



État des lieux des procédures de validation du DES de médecine générale en France

Inventory of the validation procedures of the General practice degree in France

Juliette Chambe¹, Hubert Maisonneuve², Sébastien Leruste³, Cécile Renoux⁴, Caroline Huas⁴

exercer 2014;113:123-31.

juliette.chambe@unistra.fr

The departments of general practice (DGP) of the French universities are tasked with the education of skilled primary care physicians. Graduation requirements include an essay and a personal report. Since 2004, various requirements have emerged, but they had not yet been inventoried. This was the primary objective of this study. An online survey was conducted with the 33 mainland French DGP at end 2012. This survey collected student/teacher ratios and graduation requirements: portfolio, research essay, written accounts of learning, objective structured clinical examinations (OSCE), script concordance tests (SCT), oral academic defense, and mentoring. All the DGP responded to the survey. Portfolios were required by most of them (27/33), usually associated with mentoring. Research essays were frequently required (22/33), but always in addition to a portfolio or thesis. Essays were usually structured as a scientific article (21/22), and sometimes, according to student's choice, as clinical complex and authentic situations (4/22). The existence of mentoring seemed to be influenced by the student/teacher ratio. OSCE and SCT were used by a few DGP with lower student/teacher ratios. This study found broad heterogeneity in pedagogical choices, graduation requirements and tools. This reflected the difficulty of general practice in defining its identity, as well as the dynamics and capacity for adaptation of the DGPs. Many changes have been observed during the last 30 years, but seemed to tend towards the harmonisation of pedagogic practices. This also reflected the desire of the National college of teachers in general practice (CNGE), which works for the certification of future professional competencies.

Introduction

En 2004, la médecine générale est devenue une spécialité médicale certifiée par l'obtention d'un diplôme d'études spécialisées (DES)¹. Au sein des facultés de médecine, les départements de médecine générale (DMG) ont pour mission de former des médecins compétents, autonomes et réflexifs, capables de répondre aux demandes des patients en soins primaires. Cette notion de compétence professionnelle du médecin généraliste est reconnue par la société civile².

Attester des compétences d'un futur professionnel à la fin de son DES est un défi³ pour les enseignants de médecine générale. Les textes de loi régissant la validation du DES ont guidé leurs réflexions¹ : « La délivrance du diplôme d'études spécialisées au cours du dernier semestre d'internat [...] se fonde sur : la validation de tous les stages exigés pour le diplôme d'études spécialisées [...] ; un mémoire rédigé et soutenu par l'interne et portant sur un travail de recherche clinique ou fondamentale. Ce mémoire peut porter sur un thème spécifique ou être constitué d'un ensemble de travaux. [...] Un document de synthèse, par l'interne, portant sur les travaux scientifiques qu'il a

réalisés notamment dans le cadre de la préparation d'un diplôme d'études approfondies ou d'un master, sur sa participation à des congrès ou colloques, ses stages à l'étranger et toute autre formation ou expérience complémentaire ; des appréciations annuelles de l'enseignant coordonnateur et, le cas échéant, des enseignants coordonnateurs d'autres spécialités ; de l'avis du directeur de l'unité de formation et de recherche dont relève l'interne ».

Outre la réalisation des stages, la validation du DES porte essentiellement sur deux travaux écrits : un mémoire de DES et un document de synthèse. Les interprétations et applications de ces termes varient d'un DMG à l'autre. Depuis 2004, diverses modalités ont vu le jour⁴. Aucune publication n'en a fait l'état des lieux à ce jour. De nombreux échanges ont porté sur les modalités de validation du DES lors des congrès du Collège national des généralistes enseignants (CNGE). Chaque DMG semble avoir adapté les textes aux conditions locales humaines, matérielles et pédagogiques. Actuellement, deux paradigmes pédagogiques coexistent : le paradigme d'enseignement, dont découle l'approche par objectifs et le paradigme d'apprentissage, dont découle l'approche par compétences^{5,6}.

1. Département de médecine générale, Université de Strasbourg.

2. Unité de soins primaires, Université de Genève.

3. Département de médecine générale, Université de Lille-2.

4. Département de médecine générale, Université François-Rabelais, Tours.

Mots-clés

Médecine générale

Études médicales

Évaluation des acquis scolaires

Key words

General practice

Education, medical

Educational measurement

Liens d'intérêts :
Juliette Chambe est membre du CA du CNGE Collège académique. Sébastien Leruste est président de CNGE conseil. Caroline Huas est secrétaire du conseil scientifique du CNGE.



Depuis 2004, le CNGE Collège académique montre une volonté d'harmonisation des procédures de formations des internes de médecine générale. Le paradigme d'apprentissage et l'approche par compétences ont été choisis par les experts^{7,8}. L'élaboration d'une procédure pour attester des compétences des internes à l'issue du DES est en cours, grâce à de nouveaux outils⁹. La publication récente du référentiel métiers et compétences du médecin généraliste¹⁰ va dans ce sens. Il a pour objectif de servir de base au développement des outils de procédure qualité¹¹. La publication récente du numéro spécial « certification » de la revue *exercer* et ses articles faisant tous référence à l'approche par compétences¹², fait écho à cette volonté de CNGE Collège académique.

La volonté de ces instances nationales et des référents en matière de pédagogie est-elle en adéquation avec les situations locales ? Ce travail avait pour but de faire un état des lieux des différentes modalités de validation du DES de médecine générale dans les UFR de France métropolitaine. L'objectif secondaire était d'identifier les points forts mais aussi les difficultés locales et contraintes ressenties. Cette étude se voulait descriptive, sans jugement sur le travail réalisé au sein des UFR.

Méthode

Une enquête descriptive a été réalisée. Un questionnaire en ligne a été diffusé entre septembre et novembre 2012 auprès de tous les DMG métropolitains. Dans un premier temps, les personnes identifiées comme les plus habilitées à répondre (responsable pédagogique ou apparenté) ont été contactées via les chefs de clinique de chaque UFR. Dans un deuxième temps et si nécessaire, les responsables locaux ont été directement contactés. Enfin, pour compléter les données manquantes, les sites Internet des différents DMG ont été consultés. En cas de divergence dans les réponses, lorsque plusieurs étaient données pour un même DMG, les répondants étaient recontactés, voire un autre avis était demandé (en face-à-face lors du congrès de novembre CNGE 2012, ou par téléphone).

Après un recueil démographique (composition du DMG, nombre d'internes inscrits en cursus de médecine générale), la première question était « En plus de la validation des stages et des enseignements, que demandez-vous à vos étudiants pour valider leur DES ? ». Plusieurs réponses étaient possibles : portfolio, récit de situations complexes authentiques (RSCA), traces d'apprentissage, examens cliniques objectifs structurés

ECOS : ils sont organisés en plusieurs stations de six à vingt minutes. Chacune propose à l'interne une situation clinique avec un objectif précis. L'interne est face à un patient simulé. Un observateur l'évalue suivant une grille d'observation. Chaque station évalue une ou plusieurs compétences.

Mémoire de recherche : il évalue les capacités de l'interne à mener une réflexion scientifique sur un sujet de la discipline. Il a pour objectif de développer les connaissances en soins primaires, en diffusant les travaux de qualité par la publication.

Mémoire de stage de niveau 1 : parfois demandé en fin de stage de niveau 1 de médecine générale. Il peut prendre plusieurs formes : le déroulement du stage et le rôle de l'interne, un travail de recherche, préparatoire du mémoire de DES, un RSCA, ou un carnet de bord, etc.

Portfolio : outil d'évaluation du parcours des internes en médecine générale. Il est défini comme une collection organisée, authentique et évolutive de matériel permettant autant de conduire une auto-évaluation que d'obtenir des informations sur les compétences développées par l'interne.

RSCA : récit rédigé à partir d'une situation professionnelle complexe vécue par l'interne, dont les faits sont décrits le plus objectivement possible et les perceptions le plus subjectivement possible. Il aide à améliorer les compétences professionnelles des internes en stimulant leur pratique réflexive et en favorisant la rétroaction pédagogique.

TCS : de courtes situations sont présentées sous forme de questionnaire à choix multiple. Ils explorent le raisonnement clinique, paraclinique ou thérapeutique en situation d'incertitude. Face à une situation donnée, est-ce qu'une nouvelle information modifiera notre conduite, et dans quel sens ? La réponse de l'étudiant est comparée à celle d'un panel de médecins généralistes experts, et la notation est pondérée en fonction des réponses des experts.

Traces d'apprentissage : production écrite de l'interne retraçant un élément d'apprentissage ayant contribué à l'acquisition de compétences (cf encadré 2).

Tutorat : c'est un élément associé à l'approche par compétence. Dans ce cadre pédagogique, chaque étudiant a un tuteur qui suit son parcours et l'accompagne dans ses apprentissages. C'est en général le référent pour son évaluation et l'attestation de ses compétences.

Encadré 1. Glossaire des termes pédagogiques

(ECOS), test de concordance de script (TCS), mémoire de DES, mémoire de stage de niveau 1 et « autres » (glossaire encadré 1). Les questions étaient développées selon les éléments de validation du DES demandés aux étudiants. Des questions ouvertes recueillaient les avantages et inconvénients des modalités de validation telles qu'organisées. Certains items étaient volontairement redondants, en raison de disparités potentielles anticipées. Par exemple, une hypothèse forte était que le portfolio ne réunissait pas les mêmes éléments d'un DMG à l'autre. Il contiendrait le plus fréquemment des traces d'apprentissage dont des RSCA. De même, le format du « mémoire de DES » pourrait varier. Conformément aux textes, il pouvait correspondre au portfolio en tout ou partie, ou encore à un travail de recherche indépendant (appelé mémoire de recherche dans cette étude). Une dernière question abordait l'éventuelle orientation pédagogique du DMG.

La composition du DMG et le nombre d'étudiants par promotion ont été recueillis avant avril 2013 en confrontant nos résultats à ceux de l'enquête annuelle du CNGE¹³. En cas de divergence, le secrétariat de chacune des UFR a été contacté. Le calcul en équivalent temps plein (ETP) a été réalisé de la manière suivante : les PU, MCU ont été comptés comme temps plein universitaire ; les PA et MCA ont été comptés comme mi-temps universitaire. Les CCU et CCA n'ont volontairement pas été comptés pour permettre la comparaison avec les nommés des autres spécialités.

Une analyse descriptive par DMG des réponses quantitatives et qualitatives a été réalisée.

Résultats

Les 33 DMG métropolitains ont participé à l'étude, avec 1 à 4 répondants par DMG. Le tableau 1 reprend les différents éléments de validation recensés et le nombre d'universités concernées. Tous demandaient un portfolio ou un mémoire de DES. Vingt et un DMG (66 %) travaillaient à partir de traces d'apprentissage. Les 14 DMG (40 %) qui demandaient un mémoire de DES distinct du portfolio attendaient majoritairement un mémoire de recherche. Parmi eux, 5 DMG réalisaient des ECOS (dont 4 étaient sanctionnants), 3 des TCS.

Tutorat

Deux tiers des DMG ont mis en place un tutorat. Une grande diversité apparaissait dans son organisation, et dans le rôle des tuteurs, mais ces réponses n'étaient pas toujours détaillées. Le tutorat combinait souvent des rencontres individuelles et en groupe, rarement strictement individuelles. Trois UFR organisaient uniquement des rencontres collectives. Le tuteur avait en général un rôle dans la validation du DES, parfois consultatif, mais pouvait aussi prendre part au jury. Trois DMG disaient

avoir arrêté le tutorat à cause de l'épuisement des tuteurs et de l'augmentation du nombre d'étudiants. À Nice, le tutorat individuel avait été arrêté « *en raison de la lourdeur* ».

Mémoire de stage de médecine générale de niveau 1

Deux types de mémoire semblaient exister à partir des expériences issues de ce stage : soit un format imposé (pour 7 DMG sous forme d'un travail de recherche), soit sous un format plus libre (et qui pouvait comprendre journal de bord, RSCA, rapport de stage, etc.).

Mémoire de DES

Près de la moitié des DMG demandaient un mémoire distinct du portfolio (tableau 1). Parfois, il n'était demandé que si la thèse ne portait pas sur un sujet de médecine générale. La soumission préalable d'un synopsis était systématiquement demandée. Le type de mémoire était majoritairement un mémoire de recherche, parfois sous forme d'article. Son contenu pouvait être celui de la thèse. Dans un DMG (Saint-Étienne), si l'interne avait choisi un format article, la validation du mémoire était conditionnée à une procédure de soumission à une revue. Dans quelques DMG, ce travail pouvait aussi être un RSCA, ou l'un ou l'autre au choix de l'interne. Pour les autres DMG, le portfolio tenait lieu de mémoire de DES.

Portfolio, RSCA, traces d'apprentissage

Vingt-sept DMG demandaient la réalisation d'un portfolio pour la validation du DES. Une variabilité à la fois du contenu et du mode de validation a été observée. Une minorité de DMG utilisait le portfolio plus pour le recueil des obligations de formations que pour l'évaluation des compétences de l'interne. Ils avaient alors défini le portfolio comme « *sommaire* » ou « *non spécifique* », mais exigeaient au moins un RSCA et un mémoire de recherche en plus du portfolio.

La majorité des DMG demandait un portfolio très structuré aux internes, avec une attente précise et exigeante de son contenu. Il constituait alors l'outil principal d'évaluation. Le portfolio regroupait un certain nombre de traces d'apprentissage. Les éléments cités comme « *tout élément de formation contribuant à l'acquisition de compétences* » étaient hétéroclites (encadré 2). Les traces citées pouvaient être regroupées en plusieurs grandes catégories :

- un suivi tuteuré ;
- une auto-évaluation des compétences cliniques réalisée à l'aide du référentiel métier et/ou d'un journal de bord, de fiches événements, etc. ;
- une demande d'attitude réflexive sur sa pratique, avec réalisation de RSCA, et/ou groupes d'échanges de pratiques ;



UFR	IMG/ETP	Tutorat	Mémoire	Portfolio	Soutenance orale	ECOS	TCS
Limoges	46	■	■	■	■	(■)	
PIFO	49	■	□	■	■		
Tours	58	■		■	■		
Paris-5	64	■	□	■	■		
Poitiers	64	■		■	■		
Paris Créteil-XII	66	■	□	■	■		
Besançon	69	■	*	■	■		
Paris-13	75	■	□	■	■		
Nice	79	■	■	■	■		
Rouen	82		■		■	■	■
Clermont-Ferrand	83	■		■	■		
Dijon	83	■	■*	■	■	■	
Faculté libre de Lille	83		■	■	■	■	
Paris-6	84	■	□	■	■		
Paris-Sud-XI	86	■	□	■	■		
Angers	92	■		■	■		
Toulouse	92	■	■*	■	■		
Lyon	95	■		■	■		
Montpellier-Nîmes	96		■		■		
Amiens	98		■	■	■		
Paris-7	98	■	□	■	■	(■)	
Reims	112	■	■	■	■		
Grenoble	113			■	■		
Caen	114	■	■		■		
Brest	118	■		■	■		
Nancy	126	✕	■		■		■
Rennes	131	■	□	■	■		
Nantes	140			■	■		
Saint-Étienne	150	■	■*	■	■		
Lille	165	✕		■	■		
Bordeaux Segalen	166	■		■	■		
Strasbourg	200	✕	■*		■	■	■
Marseille	210		■		■		

Tableau 1. Description des modalités de validation du DES par UFR, classées selon le nombre d'étudiants par équivalent temps plein (ETP) et l'existence d'un tutorat

IMG/ETP : nombre d'internes de médecine générale par enseignant en équivalent temps plein.

Mémoire : mémoire de recherche tel que défini dans l'encadré 1.

■ : fait ; (■) : examen non éliminatoire, formatif, validation par la présence ; □ : mémoire de recherche si la thèse n'est pas un sujet de médecine générale ; ✕ : arrêt ; * : RSCA ou mémoire de recherche.



- un rapport sur les formations présentiellees proposées et/ou exigées par le DMG ;
- la participation à des formations médicales continues (FMC) ;
- une recherche bibliographique (revue de littérature, fiche de lecture ou lecture critique). Elle était de plus systématiquement demandée dans les RSCA.

ECOS

Six DMG organisaient des ECOS. Ils comprenaient 6 à 20 stations de six à vingt minutes. La simple participation était validante pour deux DMG, et sanctionnée par une note, pour quatre DMG. Les deux DMG qui réalisaient les ECOS de manière formative utilisaient le portfolio comme outil principal de validation.

TCS

Les trois DMG qui réalisaient les TCS n'utilisaient pas le portfolio comme moyen de validation.

La validation du DES

Une soutenance orale était toujours organisée, devant un jury de deux à quatre membres, composé systématiquement d'un membre du DMG, et/ou d'un professeur d'une autre spécialité, et/ou de maîtres de stage universitaires, et/ou d'un praticien hospitalier. Elle concernait soit le mémoire de DES, soit le document de synthèse ou portfolio, soit les deux. Un DMG validait le portfolio avec le tuteur, sans soutenance orale. Certains DMG demandaient la présentation d'une synthèse de son DES par l'interne (écrite ou orale).

Moyens humains

Le ratio d'étudiants par ETP variait de 46 à 210. Les DMG ayant le moins d'étudiants par ETP réalisaient tous un tutorat. Ceux ayant le plus d'étudiants par ETP le pratiquaient moins, voire l'avaient abandonné. ECOS et TCS étaient plutôt pratiqués par des DMG ayant des ratios plus petits, à l'exception de Strasbourg.

Autres résultats

Les commentaires libres étaient riches. Ils ont permis de préciser certains résultats mais aussi d'approcher le regard des enseignants sur les modes de validation qu'ils ont mis en place.

La majorité des DMG (n = 19) énonçaient clairement développer une approche par compétences. Le contenu des enseignements et le mode de validation faisaient l'objet d'évaluations régulières. S'ils s'accordaient de manière unanime sur l'intérêt formatif de cette approche, nombre d'entre eux s'interrogeaient sur sa mise en application et ses critères de validation.

Pour les internes eux-mêmes, ils signalaient des « difficultés d'appréhension par les internes », et « dans

l'adhésion des internes au système de validation ». Plusieurs (n = 3) mettaient en avant que cela « nécessite un volontarisme certain ».

Pour les équipes enseignantes, l'évaluation des compétences nécessitait une harmonisation locale, par l'adhésion des intervenants et leur formation à l'approche par compétences : « *Le processus pédagogique nécessite un apprentissage, ce qui est difficile à demander à tous les maîtres de stage universitaires* ». « *Le système [...] rend complexe la validation aux yeux des IMG et des tuteurs qui sont mis à contribution dans l'adhésion des IMG au système de validation* ». Ils déclaraient une « *difficulté d'harmonisation au sein de l'équipe des critères de validation* ».

La validation des compétences impliquait des moyens et du temps : « *chronophage et consommateur de moyens humains, mais très rigoureux* ».

Enfin, des critères de validation étaient discutés. Certains critiquaient « *la pertinence des indicateurs qui n'est pas validée* » ou encore trouvaient que « *l'ensemble du système de validation manque de cohérence pédagogique* ».

Les solutions qu'ils envisageaient étaient proches d'un DMG à l'autre : améliorer « *la communication globale* », « *augmenter le nombre des enseignants, améliorer leur compétence* ».

À l'inverse, quelques DMG développant une approche par objectifs la justifiait tout en la critiquant : sa validation était « *réalisable avec nombre d'étudiants* » et « *répond à l'impératif légal et aux textes règlementaires* ». Ils appréciaient « *sa similitude avec d'autres cursus de DES et une implication dans la recherche par le mémoire* », mais regrettaient qu'elle « *n'explore pas assez les compétences acquises pour une certification "idéale"* ».

Certains DMG précisait qu'ils étaient « *en questionnement* », et s'interrogeaient sur une « *évolution vers un mode d'apprentissage par compétences* ».

Discussion

Intérêt et limites

Ce travail est le premier état des lieux sur les modalités de validation du DES en France. Tous les DMG métropolitains ont participé. Les commentaires recueillis illustraient à la fois les difficultés et le dynamisme du travail pédagogique des DMG. Le recueil de données par questionnaire et non par entretien est la principale limite de ce travail. De plus, malgré un souci d'exhaustivité, certaines informations ont manqué de précision à cause de la grande diversité et de l'évolution constante des modalités existantes. En cas de réponses divergentes au sein d'un même DMG, les responsables pédagogiques ont été recontactés. Malgré ces précautions,



des erreurs ont pu subsister. Les changements réguliers d'effectifs d'enseignants et d'étudiants rendent ce type de recueil rapidement obsolète.

Des travaux complémentaires sont nécessaires. Un audit externe semblerait particulièrement adapté pour comprendre les tenants et les aboutissants de l'organisation du DES et ses évolutions. Certains DMG ont utilisé des travaux de thèse pour évaluer et modifier leurs pratiques¹⁴.

Une discipline en construction

La médecine générale est une jeune discipline scientifique et universitaire. Son contenu spécifique de formation, sa pratique clinique et sa recherche sont fondées sur ses propres fondements scientifiques définis au

niveau européen. Ce travail met en évidence l'hétérogénéité des choix pédagogiques, des procédures et des outils de validation du DES. Est-ce le reflet de la difficulté de la médecine générale à définir son contenu ? Cette hétérogénéité semblait toutefois être le fruit d'une réflexion et d'une adaptation constante au sein des DMG, qui montraient un souci de qualité pour la validation des futurs médecins généralistes. Depuis trente ans, parti de l'existant, chacun semblait s'être adapté au gré du nombre d'étudiants et d'une auto-évaluation régulière des différents dispositifs.

Le concept de *Best Evidence Medical Education* (BEME)¹⁵, en analogie avec la triade de l'*Evidence Based Medicine*, a été décrit comme la rencontre du concept pédagogique, justifié par les connaissances actuelles, de

« TOUT ÉLÉMENT DE FORMATION CONTRIBUANT À L'ACQUISITION DE COMPÉTENCES »

1) Récits : RSCA/script/récit d'incident critique (RIC)/récit de situation complexe exemplaire (RSCE).

2) Rencontres avec le tuteur, traces de supervision, progression auto-évaluative des compétences : compétences acquises, insuffisantes et moyens d'y remédier.

3) Groupes d'échanges de pratiques (relevé non exhaustif des différents sigles) :

- **GAAP :** groupe d'apprentissage à l'analyse de pratique ;
- **GAP :** groupe d'analyse de pratique ;
- **GDP :** groupe de pratique ;
- **GEAP :** groupe d'échanges et d'analyse de pratique ;
- **GEAPI :** groupe d'échanges et d'analyse de pratique d'interne ;
- **GEASP :** groupe d'entraînement à l'analyse de situation professionnelle ;
- **GEEP :** groupe d'évaluation et d'échanges de pratique ;
- **GEP :** groupe d'échanges de pratique ;
- **GEPS :** groupe d'échanges de pratique supervisé ;
- **GEPT :** groupe d'échanges de pratique tuteuré.

4) Traces de la formation pratique :

- bilan de compétences, CV ;
- document de synthèse ;
- rapport de stage ;
- objectifs d'apprentissage, apprentissage des objectifs du métier ;
- évaluation de stage, validation de l'acquisition des compétences en stage ;
- journal de bord ;
- progression auto-évaluative des compétences.

5) Autres traces d'apprentissage :

- bibliographie, fiches de lecture, revue de littérature, lecture critique d'article ;
- formation médicale continue (tests de lecture, séminaires) ;
- sujet de thèse ;
- grille d'évaluation du portfolio ;
- éléments ponctuels ;
- synthèse de travaux ;
- journées CPAM, journée interprofessionnelle JUMGA ; (Journée universitaire de médecine générale d'Auvergne) ;
- enseignement théorique facultaire, enseignement présentiel.

Encadré 2. Traces d'apprentissage citées



l'environnement local et de l'étudiant. Ces éléments semblent ressortir des résultats et des commentaires libres. Un futur travail mériterait d'être conduit avec cet axe de lecture et permettrait de voir s'il se vérifie au sein de chaque DMG pour leurs choix pédagogiques et d'évaluation.

Le portfolio, un outil commun, plusieurs contenus

L'étude montrait une hétérogénéité dans la finalité du portfolio, son contenu et son appellation. Une grande majorité de DMG demandait la réalisation d'un portfolio pour la validation du DES. Pour certains, ce portfolio servait de mémoire, pour d'autres un mémoire distinct était demandé, majoritairement de recherche. Le contenu du portfolio variait tant dans le contenu que dans la quantité. Quatre grandes catégories de contenu existaient : 1) récits, majoritairement sous forme de RSCA ou équivalent ; 2) groupes d'échanges de pratiques ; 3) traces de la formation pratique ; 4) rencontres avec le tuteur. La variété d'appellations des différents outils de validation et d'enseignement témoignait d'une expérimentation locale riche. Cette hétérogénéité a du sens dans une approche par compétences. La construction d'un programme doit tenir compte du contexte local. Le principe du portfolio, ou dossier d'apprentissage, est d'aboutir à une collection chronologique et organisée des traces d'apprentissage produites par l'interne en formation^{24,25}. Il permet à l'interne de prendre conscience de ses apprentissages et de sa progression mais aussi de témoigner régulièrement du développement de ses compétences professionnelles et de sa réflexivité. Il est enchâssé dans l'ensemble du cursus. Il est autant utilisé comme outil d'évaluation formative (auto- ou hétéro-évaluation) durant le processus d'apprentissage que comme outil d'évaluation sommative^{16,17} lors de la validation finale. À ce titre, la forme de la trace d'apprentissage importera moins que le processus d'apprentissage qu'elle relate. Malheureusement, le recueil ne détaillait pas le type de support des portfolios. L'utilisation d'un outil commun comme le portfolio électronique peut être une piste à suivre vers l'homogénéisation.

Le tutorat

La supervision de l'étudiant est essentielle dans une approche pédagogique centrée sur le portfolio¹⁸. Le tutorat était utilisé par deux tiers des DMG, avec des modalités variables, confirmant l'étude de 2011¹⁹. Rarement strictement individuel, il combinait souvent des rencontres individuelles et en groupe. Le tuteur avait en général un rôle dans la validation du DES. Trois DMG signalaient avoir arrêté le tutorat. Les raisons citées recoupaient celles identifiées par de précédents travaux : charge de travail trop importante pour les tuteurs, disproportion des effectifs tuteurs/tuteurés, désintérêt ou épuisement des MSU pour le tutorat¹⁹.

L'apprentissage consiste en un traitement actif et intentionnel de l'information et une construction de sens en milieu professionnel authentique^{20,21}. Il requiert de la motivation, car l'étudiant doit trouver sa propre façon « d'apprendre à apprendre » graduellement, à partir de ce qu'il sait déjà⁶. Le tuteur, enseignant formé et expert de l'univers professionnel concerné, est indispensable pour guider l'étudiant dans ses apprentissages, en étant le « réceptacle des informations significatives et un superviseur de la construction du portfolio »²². Le ratio enseignants/enseignants a augmenté après l'ouverture du *numerus clausus*, obligeant certains DMG à une refonte du tutorat. Les expérimentations de tutorat « collectif » ou « en groupe »¹⁴ posent question sur le plan pédagogique. Si des temps individuels sont indispensables dans le paradigme d'apprentissage, l'aspect collectif semble remporter l'adhésion des tuteurs et des étudiants. L'évaluation de ces nouveaux modes de fonctionnement se poursuit.

Mémoire de recherche, approche par compétences et apprentissage de la recherche ?

Le mémoire de recherche était fréquemment cité, couplé au portfolio ou à la thèse. Il prenait rarement la forme d'un RSCA. La production de données de soins primaires est tout autant nécessaire au développement de la profession que de la discipline universitaire de médecine générale. L'implication d'internes dans des protocoles de recherche de qualité n'est pas seulement un moyen de produire des données. Cette expérience de recherche pendant leur cursus universitaire contribue à leur formation, et aussi à leur motivation à s'impliquer plus tard dans des projets de recherche en soins primaires²³. Le questionnement est un mécanisme commun à la recherche et à l'apprentissage. En prenant de la distance par rapport à son objet de recherche, l'étudiant se met en posture de réflexivité. Apprentissage et construction d'un projet de recherche dans le cadre d'un mémoire paraissent ainsi complémentaires. Cela pourrait expliquer que huit DMG s'appuyant sur le paradigme d'apprentissage demandaient systématiquement un mémoire en complément du portfolio, mais les raisons de ce choix n'ont pas été explorées.

Cohérence des procédures et des outils de validation par rapport aux choix pédagogiques ?

L'hétérogénéité des modalités de validation n'est pas le fruit d'une génération spontanée. Les pratiques évaluatives sont fondées sur les courants conceptuels et les choix pédagogiques qui en découlent⁶. Le portfolio et le tutorat s'inscrivent dans une approche par compétences, centrée sur les interactions de la personne



et de son environnement. La richesse et la complexité de cette approche constituent sa principale faiblesse en termes d'évaluation des étudiants¹⁸. Les critères d'évaluation résultent d'un choix, souvent consensuel, entre le niveau de complexité évalué et sa reproductibilité. Ils ne sont pas toujours simples à appréhender, en particulier pour les étudiants. Le mémoire de recherche, les ECOS et les TCS s'incrivent en général dans une approche par objectifs, qui offre un cadre d'évaluation plus clair, et reste le choix pédagogique de certains DMG. La différence majeure entre les deux approches s'opère au niveau de l'authenticité et de la complexité de la situation étudiée. En pratique, cette étude met en évidence dans certains cas une interpénétration de ces deux paradigmes. Cet état de fait est probablement plus pragmatique que conceptuel. Les DMG connaissent les forces et les limites de leurs dispositifs. Ils s'adaptent autant à leurs ressources qu'à l'acceptabilité des dispositifs par les différents acteurs. Le dispositif de formation et de certification doit néanmoins être explicite dès le départ pour les étudiants.

Les outils de validation du DES et les conditions locales

L'hétérogénéité observée dans les modalités de validation semblait en rapport avec la grande disparité du nombre d'étudiants par ETP. Actuellement, l'augmentation du nombre d'étudiants en médecine générale est proportionnellement plus rapide que les nominations d'enseignants titulaires et associés. Ce constat explique les modifications régulières des modalités de validation du DES. L'abandon du tutorat dans certains DMG en est une illustration. De même, le portfolio semblait plus fréquemment utilisé quand le nombre d'étudiants par ETP était bas. Le calcul d'ETP ne reflétait que partiellement les moyens humains en enseignants. Il ne tenait compte ni des enseignants financés par les heures complémentaires ni des chefs de clinique. Ce parti pris permet une comparaison avec les références nationales et européennes. La médecine générale présentait en 2013 un ratio enseignés/enseignants moyen de 107 internes par ETP²⁴, alors que le ratio attendu est de 10 à 15 en troisième cycle¹³. La jeunesse de la filière universitaire et, au niveau historique, la loi Debré de 1958²⁵ peuvent expliquer ce retard.

Vers une harmonisation des programmes du DES et outils de validation ?

Les choix pédagogiques des DMG semblaient converger pour certains modes d'enseignement. Une harmonisation pourrait assurer une meilleure perception identitaire de la formation en médecine générale, en particulier au niveau des jeunes professionnels (externes et internes). Cet état des lieux pourrait contribuer à une harmonisation des pratiques pédagogiques fondée

sur ces points de convergence. Par exemple, les groupes d'échanges de pratiques tuteurés existent dans la majorité des DMG sous des acronymes multiples, mais des modalités proches. Une proposition d'appellation unique, labellisée, pourrait servir de socle à cette harmonisation. Ce chemin à double sens entre société savante et terrain paraît indispensable pour une appropriation locale. La mise en application de ces principes passe aussi par une appropriation des concepts pédagogiques sous-jacents, avant tout par les enseignants et responsables des programmes. En pratique, les séminaires pédagogiques, les publications, et les échanges d'expérience formels et informels lors de ces formations ou en congrès sont un soutien à l'adaptation locale de ces principes.

Le principe même d'une approche par compétences ne consiste pas en une homogénéisation des contenus et des validations, mais plutôt en une harmonisation des formateurs¹⁶. L'appropriation des concepts pédagogiques et des outils par les internes et les enseignants progresse. Elle permet une harmonisation du discours autour des outils. L'homogénéisation des termes, des outils pédagogiques utilisés et la formation des enseignants sont des pistes d'harmonisation du DES et un pas de plus vers la certification.

Dans une telle démarche, une évaluation est nécessaire. La certification impose de définir un niveau de qualité requis, une norme. Il n'est pas facile d'associer certification et approche par compétences. En effet, la valeur réflexive de la compétence est mise à mal si la valeur du travail est réduite au strict respect d'une norme. Évaluer les effets de « l'adoption » du paradigme d'apprentissage sur la qualité de l'enseignement, les procédures de validation mais aussi la satisfaction des étudiants à court et plus long terme permettrait d'en identifier les cohérences et incohérences.

Conclusion

Malgré une hétérogénéité des modalités de validation du DES de médecine générale en France, cet état des lieux a permis de constater la forte implication de tous les DMG pour évaluer les compétences des futurs professionnels. Le tutorat, point essentiel de l'approche par compétences, semblait menacé par les contraintes humaines. Le portfolio constituait l'outil d'évaluation majoritaire, souvent exploité tant au niveau formatif que sanctionnant. Une harmonisation des modalités de validation implique une réflexion pédagogique globale. Des points de convergence semblaient apparaître en particulier autour de certains outils pédagogiques, tels que les groupes d'échanges de pratiques. Ils permettraient un nouveau pas vers l'harmonisation du DES souhaité par le CNGE, et peut-être bientôt imposé par les autorités.



Résumé

Les départements de médecine générale (DMG) ont pour mission de former des médecins compétents en soins primaires. La validation du cursus comporte le mémoire de diplôme d'études spécialisées (DES) et un document de synthèse. Les interprétations et applications de ces termes varient d'un DMG à l'autre. Depuis 2004, diverses modalités ont vu le jour, et aucune publication n'en a encore fait l'état des lieux. C'était l'objectif de cette étude. Une enquête en ligne a été menée auprès des 33 DMG métropolitains fin 2012. Elle recueillait, en plus de la composition du DMG et des effectifs d'internes, les modalités de validation exigées hors stages et enseignements : portfolio, mémoire de recherche, traces d'apprentissage, examen clinique à objectifs structurés (ECOS), tests de concordance de script (TCS), soutenance orale, existence d'un tutorat. Tous les DMG ont répondu. Le portfolio était utilisé dans une grande majorité de DMG (27/33), souvent couplé au tutorat. Le mémoire de recherche était relativement fréquent (22/33), toujours complémentaire du portfolio ou de la thèse d'exercice. Il prenait plutôt la forme d'un article (21/22), et rarement, parfois au choix de l'interne, celle d'un récit de situation complexe et authentique (4/22). La mise en place du tutorat ou son retrait semblait lié au ratio d'étudiants par enseignant en équivalent temps plein. ECOS et TCS étaient pratiqués dans peu de DMG (7/33), plutôt ceux avec moins d'étudiants par équivalents temps plein. Il existait donc une grande hétérogénéité des choix pédagogiques, des procédures et des outils de validation du DES. Cela reflétait probablement autant la difficulté de la médecine générale à définir son contenu, que la dynamique de réflexion et l'adaptation au sein des DMG. Cette évolution s'observe depuis trente ans, mais semblait tendre vers une harmonisation de certaines pratiques pédagogiques. Cela concorde avec la volonté des instances nationales d'aller vers une certification plus homogène des compétences des futurs généralistes.

Références

- Décret n° 2004-67 du 16 janvier 2004 relatif à l'organisation du troisième cycle des études médicales. Disponible sur : <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000781658&dateTexte=&categorieLien=id>.
- Lannoy A. Les indicateurs qualité. *Option/Bio* 2009;425:22-3.
- Jouquan J. L'évaluation des compétences professionnelles des futurs médecins: une exigence sociale et un enjeu pédagogique. *Réanimation et Urgences* 1998;7:611-3.
- Rat C, Le Mauff P, Van Wassenhove L, Goron L, Lacaille-Urien J, Senand R. Diplôme d'études spécialisées de médecine générale. *exercer* 2008;81:45-8.
- 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;8:232-51.
- Jouquan J, Bail P. À quoi s'engage-t-on en basculant du paradigme d'enseignement vers le paradigme d'apprentissage ? *Pédagogie médicale* 2003;43:163-75.
- Attali C, Ghasarossian C, Bail P, et al. La certification de la compétence des internes de médecine générale: mode d'emploi. *exercer* 2005;74:94-102.
- Chartier S, Ferrat E, Djassibel M, et al. Mise en œuvre d'un programme d'apprentissage dans une logique de compétence: difficultés et propositions. *exercer* 2012;103:169-74.
- Le Mauff P, Pottier P, Goronflot L, Barrier J. Évaluation d'un dispositif expérimental d'évaluation certificative des étudiants en fin de troisième cycle de médecine générale. *Pédagogie médicale* 2006;7:142-54.
- CNGE, CNOSE, CASSF, CNGOF. Référentiels métiers et compétences. Médecins généralistes, sages-femmes et gynécologues-obstétriciens. Paris : Berger-Levrault, 2010.
- Druais P-L. Le référentiel de compétences: un outil pour améliorer la formation et la pratique. Communication orale : SIFEM Grenoble, 2009.
- Construire la certification des compétences : théorie et pratique. *exercer* 2013;108:147-92.
- Collège national des généralistes enseignants. La vérité des chiffres de la filière... 2013. Disponible sur : http://www.cnge.fr/lettres_et_communications_du_president/la_verite_des_chiffres_de_la_filiere/.
- Renoux C, Robert J, Potier A, Uteza P, Lehr Drylewicz A. Première évaluation du tutorat en groupe au département universitaire de médecine générale de Tours. *exercer* 2013;106:78-84.
- Harden M, Grant J, Buckley G, Hart IR. BEME Guide No. 1: Best Evidence Medical Education. *Med Teach* 1999;21:553-62.
- Tardif J. L'évaluation dans le paradigme constructiviste. L'évaluation des apprentissages. In : Hivon R (Ed.). *L'évaluation des apprentissages. Réflexions, nouvelles tendances et formation*. Sherbrooke : Éditions du CRP, 1993:27-56.
- Challis M. AMEE Medical Education Guide No. 11 (revised): Portfolio-based learning and assessment in medical education. *Med Teach* 1999;21:370-86.
- Naccache N, Samson L, Jouquan J. Le portfolio en éducation des sciences de la santé: un outil d'apprentissage, de développement professionnel et d'évaluation. *Pédagogie médicale* 2006;7:110-27.
- Ries G, Jami A, Potier D, Piriou C. Le tutorat individuel face à l'augmentation du nombre d'internes. *exercer* 2013;106:70-7.
- Ausubel DP, Novak JD, Hanesian H. *Educational Psychology: A Cognitive View*. 2 ed. New York : Holt, Rinehart and Winston, 1978.
- Vygotski L. *Pensée et langage*. Paris : Éditions sociales, 1985.
- Potier A, Robert J, Ruiz C, Lebeau J-P, Renoux C. Un portfolio pour certifier les compétences: des concepts à la pratique. *exercer* 2013;108:178-84.
- Supper I, Ecochard R, Bois C, Paumier F, Bez N, Letrilliart L. How do French GPs consider participating in primary care research: the DRIM study. *Fam Pract* 2011;28:226-32.
- Aubin C, Daniel C, Schaetzel F, et al. Le post-internat - Constats et propositions [Internet]. Inspection générale des affaires sociales. 2010. Disponible sur : <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/rapports-publics/104000383/index.shtml>.
- Cartier T, Mercier A, de Pouvourville N, et al. Constats sur l'organisation des soins primaires en France. *exercer* 2012;101:65-71.