Université de Poitiers
Faculté de Médecine et Pharmacie

ANNEE 2014 **Thèse n°**

THESE
POUR LE DIPLOME D'ETAT
DE DOCTEUR EN MEDECINE
(décret du 16 janvier 2004)

présentée et soutenue publiquement
le 23 Juin 2014 à Poitiers
par Mme Claudie GAMMELIN

Étude descriptive du carnet d'auto-évaluation : analyse de la progression des internes de médecine générale selon les lieux de stage

COMPOSITION DU JURY

Président : Monsieur le Professeur Olivier POURRAT

Membres : Monsieur le Professeur Pierre INGRAND
Monsieur le Professeur Marc PACCALIN

Directeur de thèse : Monsieur le Docteur François BIRAULT

Université de Poitiers
Faculté de Médecine et Pharmacie

ANNEE 2014 **Thèse n°**

THESE
POUR LE DIPLOME D'ETAT
DE DOCTEUR EN MEDECINE
(décret du 16 janvier 2004)

présentée et soutenue publiquement
le 23 Juin 2014 à Poitiers
par Mme Claudie GAMMELIN

Étude descriptive du carnet d'auto-évaluation : analyse de la progression des internes de médecine générale selon les lieux de stage

COMPOSITION DU JURY

Président : Monsieur le Professeur Olivier POURRAT

Membres : Monsieur le Professeur Pierre INGRAND
Monsieur le Professeur Marc PACCALIN

Directeur de thèse : Monsieur le Docteur François BIRAULT

UNIVERSITE DE POITIERS

Faculté de Médecine et de Pharmacie

Le Doyen,

Année universitaire 2013 - 2014

LISTE DES ENSEIGNANTS DE MEDECINE

Professeurs des Universités-Praticiens Hospitaliers

1. AGIUS Gérard, bactériologie-virologie
2. ALLAL Joseph, thérapeutique
3. BATAILLE Benoît, neurochirurgie
4. BENSADOUN René-Jean, cancérologie - radiothérapie
5. BRIDOUX Frank, néphrologie
6. BURUCOA Christophe, bactériologie - virologie
7. CARRETIER Michel, chirurgie générale
8. CHEZE-LE REST Catherine, biophysique et médecine nucléaire
9. CHRISTIAENS Luc, cardiologie
10. CORBI Pierre, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
11. DAGREGORIO Guy, chirurgie plastique et reconstructrice
12. DEBAENE Bertrand, anesthésiologie réanimation
13. DEBIAIS Françoise, rhumatologie
14. DORE Bertrand, urologie **(surnombre)**
15. DROUOT Xavier, physiologie
16. DUFOUR Xavier, Oto-Rhino-Laryngologie
17. EUGENE Michel, physiologie **(surnombre)**
18. FAURE Jean-Pierre, anatomie
19. FRITEL Xavier, gynécologie-obstétrique
20. GAYET Louis-Etienne, chirurgie orthopédique et traumatologique
21. GICQUEL Ludovic, pédopsychiatrie
22. GILBERT Brigitte, génétique
23. GOMBERT Jean-Marc, immunologie
24. GOUJON Jean-Michel, anatomie et cytologie pathologiques
25. GUILHOT-GAUDEFFROY François, hématologie et transfusion
26. GUILLET Gérard, dermatologie
27. GUILLEVIN Rémy, radiologie et imagerie médicale
28. HADJADJ Samy, endocrinologie et maladies métaboliques
29. HAUET Thierry, biochimie et biologie moléculaire
30. HERPIN Daniel, cardiologie
31. HOUETO Jean-Luc, neurologie
32. INGRAND Pierre, biostatistiques, informatique médicale
33. IRANI Jacques, urologie
34. JABER Mohamed, cytologie et histologie
35. JAYLE Christophe, chirurgie thoracique t cardio-vasculaire
36. KARAYAN-TAPON Lucie, cancérologie
37. KEMOUN Gilles, médecine physique et réadaptation **(de septembre à décembre)**
38. KITZIS Alain, biologie cellulaire
39. KLOSSEK Jean-Michel, Oto-Rhino- Laryngologie
40. KRAIMPS Jean-Louis, chirurgie générale
41. LECRON Jean-Claude, biochimie et biologie moléculaire
42. LEVARD Guillaume, chirurgie infantile
43. LEVEZIEL Nicolas, ophtalmologie
44. LEVILLAIN Pierre, anatomie et cytologie pathologiques
45. MACCHI Laurent, hématologie
46. MARCELLI Daniel, pédopsychiatrie **(surnombre)**
47. MARECHAUD Richard, médecine interne
48. MAUCO Gérard, biochimie et biologie moléculaire
49. MENU Paul, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
50. MEURICE Jean-Claude, pneumologie
51. MIMOZ Olivier, anesthésiologie - réanimation
52. MORICHAU-BEAUCHANT Michel, hépato-gastro-entérologie
53. NEAU Jean-Philippe, neurologie
54. ORIOT Denis, pédiatrie
55. PACCALIN Marc, gériatrie
56. PAQUEREAU Joël, physiologie
57. PERAULT Marie-Christine, pharmacologie clinique
58. PERDRISOT Rémy, biophysique et médecine nucléaire
59. PIERRE Fabrice, gynécologie et obstétrique
60. POURRAT Olivier, médecine interne
61. PRIES Pierre, chirurgie orthopédique et traumatologique
62. RICCO Jean-Baptiste, chirurgie vasculaire
63. RICHER Jean-Pierre, anatomie
64. ROBERT René, réanimation
65. ROBLOT France, maladies infectieuses, maladies tropicales
66. ROBLOT Pascal, médecine interne
67. RODIER Marie-Hélène, parasitologie et mycologie
68. SENON Jean-Louis, psychiatrie d'adultes
69. SILVAIN Christine, hépato-gastro- entérologie
70. SOLAU-GERVAIS Elisabeth, rhumatologie
71. TASU Jean-Pierre, radiologie et imagerie médicale
72. TOUCHARD Guy, néphrologie
73. TOURANI Jean-Marc, cancérologie
74. WAGER Michel, neurochirurgie

6 rue de la Milétrie - B.P. 199 - 86034 POITIERS CEDEX - France

Maîtres de Conférences des Universités-Praticiens Hospitaliers

1. ARIES Jacques, anesthésiologie - réanimation
2. BEBY-DEFAUX Agnès, bactériologie - virologie
3. BEN-BRIK Eric, médecine du travail
4. BOURMEYSTER Nicolas, biologie cellulaire
5. CASTEL Olivier, bactériologie - virologie - hygiène
6. CATEAU Estelle, parasitologie et mycologie
7. CREMNITER Julie, bactériologie - virologie
8. DAHYOT-FIZELIER Claire, anesthésiologie - réanimation
9. DIAZ Véronique, physiologie
10. FAVREAU Frédéric, biochimie et biologie moléculaire
11. FRASCA Denis, anesthésiologie - réanimation
12. HURET Jean-Loup, génétique
13. JAAFARI Nematollah, psychiatrie d'adultes
14. LAFAY Claire, pharmacologie clinique
15. MIGEOT Virginie, santé publique
16. ROY Lydia, hématologie
17. SAPANET Michel, médecine légale
18. SCHNEIDER Fabrice, chirurgie vasculaire
19. THILLE Arnaud, réanimation
20. TOUGERON David, hépato-gastro-entérologie

Professeur des universités de médecine générale

GOMES DA CUNHA José

Professeur associé des disciplines médicales

MILLOT Frédéric, pédiatrie, oncologie pédiatrique

Professeur associé de médecine générale

VALETTE Thierry

Maîtres de Conférences associés de médecine générale

BINDER Philippe
BIRAULT François
FRECHE Bernard
GIRARDEAU Stéphane
GRANDCOLIN Stéphanie
PARTHENAY Pascal
VICTOR-CHAPLET Valérie

Enseignants d'Anglais

DEBAIL Didier, professeur certifié
LILWALL Amy, maître de langues étrangères

Maître de conférences des disciplines pharmaceutiques enseignant en médecine

MAGNET Sophie, microbiologie, bactériologie

Professeurs émérites

1. DABAN Alain, cancérologie radiothérapie
2. FAUCHERE Jean-Louis, bactériologie - virologie
3. GIL Roger, neurologie
4. MAGNIN Guillaume, gynécologie-obstétrique

Professeurs et Maîtres de Conférences honoraires

1. ALCALAY Michel, rhumatologie
2. BABIN Michèle, anatomie et cytologie pathologiques
3. BABIN Philippe, anatomie et cytologie pathologiques
4. BARBIER Jacques, chirurgie générale (ex émérite)
5. BARRIERE Michel, biochimie et biologie moléculaire
6. BECQ-GIRAUDON Bertrand, maladies infectieuses, maladies tropicales (ex émérite)
7. BEGON François, biophysique, Médecine nucléaire
8. BOINOTCatherine, hématologie - transfusion
9. BONTOUX Daniel, rhumatologie (ex émérite)
10. BURIN Pierre, histologie
11. CASTETS Monique, bactériologie -virologie – hygiène
12. CAVELLIER Jean-François, biophysique et médecine nucléaire
13. CHANSIGAUD Jean-Pierre, biologie du développement et de la reproduction
14. CLARAC Jean-Pierre, chirurgie orthopédique
15. DESMAREST Marie-Cécile, hématologie
16. DEMANGE Jean, cardiologie et maladies vasculaires
17. FONTANEL Jean-Pierre, Oto-Rhino Laryngologie (ex émérite)
18. GOMBERT Jacques, biochimie
19. GRIGNON Bernadette, bactériologie
20. JACQUEMIN Jean-Louis, parasitologie et mycologie médicale
21. KAMINA Pierre, anatomie (ex émérite)
22. LAPIERRE Françoise, neurochirurgie (ex émérite)
23. LARSEN Christian-Jacques, biochimie et biologie moléculaire
24. MAIN de BOISSIERE Alain, pédiatrie
25. MARILLAUD Albert, physiologie
26. MORIN Michel, radiologie, imagerie médicale
27. POINTREAU Philippe, biochimie
28. REISS Daniel, biochimie
29. RIDEAU Yves, anatomie
30. SULTAN Yvette, hématologie et transfusion
31. TALLINEAU Claude, biochimie et biologie moléculaire
32. TANZER Joseph, hématologie et transfusion (ex émérite)
33. VANDERMARCQ Guy, radiologie et imagerie médicale

REMERCIEMENTS

Au Professeur Olivier POURRAT, merci de me faire l'honneur de présider ce jury, ainsi que pour vos précieux conseils.

Au Professeur Pierre INGRAND, pour avoir accepté de siéger dans mon jury de thèse.

Au Professeur Marc PACCALIN, pour avoir accepté de juger ce travail.

Au Docteur François BIRAULT, merci pour votre disponibilité et vos conseils dans l'élaboration de ce travail.

A Madame Isabelle INGRAND, pour votre aide précieuse et vos conseils concernant l'analyse statistique.

Au Docteur Agnès CERTIN, pour tes qualités pédagogiques et humaines et pour la motivation apportée dans l'élaboration de ce travail.

A ma famille, pour l'aide que vous m'avez apportée au cours de ce travail et tout au long de ma vie.

A mes amis, pour leur soutien.

A Gabriel, pour les bons moments quotidiens, ainsi que tes conseils dans l'élaboration de cette thèse.

TABLE DES MATIERES

1. INTRODUCTION 11
1.1. État des lieux 11
1.2. Objectifs 12
2. GENERALITES 13
2.1. Bibliographie 13
2.2. Les grands courants pédagogiques du 20e siècle 13
2.3. Théorie de l'évaluation 15
2.3.1. Définition de l'évaluation 15
2.3.2. Le recueil d'informations 16
2.3.3. Le jugement 17
2.3.4. La décision 17
2.4. De l'approche par objectifs à l'approche par compétences 17
2.4.1. Paradigme d'enseignement ou approche par objectifs 17
2.4.1.1. L'apprentissage 18
2.4.1.2. L'évaluation 18
2.4.1.3. Limites 19
2.4.2. Paradigme d'apprentissage et l'approche par compétences 20
2.4.2.1. Définition de la compétence 20
2.4.2.2. Le référentiel métier 22
2.4.2.3. L'apprentissage 23
2.4.2.4. L'évaluation 24
3. MATERIELS ET METHODES 26
3.1. Type d'étude 26
3.2. Objectifs de l'étude 26
3.3. Population étudiée 26
3.3.1. Critères d'inclusion 26
3.3.2. Critères d'exclusion 26
3.4. Intervention 27
3.5. Outil d'évaluation et critères de jugement 28
3.5.1. Outil d'évaluation 28
3.5.1.1. Les lieux de stage 28
3.5.1.2. L'auto-évaluation 29
3.5.2. Critères de jugement 30
3.6. Analyse statistique 31
4. RESULTATS 32
4.1. Nombre de réponses obtenues 32

4.1.1. Nombre de cotations obtenues 33
4.1.2. Nombre de lieux de stage obtenus 34
4.1.3. Répartition des réponses parmi les étudiants ayant renseigné leur lieu de stage 35
4.2. Comparaison en fonction des semestres 39
5. DISCUSSION 43
5.1. Support de l'étude 43
5.1.1. Le choix des promotions 43
5.1.2. L'outil d'évaluation : le carnet d'auto-évaluation 43
5.1.2.1. La validité interne 44
5.1.2.2. La validité externe 45
5.1.2.3. La fidélité 45
5.1.2.4. La faisabilité 45
5.1.2.5. L'acceptabilité 45
5.1.2.6. L'efficacité 46
5.1.3. Le choix des moyennes par familles de stage et par familles de situations 47
5.2. L'analyse des résultats 47
5.2.1. Les non répondeurs 47
5.2.2. Répartition des étudiants par lieux de stage 48
5.2.3. Répartition des réponses des auto-évaluations parmi les étudiants ayant renseigné leur lieu de stage 48
5.2.4. Comparaison en fonction des semestres 49
5.3. Propositions 51
5.3.1. Modification de l'outil 51
5.3.2. Perspective sur l'évaluation certifiante 52
5.3.3. Perspective sur l'évaluation des stages 53
6. CONCLUSION 54
7. BIBLIOGRAPHIE 55
8. ANNEXES 59
Annexe 1 : Onze compétences de la médecine générale – WONCA 2002 59
Annexe 2 : Six compétences de la médecine générale – CNGE 2006 60
Annexe 3 : Extrait de la base de données lors de son extraction 61
Annexe 4 : Le carnet d'auto-évaluation 62
9. RESUME 64
10. LE SERMENT D'HIPPOCRATE 65

LISTE DES TABLEAUX

Tableau I : Nombre maximal théorique d'étudiants par semestre.....32

LISTE DES FIGURES

Figure 1 : Proportion d'étudiants répondeurs en fonction des familles de situation……..33
Figure 2 : Proportion d'étudiants ayant renseigné leur lieu de stage……...34
Figure 3 : Répartition des stages parmi les étudiants ayant renseigné leur lieu de stage….34
Figure 4a : Répartition des cotations parmi les étudiants ayant renseigné leur lieu de stage au premier semestre……35
Figure 4b : Répartition des cotations parmi les étudiants ayant renseigné leur lieu de stage au deuxième semestre……36
Figure 4c : Répartition des cotations parmi les étudiants ayant renseigné leur lieu de stage au troisième semestre……36
Figure 4d : Répartition des cotations parmi les étudiants ayant renseigné leur lieu de stage au quatrième semestre……...37
Figure 4e : Répartition des cotations parmi les étudiants ayant renseigné leur lieu de stage au cinquième semestre……...…37
Figure 4f : Répartition des cotations parmi les étudiants ayant renseigné leur lieu de stage au sixième semestre……38
Figure 5a : Moyenne des auto-évaluations des internes par famille de situations en fonction des lieux de stage au premier semestre……...39
Figure 5b : Moyenne des auto-évaluations des internes par famille de situations en fonction des lieux de stage au deuxième semestre……...40
Figure 5c : Moyenne des auto-évaluations des internes par famille de situations en fonction des lieux de stage au troisième semestre……...40
Figure 5d : Moyenne des auto-évaluations des internes par famille de situations en fonction des lieux de stage au quatrième semestre……...41
Figure 5e : Moyenne des auto-évaluations des internes par famille de situations en fonction des lieux de stage au cinquième semestre……....41
Figure 5f : Moyenne des auto-évaluations des internes par famille de situations en fonction des lieux de stage au sixième semestre……...42

LISTE DES ABBREVIATIONS

CNGE : Collège National des Généralistes Enseignants

DES : Diplôme d'Etudes Spécialisées

DMG : Département de Médecine Générale

EBM : Evidence Based Medecine

ENT : Environnement Numérique de Travail

QCM : Question à Choix Multiples

QROC : Question à Réponse Ouverte et Courte

SASPAS : Stage Autonome en Soins Primaires Ambulatoires Supervisé

SFMG : Société Française de Médecine Générale

WONCA : World Organization of National Colleges, Adademies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians

1. INTRODUCTION

1.1. État des lieux

En 2004, le décret 2004-67 du 16 janvier 2004 relatif à l'organisation du troisième cycle des études médicales (1) a fait de la médecine générale une spécialité à part entière, avec la création du Diplôme d'Études Spécialisées (DES) de Médecine Générale.

Parallèlement, les chercheurs en pédagogie ont élaboré de nouvelles théories de l'enseignement, proposant de passer à une approche centrée sur les compétences (2) basée sur les référentiels métiers.

Le référentiel métier de la médecine générale a également fait l'objet de nombreux travaux de recherches basés sur ceux de la World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians (WONCA) (Annexe 1) (3; 4) et ceux du Collège National des Généralistes Enseignants (CNGE) (Annexe 2) pour aboutir aujourd'hui à un référentiel basé sur six compétences transversales (Annexes 1 et 2) (5; 6).

Dans ce contexte et de par le souci d'amélioration de la pratique et de la qualité des soins, l'enseignement de notre faculté a été réorganisé. La finalité est d'aboutir à une formation de qualité permettant d'attester la certification des étudiants, et ainsi, attester de l'acquisition des compétences du médecin généraliste (7). Cette réorganisation, encore récente, est réévaluée régulièrement par notre faculté, réévaluation qui a notamment permis la réorganisation de l'enseignement théorique en 2011. La procédure de certification ne pourra être totalement mise en place que lorsque nous aurons réalisé l'évaluation des programmes de formation (7).

1.2. Objectifs

Ce travail propose d'étudier l'intérêt du carnet d'auto-évaluation qui est un des outils en application dans notre faculté.

Son utilisation pédagogique adaptée en ferait un outil utile à la fois par son apport dans le cursus de l'interne en médecine générale (évaluation formative) mais également dans la démarche de certification dans l'évaluation du DES de médecine générale (évaluation certificative). Cet aspect fait actuellement l'objet de travaux de recherche (8).

Par ce travail, nous proposons d'étudier les réponses des étudiants concernant leurs auto-évaluations selon le lieu de stage afin d'identifier les différences de progression entre ceux-ci pour les différentes familles de situations. Nous proposons d'étudier également la répartition du remplissage des cotations selon les lieux de stage. Enfin nous proposons d'analyser si le carnet d'auto-évaluation pourrait permettre d'évaluer les lieux de stage.

2. GENERALITES

2.1. Bibliographie

La première étape de ce travail a été de rechercher dans la bibliographie les publications en rapport avec les textes de loi régissant le troisième cycle des études médicales, les théories de l'apprentissage et les théories de l'évaluation afin de déterminer dans quel contexte a été introduit le carnet d'auto-évaluation. Les données bibliographiques ont été recherchées à partir de bases de données en ligne, de revues spécialisées (Pédagogie Médicale, exercer), de sites gouvernementaux pour les textes de loi, des sites de société savantes (Société Française de Médecine Générale (SFMG), CNGE) et de la littérature grise (Google, Google Scholar). Les mots clés utilisés pour cette recherche étaient : pédagogie, behaviorisme, cognitivisme, constructivisme, compétence, paradigme d'apprentissage, évaluation, auto-évaluation, certification, référentiel métier, médecine générale. Le classement bibliographique a été réalisé grâce au logiciel Zotero.

2.2. Les grands courants pédagogiques du 20e siècle

Au 20e siècle, les théoriciens s'accordent généralement pour définir quatre grands courants : le behaviorisme, le cognitivisme, le constructivisme et le socio-constructivisme.

- Le behaviorisme

Étymologiquement, « behaviorisme » vient du mot anglais « behavior » signifiant « comportement ». Ce courant est donc caractérisé par l'étude des comportements. Cette pédagogie s'inscrit dans un courant de pensée en psychologie dit scientifique puisqu'elle découle de phénomènes observables. Les connaissances sont définies en termes de comportements observables obtenus en réponse à un stimulus observable. Ce qu'il se passe dans la tête de l'apprenant, ne pouvant être observé directement, est représenté par une « boîte noire » (9; 10; 11; 12).

- Le cognitivisme

Le terme cognitivisme vient du latin cognitio qui signifie connaissance et est défini par l'étude du processus d'assimilation des connaissances (9). Ce courant, développé dès les années 1950 (13) s'oppose au behaviorisme qui remettait en question l'étude de la cognition, et propose d' « entrer dans la boîte noire » du courant behavioriste.

La première théorie principale du courant cognitiviste est celle du traitement de l'information. Le cerveau est considéré comme un système complexe de traitement de l'information, fonctionnant grâce à des structures de stockage (la mémoire sensorielle, la mémoire à court terme et la mémoire à long terme) et à des opérations d'analyse logique comme la recherche en mémoire ou l'identification de catégorie (9; 11; 14).

La deuxième théorie de ce courant est fondée sur l'appropriation graduelle et effective de stratégies mentales. D'une part, les stratégies cognitives appelées stratégies d'« enseignement-apprentissage » basée sur les stratégies cognitives d'apprentissage de l'apprenant et les stratégies d'enseignement de l'enseignant. D'autre part, les stratégies métacognitives par l'analyse de son propre fonctionnement intellectuel permettent de réfléchir sur sa façon de penser et de travailler, en évaluer l'efficacité puis apporter des ajustements pour l'améliorer. En d'autres termes, il s'agit d'apprendre à apprendre (9; 10; 15; 16).

Chaque apprenant est unique et traite l'information différemment. C'est pourquoi il est important de connaître ses propres stratégies cognitives et métacognitives pour faciliter son apprentissage (12; 17).

- Le constructivisme

Développé dans les années 60, le constructivisme définit l'apprentissage comme un processus actif de construction des connaissances plutôt qu'un processus d'acquisition du savoir. L'enseignement prend la forme d'un soutien à ce processus de construction du savoir, plutôt qu'un processus de transmission du savoir (9; 18).

La construction des connaissances se fait en interaction avec son environnement (12).

- Le socio-constructivisme

Ce courant ajoute la dimension relationnelle de l'apprentissage au constructivisme. L'apprenant élabore sa compréhension de la réalité par la comparaison de ses perceptions avec celles de ses pairs et celles de ses professeurs (17).

En effet, VYGOTSKY propose que le développement ne soit pas uniquement interne. Il insiste sur l'importance des interactions avec autrui afin de prendre conscience de ses propres actions et de son processus de pensée. Il l'explique par le principe de la « zone proximale de développement » qu'il définit comme l'écart entre ce qu'un apprenant peut faire seul et ce qu'il peut faire avec la médiation d'autrui. Le rôle de l'enseignant est d'accompagner l'apprenant à la limite supérieure de la zone (12; 17).

Dans cette perspective, l'apprenant en interaction avec un enseignant ou un pair est en position de communication, d'argumentation et de réflexion sur ses propres démarches d'apprentissage (12).

Le cognitivisme, le constructivisme et en particulier le socio-constructivisme ont donné naissance à un nouveau paradigme : le paradigme d'apprentissage dont la finalité est l'acquisition de compétences (approche par compétences). L'autonomie et la réflexivité de l'apprenant sont encouragées et l'enseignant devient un accompagnateur pour faciliter ses apprentissages.

2.3. Théorie de l'évaluation

Depuis plusieurs années, les théoriciens de l'apprentissage accordent un rôle central à l'évaluation. MILLER disait en 1961 « Evaluation drives curriculum » (19) soulignant l'importance de l'évaluation dans les processus d'apprentissages. Pendant longtemps, cette évaluation s'est faite postérieurement à l'enseignement et à l'apprentissage. De plus en plus, cette évaluation est intégrée aux processus d'apprentissage.

2.3.1. Définition de l'évaluation

L'évaluation est une démarche de recueil d'informations concernant une activité ou un résultat, conduisant à un jugement et à une prise de décision (19).

2.3.2. Le recueil d'informations

Deux grandes formes d'évaluation permettant le recueil des informations dominent : l'évaluation dite formative et l'évaluation dite sommative.

- Évaluation formative

Il s'agit d'une évaluation intégrée à l'apprentissage qui permet de donner des informations objectives sur la nature et la valeur des apprentissages permettant d'ajuster et optimiser les stratégies d'apprentissage de l'apprenant et les interventions pédagogiques des apprenants (19). Cet ajustement se fait par une rétroaction fournie à l'étudiant (20).

- Évaluation sommative (et certificative)

Cette évaluation permet également de donner des informations sur les apprentissages dans le but d'établir un jugement concernant les apprentissages pour prendre une décision sur la réussite ou non de tout ou partie d'un programme d'étude. On parle d'évaluation certificative si celle-ci permet la délivrance d'un diplôme, d'une autorisation d'exercice (19)… Elle permet donc de fournir des données utiles à la communauté, en attestant que les apprentissages sont conformes aux critères attendus (20).

Les questions à se poser sur un outil d'évaluation concernent sa validité, sa faisabilité et sa fidélité (21).

- La validité est la capacité d'un instrument à mesurer réellement ce qu'il doit mesurer selon l'utilisation que l'on veut en faire.
    - La validité interne concerne le contenu (chaque item doit être un exemple du type de performance que le test doit mesurer, et collectivement, les items doivent être un échantillon représentatif de l'ensemble des performances qui définissent la variable à mesurer) et le construit (concerne la valeur que l'on accorde à un outil du point du vue de la connaissance exacte de ce qu'il mesure)
    - La validité externe est la possibilité de généraliser les observations à d'autres contextes (échantillon représentatif)
- La fidélité est la reproductibilité des résultats, un bon outil doit fournir les mêmes résultats lorsqu'il est utilisé plusieurs fois sur la même personne.
- La faisabilité concerne notamment les moyens mis en œuvre et la réalisation du test (temps requis, coût...). Un bon outil d'évaluation ne doit pas être trop contraignant dans sa réalisation au risque de ne pas remplir le rôle prévu par celui-ci.

2.3.3. Le jugement

- Interprétation normative

Le résultat est comparé aux autres étudiants. Les informations sur les apprentissages sont considérées comme moins importantes que la position des étudiants par rapport aux autres. L'évaluation est présentée sous forme d'un concours classant (19). On signalera que la première année du premier cycle et la dernière année du second cycle de notre cursus sont sanctionnées par ce type d'évaluation.

- Interprétation critériée

Le résultat est comparé à des critères prédéterminés, et permet d'apprécier le niveau d'apprentissage par rapport aux objectifs de formation (19).

2.3.4. La décision

Elle peut être de différente nature : passage au niveau supérieur ou non, et dans le cas qui nous concerne, doit-on certifier l'étudiant quant à ses compétences ?

JOUQUAN souligne la nécessité de cohérence du dispositif d'évaluation avec l'orientation conceptuelle du programme de formation, ce qui aboutit à des évaluations différentes en fonction du paradigme utilisé (19).

2.4. De l'approche par objectifs à l'approche par compétences

2.4.1. Paradigme d'enseignement ou approche par objectifs

Développé à partir des années 1950, dans un contexte historique de taylorisme, ce paradigme a été introduit pour instaurer une plus grande rigueur dans la formation. Il est issu du behaviorisme, du paradigme associationniste et du paradigme docimologique défini comme la théorie de la mesure.

Le but de ce paradigme est d'amener étape par étape l'apprenant vers des objectifs finaux de formation (approche par objectifs) (10).

Dans ce paradigme, les situations d'apprentissage et d'évaluation se font en 2 temps bien distincts.

2.4.1.1. L'apprentissage

Il se base sur la décomposition d'un apprentissage en objectifs successifs articulés par ordre de complexité croissante (9). La classification des objectifs est nommée taxinomie.

Il existe plusieurs taxinomies dans les domaines cognitif, affectif et psychomoteur, la plus célèbre étant la taxinomie du domaine cognitif de BLOOM et coll. établie en 1956 (22).

DE LANDSHEERE a proposé de classer les objectifs en trois niveaux : les buts (déclarations très générales), les objectifs généraux (appliqués à des grandes sections de programme) et les objectifs spécifiques (correspondant à des tâches très précises). Les objectifs généraux et spécifiques étant classés selon une taxinomie. Pour être opérationnel, un objectif doit décrire le comportement observable, le produit attendu, les conditions dans lesquelles se réalisera le comportement, et les critères permettant de décider si la performance est suffisante. (2; 9)

2.4.1.2. L'évaluation

Le recueil d'information se fait par des outils standardisés. Quatre conditions sont nécessaires (19) :

- Tous les étudiants répondent aux mêmes questions
- Tous les étudiants reçoivent les mêmes instructions claires et précises
- aucun étudiant ne profite d'avantages par rapport aux autres
- un système prévu de correction s'applique uniformément pour tous les étudiants.

Les outils sont donc sélectionnés par des critères de validité métrologique et assimilés à des instruments de mesure, ce sont principalement la validité et la fiabilité qui sont recherchées.

L'évaluation se fait en admettant deux postulats énoncés par RESNICK et RESNICK qui reprennent les éléments de l'approche docimologique :

- postulat de la « décomposabilité » : toute compétence est décomposable en composantes élémentaires et la somme des évaluations isolées de chacune de ces composantes fournit un indicateur pertinent de la compétence
- postulat de la « décontextualisation » : admet la fixité de chaque composante d'une compétence, en admettant qu'elle peut se manifester indépendamment du contexte dans lequel elle prend place et que c'est à l'étudiant qu'incombe la responsabilité de faire l'intégration et le transfert des savoirs acquis dans les différents contextes où ces derniers seront sollicités (2; 12; 23).

2.4.1.3. Limites

Si ce paradigme remplit parfaitement son rôle initial, à savoir la rigueur des dispositifs de formation, de nombreuses critiques sont émises à son encontre (2; 9; 12; 24) :

- <u>Prolifération des objectifs pédagogiques, morcellement des connaissances et absence de transfert</u>

Le découpage d'un apprentissage en différents objectifs pédagogiques pose problème à la fois pour l'enseignant (complexité à la planification) qui peut avoir des difficultés à traiter un nombre important d'objectifs, mais également pour l'étudiant qui apprend des connaissances morcelées, ne faisant pas de liens interdisciplinaires.
De nombreuses recherches ont mis en évidence un faible transfert des acquis dans une approche par objectifs, l'élève étant incapable de réutiliser ses connaissances dans d'autres situations, on parle de connaissances inertes, elles ne sont pas mobilisables (9; 15; 24; 25).

- <u>objectifs de bas niveau taxinomiques, pas d'évaluation des objectifs des domaines affectifs et psychomoteurs</u>

Rien n'interdit théoriquement de viser des objectifs de haut niveau taxinomiques. La taxinomie du domaine cognitif de BLOOM contient notamment l'analyse, la synthèse et l'évaluation. Rien n'interdit non plus de viser les connaissances issues des domaines affectifs et psychomoteurs, et il existe des taxinomies en rapport. Mais ils sont difficilement

observables et mesurables, et de nombreux dispositifs d'évaluation se sont attachés à examiner uniquement les objectifs faciles à mesurer (2; 25).

- évaluation au détriment de l'apprentissage

Rien n'oblige non plus à ce que l'évaluation ne concerne que les résultats de l'apprentissage au détriment des processus. Cependant l'influence behavioriste a eu des conséquences réductrices en mettant l'accent sur les comportements observables sans prendre en compte le processus d'apprentissage. Les Questions à Choix Multiples (QCM) ou les Questions à Réponses Ouvertes et Courtes (QROC) sont des exemples extrêmes d'évaluation ne prenant en compte que les résultats sans évaluer le raisonnement (2; 9; 25).

2.4.2. Paradigme d'apprentissage et l'approche par compétences

Afin de résoudre les limites imputées au paradigme d'enseignement, de nombreux chercheurs en pédagogie proposent un changement de paradigme vers celui d'apprentissage. Il s'inscrit dans une perspective actuelle de « démarche-qualité ». Il est issu de la psychologie humaniste et du socio-constructivisme (26).

KAUFMAN soutient qu'il existe une fausse dichotomie entre l'éducation centrée sur l'enseignant et celle centrée sur l'apprenant. Il propose que l'on parle d'éducation centrée sur l'apprentissage et que l'établissement des objectifs, le processus d'apprentissage et l'évaluation soient partagés entre l'enseignant et l'apprenant (27).

2.4.2.1. Définition de la compétence

Il existe plusieurs définitions de la compétence dans la littérature, et la notion de compétence n'est pas en elle-même propre à la théorie constructiviste ou socio-constructiviste (25). Cependant, l'adoption du paradigme d'apprentissage impose d'adopter une définition de la compétence correspondant à ce type de formation.

Nous avons fait le choix d'adopter la définition de TARDIF qui est celle la plus fréquemment utilisée et qui correspond à l'approche constructiviste (12; 24; 25) :

« une compétence est un savoir-agir complexe prenant appui sur la mobilisation et la combinaison d'une variété de ressources internes et externes à l'intérieur d'une famille de situations »

- « savoir-agir complexe » : Pour JONNAERT, « plus qu'une somme de ressource, il s'agit d'une mise en réseau opératoire des ressources sélectionnées ». La personne doit sélectionner les ressources nécessaires et les coordonner. La compétence est essentiellement de l'ordre de l'action.
- « prenant appui sur la mobilisation et la combinaison de ressources » : une compétence ne correspond pas à un simple algorithme à appliquer mais doit être flexible et adaptable à différents contextes et problématiques. Ainsi les ressources doivent être sélectionnées en fonction d'une situation qui est par nature singulière. TARDIF parle de « mobilisation sélective de ressources ». D'après LEGENDRE, « être compétent, c'est donc faire appel aux bonnes ressources, les combiner de manière efficace et les utiliser à bon escient ». Elle souligne également que « deux individus peuvent se montrer tout aussi compétents l'un que l'autre sans pour autant mobiliser exactement les mêmes ressources et les combiner ou les orchestrer de la même façon » même si certaines d'entre elles sont incontournables.
- « ressources internes et externes » : les ressources internes correspondent aux ressources propres à l'individu, elles regroupent les connaissances, les capacités, les attitudes, les savoir-faire, l'expérience et les qualités de l'individu. Les ressources externes sont les ressources de l'environnement (réseaux, documents de référence, internet...). Ainsi, les connaissances sont une composante nécessaire de la compétence mais non suffisante.
- « famille de situations » : la compétence ne peut se développer qu'en situation, authentique dans la mesure du possible. A défaut, la situation devra se rapprocher le plus possible de la réalité. Une famille de situations regroupe plusieurs situations ayant certains points communs.

TARDIF détermine cinq caractéristiques principales d'une compétence (12) :

- Le caractère intégrateur : chaque compétence fait appel à une multitude de ressources de nature variée.
- Le caractère combinatoire : les ressources sélectionnées pour une compétence sont coordonnées entre elles.
- Le caractère développemental : Chaque compétence se développe tout au long de la vie.
- Le caractère contextuel : chaque compétence est mise en œuvre dans des contextes qui orientent l'action.
- Le caractère évolutif : chaque compétence est conçue afin d'intégrer de nouvelles ressources et de nouvelles situations, ou de développer des ressources existantes.

Il faut distinguer compétences requises (virtuelles) et compétences réelles (effectives) : les compétences requises étant les référentiels de compétences des programmes de formation. La compétence réelle d'un individu est le résultat de la propre construction de celui-ci à partir de situations (12).

Il importe également de distinguer compétences spécifiques et transversales. Elles sont complémentaires ; dans le cadre de la médecine générale, une situation va toujours mobiliser et favoriser le développement de compétences transversales tandis qu'elle ne va mobiliser que certaines compétences spécifiques en rapport avec la ou les familles de situations s'y rapportant (12; 25).

2.4.2.2. Le référentiel métier

Afin de mettre en pratique une formation selon l'approche par compétences, il faut établir un référentiel de compétences autrement nommé référentiel métier, afin de guider nos enseignements. Ce référentiel fait l'objet d'une réévaluation permanente. La WONCA Europe a établi en 2002 (3) un référentiel basé sur onze compétences que le médecin généraliste doit acquérir. Suite à ces travaux, le CNGE a établi en 2006 son propre référentiel de compétences basé sur six compétences transversales (6) représenté par une marguerite (Annexe 2).

En 2013, COMPAGNON et al. poursuivent ce travail en élaborant des descriptions pour chacune de ces compétences transversales et de leurs composantes, et en identifiant des niveaux de développement de chaque compétence (28; 29).

2.4.2.3. L'apprentissage

L'apprentissage doit avoir lieu dans l'action, et doit donc confronter les étudiants à des situations authentiques plus ou moins complexes pour permettre le développement des compétences, et ce, le plus tôt possible dans leur formation. Cette notion rompt avec la perspective behavioriste qui recommandait d'exposer les étudiants à des situations de complexité croissante. A ceci s'ajoute la notion de « recontextualisations multiples » nécessitant d'exposer l'étudiant à de nombreuses variantes de problèmes au sein de chaque famille de situations. Le but de ces notions est de donner naissance à des compétences transférables (2; 16).

Afin de favoriser le développement de compétences, il faut solliciter la mobilisation et la combinaison des ressources préexistantes. Ceci permet de mettre en évidence le niveau de compétence de l'apprenant à la fois pour l'étudiant pour lui permettre d'en prendre conscience afin qu'il puisse identifier ses propres besoins de formation mais également à l'enseignant afin d'identifier sur quoi faire porter les interventions (9; 25). Les objectifs sont donc déterminés conjointement par l'enseignant et l'apprenant (9). Selon LEGENDRE, l'enseignant doit favoriser la prise de conscience par l'étudiant de ses propres ressources et de la manière dont il apprend, il a pour rôle également d'enrichir les ressources de l'étudiant (25).

Plusieurs conditions doivent être réunies pour que l'expérience conduise à un développement significatif, continu et graduel de la compétence :

- les personnes concernées doivent recevoir l'instruction explicite d'améliorer certains aspects de leurs performances pour des tâches définies (2)
- elles doivent pouvoir recevoir une rétroaction explicite et immédiate sur leurs performances (2; 27)
- elles doivent avoir la possibilité d'améliorer graduellement leurs performances grâce à un entraînement prolongé à partir de la répétition des mêmes tâches et de tâches apparentées (2).

2.4.2.4. L'évaluation

Dans l'approche par compétence, l'évaluation se fait au service de l'apprentissage (25). L'étudiant doit avec l'aide des enseignants développer leurs capacités à « poursuivre leur formation (autoformation et évaluation de leur pratique professionnelle), à s'adapter (flexibilité), à s'évaluer (réflexivité), à se remettre en questions (questionnement et autocritique), à justifier leurs décisions (recherche de données validées et Evidence-Based-Medicine (EBM)) » (30).

Elle se fait selon plusieurs principes :

- Les différents domaines de compétences ne peuvent être évalués séparément. Le tout n'étant pas égal à la somme d'évaluations indépendantes (2; 31)
- Elle doit se donner les moyens d'évaluer une progression des étudiants (2)
- Le caractère contextuel de développement des compétences implique la mise en place d'une évaluation authentique (2; 9)
- Elle évalue des situations complexes acceptant plusieurs solutions possibles, et doit évaluer le processus cognitif utilisé dans ces situations, en évaluant par conséquent les processus de haut niveau taxinomique (2; 9)
- Chaque étape de développement doit pouvoir être documentée par un ensemble d'indicateurs de développement (2; 9)
- Favoriser l'évaluation par les pairs et l'auto-évaluation (9)

TARDIF propose une échelle d'évaluation à six niveaux : débutant, novice, intermédiaire, compétent, maître, expert. COMPAGNON et all. postulent que le niveau de compétence débutant se situe dans le deuxième cycle et ceux de maître et expert dans la formation continue. Ils ont donc identifié des indicateurs de développement selon trois niveaux disciplinaires génériques : novice, intermédiaire, compétent (29). Le niveau « compétent » étant le minimum attendu en fin de formation initiale.

Afin de développer la réflexivité de l'étudiant, il importe que les enseignants construisent des outils d'évaluation renseignant sur les différentes caractéristiques de la profession, favorisent l'auto-évaluation, organisent l'évaluation de leurs enseignements et des enseignants (32; 33). Il est pour le moment jugé opportun de laisser chaque faculté créer leurs propres outils pour évaluer les niveaux de compétences, même si de nombreux outils sont communs dans les différentes facultés de médecine. Il est toutefois souligné l'importance d'utiliser différents outils d'évaluation à différents moments (30).

Les recherches actuelles en science de l'apprentissage font recommander, outre l'évaluation intégrée au travail quotidien par l'observation directe ou indirecte de l'étudiant en situation, l'exploitation de situations authentiques, complètes, complexes et signifiantes ainsi que le recours à la rétroaction (27).

L'auto-évaluation permet à l'étudiant de prendre conscience de ses compétences, de favoriser la pratique réflexive et intervient dans sa régulation métacognitive (34). La rétroaction permet d'affiner cette auto-évaluation. En effet, différentes études font ressortir que les futurs professionnels de santé ne sont pas performants en termes d'exactitude de leur auto-évaluation lorsque celle-ci est comparée à une évaluation externe (35; 36). En revanche, la concordance au cours du temps est stable et permet d'évaluer la progression (37).

Plusieurs auteurs soutiennent que l'utilisation d' « échelle descriptive globale » (rubrics ou scoring rubrics) favorise le développement d'aptitudes métacognitives chez les étudiants, c'est-à-dire de leur capacité d'auto-évaluation et d'auto-direction de leurs apprentissages (2; 27). Ceci permet notamment à l'étudiant de ne pas devenir dépendant de cette rétroaction externe (27). C'est dans ce contexte que le carnet d'auto-évaluation a été mis en place dans notre faculté.

3. MATERIELS ET METHODES

3.1. Type d'étude

Nous avons réalisé une étude descriptive en recueillant les réponses du carnet d'auto-évaluation des internes en les comparant selon les lieux de stage renseignés dans ce même outil. Cette étude portait sur trois promotions d'étudiants (2010, 2011 et 2012).

3.2. Objectifs de l'étude

L'objectif principal de l'étude était de déterminer si la progression des cotations en fonction des familles de situations différait selon les types de stage.

Les objectifs secondaires étaient d'une part d'analyser la répartition des répondeurs aux cotations selon le type de stage ; d'autre part de déterminer si le carnet d'auto-évaluation pouvait être utilisé pour évaluer les lieux de stage.

3.3. Population étudiée

3.3.1. Critères d'inclusion

Nous avons choisi de faire porter notre étude sur trois promotions d'internes 2010, 2011 et 2012. Ce sont les premières promotions ayant bénéficié de l'Environnement Numérique de Travail (ENT) dans notre faculté. Les semestres inclus étaient uniquement ceux ayant pu être effectués par l'interne. Ainsi, les six semestres ont été inclus pour la promotion 2010. Concernant les promotions 2011 et 2012, seuls les cinq premiers semestres et les trois premiers semestres ont été inclus respectivement.

3.3.2. Critères d'exclusion

Toutes les données recueillies ont été analysées. Nous n'avons exclu aucun étudiant.

3.4. Intervention

Le carnet d'auto-évaluation propose aux étudiants de s'auto-évaluer sur les compétences cliniques, correspondant aux motifs fréquents de consultation en médecine générale, les compétences techniques, et les compétences transversales. Cet outil, en place depuis 2005 est disponible sur l'ENT depuis 2010. Il est obligatoire pour tous les internes inscrits en troisième cycle des études médicales. Les internes indiquent leurs lieux de stage pour les six semestres et s'auto-évaluent pour différents items correspondant à plusieurs familles de situation.

Les données ont été extraites à partir de l'ENT (annexe 3). Chaque étudiant était anonymisé directement lors de l'extraction des données. Pour chaque étudiant, une ligne était générée pour chaque semestre et chaque famille de situations. Ainsi, pour un même étudiant, 54 lignes étaient générées (six semestres multipliés par neuf familles de situations). La première étape a été de reclasser toutes les données pour obtenir une ligne par semestre et par étudiant soit six lignes au total par étudiant. Parfois, ces données étaient mélangées entre famille de situations ce qui a rallongé le temps de traitement des données. Enfin, les items n'étaient pas toujours générés dans le même ordre. Nous avons choisi de tenir compte uniquement des familles de situation et non de chaque item séparément, le temps alloué au reclassement aurait été beaucoup trop conséquent. Trois personnes différentes ont effectué et vérifié ce travail. Chaque lieu de stage renseigné par l'étudiant a été reclassé selon les différents types de lieu de stage.

3.5. Outil d'évaluation et critères de jugement

3.5.1. Outil d'évaluation

Le carnet d'auto-évaluation a été élaboré en 2005, par un département de médecine générale d'Île-de-France, initialement sous la forme d'un support papier, et proposé depuis 2010 sur l'ENT de Poitiers (38).

Ce carnet est un outil pédagogique d'auto-évaluation des apprentissages des internes. Il est basé sur les compétences à acquérir au cours du DES de médecine générale. Au début de chaque stage, l'étudiant évalue avec son maître de stage les compétences pouvant être acquises pendant ce stage, et déterminent ensemble les objectifs pédagogiques pour les six mois de stage. A la fin du stage, il valide avec son maître de stage l'acquisition de ces compétences (38; 39).

3.5.1.1. Les lieux de stage

Chaque étudiant renseigne son lieu de stage en y indiquant : la ville, le nom du service et le chef de service pour les stages hospitaliers ; le département et le nom des maîtres de stage universitaire pour les stages ambulatoires.

La formation pratique repose sur six stages semestriels dont quatre obligatoires : un stage en médecine adulte, un stage de pédiatrie et/ou gynécologie-obstétrique, un stage de médecine d'urgence, un stage ambulatoire de niveau 1 auprès de praticiens généralistes agréés (décret 2004-67 du 16 janvier 2004 relatif à l'organisation du troisième cycle des études médicales (1)). Les stages ont donc été répartis selon cette cotation :

- Médecine adulte « A » : ils correspondent aux stages hospitaliers de médecine adulte des spécialités de médecine générale, médecine interne, gériatrie aiguë, médecine polyvalente. Un seul semestre dans un lieu « A » valide le stage « médecine adulte ».
- Médecine adulte « B » : ils correspondent aux stages hospitaliers de médecine adulte des autres spécialités. Deux semestres dans des lieux « B » dans des spécialités différentes sont nécessaires pour valider le stage « médecine adulte ».
- Pédiatrie

- Gynécologie-obstétrique
- Urgences
- Médecine générale ambulatoire de niveau 1 : il est effectué chez plusieurs médecins généralistes. L'étudiant assiste aux consultations des médecins et effectue des consultations en supervision directe ou indirecte. Il est effectué à partir du deuxième semestre et préférentiellement avant le quatrième semestre inclus.
- Stage ambulatoire femme-enfant : il est effectué chez plusieurs médecins généralistes pratiquant de la pédiatrie et/ou gynécologie. L'interne effectue en supervision directe ou indirecte les consultations en rapport.
- Stage ambulatoire de niveau 2 correspondant au Stage Autonome en Soins Primaires Ambulatoires Supervisé (SASPAS) : il est effectué en cinquième ou sixième semestre.

3.5.1.2. L'auto-évaluation

Le carnet d'auto-évaluation s'axe selon trois plans :

- les compétences directement en rapport avec des situations cliniques habituellement rencontrées en médecine générale : Cette partie est elle-même divisée en sept sous-parties :
  - Adulte : problèmes aigus (46 items)
  - Adulte : problèmes chroniques (17 items)
  - Pathologie gynécologique (12 items)
  - Pathologie de l'enfant (21 items)
  - Pathologie de l'adolescent (6 items)
  - Pathologie de la personne âgée (17 items)
  - Tableaux cliniques à reconnaissance immédiate (35 items)
- les compétences concernant les gestes techniques à maîtriser (71 items)
- les compétences transversales (40 items)

Pour chaque item des parties « situations cliniques » et compétences transversales, l'interne doit indiquer trois niveaux possibles de réponses :

- 0 = « Je n'ai pas rencontré ce problème au cours de mon stage »
- 1 = « J'ai été confronté au problème mais j'estime que je n'ai pas suffisamment d'expérience pour pouvoir le gérer correctement une autre fois »
- 2 = « J'ai été confronté plusieurs fois au problème que j'estime maintenant pouvoir gérer »

Pour chaque item de la partie « gestes techniques », l'interne doit indiquer trois niveaux possibles de réponse :

- 0 = « Je n'ai pas réalisé ce geste au cours de mon stage »
- 1= « J'ai réalisé ce geste ou mis en œuvre la technique au moins une fois »
- 2 = « J'ai réalisé le geste ou mis en œuvre la technique plusieurs fois, je suis capable de surmonter une difficulté technique liée à une particularité du patient, je connais les aspects logistiques (se procurer le matériel...) »

L'annexe 4 présente le carnet d'auto-évaluation pour les promotions 2010 à 2012.

3.5.2. Critères de jugement

Concernant l'objectif principal, les moyennes des données recueillies par famille de situations et par semestre ont été comparées à celles correspondantes par type de stage.

Concernant les objectifs secondaires, nous avons, d'une part, recherché le nombre de répondeurs par famille de situations selon les lieux de stage ; d'autre part, recherché une corrélation entre les stages et la progression dans les cotations des différentes familles de situations.

3.6. Analyse statistique

Nous avons réalisé une analyse statistique descriptive des données recueillies sur le carnet d'auto-évaluation des étudiants des promotions 2010, 2011 et 2012. La première étape a été de calculer le pourcentage de répondeurs et de non répondeurs à la fois des lieux de stage et des cotations. La deuxième étape a été de rechercher le pourcentage d'étudiants ayant renseigné au moins un item pour une famille de situations et pour chaque lieu de stage. Enfin, la troisième étape a été de calculer la moyenne des données obtenues pour chaque semestre et chaque type de stage en fonction des familles de situations puis de les comparer entre elles.

4. RESULTATS

4.1. Nombre de réponses obtenues

Notre recueil de données a porté sur trois promotions d'internes : de 81 étudiants pour la promotion 2010, de 96 étudiants pour la promotion 2011, et de 126 étudiants pour la promotion 2012, soit un total de 303 étudiants. Les semestres sur le point d'être terminés ont été considérés comme tel, l'extraction des données ayant eu lieu le 28 avril 2014, soit quatre jours avant la fin du semestre. Ainsi le tableau I indique le nombre d'étudiants maximal théorique d'internes pouvant avoir terminé leur semestre.

Semestre	Nombre d'étudiants
1	303
2	303
3	303
4	177
5	177
6	81

Tableau I : nombre maximal théorique d'étudiants par semestre.

4.1.1. Nombre de cotations obtenues

La figure 1 indique la proportion d'étudiants ayant rempli leur auto-évaluation en fonction des familles de situations et des semestres.

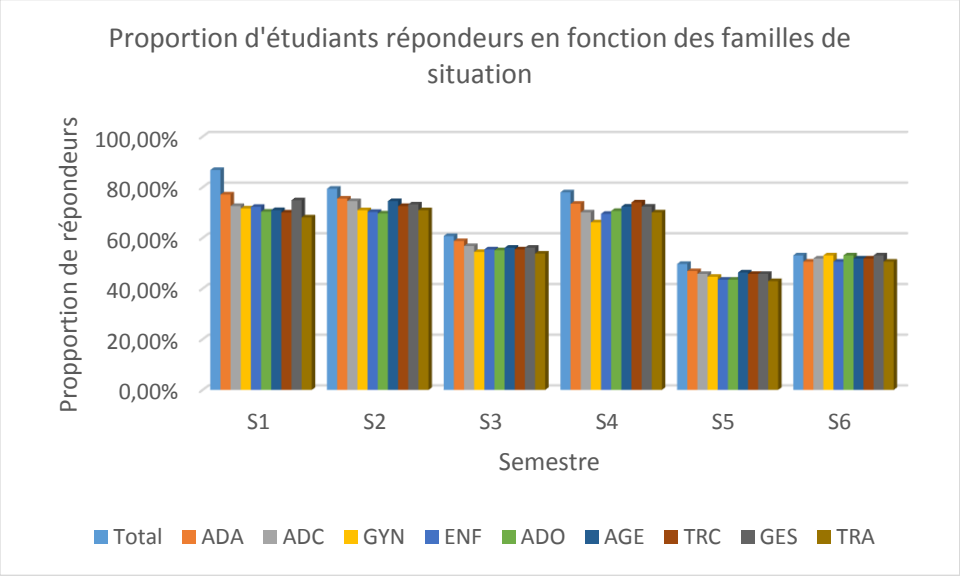


Figure 1 : Proportion d'étudiants répondeurs en fonction des familles de situation

(ADA : Adulte : problèmes aigus, ADC : Adulte : problèmes chronique, GYN : Pathologie gynécologiques, ENF : Pathologie de l'enfant, ADO : Pathologie de l'adolescent, AGE : Pathologie de la personne âgée, TRC : Tableaux cliniques à reconnaissance immédiate, GES : Gestes techniques, TRA : Compétences transversales)

4.1.2. Nombre de lieux de stage obtenus

La figure 2 indique la proportion d'étudiants ayant renseigné leur lieu de stage. La figure 3 indique la répartition de ces lieux de stage parmi les étudiants répondeurs.

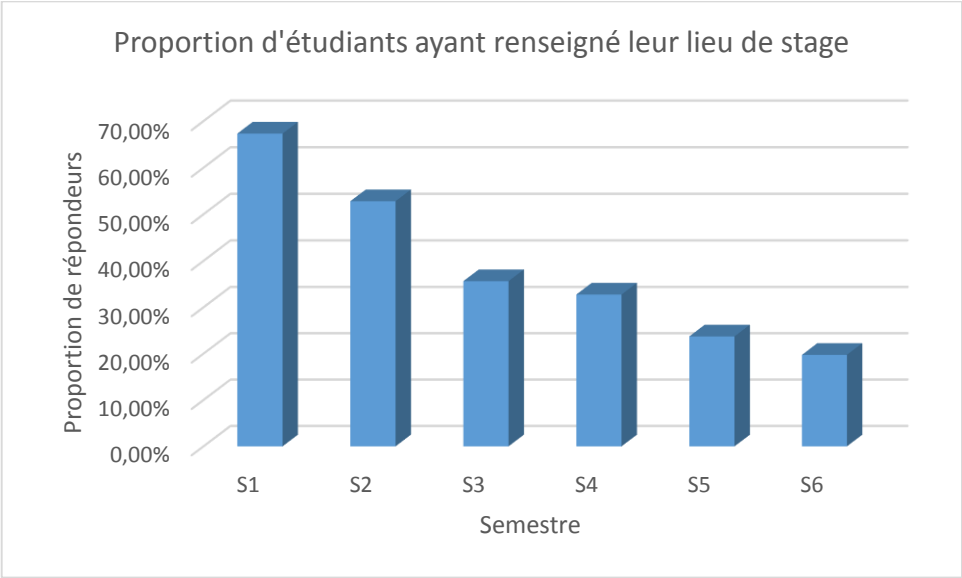


Figure 2 : Proportion d'étudiants ayant renseigné leur lieu de stage

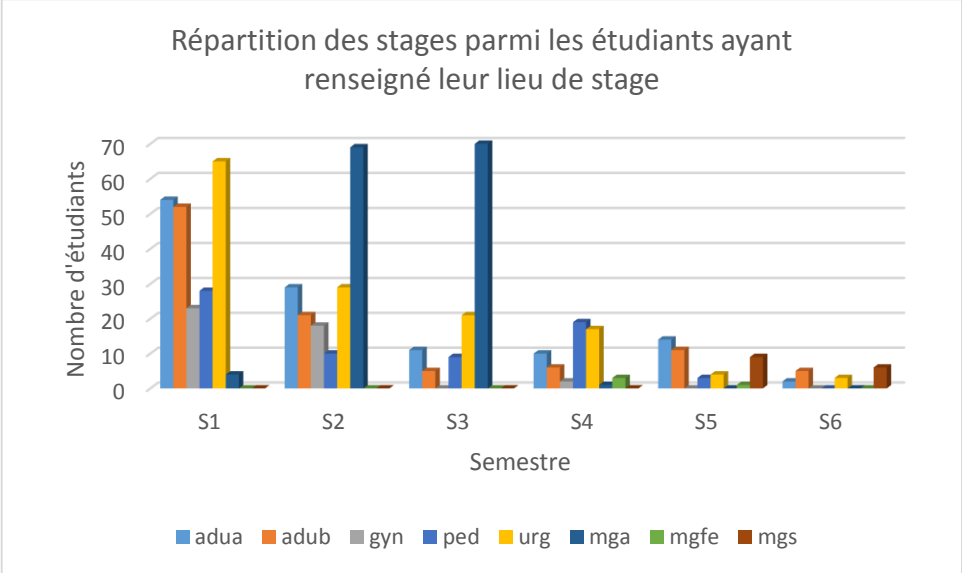


Figure 3 : Répartition des stages parmi les étudiants ayant renseigné leur lieu de stage

(adua : Médecine Adulte A, Médecine Adulte B, gyn : Gynécologie-obstétrique, mga : Stage ambulatoire de niveau 1, ped : Pédiatrie, urg : Urgences, mgfe : Stage ambulatoire femme-enfant, mgs : SASPAS)

4.1.3. Répartition des réponses parmi les étudiants ayant renseigné leur lieu de stage

Les figures suivantes indiquent pour chaque semestre le pourcentage d'étudiants ayant rempli leur auto-évaluation pour chaque famille de situations parmi les étudiants ayant renseigné leur lieu de stage. Le nombre entre parenthèse indique le nombre d'étudiants ayant renseigné le type de stage concerné.

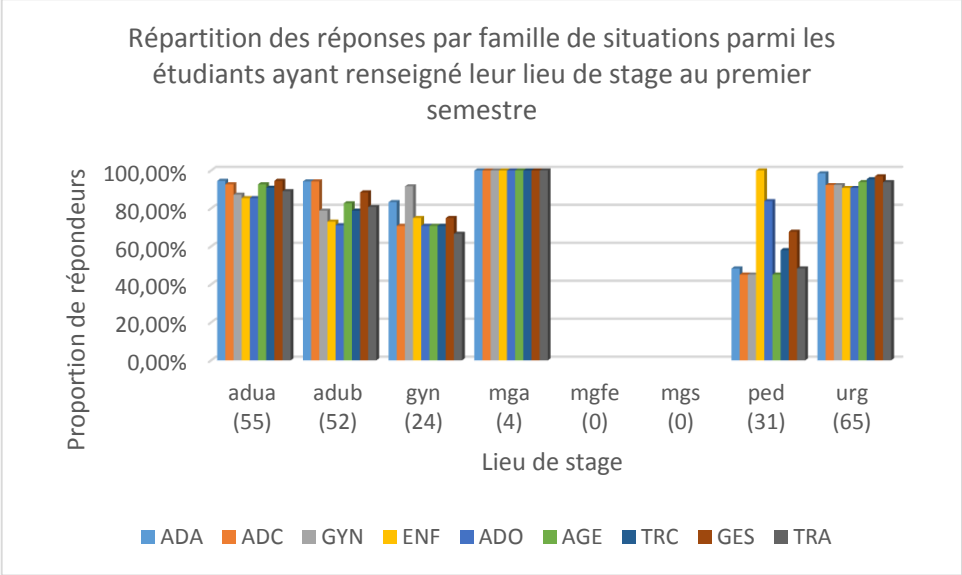


Figure 4a : Répartition des réponses par famille de situations parmi les étudiants ayant renseigné leur lieu de stage au premier semestre

(adua : Médecine Adulte A, Médecine Adulte B, gyn : Gynécologie-obstétrique, mga : Stage ambulatoire de niveau 1, ped : Pédiatrie, urg : Urgences, mgfe : Stage ambulatoire femme-enfant, mgs : SASPAS, ADA : Adulte : problèmes aigus, ADC : Adulte : problèmes chronique, GYN : Pathologie gynécologiques, ENF : Pathologie de l'enfant, ADO : Pathologie de l'adolescent, AGE : Pathologie de la personne âgée, TRC : Tableaux cliniques à reconnaissance immédiate, GES : Gestes techniques, TRA : Compétences transversales)

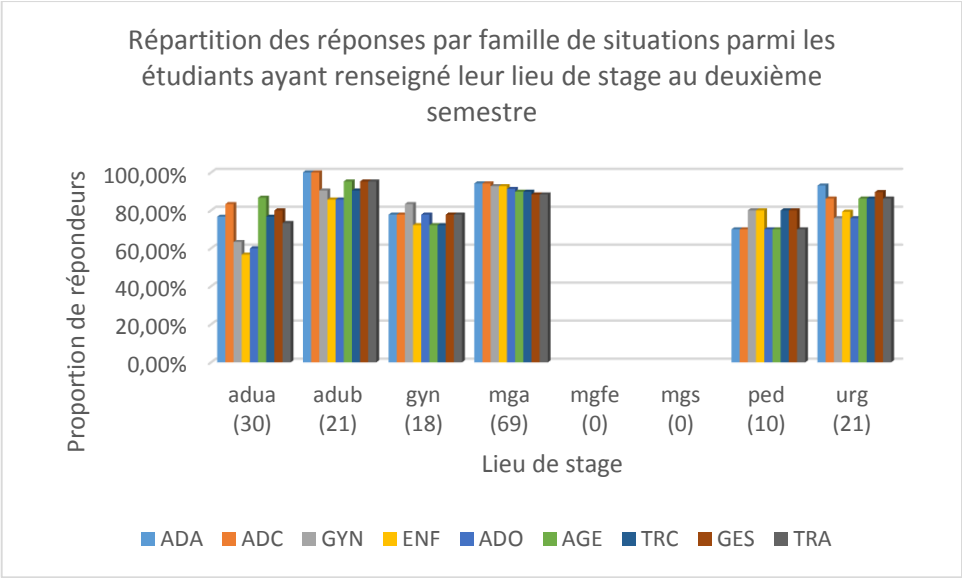


Figure 4b : Répartition des réponses par famille de situations parmi les étudiants ayant renseigné leur lieu de stage au deuxième semestre

(adua : Médecine Adulte A, Médecine Adulte B, gyn : Gynécologie-obstétrique, mga : Stage ambulatoire de niveau 1, ped : Pédiatrie, urg : Urgences, mgfe : Stage ambulatoire femme-enfant, mgs : SASPAS, ADA : Adulte : problèmes aigus, ADC : Adulte : problèmes chronique, GYN : Pathologie gynécologiques, ENF : Pathologie de l'enfant, ADO : Pathologie de l'adolescent, AGE : Pathologie de la personne âgée, TRC : Tableaux cliniques à reconnaissance immédiate, GES : Gestes techniques, TRA : Compétences transversales)

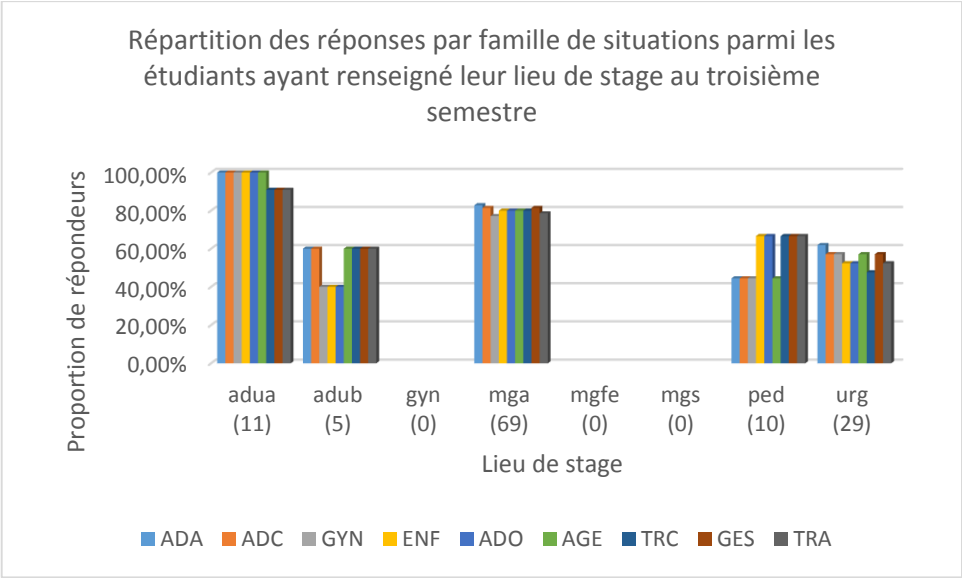


Figure 4c : Répartition des réponses par famille de situations parmi les étudiants ayant renseigné leur lieu de stage au troisième semestre

(adua : Médecine Adulte A, Médecine Adulte B, gyn : Gynécologie-obstétrique, mga : Stage ambulatoire de niveau 1, ped : Pédiatrie, urg : Urgences, mgfe : Stage ambulatoire femme-enfant, mgs : SASPAS, ADA : Adulte : problèmes aigus, ADC : Adulte : problèmes chronique, GYN : Pathologie gynécologiques, ENF : Pathologie de l'enfant, ADO : Pathologie de l'adolescent, AGE : Pathologie de la personne âgée, TRC : Tableaux cliniques à reconnaissance immédiate, GES : Gestes techniques, TRA : Compétences transversales)

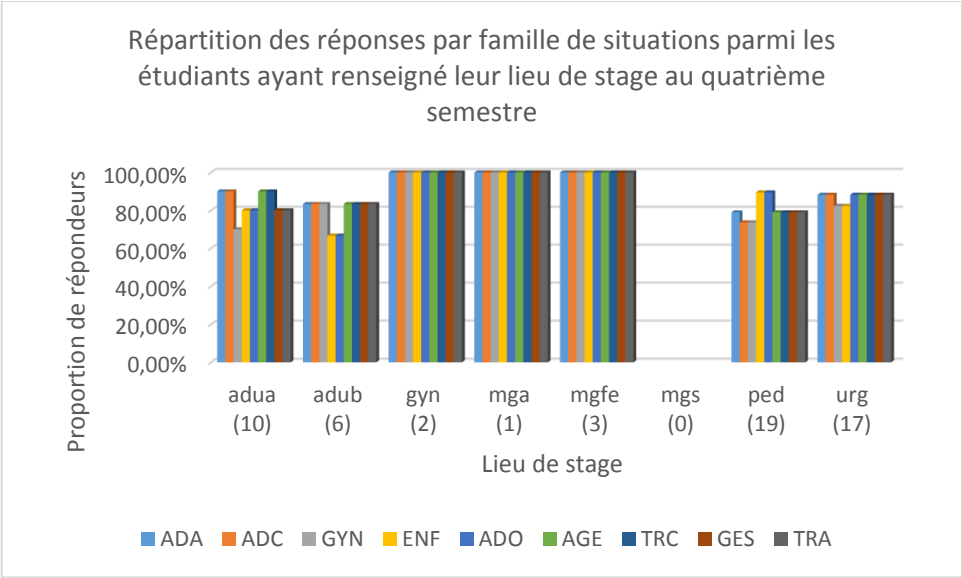


Figure 4d : Répartition des réponses par famille de situations parmi les étudiants ayant renseigné leur lieu de stage au quatrième semestre

(adua : Médecine Adulte A, Médecine Adulte B, gyn : Gynécologie-obstétrique, mga : Stage ambulatoire de niveau 1, ped : Pédiatrie, urg : Urgences, mgfe : Stage ambulatoire femme-enfant, mgs : SASPAS, ADA : Adulte : problèmes aigus, ADC : Adulte : problèmes chronique, GYN : Pathologie gynécologiques, ENF : Pathologie de l'enfant, ADO : Pathologie de l'adolescent, AGE : Pathologie de la personne âgée, TRC : Tableaux cliniques à reconnaissance immédiate, GES : Gestes techniques, TRA : Compétences transversales)

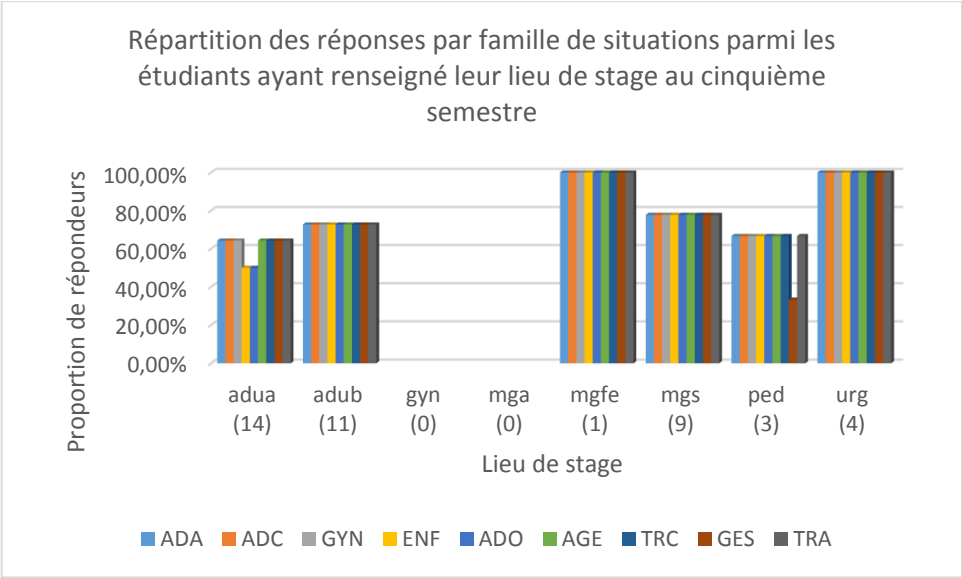


Figure 4e : Répartition des réponses par famille de situations parmi les étudiants ayant renseigné leur lieu de stage au cinquième semestre

(adua : Médecine Adulte A, Médecine Adulte B, gyn : Gynécologie-obstétrique, mga : Stage ambulatoire de niveau 1, ped : Pédiatrie, urg : Urgences, mgfe : Stage ambulatoire femme-enfant, mgs : SASPAS, ADA : Adulte : problèmes aigus, ADC : Adulte : problèmes chronique, GYN : Pathologie gynécologiques, ENF : Pathologie de l'enfant, ADO : Pathologie de l'adolescent, AGE : Pathologie de la personne âgée, TRC : Tableaux cliniques à reconnaissance immédiate, GES : Gestes techniques, TRA : Compétences transversales)

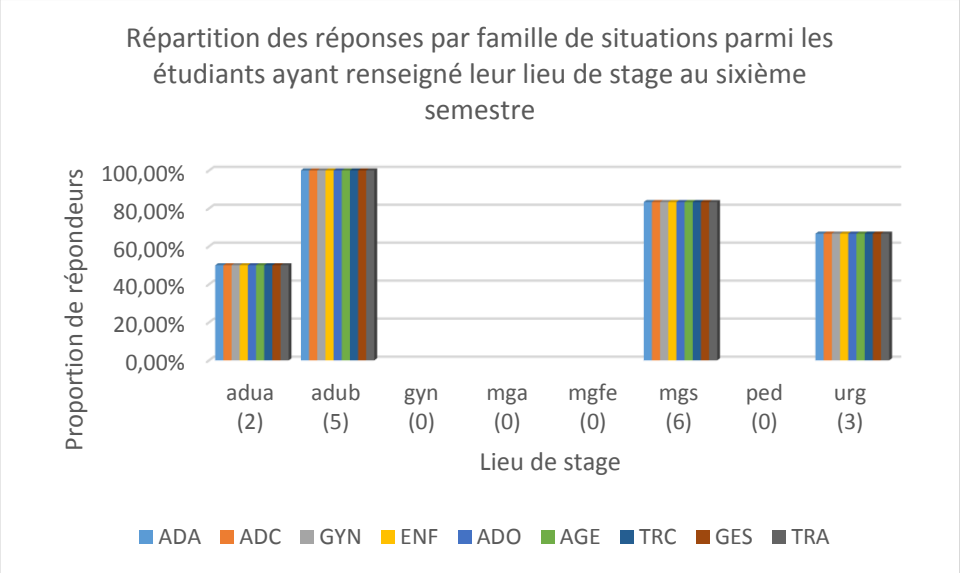


Figure 4f : Répartition des réponses par famille de situations parmi les étudiants ayant renseigné leur lieu de stage au sixième semestre

(adua : Médecine Adulte A, Médecine Adulte B, gyn : Gynécologie-obstétrique, mga : Stage ambulatoire de niveau 1, ped : Pédiatrie, urg : Urgences, mgfe : Stage ambulatoire femme-enfant, mgs : SASPAS, ADA : Adulte : problèmes aigus, ADC : Adulte : problèmes chronique, GYN : Pathologie gynécologiques, ENF : Pathologie de l'enfant, ADO : Pathologie de l'adolescent, AGE : Pathologie de la personne âgée, TRC : Tableaux cliniques à reconnaissance immédiate, GES : Gestes techniques, TRA : Compétences transversales)

4.2. Comparaison en fonction des semestres

Les six figures suivantes illustrent les moyennes des auto-évaluations des internes par famille de situations en fonction des lieux de stage pour les six semestres

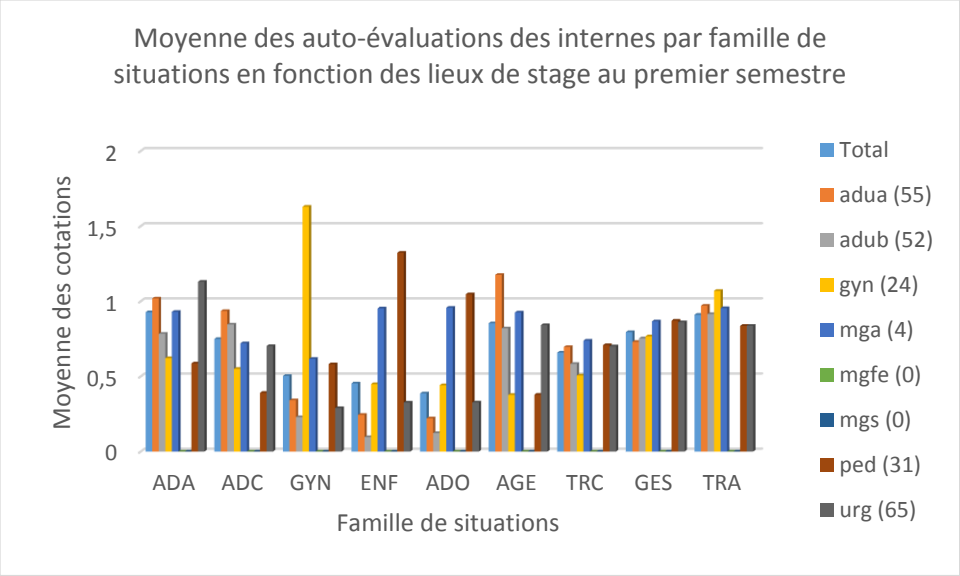


Figure 5a : Moyenne des auto-évaluations des internes par famille de situations en fonction des lieux de stage au premier semestre

(adua : Médecine Adulte A, Médecine Adulte B, gyn : Gynécologie-obstétrique, mga : Stage ambulatoire de niveau 1, ped : Pédiatrie, urg : Urgences, mgfe : Stage ambulatoire femme-enfant, mgs : SASPAS, ADA : Adulte : problèmes aigus, ADC : Adulte : problèmes chronique, GYN : Pathologie gynécologiques, ENF : Pathologie de l'enfant, ADO : Pathologie de l'adolescent, AGE : Pathologie de la personne âgée, TRC : Tableaux cliniques à reconnaissance immédiate, GES : Gestes techniques, TRA : Compétences transversales)

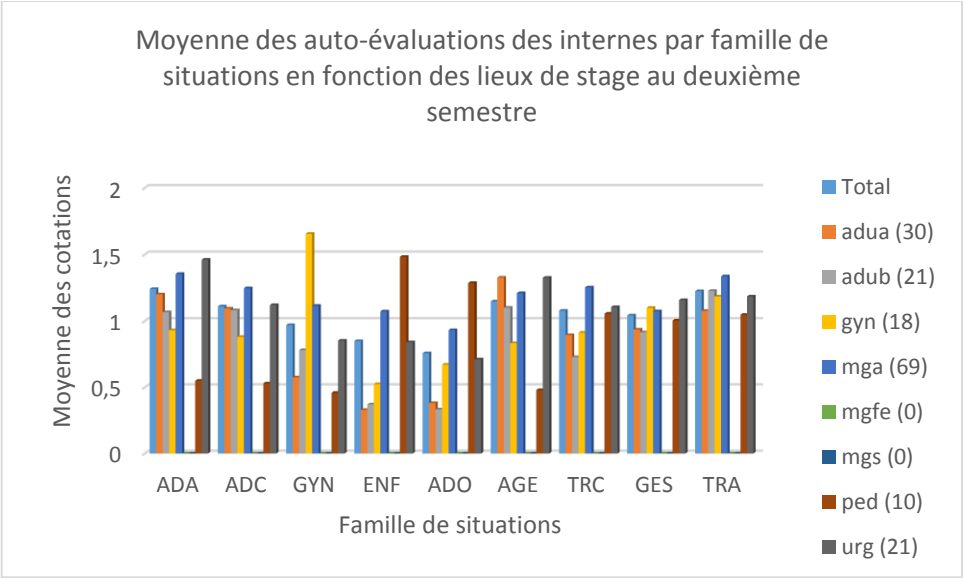


Figure 5b : Moyenne des auto-évaluations des internes par famille de situations en fonction des lieux de stage au deuxième semestre

(adua : Médecine Adulte A, Médecine Adulte B, gyn : Gynécologie-obstétrique, mga : Stage ambulatoire de niveau 1, ped : Pédiatrie, urg : Urgences, mgfe : Stage ambulatoire femme-enfant, mgs : SASPAS, ADA : Adulte : problèmes aigus, ADC : Adulte : problèmes chronique, GYN : Pathologie gynécologiques, ENF : Pathologie de l'enfant, ADO : Pathologie de l'adolescent, AGE : Pathologie de la personne âgée, TRC : Tableaux cliniques à reconnaissance immédiate, GES : Gestes techniques, TRA : Compétences transversales)

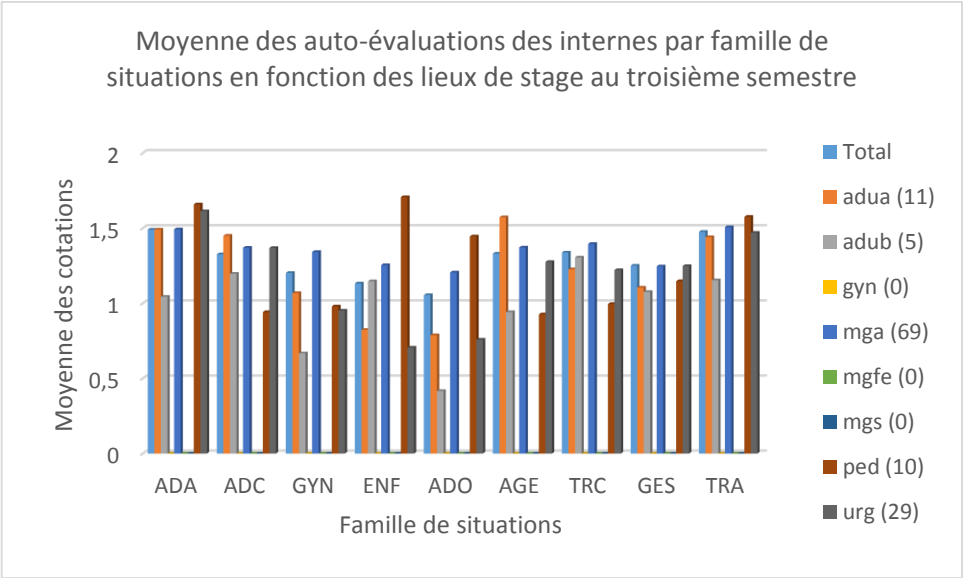


Figure 5c : Moyenne des auto-évaluations des internes par famille de situations en fonction des lieux de stage au troisième semestre

(adua : Médecine Adulte A, Médecine Adulte B, gyn : Gynécologie-obstétrique, mga : Stage ambulatoire de niveau 1, ped : Pédiatrie, urg : Urgences, mgfe : Stage ambulatoire femme-enfant, mgs : SASPAS, ADA : Adulte : problèmes aigus, ADC : Adulte : problèmes chronique, GYN : Pathologie gynécologiques, ENF : Pathologie de l'enfant, ADO : Pathologie de l'adolescent, AGE : Pathologie de la personne âgée, TRC : Tableaux cliniques à reconnaissance immédiate, GES : Gestes techniques, TRA : Compétences transversales)

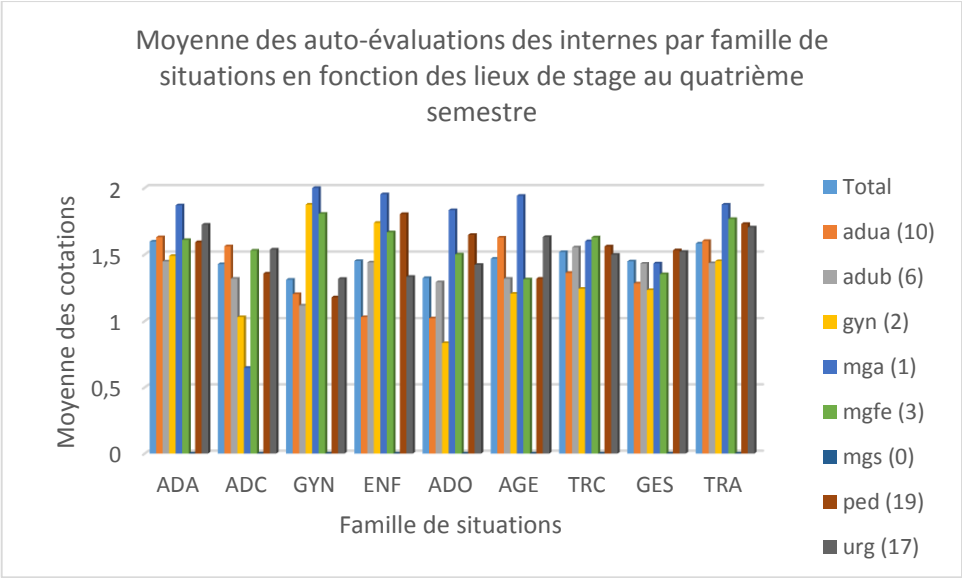


Figure 5d : Moyenne des auto-évaluations des internes par famille de situations en fonction des lieux de stage au quatrième semestre

(adua : Médecine Adulte A, Médecine Adulte B, gyn : Gynécologie-obstétrique, mga : Stage ambulatoire de niveau 1, ped : Pédiatrie, urg : Urgences, mgfe : Stage ambulatoire femme-enfant, mgs : SASPAS, ADA : Adulte : problèmes aigus, ADC : Adulte : problèmes chronique, GYN : Pathologie gynécologiques, ENF : Pathologie de l'enfant, ADO : Pathologie de l'adolescent, AGE : Pathologie de la personne âgée, TRC : Tableaux cliniques à reconnaissance immédiate, GES : Gestes techniques, TRA : Compétences transversales)

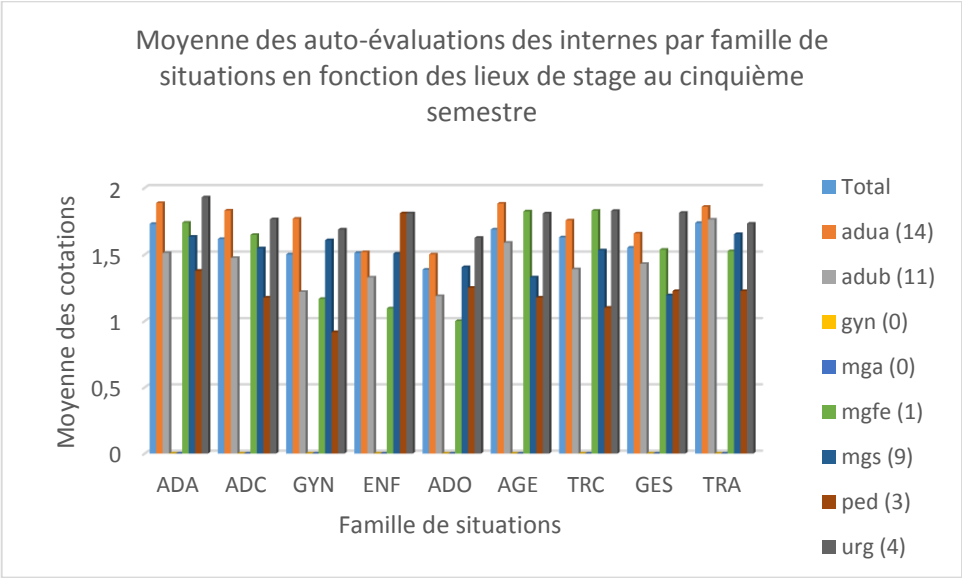


Figure 5e : Moyenne des auto-évaluations des internes par famille de situations en fonction des lieux de stage au cinquième semestre

(adua : Médecine Adulte A, Médecine Adulte B, gyn : Gynécologie-obstétrique, mga : Stage ambulatoire de niveau 1, ped : Pédiatrie, urg : Urgences, mgfe : Stage ambulatoire femme-enfant, mgs : SASPAS, ADA : Adulte : problèmes aigus, ADC : Adulte : problèmes chronique, GYN : Pathologie gynécologiques, ENF : Pathologie de l'enfant, ADO : Pathologie de l'adolescent, AGE : Pathologie de la personne âgée, TRC : Tableaux cliniques à reconnaissance immédiate, GES : Gestes techniques, TRA : Compétences transversales)

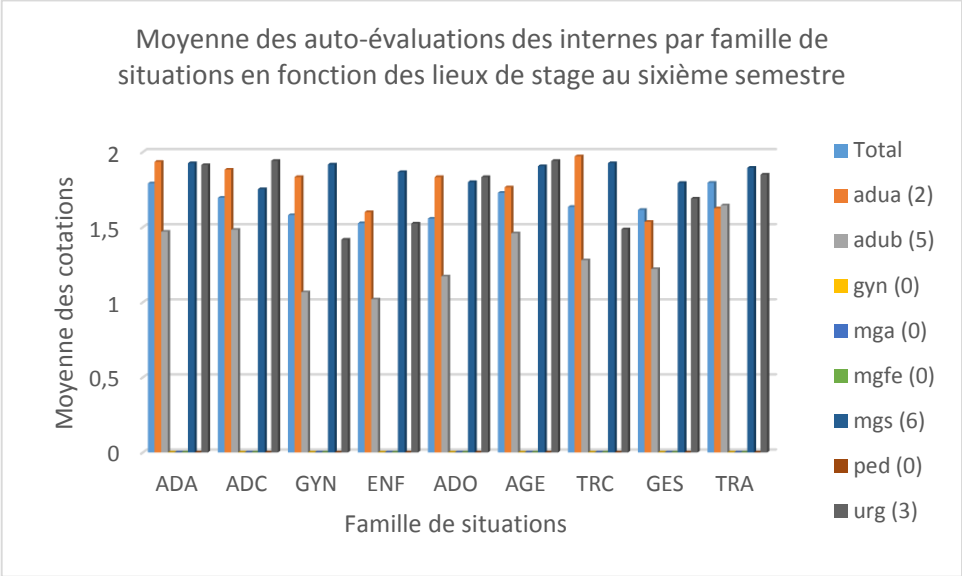


Figure 5f : Moyenne des auto-évaluations des internes par famille de situations en fonction des lieux de stage au sixième semestre

(adua : Médecine Adulte A, Médecine Adulte B, gyn : Gynécologie-obstétrique, mga : Stage ambulatoire de niveau 1, ped : Pédiatrie, urg : Urgences, mgfe : Stage ambulatoire femme-enfant, mgs : SASPAS, ADA : Adulte : problèmes aigus, ADC : Adulte : problèmes chronique, GYN : Pathologie gynécologiques, ENF : Pathologie de l'enfant, ADO : Pathologie de l'adolescent, AGE : Pathologie de la personne âgée, TRC : Tableaux cliniques à reconnaissance immédiate, GES : Gestes techniques, TRA : Compétences transversales)

5. DISCUSSION

5.1. Support de l'étude

5.1.1. Le choix des promotions

Nous avons choisi d'axer notre étude sur les promotions 2010, 2011 et 2012. Le carnet d'auto-évaluation était disponible préalablement et depuis 2005 sur un support papier. Les promotions sur lesquelles s'axait notre étude étaient donc les premières à avoir bénéficié de l'ENT. Le support informatique peut différer dans la quantité et la qualité des réponses par rapport au recueil papier. Seul le recueil numérique a été retenu, les résultats étant rapidement accessibles.

5.1.2. L'outil d'évaluation : le carnet d'auto-évaluation

Le carnet d'auto-évaluation est en place depuis 2005 dans notre faculté, et n'a jamais été évalué en tant qu'outil d'enseignement et d'évaluation. Nous n'avons que très peu d'informations concernant son élaboration, il a été élaboré par un Département de Médecine Générale (DMG) d'Île-de-France en 2005 et instauré dans notre faculté à la suite de cela.

5.1.2.1. La validité interne

Concernant la validité de contenu, les items correspondaient aux résultats de consultation majoritaires, aux gestes techniques les plus couramment réalisés, et aux compétences transversales de la médecine générale.

Concernant la validité de construit : le carnet d'auto-évaluation tel qu'il est proposé actuellement pose problème de par ses consignes. Il est en effet demandé aux étudiants de répondre selon trois cotations :

- 0 = « Je n'ai pas rencontré ce problème au cours de mon stage » / « Je n'ai pas réalisé ce geste au cours de mon stage »
- 1 = « J'ai été confronté au problème mais j'estime que je n'ai pas suffisamment d'expérience pour pouvoir le gérer correctement une autre fois » / « J'ai réalisé ce geste ou mis en œuvre la technique au moins une fois »
- 2 = « J'ai été confronté plusieurs fois au problème que j'estime maintenant pouvoir gérer » / « J'ai réalisé le geste ou mis en œuvre la technique plusieurs fois, je suis capable de surmonter une difficulté technique liée à une particularité du patient, je connais les aspects logistiques (se procurer le matériel...) »

Alors que le carnet d'auto-évaluation propose d'évaluer la progression de l'étudiant au cours de son cursus, la première cotation à 0 ne fait référence qu'au stage en cours. Ainsi une cotation à 0 peut vouloir dire, soit que l'étudiant n'a pas rencontré la situation au cours de son stage, soit qu'il a régressé de niveau dans ses compétences. Nous n'avions donc que deux cotations réellement interprétables avec le 1 signifiant : « je ne me sens pas compétent » et le 2 signifiant « je me sens compétent ». Ce système binaire ne correspond pas à ce que la littérature préconise, à savoir un minimum de trois cotations sur les six de TARDIF « novice, intermédiaire, compétent ».

L'étude portant sur trois promotions d'étudiants, le nombre de données recueillies était assez important. Cependant, le faible taux de réponses des lieux de stage venait contrebalancer cet aspect.

D'autre part, nous avons fait le choix d'analyser ce carnet d'auto-évaluation dans un but qui n'est pas le sien initialement.

5.1.2.2. La validité externe

Cet outil n’avait jamais été évalué jusqu’à présent. De plus, nous n’avons pas retrouvé dans la littérature d’outil strictement comparable à celui-ci. Ainsi, cette étude ne pouvait pas être comparée aux données de la littérature.

5.1.2.3. La fidélité

La fidélité était ici très incertaine, en raison de la cotation 0 entraînant des disparités de compréhension des consignes de remplissage. Nous n'avons pas cherché à analyser statistiquement la fidélité pour cette raison. Des données supplémentaires en particulier par le recueil de promotions supplémentaires pourraient améliorer cette appréciation de la fidélité.

5.1.2.4. La faisabilité

Le carnet d'auto-évaluation demande de s'auto-évaluer sur 265 items, d'en discuter avec son maître de stage avant pour définir des objectifs d'apprentissage puis après dans un but d'évaluation formative. L'interne reçoit également une rétroaction de son tuteur. Il était difficile à partir de nos données d'évaluer la faisabilité de cet outil, cependant, la participation a permis de considérer que cette faisabilité est acceptable.

5.1.2.5. L'acceptabilité

Les enseignants tuteurs ainsi que les maîtres de stage de médecine générale ont reçu une formation sur cet outil. Ce n'était pas le cas des maîtres de stage hospitaliers.

Les étudiants devaient participer à un séminaire sur la formation proposée à l'université de Poitiers. Ils étaient donc censés être informés de l'intérêt de l'outil et de son rôle.

Malgré le caractère obligatoire de la démarche, certains étudiants n'ont pas rempli leur carnet d'auto-évaluation et/ou n'ont pas renseigné leurs lieux de stage. Il serait intéressant de faire une enquête auprès des étudiants sur l'utilisation du carnet d'auto-

évaluation pour vérifier la compréhension des consignes et de son intérêt attribué par les enseignants et celui qu'ils attribuent eux-mêmes à cet outil.

5.1.2.6. L'efficacité

Les étudiants devaient remplir leur carnet d'auto-évaluation semestriellement dans son intégralité.

Le carnet d'auto-évaluation demandant de s'auto-évaluer sur 265 items, nous pouvons nous demander si la réalisation de ce « remplissage » n'est pas trop chronophage. Pour pouvoir être efficace, ce travail doit provoquer chez l'étudiant un travail métacognitif et favoriser sa capacité d'auto-évaluation et d'auto-direction, ce qui rallonge considérablement le temps de remplissage. Là encore, une enquête auprès des étudiants permettrait d'évaluer si les étudiants réalisent ce travail sérieusement ou se contentent de remplir les colonnes laborieusement.

Il est par ailleurs demandé aux étudiants de faire le point bi-semestriellement avec leur maître de stage ; une fois en début de stage pour évaluer les compétences pouvant être acquises au cours du stage et en fin de stage pour valider l'acquisition de ces compétences. Par la suite, l'étudiant devait évaluer sa progression avec son tuteur. Nous voyons donc ici que le temps nécessaire pour cet outil était assez conséquent s'il était utilisé à bon escient.

Concernant l'analyse des données, le recueil ayant été fait par l'ENT, il permettait une analyse des données sans coût matériel et humain trop élevé. Néanmoins, l'analyse de ces données n'a pas pu se faire sans une réorganisation de celles-ci, le carnet d'auto-évaluation n'ayant pas été prévu pour être analysé, cet aspect est donc améliorable.

5.1.3. Le choix des moyennes par familles de stage et par familles de situations

Nous avions initialement prévu d'analyser les données par stage et non par famille de stages. Cependant, en raison du faible nombre de données concernant les lieux de stage, nous avons choisi de faire une analyse plus globale et de regrouper par famille de stage.

Nous avions prévu d'adapter une nouvelle fonctionnalité au carnet d'auto-évaluation en proposant une évaluation des lieux de stages grâce à cet outil. C'est pourquoi nous avons choisi d'analyser ce carnet d'un autre point de vue que celui prévu.

5.2. L'analyse des résultats

5.2.1. Les non répondeurs

Afin de calculer le taux de répondeurs et de non répondeurs, nous avons choisi de nous baser sur le nombre maximal théorique d'internes pouvant avoir terminé leur semestre. L'extraction des données a eu lieu à la fin du semestre novembre 2013 – mai 2014. Ainsi :

- Les étudiants de la promotion 2010 avaient terminé leur cursus
- Les étudiants de la promotion 2011 terminaient leur cinquième semestre.
- Les étudiants de la promotion 2012 terminaient leur troisième semestre.

En cas de prise de retard dans le cursus (disponibilités, congés maternité/maladie), les semestres non effectués ont donc été comptabilisés parmi les non répondeurs.

Les proportions de répondeurs concernant les cotations étaient chronologiquement pour chacun des semestres de 86.8%, 79.4%, 60.7%, 78%, 49.7% et 53,1% tandis que celles concernant les lieux de stage étaient de 67.3%, 52.8%, 35.6%, 32.7%, 23.7%, 19.7%. Il est à noter qu'à la date de l'extraction des données, les étudiants de la promotion 2011 terminaient leur cinquième semestre et ceux de 2012 leur troisième semestre, certains ne pouvaient donc pas avoir encore renseigné leurs cotations pour ces semestres. Cet aspect pouvait expliquer les fortes diminutions de répondeurs au troisième et cinquième semestre.

Si le taux de participations concernant les cotations était acceptable, celui concernant les lieux de stage ne l'était pas.

La forte différence de taux de répondeurs entre le remplissage des cotations et celui

des lieux de stage fait penser que les étudiants n'ont pas perçu l'intérêt de cette démarche. D'une part, les lieux de stage sont pour eux connus de la scolarité. D'autre part, cette démarche ne leur apportait rien d'un point de vue formatif.

Les cotations du carnet d'auto-évaluation ne sont utilisées qu'à des fins formatives et non certificatives. L'anonymisation n'avait donc pas d'intérêt, de plus, elle ne nous permettait pas de comparer les cotations avec les lieux de stage connus de la scolarité. Pour pouvoir croiser ces données, il faudrait que l'anonymisation soit levée. Ainsi, une nouvelle étude pourrait être effectuée afin d'augmenter les possibilités d'analyse, cette étude ne serait plus biaisée par le faible taux de répondeurs concernant les lieux de stage.

5.2.2. Répartition des étudiants par lieux de stage

Quatre étudiants ayant effectués leur premier semestre en médecine ambulatoire de niveau 1 posaient question. En effet, ce stage ne peut être habituellement effectué qu'à partir du deuxième semestre. Cependant, le reste de la répartition était tout à fait cohérente, ce stage étant principalement effectué en deuxième et troisième semestre et les stages de type SASPAS n'apparaissaient qu'en cinquième semestre conformément au décret 2004-67 du 16 janvier 2014 (1). Il s'agissait probablement d'étudiants ayant soit effectué un droit au remords en médecine générale, soit eu une disponibilité en premier semestre, même si nous ne pouvions l'affirmer.

Du fait du taux croissant de non répondeurs concernant les lieux de stage, nous n'avions que très peu de données par type de stages pour certains semestres.

Par ailleurs, certains types de stage ont moins de terrain de stage que les autres, il était donc logique de moins les retrouver dans notre étude (stage femme-enfant en ambulatoire, SASPAS).

5.2.3. Répartition des réponses des auto-évaluations parmi les étudiants ayant renseigné leur lieu de stage

L'analyse de ces résultats est biaisée par le faible taux de répondeurs concernant les lieux de stage. De plus, le taux de répondeurs dans les différentes familles de situation était toujours inférieur au taux de répondeurs global, pour chacun des semestres. Ainsi, certains étudiants n'ont répondu qu'en partie aux différentes cotations du CAE.

Les étudiants en stage en médecine adulte A ont répondu préférentiellement aux cotations des familles de situations « Adulte : problèmes aigus », « Adulte : problèmes

chroniques », « Pathologie de la personne âgée » et les « Gestes techniques ». Cette répartition n'était pas aussi évidente en fonction des semestres, la différence était notamment plus marquée au deuxième semestre qu'au premier. Le nombre d'étudiants dans ces stages dans les autres semestres était insuffisant pour affiner cette comparaison.

Les étudiants en stage médecine adulte B ont répondu préférentiellement aux cotations des catégories « Adulte : problèmes aigus » et « Adulte : problèmes chroniques ».

Ceux effectuant un stage en gynécologie-obstétrique ont en moyenne plus renseigné les cotations de la famille de situations « Pathologie gynécologique ».

Ceux en stage de pédiatrie ont plus renseigné les familles de situations « Pathologie de l'enfant » et « Pathologie de l'adolescent ». Cette répartition était plus fortement marquée au premier semestre.

Les internes effectuant un stage aux urgences remplissaient préférentiellement la famille de situations « Adulte : problèmes aigus ».

Les étudiants en stage ambulatoire de niveau 1 et 2 ont rempli uniformément leur CAE.

Le stage ambulatoire femme-enfant n'a été renseigné que par quatre étudiants ce qui ne nous permettait pas de décrire une répartition des cotations.

Même si la répartition de ces réponses ne suivait pas les consignes du CAE qui sont de remplir chaque item pour chaque semestre, celle-ci était cohérente.

5.2.4. Comparaison en fonction des semestres

Nous avons fait le choix de comparer les moyennes obtenues par famille de stage entre elles et à la moyenne globale des étudiants pour chaque semestre. Nous voulions voir si certains stages permettaient une meilleure progression des étudiants. Nous avons choisi de faire une étude descriptive des données sans faire une analyse statistique fine des données pour deux raisons. En effet, le biais occasionné par la valeur « 0 » de l'auto-évaluation impactait trop les résultats. Seule la progression de 1 à 2 était analysable. La deuxième raison concernait le taux de non-répondeurs trop conséquent concernant les lieux de stage malgré le nombre important de données.

Une nette progression était constatée dans la famille de situations « Pathologie gynécologique » pour les internes en gynécologie. Cela était de même dans les familles de situations « Pathologie de l'enfant » et « Pathologie de l'adolescent » pour les étudiants en stage de pédiatrie. Pour ces deux lieux de stage, la progression était moindre dans les

familles de situations « Adulte : problèmes aigus », « Adulte : problèmes chroniques » et « Pathologie de la personne âgée ».

La famille de situations « Pathologie de la personne âgée » avaient une progression plus importante dans le type de stage « médecine adulte A » qui comprend des stages en gériatrie.

Les autres familles de situations ne montraient pas de différence aussi importante entre les stages.

Il a été constaté une différence mineure concernant le stage aux urgences permettant une progression plus importante dans la famille de situations « Adulte : problèmes aigus ». Les cotations des étudiants en stage ambulatoire de niveau 1 étaient en moyenne plus importantes dans les « Tableaux cliniques à reconnaissance immédiate ».

La progression des cotations dans les catégories « Gestes techniques » et « Compétences transversales » étaient uniformes entre les différents types de stage.

La répartition avait tendance à s'uniformiser au fur et à mesure des semestres, ce qui est cohérent car la maquette impose d'effectuer les différents types de stage au cours du cursus.

L'analyse de ces résultats était étonnante car nous nous nous attendions à trouver des écarts plus importants en fonction des lieux de stage. En effet, s'il était assez logique d'avoir une nette progression en gynécologie et en pédiatrie lors des stages dédiés à ces spécialités, nous nous attendions à trouver des progressions plus importantes pour les types de stage « médecine adulte A » et « médecine adulte B » dans les cotations des familles de situations « Adulte : problèmes aigus » et « Adulte : problèmes chroniques », ainsi que dans le type de stage « urgences » pour « Adulte : problèmes aigus ».

Les résultats concernant les « Compétences transversales » étaient compréhensibles. Ces compétences correspondent à la marguerite des compétences en médecine générale. Elles se retrouvent dans toutes les spécialités même si elles sont différemment appliquées pour certaines d'entre elle en médecine générale du fait du mode d'exercice. Les étudiants développent ces compétences dans tous les stages, et les affinent pour les appliquer plus spécifiquement à la médecine générale lors des stages dédiés (médecine ambulatoire de niveau 1, stage femme-enfant en ambulatoire et SASPAS).

Cependant, le faible taux de participation rendait tous ces résultats difficilement interprétables.

5.3. Propositions

5.3.1. Modification de l'outil

- Modification des cotations

Afin d'aboutir à une évaluation à trois niveaux (novice, intermédiaire, compétent) comme le préconisent COMPAGNON et all. (29), il faudrait modifier le système de cotation de l'outil. Le « 0 » actuel ne permet pas d'analyser une progression de l'étudiant, il faudrait ainsi enlever la condition « au cours de mon stage » et demander à l'étudiant de coter « 0 » s'il n'a pas été confronté à la situation. Le « 1 » et le « 2 » correspondent respectivement au niveau intermédiaire et compétent et peuvent donc être laissé comme tel. Une autre possibilité serait de proposer à un étudiant un curseur à déplacer pour estimer son niveau de compétence. La position du curseur serait traduite en mesure chiffrée afin de permettre l'analyse des résultats.

- Taille de l'outil

Les étudiants ne remplissant pas intégralement les items du carnet d'auto-évaluation, il serait probablement judicieux de proposer un outil plus court qui serait à remplir dans son intégralité. Ainsi, un outil composé uniquement des compétences transversales amenant à une discussion avec le tuteur et le maître de stage permettrait un temps alloué à la rétroaction plus long et par conséquent plus intéressant. Les différents items correspondants aux familles de situation seraient à revoir pour proposer une évaluation avant-après dépendante du lieu de stage dans lequel se trouve l'interne. Ainsi, chaque type de stage aurait un outil spécifique et les objectifs de stage seraient définis conjointement entre l'interne et le maître de stage en fonction des acquis de l'interne et des situations qui peuvent être rencontrées dans ce stage.

- Recueil de données.

Il doit être amélioré. Les données reçues ne devraient pas nécessiter une réorganisation pour pouvoir les analyser, et ainsi diminueraient à la fois le temps nécessaire à l'analyse et les sources d'erreurs.

Il était à noter que cinq numéros d'anonymat ont été retrouvés en double dans des promotions différentes. Il peut s'agir soit d'un problème d'anonymisation soit d'un problème d'extraction des données. Ces numéros d'anonymat ont été considérés comme des étudiants différents lors de l'analyse des données.

Il a été constaté au moment de l'extraction des données qu'un étudiant de la promotion 2011 avait renseigné des cotations au sixième semestre et un autre de la promotion 2012 au quatrième semestre, il pouvait s'agir soit d'une erreur de l'étudiant, soit d'un problème d'extraction des données. Ces données n'ont pas été analysées conformément à nos critères d'inclusion.

Lors de l'extraction des données de la promotion 2012, sept numéros d'anonymat présentaient deux lignes de données différentes au premier semestre et trois numéros étaient concernés par ce même problème au deuxième semestre. Là encore, il est difficile de conclure entre une erreur de l'étudiant ou un problème d'extraction des données. Ces données ont été incluses telles quelles pour l'analyse car il était impossible de déterminer l'exactitude de l'une ou l'autre de ces lignes.

Enfin, les items étaient parfois extraits dans le désordre, ainsi, la réorganisation des données n'a pas tenu compte des items mais uniquement des familles de situations. L'analyse de ces items auraient été intéressante pour affiner l'interprétation de ces résultats, et ainsi identifier des lacunes de formation.

5.3.2. Perspective sur l'évaluation certifiante

Cet outil a été instauré dans le cadre du paradigme d'apprentissage visant à la certification des étudiants quant à leurs compétences. Les cotations ne sont actuellement utilisées qu'à des fins formatives. Seules les validations semestrielles par les maîtres de stage font partie des critères de validation du DES. Le CAE est également utilisé par le tuteur de l'étudiant qui a un avis consultatif sur la validation du DES. Des travaux concernant le carnet d'auto-évaluation sont en cours et des premières analyses ont été effectuées (8).

5.3.3. Perspective sur l'évaluation des stages

Cet outil n'a jamais eu vocation d'évaluer les lieux de stage. Nous pensions retrouver des corrélations plus importantes entre lieux de stage et familles de situations ce que n'a pas montré notre étude. Il existe des référentiels propres aux lieux de stage tels que ceux concernant la gynécologie (40) et la pédiatrie (41) au cours du stage ambulatoire femme-enfant. Il pourra être proposé de comparer les deux outils après modification du CAE afin de déterminer si cet outil permet d'évaluer les lieux de stage.

6. CONCLUSION

Le faible taux de données concernant les lieux de stage handicape notre étude. Cependant, s'il était logique que les réponses des étudiants correspondent avec le lieu de stage en cours, notre étude a tendance à montrer que cette correspondance n'est pas aussi affirmée dans la plupart des lieux de stage. Ainsi, cet outil semble ne pas pouvoir être utilisé à des fins d'évaluation des lieux de stage tel quel. Afin de parvenir à un tel objectif, il serait intéressant de créer un référentiel de compétences propre à chaque lieu de stage. De plus, ceci permettrait de réduire considérablement le temps nécessaire à l'utilisation de ce carnet, que ce soit dans le bilan effectué au début du stage, l'auto-évaluation de fin de stage et la rétroaction en découlant. Seules les compétences transversales pourraient être mises en avant pour évaluer la progression de l'étudiant et seraient à remplir semestriellement.

7. BIBLIOGRAPHIE

1. **Ministère de la jeunesse, de l'éducation nationale et de la recherche, Ministère de la santé, de la famille et des personnes handicapées.** Décret n°2004-67 du 16 janvier 2004 relatif à l'organisation du troisième cycle des études médicales.

2. **Nguyen DQ, Blais JG.** 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, Vol. 8, 4, pp. 232-251.

3. **WONCA Europe.** La définition européenne de la médecine générale-médecine de famille. 2002.

4. **WONCA Europe.** The european definition of general practice / Family medecine. 2011.

5. **CNGE, Groupe de travail certification.** Les compétences du médecin généraliste. Exercer. Septembre 2005, 74, pp. 94-95.

6. **Attali C, Bail P, Magnier AM, Beis JN, Ghasarossian C, Gomes J, et al.** Compétences pour le DES de médecine générale. Exercer. 2006, 76, pp. 31-32.

7. **Attali C, Ghasarossian C, Bail P, Gomes J, Chevallier P, Beis JN, et al.** La certification de la compétence des internes de médecine générale : mode d'emploi. Exercer. Septembre 2005, 74, pp. 96-102.

8. **Zattoni G.** Le carnet d'auto-évaluation : un outil permettant l'évaluation des compétences des internes de médecine générale? Faculté de médecine et de pharmacie de Poitiers. 2014. Thèse de doctorat en médecine générale.

9. **Basque J.** L'influence du béhaviorisme, du cognitivisme et du constructivisme sur le désign pédagogique. Conseil interinstitutionnel pour le progrès de la technologie éducative. 1999. pp. 8-22, Actes du XIIe colloque du Conseil interinstitutionnel pour le progrès de la technologie éducative : inforoute et technologie éducative à l'aube de l'an 2000.

10. **Bernard JL, Reyes P.** Apprendre, en médecine (1ere partie). Pédagogie médicale. 2001, Vol. 2, 3, pp. 163-169.

11. **Bauchot R.** Le chien de Pavlov et la naissance de l'étude scientifique de la mémoire. [En ligne] 2010. [Consulté le 4 Juin 2014.] Disponible sur : http://www.bibnum.education.fr/sites/default/files/pavlov-analyse.pdf.

12. **Brahimi C.** L'approche par compétences Un levier de changement des pratiques en santé publique au Québec. Institut National de Santé Publique du Québec. 2011.

13. **Miller GA.** The Magical Number Seven, Plus or Minus Two: Some Limits on our Capacity for Processing Information. Psychological Review. 1953, 63, pp. 81-97.

14. **Bernard JL, Reyes P.** Apprendre, en médecine (2e partie). Pédagogie médicale. 2001, Vol. 2, 4, pp. 235-241.

15. **Tardif J.** La construction des connaissances 1. Les consensus. Pédagogie collégiale. Décembre 1997, Vol. 11, 2, pp. 14-22.

16. **Tardif J.** La construction des connaissances 2. Les pratiques pédagogiques. Pédagogie collégiale. Mars 1998, Vol. 11, 3, pp. 4-9.

17. **Kozanitis A. Bureau d'appui pédagogique de l'école polytechnique.** Les principaux courants théoriques de l'enseignement et de l'apprentissage : un point de vue historique. Septembre 2005.

18. **Duffy TM, Cunningham DJ.** Constructivism : implications for the design and delivery of instruction. [auteur du livre] Jonassen DH. Handbook of research on educational communications and technology. s.l. : New York: Scholastic, 1996, pp. 170–198.

19. **Jouquan J.** L'évaluation des apprentissages des étudiants en formation médicale initiale. Pédagogie Médicale. 2002, Vol. 3, 1, pp. 38-52.

20. **Chartier S, Le Breton J, Ferrat E, Compagnon L, Attali C, Renard V.** L'évaluation dans l'approche par compétences en médecine générale : des fondements théoriques à la pratique. Exercer. 2013, Vol. 24, 108, pp. 171-177.

21. **Charlin B, Bordage G, Van Der Vleuten C.** L'évaluation du raisonnnement clinique. Pédagogie médicale. 2003, Vol. 4, 1, pp. 42-52.

22. **Forehandv M.** Bloom's Taxinomy : original and revisited. [éd.] Orey M. Emerging perspectives on learning, teaching and technology. 2005.

23. **Tardif J.** L'évaluation dans le paradigme constructiviste. [éd.] Hivon R. L'évaluation des apprentissages : réflexions, nouvelles tendances et formation. 1993, pp. 27-56.

24. **Tardif J.** Développer un programme par compétences : de l'intention à la mise en œuvre. Pédagogie collégiale. Mars 2003, Vol. 16, 3, pp. 36-44.

25. **Legendre MF.** Sens et portée de la notion de compétence dans le nouveau programme de formation. Revue de l'AQEFLS. 2001, Vol. 23, 1, pp. 12-30.

26. **Jouquan J, Bail P.** A quoi s'engage-t-on en basculant du paradigme d'enseignement vers le paradigme d'apprentissage ? Exemple d'une révision curriculaire conduite en résidanat de médecine générale. Pédagogie Médicale. 2003, Vol. 4, 3, pp. 163-175.

27. **Kaufman DM.** L'éducation centrée sur l'enseignant ou centrée sur l'apprenant: une fausse dichotomie. Pédagogie médicale. 2002, Vol. 3, 3, pp. 145–147.

28. **Compagnon L, Bail P, Huez JF, Stalnikiewicz B, Ghasarossian C, Zerbib Y, et al.** Définitions et descriptions des compétences en médecine générale. Exercer. 2013, Vol. 24, 108, pp. 148-155.

29. **Compagnon L, Bail P, Huez JF, Stalnikiewicz B, Ghasarossian C, Zerbib Y, et al.** Les niveaux de compétences. Exercer. 2013, Vol. 24, 108, pp. 156-164.

30. **Bail P, Attali C, Chevallier P, Ghasarossian C, Beis JN, Magnier AM, et al.** La certification : un cadre théorique pour étayer les orientations. Exercer. Septembre 2005, 74, pp. 83-85.

31. **Perrenoud P.** Des savoirs aux compétences : de quoi parle-t-on en parlant de compétences ? Pédagogie collégiale. Octobre 1995, Vol. 9, 1, pp. 20-24.

32. **Chevalier P, Lainé X, Bail P, Ghasarossian C, Beis JN, Magnier AM, et al.** La certification des compétences des internes dans le modèle d'apprentissage : quelles implications pour les enseignants ? Exercer. Septembre 2005, 74, pp. 87-90.

33. **Ghasarossian C, Chevallier P, Bail P, Beis JN, Magnier AM, Lainé X, et al.** Comment faire en pratique pour mettre en place dans les départements de médecine générale une pédagogie centrée sur les apprentissages et une procédure de certification. Exercer. Septembre 2005, 74, pp. 103-105.

34. **Pillonel M, Rouiller J.** Faire appel à l'auto-évaluation pour développer l'autonomie de l'apprenant. Cahiers pédagogiques. Avril 2001, 393.

35. **Abadel FT, Hattab AS.** How does the medical graduates' self-assessment of their clinical competency differ from experts' assessment? BMC Medical Education 2013. 2013, Vol. 13, 24.

36. **Davis DA, Mazmanian PE, Fordis M, Van Harrisson R, Thorpe KE, Perrier L.** Accuracy of Physician Self-assessment Compared With Observed Measures of Competence. Journal of the American Medical Association. Septembre 2006, Vol. 296, 9.

37. **Dory V, de Foy T, Degryse J.** L'auto-évaluation : postulat préalable, finalité de la mission éducative ou utopie pédagogique ? Clarifications conceptuelles et pistes pour une application en éducation médicale. Pédagogie médicale. 2009, Vol. 10, 1, pp. 41-53.

38. **COGEMS Poitou-Charentes.** Les compétences à acquérir au cours du DES de Médecine Générale : Carnet d'auto-évaluation. [En ligne] 2010. [Consulté le : 4 Juin 2014.] Disponible sur : http://www.cogemspc.fr/des/promotion2010/Carnet_auto_evaluation_2010.pdf.

39. **Faculté de Médecine et de Pharmacie de Poitiers.** Livret de l'interne de Médecine Générale Règlement du DES de médecine générale. [En ligne] 2010. [Consulté le 4 Juin 2014.] Disponible sur : http://www.cogemspc.fr/des/promotion2010/Livret_IMG_2010_2012.pdf.

40. **Belkebir R.** Elaboration d'un référentiel métier et compétences par méthode de consensus. La gynécologie en situation de soins primaires. Faculté de médecine et de pharmacie de Poitiers. 2012. Thèse de doctorat de médecine générale.

41. **Gaudron P.** Elaboration d'un référentiel métier et compétences par méthode de consensus : La pédiatrie en situation de soins primaires. Faculté de Médecine et de Pharmacie de Poitiers. 2014. Thèse de doctorat de médecine générale.

8. ANNEXES

Annexe 1 : Onze compétences de la médecine générale – WONCA 2002

1. Premier contact avec le système de soins, permettant un accès ouvert et non limité aux usagers, prenant en charge tous les problèmes de santé, indépendamment de l'âge, du sexe, ou de toute autre caractéristique de la personne concernée (premier recours).

2. Approche centrée sur la personne, dans ses dimensions individuelle, familiale et communautaire.

3. Mode de consultation personnalisée à travers une relation médecin-patient privilégiée.

4. Responsabilité de la continuité des soins dans la durée, selon les besoins du patient.

5. Utilisation efficiente des ressources du système de santé, à travers la coordination des soins et la gestion du recours aux autres spécialités.

6. Démarche décisionnelle spécifique, déterminée par la prévalence et l'incidence des maladies dans le contexte des soins primaires.

7. Prise en charge simultanée des problèmes de santé aigus ou chroniques de chaque patient.

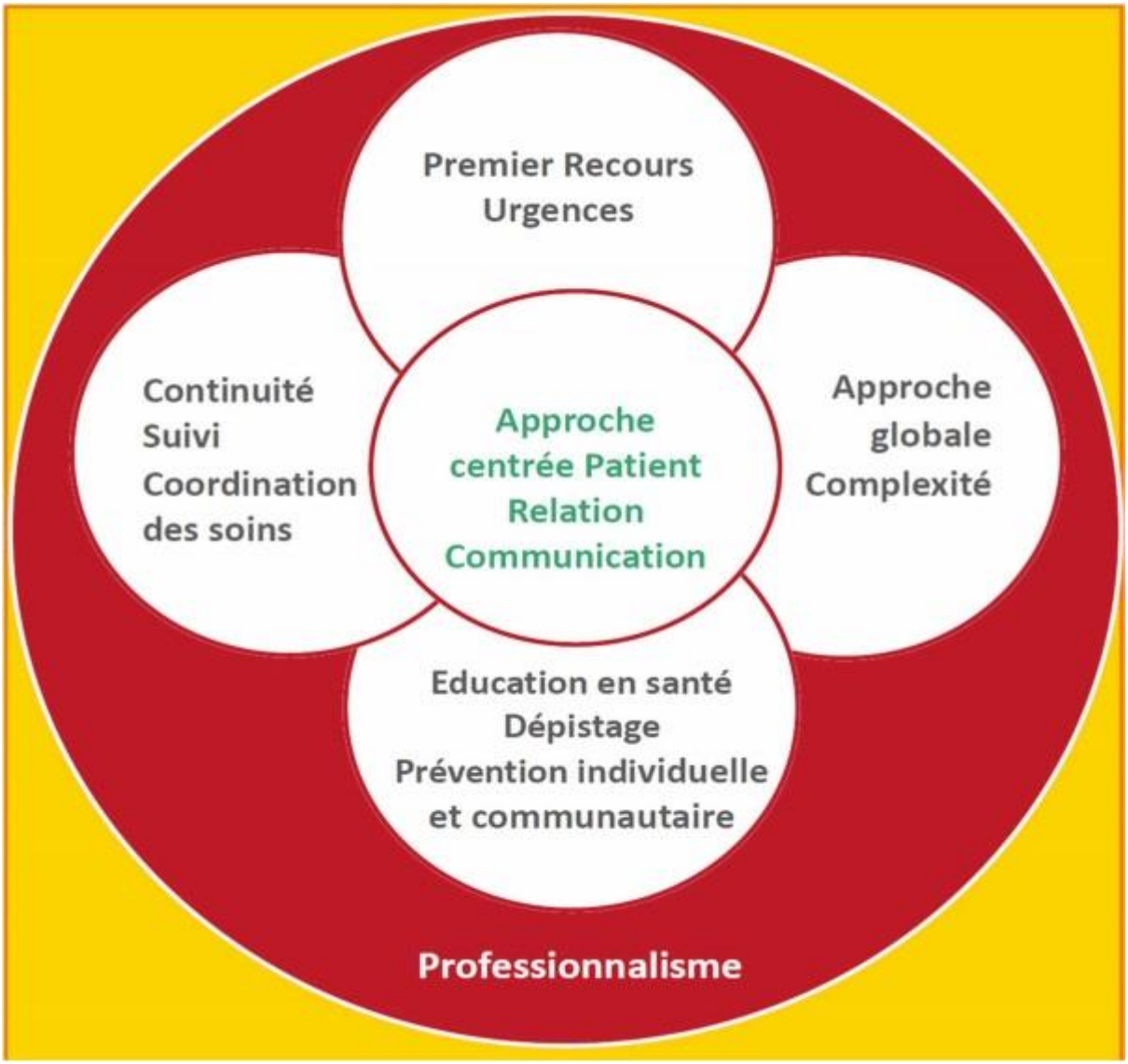
8. Intervention au stade précoce et non différencié du développement des maladies, pouvant requérir une intervention rapide.

9. Développement de la promotion et de l'éducation de la santé.

10. Action spécifique en termes de santé publique.

11. Réponse globale aux problèmes de santé dans leurs dimensions physique, psychologique, sociale, culturelle et existentielle. (OPE : Organe, Personne, Environnement)

Annexe 2 : Six compétences de la médecine générale – CNGE 2006



Liste des compétences

1. Relation, communication, approche centrée patient.
2. Approche globale, prise en compte de la complexité
3. Education, prévention
4. Premier recours, urgences
5. Continuité, coordination, suivi
6. « Professionnalisme »

Annexe 3 : Extrait de la base de données lors de son extraction

682	**anonym**	Uc5070c008d	E. Pathologi	Semestre 6								
683	**anonym**	Uc5070c008d	F. Pathologi	Semestre 1								
684	**anonym**	Uc5070c008d	F. Pathologi	Semestre 2	Confusion-S	2	alterations_f	2	chutes-Stage	2	deficits_sens	1
685	**anonym**	Uc5070c008d	F. Pathologi	Semestre 2	Confusion-S	1	alterations_f	1	chutes-Stage	1	deficits_sens	0
686	**anonym**	Uc5070c008d	F. Pathologi	Semestre 3								
687	**anonym**	Uc5070c008d	F. Pathologi	Semestre 4								
688	**anonym**	Uc5070c008d	F. Pathologi	Semestre 5								
689	**anonym**	Uc5070c008d	F. Pathologi	Semestre 6								
690	**anonym**	Uc5070c008d	G. Tableaux	Semestre 1	Acne-Stage	2	Condylomes	0	Dermite_seb	0	Epithelioma_	0
691	**anonym**	Uc5070c008d	G. Tableaux	Semestre 2	Eruptions_in	1	Varicelle-Sta	2	Hernie_de_l	2	Hernie_ingu	2
692	**anonym**	Uc5070c008d	G. Tableaux	Semestre 3								
693	**anonym**	Uc5070c008d	G. Tableaux	Semestre 4								
694	**anonym**	Uc5070c008d	G. Tableaux	Semestre 5								
695	**anonym**	Uc5070c008d	G. Tableaux	Semestre 6								
696	**anonym**	Uc5070c008d	H. Gestes te	Semestre 1	Anuscopie-u	--	Depistage_d	--	ECG_pratiqu	1	Examen_du_	1
697	**anonym**	Uc5070c008d	H. Gestes te	Semestre 2	Anuscopie-u	0	Depistage_d	0	ECG_pratiqu	2	Examen_du_	2
698	**anonym**	Uc5070c008d	H. Gestes te	Semestre 3								
699	**anonym**	Uc5070c008d	H. Gestes te	Semestre 4								
700	**anonym**	Uc5070c008d	H. Gestes te	Semestre 5								
701	**anonym**	Uc5070c008d	H. Gestes te	Semestre 6								
702	**anonym**	Uc5070c008d	I. Auto évalu	Semestre 1	adapter_son	1	manifester_	1	savoir_utilis	1	tenir_compt	0
703	**anonym**	Uc5070c008d	I. Auto évalu	Semestre 2	elaborer_pri	1	prendre_dec	1	proposer_ex	1	recueillir_an	1
704	**anonym**	Uc5070c008d	I. Auto évalu	Semestre 3								

Annexe 4 : Le carnet d'auto-évaluation

Exemple pour la famille de situations « Problèmes aigus de l'adulte » (38)

A. Adulte : Problèmes aigus

Dire que vous savez gérer ces problèmes aigus, signifie que vous êtes capables de :

- Identifier la plainte réelle
- Citer selon l'âge et le sexe du patient, ainsi que le contexte de soins, un nombre suffisant d'hypothèses diagnostiques parmi les plus fréquentes (prévalence).
- Argumenter les principales hypothèses diagnostiques et savoir les modifier en présence d'éléments cliniques ou para cliniques nouveaux.
- Connaître et mettre en œuvre les principaux éléments de la prise en charge du patient en tenant compte de ses particularités, des ressources matérielles et humaines disponibles.

Pour chaque item et au cours de chaque stage, indiquez quel est le niveau que vous avez atteint. Tout au long du stage, montrez ce carnet à l'un de vos référents pédagogiques pour confirmer vos impressions.

- *Je n'ai pas rencontré ce problème au cours de mon stage = (0)*
- *J'ai été confronté au problème mais j'estime que je n'ai pas suffisamment d'expérience pour pouvoir le gérer correctement une autre fois = (1)*
- *J'ai été confronté plusieurs fois au problème que j'estime maintenant pouvoir gérer = (2)*

Situation sélectionnée	Stage 1	Stage 2	Stage 3	Stage 4	Stage 5	Stage 6
Amaigrissement						
Anxiété, angoisse						
Baisse aiguë de l'acuité auditive						
Bouffées de chaleur, sueurs						
Boule dans le cou (adénopathie, nodule thyroïdien)						
Brûlures en urinant, brûlure urétrale, difficulté à uriner						
Céphalée						
Chute						
Constipation						
Diarrhée						
Difficulté à respirer						
Douleur abdominale						
Douleur thoracique						
Douleur à l'épaule						
Douleur au cou						
Douleur au coude, au poignet						
Douleur au dos						
Douleur au genou						
Douleur d'une ou de plusieurs articulations						
Fièvre						
Grosse jambe						
Mal de gorge						
Malaise, étourdissement						
Manque d'appétit						
Modification de la voix						
Nausées, vomissements						

Nez bouché, nez qui coule						
Œdème d'un membre, des membres inférieurs						
Œil rouge ou douloureux						
Otalgie						
Palpitations						
Perte de connaissance brève						
Présence de sang dans les selles						
Présence de sang dans les urines						
Présence de sang dans la bouche ou dans le nez						
Problème avec l'alcool, avec un toxique						
Prurit						
Sensation de vertige						
Toux						
Traumatisme de la cheville, du poignet						
Traumatisme crânien						
Tremblements						
Troubles de la mémoire						
Trouble de la sensibilité						
Trouble de la motricité						
Trouble de la marche						
Confirmation du référent pédagogique						

L'intégralité du carnet d'auto-évaluation pour les promotions 2010 à 2012 est disponible à cette adresse :

http://www.cogemspc.fr/des/promotion2010/Carnet_auto_evaluation_2010.pdf

9. RESUME

Introduction : L'évaluation du DES de médecine générale à la faculté de Poitiers se fait à l'aide de différents outils dont le carnet d'auto-évaluation qui a été mis en place afin d'objectiver une progression des étudiants. Par ce travail, nous proposons d'évaluer ce carnet d'auto-évaluation sous une autre approche en comparant les données selon les lieux de stage.

Méthodes : Nous avons réalisé une étude descriptive des données recueillies sur trois promotions d'étudiants en comparant les résultats obtenus pour chaque famille de situations selon les lieux de stage. Le recueil de données a été fait grâce à l'Environnement Numérique de Travail.

Résultats : Les taux de répondeurs concernant les cotations représentaient pour chacun des semestres respectivement 86.8%, 79.4%, 60.7%, 78%, 49.7% et 53,1% tandis que ceux concernant les lieux de stage étaient de 67.3%, 52.8%, 35.6%, 32.7%, 23.7%, 19.7%. Pour chaque lieu de stage, certains étudiants remplissaient préférentiellement la partie concernant leur lieu de stage. Ainsi par exemple, 100% des étudiants en stage en pédiatrie au premier semestre ont répondu aux cotations de la famille de situations « Pathologie de l'enfant » contre 82.8% pour celles de la « Pathologie de l'adolescent » et moins de 67.7% pour les autres catégories. La concordance entre famille de situations et lieu de stage était marquée en gynécologie au premier semestre avec une moyenne de 1.63 des cotations concernant les « pathologies gynécologiques » contre 0.5 sur l'ensemble des étudiants. Il en était de même entre la famille de situations « Pathologie de l'enfant » et stage en pédiatrie avec une moyenne de 1.32 contre 0.45. Cette différence n'était pas aussi affirmée dans les autres lieux de stage.

Conclusion : Nous n'avons pu démontrer un intérêt majeur à cette approche, celle-ci ne nous permettant pas de nous baser sur ce carnet d'auto-évaluation pour identifier une différence de progression selon les lieux de stage et en fonction des familles de situations. D'autres travaux sont nécessaires afin de déterminer s'il faut cesser d'utiliser cet outil ou de le modifier dans l'optique d'évaluer les lieux de stage.

Mots clés : carnet d'auto-évaluation, interne, médecine générale, compétences, lieux de stage, famille de situations

10. LE SERMENT D'HIPPOCRATE

UNIVERSITE DE POITIERS

Faculté de Médecine et de Pharmacie

SERMENT

✕•✕•✕

En présence des Maîtres de cette école, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

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

✕•✕•✕

RESUME

Introduction : L'évaluation du DES de médecine générale à la faculté de Poitiers se fait à l'aide de différents outils dont le carnet d'auto-évaluation qui a été mis en place afin d'objectiver une progression des étudiants. Par ce travail, nous proposons d'évaluer ce carnet d'auto-évaluation sous une autre approche en comparant les données selon les lieux de stage.

Méthodes : Nous avons réalisé une étude descriptive des données recueillies sur trois promotions d'étudiants en comparant les résultats obtenus pour chaque famille de situations selon les lieux de stage. Le recueil de données a été fait grâce à l'Environnement Numérique de Travail.

Résultats : Les taux de répondeurs concernant les cotations représentaient pour chacun des semestres respectivement 86.8%, 79.4%, 60.7%, 78%, 49.7% et 53,1% tandis que ceux concernant les lieux de stage étaient de 67.3%, 52.8%, 35.6%, 32.7%, 23.7%, 19.7%. Pour chaque lieu de stage, certains étudiants remplissaient préférentiellement la partie concernant leur lieu de stage. Ainsi par exemple, 100% des étudiants en stage en pédiatrie au premier semestre ont répondu aux cotations de la famille de situations « Pathologie de l'enfant » contre 82.8% pour celles de la « Pathologie de l'adolescent » et moins de 67.7% pour les autres catégories. La concordance entre famille de situations et lieu de stage était marquée en gynécologie au premier semestre avec une moyenne de 1.63 des cotations concernant les « pathologies gynécologiques » contre 0.5 sur l'ensemble des étudiants. Il en était de même entre la famille de situations « Pathologie de l'enfant » et stage en pédiatrie avec une moyenne de 1.32 contre 0.45. Cette différence n'était pas aussi affirmée dans les autres lieux de stage.

Conclusion : Nous n'avons pu démontrer un intérêt majeur à cette approche, celle-ci ne nous permettant pas de nous baser sur ce carnet d'auto-évaluation pour identifier une différence de progression selon les lieux de stage et en fonction des familles de situations. D'autres travaux sont nécessaires afin de déterminer s'il faut cesser d'utiliser cet outil ou de le modifier dans l'optique d'évaluer les lieux de stage.

Mots clés : carnet d'auto-évaluation, interne, médecine générale, compétences, lieux de stage, famille de situations