

MINISTRE DE L'ENSEIGNEMENT
SUPERIEUR ET DE LA RECHERCHE
SCIENTIFIQUE

REPUBLIQUE DU MALI

Un Peuple – Un But – Une Foi

UNIVERSITE DES SCIENCES, DES TECHNIQUES ET DES TECHNOLOGIES DE
BAMAKO

FACULTE DE MEDECINE ET D'ODONTO-STOMATOLOGIE



U.S.T.T-B

Année universitaire : 2022-2023 (FMOS)



TITRE DU MEMOIRE

**EVALUATION DES STAGES COMMUNAUTAIRES PAR LES
MEDECINS EN COURS DE SPECIALISATION DE
MEDECINE DE FAMILLE / MEDECINE COMMUNAUTAIRE**

Par Dr. **DIAKITE Mamadou**

Pour obtenir le Diplôme d'Etudes Spécialisées (DES) de Médecine de Famille / Médecine
Communautaire (MF/MC)

JURY

Président : Professeur Abdoul Aziz **DIAKITE**

Membres : Docteur Souleymane **SIDIBE**

Docteur Drissa Mansa **SIDIBE**

Co-directeur : Docteur Issa Souleymane **GOITA**

Directeur : Professeur Fatoumata **DICKO**

DEDICACES ET REMERCIEMENTS

DEDICACES

Je dédie ce travail tout d'abord

A ALLAH (SWT)

Au nom d'ALLAH le Tout Miséricordieux, le Très Miséricordieux. Ce travail, ainsi accompli, n'aurait point pu arriver à terme, sans l'aide, l'assistance, le soutien et le guidage d'ALLAH. Gloire et Louange à ALLAH, Seigneur de l'Univers ! Guide-nous sur le droit chemin, le chemin de ceux que tu as comblé de faveurs, non pas de ceux qui ont encourus ta colère ni des égarés. Amine !

Au Prophète Mouhammad (SAW)

Le meilleur des créatures, le Sceau des prophètes, le meilleur guide de toute l'humanité, le bien aimé d'ALLAH. Que la Paix et la bénédiction d'ALLAH soit sur Toi. Que nous demeurons sur ta voie droite avec foi et dévouement jusqu'à la rencontre de notre Seigneur ALLAH.

A ma mère bien aimée Karidia MARIKO

Maman Chérie, je te dédie cet humble travail avec grand amour, sincérité et fierté. Maman Chérie, tu as été, tu es, et tu resteras notre source d'amour, de noblesse, de tendresse et d'affection infinie. Les mots me manquent pour exprimer réellement tes qualités de mère au sens complet du mot avec un cœur doux. Ton amour pour les enfants d'autrui est indescriptible. Qu'ALLAH te prête longue vie en bonne santé avec une foi ferme et inébranlable. Qu'IL nous accorde une bonne fin et que notre dernière demeure soit le JANATOUL FIRDAOUSS !

A mon père Méry DIAKITE

Papa Chéri, c'est avec fierté et humilité que je te dédie ce travail. Ta sagesse est sans doute un don divin car, elle a fait de toi une personne exceptionnelle. Tu as toujours été au service de ta communauté (famille, village, canton etc.) en la priorisant sur ta petite famille. Ton sens de responsabilité est un caractère qui force l'admiration. Nous sommes conscients des sacrifices que tu as consentis pour notre éducation. Qu'ALLAH te protège, te garde longtemps auprès de nous dans la foi et en bonne santé ! Qu'IL nous accorde une bonne fin et que notre dernière demeure soit le JANATOUL FIRDAOUSS !

A mon oncle et homonyme Mamadou DIAKITE

Cher Papa, tu es pour moi plus qu'un tonton. C'est toi qui m'as inscrit à l'école et a veillé à ma réussite. Tu as tout mis à ma disposition pour je puisse être toujours parmi les meilleurs de ma génération. Je suis conscient de ce que tu attends de moi, incha'ALLAH je relèverai le défi car le flambeau, je le tiens bon déjà ! Qu'ALLAH t'accorde longue vie en bonne santé sous sa protection et une fin meilleure !

A ma chère tante Djénébou Sangaré

Pour toute la confiance à ma modeste personne, pour ton assistance maternelle et la consolidation fraternelle entre tous les fils et filles de notre chère famille. Qu'ALLAH t'accorde une bonne santé dans la foi en ALLAH !

A mes frères Ibrahim, Issiaka, Aboubacar, Ousmane, Bamoussa, Abdoul Karim, Oumar, Alhassane et NGomi Ismael

Pour tout l'amour fraternel, le soutien, les conseils etc. Que ce travail soit l'exaucement nos vœux tant formulés, de nos prières et de nos sacrifices. Qu'ALLAH raffermisse nos pas, renforce notre lien fraternel et bénisse nos progénitures ! Qu'IL nous accorde belle part ici-bas et l'au-delà !

A mes sœurs Salimata, Aichata, Awa, Fanta, Aminata, Maimouna et Ramata

Pour tout l'honneur et la dignité de notre chère famille. Vous m'avez toujours aimé, soutenu et avez toujours cru en moi. Je suis très fière de vous avoir comme sœurs nobles et dignes. Qu'ALLAH veille sur vous ainsi que toutes nos familles !

A ma femme chérie Boye BADIAGA

Pour l'amour sincère, la compréhension et tout le sacrifice commun pour l'effort du Tout Miséricordieux en qui nous nous aimons. Qu'ALLAH mette Sa Baraka dans notre foyer et nos trésors (nos progénitures) ! Qu'ALLAH consolide notre lien et renforce notre amour jusqu'au JANATOUL FIRDAOUSS !

A mes belles sœurs Kyatou, Rokia, Aminatou, Bintou et Balakissa et Sofiatou

Pour vos efforts perpétuels de perfectionnement, de bonne compréhension et d'engagement pour notre famille. Qu'ALLAH renforce la paix dans nos foyers et bénisse nos enfants !

A mon cher oncle Seydou Moriba DIAKITE, Chef de mon village TOULA

Pour toute la confiance portée à ma modeste personne. Tu as tellement cru à ma réussite malgré des périodes difficiles, Bakoroba, je te dédie ce travail avec fierté. Je prie ALLAH le TOUT PUISSANT de te garder longtemps auprès de nous en bonne santé avec foi sur la voie droite d'ALLAH !

A mes chères tantes Flassoun DIAKITE, Chitan DIAKITE, Feue Alima SIDIBE, Mariam SANGARE, Mariam KONE, Salimata MARIKO, Rokia KONE, Minata DOUMBIA, Afou KONE

Pour tous vos conseils et assistance, vous avez toujours été présentes à nos cotés. Qu'ALLAH accorde la réussite à tous vos enfants et exauce vos vœux !

A mes chers oncles Seydou Moro, Seydou Moriba (Dougoutigui), Baba, Lamine, Sory et Feu Noumoudjon

Pour toute votre assistance et votre confiance à moi. Je suis dévoué et engagé à prendre le relai avec mes frères et sœurs. Vous vous êtes sacrifiés pour la famille et tout le village de TOULA. Qu'ALLAH vous en soit reconnaissant et nous accorde la gloire dans toutes les situations !

A ma grande sœur Massandjé DIAKITE dite Sandjai et famille

Pour tout le soutien, les encouragements et surtout la confiance placée en ma modeste personne. Qu'ALLAH consolide notre lien fraternel, assiste tes enfants et t'accorde une santé meilleure et un cœur apaisé en pleine foi !

A mes cousins et cousines Sérimoussa, Karim, Sékouba, Cheick Oumar, Ousmane, Aboubacar (Abidjan) Assétou, Fanta (Aya Abidjan), Mariam, Kadidia, Minata, Tah, Habiba, Feu Aya, Aichata, Awa, Yayi, Chata, Fatoumata, Assan et Mamou.

Pour toute la fraternité, la cohésion et l'assistance familiale. Qu'ALLAH renforce notre lien fraternel, bénisse nos descendants, accorde longue à nos parents et pardonne nos défunts !

A mes grand-mères paternelle Feue Fanta SANGARE et maternelle Feue Comba KONE

Pour votre amour et votre complicité. S'il fallait vous donner un autre nom, ce serait "**Bonté**".
Votre amour est éternel en moi. Dormez en paix mes bien-aimées ! Que le PARADIS soit notre lieu de rencontre.

A mes grand pères Feu Tiécoura DIAKITE dit Toula Tiécoura et Feu Sougalo MARIKO

Je n'ai pas eu la chance de vous voir, mais je vous ai tellement aimé à travers vos actes de bravoure, de noblesse, de dignité et d'hommes intègres. Vous êtes une source d'inspiration pour moi, dormez en paix mes camarades bien aimés !

A toute mon équipe de ma Clinique "LA MISERICORDE" de Sabalibougou Courani

Pour votre engagement, votre dévouement au travail, votre respect mutuel et surtout votre disponibilité pour les patients. Cette entreprise est le joyau de mes réalisations, le fruit de ma patience et le champ d'action de mon expérience. Elle est très précieuse pour moi ! Je prie le TOUT MISERICORDIEUX de nous assister pleinement, de nous faciliter à surmonter toutes les épreuves et de nous accorder le succès plus jusqu'au sommet INCHA'ALLAH !!!

Dédicace spéciale à mon cher frère, mon ami, mon confident, mon compagnon, mon bien-aimé Feu Oustaz Imam Abdramane DIARRA

Après vingt ans d'amitié, d'effort sur le chemin d'ALLAH, de fraternité vraie (En ALLAH), tu m'as lâché juste après ma soutenance de ce mémoire le jeudi 08 février 2024 à 18H 48min. je n'ai pu dire que "Inna liLLAHI wa inna ilayhi raji'oune" ! Qu'ALLAH accueille ton âme dans le JANATOUL FIRDAOUSS et fasse que nous nous y rencontrons. Qu'IL veille sur ta famille et bénisse tes enfants !!!

Dédicace spéciale à mon chéri neveu, la fleur de nos cœurs, la prunelle de nos yeux, l'innocent Tiékoura Mouhamed DIAKITE

ALLAH fait ce qu'IL veut, quant IL veut, Comme IL veut, IL est le Maître SUPREME ! IL brusquement rappelé à LUI ce jour 05 octobre 2023. Nous nous sommes entièrement soumis à Sa Volonté et nous n'avons de mot sauf "Inna liLLAHI wa inna ilayhi raji'oune" !
Qu'ALLAH le TOUT MISERICORDIEUX veille sur toi et fasse que tu sois une cause d'accession pour tes parents et nous tous au JANATOUL FIRDAOUSS !!!

REMERCIEMENTS

En guise de reconnaissance, je tiens à témoigner mes sincères remerciements à toutes les personnes qui ont contribué de près ou de loin au bon déroulement de ma formation et à l'élaboration de ce modeste travail.

- A tous mes encadreurs de l'EPP Onahio (RCI), des Collèges modernes Gréballo de Guibéroua et Sainte Madeleine de Gagnoa (RCI), du Lycée Kankou Moussa de Daoudabougou (Bamako).
- A tous mes encadreurs de l'ex FMPOS de l'Université de Bamako et de l'ex FMPOS de l'Université Gamal Abdel Naser de Conakry
- A tous mes encadreurs du DES de Médecine de famille/Médecine communautaire
- A tout le personnel du département de Médecine de famille/Médecine communautaire
- Mention spéciale à Professeur Fatoumata DICKO, à Docteur GOITA Issa Souleymane, à Docteur BARRY Kassim, à la secrétaire Mariam DIAKITE, au gardien Monsieur Solo TOGOLA et sa femme Alima SANGARE
- Mention spéciale à Docteur Oumar SANDJI, spécialiste en MF/MC
- A toute l'équipe du projet CLEFS, notre partenaire clé, pour tout le soutien
- A tous les Chargés d'Encadrement Clinique (CEC) et tous les personnels des CSCOM Universitaires
- Mention spéciale à Docteur Mamadou Bayo COULIBALY et famille ainsi que tout le personnel du CSCOM-U de Konobougou
- Mention spéciale à Docteur Aboubakary KONATE et tout le personnel du CSCOM-U de Ségué
- Mention spéciale à Docteur Drissa Mansa SIDIBE, à Docteur Souleymane SIDIBE, à Docteur Alfouseyni dit Guimba N2 SISSOKO, au major Mme FOFANA Aissata, à la sage-femme maitresse Mme DIABY Sira et tout le personnel du CSCOM-U de Banconi
- A mes Chers collègues, amis et compagnons de promotion (9^{ème} Promotion du DES de MF/MC) : Dr Hassane COULIBALY, Dr Salif KAMISSIKO, Dr Diahara TANGARA, Dr Daouda DIARRA, Dr Adama Mansa DOUMBIA, Dr Koniba DIAKITE
- A mes Chers collègues, amis et compagnons de promotion (8^{ème} Promotion du DES de MF/MC) : Dr Kadia TRAORE ; Dr Aminata BORE ; Dr Abasse DIABY
- A tous les aînés spécialistes de MF/MC et tous les membres et sympathisants du REMEFAC à travers son Président Dr Mohamed DIABATE

- Mention spéciale à Docteur Intimbé TEMBINE, Chargé de recherche en MF/MC
- Mention spéciale à Docteur Zoumana SANOGO et Docteur Idrissa SIDIBE spécialistes de MF/MC
- A tous les DES de MF/MC : DES1, DES2 et DES3 de l'année universitaire 2022-2023
- A mes Chers maîtres de la Médecine Interne du POINT G et mes collègues DES
- A mon Maître et voisin Professeur Fouseyni DIAWARA à Sabalibougou Courani
- A mes frères et voisins pharmaciens Dr SANGARE Oumar et Dr DICKO Mohamed Ag Mohamed tous à Sabalibougou Courani
- A mes frères et sœurs de l'AJM (Amical des Jeunes Musulmans)
- A mes frères et sœurs de l'AMCS (Association Malienne pour la Culture et la Solidarité)
- A tous les membres et sympathisants de la LIEEMA et de L'IDM
- A tous les membres et sympathisants de l'Amicale Guinée et de l'ASEEMG
- A mon jeune frère Oustaz Fodé KEITA, Oustaz Issa KONE, à ma sœur Kadia LAH et tout le personnel du Centre "NOUR"
- A mon Maître et bien aimé en ALLAH, Oustaz Houdou Bakary KONE et famille
- A mon frère et bien aimé en ALLAH, Mouhamad BOUARE et famille
- A mon frère et bien aimé en ALLAH, Souleymane Nanko TRAORE et famille
- A mon frère et bien aimé en ALLAH, Ibrahim DJILA, son épouse ma sœur Djamourou SIDIBE et toute la famille
- A mon frère et ami Dr Fousseyni COULIBALI, à son épouse (ma petite sœur Aicha CAMARA), à mon Cher Homonyme et toute la famille
- A mon tonton et conseiller Oustaz Tidiane SYLLA et famille à Sénou
- A mon frère et ami Ing Mohamed DIARRA et famille (ma fille et mes enfants)
- A ma sœur Aminata SANOGO et tous mes frères et sœurs de la Roqya
- A ma sœur Fatoumata CISSE et famille à Abidjan
- A mes frères bien-aimés Haroun TRAORE, Fadeby SAMAKE, Sinaly COULIBALY, Daouda GUINDO et Tous
- A mes frères et compagnons Dr Adama Sériba DIARRA, Dr Yacouba DOUMBIA et Ibrahim SACKO
- A mon oncle et homonyme Oustaz Mamadou DIAKITE dit Tiekolona Madou et famille
- A tous les villageois et ressortissants de mon village TOULA C/Bougouni
- A monsieur le Maire de Sabalibougou Courani Lamine KONE et toute son équipe
- A toute la population et les autorités du quartier Sabalibougou Courani.

A tous et toutes, je vous dis "MERCI" du fond du cœur !!!

HOMMAGES AUX MEMBRES DE JURY

A notre Maître et Président du Jury

Professeur Abdoul Aziz DIAKITE

- **Professeur Titulaire de Pédiatrie à la Faculté de Médecine et d’Odonto-Stomatologie (FMOS) ;**
- **Spécialiste en hématologie pédiatrique**
- **Diplômé universitaire en surveillance épidémiologique des pathologies infectieuses tropicales**
- **Chef de service de pédiatrie générale**
- **Responsable de l’unité de prise en charge des enfants atteints de la drépanocytose au CHU-GT**
- **Membre de l’association malienne de pédiatrie**
- **Membre de l’Association des Pédiatres d’Afrique Noire Francophone**
- **Président de commission médicale d’établissement**
- **Président du groupe technique consultatif sur les vaccins et vaccination.**

Cher Maître,

C’est un grand honneur pour nous que vous ayez accepté de présider ce jury malgré vos multiples responsabilités. Votre rigueur scientifique, votre approche pédagogique et votre souci du travail bien fait font de vous un modèle.

Recevez Cher Maitre, l’expression de notre profond respect et nos considérations les plus honorables.

A NOTRE MAITRE ET DIRECTRICE DE MEMOIRE

Professeur Fatoumata DICKO

- **Professeur titulaire de Pédiatrie à la Faculté de Médecine et d’Odonto-Stomatologie (FMOS) ;**
- **Coordinatrice du DES de Médecine de Famille/ Médecine Communautaire ;**
- **Chef de service de la néonatalogie de la clinique périnatale Mohamed VI ;**
- **Secrétaire générale de l’Association Malienne de Pédiatrie ;**
- **Secrétaire générale de l’association des Pédiatres d’Afrique Noire Francophone ;**
- **Membres du collèges Ouest Africains des Médecins.**

Cher Maître,

Ce fut un grand honneur pour nous et une fierté de nous avoir confié ce travail de recherche et d’accepter de le diriger. Nous avons été très vite impressionnés par vos qualités tant humaines que scientifiques.

Votre franchise, votre modestie, votre assistance sociale et la pertinence de vos conseils ont attiré particulièrement notre attention.

Votre passion et votre dévouement pour le travail bien fait, la spontanéité de vos remarques et suggestions ainsi que votre approche pédagogique dans l’enseignement font de vous une scientifique digne, honnête et rigoureuse.

Nous vous remercions du fond du cœur pour votre confiance placée en notre modeste personne et pour tout ce que nous avons appris à vos côtés.

Nous vous prions de bien vouloir accepter l’expression de notre sincère reconnaissance et de notre profonde gratitude.

Qu’ALLAH le TOUT MISERICORDIEUX vous assiste pleinement et exauce vos vœux !

A NOTRE MAITRE ET JUGE

Docteur Drissa Mansa SIDIBE

- **Spécialiste en Médecine de Famille/Médecine Communautaire (MF/MC)**
- **Maître-Assistant à la Faculté de Médecine et d’Odonto-Stomatologie (FMOS)**
- **Chargé d’Encadrement Clinique (CEC)**
- **Praticien en Santé Communautaire**

Cher Maître,

Vous nous avez honorés en acceptant de siéger à ce jury. Votre savoir-faire, votre savoir être et surtout votre ouverture d’esprit nous ont beaucoup marqué pendant tout le parcours de cette formation. Vos multiples efforts à accompagner les résidents au cours des stages sont salutaires. Veuillez bien accepter, Cher Maître, l’expression de toute notre considération et notre profonde gratitude.

A NOTRE MAITRE ET JUGE

Docteur Souleymane SIDIBE

- **Maitre-assistant à la faculté de médecine et d'odontostomatologie ;**
- **Spécialiste en Médecine de famille/Médecine communautaire ;**
- **Membre du Bureau de recherche de la faculté de médecine et d'Odontostomatologie ;**
- **Vice-président du Réseau des Médecins de Famille et Communautaires (REMEFAC) ;**
- **Chargé de la santé de la reproduction au CSCOM-U de Banconi.**

Cher Maître,

C'est un réel plaisir pour nous de vous compter parmi les membres de ce jury.

Votre capacité intellectuelle et votre méthode pédagogique ont très vite forcé notre admiration.

Votre simplicité, votre caractère social, votre courtoisie et votre compétence scientifique et technique nous ont permis d'être à l'aise au cours de vos enseignements.

Je vous prie de bien vouloir accepter toute notre sympathie et notre profond respect !

A notre Maître et Co-Directeur de Mémoire

Docteur Issa Souleymane GOITA

- **Spécialiste en Médecine de famille/Médecine communautaire ;**
- **Spécialiste en santé publique option santé communautaire et épidémiologie ;**
- **Maitre-assistant à la faculté de médecine et d'odontostomatologie ;**
- **Titulaire d'un Diplôme universitaire de drépanocytose ;**
- **Diplômé universitaire en gestion et analyse des données de santé à l'institut de formation et de recherche interdisciplinaire en science de la santé et de l'éducation (IFRISSE) de Ouagadougou (Burkina Faso).**
- **Secrétaire administratif du Réseau des Médecins de Famille et Communautaire (REMEFAC).**

Cher Maître,

Merci d'avoir accepté de siéger dans ce jury et d'accepter de codiriger ce travail. Vos qualités intellectuelles et sociales et surtout votre courtoisie sont sans commentaire et nous ont profondément touchées. Votre raisonnement scientifique et humaine couplée à votre sens d'écoute sont des facteurs favorisant votre collaboration. Sans flatterie aucune, vous êtes un exemple pour la jeunesse médicale.

Recevez l'expression de mes sentiments les plus distingués et notre entière reconnaissance.

Table des matières

I.	INTRODUCTION	1
II.	OBJECTIFS	4
	2.1 Objectif général	4
	2.2 Objectifs spécifiques.....	4
III.	GENERALITES	5
	3.1.1 Spécialité horizontaliste	5
	3.1.2. Premier recours aux soins	5
	3.1.3. Soins globaux continus.....	6
	3.1.4. Centrage sur le patient.....	7
	3.1.5. Orientation communautaire.....	7
	3.2. Caractéristiques de la discipline de la Médecine Générale-Médecine de Famille :	8
	3.3. Aperçu sur la formation de la Médecine de famille/Médecine communautaire au Mali.....	9
	3.4. Formation pratique au cours du DES de Médecine de famille/Médecine communautaire	10
IV.	METHODOLOGIE.....	11
	4.1 Cadre d'étude	11
	4.1.1 Infrastructures.....	11
	4.1.2 Personnel	11
	4.1.3 Activités	11
	4.2 Type d'étude	11
	4.3 Période d'étude	11
	4.4 Déroulement de l'étude	11
	4.5 Saisie et analyse des données	13
V.	RESULTATS	14
	5.1. L'opinion des Médecins Résidents (MR) sur l'accessibilité des encadreurs sur le stage.....	14
	5.2. La perception des MR sur la qualité de la formation et des compétences acquises ..	17
	5.3. L'avis des MR sur l'attitude du personnel du centre de stage.....	22
	5.4. L'appréciation du cadre de la formation (le confort et la logistique) par les MR.....	26
	5.5. Les propositions des MR pour l'amélioration des stages communautaires.....	32
VI.	COMMENTAIRES ET DISCUSSION	33
	6.1. L'opinion des Médecins Résidents sur l'accessibilité des encadreurs pour le stage.	33

6.2. La perception des Médecins Résidents sur la qualité de la formation et des compétences acquises	34
6.3. L'avis des MR sur l'attitude du personnel du centre de stage.....	35
6.4. L'appréciation du cadre de la formation (le confort et la logistique) par les Médecins Résidents.....	36
6.5. Les propositions des MR pour améliorer les stages communautaires.....	37
6.6. Limites de l'étude	37
CONCLUSION	39
RECOMMANDATIONS.....	40
REFERENCES.....	42
ANNEXES	44
FICHE SIGNALÉTIQUE	47

SIGLES ET ABREVIATIONS

ASACO : Association de Santé Communautaire

CC : Consultation Curative

CCSC : Communication pour le Changement Social de Comportement

CEC : Chargé d'Encadrement Clinique

CLEFS : Communautés Locales d'Enseignement pour des Femmes et des Filles en Santé

CPN : Consultation Pré Natale

CPON : Consultation Post Natale

CSCOM : Centre de Santé Communautaire

CSCOM-U : Centre de Santé Communautaire et Universitaire

CSREF : Centre de Santé de Référence

DES : Diplôme d'Etudes Spécialisées

FMOS : Faculté de Médecine et d'Odonto-Stomatologie

IEC : Information Education Communication

MF/MC : Médecine de Famille/Médecine Communautaire

MR : Médecin Résident

N/A : Non Applicable

N/R : Non Répondue (Question)

OOAS : Organisation Ouest Africaine de la Santé

PEC : Prise En Charge

SOP : Soins Ophtalmologiques Primaires

US : Université de Sherbrooke

USTTB : Université des Sciences, des Techniques et des Technologies de Bamako

« Evaluation des stages communautaires par les Médecins en cours de spécialisation de Médecine de Famille/Médecine Communautaire »

WONCA : World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations
of General Practives/Family Medicines

LISTE DES FIGURES ET TABLEAUX

Figure1 : Types de prévention selon la fonction de synthèse du médecin de famille

Tableau I : Répartition des avis des Médecins Résidents selon l'accessibilité de l'encadreur pour les staffs

Tableau II : Répartition des avis des Médecins Résidents selon l'accessibilité de l'encadreur pour les habilités cliniques

Tableau III : Répartition des avis des Médecins Résidents selon l'accessibilité de l'encadreur pour les supervisions directes

Tableau IV : Répartition des avis des Médecins Résidents selon l'accessibilité de l'encadreur pour les discussions scientifiques

Tableau V : Répartition des avis des Médecins Résidents selon l'accessibilité de l'encadreur pour des questions de compréhension

Tableau VI : La perception des Médecins Résidents sur la qualité des habilités cliniques

Tableau VII : La perception des Médecins Résidents sur leur contribution à la formation interne du personnel

Tableau VIII : La perception des Médecins Résidents sur leur participation aux activités externes du centre

Tableau IX : La perception des Médecins Résidents sur leur participation aux réunions de l'ASACO

Tableau X : Répartition des opinions des Médecins Résidents sur les compétences acquises pendant les stages

Tableau XI : Répartition des avis des Médecins Résidents sur la qualité de leur collaboration avec le reste du personnel de la structure

Tableau XII : Répartition des avis des Médecins Résidents sur l'implication du personnel dans leur encadrement

Tableau XIII : Répartition des avis sur des Médecins Résidents sur l'acceptation de leurs remarques par le personnel du centre

Tableau XIV : Répartition des avis des Médecins Résidents sur les responsabilités qui leur sont confiées par le personnel du centre

Tableau XV : Répartition des avis des Médecins Résidents sur l’appréciation du logement

Tableau XVI : Répartition des avis des Médecins Résidents sur l’appréciation de la nourriture

Tableau XVII : Répartition des avis des Médecins Résidents sur l’appréciation de l’eau

Tableau XVIII : Répartition des avis des Médecins Résidents sur l’appréciation de l’électricité

Tableau XIX : Répartition des avis des Médecins Résidents sur l’appréciation de la connexion internet

Tableau XX : Répartition des avis des Médecins Résidents sur l’appréciation des loisirs

Tableau XXI : Répartition des suggestions des Médecins Résidents pour l’améliorer du stage dans les CSCOM-U

I. INTRODUCTION

Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), la médecine familiale peut être définie comme les services de soins de santé fournis par un médecin de famille et par son équipe multidisciplinaire, caractérisés par une approche complète, continue, coordonnée, collaborative, personnelle, familiale et axée sur la communauté [1]. Dans cette approche, les services répondent aux besoins de la communauté et permettent d'aider les individus à prendre des décisions et à participer aux soins qui leur sont dispensés. Tout au long de leur vie, les individus bénéficient d'un continuum de services incluant la promotion de la santé, la prévention des maladies, le diagnostic, le traitement, la prise en charge des maladies, la réadaptation et les soins palliatifs, à travers les différents niveaux et les différents centres de soins du système de santé [1].

Elle répond aux problèmes de santé dans leurs dimensions physique, psychologique, sociale, culturelle et existentielle [2].

Dans le contexte du Mali, la Médecine de famille / Médecine communautaire (MF/MC), est une discipline de spécialisation médicale clinique conçue pour le premier niveau de la pyramide sanitaire et incluant 2 volets : un travail clinique (soins préventifs, curatifs et promotionnels) et un travail de gestion propre à la Médecine Communautaire (c'est-à-dire l'organisation du travail d'équipe, l'encadrement du personnel, la supervision de l'approvisionnement en médicaments/intrants, la gestion financière, l'utilisation du système d'information sanitaire, la collaboration avec les autorités de district, la mairie et la communauté) [3].

Elle s'intéresse aux soins des personnes dans un contexte familial et communautaire. Les médecins de famille fournissent un ensemble complet de soins à leurs patients, peu importe leur âge, leur sexe ou leur affection [4].

Les stages consistent à offrir aux étudiantes une formation pratique dans un milieu de soins propice à leur développement professionnel. Ainsi, en plus de leur fournir l'occasion privilégiée d'acquérir de nouvelles connaissances et habiletés, les stages permettent de faire des liens entre la théorie et la pratique [5].

Il s'agit d'une expérience professionnelle, qui fait partie du programme d'études de l'étudiant. Il a donc des objectifs pédagogiques et des résultats d'apprentissage intentionnels visant à fournir des connaissances pratiques dans le domaine du programme universitaire du participant [6].

La formation en milieu de pratique est une composante indispensable des programmes de formation universitaire du domaine de la santé et des services sociaux. L'intégration d'activités de stage dans ces programmes n'est pas une voie optionnelle, mais obligatoire. Elle découle d'objectifs spécifiques de formation et se situe au cœur de l'approche pédagogique de plusieurs disciplines [7].

Le développement de ces compétences se fera de façon longitudinale tout au long de la formation à travers les stages. Ainsi le médecin en cours de spécialisation encore appelé "le Médecin Résident" (MR) évolue dans les CSCOM Universitaires (CSCOM-U) pour compléter sa formation théorique dans d'autres structures de santé [3].

Il devra surtout être capable de démontrer son savoir, son savoir-faire, ainsi que son savoir-être, habiletés qui font partie des compétences à atteindre à la fin de sa formation [8].

Cette formation doit être de bonne qualité et sans cesse actualisée dans un processus éducatif dynamique, en évolution permanente [9].

Selon les conclusions d'une étude sur l'évaluation de la formation supérieure et professionnelle, les articles ont recommandé la diversité des sources d'information et l'utilisation d'un processus rigoureux de recueil d'information. Ils attirent l'attention sur les méthodologies d'élaboration du questionnaire d'évaluation rempli par les étudiants sur la prestation de l'enseignant, et sur l'interprétation des résultats [10].

En 2014, une évaluation de la médecine familiale a été menée par l'OMS dans 22 pays de la région de la méditerranée orientale ; ses résultats ont récemment fait l'objet d'une mise à jour. Elle a permis de collecter des informations sur les 13 éléments de base de la médecine familiale, relatifs aux infrastructures, aux défis à relever et aux possibilités de développement des soins de santé primaires de la médecine familiale [1].

Dans leur étude menée au Canada en 1998, Bernard et Normand ont proposé un modèle de présentation des résultats de l'évaluation par les étudiants qui en facilite l'interprétation en respectant le professeur évalué [11].

Quant aux enseignants, ils reconnaissent aussi l'utilité de les évaluer par les étudiants et souhaitent que l'institution s'en saisisse pour mettre en place des actions concrètes d'amélioration de l'enseignement [10].

En considérant les énoncés portant sur les buts de l'évaluation, on constate, que soixante-dix pourcents des professeurs, toutes disciplines confondues, reconnaissent que l'évaluation les aide à améliorer leur enseignement [11].

« Evaluation des stages communautaires par les Médecins en cours de spécialisation de Médecine de Famille/Médecine Communautaire »

Ainsi pour contribuer à la perfection du système d'encadrement des médecins en cours de spécialisation de MF/MC, nous avons initié cette étude intitulée :

« Evaluation des stages communautaires par les Médecins en cours de spécialisation de Médecine de famille/Médecine communautaire ».

II. OBJECTIFS

2.1 Objectif général

Décrire la perception des Médecins en cours de spécialisation de Médecine de Famille/Médecine Communautaire sur les stages communautaires.

2.2 Objectifs spécifiques

- Décrire les opinions des Médecins Résidents de Médecine de Famille/Médecine Communautaire sur l'accessibilité des encadreurs pour le stage ;
- Décrire la perception des Médecins Résidents sur la qualité de la formation ;
- Recenser les avis des Médecins Résidents sur l'attitude collaborative du personnel du centre de stage ;
- Décrire la perception des Médecins Résidents sur le cadre du stage ;
- Recueillir les propositions des Médecins Résidents sur l'amélioration des stages communautaires.

III. GENERALITES

La Médecine de Famille/Médecine Générale est actuellement considérée comme étant une pratique médicale humaniste pour des soins de qualité et un « choix politique » efficace pour un système de santé performant. En août 2018, huit organismes de Médecine Familiale ont lancé l'initiative 25 × 2030 visant à augmenter la proportion de diplômés en médecine familiale, des facultés de médecine américaines, à 25 % d'ici 2030. Ancrée dans la culture anglophone moderne, elle est d'apparition récente dans les pays franco dépendants où elle est encore à la recherche de son identité professionnelle [2].

3.1 Spécificité de la médecine de famille.

Par rapport aux autres domaines de pratique de la médecine humaine spécialisée, la Médecine de Famille/Médecine Générale est caractérisée par cinq particularités spécifiques : l'approche horizontaliste, la focalisation sur les soins du premier recours, la globalité et la continuité des soins, le centrage sur le patient et l'orientation communautaire [2].

3.1.1 Spécialité horizontaliste

Certes la Médecine de Famille / Médecine Générale se base dans son approche clinique sur un package minimum des compétences des autres spécialités telles que la pédiatrie, la gynécologie, la cardiologie, la pneumologie, l'endocrinologie, selon des proportions relatives à leur ampleur en pratique de première ligne des soins et à leur niveau de technicité diagnostique et thérapeutique. Cependant, elle n'est pas une sommation arithmétique des « compétences » des spécialités médicales, mais elle est en soi une spécialité authentique ayant une mission spécifique, un raisonnement particulier et un contexte d'exercice professionnel exceptionnel. La Médecine de Famille / Médecine générale est par conséquent une discipline horizontaliste. Sa mission spécifique est la confirmation du « bon état de santé » de la population des personnes desservies, contrairement aux autres spécialités médicales, dont le rôle est de prouver, grâce à des tests spécifiques et pathognomoniques, le diagnostic des affections chez les patients. Son contexte spécifique de pratique professionnelle est la faible prévalence des problèmes de santé [2].

3.1.2. Premier recours aux soins

La Médecine de Famille / Médecine Générale est une médecine d'interface entre la population générale et le système national de soins. Son premier avantage par rapport aux autres spécialités est sa meilleure accessibilité aux soins. Cependant, son exercice professionnel est confronté à des motifs de consultation, peu différenciés et polymorphes [2].

3.1.3. Soins globaux continus [2]

La globalité et la continuité des soins constituent deux spécificités de la pratique médicale dans les structures de santé de Médecine de Famille / Médecine Générale. La globalité des soins est l'intégration des besoins de santé « physiques » (ex : céphalée, hypertension artérielle, ...), « psychologiques » (ex : anxiété, dépression, ...) et « sociaux » (ex : difficultés familiales et professionnelles attribuées aux problèmes de santé, ...). Quant à la continuité des soins, elle englobe ses trois modalités : « intra épisode », « inter épisodes » et « inter problèmes de santé ». Citons l'exemple d'un enfant souffrant du diabète de type 1, ayant développé une insuffisance rénale. Le management clinique du diabète type 1 nécessite d'une part la gestion de sa première décompensation ayant conduit au diagnostic, de l'amaigrissement au coma diabétique (continuité intra épisode) et d'autre part les consultations de suivi de cette maladie chronique (continuité inter épisodes). L'intégration de la prise en charge de deux problèmes de santé de cet enfant (diabète et insuffisance rénale) est un exemple de la « continuité inter problèmes de santé ». Le concept de la globalité des soins est la résultante d'une vision holistique de l'Homme, du problème de santé et de la vie. La personne humaine n'est pas la somme d'appareils, d'organes ou des cellules, mais un « être bio psycho-social ». Sa souffrance n'est pas limitée à la dimension somatique (maladie), mais la dépasse aux deux autres dimensions : psychologique (anxiété) et sociale (difficultés d'intégration). En plus de sa vie personnelle, l'être humain vit toujours en famille et dans une communauté. Le concept de la « continuité des soins », sous ses différentes formes (intra épisode, inter épisodes et inter problèmes de santé), se base sur le continuum de la santé. Après une phase initiale de « bonne santé », la personne humaine s'expose à un ou plusieurs facteurs de risque, qui augmente(nt) sa vulnérabilité à la maladie, s'exprime selon deux modalités asymptomatiques puis symptomatiques. En fonction de la gravité de la maladie et de l'observance du protocole thérapeutique, la maladie pourrait évoluer vers des complications, parfois handicapantes ou même mortelles.

La continuité inter problèmes de santé engendre une fonction princeps du Médecin de Famille : la « fonction de synthèse » des médecins révélés des membres des familles, dont certains sont des patients effectifs présentant des problèmes de santé actifs.

Les quatre types de prévention selon le continuum de la santé et la fonction de synthèse du Médecin de Famille. (Figure n°1)

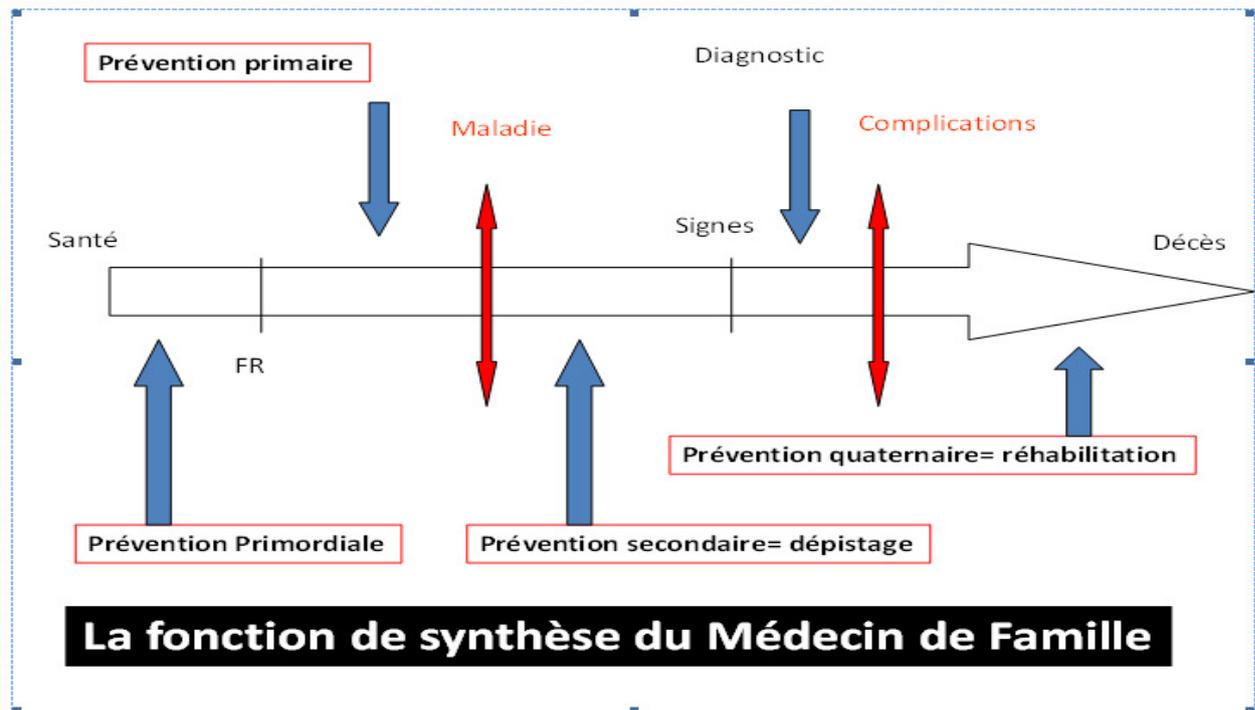


Figure1 : Types de prévention selon la fonction de synthèse du médecin de famille

3.1.4. Centrage sur le patient

Contrairement à la médecine clinique hyperspécialisée, ayant tendance à se centrer plutôt sur les soignants, la Médecine de Famille / Médecine Générale est par excellence une médecine centrée sur le patient. Son objectif est avant tout de soulager le patient, même avant de poser le diagnostic de sa maladie. Ses procédures cliniques de soins prennent en compte les besoins de santé globaux du patient aussi bien physiques que psycho-sociaux. Le modèle relationnel privilégié en Médecine de Famille/Médecine Générale est participatif, donnant beaucoup de temps et aussi d'espace au patient pour exprimer d'une part sa souffrance selon son cadre de référence culturelle et avec son vocabulaire profane, et d'autre part ses attentes à l'égard de l'équipe de soins et aux opportunités thérapeutiques. Cette approche est appelée « to care » versus « to cure » [2].

3.1.5. Orientation communautaire

La médecine de Famille / Médecine Générale n'est pas une pratique médicale destinée exclusivement aux personnes malades, visant la restauration de leur santé, comme dans la majorité des spécialités médicales cliniques ; mais elle est orientée vers tous les membres de la famille et toutes les personnes de la population générale. En effet, elle donne beaucoup d'importance aux personnes exposées aux maladies, en leur offrant des tests, des stratégies et des politiques de dépistage appropriées, visant la détection précoce des maladies au cours de

leur phase d'incubation ou d'évolution asymptomatique. Elle accorde aussi beaucoup d'importance à la population saine dans leur offre de programmes de « promotion » et d'éducation pour la santé [2].

3.2. Caractéristiques de la discipline de la Médecine Générale-Médecine de Famille :

En 2002, la WONCA a redéfini par une déclaration consensuelle les caractéristiques de la Médecine Générale - Médecine de Famille ainsi que les tâches professionnelles et a décrit les compétences essentielles requises pour un médecin généraliste.

Ces caractéristiques ont été regroupées en onze (11) items :

- ✓ Elle est habituelle le premier contact avec le système de santé, permettant un accès ouvert et non limité aux usagers, prenant en compte tous les problèmes de santé, indépendamment de l'âge, du sexe ou de toutes autres caractéristiques de la personne concernée.
- ✓ Elle utilise de façon efficiente les ressources du système de santé par la coordination des soins, le travail avec les autres professionnels de soins primaires et la gestion du recours aux autres spécialités, se plaçant si nécessaire en défenseur du patient.
- ✓ Elle développe une approche centrée sur la personne dans ses dimensions individuelles, familiales et communautaires.
- ✓ Elle utilise un mode de consultation spécifique qui construit dans la durée une relation médecin - patient basée sur une communication appropriée.
- ✓ Elle a la responsabilité d'assurer des soins continus et longitudinaux, selon les besoins du patient.
- ✓ Elle base sa démarche décisionnelle spécifique sur la prévalence et l'incidence des maladies en soins primaires.
- ✓ Elle gère simultanément les problèmes de santé aigus et chroniques de chaque patient.
- ✓ Elle intervient à un stade précoce et indifférencié du développement des maladies qui pourraient éventuellement requérir une intervention rapide.
- ✓ Elle favorise la promotion et l'éducation pour la santé par une intervention appropriée et efficace.
- ✓ Elle a une responsabilité spécifique de santé publique dans la communauté.
- ✓ Elle répond aux problèmes de santé dans leurs dimensions physique, psychologique, sociale, culturelle et existentielle.

Les onze (11) caractéristiques centrales qui définissent la discipline se rapportent à des capacités ou habiletés que chaque médecin de famille spécialisé doit maîtriser.

Le généraliste applique ces compétences dans trois champs d'activité :

- Démarche clinique,
- Communication avec les patients,
- Gestion du cabinet médical.

Comme discipline scientifique centrée sur la personne, trois dimensions spécifiques doivent être considérées comme fondamentales :

- Contextuelle : utiliser le contexte de la personne, la famille, la communauté et la culture.
- Comportementale : basée sur les capacités professionnelles du médecin, ses valeurs et son éthique.
- Scientifique : adopter une approche critique basée sur la recherche et maintenir cette approche par une formation continue et une amélioration de la qualité [12].

3.3. Aperçu sur la formation de la Médecine de famille/Médecine communautaire au Mali

L'université des Sciences, des Techniques et des Technologiques de Bamako (USTTB) à travers sa Faculté de Médecine et d'Odonto-Stomatologie (FMOS) a ouvert depuis 2012 un Diplôme d'Etudes Spécialisées (DES) en Médecine de Famille/Médecine Communautaire (MF/MC).

Le but de ce DES est de former les médecins spécialistes du premier niveau de la pyramide sanitaire s'occupant des activités de soins préventifs, curatifs et promotionnels tout en ayant un regard sur les autres déterminants sociaux de santé de la communauté et de responsabilité. Ce sont des cliniciens compétents capables aussi d'organiser le travail d'équipe, encadrer le personnel, superviser l'approvisionnement en médicaments/intrants et la gestion financière, utiliser le système d'information sanitaire, collaborer avec les autorités de district, la mairie et la communauté.

La FMOS a décidé d'opter pour la dénomination « Médecine de Famille/Médecine Communautaire » pour mieux faire ressortir la place privilégiée de la communauté.

Ce programme est né d'un partenariat avec l'Université de Sherbrooke (US) au Canada et s'est inspiré du curriculum de formation des Médecins de Famille canadiens. Il a eu pour premier partenaire le projet canadien "DECLIC" en 2012. Le relai a été pris par le projet "CLEFS" de 2020 à nos jours.

Il a été adapté au contexte malien et aux exigences des curricula de formation de l'Organisation Ouest Africaine de la Santé (OOAS). C'est ainsi que, comme tous les programmes de formation de DES de l'OOAS, la formation s'étale sur quatre (4) ans. Le programme de première année a

pour objectif de mettre l'étudiant en face des différentes situations cliniques des hôpitaux mais aussi de nouer des contacts fructueux avec d'autres spécialistes pour les éventuelles références. En deuxième et troisième années, les étudiants sont exposés aux différents contextes cliniques de même qu'aux spécificités de la clientèle et des communautés. La quatrième année vise le développement de compétences professionnelles avancées et est couronné d'un mémoire de fin de cycle soutenu dans un domaine de choix de futur spécialiste en Médecine de Famille/Médecine Communautaire (MF/MC) [3].

3.4. Formation pratique au cours du DES de Médecine de famille/Médecine communautaire

L'essence même de l'internat est une formation clinique dans des milieux d'enseignement se rapprochant le plus possible du futur environnement de pratique du résident. Cette formation débute par un résidanat rotatoire bonifié par des stages pertinents pour le futur MF/MC. La formation est basée d'abord sur les stages en médecine interne ensuite suivent les autres tels qu'un stage en Psychiatrie, un stage additionnel en Pédiatrie, une exposition dans les Urgences et auprès des personnes âgées. De plus, la formation Gynéco-Obstétricale tiendra compte de la pratique interprofessionnelle nécessaire au travail dans les maternités des CSCOM et des CSRéf. Le développement de ces compétences se fera de façon longitudinale tout au cours de la formation puisque le résident évoluera dans les CSCOM-U pendant deux ans et demi et ira compléter sa formation dans d'autres structures de santé.

Les MR en stage seront personnellement impliqués et actifs dans les soins aux patients et non en mode observation. Ils seront supervisés par les Médecins Chargés d'Encadrement Clinique (CEC) tantôt en observation directe par le l'encadreur, tantôt de façon indirecte par discussion de cas selon un degré d'autonomie en lien avec leur niveau de formation et le développement de leurs compétences.

Pendant la quatrième année, cette supervision se fera généralement en différer ou immédiatement au besoin avec un professeur joignable en tout temps.

Les Résidents seront appelés à accomplir les mêmes tâches que le médecin en pratique. Ils participeront également à la formation du personnel dont les relais. Ils assureront également des tâches administratives et de gestion [3].

IV. METHODOLOGIE

4.1 Cadre de l'étude

Notre étude a été réalisée dans le département de Médecine de Famille/Médecine Communautaire.

4.1.1 Infrastructures

Le département est construit au sein de la FMOS entre le nouvel amphithéâtre et le décanat. Il comprend :

- Deux (2) salles de cours dont une polyvalente au 1^{er} étage servant aussi de salle de réunion
- Une (1) salle de simulation et de travaux pratiques au 2^e étage,
- Deux (2) salles de supervision à miroir au 2^e étage,
- Trois (3) bureaux techniques au 1^{er} étage. Ces bureaux sont emboîtés par un (1) secrétariat.

4.1.2 Personnel

Le personnel du département est composé de :

- Un (1) Professeur titulaire de Pédiatrie, coordonnatrice du DES de MF/MC
- Trois (3) Maître - Assistants de MF/MC
- Deux (2) MF/MC chargés de cours
- Deux (2) MF/MC chargés de la recherche
- Six (6) MF/MC chargés d'encadrement clinique dont un des Maîtres-Assistants.

4.1.3 Activités

Le département de MF/MC assure la coordination des activités de formation en MF/MC qui sont :

- La formation des DES de MF/MC
- L'enseignement de la MF/MC aux étudiants de la 6^e année médecine (FMOS)
- Le développement professionnel continu du personnel du département
- La réalisation des travaux de recherche.

4.2 Type d'étude

Il s'agissait d'une étude qualitative, descriptive et rétrospective.

4.3 Période d'étude

L'étude s'est déroulée du 08 novembre 2022 au 15 février 2023 soit une période de 3 mois.

4.4 Déroulement de l'étude

Notre étude a porté sur les documents préalablement remplis par les Médecins Résidents de la deuxième et troisième Année du DES de l'année universitaire 2020-2021. En effet, ces

Médecins constituent les Résidents concernés par les stages communautaires. Ainsi, au retour de leurs stages communautaires effectués dans les CSCOM-U, ils ont été soumis à un questionnaire par le Département de la Médecine de Famille/Médecine Communautaire.

Les CSCOM Universitaires de Banconi, de Ségué, de Konobougou, de Koniakary et de Sikasso ont abrité les stages.

Cette évaluation post stages avait pour objectif de recueillir leurs opinions en vue d'améliorer le stage dans son ensemble (les conditions de vie des stagiaires, le système d'encadrement des résidents, la relation avec l'ASACO etc.). Ce questionnaire comportait les items suivants qui ont représentés nos différentes variables étudiées :

- L'accessibilité de l'encadrant (CEC) pour les staffs, les habilités cliniques, les supervisions directes, les discussions scientifiques et les questions de compréhension ;

Il s'agissait de décrire les avis des Médecins Résidents sur la disponibilité des CEC pour la formation.

- La formation du Résident ;

Nous avons décrit la perception des Résidents sur la qualité de la formation.

- La collaboration avec le reste du personnel de la structure ;

Les avis des MR ont été recensé sur la bonne relation entre eux et les autres agents du centre de santé universitaire.

- Le confort et logistique ;

Il s'agissait de recueillir l'impression des MR sur la qualité du cadre de la formation, la disponibilité et la qualité du logement, de la nourriture, de l'eau, de l'électricité, de la connexion internet et des loisirs.

- Les activités apprises ;

Nous avons recueilli les opinions des MR sur les compétences qu'ils ont acquises au cours des stages.

- Les suggestions pour améliorer le stage.

Et enfin nous avons procédé au recueil de leurs suggestions pour améliorer la qualité des stages.

4.5 Saisie et analyse des données

Après avoir récupéré les fiches, la saisie et l'analyse des données ont été faites à l'aide des logiciels SPSS version 25.0 et Excel version 2016. L'analyse a consisté à faire une description de la perception des Médecins Résidents sur les stages communautaires.

V. RESULTATS

Notre étude a porté sur l'appréciation des Médecins Résidents de MF/MC de la deuxième et troisième Année de l'année universitaire 2020-2021 avec respectivement 63,6% et 36,4 %.

5.1. L'opinion des Médecins Résidents (MR) sur l'accessibilité des encadrants pour le stage

Tableau I : Répartition des avis des Médecins Résidents selon l'accessibilité de l'encadrant pour les staffs

Avis Accessibilité/Staffs	Effectif	Pourcentage (%)
A améliorer	1	9,1
Bien	4	36,4
Très bien	2	18,1
Excellent	3	27,3
N/A	1	9,1
Total	11	100,0

Les encadrants étaient accessibles pour les staffs dans 81,9 % des opinions.

Tableau II : Répartition des avis des Médecins Résidents selon l'accessibilité de l'encadrant pour les habilités cliniques

Avis Accessibilité/Habilités cliniques	Effectif	Pourcentage (%)
A améliorer	2	18,1
Bien	4	36,4
Très bien	3	27,3
Excellent	1	9,1
N/R	1	9,1
Total	11	100,0

L'accessibilités des encadrants pour les habilités cliniques étaient bien et très bien appréciée respectivement par 36,4 %, 27,3 % et 9,1% des MR.

Tableau III : Répartition des avis des Médecins Résidents selon l'accessibilité de l'encadrant pour les supervisions directes

Avis Accessibilité/Supervisions directes	Effectif	Pourcentage (%)
A améliorer	2	18,1
Bien	4	36,4
Très bien	4	36,4
Excellent	0	0,0
N/R	1	9,1
Total	11	100,0

Les encadrants étaient bien et très bien accessibles pour les supervisions directes à 36,4 % dans chacun des cas.

Tableau IV : Répartition des avis des Médecins Résidents selon l'accessibilité de l'encadrant pour les discussions scientifiques

Avis Accessibilité/Discussions scientifiques	Effectif	Pourcentage (%)
A améliorer	1	9,1
Bien	2	18,1
Très bien	6	54,6
Excellent	1	9,1
N/A	1	9,1
Total	11	100,0

Les encadrants étaient très bien accessibles pour les discussions scientifiques dans 54,6% des cas.

Tableau V : Répartition des avis des Médecins Résidents selon l'accessibilité de l'encadrant pour des questions de compréhension

Avis Accessibilité/Questions de compréhension	Effectif	Pourcentage (%)
A améliorer	0	0,0
Bien	2	18,1
Très bien	6	54,6
Excellent	3	27,3
N/A	0	0,0
Total	11	100,0

Les encadrants étaient très bien accessibles pour répondre aux questions de compréhension dans 54,6 % des cas.

5.2. La perception des MR sur la qualité de la formation et des compétences acquises

Tableau VI : La perception des Médecins Résidents sur la qualité des habilités cliniques

Perception sur Formation des habilités cliniques	Effectif	Pourcentage (%)
A améliorer	2	18,1
Bien	4	36,4
Très bien	4	36,4
Excellent	0	0,0
N/A	1	9,1
N/R	0	0,0
Total	11	100,0

La formation des résidents sur les habilités cliniques était bien et très bien dans 36,4% des cas respectivement. Soit un total de bonne qualité de formation des habilités cliniques appréciée à 72,8%.

Tableau VII : La perception des Médecins Résidents sur leur contribution à la formation interne du personnel

Perception sur contribution à la formation interne du personnel	Effectif	Pourcentage (%)
A améliorer	2	18,2
Bien	2	18,2
Très bien	3	27,2
Excellent	1	9,1
N/A	2	18,2
N/R	1	9,1
Total	11	100,0

La participation des MR à la formation interne du personnel était bien et très bien auto-évaluée à 27,2% et 18,2% respectivement.

Tableau VIII : La perception des Médecins Résidents sur leur participation aux activités externes du centre

Perception sur Participation aux activités externes	Effectif	Pourcentage (%)
A améliorer	5	45,5
Bien	0	0,0
Très bien	0	0,0
Excellent	0	0,0
N/A	4	36,4
N/R	2	18,1
Total	11	100,0

Selon les MR, leur participation aux activités externes du centre était à améliorer dans 45,5%.

Tableau IX : La perception des Médecins Résidents sur leur participation aux réunions de l'ASACO

Perception sur Participation réunions		
ASACO	Effectif	Pourcentage (%)
A améliorer	4	36,3
Bien	0	0,0
Très bien	0	0,0
Excellent	1	9,1
N/A	3	27,3
N/R	3	27,3
Total	11	100,0

La participation des MR aux réunions de l'ASACO devrait être améliorée selon 36,3% des avis.

Tableau X : Répartition des opinions des Médecins Résidents sur les compétences acquises pendant les stages

Opinions sur les compétences apprises au cours des stages	Effectif (n=11)	Pourcentage (%)
Approche communautaire	2	18,2
Fonctionnement/Gestion CSCOM/ASACO	4	36,4
Accouchement normal, dystocique, sécurisé	3	27,3
Monitoring	4	36,4
Habiletés cliniques	4	36,4
Raisonnement clinique (CPN, CPON, CC)	3	27,3
Diagnostic des troubles mentaux	1	9,1
Activités préventives et promotionnelles (vaccination, suivi enfants saints, IEC, CCSC etc.)	3	27,3
Dépistage/PEC malnutrition	2	18,2
Dépistage du cancer du col	1	9,1
Formation en échographie	2	18,2
Autres	5	45,5

Le fonctionnement et la gestion des CSCOM et des ASACO (36,4%), le monitoring (36,4%) et les habiletés cliniques (36,4%) étaient l'essentiel des activités apprises pendant les stages dans les CSCOM U selon les MR.

Autres : Bonne collaboration avec le personnel, s'adapter aux conditions difficiles, formation sur les soins ophtalmiques primaires, formation sur les urgences traumatologiques transferts, rédaction scientifique.

NB : Chaque MR pouvait donner plus d'une réponse par question.

5.3. L'avis des MR sur l'attitude du personnel du centre de stage

Tableau XI : Répartition des avis des Médecins Résidents sur la qualité de leur collaboration avec le reste du personnel de la structure

Avis sur collaboration avec personnel	Effectif	Pourcentage (%)
A améliorer	2	18,1
Bien	3	27,3
Très bien	4	36,4
Excellent	1	9,1
N/A	1	9,1
N/R	0	0,0
Total	11	100,0

La qualité de la collaboration du personnel avec les MR était très bien dans 36,4% des avis.

Tableau XII : Répartition des avis des Médecins Résidents sur l'implication du personnel dans leur encadrement

Avis sur l'implication du personnel dans encadrement du Résident	Effectif	Pourcentage (%)
A améliorer	7	63,6
Bien	3	27,3
Très bien	1	9,1
Excellent	0	0,0
N/A	0	0,0
N/R	0	0,0
Total	11	100,0

L'implication du personnel du centre dans la formation des MR était à améliorer dans 63,6% des cas.

Tableau XIII : Répartition des avis sur des Médecins Résidents sur l'acceptation de leurs remarques par le personnel du centre

Avis sur acceptation des remarques du Résident par le personnel	Effectif	Pourcentage (%)
A améliorer	2	18,2
Bien	4	36,3
Très bien	2	18,2
Excellent	0	0,0
N/A	2	18,2
N/R	1	9,1
Total	11	100,0

Les remarques des MR étaient bien acceptées par 36,3 % du personnel des CSCOM-U.

Tableau XIV : Répartition des avis des Médecins Résidents sur les responsabilités qui leur sont confiées par le personnel du centre

Avis sur responsabilités confiées aux au Résident par le personnel	Effectif	Pourcentage (%)
A améliorer	3	27,3
Bien	3	27,3
Très bien	3	27,3
Excellent	0	0,0
N/A	2	18,1
N/R	0	0,0
Total	11	100,0

Les responsabilités étaient très bien données aux résidents dans 27,3% des cas avec la même proportion pour ceux qui ont proposé une amélioration.

5.4. L'appréciation du cadre de la formation (le confort et la logistique) par les Médecin Résidents

Tableau XV : Répartition des avis des Médecins Résidents sur leur appréciation du logement

Appréciation du logement par le Résident	Effectif	Pourcentage (%)
A améliorer	1	9,1
Bien	1	9,1
Très bien	2	18,1
Excellent	1	9,1
N/A	1	9,1
N/R	5	45,5
Total	11	100,0

Le logement était très bien apprécié dans 18,1% des cas. Les MR n'ont pas répondu dans 45,5 % des cas.

Tableau XVI : Répartition des avis des Médecins Résidents sur leur appréciation de la nourriture

Appréciation de la nourriture par l le Résident	Effectif	Pourcentage (%)
A améliorer	0	0,0
Bien	1	9,1
Très bien	2	18,1
Excellent	1	9,1
N/A	2	18,1
N/R	5	45,6
Total	11	100,0

La nourriture était très bien appréciée dans 18,1% des cas. Les MR n'ont donné d'élément de réponse dans 45,6% des cas.

Tableau XVII : Répartition des avis des Médecins Résidents sur leur appréciation de l'eau

Appréciation de l'eau par le Résident	Effectif	Pourcentage (%)
A améliorer	0	0,0
Bien	3	27,3
Très bien	2	18,1
Excellent	1	9,1
N/A	0	0,0
N/R	5	45,5
Total	11	100,0

La disponibilité de l'eau était très bien appréciée dans 18,1% des cas. Les MR n'ont donné d'élément de réponse dans 45,5% des cas.

Tableau XVIII : Répartition des avis des Médecins Résidents sur leur appréciation de l'électricité

Appréciation de l'électricité par le Résident	Effectif	Pourcentage (%)
A améliorer	2	18,1
Bien	2	18,1
Très bien	1	9,1
Excellent	1	9,1
N/A	0	0,0
N/R	5	45,6
Total	11	100,0

L'électricité était jugée bien disponible et à améliorer dans 18,1% des cas respectivement. Il y a eu 45,6% de sans réponse.

Tableau XIX : Répartition des avis des Médecins Résidents sur leur appréciation de la connexion internet

Appréciation de la connexion internet par le Résident	Effectif	Pourcentage (%)
A améliorer	2	18,2
Bien	2	18,2
Très bien	0	0,0
Excellent	0	0,0
N/A	2	18,2
N/R	5	45,4
Total	11	100,0

La connexion internet était bien appréciée et à améliorer dans 18,2% des cas respectivement. Les MR se sont abstenus de répondre dans 45,4% des cas.

Tableau XX : Répartition des avis des Médecins Résidents sur leur appréciation des loisirs

Appréciation des loisirs par le Résident	Effectif	Pourcentage (%)
A améliorer	1	9,1
Bien	3	27,3
Très bien	0	0,0
Excellent	1	9,1
N/A	0	0,0
N/R	6	63,5
Total	11	100,0

Concernant les loisirs, 27,3% des MR étaient bien épanouis. Les MR n'ont pas répondu dans 63,5% des cas.

5.5. Les propositions des Médecins Résidents pour l'amélioration des stages communautaires

Tableau XXI : Répartition des suggestions des Médecins Résidents pour améliorer le stage

Suggestions de MR	Effectif (n=11)	Pourcentage (%)
Réduire (revoir) la durée des stages à 2 mois	8	72,8
Donner le programme de stage, fixer les objectifs de stage, Disponibilité des carnets de stage	4	36,4
Formation en échographie	4	36,4
Faire des stages dans les CSREFS	5	45,5
Formation en PECIME, URENI école	3	27,3
Formation sur prescription rationnelle	1	9,1
Formation sur les SOP	1	9,1
Formation sur violences basées sur le genre	1	9,1
Implication de la monitrice de l'INFSS	2	18,2
Stages en imagerie médicale	1	9,1
Evaluer les stages chaque mois	1	9,1
Participation aux réunions ASACO et Activités externes	2	18,2
Autres	3	27,3

Autres : Plus de présence des encadreurs dans la salle d'accouchement et CPN, aménager un bureau pour les résidents, implication des autres MF/MC pour soutenir le CEC.

Les MR ont suggéré la réduction de la durée des stages à 2 mois dans 72,8% des cas, suivi de la pratique des stages dans les CSREF (45,5 %) et de la formation en échographie ainsi que la disponibilité des carnets de stage (précision des objectifs) dans 36,4% des cas.

VI. COMMENTAIRES ET DISCUSSION

6.1. L'opinion des Médecins Résidents sur l'accessibilité des encadrants pour le stage

Les Médecins Résidents de la 2^{ème} Année étaient les plus nombreux avec 63,6 % des enquêtés. La MF/MC recrute chaque année une dizaine de médecins pour la spécialisation. La fin du projet DECLIC, qui était l'organe chargé du financement de la formation, a coïncidé avec le probatoire de la promotion 2018-2019 (DES3). Cela a occasionné la démission de plus de la moitié de l'effectif. Il faudra plus de sensibilisation des DES pour la survie de la spécialisation même après le départ du projet actuel : CLEFS.

Les encadrants étaient bien, très bien et excellentement accessibles selon l'appréciation des MR avec respectivement 36,4%, 18,2% et 27,3% des opinions. Soit une accessibilité totale de 81,9 %.

L'accessibilité des encadrants pour les habilités cliniques était bien et très bien appréciée par 36,4 % et 27,3 % des MR.

Selon les avis des MR, ils étaient bien (36,4%) et très bien (36,4%) accessibles pour les supervisions directes soit un taux de 72,8 %.

Leur accessibilité pour les discussions scientifiques était bien appréciée par les MR dans 54,6% et ils étaient très bien accessibles pour répondre aux questions de compréhension dans 54,6 % des cas.

Au regard de ces résultats, les encadrants étaient beaucoup plus accessibles pour les staffs et les supervisions directes, beaucoup accessibles pour les habilités cliniques et moyennement accessibles pour les discussions scientifiques et les questions de compréhension. Tout ceci démontre l'intérêt que portent les encadrants vis-à-vis de la formation malgré leurs multiples tâches quotidiennes.

Nos résultats sont comparables à ceux de TRESSON et VAUCHE au cours de leur étude où la majorité des étudiants ont apprécié la disponibilité, la capacité d'écoute et la méthode pédagogique de leurs encadrants lors des stages [13].

Cependant 36,3 % (18,2 % à améliorer plus 9,1% N/R) des Médecins Résidents n'ont pas apprécié l'accessibilité des encadrants pour la formation. Cet état des faits peut être due à

l'occupation des CEC qui sont aussi des DTC dans la plupart des CSCOM-U. A signaler qu'il n'y a qu'un seul médecin dans certains centres qui doivent être secondé ou même plus.

6.2. La perception des Médecins Résidents sur la qualité de la formation et des compétences acquises

La formation des résidents sur les habilités cliniques était bien et très bien dans 36,4% des cas respectivement. Soit un total de bonne qualité de formation des habilités cliniques appréciée à 72,8%.

La participation des MR à la formation interne du personnel était bien et très bien auto-évaluée à 27,2% et 18,2% respectivement. Soit un taux de bonne participation à 55,5%. Cela pourrait s'expliquer par la bonne intégration du MR par son pré requis (son savoir, son savoir-faire et son savoir-être). En plus du fait que les CEC donnent la latitude aux MR de préparer et présenter des thèmes qui contribuent beaucoup à la formation du personnel. De même que la délégation de certaines responsabilités aux MR par le CEC et le superviser (directement mais surtout indirectement).

Selon les MR, leur participation aux activités externes du centre était à améliorer dans 45,5% et non applicable dans 36,3% des cas. Ce résultat pourrait s'expliquer d'une part par le déficit financier des ASACO. Vu que les agents sont motivés lors des sorties par un perdiem dans certaines structures, le personnel du centre pourrait être priorisé. Le CEC pourrait décider de maintenir son résident à côté de lui pour bénéficier des habilités cliniques et des activités internes du centre. Etant donné que les activités externes constituent l'un des noyaux de l'approche communautaire, il serait intéressant que des mesures soient prises pour rendre accessibles ces activités aux MR. D'autre part, la non applicabilité pourrait s'expliquer par les MR du CSCOM-U de Banconi où la population est située dans un rayon de moins de cinq kilomètres.

La participation des MR aux réunions de l'ASACO devrait être améliorée dans 36,4% des avis. En effet dans la plupart des CSCOM-U les résidents sont présentés comme des étudiants stagiaires faisant croire à certains membres de l'ASACO qu'ils ne sont pas encore médecins. Cela pourrait avoir pour conséquence la minimisation des MR d'où leur faible participation aux différentes réunions pouvant être jugée inutile par les membres de l'ASACO. Ensuite le CEC peut ne pas accorder d'importance à leur participation ou même les superviseurs qui n'y mettent pas l'accent.

Le fonctionnement et la gestion des CSCOM et des ASACO (36,4%), le monitoring (36,4%) et les habilités cliniques (36,4%) étaient l'essentiel des activités apprises pendant les stages dans les CSCOM-U selon les MR. Cela démontre l'implication des MR dans les activités internes du CSCOM-U et sa responsabilisation par le CEC en le laissant pratiquer tout en le supervisant.

Les autres compétences acquises ont été la bonne collaboration avec le personnel, l'adaptation aux conditions difficiles de vie et de travail, la formation sur les soins ophtalmiques primaires, la formation sur les urgences traumatologiques-transferts, et la rédaction scientifique.

Globalement, concernant la qualité de la formation au cours des stages, nos résultats sont inférieurs à ceux de ZAÏRI et Coll. Ils ont rapporté que les moyennes des notes données par les étudiants pour la qualité de l'enseignement, la charge de travail, l'ambiance, l'intérêt des séances d'ARC et l'acquisition de nouvelles connaissances cliniques, étaient supérieures à 8/10 quel que soit l'item [14].

De même, selon les résultats de BENGONO et Coll à Yaoundé, l'encadrement était jugé bon dans 70,7% des cas, le stage était jugé formateur dans 78% des cas et le taux de satisfaction était jugé bon par les étudiants [15].

6.3. L'avis des MR sur l'attitude du personnel du centre de stage

La qualité de la collaboration du personnel avec les MR était très bien dans 36,4% des avis, bien dans 27,3% et excellent selon 9,1% des MR. Ce qui correspond à un taux de bonne collaboration du personnel jugée à 72,8% par les MR. Ce résultat concorde avec les données de la formation du personnel. Cela pourrait découler de l'attitude du résident (son savoir, son savoir-faire et son savoir-être), de la qualité d'introduction du MR par le CEC au sein de l'équipe et du dévouement social du personnel.

L'implication du personnel du centre dans la formation des MR était à améliorer dans 63,6% des cas. Cela démontre clairement que le CEC est le seul encadreur de nos MR dans les CSCOM-U. L'explication pourrait être l'esprit d'infériorité du personnel vis-à-vis du MR l'empêchant de s'impliquer dans la formation de ce dernier. Ou le MR ne serait pas disposé à recevoir des enseignements du personnel qu'il surpasse en grade. Dans l'un ou l'autre cas, l'approche du CEC serait importante pour mettre en confiance le personnel et faciliter l'acceptabilité du MR.

Les remarques des MR étaient bien acceptées par 36,3 % du personnel des CSCOM-U et très bien acceptées par 18,2 % selon les MR soit un total de 54,5%. Le résultat de la bonne collaboration du personnel avec le MR permet d'expliquer l'acceptation des remarques de ce dernier.

Les responsabilités étaient très bien données aux Résidents dans 27,3% des cas. Certains CEC fournissent un grand effort pour mettre le résident à l'aise, l'encourager toujours et lui confié des responsabilités selon le niveau de la spécialisation.

Cependant les responsabilités données étaient à améliorer selon le même taux (27,3%). Les médecins en cours de spécialisation seraient considérés comme de simples stagiaires par certains CEC les empêcher de leur donner des responsabilités. A travers les supervisions directes et indirectes, la responsabilité pourrait être donnée au fur et à mesure aux MR.

Dans l'étude de PLOTEAU, les étudiants se sentaient bien responsabilisés surtout pendant les gardes (88,3 % d'entre eux) [9].

6.4. L'appréciation du cadre de la formation (le confort et la logistique) par les Médecins Résidents

Le logement était très bien apprécié dans 18,1% des cas. Les MR n'ont pas répondu dans 45,5 % des cas et avec 9,1% de non applicabilité. Ce résultat pourrait s'expliquer par la disponibilité de logement adéquat dans certains sites au moment de l'enquête. Un peu moins de la moitié des MR n'a pas répondu à cette question. Cela pourrait s'expliquer d'une part par le fait qu'il n'y avait pas de logement au CSCOM-U de Banconi : la réponse devrait être "N/A" pour les Résidents concernés. Et d'autre part par leur volonté de s'abstenir pour des raisons inavouées.

La nourriture et l'eau étaient très bien appréciées dans 18,1% des cas. Les MR n'ont donné d'élément de réponse dans 45,6% des cas.

L'électricité était jugée bien disponible et à améliorer dans 18,1% des cas respectivement. Il y a eu 45,6% de sans réponse.

Pour la connexion internet, elle était bien appréciée et à améliorer dans 18,2% des cas respectivement. Les MR se sont abstenus de répondre dans 45,4% des cas.

Concernant les loisirs, 27,3% des MR étaient bien épanouis. Les MR n'ont pas répondu dans 63,5% des cas.

A noter qu'à peu près la moitié des MR ne se sont prononcés sur les questions de logistiques et de confort. Nous n'avons pas pu trouver d'explication claire sur cette abstention qui était vraiment remarquable. La raison n'étant pas spécifiée et nous étions limités vu que notre analyse n'a porté que sur les fiches pré-remplies. Tout compte fait, cela pourrait s'expliquer par la volonté des Résidents de ne pas vexer les encadreurs et les ASACO responsables des centres.

Il est à signaler que le projet CLEFS a procédé à la construction et à la rénovation des logements des CSCOM-U en 2022. D'où la nécessité d'une autre évaluation de la logistique et le confort après les travaux du projet.

Selon les résultats de l'étude de PLOTEAU, près de la moitié (45 %) des étudiants n'était pas satisfaite du campus numérique qui ne facilitait pas la compréhension [9].

6.5. Les propositions des MR pour améliorer les stages communautaires

Les MR ont suggéré la réduction de la durée des stages à 2 mois dans 72,8% des cas, suivi de la pratique des stages dans les CSREF (45,5 %) et de la formation en échographie ainsi que la disponibilité des carnets de stage (précision des objectifs) dans 36,4% des cas. Ces suggestions s'expliqueraient par les conditions de vie et de travail un peu difficile dans un CSCOM même universitaire. Il faudrait encore plus mettre le résident au centre de sa formation, le responsabiliser plus. Il faudra qu'il sache que s'il y a un objectif non atteint à la fin du stage, qu'il serait le premier responsable et victime. Il doit profiter au maximum du CEC en le sollicitant dans toute circonstance nécessaire.

Ces résultats rejoignent les suggestions faites par les spécialistes médecins de famille lors de l'enquête de SANDJI pour le stage, leurs propositions portaient essentiellement sur un renforcement de la rigueur, un cloisonnement des objectifs d'apprentissage par année par l'application des objectifs du carnet de stage, la restructuration de la durée des stages, l'implication des apprenants dans la vie « administrative » des CSCOM-U. Le besoin d'une formation plus pratique a été exprimé (habiletés cliniques, ateliers de démonstration pratique, monitoring avec les CEC...) [3].

6.6. Limites de l'étude

Notre étude a porté sur les dossiers remplis en amont par les étudiants en cours de spécialisation sans fiche d'enquête pré établie. Ceci a rendu complexe l'analyse des données.

« Evaluation des stages communautaires par les Médecins en cours de spécialisation de Médecine de Famille/Médecine Communautaire »

Certaines réponses étaient imprécises du fait de la non compréhension de certaines questions.

La taille réduite de l'échantillon (onze) est due à la réalité du nombre restreint de ces deux promotions dont certains ont abandonné en début de formation.

CONCLUSION

Le stage communautaire, une expérience professionnelle, fait partie du programme d'études du Médecin en cours de spécialisation. Il a donc des objectifs pédagogiques et des résultats d'apprentissage attendus en termes de connaissances pratiques.

Notre étude a permis d'évaluer les stages communautaires au cours de la spécialisation de Médecine de Famille/Médecine Communautaire. La formation des résidents sur les habilités cliniques était jugée de bonne qualité par la plupart des Médecins Résidents. Les Médecins stagiaires ont appris beaucoup d'activités pendant leurs stages dans les CSCOM Universitaires. Parmi lesquelles le fonctionnement et la gestion des CSCOM et ASACO, le monitoring, les habilités cliniques et autres.

Leur participation aux activités externes du centre universitaire et à celles de l'ASACO doivent être améliorées. Le cadre de vie et de la formation a été moins apprécié par les Résidents nécessitant une amélioration de ces conditions. L'approche communautaire reste un défi à relever au cours des stages des Médecins Résidents.

Le Médecin en cours de spécialisation doit faire partie intégrante de l'évaluation des activités pour améliorer la qualité des stages communautaires.

D'où l'intérêt d'autres études d'évaluation des stages communautaires par les promotions qui ont suivi, surtout après les travaux de rénovation des CSCOM universitaires.

RECOMMANDATIONS

➤ **Aux autorités universitaires**

- Accompagner la Coordination dans ses projets de recherche d'évaluation du système ;
- Soutenir les missions de supervision des stages communautaire ;

➤ **À la Coordination du DES de MF/MC**

- Initier et accompagner d'autres programmes d'évaluation de l'enseignement, des encadreurs et de la logistique en tenant compte des recommandations et des insuffisances de cette étude ;
- Mettre en place un système rigoureux de suivi d'évaluation des stages communautaires ;
- Mettre en place un mécanisme de recueil et de prise en compte des recommandations après les évaluations du système ;
- Promouvoir la MF/MC à travers les rencontres scientifiques ;
- Mettre en place une politique de pérennisation du DES de MF/MC en dehors d'appui des partenaires.

➤ **Aux encadreurs (CEC) des Médecins Résidents**

- Favoriser la bonne intégration des MR à travers un accueil chaleureux et une implication renforcée aux activités du centre dont les activités externes ;
- Fractionner les objectifs de stage à travers un bon planning et procéder à des évaluations mensuelles ou à mi-parcours ;
- Renforcer la formation réciproque entre le MR et le reste du personnel dans un climat d'apprentissage donnant-donnant ;

➤ **Aux ASACO des CSCOM universitaires**

- Favoriser l'accueil et l'intégration des MR ;
- Créer les conditions idéales pour la participation des MR aux activités externes du centre
- Permettre la participation des MR aux réunions de l'ASACO ;

➤ **Aux Médecins en cours de spécialisation**

- Prioriser la formation en vous y impliquant à fond en respectant les règles et principes du stage ;
- Bien côtoyer les encadreurs, le reste du personnel et les membres de l'ASACO en les respectant et en respectant les principes de stage ;
- Faire continuellement des auto-évaluations et des évaluations avec l'encadreur à mi-parcours ou par mois ;
- Favoriser la bonne collaboration avec tout le personnel dans un atmosphère convivial ;

➤ **Au Projet CLEFS et à tous les partenaires**

- Assister les protocoles de recherche d'évaluation de l'enseignement, des enseignants et des locaux de la formation pratique ;
- Continuer à accompagner les ASACO dans la construction et/ou la réhabilitation des logements et l'accès à l'eau, à l'électricité et surtout à la connexion internet ;
- Appuyer les programmes de suivi du DES à travers les supervisions sur terrain ;

REFERENCES

- [1] OMS - Bureau régional de la Méditerranée orientale. Développer la médecine familiale pour progresser vers la couverture sanitaire universelle. EM/RC63/Tech.Disc.1 Rev.1
Septembre 2016
- [2] Abdeaziz BA, Nouria S, Chebil D et al. La Médecine de Famille (Médecine Générale) : Quelles spécificités académiques et professionnelles ? Tunis med. janv 2021 ; 99 (1) : 29-37
- [3] Sandji O. Evaluation de la formation par les détenteurs du diplôme d'études spécialisées (DES) de médecine de famille/médecine communautaire de la faculté de médecine et d'odontostomatologie de Bamako. Mémoire FMOS, Bamako ; 2021
- [4] Association médicale canadienne. Enquête de l'AMC auprès de l'effectif médical, 2017.https://www.cma.ca/sites/default/files/pdf/Survey/cma_survey_workforce2017_methodology-f.pdf Consulté le 12.12.2022
- [5] Faculté des sciences infirmières de l'Université de Montréal. (2002). Cahier de stage, manuel de l'étudiante. Révisé en juin 2006.
- [6] Marina L. et Mariana H. Guide pour la planification, le suivi et l'évaluation du stage académique : Une approche tripartite. Mainstreaming Intercultural Competences in Education Projet. : Éric Le Hérisse - ericleherisse.fr
- [7] Duchaine S. L'organisation des stages en milieu de pratique des programmes en santé et services sociaux des établissements du réseau de l'université du Québec. L'université du Québec, Bibliothèque et Archives Canada, 2016 sept 14.
- [8] Gosselin R. Évaluation des attitudes et des comportements en stage au collégial. Université du Québec à Montréal. Mémoire, janvier 2010
- [9] Ploteau S. Evaluation des enseignements et des enseignants par les externes lors d'un stage clinique dans un service de gynécologie-obstétrique.
<https://doi.org/10.1016/j.jgyn.2007.07.004>
- [10] Campanale F., Raiche G. L'évaluation dans la formation supérieure et professionnelle. Mesure et évaluation en éducation, 2008 ; 31 (3) 35-59.

[11] Bernard H et Normand S. L'évaluation de l'enseignement vécue par des professeurs de disciplines différentes. *Mesure et évaluation en éducation*. 21(2), 117–134. <https://doi.org/10.7202/1091308ar>

[12] WONCA Europe 2002. Définition européenne de la médecine générale - médecine de famille. Site internet du DES de MG d'Ile de France. www.des-mg-idf.medecine.univ-paris7.fr

[13] Tresson M, Vauche L. Evaluation du stage de Deuxième Cycle en médecine générale à la Faculté de Médecine d'Angers de 2016 à 2020. 62P

<https://www.google.com/search?q=Tresson+M%2C+Vauche+L> Consulté le 21.11. 2023

[14] Zairi I, Mzoughi K, Dhiab MB, Soussi S, Kraiem S. Evaluation des séances d'apprentissage du raisonnement clinique par les étudiants de troisième année médecine. *Service de cardiologie Hôpital Habib Thameur, Tunis, LA TUNISIE MEDICALE* - 2017 ; 95 (01)

[15] Bengono Bengono R, Amengle A, Mbengono Metogo J, Ndikontar R, Owono Etoundi p, Esiene A et al. Évaluation des Stages Hospitaliers par les Étudiants de 4ème Année de Médecine Générale de l'Université de Yaoundé I. *HEALTH SCIENCES AND DISEASE*, 2021 ; 22 (6).

ANNEXES

FICHE D'ÉVALUATION DES STAGES DE MF/MC

Prénom et Nom :

Classe :

Lieu de stage :

Période de stage :

Éléments d'évaluation	A améliorer	Bien	Très bien	Excellent	N/A	Nombre
1 Accessibilité de l'encadrant						
Pour les staffs						
Pour les habilités cliniques						
Pour les supervisions directes						
Pour les discussions scientifiques						
Pour des questions de compréhension						
Commentaires :						
2 Formation du résident						
Sur les habilités cliniques						
Implication dans la formation interne du personnel						
Implication dans les activités externes (CSREF, CRS...)						
Participation aux activités de l'ASACO						

Commentaires :						
-----------------------	--	--	--	--	--	--

Eléments d'évaluation	A améliorer	Bien	Très bien	Excellent	N/A	Nombre
3 Collaboration avec le reste du personnel						
Qualité de la collaboration						
Impliqué dans l'encadrement du résident						
Accepte les remarques du résident						
Donne des responsabilités au résident						
Commentaires :						
4 Confort et logistique						
Sur les habilités cliniques						
Logement						
Nourriture						
Eau						
Electricité						
Connexion internet						
Loisir						

Commentaires :						
5. Qu'avez-vous appris ?						

FICHE SIGNALÉTIQUE

Nom : DIAKITE

Prénom : Mamadou

Titre : Evaluation des stages communautaires par les Médecins en cours de spécialisation de Médecine de famille/Médecine communautaire.

Année : 2022-2023. **Ville de soutenance :** Bamako. **Pays d'origine :** Mali

Lieu de dépôt : Bibliothèque de la faculté de médecine, de pharmacie et d'odontostomatologie

E-mail : drdiakismam01@gmail.com

RESUME

La médecine de famille est l'ensemble des services de soins de santé caractérisés par une approche complète, continue, coordonnée, collaborative, personnelle, familiale et axée sur la communauté. Les stages communautaires consistent à offrir aux Médecins Résidents (MR) une formation pratique dans un milieu de soins propice à leur développement professionnel.

L'objectif de notre étude était de décrire la perception des Médecins en cours de spécialisation de Médecine de Famille/Médecine Communautaire sur les stages communautaires. Il s'agissait d'une étude qualitative, descriptive et rétrospective qui s'est déroulée de novembre 2022 à février 2023. Elle a porté sur les documents préalablement remplis par les Médecins Résidents de la deuxième et troisième Année du DES de l'année universitaire 2020-2021.

Les encadrants étaient bien, très bien et excellentement accessibles pour les staffs dans 81,9 % des opinions. La formation des habilités cliniques a été appréciée de bonne qualité à 72,8% par les Médecins Résidents. Leur participation aux activités externes était auto-évaluée à 55,5%. Leur participation aux réunions de l'ASACO devrait être améliorée dans 36,4% des avis. Le fonctionnement et la gestion des CSCOM et des ASACO (36,4%), le monitoring (36,4%) et les habilités cliniques (36,4%) étaient l'essentiel des activités apprises pendant les stages dans les CSCOM universitaires. La collaboration avec le personnel du centre était jugée satisfaisante par 72,8% des cas. L'implication du reste du personnel dans la formation des MR était à améliorer dans 63,6% des cas. Les MR ont suggéré la réduction de la durée des stages à 2 mois dans 72,8% des cas. Le cadre du stage (confort et logistique) n'a pas été évalué par 45,6% des MR.

L'approche communautaire reste un défi à relever au cours des stages des Médecins Résidents. L'appréciation du médecin en cours de spécialisation doit être prise en compte faire partie intégrante de l'évaluation des activités pour améliorer la qualité des stages communautaires.

Mots-clés : Evaluation, stages communautaires, Médecin Résident, CSCOM universitaire.

Secteurs d'intérêt : Médecine de famille/Médecine Communautaire, Santé publique.