

Les niveaux de confiance dans la délégation de responsabilités des activités professionnelles fiables sont-ils corrélés aux niveaux de développement des compétences chez les internes de médecine générale ?

Étude exploratoire au sein de la cohorte NICOMNIREAC

Aubart Bastien^{1,2}, Onaisi Racha^{1,3}, Brabant Yann^{1,4}, Lepine Camille^{1,5},
Lorenzo Mathieu^{1,5}

¹Centre de formation et de recherche en pédagogie des sciences de la santé, Université de Strasbourg, Strasbourg, France

²Département de médecine générale, Université de Versailles Saint-Quentin en Yvelines, Montigny Le Bretonneux, France

³Département de médecine générale, Université de Bordeaux, Bordeaux, France

⁴Département de médecine générale, Université de Poitiers, Poitiers, France

⁵Département de médecine générale, Université de Strasbourg, Strasbourg, France

Auteur correspondant :

AUBART Bastien, UFR Simone Veil - Santé, 2 avenue de la source de la Bièvre, 78180
Montigny Le Bretonneux

Email : bastien.aubart@gmail.com

Tous les auteurs ont participé à l'élaboration de ce travail, approuvent le document soumis et déclarent qu'ils n'ont aucun conflit d'intérêt.

Résumé

CONTEXTE : L'évaluation des compétences des étudiants de troisième cycle de médecine générale en France en stage utilise des grilles d'indicateurs de niveaux de compétences. Celles-ci sont difficiles à utiliser en pratique pour les évaluateurs. Les Activités Professionnelles Confiables (APC) sont des unités de la pratique professionnelle dont la responsabilité peut être déléguée à un étudiant avec différents niveaux de supervision en fonction des compétences qu'il a démontré et qui sont nécessaires pour réaliser ces activités. L'évaluation de niveaux de confiance dans la délégation de responsabilités (NiCDeR) au sein d'APC peut être une solution pour simplifier l'évaluation des compétences des étudiants en milieu clinique.

OBJECTIF : Argumenter la validité d'une évaluation des niveaux de confiance dans la délégation de responsabilités au sein d'APC créée pour cette étude en recherchant une corrélation avec les niveaux de compétences actuellement utilisés.

METHODE : Une grille d'évaluation des NiCDeR de onze APC selon les familles de situations du référentiel français de formation en Médecine Générale a été créée. Une évaluation du NiCDeR global a été ajoutée à la grille. Une recherche de corrélation statistique avec les niveaux de compétences a ainsi été menée chez les étudiants de troisième cycle de médecine générale en stage ambulatoire durant leur premier semestre au sein de trois universités en France. Les évaluations des compétences ont été réalisées avec les grilles d'évaluation habituelles. Les évaluations ont été agrégées et comparées entre elles grâce à un modèle statistique.

RESULTATS : 136 participants ont été évalués par 267 MSU. La majorité des participants a été évaluée comme étant de niveau intermédiaire ou compétent pour chacune des six compétences du référentiel. Concernant le NiCDeR global, 37,1% des participants étaient évalués avec un niveau de confiance dans la délégation de responsabilités permettant une supervision indirecte relative. Une corrélation très significative entre les NiCDeR globaux et les niveaux de développement de chacune des six compétences du référentiel ($p < 0,01$) existait.

CONCLUSION : Les NiCDeR sont cohérents avec les niveaux de compétences des étudiants. Ce résultat est un argument en faveur de l'utilisation de cet outil. Il sera cependant nécessaire d'analyser les processus de réponse des évaluateurs avec ce nouvel outil.

INTRODUCTION

Depuis le début du 21^e siècle, à l'instar de nombreux pays, la formation médicale française s'est transformée, passant d'un paradigme basé sur l'enseignement de connaissances théoriques à un apprentissage médical centré sur le développement de compétences¹⁻³. Cela a nécessité une refonte de la formation mais également de l'évaluation des étudiants. Les contrôles traditionnels des connaissances ont progressivement laissé place à des évaluations longitudinales et programmatiques^{4,5}. L'évaluation des compétences présente cependant un réel défi pour les formateurs. La compétence ne peut être observée; il faut alors inférer un niveau de compétence à partir de ce que l'étudiant fait, ce qui crée un écart entre les compétences à évaluer et les tâches quotidiennes qu'il effectue⁶. L'utilisation des activités professionnelles confiées (APC) - en anglais EPA pour Entrustable Professional Activities - comme traduction des compétences pour la pratique clinique, pourrait faire partie de la réponse au problème⁷.

Le concept d'APC, introduit par Olle ten Cate en 2005⁸, est défini comme une unité de la pratique professionnelle dont la responsabilité peut être déléguée à un étudiant avec différents niveaux de supervision en fonction des compétences qu'il a démontré et qui sont nécessaires pour réaliser ces activités⁹. La différence essentielle entre les compétences et les APC est que les compétences sont des caractéristiques des individus, c'est-à-dire des connaissances, des aptitudes et des attitudes, tandis que les APC décrivent le travail qui doit être effectué. De nombreux superviseurs trouvent que l'évaluation de compétences est difficile⁶. En revanche, à la question "Peut-on faire confiance à cet étudiant pour mener à bien cette activité ?", les superviseurs disposent généralement d'une estimation intuitive adéquate sur laquelle ils s'appuient. En stage, les superviseurs confient quotidiennement des tâches à leurs étudiants, et cela dans de multiples contextes cliniques¹⁰. La confiance donnée à l'étudiant par le superviseur est essentielle car ce dernier est responsable de la qualité des soins prodigués aux patients¹⁰. Les décisions de confier des tâches doivent ainsi concilier le besoin pédagogique de pousser les apprenants à étendre leur champ de compétence avec l'obligation de garantir des soins sûrs et de haute qualité. Rendre ces décisions d'attribution explicites peut conduire à des évaluations

plus proches de la réalité du terrain¹¹. D'ailleurs, il a été rapporté que les décisions d'attribution qui imitent la prise de décision quotidienne par les superviseurs dans la pratique clinique ont des effets positifs sur les qualités psychométriques de l'évaluation sur le lieu de travail¹². De plus les APC offrent également l'avantage d'une évaluation plus holistique : une même APC peut mobiliser une ou plusieurs compétences⁹.

En théorie, l'utilisation des APC permettrait une évaluation plus authentique et plus simple d'appropriation. Elle semble donc être une solution pertinente à cette problématique d'évaluation des compétences. Cependant, la vérification de leur validité conceptuelle reste limitée bien que certaines études hospitalières^{13,14} mais aussi ambulatoires⁷ aient mis en évidence des avantages pédagogiques marqués : il ressort notamment au travers de ces études que les évaluations par les APC semblent fiables, acceptables à la fois pour les étudiants et pour les superviseurs, rentables en terme de temps d'évaluation et enfin permettent une évaluation à la fois sommative et formative^{7,13-15}.

Dans la formation de troisième cycle de Médecine Générale, l'évaluation des compétences en stage est actuellement basée majoritairement sur la grille nationale qui a été proposée en 2013 par Compagnon *et al.* sous l'égide du Collège National des Généralistes Enseignants (CNGE)¹⁶. Des versions ont ensuite été adaptées localement par les différents Départements de Médecine Générale (DMG). La grille nationale est composée d'une centaine de descripteurs de niveaux de compétences répartis en trois niveaux pour les six compétences du référentiel. Cette grille est cependant difficile à utiliser en pratique et nécessite un temps d'appropriation important pour les évaluateurs^{17,18}. A notre connaissance, il n'existait pas de référentiel d'activités professionnelles fiables au sein des études médicales en France.

L'objectif principal de cette étude était donc de rechercher une corrélation entre les niveaux de confiance dans la délégation de responsabilités des activités professionnelles fiables et les niveaux de développement des compétences afin d'argumenter la validité de cet outil dans l'évaluation d'internes de médecine générale français.

MATERIEL ET METHODE

Type d'étude

Pour répondre à notre objectif, nous avons mené une étude observationnelle descriptive et analytique multicentrique au sein des DMG de Bordeaux, Strasbourg et Versailles.

Population de l'étude

A partir de novembre 2021, cinq investigateurs issus de quatre Départements de Médecine Générale français des universités de Bordeaux, Poitiers, Strasbourg et Versailles Saint-Quentin-en-Yvelines (UVSQ) se sont associés pour constituer la cohorte NICOMNIREAC (Niveaux de COMPétences, Niveaux de Réflexivité et Activités professionnelles Confiables).

La population cible de cette étude a été constituée de l'ensemble des étudiants de ces universités ayant débuté leur DES de Médecine Générale au 1^{er} novembre 2021 par un stage ambulatoire et dont les Maîtres de Stage Universitaire (MSU) ont complété en fin du semestre une évaluation des compétences et une évaluation des APC via l'outil créé dans le cadre de l'étude. Ont été exclus de l'étude les internes dont les MSU ont refusé de participer à l'étude et ceux dont les MSU n'ont pas intégralement complété les évaluations des compétences et d'APC.

Recueil des données

Outils d'évaluation des compétences

Chaque DMG possédait sa propre grille locale d'évaluation des compétences. Cependant elles s'appuyaient toutes sur un référentiel commun issu d'un consensus national¹⁹. Il existait au sein de ce référentiel six compétences :

- « Premier recours, urgences » (PRU)
- « Approche globale, prise en compte de la complexité » (AGPCC)
- « Éducation, dépistage, prévention, santé individuelle et communautaire » (EDPSC)
- « Continuité, suivi et coordination des soins » (CSC)

- « Relation, communication, approche centrée patient » (RCACP)
- « Professionnalisme » (PROF)

Chacune de ces compétences se décomposait en trois niveaux de développement : novice, intermédiaire et compétent. Chaque niveau de développement de chaque compétence était décrit par plusieurs indicateurs.

Les DMG de Bordeaux, de Strasbourg et de l'UVSQ utilisaient une grille d'évaluation similaire (Annexe n°1). La grille d'évaluation du DMG de Poitiers n'utilisait pas les mêmes indicateurs que ceux du référentiel. Il a donc été décidé de ne pas inclure leurs internes dans l'étude.

Outil d'évaluation des APC

Nous avons créé une grille d'évaluation basée sur les travaux de Codsi *et al.*²⁰ en croisant les familles de situations cliniques du référentiel de médecine générale français avec l'échelle de niveaux d'APC "niveau de confiance dans la délégation de responsabilités" (NiCDeR) utilisée dans la formation des médecins au Canada (Annexe n°2).

Au sein du référentiel de compétence du DES de médecine générale, les six compétences définies dans le chapitre précédent sont croisées à onze familles de situations élaborées à partir d'un consensus national d'experts dans un objectif de définir de manière exhaustive les situations auxquelles les internes devraient être confrontés pendant leurs stages²¹.

Les familles de situations correspondent aux APC de l'outil créé. Nous avons ajouté une 12^{ème} APC nommée « NiCDeR global » au sein de ce référentiel d'APC qui correspond au niveau global de confiance dans la délégation de responsabilité, indépendamment de l'activité professionnelle à réaliser. Le détail de la grille ainsi créée se trouve dans l'annexe n°3. Elles seront par la suite désignées par un sigle (ex : APC1).

L'outil a été présenté aux MSU au travers d'une vidéo et d'un texte explicatif avant d'être utilisé.

Recrutement et recueil des données

Le processus de recrutement a eu lieu en avril 2022 au moment de l'évaluation habituelle des compétences que les MSU réalisent à chaque fin de stage. Chaque interne était évalué par les différents MSU du stage ; un même étudiant recevait donc plusieurs évaluations pour un même stage.

Il a alors été adressé à tous les MSU des DMG de Strasbourg et de l'UVSQ un questionnaire en ligne à remplir sur la base du volontariat afin d'y indiquer leur évaluation habituelle des compétences selon leur grille locale et de réaliser en complément une évaluation de leur étudiant selon la grille d'APC que nous avons créée. Concernant le DMG de Bordeaux, l'évaluation des APC a été ajoutée de manière institutionnelle à l'évaluation des compétences en fin de stage. L'ensemble des évaluations a été pseudonymisé.

Analyses statistiques

Afin de pouvoir être analysées, les données issues des évaluations des compétences et des APC ont été agrégées. Ainsi, pour chaque interne, nous avons fait une agrégation des évaluations de chacune des compétences et de chacune des APC en tranchant selon la règle du « pire scénario possible ». Par exemple : si la première évaluation d'une compétence retrouvait le niveau « novice » et une deuxième le niveau « intermédiaire », l'étudiant était jugé de niveau « novice ».

Les analyses descriptives des niveaux de compétences et des NiCDeR des APC des internes ont été réalisées sur tableur Excel. Les variables catégorielles sont décrites en présentant les effectifs et proportions de chaque modalité. Les comparaisons des variables catégorielles ont été réalisées en utilisant le test exact de Fisher. Le risque de première espèce alpha a été fixé à

5 % pour toutes les analyses. Ces analyses ont été produites grâce au logiciel R version 4.1.1, via l'application GMRC Shiny Stats du CHU de Strasbourg.

Démarches éthiques et réglementaires

Le consentement écrit des MSU a été recueilli via les questionnaires en ligne. Aucun participant n'a retiré son consentement au cours de l'étude. Les participants n'ont pas été rémunérés. Il n'y a eu aucune répercussion sur le déroulement de la formation des internes.

L'engagement de conformité à la méthodologie de référence MR-004 a été enregistrée le 19 juillet 2022 auprès de la déléguée à la protection des données de l'Université de Strasbourg (N° 2227018).

L'étude a été évaluée le 25 avril 2022 comme entièrement conforme aux directives éthiques et acceptable telle quelle par le comité pour l'intégrité et l'éthique de la recherche en éducation des professions de santé affiliée à la Société Internationale Francophone d'Éducation Médicale (SIFEM).

RÉSULTATS

Description de l'échantillon

Notre échantillon de départ comprenait 181 internes évalués par 493 MSU. Nous avons exclu 52 internes en raison d'un refus de participation des MSU ainsi que 14 internes du fait d'une évaluation incomplète des compétences et des APC de la part de leur MSU. Finalement, les participants étaient au nombre de 136 et ont été évalués par 267 MSU (Annexe n°4).

Parmi les participants évalués, 85 était de Bordeaux (62,5%), 34 de Strasbourg (25%) et 17 de l'UVSQ (12,5%). Parmi eux, 35 participants (25,7%) ont été évalués par trois MSU, 61 participants (44,9%) par deux MSU et 40 participants (29,4%) par un seul MSU.

Distribution des niveaux de développement des compétences

Entre 49,3% et 58,1% des participants ont été évalué comme étant de niveau intermédiaire pour chacune des six compétences du référentiel. Entre 28,7% et 39,7% des participant ont été évalués comme étant de niveau compétent pour chacun des six compétences (Tableau 1).

Une minorité de participants ont été évalués à un niveau novice.

Tableau 1 : Distribution des niveaux de développement des compétences des participants

	Niveaux de développement des compétences		
	% (n participants)		
	Novice	Intermédiaire	Compétent
PRU	13,2% (18)	58,1% (79)	28,7% (39)
AGPCC	15,4% (21)	52,2% (71)	32,4% (44)
EDPSC	16,9% (23)	49,3% (67)	33 ,8% (46)
CSC	16,9% (23)	53,7% (73)	29,4% (40)
RCACP	6,6% (9)	53,7% (73)	39,7% (64)
PROF	15,4% (21)	51,5% (70)	33,1% (45)

« Premier recours, urgences » (PRU)

« Approche globale, prise en compte de la complexité » (AGPCC)

« Éducation, dépistage, prévention, santé individuelle et communautaire » (EDPSC)

« Continuité, suivi et coordination des soins » (CSC)

« Relation, communication, approche centrée patient » (RCACP)

« Professionnalisme » (PROF)

Distribution des NiCDeR

Le NiCDeR global des participants correspondait majoritairement à un niveau permettant une supervision indirecte relative avec une discussion du cas avant le départ du patient sauf si l'interne ne l'estime pas nécessaire (Tableau 2).

Pour les APC1, APC2 et APC6, le NiCDeR médian des participants était également d'un niveau permettant une supervision indirecte relative. Pour les huit autres APC, le NiCDeR médian des participants permettait une supervision indirecte étroite nécessitant une discussion systématique du cas avant le départ du patient (Tableau 2).

Selon les APC, le nombre maximum de participants évalué avec un NiCDeR permettant de réaliser une activité sans aucune supervision variait entre 0 et 4.

Tableau 2 : Distribution des niveaux de confiance dans la délégation de responsabilité des APC

	Niveaux de confiance dans la délégation de responsabilité				
	% (n participants)				
	Directe Stricte	Indirecte Étroite	Indirecte Relative	Indirecte Distante	Sans Supervision
APC1	12,5% (17)	25,0% (34)	40,4% (55)	19,9% (27)	2,2% (3)
APC2	10,3% (14)	24,2% (33)	44,1% (60)	19,9% (27)	1,5% (2)
APC3	20,6% (28)	34,6% (47)	29,4% (40)	14,7% (20)	0,7% (1)
APC4	19,9% (27)	35,3% (48)	27,9% (38)	15,4% (21)	1,5% (2)
APC5	22,8% (31)	36,8% (50)	25,0% (34)	13,2% (18)	2,2% (3)
APC6	5,1% (7)	4,4% (6)	89% (121)	1,5% (2)	0,0% (0)
APC7	25% (34)	33,8% (46)	20,6% (28)	19,9% (27)	0,7% (1)
APC8	44,1% (60)	32,4% (44)	17,6% (24)	5,9% (8)	0,0% (0)
APC9	34,6% (47)	27,9% (38)	27,9% (38)	8,9% (12)	0,7% (1)
APC10	28,7% (39)	33,8% (46)	28,7% (39)	8,8% (12)	0,0% (0)
APC11	17,7% (24)	34,6% (47)	27,9% (38)	16,9% (23)	2,9% (4)

NiCDeR global	11,8% (16)	28,0% (38)	37,5% (51)	21,3% (29)	1,5% (2)
----------------------	------------	------------	------------	------------	----------

APC1 : Assure le suivi de patients souffrant de pathologies chroniques, polymorbidité à forte prévalence

APC2 : Assure le suivi de patients souffrant de problèmes aigus prévalents/non programmés/fréquents/exemplaires

APC3 : Assure le suivi de patients souffrant d'un problème aigu, non programmé, dans le cadre d'une urgence réelle ou ressentie

APC4 : Assure le suivi de problèmes de santé concernant les spécificités de l'enfant et de l'adolescent

APC5 : Assure le suivi de patients autour de la sexualité et de la génitalité

APC6 : Assure le suivi de patients autour de problèmes liés à l'histoire familiale et à la vie de couple

APC7 : Assure le suivi de patients avec un problème de santé et/ou de souffrance liée au travail

APC8 : Assure le suivi de patients pour lesquels les aspects légaux, déontologiques et/ou juridiques/médico-légaux sont au premier plan

APC9 : Assure le suivi de patients difficiles/exigeants

APC10 : Assure le suivi de patients pour lesquels les problèmes sociaux sont au premier plan

APC11 : Assure le suivi de patients d'une autre culture

Corrélation entre compétences et NiCDeR global

Le modèle statistique retrouvait une corrélation significative entre le NiCDeR global et chacune des six compétences ($p < 0,001$).

On observait en effet que le niveau de développement de chacune des compétences évoluait parallèlement au niveau global de confiance dans la délégation de responsabilité des participants. Le niveau novice correspondait à un NiCDeR permettant une supervision directe stricte. Le niveau intermédiaire correspondait à un NiCDeR permettant une supervision indirecte étroite voir relative. Le niveau compétent équivalait à un NiCDeR permettant une supervision indirect relative voir distante (Tableau 3).

Tableau 3 : Corrélation entre niveaux de compétences et niveaux de confiance dans la délégation de responsabilité global sur données agrégées par interne

		NiCDeR global					Test exact de Fisher
		Supervision directe stricte	Supervision indirect étroite	Supervision indirecte relative	Supervision indirecte distante	Sans supervision	
TOTAL = 136		16	36	49	29	2	
PRU	Novice	18	8	6	4	0	<i>p<0,001</i>
	Intermédiaire	79	6	28	27	16	
	Compétent	39	2	2	18	13	
ADPCC	Novice	21	11	6	3	1	<i>p<0,001</i>
	Intermédiaire	71	3	26	26	14	
	Compétent	44	2	4	20	14	
EDPSC	Novice	23	9	10	3	1	<i>p<0,001</i>
	Intermédiaire	67	5	19	27	14	
	Compétent	46	2	7	19	14	
CSC	Novice	23	10	9	4	0	<i>p<0,001</i>
	Intermédiaire	73	5	22	28	16	
	Compétent	40	1	5	17	13	
RCACP	Novice	9	4	4	1	0	<i>p<0,001</i>
	Intermédiaire	73	9	26	22	15	
	Compétent	54	3	6	26	14	
PROF	Novice	21	10	7	4	0	<i>p<0,001</i>
	Intermédiaire	70	5	22	27	14	
	Compétent	45	1	7	18	15	

« Premier recours, urgences » (PRU)

« Approche globale, prise en compte de la complexité » (AGPCC)

« Éducation, dépistage, prévention, santé individuelle et communautaire » (EDPSC)

« Continuité, suivi et coordination des soins » (CSC)

« Relation, communication, approche centrée patient » (RCACP)

« Professionnalisme » (PROF)

DISCUSSION

Intérêt de l'APC comme outil d'évaluation des compétences

Cette première étude exploratoire retrouve une corrélation entre le niveau global de confiance dans la délégation de responsabilités et le niveau de développement de chacune des compétences du référentiel de formation de médecine générale en France. Ce résultat est un argument en faveur de l'utilisation des APC comme outil d'évaluation de la compétence en stage.

On retrouve d'ailleurs des résultats similaires dans la littérature. Une étude américaine relève une corrélation statistiquement significative entre l'évaluation du niveau de compétence clinique d'étudiants en fin de stage d'externat et leur niveau confiance dans la délégation de responsabilités d'APC²². On retrouvait également dans cette étude une corrélation entre les performances cliniques à certaines stations d'ECOS et le niveau de confiance dans la délégation de responsabilités des APC correspondantes. D'autres études, précédemment citées, témoignaient également de la pertinence des APC pour évaluer la compétence des étudiants^{7,13,14,15}.

Validité de l'outil

Il apparaît donc que l'évaluation des étudiants au travers des Activités Professionnels Confiables permettrait bien d'évaluer leurs compétences en stage. Afin d'argumenter l'utilisation de cet outil, nous avons discuté de sa validité selon le modèle de Kane²³.

Inférence de notation

Il existe déjà plusieurs études qui argumentent une bonne compréhension et acceptabilité des APC. En effet, le concept d'APC est basé sur la confiance du superviseur qui évalue les étudiants par rapport à ce qu'ils feront réellement lorsqu'ils seront indépendants. Ainsi, ces

échelles de niveau de confiance reflètent un jugement qui a une signification clinique pour les évaluateurs²⁴. Les échelles de niveau de confiance fournissent une mesure d'évaluation basée sur la façon dont les évaluateurs prennent déjà des décisions de délégation de responsabilité au quotidien. Cela se traduit par une fiabilité accrue de l'outil et influence ainsi la solidité de l'inférence de notation²⁵. A l'inverse, il a été constaté que l'évaluation des étudiants en utilisant une liste d'indicateurs de compétences peut parfois sembler abstrait et difficile^{17,18}.

Il serait intéressant d'étudier plus précisément la solidité de l'inférence de notation de l'outil que nous avons créé. Dans cette perspective, il s'agirait d'explorer les processus cognitifs du jugement évaluatif des MSU s'appuyant sur la grille des APC²⁶.

Inférence de généralisation

Le fait que l'on retrouve une corrélation entre le NiCDeR global et l'ensemble des compétences du référentiel témoigne d'une bonne validité de contenu. On observe ainsi que l'ensemble des compétences du référentiel est mobilisé et évalué. De plus, l'approche par les APC permet de s'assurer que toutes les tâches professionnelles pertinentes dans le cadre du stage ambulatoire soient évaluées de manière exhaustive. Cela favorise ainsi une solide inférence de généralisation.

Inférence d'extrapolation

L'évaluation par les APC permet une mise en lumière des compétences de l'interne au travers des différentes familles de situations qu'il rencontre. Ce qui n'est actuellement pas le cas de la plupart des outils d'évaluation de compétence en stage.

La grille d'évaluation APC est construite sur les tâches professionnelles qui reflètent la pratique réelle du médecin généraliste. Ainsi l'évaluation de l'étudiant au travers de cette grille permet une meilleure extrapolation de sa performance dans la vie réelle.

Cela est argument supplémentaire de validité d'interprétation des résultats selon le modèle de Kane²⁷. De plus, cela permet d'accéder à une évaluation plus détaillée du niveau de compétence

de l'interne, centrée sur chaque tâche professionnelle. On constate d'ailleurs dans l'étude des différences notables quant aux niveaux de confiance dans la délégation de responsabilités aux participants en fonction des APC. On peut raisonnablement penser que les niveaux de confiance sont plus élevés pour les APC qui ont le plus fréquemment été rencontrées par les participants durant leur stage : la gestion de patients consultant pour des motifs et pathologies aigus et la gestion des patients chroniques et polymorbides ; ce qui correspond en effet aux résultats de consultations les plus fréquentes en médecine générale en France²⁸. On observe d'ailleurs que la distribution des NiCDeR global est assez similaire à l'APC 1 et 2 cités ci-dessus. Cela peut laisser penser que c'est notamment à partir de ces activités professionnelles les plus fréquentes, que les MSU se basent principalement pour juger du niveau global de confiance dans la délégation de responsabilité pour le suivi de leur patientèle.

Niveau de compétence élevé en fin de SNI

Cette étude permet également d'apporter une première analyse descriptive du développement des compétences à l'issue d'un premier semestre de médecine générale dans différents DMG. L'évaluation habituelle des compétences en stage permet d'observer que les participants sont majoritairement évalués comme ayant déjà un niveau de développement intermédiaire voir compétent alors qu'ils finissent leur premier semestre ainsi que leur premier stage ambulatoire de leur internat. Pourtant le niveau attendu en fin de phase socle, soit la première année d'internat du Diplôme d'Études Spécialisées (DES) de médecine générale, correspond à un niveau novice de développement des compétences pour les compétences « Professionnalisme », « Éducation, dépistage, prévention, santé individuelle et communautaire » et « Continuité, suivi et coordination des soins ». Pour les compétences « Premier recours, urgences », « Approche globale, prise en compte de la complexité ») et « Relation, communication, approche centrée patient », le niveau attendu en fin de phase socle est un niveau intermédiaire²⁹.

Découlent de ce résultat, deux hypothèses : La première questionne l'outil d'évaluation des compétences, et son utilisation par les superviseurs. Si on argumente la validité de

l'interprétation des résultats de cette évaluation par le modèle de Kane²⁷, on peut déjà constater que les outils locaux d'évaluation des compétences en stage contiennent les indicateurs des niveaux attendus issu du référentiel ce qui permet un bon alignement pédagogique. Les tâches demandées étant au sommet de la pyramide de Miller³⁰, l'outil est donc à priori calibré pour évaluer les compétences en situations authentiques. Les limites peuvent alors venir des évaluateurs et de leur utilisation de l'outil d'évaluation des compétences. Différentes études mettent d'ailleurs en lumière la difficulté d'utilisation et d'appropriation de ces grilles d'évaluation^{17,18}. La formation des MSU à l'utilisation de cet outil est alors primordiale. La multiplicité des regards des MSU par interne et le croisement de leur évaluation permet cependant de redresser le risque d'inférence de notation erronée^{26,27,31}.

La seconde hypothèse questionne plutôt le référentiel de compétences. D'une part sur la compréhension et la praticité de ses indicateurs que nous avons déjà évoqué ci-dessus et qui peuvent limiter une bonne inférence de notation. De l'autre sur l'inadéquation possible entre le niveau attendu défini par le référentiel de compétence et le niveau réel des participants. Il est possible que les participants dès le début du DES soient déjà d'un niveau de développement plus avancé que celui attendu. Il serait intéressant d'observer si l'on retrouve des résultats similaires au travers d'autres évaluations des compétences de ces étudiants. A titre d'exemple, ce travail de thèse³² montre qu'à l'UVSQ, les tuteurs, au travers des traces d'apprentissages, certifiaient majoritairement des indicateurs de niveau novice lors de la première année d'internat. Cependant, les résultats sont difficilement extrapolables car l'étude concernait des promotions de participants d'une seule université, déjà anciennes, entre 2015 et 2017, avec des modalités d'évaluation des traces d'apprentissages et des règles de validation qui leur étaient propres.

Il faut également relativiser les résultats de notre étude concernant les évaluations des compétences en fin de stage. En effet nous n'avons étudié qu'un échantillon d'internes issu de trois universités qui ne sont probablement pas représentatifs de l'ensemble des étudiants du

DES de médecine générale sur le territoire français. De plus, l'évaluation des compétences réalisée dans le cadre de l'étude ne correspond qu'à un point de données d'une évaluation programmatique⁴ et ne reflète pas donc forcément le niveau de compétence réel et éprouvé de l'étudiant.

Forces

La première et principale force de cette étude est qu'elle permet d'argumenter l'intérêt des Activités Professionnelles Confiables comme outil d'évaluation en stage. Du fait de la corrélation retrouvée avec l'évaluation de la compétence, l'outil paraît donc aligné sur le construit de la formation du DES, ce qui en ferait un outil fiable fournissant la preuve d'une plus grande validité³³.

La seconde force de l'étude est qu'elle met en avant les avantages des APC par une mise en lumière des compétences en fonction des familles de situation à la différence des différentes grilles locales d'évaluation des compétences. L'amélioration de l'inférence d'extrapolation par ce biais n'est pas négligeable²⁷.

Enfin, la dernière force de l'étude est que c'est la première étude descriptive multicentrique sur le développement des compétences en stage ambulatoire de premier niveau en France, permettant d'amener des éléments de réflexion concernant les outils actuels d'évaluation de compétences.

Limites

La principale limite est que l'agrégation des évaluations par étudiant a pu conduire à une perte d'information. Elle a été réalisée de manière artificielle, à posteriori des évaluations. Il aurait été plus intéressant de recueillir une évaluation unique issue d'une triangulation des MSU de chaque interne mais cela aurait drastiquement limité les données recueillies. Cette agrégation était indispensable pour la réalisation des analyses statistiques. Enfin, l'outil d'évaluation

habituel de la compétence en stage de médecine générale, utilisé ici dans l'étude, n'a jamais été validé, la fiabilité de cette évaluation est donc incertaine.

Perspectives

Dans une volonté de poursuivre l'argumentation concernant la pertinence des APC comme outil d'évaluation des compétences en stage, il serait intéressant d'étudier la corrélation de chacune des APC avec les six compétences. Enfin, comme évoqué dans la discussion, mener une étude sur les processus cognitifs du jugement évaluatif des MSU utilisant la grille des APC permettra de poursuivre l'argumentation de la validité de cette dernière. Il sera intéressant par la même occasion de s'intéresser au vécu et à l'appropriation de l'évaluation des APC par les MSU afin de rechercher si cet outil se trouve être plus simple d'utilisation, ce qui pourrait en faire une bonne alternative pour l'évaluation des compétences en stage ambulatoire.

CONCLUSION

Les niveaux globaux de confiance en la délégation de responsabilité sont cohérents avec les niveaux de compétences attribués par les MSU aux étudiants. Ce résultat est un argument en faveur de l'utilisation de cet outil.

Le concept d'APC semble donc être une réponse pertinente et adaptée à la difficulté d'évaluation des compétences en stage et pourrait donc à terme devenir l'outil d'évaluation de la compétence en stage ambulatoire de médecine générale en France.

RÉFÉRENCES

1. Décret n°2004-67 du 16 janvier 2004 relatif à l'organisation du troisième cycle des études médicales.
2. Frank JR, Snell LS, Cate OT, et al. Competency-based medical education: theory to practice. *Med Teach* Taylor & Francis, 2010;32:638-45.
3. CanMEDS 2000: Extract from the CanMEDS 2000 Project Societal Needs Working Group Report. *Med Teach* 2000;22:549-54.
4. Heeneman S, de Jong LH, Dawson LJ, et al. Ottawa 2020 consensus statement for programmatic assessment - 1. Agreement on the principles. *Med Teach* 2021;43:1139-48.
5. Vleuten C, Lindemann I, Schmidt L. Programmatic assessment: the process, rationale and evidence for modern evaluation approaches in medical education. *Med J Aust* 2018;209:386-8.
6. Ten Cate O, Tobin S, Stokes M. Bringing competencies closer to day-to-day clinical work through entrustable professional activities. *Med J Aust* 2017;206:14-6.
7. Valentine N, Wignes J, Benson J, Clota S, Schuwirth LW. Entrustable professional activities for workplace assessment of general practice trainees. *Med J Aust* 2019;210:354-9.
8. Ten Cate O. Entrustability of professional activities and competency-based training. *Med Educ* 2005;39:1176-7.
9. ten Cate O, Chen HC, Hoff RG, Peters H, Bok H, van der Schaaf M. Curriculum development for the workplace using Entrustable Professional Activities (EPAs): AMEE Guide No. 99. *Med Teach* 2015;37:983-1002.
10. Cate O ten. Trust, competence, and the supervisor's role in postgraduate training. *BMJ* 2006;333:748-51.

11. Ten Cate O, Hart D, Ankel F, et al. Entrustment Decision Making in Clinical Training. *Acad Med* 2016;91:191-8.
12. Weller JM, Misur M, Nicolson S, et al. Can I leave the theatre? A key to more reliable workplace-based assessment. *Br J Anaesth* 2014;112:1083-91.
13. Mink RB, Schwartz A, Herman BE, et al. Validity of Level of Supervision Scales for Assessing Pediatric Fellows on the Common Pediatric Subspecialty Entrustable Professional Activities: *Acad Med* 2018;93:283-91.
14. Curran VR, Deacon D, Schulz H, et al. Evaluation of the Characteristics of a Workplace Assessment Form to Assess Entrustable Professional Activities (EPAs) in an Undergraduate Surgery Core Clerkship. *J Surg Educ* 2018;75:1211-22.
15. Schultz K, Griffiths J, Lacasse M. The Application of Entrustable Professional Activities to Inform Competency Decisions in a Family Medicine Residency Program: *Acad Med* 2015;90:888-97.
16. Compagnon L, Bail P, Huez J-F, et al. Les niveaux de compétences. *Exercer* 2013;24:156-64.
17. Eon-Dehais P. Encadrement pédagogique des maitres de stage des universités en médecine générale: entretiens semi-dirigés auprès de 19 médecins généralistes de la faculté de médecine de Nantes. Nantes, 2013.
18. Joseph K, Rabiaza A, Le Bas F, Salmon R, Couette P-A, Bansard MB. Quelle est la pratique pédagogique des MSU de Normandie occidentale accueillant des étudiants de troisième cycle de médecine générale en stages ambulatoires? *Exercer* 2021;32:380-2.
19. Compagnon L, Bail P, Huez J-F, et al. Définitions et descriptions des compétences en médecine générale. *Exercer* 2013;24:148-55.
20. Codsí M-P, Sanche G, Authier L, et al. Elaboration d'une fiche d'évaluation du

stage clinique en médecine de famille : processus et résultat. *Pédagogie Médicale* 2020;21:91-9.

21. Attali C, Huez J-F, Valette T, Lehr-Drylewicz A-M. Les grandes familles de situations cliniques. 2013;24:165-9.

22. Soukoulis V, Martindale J, Bray MJ, Bradley E, Gusic ME. The use of EPA assessments in decision-making: Do supervision ratings correlate with other measures of clinical performance? *Med Teach* 2021;43:1323-9.

23. Kane MT. Explicating validity. *Assess Educ Princ Policy Pract* 2016;23:198-211.

24. Rekman J, Gofton W, Dudek N, Gofton T, Hamstra SJ. Entrustability Scales: Outlining Their Usefulness for Competency-Based Clinical Assessment. *Acad Med* 2016;91:186-90.

25. Crossley J, Jolly B. Making sense of work-based assessment: ask the right questions, in the right way, about the right things, of the right people: Making sense of work-based assessment. *Med Educ* 2012;46:28-37.

26. Gauthier G, St-Onge C, Tavares W. Rater cognition: review and integration of research findings. *Med Educ* 2016;50:511-22.

27. Cook DA, Brydges R, Ginsburg S, Hatala R. A contemporary approach to validity arguments: a practical guide to Kane's framework. *Med Educ* 2015;49:560-75.

28. Letrilliart L, Supper I, Schuers M, et al. ECOGEN: étude des Éléments de la COnsultation en médecine GENérale. *Exercer* 2014;25:148-57.

29. Ariza M, Chastang J, Grimault C, Compagnon L. Élaboration d'un outil d'évaluation des compétences de la phase socle chez les internes de médecine générale. *Exercer* 2019;378-80.

30. Miller GE. The assessment of clinical skills/competence/performance. *Acad*

Med 1990;65:S63-7.

31. Schuwirth LWT, Van Der Vleuten CPM. Programmatic assessment and Kane's validity perspective: Programmatic assessment and Kane's validity perspective. Med Educ 2012;46:38-48.

32. Aubart B. Étude descriptive de la certification de compétences au travers du RSCA : exemple de l'UVSQ. UVSQ, 2021.

33. Crossley J, Johnson G, Booth J, Wade W. Good questions, good answers: construct alignment improves the performance of workplace-based assessment scales. Med Educ 2011;45:560-9.

ANNEXES

Annexe n°1 : Grille CNGE d'évaluation des compétences

EVALUATION DU DEVELOPPEMENT DES COMPETENCES DE MEDECINE GENERALE

Interne - NOM :
Prénom :
Semestre en cours :

Évaluateur - NOM :
Prénom :
Étudiant/Tuteur/MSU/Référent hosp.

Date : __/__/----

Signature (+ cachet si MSU/Réf hospitalier)

--

	Niveau de compétence		
	Novice	Intermédiaire	Compétent
Premier recours, urgences			
Approche globale, prise en compte de la complexité			
Éducation, dépistage, prévention, santé individuelle et communautaire			
Continuité, suivi et coordination des soins			
Relation, communication, approche centrée patient			
Professionalisme			

Commentaires libres :

--

		L'interne...
PREMIER RECOURS, URGENCES	Novice	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Accepte toutes les plaintes qui lui sont faites, en particulier du champ biomédical ➤ Evoque et identifie les grandes urgences vitales et sait prévenir les structures d'urgences pour les adresser dans les services adéquats ➤ Prend conscience de l'amplitude du champ d'activités possible en exercice ambulatoire et s'interroge sur ses capacités à y faire face
	Intermédiaire	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Recueille, accepte sans rejeter et analyse les demandes explicites les plus fréquentes, tente de les gérer en repérant la demande réelle en essayant de les hiérarchiser dans une vision centrée maladie plus que centrée patient et tenant compte des prévalences liées au contexte ➤ Fait des tentatives pour repérer la demande réelle derrière la plainte alléguée, en essayant d'intégrer les antécédents et le contexte de vie du patient ; a encore du mal à élargir sa vision centrée maladie et a besoin de soutien sous la forme de supervision pour se centrer patient ➤ Décide sans avoir systématiquement obtenu un diagnostic de maladie et accepte d'en parler au patient ➤ Accepte l'idée que les demandes urgentes recouvrent aussi des urgences ressenties ➤ Étend peu à peu le champ de ses capacités interventionnelles et en fait bénéficier de façon pertinente les problèmes ou situations de patients qui nécessitent une intervention extérieure ➤ Elargit le contenu de la consultation à la prise en compte d'autres problèmes de santé
	Compétent	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Fait face aux plaintes les plus prévalentes de premier recours en mobilisant des ressources internes et externes permettant leurs résolutions ➤ S'organise pour faire face aux plaintes les plus prévalentes de premier recours en participant aussi à la permanence de soins ➤ Fait des diagnostics de situation ➤ Évoque les stades précoces des maladies et en dehors des situations d'urgence se donne le temps (cf. suivi) ➤ Évoque la possibilité de symptômes biomédicalement inexpliqués (SBI) ➤ Élargit le champ de la consultation aux autres dimensions de la consultation et aux autres problèmes de santé en programmant éventuellement des actions de prévention en accord avec le patient ➤ Gère les urgences ressenties par le patient ➤ Collabore avec les autres intervenants et assume ses responsabilités

		L'interne...
RELATION, COMMUNICATION, APPROCHE CENTREE PATIENT	Novice	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Accepte l'idée qu'il doit entrer en relation avec le patient pour exercer la médecine générale ➤ Connait quelques fondements théoriques de la communication, la différence entre relation et communication ➤ Connait les caractéristiques fondamentales de la relation médecin-malade ➤ Identifie les difficultés inhérentes à la mise en pratique des habiletés relationnelles et communicationnelles et repère que l'acquisition des compétences et des capacités dans le domaine de la relation et de la communication doivent faire l'objet d'une formation ➤ Mène un entretien directif, interprète les données avec une grille de lecture majoritairement de nature « biomédicale », y perçoit les limites en termes de perception et de compréhension de la situation clinique ➤ Utilise principalement une communication verbale ➤ Explique les décisions et espère obtenir l'adhésion du patient ➤ Communique avec l'entourage des patients à partir de ce qu'il pense être important pour le patient ➤ Communique avec différents intervenants en utilisant différents médias
	Intermédiaire	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Identifie les données communicationnelles et relationnelles qui participent à la démarche décisionnelle ➤ Dans l'analyse d'une consultation peut utiliser certaines notions de psychologie médicale afin de mieux comprendre le patient et le sens de ses réactions ➤ Dans les situations courantes, construit une relation en s'appliquant à utiliser les habiletés d'une communication centrée patient. ➤ Accepte l'idée que l'on ne peut tout aborder et tout régler dans le temps d'une seule consultation ➤ Repère et exprime ses difficultés relationnelles et communicationnelles ➤ Communique avec l'entourage du patient, en utilisant les mêmes habiletés qu'avec le patient, en étant attentif au secret médical ➤ Met en œuvre une relation avec les intervenants (y compris paramédicaux et médicosociaux) en adaptant les moyens de communication et d'information à la situation et à l'intervenant avec lequel il communique

	Compétent	<ul style="list-style-type: none"> ➤ En dehors des situations très complexes, mène en autonomie un entretien centré patient et structure ce dernier ➤ Dans les conditions habituelles, de complexité modérée, est capable de gérer les émotions, de rester empathique et respectueux ➤ Dans les conditions habituelles, de complexité modérée, est capable de mettre en place une relation de soutien, à effet psychothérapeutique bénéfique pour le patient ➤ Lors de situations et/ou de relations qui posent problème (agressivité, séduction, sympathie, rejet, etc.) construit et tente de maintenir la relation tout en se questionnant sur la nature de celle-ci ➤ Communique sur ses erreurs en tenant compte de l'avis du patient et en acceptant d'être remis en cause ➤ Dans les conditions habituelles, réfléchit à sa capacité communicationnelle avec le patient et son entourage ➤ Met en œuvre, avec les intervenants médicaux, médico-sociaux et l'entourage du patient, une relation opérationnelle dans l'intérêt du patient
--	------------------	--

		L'interne...
APPROCHE GLOBALE, PRISE EN COMPTE DE LA COMPLEXITE	Novice	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Explore certains aspects de la situation clinique en les segmentant de façon analytique et en privilégiant l'aspect biomédical aux dépens des aspects psychosociaux ➤ Utilise le temps de la consultation et de l'examen clinique pour le recueil des données principalement biomédicales ➤ Entrevoit qu'il existe des données psycho sociales, culturelles, éthiques, juridiques et administratives dans la démarche décisionnelle et qu'il est nécessaire de les prendre en compte. ➤ Accepte l'idée que s'occuper du patient ne se réduit pas à se centrer sur sa maladie mais que cette démarche n'est pas évidente pour lui. ➤ Cherche à améliorer ses connaissances pour trouver la bonne réponse à une situation
	Intermédiaire	<ul style="list-style-type: none"> ➤ A conscience qu'une situation clinique ne peut pas se réduire au diagnostic médical et qu'il est nécessaire d'intégrer d'autres aspects pour comprendre et gérer cette situation clinique ➤ Tente de passer du diagnostic médical à un diagnostic qui intègre une partie du contexte sans pour autant qu'il s'agisse d'un diagnostic de situation ➤ Lors d'une consultation, il peut utiliser certaines notions de psychologie médicale afin de mieux comprendre le sens de ses propres réactions et celles du patient dans le but d'aider ce dernier ➤ Est en mesure de réévaluer une situation, de changer d'analyse de cette situation lors des recours suivants pour intégrer de nouvelles données après réflexion ➤ Change de registre pour comprendre mieux la situation et modifie sa posture initiale si besoin ➤ A conscience qu'il existe des temporalités différentes entre le médecin et le patient dans toutes les situations, en particulier en cas de discordance (temps nécessaire à chaque patient) ➤ Accepte l'idée qu'il existe plusieurs réponses acceptables en fonction des différentes analyses possibles. De ce fait il prend en compte une partie de la complexité en situation. Reconnaît la place de l'incertitude dans la démarche décisionnelle

	Compétent	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Dans les situations habituelles, tient compte des données émanant de plusieurs champs et de plusieurs sources, tente de les intégrer dans une décision centrée patient ➤ Prend le temps nécessaire et suffisant pour explorer une situation. Laisse le temps au patient de métaboliser ➤ Gère simultanément plusieurs problèmes de nature différente en les hiérarchisant ➤ Utilise le temps comme allié, comme une aide à la décision en adéquation avec la situation du patient ➤ En fonction des situations, est en mesure de modifier sa posture. ➤ Dans les conditions habituelles, de complexité modérée, est capable de mettre en place une relation de soutien, à effet psychothérapeutique bénéfique pour le patient ➤ Fait la différence entre incertitude personnelle et incertitude professionnelle
--	------------------	---

		L'interne...
EDUCATION, PREVENTION, DEPISTAGE, SANTE INDIVIDUELLE ET COMMUNAUTAIRE	Novice	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Accepte la place et l'importance des différentes composantes de cette grande compétence dans l'activité du généraliste ➤ Définit ce que recouvrent les 3 niveaux de prévention de l'OMS, primaire, secondaire et tertiaire ➤ Possède des notions vagues de ce que recouvre l'éducation du patient avec ses 3 niveaux d'activité, du plus général au plus spécifique : l'éducation pour la santé du patient, l'éducation du patient à sa maladie et l'éducation thérapeutique du patient ➤ Se sent responsable de la gestion de la santé du patient ➤ Argumente ses propositions dans le but d'obtenir l'adhésion du patient, par une approche logique centrée sur son propre raisonnement et sans tenir compte des représentations du patient
	Intermédiaire	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Réalise des consultations dédiées à la prévention en les intégrant aux soins à partir de la demande du patient et de ses contraintes de médecin ➤ Réalise les démarches et gestes de prévention dans les situations les plus simples ➤ Repère et exprime ses difficultés à changer de posture de soignant ➤ Cherche la collaboration et le soutien de l'entourage familial pour aider le patient ➤ Travaille avec d'autres intervenants impliqués dans la prévention et l'éducation du patient
	Compétent	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Intègre couramment dans son activité de soins et dans la durée des moments dédiés à la prévention individuelle, au dépistage organisé et à l'éducation du patient ➤ Accompagne le patient dans une démarche d'éducation à sa santé (posture d'éducateur) ➤ Clarifie les tensions entre enjeux individuels et collectifs de la prévention pour rechercher l'adhésion du patient ➤ Collabore activement avec d'autres intervenants impliqués dans la prévention et l'éducation du patient

		L'interne...
CONTINUITÉ, SUIVI, COORDINATION DES SOINS AUTOUR DU PATIENT	Novice	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Accepte l'idée qu'il va être amené à revoir les patients ➤ Utilise le dossier médical ➤ Fait volontiers appel à d'autres intervenants sur des critères décisionnels centrés sur le biomédical et le médecin ➤ Transmet les informations nécessaires à la continuité des soins. ➤ Utilise et prend en compte les informations des autres intervenants ➤ Met en place une relation médecin malade basée sur une posture expert « haute » et perçoit ses limites ➤ Se rend disponible pour la permanence des soins
	Intermédiaire	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Utilise le temps dans la démarche décisionnelle dans certaines situations ➤ Prend en compte les problèmes et les plaintes afin d'organiser le suivi ➤ Construit une relation dans le temps en essayant de faire participer le patient à la décision et à la démarche ➤ Construit une relation dans le temps en essayant de faire participer le patient à la décision et à la démarche ➤ Utilise et renseigne le dossier médical dans une optique de suivi ➤ Fait le lien entre les différents moments ponctuels de recours ➤ Met en œuvre une relation avec les intervenants, en particulier paramédicaux et médicosociaux, en adaptant les moyens de communication et d'information à la situation et à l'intervenant avec lequel il communique (cf. communication)
	Compétent	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Conçoit que le patient a une histoire personnelle et une vie qui déterminent ses traits de caractère et qui influencent le type de suivi ➤ Hiérarchise les plaintes et les problèmes et établit un suivi centré patient ➤ Utilise le temps comme allié, comme une aide à la décision en adéquation avec la situation du patient ➤ Choisit les intervenants en accord avec le patient selon des critères bio-psycho-sociaux ➤ Analyse les avis des différents intervenants, les synthétise pour prendre une décision centrée patient ➤ Utilise le dossier médical pour programmer un suivi dans une perspective de promotion de la santé au niveau individuel et collectif, de prévention et de dépistage ➤ Collabore à la continuité et la coordination du maintien à domicile ➤ Participe à l'organisation de l'accessibilité aux soins, y compris lors de ses absences

		L'interne...
PROFESSIONNALISME	Novice	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Entrevoit un projet professionnel ➤ Accepte son rôle d'interne ➤ Présente un engagement altruiste envers le patient ➤ Participe aux formations théoriques et pratiques du DES
	Intermédiaire	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Manifeste un engagement pour la médecine générale ➤ S'occupe du patient avec altruisme, honnêteté, dans le respect des règles déontologiques ➤ Prend conscience du besoin d'acquisition permanente de nouvelles connaissances afin d'améliorer ses compétences ➤ Définit des objectifs de formation en fonction de son projet professionnel ➤ Organise son temps de travail
	Compétent	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Assume sa responsabilité envers le patient et la société ➤ Collabore avec les autres soignants ➤ Organise son outil et son temps de travail ➤ Améliore ses compétences ➤ Prend en charge le patient avec altruisme ➤ S'implique dans le rayonnement de la discipline

Annexe n°2 : Liste des APC et des niveaux de confiance dans la délégation de responsabilité (NiCDeR) de Codsí et al.

Tableau I. Trajectoire attendue de développement des niveaux de confiance dans la délégation de responsabilité (NiCDeR) pour chaque activité professionnelle fiable (APC).

Activités Professionnelles fiables	NiCDeR			
	T 0-5	T 6-11	T 12-17	T 18-24
1. Assure le suivi médical périodique des enfants de 0 à 5 ans	2	2	3	4
2. Assure le suivi de ses patientes enceintes	2	2	3	4
3. Assure le suivi des patients avec problèmes aigus	2	2	3	4
4. Assure le suivi des patients avec problèmes complexes ou indifférenciés	2	2	3	4
5. Assure le suivi des patients avec problèmes chroniques	2	3	4	4
6. Assure la prise en charge de ses patients hospitalisés	2	2	3	4
7. Assure le suivi des patients âgés avec syndromes gériatriques	2	2	3	4
8. Assure le suivi des patients à domicile et en hébergement	2	2	3	4
9. Assure le suivi des patients avec difficultés de vie	2	3	4	4
10. Assure le suivi des patients avec problèmes de santé mentale	2	2	3	4
11. Gère les épisodes de soins lors de la garde communautaire et hospitalière	2	2	3	4

Tableau II. Niveaux de confiance dans la délégation de responsabilité (NiCDeR) du programme de résidence en médecine de famille.

NiCDeR	Confère une autonomie	Traduction pédagogique J'ai suffisamment confiance en ce résident pour lui déléguer l'activité professionnelle ...
1	Minimale	Sous supervision directe stricte : – Observation de l'activité ou retour auprès du patient avant le congé
2	Restreinte	Sous supervision indirecte étroite : – Discussion du cas systématiquement avant le congé
3	Modérée	Sous supervision indirecte relative : – Discussion du cas avant le congé sauf si le résident le juge non nécessaire
4	Élevée	Sous supervision indirecte distante : – Discussion du cas après le congé
5	Complète	Sans supervision

Annexe n°3 : Grille d'évaluation des APC de l'étude NICOMNIREAC

Grille d'évaluation des Activités Professionnelles Confiables

	Sous supervision directe stricte : Observation de l'activité ou retour auprès du patient avant son départ	Sous supervision indirecte étroite : Discussion du cas systématiquement avant le départ du patient	Sous supervision indirecte relative: Discussion du cas avant le départ du patient sauf si l'interne le juge non nécessaire	Sous supervision indirecte distante : Discussion du cas après le départ du patient	Sans supervision
Assure le suivi de patients souffrant de pathologies chroniques, polymorbidité à forte prévalence					
Assure le suivi de patients souffrant de problèmes aigus prévalents/non programmés/fréquents/exemplaires					
Assure le suivi de patients souffrant d'un problème aigu, non programmé, dans le cadre d'une urgence réelle ou ressentie					
Assure le suivi de problèmes de santé concernant les spécificités de l'enfant et de l'adolescent					
Assure le suivi de patients autour de la sexualité et de la génitalité					
Assure le suivi de patients autour de problèmes liés à l'histoire familiale et à la vie de couple					
Assure le suivi de patients avec un problème de santé et/ou de souffrance liée au travail					
Assure le suivi de patients pour lesquels les aspects légaux, déontologiques et/ou juridiques/médico-légaux sont au premier plan					
Assure le suivi de patients difficiles/exigeants					
Assure le suivi de patients pour lesquels les problèmes sociaux sont au premier plan					
Assure le suivi de patients d'une autre culture					
Globalement, assure le suivi des patients					

D'après Codsi M-P, Sanche G, Authier L, Robert D, D'Aoust L-X, Duplain R, Fernandez N, Fernandez N. Elaboration d'une fiche d'évaluation du stage clinique en médecine de famille : processus et résultat. Pédagogie Médicale 2020;21;91-99 et Attali C, Huez J, Valette T, Lehr-Drylewicz A. Les grandes familles de situations cliniques. exercer. 2013;108:165-9.

Annexe n°4 : Flow Chart

