une introspection avant de pouvoir comparer à ce que le maitre de stage avait dit. -Il y a parfois des exceptions. Par exemple, lors de certains stages, tout dépend de la personne avec qui on effectue le stage. Parfois, on a l'occasion d'effectuer un feed-back sur ce qu'on a appris mais c'est assez rare. Pour moi ce n'est arrivé qu'une seule fois dans tous mes stages. Tout dépend vraiment de l'endroit où le stage a été effectué. -Dans le cursus, on est amené souvent à s'auto-évaluer parce qu'on nous remet en question sur ce qu'on fait. Par exemple, lors de certains stages on nous pose des questions telles que « tu es sûre ? », « pourquoi tu as fait ça ? », « pourquoi il faudrait doser ça ?» … On nous incite quand même assez. Mais **je ne sais pas quel est la part innée de cette remise en question et quelle est la part de conditionnement par l'unif** ou par l'école, même avant au secondaire… Par exemple, pendant mon secondaire, je me souviens que les profs disaient « il faut avoir l'Esprit critique, il faut

		avoir la jugeote, être pertinent, etc, sinon … ». J'ai l'impression que mon parcours scolaire m'a amenée à ça.

	Type d'autoévaluation	-Maintenant, je pense que les fiches d'évaluation de stages ont changé pour ceux qui ont fait leur cursus en six ans. Il y a vraiment une partie auto évaluation pour chaque stage de médecine générale en tout cas… -En bac, on avait tout le temps des bazars, des numéros lors des examens, des **coefficients de certitudes**. C'était déjà lors de nos premiers examens. Mais je ne sais pas si ça nous a appris quelque chose. Mais en tout cas on les avait en bac. Je pense que c'était le but en tout cas. - En bachelier, ils nous disaient que les coefficients de certitudes avaient pour but de savoir jusqu'à quel niveau tu étais certain. Puisque dans ton futur métier tu devrais te dire, « je suis sûre de ma décision, je le fais. Ou alors, je ne suis pas sûre, je ne le fais pas ». Oui je pense que ça m'a quand même un peu appris à m'auto-évaluer. -Pour nous les R6, à la fin des stages, il y avait une feuille de cotation avec la feuille d'évaluation du lieu de stage et la feuille d'auto-évaluation. Feuille d'auto-évaluation que systématiquement on ne remplissait pas toujours. Mais cette feuille d'auto-évaluation était quand même là. Par rapport aux feuilles de bac avec coefficients de certitudes où c'était systématiquement complété, ici lors des stages ce n'était pas obligatoire. C'était à l'étudiant de décider de le compléter ou pas. C'est toi l'étudiant qui gérait la chose. - … il y'a le fameux carnet de stage à rendre en fin d'année, dans lequel on doit faire un résumer de l'année écoulée et expliquer les compétences acquises… -Moi, j'ai eu une évaluation au dernier stage de médecine générale en post concours où il y avait une liste de compétences (savoir, savoir être savoir-faire.) qui était reprise, une colonne où est ce que l'étudiant semble se situer ? qu'est-ce que le maître de stage évalue ? et enfin avec une côte numérique. Moi j'ai rempli ma partie, le maître de stage rempli devant moi sa partie et puis il a fait un commentaire oral et il a mis une côte. - Un peu quand même pendant les stages via les fiches de stages.

Evaluations externes et autoévaluation	Avantages et inconvénients de l'évaluation externe	-Lors des supervisions, Il y a un échange entre le maître de stage et l'assistant. On se rend compte qu'on maitrise moins certaines compétences et on a la possibilité d'en discuter avec le maître de stage. Pour ce qui est des connaissances théoriques, il va peut-être nous orienter vers des sites internet ou autres outils de références. Pour ce qui est du savoir-être, peut-être aussi que le maître de stage ayant eu des retours de ses patients, que nous avons vu lors de certaines consultations et qu'il revoit lors des consultations suivantes, pourrait nous faire part du ressenti de ces derniers. -C'est toujours bénéfique d'avoir l'avis de quelqu'un qui est plus âgé, plus expérimenté, plus mature dans son travail. -Les supervisions hebdomadaires par les maîtres de stages sont très enrichissantes. Chaque semaine, j'ai une réunion avec mon maître de stage. Lors de cette réunion, je peux lui parler de tous les cas où j'ai eu un souci ou une inquiétude. Alors elle me donne son avis. Ce qui me permet aussi de me corriger. -… ça permet de s'accorder aussi avec les autres thérapeutes. S'accorder sur la prise en charge. -Dans mon cas, je vois mon maître de stage chaque soir ce qui permet d'avoir un échange par rapport à certains patients. Ainsi je peux avoir son avis par rapport à certains cas. - Elles sont nécessaires. - Important pour avancer en ayant un avis externe. - Permettre d'avancer et de s'améliorer. - Permet d'avoir un regard extérieur afin de mettre le doigt sur ce qui va et sur ce qui ne va pas. - Tout seul, on ne sera pas très motivé à faire de l'introspection à mon avis. - Lors des séminaires 1/15, on a la chance d'avoir le regard de tous les co-assistants face à une problématique avec des approches différentes …Heureusement qu'on n'a pas qu'un seul regard sur notre travail, sinon ça deviendrait trop peu pour tout un assistanat. -lors des séminaires locorégionaux, ce qui est bien c'est qu'on est un groupe. Les uns et les autres participent, on trouve des solutions ensembles. Je trouve qu'on se pousse vers le haut et on partage des expériences. Je trouve ça bien. - On ne se sent pas trop évalué, lors de ces séminaire, on ressent beaucoup plus une

		aide, un soutien - ici il n'y a pas de jugement. On s'évalue entre nous et on ne se sent pas jugé… -L'évaluation externe du savoir-être est très subjectif. - Pour moi, l'évaluation externe dans sa globalité est subjective. - Cette subjectivité est discutable. Elle est censée être plus objective que l'auto-évaluation. Tout dépend du cadre dans lequel on l'effectue. -C'est quand même subjectif dans la mesure où chaque médecin qu'on va croiser a un peu sa pratique… Parfois on a un maître de stage qui va dire « Moi je ne fais pas comme ça… », et qui va critiquer notre travail, parce qu'il a sa façon à lui de faire. Et puis le maître de stage de la fois d'après va expliquer tout à fait autre chose et dire qu'il ne fonctionne pas comme le précédent. **Se faire juger son travail par quelqu'un d'autre à toujours quand même un côté subjectif…** -Parfois on fait un truc au boulot, on nous dit que c'est très bien, mais quand on présente le même cas lors des séminaires 1/15 on se rend compte qu'il y avait plusieurs autres façons de faire. -En ce qui me concerne, je trouve qu'il y a un problème de qualité. C'est trop subjectif. Il m'est déjà arrivé de lui poser une question par rapport à un patient, il m'a donné sa réponse mais, je n'étais pas convaincu et j'ai remis en doute ce qu'il me disait. « De toute façon je fais à ma mode moi ». -Moi je suis souvent en contradiction avec les opinions de mon maître de stage et **je perçois la supervision un peu comme un acharnement**. Je ne trouve pas ça très constructif. - Moi c'est quand je coince mon maître de stage, je lui dis qu'il faut que je te parle des patients, elle me dit « oui, oui oui… je t'appelle après » et généralement c'est appel téléphonique à 23h, on parle des patients sans les dossiers et tout. Et encore c'est vraiment 2 ou 3 patients et après on est fatigué. -C'est parfois très subjectif, on n'est pas forcement en phase avec la personne qui nous évalue. Alors que la médecine c'est quelque chose qui est à soi. Chacun a sa façon de la faire. D'autres sont beaucoup plus théorique et beaucoup moins humain, d'autres sont beaucoup plus psycho, et ça ne les empêche pas d'être des bons médecins… - Mais les supervisions sont souvent subjectives. Ça dépend de la relation entre le

		maître de stage et l'assistant et aussi de la manière dont l'assistant présente les choses car le patient en question n'est pas présent. - Pour moi aussi c'est subjectif (excepté les situations purement EBM). Pour un même cas, face à cinq personnes différentes, on aura cinq avis différents selon la personnalité de chacun. - quand on est en stage ou à l'hôpital, le souci c'est que ce sont les maîtres de stage qui nous évaluent, mais on n'est quasiment jamais avec eux. -L'évaluation de fin d'année d'assistanat était floue et vague. Pour moi c'était bizarre… Elle a complété le document et signé. Moi je l'ai envoyé mais nous n'avons pas pu en discuter. - J'ai souvent envie de voir le maitre de stage à la fin de ma journée mais lui il a encore plein de personnes à voir. Le temps alloué aux supervisions me semble insuffisant. Je n'ai en outre pas envie de prendre trop de son temps. -Ça doit être empreint de beaucoup de bienveillance…
	Complémentarité autoévaluation et évaluation externe	**-L'auto-évaluation et les évaluations externes sont complémentaires**. - Pour moi, ces supervisions me permettent de poser toutes les questions que je me suis posé sur un cas clinique. Par exemple, j'ai eu une patiente chez qui j'hésitais entre 2 traitements et j'ai dès lors demandé au maître de stage « qu'est-ce que tu aurais toi fait à ma place ? ». -Ça permet aussi de vérifier son auto-évaluation. Parfois on a des retours positifs alors qu'on a l'impression qu'on fait super mal quelque chose. Et là on se rend compte en fait qu'on fait bien. Cette interaction avec le maître de stage, peut aussi nous permettre de remettre en question la qualité de notre auto-évaluation. Est-ce que je m'auto-évalue correctement ? Ne suis-je pas trop sévère ou trop laxiste lors de l'auto-évaluation de mes compétences ?... Je pense qu'on n'insiste pas assez sur le savoir-faire. Tout ce qui est savoir, oui, les examens cliniques et complémentaires…

Outils -Estimez-vous qu'un outil vous soit utile pour une auto-évaluation en médecine générale ? -Si oui, de quoi avez-vous besoin ?	Outil personnalisable	-... **Je suis beaucoup plus pour une grille personnalisée**. - Il faut un outil qui reflète la pratique du cabinet où on est. Parce que si c'est une grille faite par une autorité de médecine générale pour tout le monde, ça ne va peut-être pas refléter la pratique de chaque cabinet. Et aussi chaque maître de stage a certaines choses qu'il préfère et qu'il pourra mettre dans sa grille. - Des balises générales (donc pas trop spécifiques) pouvant être modulées par l'étudiant et son maître de stage peuvent être intéressants. -On travaille actuellement avec des critères instinctifs parce qu'on n'a pas autre chose. Si on sort des grilles d'auto-évaluations, je n'irai peut-être pas piocher tous les critères mais une partie des choses. Par exemple, les points ou j'ai tendance à moins m'auto-évaluer. Est-ce que ça je l'ai bien fait ? Oui ou non ? On s'auto-évalue tout seul. -La grille doit être en fonction de nos besoins propres. En médecine générale il faut bien s'arrêter quelque part.

	Forme de l'outil	-Mettre à disposition des étudiants des cas un peu typiques et voir de manière théorique comment on réagirait face à ces cas. Exemple cas d'infection urinaire chez une femme enceinte, que doit-on mettre en place ? Avec possibilité de feed-back sur les plateformes comme E-campus ou autre. -Mais pas une longue liste car ça devient alors stressant. Je pense qu'on déjà assez de stress dans notre pratique quotidienne. -Ce que nous avons actuellement sous forme de grille d'évaluation me semble suffisant. Il faut juste dès le départ discuter avec le maître de stage sur ce qu'il attend de toi. -Lors des « startingdays », nous avons eu entre autres une grille des compétences, mais ça reste flou… - Pour ceux qui ont fait leur formation en six ans des grilles stages étaient déjà disponibles. L'idée de ces grilles-là était que l'étudiant s'auto-évalue et puisse discuter de cette auto-évaluation là avec le Maître de stage, avant que le maître de stage remette ses points. - La grille d'évaluation de fin d'année d'assistanat mais qui ne sont pas sous forme d'auto-évaluation, car ce sont les maîtres de stages qui nous évaluent et nous font un retour s'ils veulent. On devait faire notre auto-évaluation de notre côté, le maître de stage en fait de même et on confronte les résultats obtenus lors d'un entretien… -Finalement avec l'organisation actuelle, quand on fait l'assistanat en 2 ans, il n'y a qu'une seule qui soit utile : celui qu'on fait au milieu des 2 ans puisqu'après la 2e on est lâché directement dans la nature. -Ça dépendra de la grille je crois. Si elle est vraiment bien faite et que ça nous aide, je pense qu'on le fera. Mais si l'outil n'est pas bien conçu on le fera une fois par curiosité et plus jamais. -Peut-être il faudrait allier la grille à des outils ou des références. -Ce serait trop bien en début d'année d'avoir une liste les compétences à acquérir. Et donc permettre à l'assistant de travailler en fonction de ces compétences. Ce ne doit pas être un canevas rigide. -L'outil utilisé lors du rapport de fin d'année pourrait être intéressant si on avait la possibilité d'en discuter avec le MdS. Pour moi comme pour la plupart, le maître de stage l'a rempli seul et on devait juste l'ajouter au carnet de stage et l'envoyer. - Moi quand je l'ai fait, j'ai trouvé ça intéressant mais c'était toutes des remarques

		justes avant de partir. En rétrospective tout ce qu'on aurait pu améliorer on ne peut plus le faire car le stage s'achève. Moi, j'ai trouvé ça très frustrant. Si j'avais pu avoir ça à 3 mois puis à 6 mois, ça aurait été plus bénéfique. A 3 mois, ça m'aurai permis de vraiment me focaliser et dire ça il faut que je l'améliore pendant les 3 prochains mois. - Des balises générales (donc pas trop spécifiques) -Via une plateforme électronique destinée aux assistants. - Moi je ne suis pas demandeur d'un outil. Je trouve qu'on a les outils. On a déjà le carnet de stage à faire et franchement je ne l'ai pas encore fait depuis le début et ça me fait flipper. Je me dis : « je dois déjà rattraper combien de semaines ? ». Des fois, j'ai l'impression que ce n'est pas concret de devoir écrire sur un papier. -On peut utiliser la grille d'évaluation de fin d'année. Moi mon maître de stage avait fait ça l'année dernière. Je devais d'abord remplir toute la grille au crayon. Puis chaque fois, il me demandait « pourquoi tu as mis ça ?», « pourquoi ça ? », etc et on ouvrait le débat. Et j'avais trouvé ça plutôt sympa. Et d'ailleurs, je trouve qu'il y avait beaucoup de positifs qui sortaient et moins de négatifs. En gros j'avais trouvé ça chouette… Sur le moment, j'avais trouvé ça bien mais je ne me rappelle plus le contenu de ce qu'on s'était dit. Mais la méthode m'avait plu. - Ce serait beaucoup plus utile qu'en fin d'année. Car lorsqu'on change de maître de stage, cette grille ne vaut plus rien. Par contre si on la fait après six mois, on a encore six mois pour nous améliorer. Et donc ça pourrait être plus utile. - Il nous faudrait des outils sur lesquels on pourrait se reposer aussi. Parce que si on doit à chaque fois aller chercher dans nos cours c'est lourd…

	thématiques à aborder	-Les compétences en lien avec le savoir, le savoir faire et même le savoir-être. On peut mettre des questions relatives à l'utilisation des mots simples pour expliquer les choses aux patients. L'écoute… -Attitudes vis-à-vis des patients. - les compétences à acquérir et attentes -un peu de tout. Toutes les compétences dont on a parlé. Voir le lien qu'on a avec le patient. Le retour du maître de stage de certains patients, si on a des couacs ou pas de couacs, au niveau des dossiers, voir si on a une bonne attitude, les actes technique. Je crois que c'est tout ce dont on parlé tantôt. Faire des points de toutes les compétences. - Au niveau diagnostique, traitement et prévention. Et des compétences principalement liées à la médecine générales. - Gestion d'une consultation. - Compétences à acquérir. -Il faut ajouter l'auto évaluation de comment on se sent dans la pratique par rapport à son maître de stage. Est-ce qu'il ya des choses qu'on pourrait améliorer ? Est ce qu'il ya des choses qui vont bien ou pas ? Il faut à la fois une critique générale du lieu où on travaille et la coopération. Donc on doit pouvoir se dire qu'on peut avoir un impact sur le maître de stage et le lien qu'il ya avec lui.
	basé sur les compétences à acquérir	-Mettre à la disposition de l'assistant et du MdS une liste des actes techniques à effectuer absolument… -Ce serait trop bien en début d'année d'avoir une liste les compétences à acquérir… Ce ne doit pas être un canevas rigide. - Ce serait peut-être plus facile si on avait des balises du genre « au bout de 4 mois vous devez être capable de faire ça ou ça ». - Ça doit être des balises plus larges qui donnent un fil conducteur et où tu sais plus ou moins ce qu'on attend de toi.

	Intérêt d'un outil	-Mais si c'est juste instinctif, tu ne t'évalue que pour ce que toi tu penses qui est embêtant. Et **tu n'explore pas ce qui aurait dû être important et que tu n'as même pas pensé**. -En faisant juste une auto-évaluation sans critère, on va peut-être juste s'auto-évaluer sur les points négatifs ou seulement quand quelque chose ne va pas. Alors qu'avec une grille on verra les points positifs un peu plus ressortir. -**Quand on s'auto-évalue tout seul sans grille, on explore mieux ce qu'on connait. On n'explore pas ce qu'on ne connait pas, ni ce qui pourrait être aussi important**. -… il faut une grille et des critères. **-un outil est utile pour l'autoévaluation en générale, maintenant la forme de l'outil est la question qu'on se pose** -Si on réussit à remplir les grilles d'objectifs à atteindre, on aura quand même acquis un minimum de compétences et le reste viendra par après… - Une grille de compétence pourrait booster à la fois le maître de stage et l'assistant. -…ça doit donner une piste pour savoir sur quoi s'auto-évaluer -Si on nous donnait un tel outil au début, ça permettrait de voir où on progresse et des points sur lesquelles il faut encore travailler. En discuter lors des supervisions et essayer de tout faire pour arriver à ces objectifs. Je trouve ca assez sympa du moment où ca reste pas trop passif.
	obligatoire vs non obligatoire	-Une forme libre, qu'on peut compléter tout seul, quand on veut. -Le faire sans obligation pour que ça ne vire pas en critique ou examen. Non contraignant. Car si on se sent obligé de le faire on risque de mettre n'importe quoi. - Ah non pitié, pas de grilles obligatoires. Car ça va nous mettre une pression supplémentaire. Même les feuilles de données de stage à compléter chaque semaine pour le carnet de stage sont déjà stressantes et nous mettent beaucoup de la pression. Parfois en complétant ce document, on se sent gêné de n'avoir pas fait d'acte technique ou assisté à une conférence. -Moi je ne suis trop pour les grilles, si en plus c'est obligatoire ça ne va pas aller. Je peux encore accepter de remplir une grille de compétence sans contrainte s'il est bien fait et pas trop long… -Il ne faut pas rendre le remplissage de la grille obligatoire … Nous sommes obligés de remplir les feuilles du carnet de stage, mais très sincèrement je le fait sans

		conviction, juste parce qu'il le faut. - le problème est qu'on sait que cette auto-évaluation de fin d'année va être soumise à l'INAMI, mais ça reste une contrainte plus qu'autre chose, pour moi il ne faut pas rendre l'auto-évaluation obligatoire… -Si c'est en forme libre, sans obligation, qui après six mois va encore le faire. En tout cas s'il n'y a pas d'obligation mois je ne le ferai pas. -Des grilles d'auto-évaluations, … obligatoires. -S'il n'y a pas d'obligation on ne va pas le faire. On ne va pas prendre le temps de le faire. C'est vrai que je n'aime pas le côté obligatoire parce que c'est pénible quand c'est obligatoire. Mais en même temps il le faut sinon on ne le fait pas. -Mettre le point sur l'obligation sinon ça ne va pas se faire. Sinon on va le mettre dans le timing pour le faire mais on va le reporter à chaque fois et finalement ne pas le faire. je n'aime pas le côté obligatoire car c'est pénible mais si ce n'est pas obligatoire il ne sera pas fait, c'est pourquoi je dis oui et non en même temps. « Je n'aime pas quand c'est obligatoire mais il le faut ».
Attentes par rapport à l'outil	Soutien à la supervision	-… discuter avec le maître de stage aussi. -Il se serait important de discuter avec le maître de stage notamment. -… On devait faire notre auto-évaluation de notre côté, le maître de stage en fait de même et on confronte les résultats obtenus lors d'un entretien… -Il faudrait qu'on puisse s'évaluer indépendamment des remarques qu'on nous donne déjà sinon on serait influencé. Et pareil pour le maître de stage et puis ensemble on en discute point par point… -Il serait bien d'avoir un outil ou une grille d'auto-évaluation à compléter individuellement par l'assistant et le MdS puis discuter avec le maître de stage par rapport à certains points ou objectifs. -Il faut un canevas qui nous permette de nous auto-évaluer et puis de discuter avec notre maître de stage. -Moi je trouve que ce serait bien de faire une auto-évaluation puis d'en discuter avec le maître de stage juste pour nous, entre nous pour avancer. Elle ne doit pas être cotée. Sinon on se dit il faut que je réussisse et on évite de montrer nos points négatifs…

Fréquences d'auto-évaluations	Tous les 3 mois	- à 3 mois puis à 6 mois puis 1 an. -Tous les 3 mois c'est bon. Il faut le temps de laisser évoluer, d'approfondir… -Au séminaire, si tous les 2 -3 mois on prend tous ensemble 15 min pour remplir notre auto évaluation, je pense que tout le monde le ferait. Ce n'est pas très académique, mais au moins tout le monde va prendre le temps de le faire. - Je trouve que 2x/an ce n'est pas assez. Il faut voir l'évolution. - Tous les 3 mois c'est bien. - Je pense qu'on peut quand même voir l'évolution si c'est espacé. Si tous les jours on s'auto-évalue, on se dira qu'on n'avance pas. Par contre, si un prend un temps et qu'on regarde 3 mois après, on peut se dire « Ok. Finalement là, quand on regarde les 4 mois qui se sont écoulés, je suis quand même beaucoup plus à l'aise avec le patient maintenant que quand on a commencé. ». On est un peu moins stressé par toutes les plaintes un peu atypiques qui arrivent en médecine générale comme par exemple « J'ai l'œil qui tremble. » ou « J'ai mal au bout du doigt. ». En gros, des trucs qui sont difficiles à apprendre dès le premier jour. Puis maintenant on se dit « Ok. On va gérer ça comme ça ». Trois mois c'est mieux que tous les 6 mois ou tous les mois.
	Tous les 6 mois	- Eva à 6mois puis à 1 an… - Il faudrait que les maîtres de stages prennent le temps de discuter avec les stagiaires au milieu du stage. Au milieu du stage, ce serait bien de discuter avec l'étudiant sur ce qui ne va pas et sur ce qui va bien. Ça permettra à l'étudiant de s'améliorer dans la deuxième moitié du stage avant l'évaluation de fin de stage. -Pour avoir utilisé cette grille d'évaluation de fin de stage l'année dernière, je crois que 2x/an serait mieux. **Mais pas forcément avec une note écrite après 6 mois**. **Car une note écrite peut très vite casser la confiance en soi plutôt que de la booster**. On peut faire l'auto-évaluation d'abord seule, ce qui nous permettra d'avoir une idée des points à améliorer ou des techniques à acquérir. En rediscutant avec le maître de stage suivant cette auto-évaluation, on peut aborder certains points en profondeur dans un contexte différent des supervisions de chaque semaine. -Moi, 6 mois c'est bien. Car 3 mois c'est court. C'est le temps de s'adapter à un nouvel endroit. Donc je trouve que c'est court ; surtout quand j'avais commencé l'année passé. Les 3 premier mois on s'habitue juste, tout est nouveau. Au milieu de l'année,

		c'est mieux car on a l'autre milieu de l'année pour s'améliorer s'il le faut. - si on prend la grille pour ceux qui ont déjà fait un an. Au lieu de compléter cette grille d'évaluation en fin d'année, on pourrait peut-être ramener cette grille à 6 mois car la plupart des assistants qui changent de maître de stage en fin d'année ne garde rien de cette évaluation. Ce n'est peut-être pas une grille droite, mais ça permet à l'assistant de discuter sur certains points avec le maître de stage… Ainsi ne pas se retrouver juste avec une grille qu'on remplit juste pour l'envoyer au SPF. - Une à deux fois par an dans le sens où il faut laisser le temps d'évoluer. Dans le sens que s'il y a quelque chose de négatif, il faut le temps de changer. - Tous les six mois c'est bon - Deux fois sur un an.
Biais liés à l'auto-évaluation	sous-évaluation	-même si on a bien géré un cas, c'est difficile de dire qu'on vaut un 19 ou 20. On essaye de baisser un peu la cote à environ 16 ou 15. -Parfois lors des auto-évaluations on est trop dure avec soi-même. Quand on doit s'auto-évaluer soit même devant quelqu'un d'autre, on ne veut pas faire le malin. -Parfois on est amené à nous sous-estimer. Par exemple, si le maître de stage a accès à cette auto-évaluation et si on met une côte élevée, il risque de nous trouver prétentieux. - J'ai comme l'impression qu'on se rabaisse vite. On sous-estime parfois des compétences qu'on a et on se sous évalue, on se dit qu'on ne connait jamais assez. -Dans ce genre de situation, je trouve qu'on se dit que si on se note plus que notre maitre de stage, on va passer pour un con. Je crois que ça joue énormément - L'auto-évaluation peut être subjective. Tout dépend de son but.
	Surévaluation	- Tout dépend de l'issu. Si mon auto évaluation va influencer le maître de stage dans sa côte, je vais me sur estimer. - L'auto-évaluation peut être subjective. Tout dépend de son but.
Attente vis-à-vis du département de MG	Elaborer et mettre à disposition les grilles de compétences	-Elaborer des grilles de base qu'on pourrait modifier en fonction des situations et des sous-items peut-être. -Mettre une grille de base à la disposition des assistants et des maîtres de stages. -Elaborer une grille des compétences à acquérir et l'expliquer aux assistants et aux maîtres de stages.

	Poser un cadre (obligation, MdS)	-Il faut qu'il rende l'usage de l'outil d'auto-évaluation obligatoire. Car si on propose un outil ou une grille d'auto-évaluation qui n'est pas obligatoire, je ne le ferai jamais. -Rendre l'auto-évaluation et la discussion avec le MdS obligatoire. -S'il n'y a pas d'obligation on ne va pas le faire. On ne va pas prendre le temps de le faire. C'est vrai que je n'aime pas le côté obligatoire parce que c'est pénible quand c'est obligatoire. Mais en même temps il le faut sinon on ne le fait pas. -Mettre le point sur l'obligation sinon ça ne va pas se faire. Sinon on va le mettre dans le timing pour le faire mais on va le reporter à chaque fois et finalement ne pas le faire. je n'aime pas le côté obligatoire car c'est pénible mais si ce n'est pas obligatoire il ne sera pas fait, c'est pourquoi je dis oui et non en même temps. « Je n'aime pas quand c'est obligatoire mais il le faut ». -Je trouve que l'auto-évaluation n'aura un sens que s'il conduit à une discussion avec un superviseur. - Nous devons pouvoir discuter avec notre maître de stage après notre auto-évaluation. L'idéal est que ça reste entre nous. Mais, j'ai l'impression que si ça ne reste qu'entre le maître de stage et l'assistant, il y a plein de fois où ça va passer à la trappe. **Donc le département doit permettre et assurer sa faisabilité**. - Il faudrait faire son auto-évaluation, rediscuter avec le maître de stage, compléter la grille et envoyer au département. Mais ça ne doit pas être coté. - Est ce qu'on le fera s'il n'y a pas d'obligation ? Moi je ne crois pas. Il n'y a aucune obligation pour le moment pourtant personne ne le fait. - Moi ça m'embête les deadlines et le fait de devoir la rendre.
	Formations à l'autoévaluation	-Il faut au moins nous en parler. Avant de commencer les stages de Master. - Ce serait intéressant si cette formation est faite après quelques mois de stages. Car avant le début de stage, ça ne nous intéresserait qu'à moitié. -Il **faut une formation pour les étudiants et pour les maîtres de stages.** Du moment où on donne une formation, ils doivent aussi être à jour. Parce qu'il y'a certains qui ne vont pas comprendre le concept or il faut l'implication des deux. Je pense que ça doit être dans les deux sens. -Bien recadrer en quoi consiste l'auto-évaluation. La différentier de la critique, du questionnement… -Bien faire comprendre de quoi on parle… -Présenter les différents outils disponibles et expliquer aux différents acteurs

		comment les utiliser… -Je pense que ce serait bien qu'ils insistent sur l'aspect humain lors de ces formations. -Insister sur les compétences à acquérir par l'assistant lors des formations à destination des maîtres de stages.
	Aucune attente	-Je pense qu'il faut que la faculté nous laisse tranquille. On en a un peu marre de ce côté académique. Même si on fait une auto-évaluation selon les dictats de l'autocratie pure et dure, une auto évaluation ça ne collera pas parce qu'on ne parlera pas de la même chose. On se sent déjà un peu trop cadenassé…
Limites et freins	Subjectivité	-L'autoévaluation reste subjective. Car lors de mon auto-évaluation, si j'ai envie de faire l'autruche, je vais le faire. Ou alors je peux décider ne pas regarder certains points de peur de me sentir en difficulté. Est-ce que je vais m'auto-évaluer correctement ? Ca c'est compliqué. -absence d'un barème assez objectif. Puisqu'on n'est pas forcement toujours très lucide sur les attentes et les acquis.
	Manque de temps	-Le temps de s'auto-évaluer est une problématique aussi. Quand on est débordé par les consultations avec beaucoup de patients malades. Est-ce que pendant cette semaine là j'aurai le temps. -On peut avoir le temps de s'auto-évaluer mais ne pas avoir le temps d'y remédier ou de s'améliorer, via la participation aux formations… Par exemple on réussit à trouver les faiblesses ou lacunes à améliorer mais si on n'a pas le temps pour effectuer les actions nécessaires (formations adéquates…) pour s'améliorer ça risque ne servir à rien. Moi, c'est mon cas. -Il y'a le facteur temps… -Le manque de temps -Manque de temps chez l'assistant et le maître de stage. -Ça prend quand même du temps.
	Manque de motivation	-…Manque d'envie ou de motivation. - Si ce n'est pas une obligation, certain ne sentiront pas l'envie de faire cette démarche alors que d'autre le feront peut-être. -Manque de motivation.

		- Je n'en ai pas envie…on n'a pas le temps parce qu'on n'est pas motivé.
	Intérêts	-L'intérêt car sa risque de ne pas changer trop la donne car on risque de ne pas changer notre manière de fonctionner. Car se rendre compte qu'on n'est pas bon à la communication, par exemple l'utilisation des mots simple ne va pas trop nous aider. - … Si on voit que ça nous apporte quelque chose, peut-être qu'il y aura un peu de motivation et qu'on prendrait du temps. Je pense qu'il faut qu'on trouve notre compte dedans. Si c'est un truc qu'on n'arrive pas à accrocher ou qu'on n'y voit pas de sens, on va laisser tomber.
	Contrainte académique	-Il ne faut pas que ce soit coté. Car ça risque d'être stressant et jugeant. -Peur de nouvelles contraintes académiques.
	Source de stress	-Il ne faut pas que ce soit coté. Car ça risque d'être stressant et jugeant. - En terme de limite j'aurai pensé surtout au stress lié au fait de n'avoir pas atteint certains objectifs - Si c'est obligatoire, ça va nous mettre une pression supplémentaire. - Pour moi c'est plus de stress dans ce sens qu'on a encore plein de chose à apprendre.
	Contraintes liées au lieu de stage et au maître de stage	-L'indisponibilité du MdS. Il est parfois fort occupé. -La difficulté voire l'impossibilité d'atteindre certains objectifs ou actes techniques car soit le lieu de stage ne le permet pas ou le MdS ne le fait pas dans son cabinet.

Informations complémentaires :

Evaluations externes et autoévaluation	Confusion auto-évaluation et évaluation externe	-C'est aussi une auto-évaluation au cours de laquelle le maitre de stage à un regard sur mon travail. Mais je ne sais pas si tous les assistants font ça. -il y'a 2 semaines, mon maître de stage m'a fait faire une auto-évaluation, mais c'était totalement informelle. Ça c'est vraiment bien. Nous avons pu en discuter après.