

Thèse pour le Doctorat en Médecine

Présentée et soutenue publiquement le : Mercredi 06 janvier 2016

Par : Camille BIDEAU

Née le : 03 juin 1987

À : Paris

Compréhension et adhésion à la notion de compétence des internes de T2 et T3 de médecine générale à la faculté Paris-Sud en 2014 et 2015 : illustration avec la compétence « Savoir agir en situation d'incertitude ».

Président: Professeur Jean-Louis TEBOUL

Directeur: Docteur Pascale ARNOULD

Sommaire

Sommaire	3
Lexique.....	5
Introduction	10
A. La notion de compétence	10
B. ... utilisée dans le cadre d'une formation professionnalisante : les études médicales.....	10
C. Travaux sur la compréhension de la notion de compétence	10
D. Objectif de travail	11
Matériel et méthodes	12
A. L'entretien de groupe.....	12
B. Le questionnaire.....	12
Résultats	13
A. Résultats de l'entretien de groupe.....	13
1. La notion de compétence... ..	13
2. ... en lien direct avec la production de traces d'apprentissage	15
3. Adhésion à cette méthode d'apprentissage et propositions	16
4. La notion d'incertitude.....	19
B. Résultats du questionnaire	21
1. Orientation professionnelle	22
2. Représentation et compréhension de la notion de compétence.....	23
3. Les traces d'apprentissage	28

4. La notion d’incertitude en médecine générale, et la compétence « savoir agir dans une situation d’incertitude »	31
Discussion	37
A. Résultats principaux.....	37
B. Biais	37
C. Interprétation des résultats et implications	38
1. Un tiers des internes formés en médecine générale ne prévoient pas d’exercer cette spécialité	38
2. Amalgame entre trace d’apprentissage, notion de compétence, et principe d’apprentissage par compétences.....	38
3. Hypothèses pouvant expliquer le manque d’adhésion au principe d’apprentissage par compétences	40
4. Propositions pour favoriser l’adhésion des internes au principe d’apprentissage par compétences.....	41
5. Exemple de la compétence « savoir agir en situation d’incertitude » telle qu’elle est perçue par les internes.....	41
Conclusion.....	44
Bibliographie.....	46
ANNEXE 1: Mail adressé pour l’entretien de groupe.....	48
ANNEXE 2: Guide d’entretien pour l’entretien de groupe.....	49
ANNEXE 3: Questionnaire “COMPÉTENCES”	51
Summary	55
Résumé.....	56

Lexique

Apprentissage : les étudiants construisent de manière active leurs connaissances à partir des questions qu'ils se posent (prioritairement à partir de contextes professionnels authentiques), en interaction avec leurs professeurs et leurs pairs. Le professeur est perçu avant tout comme un « facilitateur » des apprentissages. Dans la logique d'apprentissage, l'évaluation est utilisée pour promouvoir et diagnostiquer les apprentissages, se préoccupant autant du processus d'apprentissage que du résultat. L'évaluation est donc enchâssée dans les activités d'apprentissage (1).

CNGE : Collège National des Généralistes Enseignants.

Compétence : définie par Jacques Tardif : savoir-agir complexe qui prend appui sur la mobilisation et la combinaison efficace d'une variété de ressources internes et externes à l'intérieur d'une famille de situations (2). Définition prise en compte par le CNGE : savoir agir complexe, en lien avec le complexe d'apprentissage ou d'exercice, qui intègre plusieurs types de ressources et qui permet, à travers une famille de situations, non seulement l'identification de problèmes mais également leur résolution par une action efficace et adaptée à un moment donné (3)(4).

DES : Diplôme d'Études Spécialisées.

DESC : Diplôme d'Études Spécialisées Complémentaires.

DRC : Dictionnaire des Résultats de Consultation : outil développé par la SFMG à partir des concepts du Dr R.N. BRAUN (à partir des années 1970). L'objectif est triple : proposer une classification descriptive des états pris en charge en soins de premier secours, ordonner la tenue des dossiers médicaux en médecine générale et éclairer le praticien lors de

sa prise de décision notamment en y intégrant une vigilance corrélée au degré d'incertitude du diagnostic de consultation relevé (5).

ECN : Examen National Classant.

Enseignement : situation de transmission de savoirs, détenus par les professeurs/enseignants, aux étudiants/élèves qui reçoivent de manière plus ou moins passive l'information. Dans la logique d'enseignement, l'enseignement, l'apprentissage et l'évaluation sont des temps séparés. L'évaluation est utilisée principalement pour mesurer la quantité des apprentissages, et privilégie l'obtention de la bonne réponse (1).

GRP : Groupe de Résolution de Problèmes. Enseignement obligatoire durant les 3 années de DES de médecine générale à la faculté Paris-Sud. Groupe de travail de six étudiants et un tuteur, qui se réunit régulièrement tout au long du cursus. L'objectif est de faire résoudre par les internes les difficultés qu'ils rencontrent pendant leur exercice professionnel en favorisant l'autonomie dans l'apprentissage, la capacité à travailler en équipe et la capacité à résoudre des problèmes complexes de la vie professionnelle.

Incertitude (en médecine générale) : malgré le fait que l'incertitude soit omniprésente dans la pratique médicale, sa définition est variable selon les auteurs, ce qui rend plus complexe sa compréhension. Certains ouvrages ne proposent pas de définition globale et préfèrent la découper en incertitude diagnostique, pronostique et thérapeutique (6), en incertitude factuelle ou contextuelle (7), ou bien en incertitude d'axe horizontal (forme « brute » de la plainte du patient) et d'axe vertical (liée aux questions de maîtrise du savoir scientifique biomédical) (8). C'est le travail de la sociologue G. Bloy qui permet de progresser dans les sources de l'incertitude en médecine générale « *l'incertitude tient au moins à deux choses caractéristiques : le rapport de l'omnipraticien au savoir médical, d'une part, et les rapports sociaux dans lesquels s'inscrit l'exercice libéral des soins primaires en France,*

d'autre part ». Elle détaille l'incertitude médicale sur le front des savoirs en trois niveaux : le niveau 1 qui « résulte d'une maîtrise incomplète ou imparfaite du savoir disponible », un niveau 2 qui « dépend des limites propres à la connaissance médicale » du moment, et un niveau 3 qui « tient à la difficulté de faire la part du premier et du deuxième niveau » (9). Dans ce travail, nous avons exploré les représentations des internes en décomposant l'incertitude de la manière suivante :

- incertitude diagnostique (la situation clinique actuelle permet-elle, indépendamment des connaissances, de poser un diagnostic?)
 - incertitude d'évolution (comment vont évoluer les éléments cliniques et biologiques avec le temps ?)
 - incertitude de savoirs (personnels et de la science) en termes de prise en charge (capacité à poser un diagnostic, mobilisation des connaissances et décision d'une conduite à tenir).
- Les internes devaient indiquer dans un deuxième temps si ces situations leur semblaient faire intervenir plutôt les données scientifiques ou les particularités et préférences du patient.

ISNAR-IMG : Inter-Syndicale Nationale Autonome Représentative des Internes de Médecine Générale.

Logique d'apprentissage par compétences : il est certain qu'il n'y a pas de consensus sur une logique d'apprentissage par compétences, mais que plusieurs manières de percevoir ce concept coexistent (10). Nous retiendrons pour ce travail : apprentissage expérientiel ayant pour objectif de mener à l'acquisition d'une compétence professionnelle, donc un apprentissage guidé selon des critères « professionnalisants ». Concernant les études médicales de 3^{ème} cycle, ces critères doivent favoriser la réflexivité, guider la pertinence du questionnement de l'interne, explorer les principales dimensions des situations complexes

ainsi que les scotomes des étudiants. Ces critères doivent être validés par le groupe des formateurs et la communauté des enseignants (11).

Portfolio : recueil de supports (potentiellement mixte : écrits, images, audio, ... mais dans la réalité constitué principalement des traces d'apprentissage et des écrits produits à partir du travail réalisé en GRP) résultant d'une activité visant à produire des apprentissages pertinents pour l'acquisition d'une compétence dans un domaine donné. Il est utilisé à la faculté Paris-Sud comme outil d'évaluation des compétences de l'interne, notamment lors de la soutenance finale du DES de médecine générale. Il fait office de document de synthèse dont l'analyse est nécessaire à la validation du DES (12).

Professionnel compétent : à qui l'on peut faire confiance, qui se reconnaît non pas au fait qu'il possède une liste de compétences mais au fait qu'il sait agir de façon pertinente, responsable et compétente dans les diverses situations qu'il doit gérer ou traiter (10).

Réflexivité : processus transformateur des représentations, des pratiques sociales, des savoirs. Elle concerne différents champs disciplinaires (l'anthropologie, la sociologie, les sciences et techniques de la formation, etc). Elle englobe plusieurs niveaux d'analyse : celui du sujet, des groupes sociaux, des organisations, des institutions. La réflexivité est à distinguer de la réflexion qui est une opération mentale, un exercice de la pensée sur un objet déjà là. La réflexivité est plutôt une disposition personnelle, sociale, politique, méthodologique et pédagogique, comme travail de la pensée sur elle-même.

Savoir agir dans une situation d'incertitude : il n'est pas proposé aux internes de définition des compétences qu'ils doivent construire et sur lesquelles ils doivent travailler. Une définition est donnée pour les familles de compétences. Concernant la famille de compétence « Premier recours, urgence » qui contient la compétence « savoir agir dans une situation d'incertitude », la définition donnée est la suivante : 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, quels que soient son âge, son sexe, ou toute autre caractéristique, en organisant une accessibilité (proximité, disponibilité, coût) optimale (13).

SFMG : Société Française de Médecine Générale, société savante constituée de médecins généralistes, fondée en 1973. Elle a pour objectif de promouvoir la médecine générale, favoriser la recherche, participer à la formation universitaire et post-universitaire des médecins, l'évaluation des pratiques professionnelles et l'amélioration du système de soins (14).

Trace d'apprentissage : travail de rédaction qui a pour objectif de participer à la formation de l'interne (par lui-même), et de fournir un support d'évaluation de l'acquisition des compétences de médecine générale. Une trace d'apprentissage doit comporter obligatoirement des données relevant de la description de la situation vécue par l'interne (contextualisation), les réponses apportées aux problèmes rencontrés, la capacité à les rendre intelligibles et accessibles à soi-même comme aux autres, la pertinence des axes de recherche, l'analyse critique et une synthèse des apprentissages effectués (15).

Tuteur : tient le rôle d'accompagnateur et d'évaluateur pour l'interne qu'il suit pendant le DES de médecine générale. Il aide l'interne à remplir ses obligations universitaires, évalue les traces d'apprentissage et guide l'interne en vue de les optimiser au cours d'entretiens. Il valide ces traces d'apprentissage lorsqu'il estime que la rédaction et la réflexion sont abouties (15). À la faculté Paris-Sud, chaque tuteur guide un groupe de six internes (deux internes en T1, deux internes en T2, deux internes en T3) qu'il rencontre minimum 3 fois par an au cours des GRP, et avec lesquels il s'entretient principalement par mail pour guider et valider les traces d'apprentissage.

UFR : Unité de Formation et de Recherche.

Introduction

A. La notion de compétence ...

La notion de compétence reste un sujet de discussion et de désaccord dans les sciences de l'éducation. Le concept d'apprentissage par compétences apparaît aux États-Unis dans les années 1960, et se développe en France à partir de 1979 dans le monde de l'entreprise pour pallier la faiblesse de la formation par objectifs (16)(17). Trois principes constituent les fondements de l'apprentissage par compétences : le cognitivisme, branche de la psychologie qui étudie les processus cognitifs de l'apprentissage ; le constructivisme (en réaction au mouvement béhavioriste), qui considère que les nouvelles connaissances s'acquièrent graduellement par la mise en relation des connaissances antérieures ; enfin le socioconstructivisme qui prend en compte la dimension relationnelle de l'apprentissage.

B. ... utilisée dans le cadre d'une formation professionnalisante : les études médicales.

Dans les années 1990, la remise en cause de l'université (jusque là considérée comme garante des savoirs) et l'apparition de l'évaluation des pratiques des médecins font ressentir le besoin de mettre en place une formation professionnalisante (18)(19). La pédagogie qui privilégie l'apprentissage par compétences est considérée comme la plus adaptée pour ce type de formation. Plusieurs définitions et méthodes d'application coexistent, raison pour laquelle un lexique a été constitué de façon à convenir des termes et significations prises en compte pour ce travail.

C. Travaux sur la compréhension de la notion de compétence

Le programme du 3^{ème} cycle des études médicales en médecine générale est fondé sur cette notion depuis 1997 (19), avant même la création du DES de médecine générale en 2004.

Depuis, les départements de médecine générale se sont progressivement adaptés et ont intégré cette notion et la méthode d'apprentissage par compétences dans leurs enseignements. Des travaux ont été réalisés sur la capacité des internes à utiliser des outils issus de ce paradigme (20) et sur la description des différents niveaux de certaines compétences (21). Cependant, lors du début de ce travail, aucune étude n'avait été effectuée sur la compréhension même de cette notion de compétence. D'autre part, ces études avaient été effectuées dans d'autres facultés de médecine que la faculté Paris-Sud, or la coordination des enseignements et leur forme est spécifique à chaque UFR (22).

D. Objectif de travail

Il nous a semblé pertinent de fournir un premier travail dans ce domaine au sein de la faculté Paris-Sud. L'objectif était d'apprécier la compréhension et l'adhésion à la notion de compétence chez les internes de médecine générale de la faculté Paris-Sud à la fin de leur formation (en troisième année d'internat, « T3 »). La compétence « savoir agir dans une situation d'incertitude » a été choisie de manière à illustrer les mécanismes mis en place par les internes pour progresser dans l'acquisition d'une compétence donnée.

Matériel et méthodes

A. L'entretien de groupe

Pour élaborer le questionnaire quantitatif destiné aux internes, un entretien de groupe préalable a été réalisé le 8 avril 2014 à la faculté du Kremlin-Bicêtre en présence du Dr Guillaume Coindard (en tant qu'observateur) et moi-même (en tant que modératrice). Neuf internes (5 T2 et 4 T3) ont participé à cet entretien, recrutés par mail dans les promotions de T2 et T3 de l'année en cours (cf. Annexe 1). Un guide d'entretien semi directif de 6 questions a été utilisé (cf. Annexe 2), le temps d'entretien enregistré était de 1h55. L'analyse qualitative et l'interprétation de l'entretien (après retranscription complète) a été effectuée par triangulation, par les Dr Pascale Arnould, Guillaume Coindard et moi-même.

B. Le questionnaire

Suite à l'analyse et l'interprétation de l'entretien de groupe, nous avons construit un questionnaire de 16 questions (cf. Annexe 3) qui cherchait à explorer de manière quantitative les principaux éléments révélés par l'entretien de groupe. Il a été distribué au début de chacun des 3 derniers cours de T3 de l'année 2015 (24, 31 mars et 07 avril 2015). La présence aux cours organisés par la faculté étant obligatoire, il nous a semblé que cette méthodologie était la plus adaptée pour obtenir le plus grand nombre de questionnaires. L'analyse quantitative a été effectuée à l'aide du logiciel R (R i386 3.2.0).

Résultats

A. Résultats de l'entretien de groupe

1. La notion de compétence...

Les mots clés concernant la notion de compétence extraits de l'entretien de groupe ont été sélectionnés et regroupés dans la figure 1 pour plus de clarté avant d'en détailler le contenu.

Pour les étudiants de l'entretien de groupe, une compétence était une notion floue, qu'ils ne pouvaient pas clairement définir.

Dans un premier temps, cela correspondait pour eux à des **connaissances** qui pouvaient être **théoriques** « *les connaissances théoriques : comment bien traiter, comment bien diagnostiquer* » ou **pratiques** « *mais il y a aussi des connaissances pratiques, je pense que tout ne s'apprend pas forcément en cours* ». Les connaissances pratiques se rapprochaient pour eux de la capacité, du **savoir-faire**, savoir-être « *quand on est compétent dans quelque chose, on sait faire cette chose là* » voire d'un savoir-décisionnel « *je trouve que l'acquisition de compétences, c'est de savoir si on doit le donner ou pas, l'antibiotique* ». Ils décrivaient ces compétences comme nombreuses « *tout un champ de compétences* », en les classant parfois entre théoriques ou pratiques, ou bien parfois entre générales ou spécifiques.

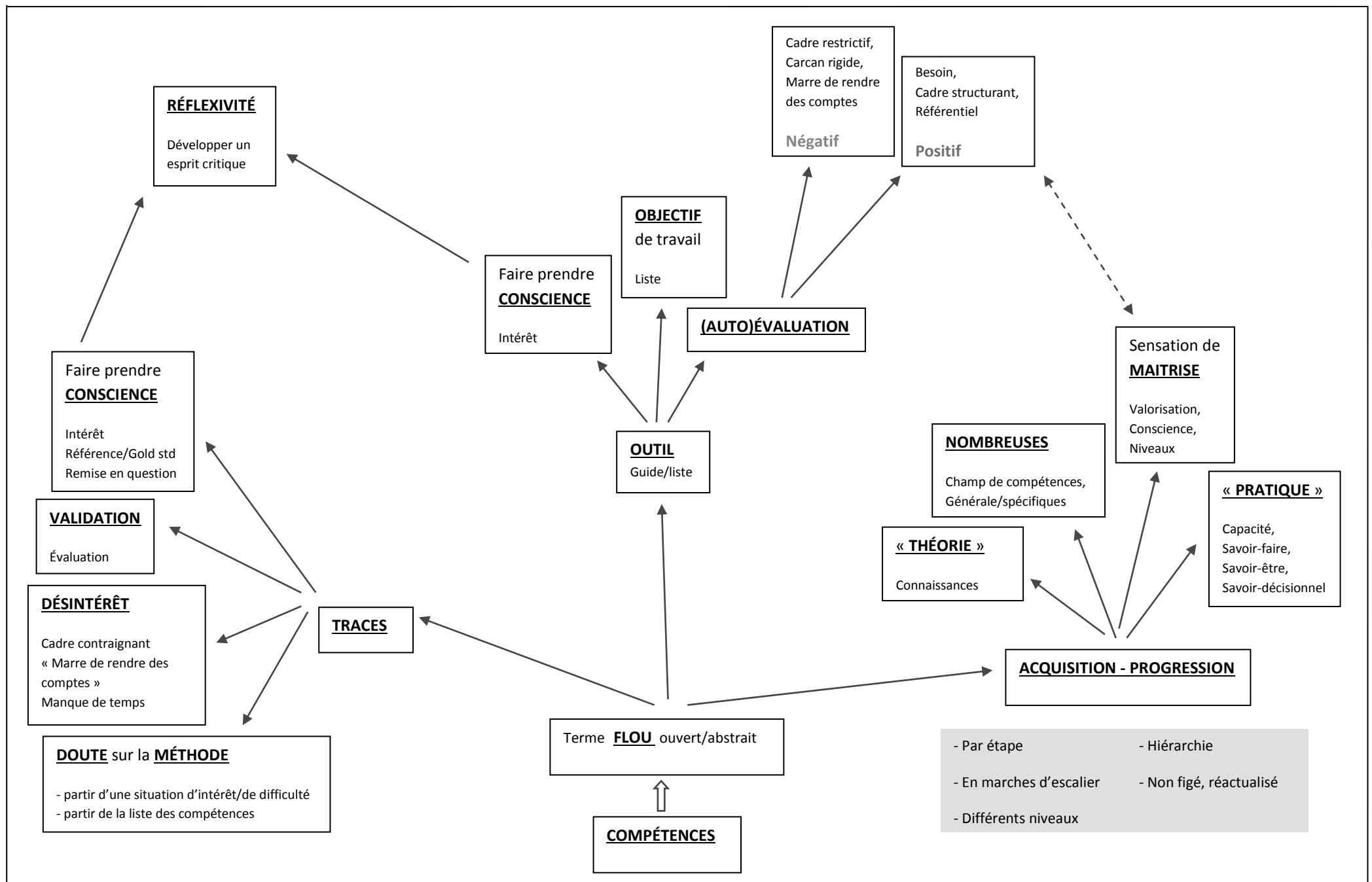


Figure 1 : Mots clés de l'analyse de l'entretien de groupe, concernant la notion de compétence.

L'élément commun à toutes ces représentations était la notion dynamique **d'acquisition/de progression** de ces connaissances, capacités, savoir-faire, savoir-être, savoir-décisionnel... « *c'est avant tout quelque chose qu'on acquiert* ». Une compétence était donc toujours en mouvement « *le but c'est de devenir de plus en plus compétent* ». Cela représentait une prise de conscience pour plusieurs d'entre eux « *au fur et à mesure des études j'ai appris qu'une compétence c'était pas figé en fait* ». Dans cette dynamique ils décrivaient parfois maîtriser une compétence « *c'est valorisant [...] de les avoir acquises et de les maîtriser* » et une sensation de « *se sentir compétent* », que ce soit une acquisition par étapes, par niveaux de compétences, avec parfois une hiérarchie dans certaines compétences « *il faut se concentrer sur les plus importantes [...] avant de passer à celles d'après* ».

Ensuite le côté « **utile** » des compétences était mis en avant. Les étudiants y voyaient un **outil**. D'une part cet outil pouvait leur servir de guide dans leurs apprentissages, comme objectif de travail « *c'est aussi des objectifs qu'on nous donne* », « *c'est un guide qui sert à découper en chapitre tout ce qu'on est sensé savoir* ». D'autre part cela leur donnait la possibilité de s'auto-évaluer « *c'est une façon de s'auto-évaluer* », avec des éléments positifs : la constitution d'un cadre rassurant « *cadre qu'on peut utiliser pour organiser sa pensée* », et des éléments péjoratifs : le sentiment d'un carcan rigide, ou cadre restrictif. Cet outil avait également un but d'évaluation à travers les traces d'apprentissage.

2. ... en lien direct avec la production de traces d'apprentissage

Ces compétences étaient donc organisées en une liste au sujet desquelles ils devaient produire des **traces d'apprentissage**. Ce lien était évident pour tous les étudiants : « *la longue liste au fond de mon portfolio* ». Initialement, les traces d'apprentissage étaient perçues dans le seul but d'une validation (évaluation de l'étudiant pour l'obtention du diplôme de fin d'études) « *malgré tout à la fin, il y a ce portfolio à valider...* ». Plusieurs étudiants marquaient un désintérêt pour ce travail « *je ne me suis jamais intéressée aux*

compétences », qui représentait un cadre contraignant, sans apport personnel. Les internes se lassaient de devoir encore être évalués et validés après plusieurs années d'études : « *les internes ne se sentent déjà plus étudiants* », « *ras-le-bol d'entendre parler de choses à rendre* ».

Le doute initial sur la méthode de rédaction en décourageait certains, ils hésitaient entre travailler sur des situations d'intérêt comme problématiques initiales de travail ou bien se baser sur la liste des compétences. Les premières traces d'apprentissage, souvent hors sujet, n'étaient pas satisfaisantes et donc à refaire « *au début je revenais sur plein de trucs de cours alors que ce n'était pas du tout le sujet* ». La place du tuteur dans le recadrage à cet instant de l'apprentissage était pour eux essentielle, et manquait parfois cruellement « *je déplore le fait de ne pas avoir de retour de mon tuteur sur mes traces* ». D'autres étudiants faisaient part d'un apport personnel lors de la rédaction de ces traces d'apprentissage et y trouvaient un intérêt « *c'est hyper intéressant* ». La recherche de références (ou Gold standard) pouvait être une base de réflexion. Mais c'était surtout la prise de conscience qui était appréciée « *ça permet de se rendre compte* ». Ce qui favorisait alors une remise en question, qui participait à son tour au développement d'un esprit critique « *pour moi les traces d'apprentissage c'est vraiment pour me remettre en question* ». Ils y voyaient un moyen de se préparer au développement professionnel continu « *est-ce que ce n'est pas un moyen de s'entraîner à la formation médicale continue plus tard ?* ».

3. Adhésion à cette méthode d'apprentissage et propositions

L'adhésion au modèle d'apprentissage était partagée selon les étudiants. Les éléments décrits comme « facilitant » la compréhension et l'adhésion à ce modèle étaient les suivants :

- Les T3 rencontrés en stage ou au groupe de tutorat
- Les plans et exemples de traces concrètes d'autres facultés

- Le tuteur « ma tutrice m'a bien guidée »
- Praticiens rencontrés en niveau 1
- La faculté
- La participation à l'entretien de groupe.

Les éléments décrits comme « limitant » la compréhension et l'adhésion à ce modèle étaient les suivants :

- Terme flou, consignes non claires
- Désaccord entre les tuteurs/enseignants
- Absence de retour de la part des tuteurs
- Méconnaissance des maîtres de stage et étudiants « *mes prats, j'suis sûr qu'ils connaissent pas la notion de compétence... »*
- Notion jamais abordée en stage hospitalier, car non adaptée à l'hôpital « *c'est vraiment l'hôpital qui me pose le plus de problèmes avec les compétences »*
- Pas assez de médecine générale dans le cursus
- Cadre contraignant
- Manque de critères d'évaluation, de référentiel « *j'ai parfois des doutes sur mon auto-évaluation : quand est-ce que je décide que je suis « compétent » ? »*
- Manque de temps/contrainte « *je faisais 25 consult' par jour alors les compétences, vraiment... »*
- « Marre » de rendre des comptes « *on en a un peu ras-le-bol d'entendre parler de choses à rendre »*
- Pas assez abordé à la fac

- Cours initial d'informations (correspondant au séminaire d'intégration) trop précoce « à l'accueil c'est trop tôt, on entre en internat, on a autre chose à penser ».

Les propositions des étudiants pour améliorer la compréhension et l'adhésion au modèle d'apprentissage par compétences étaient les suivantes :

- Parrainage « avoir un tuteur d'une année au-dessus pour nous guider »
- Groupes de discussion « un groupe comme ça avec T3 et T1 qui discutent ce que c'est qu'une trace, donner des exemples... un groupe, c'est plus enrichissant qu'une seule personne »
- Mettre à profit les GRP/tuteurs « moments privilégiés où on peut échanger sur ça..., ces moments là pourraient être mis à profit », « c'est l'intérêt du tuteur »
- Remettre le guide de l'apprentissage par compétences de l'ISNAR
- Plan de rédaction pour les traces d'apprentissage
- Mettre en valeur l'apport du modèle par compétences « mettre en valeur ce que ça va nous apporter, la perspective de la formation continue... »
- Soirée thématique des compétences, à mi-parcours du 1^{er} semestre « un bref topo des T3, les questions des T1, et leurs premières traces d'apprentissage pour commenter et orienter ».

Même si cette notion de compétence semblait de perception difficile pour les étudiants, nous avons observé une demande importante de « groupes de parole » et de discussions, correspondant à un apprentissage centré sur l'apprenant qui est une des bases du modèle d'apprentissage par compétences.

Il apparaissait intéressant d'explorer à l'aide du questionnaire les répartitions quantitatives relatives aux éléments favorisant, et limitant cette compréhension de la notion de compétence, ainsi que l'attractivité des propositions qui étaient faites par les étudiants lors de l'entretien de groupe.

4. La notion d'incertitude

Les mots clés de l'analyse de cette partie de l'entretien ont été regroupés dans la figure 2, avant d'être détaillés.

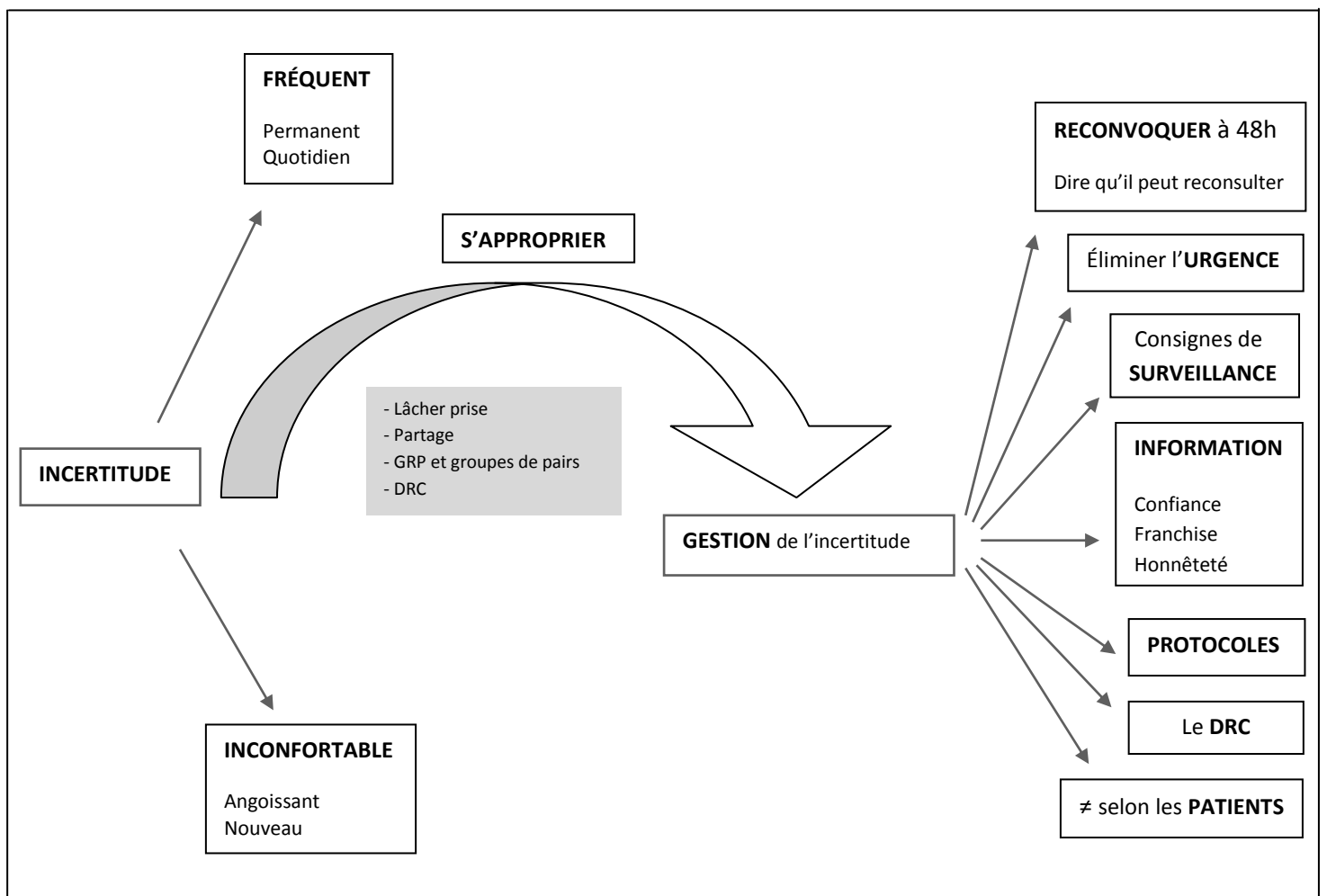


Figure 2 : Mots clés de l'analyse de l'entretien de groupe concernant l'incertitude.

Cette notion était nouvelle pour les internes car peu abordée pendant le 2^{ème} cycle des études médicales. L'incertitude était bien présente dans le quotidien des internes, particulièrement en médecine générale « *notamment en médecine générale on est confronté à*

l'incertitude tout le temps ». Elle était donc non seulement fréquente, mais permanente. Les internes décrivaient une incertitude pendant la consultation (synchronique) : incertitude diagnostique, thérapeutique, de communication, et une incertitude après la consultation (diachronique) : incertitude d'évolution « *celle qui me gêne le plus, c'est l'incertitude du futur, ce que le patient devient après la prise de décision. J'ai du mal à vivre avec cette difficulté-là* ». Elle était attribuée à un sentiment d'inconfort, parfois même d'angoisse.

Pour s'approprier cette incertitude et « *apprendre à vivre avec* », « *c'est un travail sur soi* » les étudiants décrivaient différents éléments :

- Le « *lâcher prise* » « *une étape fondamentale à mon avis c'est d'arriver au lâcher prise dans le fait qu'on ne peut pas tout savoir* »
- Le partage et l'échange entre internes, entre confrères
- Les groupes de résolution de problèmes, et les groupes de pairs
- Le DRC « *le DRC permet de ne se fermer aucune porte, [...] ça permet de lever une forme d'incertitude* ».

Ils géraient l'incertitude grâce aux fonctionnements suivants :

- D'abord éliminer l'urgence
- L'information du patient, l'honnêteté, nécessaires pour une relation de confiance « *être honnête avec le patient* », « *je ne sais pas ce que vous avez, mais je sais ce que vous n'avez pas* »
- Consignes de surveillance
- Protocoles
- Le DRC « *ça retrace vraiment cette notion d'incertitude, ne pas être trop inquiet ou trop sûr* »

- Reconvoquer à 48h ou proposer de reconsulter « *le meilleur test pour l'incertitude que j'ai trouvé : je veux vous revoir dans 48h* », « *si ça ne va pas, vous pouvez consulter votre médecin ou revenir* »
- Diffère selon les patients : « *on ne gère pas l'incertitude pareil en fonction du patient* ».

B. Résultats du questionnaire

En 2014-2015, sur les 66 étudiants constituant la promotion de T3 à la faculté Paris-Sud, 56 ont rempli le questionnaire, soit 85% de participants. Un des questionnaires était inexploitable. Les autres questionnaires ont tous été analysés, en excluant les questions lorsqu'elles n'étaient pas renseignées de manière complète. Le tableau I répertorie le taux de questionnaires analysés pour chaque question.

Tableau I : Taux de réponses analysées en fonction de chaque question.

Numéro de question	Taux de réponses analysées	Numéro de question	Taux de réponses analysées	Numéro de question	Taux de réponses analysées
1	100%	7	98%	12	100%
2	100%	8	98%	13	98%
3	100%	9	100%	14	100%
4	91%	10	100%	15	A : 93% B.C.D.E.F : 100%
5	A : 96% B : 95%	11	95%	16	100%
6	96%				

Les résultats de l'analyse du questionnaire seront présentés en quatre parties :

- La première partie détaille les orientations professionnelles souhaitées par les internes interrogés
- La seconde porte sur les représentations et la compréhension de la notion de compétence par les internes
- La troisième décrit le positionnement des internes par rapport à la rédaction des traces d'apprentissage

- La dernière, à titre illustratif, porte sur la représentation des internes de la notion d'incertitude en médecine générale et sur la compétence « savoir agir dans une situation d'incertitude ».

Pour plus de clarté, chaque analyse est précédée de la question correspondante.

1. Orientation professionnelle

Dans la population des internes de T3 ayant répondu, 58% (32 internes) se destinaient à la médecine générale (libérale ou salariée). Neuf pour cent (5 internes) envisageaient une pratique mixte (médecine générale et médecine d'urgence ou médecine hospitalière). Trente-trois pour cent (18 internes) n'envisageaient pas d'exercer la médecine générale et se répartissaient de la manière suivante :

- 24% (13 internes) se destinaient à un exercice hospitalier ; aux urgences (16%, 9 internes), en service de médecine (5%, 3 internes), ou en gériatrie (2%, 1 interne)
- 5% (3 internes) se destinaient à un exercice professionnel « autre » : médecine du sport (1 interne), médecine légale (1 interne), médecin expatrié (1 interne)
- 4% (2 internes) n'étaient pas encore décidés au moment de l'étude.

La figure 3 rend compte de l'orientation professionnelle souhaitée des 55 étudiants.

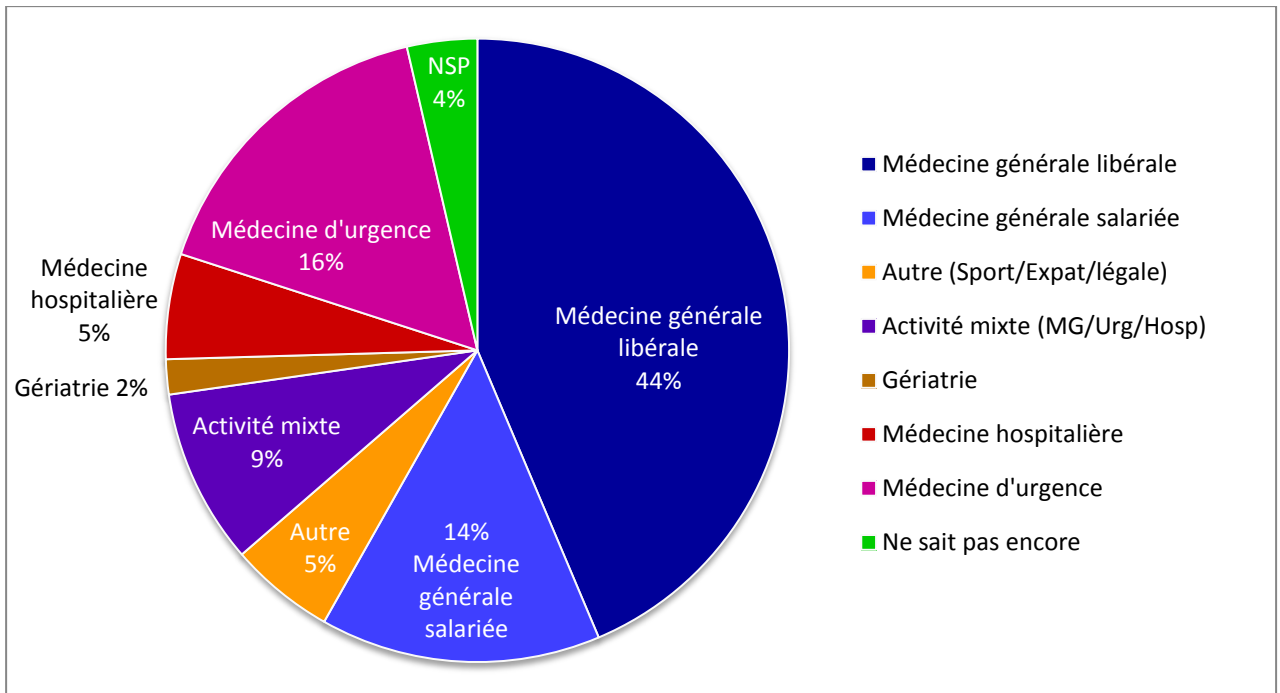


Figure 3 : Orientation professionnelle souhaitée.

2. Représentation et compréhension de la notion de compétence

Q1. Je suis à l'aise avec la notion de compétence :

😊 Oui tout à fait
 😊 Plutôt Oui
 ☹️ Plutôt Non
 ☹️ Non pas du tout

À cette question qui explore plutôt le ressenti émotionnel des internes, 67% (37 internes) ont répondu « Oui » dont un interne « Oui tout à fait », et 33% (18 internes) ont répondu « Non » dont 2 internes « Non pas du tout ».

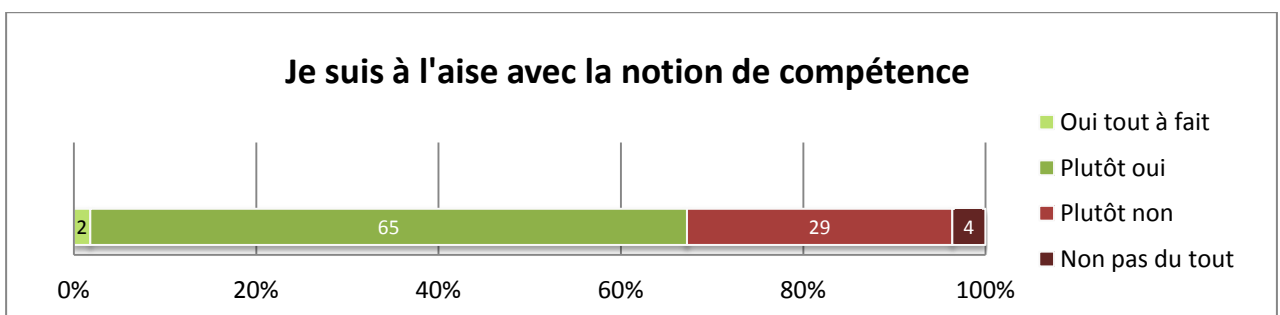


Figure 4 : Aisance estimée par les internes avec la notion de compétence.

Q2. Parmi les définitions suivantes, cochez celle qui vous paraît la plus proche de la notion de compétence : (une seule réponse possible)

- Un savoir-faire pour une situation donnée
- Une association de connaissances pratiques et théoriques
- Un savoir-agir en situation +/- complexe d'exercice professionnel
- Une capacité pratique sur un sujet précis
- Une connaissance complète d'un domaine particulier
- Ne sait pas

Le tableau II détaille les résultats de la question n°2 qui explore les savoirs des internes à propos de la notion de compétence. La définition de référence utilisée était celle donnée par le CNGE (3)(4), qui définit une compétence comme un savoir-agir dans une situation complexe d'exercice professionnel.

Tableau II : Réponses des internes sur la définition de la notion de compétence.

<i>Propositions de définition</i>	Nombre d'étudiants	Pourcentage
Un savoir-faire pour une situation donnée	15	27%
Une association de connaissances pratiques et théoriques	16	29%
Un savoir-agir en situation +/- complexe d'exercice professionnel	19	35%
Une capacité pratique sur un sujet précis	3	5%
Une connaissance complète d'un domaine particulier	0	0%
Ne sait pas	2	4%

Il n'a pas été retrouvé de lien statistique entre le sentiment d'aisance avec la notion de compétence et la connaissance de cette notion. Le pourcentage d'internes capables de reconnaître la bonne définition de la notion de compétence n'est pas significativement différent entre les internes qui s'estiment à l'aise (32%) ou non (39%) avec la notion de compétence.

Q3. J'ai lu ou parcouru les ouvrages suivants :

	Oui 😊	Non ☹️
« <i>Référentiel métier et compétences des médecins généralistes</i> », rédigé par le CNGE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
« <i>Compétences pour le DES de médecine générale</i> », (C. Attali) dans la revue « <i>Exercer</i> »	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
« <i>Définition et description des compétences en médecine générale</i> », (L. Compagnon) dans la revue « <i>Exercer</i> »	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
« <i>Un portfolio pour certifier les compétences : des concepts à la pratique</i> », (A. Poitier) dans la revue « <i>Exercer</i> »	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
J'ai lu d'autres ouvrages dans ce domaine :		<input type="checkbox"/>

Concernant les lectures personnelles des internes portant sur la notion de compétence (dans le cadre des études de médecine générale), 85% (47 internes) n'ont lu aucun ouvrage, 11% (6 internes) ont lu un ouvrage et 4% (2 internes) en ont lu deux. Les ouvrages consultés sont détaillés dans le tableau III ci-dessous.

Tableau III : Ouvrages lus ou consultés par les internes, portant sur la notion de compétence.

Ouvrages consultés	Nb d'internes
« <i>Référentiel métier et compétences des médecins généralistes</i> », rédigé par le CNGE	5
« <i>Compétences pour le DES de médecine générale</i> », (C. Attali) dans la revue « <i>Exercer</i> »	3
« <i>Définition et description des compétences en médecine générale</i> », (L. Compagnon) dans la revue « <i>Exercer</i> »	0
« <i>Un portfolio pour certifier les compétences : des concepts à la pratique</i> », (A. Poitier) dans la revue « <i>Exercer</i> »	2
Autres ouvrages	0

Q4. La démarche d'apprentissage par compétences est pour moi :

Numérotez les phrases suivantes par ordre de préférence de ① à ⑤ ! (① étant le plus important)

- Un cadre structurant qui me permet d'organiser ma pensée
- Un outil qui permet de m'auto-évaluer dans ma progression en tant qu'interne en médecine générale
- Un support qui permet à mon tuteur (et autres enseignants) de m'évaluer
- Un carcan trop rigide qui me gêne dans mes apprentissages
- Une manière de prendre conscience de ce que j'apprends, et de ce qui me reste à apprendre

Nous avons exploré le poids respectif des différentes représentations (extraites de l'entretien de groupe) de la démarche d'apprentissage par compétences. Les résultats sont repris dans le tableau IV.

Tableau IV : Résultats de la représentation des internes à propos de la démarche d'apprentissage par compétences.

	Préf1	Préf2	Préf3	Préf4	Préf5
A : Un cadre structurant qui me permet d'organiser ma pensée	10	2	7	6	25
B : Un outil qui permet de m'auto-évaluer dans ma progression en tant qu'interne en médecine générale	6	11	13	16	4
C : Un support qui permet à mon tuteur (et autres enseignants) de m'évaluer	16	14	7	11	2
D : Un carcan trop rigide qui me gêne dans mes apprentissages	9	13	6	7	15
E : Une manière de prendre conscience de ce que j'apprends, et de ce qui me reste à apprendre	9	10	17	10	4
F : mal rempli	5	5	5	5	5

La première représentation (choix n°1) la plus partagée par les internes correspond à l'hétéro-évaluation « un support qui permet à mon tuteur (et autres enseignants) de m'évaluer ». La dernière représentation (choix n°5) la plus partagée des internes est « un cadre structurant qui permet d'organiser ma pensée ».

L'apprentissage par compétences perçu comme outil permettant à l'interne de s'auto-évaluer et de progresser dans sa formation est la préférence n°1 la moins partagée par les internes.

Le nombre de questionnaires rendus n'était pas suffisamment important pour permettre des analyses plus précises.

Q5. La liste des compétences fournie par la faculté est de mon point de vue :		
	Oui 😊	Non ☹️
→ Facilement compréhensible	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
→ Pertinente par rapport aux apprentissages nécessaires en médecine générale :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si non, pourquoi :		

Cinquante-sept pour cent (30 internes) considèrent la liste facilement compréhensible et 69% (36 internes) la trouvent pertinente par rapport aux apprentissages nécessaires en médecine générale.

Q6. Les éléments suivants vous ont aidé à comprendre et/ou à adhérer à cette notion de compétence :

	Oui 😊	Non ☹️		
→ Capacité des enseignants à expliquer la notion de compétence	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
→ Les explications données sur la méthode d'apprentissage par compétence sont cohérentes entre les différents enseignants	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
→ L'intérêt de l'apprentissage par compétence a été suffisamment expliqué au début de l'internat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
→ La formation proposée dans les différents lieux suivants était centrée sur la notion de compétence et sa méthode d'apprentissage :				
	Oui 😊	Plutôt Oui 😊	Plutôt Non ☹️	Non ☹️
-> en stage hospitalier	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-> en stage chez le praticien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-> à la faculté (cours)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-> en tutorat (GRP)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Les résultats de la première partie de la question 6 sont illustrés dans la figure 5.

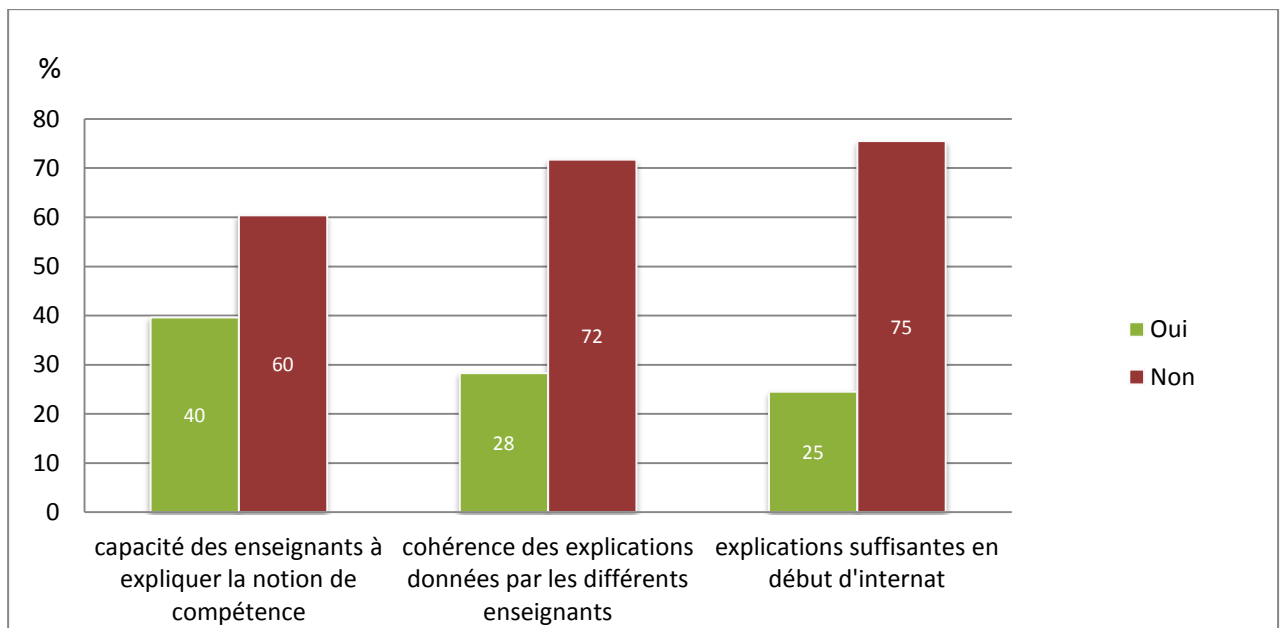


Figure 5 : Éléments ayant aidé les internes à comprendre et/ou à adhérer à la notion de compétence.

La figure 6 illustre les réponses de la seconde partie de la question 6, au sujet de la place de la notion de compétence et de sa méthode d'apprentissage dans les différents lieux de formation.

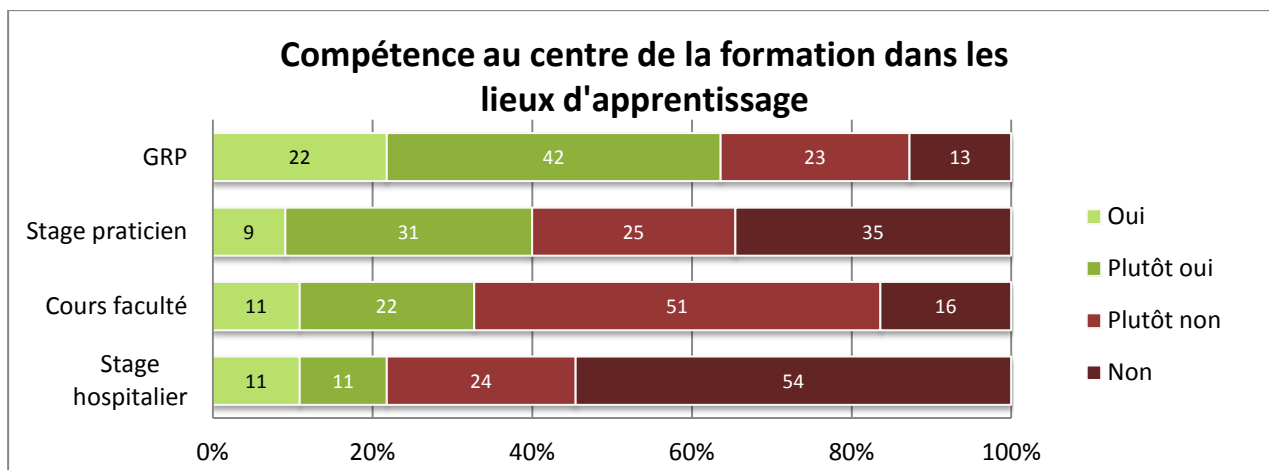


Figure 6 : Notion de compétence au centre de la formation dans les différents lieux d'apprentissage.

3. Les traces d'apprentissage

Q7. Concernant les traces d'apprentissage :

Oui 😊 Non ☹️

→ Le fait de rédiger des traces d'apprentissage me permet de progresser

→ Si la rédaction des traces d'apprentissage n'était pas obligatoire, je ne le ferais pas

→ Quand je rédige une trace d'apprentissage :

	Oui 😊	Non ☹️
• Je pars d'une situation qui m'intéresse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Je pars d'une situation où je me suis trouvé en difficulté	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Je regarde d'abord dans la liste des compétences celles que je n'ai pas encore développées	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Il m'est déjà arrivé d'inventer une situation pour rédiger une trace d'apprentissage	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Il m'est déjà arrivé de reprendre une trace d'apprentissage déjà rédigée (co-interne,...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Trente-cinq pour cent (19 internes) considèrent que rédiger des traces d'apprentissage leur permet de progresser dans l'acquisition de compétences. Si la rédaction des traces d'apprentissage n'était pas obligatoire, 7% (4 internes) continueraient à les rédiger.

Les résultats au sujet de la méthode de travail initiale des internes pour la rédaction des traces d'apprentissage sont illustrés par la figure 7.

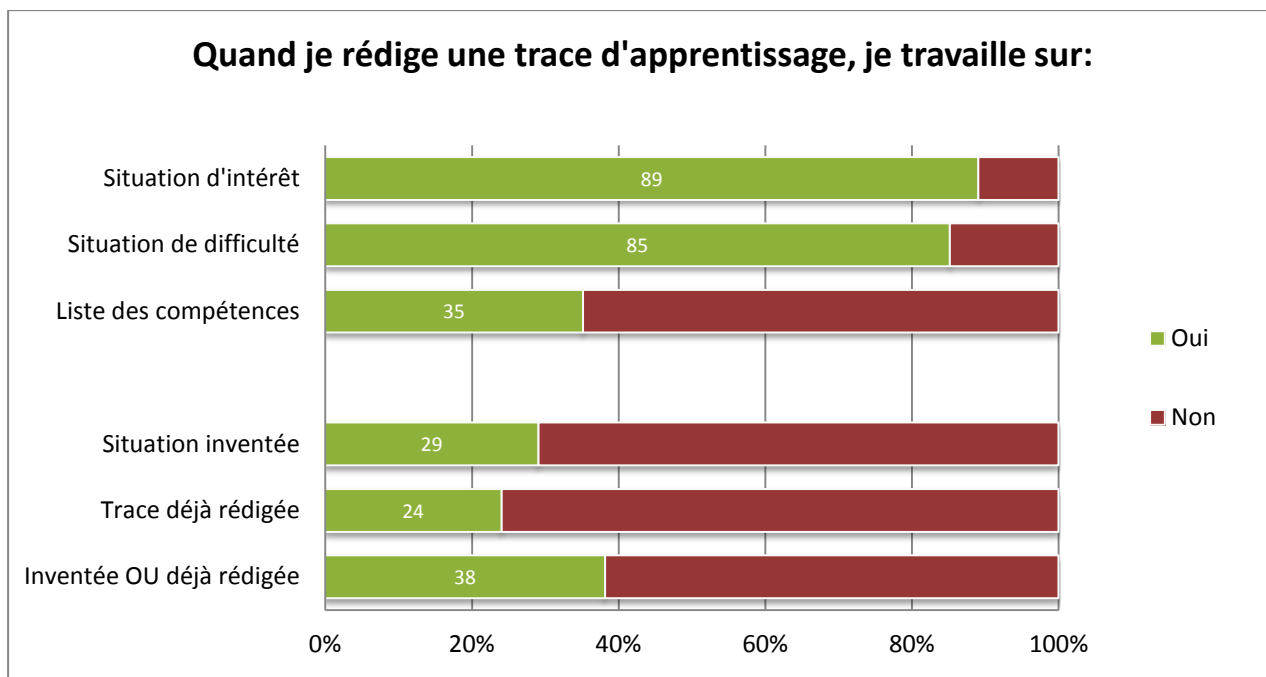


Figure 7 : Point de départ du travail des internes concernant leurs traces d'apprentissage.

Q8. Je trouve que les traces d'apprentissage reflètent bien l'acquisition des éléments qui construisent une compétence :

😊 Oui tout à fait
 😊 Plutôt Oui
 ☹️ Plutôt Non
 ☹️ Non pas du tout

Soixante sept pour cent des internes considèrent que les traces d'apprentissage ne reflètent pas l'acquisition des éléments qui construisent une compétence (cf. figure 8).

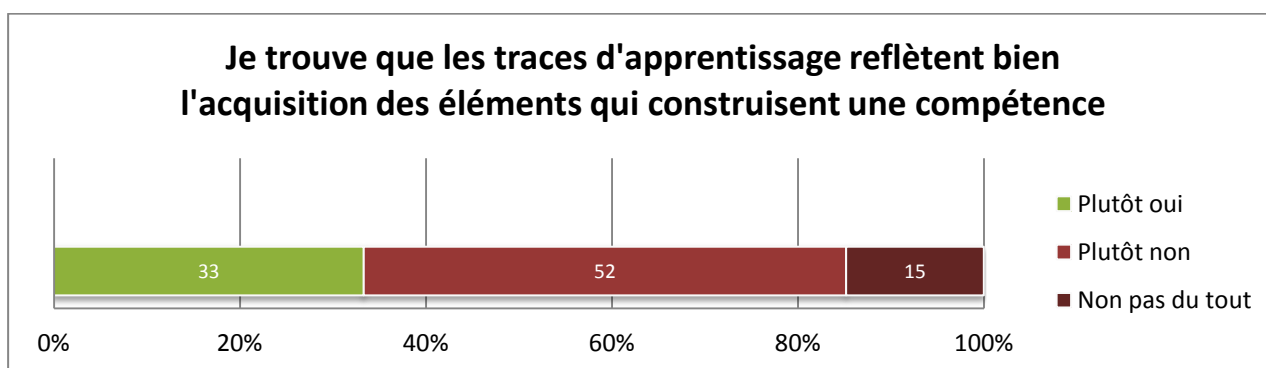


Figure 8 : Ressenti des internes sur le reflet de l'acquisition des éléments qui construisent une compétence au travers des traces d'apprentissage.

Q9. Les propositions suivantes pourraient-elles d'après vous améliorer la rédaction de traces d'apprentissage ?

	Oui 😊	Non ☹️
→ Les retours de mon tuteur sur mes traces d'apprentissage	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
→ Un plan de rédaction des traces d'apprentissage	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
→ Un séminaire interactif, dédié à la rédaction des premières traces d'apprentissage (au cours du premier semestre)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
→ Une grille d'auto-évaluation de la rédaction des traces d'apprentissage	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
→ Signaler dans les cours à la faculté les compétences abordées	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
→ La mise en place d'un parrainage T3-T1 pour guider les plus jeunes dans la rédaction des traces d'apprentissage	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Des propositions d'amélioration pour la rédaction des traces d'apprentissage ont été extraites de l'entretien de groupe et proposées aux internes dans la question 9 du questionnaire. Les résultats sont présentés dans la figure 9.

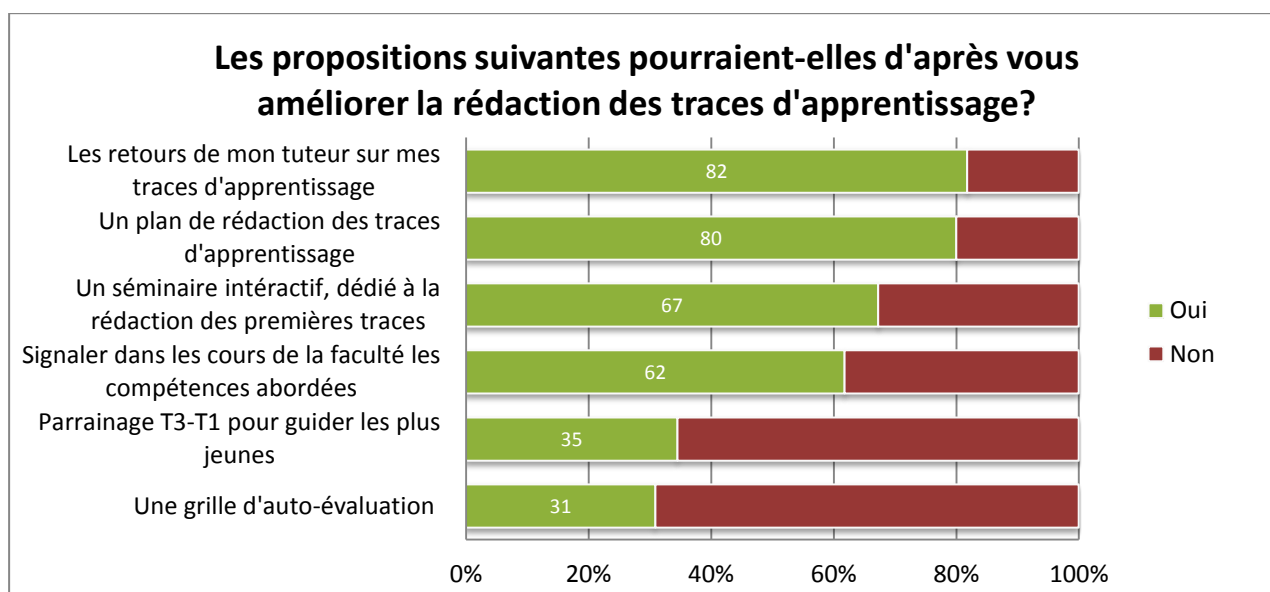






Figure 9 : Propositions pour améliorer la rédaction des traces d'apprentissage.

4. La notion d'incertitude en médecine générale, et la compétence « savoir agir dans une situation d'incertitude »

Q10. Concernant la compétence « savoir agir dans une situation d'incertitude », je me trouve à l'aise :

-  Oui tout à fait  Plutôt Oui  Plutôt Non  Non pas du tout

Cinquante cinq pour cent des internes se considèrent à l'aise dans la compétence « savoir agir dans une situation d'incertitude ».

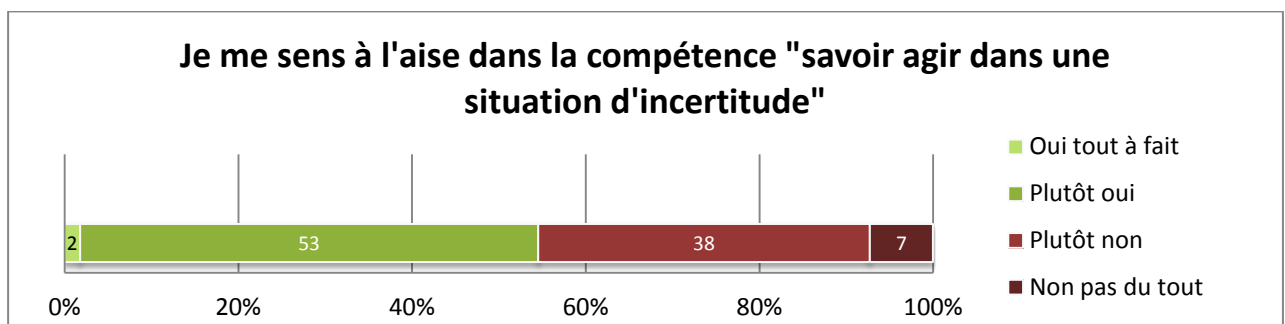


Figure 10 : Aisance ressentie des internes dans la compétence « savoir agir dans une situation d'incertitude ».

Q11. Parmi les définitions suivantes, cochez celle qui vous paraît la plus proche de la compétence « savoir agir en situation d'incertitude » :

- être capable de prendre une décision alors que je n'ai pas de diagnostic
- être capable de prendre une décision alors que je ne sais pas comment va évoluer la situation
- être capable de proposer une prise en charge alors que je ne dispose pas des connaissances dont relève cette situation
- être capable de prendre une décision au cours d'une situation dans laquelle les symptômes n'ont pas d'explication organique
- être capable de proposer une prise en charge lors d'une situation particulière alors qu'on ne dispose pas de données scientifiques fiables

La conception des internes de l'incertitude en médecine générale est d'abord celle d'une incertitude diagnostique (propositions A et D) : la situation clinique actuelle permet-elle, indépendamment des connaissances, de poser un diagnostic? Ensuite celle d'une incertitude de savoirs en termes de prise en charge (propositions C et E) : capacité à poser un

diagnostic, mobilisation des connaissances et décision d'une conduite à tenir. Enfin une incertitude d'évolution (proposition B). Les résultats sont détaillés dans la figure 11.

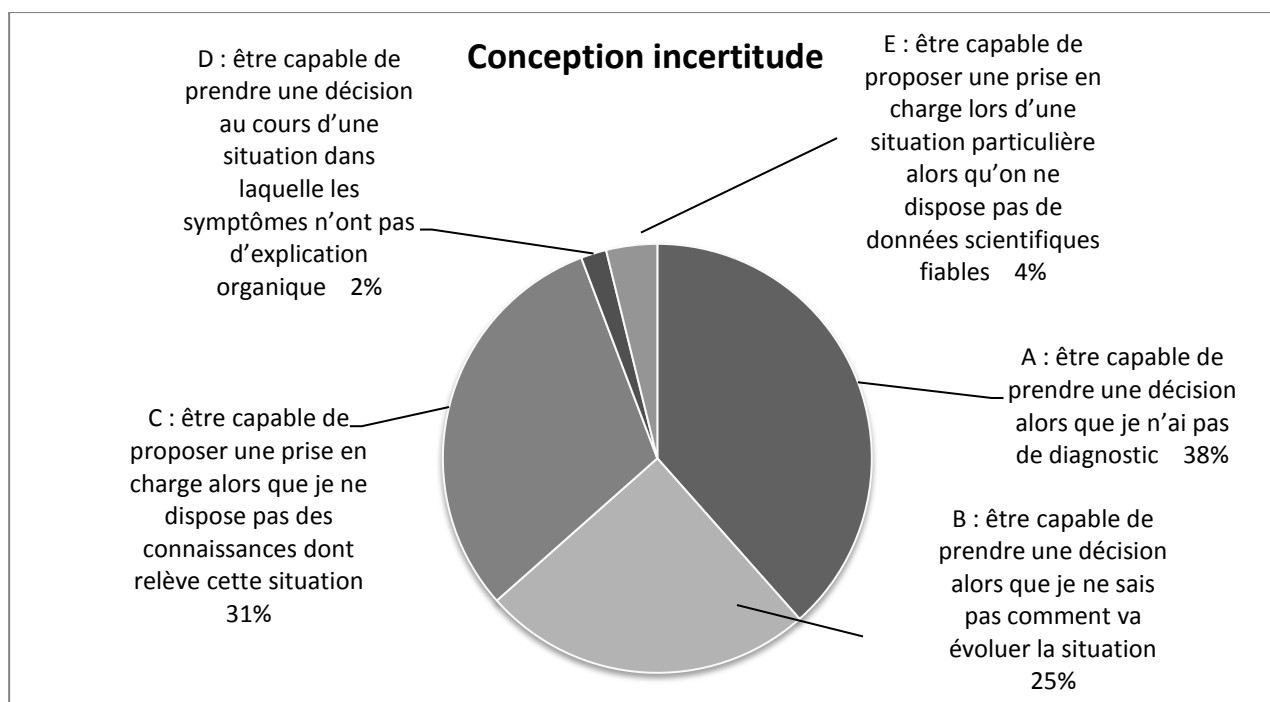


Figure 11 : Conception des internes de la notion d'incertitude en médecine générale ambulatoire.

Q12. J'ai lu ou parcouru les ouvrages suivants :

	Oui 😊	Non ☹️
« <i>L'incertitude en médecine générale : sources, formes, et accommodements possibles</i> », G. Bloy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
« Fiche 31 : <i>Apprivoiser l'inévitable incertitude</i> », (M-A. Bousquet) thèse de médecine générale, 2013	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
« <i>Quand l'incertitude s'en mêle</i> », (G. Sanche), Le médecin du Québec	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
« <i>Gérer l'incertitude de la pratique médicale</i> » (P. Gallois) dans la revue <i>Médecine</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
J'ai lu d'autres ouvrages dans ce domaine :		<input type="checkbox"/>

Concernant les lectures personnelles des internes, portant sur la notion d'incertitude en médecine générale, 98% (54 internes) n'ont lu aucun ouvrage. Un interne a lu un des ouvrages proposé : « *Gérer l'incertitude de la pratique médicale* » (P. Gallois) dans la revue *Médecine*.

Q13. Pour vous, les situations d'incertitude en médecine générale (ambulatoire) sont :

→ Rencontrées à une fréquence d'environ :

- Plusieurs fois par jour Une fois par jour Une fois par semaine Une fois par mois

→ Ces situations d'incertitude sont source d'inconfort pour vous :

- Oui tout à fait Plutôt Oui Plutôt Non Non pas du tout

→ Ces situations me paraissent plus souvent liées : (une seule réponse)

- À un manque de connaissances scientifiques (personnel ou bien de la science en général)
 Au patient en lui-même (ses particularités, ses préférences)
 Plutôt les deux

La fréquence des situations d'incertitude en médecine générale perçue par les internes est illustrée par la figure 12. Il n'a pas été observé de différence significative entre les internes souhaitant exercer la médecine générale ou la médecine hospitalière/d'urgence.

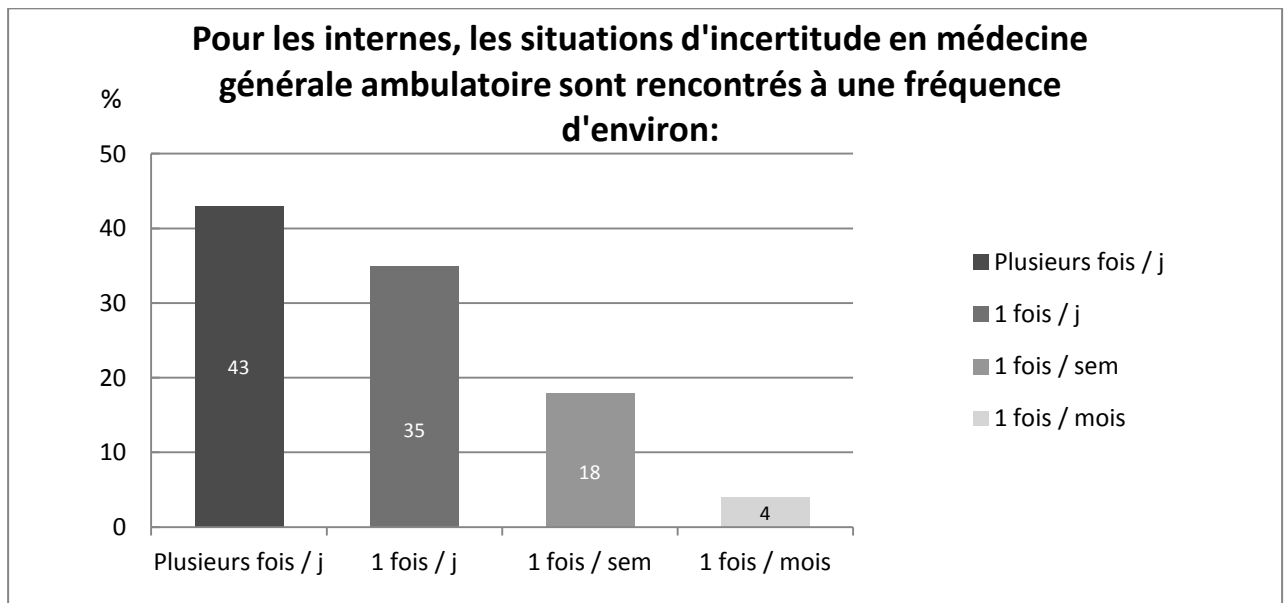


Figure 12 : Représentation de la fréquence des situations d'incertitude en médecine générale pour les internes.

Ces situations d'incertitude sont source d'inconfort pour les internes à la hauteur des résultats détaillés dans la figure 13.

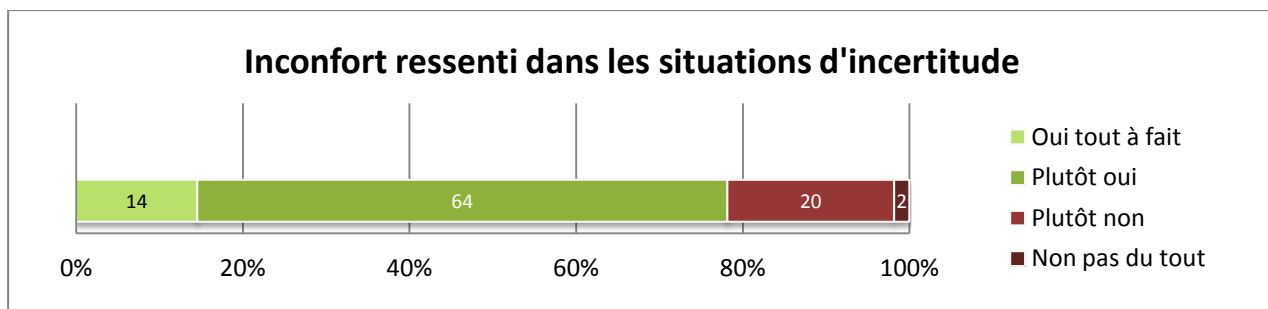


Figure 13 : Inconfort des internes, ressenti dans les situations d'incertitude.

Il n'y a pas de différence significative dans le ressenti des internes en fonction de la fréquence perçue de ces situations d'incertitude.

Pour les internes, ces situations sont le plus souvent d'origine mixte (liées au patient et au médecin). Les résultats sont détaillés dans le tableau V.

Tableau V : Origine de l'incertitude perçue par les internes

<i>Ces situations d'incertitude me paraissent le plus souvent liées à :</i>	Nombre d'étudiants	Pourcentage
A : À un manque de connaissances scientifiques (personnel ou bien de la science en général)	15	(27%)
B : Au patient en lui-même (ses particularités, ses préférences)	2	(4%)
C : Plutôt les deux	38	(69%)

Q14. Les éléments suivants vous aident-ils pour gérer les situations d'incertitude ?

	Oui 😊	Non ☹️
→ Éliminer l'urgence vitale et reporter le reste de la prise en charge à un autre médecin ou lors d'une autre consultation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
→ Reconvoyer le patient	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
→ Délivrer une information claire et appropriée au patient sur la situation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
→ Utiliser et suivre des protocoles / recommandations	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
→ Effectuer des recherches documentaires	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
→ Prescrire des examens complémentaires	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
→ Autre :		

Dans la gestion des situations d'incertitude, des éléments extraits de l'entretien de groupe ont été proposés aux internes dans le questionnaire. Les résultats sont illustrés par la figure 14.

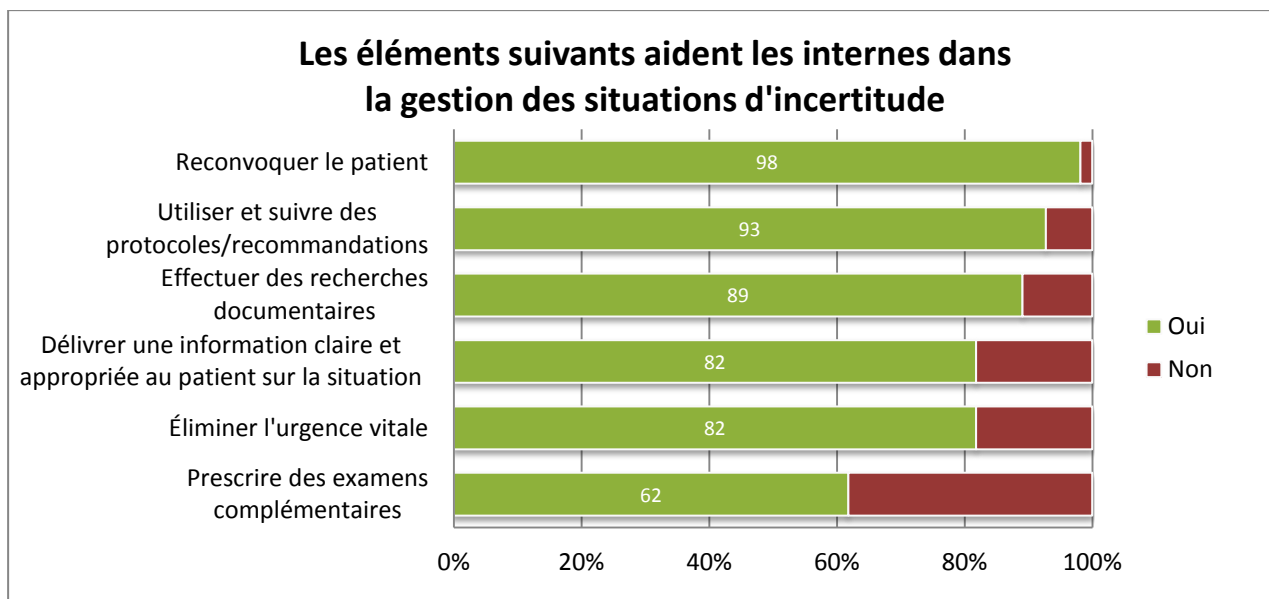


Figure 14 : Éléments participant à la gestion des situations d'incertitude.

Q15. Les éléments suivants vous ont-ils aidé au développement de la compétence « savoir agir dans une situation d'incertitude » ?

	Oui 😊	Non ☹️
→ Mes recherches documentaires sur ce sujet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
→ Apprendre à lâcher prise, « on ne peut pas tout savoir, les connaissances médicales sont innombrables »	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
→ Apprendre à lâcher prise, « on ne peut pas tout savoir, certaines choses sont incertaines et imprévisibles indépendamment de la science »	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
→ En discuter avec d'autres internes, confrères	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
→ Travailler à ce sujet en GRP	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
→ Apprendre à utiliser le DRC (dictionnaire des résultats de consultation, intégré dans certains logiciels informatiques en cabinet de médecine générale)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
→ Autre :		

Les éléments qui ont aidé les internes au développement de cette compétence sont repris dans la figure 15.

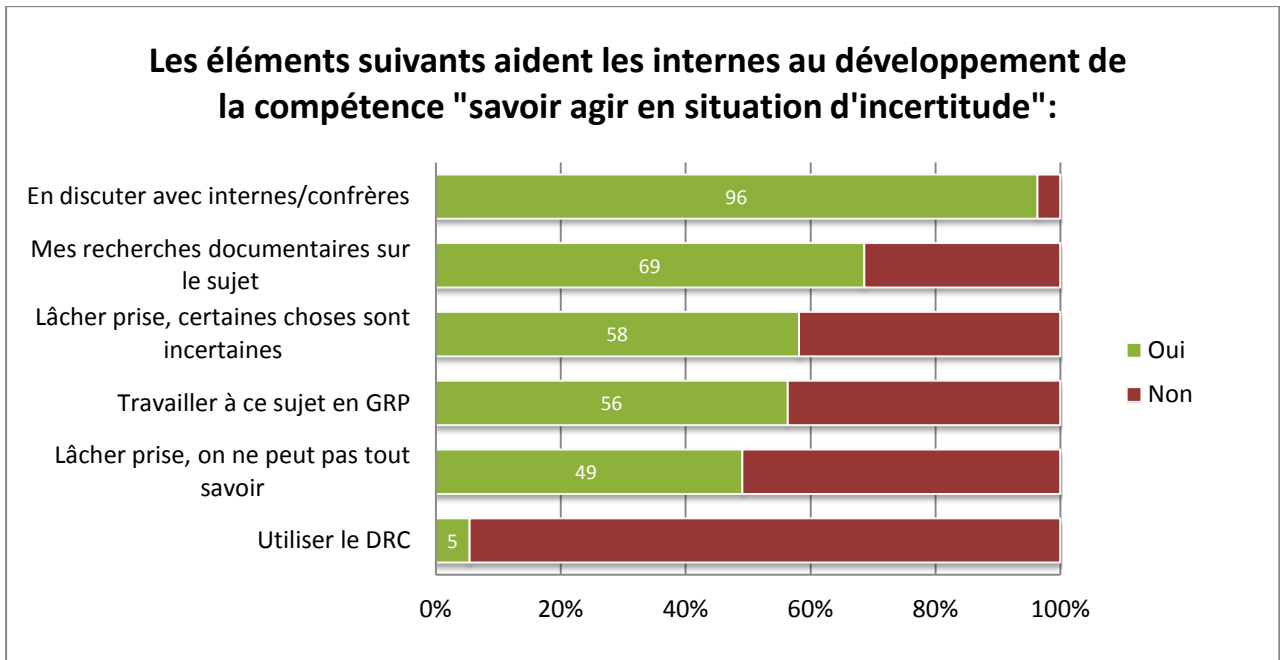


Figure 15 : Éléments participant au développement de la compétence « savoir agir en situation d’incertitude ».

Discussion

A. Résultats principaux

Les internes interrogés avaient une compréhension limitée de la notion de compétence, et percevaient cette notion comme floue et complexe. Ils ne comprenaient pas la logique d'apprentissage par compétences, et après les 3 années de DES n'en avaient toujours pas conscience. Enfin, ils établissaient un lien direct et réducteur entre compétence, trace d'apprentissage et évaluation par les enseignants.

Cependant, pour la compétence « savoir agir en situation d'incertitude », choisie comme illustration, ils ont été capables en décrivant des procédés qu'ils utiliseraient pour gérer ces situations, de citer des éléments la construisant pour partie. De même, si l'on compare les résultats de l'entretien de groupe avec ceux des travaux du CNGE (23), tout se passe comme si les internes développaient un niveau de compétence potentiellement satisfaisant sans en comprendre ni le principe ni sa construction.

B. Biais

Ce travail de recherche comporte deux biais de sélection :

- La méthode choisie pour la distribution du questionnaire n'a pas permis d'interroger la totalité des internes en 3^{ème} année de DES de médecine générale à la faculté Paris-Sud : malgré le caractère obligatoire des cours, certains internes sont absents.
- Par ailleurs, même si un exemplaire du DRC (qui propose une définition de l'incertitude en médecine générale) a été distribué à tous les internes au début de leur internat, seuls 5% des internes de T3 ayant répondu au questionnaire déclarent l'utiliser alors qu'ils sont 33% dans le groupe ayant participé à l'entretien préalable.

C. Interprétation des résultats et implications

1. Un tiers des internes formés en médecine générale ne prévoient pas d'exercer cette spécialité

La première observation réside dans le fait que 58% des internes interrogés prévoient d'exercer la médecine générale exclusivement. S'y ajoutaient 9% des internes qui souhaitent une activité mixte (médecine générale, urgences ou temps hospitalier). Au total, 33% des internes n'envisageaient pas d'exercer dans la discipline pour laquelle ils étaient formés.

Ce constat rejoint les données suivantes :

- Parmi l'ensemble des internes de médecine générale d'Île-de-France (de la même promotion que les internes ayant participé à l'étude), 17% suivaient simultanément la formation du DESC d'urgence, pour laquelle il n'existait pas de cursus réservé encore mis en place. La filiarisation de la médecine d'urgence qui était en cours de discussion au moment de cette étude devrait conduire à une réduction du nombre d'internes « contraints » à une formation en médecine générale.
- D'après l'enquête de l'ISNAR en 2011 (24), 16% des internes choisissaient la médecine générale « par défaut » lors de la procédure de choix post ECN. La présence en DES de médecine générale d'internes qui n'ont pas souhaité cette formation dresse une barrière importante à la qualité de leur formation (qui est de surcroît professionnalisante et basée sur un objectif d'autonomie d'apprentissage).

2. Amalgame entre trace d'apprentissage, notion de compétence, et principe d'apprentissage par compétences

Selon les résultats, 65% des internes ne disposaient pas d'un savoir pertinent sur la notion de compétence telle que définie dans l'enseignement professionnalisant, et de surcroît n'en avaient pas conscience.

Le deuxième cycle des études médicales est théoriquement axé sur une logique de compétence (25), mais les étudiants se concentrent de façon pragmatique sur leur classement à l'ECN qui conditionne leur avenir professionnel. L'ECN est basé sur les savoirs. L'entrée en DES de médecine générale marque le passage à un enseignement réellement professionnalisant centré sur l'acquisition et le développement de compétences. Ce changement d'objectif et de manière de fonctionner dans l'apprentissage est responsable d'une certaine confusion pour les internes et pour les enseignants (1). Il est vraisemblable qu'une meilleure compréhension des concepts de l'apprentissage par compétences conduirait à une meilleure utilisation des outils disponibles, notamment la rédaction des traces d'apprentissage.

En définitive, la notion de compétence reste floue pour une majorité des internes. L'une des raisons principales évoquée est l'absence de consensus clair sur une définition de cette notion par les pédagogues eux-mêmes.

Ainsi, les traces d'apprentissages sont initialement conçues (dans le principe d'apprentissage par compétences) comme un outil réflexif (d'auto-évaluation) sur la construction des compétences. À l'usage, les traces d'apprentissage sont l'un des outils d'évaluation choisis par les équipes d'enseignants pour rendre compte de la progression de l'interne dans l'acquisition de nouvelles compétences et des apprentissages effectués (26).

Elles sont logiquement perçues par les internes comme un support d'évaluation par leur tuteur et les autres enseignants et conduisent les internes à établir un lien trop direct entre principe d'apprentissage par compétences et hétéro-évaluation. Cela n'est pas en phase avec l'objectif premier visé par ce principe d'apprentissage, qui est de favoriser la progression de l'apprenant, centré sur ses propres expériences, la mobilisation et la combinaison de ses ressources et de ses apprentissages, à l'opposé du principe d'évaluation (27). Cela illustre la

dualité intrinsèque de la formation professionnelle, qui veut s'appuyer sur un respect du rythme d'acquisition de compétences de l'apprenant, mais qui éprouve également la nécessité d'évaluer l'étudiant pour certifier ses compétences à la fin de sa formation.

3. Hypothèses pouvant expliquer le manque d'adhésion au principe d'apprentissage par compétences

Trente et un pour cent des internes trouvaient la liste des compétences professionnelles en médecine générale (fournie par la faculté) non pertinente, 43 % n'en comprenaient pas le sens. Comment les internes pourraient-ils adhérer à une procédure dont ils doutent de la pertinence ou n'en comprennent pas le contenu ?

Soixante pour cent des internes considéraient ne pas être aidés par les explications des enseignants, et 72% des internes estimaient que ces explications étaient incohérentes entre les enseignants. Comment les internes pourraient-ils adhérer à une procédure dont ils mettent en doute la compréhension par les enseignants ?

Les supports écrits de réflexion distribués en tout début d'internat n'ont, selon les résultats de l'entretien et du questionnaire, que peu d'impact. Il serait sans doute préférable de proposer des temps de parole et de discussion sur ces sujets.

Enfin, 75% des internes trouvaient que l'intérêt de l'apprentissage par compétences n'avait pas été suffisamment expliqué au début de l'internat. Ce constat confirme la nécessité de communication et d'échanges supplémentaires à propos de ce principe d'apprentissage.

Concernant les situations d'apprentissage par compétences, 64% des internes considéraient que les GRP étaient le lieu où cette méthode d'apprentissage était exercée majoritairement en regard aux 40% en stage chez le praticien, 33 % en cours à la faculté et 22% en stage hospitalier. Cela traduit une intuition assez pertinente de leur part à propos de l'élaboration de la compétence, dans la mesure où les GRP reposent sur l'analyse réflexive et

la présentation à leurs pairs d'un cas issu de leur pratique, en explicitant leur vécu et justifiant leurs décisions.

Ces constats, associés à des horaires de travail assez conséquents, expliquent en partie que 38% d'internes aient déjà utilisé une trace d'apprentissage déjà rédigée ou inventé une situation clinique de toute pièce au lieu de travailler sur une situation contextualisée, permettant d'induire une analyse réflexive de leur pratique. Ces internes avaient une orientation professionnelle similaire à celle de l'ensemble de la promotion.

4. Propositions pour favoriser l'adhésion des internes au principe d'apprentissage par compétences

Il est nécessaire, d'après les résultats ci-dessus, de majorer le temps d'explication et de discussion avec les internes sur la méthode d'apprentissage par compétences. Les GRP sont un lieu possible pour travailler dans cette optique mais cela reste insuffisant. Les lieux d'échanges et de réflexion sur les pratiques sont particulièrement recherchés par les internes.

Ces résultats conduisent à formuler les propositions suivantes :

- Consacrer au cours de la première année un temps d'explication et de discussion par petits groupes d'internes, sur la méthode d'apprentissage par compétences
- Proposer un séminaire interactif dédié à la rédaction de premières traces d'apprentissage
- Instituer un temps de retour sur la rédaction de leurs traces d'apprentissage en tutorat, à partir d'un plan de rédaction mis à la disposition des internes et des tuteurs.

5. Exemple de la compétence « savoir agir en situation d'incertitude » telle qu'elle est perçue par les internes

En l'absence de définition claire de l'incertitude en médecine générale dans la littérature (9)(28) et par le DES, l'objectif était d'explorer quelles notions de cette incertitude prédominaient chez les internes. Les internes se répartissaient de manière comparable dans

leurs représentations de la notion d'incertitude (respectivement 40%, 35% et 25% pour l'incertitude diagnostique, de savoirs, et d'évolution). Ils sous-estimaient la fréquence de confrontation à cette situation en médecine générale (seuls 43% considéraient y être confronté plusieurs fois par jour) (29)(30). Les internes adoptent sur ce sujet une position comparable aux médecins généralistes jusqu'à récemment (7), la méconnaissance de cette notion d'incertitude (pourtant inhérente à la pratique médicale) les conduisant à surestimer les certitudes apportées par les données scientifiques (31). Ils étaient une majorité à reconnaître ces situations comme inconfortables (78%).

Les internes ont décrit des procédés qui les aident à gérer ces situations. Ces éléments sont détaillés ci-dessous et comparés aux niveaux de compétences de la famille de compétences « premiers recours, l'incertitude, les urgences » proposés récemment (23).

- reconvoquer le patient (98%) permet de limiter l'incertitude diagnostique et d'évolution. Cela a été décrit comme faisant partie du niveau « compétent »
- utiliser des protocoles ou recommandations (93%), ce qui équivaut à effectuer des diagnostics de situations, principalement dans le cadre de l'urgence, faisant également partie du niveau « compétent »
- effectuer des recherches documentaires (89%) qui permettent de limiter l'incertitude de savoirs
- éliminer l'urgence vitale et reporter le reste de la prise en charge vers un autre médecin (82%), procédé qui se retrouve de manière plus fréquente aux urgences hospitalières qu'en gestion de l'urgence en médecine générale, mais qui fait également partie du niveau « compétent » dans le développement de cette compétence
- délivrer une information claire et appropriée au patient sur la situation (82%), ce qui a été très bien décrit dans l'entretien de groupe « *je ne sais pas ce que vous avez, mais je sais ce*

que vous n'avez pas » et qui fait partie du niveau « intermédiaire » dans le développement de cette compétence.

Ces procédés peuvent également être mis en parallèle avec la stratégie de gestion de l'incertitude qui est proposée par une revue québécoise de formation médicale continue (6).

Cette stratégie de gestion de l'incertitude fait intervenir les cinq points suivants :

- consolider la relation médecin-patient
- évaluer le problème
- expliciter son analyse, ce qui rejoint le fait de délivrer une information claire et adaptée au patient en fonction du contexte.
- convenir d'un plan d'évaluation et de traitement, ce qui rejoint le fait d'utiliser des protocoles ou recommandations et de les expliquer au patient
- s'engager à réévaluer le problème, ce qui rejoint le fait de reconvoquer le patient, et de lui indiquer les éléments qui doivent l'amener à consulter en urgence.

Dans le développement de cette compétence, l'élément le plus important mis en exergue par les internes est d'en discuter avec des confrères. C'est un élément supplémentaire qui va dans le sens d'un souhait de travail entre pairs, d'échange de pratique ; mode de développement des compétences utilisé par les médecins généralistes dans la suite de leur exercice (32).

Conclusion

Suite à ce premier travail d'évaluation de la compréhension et de l'adhésion à la notion de compétence par les internes en 3^{ème} année d'internat de médecine générale à la faculté Paris-Sud, nous formulons les propositions suivantes :

- Consacrer au cours du premier semestre un séminaire spécifique à l'explicitation de l'apprentissage par compétences, de ses objectifs et de ses modalités
- Mettre en place des ateliers en groupe restreints pour clarifier et se familiariser avec les outils de la méthode d'apprentissage par compétences (notamment les traces d'apprentissage)
- Améliorer la cohérence des explications fournies par l'équipe d'enseignants y compris les maîtres de stage et les tuteurs
- Mettre à disposition des internes une bibliographie plus pertinente concernant l'apprentissage par compétences et ses applications en médecine
- Discuter au cours de groupes d'échanges de pratiques la nature relative des situations d'incertitude en stages hospitaliers et en soins primaires.

Si le DES de médecine générale a pour objectif d'assurer la compétence des professionnels formés (33), il est risqué de confondre « professionnel compétent » et « professionnel qui maîtrise une liste de compétences » (2). Un professionnel compétent, à qui l'on peut faire confiance, se reconnaît non pas au fait qu'il possède une liste de compétences mais au fait qu'il sait agir de façon pertinente, responsable et compétente, dans les diverses situations qu'il doit traiter ou gérer. C'est la raison pour laquelle il est préférable de raisonner en terme de processus (10). La méthode d'apprentissage par compétences propose un accompagnement de l'interne adapté à ce raisonnement, le remplaçant lui et ses apprentissages

au centre de la formation et en favorisant tout à la fois une réflexion à propos de situations contextualisées et une réflexivité. C'est une nette progression par rapport à l'enseignement de savoirs théoriques.

Bibliographie

1. Jouquan J, Bail P. À quoi s'engage-t-on en basculant du paradigme d'enseignement vers le paradigme d'apprentissage? *Pédagogie Médicale*. 2003;4(3):163-75.
2. Tardif J. *L'évaluation des compétences. Documenter le parcours de développement*. Montréal: Chenelière Education; 2006.
3. Attali C, Ghasarossian C, Bail P, Gomes J, Chevallier P, Beis J-N, et al. La certification de la compétence des internes de médecine générale: mode d'emploi. *Exercer*. 2005;74:94-102.
4. Allory E, Barbant Y, Sardin S, Dumoitier N, Menard D. Comment réconcilier les internes avec le portfolio? *Exercer*. 2014;25(112):16-7.
5. Société Française de Médecine Générale. *Dictionnaire des résultats de consultation en médecine générale*. 2010.
6. Sanche G, Caire Fon N. Quand l'incertitude s'en mêle; travailler sans filet. *Médecin Qué*. 2010;45(5).
7. Gallois P. Gérer l'incertitude de la pratique médicale. *Médecine*. 2010;6(3):124-6.
8. Aubert J. *Médecine générale: complexités et incertitudes*. *Rev Médicale Suisse*. 2009;
9. Bloy G. L'incertitude en médecine générale: sources, formes et accommodements possibles. *Sci Soc Santé*. 2008;26(1):67-91.
10. Le Boterf G. Apprendre à agir et à interagir en professionnel compétent et responsable. *Educ Perm*. 2011;188:97-111.
11. Chartier S, Ferrat E, Djassibel M, Bercier S, Compagnon L, Mollereau-Salviato M-L, et al. Mise en œuvre d'un programme d'apprentissage dans une logique de compétence: difficultés et propositions. *Exercer*. 2012;23(103):169-74.
12. Potier A, Robert J, Ruiz C, Lebeau J-P, Renoux C. Un portfolio pour certifier les compétences: des concepts à la pratique. *Exercer*. 2013;24(108):178-84.
13. Compagnon L, Bail P, Huez J-F, Stalnikiewicz B, Zerbib Y, Piriou C, et al. Définitions et descriptions des compétences en médecine générale. *Exercer*. 2013;24(108):148-55.
14. La société française de médecine générale. *Rev Prat Médecine Générale*. 2002;16(587).
15. *Compétences de médecine générale et traces d'apprentissage: mode d'emploi à l'usage des internes, maîtres de stage et tuteurs*. 2011.
16. Nguyen D-Q, Blais J-G. Approche par objectifs ou approche par compétences? Repères conceptuels et implications pour les activités d'enseignement, d'apprentissage et d'évaluation au cours de la formation clinique. *Pédagogie Médicale*. 2007;8(4):232-51.
17. Lasnier F. *Réussir la formation par compétences*. Guérin. 2000.

18. Collège de Basse Normandie des Généralistes Enseignants. Pour un référentiel métier du médecin généraliste. 2005.
19. Magnier A-M, Beis J-N, Ghasarossian C, Bail P, Gomes J, Chevallier P, et al. Certification des médecins : une exigence sociale? *Exercer*. 2005;(74):76-114.
20. Piquemal-Pastre M. État des lieux sur la compréhension, l'adhésion et la capacité des étudiants de première année du DES de médecine générale à la faculté de Créteil de la cohorte 2012 à utiliser un outil pédagogique issu du paradigme d'apprentissage par compétences. Paris-Est Créteil; 2012.
21. Ben Salah L. Description du niveau Compétent pour la compétence « Communication, relation, approche centrée patient » à partir du discours des internes de médecine générale de la faculté de médecine de l'UPEC. Paris-Est Créteil; 2013.
22. Décret n°2013-756 du 19 août 2013. Code de l'éducation.
23. 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.
24. ISNAR-IMG. Enquête nationale sur les souhaits d'exercice des internes de médecine générale. 2011.
25. Arrêté du 8 avril 2013 relatif au régime des études du premier et du deuxième cycle des études médicales. *JORF* n°0095. 2013;7097.
26. Chartier S, Le Breton J, Ferrat E, Compagnon L, Attali C, Renard V. L'évaluation dans l'approche par compétences en médecine générale. *Exercer*. 2013;24(108):171-7.
27. Chartier S, Adeline-Duflot F, Le Breton J, Compagnon L, Bercier S, Ferrat E. La mise en œuvre d'un programme d'apprentissage dans une logique de compétence: aspects théoriques et retour d'expérience. *Exercer*. 2014;25(111):33-9.
28. Pouchain D. Principes de Médecine Générale. In: *Médecine Générale: Concepts et Pratiques* [Internet]. Masson. 1996 [cité 9 juin 2015]. Disponible sur: <http://www.md.ucl.ac.be/didac/mege2110/pouchain.htm>
29. van der Weijden T, van Velsen M, Dinant G-J, van Hasselt CM, Grol R. Unexplained complaints in general practice: prevalence, patients' expectations, and professionals' test-ordering behavior. *Med Decis Mak Int J Soc Med Decis Mak*. juin 2003;23(3):226-31.
30. Gelly J, Janczewski A, Lorenzo M. Tolérance à l'incertitude en médecine générale. *Exercer*. 2014;25(112).
31. Grenier B. une démarche clinique pour une décision justifiable. *Encyclopédie Pratique de Médecine*. 2002.
32. Philibert A-C, François P, Esturillo G, Sellier E. Peer groups (a model for the continuous professional development in general practice). 2012 [cité 10 juill 2015]; Disponible sur: <http://www.opengrey.eu/item/display/10068/870509>
33. Présentation du D.E.S [Internet]. [cité 18 oct 2015]. Disponible sur: http://www.cnge.fr/la_pedagogie/presentation_du_des/

ANNEXE 1: Mail adressé pour l'entretien de groupe

Envoyé le 18 mars 2014 aux promotions T2 et T3 d'internes en DES de Médecine Générale de la faculté Paris-Sud.

« Bonjour,

Interne en T2 à la faculté Paris-Sud, je travaille sur ma thèse dont le sujet porte sur le mode de formation des étudiants en médecine générale à Paris-Sud.

Pour faire ce travail, je dois réaliser un entretien de groupe (15 personnes) visant à recueillir vos avis après vos 2 années d'expérience.

Le groupe se déroulera le 8 avril 2014 de 18h30 à 20h30 à la faculté.

J'espère que vous accéderez à ma demande et pour vous remercier du temps que vous m'accorderez, j'apporterai de quoi vous restaurer.

Merci pour vos réponses !

Camille Bideau »

ANNEXE 2: Guide d'entretien pour l'entretien de groupe

Introduction: merci de vous être rendus disponibles pour cette séance de travail qui me permet de réaliser ma thèse.

Présentation de l'observateur et du modérateur: Je suis interne de médecine générale en T2 à la faculté Paris-Sud. Guillaume Coindard est mon tuteur et m'aide à la réalisation de ce focus groupe.

Présentation de l'étude: Je réalise une thèse qui porte sur le mode de formation des internes en médecine à la faculté Paris-Sud. L'objectif est d'étudier la compréhension du concept de compétence par les internes en fin de formation à Paris-Sud. Depuis plusieurs années, le modèle pédagogique de l'apprentissage dans une logique de compétence est mis en place dans la formation des internes de MG. La validation des internes pour le DES de médecine générale passe par la certification de l'acquisition des compétences. Cette thèse donnera un premier aperçu du point de vue des étudiants sur leur formation, puis un retour à l'équipe d'enseignants, de manière à pouvoir adapter si nécessaire les modalités d'enseignement. Pour être plus concret pendant l'entretien, on ciblera volontairement la compétence "être capable de prendre une décision en situation d'incertitude".

Règles du jeu: Le concept du focus groupe est de collecter les opinions des différents participants, pour faire exprimer les points de vue de chacun. Cela permettra dans un deuxième temps de faire une étude quantitative pour étudier la fréquence de ces différentes opinions dans la population globale d'étudiants (promotion entière). Je m'engage à ce que nous terminions avant 20h30 de manière à avoir le temps de faire une pause et de manger pour les T 3 qui vont en cours ensuite. Nous avons préparé 6 questions, nous vous demandons de donner votre avis personnel. L'idée n'est pas de parvenir à un consensus, mais de répertorier le plus d'avis différents possibles. Il n'y a pas de bonnes ou de mauvaises réponses, donc soyez sincères!

Anonymat: toutes les réponses et réflexions seront anonymes donc vous pouvez vous exprimer librement! (numérotation des étudiants pour préserver l'anonymat à discuter).

Enregistrement: cette séance est enregistrée de manière à pouvoir analyser les réponses et les classer dans un second temps. Cela ne change rien à l'anonymat qui sera respecté.

Questions:

1. C'est quoi pour vous une compétence ? **ou** si je vous dis « compétence », qu'est-ce que cela évoque pour vous ?
 - Quels éléments composent/construisent une compétence ?
 - À quoi sert une compétence ?

2. Qu'est ce qui vous a aidé à comprendre ce concept/qu'est-ce qui pourrait vous aider à mieux progresser dans la compréhension de ce concept?
 - Relance : cours/GRP/stage hospitaliers/stages ambulatoires
 - En pratique, que proposeriez-vous ?

3. Quels sont les obstacles que vous avez rencontrés, personnellement, pour vous approprier ce concept de compétence?

4. Nous passons maintenant à la compétence « prendre une décision en situation d'incertitude ». Pour vous, qu'est-ce qu'une situation d'incertitude ?
 - Que mettez-vous dans cette compétence ?
 - Relance : Comment pensez-vous avoir construit cette compétence ?
 - Comment pensez-vous avoir progressé dans cette compétence ?
 - Comment pensez-vous pouvoir attester l'acquisition de cette compétence en fin de cursus ?

5. Pouvez-vous nous décrire une situation professionnelle (d'incertitude en MG) dans laquelle vous vous êtes senti(e)s particulièrement compétent(e) ?
 - Sur quels éléments ?
 - Quelles étaient les pensées ou émotions ressenties lors de cette situation?

6. Actuellement à la faculté, les étudiants certifient l'acquisition de leurs compétences à travers la rédaction de traces d'apprentissage (regroupées dans le portfolio). Comment cela se passe-t-il en pratique quand vous rédigez des traces d'apprentissage?
 - Comment dégagez-vous les compétences ?
 - Dégagez-vous une compétence principale lors de ce travail ? des compétences transverses ?
 - Lorsque vous réalisez ce travail, quels intérêts y trouvez-vous ? *Quels inconvénients ?*

Clôture de la séance:

Est-ce que quelqu'un souhaite ajouter quelque chose?

Merci d'avoir participé à cette étude, si vous souhaitez recevoir des informations sur la suite de ce travail vous pouvez me laisser une adresse mail, je vous tiendrai au courant des résultats.

Repas

ANNEXE 3: Questionnaire “COMPÉTENCES”

Bonjour, je suis interne en médecine générale en T3 à la faculté de médecine de Paris-Sud. Je travaille actuellement sur un sujet de thèse qui porte sur la notion de compétence. Le projet est de faire un état des lieux de la compréhension et de l'adhésion à ce modèle d'apprentissage chez les internes en 3^{ème} année d'internat de notre faculté, et des difficultés qu'ils rencontrent. L'objectif, à terme, est d'en faire profiter l'enseignement pour le faire évoluer. Merci beaucoup de répondre sincèrement à ce questionnaire (anonyme) de manière à permettre un travail pertinent.

Camille BIDEAU-



1. Je suis à l'aise avec la notion de compétence :

-  Oui tout à fait
  Plutôt Oui
  Plutôt Non
  Non pas du tout

2. Parmi les définitions suivantes, cochez celle qui vous paraît la plus proche de la notion de compétence : (une seule réponse possible)

- Un savoir-faire pour une situation donnée
- Une association de connaissances pratiques et théoriques
- Un savoir-agir en situation +/- complexe d'exercice professionnel
- Une capacité pratique sur un sujet précis
- Une connaissance complète d'un domaine particulier
- Ne sait pas

3. J'ai lu ou parcouru les ouvrages suivants :

	Oui 	Non 
« Référentiel métier et compétences des médecins généralistes », rédigé par le CNGE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
« Compétences pour le DES de médecine générale », (C. Attali) dans la revue « Exercer »	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
« Définition et description des compétences en médecine générale », (L. Compagnon) dans la revue « Exercer »	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
« Un portfolio pour certifier les compétences : des concepts à la pratique », (A. Poitier) dans la revue « Exercer »	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
J'ai lu d'autres ouvrages dans ce domaine :		<input type="checkbox"/>

4. La démarche d'apprentissage par compétences est pour moi :

Numérotez les phrases suivantes par ordre de préférence de ① à ⑤ ! (① étant le plus important)

- Un cadre structurant qui me permet d'organiser ma pensée
- Un outil qui permet de m'auto-évaluer dans ma progression en tant qu'interne en médecine générale
- Un support qui permet à mon tuteur (et autres enseignants) de m'évaluer
- Un carcan trop rigide qui me gêne dans mes apprentissages
- Une manière de prendre conscience de ce que j'apprends, et de ce qui me reste à apprendre

5. La liste des compétences fournie par la faculté est de mon point de vue :

	Oui 😊	Non ☹️
→ Facilement compréhensible	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
→ Pertinente par rapport aux apprentissages nécessaires en médecine générale : Si non, pourquoi :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

6. Les éléments suivants vous ont aidé à comprendre et/ou à adhérer à cette notion de compétence :

	Oui 😊	Non ☹️
→ Capacité des enseignants à expliquer la notion de compétence	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
→ Les explications données sur la méthode d'apprentissage par compétences sont cohérentes entre les différents enseignants	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
→ L'intérêt de l'apprentissage par compétences a été suffisamment expliqué au début de l'internat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

→ La formation proposée dans les différents lieux suivants était centrée sur la notion de compétence et sa méthode d'apprentissage :

	Oui 😊	Plutôt Oui 😊	Plutôt Non ☹️	Non ☹️
-> en stage hospitalier	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-> en stage chez le praticien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-> à la faculté (cours)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-> en tutorat (GRP)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>


7. Concernant les traces d'apprentissage :

	Oui 😊	Non ☹️
→ Le fait de rédiger des traces d'apprentissage me permet de progresser	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
→ Si la rédaction des traces d'apprentissage n'était pas obligatoire, je ne le ferais pas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



→ Quand je rédige une trace d'apprentissage :

	Oui 😊	Non ☹️
• Je pars d'une situation qui m'intéresse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Je pars d'une situation où je me suis trouvé en difficulté	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Je regarde d'abord dans la liste des compétences celles que je n'ai pas encore développées	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Il m'est déjà arrivé d'inventer une situation pour rédiger une trace d'apprentissage	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Il m'est déjà arrivé de reprendre une trace d'apprentissage déjà rédigée (co-interne,...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

8. Je trouve que les traces d'apprentissage reflètent bien l'acquisition des éléments qui construisent une compétence :

-  Oui tout à fait
  Plutôt Oui
  Plutôt Non
  Non pas du tout

9. Les propositions suivantes pourraient-elles d'après vous améliorer la rédaction de traces d'apprentissage ?

	Oui 	Non 
→ Les retours de mon tuteur sur mes traces d'apprentissage	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
→ Un plan de rédaction des traces d'apprentissage	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
→ Un séminaire interactif, dédié à la rédaction des premières traces d'apprentissage (au cours du premier semestre)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
→ Une grille d'auto-évaluation de la rédaction des traces d'apprentissage	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
→ Signaler dans les cours à la faculté les compétences abordées	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
→ La mise en place d'un parrainage T3-T1 pour guider les plus jeunes dans la rédaction des traces d'apprentissage	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



10. Concernant la compétence « savoir agir dans une situation d'incertitude », je me trouve à l'aise :

-  Oui tout à fait
  Plutôt Oui
  Plutôt Non
  Non pas du tout

11. Parmi les définitions suivantes, cochez celle qui vous paraît la plus proche de la compétence « savoir agir en situation d'incertitude » :

- être capable de prendre une décision alors que je n'ai pas de diagnostic
- être capable de prendre une décision alors que je ne sais pas comment va évoluer la situation
- être capable de proposer une prise en charge alors que je ne dispose pas des connaissances dont relève cette situation
- être capable de prendre une décision au cours d'une situation dans laquelle les symptômes n'ont pas d'explication organique
- être capable de proposer une prise en charge lors d'une situation particulière alors qu'on ne dispose pas de données scientifiques fiables

12. J'ai lu ou parcouru les ouvrages suivants :

	Oui 	Non 
« L'incertitude en médecine générale : sources, formes, et accommodements possibles », G. Bloy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
« Fiche 31 : Apprivoiser l'inévitable incertitude », (M-A. Bousquet) thèse de médecine générale, 2013	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
« Quand l'incertitude s'en mêle », (G. Sanche), Le médecin du Québec	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
« Gérer l'incertitude de la pratique médicale » (P. Gallois) dans la revue Médecine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
J'ai lu d'autres ouvrages dans ce domaine :		<input type="checkbox"/>

13. Pour vous, les situations d'incertitude en médecine générale (ambulatoire) sont :

→ Rencontres à une fréquence d'environ :

- Plusieurs fois par jour Une fois par jour Une fois par semaine Une fois par mois

→ Ces situations d'incertitude sont source d'inconfort pour vous :

- Oui tout à fait Plutôt Oui Plutôt Non Non pas du tout

→ Ces situations me paraissent plus souvent liées : (une seule réponse)

- À un manque de connaissances scientifiques (personnel ou bien de la science en général)
 Au patient en lui-même (ses particularités, ses préférences)
 Plutôt les deux

14. Les éléments suivants vous aident-ils pour gérer les situations d'incertitude ?

	Oui 😊	Non ☹️
→ Éliminer l'urgence vitale et reporter le reste de la prise en charge à un autre médecin ou lors d'une autre consultation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
→ Reconvoquer le patient	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
→ Délivrer une information claire et appropriée au patient sur la situation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
→ Utiliser et suivre des protocoles / recommandations	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
→ Effectuer des recherches documentaires	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
→ Prescrire des examens complémentaires	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

→ Autre :

15. Les éléments suivants vous ont-ils aidé au développement de la compétence « savoir agir dans une situation d'incertitude » ?

	Oui 😊	Non ☹️
→ Mes recherches documentaires sur ce sujet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
→ Apprendre à lâcher prise, « on ne peut pas tout savoir, les connaissances médicales sont innombrables »	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
→ Apprendre à lâcher prise, « on ne peut pas tout savoir, certaines choses sont incertaines et imprévisibles indépendamment de la science »	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
→ En discuter avec d'autres internes, confrères	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
→ Travailler à ce sujet en GRP	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
→ Apprendre à utiliser le DRC (dictionnaire des résultats de consultation, intégré dans certains logiciels informatiques en cabinet de médecine générale)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

→ Autre :

16. Actuellement vous souhaitez comme orientation professionnelle :

- médecine générale libérale médecine d'urgence médecine hospitalière gériatrie
 médecine générale salariée (maison de santé, ...) autre : _____

Merci beaucoup !

Pour ceux qui souhaitent recevoir les résultats de cette étude, vous pouvez m'adresser un mail à l'adresse suivante : bideaucamille@gmail.com

PS : merci de signer sur la liste d'émargement pour que je sache qui n'a pas encore répondu au questionnaire ! Celui-ci reste anonyme bien sûr.

Summary

INTRODUCTION: The curriculum of the third cycle of medical studies in general practice is based on the concept of an assimilation of skills and in particular on the notion of competence, which is particularly adapted to vocational learning. The understanding of this notion has never been studied in residents. This study aimed at assessing the understanding and support to the notion of competence with the residents of the Paris-Sud University, the illustration being the following skill « being able to act in a situation of uncertainty ».

MATERIAL AND METHODS: A group interview was carried out on April, 8th 2014 with nine residents; this qualitative research was based on triangulation of data. A quantitative questionnaire was handed out to the third-year Paris-Sud University general practice residents so as to explore the main elements present in the results of the qualitative interview.

RESULTS: For the residents, the notion of competence was vague and complex: they did not understand the logic underlying skill-based learning and were not aware of the existence of such skills. They drew a simplistic parallel between skills, written accounts of learning and assessment by teachers. Concerning the skill « being able to act in a situation of uncertainty » chosen as an illustration, they were able to quote elements that were part of it by describing processes they would use to handle such situations. The suggestions for improvement mainly concern the coherence of this learning method by the teaching team.

CONCLUSION: The main recommendations derived from this research are the following: devoting a specific seminar to the presentation of skill-based learning, setting up workshops with a limited number of participants to make the tools of this method clearer as well as improving the coherence of the explanations provided by the teaching team.

KEY WORDS: skill-based approach, understanding, teaching, residents, general practice, situation of uncertainty, Paris-Sud University.

Résumé

INTRODUCTION : Le programme du 3^{ème} cycle des études médicales en médecine générale est basé sur le concept d'apprentissage par compétences et en particulier sur la notion de compétence, particulièrement adaptée aux formations professionnalisantes. La compréhension de cette notion n'a jamais été étudiée chez les internes. L'objectif de cette étude était d'apprécier la compréhension et l'adhésion à la notion de compétence chez les internes de médecine générale de la faculté Paris-Sud, illustrée par la compétence « savoir agir dans une situation d'incertitude ».

MATÉRIEL ET MÉTHODES : Un entretien de groupe a été réalisé le 8 avril 2014 avec 9 internes, l'analyse qualitative effectuée par triangulation. D'autre part, un questionnaire quantitatif a été distribué aux internes en 3^{ème} année de DES de médecine générale à la faculté Paris-Sud de manière à explorer les principaux éléments ressortant de l'entretien qualitatif.

RÉSULTATS : Les internes percevaient la notion de compétence comme floue et complexe, ne comprenaient pas la logique d'apprentissage par compétences et n'en avaient pas conscience. Ils établissaient un lien réducteur entre compétence, trace d'apprentissage et évaluation par les enseignants. Concernant la compétence « savoir agir en situation d'incertitude » choisie comme illustration, ils ont été capables, en décrivant des procédés qu'ils utiliseraient pour gérer ces situations, de citer des éléments construisant cette compétence. Les propositions d'amélioration concernent principalement la cohérence de la présentation de cette méthode d'apprentissage par l'équipe d'enseignants.

CONCLUSION : Les principales propositions qui émanent de ce travail sont : consacrer un séminaire spécifique à l'explicitation de l'apprentissage par compétences, mettre en place des ateliers de groupes restreints pour clarifier les outils de cette méthode, et améliorer la cohérence des explications fournies par l'équipe d'enseignants.

MOTS-CLÉS : Apprentissage par compétences, compréhension, enseignement, internes, médecine générale, situation d'incertitude, Faculté Paris-Sud.