

Année 2018/2019

N°

Thèse

Pour le

DOCTORAT EN MEDECINE

Diplôme d'État

par

Cathleen COUTADEUR

Née le 15.05.1985 à Orléans (45)

Construction d'outils d'évaluation de la phase socle par le département universitaire de médecine générale de Tours.

Présentée et soutenue publiquement le **06 juin 2019** devant un jury composé de :

Président du Jury :

Professeur Patrice DIOT, Pneumologue, Faculté de Médecine -Tours

Membres du Jury :

Professeur Denis ANGOULVANT, Cardiologue, Faculté de Médecine – Tours

Professeur Jean-Pierre LEBEAU, Médecine Générale, PU, Faculté de Médecine – Tours

Professeur Alain POTIER, Médecine Générale, PA, Faculté de Médecine – Tours

**Directrice de thèse : Docteur Isabelle ETTORI-AJASSE, Médecine Générale, CCU, Faculté de
Médecine – Tours**

Pages liminaires

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 – JC. 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. LAMAGNERE – F. LAMISSE – Y. LANSON – J. LAUGIER – P. LECOMTE – E. LEMARIE – G.
LEROY – Y. LHUINTE – M. MARCHAND – C. MAURAGE – C. MERCIER – J. MOLINE – C. MORAINÉ – 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	Biologie 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
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
BRUNAULT Paul	Psychiatrie d'adultes, addictologie
CAILLE Agnès	Biostat., informatique médical et technologies de communication
CLEMENTY Nicolas	Cardiologie
DOMELIER Anne-Sophie	Bactériologie-virologie, hygiène hospitalière
DUFOUR 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 JérômeBiophysique et médecine nucléaire
 SAUTENET BénédicteNéphrologie
 TERNANT David.....Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique
 ZEMMOURA IlyessNeurochirurgie

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

AGUILLON-HERNANDEZ Nadia.....Neurosciences
 BOREL Stéphanie.....Orthophonie
 DIBAO-DINA ClarisseMédecine Générale
 MONJAUZE CécileSciences du langage - orthophonie
 PATIENT Romuald.....Biologie cellulaire
 RENOUX-JACQUET CécileMédecine Générale

MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES

RUIZ Christophe.....Médecine Générale
 SAMKO Boris.....Médecine Générale

CHERCHEURS INSERM - CNRS - INRA

BOUAKAZ AyacheDirecteur de Recherche INSERM – UMR INSERM 1253
 CHALON SylvieDirecteur de Recherche INSERM – UMR INSERM 1253
 COURT Y YvesChargé de Recherche CNRS – UMR INSERM 1100
 DE ROCQUIGNY HuguesChargé 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 FabriceDirecteur 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 FrédéricChargé 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-ChristopheChargé de Recherche INSERM – UMR INSERM 1259
 PAGET Christophe.....Chargé de Recherche INSERM – UMR INSERM 1100
 RAOUL WilliamChargé de Recherche INSERM – UMR CNRS 7001
 SI TAHAR MustaphaDirecteur de Recherche INSERM – UMR INSERM 1100
 WARDAK Claire.....Chargée de Recherche INSERM – UMR INSERM 1253

CHARGES D'ENSEIGNEMENT

Pour l'Ecole d'Orthophonie

DELORE ClaireOrthophoniste
 GOUIN Jean-Marie.....Praticien Hospitalier
 PERRIER DanièleOrthophoniste

Pour l'Ecole d'Orthoptie

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

Pour l'Ethique Médicale

BIRMELE Béatrice.....Praticien Hospitalier

REMERCIEMENTS

A Monsieur le Professeur Diot, Président du Jury

Merci de me faire l'honneur d'accepter la présidence de mon jury.

Veillez trouver ici le témoignage de ma sincère reconnaissance et de mon profond respect.

A mon codirecteur de thèse, Monsieur le Professeur Potier

Merci de m'avoir confié ce travail de thèse et de m'avoir fait partager votre goût de la pédagogie. Je vous exprime tout mon respect.

A ma directrice de thèse, Madame le Docteur Ettori-Ajasse

Merci d'avoir accepté de m'encadrer pour mon travail de thèse et pour votre disponibilité.

Je vous exprime toute ma reconnaissance.

A Monsieur le Professeur Angoulvant

Merci d'avoir accepté de siéger à ce jury de thèse.

Pour l'honneur que vous me faites de juger mon travail.

A Monsieur le Professeur Lebeau

Merci d'avoir accepté de siéger à ce jury de thèse et de l'intérêt que vous avez porté à ce travail. Merci de m'avoir permis de réaliser cette étude au sein du DUMG.

Aux membres du DUMG

Merci de m'avoir chaleureusement accueillie parmi vous pour la réalisation de ce travail.

A MCC, ma Mère

Merci de ton affection et de ton soutien sans faille aux cours de toutes ces longues années.
Pour l'aide que tu as toujours su m'apporter, ton soutien et ta foi en moi.

A Mathias

Mon petit garçon, mon fils, mon amour.

A Olivier

Mon frère, mon MacGyver.

A mes mamies, Janine et Antoinette

Mes racines.

A Béatrice

Ma marraine, qui je le sais, aurait aimé assister à ma soutenance de thèse.

A Roberto, Béné, Matéo, Agnès, Christian...

Vous serez toujours présents dans mon cœur.

A Stéphanie

Qui malgré la distance et les années reste une amie fidèle et sincère.
Puisse notre amitié durer encore longtemps.

A Julie

Ma conscience, que je n'écoute pas assez...car je parle trop ! (Dixit)

A Céline

Merci de tes conseils pour la réalisation de ce travail.
Et à ses acolytes « Hélène et Laetitia » pour les moments de « loose » mémorables.

A Floranne

Ma meilleure voisine d'externat, brillante et drôle.

A Violette

Merci pour ton soutien les lendemains de garde, pour ta gaité, tes analyses, ton sens de la repartie ET ta capacité surnaturelle à raconter une saison *entière* de Games of Thrones.

A Mélissa, Chris et Eva qui ont contribué à ce travail, par leur relecture.

Je vous en remercie.

Aux médecins et soignants de mes différents terrains de stage qui m'ont accueillie et formée.

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.

TABLE DES MATIERES

REMERCIEMENTS	6
SERMENT D'HIPPOCRATE	8
TABLE DES MATIÈRES	9
LISTE DES ABRÉVIATIONS	10
RÉSUMÉ EN FRANÇAIS	11
RÉSUMÉ EN ANGLAIS	12
INTRODUCTION	14
MATÉRIEL ET MÉTHODE	16
RÉSULTATS	18
SÉMINAIRE DE PRODUCTION	18
CONSTRUCTION DES OUTILS D'ÉVALUATION.....	20
DISCUSSION.....	28
A PROPOS DE LA MÉTHODE	28
A PROPOS DES RÉSULTATS.....	31
CONCLUSION	35
RÉFÉRENCES	36
ANNEXES	
ANNEXE 1 : Consensus du niveau requis en fin de phase socle pour chacune des six compétences.....	39
ANNEXE 2 : Tableau croisé « situations-compétences » simplifié pour la phase socle	42
ANNEXE 3 : Tableau « traces – niveaux de compétences – items à clés »	43
ANNEXE 3 bis : Mode d'emploi du tableau « traces – niveaux de compétences ».....	45
ANNEXE 4 : Fiche de validation de la phase socle	46
FIGURE	
FIGURE 1 : Critères de validité qualitative des portfolios proposés par le groupe "validation de la phase socle" (VPS).....	26

LISTE DES ABRÉVIATIONS

CNGE = Collège national des généralistes enseignants

DES de MG = Diplôme étude spécialisé de médecine générale

DPC = Développement professionnel continu

DUMG = Département universitaire de médecine générale

GEF = Groupe d'enseignement facultaire

GP = Groupe d'échange de pratique

GRACE IMG = Groupe représentatif autonome en région Centre des internes de médecine générale.

MSU = Maître de stage universitaire

Niveau 1 (ou N1) = stages ambulatoires de médecine générale Niveau 1

RSCA = Récit de situation complexe authentique

VPS = Validation de la phase socle

RÉSUMÉ :

Construction d'outils d'évaluation de la phase socle par le département universitaire de médecine générale de Tours.

Introduction : L'année universitaire 2017-2018 a été marquée par la réforme du 3^{ème} cycle des études médicales. Pour la médecine générale, elle organisait ce cycle en une phase socle d'un an, suivi d'une phase approfondissement de deux ans. Chaque phase se ponctuait par une évaluation. Or il existait au Département Universitaire de Médecine Générale de Tours (DUMG) des difficultés à évaluer les compétences des étudiants. L'instauration d'une évaluation en fin de 1^{ère} année était l'occasion pour le DUMG de revoir ses méthodes d'évaluation. L'objectif était de construire en concertation avec les enseignants et les étudiants, des outils pour évaluer les étudiants en fin de phase socle.

Matériel et Méthode : Etude observationnelle du séminaire de production organisé par le DUMG. Il a réuni divers acteurs de l'enseignement de la médecine générale et des étudiants de 3^{ème} cycle, autour d'un expert en pédagogie. Les participants étaient repartis en trois groupes de production d'outils d'évaluation : - stage, - formation facultaire, et - validation de phase socle.

Résultats : Les participants ont déterminé le niveau de compétence attendu des étudiants en fin de phase socle. Seul le groupe chargé de la validation de la phase socle a été observé dans sa totalité. Il a ébauché en prenant compte des travaux des autres groupes, un processus d'évaluation et des grilles critériées sanctionnant.

Conclusion : Les participants au séminaire ont construit des outils d'évaluation pour la phase socle. Cette méthode de production modélise une intervention pour l'amélioration des outils pédagogiques dans l'évaluation du diplôme étude spécialisé de médecine générale.

Mots clefs : enseignement, pédagogie, médecine générale, évaluation, certification.

ABSTRACT:

Development of assessment tools of the base phase by the department of general practice in Tours.

Introduction: The academic year 2017-2018 was marked by the reform of the postgraduate of medical studies. For general practice, the new cycle consisted of a one-year foundation phase followed by a two-year deepening phase. Each phase was punctuated by an assessment. However, the department of general practice (DGP) in Tours had longstanding difficulties assessing the students' skills. The establishment of an assessment at the end of the first year was an opportunity for the DGP to review its assessment methods. In consultation with teachers and students, the goal was to develop tools to assess students at the end of the foundation phase.

Material and method: Observational study of the seminar organized by the DGP to create new assessment tools. It brought together various actors involved in the teaching of general practice, postgraduate students and an expert in pedagogy. Participants were divided into three working groups to produce assessment tools: internships, teachings and validation of the base phase.

Results: The participants determined the expected level of competence of the students at the end of the foundation phase. Only the group responsible for the validation of the foundation phase was observed in its entirety. Taking the work of the other groups into account, it drafted an assessment process using graduated criteria mapped out on a grid.

Conclusion: Participants of the seminar developed assessment tools for the foundation phase. This method of production models an intervention for the improvement of teaching tools in the evaluation of for post-graduate students specialising in general practice.

Keywords: teaching, pedagogy, general practice, assessment, credentialing.

**Construction d'outils d'évaluation de la phase socle
par le département universitaire de médecine
générale de Tours.**

INTRODUCTION

La réforme du troisième cycle des études médicales de 2017 organise ce cycle en deux ou trois phases selon la durée de la spécialité étudiée. Le troisième cycle de médecine générale dure trois ans. Il se constitue d'une phase socle d'un an, suivie d'une phase d'approfondissement de deux ans. L'évaluation des étudiants est prévue à la fin de chaque phase (1). Jusqu'alors l'évaluation n'intervenait qu'au terme du troisième cycle, lors de la soutenance pour le Diplôme d'Etude Spécialisé (DES) (2).

Depuis 2004, le Département Universitaire de Médecine Générale de Tours (DUMG) responsable de la formation des futurs généralistes dispense un enseignement d'apprentissage par compétences (3,4). Dans ce modèle, l'évaluation s'appuie sur plusieurs éléments renseignant les apprentissages réalisés par l'étudiant pendant son cursus (5,6).

Le portfolio, outil d'évaluation formative et sommative est le recueil organisé des traces d'apprentissage (7,8). Il témoigne d'une réflexion dans au moins chacune des onze situations authentiques exemplaires et de l'acquisition des six compétences fondamentales de la médecine générale (9,10). Ces traces structurées par une boucle pédagogique sont simples ou plus élaborées tel un récit de situation complexe authentique (RSCA) (11,12). Au fur et à mesure de leur rédaction, chaque trace d'apprentissage est colligée dans le tableau croisé "situation / compétence" : squelette du portfolio (13). Le portfolio permet de montrer l'évolution de la réflexivité de l'étudiant au cours de son cursus (14). Il est constitué progressivement au gré des situations rencontrées en stages et des formations facultaires réalisées telles que les groupes de pratique (GP) et les groupes d'enseignement facultaires (GEF) (15,16). L'étudiant visualise les compétences restantes à acquérir pour des situations non encore visitées en se référant au tableau. Le tuteur accompagne l'étudiant dans ses apprentissages (17,18).

Lors de la soutenance, l'étudiant exposait au jury un RSCA de son choix. Il argumentait sur ses capacités réflexives et son aptitude à répondre pertinemment à des problèmes de santé complexes. Le jury décidait de lui attribuer ou non le DES (19).

Or, durant les soutenances, les jurés comme les étudiants avaient le sentiment d'une évaluation partielle, peu reproductible, voire contestable (20,21). Dans ce contexte, le DUMG

paraissait en inadéquation avec ses responsabilités à l'égard de la société et de la faculté, garante des savoirs (22,23).

La réforme du 3^{ème} cycle était l'occasion d'une refonte pédagogique globale afin de mettre en cohérence les moyens de formation et d'évaluation (5).

Le DUMG s'est soumis à une auto-évaluation accompagnée par un expert en pédagogie reconnu par ses pairs. Plusieurs problématiques ressortaient (24):

- Les références pédagogiques étaient ignorées ou interprétées par les enseignants du DUMG de Tours. Leur travail de formateur n'était pas uniformément compris et intégré. Cela aboutissait à la diffusion d'informations discordantes.
- Les étudiants avaient toujours des difficultés à s'approprier les outils de leur apprentissage, malgré les éléments mis en place pour les y aider (séminaires obligatoires, tutorat ...).
- Il manquait des outils valides, qui renseignent sur les apprentissages et les compétences des étudiants, permettant d'attribuer le DES de médecine générale.

Pour répondre à ces problématiques, l'objectif était de construire des outils pédagogiques d'évaluations pour la phase socle qui renseignent sur les compétences à certifier, qui soient intelligibles et acceptables pour les enseignants et les étudiants.

MATÉRIEL ET MÉTHODE

1/ Un séminaire de production

A partir du compte rendu de l'auto-évaluation accompagnée, le DUMG a opté pour l'organisation d'un séminaire de production d'outils pédagogiques. Ce séminaire s'est fait sur le modèle d'une session de développement professionnel continu (DPC) (25).

2/ Des groupes de production

Pour ce séminaire, trois axes prioritaires de travail ont été choisis :

- L'évaluation des formations facultaires (GP et GEF).
- L'évaluation des stages.
- L'évaluation et la validation de la phase socle.

3/ Ressources humaines

- L'organisatrice : responsable du séminaire. Ex-directrice du DUMG, elle a choisi l'intervenant et a géré les formalités administratives.
- L'expert : un médecin généraliste compétent en pédagogie et accrédité. Il a apporté une expertise technique à la construction d'outils dans le modèle de l'apprentissage par compétence appliqué à la médecine générale. Il était aussi l'observateur ayant accompagné le DUMG dans son auto évaluation.
- Les animateurs : des cadres du DUMG formés à l'animation. Ils ont accompagné les participants, les ont relancés si nécessaire et ont assuré la circulation de l'information au sein des groupes. Ils étaient chargés de présenter le travail de leur groupe à l'ensemble des participants lors des plénières.
- Les participants du séminaire étaient sélectionnés selon leurs fonctions d'enseignants et leur localisation géographique. Ils ont été répartis dans les trois groupes selon leurs activités, leurs centres d'intérêts pédagogiques ainsi que de leurs affinités personnelles. Des étudiants de troisième cycle ont été invités pour représenter les étudiants. Tous étaient volontaires pour participer.

4/ Documents pédagogiques

Trois types de dossiers de DPC étaient prévus. Ils contenaient différents documents selon le travail de production demandé pour chaque groupe. Les dossiers fournis aux participants à leur arrivée étaient nominatifs et leurs indiquaient l'axe sur lequel ils travailleraient.

5/ Déroulé du séminaire

Le séminaire ne présentait pas de scénario prédéfini. Il se déroulait selon les avancées de chaque groupe. L'organisation prévoyait simplement les horaires de début et de fin ainsi que les pauses. Les animateurs n'avaient pas de méthode d'animation imposée.

RESULTATS

A. L'organisation du séminaire

1/ Le séminaire de production

Le séminaire de production d'outils pour la certification a été organisé sur deux journées consécutives en février 2018, près de Blois (Loir et Cher).

2/ Description des participants :

Le séminaire a réuni 35 personnes :

- l'organisatrice ;
- l'expert en pédagogie ;
- 3 étudiants : 1 étudiante thésarde en fin de cursus de médecine générale et 2 représentants des étudiants de troisième cycle ;
- 30 enseignants universitaires de médecine générale.

Ces derniers pouvaient avoir plusieurs fonctions : 11 étaient cadres du DUMG, 19 étaient tuteurs, 27 étaient maîtres de stage universitaire (MSU), 30 étaient enseignants de formation facultaire. Il y avait 13 femmes et 17 hommes.

L'ensemble de la région Centre Val de Loire était représenté : 12 des enseignants venaient d'Indre et Loire, 6 du Loir et Cher, 5 de l'Indre, 3 de l'Eure et Loir, 2 du Loiret et 2 du Cher.

3/ Description des groupes :

Chaque groupe se composait de 10 enseignants et d'un étudiant. La chercheuse thésarde a choisi d'intégrer le groupe "validation de la phase socle" (VPS).

Le groupe assigné à la validation de la phase socle comprenait :

- 1 étudiante ;
- 9 enseignants : tous étaient MSU, enseignants de formations facultaires et 8 étaient tuteurs ;
- 1 animatrice : coordinatrice régionale du DES, tutrice, enseignante de groupe facultaire et MSU.

Le groupe qui travaillait sur les formations facultaires (GEF-GP) comptait :

- 1 étudiante ;
- 8 enseignants : tous enseignants de groupe facultaire ;
- 2 animateurs : enseignants de groupes facultaires, MSU et l'un d'eux était responsable des enseignements au DUMG.

Le groupe affecté à l'évaluation des stages contenait :

- 1 étudiant ;
- 9 enseignants : tous MSU ;
- 1 animatrice : MSU, coordinatrice locale du DES et responsable des stages de 3^{ème} cycle.

4/ Documents pédagogiques

Trois types de dossiers pédagogiques de DPC étaient prévus. Ils comportaient des éléments communs aux trois groupes et des éléments de réflexion issus d'expériences internationales adaptés aux différents groupes de production.

Parmi les éléments communs :

- des référentiels de la réforme et du programme du D.E.S de médecine générale ;
- la revue Exercer N°108 Volume 24 de 2013 ;

Le groupe VPS avait à sa disposition « les indicateurs de développement en médecine familiale » produit par l'université de LAVAL, Canada (26).

B. Validation de la phase socle : création d'outils d'évaluation.

Au cours de la plénière d'accueil du séminaire, le directeur du DUMG a rappelé les enjeux sociétaux du séminaire. L'organisatrice a formulé l'objectif général du séminaire et sa déclinaison en objectifs opérationnels. L'expert a énoncé les conditions nécessaires à la fabrication d'outils correspondants aux objectifs et les étapes de cette fabrication.

1/ Première étape

L'objectif était de poser les bases de l'évaluation. Chaque groupe devait déterminer le niveau de compétence attendu d'un étudiant et les familles de situations explorées en fin de phase socle. Cette réflexion s'est faite en atelier, à partir du journal officiel et des descripteurs des niveaux de compétences : novice, intermédiaire et compétent. Le groupe VPS a déterminé les niveaux souhaités pour chaque compétence par un vote à main levée, débattu si besoin afin d'aboutir à un accord.

Le groupe VPS a proposé à la plénière que les étudiants atteignent le « niveau intermédiaire » pour les items des compétences : 1) *Relation, Communication, Approche centrée patient*. 2) *Approche globale, Prise en compte de la complexité*. 3) *Premiers recours, Urgences*. Il a estimé que la compétence 6) *Professionnalisme* était essentielle dès la première année, mais les participants étaient divisés entre les items du « niveau novice » et ceux du « niveau intermédiaire ». Le groupe a manqué de temps pour débattre des familles de situation à aborder. Il proposa de fixer un nombre minimal de familles à aborder en laissant le choix de leur nature aux étudiants.

En plénière, tous les groupes étaient d'avis de demander le « niveau intermédiaire » pour les trois premières compétences. Le débat a porté sur les trois autres compétences : 4) *Éducation, prévention, dépistage, santé individuelle et communautaire*, 5) *Continuité, suivi, coordination des soins autour du patient*, 6) *Professionnalisme*. La plénière a conclu que ces compétences étaient « secondaires » et que le « niveau novice » convenait (Annexe 1).

Pour les familles de situations à aborder durant la phase socle, chaque groupe a fait une proposition différente. Après discussion, les familles de situations retenues étaient :

- 1/ Situations autour de patients souffrant de pathologies chroniques, polymorbidité à forte prévalence.
- 2/ Situations liées à des problèmes aigus non programmés, fréquents, exemplaires.
- 3/ Situations liées à des problèmes aigus non programmés dans le cadre des urgences réelles ou ressenties.

Les problématiques communes aux trois groupes, restées en suspens, étaient les suivantes :

- L'interprétation des items malgré les descripteurs : lorsque les participants justifiaient leur choix, le débat portait davantage sur la compréhension de l'item que sur son importance.
- La faisabilité : le niveau à atteindre devait être à la fois exigeant et réalisable. Les niveaux de compétences actuellement atteints par les étudiants en fin de 1ère année n'ont pas été définies. Cependant le stage ambulatoire en médecine générale de niveau 1 (N1) constituait pour les MSU et les tuteurs, une étape primordiale dans la maturation des compétences des étudiants.

2/ Deuxième étape

L'objectif du groupe VPS était de choisir le support de l'évaluation ainsi que son contenu. Un brainstorming a été réalisé. Le groupe avait à sa disposition des ouvrages sur les portfolios et sur l'évaluation des compétences.

Le groupe VPS a proposé à la plénière de garder le portfolio comme support d'évaluation. Il pourrait être de format papier ou numérique. Il devrait contenir les éléments suivants :

- Le tableau des niveaux compétences, complété avec les MSU (Annexe 1) ;
- Le tableau croisé « situations-compétences » simplifié, complété par au moins une trace par compétence et revu avec le tuteur (Annexe 2) ;
- Les traces, authentifiées et datées par le MSU où la situation s'est déroulée, qui ont permis de remplir les tableaux ;
- Une ou plusieurs traces choisies par l'étudiant, témoignant de son auto-évaluation ;
- Les attestations de présence aux formations ;
- Les rapports d'observation en stage des MSU, ambulatoires et hospitaliers, dont le détail était à construire par le groupe stage ;
- La validation du premier stage et l'avis de validation à mi-stage du 2ème.

Ces propositions ont soulevé les questionnements suivants :

- Le support de l'outil : l'idéal serait un portfolio numérique standardisé, mais les contraintes logistiques et financières ne le permettaient pas dans l'immédiat.
- L'évaluation de la compétence en situation, clé de voûte du modèle : en situation, c'est la performance qui est observée et non la compétence. L'évaluation de la compétence à partir de la performance observée constitue le travail du groupe stage.
- Le choix des traces attendues : tous les participants n'avaient pas la même conception des différentes traces existantes, hormis le RSCA. Mais la production de ce dernier paraissait pour certains trop complexe en première année, alors que d'autres l'estimaient essentielle.
- Le rôle du MSU vis à vis des traces : de l'authentification simple de la réalité de la situation rapportée à la validation complète de la trace, la place du MSU était à préciser.
- L'auto-évaluation : le concept séduisait mais sa réalisation posait question. Qui allait réellement choisir la trace présentée par l'étudiant ?

L'expert a fait les remarques suivantes :

- Les 6 traces du tableau croisé « situations-compétences » (Annexe 2) lui paraissaient insuffisantes pour évaluer de manière fiable.
- Le RSCA évalue la compétence par la description rapportée de la performance et de la réflexivité de l'étudiant. Il permet d'aborder la complexité, la globalité, les connaissances biomédicales, etc. Il met en valeur la mobilisation et la combinaison des ressources.
- « L'évaluation doit être ambitieuse ». Une évaluation trop sélective impliquerait une réévaluation des objectifs à la baisse, mais l'inverse serait plus compliqué à réaliser.
- Le rôle et les devoirs de chacun (cadres du DUMG, tuteurs, enseignants de formation facultaire, MSU, étudiants) doivent être précisés. Une fois définis, ils devront être respectés.
- L'idée d'une auto-évaluation était pertinente mais cette auto-évaluation devait émaner de l'étudiant seul, sinon l'expert n'en voyait pas l'intérêt.
- Les traces étaient à redéfinir. Chacune devrait s'accompagner d'un outil permettant son évaluation de manière valide et reproductible.

3/ Troisième étape

L'objectif du groupe VPS était de choisir la trace la plus pertinente pour justifier chaque item requis pour la validation de la phase socle. Cette réflexion a été menée en atelier avec la revue Exercer N°108 et « les indicateurs de développement en médecine familiale ». Le groupe a attribué une clé aux items essentiels pour la validation. Chaque participant a voté à main levée pour 3 items, par compétence. Ensemble, ils ont réfléchi aux traces attendues pour justifier la réalisation des items.

Le groupe VPS proposa en plénière de séparer les items requis en deux catégories : avec ou sans clé. Les items clés devaient être obligatoirement acquis pour passer en phase d'approfondissement. Les items clés des trois premières compétences étaient validés par une trace écrite comportant une boucle pédagogique, authentifiée par le MSU ambulatoire ou hospitalier et corrigée avec le tuteur. Un RSCA serait nécessaire pour valider l'un des 4 items clés de la compétence 2. La validation de l'item 4 de la compétence 6 reposerait sur les attestations de présence aux formations. La validation des autres items (clés ou non) se ferait par les observations des MSU ambulatoires ou hospitaliers.

Le groupe a exclu de l'évaluation des items des compétences 5 et 6, et il a préféré mettre une clé sur l'item 4 du niveau intermédiaire et non pas sur l'item 2 du niveau novice de la compétence 5. Il a laissé la plénière délibérer du choix de mettre des clés sur les items 2 et 3 du niveau intermédiaire de la compétence 6 (Annexe 3).

Ces propositions ont suscité les remarques suivantes :

- L'augmentation de la charge de travail des MSU ambulatoires risquait de les décourager. La plénière a proposé de les associer à l'évaluation finale de la phase socle afin de valoriser leur travail d'observation initial.
- Une validation trop stricte risquait de décourager les futurs généralistes lors du choix de leur faculté de 3^{ème} cycle.
- Pour les représentants étudiants, ces critères d'évaluation alourdissaient les devoirs des nouveaux étudiants.

Du point de vue de l'expert, valider à partir d'item clé permettrait de justifier la validation ou non de l'étudiant. Cependant, les étudiants risquaient de travailler uniquement les items clé au détriment des items sans clé. Pour lui, le RSCA est un excellent outil d'évaluation des compétences. Il craignait cependant que cet outil utilisé pour la validation de la compétence 2

soit trop exigeant en 1ère année. L'évaluation de la phase socle reposait en grande partie sur l'observation en situation des MSU.

4/ Quatrième étape

L'objectif du groupe VPS était de construire un outil qualitatif descriptif sanctionnant, permettant d'évaluer l'étudiant sur son portfolio de manière valide et reproductible. En atelier, après avoir fait le point sur les éléments quantitatifs de l'évaluation, le groupe a fait un brainstorming pour trouver des éléments qualitatifs.

En plénière, le groupe VPS a rappelé les éléments quantitatifs à colliger dans le portfolio. Il y a ajouté une « note du tuteur » certifiant que ce dernier a eu régulièrement connaissance des traces de l'étudiant et une procédure d'alerte au DUMG des étudiants en difficulté dont les modalités restaient à définir. Il a ensuite proposé un outil sanctionnant, à lecture progressive, avec 3 critères qualitatifs dont les descripteurs restaient à préciser (Figure 1).

Ces propositions ont suscité les remarques suivantes :

- La reproductibilité du critère évaluatif « pertinence » d'une trace était incertaine. La boucle pédagogique comme critère de « pertinence » fiable et reproductible, nécessitait un outil de relecture rapide des traces.
- La note du tuteur ne devait pas être vue comme une pré-validation, mais plus comme un contrôle continu des productions des étudiants.
- La plénière était favorable à une procédure d'alerte pour les étudiants en difficulté.
- Les représentants d'étudiants jugeaient la charge de travail trop importante pour les étudiants.

Commentaires de l'expert

L'avis de validation à mi stage du 2^{ème} stage était une bonne chose mais la validation de la phase socle se ferait sous condition de validation des deux stages.

Il faudrait réfléchir à l'organisation de l'évaluation : dates de dépôt des dossiers (portfolio) et dates des commissions de validation. En prenant en compte la difficulté de solliciter les étudiants, les MSU et les tuteurs durant les grandes vacances. L'analyse de la faisabilité se ferait *a posteriori*.

Les éléments attendus pour la validation devraient se trouver dans les grilles d'évaluation. Pour cela il faudrait croiser les grilles d'évaluation et de validation pour s'assurer que tous les items pourraient être renseignés et proposer des descripteurs.

Il restait à choisir entre : la faisabilité, avec une trace réutilisable, validant plusieurs items comme l'a proposé le groupe VPS, et la fiabilité, avec une trace dédiée à un item comme l'a proposé le groupe stage.

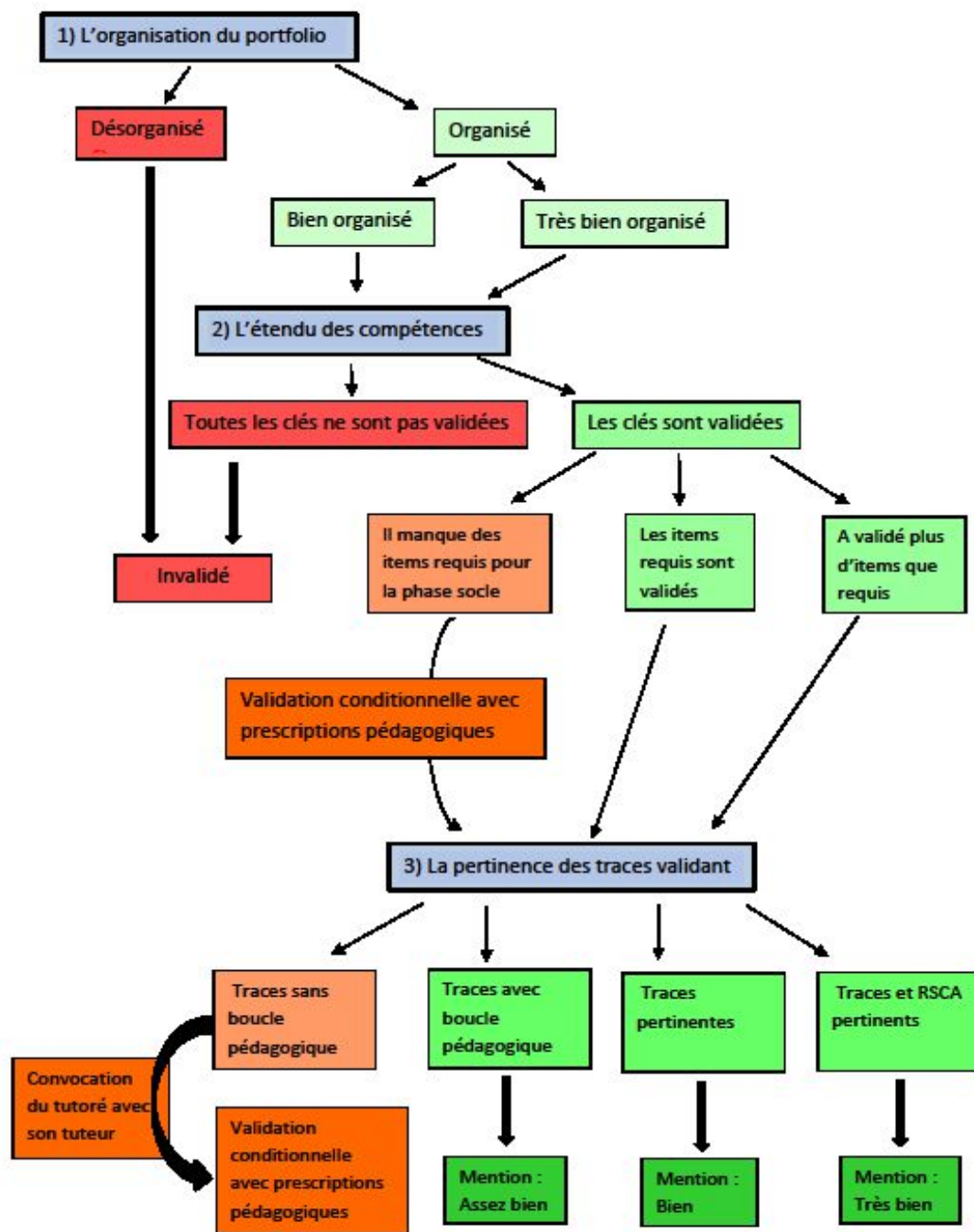


Figure 1 : Critères de validité qualitative des portfolios proposés par le groupe "validation de la phase socle" (VPS)

5/ Procédures et outils de validation utilisés pour la phase socle en 2018

Les travaux débutés au cours du séminaire ont été poursuivis en groupe au sein du DUMG jusqu'à l'obtention d'outils d'évaluation opérationnels pour septembre 2018, date de la première commission de validation de la phase socle. Le DUMG a mis à disposition de tous, les documents pédagogiques et d'évaluation de cette phase :

- un guide pédagogique du DES de médecine générale contenant les modalités d'évaluations des étudiants, les compétences à acquérir et les familles de situations à rencontrer sur les 3 ans ;
- un guide spécifique à la phase socle regroupant la fiche de validation de cette phase (Annexe 4) reprenant les critères quantitatifs d'évaluation des portfolios choisis durant le séminaire, et les deux tableaux finalisés issus des annexes 2 et 3 du séminaire ;
- les livrets de stage pour le stage ambulatoire de niveau 1 en médecine générale et le stage d'urgences. On y trouvait le contrat pédagogique, un guide du stage, la fiche d'évaluation du stage et la grille d'observation pour le stage de niveau 1 avec ses annexes.

Ces documents étaient accessibles sur le site internet du DUMG.

<https://dumg.univ-tours.fr/d-e-s/portfolio/phase-socle/>

DISCUSSION

A. A propos de la méthode

1/ Une forme adaptée à la production ?

Un séminaire est un bon moyen de gérer une situation de crise et d'amorcer des changements (27). La construction d'outils d'évaluation dans le modèle de l'apprentissage par compétence est un travail complexe (5). Il est rendu plus efficace par l'intelligence collective (28). Le recours à un séminaire de production permet la prise de décision cohérente par un consensus de groupe non formalisé d'expert. Sur deux journées, il renforce la cohésion du groupe (29,30). Ce séminaire de production est inspiré d'un séminaire existant : « certifier la compétence à exercer la médecine générale. Niveau 2 » (31). Il a été adapté aux besoins de production du DUMG de Tours à la suite de son auto-évaluation (24).

2/ Le choix des axes de travail

L'urgence règlementaire imposait de développer des moyens pédagogique et d'évaluation de la phase socle. La production de ces moyens se fait par étapes (26,32). Il était logique de prendre en considération les étapes initiales de ce développement, avant d'envisager de développer ceux de la validation finale du DES.

La validation repose en grande partie sur l'évaluation des stages et celle des traces d'apprentissage colligées dans le portfolio. Les moyens pédagogiques déjà utilisés par le département, en stage et hors stage, étaient peu adaptés pour proposer une validation solide (24). D'ailleurs, l'hétérogénéité des traces a été une des problématiques soulevées par les groupes durant le séminaire. Les traces se retrouvent lors des apprentissages en stage et lors des enseignements facultaires. Les groupes auraient pu être définis à partir des éléments de validation existants. Mais pour construire des outils, il faut déjà connaître leurs utilités. Il a été choisi pour ce séminaire de s'affranchir des outils existants et de réfléchir aux éléments à évaluer aux différents temps d'évaluation de la phase socle. La production des outils viendrait ensuite, suivant les contraintes données par les groupes (32).

Dans cette logique, les trois axes de production choisis ont été :

- La validation de la phase socle. Elle nécessitait de définir le niveau de compétence attendu des étudiants en fin de phase socle, un processus d'acquisition et de validation de ces acquisitions était à préciser.

- Les stages. L'observation de la performance en situation est essentielle à l'évaluation des compétences. Les grilles d'évaluation de stage devaient être revisitées pour gagner en fiabilité et reproductibilité, en commençant par les deux stages réglementaires de la phase socle dont le stage de N1.
- Les formations facultaires (GEF et GP). Elles variaient selon les enseignants. L'évaluation des travaux produits à la suite de ses enseignements était hétérogène. Il était nécessaire d'harmoniser les formations facultaires et leurs évaluations.

La répartition en 3 groupes de 10 participants était adaptée. Elle permettait à chacun de s'exprimer tout en assurant une dynamique de groupe (30).

3/ Les ressources humaines

a) Le choix de l'expert

Claude Attali est un expert reconnu dans le développement de l'apprentissage par compétences en médecine générale en France. Il était l'expert du séminaire " certifier la compétence à exercer la médecine générale. Niveau 2", qui a servi de trame au séminaire de production. Il était légitime pour guider le DUMG dans ses productions. De plus, il a participé à l'auto-évaluation accompagnée du DUMG qui a émis des recommandations d'amélioration (24). Faire réaliser par le même expert l'évaluation des pratiques du DUMG et sa formalisation, a garanti la cohérence du projet mais en a restreint l'avis extérieur.

En tant qu'ancien membre d'un DUMG, il a été confronté aux mêmes problématiques de faisabilité et il n'entraînerait pas le DUMG de Tours dans des démarches illusoires. Cependant son expérience a pu influencer son analyse des propositions faites par les participants. Il pouvait être tenté d'orienter les participants vers les réponses apportées par son propre DUMG.

b) Les participants

Les participants, acteurs du processus de changement étaient des personnes concernées par l'évaluation (27,33) : DUMG, enseignants, étudiants. Ils étaient tous volontaires. Tous les enseignants avaient des fonctions pédagogiques multiples, favorisant les commentaires constructifs, proches de la réalité du terrain. Cela a assuré l'élaboration d'outils réalistes, facilement opérationnels.

c) Le choix des animateurs, des participants pas comme les autres :

Les animateurs étaient des cadres du DUMG formés à l'animation de séminaire. Ils s'assuraient de la qualité des échanges.

Chaque groupe de production avait comme animateur un responsable local ou régional de l'axe travaillé. Leur maîtrise des concepts d'apprentissage et d'évaluation permettaient de rester dans le modèle. Leurs connaissances des contraintes logistiques et humaines assuraient la faisabilité des propositions. En revanche, ce rôle mixte d'animateur « expert » a pu bloquer les propositions de certains participants et limiter leur créativité. La capacité des animateurs à envisager le changement a aussi influé sur la dynamique des groupes (27,30).

4/ Le déroulé du séminaire : défilé horaire et organisation

Ce séminaire « cousu main » s'inscrivait dans une démarche qualitative et participative. L'objectif final était exposé comme un objectif vers lequel tendre et pas nécessairement à atteindre. Le séminaire s'adaptait aux avancées de chaque groupe. L'organisation « libre » ne présentait pas de contrainte. Cela a permis de soulever toutes les interrogations, mais a pu gêner la progression de la production dans les groupes. Les groupes avançaient de manière dissociée. Les discussions de plénière après chaque avancée ont assuré la cohérence globale des productions. Le manque de structuration du séminaire et l'interdépendance des groupes a généré des digressions que les animateurs paraient (27,30).

B. A propos des résultats

1/ De l'organisation du séminaire

a) Le séminaire

La première évaluation de phase socle étant pour septembre 2018, le séminaire de production a été organisé promptement. Il a eu lieu un mois après les recommandations d'amélioration émises à la suite de l'auto-évaluation accompagnée du DUMG.

Deux journées consécutives étaient nécessaires à la remise en question des pratiques et à la production d'outils (27). Plus de deux journées auraient limité la participation.

Le lieu devait avoir une localisation centrale dans la région (30). Il devait présenter une qualité logistique d'accueil de séminaire et permettre l'hébergement des participants le désirant.

Délocalisé de Tours, ce séminaire de travail revêtait un caractère indépendant des structures habituellement référentes de la faculté et notamment du DUMG.

b) Les participants

Tous étaient volontaires. Les contraintes de temps et de lieu du séminaire ont sélectionné les enseignants les plus impliqués dans leurs rôles pédagogiques. Leur motivation a joué positivement sur la productivité.

La présence nécessaire des cadres décisionnaires du DUMG localisé dans l'Indre-et-Loire explique la part majoritaire des participants originaires de ce département (27).

La représentation des étudiants de 3^{ème} cycle était assurée par la participation de l'étudiante thésarde en fin de 3^{ème} cycle et des membres actifs de l'association GRACE IMG. Ces derniers ont connaissance des difficultés rencontrées par les étudiants en 3^{ème} cycle de médecine générale et ils sont plus au fait des concepts pédagogiques que les autres étudiants. Les nouveaux outils et procédures produits avec eux seront ainsi mieux acceptés par les étudiants. La constitution de duos d'étudiants dans chaque groupe aurait facilité leur prise de parole. Cependant, l'avis des étudiants a sincèrement été recherché, sans contraindre leur expression restée libre (33,34).

c) Le choix d'un groupe : le groupe « VPS »

L'auteure a choisi de participer au groupe de production VPS. Celui-ci guidait les productions des autres groupes, ce qui lui conférait une place centrale d'observation et d'analyse du

séminaire. Pour limiter le biais d'information, l'auteure a choisi de décrire uniquement ce groupe observé dans son intégralité.

2/ De la production d'outils d'évaluation

a) Consensus sur le niveau de compétence attendu en fin de phase socle

Évaluer, c'est déjà savoir ce que l'on attend de l'étudiant. Il est défini qu'un étudiant en fin de 3^{ème} cycle doit atteindre le niveau « compétent » (35). Pour la fin de la phase socle, rien n'était défini, sauf les critères d'évolution de la compétence. Avant de créer des outils d'évaluation pour cette phase, les participants ont déterminé le niveau attendu d'un étudiant en fin de phase socle (32). Cette première étape de production a été facilitée par une vision de la pédagogie commune aux participants (24). Elle a été troublée par une compréhension disparate de certains items par les participants, malgré les descripteurs des compétences.

b) Les supports de l'évaluation

Le portfolio est un outil reconnu de l'évaluation par apprentissage. Il en existe différents types : le portfolio à visée formative et le portfolio à visée sommative (6). Sans hésitation, il a été reconduit comme support d'évaluation avec ces deux objectifs.

Le tableau croisé « situations-compétences » constitue l'ossature du portfolio. Celui-ci était déjà familier pour les enseignants et les étudiants (13). Maintenir ces deux piliers de l'évaluation a réduit la déstabilisation induite par les changements apportés à l'évaluation. Ces derniers étaient plus facilement concevables.

Un portfolio numérique serait plus accessible. L'évaluation continue serait facilitée. Mais son déploiement demanderait une logistique importante. La priorité a été mise, dans un premier temps, sur le contenu et non sur la forme (8,36).

c) Le choix des traces attendues et des items clés

Afin de fixer une limite des clés ont été attribuées aux items qui devaient être impérativement acquis pour accéder à la phase d'approfondissement. Le choix des « traces » attendues complétant le tableau croisé « situations-compétences » de façon valide et reproductible a été difficile, car les participants maîtrisaient mal les différentes traces existantes. Une trace écrite contenant une boucle pédagogique justifiait ces items clés. Les récits des traces datés et signés par le MSU concerné assuraient l'authenticité des situations rapportées et évitaient les plagats (20). L'observation du MSU en stage validait les autres items requis. L'acquisition de

compétence par l'observation était considérée comme fiable. Elle n'alourdisait pas les productions des étudiants (5). Elle augmentait cependant la charge de travail des MSU.

L'évaluation en stage, essentiellement du N1, devenait omniprésente dans l'évaluation globale de la phase socle. Elle marquait la responsabilité et l'importance des apports des MSU dans l'évaluation de cette phase (4).

Les participants ont multiplié les critères de validation : la multiplication des angles de jugement rend l'évaluation moins partielle et plus fiable (6). Cela pouvait tout autant inquiéter que rassurer les étudiants envisageant un 3^{ème} cycle en médecine générale à Tours (5). Cependant ces critères ne faisaient pas mention d'une évaluation biomédicale. Dans les recommandations de l'auto-évaluation, il était question de replacer le savoir biomédical dans la formation et l'évaluation du 3^{ème} cycle des généralistes (24). L'évaluation des compétences passe par l'évaluation de la mobilisation des ressources comprenant du savoir, du savoir-être et du savoir-faire. Faire l'impasse sur l'évaluation des savoirs est une aberration pour la certification des compétences (5).

d) Du quantitatif, au qualitatif : esquisse d'un outil d'évaluation des portfolios

Dans un premier temps, le groupe a finalisé les critères quantitatifs. Une note du tuteur et une procédure d'alerte au DUMG des étudiants en difficulté ont été ajoutées. La note du tuteur renseigne sur la régularité du travail de l'étudiant et sur sa réflexivité (18). Les MSU ou tuteurs qui estiment qu'un étudiant n'atteindra pas le niveau requis pour la validation contactent rapidement le DUMG. Cette alerte anciennement subjective et aléatoire repose désormais sur une procédure intégrée à l'évaluation de la phase socle. Fondée sur des lacunes caractérisées, elle servira aux prescriptions pédagogiques.

Dans un second temps, le groupe s'est penché sur la création d'une échelle d'évaluation qualitative des portfolios (6). Le temps alloué à la confection de cet outil était limité, le laissant inachevé, imparfait et empreint de subjectivité. La qualité d'un portfolio, comme outil d'évaluation des apprentissages, repose sur la qualité des traces colligées et donc sur leur pertinence à justifier tel ou tel item. Par conséquent, le critère principal de cette évaluation qualitative était « la pertinence des traces » (37,38). Mais ce critère est difficile à évaluer, car les traces sont nombreuses, mal définies et n'ont pas d'outils d'évaluation propre. Concernant les compétences, un portfolio recevable doit contenir l'ensemble des éléments justifiant les items requis, commandant la validation de la phase socle. Ceux-ci doivent être facilement accessibles, répondant au besoin d'un critère d'organisation.

L'organisation du portfolio et la pertinence des traces sont deux critères indispensables, indépendants mais encore mal définis. L'incertitude attachée à leur évaluation interdit de les utiliser comme éléments directement sanctionnant. Cette esquisse d'outil de mesure de la qualité des portfolios et par extension des apprentissages sera à approfondir. Les critères d'évaluation et les descripteurs restent à définir.

e) Documents pédagogiques de la phase socle

L'auto-évaluation du DUMG préconisait la réalisation de référentiels explicites et partagés. Un guide du DES clarifie le modèle d'apprentissage pour en améliorer sa compréhension. Un guide de la phase socle formalise les attendus. Des guides des stages de N1 et d'urgences ont aussi été produits. Ensemble, ils permettent de clarifier ce modèle complexe et d'en faciliter la réalisation. Ces précisions devraient avoir un effet positif sur le curriculum des étudiants. Plus les critères d'évaluation sont précis, plus les étudiants développent des apprentissages. Ils agissent en vue d'obtenir leur diplôme (5,39).

Les nouveaux documents pédagogiques ainsi que les outils d'évaluation de la phase socle issus des réflexions du séminaire ont été publiés sur le site du DUMG et sont accessibles à tous. Les étudiants comme les enseignants peuvent facilement s'y référer.

Un organigramme des cadres du DUMG avec leurs photos, leurs noms et leurs fonctions a été ajouté sur le site. Cette présentation synthétique participe au développement durable de la réforme pédagogique entreprise par le DUMG (34).

CONCLUSION

Durant le séminaire de production, les participants ont produit de nouveaux outils d'évaluation et les ont intégrés dans une nouvelle procédure d'évaluation des compétences de la phase socle. Cette production participative a amélioré les interactions entre les membres du DUMG de Tours et a contribué à leur cohésion. Elle a aidé les participants à mieux appréhender et accepter les changements entrepris.

Il reste après ce séminaire des axes à travailler : les différentes traces et leurs évaluations ; la validité qualitative du portfolio ; la formation des enseignants. La pertinence intrinsèque et extrinsèque des traces pour la validation est à définir. Une évaluation équitable repose sur un enseignement équitable, cela implique des enseignants formés et évalués régulièrement (6,40).

Cette méthode de production modélise une intervention pour améliorer les outils pédagogiques d'évaluation des compétences des étudiants et leur certification. Elle pourrait être déclinée afin de standardiser les outils d'évaluation des compétences, et les procédures de validation du 3^{ème} cycle dans l'ensemble des DUMG de France (19).

REFERENCES

1. Arrêté du 21 avril 2017 relatif aux connaissances, aux compétences et aux maquettes de formation des diplômes d'études spécialisées et fixant la liste de ces diplômes et des options et formations spécialisées transversales du troisième cycle des études de médecine. [Internet]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000034502881&fastPos=1&fastReqId=1394595991&categorieLien=cid&oldAction=rechTexte>
2. B.O. n°39 du 28 octobre 2004 - Ministère de l'éducation nationale [Internet]. [cité 15 avr 2019]. Disponible sur: <https://www.education.gouv.fr/bo/2004/39/MENS0402086A.htm>
3. Jouquan J, Bail P. A quoi s'engage-t-on en basculant du paradigme d'enseignement vers le paradigme d'apprentissage ? *Pédagogie Médicale*. août 2003;4(3):163-75.
4. Perrenoud P. La transposition didactique à partir de pratiques : des savoirs aux compétences. *Rev Sci Educ*. 1998;24(3):487-514.
5. Jouquan J. L'évaluation des apprentissages des étudiants en formation médicale initiale. *Pédagogie Médicale*. févr 2002;3(1):38-52.
6. Scallon G. L'évaluation des apprentissages dans une approche par compétences. de Boeck. 2007. (Pédagogies en développement).
7. Ariza M, Ferrat E, Adeline-Duflot F, Chartier S, Borgne J, Compagnon L. Le portfolio de médecine générale : contenu et modes d'évaluation dans les départements de médecine générale français. *exercer*. nov 2017;28(137):412-8.
8. Boldea V, Radia S, Vallée J. Etat des lieux de l'utilisation du portfolio électronique par les internes de médecine générale stéphanois en 2016. *exercer*. déc 2018;29(148):474-8.
9. Compagnon L, Bail P, Huez J-F, Stalnikiewicz B, Ghasarossian C, Zerbib Y, et al. Définitions et descriptions des compétences en médecine générale. *exercer*. avr 2013;24(108):148-55.
10. Attali C, Huez J-F, Valette T, Lehr-Drylewicz A-M. Les grandes familles de situations cliniques. *exercer*. avr 2013;24(108):165-9.
11. Potier A, Robert J, Ruiz C, Lebeau J-P, Renoux C. Un portfolio pour certifier les compétences : des concepts à la pratique. *exercer*. avr 2013;24(108):178-84.
12. Le Mauff P, Goronlot L, Urion J, Senand R, Farthouat N. Récit de situation complexe et authentique (le modèle nantais). *Rev Prat- Médecine Générale*. 2004;18(654):724-6.
13. Dubart N. Utilisation du tableau situations/compétences par les internes, tuteurs, enseignants et maîtres de stages, mis à disposition depuis 2014 en région Centre [Thèse d'exercice]. Faculté de médecine Tours; 2017.
14. Proulx AG, Ruest-Paquette A-S, Simões Forte LA, Cotnam-Kappel M, Fallu C, Bartosova L. La réflexivité : exercice pédagogique et outil d'accompagnement aux cycles supérieurs. *Rev Int Pédagogie L'enseignement Supér* [Internet]. 27 nov 2012 [cité 10 déc 2018];28(28-2). Disponible sur: <http://journals.openedition.org/ripes/672>

15. 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;27(123):34-41.
16. Renoux C, Pailloux A, Robert J, Potier A. Les groupes d'échange de pratique : un outil du paradigme d'apprentissage. *exercer*. janv 2017;28(129):34-42.
17. Lehr-Drylewicz A-M, Renoux C, Bagourd E, Potier A. L'accompagnement tutoral dans la formation des médecins généralistes. *Educ Perm*. 1 déc 2015;(205):131-8.
18. Renoux C, Barbeau L, Moussu J. Notes de synthèse des tuteurs : état des lieux en vue de la certification des internes de médecine générale. *exercer*. 2017;(135):319-26.
19. Chambe J, Maisonneuve H, Leruste S, Renoux C, Huas C. État des lieux des procédures de validation du DES de médecine générale en France. *exercer*. 2014;25(113):123-31.
20. Chalons B. Quels sont les difficultés et les bénéfices du RSCA perçus par les internes inscrits en DES de Médecine Générale à la faculté de Tours au cours du second semestre de l'année universitaire 2008-2009 ? [Thèse d'exercice]. Faculté de médecine Tours; 2011.
21. Eté C. Récit de Situation Complexe Authentique (RSCA) ressenti des internes inscrits en Diplôme d'Etudes Spécialisées de médecine générale à la faculté de Tours au cours de l'année universitaire 2014-2015. [Thèse d'exercice]. Faculté de médecine Tours; 2016.
22. Consensus mondial sur la responsabilité sociale des facultés de médecine - Contribution collective de la conférence pour le consensus mondial sur la responsabilité sociale des facultés de médecine. *Pédagogie Médicale*. févr 2011;12(1):37-48.
23. Magnier A-M, Beis J, Bail P, Gomès J, Chevallier P. La certification des médecins : une exigence sociale ? *exercer*. 2005;76-81.
24. Afara M. Améliorer l'évaluation des compétences : une auto-évaluation accompagnée. [Thèse d'exercice]. Faculté de médecine Tours; 2019.
25. Haute Autorité de Santé - Développement professionnel continu (DPC) [Internet]. [cité 16 avr 2019]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_2808961/fr/developpement-professionnel-continu-dpc
26. Lacasse M, Rheault C, Tremblay I, Renaud J-S, Coché F, St-Pierre A, et al. Développement, validation et implantation d'un outil novateur critérié d'évaluation de la progression des compétences des résidents en médecine familiale. *Pédagogie Médicale*. mai 2017;18(2):83-100.
27. Bontems T, Fourcade M-L. Piloter le changement. *Ecole Qual QUARES 2012* [Internet]. 2012; Disponible sur: <https://halshs.archives-ouvertes.fr/halshs-01711976/document>
28. Grosjean M, Lacoste M. Communication et intelligence collective : Le travail à l'hôpital. Presses Universitaires de France; 2015.
29. Cauvin P. La cohésion des équipes : Pratique du team building. ESF Editeur; 2014. (Formation permanente en science humaines; vol. 119).
30. Leclerc C. Comprendre et construire les groupes. Presses Université Laval; 1999.

31. Les formations CNGE 2018 [Internet]. [cité 23 juill 2018]. Disponible sur: https://www.cnge.fr/la_formation/modules/liste/
32. Tardif J. Développer un programme par compétences : de l'intention à la mise en œuvre. *Pédagogie Collégiale*. 2003;16(3):36-44.
33. Les démarches participatives [Internet]. CEDIP; 2015 [cité 20 mars 2019]. Disponible sur: http://www.cedip.developpement-durable.gouv.fr/IMG/pdf/Fiche_En_lignes_no70_cle7ce2ac.pdf
34. Barrier J, Potvin P. L'organigramme dans les facultés de médecine : son importance pour un développement pédagogique durable. *Pédagogie Médicale*. mai 2003;4(2):93-6.
35. Compagnon L, Bail P, Huez J-F, Stalnikiewicz B, Ghasarossian C, Zerbib Y, et al. Les niveaux de compétences. *exercer*. 2013;24(108):156-64.
36. Gaudier S. Portfolio à l'ère du numérique ! *Rev Prat- Médecine Générale*. 2014;28(932).
37. Tardif J. L'évaluation dans le paradigme constructiviste. Éd CRP Fac Éducation. 1993;
38. Wald HS, Borkan JM, Taylor JS, Anthony D, Reis SP. Fostering and Evaluating Reflective Capacity in Medical Education: Developing the REFLECT Rubric for Assessing Reflective Writing. *Acad Med*. janv 2012;87(1):41.
39. Viau R. Des conditions à respecter pour susciter la motivation des élèves. *Correspondance* [Internet]. févr 2000 [cité 15 avr 2019];5(3). Disponible sur: <http://correspo.ccdmd.qc.ca/index.php/document/connaitre-les-regles-grammaticales-necessaire-mais-insuffisant/des-conditions-a-respecter-pour-susciter-la-motivation-des-eleves/>
40. BERTRAND C. Soutenir la transformation pédagogique dans l'enseignement supérieur [Internet]. 2014. Disponible sur: http://cache.media.enseignementsup-recherche.gouv.fr/file/Actus/90/1/Rapport_pedagogie_C_Bertrand_2_352901.pdf

ANNEXES

Annexe 1 : Consensus du niveau requis en fin de phase socle pour chacune des six compétences.

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
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
	Connait les caractéristiques fondamentales de la relation médecin malade
	Identifie les difficultés inhérentes à la mise en pratique des habiletés relationnelles et communicationnelles et repère que l'acquisition des compétences et des capacités dans le domaine de la relation et de la communication doivent faire l'objet d'une formation
	Mène un entretien directif, interprète les données avec une grille de lecture majoritairement de nature « 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
Intermédiaire	Communique avec différents intervenants en utilisant différents médias
	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
Compétent	Communique avec l'entourage du patient, en utilisant les mêmes habiletés qu'avec le patient, en étant attentif au secret médical
	Met en oeuvre 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
	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
APPROCHE GLOBALE, PRISE EN COMPTE DE LA COMPLEXITE	
Définition : Capacité à mettre en oeuvre une démarche décisionnelle centrée patient selon un modèle global de santé (EBM, Engels etc.) quel que soit le type de recours de soins dans l'exercice de Médecine Générale	
Niveau	description du niveau
Novice	Explore certains aspects de la situation clinique en les segmentant de façon analytique et en privilégiant l'aspect bio médical aux dépens des aspects psycho sociaux.
	Utilise le temps de la consultation et de l'examen clinique pour le recueil des données principalement bio médicales
	Entrevient qu'il existe des données psycho sociales, culturelles, éthiques, juridiques et administratives dans la démarche décisionnelle et qu'il est nécessaire de les prendre en compte
	Accepte l'idée que s'occuper du patient ne se réduit pas à se centrer sur sa maladie mais que cette démarche n'est pas évidente pour lui. Cherche à améliorer ses connaissances pour trouver la bonne réponse à une situation
Intermédiaire	A conscience qu'une situation clinique ne peut pas se réduire au diagnostic médical et qu'il est nécessaire d'intégrer d'autres aspects pour comprendre et gérer cette situation clinique
	Tente de passer du diagnostic médical à un diagnostic qui intègre une partie du contexte sans pour autant qu'il s'agisse d'un diagnostic de situation (voir le référentiel métier compétence).
	Lors d'une consultation il peut utiliser certaines notions de psychologie médicale afin de mieux comprendre le sens de ses propres réactions et celles du patient dans le but d'aider ce dernier
	Est en mesure de réévaluer une situation, de changer d'analyse de cette situation lors des recours suivants pour intégrer de nouvelles données après réflexion
	Change de registre pour comprendre mieux la situation et modifie sa posture initiale si besoin
	A conscience qu'il existe des temporalités différentes entre le médecin et le patient dans toutes les situations, en particulier en cas de discordance (temps nécessaire à chaque patient)
Compétent	Accepte l'idée qu'il existe plusieurs réponses acceptables en fonction des différentes analyses possibles. De ce fait, prend en compte une partie de la complexité en situation. Reconnaît la place de l'incertitude dans la démarche décisionnelle
	Dans les situations habituelles, tient compte des données émanant de plusieurs champs et de plusieurs sources, tente de les intégrer dans une décision centrée patient.
	Prend le temps nécessaire et suffisant pour explorer une situation. Laisse le temps au patient de métaboliser.
	Gère simultanément plusieurs problèmes de nature différente en les hiérarchisant.
	Utilise le temps comme allié, comme une aide à la décision en adéquation avec la situation du patient.
	En fonction des situations, est en mesure de modifier sa posture.
	Dans les conditions habituelles, de complexité modérée, est capable de mettre en place une relation de soutien, à effet psychothérapeutique bénéfique pour le patient
	Fait la différence entre incertitude personnelle et incertitude professionnelle

PREMIERS RECOURS, URGENCES

Définition : capacité à gérer avec la personne les problèmes de santé indifférenciés, non sélectionnés, programmés ou non, selon les données actuelles de la science, le contexte et les possibilités de la personne, quelque soit son âge, son sexe, ou toutes autres caractéristiques, en organisant une accessibilité (proximité, disponibilité, coût) optimale...

Niveau	description du niveau
Novice	Accepte toutes les plaintes qui lui sont faites, en particulier du champ biomédical
	Evoque et identifie les grandes urgences vitales et sait prévenir les structures d'urgences pour les adresser dans les services adéquats
	Prend conscience de l'amplitude du champ d'activités possibles en exercice ambulatoire et s'interroge sur ses capacités à y faire face
Intermédiaire	Recueille, accepte sans rejeter et analyse les demandes explicites les plus fréquentes, tente de les gérer en repérant la demande réelle en essayant de les hiérarchiser dans une vision centrée maladie plus que patient et tenant compte des prévalences liées au contexte
	Fait des tentatives de repérer la demande réelle derrière la plainte alléguée, en essayant d'intégrer les antécédents et le contexte de vie du patient ; mais peine à élargir sa vision centrée maladie et a besoin de soutien sous la forme de supervision pour se centrer patient
	Décide sans avoir systématiquement obtenu un diagnostic de maladie et accepte d'en parler au patient
	Accepte l'idée que les demandes urgentes recouvrent aussi des urgences ressenties
	Etend peu à peu le champ de ses capacités interventionnelles et fait bénéficier de façon pertinente les problèmes ou situations de patients qui nécessitent une intervention extérieure
Compétent	Elargit le contenu de la consultation à la prise en compte d'autres problèmes de santé
	Fait face aux plaintes les plus prévalentes de premier recours en mobilisant des ressources internes et externes permettant leurs résolutions
	S'organise pour faire face aux plaintes les plus prévalentes de premier recours en participant aussi à la permanence de soins
	Fait des diagnostics de situations
	Evoque les stades précoces des maladies et en dehors des situations d'urgence se donne le temps (cf suivi)
	Evoque la possibilité de symptômes bio médicalement inexpliqués (SBI)
	Elargit le champ de la consultation aux autres dimensions de la consultation et aux autres problèmes de santé en programmant éventuellement des actions de prévention en accord avec le patient
	Gère les urgences ressenties par le patient
	Collabore avec les autres intervenants et assume ses responsabilités

EDUCATION, PREVENTION, DEPISTAGE, SANTE INDIVIDUELLE ET COMMUNAUTAIRE

Définition : Capacité à accompagner « le » patient dans une démarche autonome visant à maintenir et améliorer sa santé, prévenir les maladies, les blessures et les problèmes psychosociaux dans le respect de son propre cheminement, et donc à intégrer et à articuler dans sa pratique l'éducation et la prévention et la prévention

Niveau	description du niveau
Novice	Accepte la place et l'importance des différentes composantes de cette grande compétence dans l'activité du généraliste
	Définit ce que recouvrent les 3 niveaux de prévention de l'OMS, primaire, secondaire et tertiaire
	Possède des notions de ce que recouvre l'éducation du patient avec ses 3 niveaux d'activité, du plus général au plus spécifique : l'éducation pour la santé du patient, l'éducation du patient à sa maladie et l'éducation thérapeutique du patient (se reporter aux définitions dans le mode d'emploi).
	Se sent responsable de la gestion de la santé du patient
Intermédiaire	Argumente ses propositions dans le but d'obtenir l'adhésion du patient, par une approche logique centrée sur son propre raisonnement et sans tenir compte des représentations du patient
	Réalise des consultations dédiées à la prévention en les intégrant aux soins à partir de la demande du patient et de ses contraintes de médecin
	Réalise les démarches et gestes de prévention dans les situations les plus simples
	Repère et exprime ses difficultés à changer de posture de soignant
	Cherche la collaboration et le soutien de l'entourage familial pour aider le patient
	Travaille avec d'autres intervenants impliqués dans la prévention et l'éducation du patient
Compétent	A conscience qu'il existe des temporalités différentes entre le médecin et le patient dans toutes les situations, en particulier en cas de discordance (temps nécessaire à chaque patient)
	Intègre couramment dans son activité de soins et dans la durée des moments dédiés à la prévention individuelle, au dépistage organisé et à l'éducation du patient
	Accompagne le patient dans une démarche d'éducation à sa santé (posture d'éducateur)
	Clarifie les tensions entre enjeux individuels et collectifs de la prévention pour rechercher l'adhésion du patient
	Collabore activement avec d'autres intervenants impliqués dans la prévention et l'éducation du patient

CONTINUITE, SUIVI, COORDINATION DES SOINS AUTOUR DU PATIENT

Définition : Capacité à assurer la continuité des soins et la coordination des problèmes de santé du patient engagé dans une relation de suivi et d'accompagnement.

Niveau	description du niveau
Novice	Accepte l'idée qu'il va être amené à revoir les patients
	Utilise le dossier médical
	Fait volontiers appel à d'autres intervenants sur des critères décisionnels centrés sur le biomédical et le médecin
	Transmet les informations nécessaires à la continuité des soins
	Utilise et prend en compte les informations des autres intervenants
	Met en place une relation médecin malade basée sur une posture expert « haute » et perçoit ses limites
Intermédiaire	Se rend disponible pour la permanence des soins
	Utilise le temps dans la démarche décisionnelle dans certaines situations
	Prend en compte les problèmes et les plaintes afin d'organiser le suivi
	Construit une relation dans le temps en essayant de faire participer le patient à la décision et à la démarche
	Utilise et renseigne le dossier médical dans une optique de suivi
	Fait le lien entre les différents moments ponctuels de recours
Compétent	Met en oeuvre une relation avec les intervenants, en particulier paramédicaux et médicosociaux, en adaptant les moyens de communication et d'information à la situation et à l'intervenant avec lequel il communique (cf. communication)
	Conçoit que le patient a une histoire personnelle et une vie qui déterminent ses traits de caractère et qui influencent le type de suivi
	Hiérarchise les plaintes et les problèmes et établit un suivi centré patient
	Utilise le temps comme allié, comme une aide à la décision en adéquation avec la situation du patient
	Choisit les intervenants en accord avec le patient selon des critères bio-psycho-sociaux
	Analyse les avis des différents intervenants, les synthétise pour prendre une décision centrée patient
	Utilise le dossier médical pour programmer un suivi dans une perspective, de promotion de la santé au niveau individuel et collectif, de prévention et de dépistage
	Collabore à la continuité et la coordination du maintien à domicile
	Participe à l'organisation de l'accessibilité aux soins y compris lors de ses absences

PROFESSIONNALISME

Définition : capacité à assurer l'engagement envers la société et à répondre à ses attentes, de développer une activité professionnelle en privilégiant le bien être des personnes par une pratique éthique et déontologique, d'améliorer ses compétences par une pratique réflexive dans le cadre de la médecine basée sur des faits probants, d'assumer la responsabilité des décisions prises avec le patient.

Niveau	description du niveau
Novice	Entrevoit un projet professionnel
	Accepte son rôle d'interne
	Présente un engagement altruiste envers le patient
	Participe aux formations théoriques et pratiques du D.E.S
Intermédiaire	Manifeste un engagement pour la médecine générale
	S'occupe du patient avec altruisme, honnêteté, dans le respect des règles déontologiques
	Prend conscience de besoin d'acquisition permanente de nouvelles connaissances afin d'améliorer ses compétences
	Définit des objectifs de formations en fonction de son projet professionnel
Compétent	Organise son temps de travail
	Assume sa responsabilité envers le patient et la société
	Collabore avec les autres soignants
	Organise son outil et son temps de travail
	Améliore ses compétences
	Prend en charge le patient avec altruisme
	S'implique dans le rayonnement de la discipline

Annexe 2 : Tableau croisé « situations-compétences » simplifié de la phase socle.

les familles de situations		les compétences					
		Premier recours Incertitude Soins non programmés et urgence	Relation Communication Approche centrée patient	Education en santé Dépistage Prévention Santé individuelle & communautaire	Continuité Suivi Coordination des soins autour du patient	Vision Globale Complexité	Professionalisme
1. patho chroniques, polymorbidité	1.1. patho chronique organique et psy						
	1.2. patient asymptomatique avec FDR						
	1.3. maintien à domicile						
	1.4. addiction, dépendance, benzo						
	1.5. soins pall et fin de vie						
	1.6. patho psy chronique ou récurrente						
	1.7. douleur chronique ou récurrente						
2. pb aigus non programmés, fréquents, exemplaires	2.1. plainte inexpliquée fonctionnelle ou somatique						
	2.2. trouble somatique, patho prévalente						
3. pb aigus non programmé / urg réelle ou ressentie	3.1. urgence med somatique						
	3.2. urg chir						
	3.3. urg ressentie						
	3.4. urg psychiatrique, psychique ou relationnelle						
	3.5. pb médicaux socio aigues nécessitant reponse rapide						

Annexe 3 : Le tableau "traces-niveaux de compétences - items à clés" en phase socle.

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	trace/observation attendue	nom de la trace	date de réalisation
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			
	Connait les caractéristiques fondamentales de la relation médecin malade			
	Identifie les difficultés inhérentes à la mise en pratique des habiletés relationnelles et communicationnelles et repère que l'acquisition des compétences et des capacités dans le domaine de la relation et de la communication doivent faire l'objet d'une formation			
	Mène un entretien directif, interprète les données avec une grille de lecture majoritairement de nature « bio médicale », y perçoit des limites en termes de perception et de compréhension de la situation clinique			
Intermédiaire	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			
	Identifie les données communicationnelles et relationnelles qui participent à la démarche décisionnelle	Validation par le MSU		
Compétent	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)	Validation par le MSU		
	Dans les situations courantes, construit une relation en s'appliquant à utiliser les habiletés d'une communication centrée patient	Trace d'apprentissage SN1		
	Accepte l'idée que l'on ne peut tout aborder et tout régler dans le temps d'une seule consultation	Trace d'apprentissage SN1		
	Repère et exprime ses difficultés relationnelles et communicationnelles	Trace d'apprentissage SN1		
	Communique avec l'entourage du patient, en utilisant les mêmes habiletés qu'avec le patient, en étant attentif au secret médical	Validation par le MSU		
APPROCHE GLOBALE, PRISE EN COMPTE DE LA COMPLEXITE				
Définition : Capacité à mettre en oeuvre une démarche décisionnelle centrée patient selon un modèle global de santé (EBM, Engels etc.) quel que soit le type de recours de soins dans l'exercice de Médecine Générale				
Niveau	description du niveau	trace/observation attendue	nom de la trace	date de réalisation
Novice	Explore certains aspects de la situation clinique en les segmentant de façon analytique et en privilégiant l'aspect bio médical aux dépens des aspects psycho sociaux			
	Utilise le temps de la consultation et de l'examen clinique pour le recueil des données principalement bio médicales			
	Entrevu qu'il existe des données psycho sociales, culturelles, éthiques, juridiques et administratives dans la démarche décisionnelle et qu'il est nécessaire de les prendre en compte			
	Accepte l'idée que s'occuper du patient ne se réduit pas à se centrer sur sa maladie mais que cette démarche n'est pas évidente pour lui.			
	Cherche à améliorer ses connaissances pour trouver la bonne réponse à une situation			
Intermédiaire	Conscience qu'une situation clinique ne peut pas se réduire au diagnostic médical et qu'il est nécessaire d'intégrer d'autres aspects pour comprendre et gérer cette situation clinique	Trace d'apprentissage		
	Tente de passer du diagnostic médical à un diagnostic qui intègre une partie du contexte sans pour autant qu'il s'agisse d'un diagnostic de situation (voir le référentiel métier compétence)	Validation par le MSU		
	Lors d'une consultation il peut utiliser certaines notions de psychologie médicale afin de mieux comprendre le sens de ses propres réactions et celles du patient dans le but d'aider ce dernier	Validation par le MSU		
	Est en mesure de réévaluer une situation, de changer d'analyse de cette situation lors des recours suivants pour intégrer de nouvelles données après réflexion	Trace d'apprentissage		
	Change de registre pour comprendre mieux la situation et modifie sa posture initiale si besoin	Validation par le MSU		
Compétent	Conscience qu'il existe des temporalités différentes entre le médecin et le patient dans toutes les situations, en particulier en cas de discordance (temps nécessaire à chaque patient)	Trace d'apprentissage		
	Accepte l'idée qu'il existe plusieurs réponses acceptables en fonction des différentes analyses possibles. De ce fait, prend en compte une partie de la complexité en situation. Reconnaît la place de l'incertitude dans la démarche décisionnelle	Trace d'apprentissage		
	Dans les situations habituelles, tient compte des données émanant de plusieurs champs et de plusieurs sources, tente de les intégrer dans une décision centrée patient.			
	Prend le temps nécessaire et suffisant pour explorer une situation. Laisse le temps au patient de métaboliser.			
	Gère simultanément plusieurs problèmes de nature différente en les hiérarchisant.			
NB : Une des traces d'apprentissage doit obligatoirement être un RSCA. Ce RSCA peut recouvrir plusieurs clés.				
PREMIERS RECOURS, URGENCES				
Définition : capacité à gérer avec la personne les problèmes de santé indifférenciés, non sélectionnés, programmés ou non, selon les données actuelles de la science, le contexte et les possibilités de la personne, quelque soit son âge, son sexe, ou toutes autres caractéristiques, en organisant une accessibilité (proximité, disponibilité, coût) optimale...				
Niveau	description du niveau	trace/observation attendue	nom de la trace	date de réalisation
Novice	Accepte toutes les plaintes qui lui sont faites, en particulier du champ biomédical			
	Evoque et identifie les grandes urgences vitales et sait prévenir les structures d'urgences pour les adresser dans les services adéquats			
	Prend conscience de l'ampleur du champ d'activités possibles en exercice ambulatoire et s'interroge sur ses capacités à y faire face			
	Recueille, accepte sans rejeter et analyse les demandes explicites les plus fréquentes, tente de les gérer en repérant la demande réelle en essayant de les hiérarchiser dans une vision centrée malade plus que patient et tenant compte des prévalences liées au contexte	Trace d'apprentissage SN1 + urgences		
	Fait des tentatives de repérer la demande réelle derrière la plainte alléguée, en essayant d'intégrer les antécédents et le contexte de vie du patient, mais peine à élargir sa vision centrée malade et a besoin de soutien sous la forme de supervision pour se centrer patient	Validation par le MSU		
Intermédiaire	Décide sans avoir systématiquement obtenu un diagnostic de maladie et accepte d'en parler au patient	Trace d'apprentissage SN1 + urgences		
	Accepte l'idée que les demandes urgentes recouvrent aussi des urgences ressenties	Trace d'apprentissage SN1 + urgences		
	Etend peu à peu le champ de ses capacités interventionnelles et fait bénéficier de façon pertinente les problèmes ou situations de patients qui nécessitent une intervention extérieure	Validation par le MSU		
	Elargit le contenu de la consultation à la prise en compte d'autres problèmes de santé	Validation par le MSU		
	Fait face aux plaintes les plus prévalentes de premier recours en mobilisant des ressources internes et externes permettant leurs résolutions			
Compétent	S'organise pour faire face aux plaintes les plus prévalentes de premier recours en participant aussi à la permanence de soins			
	Fait des diagnostics de situations			
	Evoque les stades précoces des maladies et en dehors des situations d'urgence se donne le temps (cf suivi)			
	Evoque la possibilité de symptômes bio médicalement inexpliqués (SBI)			
	Elargit le champ de la consultation aux autres dimensions de la consultation et aux autres problèmes de santé en programmant éventuellement des actions de prévention en accord avec le patient			
NB : au moins une trace écrite en SN1 et une trace écrite en stage d'urgences				

EDUCATION, PREVENTION, DEPISTAGE, SANTE INDIVIDUELLE ET COMMUNAUTAIRE

Définition : Capacité à accompagner « le » patient dans une démarche autonome visant à maintenir et améliorer sa santé, prévenir les maladies, les blessures et les problèmes psychosociaux dans le respect de son propre cheminement, et donc à intégrer et à articuler dans sa pratique l'éducation et la prévention et la prévention

Niveau	description du niveau	trace/observation attendue	nom de la trace	date de réalisation
Novice	Accepte la place et l'importance des différentes composantes de cette grande compétence dans l'activité du généraliste	Validation par le MSU		
	Définit ce que recouvrent les 3 niveaux de prévention de l'OMS, primaire, secondaire et tertiaire			
	Possède des notions de ce que recouvre l'éducation du patient avec ses 3 niveaux d'activité, du plus général au plus spécifique : l'éducation pour la santé du patient, l'éducation du patient à sa maladie et l'éducation thérapeutique du patient (se reporter aux définitions dans le mode d'emploi).	Validation par le MSU		
	Se sent responsable de la gestion de la santé du patient	Validation par le MSU et le chef de service hospitalier		
Intermédiaire	Argumente ses propositions dans le but d'obtenir l'adhésion du patient, par une approche logique centrée sur son propre raisonnement et sans tenir compte des représentations du patient			
	Réalise des consultations dédiées à la prévention en les intégrant aux soins à partir de la demande du patient et de ses contraintes de médecin			
	Réalise les démarches et gestes de prévention dans les situations les plus simples			
	Repère et exprime ses difficultés à changer de posture de soignant			
	Cherche la collaboration et le soutien de l'entourage familial pour aider le patient			
	Travaille avec d'autres intervenants impliqués dans la prévention et l'éducation du patient			
Compétent	A conscience qu'il existe des temporalités différentes entre le médecin et le patient dans toutes les situations, en particulier en cas de discordance (temps nécessaire à chaque patient)			
	Intègre couramment dans son activité de soins et dans la durée des moments dédiés à la prévention individuelle, au dépistage organisé et à l'éducation du patient			
	Accompagne le patient dans une démarche d'éducation à sa santé (posture d'éducateur)			
	Clarifie les tensions entre enjeux individuels et collectifs de la prévention pour rechercher l'adhésion du patient			
	Collabore activement avec d'autres intervenants impliqués dans la prévention et l'éducation du patient			

CONTINUE, SUIVI, COORDINATION DES SOINS AUTOUR DU PATIENT

Définition : Capacité à assurer la continuité des soins et la coordination des problèmes de santé du patient engagé dans une relation de suivi et d'accompagnement.

Niveau	description du niveau	trace/observation attendue	Nom de la trace	date de réalisation
Novice	Accepte l'idée qu'il va être amené à revoir les patients	Validation par le MSU		
	Utilise le dossier médical			
	Fait volontiers appel à d'autres intervenants sur des critères décisionnels centrés sur le biomédical et le médecin	Validation par le MSU		
	Transmet les informations nécessaires à la continuité des soins	Validation par le MSU et le chef de service hospitalier		
	Utilise et prend en compte les informations des autres intervenants	Validation par le MSU et le chef de service hospitalier		
	Met en place une relation médecin malade basée sur une posture expert « haute » et perçoit ses limites			
Intermédiaire	Se rend disponible pour la permanence des soins			
	Utilise le temps dans la démarche décisionnelle dans certaines situations			
	Prend en compte les problèmes et les plaintes afin d'organiser le suivi			
	Construit une relation dans le temps en essayant de faire participer le patient à la décision et à la démarche			
Compétent	Utilise et renseigne le dossier médical dans une optique de suivi	Validation par le MSU et le chef de service hospitalier		
	Fait le lien entre les différents moments ponctuels de recours			
	Met en œuvre une relation avec les intervenants, en particulier paramédicaux et médicosociaux, en adaptant les moyens de communication et d'information à la situation et à l'intervenant avec lequel il communique (cf. communication)			
	Conçoit que le patient a une histoire personnelle et une vie qui déterminent ses traits de caractère et qui influencent le type de suivi			
	Hiérarchise les plaintes et les problèmes et établit un suivi centré patient			
	Utilise le temps comme allié, comme une aide à la décision en adéquation avec la situation du patient			
	Choisit les intervenants en accord avec le patient selon des critères bio-psycho-sociaux			
	Analyse les avis des différents intervenants, les synthétise pour prendre une décision centrée patient			
	Utilise le dossier médical pour programmer un suivi dans une perspective, de promotion de la santé au niveau individuel et collectif, de prévention et de dépistage			
	Collabore à la continuité et la coordination du maintien à domicile			
	Participe à l'organisation de l'accessibilité aux soins y compris lors de ses absences			

PROFESSIONNALISME

Définition : capacité à assurer l'engagement envers la société et à répondre à ses attentes, de développer une activité professionnelle en privilégiant le bien être des personnes par une pratique éthique et déontologique, d'améliorer ses compétences par une pratique réflexive dans le cadre de la médecine basée sur des faits probants, d'assumer la responsabilité des décisions prises avec le patient.

Niveau	description du niveau	trace/observation attendue	nom de la trace	date de réalisation
Novice	Entrevient un projet professionnel	Contrat phase socle		
	Accepte son rôle d'interne	Validation par le MSU et le chef de service hospitalier		
	Présente un engagement altruiste envers le patient	Validation par le MSU et le chef de service hospitalier		
	Participe aux formations théoriques et pratiques du D.E.S	Attestation de présence aux formations		
Intermédiaire	Manifeste un engagement pour la médecine générale			
	S'occupe du patient avec altruisme, honnêteté, dans le respect des règles déontologiques			
	Prend conscience de besoin d'acquisition permanente de nouvelles connaissances afin d'améliorer ses compétences			
	Définit des objectifs de formations en fonction de son projet professionnel			
Compétent	Organise son temps de travail			
	Assume sa responsabilité envers le patient et la société			
	Collabore avec les autres soignants			
	Organise son outil et son temps de travail			
	Améliore ses compétences			
	Prend en charge le patient avec altruisme			
	S'implique dans le rayonnement de la discipline			

Annexe 3 bis : Mode d'emploi du tableau "traces-niveaux de compétences - items à clés" en phase socle.

Chaque onglet traite une des 6 compétences

Les 3 niveaux de compétences (novice, intermédiaire, compétent) sont détaillés avec les composantes de ces niveaux

Pour valider la phase socle, vous devez atteindre au minimum le niveau intermédiaire pour les compétences premier recours, approche globale, relation et le niveau novice pour les 3 autres

Vous devez donc prouver l'acquisition de chacune des compétences de ces niveaux

Pour les 3 compétences où le niveau intermédiaire doit être atteint, les items à clé doivent être authentifiés par la production d'une trace (grille d'observation en stage ou RSCA ou trace d'apprentissage simple).

Pour les 3 autres compétences, les items à clés peuvent être simplement authentifiés par le MSU, l'encadrant dans le service d'urgence ou par une trace d'apprentissage.

Une même trace d'apprentissage peut illustrer plusieurs items à clé.

Toutes les traces écrites doivent être signées par le MSU ou le chef de service hospitalier, puis validées par le tuteur

Ce tableau est rempli au fur et à mesure de la rédaction des traces dès qu'elles ont été validées par le tuteur

Ce tableau servira de justificatif du travail produit en fin de phase socle.

I. Phase socle – Fiche de validation

DES de Médecine Générale

Date :

Nom :

☐ Signalé en difficulté

Prénom :

par

(→ à recevoir en septembre)

Afin que la commission puisse statuer sur la validation de la phase socle de cet étudiant, les documents suivants sont nécessaires :

<u>Validation de stages</u>		
1 ^{er} semestre ☐ Niveau 1 ☐ Urgences	☐ Validation mi-stage	☐ Validation de fin de stage
2 ^e semestre ☐ Niveau 1 ☐ Urgences	☐ Validation mi-stage	
Niveau 1	☐ Fiche d'évaluation du stage niveau 1 Traces d'apprentissage illustrant les items à clefs des compétences - « Approche globale, prise en compte de la complexité » ☐ Au moins un RSCA sur une situation vécue en niveau 1 illustrant un des items clefs - « Premier recours, urgences » ☐ Au moins une trace vécue en niveau 1 ☐ Au moins une trace vécue aux d'urgences - « Relation communication, approche centrée patient » ☐ Au moins une grille d'observation partagée en niveau 1	
<u>Enseignements</u> (attestés par la liste des présences)		
Séminaires obligatoires	☐ Intégration ☐ Thèse 1 ☐ Thèse 2	☐ Optimiser son stage niveau 1 ☐ Ecritures des pratiques
Groupes de pratiques	☐ 1 ^{er} GDP ☐ RSCA	☐ 2 ^e GDP ☐ RSCA
<u>Tutorat</u>		
	☐ Note de synthèse du tuteur (Acquisition de la boucle d'apprentissage, communication, complexité)	
	☐ Tableau croisé situations/compétences	

Traces d'apprentissage (Présence d'une trace illustrant les items à clefs des compétences)	
« Approche globale, prise en compte de la complexité »	☐ A conscience qu'une situation clinique ne peut pas se réduire au diagnostic médical et qu'il est nécessaire d'intégrer d'autres aspects pour comprendre et gérer cette situation clinique ☐ Est en mesure de réévaluer une situation, de changer d'analyse de cette situation lors des recours suivants pour intégrer de nouvelles données après réflexion ☐ A conscience qu'il existe des temporalités différentes entre le médecin et le patient dans toutes les situations, en particulier en cas de discordance (temps nécessaire à chaque patient) ☐ Accepte l'idée qu'il existe plusieurs réponses acceptables en fonction des différentes analyses possibles. De ce fait, prend en compte une partie de la complexité en situation. Reconnaît la place de l'incertitude dans la démarche décisionnelle
« Premier recours, urgences »	☐ Recueille, accepte sans rejeter et analyse les demandes explicites les plus fréquentes, tente de les gérer en repérant la demande réelle en essayant de les hiérarchiser dans une vision centrée maladie plus que patient et tenant compte des prévalences liées au contexte ☐ Décide sans avoir systématiquement obtenu un diagnostic de maladie et accepte d'en parler au patient ☐ Accepte l'idée que les demandes urgentes recouvrent aussi des urgences ressenties
« Relation communication, approche centrée patient »	☐ 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 pas tout aborder et tout régler dans le temps d'une seule consultation ☐ Repère et exprime ses difficultés relationnelles et communicationnelles

A. Avis de la commission

- ☐ **Validation sans réserve**
☐ **Validation avec réserves** (préciser prescriptions pédagogiques)
☐ **Non Validation** → Stage supplémentaire en phase socle

Observations :

Date :

Signature :

Soumission de thèse

Vu, le Directeur de Thèse

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'J. H. A. i.' with a large, stylized flourish underneath.

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

Dépôt de sujet de thèse et composition du jury



Thèse 2018/2019

DOCTORAT en MEDECINE

Diplôme d'Etat

D.E.S. de **Médecine Générale**

Présentée et Soutenue le 06 JUIN 2019.

Dépôt de sujet de thèse, proposition de jury,

NOM : COUTADEUR

Prénoms : Cathleen, Delphine, Nathalie

Date de naissance : 15.05.1985

Nationalité : Française

Lieu de naissance : Orléans (45)

Domicile : 5 rue de la planche
45760 Boigny sur Bionne

Téléphone : 06 65 63 74 00

Directeur de Thèse : Docteur Isabelle ETTORI-AJASSE, Codirecteur Professeur Alain POTIER

Titre de la Thèse : Construction d'outils d'évaluation de la phase socle par le département universitaire de médecine générale de Tours.

JURY

Président : Professeur Patrice DIOT, Pneumologie, Faculté de Médecine -Tours

Membres : Professeur Denis ANGOULVANT, Cardiologie, Faculté de Médecine - Tours
Professeur Jean-Pierre LEBEAU, Médecine Générale, PU, Faculté de Médecine - Tours
Professeur Alain POTIER, Médecine Générale, PA, Faculté de Médecine - Tours
Docteure Isabelle ETTORI-AJASSE, Médecine Générale, CCU, Faculté de Médecine - Tours

Avis du Directeur de Thèse

À Tours, le 13/03/2019

Signature

Avis du Directeur de l'U.F.R. Tours

à Tours, le 22-3-19

Signature

Coutadeur Cathleen

50 pages – 1 figure – 4 annexes.

Résumé :

Introduction : L'année universitaire 2017-2018 a été marquée par la réforme du 3^{ème} cycle des études médicales. Pour la médecine générale, elle organisait ce cycle en une phase socle d'un an, suivi d'une phase approfondissement de deux ans. Chaque phase se ponctuait par une évaluation. Or il existait au Département Universitaire de Médecine Générale de Tours (DUMG) des difficultés à évaluer les compétences des étudiants. L'instauration d'une évaluation en fin de 1^{ère} année était l'occasion pour le DUMG de revoir ses méthodes d'évaluation. L'objectif était de construire en concertation avec les enseignants et les étudiants, des outils pour évaluer les étudiants en fin de phase socle.

Matériel et Méthode : Etude observationnelle du séminaire de production organisé par le DUMG. Il a réuni divers acteurs de l'enseignement de la médecine générale et des étudiants de 3^{ème} cycle, autour d'un expert en pédagogie. Les participants étaient repartis en trois groupes de production d'outils d'évaluation : - stages, - formation facultaire, et - validation de phase socle.

Résultats : Les participants ont déterminé le niveau de compétence attendu des étudiants en fin de phase socle. Seul le groupe chargé de la validation de la phase socle a été observé dans sa totalité. Il a ébauché en prenant compte des travaux des autres groupes, un processus d'évaluation et des grilles critériées sanctionnant.

Conclusion : Les participants au séminaire ont construit des outils d'évaluation pour la phase socle. Cette méthode de production modélise une intervention pour l'amélioration des outils pédagogiques dans l'évaluation du Diplôme Etude Spécialisé de médecine générale.

Mots clés : enseignement, pédagogie, médecine générale, évaluation, certification.

Jury :

Président du Jury :	Professeur Patrice Diot
Directrice de thèse :	Docteur Isabelle Ettori-Ajasse
Membres du Jury :	Professeur Denis Angoulvant
	Professeur Jean Pierre Lebeau
	Professeur Alain Potier

Date de soutenance : 06/06/2019