

Guide pédagogique à l'intention des étudiants en DES de médecine générale à Tours

Version 2019

Dr Renoux
Relecture : Dr Barbeau

Bienvenue à Tours

Bravo, vous êtes internes de médecine générale à Tours !

Bienvenue à tous dans notre région Centre Val de Loire, à la faculté de médecine de Tours, en 3^{ème} cycle de médecine générale. L'équipe des enseignants en médecine générale de toute la région est mobilisée pour faire de vous tous des médecins généralistes.

Le second cycle des études médicales a fait de vous des « *médecins indifférenciés* », capables de gérer une situation d'un patient dans un service d'urgences. La formation des 3 ans de DES fera de vous des **spécialistes en médecine générale**. Vous allez acquérir des connaissances, des savoir-faire, des savoir-être qui sont spécifiques de la discipline.

Ça s'apprend la médecine générale ?

Vos collègues ayant choisi la chirurgie vont apprendre à opérer. Ceux ayant choisi la santé publique vont apprendre les affres des biostatistiques. Ceux ayant choisi la cardiologie vont apprendre les spécificités de la cardiologie. Vous allez, comme eux, apprendre les spécificités de votre discipline :

- être le premier maillon de la chaîne médicale avec un plateau technique limité
- faire la différence entre ce qui est urgent, grave ou non
- gérer l'incertitude liée à l'absence fréquente de diagnostic
- gérer plusieurs motifs de consultation
- gérer des motifs que vous n'avez jamais vus dans les livres
- aider un patient avec des douleurs chroniques
- suivre au long cours des patients avec des pathologies chroniques
- coordonner les actions des différents soignants autour du patient
- aider un patient, lui expliquer ses pathologies, le rendre autonome dans la gestion de ses pathologies, l'accompagner en cas de souffrance ou de dépression
- ...

Tout cela ne s'apprend pas uniquement dans les livres car, au-delà des connaissances spécifiques que vous devrez acquérir, l'exercice de la médecine nécessite savoir-faire et savoir-être, que ce soit en médecine générale ou dans une autre discipline...

Et comment apprend-on la médecine générale ?

L'enseignement que vous avez connu en second cycle n'est pas utilisé pendant le 3^{ème} cycle en médecine générale... Ce guide a pour but de vous aider à comprendre :

- La pédagogie utilisée dans les départements de médecine générale, notamment à Tours
- Les objectifs de votre formation de DES.

Bonne lecture et bon DES de médecine générale à Tours !

Sommaire

Bienvenue à Tours.....	2
Sommaire.....	4
Ce que vous avez connu avant en pédagogie	5
La pédagogie adoptée par les départements de médecine générale	9
Qu'est-ce qu'un médecin compétent ?	11
Quelles sont les compétences en médecine générale à travailler ?.....	15
Que sont les familles de situations ?	18
Comment fait-on pour évaluer les compétences de quelqu'un ?	22
Comment fait-on pour apprendre dans une approche par compétence ?.....	28
Qu'est-ce que le portfolio ?.....	31
Bibliographie	34

Ce que vous avez connu avant en pédagogie

La pédagogie utilisée en second cycle est majoritairement basée sur la **théorie de l'enseignement et la pédagogie par objectifs**. Qu'est-ce que cela veut dire ?

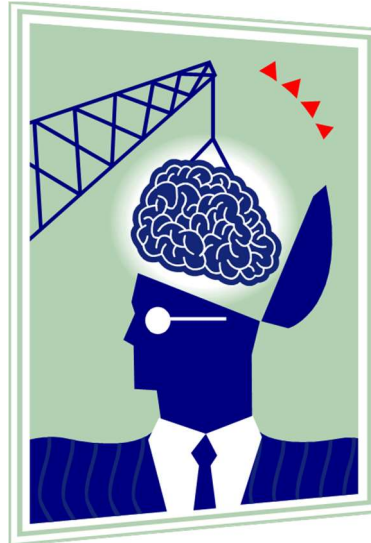
Cela veut dire que vous avez eu des enseignants qui savaient beaucoup de choses. Ils ont fait des cours pour que vous appreniez toutes ces choses.



Vous, étudiants, étiez plutôt passifs en cours... voire peu attentifs... voire même jamais en cours car vous aviez le résumé par quelqu'un d'autre, et une masse de livres de préparation aux ECN...



Dans cette **théorie de l'enseignement**, on considère que les connaissances passent du cerveau de l'enseignant à celui de l'étudiant, sans processus actif, sans réel traitement de l'information. Elles vont ainsi s'accumuler progressivement.



La médecine que vous deviez savoir avait été saucissonnée en de multiples objectifs (**pédagogie par objectifs**). Objectifs qu'il fallait atteindre pour valider l'enseignement.

Cela pouvait être des objectifs de connaissances, validés ensuite par des QCM ou des QROC. L'évaluation se faisait alors à distance, longtemps après le cours.



Les objectifs pouvaient être aussi :

- des gestes techniques à savoir effectuer (ponction lombaire, prélèvement de gaz du sang etc)
- voire des savoir-être (se présenter au patient).

Pendant les stages, vous avez appris et effectué ces objectifs, mais vos encadrants ne vous ont pas forcément regardé faire. Des examens étaient prévus à distance pour vous demander de faire « comme si ».

En parallèle, vous avez fait des stages, où vous avez appris pleins de choses, avec tous les soignants rencontrés, en allant de l'aide-soignante au chef de service. Vous avez appris des choses qui n'étaient pas écrites dans vos livres...

Venait alors la note obtenue lors d'un examen ! Vous aviez 10/20, bravo, l'examen était réussi et vous étiez un « bon » étudiant.



Vous n'aviez que 9.5/20, pas de chance, vous étiez un mauvais étudiant.



Chaque année, vous étiez probablement classés au sein de votre promotion, afin de savoir lequel était le meilleur et lequel était à la traine...

Pourquoi cette pédagogie ?

Cette pédagogie par objectifs a été mise en place dans les facultés de médecine en France au début du XXème siècle, dans le but de former des « *médecins sachant* ». A l'époque, les études médicales ne permettaient absolument pas, d'apprendre les nouvelles données scientifiques, nombreuses en cette période d'essor de la médecine. Les valeurs humanistes de la médecine étaient au premier plan, mais les médecins ne savaient pas grand-chose. L'enseignement était essentiellement la transmission d'un savoir personnel entre l'enseignant et l'étudiant.

Cette révolution de la pédagogie par objectifs a permis d'accroître énormément le niveau scientifique des médecins. Les cours en amphithéâtre ont permis de former encore plus d'étudiants en même temps. La technologie a accentué cette formation de masse (numérisation, MOOC etc). Les valeurs humanistes sont par contre passées au second plan...

Alors pourquoi est-elle remise en cause ?

Malgré tous ces avantages, cette pédagogie présente des problèmes et a été remise en cause dès les années 1960 :

- Elle n'évalue que des connaissances ou presque... Elle occulte l'évaluation des savoir-faire ou savoir-être.
- Elle entraîne une vision dichotomique : il y a les bons élèves et les mauvais...
- Elle ne s'intéresse pas au « pourquoi » des difficultés et ne propose rien de différent pour aider les étudiants à progresser.
- Elle valide des savoirs accumulés séparément : vous apprenez la cardio puis on valide la cardio, ensuite vous apprenez la pneumo puis on valide la pneumo. Elle ne s'intéresse pas à comment les étudiants intègrent et utilisent tous ces éléments pour résoudre un problème concret... (ex : un patient qui a un problème de dyspnée dont la cause pourrait être pneumo ou cardio...)
- Elle suit les nouvelles découvertes, toujours plus nombreuses. Les programmes passent de quelques dizaines d'objectifs à plusieurs centaines.
- Elle dévalorise l'erreur et la cache. Or, travailler sur ses erreurs permet de les comprendre et de corriger sa manière de faire.
- Enfin, il ne suffit pas d'être « sachant » pour soigner les patients, mener une consultation ou opérer quelqu'un... Il faut plus... Il faut être « *compétent* ».

Les facultés ont cherché à faire mieux

Les facultés de médecine se sont adaptées progressivement et ont trouvé des pistes de solutions, que vous avez peut-être expérimentées pendant votre externat :

- Les « tests de concordance de script » pour faire découvrir l'incertitude qui existe en médecine et tenter de voir votre réflexion, votre démarche
- Les « apprentissages au raisonnement clinique » pour s'intéresser au raisonnement clinique (du symptôme vers le diagnostic par exemple)
- Des « examens simulés » et « ECOS », pour appréhender des savoir-faire et savoir-être
- La « pédagogie inversée » où on vous donne des cours avant à lire et vous venez en ED discuter et mettre en pratique sur des cas cliniques. Il y a alors de la place pour explorer les difficultés des étudiants à comprendre et apprendre.
- ...

La pédagogie adoptée par les départements de médecine générale

Les départements de médecine générale ont initié une réflexion dès leur création, bien avant que la médecine générale ne devienne une spécialité en 2004. Les enseignants de médecine générale français n'ont rien inventé. Ils ont réfléchi à adapter en France les théories déjà existantes ailleurs.

Pourquoi les départements de médecine générale font-ils différemment ?

Ils sont partis du constat qu'en 3^{ème} cycle, ce n'est plus l'heure de sélectionner ou classer les gens.

Quelle est réellement la différence entre un étudiant qui a 9.5/20 et un étudiant qui a 10/20 à son examen, quand il se trouve devant un patient ?? Pourtant l'un a « réussi » et l'autre non. Dans la prise en charge d'un patient, le deuxième est-il vraiment meilleur que le premier pour 0.5 point sur 20 ??

L'objectif du 3^{ème} cycle, c'est que tous les étudiants admis deviennent des spécialistes en médecine générale. Alors autant trouver le moyen que chacun d'entre eux devienne le meilleur spécialiste possible, quel que soit son niveau initial.

D'où le choix de la pédagogie par apprentissage et l'approche par compétences, mais qu'est-ce ?

La **pédagogie par apprentissage** part du principe que c'est l'étudiant qui construit ses savoirs (connaissances, savoir-être et savoir-faire), à partir des questions qu'il se pose.

L'enseignant est là plutôt pour l'aider, lui apporter des ressources éventuellement, échanger avec lui pour le faire avancer et apporter son expérience. L'enseignant de médecine générale est un facilitateur des apprentissages.

Les données ne sont pas juste transférées d'un cerveau à l'autre, elles sont traitées activement, classées, intégrées à la pratique...



Cette pédagogie est particulièrement adaptée dans les formations professionnalisantes, car le questionnement des étudiants est nourri par les situations rencontrées en pratique. Analysées, elles permettent de comprendre les difficultés, d'exploiter les erreurs et de progresser avec l'aide de l'enseignant ou de pairs (d'autres étudiants rencontrant des situations similaires).

Lorsqu'on apprend à partir de situations que l'on a vécues, on retient bien mieux... Combien de fois avez-vous essayé d'apprendre par cœur une liste d'hypothèses diagnostiques dans votre livre ? Alors qu'après avoir vu Mme M qui avait une dyspnée, et vous être creusé la tête pour ne rien oublier... les choses se sont ordonnées dans votre tête !

L'approche par compétences remplace la pédagogie par objectifs.

Au lieu d'imposer l'apprentissage d'un nombre impressionnant de connaissances et gestes techniques (plusieurs centaines d'objectifs parfois), elle définit un certain nombre de compétences nécessaires à l'exercice d'une spécialité, et plus généralement d'un métier.

Ce changement répond à une volonté sociétale qui ne veut plus seulement des médecins « sachant ». Elle veut des médecins érudits, sachant s'adapter en toutes circonstances aux problèmes de santé du patient, à son environnement, à ses préférences et sachant communiquer.

Pour cela, les connaissances biomédicales seules ne sont pas suffisantes. Les savoir-faire et savoir-être isolés non plus... Pour cela, il faut intégrer ses différents savoirs et apprendre à les utiliser à bon escient, au bon moment. Est-ce cela être compétent ?

Qu'est-ce qu'un médecin compétent ?

La notion de compétence

Vous avez forcément déjà utilisé le mot « compétence » dans votre existence. Qui n'a jamais dit qu'il voulait un médecin, un plombier ou un coiffeur compétent ?

Qu'est-ce que cela veut dire pour vous concrètement ? Un plombier qui connaît tous les tuyaux possibles dans les livres, mais qui ne sait pas faire le diagnostic de votre fuite, ne vous paraîtra pas compétent... De même un médecin qui possède un savoir livresque, mais qui ne sait pas vous expliquer ce qui vous arrive, ne vous paraîtra pas compétent...

Les connaissances ne suffisent pas pour être compétent... Il faut aussi développer des savoir-faire et des savoir-être.

Ces trois différents savoirs peuvent ne pas suffire... Par exemple : vous connaissez les indications et contre-indications du stérilet. Vous avez appris à en poser sur des mannequins et vous en avez posé sur des femmes en stage. Pourtant, vous vous sentez en difficulté face à cette patiente anxieuse, finalement ambivalente sur le choix de cette contraception et venue le jour théorique de la pose avec son fils (mais pourquoi donc a-t-elle fait ça ?). L'activité professionnelle nécessite une constante adaptation au contexte...

Là, on s'approche de la notion de compétence, qui intègre à la fois les savoirs (connaissances, savoir-faire, savoir-être) mais aussi la manière dont on combine tout cela pour agir lorsqu'on est dans la vraie vie (= savoir-agir) !

Voilà ce qui nous intéresse en médecine générale ! Comment allez-vous utiliser tout ce que vous savez lorsque vous êtes devant un patient ? Comment allez-vous chercher ce qui vous manque éventuellement pour répondre à la demande du patient ? Bref, vos compétences !

La définition de la compétence

Il existe de multiples définitions de la compétence. Les enseignants ont dû faire un choix parmi celles existantes dans le domaine de la pédagogie. Elles sont assez proches les unes des autres et recouvrent finalement les mêmes notions. Celle de **Jacques Tardif** (de l'université de Sherbrooke) est communément retenue :

*« Un savoir-agir complexe
qui prend appui sur
la mobilisation et la combinaison
efficaces d'une variété
de ressources internes et externes
à l'intérieur
d'un ensemble de situations données »*

Décryptons cette définition

Le savoir-agir

Comme dit plus haut, le « savoir-agir », c'est pour préciser qu'une compétence s'exerce en situation, dans l'action professionnelle, dans la vraie vie quoi !

Par exemple, ce n'est pas décrire ce que l'on ferait si on y était, mais bien y être et faire l'action !

Complexe

Complexe veut dire que lorsqu'on agit, on prend en compte tous les champs qui nous sont présentés : bio-médicaux, relationnels, sociaux, éthiques, environnementaux, légaux etc.

Cette femme qui vient avec son fils pour sa pose de stérilet : on sait faire la pose, on sait qu'elle est encore ambivalente, elle vient avec son fils... est-ce un réel problème de garde d'enfant ou l'a-t-elle amené pour avoir une raison de ne pas le poser ce jour... ? Ou a-t-il un problème de santé dont elle voulait vous parler ? Bref, vous gérez différents champs à chaque consultation.

Les ressources internes et externes

Ce sont tout ce dont vous avez besoin pour résoudre une situation dans la vraie vie.

Vous avez besoin de vos connaissances, de vos habiletés (par exemple : poser un stérilet), de vos capacités relationnelles. Tout ça, vous l'avez en vous, ce sont donc des ressources internes.

Vous aurez peut-être aussi besoin de vérifier quelque chose sur Internet, d'appeler la secrétaire pour garder quelques minutes l'enfant avec elle et de discuter de la consultation avec un collègue ensuite : ce sont des ressources externes.

Exemples de ressources internes

Ressources internes

- ☛ Savoirs
 - Connaissances déclaratives
 - Informations déjà mémorisées
 - Représentations du réel...
- ☛ Savoir-faire
 - Connaissances procédurales,
 - Habiletés
 - Stratégies...
- ☛ Savoir-être
 - Attitudes, valeurs
 - Opinions
 - Perceptions, intuitions...

Exemples de ressources externes

Ressources externes

- ☛ Environnement académique, professionnel
 - Livres, articles
 - Banques de données Web
 - Ordi de poche...
 - Autres professionnels
- ☛ Environnement social et culturel
 - Familles, amis
 - Communauté
 - Leaders d'opinions
 - Média...

Mobilisation et combinaison efficaces

Cela veut dire que vous articulez ces ressources entre elles, que vous allez les chercher en fonction de vos besoins, à bon escient.

Un ensemble de situations données

La compétence s'exerce dans un univers professionnel, dans l'action. Quel est l'univers professionnel d'un médecin généraliste ? Il est défini par la notion de « familles de situations » (cf chapitre correspondant)

Une autre définition de la compétence ?

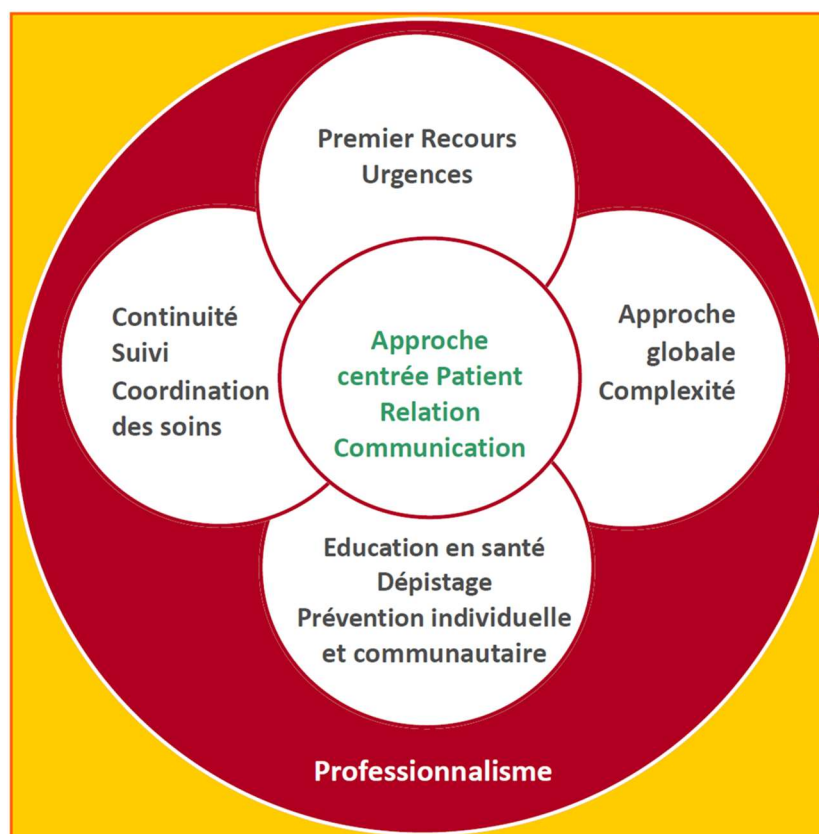
La définition de Marc Romainville (Université de Namur) vient utilement compléter celle de Jacques Tardif, pour une meilleure compréhension : « *une compétence est un ensemble intégré et fonctionnel de savoirs, savoir-faire, savoir-être et savoir-devenir, qui permettront, face à une catégorie de situations, de s'adapter, de résoudre des problèmes et de réaliser des projets* ».

Quelles sont les compétences en médecine générale à travailler ?

Dans l'approche par compétence, il est conseillé aux enseignants d'identifier un nombre restreint de compétences nécessaires et suffisantes à l'exercice de la profession. Depuis très longtemps, les différents départements de médecine générale et de sciences de l'éducation ont réfléchi aux compétences nécessaires à l'exercice de la médecine générale. En France la formalisation a été plus récente (débutée dans les années 1980) et accélérée par la publication du « référentiel métier et compétences » en 2009.

Le « référentiel métier » est la description de notre métier à travers 16 situations de soins type, courantes en médecine générale, suffisantes pour décrire tous les types d'action possibles dans notre profession.

A partir de cela a été développé le « référentiel de compétences en formation initiale », la fameuse « *marguerite des compétences* ».



Les 6 compétences génériques en médecine générale et leur définition

1. Premier recours, incertitude, soins non programmés et urgences

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, les possibilités de la personne
- Quels que soient son âge, son sexe...
- En organisant une accessibilité optimale

2. Relation, communication, approche centrée patient

Capacité à construire une relation

- Avec le patient, son entourage, les différents intervenants de santé, les institutionnels
- En utilisant dans les différents contextes les habiletés communicationnelles adéquates
- Dans l'intérêt du patient

3. Education en santé, dépistage, prévention, santé individuelle et communautaire

Capacité à

- Accompagner le patient
- Dans une démarche autonome
- Visant à maintenir ou améliorer sa santé, prévenir les maladies, les blessures et les problèmes psychosociaux
- Dans le respect de son propre cheminement
- Intégrer et articuler dans sa pratique l'éducation et la prévention

4. Continuité, suivi, coordination des soins autour du patient

Capacité à assurer

- La continuité des soins
- La coordination des problèmes de santé
- Du patient engagé dans une relation de suivi et d'accompagnement

5. Approche globale, complexité

Capacité à mettre en œuvre

- Une démarche décisionnelle centrée patient
- Selon un modèle global de santé (Evidence Based Medicine ou EBM, Engel...)
- Quel que soit le type de recours aux soins dans l'exercice de la médecine générale

6. Professionnalisme

Capacité à

- Assurer l'engagement envers la société et répondre à ses attentes
- Développer une activité professionnelle en privilégiant le bien être des personnes par une pratique éthique et déontologique
- Améliorer ses compétences par une pratique réflexive dans le cadre de la médecine fondée sur preuves
- Assumer la responsabilité des décisions

Que sont les familles de situations ?

Les familles de situations ont pour vocation d'identifier « *le champ professionnel* » dans lequel les compétences sont exercées. Bref, elles définissent ce qu'on peut s'attendre à voir en médecine générale !

Elles ont été formalisées par un groupe d'experts nationaux. Elles pourront évoluer avec le temps. Actuellement, elles sont une aide indéniable pour la formation des internes, en permettant d'identifier ce à quoi ils doivent se préparer pour leur pratique future.

C'est quoi une famille de situation ?

Là encore, on pourrait trouver de nombreuses définitions pédagogiques. Celle de Lemenu (2010) correspond bien à l'utilisation faite en formation en médecine générale :

« Une famille de situation est un ensemble de situations complexes représentatives des situations professionnelles courantes qui doivent pouvoir être gérées par le futur diplômé et qui présentent suffisamment de caractéristiques communes pour mobiliser les mêmes compétences et capacités, dans les mêmes conditions de difficultés ».

Autrement dit

Les situations rencontrées dans la pratique de la médecine générale sont nombreuses et diverses. Il n'est pas possible de toutes les passer en revue pendant l'internat. En revanche, certaines ont des points communs, et pourront être gérées avec les mêmes ressources et les mêmes compétences. Elles ont été regroupées en 11 familles.

Cela signifie qu'un étudiant qui a travaillé une ou quelques situations d'une même famille, devrait pouvoir être plus à l'aise dans n'importe quelle situation de cette même famille. Et qu'un étudiant qui a travaillé et a été confronté à chacune de ces 11 familles de situations, devrait pouvoir faire face à n'importe quelle situation qu'il rencontrera lors de son activité professionnelle future.

Les 11 grandes familles de situation clinique en médecine générale**1. Patients souffrant de pathologies chroniques, polymorbidité à forte prévalence**

- Patients atteints de pathologies chroniques organiques et psychologiques de toute nature, à tous les âges de la vie.
- Patients asymptomatiques qui présentent des facteurs de risque dont le contrôle a montré son efficacité sur la probabilité de survenue d'évènements morbides à court, moyen et long terme.
- Situations de maintien à domicile de patients souffrant de déficiences motrices, sensitives, cognitives entraînant une perte d'autonomie (problèmes locomoteurs, neurologiques, sensoriels)
- Patients souffrant de problèmes d'addiction, de dépendance et de mésusage de substances psychoactives.
- Patients présentant des pathologies chroniques très graves, de patients en soins palliatifs et de patients en fin de vie.
- Patients souffrant de pathologies psychiatriques chroniques ou récurrentes prévalentes (dépression, anxiété généralisée, troubles bipolaires, psychoses).
- Patients présentant des douleurs chroniques ou récurrentes.

2. Problèmes aigus/non programmés/ fréquents

- Patients présentant des plaintes médicalement inexpliquées/ plaintes d'origine fonctionnelle/ plaintes somatiques inexpliquées.
- Patients qui présentent des troubles somatiques en particulier les pathologies prévalentes de toutes natures, à tous les âges de la vie.

3. Problèmes dans le cadre des urgences réelles ou ressenties

- Patients qui présentent des plaintes ou états urgents de nature somatique médicaux: défaillances des fonctions vitales ou risque de défaillances de ces fonctions.
- Patients qui présentent des plaintes ou états urgents de nature chirurgicale.
- Patients qui présentent des plaintes du domaine des urgences ressenties.
- Patients présentant des crises aiguës de nature psychiatrique ou psychique/ ou relationnelle (patient très agressif).
- Patients présentant des problèmes médico sociaux aigus nécessitant une réponse rapide.

4. Problèmes de santé concernant l'enfant et l'adolescent

- Situations concernant les nourrissons et les enfants dans les consultations systématiques de surveillance.
- Situations de parents inquiets des plaintes et symptômes de leur nourrisson.
- Situations concernant des adolescents sur le plan somatique et psychique, préventif, éducatif et relationnel.

5. Sexualité et génitalité

- Situations de prescription, suivi, information et éducation pour toutes les formes de contraception en situation commune, à risque, et en situation d'urgence ; en abordant la sexualité en fonction du contexte
- Situations autour d'un projet de grossesse, suivre une grossesse normale dans toutes ses dimensions, de repérer et orienter les grossesses à risque quel qu'en soit le terme.
- Situations concernant des femmes en péri ménopause puis en ménopause, analyser avec la patiente les risques et bénéfices des traitements; d'aborder la sexualité dans ce contexte.
- Situations de demandes d'IVG dans le cadre réglementaire.
- Situations de demande programmée ou non d'une femme présentant une plainte indifférenciée dont l'origine gynécologique est probable.
- Situations de dépistage des cancers mammaires et génitaux en fonction des niveaux de risque de la femme.

6. Problèmes liés à l'histoire familiale et à la vie de couple

- Situations où la dynamique familiale est perturbée.
- Situations de conflits intrafamiliaux aigus ou pérennes.
- Situations de violences et d'abus intrafamiliaux actuels ou anciens.

7. Problèmes de santé et/ou souffrance liées au travail

- Patients présentant des troubles physiques et/ou psychiques liés directement ou indirectement au travail.
- Patients présentant des problèmes de reconnaissance de pathologies liées au travail (accident de travail, harcèlement et maladie professionnelle).
- Patients posant des problèmes d'aptitude ou de reprise de travail ou d'aptitude à leur poste.

8. Aspects légaux, déontologiques et ou juridiques/ médicolégaux au premier plan

- Situations dans lesquelles le secret médical peut être questionné.
- Situations de demande de certificats ou de documents médico-légaux ou assurantiels.
- Situations de désaccord profond ou de conflit entre les soignants.
- Situations où la sécurité du patient n'est pas respectée.
- Situations d'erreurs médicales, en connaissant les différents temps successifs d'une démarche permettant une culture positive de l'erreur.

9. Patients difficiles/exigeants

- Situations de patients ou de familles affichant un mode relationnel agressif.
- Situations de patients ou de familles dont les demandes sont abusives ou irrecevables d'un point de vue médical, réglementaire, éthique, juridique ou déontologique.
- Situations de patients ou de familles pour lesquels toutes les tentatives d'intervention, de quelques natures qu'elles soient, se soldent par des échecs.

10. Problèmes sociaux au premier plan

- Situations dans lesquelles les problèmes sociaux entraînent des inégalités de santé.
- Situations de patients en précarité.
- Situations de rupture professionnelle et ou familiale avec risque de désocialisation.

11. Patients d'une autre culture

- Situations de patients migrants en situation irrégulière / précaire.
- Situations de patients migrants voyageurs (qui retournent régulièrement dans leur pays d'origine).
- Situations de patients et familles d'une autre culture qui sont installés durablement en France.

Comment fait-on pour évaluer les compétences de quelqu'un ?

C'est bien le problème... Lorsqu'on a compris ce que sont les compétences, on se rend facilement compte que des QCM ne vont pas pouvoir les évaluer. Gardons aussi en tête que l'objectif est bien d'aider la personne à progresser dans ses compétences pour devenir médecin généraliste, et non de la classer en fonction de notes au sein d'une promotion.

Donc finis les QCM... Oui mais... comment faire alors ?

Qu'est-ce que les enseignants peuvent observer ?

La compétence ne s'observe pas directement... Ce qui s'observe c'est la performance.

La notion de performance

Dans l'image collective, lorsqu'on dit le mot performance, on pense à la performance de l'athlète qui se dépasse, qui fait un record. Il y a une notion de qualité de ce qui est fait.

En pédagogie, la « performance » c'est la manifestation concrète de la compétence. En bref, quand on vous regarde faire une consultation, on observe une performance. A force d'observer beaucoup de consultations, on peut se faire une idée de comment vous gérez un certain nombre de choses, et les imprévus. On peut alors se faire une idée (en pédagogie on dit « inférer ») de vos compétences. Pas de notion de courses à la première place dans cette histoire, loin de là !!!

La performance est observable mais une consultation ne suffit pas pour se faire une idée

D'une consultation unique, on ne peut pas dire que vous êtes compétent ou non. Car cette fois-là, vous pouviez être fatigué, malade, énervé. Ou le patient était trop opposant. Ou vous avez oublié une hypothèse diagnostique, alors que ça ne vous arrive jamais d'habitude etc...

Il faut donc observer beaucoup de « performances en situation » (bref, beaucoup de consultations), pour finir par comprendre que dans tel type de situation, vous réagissez habituellement comme ceci, et que dans tel autre vous agissez comme cela. Là, on commence à s'approcher d'une évaluation de vos compétences.

Comment évaluer ce qu'on observe...

Cette approche sera forcément qualitative et non quantitative.

On ne peut donner une note réelle à vos consultations, car il n'existe pas de consultation parfaite. En effet, pourrait-on créer une grille valable pour toute consultation ? Et si un élément n'est pas coché, dire que vous n'êtes pas bon ? Non, cela ne se passe pas comme ça dans la pratique de la médecine générale. Une même consultation peut être menée de plusieurs manières différentes, avec un résultat acceptable pour le patient et le médecin.

Evaluer, c'est savoir déjà ce que l'on attend de l'étudiant en fin de parcours...

Une compétence évolue dans le temps... Elle se « développe » au fur et à mesure de son activité professionnelle. Elle passe d'un niveau considéré comme novice (débutant) à un niveau d'expert (professionnel travaillant depuis de nombreuses années, tout en continuant à réfléchir sur sa pratique, à se poser des questions et à s'améliorer). En effet, on ne travaille pas de la même manière lors de ses premiers remplacements, qu'après plusieurs dizaines d'années d'installation !

En pédagogie, plusieurs échelles d'évolution existent, représentant les différentes étapes du développement d'une compétence. Les enseignants de médecine générale ont choisi d'utiliser une échelle à 5 niveaux de développement d'une compétence : novice, intermédiaire, compétent, confirmé, expert.

Il a été défini qu'un étudiant en fin de parcours devait atteindre le 3^{ème} niveau : le fameux niveau « compétent ».

Comment évalue-t-on l'atteinte de cet objectif ?

Nous avons donc des compétences définies et 3 niveaux intéressants pour un interne. Comment ça marche au sein de chaque compétence ?

Des chercheurs en sciences de l'éducation ont observé la manière dont ont évolué de nombreux étudiants, la manière dont ils ont acquis des savoirs et comment les compétences se sont développées chez eux pendant leur formation. Ils ont essayé d'identifier des critères observables, qui permettent de dire qu'un étudiant est plutôt en début, au milieu ou en fin de formation pour une compétence donnée.

Ainsi, on a obtenu une description des différents niveaux de développement d'une compétence, contenant pour chacun, un certain nombre de critères (= composantes) plus ou moins observables.

En partant de ces critères, on peut donc évaluer à peu près où se trouve l'étudiant dans le développement de sa compétence. C'est une démarche que font les enseignants mais que les internes peuvent faire aussi (=s'auto-évaluer) et savoir où ils en sont.

C'est ce que vous avez dans votre document « **le référentiel des niveaux de compétences en médecine générale** ».

Suffit-il de vérifier que chaque critère est atteint pour évaluer le niveau ?

Pas tout à fait, ce serait trop simple...

On pourrait évaluer le niveau d'un étudiant en validant chaque composante par « oui » ou « non », ou « fait » et « pas fait »... Il ne faut pas oublier que la compétence n'est pas uniquement la somme de savoirs ou capacités, mais bien **la manière de les mobiliser et de les combiner pour « agir »**.

Il reste donc une partie de la compétence qui semble peu évaluable uniquement en observant ce qui est fait par l'étudiant : C'est la manière dont il réfléchit à la situation, ce qu'il va mobiliser pour la résoudre, ce qui lui manque, ses incertitudes etc.

De plus, ces critères ne suffisent pas non plus à résumer la compétence. Ce sont des « indices » dans l'enquête menée pour évaluer la compétence. C'est la raison pour laquelle, vous trouverez des redondances entre les différents niveaux. Comme les compétences se recoupent, vous aurez aussi des redondances entre les différentes compétences.

Parfois un critère est présent au niveau novice parce que c'est normal d'être comme ça au début, puis il disparaît avec l'évolution de la formation. Par exemple dans la compétence « approche globale, prise en compte de la complexité », la composante du niveau novice :

- Explore certains aspects de la situation clinique en les segmentant de façon analytique et en privilégiant l'aspect biomédical aux dépens des aspects psychosociaux

Disparaît, pour laisser place à la composante du niveau compétent :

- Dans les situations habituelles, tient compte des données émanant de plusieurs champs et de plusieurs sources, tente de les intégrer dans une démarche centrée patient.

Bref, la description des niveaux de compétences est un outil qui aide l'étudiant et l'enseignant à savoir à peu près où se trouve l'étudiant dans le développement de sa compétence, grâce à des indices observables. Cette évaluation reste qualitative et donc subjective !

Une évaluation subjective ? Pour un diplôme ?

Et oui ! Lorsqu'on évalue qualitativement, on est soumis à la subjectivité de celui qui observe. Néanmoins, l'évaluation par compétences a l'énorme avantage d'évaluer ce qui est réellement important pour la pratique. C'est différent des QCM : ils évaluent des connaissances bio-médicales pures, avec lecture optique. C'est complètement objectif et facile, mais ça ne permet absolument pas de savoir si l'étudiant sera un médecin compétent.

Pour autant, cette subjectivité doit être limitée pour s'approcher le plus possible de la réalité.

Comment limiter la subjectivité de cette évaluation ?

L'idée générale est la suivante : Un étudiant est comme un prisme : plus on connaît de facettes, plus on s'éloigne de la subjectivité. Les chercheurs en science de l'éducation ont également réfléchi à ce sujet :

Plusieurs possibilités existent, dont 3 importantes à retenir pour vous :

1. Multiplier les situations évaluées

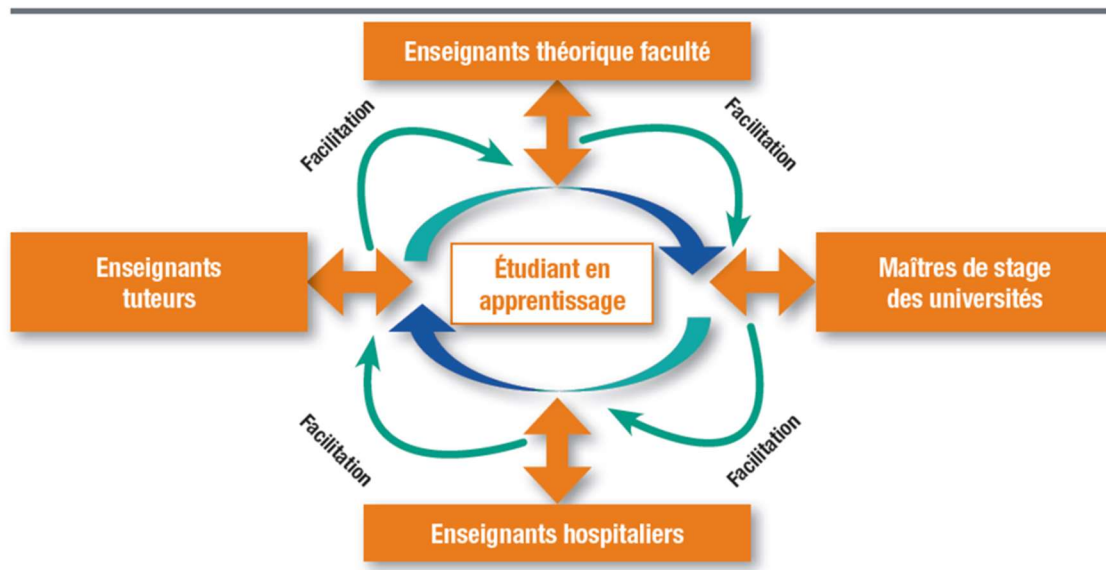
L'étudiant doit être soumis pendant sa formation à des évaluations permanentes (une espèce de contrôle continu) et non à une seule évaluation finale. Ainsi, on peut observer la progression et le développement des compétences.

Les situations vécues doivent l'être dans des contextes différents et dans des familles de situations différentes. Il est donc nécessaire d'utiliser toute la richesse de toutes les situations vécues en stage, que ce soit en médecine générale, ou en stage hospitalier.

2. Multiplier les observateurs

Plusieurs enseignants différents doivent avoir un regard sur l'étudiant : les différents MSU, le tuteur, les encadrants en stage hospitalier, les animateurs d'enseignements facultaires etc. Tous doivent faire part de leur évaluation, en laissant également des traces de leur analyse.

Leurs différentes évaluations, avec leurs perceptions individuelles, permettront de s'approcher au mieux de la réalité des compétences de l'étudiant.



3. L'utilisation d'outils

Le fait d'utiliser des supports permet de limiter la subjectivité. Ces supports sont par exemple :

- Les grilles utilisées en stage par vos MSU
- Le référentiel des niveaux de compétences avec ses « indices »
- Les grilles d'évaluation des traces d'apprentissage
- Etc.

Ces outils sont des outils qualitatifs, qui ne sont pas les mêmes que ceux que vous avez connus avant. Toujours pas de note entre 0 et 20...

Pour évaluer des compétences, on observe des performances... alors pourquoi me demande-t-on d'écrire des traces d'apprentissage ??

Premièrement, l'idéal pour cette évaluation individuelle serait d'avoir un enseignant qui vous suit partout et regarde ce que vous faites, comment vous progressez, vous vous posez des questions, comment vous réfléchissez dans l'action etc. Malheureusement, il n'y a pas un enseignant par étudiant...

Deuxièmement, l'observation de performances ne suffit pas à tout appréhender. Il existe des choses que l'on ne voit pas quand on regarde une situation : La manière de mobiliser et de combiner les différents savoirs pour agir. Pour cela, il faut accéder à ce qui se passe dans la tête de l'étudiant (ses doutes, son raisonnement, ses lacunes, ses analyses, les ressources internes qu'il mobilise...).

Pour y accéder, 2 possibilités :

- On vous demande de raconter à l'oral ce que vous avez vécu et on en discute (débriefing avec un MSU, GEAP etc.)
- Vous écrivez ce que vous avez vécu (trace d'apprentissage écrite)

Ce travail de narration ou d'écriture a aussi l'énorme avantage de faire progresser en même temps

Dans l'approche par compétence, l'évaluation est indissociable de la formation.

En effet, évaluer, c'est faire un état des lieux de ce qui a été réalisé, et où l'étudiant se situe dans son développement. C'est donc aussi une base pour repérer ce qui doit être travaillé pour progresser.

L'erreur, au lieu d'être cachée, est exploitée, travaillée... car c'est un très bon moyen d'identifier ce qui a manqué, ce qui aurait été nécessaire pour résoudre la situation.

Comment fait-on pour apprendre dans une approche par compétence ?

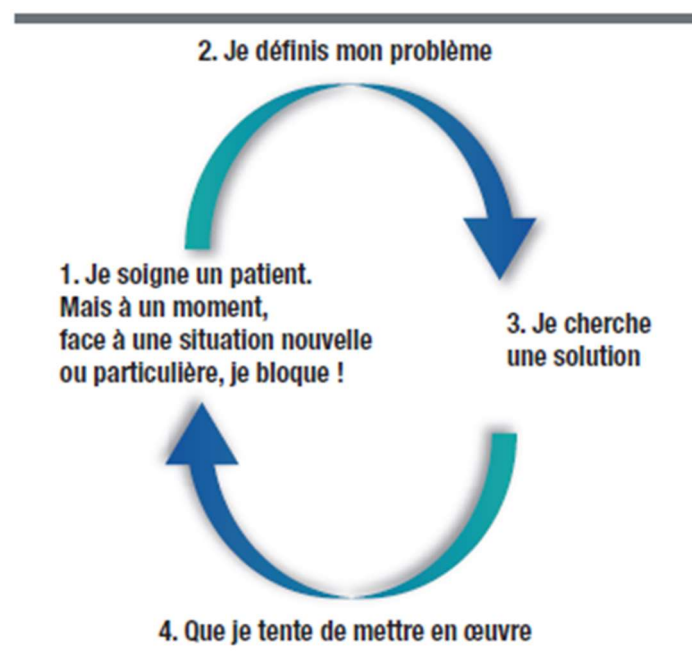
Apprendre dans l'approche par compétences, c'est acquérir une démarche réflexive.

Le praticien réflexif se prend pour objet de sa réflexion, il réfléchit à sa propre manière d'agir, de façon à la fois critique et constructive (Perrenoud).

La démarche réflexive est une démarche d'analyse des pratiques en plusieurs étapes :

1. Décrire la situation
2. Problématiser (= se poser des questions)
3. Analyser
4. Construire une théorie avec un plan d'action
5. Réinvestir ce qui a été appris en action

Vous reconnaissez ? C'est très proche de notre fameuse **boucle d'apprentissage**, non ? C'est normal, la boucle est issue du travail réalisé par les chercheurs sur la réflexivité.



Aller plus loin nous entrainerait dans des détails très pédagogiques. Gardez en tête qu'être réflexif, c'est se poser des questions sur ce qu'on fait ! Tout simplement !

Cela peut être pendant la consultation (**réflexivité pendant l'action**), ce qui permet de changer son fusil d'épaule quand on se rend compte que quelque chose cloche. Cela peut être après la consultation (**réflexivité après l'action**) quand on réfléchit après la situation à ce qui nous a posé problème.

L'un des objectifs de la formation sera de vous apprendre à réfléchir de manière adaptée après l'action. Le but, en fin de parcours, est de réussir à le faire pendant la consultation et à ajuster votre pratique en permanence. C'est la base de tout exercice professionnel permettant un maintien des compétences dans le temps. Bref, la base de la formation médicale continue. Cela vous servira donc toute votre vie.

En quoi la réflexivité permet d'apprendre dans l'approche par compétence ?

A partir du moment où vous vous posez des questions sur votre pratique, vous allez explorer tout ce qui fait une situation : vos savoirs, mais aussi votre action, le contexte, votre raisonnement, vos ressources, bref, tout ce dont on a besoin pour explorer vos compétences.

Cela vous permet de vous évaluer vous-même, d'identifier ce qu'il vous manque et donc ce que vous devez chercher ou apprendre (= vos besoins d'apprentissages).

En effet, dans l'approche par compétences, on considère que chaque étudiant est différent. Il a des savoirs propres, des domaines dans lesquels il excelle et d'autres dans lesquels il est en difficulté. La meilleure formation est celle qui s'adapte aux besoins de chacun. C'est donc à l'étudiant d'identifier ses besoins de formation, tout en étant aidé par l'enseignant.

Comment travailler cette réflexivité ?

On peut la travailler seul mais au début c'est très difficile. C'est pourquoi les enseignants ont développé des formations permettant de la travailler : les groupes d'échanges et d'analyse de pratique (GEAP) où les participants aident à analyser la situation vécue et identifier le « vrai » problème.

Cette réflexivité est aussi travaillée dès qu'il existe un échange :

- Les entretiens avec vos MSU après une consultation pour débriefer
- Les entretiens avec vos tuteurs
- Les échanges informels avec vos co-internes en stage

L'enseignant est alors là pour vous aider à identifier :

- Ce qui a posé problème
- Pourquoi cela a posé problème
- Ce qui vous manque pour avancer dans la situation
- Des ressources externes pouvant vous aider
- Les pistes d'action possibles pour une situation similaire future

L'enseignant n'est pas un expert qui vous donne une réponse, car la « bonne réponse » sera celle que vous aurez identifiée pour vous. Vos « pairs » (co-internes) joueront également un rôle d'aidant dans les GEAP. Après cette démarche, vous devriez vous souvenir de la réponse toute votre vie, car vous la réutiliserez rapidement.

Plus tard, vous continuerez peut-être à l'exercer dans votre formation continue, grâce aux groupes de pairs®.

Qu'est-ce que le portfolio ?

Définition du portfolio

Selon Legendre (1993), le portfolio est un document écrit dans lequel les acquis de formation d'une personne sont définis, démontrés et articulés en fonction d'un objectif.

Pour vous, internes de médecine générale, c'est une collection de documents permettant de démontrer votre progression, le développement de vos compétences en médecine générale, dans l'objectif de valider votre DES.

On distingue classiquement le :

- Portfolio d'apprentissage qui recueille tous les éléments démontrant les apprentissages au fur et à mesure de la formation
- Portfolio de réussite qui est souvent une version synthétique du précédent, en vue d'une validation finale

Pour faire simple et pour valider votre DES

Votre portfolio doit contenir toutes les preuves que vous avez travaillé pendant votre DES et développé vos compétences jusqu'au niveau attendu. La validation du DES sera le seul moment réellement sanctionnant de votre parcours d'interne.

C'est une décision importante à prendre : dire que vous pouvez être « estampillé » médecin généraliste, dans un contexte où la société est assez exigeante sur la qualité des professionnels diplômés. Les enseignants ont également besoin de savoir que vous continuerez à progresser tout au long de votre exercice professionnel.

C'est là qu'il est important de garder des traces écrites de tout ce que vous faites pour faire la preuve du travail réalisé : ce sont les **traces d'apprentissage**.

Ces traces doivent permettre de se rendre compte de votre réflexivité et d'évaluer où vous en êtes du développement de vos compétences. Il y a principalement les traces que vous rédigerez vous-même, mais aussi celles réalisées par vos enseignants (comme les fiches d'évaluation de stage, la note de synthèse de votre tuteur, les grilles d'observation en stage etc.).

Combien de traces dans le portfolio ?

Plus il y aura de traces, moins l'évaluation finale sera subjective... (cf chapitre sur l'évaluation).

Plus vous aurez échangé avec des enseignants différents, moins l'évaluation sera subjective.

Plus vous aurez travaillé sur les différentes compétences dans les différentes familles de situation, plus il sera facile pour la validation finale de se faire une idée de vos capacités à exercer ensuite. Il sera donc plus facile de vous donner le fameux « tampon » de validation de votre DES.

Pour vous rendre compte de votre travail au fur et à mesure, vous pouvez remplir progressivement le **tableau croisé familles de situations / compétences** sous format Excel. Il permet facilement de voir les compétences moins travaillées ou les familles de situations qui n'ont pas encore de traces d'apprentissage.

Vous l'aurez compris, il ne s'agit pas de définir un nombre de traces pour valider son DES. Là encore, c'est le contenu, la qualité et la diversité qui seront importants. A vous de faire la preuve de votre travail !

Qui peut aider à remplir ce portfolio ?

Un tuteur est désigné pour chaque interne. Il a pour rôle de l'aider à comprendre cette pédagogie, à écrire des traces d'apprentissage et à compléter son portfolio. A vous de l'interpeler régulièrement pour qu'il vous aide et vous accompagne dans votre progression.

Un guide de rédaction des traces d'apprentissage est disponible et un séminaire est réalisé en début de d'internat pour vous aider à acquérir les bases de cette démarche.

Tous les enseignants que vous verrez en GEAP sont également là pour vous aider dans cette démarche.

Un portfolio inscrit dans la loi, qui vous servira par la suite...

Depuis la réforme du DES, le portfolio est inscrit dans la loi comme mode d'évaluation des étudiants en 3^{ème} cycle des études médicales :

Arrêté du 12 avril 2017 portant organisation du 3^{ème} cycle des études de médecine

Art. 14. – 1. Un portfolio est annexé au contrat de formation. Rempli par l'étudiant, il permet le suivi de la construction des connaissances et des compétences en vue de la validation de la formation de l'étudiant. Il comporte les travaux significatifs et les pièces justifiant du parcours de formation de l'étudiant. Il constitue un outil permettant de déterminer si l'étudiant répond aux exigences pédagogiques de chacune des phases définies dans la maquette de formation de la spécialité suivie. 2. Le portfolio comprend un carnet de stage dans lequel figurent l'ensemble des éléments qui permettent de justifier de l'acquisition des connaissances et compétences professionnelles au cours du stage. 3. Le carnet de stage comprend notamment les fiches d'évaluations de stage. Le contenu du portfolio est transféré au cours de la vie professionnelle dans le portfolio professionnel.

Le portfolio écrit pendant votre internat servira donc de base à votre travail de formation continue par la suite.

Bibliographie

1. Compagnon L, Bail P, Huez JF et al. Définitions et descriptions des compétences en médecine générale. *exercer* 2013 ;108 :148-55
2. Compagnon L, Bail P, Huez JF et al. Les niveaux de compétences. *Exercer* 2013 ;108 :156-64
3. Attali C, Huez JF, Valette T, Lehr-Drylewicz AM. Les grandes familles de situations cliniques. *Exercer* 2013 ;108 :165-9
4. Chartier S, Le Breton J, Ferrat E et al. L'évaluation dans l'approche par compétences en médecine générale. *exercer* 2013 ;108 :171-7
5. Potier A, Robert J, Ruiz C, Lebeau JP, Renoux C. Un portfolio pour certifier les compétences : des concepts à la pratique. *exercer* 2013 :108 :178-84
6. Lemenu Dominique, Heinen Elfriede. Comment passer des compétences à l'évaluation des acquis des étudiants. Editions de boeck 2015.
7. Scallon Gérard. L'évaluation des apprentissages dans une approche par compétences. Editions de boeck 2012.
8. Scallon Gérard. Des savoirs aux compétences. Editions de boeck 2015.
9. Charlier E, Beckers J, Boucenna S et al. Comment soutenir la démarche réflexive ? Editions de boeck 2017.
10. CNGE, CNOSF, CASSF, CNGOF. Référentiels métiers et compétences. Médecins généralistes, sages-femmes et gynécologues-obstétriciens. Paris : Berger-Levrault, 2010.