

Année 2017/2018

N°

Thèse

Pour le

DOCTORAT EN MEDECINE

Diplôme d'État
par

Alizée ROUSSEAU

Née le 24 décembre 1990 à GIEN (45)

**EVALUER LES TRACES D'APPRENTISSAGE DES GROUPES
D'ENSEIGNEMENT FACULTAIRE (GEF) POUR UNE AMELIORATION DES
PRATIQUES DE L'INTERNE**

Présentée et soutenue publiquement le 26 Octobre 2018

devant un jury composé de :

Président du Jury : Professeur Dominique PERROTIN, Réanimation médicale,
médecine d'urgence, *Faculté de Médecine-Tours*

Membres du Jury :

Professeur Emmanuel GYAN, Hématologie, transfusion, *Faculté de Médecine-Tours*

Professeur Henri MARRET, Gynécologie-obstétrique, *Faculté de Médecine-Tours*

Directeur de thèse : Professeur Jean ROBERT, Médecine Générale, PA, Faculté de
Médecine-Tours

UNIVERSITE DE TOURS
FACULTE DE MEDECINE DE TOURS**DOYEN****Pr Patrice DIOT****VICE-DOYEN****Pr Henri MARRET****ASSESSEURS**

Pr Denis ANGOULVANT, *Pédagogie*
Pr Mathias BUCHLER, *Relations internationales*
Pr Hubert LARDY, *Moyens – relations avec l'Université*
Pr Anne-Marie LEHR-DRYLEWICZ, *Médecine générale*
Pr François MAILLOT, *Formation Médicale Continue*
Pr Patrick VOURC'H, *Recherche*

RESPONSABLE ADMINISTRATIVE**Mme Fanny BOBLETER**

DOYENS HONORAIRES

Pr Emile ARON (†) – 1962-1966
Directeur de l'Ecole de Médecine - 1947-1962
Pr Georges DESBUQUOIS (†) – 1966-1972
Pr André GOUAZE – 1972-1994
Pr Jean-Claude ROLLAND – 1994-2004
Pr Dominique PERROTIN – 2004-2014

PROFESSEURS EMERITES

Pr Daniel ALISON
Pr Philippe ARBEILLE
Pr Catherine BARTHELEMY
Pr Christian BONNARD
Pr Philippe BOUGNOUX
Pr Alain CHANTEPIE
Pr Pierre COSNAY
Pr Etienne DANQUECHIN-DORVAL
Pr Loïc DE LA LANDE DE CALAN
Pr Alain GOUDEAU
Pr Noël HUTEN
Pr Olivier LE FLOCH
Pr Yvon LEBRANCHU
Pr Elisabeth LECA
Pr Anne-Marie LEHR-DRYLEWICZ
Pr Gérard LORETTE
Pr Roland QUENTIN
Pr Alain ROBIER
Pr Elie SALIBA

PROFESSEURS HONORAIRES

P. ANTHONIOZ – A. AUDURIER – A. AUTRET – P. BAGROS – P. BARDOS – J.L. BAULIEU – C. BERGER – J.C. BESNARD –
P. BEUTTER – P. BONNET – M. BROCHIER – P. BURDIN – L. CASTELLANI – B. CHARBONNIER – P. CHOUTET – T.
CONSTANS – C. COUET – J.P. FAUCHIER – F. FETISSOF – J. FUSCIARDI – P. GAILLARD – G. GINIES – A. GOUAZE – J.L.
GUILMOT – M. JAN – J.P. LAMAGNÈRE – F. LAMISSE – Y. LANSON – J. LAUGIER – P. LECOMTE – E. LEMARIE – G.
LEROY – Y. LHUINTE – M. MARCHAND – C. MAURAGE – C. MERCIER – J. MOLINE – C. MORAIN – J.P. MUH – J.
MURAT – H. NIVET – L. POURCELOT – P. RAYNAUD – D. RICHARD-LENOBLE – J.C. ROLLAND – D. ROYERE – A.
SAINDELLE – J.J. SANTINI – D. SAUVAGE – D. SIRINELLI – B. TOUMIEUX – J. WEILL

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

ANDRES Christian.....	Biochimie et biologie moléculaire
ANGOULVANT Denis	Cardiologie
AUPART Michel.....	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
BABUTY Dominique	Cardiologie
BALLON Nicolas.....	Psychiatrie ; addictologie
BARILLOT Isabelle	Cancérologie ; radiothérapie
BARON Christophe	Immunologie
BEJAN-ANGOULVANT Théodora	Pharmacologie clinique
BERNARD Anne	Cardiologie
BERNARD Louis	Maladies infectieuses et maladies tropicales
BLANCHARD-LAUMONNIER Emmanuelle	Biologie cellulaire
BLASCO Hélène.....	Biochimie et biologie moléculaire
BODY Gilles	Gynécologie et obstétrique
BONNET-BRILHAULT Frédérique	Physiologie
BRILHAULT Jean.....	Chirurgie orthopédique et traumatologique
BRUNEREAU Laurent	Radiologie et imagerie médicale
BRUYERE Franck.....	Urologie
BUCHLER Matthias.....	Néphrologie
CALAIS Gilles	Cancérologie, radiothérapie
CAMUS Vincent	Psychiatrie d'adultes
CHANDENIER Jacques.....	Parasitologie, mycologie
COLOMBAT Philippe	Hématologie, transfusion
CORCIA Philippe.....	Neurologie
COTTIER Jean-Philippe	Radiologie et imagerie médicale
DE TOFFOL Bertrand.....	Neurologie
DEQUIN Pierre-François.....	Thérapeutique
DESOUBEAUX Guillaume.....	Parasitologie et mycologie
DESTRIEUX Christophe	Anatomie
DIOT Patrice.....	Pneumologie
DU BOUEXIC de PINIEUX Gonzague	Anatomie & cytologie pathologiques
DUCLUZEAU Pierre-Henri.....	Endocrinologie, diabétologie, et nutrition
DUMONT Pascal	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
EL HAGE Wissam.....	Psychiatrie adultes
EHRMANN Stephan	Réanimation
FAUCHIER Laurent	Cardiologie
FAVARD Luc.....	Chirurgie orthopédique et traumatologique
FOUGERE Bertrand	Gériatrie
FOUQUET Bernard.....	Médecine physique et de réadaptation
FRANCOIS Patrick.....	Neurochirurgie
FROMONT-HANKARD Gaëlle	Anatomie & cytologie pathologiques
GAUDY-GRAFFIN Catherine.....	Bactériologie-virologie, hygiène hospitalière
GOGA Dominique	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
GOUPILLE Philippe	Rhumatologie
GRUEL Yves.....	Hématologie, transfusion
GUERIF Fabrice	Anatomie et médecine du développement et de la reproduction
GUYETANT Serge	Anatomie et cytologie pathologiques
GYAN Emmanuel.....	Hématologie, transfusion
HAILLOT Olivier.....	Urologie
HALIMI Jean-Michel.....	Thérapeutique
HANKARD Régis.....	Pédiatrie
HERAULT Olivier	Hématologie, transfusion
HERBRETEAU Denis	Radiologie et imagerie médicale
HOURIOUX Christophe.....	Biologie cellulaire
LABARTHE François	Pédiatrie
LAFFON Marc	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale, médecine d'urgence
LARDY Hubert.....	Chirurgie infantile
LARIBI Saïd.....	Médecine d'urgence
LARTIGUE Marie-Frédérique	Bactériologie-virologie
LAURE Boris.....	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
LECOMTE Thierry.....	Gastroentérologie, hépatologie
LESCANNE Emmanuel.....	Oto-rhino-laryngologie
LINASSIER Claude	Cancérologie, radiothérapie
MACHET Laurent	Dermato-vénéréologie
MAILLOT François	Médecine interne
MARCHAND-ADAM Sylvain.....	Pneumologie

MARRET Henri	Gynécologie-obstétrique
MARUANI Annabel	Dermatologie-vénéréologie
MEREGHETTI Laurent	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
MORINIERE Sylvain	Oto-rhino-laryngologie
MOUSSATA Driffa	Gastro-entérologie
MULLEMAN Denis	Rhumatologie
ODENT Thierry	Chirurgie infantile
OUAISSI Mehdi	Chirurgie digestive
OULDAMER Lobna	Gynécologie-obstétrique
PAGES Jean-Christophe	Biochimie et biologie moléculaire
PAINTAUD Gilles	Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique
PATAT Frédéric	Biophysique et médecine nucléaire
PERROTIN Dominique	Réanimation médicale, médecine d'urgence
PERROTIN Franck	Gynécologie-obstétrique
PISELLA Pierre-Jean	Ophtalmologie
PLANTIER Laurent	Physiologie
QUENTIN Roland	Bactériologie-virologie, hygiène hospitalière
REMERAND Francis	Anesthésiologie et réanimation, médecine d'urgence
ROINGEARD Philippe	Biologie cellulaire
ROSSET Philippe	Chirurgie orthopédique et traumatologique
RUSCH Emmanuel	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
SAINT-MARTIN Pauline	Médecine légale et droit de la santé
SALAME Ephrem	Chirurgie digestive
SAMIMI Mahtab	Dermatologie-vénéréologie
SANTIAGO-RIBEIRO Maria	Biophysique et médecine nucléaire
THOMAS-CASTELNAU Pierre	Pédiatrie
TOUTAIN Annick	Génétique
VAILLANT Loïc	Dermato-vénéréologie
VELUT Stéphane	Anatomie
VOURC'H Patrick	Biochimie et biologie moléculaire
WATIER Hervé	Immunologie

PROFESSEUR DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE

LEBEAU Jean-Pierre

PROFESSEURS ASSOCIES

MALLET Donatien	Soins palliatifs
POTIER Alain	Médecine Générale
ROBERT Jean	Médecine Générale

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

BAKHOS David	Physiologie
BARBIER Louise	Chirurgie digestive
BERHOUET Julien	Chirurgie orthopédique et traumatologique
BERTRAND Philippe	Biostat., informatique médical et technologies de communication
BRUNAUT Paul	Psychiatrie d'adultes, addictologie
CAILLE Agnès	Biostat., informatique médical et technologies de communication
CLEMENTY Nicolas	Cardiologie
DOMELIER Anne-Sophie	Bactériologie-virologie, hygiène hospitalière
DUFOR Diane	Biophysique et médecine nucléaire
FAVRAIS Géraldine	Pédiatrie
FOUQUET-BERGEMER Anne-Marie	Anatomie et cytologie pathologiques
GATAULT Philippe	Néphrologie
GOUILLEUX Valérie	Immunologie
GUILLON Antoine	Réanimation
GUILLON-GRAMMATICO Leslie	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
HOARAU Cyrille	Immunologie
IVANES Fabrice	Physiologie
LE GUELLEC Chantal	Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique
MACHET Marie-Christine	Anatomie et cytologie pathologiques
MOREL Baptiste	Radiologie pédiatrique

PIVER Éric.....	Biochimie et biologie moléculaire
REROLLE Camille.....	Médecine légale
ROUMY Jérôme	Biophysique et médecine nucléaire
SAUTENET Bénédicte	Néphrologie
TERNANT David.....	Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique
ZEMMOURA Ilyess	Neurochirurgie

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

AGUILLON-HERNANDEZ Nadia.....	Neurosciences
BOREL Stéphanie.....	Orthophonie
DIBAO-DINA Clarisse	Médecine Générale
MONJAUZE Cécile	Sciences du langage - orthophonie
PATIENT Romuald.....	Biologie cellulaire
RENOUX-JACQUET Cécile	Médecine Générale

CHERCHEURS INSERM - CNRS - INRA

BOUAKAZ Ayache	Directeur de Recherche INSERM – UMR INSERM 1253
CHALON Sylvie.....	Directeur de Recherche INSERM – UMR INSERM 1253
COURTY Yves	Chargé de Recherche CNRS – UMR INSERM 1100
DE ROCQUIGNY Hugues	Chargé de Recherche INSERM – UMR INSERM 1259
ESCOFFRE Jean-Michel.....	Chargé de Recherche INSERM – UMR INSERM 1253
GILOT Philippe.....	Chargé de Recherche INRA – UMR INRA 1282
GOUILLEUX Fabrice	Directeur de Recherche CNRS – UMR CNRS 7001
GOMOT Marie.....	Chargée de Recherche INSERM – UMR INSERM 1253
HEUZE-VOURCH Nathalie.....	Chargée de Recherche INSERM – UMR INSERM 1100
KORKMAZ Brice.....	Chargé de Recherche INSERM – UMR INSERM 1100
LAUMONNIER Frédéric	Chargé de Recherche INSERM – UMR INSERM 1253
LE PAPE Alain.....	Directeur de Recherche CNRS – UMR INSERM 1100
MAZURIER Frédéric.....	Directeur de Recherche INSERM – UMR CNRS 7001
MEUNIER Jean-Christophe	Chargé de Recherche INSERM – UMR INSERM 1259
PAGET Christophe	Chargé de Recherche INSERM – UMR INSERM 1100
RAOUL William.....	Chargé de Recherche INSERM – UMR CNRS 7001
SI TAHAR Mustapha.....	Directeur de Recherche INSERM – UMR INSERM 1100
WARDAK Claire.....	Chargée de Recherche INSERM – UMR INSERM 1253

CHARGES D'ENSEIGNEMENT

Pour l'Ecole d'Orthophonie

DELORE Claire	Orthophoniste
GOUIN Jean-Marie.....	Praticien Hospitalier
PERRIER Danièle	Orthophoniste

Pour l'Ecole d'Orthoptie

LALA Emmanuelle.....	Praticien Hospitalier
MAJZOUB Samuel.....	Praticien Hospitalier

Pour l'Ethique Médicale

BIRMELE Béatrice.....	Praticien Hospitalier
-----------------------	-----------------------

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des Maîtres de cette Faculté,
de mes chers condisciples
et selon la tradition d'Hippocrate,
je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur
et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent,
et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail.

Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux
ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira
les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas
à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.

Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres,
je rendrai à leurs enfants
l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime
si je suis fidèle à mes promesses.
Que je sois couvert d'opprobre
et méprisé de mes confrères
si j'y manque.

Remerciements

A Monsieur le Professeur Dominique PERROTIN, Président du jury

Je vous remercie de m'avoir fait l'honneur d'accepter de présider ce jury de thèse et d'y apporter votre expertise.

A Messieurs les Professeurs Emmanuel GYAN et Henri MARRET, Jury de thèse

Je vous remercie d'avoir accepté de juger mon travail en faisant parti de mon jury de soutenance.

A Monsieur le Professeur Jean ROBERT, Directeur de thèse

Je vous remercie de m'avoir proposé de faire cette thèse sous votre direction. Par vos conseils avisés et votre disponibilité vous avez su me guider et m'aider tout au long de ce travail.

A Mon Mari,

Qui m'a toujours soutenu et encouragé depuis le premier jour de notre rencontre en acceptant les quelques sacrifices nécessaires pour finalement arriver à ce fameux jour : la thèse, départ d'une nouvelle vie. Merci pour tout, je t'aime.

A ma famille et plus particulièrement Mes parents,

Qui eux aussi ont toujours cru en moi, ont su me soutenir et m'encourager dans les moments difficiles. Merci pour tout.

A Mes amis,

Elodie, Clément, Céline, Caius et Sophie ; des amis sur qui je peux compter. A mes anciens colocataires Florian, Lou et Christophe. Et bien sûr une petite pensée à mon amie de longue date Sandy.

A tous mes maîtres de stage hospitaliers comme libéraux, qui ont su m'accompagner et me transmettre leurs savoirs et surtout leur passion tout au long de l'internat. Au Dr ESSAYAN, Dr DURIN ; à ceux qui m'ont fait découvrir la médecine générale à leurs côtés le Dr LEGEAY, Dr NICOLAS, Dr BORDEAU, et ceux qui m'ont accompagné vers une plus grande autonomie le Dr BELAYCHE, Dr PATY et le Dr SAMKO, et bien sûr à tous les autres...

Abréviations

- GEF : Groupe d'Enseignement Facultaire
- DUMG : Département Universitaire de Médecine Générale
- CNGE : Collège National des Généralistes Enseignants
- DES : Diplôme d'Etudes Spécialisées
- GDP : Groupe de pratique
- MSU : Maître de Stage des Universités
- SASPAS : Stage Ambulatoire en Soins Primaires en Autonomie Supervisée
- CNIL : Commission nationale de l'informatique et des libertés
- EBM : Evidence Based Medicine
- RSCA : Récit de Situation Complexe Authentique

Résumé

EVALUER LES TRACES D'APPRENTISSAGE DES GROUPES D'ENSEIGNEMENT FACULTAIRE (GEF) POUR UNE AMELIORATION DES PRATIQUES DE L'INTERNE

Contexte : Le Département de Médecine Générale de Tours a choisi l'approche pédagogique d'apprentissage par compétences. L'enseignement théorique est centré sur les Groupes d'Enseignement Facultaire (GEF). A partir des situations authentiques apportées par les internes autour d'une famille de situations, les échanges du groupe permettent de préciser les problèmes posés et d'apporter des réponses. Après le GEF, l'interne renvoie à l'enseignant une trace d'apprentissage de ces échanges complétée par une recherche bibliographique avec une synthèse répondant au questionnement. L'enseignant reste dans une posture de facilitateur d'apprentissage et évalue les traces. L'hétérogénéité des traces produites posait la question du contenu attendu de ces traces et de la méthode utilisée pour les évaluer.

Objectif : Quels sont pour les enseignants les critères d'évaluation des traces d'apprentissage produites après un GEF ?

Méthode : Entretiens individuels semi-dirigés avec échantillon raisonné de 10 médecins généralistes enseignants de GEF recrutés par mail. Analyse thématique du contenu.

Résultats : Les enseignants ont souligné un manque de critères d'évaluation de référence les obligeant à produire des outils de jugement ou à faire intervenir leur ressenti. Ils ont bien intégré la démarche d'apprentissage par compétences. Des divergences existaient sur le sens donné à ces traces d'apprentissage : difficulté à identifier ce qui posait réellement problème à l'interne.

Conclusion : L'identification de la problématique est essentielle pour induire un changement des pratiques. Une évaluation pertinente des apprentissages doit s'appuyer sur une grille de critères communs et connus de tous.

Mots clés : enseignement facultaire, apprentissage par compétences, évaluation des traces d'apprentissage

Abstract

EVALUATE LEARNING TRACES OF FACULTY LEARNING GROUPS (FEG) TO IMPROVE THE PRACTICE OF INTERNS

Context : The Tours University General Medicine Department chose a competency based teaching approach. The theoretical teaching is based on the Faculty Learning Groups (FEG). From similar practical experiences related by interns, these exchanges enable the FEG to precise problems and find solutions. After the discussions from the FEG, the interns send learning traces with reference list and a synthetic answer the question to their lecturers. The lecturer remains a teaching facilitator and must evaluate the interns work. The multiple learning traces enabled the synthesis of the expected question of content traces and the method used to evaluate them.

Objective : What are the evaluating criteria used by the lecturers to assess learning traces produced from the FEG?

Method : Semi-directed interviews with a sample of 10 FEG teachers' general practitioners recruited by email. Thematic analysis of the content.

Results : The lecturers noted a lack of evaluation criteria which imposed the creation of judging tools and the use of their feelings. They integrated well the competency teaching approach. Some divergences were found about the meaning traces: difficulty to identify actual problems faced by the interns.

Conclusion : Identification of the problem is essential to introduce a change in practice. A thorough evaluation of interns teaching must follow common making criteria to all.

Keywords: university teaching, learning through skills, evaluation of learning traces.

Table des matières

Introduction	12
Matériel et Méthode	14
• Type de l'étude.....	14
• Population étudiée et recrutement.....	14
• Recueil des données.....	14
• Analyse des données	15
Résultats	16
• Population.....	16
• Accord des enseignants sur la structure d'une trace d'apprentissage	16
• Discordance sur le sens accordé à la trace d'apprentissage	18
• Manque de critères d'évaluation des traces d'apprentissage	20
• Le GEF, démarche adaptée au modèle d'apprentissage par compétences	23
• Propositions d'amélioration des GEF	24
Discussion	25
• Points forts et limites de l'étude.....	25
• Discussion des principaux résultats.....	25
Modèle d'approche par compétences : respect de la structure de la boucle d'apprentissage mais différence sur le sens donné.....	25
Des traces d'apprentissage valides en vue de la certification du DES	26
Nécessité de critères communs d'évaluation	27
• Perspectives futures.....	28
Conclusion	29
Bibliographie	30
Annexes	32
• <u>Annexe 1</u> : La « marguerite » des compétences en médecine générale.....	32
• <u>Annexe 2</u> : Les 3 niveaux de compétences	33
• <u>Annexe 3</u> : Les onze familles de situations.....	35
• <u>Annexe 4</u> : La boucle pédagogique.....	40
• <u>Annexe 5</u> : Une trace de GEF doit comporter cinq parties	41
• <u>Annexe 6</u> : Le guide d'entretien.....	42

Introduction

Dans le monde actuel, la qualité des soins est devenue une exigence sociétale. Nos patients attendent un haut niveau de compétence de la part des médecins spécialistes de médecine générale sortant de l'université. Pour y répondre, le Département Universitaire de Médecine Générale (DUMG) de Tours a fait le choix d'une approche pédagogique d'apprentissage par compétences ⁽¹⁾ pour former ses futurs médecins généralistes.

Dans le paradigme d'apprentissage, l'enseignement est centré sur l'apprenant qui devient alors l'acteur principal de sa formation afin d'acquérir les compétences nécessaires à son activité professionnelle future. Il construit ses compétences à partir de l'analyse de situations cliniques authentiques. Une compétence est définie comme « *un savoir agir complexe qui prend appui sur la mobilisation et la combinaison efficace d'une variété de ressources internes et externes à l'intérieur d'une famille de situations* » ⁽²⁾ ou encore comme « *la transformation de connaissances en action(s) pertinente(s) adaptée(s) au contexte* » ⁽³⁾.

L'autonomisation permet à l'interne d'identifier ses besoins de formation et de planifier ses activités d'apprentissage dans une démarche de pratique réflexive. Cette approche par compétences s'intègre dans la pédagogie constructiviste ⁽⁴⁾. L'enseignant a désormais une posture de « facilitateur d'apprentissage ».

Au niveau national, un consensus d'experts du Collège National des Généralistes Enseignants (CNGE) a décrit à partir du Référentiel Métier et Compétences des Médecins Généralistes ⁽⁵⁾ les six compétences génériques transversales ⁽⁶⁾ (annexe 1). Trois niveaux de compétence ⁽⁷⁾ (annexe 2) « novice, intermédiaire et compétent » ont été définis reposant chacun sur des critères afin de pouvoir suivre le processus d'acquisition de l'interne et de permettre *in fine* la certification du Diplôme d'Etudes Spécialisées (DES) de médecine générale. Onze familles de situations exemplaires ⁽⁸⁾ (annexe 3) ont été définies permettant de couvrir l'ensemble du champ d'exercice de la médecine générale.

En 2013, dans un souci de cohérence, le DUMG de Tours a décidé d'intégrer l'enseignement facultaire dans cette approche pédagogique d'apprentissage par compétences ⁽⁹⁾ avec l'instauration des Groupes d'Enseignement Facultaire (GEF).

Le GEF se déroule sur une journée (9H30-16H30) soit à la Faculté de médecine de Tours soit dans les autres départements de la région. Un enseignant encadre un groupe de 10 internes. Chaque GEF porte sur l'une des onze familles de situations ⁽⁸⁾. Chaque interne présente aux autres la narration d'une situation vécue, ainsi il témoigne des ressources mobilisées et de ce qui lui a manqué, alors source de questionnements. Les échanges du groupe vont permettre de préciser le questionnement et d'apporter des ressources à l'interne afin d'améliorer sa capacité à gérer une situation authentique similaire. L'enseignant dans sa posture de « facilitateur d'apprentissage » aide à préciser la situation, il recentre et oriente les échanges du groupe mais n'apporte pas d'expertise sur le thème abordé. Après le GEF, l'interne doit renvoyer dans les 15 jours une trace d'apprentissage à l'enseignant avec un double à son tuteur pour pouvoir valider les 15 crédits-heures.

En amont de cette séance, les enseignants déterminent les messages clés et compétences utiles pouvant être abordés au cours du GEF. Ils peuvent parfois

proposer des ressources documentaires aux internes. Ce travail a pour objectif d'avoir des repères pour faciliter les échanges du groupe.

A. DOUTONE, dans sa thèse de 2014 ⁽¹⁰⁾ a évalué cette approche pédagogique dès le début de sa mise en place à partir d'un GEF sur la famille de situations autour de patients atteints de pathologies chroniques. Si les internes étaient globalement satisfaits de ce nouveau mode d'enseignement, une hétérogénéité des traces d'apprentissage a été relevée avec une grande majorité de boucles d'apprentissage incomplètes. A partir de cette thèse et de la réflexion des enseignants du DUMG, un document décrivant le déroulement des GEF et du contenu attendu des traces d'apprentissage a été élaboré : Les GEF, comment ça marche ? ⁽¹¹⁾. Ainsi, cette trace doit comporter une boucle d'apprentissage (boucle pédagogique) (annexe 4) complète définie par :

- Une narration de qualité détaillée intégrant le ressenti de l'interne permettant de se projeter dans l'action et de comprendre la complexité de la situation ;
- Les problématiques pertinentes rencontrées en rapport avec la situation ;
- Les ressources apportées par le groupe complétées par des recherches personnelles pour répondre aux questionnements ;
- Une synthèse pratique avec mention des ressources à utiliser dans une situation similaire future et une auto-évaluation du niveau de la compétence travaillée ;
- Une synthèse des notions abordées pour chaque situation présentée témoignant ainsi des messages forts retenus au cours de la journée.

Une boucle complète permet de valider 15 crédits-heures, dans le cas contraire seuls 5 seront accordés.

La maîtrise par les enseignants des concepts et outils pédagogiques de cette approche constructiviste par compétences est un point clé de l'homogénéité des GEF. Pour y parvenir, une formation des enseignants a été mise en place avec un séminaire théorique où sont abordés les concepts de cette approche. L'enseignant participe ensuite à une séance de GEF en observateur puis il anime deux GEF supervisé par deux enseignants différents plus expérimentés avec une évaluation conjointe des traces d'apprentissage. L'enseignant sera ensuite prêt à animer un GEF en autonomie

Par ailleurs, le DUMG organise des réunions pédagogiques visant à échanger sur les problématiques rencontrées lors de ces enseignements afin de trouver des solutions adaptées. En Novembre 2016, lors de la seconde réunion, les enseignants paraissaient, tout comme les étudiants, plus à l'aise dans la maîtrise de ce nouveau mode d'apprentissage. Ils avaient une meilleure compréhension de la boucle d'apprentissage et de cette approche par compétences. Des supports pédagogiques tels que Le GEF, comment ça marche ? ⁽¹¹⁾ ou Une trace de GEF doit comporter cinq parties (annexe 5) existaient à destination des étudiants et des enseignants. Cependant, se posait la question de l'évaluation des traces d'apprentissage, complexe en l'absence de critères d'évaluation réellement définis laissant alors place à une part de subjectivité et donc d'hétérogénéité en fonction du correcteur.

L'objectif de ce travail était de rechercher quels étaient pour les enseignants les critères d'évaluation des traces d'apprentissage produites après un GEF ?

Matériel et Méthode

- **Type de l'étude**

Il s'agissait d'une étude qualitative réalisée par des entretiens individuels semi-dirigés auprès de médecins généralistes enseignants de GEF. L'enquête qualitative est particulièrement appropriée pour l'étude des opinions, des comportements et des pratiques des individus.

- **Population étudiée et recrutement**

Le recrutement s'est fait sur la base du volontariat. Un mail a été envoyé aux vingt-trois enseignants de GEF (à l'exception des Dr Dumas et Pr Robert ayant participé à ce travail de thèse) en leur expliquant la question de recherche à savoir : quel est leur ressenti concernant les traces d'apprentissage produites après un Groupe d'Enseignement Facultaire ? Au fur et à mesure des réponses, les entretiens ont été programmés avec comme objectif d'avoir un échantillon raisonné afin d'obtenir la plus grande diversité d'opinions possible sur le thème. Pour parvenir à ce résultat, les caractéristiques suivantes ont été utilisées : appartenance ou non à l'équipe pédagogique du DUMG ; GEF réalisés à la Faculté de médecine de Tours ou décentralisés ; participation à l'enseignement avant les GEF et autres fonctions d'enseignant : Maître de Stage des Universités (MSU), tuteur, animateurs de groupe de pratique ou directeurs de thèses.

- **Recueil des données**

Les entretiens ont été réalisés entre mai et octobre 2017. La durée moyenne était de 26 minutes, 3 entretiens ont duré 55 minutes. Ils ont eu lieu selon le choix des interviewés : à domicile, à leur cabinet de médecins généralistes ou à la faculté de médecine de Tours. Avant de les débiter, il était rappelé que les entretiens étaient enregistrés et que les données étaient anonymisées pour recueillir un discours le plus libre possible sans aucun jugement porté par l'enquêteur. Ces données anonymisées ont fait l'objet d'une déclaration à la CNIL n° 2057767 v 0. Nous avons réalisé un engagement de conformité (déclaration normale).

Le guide d'entretien (annexe 6) a été conçu avec le directeur de thèse pour répondre à la question de recherche. Il a été modifié après le deuxième entretien car une des questions a été jugée trop fermée. Pour éviter d'induire la réponse, elle a été remplacée par une autre plus ouverte avec possibilité de relance. Il était constitué d'une question « brise-glace » pour mettre en confiance le médecin généraliste en décrivant le vécu du dernier GEF. Les autres questions portaient sur le contenu attendu des traces d'apprentissage et la méthode utilisée pour les évaluer.

La taille de l'échantillon a été déterminée par la suffisance des données. Aucune propriété, dimension ou relation nouvelle n'émergeait des derniers entretiens.

- **Analyse des données**

La retranscription a été la première étape de l'analyse des données, consistant à représenter sous forme écrite les propos de l'interviewé. Le texte obtenu constituait un verbatim. Les interviewés ont été désignés après anonymisation par un chiffre dans l'ordre chronologique des entretiens.

La méthode choisie pour l'analyse des données a suivi les principes de la théorie ancrée qui est une méthode de recherche inductive visant la construction d'une théorie à partir des données empiriques recueillies. Pour cela, nous avons réalisé l'analyse du contenu qui consiste à coder, classifier et développer des catégories puis établir des correspondances entre celles-ci.

Le codage a été élaboré séparément par la thésarde et son directeur à partir des premiers entretiens puis une mise en commun a été réalisée pour une triangulation des données.

Résultats

• Population

Les caractéristiques des répondants sont détaillées dans le tableau 1. Sur les 10 enseignants interrogés, 3 appartenaient à l'équipe pédagogique du DUMG. Pour 6 d'entre eux, le GEF se déroulait à la faculté de médecine de Tours et 5 étaient décentralisés, seul un animait au choix sur Tours ou en périphérie. La majorité avait déjà participé à l'enseignement avant la création des GEF et tous avaient au moins une fonction d'enseignant : 8 recevaient des internes en stage de niveau 1, 4 des internes en SASPAS et 5 des externes au sein de leur cabinet de généraliste ; 5 avaient un rôle de tuteur ; 5 animaient des groupes de pratiques et 9 avaient déjà dirigés des thèses.

Enseignants	Département d'exercice	Appartenance au DUMG		Localisation GEF		Fonction d'enseignement						Enseignement avant les GEF	
		oui	non	faculté	décentralisé	GDP	Tuteur	MSU niveau1	MSU SASPAS	MSU externe	Directeur de thèse	oui	non
Entretien n°1	37		X	X						X	X	X	
Entretien n°2	37	X		X						X	X	X	
Entretien n°3	28		X		X			X			X	X	
Entretien n°4	28		X		X	X	X	X	X	X		X	
Entretien n°5	36		X		X	X		X			X		X
Entretien n°6	36		X		X	X		X			X	X	
Entretien n°7	36		X	X	X	X	X	X	X		X	X	
Entretien n°8	41	X		X		X	X	X	X		X	X	
Entretien n°9	37	X		X			X	X		X	X	X	
Entretien n°10	37		X	X			X	X	X	X	X		X

Tableau 1 : Caractéristiques des répondants

DUMG : Département Universitaire de Médecine Générale ; GEF : Groupe d'Enseignement Facultaire ; GDP : Groupe de pratique ; MSU : Maître de Stage des Universités ; SASPAS : Stage Ambulatoire en Soins Primaires en Autonomie Supervisée

• Accord des enseignants sur la structure d'une trace d'apprentissage

Les enseignants s'accordaient sur la nécessité d'avoir une trace d'apprentissage structurée pour permettre sa validité : « *je vois que l'on n'est pas forcément d'accord sauf (...) on va être d'accord sur...la forme* » (E7).

La forme de la trace a été assez bien codifiée par le DUMG en concertation avec l'équipe enseignante : « *les critères (...) on les a définis lors de nos réunions pédagogiques* » (E7) ; avec une structure type ayant été définie : « *à partir de ce que l'on m'a dit ce qu'était une trace, c'est-à-dire...les trois parties, même quatre parties : le récit principal en introduction, les recherches biblio (...), le résumé du groupe et puis la conclusion et le respect d'une boucle pédagogique avec une possibilité d'évolution plus tard* » (E3).

On remarquait que les attentes sur le caractère narratif du récit étaient hétérogènes : « *le contenu globalement je ne les embête pas sur la partie...discours et histoire moi donc qu'ils me fassent le bla-bla sur leur état psychologique oui très bien, c'est gentils mais voilà...* » (E3) ; quand d'autres au contraire attendaient un récit plus descriptif : « *surtout ce que j'aime...qu'ils racontent ce qui leur passe dans la tête c'est la voix off (...) pour que l'on sache effectivement comment ils ont vécu (la situation)* » (E5).

Néanmoins, la plupart s'accordaient sur la nécessité d'un récit authentique : *« j'attends que ce soit une situation qui ait été vraiment vécue par l'interne »* (E10) et en lien avec la thématique de la journée de GEF : *« j'attends bien entendu que ce soit en rapport avec le thème du GEF »* (E10).

Ce récit authentique devait permettre d'avoir une idée précise de la situation et des déterminants de la décision de l'interne : *« un récit assez exemplaire, complet en tout cas qui permette d'appréhender aussi bien le patient, que l'environnement, le contexte, la manière (...) dont était l'interne : s'il était pressé, pas pressé ; enfin de pouvoir vraiment avoir une idée de ses compétences en situation »* (E9).

De ce récit découlaient la ou les problématiques principales rencontrées par l'interne : *« il ne faut pas qu'il y ait trop de questions (...) parce que sinon ça retire de la lisibilité à la trace »* (E6) ; avec une approche bio-psycho-sociale adaptée à la médecine générale : *« le binôme question technique et...question...plus de savoir-être (...) sciences humaines, alors on va justement retrouver cette dichotomie qui (...) me paraissait juste équilibrée »* (E6).

Le contenu de la recherche devait répondre à la problématique posée : *« il faut que ça ait un rapport de pertinence avec l'information et la question qu'ils se posent »* (E9). De l'avis de tous, il devait être synthétique : *« qu'il n'y ait pas forcément...beaucoup de choses en quantité mais qu'il y ait en fait une synthèse des réponses »* (E1) ; en évitant au maximum le copier-coller : *« une synthèse de la littérature c'est-à-dire que ce n'était pas des copier-coller, c'était vraiment (...) un travail de synthèse »* (E9).

Les enseignants attendaient un travail de recherche de qualité avec un niveau de preuve satisfaisant : *« qu'il y ait des références bibliographiques, qui ne soient pas juste des sites internet, que ce soient...de vraies références »* (E9) ; où apparaissaient les éléments pertinents pour la future pratique de généraliste : *« que ce soit pratique, que l'on ait compris, que ça ait apporté quelque chose dans l'apprentissage »* (E10).

Au même titre que ces recherches, la réflexion du groupe de GEF devait apparaître comme une des ressources de l'interne à cette problématique : *« je vais aller chercher s'il y a des choses dites dans le groupe et qui ressortent ou pas, est-ce que le groupe a complètement disparu finalement alors que c'est aussi une ressource (...) s'il y a des éléments pertinents qui sont ressortis de ce qui a été dit par les autres »* (E8).

Pour valider ce travail, l'élément clé restait la synthèse de l'ensemble de ses ressources : *« une boucle d'apprentissage c'est-à-dire la conclusion de tout ça et une projection sur comment ils feraient dans une situation postérieure »* (E9). Elle devait être pratique : *« vraiment quelque chose de pratico-pratique (...) d'avoir la boucle d'apprentissage et vraiment la synthèse de ce qu'ils retiennent vraiment »* (E8) ; et pertinente pour la médecine générale : *« cette synthèse qui va être, notamment si c'est des récits (...) qui sont hospitaliers ; à recontextualiser dans la pratique (...) de médecine générale, de voir comment ils pourraient faire »* (E7).

Il existait parfois quelques nuances sur l'importance accordée à cette synthèse : *« les autres membres enseignants et relecteurs de traces ils ont dit mais clairement que de toute façon ce qui est important c'est de respecter la forme de la boucle pédagogique mais pas le fond »* (E3).

L'interne devait également noter les messages clés pertinents qu'il avait retenu des échanges de la journée du groupe de GEF : *« un paragraphe avec ce qu'il a*

retenu comme messages forts du GEF, donc des situations des autres...ce qu'il en retient pour chacun ou pour lui sa propre pratique, ou quelle réflexion ça lui a amené » (E2).

Concernant la place des compétences travaillées dans la trace d'apprentissage, les avis étaient partagés sur l'importance qu'ils y accordaient : *« je trouve ça moins pertinent (...) pour le GEF, ça ne me paraît pas être le plus important » (E6)*. Les internes leur avaient d'ailleurs parus en difficulté à ce niveau, avec des compétences parfois absentes ou très souvent incomplètes : *« les compétences j'ai rarement...les niveaux de compétences c'est-à-dire que j'ai « professionnalisme, approche globale » mais j'ai pas s'il est « novice, intermédiaire ou compétent » (E4)*. De même, ils semblaient avoir du mal à identifier celle principalement mise en jeu : *« ce n'est pas simple parce que c'est vrai que souvent ils font des listes de compétences » (E9)*. Il y avait plutôt une volonté des enseignants de retrouver LA compétence pertinente à la situation réellement travaillée : *« quelle compétence en priorité ils ont travaillée à travers cette trace » (E9)*.

- **Discordance sur le sens accordé à la trace d'apprentissage**

Si les enseignants apparaissaient globalement en accord sur la forme de la trace d'apprentissage, il existait une discordance sur l'importance donnée à son sens : *« valide... pour toutes ces raisons (...) parce que tous les critères sont remplis (...) ça peut être un angle un petit peu différent selon les personnes » (E10)*.

Une trace d'apprentissage qui avait du sens commençait par une narration détaillée permettant de s'immerger dans la situation et d'identifier facilement ce qui avait posé problème à l'interne : *« la narration authentique, situation vécue dans la famille (...) une description fine de ce que lui a ressenti (...), la réaction de l'autre personne (...), on recherche de l'authenticité et des signes indirects donc pleins de petites choses, ce n'est pas le résultat brut » (E10)*.

La richesse des discussions du groupe de GEF et l'expérience de chacun allait permettre de creuser et de faire préciser l'interne afin qu'il puisse faire émerger sa vraie problématique, qui n'était pas toujours celle qu'il avait initialement évoquée : *« il y a une reformulation si l'on voit que la question est un petit peu à côté, on attend de voir ce que les autres pensent (...) « non ta question moi j'aurai plutôt vu ça comme ça » ; alors on attend de voir ce que ça va susciter en lui (...) peut être que ça va le remettre en doute : « oui c'est vrai vous avez raison je vais plutôt traiter cette question » » (E10)*. Cette réflexion collégiale autour de la reformulation et du choix de la problématique devait apparaître dans la trace d'apprentissage : *« la trace doit contenir (...) une petite partie sur ce que le groupe a pensé de mon questionnement : Est-ce que ça a modifié mon questionnement ? Le groupe a apporté d'autres questions ou est-ce que l'on est resté sur ma question initiale ? » (E10)*. Les échanges et pistes évoquées par le groupe, véritables ressources pour répondre à la problématique posée, devaient également être retranscrits : *« ce que...le groupe a pu apporter...par rapport à cette réflexion, par rapport à ce questionnement (...) il s'est passé plein de choses (...) qui sont souvent pertinentes et qui font avancer » (E8)*. Cependant, il existait parfois une discordance retrouvée par les enseignants entre ce qui s'était passé lors du GEF et ce qui en ressortait dans la trace d'apprentissage : *« sauf que ce qu'ils mettent dedans, dans le fond et dans leurs idées, ça ne*

correspond pas à ce que l'on a essayé de faire passer en groupe, lors du GEF, c'est un contre sens par rapport à ce que l'on a fait » (E3).

Comme nous l'avons vu précédemment, l'élément majeur pris en compte dans l'évaluation de la trace d'apprentissage était ce travail de synthèse avec la boucle d'apprentissage : *« valide il faut...il faut que la boucle apparaisse » (E2).* C'était par elle que les enseignants appréciaient la réflexivité de l'interne : *« ce que l'on appellerait plus synthèse, boucle apprentissage (...), qu'ils montrent si ce qu'ils ont...appris (...), en quoi cela va leur permettre de s'améliorer dans telle compétence ? Qu'est-ce qu'ils feraient différemment maintenant qu'ils ont pris connaissance de ces recherches... une réflexivité en fait » (E9).* Cet effort réflexif était propre à chaque interne et son implication personnelle devait se ressentir : *« ce que j'attends c'est qu'il y ait du personnel, qu'il y ait de la sueur dans sa boucle (...) j'attends qu'il s'implique dans cette boucle » (E10).* Il devait pouvoir expliciter ce qu'il en retirait pour une prochaine situation similaire : *« je ne l'ai pas fait (...), la démarche de soins, la prise de décision, je n'ai pas pu la prendre parce que je n'avais pas tous les éléments, maintenant que j'ai tous les éléments (...) comment j'anticipe ces nouveaux éléments dans une situation à venir » (E10).* Les enseignants considéraient la trace valide et pertinente lorsque l'interne était capable de réutiliser ces ressources de façon appropriée lors d'une prochaine situation : *« si elle te permet la fois d'après de pouvoir l'utiliser » (E10).*

Pour les enseignants, la qualité de réflexion sur la boucle d'apprentissage était fonction de l'expérience et de la maturité professionnelle de l'interne : *« quand on a fait un niveau 1 et quand on a fait un SASPAS on peut le percevoir, de se dire « ça serait bien que je puisse le faire la prochaine fois mais il va y avoir certainement d'autres facteurs qui font que peut être je ne pourrais pas l'appliquer » : là il a bien compris » (E10).* Cette maturité permettait d'avoir peu à peu une approche plus globale : *« ce que j'ai envie dans la trace c'est de dire que l'on est dans un modèle global EBM : le patient, la médecine (...) l'environnement ; le contexte ; donc contextualiser, d'avoir ce recul » (E10).* C'était cette capacité d'analyse et de projection qui faisait la qualité de la trace : *« quelles critiques ils sont capables de formuler sur ce qu'ils ont trouvé, sur l'applicabilité tout cela » (E8) ; « ce qui lui semble vraiment applicable en médecine générale parce que souvent il y a une discordance entre la théorie et la pratique » (E6).* La démarche qu'avait l'interne pour trouver ces ressources avait également son importance : *« le mode de recherche ça, ça m'intéresse, les réponses, on trouve ce que l'on trouve, mais de voir comment on les a cherché » (E7).*

Les GEF ont été battis sur le modèle constructiviste. La trace d'apprentissage devait rendre compte de cette démarche pédagogique : *« c'est surtout la boucle et la réflexion sur la boucle, comment j'ai réfléchi (...), la démarche pour réfléchir (...), la connaissance qui m'est apportée (...), comment je me l'approprie (...), comment j'essaie de la mettre en pratique dans ma démarche, ce qu'on appelle la démarche d'apprentissage » (E10).* Cette démarche d'apprentissage se démarquait de l'acquisition brute de connaissances. Ce n'était pas tant le contenu qui comptait mais plutôt la réflexion globale : *« parce que l'on peut avoir de nouvelles connaissances sans être compétent donc (...) c'est le mixte (...) entre la qualité de l'information : qu'est-ce qu'il a révélé, qu'est-ce qu'il a travaillé ; et surtout qu'est-ce qu'il a compris qu'il a travaillé » (E10).* L'objectif était que cela devienne un modèle de travail à l'avenir, un automatisme : *« toute sa vie professionnelle c'est comme ça qu'il va travailler » (E10).*

Il y avait une volonté générale de recentrer les situations présentées en GEF sur la médecine générale car beaucoup découlaient du milieu hospitalier ce qui pouvait poser des difficultés : *« même si on essayait de transposer les situations qu'ils ont rencontrées aux urgences au cabinet, ce ne sont quand même pas les mêmes situations »* (E5) ; cela permettait d'être plus cohérent et plus utile pour la pratique future de l'interne : *« d'avoir le plus possible de situations de médecine générale qui sont sans doute les plus formatrices pour le cœur du métier »* (E6).

Dès le récit, les compétences réellement mobilisées par l'interne devaient pouvoir être identifiées : *« cela se ressent quand il l'écrit, donc des signes indirects de compétences qu'il est en train de travailler mais qu'il n'a pas forcément perçu »* (E10) ; *« me permettre d'avoir un point d'appui pour savoir quelle compétence il a vraiment travaillée »* (E10). La maturité de l'interne pouvait aussi être appréciée sur sa capacité à identifier LA compétence principale pertinente travaillée dans sa trace d'apprentissage : *« c'est une preuve (...) de professionnalisme c'est-à-dire qu'ils sont assez mûrs pour se rendre compte que même si en effet dans chaque situation on met évidemment quasiment tout le temps une majorité de compétences en œuvre, cette trace d'apprentissage là ou cette question, a permis de progresser en particulier sur cette compétence là, ...ça c'est vrai que ça fait parti pour moi d'un élément de qualité »* (E9). Mais ce qui faisait la différence, c'était quand l'interne était capable d'explicitier en quoi il avait travaillé cette compétence : *« je veux surtout qu'ils m'expliquent pourquoi ils pensent qu'ils sont compétents, c'est-à-dire que l'on a souvent les grandes familles...les pétales là comme on dit : « compétence approche globale" ok, les niveaux non ? Est-ce que moi je dois comprendre dans votre récit que vous êtes compétent ? Je ne l'ai pas compris. Est-ce que vous pouvez expliciter ? »* (E10).

- **Manque de critères d'évaluation des traces d'apprentissage**

Il existait un flou concernant les critères d'évaluation des traces d'apprentissage, partagé aussi bien par les internes que par les enseignants : *« chacun fait à sa sauce et ça n'a ça n'a vraiment aucun sens, les internes qui commencent...le GEF en disant : « on voudrait savoir pour les traces ce que vous voulez vous ? Parce que tellement c'est fluctuant en fonction des enseignants » »* (E3).

Les attentes des enseignants étaient variables : *« les enseignants ont... des exigences différentes (...) chaque enseignant à sa façon différente de voir les choses et (...) sa façon différente de corriger aussi le GEF »* (E1). Chacun précisait donc ses consignes en début de GEF avec ce qu'il voulait y retrouver : *« je réprecise en début (...) de GEF ce que j'attends dans la trace »* (E8).

Des enseignants, dans une optique d'aider les internes à mieux cerner leurs attentes, avaient mis à leur disposition des outils d'aide à la rédaction qu'ils avaient rédigés : *« il y avait [enseignante] qui avait refait (...), parce qu'on s'était rendu compte que pour les étudiants c'était compliqué ; elle avait fait un espèce de document (...) il s'appelle La trace doit comporter au moins cinq parties »* (E8) ; tout en rappelant ceux déjà existants : *« je pense que l'on devrait rediffuser régulièrement les outils, parce qu'il y a des trucs qui existent, que l'on a écrit »* (E8).

Pour certains, la trace était évaluée sur l'impression globale : *« c'est une impression globale, parce que de tout façon (...) je n'ai pas de grille de correction »* (E7) ; laissant place à une certaine subjectivité dans la correction : *« ce qui est*

compliqué dans cette démarche de pédagogie c'est que tu ne peux pas normer...ça fait plus intervenir la sensibilité du correcteur » (E2).

L'attitude et la participation de l'interne lors de la journée de GEF étaient prises en compte dans cette évaluation : *« dans les critères d'évaluation il y a forcément un préjugement qui est ce qu'il s'est passé en GEF : la participation (...), le fait de connaître les internes » (E7).* Ces facteurs influent sur le niveau d'exigence attendu par l'enseignant qui était plus ou moins intransigeant : *« on se rappelle aussi un peu de l'attitude de l'interne et c'est vrai que s'il y en a un qui était plutôt nonchalant toute la journée, qui n'a pas participé du tout et qu'il fait une trace qui est moyenne, on a envie de lui en demander plus ; alors que s'il y en a un qui a hyper participé et que sa trace est un peu moins bonne, on a plus envie quand même de lui valider » (E2).*

La connaissance du tuteur de l'interne pouvait également jouer un rôle et pouvait être un biais potentiel dans le niveau d'exigence : *« il y en a certains qui ont un tuteur...qui ne leur posera aucunes questions sur la trace, ils font tout leur internat avec des traces à moitié réussies...donc eux à la limite je ne vais pas les embêter trop. Il y'en a certains qui ont des tuteurs qui sont extrêmement exigeants...au sein du DUMG et donc ceux là, je pense que ce n'est pas leur rendre service que de laisser passer des traces qui ne soient pas terribles (...), dans ce cas-là (...) sur mon retour je vais être plus complète » (E3).*

Ainsi, les critères de validité d'une trace d'apprentissage restaient flous pour tous : *« ça c'est un grand débat (...), la validité d'une trace : est-ce que tu le sais au début ou à la fin ? Pour moi ce n'est pas net dans ma tête encore...mais comme pour les internes ce n'est pas net des fois » (E10).* Il y avait donc nécessité d'homogénéiser les pratiques pour garder une certaine cohérence entre enseignants : *« pour moi, il y a quelque chose qui est très important dans le rapport enseignant-enseigné (...) : c'est la cohérence ; et donc je trouve que c'est démotivant pour des internes d'avoir des retours où on va leur dire blanc et des retours où on va leur dire noir pour la même chose, ça c'est contre-productif » (E6).* Pour cela, il faudrait des critères d'évaluation communs et objectifs : *« nous on a à développer une réelle compétence (...) d'évaluation sur des critères (...) qui répondent quand même un minimum d'objectivité » (E6).*

La proposition des enseignants, très largement partagée était l'échange au travers des réunions pédagogiques qu'ils reconnaissaient comme un outil pertinent d'amélioration des pratiques : *« c'était vraiment intéressant, ...on a fait des sortes de groupes d'analyse de pratique entre enseignants et on voyait vraiment les différences entre chaque enseignant, les exigences différentes » (E1).* Elles permettaient aux enseignants de se situer par rapport aux autres : *« pour que l'on puisse effectivement voir comment on se situe par rapport à d'autres correcteurs, parce qu'effectivement si j'ai trouvé pas mal de GEF bien, je me dis que peut-être que c'est que j'en attends pas assez » (E5).* Ces réunions les confortaient dans le rôle de « facilitateur d'apprentissage » tout en renforçant leur légitimité : *« cet échange d'expériences sera ce qui en tout cas pour moi (...) répondra le mieux à ce questionnement sur la légitimité » (E6) ; « on a forcément la difficulté de se demander si on fait bien ou si on ne fait pas bien (...), le but c'est d'apporter quelque chose (...), d'aider à avancer, à ce que l'interne se pose des questions sur son travail (...), que ce que je lui envoie lui soit utile » (E7).*

La demande des enseignants était donc de converger dans le même sens : *« une expérience pédagogique où on nous donne trois-quatre traces de GEF et puis on fait notre retour...et on échange, on détermine ensemble ce qui paraît être une*

correction » (E6). Il y avait cette volonté à tendre vers un consensus en vue d'une harmonisation : « *nos réunions pédagogiques sont toujours un moment d'échanges assez riches finalement, où il y en a qui finissent par être assez consensuelles, je pense qu'il y a un consensus parmi les enseignants, (...) pour voir si on est assez harmonieux, ...on n'est forcément pas harmonieux dans ce qu'on dit, dans ce qu'on fait, mais finalement on va dans le même sens* » (E7).

Les enseignants souhaiteraient établir un cadre commun pour la correction : « *il faut une méthode...de travail et il faut un cadre, (...) alors c'est un travail qui se fait seul pour nous, mais le cadre, le temps que l'on va y accorder, ça ne va pas forcément donner la même évaluation* » (E6). En définissant une structure type pour la correction, certains espèrent que cela permettrait de répondre à l'une de leurs difficultés, à savoir son caractère chronophage : « *Difficultés de temps évidemment comme tout le monde (...) je trouve que c'est une charge de travail importante* » (E8) ; « *en étant plus structuré dans la correction ça pourrait aller plus vite aussi, on sera sans doute plus efficaces* » (E6).

Si certains d'entre eux aimeraient normer cette évaluation, il n'existait à leur avis pas d'outils adaptés pour le moment : « *une grille vraiment basique, très simple, moi je trouve qu'elles sont trop compliquées, celles qu'on a pour l'instant, il y'a trop de critères ou c'est trop long : c'est présent, ce n'est pas présent oui/non point* » (E4). De ce fait, ils étaient obligés de se baser sur leur propre expérience : « *en pratique ce n'est pas si simple que ça à évaluer un GEF, en effet, il faut être habitué à décoder entre les lignes* » (E10) ; « *on va se baser sur notre expérience puisque l'on n'a pas d'autres outils* » (E6). D'autres s'interrogeaient sur l'utilité qu'auraient ses outils d'aide à la correction et surtout sur leur faisabilité sans dépersonnaliser complètement la trace de l'interne : « *faire un petit document (...) quelque chose qui soit un petit peu généralisable, (...) tout en préservant le côté personnel, (...) il ne s'agit pas de mettre les internes dans des rouleaux compresseurs, il faut garder leur personnalité, leur spécificité, ça c'est très important et leur créativité* » (E6).

Une fois cette correction faite, les enseignants faisaient un retour systématique à l'interne sur la trace d'apprentissage : « *je fais un retour systématique, je fais un mail réponse où (...) je reprends point par point (...), je précise et à la fin en conclusion je leur demande de me compléter ça et ça pour valider les 15 crédits* » (E4). Le retour devait être bienveillant : « *j'essaie d'être toujours bienveillante...plus essayer de voir les bons côtés (...) et de lui dire comment améliorer sa trace* » (E2) ; et constructif pour l'interne : « *que cette évaluation ne soit pas sanctionnante mais qu'elle soit constructive parce que (...) du reste découlent d'autres choses* » (E6). C'était surtout vrai en cas de trace jugée non valide où l'enseignant, responsable de la qualité de la formation de l'interne se devait dans son intérêt de le lui signifier : « *il faut avoir, nous, le courage de dire quand la qualité n'est pas suffisante, quand le GEF est insuffisant, (...) savoir l'argumenter et savoir le dire pour que l'interne progresse* » (E6).

Là encore, il persistait un flou autour de ce retour fait à l'interne avec la forme qui restait à préciser : « *une maquette justement de mail pour la réponse à l'étudiant...un mail type* » (E1). De même, son contenu restait hétérogène avec une qualité de l'argumentation de l'évaluation de la trace variable, notamment en fonction du tuteur de l'interne : « *certains qui ont des tuteurs qui sont extrêmement exigeants (...) dans ce cas-là sur mon sur mon retour je vais être plus complète* » (E3).

Pour plus d'homogénéité, quelques-uns proposaient de formaliser ce retour pour qu'il soit lui aussi évaluable, sans pour autant qu'il n'y ait de caractère sanctionnant pour l'enseignant : « *l'objectif, c'est que de GEF en GEF la qualité soit*

meilleure à chaque fois et ça il faut pourvoir l'évaluer (...) il faut prendre des traces et voir le retour, (...) il faut que le retour soit fiable pour le tuteur, (...) il faut qu'il soit officiel, c'est-à-dire que nous, on a travail d'auto-évaluation par rapport à la qualité de nos retours » (E6).

- **Le GEF, démarche adaptée au modèle d'apprentissage par compétences**

Il apparaissait que ce mode d'enseignement était apprécié aussi bien des internes : *« j'ai l'impression d'un retour bien plus positif aujourd'hui des internes sur les GEF que quand moi quand j'ai fait mes études » (E6) ;* que des enseignants : *« je trouve ça hyper intéressant les GEF » (E2).*

Cette approche constructiviste par compétences avait de l'avis de tous un réel intérêt pédagogique : *« ça a vraiment révolutionné l'enseignement » (E1).* Elle permettait en effet de développer la réflexivité de l'interne : *« c'est plus de trouver vos moyens de résoudre vos problèmes, on peut vous y aider mais faites cette démarche là et c'est plus cette démarche là qui nous intéresse que la réponse en elle-même » (E10) ;* au travers d'une pédagogie professionnalisante : *« pour l'apprentissage c'est plus intéressant effectivement d'échanger avec ses collègues (...) je fais parti d'un groupe de pairs et c'est exactement le même fonctionnement » (E5).*

Ce modèle supposait un changement de position de l'enseignant, non plus comme dispensateur du savoir mais comme « facilitateur d'apprentissage » : *« ça c'est vraiment complètement nouveau...on n'est pas du tout à la même place, l'enseignement avant (...) on était vraiment des experts, on apportait une réponse aux questions des étudiants » (E1).* Cette position était parfois difficile à respecter avec une demande de verticalité des internes allant pourtant à l'encontre de cette démarche : *« ce n'est pas toujours facile, on a ce problème de position pédagogique basse (...) on a bien compris mais quelquefois on est sollicité pour autre chose et on est pris au piège dans « donnez moi la réponse », (...) à un moment donné pour décoincer une situation (...) je pense que l'on peut délivrer un petit peu de verticalité tout (...) en n'écrasant pas le groupe » (E10).*

Un autre point restait encore flou : quelle place donner au tuteur de l'interne vis-à-vis de ces traces d'apprentissage ? Le partage avec le tuteur du retour de la trace d'apprentissage et de l'échange qui peut parfois en découler restait encore marginal et ce, malgré le rappel fait par les enseignants au cours du GEF : *« de leur dire que quand ils vont retourner, de faire la copie au tuteur, ils le font vraiment de façon minoritaire (...) Est-ce vraiment un oubli ou est-ce volontaire ? Je ne sais pas » (E6).* Le tuteur a un rôle important puisque ce c'est lui qui, à la fin des trois ans d'internat donnera son avis sur la capacité ou non de l'interne à certifier le DES de médecine générale. De ce fait, il devrait selon les enseignants pouvoir suivre le cheminement et la progression de l'interne tout au long de son cursus, au travers de ses différentes traces : *« je mets le tuteur en copie, pour aussi qu'il ait une autre vision parce que ça nous aide d'avoir plusieurs visions d'enseignants sur des internes...d'avoir plusieurs visions ça permet de savoir vraiment où en est l'interne » (E2).* C'est donc naturellement que certains se posaient la question de rendre cet échange interne-correcteur-tuteur systématique : *« il faudrait mettre de manière systématique le tuteur en copie alors ça n'améliorera pas forcément l'évaluation du GEF mais ça améliorera l'évaluation de l'interne au bout des trois ans et ça je pense que c'est important » (E9).*

- **Propositions d'amélioration des GEF**

Pour rester pratique, certains enseignants proposaient de repenser le déroulé du GEF en développant la capacité de recherche rapide de ressources pertinentes pour se rapprocher au mieux des contraintes de temps de la consultation de médecine générale : *« que l'on puisse faire des recherches pendant le GEF...voir si les internes sont capables de faire des recherches rapides pendant ce temps-là ; qui leur apporteront une information fiable et immédiate »* (E3). Ils proposaient également de simplifier la forme de la trace d'apprentissage : *« un récit, très court de maximum deux pages, une fiche de synthèse de la formation et c'est tout ça s'arrête là et puis cela me semble sur la forme (...) plus en accord avec ce qu'on va faire en pratique »* (E3).

Beaucoup d'internes demandaient à pouvoir partager les réponses aux recherches des autres comme ils pouvaient le faire lors des groupes de pratique avec la deuxième session : *« il y'en a beaucoup qui regrettent de ne pas avoir les retours (...) des recherches des autres (...) Est-ce qu'il ne faudrait pas imaginer un moment... une sorte de retour du GEF ? »* (E2). Certains enseignants leur proposaient de diffuser entre eux les différentes traces : *« qu'il y ait une sorte mini-mailing pour qu'ils puissent échanger les résultats de ces recherches et comme ça peut-être faire un peu avancer tout le monde »* (E2). Bien que conscient de cette demande, d'autres s'interrogeaient sur la pertinence de ce partage, allant un peu à l'encontre du concept du GEF : *« Je ne suis pas sûre (...) moi j'ai entendu que le but du GEF c'était que les internes à plusieurs résolvent une question...et après ce qui est intéressant dans le travail qu'ils nous envoient, c'est ce que eux en ont retenu donc de le ré-échanger, ça ne va rien apporter. (...) Un travail où chacun va chercher dans son coin des réponses et les ramène, ça c'est le groupe de pratique...pour moi c'est différent le GEF »* (E4).

D'autres propositions portaient plutôt sur l'organisation du GEF. Ils évoquaient la possibilité d'horaires plus flexibles qu'ils définiraient eux même : *« peut-être nous mettre des horaires plus souples »* (E4). Deux difficultés étaient pointées et pouvaient être préjudiciables au groupe : le non respect des horaires par certains internes : *« avec deux qui n'étaient pas (...) très à l'heure donc petit retard de départ »* (E6) et le manque d'effectif, surtout en périphérie, ce qui entravait la dynamique de groupe : *« j'ai eu trois personnes mais du coup là, ça fonctionnait très difficilement »* (E7).

La question du non-retour des internes était aussi récurrente : *« il n'y en a pas beaucoup sur des groupes de dix, j'en ai deux en général à peu près deux ou trois qui ne font pas de retour »* (E3). Ils se posaient la question de savoir quelle attitude adopter, s'il fallait ou non sanctionner les étudiants et si oui comment : *« il faut vraiment repérer ça comme étant un signe de dysfonctionnement précoce de la part des internes parce que un GEF ça se respecte, c'est du temps que l'enseignant va prendre »* (E6).

Discussion

- **Points forts et limites de l'étude**

La recherche qualitative était particulièrement adaptée pour explorer les critères d'évaluation des traces d'apprentissage produites après les GEF. Cette méthode était appropriée pour connaître le ressenti et l'expérience des enseignants. L'absence de critères d'évaluation réellement définis laissait place à une part de subjectivité du correcteur. Il existait donc une hétérogénéité de l'évaluation des traces d'apprentissage.

Les critères de validité d'une étude qualitative ont été respectés. Un échantillon raisonné a été constitué afin d'explorer la plus grande diversité des opinions sur le thème étudié. Les caractéristiques connues de notre échantillon étaient assez variées avec une majorité d'enseignants interrogés n'appartenant pas à l'équipe pédagogique du DUMG en accord avec la réalité. Il y avait aussi bien des enseignants animant des GEF centralisés que délocalisés dans la région. Le degré d'implication des animateurs de GEF dans l'enseignement du DES était variable. Une des limites a été la réalité de l'anonymat liée à cette population restreinte constituée de seulement 25 enseignants.

Le guide d'entretien a été modifié après le deuxième entretien. Pour éviter d'induire la réponse, une question jugée trop fermée a été remplacée. Cependant, mes hypothèses préalables ont pu transparaître dans la formulation des questions entraînant un biais de suggestion. De même, dans l'analyse, la thématisation et le choix des critères de catégorisation ont pu entraîner un biais d'interprétation. La triangulation des données avec une stratégie de lecture croisée avec le directeur de thèse a limité ce biais. La saturation des données a pu être obtenue au 10ème entretien.

- **Discussion des principaux résultats**

Modèle d'approche par compétences : respect de la structure de la boucle d'apprentissage mais différence sur le sens donné

Les enseignants de GEF ont bien compris cette démarche d'apprentissage par compétences ⁽⁹⁾. Tous ont intégré le concept de paradigme d'apprentissage, point clé du GEF. Ils ont un rôle de « facilitateur d'apprentissage ». Ainsi l'écriture produite est l'un des outils pédagogiques permettant d'apprécier les apprentissages et la réflexivité de l'interne à partir de situations authentiques au travers de la boucle d'apprentissage ⁽¹²⁾.

Si le principe de la boucle d'apprentissage a été acquis notamment en terme de structure, tous les enseignants n'accordaient pas la même importance au sens donné à la trace d'apprentissage. La difficulté tient à identifier ce qui pose réellement problème à l'interne, c'est ce que *Perrenoud* appelle l'identification du point nodal ⁽¹³⁾. Cette étape est essentielle pour induire un changement des pratiques. Cette tâche n'est pas si simple, d'autant plus que lors des GEF, l'évaluateur était en supervision indirecte de la situation authentique vécue. Il ne pouvait donc l'appréhender qu'au travers du récit relaté par l'interne. Pour parvenir à cette identification, *Perrenoud* pose le groupe comme « un outil du travail d'analyse », cadre structurant les

échanges et centre de ressources. Les échanges du groupe vont ainsi permettre, au travers de l'explicitation et de l'interprétation de la situation de l'interne, d'identifier ce point nodal. Cela va aider l'interne dans son autoanalyse dont l'objectif sera d'induire une transformation de ses pratiques. La dynamique du groupe avec les échanges qui en découlent est donc un point clé du GEF. A ce jour, ce point n'est pris en compte que de façon subjective et partielle dans l'évaluation du GEF.

Une fois la problématique clairement identifiée, l'interne devra compléter les réponses apportées par le groupe par une recherche bibliographique. Cette recherche doit répondre à la question posée à partir de références avec un niveau de preuve suffisant. Comme l'ont signalé la plupart des enseignants, ils attendaient une synthèse de cette recherche plutôt qu'un « copier-coller » du document. La réponse attendue doit être transférable à des situations similaires ⁽¹²⁾. En effet, être compétent ⁽¹⁴⁾ signifie que l'interne est capable de mobiliser et de combiner de façon efficace un ensemble de ressources adéquates en choisissant celles qui seront pertinentes pour faire face à une situation donnée.

Dans cette approche par compétences, l'évaluation des apprentissages nécessite avant tout une compréhension du sens global du modèle pédagogique constructiviste aussi bien de la part des internes que des enseignants ⁽⁴⁾. Dans le cas contraire, le risque est de ne s'attacher qu'au résultat final qu'est la trace d'apprentissage et non au processus réflexif qui a été mis en jeu.

Des traces d'apprentissage valides en vue de la certification du DES

L'évaluation des internes dans le modèle d'apprentissage par compétences doit répondre à la fois à une exigence formative mais également à une exigence certifiante pour valider le DES. L'évaluation formative a pour objectif de fournir une rétroaction ou « feed-back » à l'interne pour développer l'autoévaluation. Pour cela, il est nécessaire que les critères d'évaluation soient donnés et connus dès le début de la formation puis rappelés lors des différents enseignements afin de lui permettre de s'ajuster et de progresser ⁽¹⁵⁾.

Toute évaluation unique établie sur une information ponctuelle ne peut être considérée comme valide pour la certification. La multiplicité des situations d'évaluations sur un temps assez large d'observation permet de mesurer la progression des compétences travaillées par un étudiant ⁽¹²⁾. De même, la multiplicité des regards à un moment T renforce la cohérence de cette évaluation. Pour ce faire, différentes situations pédagogiques existent au cours du DES : mise en situation avec supervision directe ou indirecte ; les groupes d'échange des pratiques (groupes de pratiques et GEF) et les réunions de tutorat. Le regard croisés des différents intervenants que sont les maîtres de stages, les enseignants ainsi que le tuteur, permettent d'enrichir l'évaluation des compétences de l'interne. La multiplicité des situations et des intervenants permet de réduire la subjectivité par une saturation des données et leur triangulation ⁽¹²⁾. Pour rassembler l'ensemble des travaux et réflexions de l'étudiant, le portfolio a été créé. Il apparaît être un outil pédagogique adapté car il rassemble les différentes informations sur les compétences acquises par l'interne sur la période d'apprentissage du DES ⁽¹⁶⁾.

Nécessité de critères communs d'évaluation

Dans une perspective constructiviste professionnalisante, les évaluations des apprentissages doivent être guidées par des critères qualitatifs communs. Les enseignants ont souligné un manque de critères de référence concernant l'évaluation des traces d'apprentissage. Ils ont été obligés de produire par eux même des outils de jugement ou bien de faire intervenir leur ressenti et leur expérience. L'évaluation était donc plus subjective avec pour conséquence une hétérogénéité des pratiques.

Pour diminuer cette subjectivité entre observateurs, il est nécessaire d'établir la concordance des jugements ⁽¹⁴⁾ dans l'optique d'apporter des correctifs à la situation d'évaluation. Pour cela, les enseignants doivent recevoir une formation appropriée de qualité. A l'heure actuelle, le DUMG de Tours organise des séminaires de formation aux concepts de la pédagogie constructiviste. L'animation d'un GEF en autonomie par un enseignant se fait après une phase d'observation et de supervision par un collègue plus expérimenté.

Pour une évaluation reproductible, en plus de la formation, ils doivent avoir à leur disposition des outils de jugement ⁽¹⁵⁾ explicitant clairement ce qui doit être observé. L'interprétation critériée est adaptée à l'étude qualitative et particulièrement aux décisions concernant l'apprentissage de l'étudiant à la différence de l'interprétation normative ⁽¹⁷⁾. Les échelles descriptives (qualitatives) critériées ⁽¹⁴⁾ sont des outils adaptés à cette pédagogie car ils permettent d'améliorer la reproductibilité entre les évaluateurs. Elles ont l'inconvénient de s'appliquer à un très petit nombre de critères avec le risque d'interdépendance et de surcharge cognitive pour les correcteurs et les étudiants ⁽¹⁸⁾.

Les outils d'analyse des pratiques (ou outils d'évaluation) doivent répondre à trois critères de qualité ⁽¹⁴⁾. La validité renseigne sur la réflexivité et l'acquisition de ressources de qualité avec la capacité de les mobiliser puis de les combiner dans l'action. La reproductibilité (fidélité) limite les différences entre les évaluations d'apprentissages similaires par l'utilisation de critères. La faisabilité trouve le juste compromis entre la validité et la faisabilité.

Le DUMG a mis à disposition des outils d'aide à l'évaluation en proposant une trame d'évaluation formative des traces d'apprentissages à destination des internes et des enseignants tels que *Le GEF, comment ça marche ?* ⁽¹¹⁾ ou *Une trace de GEF doit comporter cinq parties*. Ces documents ont permis d'avoir une certaine cohérence concernant la structure attendue de la trace d'apprentissage.

D'autres outils pédagogiques d'aide à l'évaluation existent comme la *Grille d'évaluation d'un RSCA* ⁽¹⁹⁾, adaptée puisque critériée mais encore une fois, peu voir non utilisée, lors des Groupes de pratique pour évaluer un RSCA car jugée trop complexe. De même, dans sa thèse A. DOUTONE a proposé un modèle de grille d'évaluation des GEF ⁽¹⁰⁾ destinée aux enseignants sous la forme d'un tableau. Il s'agissait d'une échelle d'évaluation uniforme ⁽¹⁴⁾ (non descriptive). L'avantage était son élaboration plus aisée. L'inconvénient était la possible diminution de l'objectivité, pourtant recherchée dans l'évaluation de productions complexes telles que les traces d'apprentissage. Elle n'avait finalement pas été utilisée, jugée trop normative et donc inadaptée.

- **Perspectives futures**

L'écriture de traces d'apprentissage est une méthode de formation et d'évaluation de l'acquisition des compétences pertinente. Pour améliorer les dispositifs d'évaluation Scallon ⁽¹⁴⁾ propose de mieux former les personnes juges, d'accroître le nombre de tâches ou situations d'évaluation et de réviser ou réécrire les outils de jugements pour plus de précision et de clarté.

Dans cette optique d'amélioration des pratiques, le DUMG de Tours s'efforce de multiplier le nombre de situations d'évaluation en proposant plus de séminaires pour répondre à la demande des internes. Ils ont ainsi la possibilité de s'inscrire au choix à quatre Groupes de pratique et trois GEF par semestre. Ils sont également encouragés à produire autant de traces d'apprentissage que possible lors de leurs stages en les transmettant à leur tuteur.

Le DUMG organise régulièrement des réunions pédagogiques. Elles sont appréciées des enseignants car elles permettent de recueillir leurs difficultés et questionnements dans l'optique ensuite de trouver collectivement des solutions appropriées. Elles devraient permettre de définir des critères communs d'évaluation admis de tous en faisant participer l'ensemble des enseignants à leur élaboration ⁽¹⁴⁾. Cela doit aboutir à une homogénéisation des pratiques, tant sur la structure que sur le sens de la trace d'apprentissage produite notamment après un GEF. Comme nous l'avons vu, le plus approprié serait la création d'une grille critériée regroupant les éléments principaux constituant la boucle d'apprentissage. Une place particulière doit être accordée au sens de cette trace avec l'identification de ce qui pose réellement problème à l'interne qui doit clairement apparaître. Le fonctionnement et les échanges du groupe doivent également être retrouvés dans cette évaluation car ils constituent une partie de la réflexivité de l'interne. Une fois définis et admis par l'ensemble des enseignants, ces critères devront être donnés et explicités aux internes pour leur permettre d'élaborer des traces d'apprentissage jugées valides. Dans ce processus d'apprentissage, les traces d'apprentissage n'auront de valeur certificative qu'à la condition d'avoir été élaborées à partir de situations authentiques sous la supervision directe ou indirecte d'un enseignant tout en pouvant être explicitées par l'interne.

Conclusion

Le Groupe d'Enseignement Facultaire apparaît être un outil adapté de l'apprentissage dans une approche par compétences. Il répond au modèle constructiviste plaçant l'interne comme moteur de sa formation guidé par l'enseignant « facilitateur d'apprentissage ».

Les traces d'apprentissage produites après le GEF doivent permettre d'appréhender la réflexivité de l'interne et l'acquisition de ressources transférables à d'autres situations similaires. L'évaluation de l'ensemble des traces d'apprentissage produites doit permettre de certifier le DES de médecine générale en rendant compte de l'évolution de l'interne sur l'acquisition des différentes compétences attendues d'un médecin généraliste.

Ce travail a permis de montrer qu'il existait encore des ajustements à faire pour parfaire cette démarche pédagogique en termes d'évaluation des traces d'apprentissage. Dans une optique d'amélioration des pratiques, les enseignants ont souligné qu'il leur manquait des critères d'évaluation de référence pour diminuer cette hétérogénéité constatée des traces d'apprentissage. Outre la structure de la trace bien admise de tous, le sens doit avoir une place plus importante reflétant bien le principe du constructivisme. Pour cela, il serait intéressant de prendre en compte dans cette évaluation le fonctionnement du groupe et l'investissement de l'interne au sein des échanges du groupe.

Les réunions pédagogiques du DUMG de Tours devraient permettre de définir des critères d'évaluation de référence en concertation avec l'ensemble des médecins généralistes évaluateurs de GEF. Il faudra ensuite les expliciter aux internes lors du séminaire « écriture des pratiques » et au début de chaque GEF.

Il a été décidé de ne pas proposer de grille d'évaluation du GEF car pour qu'elle soit pertinente et utilisée, il est nécessaire qu'elle soit élaborée de manière concertée par l'ensemble des enseignants de GEF.

Bibliographie

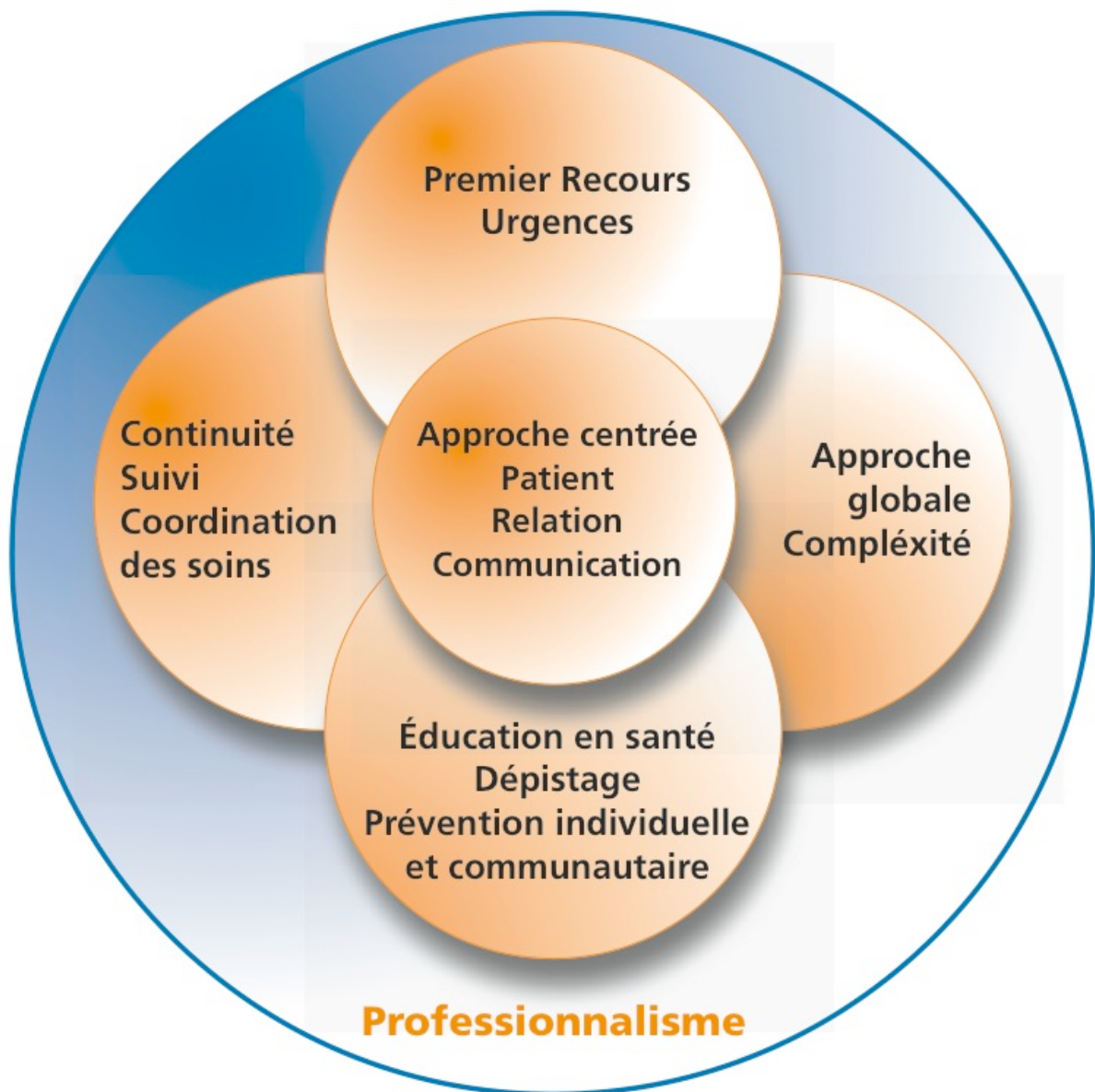
1. Jouquan J, Bail P. A quoi s'engage-t-on en basculant du paradigme d'enseignement vers le paradigme d'apprentissage ? *Pédagogie Médicale*. 2003;4(3):163-175.
2. Tardif J, Fortier G, Préfontaine C. L'évaluation des compétences: documenter le parcours de développement. Montréal: Chenelière-éducation; 2006.
3. Le Mauff P, Bail P. Comment réussir une évaluation formative des compétences des internes en étant centré sur leurs processus cognitifs d'apprentissage ? *exercer* 2008;82:77-81.
4. Chartier S, Le Breton J, Ferrat E, Compagnon L, Attali C, Renard V. L'évaluation dans l'approche par compétences en médecine générale : des fondements théoriques à la pratique. *Exercer*. 2013;108:171–177.
5. Référentiel métier et compétences des médecins généralistes, sages-femmes et gynécologues-obstétriciens. Paris: Berger-Levrault; 2010.
6. Compagnon L, Bail P, Huez J-F, Stalnikiewicz B, Ghasarossian C, Zerbib Y, et al. Définitions et descriptions des compétences en médecine générale. *exercer*. 2013;24(108):148–55.
7. Compagnon L, Bail P, Huez J-F, Stalnikiewicz B, Ghasarossian C, Zerbib Y, et al. Les niveaux de compétences. *Exercer*. 2013;108:156–64.
8. Attali C, Huez J-F, Valette T, Lehr-Drylewicz A-M. Les grandes familles de situations cliniques. *Exercer*. 2013;108:165–9.
9. Robert J, Renoux C, Le Goff D, Barbeau L, Potier A. Les groupes d'enseignement facultaire : un outil adapté à l'approche par compétences. *Exercer* 2016 ; 123:34-41
10. DOUTONE A. Formation théorique à partir des familles de situations rencontrées par l'interne : Evaluation des Groupes d'Enseignement Facultaire (GEF) à Tours. Thèse de médecine. Université Tours ; 2014. [En ligne] http://www.applis.univ-tours.fr/scd/Medecine/Theses/2014_Medecine_DoutoneAudrey.pdf. Consulté le 31/12/2016.
11. Département Universitaire de Médecine Générale de Tours. Les GEF comment ça marche ? [En ligne] http://www.dumg-tours.fr/IMG/pdf/Les_GEF_comment_ca_marche.pdf. Consulté le 26/02/2017
12. Potier A, Robert J, Ruiz C, Lebeau J-P, Renoux C. Un portfolio pour certifier les compétences: des concepts à la pratique ; *exercer* 2013;108:178-84.
13. Perrenoud P. L'analyse collective des pratiques pédagogiques peut-elle transformer les praticiens ? Faculté de psychologie et des sciences de l'éducation, Université de Genève, 1996.

14. Scallon G. L'évaluation des apprentissages dans une approche par compétences. Bruxelles : De Boeck, 2007.
15. Le Mauff P, Bail Ph, Gargot F, et al. L'évaluation des compétences des internes de médecine générale. Exercer 2005;73:63-9.
16. Naccache N, Samson L, Jouquan J. Le portfolio en éducation des sciences de la santé : un outil d'apprentissage, de développement professionnel et d'évaluation. Pédagogie médicale 2006;7:110-27.
17. Jouquan J. L'évaluation des apprentissages des étudiants en formation médicale initiale. Pédagogie médicale 2002;3:38- 52.
18. Monnard I, Luisoni M ; Sens attribué à l'évaluation des compétences professionnelles par tâches complexes chez de futurs enseignants en formation ; Haute École pédagogique de Fribourg ; Mesures et évaluation en éducation, 2013, vol. 36, No 2, 1-27
19. CNGE, Collège National des Généralistes Enseignants. Formation-outils pédagogiques-Fiche d'analyse d'un RSCA ; Grille d'évaluation des RSCA. [En ligne] http://www.dumg-tours.fr/IMG/pdf/grille_d_evaluation_des_RSCA.pdf. Consulté le 13/05/2018.

Annexes

- [Annexe 1 : La « marguerite » des compétences en médecine générale](#)

Compagnon L, Bail P, Huez J-F, Stalnikiewicz B, Ghasarossian C, Zerbib Y, et al. Définitions et descriptions des compétences en médecine générale. *exercer*. 2013;24(108):148–55.



- **Annexe 2 : Les 3 niveaux de compétences**

Compagnon L, Bail P, Huez J-F, Stalnikiewicz B, Ghasarossian C, Zerbib Y, et al. Les niveaux de compétences. Exercer. 2013;108:156–64.

Les niveaux génériques

Niveau générique	Attribut des internes
L'interne Novice <i>De l'entrée dans le D.E.S à la moitié du stage de niveau 1</i>	• Possède des notions sur les spécificités de la discipline et les compétences nécessaires à acquérir pour exercer la MG • Accepte à minima le projet proposé • A conscience qu'il opère sur l'être humain • Est apte à supporter une part d'incertitude • A conscience de la difficulté (complexité) des problèmes auxquels il va être confronté • Envisage qu'il va devoir couvrir l'ensemble du champ de la discipline (champ et fonctions) • Montre un début de questionnement sur sa pratique antérieure et actuelle
L'interne Intermédiaire <i>De la moitié du stage de niveau 1 au milieu du SASPAS</i>	• Est en mesure de faire le lien entre théorie enseignée et la pratique observée et /ou exercer (identifie les capacités, connaissances, habiletés nécessaire à l'exercice de la compétence) • A pris conscience de ce qui est demandé et participe activement à son propre développement • Améliore sa capacité d'autonomie en s'appuyant sur une meilleure confiance en soi (prenant progressivement de l'assurance)
L'interne Compétent <i>Fin de cursus/après le SASPAS</i>	Dans les situations courantes : • Agit en autonomie et assume ses responsabilités • Collabore efficacement avec les autres intervenants • Possède une approche centrée patient • S'interroge sur sa pratique

Exemple : COMPETENCE : RELATION, COMMUNICATION, APPROCHE CENTREE PATIENT

COMPETENCE : RELATION, COMMUNICATION, APPROCHE CENTREE PATIENT	
Définition : Capacité à construire une relation avec le patient, son entourage, les différents intervenants de santé, ainsi que les institutionnels, en utilisant dans les différents contextes les habiletés communicationnelles adéquates, dans l'intérêt des patients.	
Niveau	Description du niveau
Niveau Novice	• 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 • Connaît 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 « bio médicale », y perçoit des 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
Niveau Intermédiaire	• 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. (voir aussi approche globale et complexité) • 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
Niveau Compétent	• 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, médicosociaux et l'entourage du patient, une relation opérationnelle dans l'intérêt du patient.

- **Annexe 3 : Les onze familles de situations**

Attali C, Huez J-F, Valette T, Lehr-Drylewicz A-M. Les grandes familles de situations cliniques. Exercer. 2013;108:165–9.

1 Situations autour de patients souffrant de pathologies chroniques, poly morbidité à forte prévalence

Ces situations peuvent être rencontrées dans les stages en médecine ambulatoire de niveau 1 et 2, et dans les stages hospitaliers de médecine polyvalente.

L'interne devra avoir été mis en situation de gérer :

1.1-des situations de patients atteints de pathologies chroniques organiques et psychologiques de toute nature, à tous les âges de la vie.

1.2-des situations de patients asymptomatiques qui présentent des facteurs de risque dont le contrôle a montré son efficacité sur la probabilité de survenue d'évènements morbides à court, moyen et long terme.

1.3-des situations de maintien à domicile de patients souffrant de déficiences motrices, sensitives, cognitives entraînant une perte d'autonomie (problèmes locomoteurs, neurologiques, sensoriels)

1.4-des situations de patients souffrant de problèmes d'addiction, de dépendance et de mésusage de substances psychoactives.

1.5-des situations de patients présentant des pathologies chroniques très graves, de patients en soins palliatifs et de patients en fin de vie.

1.6-des situations de patients souffrant de pathologies psychiatriques chroniques ou récurrentes, prévalentes (dépression, anxiété généralisée, troubles bipolaires, psychoses).

1.7-des situations de patients présentant des douleurs chroniques ou récurrentes.

2 Situations liées à des problèmes aigus/ non programmés/ fréquents/ exemplaires

Ces situations peuvent être rencontrées dans les stages en médecine ambulatoire de niveau 1 et 2, dans les stages hospitaliers de médecine polyvalente et d'urgence.

L'interne devra avoir été mis en situation de gérer:

2.1-des situations de patients présentant des plaintes médicalement inexplicables/ plaintes d'origine fonctionnelle/ plaintes somatiques inexplicables.

Caractéristiques de ces situations: le patient présente de nombreux symptômes physiques sans explication nette; il est inquiet au sujet d'une maladie physique. Des symptômes associés d'anxiété et/ou de dépression sont courants L'exploration médicale et les examens complémentaires sont souvent inutiles et fréquemment négatifs.

2.2-des situations de patients qui présentent des troubles somatiques en particulier les pathologies prévalentes de toutes natures, à tous les âges de la vie.

3 Situations liées à des problèmes aigus/ non programmés/ dans le cadre des urgences réelles ou ressenties.

Ces situations peuvent être rencontrées dans les stages en médecine ambulatoire de niveau 1 et 2, dans les stages hospitaliers de médecine polyvalente et d'urgence. Caractéristique de ces situations: les présentations des situations urgentes ne sont pas univoques. Il peut s'agir d'urgences «vraies» ou «ressenties», d'urgences où le risque vital est évident ou au contraire ce risque n'est pas évident à première vue nécessitant une analyse globale de la situation clinique. Il existe aussi des urgences psychiatriques et des urgences médicosociales où la démarche décisionnelle est par nature différente.

L'interne devra avoir été mis en situation de gérer:

3.1-des situations de patients qui présentent des plaintes ou états urgents de nature somatique médicaux: défaillances des fonctions vitales ou risque de défaillances de ces fonctions.

3.2-des situations de patients qui présentent des plaintes ou états urgents de nature chirurgicale.

3.3-des situations de patients qui présentent des plaintes du domaine des urgences ressenties.

3.4-des situations de patients présentant des crises aiguës de nature psychiatrique ou psychique/ ou relationnelle (patient très agressif).

Caractéristiques de ces situations: situations dans lesquelles la relation thérapeutique peut être perturbée par la symptomatologie psychique. Le MG peut intervenir sans l'accord du patient. La demande de soins peut venir de l'entourage ou de la société. Le MG peut courir un danger personnel et le patient peut courir un risque vital. Le MG risque de s'impliquer hors de son rôle habituel de médecin.

3.5-des situations de patients présentant des problèmes médico sociaux aigus nécessitant une réponse rapide.

4 Situations autour de problèmes de santé concernant les spécificités de l'enfant et de l'adolescent

Ces situations peuvent être rencontrées dans les stages en médecine ambulatoire de niveau 1 et 2, dans les stages hospitaliers de pédiatrie et d'urgence.

L'interne devra avoir été mis en situation de gérer:

4.1-des situations concernant les nourrissons et les enfants dans les consultations systématiques de surveillance.

4.2-des situations de parents inquiets des plaintes et symptômes de leur nourrisson.

4.3-des situations concernant des adolescents sur le plan somatique et psychique, préventif, éducatif et relationnel.

5 Situations autour de la sexualité et de la génitalité:

Ces situations peuvent être rencontrées dans les stages en médecine ambulatoire de niveau 1 et 2, dans les stages ambulatoires femme/enfant et dans les stages hospitaliers de gynécologie.

L'interne devra avoir été mis en situation de gérer:

5.1-des situations de prescription, suivi, information et éducation pour toutes les formes de contraception en situation commune, à risque, et en situation d'urgence; en abordant la sexualité en fonction du contexte

5.2-des situations autour d'un projet de grossesse, suivre une grossesse normale dans toutes ses dimensions, de repérer et orienter les grossesses à risque quel qu'en soit le terme.

5.3-des situations concernant des femmes en péri ménopause puis en ménopause, analyser avec la patiente les risques et bénéfices des traitements; d'aborder la sexualité dans ce contexte.

5.4-des situations de demandes d'IVG dans le cadre réglementaire.

5.5-des situations de demande programmée ou non d'une femme présentant une plainte indifférenciée dont l'origine gynécologique est probable.

5.6-des situations de dépistage des cancers mammaires et génitaux en fonction des niveaux de risque de la femme.

6 Situations autour de problèmes liés à l'histoire familiale et à la vie de couple

Ces situations peuvent se rencontrer dans tous les stages, mais essentiellement dans les stages ambulatoires.

Caractéristiques de ces situations : le médecin généraliste, médecin de plusieurs membres de la famille en situation de conflit peut se trouver dans une situation déontologique délicate.

L'interne devra être mis en situation de gérer:

6.1-des situations où la dynamique familiale est perturbée.

6.2-des situations de conflits intrafamiliaux aigus ou pérennes.

6.3-des situations de violences et d'abus intrafamiliaux actuels ou anciens.

7 Situations de problèmes de santé et /ou de souffrance liés au travail

Ces situations peuvent se rencontrer dans tous les stages, mais essentiellement dans les stages ambulatoires

Caractéristiques de ces situations: ces situations entraînent très souvent des conflits ouverts ou larvés avec les employeurs. Dans l'intérêt du patient la collaboration avec le médecin du travail lorsqu'elle est possible doit se faire en respectant le secret professionnel.

L'interne devra être mis en situation de gérer:

7.1-des situations de patients présentant des troubles physiques et/ou psychiques liés directement ou indirectement au travail.

7.2-des situations de patients présentant des problèmes de reconnaissance de pathologies liées au travail (accident de travail, harcèlement et maladie professionnelle).

7.3-des situations de patients posant des problèmes d'aptitude ou de reprise de travail ou d'aptitude à leur poste.

8 Situations dont les aspects légaux, déontologiques et ou juridiques/ médico-légaux sont au premier plan

Ces situations peuvent se rencontrer dans tous les stages, mais essentiellement dans les stages ambulatoires.

Caractéristiques de ces situations: la demande initiale peut émaner du patient ou d'une institution. Il peut exister une obligation éventuelle de signalement.

L'interne devra être mis en situation de gérer:

8.1-des situations dans lesquelles le secret médical peut être questionné.

8.2-des situations de demande de certificats ou de documents médico-légaux ou assurantiels.

8.3-des situations de désaccord profond ou de conflit entre les soignants.

8.4-des situations où la sécurité du patient n'est pas respectée.

8.5-des situations d'erreurs médicales, en connaissant les différents temps successifs d'une démarche permettant une culture positive de l'erreur.

9 Situations avec des patients difficiles/ exigeants

Ces situations peuvent se rencontrer dans tous les stages, mais essentiellement dans les stages ambulatoires.

Caractéristiques de ces situations: devant des patients agressifs ou des patients qui mettent le médecin constamment en échec, le risque de rejet ou de banalisation des plaintes est fréquent et le risque d'erreur toujours possible.

L'interne devra être mis en situation de gérer:

9.1-des situations de patients ou de familles affichant un mode relationnel agressif.

9.2-des situations de patients ou de familles dont les demandes sont abusives ou irrecevables d'un point de vue médical, réglementaire, éthique, juridique ou déontologique.

9.3-des situations de patients ou de familles pour lesquels toutes les tentatives d'intervention, de quelques natures qu'elles soient, se soldent par des échecs.

10 Situations où les problèmes sociaux sont au premier plan

Ces situations peuvent se rencontrer dans tous les stages, mais essentiellement dans les stages ambulatoires.

Caractéristiques de ces situations: elles posent le problème de la limite du champ médical et du champ social. Dans le modèle biopsychosocial, ces situations sont au moins en partie dans le champ de la médecine. Elles nécessitent une collaboration avec des travailleurs sociaux.

L'interne devra être mis en situation de gérer:

10.1-des situations dans lesquelles les problèmes sociaux entraînent des inégalités de santé.

10.2-des situations de patients en précarité.

10.3-des situations de rupture professionnelle et ou familiale avec risque de désocialisation.

11 Situations avec des patients d'une autre culture

Ces situations peuvent se rencontrer dans tous les stages, mais essentiellement dans les stages ambulatoires.

Caractéristiques de ces situations : dans ces situations, le risque d'incompréhension est majeur : incompréhension liée à la langue mais aussi à des représentations auxquelles le MG n'a pas accès facilement. Des problèmes psycho-sociaux peuvent aggraver ces situations.

L'interne devra être mis en situation de gérer :

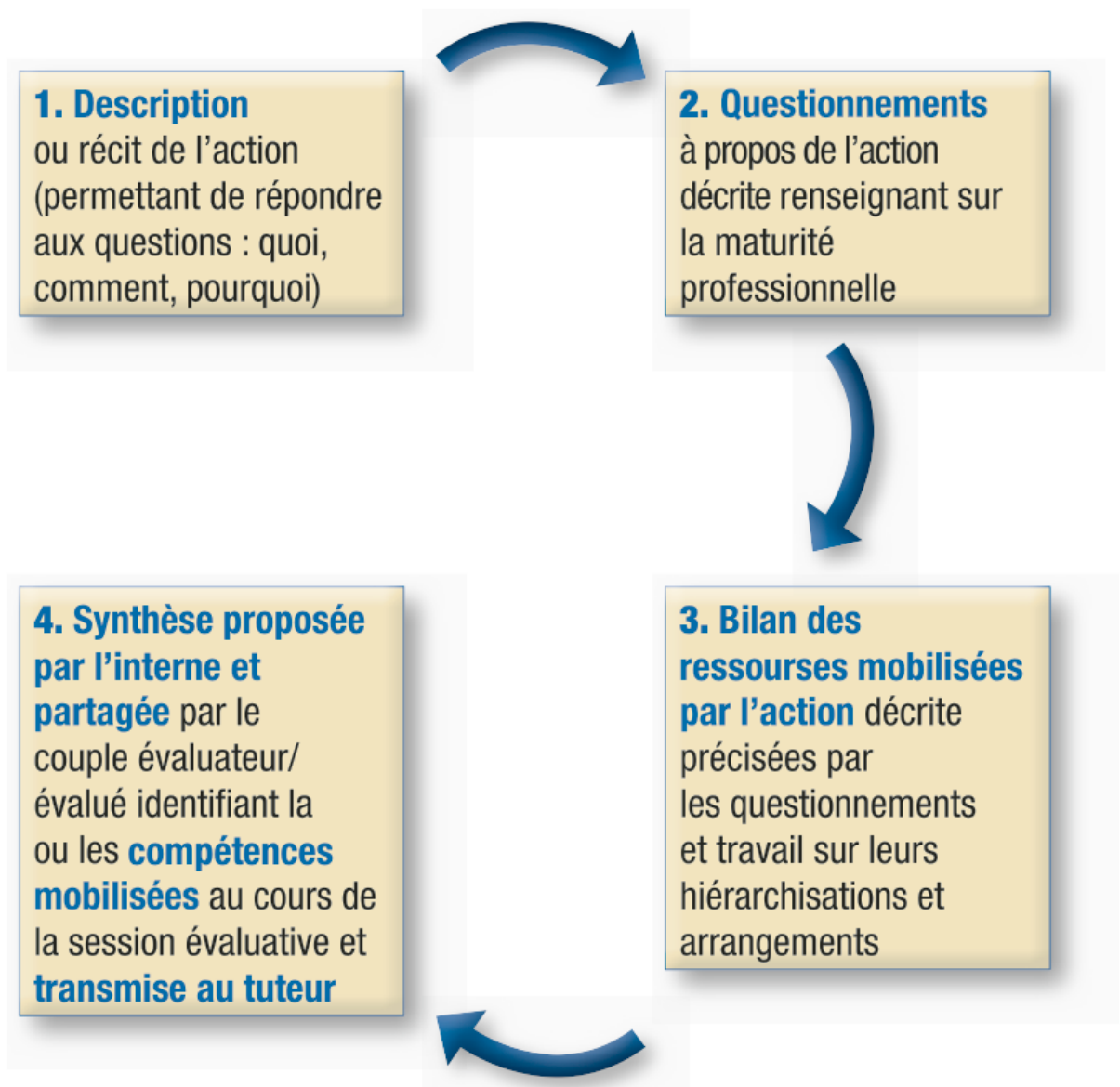
11.1-des situations de patients migrants en situation irrégulière / précaire.

11.2-des situations de patients migrants voyageurs (qui retournent régulièrement dans leur pays d'origine).

11.3-des situations de patients et familles d'une autre culture qui sont installés durablement en France.

- **Annexe 4 : La boucle pédagogique**

Potier A, Robert J, Ruiz C, Lebeau J-P, Renoux C. Un portfolio pour certifier les compétences: des concepts à la pratique. *exercer*. 2013;24(108):178–84.



- **Annexe 5 : Une trace de GEF doit comporter cinq parties**

Une trace de GEF doit comporter cinq parties

1-Le récit authentique : où rien qu'à la lecture, on est capable d'être avec vous, voir comme vous le patient et comprendre ce que vous ressentez et comment réagit le patient. Ce n'est pas un cas clinique, ni une revue de dossier au staff du matin.

2-Les questions que vous vous êtes posées face à cette consultation. Pourquoi aviez-vous envie d'en parler?

Et ce sont bien des questions. Pas des titres. Ni des généralités. Plus les questions sont précises, plus les réponses sont intéressantes pour celui qui pose la question.

3- Les réponses apportées par les différentes ressources à vos propres questions : id est: les échanges au sein groupe du GEF, mais aussi par les recommandations, les livres, et autres recherches personnelles.

Ce n'est pas un copié collé d'une page de recommandation, texte de loi, etc. Un résumé à la rigueur. Mais surtout une synthèse par rapport à ce qui vous intéresse au milieu de toutes les informations trouvées. Et comment vous vous en servirez pour gérer une situation identique ou de la même famille dans votre pratique future ?

(Certains internes place la synthèse sous la forme d'un paragraphe de conclusion à la fin de la trace : pas de problème)

Par ex : d'après tel ou tel article, ma patiente pouvait bénéficier de...// La prochaine fois..., je...

+ Les ressources sont citées sous le format d'une bibliographie.

4- Ce que vous avez appris en plus au cours de la journée. Ce n'est pas un catalogue de ce qui a été abordé, mais bien une réflexion de votre part. Qu'est-ce qui vous a intéressé? Vos idées, conceptions ou autres ont peut-être été modifiées ou confortées? Qu'est-ce que ça va changer dans votre pratique? Qu'est ce vous ferez la prochaine fois dans une situation similaire?

Ex : lors d'un GEF sur les situations aiguës, certains participants ont écrit, noir sur blanc dans leur trace, que la discussion du groupe autour de la place des myorelaxants dans le traitement de la lombalgie aigüe avait modifié leur point de vue. Et après quelques recherches personnelles en plus, ils ont conclu que finalement, ils allaient surement en prescrire beaucoup moins...

5- Les compétences abordées.

Par rapport à votre récit, quelles compétences avez-vous utilisées pendant la consultation?

Par rapport à la famille de situation abordée dans la journée, quelles compétences ont été travaillées ? La discussion avec le groupe ou vos recherches vous ont fait progresser dans quel domaine ? Ex : quelles astuces pour améliorer la communication ?

On ne demande pas simplement une liste. Les 6 compétences sont parfois toutes dans un même récit.

L'intérêt est de savoir ce que l'on fait à un moment de la consultation. D'où notre demande de relier la compétence de la marguerite à un élément de votre vécu (de la situation rapportée ou de la journée du GEF). Une fois qu'on sait être en train de faire " de la communication" ou de « l'approche globale", c'est beaucoup plus facile d'aller chercher des clefs, des astuces, pour résoudre un problème ou manœuvrer tel ou tel moment d'une consultation (= améliorer une compétence).

- [Annexe 6 : Le guide d'entretien](#)

GUIDE D'ENTRETIEN

EVALUER LES TRACES D'APPRENTISSAGE DES GROUPES D'ENSEIGNEMENT FACULTAIRE (GEF) POUR UNE AMELIORATION DES PRATIQUES DE L'INTERNE

Présentation

Je me présente, Alizée ROUSSEAU-TRAPY, je suis interne en médecine générale en 5ème semestre à la Faculté de médecine de TOURS.

Je fais ma thèse (directeur de thèse Pr Jean ROBERT) sur le ressenti des enseignants concernant les traces d'apprentissage produites après un Groupe d'Enseignement Facultaire (GEF).

Pour cela, nous allons nous entretenir environ 20-30 minutes avec enregistrement de notre échange si vous êtes d'accord. Comme je l'ai noté dans mon mail, les données recueillies seront bien entendu anonymisées et ne seront en aucun cas utilisées à d'autres fins qu'à la réalisation de ma thèse. Je pourrais à votre demande vous proposer la relecture de la retranscription.

Pour commencer, je vais vous poser quelques questions sur vos fonctions d'enseignants :

- Avez-vous fait de l'enseignement avant les GEF ?
- Faites-vous des groupes de pratique ?
- Êtes-vous TUTEUR, MSU niveau 1, SASPAS, externe ?
- Appartenez-vous au DUMG ?
- Où faites-vous les GEF ?

Nous allons donc commencer l'entretien :

Questions :

- Comment s'est passé le dernier GEF que vous avez fait ?
- Quelles sont vos attentes vis-à-vis des traces d'apprentissage produites après un GEF ? (Consignes données ? Structure particulière ? Contenu attendu ? Délai de réponse ?)
- Comment évaluez- vous une trace d'apprentissage ? (relance possible : qu'est qui vous permet de valider la trace d'apprentissage, qualité de la trace ?)
- A partir de quoi avez-vous défini ces critères d'évaluation ? (outils d'évaluation élaborés par le DUMG ? Consignes données lors de la formation initiale ? Grille d'évaluation préexistante ?)
- Que pensez-vous des documents concernant les GEF à votre disposition comme aide à cette évaluation ?
- Après évaluation, quels retours faites-vous à l'interne ? (En cas d'éléments manquants comment procédez-vous ? Délai de réponse exigé ? Conseils donnés ?)
- Quelles difficultés rencontrez-vous lors de cette évaluation ?
- Avez-vous des propositions à faire pour améliorer l'évaluation des traces d'apprentissage ?
- Voulez-vous ajouter autre chose ?

Vu, le Directeur de Thèse

**Vu, le Doyen
De la Faculté de Médecine de Tours
Tours, le**

ROUSSEAU Alizée

45 pages – 1 tableau

**EVALUER LES TRACES D'APPRENTISSAGE DES GROUPES
D'ENSEIGNEMENT FACULTAIRE (GEF) POUR UNE AMELIORATION DES
PRATIQUES DE L'INTERNE**

Résumé :

Contexte : Le Département de Médecine Générale de Tours a choisi l'approche pédagogique d'apprentissage par compétences. L'enseignement théorique est centré sur les Groupes d'Enseignement Facultaire (GEF). A partir des situations authentiques apportées par les internes autour d'une famille de situations, les échanges du groupe permettent de préciser les problèmes posés et d'apporter des réponses. Après le GEF, l'interne renvoie à l'enseignant une trace d'apprentissage de ces échanges complétée par une recherche bibliographique avec une synthèse répondant au questionnement. L'enseignant reste dans une posture de facilitateur d'apprentissage et évalue les traces. L'hétérogénéité des traces produites posait la question du contenu attendu de ces traces et de la méthode utilisée pour les évaluer.

Objectif : Quels sont pour les enseignants les critères d'évaluation des traces d'apprentissage produites après un GEF ?

Méthode : Entretiens individuels semi-dirigés avec échantillon raisonné de 10 médecins généralistes enseignants de GEF recrutés par mail. Analyse thématique du contenu.

Résultats : Les enseignants ont souligné un manque de critères d'évaluation de référence les obligeant à produire des outils de jugement ou à faire intervenir leur ressenti. Ils ont bien intégré la démarche d'apprentissage par compétences. Des divergences existaient sur le sens donné à ces traces d'apprentissage : difficulté à identifier ce qui posait réellement problème à l'interne.

Conclusion : L'identification de la problématique est essentielle pour induire un changement des pratiques. Une évaluation pertinente des apprentissages doit s'appuyer sur une grille de critères communs et connus de tous.

Mots clés : enseignement facultaire, apprentissage par compétences, évaluation des traces d'apprentissage

Jury :

Président du Jury :	Professeur Dominique PERROTIN
Directeur de thèse :	Professeur Jean ROBERT
Membres du Jury :	Professeur Emmanuel GYAN
	Professeur Henri MARRET

Date de soutenance : 26 octobre 2018