Université de Poitiers
Faculté de Médecine et Pharmacie

ANNEE 2013 **Thèse n°**

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

présentée et soutenue publiquement
le 3 Juin 2013 à Poitiers
par Mademoiselle Hélène SEGARD

Etude prospective de l'évaluation des apprentissages du séminaire "relation médecin-patient" en autoévaluation

COMPOSITION DU JURY

Président : Monsieur le Professeur José GOMES DA CUNHA

Membres : Monsieur le Professeur Pascal ROBLOT
Monsieur le Professeur Pierre INGRAND

Directeur de thèse : Monsieur le Docteur François BIRAULT

Université de Poitiers
Faculté de Médecine et Pharmacie

ANNEE 2013 **Thèse n°**

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

présentée et soutenue publiquement
le 3 Juin 2013 à Poitiers
par Mademoiselle Hélène SEGARD

Etude prospective de l'évaluation des apprentissages du séminaire "relation médecin-patient" en autoévaluation

COMPOSITION DU JURY

Président : Monsieur le Professeur José GOMES DA CUNHA

Membres : Monsieur le Professeur Pascal ROBLOT
Monsieur le Professeur Pierre INGRAND

Directeur de thèse : Monsieur le Docteur François BIRAULT

UNIVERSITE DE POITIERS

Faculté de Médecine et de Pharmacie

Le Doyen,

Année universitaire 2012 - 2013

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
15. DUFOUR Xavier, Oto-Rhino-Laryngologie
16. EUGENE Michel, physiologie
17. FAURE Jean-Pierre, anatomie
18. FRITEL Xavier, gynécologie-obstétrique
19. FROMONT-HANKARD Gaëlle, anatomie et cytologie pathologiques
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. HANKARD Régis, pédiatrie
30. HAUET Thierry, biochimie et biologie moléculaire
31. HERPIN Daniel, cardiologie
32. HOUETO Jean-Luc, neurologie
33. INGRAND Pierre, biostatistiques, informatique médicale
34. IRANI Jacques, urologie
35. JABER Mohamed, cytologie et histologie
36. KARAYAN-TAPON Lucie, cancérologie
37. KEMOUN Gilles, médecine physique et réadaptation **(détachement)**
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. LEVILLAIN Pierre, anatomie et cytologie pathologiques
44. MAGNIN Guillaume, gynécologie-obstétrique **(surnombre)**
45. MARCELLI Daniel, pédopsychiatrie **(surnombre)**
46. MARECHAUD Richard, médecine interne
47. MAUCO Gérard, biochimie et biologie moléculaire
48. MENU Paul, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
49. MEURICE Jean-Claude, pneumologie
50. MIMOZ Olivier, anesthésiologie - réanimation
51. MORICHAU-BEAUCHANT Michel, hépato-gastro-entérologie
52. NEAU Jean-Philippe, neurologie
53. ORIOT Denis, pédiatrie
54. PACCALIN Marc, gériatrie
55. PAQUEREAU Joël, physiologie
56. PERAULT Marie-Christine, pharmacologie clinique
57. PERDRISOT Rémy, biophysique et médecine nucléaire
58. PIERRE Fabrice, gynécologie et obstétrique
59. POURRAT Olivier, médecine interne
60. PRIES Pierre, chirurgie orthopédique et traumatologique
61. RICCO Jean-Baptiste, chirurgie vasculaire
62. RICHER Jean-Pierre, anatomie
63. ROBERT René, réanimation
64. ROBLOT France, maladies infectieuses, maladies tropicales
65. ROBLOT Pascal, médecine interne
66. RODIER Marie-Hélène, parasitologie et mycologie
67. SENON Jean-Louis, psychiatrie d'adultes
68. SILVAIN Christine, hépato-gastro- entérologie
69. SOLAU-GERVAIS Elisabeth, rhumatologie
70. TASU Jean-Pierre, radiologie et imagerie médicale
71. TOUCHARD Guy, néphrologie
72. TOURANI Jean-Marc, cancérologie
73. WAGER Michel, neurochirurgie

6 rue de la Milétrie - B.P. 199 - 86034 POITIERS CEDEX - France
☎05.49.45.43.43 - 🖷 05.49.45.43.05

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. GUILLARD Olivier, biochimie et biologie moléculaire
13. HURET Jean-Loup, génétique
14. JAAFARI Nematollah, psychiatrie d'adultes
15. LAFAY Claire, pharmacologie clinique
16. LEVEZIEL Nicolas, ophtalmologie
17. MIGEOT Virginie, santé publique
18. ROY Lydia, hématologie
19. SAPANET Michel, médecine légale
20. THILLE Arnaud, réanimation
21. TOUGERON David, hépato-gastro-entérologie

Professeur des universités de médecine générale

GOMES DA CUNHA José

Professeur associé des disciplines médicales

SCEPI Michel, thérapeutique et médecine d'urgence

Maîtres de Conférences associés de Médecine générale

BINDER Philippe
BIRAULT François
FRECHE Bernard
GIRARDEAU Stéphane
GRANDCOLIN Stéphanie
PARTHENAY Pascal
VALETTE Thierry

Professeur certifié d'Anglais

DEBAIL Didier

Maître de conférences des disciplines pharmaceutiques enseignant en médecine

MAGNET Sophie, bactériologie - virologie

Professeurs émérites

1. BECQ-GIRAUDON Bertrand, maladies infectieuses, maladies tropicales
2. DABAN Alain, cancérologie radiothérapie
3. FAUCHERE Jean-Louis, bactériologie - virologie
4. GIL Roger, neurologie
5. LAPIERRE Françoise, neurochirurgie

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. BEGON François, biophysique, Médecine nucléaire
7. BOINOTCatherine, hématologie - transfusion
8. BONTOUX Daniel, rhumatologie (ex émérite)
9. BURIN Pierre, histologie
10. CASTETS Monique, bactériologie -virologie – hygiène
11. CAVELLIER Jean-François, biophysique et médecine nucléaire
12. CHANSIGAUD Jean-Pierre, biologie du développement et de la reproduction
13. CLARAC Jean-Pierre, chirurgie orthopédique
14. DESMAREST Marie-Cécile, hématologie
15. DEMANGE Jean, cardiologie et maladies vasculaires
16. FONTANEL Jean-Pierre, Oto-Rhino Laryngologie (ex émérite)
17. GOMBERT Jacques, biochimie
18. GRIGNON Bernadette, bactériologie
19. JACQUEMIN Jean-Louis, parasitologie et mycologie médicale
20. KAMINA Pierre, anatomie (ex émérite)
21. LARSEN Christian-Jacques, biochimie et biologie moléculaire
22. MAIN de BOISSIERE Alain, pédiatrie
23. MARILLAUD Albert, physiologie
24. MORIN Michel, radiologie, imagerie médicale
25. PATTE Dominique, médecine interne
26. PATTE Françoise, pneumologie
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 Docteur François BIRAULT, merci pour votre soutien et votre aide précieuse tout au long de cette année de travail.

Au Docteur José GOMES DA CUNHA, merci de me faire l'honneur de présider mon jury de thèse.

Au Professeur Pierre INGRAND, merci pour ces entretiens à tenter de m'expliquer les bases de la statistique, et ce jusqu'aux derniers moments. Votre aide m'a aidée à élaborer une grande partie de mon travail.

Au Professeur Pascal ROBLOT, merci pour vos conseils avisés qui m'ont été d'une grande aide.

A ma famille, qui a toujours été présente, surtout dans les moments difficiles. Un merci particulier aux grands parents de Jean, qui nous ont permis de parcourir la dernière ligne droite.

A mes amis, pour leur soutien.

A Jean et Damien, pour tout le bonheur que vous m'apportez au quotidien, à travers votre joie de vivre et la démonstration de votre amour. Ne changez pas, je vous aime comme ça…

TABLE DES MATIERES

1- INTRODUCTION 11

1.1 Etat des lieux 11

1.2 Objectifs 12

2- GENERALITES 14

2.1 Les grands courants pédagogiques 14

2.1.1 Le behaviorisme 14

2.1.2 Le cognitivisme 15

2.1.3 Le constructivisme et le socio-constructivisme 16

2.2 Le paradigme d'apprentissage 18

2.3 Le concept de compétences 21

2.3.1 L'approche par objectifs 21

2.3.2 L'approche par compétences 24

3. MATERIEL ET METHODES 34

3.1 Type d'étude 34

3.2 Objectifs de l'étude 34

3.3 Population étudiée 35

3.3.1 Critères d'inclusion 35

3.3.2 Critères d'exclusion 35

3.4 Intervention 36

3.5 Outils d'évaluation 37

3.5.1 Deux grilles de Calgary-Cambridge avant et après formation 37

3.5.2 Un questionnaire d'évaluation du séminaire 38

3.5.3 Critères de jugement 39

3.6 Le traitement des données 40

4. RESULTATS 41

4.1 Nombre de réponses 41

4.2 Etude globale portant sur l'ensemble des objectifs 42

4.3 Comparaison des deux promotions 43

4.4 Comparaison des résultats en fonction du nombre d'utilisation de la grille de Calgary-Cambridge 44

4.5 Comparaison des résultats de la grille et du questionnaire d'évaluation 45
4.6 Avis des étudiants sur la formation 46
5. DISCUSSION 47
5.1 Support de l'étude 47
5.1.1 Le choix de la consultation 47
5.1.2 Le choix de l'autoévaluation 48
5.1.3 Le choix de la grille de Calgary-Cambridge 50
5.1.4 Le choix de l'outil informatique 53
5.2 L'analyse des résultats 54
5.2.1 Un séminaire apprécié par les étudiants 54
5.2.2 Un sentiment d'amélioration de la compétence en autoévaluation 55
5.2.3 Des différences significatives pour des promotions comparables 56
5.2.4 Des résultats différents selon le nombre d'utilisation de la grille de Calgary-Cambridge 57
5.2.5 Comparaison des résultats la grille de Calgary-Cambridge à ceux de l'évaluation du séminaire 57
5.2.6 Validité de l'outil d'évaluation 58
5.3 La certification 59
5.3.1 La rétroaction : une nécessité pour renforcer l'apprentissage 59
5.3.2 Vers une évaluation certifiante 60
6. CONCLUSION 67
7. BIBLIOGRAPHIE 68
8. ANNEXES 73
Annexe 1 : Les six compétences du CNGE 73
Annexe 2 : Grille de Calgary-Cambridge à 53 items en ligne 75
Annexe 3 : Questionnaire d'évaluation du séminaire 5 en ligne 79
Annexe 4 : Les onze compétences de la WONCA en médecine générale 81
9. RESUME 82
10. SERMENT D'HIPPOCRATE 83

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1. Caractéristiques comparatives du paradigme d'enseignement et du paradigme d'apprentissage (adapté d'après Huba ME et Freed JE)……21

Tableau 2. Les caractéristiques d'une compétence conçue comme savoir-agir complexe……28

Tableau 3. Caractéristiques générales d'une évaluation authentique (d'après Wiggins)……..31

.

Tableau 4. Caractéristiques spécifiques des évaluations « authentiques ». Adapté d'une traduction et d'une adaptation préalables de Wiggins par Tardif……32

Tableau 5. Caractéristiques d'objectifs pédagogiques formulés pour favoriser les apprentissages des étudiants et cohérents avec une approche par compétences (d'après Huba et Freed)……34

Tableau 6. Proportion des étudiants se sentant validés pour au moins l'un des objectifs pédagogiques……43

Tableau 7. Comparaison des moyennes avant et après séminaire pour chaque objectif pour les 112 étudiants……44

Tableau 8. Comparaison des moyennes avant le séminaire par objectif et par promotion……44

Tableau 9. Comparaison du différentiel des moyennes après-avant séminaire par objectif et par promotion……...45

Tableau10. Influence de la pratique de la grille de Calgary-Cambridge sur le différentiel des moyennes après-avant séminaire pour chaque objectif……..46

Tableau 11. Calcul du coefficient de corrélation de Spearman……47

LISTE DES FIGURES

Figure 1. Pyramide de Miller pour l'évaluation des habiletés, compétences et performances cliniques (d'après Miller)…….23

Figure 2. Répartition des internes des deux promotions……42

Figure 3. Guide de Calgary-Cambridge……52

Figure 4. Le modèle de Kirkpatrick……..….63

Figure 5. Les six compétences du référentiel métier……..64

Figure 6. Evaluation des compétences relationnelles de Jean Dupont…..……66

LISTE DES ABREVIATIONS

CC: Calgary-Cambridge

CCS : Coefficient de Corrélation de Spearman

CNGE : Collège National des Généralistes Enseignants

DES : Diplôme d'Etudes Spécialisées

Dmdif : Différentiel des moyennes « après-avant » séminaire

DMG: Département de Médecine Générale

ECOS: Examens Cliniques Objectifs Standardisés

ECN : Epreuves Classantes Nationales

ENT: Environnement Numérique de Travail

GEAPI : Groupe d'Echange et d'Amélioration des Pratiques entre Internes

MG : Médecine Générale

OSLER : Objective Structured long Examination Record

TICE : Technologies de l'Information et de la Communication pour l'Education

WONCA : World Organization of National colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians

1- INTRODUCTION

1.1 Etat des lieux

Depuis 2004 et la création des ECN (Epreuves Classantes Nationales), le Diplôme d'Etudes Spécialisées (DES) s'applique désormais aussi à la Médecine Générale (MG), faisant de cette discipline une spécialité à part entière. Il apparait nécessaire, dans ce contexte, d'introduire de nouveaux objectifs d'enseignement : acquérir et certifier des compétences en sortant de la notion unique de connaissances, développer l'autoévaluation des internes et la réflexion sur leur pratique et établir une dynamique d'exigence de qualité dans laquelle les formations théoriques et pratiques prendront place (1). L'enseignement théorique obligatoire est réglementé par le décret 2004-67 du 16 janvier 2004, qui fixe l'organisation du troisième cycle des études médicales et l'arrêté du 22 septembre 2004, qui fixe la liste et la règlementation des DES en médecine (2, 3). En 2009, le département de médecine générale (DMG) de la Faculté de Médecine et de Pharmacie de Poitiers a entrepris une refonte totale du programme d'enseignement du DES de MG. L'architecture de l'enseignement s'est appuyée sur le référentiel métier du Collège National des Généralistes Enseignants (CNGE) de 2009 qui se composait des onze compétences définies par la *WONCA* (*World Organization of National colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians*) (4). L'apprentissage par compétences s'est ainsi développé dans ce département. Il privilégie l'évaluation en situations authentiques et complexes, en axant la pratique professionnelle sur la réflexion et l'intention. L'acquisition des compétences ne résulte pas seulement de la somme des apprentissages élémentaires mais une construction de compétence nécessite aussi des apprentissages complexes (5). Récemment, le CNGE a produit un nouveau référentiel métier regroupant les onze compétences en six compétences transversales requises par les médecins généralistes pour exercer leur spécialité.

L'enseignement facultaire de Poitiers se décline en six modules sous forme d'un séminaire interactif de six heures, à raison de deux par an, complétés par vingt et un Groupes d'Echange et d'Amélioration des Pratiques entre Internes (GEAPI) de deux

heures chacun, autour des situations type vécues en stage, balayant les compétences déclinées dans le référentiel métier.

1.2 Objectifs

L'évaluation actuelle repose sur celle des objectifs pédagogiques fixés grâce à des outils d'évaluation des enseignements reçus de niveau 1 de Kirkpatrick, dans le but de l'améliorer (6). Elle est dite formative. Elle est définie par Jouquan ainsi : *« lorsque l'évaluation vise à renseigner les étudiants et les formateurs sur la qualité des apprentissages réalisés, afin que les uns et les autres ajustent respectivement, en cours de route, leur stratégie d'apprentissage et d'enseignement, il s'agit d'une évaluation formative, généralement assimilée à la fonction pédagogique de l'évaluation. »* (7).

L'objectif du pôle d'évaluation est la généralisation des outils d'évaluation de niveau 2 de Kirkpatrick pour accéder vers le niveau 3 par la mise en place de grilles critériées permettant à la fois une évaluation formative et une évaluation certifiante. En effet, *« lorsque cette évaluation conditionne l'octroi du permis d'exercice professionnel, elle est dénommée certification. »* (7). Ces grilles critériées, en cours de construction, seront remplies par l'étudiant en autoévaluation dans un premier temps. Par la suite, l'étudiant sera évalué par un enseignant à partir de cette même grille. Ce dernier validera ainsi la compétence ou l'habileté de l'interne pour une situation observée. Ainsi, la sommation de multiples situations à différents moments de la formation de l'étudiant permettra de valider les compétences et les habiletés et de certifier l'acquisition. En d'autres termes, l'objectif de cette restructuration de l'enseignement est la certification qui se définit par l'évaluation de la capacité d'exercer (1).

Depuis deux ans, une évaluation de niveau 2 a été mise en place, la première promotion concernée étant celle de 2010. Elle porte sur le séminaire 5 qui traite de la relation médecin-patient, « L'approche centrée sur le patient, la relation et la communication » faisant partie des six compétences à acquérir. C'est sur cette évaluation que se base notre étude. Ainsi nous déterminerons si, à travers les auto-évaluations pré et post séminaire, sur des consultations vécues, donc en situation

authentique comme le préconisent de nombreux auteurs et le courant constructiviste (1, 8, 9, 10, 11, 12), les étudiants perçoivent ou non un sentiment d'acquisition de cette compétence. Ceci aura pour but la modification de cet enseignement pour en améliorer les points faibles, s'ils existent, et à terme, élaborer une évaluation certifiante sur cette compétence puis sur les autres. Nous comparerons également les deux promotions entre elles pour mettre l'accent sur des éventuelles différences dans l'enseignement fourni.

2- GENERALITES

Plusieurs courants, marquant le monde de l'éducation, se sont succédé depuis le milieu du 20e siècle, et sont à l'origine d'une pédagogie par objectifs. Puis l'évolution s'est faite progressivement vers une approche par compétences engendrée par un paradigme centré non plus sur l'enseignement mais sur l'apprentissage.

2.1 Les grands courants pédagogiques

2.1.1 Le behaviorisme

Le courant behavioriste en anglais ou comportementalisme en français, mené par Pavlov à l'origine de la théorie du conditionnement classique, prône que l'apprentissage n'est rien d'autre qu'une réponse à un stimulus permettant de créer et de renforcer des développements observables et mesurables appropriés (13). Le comportementalisme assimile l'esprit à une « boite noire ». Dans ce contexte, l'apprentissage, lors d'un enseignement, est considéré comme une modification durable du comportement qui résulte de l'ensemble des réactions d'un organisme qui s'observent de façon objective suite à un stimulus (14). L'apprenant est alors passif et modelé par son environnement. Une des pensées des comportementalistes reste l'objectivisme, au travers de laquelle il existe une réalité externe, objective, séparée de la conscience (14). Nous citerons, par ailleurs, Skinner qui s'est attaché au renforcement des comportements attendus, c'est le conditionnement opérant (15).

La pédagogie par objectifs est apparue avec Bloom (16). Selon lui, un objectif pédagogique doit contenir un verbe d'action décrivant la performance attendue de l'étudiant, avec un détail des conditions de réalisation et les critères de performances sur lesquels seront jugés les étudiants. Actuellement, ce mode de pédagogie est encore largement utilisé dans la conception des programmes de formation, d'activités

de formation et de cours (14). Dans cette optique, la conception d'une formation ne prend pas en compte les besoins d'apprentissage de l'apprenant. Seule la performance visée par les formateurs est importante. Les enseignants élaborent un plan d'apprentissage en imposant une hiérarchisation des objectifs à atteindre. Les apprentissages s'évaluent alors sur les comportements observables. Quant aux évaluations, elles peuvent être formatives, sommatives ou critériées, avec des choix de réponses multiples de préférence (14).

2.1.2 Le cognitivisme

Il s'attache aux opérations mentales telles que le raisonnement, la mémorisation, la résolution de problèmes et le transfert des connaissances. Gagné et Ausubel (17) sont à la tête de ce courant, dont la théorie principale est celle du traitement de l'information, c'est-à-dire que le cerveau reçoit une information qu'il stocke en mémoire et qu'il traite, afin de résoudre les problèmes (14). Le cerveau est alors assimilé à un ordinateur en tant que système complexe (13). Il existe trois types de mémoire : la mémoire sensorielle, la mémoire à court terme et la mémoire à long terme. Gagné s'est penché sur la deuxième en décrivant comment un stimulus externe (auditif, visuel, tactile…) est traité et interprété (18). Cette interprétation engendre une construction symbolique sous forme schématique ou représentative, qui peut être un concept, une proposition ou une procédure. Ainsi, l'apprentissage est considéré comme un traitement de l'information ou une résolution de problèmes, introduisant un changement dans les structures mentales ou les représentations internes de chaque individu (14). L'étudiant devient ainsi un élément actif et unique dans son apprentissage, puisqu'il traite une information en profondeur et d'une façon qui lui est propre (19).

Dans ce contexte de singularité, l'enseignement prend en compte les différents styles d'apprentissages, les modèles mentaux (cadre de référence, vision du monde), la motivation, les attentes et les connaissances antérieures des étudiants (14). Les compétences à développer par les étudiants doivent être décrites de façon claire et précise par les concepteurs de formation, et les objectifs globaux devront être définis pour chaque activité. Ces objectifs sont différents de ceux que l'on peut

trouver dans l'approche par objectifs puisqu'ils concernent la compréhension, la résolution de problèmes ainsi que les habiletés métacognitives (14).

L'apprentissage se fait selon trois phases. La phase d'acquisition permet la compréhension de l'objet du cours induisant une construction de représentations dans la mémoire de travail. La phase de rétention laisse une trace de l'apprentissage dans la mémoire à long terme grâce à l'objectivation, la consolidation et le réinvestissement des connaissances. La dernière phase est celle du transfert des connaissances. Ces phases correspondent aux différentes étapes des enseignements dispensés par les formateurs, qui, de leur côté, vont faciliter l'apprentissage en favorisant un travail actif de l'apprenant dans une logique de traitement de l'information (14).

L'évaluation est formative pour pouvoir mettre en évidence et corriger les lacunes tout au long de la formation. La vocation de cette évaluation est de juger la capacité d'un étudiant à résoudre des problèmes complexes (14).

2.1.3 Le constructivisme et le socio-constructivisme

L'apprenant est actif et construit, en interaction avec l'environnement, ses propres connaissances à partir d'une association d'informations mises à sa disposition, et de ses connaissances antérieures acquises au cours de ses propres expériences (8). Il sélectionne les informations principales par l'utilisation de stratégies pour interagir avec ces informations et rejeter les autres (8). La connaissance résulte alors des activités d'un être actif, qui a ses propres cadres de références et construit sa réalité. Il existe donc de multiples réalités en fonction des constructions de chaque individu qui prendra en compte ses expériences passées, ses connaissances acquises, ses compétences (14). Pour Tardif, l'étudiant peut agir sur le réel grâce à la mise en place de stratégies cognitives et métacognitives (8). En effet, grâce aux stratégies cognitives, l'apprenant peut utiliser ses connaissances acquises et agir de façon optimale dans les différentes situations auxquelles il est confronté ; et grâce aux stratégies métacognitives, il gère activement les stratégies qu'il utilise pour réaliser ces différentes tâches (14, 20). Tardif décrit trois types de connaissances nécessaires à ces stratégies: les connaissances déclaratives, qui

sont des connaissances théoriques sur les lois, les faits, les règles, les principes ; les connaissances procédurales qui s'attachent à la façon dont est exécutée une action ; les connaissances conditionnelles qui s'arrêtent au quand et au pourquoi des actions. Ces connaissances sont importantes pour que l'étudiant agisse et apprenne en situation (8).

Les chefs de file de ce courant, sont Vygotsky et Piaget. Jean Piaget s'est intéressé au développement de l'enfant qui a mené au premier mouvement constructiviste. Il s'attache au développement des habiletés de la pensée et du raisonnement du cerveau (19). Il prône la construction progressive de la connaissance grâce à l'interaction avec l'environnement de l'étudiant, amenant à une adaptation continuelle du sujet à la réalité à connaitre. Si celui-ci rencontre un problème induisant un déséquilibre entre assimilation et accommodation, il tentera de restaurer l'équilibre initial. L'accommodation ou adaptation est la capacité d'évolution des structures dans lesquelles les étudiants intègrent leurs expériences et leurs activités, et la capacité de transformation des individus en fonction des expériences vécues. L'assimilation est le fait de se retrouver dans une situation déjà rencontrée, la place ayant déjà été assignée dans la structure cognitive (19, 21). Pour Piaget, l'apprentissage résulte de l'équilibre que saura instaurer l'apprenant entre sa personne et son environnement (21). Selon Bruner, l'apprentissage dépend donc de ce que l'individu connait déjà à travers ses expériences. En d'autre termes, plus il a de connaissances, plus il peut apprendre (22).

Vygotsky est, quant à lui, à l'origine du socio-constructivisme. Pour lui, la pensée et la conscience se construisent à partir d'activités externes dans un environnement social déterminé (23). L'interaction avec autrui semble avoir un rôle prédominant pour se rendre compte de ses propres activités et de son processus de pensée, il en est de même du rôle de la culture pour former la pensée. L'apprenant rentre alors en interaction avec le formateur lors d'un enseignement, et est apte à communiquer, à argumenter, à réfléchir sur ses propres démarches d'apprentissage. Ce courant favorise, ainsi, le travail en équipe et l'accompagnement (14).

Cette construction de savoir laisse l'apprenant maître de son apprentissage et l'enseignant n'est désormais plus le seul détenteur du savoir. Les objectifs d'apprentissage sont alors déterminés ou négociés par les étudiants. Ce courant est

en grande partie à l'origine de l'approche par compétences. La compétence est définie par une capacité à mettre en œuvre et à mobiliser des ressources internes et externes, comme nous le verrons plus tard (24). Les stratégies pédagogiques doivent favoriser l'interaction avec l'enseignant, et l'interaction avec l'objet de l'apprentissage, menant à la maîtrise de l'apprentissage par l'étudiant qui gère lui-même le cheminement de construction de son apprentissage. L'enseignant met alors en place un terrain favorable à l'apprentissage de son étudiant (14).

Dans cette perspective constructiviste, l'évaluation en milieu authentique est très sollicitée (8). Wiggins évoque en 1992 tous les concepts actuellement en cours de développement à la faculté de médecine de Poitiers (25). En effet, la situation authentique, l'auto-évaluation, l'évaluation portée sur le processus plutôt que sur le résultat, l'évaluation des pairs, les multiples évaluateurs, etc., font partie de cette restructuration imaginée pour la faculté de médecine de Poitiers.

2.2 Le paradigme d'apprentissage

La formation en médecine générale a évolué depuis l'époque où l'apprentissage était centré sur l'enseignement. Pour Kaufman, il existe une fausse dichotomie entre une éducation centrée sur l'enseignant et celle centrée sur l'apprenant. Il est correct de parler aujourd'hui du « paradigme d'apprentissage » qui se démarque clairement du « paradigme d'enseignement » (26). Jouquan et Bail comparent les deux en s'inspirant des travaux de Huba et Freed (9) (Tableau 1).

Trois courants, entre autres, amenant au paradigme d'apprentissage, se détachent depuis le milieu du XXe siècle (9) :

- *La psychologie humaniste* :
  Les chefs de file de la psychologie humaniste sont Rogers et Pearls. L'apprenant y est considéré en tant qu'individu et l'apprentissage se fait en fonction de ce que l'apprenant juge nécessaire pour se développer. L'enseignant, de son côté, l'aide à déterminer ses objectifs, en instaurant un climat propice et en mettant à sa disposition les ressources nécessaires.

- *La pédagogie adulte ou l'andragogie* :

  C'est l'art d'enseigner aux adultes, qui s'oppose à la pédagogie qui, elle, est axée sur les enfants et les adolescents. Développé par Malcolm Knowles, ce courant tient compte des caractéristiques propres à l'apprenant adulte en se basant sur la multiplicité des expériences antérieures en situation authentique (27). En effet, les attentes et les spécificités d'un adulte sont différentes de celles d'un enfant concernant le besoin de savoir, le concept de soi, le rôle et l'expérience, la volonté d'apprendre et la motivation. L'enseignant devient alors un facilitateur secondaire puisque l'apprenant est autonome quant à son apprentissage. Ce modèle nécessite de mettre le programme sous évaluation de la réaction, des apprentissages, des comportements et des résultats. Ce courant a fait l'objet de nombreuses controverses, notamment de la part de Norman qui affirme que le statut d'adulte ne permet pas l'acquisition d'une autonomie dans ce domaine (9).

- *La perspective socio-cognitiviste ou constructiviste* :

  Nous avons déjà traité largement cette partie qui contribue au paradigme d'apprentissage. Apprendre se résume à traiter intentionnellement l'information ainsi qu'à construire des sens et la réalité. L'étudiant apprend à partir de ses acquis, par ses expériences passées, au-delà d'une information fournie par l'enseignant. Il existe alors une dynamique d'apprentissage, les connaissances antérieures de l'étudiant étant une base à la construction de nouvelles connaissances et de nouvelles représentations du monde (schémas mentaux).

  Ce modèle incite à l'engagement cognitif et affectif, en montrant à l'apprenant comment utiliser les informations fournies, pour les transférer.

  Dans ce cadre, le contexte d'enseignement est essentiel, facilitant l'apprentissage et donc le transfert des connaissances, grâce à la mise en place de situations authentiques complexes, complètes et signifiantes (8).

Paradigme d'enseignement	Paradigme d'apprentissage
Les savoirs sont transmis aux étudiants par les professeurs	Les étudiants construisent leur connaissance à partir des questions qu'ils se posent, en interaction avec leurs professeurs et leurs pairs
Les étudiants reçoivent passivement l'information	Les étudiants traitent activement l'information à l'occasion d'activités de recherche, d'analyse critique, de résolution de problèmes, de conduite de projets…
Les connaissances sont acquises sans lien avec leur contexte prévisible de réutilisation	Les connaissances sont construites prioritairement à partir des contextes (professionnels) authentiques
Le professeur est conçu avant tout comme un dispensateur de savoirs et comme un examinateur	Le professeur est conçu avant tout comme un facilitateur des apprentissages et comme un modèle de rôle explicite
L'enseignement, l'apprentissage et l'évaluation sont séparés	L'évaluation est enchâssée dans les activités d'enseignement et d'apprentissage
L'évaluation est utilisée essentiellement pour mesurer la quantité des apprentissages	L'évaluation est utilisée pour promouvoir et diagnostiquer les apprentissages
L'évaluation privilégie l'obtention de la bonne réponse	L'évaluation se préoccupe autant du processus que du résultats et exploite les erreurs pour développer les apprentissages
Les apprentissages sont mesurés indirectement grâce à des tests plus ou moins standardisés	Les apprentissages sont appréciés directement à partir de performances, de projets réalisés, de travaux personnels, de port-folios
Seuls les étudiants sont considérés comme apprenants	Les professeurs et les étudiants apprennent ensemble

Tableau 1. Caractéristiques comparatives du paradigme d'enseignement et du paradigme d'apprentissage (adapté d'après Huba ME et Freed JE) (9)

2.3 Le concept de compétences

Depuis environ 40 ans, l'approche par objectifs était dominante dans les activités de l'enseignement médical. Cependant, devant les limites d'une telle pédagogie, s'est développé le concept de compétences, il y a une quinzaine d'années, modifiant, progressivement, les bases établies jusqu'alors.

2.3.1 L'approche par objectifs

Les objectifs pédagogiques ont été développés dans les années 1960, pour instaurer une rigueur dans les processus de formation. Chaque objectif pédagogique désigne quatre points sur lesquels l'étudiant est évalué (10):

- Le comportement observable,
- Le produit attendu,
- Les conditions dans lesquelles se réalisera ce comportement,
- Et les critères permettant de décider si la performance est suffisante.

Les objectifs doivent définir quels sont les changements durables et désirables que l'étudiant devra effectuer, grâce à une situation pédagogique (10).

On peut reprendre la pyramide de Miller (Figure 1) qui établit différents niveaux de performance correspondant à des objectifs précis. Il souligne que chaque niveau est évalué par des outils d'évaluation adaptés. C'est ainsi que sont apparus les ECOS (Examens Cliniques Objectifs Standardisés), les OSLER (les examens longs objectifs structurés en français – objective structured long examination record), les grilles d'évaluation comportementales, etc. (10)

Par ailleurs, cette approche introduit deux notions remises en cause par Tardif et le courant constructiviste (8) :

- La décomposabilité, qui admet que chaque compétence se décompose en différentes composantes élémentaires dont l'évaluation isolée renseigne significativement sur la compétence. Cependant, ce sont les interactions entre

chaque composante qui sont les plus importantes dans le développement des compétences.

- La décontextualisation, qui prône, quant à elle, le fait que chaque composante est fixe quel que soit le contexte dans lequel elle est évaluée, l'étudiant pouvant intégrer et transférer les informations reçues dans n'importe quel contexte où il les rencontrera. Cependant, ceci entraine la mise en place d'outils d'évaluation peu signifiants avec des références à des contenus d'évaluation peu signifiants lors des évaluations.

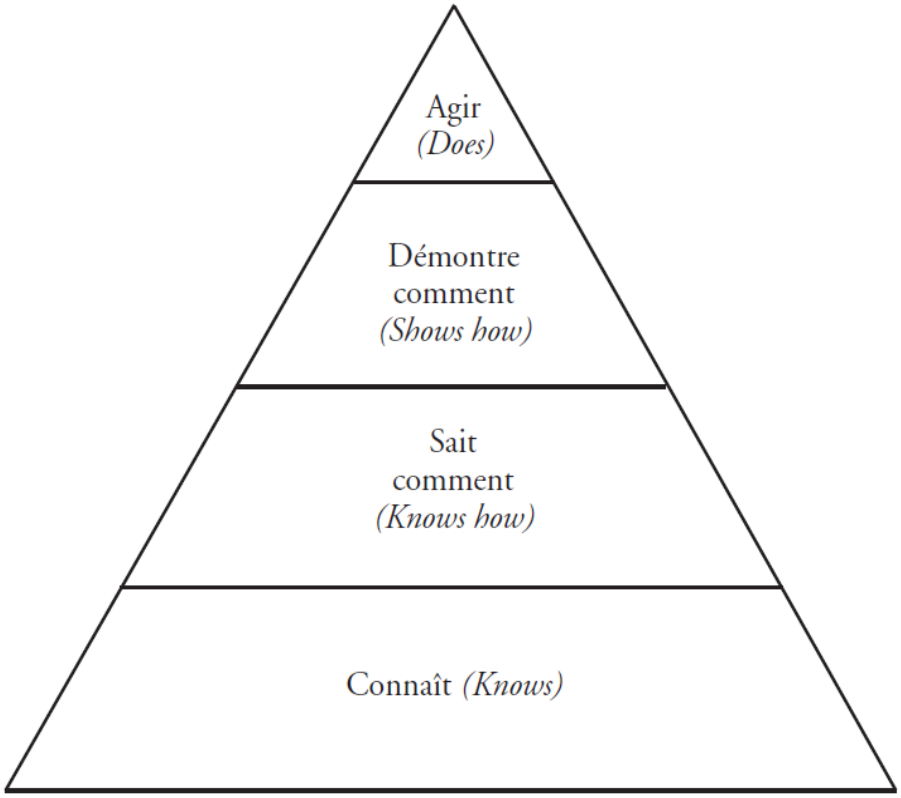


Figure 1. Pyramide de Miller pour l'évaluation des habiletés, compétences et performances cliniques (d'après Miller) (25).

Les limites de ce concept d'objectifs sont nombreuses et détaillées par plusieurs auteurs, devant un manque de pertinence au développement des systèmes de formation et malgré les progrès qu'il a pu apporter.

- Il lui a été reproché la prolifération d'objectifs pédagogiques et le morcellement des connaissances, comme on a pu le voir précédemment avec ce postulat de décomposabilité (8).
- Legendre et Tardif, mettent en avant des lacunes importantes dans les habiletés intellectuelles de haut niveau (résolutions de problème, argumentation, analyse critique…), en pointant du doigt des objectifs uniquement centrés sur des habiletés de bas niveau (mémorisation, définition et illustration de concept, application ou exécution) (24, 28).
- Le contenu et l'accumulation des connaissances est une autre des limites. L'évaluation se cantonne alors aux objectifs d'ordre cognitif. Pour Lebrun, les connaissances sont inertes puisqu'elles sont décontextualisées et donc difficilement mobilisables (19).
- L'évaluation est le dernier point que nous aborderons. De nombreux outils d'évaluation ont tendance à délaisser les objectifs difficiles à mesurer au profit des plus faciles, alors qu'ils peuvent être très importants. De plus, il est le plus souvent évalué le résultat que le processus pour y parvenir, celui-ci étant la pièce maitresse dans les évaluations formatives (10). Gardner définit en 1992 l'évaluation comme le « *processus par lequel les informations sont obtenues au sujet des connaissances […] et des capacités […] d'une personne*. » (8). L'évaluation d'une compétence doit prendre en compte aussi bien le résultat, c'est-à-dire la performance accomplie, que le processus sous-tendant l'action, c'est-à-dire le raisonnement et les arguments (11). Elle met en jeu le cheminement cognitif de l'étudiant. Par ailleurs, les évaluations sont souvent partielles, traitant seulement une partie de connaissances bien particulières. Les questions à choix multiples en sont un bon exemple, très utilisées, elles restent inefficaces pour évaluer une globalité (24).

2.3.2 L'approche par compétences

Cette nouvelle forme de pédagogie est progressivement apparue dans le contexte d'explosion des connaissances médicales, de développement des sciences de l'apprentissage et leur application en éducation, de modification des conditions de la pratique médicale et de nouvelles attentes sociales en faveur d'une meilleure formation médicale (10). Par ce biais, s'est développée ainsi la certification lors des formations initiale et continue pour répondre tout d'abord à une exigence sociale, afin de garantir la qualité de l'exercice médical (notion de médecin-expert) (11, 29, 30). Un nombre de plus en plus important d'universités a introduit cette approche par compétences en passant, entre autre, par l'apprentissage par problème ou par un enseignement en milieu clinique (31).

Pour Perrenoud, le développement de l'approche par compétences est une tentative de moderniser le curriculum et de prouver la capacité et la compétence à mobiliser et à transférer les savoirs (32). Il nécessite la mise en place de nouvelles pratiques d'enseignement.

2.3.2.1 Définition de la compétence

De multiples définitions de la compétence ont été données dans l'ensemble de la littérature. Nous en avons sélectionné quelques-unes, pour illustrer ce concept.

En 1991, Guillevic parle de l' « *ensemble des ressources disponibles pour faire face à une nouvelle situation dans le travail* ». Les ressources correspondent à des connaissances stockées dans la mémoire, devant être mobilisées et coordonnées. Il évoque plutôt la potentialité du sujet, soit le processus, que la performance qui fait appel aux résultats de la compétence (33). La situation professionnelle est une situation dans le travail que devra traiter le sujet de façon efficace par le développement d'une compétence réelle (14).

La définition de Gillet en 1991 rejoint en partie celle de Tardif en 1996. Le premier auteur suppose la compétence comme un « *système de connaissances, conceptuelles et procédurales, organisées en schémas opératoires et qui permettent, à l'intérieur d'une famille de situations, l'identification d'une tâche-problème et sa résolution par une action*

efficace » (34). Cinq ans plus tard, le second y ajoute la notion de connaissances déclaratives, et modifie le terme « conceptuelles » en « conditionnelles ». « Déclaratives » fait référence au quoi, « conditionnelles » au « quand et pourquoi », et « procédurales » au « comment ». Dans ce contexte, la notion de fragmentation des compétences est totalement exclue puisqu'il s'agit d'un système de connaissances (35). La famille de situations, quant à elle, regroupe des situations similaires qui devant certains points communs, appartiennent à la même catégorie. Ainsi, la résolution d'une famille de situations donne naissance à une compétence (14).

Le Boterf l'a définie ainsi en 2000: « *une compétence est un « savoir-agir » validé dans une situation professionnelle complexe en vue d'une finalité ; elle est le résultat de la combinaison de différents types de ressources.* ». Selon lui, une compétence se construit, par l'intermédiaire d'une aptitude à combiner et à mobiliser ses ressources. Les ressources, c'est-à-dire les connaissances ou savoir-faire, sont séparées en deux groupes :

- Les *ressources internes ou personnelles*. Elles se composent :
    - des savoirs : savoirs généraux, savoirs procéduraux
    - des savoir-faire : opérationnels (maitrise des procédures de soins et d'organisation, réalisation de gestes techniques), relationnels (savoir se comporter face au patient et son entourage, avec ses collaborateurs), et cognitifs (analyse de situation et résolutions de problèmes)
    - aptitudes personnelles : qualités personnelles et ressources émotionnelles, expérience.

- Les *ressources externes* qui sont les ressources de l'environnement. Elles peuvent se résumer aux outils et équipements d'information, réseaux relationnels (36).

De son côté, Perrenoud, en 2001, propose de concevoir la compétence comme la « *maîtrise globale d'une situation* » dans le but d'obtenir un résultat (37). Elle implique la mobilisation de ressources cognitives qui se rapprochent de la définition de Le Boterf : des savoirs (déclaratifs, procéduraux, conditionnels, informations), des

capacités (habiletés, savoir-faire, schémas de perception, de pensée, de jugement d'évaluation) et d'autres ressources ayant une dimension normative (attitudes, valeurs, normes…). L'auteur met l'accent sur l'importance des liens entre les savoirs et les situations dans lesquelles ils permettent d'agir, ce que favorise l'approche par compétences (32). La pertinence des savoirs dépend uniquement de la possibilité de les mobiliser judicieusement en temps voulu. La construction de compétences implique de créer de nouvelles exigences. Pour parler de compétences, une évaluation formative et certificative doit être mise en place pour qu'elles soient crédibles, et les ressources nécessaires doivent être disponibles (32).

Jacques Tardif rejoint ces deux derniers auteurs, en 2006, en définissant une compétence par « *un savoir-agir complexe qui prend appui sur la mobilisation et la combinaison efficaces d'une variété de ressources internes et externes à l'intérieur d'une famille de situations.* » (24). La même année, Le Boterf complète sa définition: « *la compétence est la résultante de trois facteurs : le savoir-agir qui suppose de savoir combiner et mobiliser les ressources pertinentes (connaissances, savoir-faire, réseaux) ; le vouloir-agir qui se réfère à la motivation et l'engagement personnel du sujet ; le pouvoir-agir qui renvoie à l'existence d'un contexte, d'une organisation du travail, de conditions sociales qui rendent possibles et légitimes la prise de responsabilité et la prise de risque de l'individu.* » (38). Pour ce dernier auteur, le professionnel doit lui-même résoudre des problèmes complexes par une prise d'initiatives et de façon autonome, et l'organisation du travail s'explique par l'importance plus grande de gérer une situation professionnelle que d'exécuter des tâches morcelées et de type procédural. Le « savoir-agir complexe » annonce une rupture avec un enseignement traditionnel où seul l'enseignant détenait le savoir. L'efficacité d'un individu à la résolution de problème réside dans la mobilisation et la coordination des ressources qu'il jugera nécessaires, pendant l'action. Joannert parle d'une « mise en réseau opératoire des ressources sélectionnées » (39). Enfin, la notion de « pouvoir-agir » met l'accent sur le contexte de travail (organisation, conditions de travail, rémunération…) qui conditionne le résultat d'une action compétente.

Actuellement, une compétence nécessite de répondre à certains critères pour être qualifiée comme telle (40) :

- L'efficacité dans la réalisation d'acte ou la résolution de problème
- La contextualisation
- La structuration des processus cognitifs mobilisés.

En 2006, Tardif décrit les cinq caractéristiques d'une compétence, regroupées dans le tableau 2 (24).

Caractéristiques	Perspectives
Un caractère intégrateur	Chaque compétence appelle à une multitude de ressources de nature variée.
Un caractère combinatoire	Chaque compétence prend appui sur des orchestrations différenciées de ressources.
Un caractère développemental	Chaque compétence se développe tout au long de la vie. La compétence n'est jamais achevée donc les apprentissages pour la maîtrise d'une compétence donnée peuvent s'étaler dans le temps dans une logique de complexification croissante.
Un caractère contextuel	Chaque compétence est mise en œuvre dans des contextes qui orientent l'action. Le caractère contextuel permet d'introduire l'idée cruciale des situations à l'intérieur d'une famille.
Un caractère évolutif	Chaque compétence est conçue afin d'intégrer de nouvelles ressources et de nouvelles situations sans que sa nature soit compromise.

Tableau 2. Les caractéristiques d'une compétence conçue comme savoir-agir complexe (24).

En conclusion, nous retiendrons la définition suivante qui semble complète et résume bien tout ce qui précède: « *C'est un savoir agir complexe en lien avec le contexte d'apprentissage ou d'exercice, qui intègre plusieurs connaissances et qui permet à travers une famille de situations, non seulement l'identification de problèmes, mais également leur résolution par une action efficace et adaptée à un moment donné. Il ne s'agit en aucun cas d'un processus standardisé ou stéréotypé.* » (11).

2.3.2.2 Les compétences dans le référentiel métier

On peut définir trois types de compétences (30) :

- Les compétences cognitives : il s'agit de l'ensemble des savoirs et savoir-faire médicaux acquis par l'étudiant durant toutes ses études.
- Les compétences réflexives : ce sont les capacités d'auto-évaluation, de doute, de synthèse et de réflexion sur la pratique.
- Les compétences professionnelles : ce sont les capacités de travail en coordination, de gestion du cabinet et de respect de la règlementation.

Le référentiel métier du CNGE réunit ces trois ensembles à travers les six compétences transversales définies (annexe 1). Ce référentiel est composé de compétences qualifiées de requises ou virtuelles (14). Pour le Boterf, « *ce sont des cibles par rapport auxquelles, les individus vont entrer dans des processus de construction de compétences et vont apprendre à agir avec compétence* » (38). On parlera de compétence réelle ou effective pour le résultat d'une action d'un sujet, pris dans son cadre référentiel avec son expérience, ses connaissances acquises, etc. (14).

Un référentiel de compétences pertinent doit prendre en compte l'intégration des compétences, les habiletés psychomotrices et les habiletés psychoaffectives (10).

2.3.2.3 L'évaluation des compétences

Les stratégies cognitives mises en place par l'étudiant ne peuvent être évaluées à partir de simples questions sur les différentes composantes d'une compétence. Elles doivent prendre place, avec les stratégies métacognitives, dans une situation complexe, complète et signifiante comme le répète Tardif (8). La somme des évaluations de chaque composante d'une compétence ne suffit pas à évaluer une compétence dans sa totalité, celle-ci étant plus complexe et d'une nature différente que chaque partie prise indépendamment. Ceci traduit alors la nécessité de mettre en place de multiples critères dans chacune des évaluations (24). Les tâches, en situation authentique, permettent de déterminer le degré de transférabilité des connaissances de l'étudiant, et mettent en valeur la compréhension de l'étudiant au-delà de ses connaissances. L'intérêt de ces tâches réside dans le fait que l'étudiant, dans un environnement familier, sera davantage apte à développer les liens entre la situation à laquelle il est confronté et ses connaissances en mémoire à long terme (8). Les connaissances conditionnelles et procédurales permettent à l'étudiant d'agir sur le réel, elles sont donc indispensables à la mise en place des démarches évaluatives. Les connaissances conditionnelles sont, également, nécessaires au transfert des apprentissages (8). Donc toute démarche évaluative doit inclure les trois catégories de connaissances.

Par ailleurs, la construction du savoir nécessite une hiérarchisation et une organisation des connaissances, dans l'enseignement dispensé et donc dans la démarche évaluative, ceci permettant d'identifier la progression de l'étudiant dans l'établissement de son apprentissage (8). La construction du savoir est graduelle et l'évaluation permet de mettre en avant l'évolution de cette construction. C'est pourquoi, elles doivent être multiples tout au long de l'internat (8).

De même, dans un but éducatif, des évaluations répétées dans des situations particulières en contexte spécifique amène au développement de compétences transférables (10).

Nous insisterons sur le caractère authentique des situations dans lesquelles se réalisent les évaluations. Wiggins, en 1998, a défini les caractéristiques générales d'une évaluation authentique (10) (tableau 3). Les caractéristiques spécifiques, du même auteur, ont été traduites et adaptées par Tardif en 1993 (tableau 4) (10). On

évoquera Perrenoud, pour qui les transferts et la mobilisation de ressources sont indispensables. C'est pourquoi, il est plus intéressant de construire les savoirs en situation authentique à partir de problèmes, et de pouvoir évaluer l'autonomie et les prises de risque des étudiants (32).

- La tâche et la situation d'évaluation sont réalistes.
- Le contexte d'évaluation reproduit le futur milieu de travail de l'étudiant.
- L'étudiant doit effectuer lui-même les tâches amenant à la résolution de problème.
- L'évaluation fait appel au jugement et à la créativité de l'étudiant (une simple récitation de connaissances ne suffit pas).
- L'évaluation se préoccupe de la capacité de l'étudiant d'utiliser efficacement ses connaissances et ses habiletés pour résoudre des problèmes complexes (mal structurés)
- La démarche évaluative prévoit que l'étudiant puisse bénéficier de suffisamment de temps et d'occasions de pratique, qu'il puisse consulter les ressources nécessaires et recevoir de la rétro-action pour raffiner ses performances et le produit final.

Tableau 3. Caractéristiques générales d'une évaluation authentique (d'après Wiggins) (10).

Concernant la conception des modalités d'évaluation

- La production est destinée à un jury.
- Il n'y a aucune contrainte de temps fixée arbitrairement.
- La tâche et ses exigences sont connues avant la situation d'évaluation.
- L'évaluation peut exiger une certaine forme de collaboration avec les pairs.
- Les tâches d'évaluation sont récurrentes.

Concernant l'orientation cognitive des tâches

- L'évaluation n'inclut que des tâches contextualisées.
- L'évaluation exige l'utilisation fonctionnelle de connaissances spécifiques.
- L'évaluation prend en considération les stratégies cognitives et métacognitives utilisées par les étudiants.
- L'évaluation utilise des problèmes complexes visant le traitement en profondeur des informations par l'étudiant.

Concernant les critères de correction

- La correction ne tient compte que des erreurs importantes dans l'optique de la construction de compétences.
- Les critères de correction sont multiples et donnent lieu à plusieurs informations sur la compétence évaluée.
- L'autoévaluation fait partie de l'évaluation.
- Les critères de réussite dont démystifiés par l'étudiant.

Concernant l'éthique et la déontologie

- L'évaluation doit déterminer les forces des étudiants.
- Les informations obtenues doivent établir un équilibre entre les aptitudes de l'étudiant, ses connaissances antérieures et les nouveaux apprentissages réalisés.
- L'évaluation doit minimiser les comparaisons inutiles, injustes et démoralisantes entre les étudiants.
- Les mêmes démarches d'évaluation sont exigées de tous les étudiants mais un soutien est nécessaire pour ceux qui éprouvent des difficultés.
- L'évaluation est guidée par les exigences de la validité écologique et elle est avant tout au service de l'apprentissage.

Tableau 4. Caractéristiques spécifiques des évaluations « authentiques ». Adapté d'une traduction et d'une adaptation préalables de Wiggins par Tardif (10).

Par ailleurs, la rétroaction, c'est-à-dire l'entretien avec l'enseignant après une tâche, est facilitée par cette approche par compétences et devient pertinente (10, 41). Mais pour éviter une dépendance à cette activité, il est nécessaire que l'étudiant développe ses stratégies métacognitives à la base de l'autoévaluation et de l'autoformation, grâce à des référentiels critériés de niveaux sous forme de rubriques (10).

Pour Tardif, l'évaluation d'une compétence nécessite la mise en place de modèles cognitifs opérationnalisés par des indicateurs de développement de connaissances qui détermineront chaque étape de développement. Ces indicateurs permettront aux enseignants de porter un jugement lors de l'évaluation nécessitant des rubriques d'évaluation. Ce sont des critères permettant la différenciation de niveaux de performances renseignant sur les degrés de maitrise de ressources internes et externes, par l'utilisation de dimensions et d'éléments jugés importants (10). Il fait, ici, référence aux grilles critériées qui seront nécessaires, à terme, à l'élaboration des évaluations certifiantes. Ceci favorisera un développement des aptitudes métacognitives aboutissant à l'autoévaluation et l'autoformation, grâce au cheminement de pensée propre à chaque individu.

Les évaluations seront établies à partir d'objectifs pédagogiques faisant explicitement référence à des compétences (10). Le tableau 5 en détaille les caractéristiques.

- Les objectifs sont centrés sur les activités des étudiants plutôt que sur celles des professeurs.
- Les objectifs font référence aux apprentissages résultant d'une activité plutôt qu'à l'activité elle-même.
- Les objectifs sont en accord avec le mandant et les valeurs institutionnelles.
- Les objectifs respectifs des institutions, des programmes délivrés par l'institution et des cours constitutifs du programme sont formulés de manière cohérente entre eux.
- Les objectifs sont centrés sur des aspects importants et non triviaux de l'apprentissage, crédibles pour les étudiants concernés.
- Les objectifs sont centrés sur des habiletés et des capacités centrales pour la discipline ou l'activité professionnelle concernées et sont basés sur des standards professionnels d'excellence.
- Les objectifs sont formulés d'une manière assez générale pour stimuler un vaste répertoire d'apprentissage mais assez précis et spécifiques pour pouvoir être documentés et évalués.
- Les objectifs sont centrés sur des apprentissages et des compétences en développement, non achevées, mais qui peuvent néanmoins être évalués à divers moments.

Tableau 5. Caractéristiques d'objectifs pédagogiques formulés pour favoriser les apprentissages des étudiants et cohérents avec une approche par compétences (d'après Huba et Freed) (10).

C'est donc dans ce contexte d'approche par compétences que la restructuration du système d'enseignement, à Poitiers, prend place. Notre étude découle de ce schéma de pensées, l'élaboration d'outils d'évaluation prenant appui sur ce modèle.

3. MATERIEL ET METHODES

3.1 Type d'étude

Nous avions réalisé une étude prospective en recueillant deux ans de suite sur deux promotions d'internes en deuxième année de troisième cycle d'études médicales de Poitiers, les réponses d'un questionnaire rempli avant et après la formation.

3.2 Objectifs de l'étude

L'objectif principal de l'étude était de mettre en évidence un sentiment d'amélioration de la compétence en autoévaluation par l'intermédiaire des grilles de Calgary-Cambridge (CC), sur une consultation avant et après la formation médecin-malade. Il se traduisait, pour les grilles de CC, par un différentiel « après-avant » positif, nul ou négatif entre les deux consultations signifiant ou non un apprentissage pour cette compétence relationnelle. Ainsi avions-nous déterminé notre critère de jugement.

Les objectifs secondaires étaient au nombre de trois :

- Le premier était d'identifier les points faibles du séminaire, qui ressortaient à travers l'absence de progression pour les différentes parties de la grille de CC, correspondant chacune à l'un des objectifs pédagogiques du questionnaire d'évaluation du séminaire. Ainsi, nous cherchions à mettre en avant les lacunes éventuelles de l'enseignement dispensé lors de la formation.
- Le second était de comparer les résultats des questions 4 de chaque objectif des questionnaires d'évaluation de la formation, et le différentiel obtenu avec les grilles de CC des étudiants, en opposant leur propre estimation de l'amélioration de leur compétence pour chaque objectif, grâce à la formation théorique , et leur sentiment d'amélioration de la compétence objectivé en autoévaluation dans une situation authentique.

- Enfin, le troisième était de mettre en évidence une éventuelle influence sur les résultats d'une utilisation répétée de la grille de CC, donc une influence de la méthode d'évaluation.

3.3 Population étudiée

3.3.1 Critères d'inclusion

Nous avions choisi de faire porter notre étude sur deux promotions d'internes de 80 étudiants pour la promotion 2010 et 95 étudiants pour la promotion 2011, soit un total de 175 étudiants. Ce sont les deux premières promotions ayant bénéficié de la restructuration de l'enseignement de médecine générale. Seuls ceux ayant répondu aux deux grilles ont été inclus.

3.3.2 Critères d'exclusion

Nous avions décidé d'exclure les étudiants n'ayant pas répondu aux deux grilles, l'objectif principal portant sur une amélioration mise en évidence par le différentiel « après-avant » le séminaire, obtenue grâce à l'étude des résultats des grilles. Et pour la corrélation des résultats des grilles à ceux du questionnaire d'évaluation du séminaire, nous avions exclu les étudiants n'ayant pas répondu aux deux grilles et au questionnaire d'évaluation du séminaire.

3.4 Intervention

Nous avions proposé aux deux promotions d'internes de 2010 et 2011, de s'autoévaluer sur une consultation vécue (dans le cadre hospitalier ou ambulatoire), avant et après la formation sur la relation médecin-patient dispensée par le séminaire 5. Pour cela, nous avions mis à leur disposition, sur l'Environnement Numérique de Travail (ENT) de Poitiers, deux grilles de CC, à remplir à partir d'une consultation, avant (pré-test) et un mois après le séminaire (post-test).

Parallèlement, nous avions également choisi d'évaluer le séminaire 5, à l'aide d'un questionnaire disponible sur l'ENT, afin de comparer les réponses de celui-ci à celles des grilles, en réponse à l'un de nos objectifs secondaires.

Une étude globale, sur les deux promotions, a été réalisée, afin de mettre en évidence un éventuel différentiel « après-avant » séminaire positif, témoin d'une amélioration du sentiment de compétence relationnelle, pour chacun des objectifs. Par ailleurs, les promotions ont été comparées, de même que les réponses, aux grilles, d'une part, et au questionnaire, d'autre part. Enfin, nous avons aussi comparé les réponses des participants ayant utilisé au maximum 3 fois la grille, et ceux l'ayant utilisé de 4 à 6 fois, afin d'évaluer l'influence de la méthode d'évaluation en elle-même.

Pour contacter les internes de médecine générale des deux promotions concernées, et les inciter à répondre à ces questionnaires dans le cadre de cette étude, nous avions, tout d'abord, envoyé un e-mail récapitulatif exposant notre travail. A la fin du séminaire dispensé aux internes, les enseignants avaient insisté sur la nécessité de remplir grilles et évaluation du séminaire en précisant qu'elle était la condition à la validation de l'enseignement. Grâce à l'ENT, nous pouvions voir progressivement la présence ou l'absence des réponses étudiantes, et ainsi relancer par l'intermédiaire de la messagerie électronique ceux qui n'avaient pas répondu.

3.5 Outils d'évaluation

3.5.1 Deux grilles de Calgary-Cambridge avant et après formation

Chaque grille contenait 53 items, qui ont été agrégés en six temps dont cinq correspondaient aux objectifs pédagogiques (annexe 2) :

- Commencer l'entrevue
- Recueillir les informations
- Structurer l'entrevue
- Construire une relation
- Expliquer et planifier
- Terminer l'entrevue

Seule la partie « structurer l'entrevue » n'avait pas de correspondance**.** En effet, structurer une entrevue revenait à utiliser la grille, puisque c'était en elle-même la modélisation d'une consultation, d'autant que cette partie venait s'inscrire en filigrane de l'entretien.

Elles offraient des réponses selon un Likert à 4 niveaux (1: difficulté certaine, 2: encore quelques difficultés, 3: pratique facile, 4: maitrise). Notons que les choix proposés étaient exprimés uniquement par une valeur numérique correspondant à chaque réponse verbale, l'équivalent sémantique étant indiqué seulement au début du test.

Les internes étaient également invités à préciser le nombre de grilles de CC déjà utilisées.

3.5.2 Un questionnaire d'évaluation du séminaire

Il reposait tout d'abord sur quatre questions matérielles visant à évaluer la forme du séminaire (annexe 3):

- L'installation a favorisé la communication
- L'animation a favorisé ma participation
- Les documents présentés ou reçus sont pertinents
- Les interventions des enseignants étaient pertinentes,

et sur cinq objectifs pédagogiques évaluant le fond :

- Commencer l'entrevue
- Recueillir les informations
- Construire une relation
- Expliquer et planifier
- Terminer l'entrevue.

Pour chaque objectif pédagogique, quatre questions étaient posées :

- L'objectif annoncé a été respecté
- Il est pertinent pour ma formation de DES de médecine générale
- La méthode pédagogique utilisée a facilité ma compréhension
- Je pense avoir amélioré ma compétence à… (objectif pédagogique)

C'était la réponse à cette dernière question, « je pense avoir amélioré ma compétence à… », pour chaque objectif pédagogique, qui était comparée au différentiel des moyennes « après-avant » de chacune des différentes parties des grilles de CC correspondant à chaque objectif pédagogique. La partie « structurer l'entrevue », n'ayant pas de correspondance, n'avait pas été analysée en ce sens.

Pour chaque question, plusieurs choix de réponse étaient possibles selon un Likert à 6 niveaux (1 : pas du tout d'accord, 2 : pas d'accord, 3 : plutôt pas d'accord, 4 : plutôt d'accord, 5 : d'accord, 6 : tout à fait d'accord), pour lesquelles les valeurs numériques étaient proposées de la même façon que pour les grilles.

Les étudiants pouvaient donner leurs avis sur cette formation en précisant les points faibles et les points forts.

Le principe restait le même pour les grilles et le questionnaire, les étudiants les remplissaient via l'informatique pour qu'ils soient rapidement disponibles. A tout moment, les réponses des participants étaient consultables sur l'ENT par les enseignants mais pas par les étudiants. Elles étaient datées et nominatives.

3.5.3 Critères de jugement

Concernant l'objectif principal, un différentiel des moyennes « après-avant » séminaire positif pour chaque objectif pédagogique, traduisant ainsi une progression, était significatif d'un sentiment de validation de la compétence.

Pour les objectifs secondaires, le premier était mis en évidence par une différence significative des différentiels des moyennes « après-avant » formation pour chaque objectif pédagogique. Le second se cantonnait à la cohérence entre le sentiment perçu de l'efficacité de l'enseignement et un sentiment d'amélioration des compétences en autoévaluation d'une consultation, objectivé par les étudiants. En d'autres termes, des résultats cohérents retrouveraient un différentiel des moyennes « après-avant » formation positif, et un résultat strictement supérieur à 3, c'est-à-dire « plutôt d'accord », « d'accord » ou « tout à fait d'accord », à la question 4 de chaque objectif correspondant. Pour le troisième, une différence significative entre les deux groupes précédemment définis et un différentiel « après-avant » supérieur pour le second groupe, traduiraient une influence favorable de la pratique de la grille sur les résultats.

3.6 Le traitement des données

Le traitement des données avait été réalisé avec l'aide du Professeur Ingrand.

Un outil d'évaluation informatique avait permis de recueillir les données et de faciliter leur traitement. Dans ce but, celles-ci étaient directement numérisées afin d'être statistiquement analysées : on obtenait, pour les grilles de CC, un différentiel « après-avant » traduisant une amélioration ou non.

Le test de Wilcoxon, permettant la comparaison des moyennes non paramétrique, était la méthode utilisée dans notre étude statistique, dans le but de comparer les promotions entre elles, les objectifs entre eux et les résultats en fonction du nombre d'utilisations de la grille. La significativité était donnée pour un $p \leq 0.05$.

Nous avions, par ailleurs, corrélé les résultats des grilles de CC concernant le différentiel des moyennes « après-avant » formation, avec les moyennes des résultats de la question 4 de chaque objectif pédagogique du questionnaire d'évaluation du séminaire, par la détermination du coefficient de corrélation de Spearman. Ce coefficient représente le degré d'association entre deux variables. Il est compris entre -1 et +1. Dans notre étude, seules les valeurs positives sont prises en compte puisqu'elles traduisent une relation proportionnelle entre les deux variables. Plus le coefficient est proche de +1, plus la relation entre les deux variables est intense. La significativité était donnée pour un $p \leq 0.05$.

4. RESULTATS

L'étude a été réalisée de novembre 2011 à décembre 2012.

4.1 Nombre de réponses

Sont exclus de cette étude prospective les étudiants qui n'ont pas répondu aux deux grilles. On obtient un effectif de 48 sur 80 étudiants de la promotion 2010 et de 64 sur 95 étudiants de la promotion 2011, soit 112 étudiants inclus dans notre étude (figure 2).

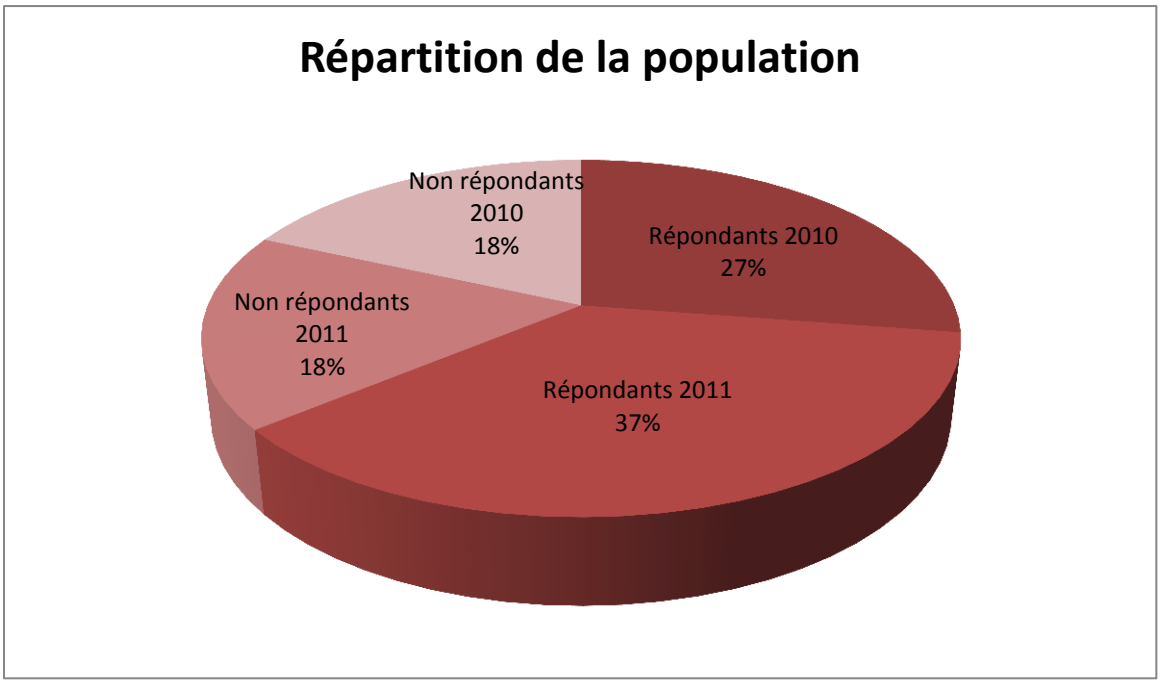


Figure 2. Répartition des internes des deux promotions

4.2 Etude globale portant sur l'ensemble des objectifs

Pour les cinq objectifs, il ressort de l'étude que 28 % des étudiants, toutes promotions confondues, n'ont pas amélioré leurs habiletés, pour au moins un des objectifs pédagogiques. En revanche, plus de 70% les ont améliorés, ils se sentent donc validés pour cette compétence professionnelle, pour au moins un des objectifs, en autoévaluation (Tableau 6). Par ailleurs, la proportion des étudiants présentant un sentiment d'amélioration, se traduisant par la positivité du différentiel des moyennes « après-avant » formation (dmdif), est sensiblement identique pour chacun des objectifs pédagogiques.

Objectif	dmdif négatif ou nul En pourcentage de l'effectif total	dmdif positif En pourcentage de l'effectif total
1	33.04	66.96
2	22.32	77.68
3	32.14	67.86
4	24.11	75.89
5	31.25	68.75
Moyenne	28.572	71.428

Tableau 6. Proportion des étudiants se sentant validés pour au moins l'un des objectifs pédagogiques.

Par ailleurs, la progression est équivalente pour tous les objectifs pour l'ensemble des étudiants (Tableau 7).

Objectif	Moyenne avant le séminaire	Moyenne après le séminaire	Différentiel des moyennes après-avant	*P*
1	3.0	3.3	0.3	< 0.0001
2	2.5	2.8	0.3	< 0.0001
3	2.6	2.9	0.3	< 0.0001
4	2.4	2.7	0.3	< 0.0001
5	2.6	3.0	0.4	< 0.0001

Tableau 7. Comparaison des moyennes avant et après séminaire pour chaque objectif pour les 112 étudiants.

4.3 Comparaison des deux promotions

En s'arrêtant sur les moyennes avant la formation facultaire, les deux promotions sont statistiquement différentes seulement pour l'objectif 3, celle de 2010 obtenant de meilleurs résultats à l'autoévaluation (Tableau 8), bien que le planning de formation et les enseignants soient les mêmes.

Objectif	2010	2011	*P*
1	3.08	2.95	0.20
2	2.54	2.45	0.36
3	2.67	2.49	0.08
4	2.44	2.36	0.13
5	2.60	2.57	0.68

Tableau 8. Comparaison des moyennes avant le séminaire par objectif et par promotion.

Enfin, on note une progression plus forte pour la promotion 2011 sauf pour l'objectif 5 (Tableau 9).

Objectif	dmdif pour la promotion 2010	dmdif pour la promotion 2011	*P*
1	0.19	0.40	0.026
2	0.21	0.43	0.0064
3	0.11	0.40	0.0014
4	0.21	0.41	0.0021
5	0.30	0.44	0.16

Tableau 9. Comparaison du différentiel des moyennes « après-avant » séminaire par objectif et par promotion.

4.4 Comparaison des résultats en fonction du nombre d'utilisation de la grille de Calgary-Cambridge

Parmi les étudiants, 43 ont déjà utilisé la grille de CC jusqu'à 3 fois, alors que 69 s'y sont essayé de 4 à 6 fois. Il existe une différence significative, entre ces deux groupes, uniquement pour les objectifs 2 et 4 (Tableau 10). Cependant, les différences entre les résultats vont dans le même sens, c'est-à-dire que le différentiel des moyennes « après-avant » est toujours supérieur pour le deuxième groupe. De plus, il n'existe pas de différence nulle entre les deux groupes, la plus petite s'élevant à 0.14 pour l'objectif 3, et la plus élevée à 0.27 pour l'objectif 2. Nous garderons donc à l'esprit, qu'un nombre supérieur à 3 d'utilisations de la grille influence les résultats de façon favorable.

Objectif	dmdif pour une utilisation < à 4 fois Total de 43 étudiants	dmdif pour une utilisation > ou = à 4 fois Total de 69 étudiants	*P*
1	0.19	0.38	0.055
2	0.17	0.44	0.024
3	0.19	0.33	0.092
4	0.22	0.39	0.017
5	0.28	0.45	0.064

Tableau 10. Influence de la pratique de la grille de Calgary-Cambridge sur le différentiel des moyennes « après-avant » séminaire pour chaque objectif.

4.5 Comparaison des résultats de la grille et du questionnaire d'évaluation

Nous avons analysé les réponses des étudiants ayant répondu aux deux grilles de CC et au questionnaire d'évaluation du séminaire 5, à but comparatif. Nous obtenons un effectif de 105 étudiants, soit 44 internes de la promotion 2010 et 61 internes de la promotion 2011.

On compare le différentiel des moyennes des grilles de CC « après-avant » formation, à la question 4 de chaque objectif pédagogique (OxQ4) « je pense avoir amélioré ma compétence à… » de l'évaluation du séminaire, par le coefficient de corrélation de Spearman (CCS). On obtient, ainsi, le tableau 11. Les résultats sont significatifs pour l'objectif 1 et limite significatifs pour l'objectif 5, et proches de +0.2, soit plus proches de 0 que de +1. Les autres résultats ne sont pas significatifs.

	O1Q4		O2Q4		O3Q4		O4Q4		O5Q4	
	CCS	*P*	CCS	*P*	CCS	*P*	CCS	*P*	CCS	*P*
dmdif correspondant à chacun des objectifs	0.208	0.033	-0.024	0.804	-0.022	0.823	-0.013	0.893	0.181	0.064

Tableau 11. Calcul du coefficient de corrélation de Spearman.

4.6 Avis des étudiants sur la formation

Concernant les points forts et faibles du séminaire, les avis divergent. Le séminaire est globalement très apprécié par son thème et pour ses enseignants qualifiés de dynamiques, motivés et disponibles, si bien que les étudiants semblent déçus que le séminaire intervienne trop tard dans le cursus et devrait avoir lieu avant le stage chez le praticien. L'interactivité entre enseignants et étudiants est également soulignée. En revanche, certains apprécient vraiment les jeux de rôles alors que d'autres sont plutôt mal à l'aise par ce procédé d'apprentissage. Les scénarios ont été inventés et certains auraient aimé qu'il s'agisse de situations réellement vécues ayant posé problème ou même de consultations par vidéo. La vidéo est aussi quémandée dans le cadre de la communication non verbale lors du séminaire lui-même pour remplacer les photos. Un étudiant pense que cette formation sera difficile à appliquer en situation authentique et un autre s'insurge totalement quant à la nécessité d'un tel séminaire, la médecine restant une science donc ne nécessitant pas de formation sur la relation future avec les patients. Enfin, le problème de la localisation et des locaux est évoqué deux fois.

5. DISCUSSION

5.1 Support de l'étude

5.1.1 Le choix de la consultation

Le meilleur contexte pour construire une compétence et évaluer un étudiant est la situation authentique, c'est pourquoi la consultation est le support de notre étude (1, 8, 9, 10, 11, 12). L'intérêt des consultations est qu'elles favorisent un travail réflexif après consultation dans le but de modifier la pratique future. On parle alors de métacognition. Pour Jacques Tardif, ces stratégies métacognitives, grâce auxquelles l'étudiant peut agir sur le réel, sont principalement développées dans des situations complètes, complexes et signifiantes (8). Ces stratégies sont des habiletés cognitives de haut niveau et elles interviennent aussi bien lors de la planification de la tâche que lors de la réalisation et de l'évaluation de cette tâche (8). Ceci confère ainsi une grande autonomie à l'interne par le contrôle qu'il aura de chacune de ses démarches.

Nous retrouvons cette notion de métacognition avec Schön, qui décrit dans ses travaux trois notions ayant pu influencer les résultats de notre étude. Lors de la consultation du pré-test, l'étudiant a utilisé son « savoir dans l'action » qu'il a traduit par un comportement intuitif sans réflexion sur soi. Puis, est intervenue la « réflexion après l'action », l'autoévaluation demandée sur la consultation incitant au travail sur soi après la situation authentique. Lors de la consultation post-test, la « réflexion après l'action » de la première situation clinique associée au séminaire 5, a plus ou moins préparé une nouvelle mise en situation par l'intégration des nouveaux apprentissages. Ainsi, grâce à la « réflexion pendant l'action », l'étudiant a pu les mettre en pratique. De plus, la pratique itérative de la grille de CC lui permet sans doute de mieux structurer son entretien, par la mise en jeu plus importante et probablement plus intentionnelle de la « réflexion pendant l'action » (42). On peut supposer que les étudiants l'ayant déjà pratiquée, ont organisé leur entretien en s'appropriant les différentes parties qui la composent. On parle, ainsi, de l'effet de test qui affecte les réponses. L'étudiant a eu l'occasion de réfléchir à ses premiers

tests avec, pour conséquence, la modification des suivants (43). Mais se pose également la question d'une éventuelle adaptabilité au test chez des étudiants qui savent que leurs réponses seront étudiées.

De plus, les consultations sont favorables à la rencontre de problèmes de santé complexes et multiples amenant au développement des stratégies de résolution de problèmes, à la discussion et à l'argumentation entre étudiant et enseignant, à la gestion du doute et de l'incertitude, tout problème n'ayant pas de solution toute prête mais des réponses potentielles (11).

Il faut souligner, ainsi, que la forme de l'évaluation conditionne aussi l'apprentissage de l'étudiant (5). En effet, une évaluation sous forme de restitution de connaissances pures sera moins motivante qu'un procédé mettant en jeu des résolutions de problèmes complexes faisant appel à des stratégies cognitives, d'autant plus qu'il s'agit de situations que les futurs médecins seront amenés à rencontrer (11).

Notons que nous n'avons poussé en rien les étudiants vers le choix de leur consultation. Nous supposons que le degré de difficulté est resté variable d'un entretien à l'autre et que la répartition s'est sans doute faite naturellement, selon la courbe de Gauss, limitant un biais éventuel.

5.1.2 Le choix de l'autoévaluation

L'autoévaluation est le socle de la mise en place de l'évaluation certifiante visant à valider une compétence. Les modalités en ont été expliquées aux internes. L'étudiant prend conscience de ses limites et ses savoirs, et de sa capacité à rentrer dans un processus de résolution de problèmes (44).

L'autoévaluation reste un exercice difficile. Dans l'ensemble de la littérature, les auteurs s'accordent à dire que les acteurs du milieu médical ne savent pas s'autoévaluer, qu'ils soient novices ou experts (9, 45). C'est pour cette raison que notre étude n'est qu'une étape intermédiaire entre le travail d'évaluation des formations et l'évaluation par un enseignant avec la même grille critériée. Pour

Calhoun et al., les étudiants auraient tendance à se surévaluer (46). En revanche, selon Gordon, ils seraient constants, c'est-à-dire qu'ils auraient une perception stable d'eux-mêmes dans le temps (45). Ainsi, pour notre étude, un étudiant se surévaluant pour la consultation pré-test serait censé faire de même pour la suivante. Son taux de progression resterait donc analysable. Cette idée se traduirait par une amélioration objective des autoévaluations, mise en évidence par les grilles de CC. On notera, également, que ce manque de justesse à l'autoévaluation est, sans doute, accentué dans notre étude par l'absence d'anonymat, la crainte du jugement pouvant possiblement fausser les résultats. Effectivement, un étudiant peu sûr de lui aura probablement tendance à se sous-évaluer, tandis qu'un étudiant très sûr de lui se surévaluera sans doute (45). De par cette limite, l'autoévaluation ne reflète en aucun cas la réalité mais la stabilité dans les réponses permet d'évaluer une acquisition éventuelle.

Par ailleurs, certains auteurs tendent à dire qu'il existe un lien entre l'exactitude d'une autoévaluation et le niveau de la compétence qui est évaluée. Effectivement, il a été démontré que plus l'évaluation externe est mauvaise moins l'autoévaluation est juste (45). De plus, certains facteurs, comme l'expérience ou les critiques extérieures, vont jouer sur l'autoévaluation, influençant la perception de soi et de son travail (45). Le sentiment d'efficacité, quant à lui, motivera l'étudiant de façon importante avec une adaptation mentale à la situation par la mise en place de stratégies. Ainsi, plus l'étudiant se sentira efficace, plus l'apprentissage sera rentable (45).

Même si cela ne vaut pas une évaluation certifiante, on passe au niveau 2 de Kirkpatrick, étape nécessaire vers la certification (6). Donc seule, l'évaluation du séminaire par les étudiants d'un niveau 1 de Kirkpatrick reste insuffisante pour juger d'une quelconque performance puisque très subjective. Ce niveau 2 reste, cependant, subjectif par l'utilisation de l'autoévaluation, mais le sentiment d'amélioration de compétence est, quant à lui, objectif.

5.1.3 Le choix de la grille de Calgary-Cambridge

5.1.3.1 Les grilles de Calgary-Cambridge

L'approche de Calgary-Cambridge met en avant quatre points nécessaires à une bonne relation: la communication professionnelle pour atteindre des objectifs de soins primaires, la nécessité de compétences enseignées et apprises, la rétroaction pour l'amélioration de la pratique et enfin un entrainement régulier et spécial pour la maitrise des habiletés de communication (47).

En se penchant sur la méthode d'autoévaluation par les grilles de CC, celles-ci semblent être l'un des outils de choix pour évaluer la relation médecin-patient. Le séminaire 5 enseigne le contenu des objectifs pédagogiques nécessaires à l'acquisition de la compétence qui lui est associée, et les consultations autoévaluées par l'intermédiaire de la grille évaluent le sentiment d'acquisition et de validation de cette compétence. Parmi les différentes parties des grilles, cinq correspondent aux objectifs pédagogiques traités dans le séminaire. La partie « structurer l'entrevue » n'a pas d'objectif correspondant, et avec la partie « construire une relation », elles s'inscrivent en filigrane de la consultation, puisqu'elles sont utilisées à chaque moment, ne déterminant pas un temps précis de l'entretien. Ce sont des concepts transversaux.

Notons que la grille de CC est issue du guide de Calgary-Cambridge (figure 3) établi par Kurtz et ses collaborateurs (48, 49, 50). Ce modèle est la référence pour la pratique et l'enseignement de l'entrevue médicale par sa rigueur scientifique, la clarté de la démarche, la pertinence clinique et le souci pédagogique. Il est largement utilisé pour les formations à la communication médecin-patient des internes au Québec, et propose une base solide et détaillée pour l'élaboration de notre outil d'évaluation, le rendant ainsi valide (51).

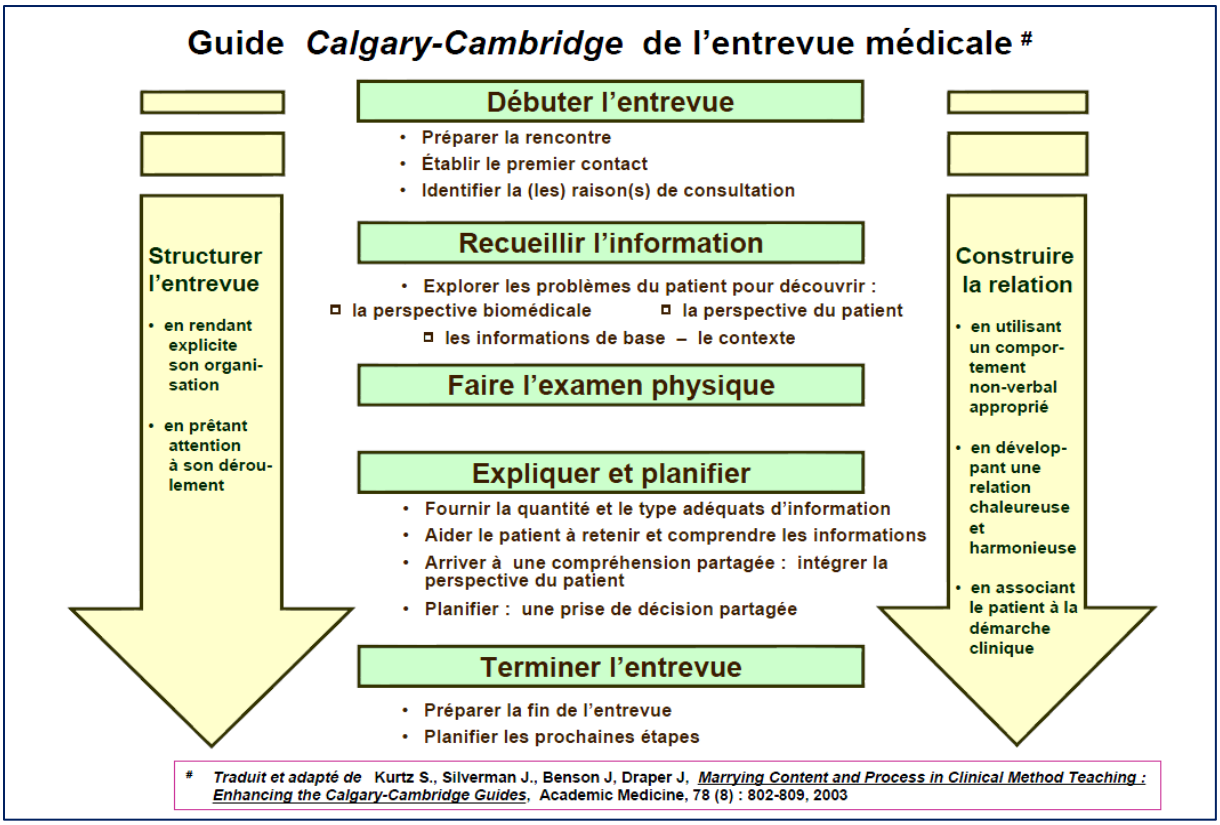


Figure 3. Guide de Calgary-Cambridge

Par ailleurs, nous n'avons pas eu de retour quant à l'utilisation des grilles. Elles ont, dans l'ensemble, été remplies au bon moment, même si plusieurs fois, la grille avant séminaire a été complétée après le séminaire 5. Il en a été probablement ainsi, à force de mails répétitifs dans le cadre de l'étude. Par conséquent, cette mesure incitative a probablement contribué à la participation des internes à l'étude. De plus, la réponse seule au questionnaire et aux grilles, indépendamment d'une progression éventuelle, était la condition à la validation du séminaire, ceci étant nécessaire à l'obtention du DES puisqu'il faut valider les six séminaires. En 2009, l'université de Chicoutimi au Québec a publié une étude concernant l'évaluation de la qualité de l'enseignement. Elle met en évidence qu'une mesure incitative influe de façon favorable sur la participation et la précocité des étudiants à répondre aux questionnaires d'évaluation de l'enseignement (52). Ainsi se détachent deux biais : l'effet chercheur, par ces mails insistants, les internes se sont sentis forcés de répondre ; et le biais de volontariat, les internes volontaires répondant différemment des étudiants contraints.

Enfin, il est indéniable que la grille de CC est longue en tant que telle et un déficit de concentration peut fausser les réponses données diminuant ainsi la véracité de l'autoévaluation.

5.1.3.2 L'utilisation de l'échelle de Likert

Classiquement, l'échelle de Likert se compose de 5 à 7 niveaux avec un point médian représentant une position neutre. Dans notre étude, nous avons décidé d'utiliser des échelles de Likert à 4 et 6 niveaux donc sans point médian obligeant les étudiants à prendre part pour une position en accord ou en désaccord ou en maitrise ou non (53). L'absence de position neutre tend à augmenter l'effectif des groupes de part et d'autre, renforçant ainsi la puissance statistique de l'étude (54).

La réponse doit traduire au mieux le degré de performance avec l'item proposé. Dans notre étude, la réponse est exprimée en échelle analogique numérique et l'introduction de la pondération des choix de réponse peut fausser les résultats par le changement de perception de l'étudiant (54). En effet, un raisonnement numérique plutôt que verbal engendrera des représentations différentes chez un même sujet. Le système sémantique a tendance à augmenter la fidélité des mesures effectuées (54). Si sur une échelle de Likert à 6 niveaux, il sera difficile de savoir si le 5 correspond bien à « d'accord » et non pas à une réponse entre « d'accord » et « tout à fait d'accord », cet effet sera limité en autoévaluation, par l'utilisation d'une échelle à 4 niveaux. Il est bien plus aisé pour un novice de savoir s'il est plutôt du côté de l'acquisition, auquel cas le choix entre 3 (« pratique facile ») et 4 (« maitrise ») reste facile. Il en est de même s'il se situe plutôt du côté de la non acquisition. Dans ce contexte, l'échelle de Likert à 4 niveaux facilite la pratique de la grille de CC pour un débutant, qui peut rapidement atteindre le stade d'un habitué.

5.1.3.3 La méthode du pré- et post- test

L'utilisation d'un pré- et post- test nous a semblé adaptée dans ce contexte d'autoévaluation. Le pré-test sert de référence, et l'évolution entre pré- et post- test met en évidence l'efficacité de l'enseignement pédagogique (55). Concernant le processus d'évaluation, Tardif pense que « *l'évaluation prend place à la fin et au début d'une démarche d'apprentissage : au début, pour déterminer les connaissances antérieures de l'élève ; à la fin, pour déterminer ce qu'il a appris* » (8). Les difficultés d'interprétation résident dans l'existence d'une possible amélioration de l'autoévaluation en post- test qui pourrait être effective même en l'absence du séminaire (autres formations, stages…) (55). De plus, le processus de mesure pourrait influencer la variable mesurée (43). Si l'on avait retrouvé des résultats identiques chez des étudiants qui n'avaient pas bénéficié de la formation, le séminaire n'aurait pas été pertinent pour un potentiel sentiment d'amélioration de la compétence. On aurait pu se demander si, par exemple, la méthode employée pouvait être en cause dans ces résultats par la modification du comportement des étudiants.

En s'attardant sur la temporalité des tests, un post-test immédiat ne renseigne que sur l'efficacité immédiate d'une formation, tandis qu'une évaluation en post-test tardif, comme c'est le cas de notre étude, s'intéresse à l'efficacité à moyen terme (56, 57, 58). Il serait intéressant, dans un but de certification, de réaliser une évaluation externe dans quelques mois pour vérifier l'intégration des acquisitions jugeant de l'efficacité à long terme.

5.1.4 Le choix de l'outil informatique

Dans notre étude, les échanges sont plutôt qualifiés d'asynchrones par l'intermédiaire d'internet, c'est-à-dire que sont mis en jeu la messagerie électronique, les questionnaires d'évaluation de séminaire et les grilles de CC (59).

L'informatisation introduit une meilleure rentabilité dans la récupération des résultats importés directement sur un tableau Excel et leur analyse, limitant ainsi les erreurs de traitement. Il en découle une diminution du coût, la machine remplaçant

alors le travail de l'homme (52). De plus, le choix de cet outil informatique s'intègre dans la volonté du DMG d'évaluer les formations des étudiants par des procédés permettant une restitution vers les internes et les enseignants dans de courts délais (de l'ordre du mois). En revanche, quelques difficultés d'accessibilité aux questionnaires sont apparues, induisant un inconfort pour les étudiants. Elles sont principalement liées à l'ergonomie de la plateforme internet de l'université, et à l'absence de suivi régulier par un ingénieur informatique spécialisé en technologies de l'information et de la communication pour l'éducation (TICE). Mais, globalement, l'informatisation donne à cet outil une rentabilité certaine.

5.2 L'analyse des résultats

5.2.1 Un séminaire apprécié par les étudiants

Les commentaires des internes sont plutôt favorables, et ceci se ressent dans les résultats. Etre enseignant nécessite d'être formé (44). Il ne s'agit plus d'enseigner de façon à délivrer le savoir comme dans les cours magistraux. Nous sommes dans une approche centrée, non plus sur l'apprenant ou l'enseignant, mais sur l'apprentissage (9, 26). L'étudiant devient alors un élément actif dans sa formation, construisant ainsi ses connaissances et ses habiletés. Tout ceci reste possible tant qu'une interaction avec l'enseignant est établie (9). Il s'agit donc, pour l'apprenant, de réflexion quant à son autoformation et d'une stimulation cognitive le motivant à acquérir ses connaissances en vue de construire ses compétences (8, 44). C'est grâce à un travail en équipe que le corps enseignant peut développer cette réflexion par la critique de leur fonctionnement et une capacité d'évaluation et d'autoévaluation constructive (60). L'enseignant a ainsi un rôle de facilitateur de l'apprentissage (5, 26, 44). Ce séminaire est mené avec des jeux de rôles et des mises en situation avec feed-back, donc l'environnement mis en place par l'enseignant est favorable, ce qui aide les étudiants à développer un sentiment d'efficacité dans la consultation (45). Enfin, l'autre point important est que la construction de ces séminaires, comme tout enseignement de DES de MG a été

conçu en trois étapes : la planification, l'implantation, et l'évaluation de l'enseignement. Cette évaluation est nécessaire au bon fonctionnement de ce système d'enseignement (contenu de la formation et acteurs) afin de suivre l'action pédagogique, ce qui motive les enseignants (11, 12, 44). Il en découle ainsi une équité dans l'enseignement dispensé aux internes (61). Les enseignants formés de la même façon sont aptes à mener un séminaire d'une manière similaire, bien que chaque formation soit différente d'un groupe à l'autre puisque les étudiants présentent des jeux de rôles en cohérence avec leur personnalité, leur vision de la pratique et leurs expériences passées.

5.2.2 Un sentiment d'amélioration de la compétence en autoévaluation

D'après les résultats, plus de 70% des étudiants, pensent avoir amélioré leur compétence : « l'approche centrée sur le patient, la relation et la communication » en autoévaluation, pour au moins un des objectifs pédagogiques. Il semble donc licite d'affirmer que, cette formation, a favorisé l'apprentissage de cette compétence puisqu'il existe un sentiment d'acquisition d'au moins un des 5 objectifs pédagogiques traités dans ce séminaire. Cependant, un biais de confusion pourrait se détacher nettement: la dispense d'autres enseignements entre les deux consultations autoévaluées. Une formation dans leur stage hospitalier ou ambulatoire, ou une rencontre avec le tuteur avec discussion sur le séminaire et l'autoévaluation pourraient avoir un impact sur les résultats. De même, le module 5, « l'approche centrée sur le patient, la relation et la communication », est traité dans plusieurs GEAPI mais aucun d'entre eux n'est enseigné avant le séminaire 5, ceci diminuant ce biais. Par ailleurs, l'étude réalisée sur l'évaluation des formations facultaires révèle que les internes ont le sentiment d'avoir amélioré leurs compétences grâce aux formations théoriques, ce qui renforce nos résultats (62). Nous citerons Viau, pour qui la perception de sa compétence est « *une perception de soi par laquelle une personne, avant d'entreprendre une activité qui comporte un degré élevé*

d'incertitude quant à sa réussite, évalue ses capacités à l'accomplir de manière adéquate. » (63).

Globalement, il existe une évolution significative pour tous les objectifs pour les deux promotions. Cette formation facultaire ne semble donc pas souffrir de lacune particulière, tous les objectifs étant probablement abordés.

5.2.3 Des différences significatives pour des promotions comparables

Les populations de 2010 et 2011 sont sensiblement comparables puisqu'elles ont reçu le même schéma de formation, c'est-à-dire les mêmes enseignements avec une organisation identique. Cependant, l'évolution « après-avant » est statistiquement plus forte pour la promotion 2011 pour les 4 premiers objectifs, ce qui suggère, sans doute, que le séminaire s'est davantage centré sur ces objectifs pédagogiques. On est en droit d'espérer une évolution en 2011 puisque cette nouvelle structure d'enseignement a été mise en place en 2010. Les enseignants, par leur formation et la révision du déroulement du séminaire, ont pu s'améliorer d'eux-mêmes entrainant ainsi une modification positive de la formation facultaire. On peut également émettre l'hypothèse d'une promotion 2010 réticente aux changements d'enseignements et donc moins réceptive aux formations. Par ailleurs, la différence entre promotion, concernant l'objectif 5 « terminer l'entrevue » seulement, n'est pas significative, ce point ayant peut-être été abordé de la même façon d'une année sur l'autre. Enfin, nous n'avons pas d'explication quant aux résultats pour l'objectif 3 « construire une relation », qui bénéficie d'une meilleure autoévaluation initiale de la part de la promotion 2010, malgré une dispense d'enseignement identique.

5.2.4 Des résultats différents selon le nombre d'utilisation de la grille de Calgary-Cambridge

Les résultats mettent en avant une différence significative pour deux des objectifs et limite significative pour l'objectif 1 concernant la fréquence d'utilisation de la grille de CC. Cependant, comme nous l'avons noté dans la partie « Résultats », le nombre élevé d'utilisations de la grille influence favorablement le sentiment d'amélioration de la compétence. Nous avons déjà évoqué ce sujet en rapport avec la métacognition et sa « réflexion pendant l'action », permettant à l'étudiant de mieux structurer son entretien. Nous mettrons également l'accent sur l'effet de test, et sur l'utilisation d'une échelle de Likert à 4 niveaux permettant une appropriation de l'outil rapide au fil des pratiques de la grille.

5.2.5 Comparaison des résultats la grille de Calgary-Cambridge à ceux de l'évaluation du séminaire

Seuls les résultats concernant l'objectif 1 et le 5 sont pris en compte car significatifs pour le premier et limite significatifs pour le deuxième, donc interprétables. Les taux retrouvés pour les objectifs 1 et 5, sont positifs et proches de +0.2, ce qui signifie qu'il existe une relation proportionnelle entre les deux variables. Ce taux n'indique pas une relation intense entre les deux, mais on pourrait en dire que les résultats vont dans le même sens. En effet, la progression, subjective, sur les évaluations du séminaire, doit être plus importante que la progression, objective grâce à la méthode pré- et post-test, sur les grilles de CC, ou inversement. Ainsi, ceci met en évidence une cohérence peu importante, mais tout de même existante, entre les résultats des grilles concernant le différentiel des moyennes et les réponses à la question 4 de l'évaluation du séminaire, pour chacun des deux objectifs. Le reste des données est ininterprétable, car non significatif.

Il ressort de cette étude en cours sur les évaluations des formations facultaires, que la moyenne pour l'item « je pense avoir amélioré ma compétence à… » dans le cadre du séminaire 5, est supérieure à 4/6 (62). Si les résultats de notre étude sont peu cohérents, les évaluations des séminaires sont alors peu adaptées au jugement d'une amélioration de compétence subjective. C'est pourquoi, dans un but de certification, la subjectivité et l'unicité de cette évaluation ne sont pas suffisantes pour juger d'une quelconque acquisition, ce qui nécessite des évaluations multiples par de multiples évaluateurs, et donc l'élaboration de multiples outils d'évaluation. C'est ainsi que nous avons élaboré le présent outil d'un niveau 2 de Kirkpatrick.

5.2.6 Validité de l'outil d'évaluation

5.2.6.1 Validité interne

La preuve de la validité interne de l'outil a déjà été évoquée, la grille de CC étant le modèle de référence pour l'enseignement de la relation médecin-patient (51). La validité interne repose sur le coefficient de Cronbach. C'est un indice de l'homogénéité des items d'une échelle de mesure (64). De nombreuses études ont été réalisées avec, pour base, cette grille de CC, dont la validité a été reconnue maintes fois par le calcul du coefficient de Cronbach (51). Et sur ce postulat de validité reconnue de cette grille de CC, nous ne l'avons pas calculé pour notre étude, ce coefficient étant sensiblement identique pour chacune de ces études.

5.2.6.2 Validité externe

Par ailleurs, la validité externe de l'outil aborde entre autre la validité de « construit », la validité de contenu et la validité écologique (8).

- La validité de construit correspond à la concordance entre l'évaluation et le contexte dans lequel elle est établie : la grille de CC reprend le

déroulement d'une consultation qui est le support de notre étude. Respecter la validité de construit nécessite de déterminer les différentes composantes de la compétence ainsi que les interactions entre chacune d'entre elles, ce qui est le cas dans notre étude puisque la grille de CC reprend les différentes étapes d'un entretien en détaillant chaque point rassemblant ainsi toutes les composantes de la compétence relationnelle (8). On appuiera le fait que l'évaluation de la compétence est globale, c'est-à-dire qu'il ne s'agit pas d'une sommation de l'évaluation isolée de chaque composante de la compétence en question. La validité de construit est renforcée par l'autoévaluation qui donne des informations sur la perception que l'élève a de ses compétences et de leur contrôlabilité (8).

- La validité de contenu demande une congruence entre la situation d'évaluation et les items, ce qui est le cas puisque l'étudiant se place dans une situation de consultation. Cependant, l'outil doit aussi décrire de façon exhaustive une compétence et l'interaction de ses composantes, ce qui reste assez ambitieux pour un seul instrument (8). C'est pourquoi cet outil fait partie d'un ensemble d'outils d'évaluation destinés à évaluer la compétence de la relation médecin-patient comme nous le verrons plus tard.
- On évoque finalement le respect de la validité écologique qui indique le degré de ressemblance des conditions d'évaluation avec la future pratique médicale (8). Nous mettons, ainsi, en évidence le transfert des apprentissages par la méthode du pré et post-test (8).

5.3 La certification

5.3.1 La rétroaction : une nécessité pour renforcer l'apprentissage

Dans l'ensemble de la littérature, on retrouve cette notion très importante de rétroaction ou feed-back. Il s'agit d'une discussion, après l'action, de l'enseignant

avec l'étudiant, axée sur ses performances (41). Elle peut venir compléter une autoévaluation, pour s'assurer de l'acquisition de compétences par un évaluateur externe, sans pour autant la substituer. En effet, une autoévaluation seule reste clairement subjective. Selon Ericsson et al., la construction d'une compétence nécessite un travail acharné en terme de quantité et de qualité, ainsi qu'une rétroaction fréquente et de qualité (41, 45). Pour Eva et Regehr la rétroaction externe devrait être systématique aux vues des mauvaises performances d'autoévaluation, et pour Sargeant et al., c'est l'occasion de comparer les données recueillies par un évaluateur externe à celles perçues par l'étudiant (45). La rétroaction, en association avec l'autoévaluation, produit un effet synergique dans l'orientation des apprentissages modifiant ainsi les pratiques. En conclusion, on gardera l'idée qu'une autoévaluation est rentable dans le processus d'apprentissage lorsqu'elle est combinée à une rétroaction. En reprenant la définition de l'évaluation par Gardner en 1992, c'est un « *processus de recueil d'informations qui aura pour but de fournir une rétroaction significative à la personne évaluée.* » (8).

5.3.2 Vers une évaluation certifiante

5.3.2.1 Le modèle de Kirkpatrick

Plusieurs modèles d'évaluation des formations existent, mais celui de Kirkpatrick demeure prépondérant. Il permet d'évaluer l'efficacité des programmes de formation. Elaboré en 1959, il peut s'appliquer à de multiples champs mais il est surtout employé dans les entreprises (65). C'est un outil de choix, simplifié car il synthétise le processus complexe de l'évaluation des formations. C'est le modèle le plus utilisé par les professionnels de la formation mais aussi par les chercheurs travaillant sur l'évaluation des actions de formations (66).

Il se compose de 4 niveaux dont les 3 premiers qui concernent le stagiaire dans les entreprises et donc l'interne dans le cadre de la médecine (65, 66) :

- Le premier niveau s'attache au degré de satisfaction de l'étudiant concernant la formation elle-même, et porte sur plusieurs critères tels que les objectifs, le contenu, le matériel... Une réaction positive des participants apporte une légitimité à la formation, tandis que des commentaires négatifs, traduisant une absence de motivation, risquent de compromettre l'efficacité de la formation et donc l'existence de la formation. Ce niveau sera renseigné par des questionnaires post-formation remplis par les étudiants. Il n'est pas mesuré l'apprentissage des étudiants, et la qualité de la formation n'est pas assurée à ce niveau.

- Le deuxième niveau tient compte des apprentissages. Il donne une idée sur l'efficacité de la formation en évaluant les connaissances, les acquisitions des habiletés ou de compétences et les attitudes des internes en fonction des objectifs prédéfinis. Ainsi, aucune modification de comportement ne sera effective lors de la pratique si l'apprentissage est nul. Ceci est possible par l'intermédiaire de tests de performance (dont il est question dans notre étude) ou d'autres systèmes d'évaluation systématisée comme les examens. Une évaluation avant et après formation peut aider les enseignants à déterminer la quantité de connaissances acquises.
- Le troisième niveau s'octroie le droit d'évaluer l'impact du séminaire sur le changement de comportement s'effectuant par le transfert des apprentissages. Les acquisitions de connaissances, habiletés et compétences se retrouvent alors dans la pratique professionnelle. Il mesure l'atteinte des objectifs. Cette étape est réalisée par l'entremise de questionnaires ou des entretiens avant et à distance de la formation et plusieurs fois (1 ou 2 mois après la formation voire plus).

- Le quatrième niveau détermine les résultats. Il s'agit de mettre en évidence l'impact de la formation sur l'entreprise donc sur le rendement de la pratique médicale en termes de productivité, de réduction de coûts, de qualité, de chiffre d'affaire… Cette étape est rare en raison de la difficulté de sa réalisation. Elle varie selon les objectifs définis.

Tous ces niveaux sont hiérarchisés (figure 4). En effet, plus le niveau est haut plus cela aura de l'importance pour l'entreprise et donc pour la pratique médicale, d'autant plus qu'il existe un lien de causalité entre ces différents niveaux. Il n'y aura pas de résultat sans changement de comportement, ni de changement de comportement sans apprentissage, ni d'apprentissage sans appréciation de la formation (6).

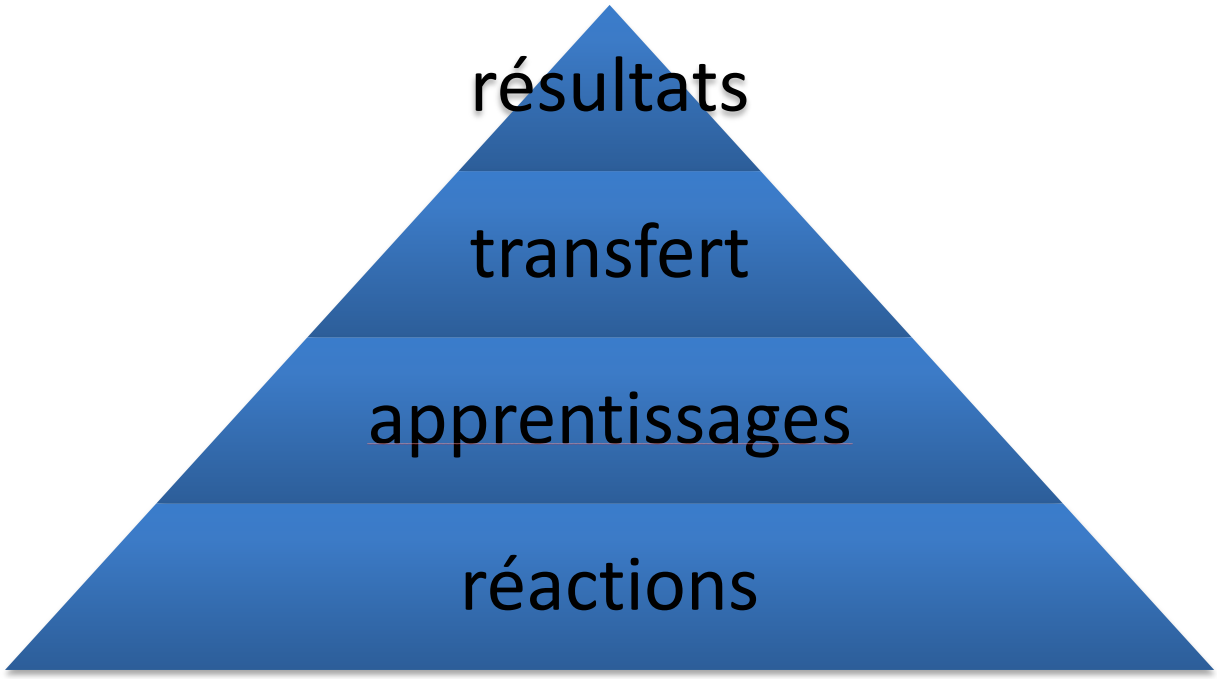


Figure 4. Le modèle de Kirkpatrick

Notons enfin que pour Kirkpatrick, l'élaboration d'un outil d'évaluation devra répondre à l'ensemble de ces 4 niveaux (6).

Jusqu'à présent, l'évaluation reposait sur des outils d'évaluation formative de niveau 1 de Kirkpatrick donc évaluant le degré de satisfaction des formations qui ont été mises en place, dans le but de modifier en retour la structure de cet enseignement.

Grâce à cette étude, nous avons introduit un nouvel outil d'évaluation d'un niveau 2 basé sur les apprentissages. Notre approche reste la plus adéquate, selon Kirkpatrick, car axée sur une autoévaluation avant et après la formation (6).

5.3.2.2 La certification

Le CNGE a produit un nouveau référentiel métier constitué de six compétences nécessaires à l'exercice de la médecine générale regroupant les onze compétences décrites par la WONCA (annexes 1 et 4). Elles peuvent être représentées par une marguerite avec une corolle, quatre pétales et un cœur (figure 5).

1. M1 premier recours et urgence,
2. M2 approche globale et complexité
3. M3 continuité et coordination des soins
4. M4 éducation à la santé, dépistage, prévention
5. M5 l'approche centrée sur le patient, la relation et la communication.
6. M6 le professionnalisme.

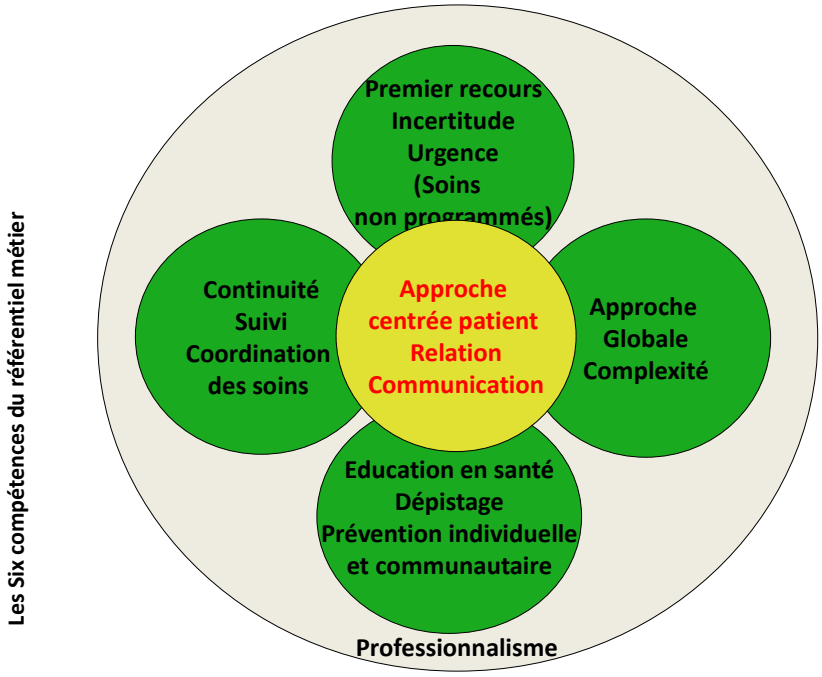


Figure 5. Les six compétences du référentiel métier.

Dans un contexte d'apprentissage par compétences, les coordonnateurs nationaux du DES de médecine générale se doivent de définir le nombre de compétences nécessaires à la validation d'un étudiant (44). Ils détermineront, de la même façon, des compétences exigées, obligatoires ou optionnelles (44). Ces compétences définies par le CNGE, à travers le référentiel métier, les méthodes d'évaluation utilisées ainsi que les mécanismes et les objectifs du concept de compétence devront être connues et acceptées par les étudiants dès leur entrée en troisième cycle (1). Grâce à une certification qui s'étendra sur les trois années d'internat, les étudiants pourront prendre conscience de leurs lacunes et s'initier à la réflexion sur leur pratique, ce que ne permettait pas une évaluation finale sanctionnante (1).

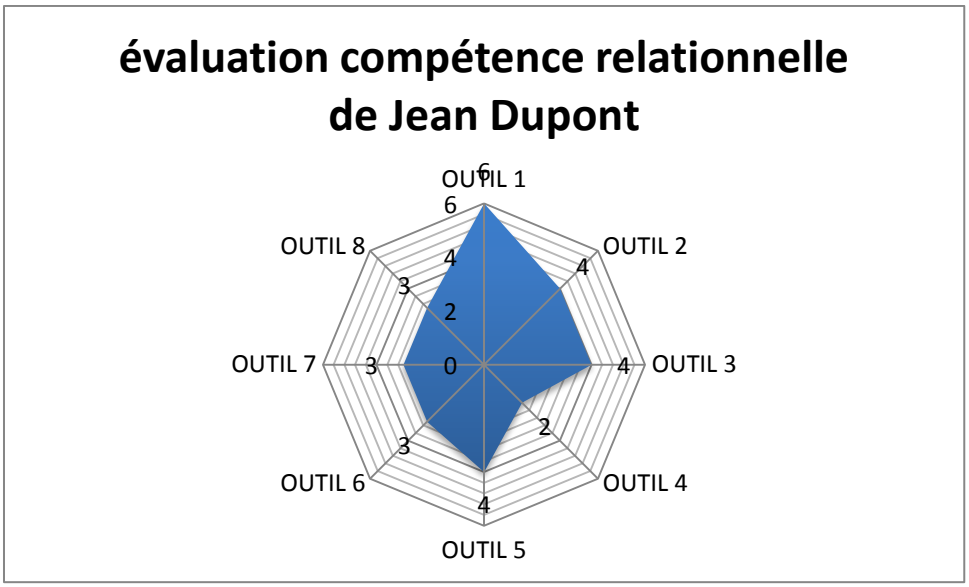
Par ailleurs, il est indispensable que les nombreux évaluateurs qui auront pour rôle de certifier un étudiant, soient formés et évalués sur leur capacité à évaluer un étudiant puisqu'il doivent porter un critère de jugement quant à la pertinence de la prise en charge (44).

Il est important de souligner que chaque enseignant peut être évaluateur et formateur, mais la perception de la compétence d'un étudiant à un moment donné ne sera que partielle, c'est pourquoi il est indispensable de multiplier les évaluations et les évaluateurs (8, 44). Ainsi, grâce à des outils d'évaluation formative, cette évaluation croisée constituera une bonne partie de l'évaluation certifiante.

L'objectif final de la formation du DES de médecine générale est l'autorisation d'exercer par la soumission à une expertise professionnelle. Dans ce cadre-là, l'autoévaluation est indispensable car elle met en jeu la démonstration par l'interne de ses capacités et ses apprentissages révélant une compétence. Un étudiant sera clairement compétent lorsqu'il pourra mobiliser ses ressources pour résoudre une majorité de problèmes de santé (44). Dans ce cas-là, les épreuves hors contexte réel ne semblent pas adaptées pour juger au mieux d'une compétence (44).

5.3.2.3 Perspective d'une consultation vidéo évaluée par un examinateur externe

Revenons à la compétence « relation médecin-patient ». Elle pourra être représentée graphiquement par une toile d'araignée (figure 6) avec les différents futurs outils d'évaluation qui permettront de porter un jugement global sur l'acquisition de la compétence (insuffisante, intermédiaire ou satisfaisante). Une évaluation dite formative, c'est-à-dire ayant une fonction diagnostique pour réguler les apprentissages, deviendra certifiante par introduction d'une mesure à interprétation critériée (44). On évaluera le niveau d'apprentissage par rapport aux objectifs d'un programme de formation et non par rapport à un groupe (5). Ceci permettra de diminuer la variabilité inter-évaluateurs rendant l'outil reproductible.



- Outil 1 : Grille de Calgary Cambridge en autoévaluation par l'interne avant et après le séminaire relation médecin patient (formation facultaire)
- Outil 2 : Grille de Calgary Cambridge : 3 évaluations minimum par 3 MSU différents lors de consultations en supervision directe
- Outil 3 : illustration et évaluation de cette compétence par le tuteur dans les RSCA
- Outil 4 : évaluation de cette compétence par un MSU ou le tuteur lors d'une consultation enregistrée en vidéo faite par l'interne,
- Outil 5 : illustration et évaluation de cette compétence par le tuteur dans les autres traces écrites du DDA
- Outil 6 : illustration et évaluation de cette compétence par le directeur de mémoire dans le DDR
- Outil 7 : évaluation du carnet d'autoévaluation par les MSU et le tuteur

Figure 6. Evaluation des compétences relationnelles de Jean Dupont.

Le but de notre étude est d'aboutir à une évaluation certifiante. Cela suppose un niveau 3 de Kirkpatrick. Ceci sera objectivé par un évaluateur externe (Maitre de Stage Universitaire, tuteur, enseignant…) sur une consultation enregistrée en vidéo (outil 4), permettant l'accès à un niveau 3 de Kirkpatrick. Ce procédé existe déjà au Québec dans le cadre des formations. Dans les Séminaires d'Entrevue Médicale-vidéo, l'étudiant choisit des extraits de bandes vidéo d'une consultation, sur lesquels il s'autoévalue à l'aide du guide de CC, et l'entretien avec l'enseignant se termine par une rétroaction avec un résumé des principaux messages-clefs (51). Lors du feedback, les perceptions de l'interne pourront être confrontées à celles de l'enseignant et la grille critériée permettra de juger de l'acquisition ou non de la compétence. Ainsi, l'évaluation répétée de situations authentiques et réelles, par plusieurs enseignants différents par des outils de jugement valides tels que des grilles critériées rendra cette évaluation certifiante (44).

Notons, enfin, que la vidéo présente en plus quelques avantages. Lors de plusieurs études, l'utilisation de cette technique a montré un bénéfice à court et long termes sur la qualité de la consultation médicale (67). Les médecins trouvent ce procédé agréable même si la pratique ne convient pas à certains médecins qui appréhendent parfois. De plus, c'est un moyen efficace pour s'entrainer à la communication avec le patient par une analyse de la relation médecin-patient, et elle offre une vue directe sur la consultation engrangeant l'apprentissage de stratégies de communication.

6. CONCLUSION

L'évaluation de la formation de la relation médecin-patient reposait jusqu'à présent sur l'évaluation du séminaire 5. La mise en place d'une autoévaluation avant et après formation, par l'intermédiaire de grilles de Calgary-Cambridge, prouve une amélioration du sentiment d'acquisition de la compétence correspondante et notre étude apporte une validité certaine à cet outil d'évaluation. Cependant, l'autoévaluation étant subjective, il ne peut certifier l'acquisition d'une compétence de l'interne. En revanche, il peut justifier d'un apprentissage. Il permet par ailleurs, de révéler les points faibles du séminaire en vue d'une amélioration de ceux-ci.

Le système d'enseignement du DES de MG et d'évaluation des internes est en pleine évolution. La certification devra être, par ailleurs, la base de la validation du DES. Les outils d'évaluation certifiante succèderont aux outils d'évaluation formative. C'est pourquoi, plusieurs outils d'évaluation formative des internes sont en cours d'élaboration. Le nombre d'outils d'évaluation associé aux évaluations répétées ainsi qu'aux multiples évaluateurs permettront la mise en place d'une évaluation certifiante qui se basera sur des grilles critériées.

7. BIBLIOGRAPHIE

1. Valy G. DES de médecine générale et certification : les attentes des résidents et des IMG… Exercer 2005 ; 74 :92-93.

2. Décret n°2004-67 du 16 janvier 2004 relatif à l'organisation du troisième cycle des études médicales (page consultée le 14/05/13). Disponible sur : http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000781658

3. Arrêté du 22 septembre 2004 fixant la liste et la réglementation des diplômes d'études spécialisées complémentaires de médecine (page consultée le 14/05/13). Disponible sur : http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000628897&dateTexte=&categorieLien=id

4. WONCA Europe. La définition européenne de la médecine générale-médecine de famille. 2002 (page consultée le 14/05/13). Disponible sur : http://dmg.medecine.univ-paris7.fr/documents/Cours/MG%20externes/woncadefmg.pdf

5. Jouquan J. L'évaluation des apprentissages des étudiants en formation médicale initiale. Pédagogie médicale 2002;3(1):38-52.

6. Kirkpatrick DL, Kirpatrick JD. Evaluating training programs: The four levels. 3e ed. San Francisco: Berrett-Koehler Publishers, 2009.

7. Jouquan J. L'évaluation des compétences professionnelles des futurs médecins : une exigence sociale et un enjeu pédagogique. Réanimation et Urgences 1998;7:611-3.

8. Tardif J. L'évaluation dans le paradigme constructiviste. In : Hivon R (ed). L'évaluation des apprentissages : réflexions, nouvelles tendance et formation. Sherbrooke : Editions de CRP, 1993 :27-56.

9. Jouquan J., Bail P. A quoi s'engage-t-on en basculant du paradigme d'enseignement vers le paradigme d'apprentissage ? Pédagogie médicale 2003;4:163-175.

10. Nguyen D-Q., Blais J-G. Approche par objectifs ou approche par compétences ? Repères conceptuels et implications pour les activités d'enseignement, d'apprentissage et d'évaluation au cours de la formation clinique. Pédagogie médicale 2007;8:232-51.

11. Bail P, Attali C, Chevallier P, et al. Certification : un cadre théorique pour étayer les orientations. Exercer 2005;74:83-85

12. Senand R, Bonnaud-Antignac A, Caillet D, et Goronflot L. L'extension de l'enseignement de la relation médecin/patient à l'apprentissage du professionnalisme est-elle possible? Exercer 2009;20(85):16-21.

13. Kozanitis A. Les principaux courants théoriques de l'enseignement. Bureau d'appui pédagogique école polytechnique [consulté le 14/05/13]. Disponible sur : http://www.polymtl.ca/bap/docs/documents/historique_approche_enseignement.pdf

14. Brahimi C. L'approche par compétences. Un levier de changement des pratiques en santé publique au Québec. Québec : Institut National de Santé Publique, 2011 [consulté le 14/05/13]. Disponible sur : http://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/1228_ApprocheCompetences.pdf

15. Skinner B.F. Science and human behavior. New-York: MacMillan Co, 1953.

16. Bloom B. Taxonomie des objectifs pédagogiques, vol 1 : domaine cognitif. Québec : presses de l'université du Québec, 1975.

17. Ausubel D., Novak, J., Hanesian, H. Educational Psychology: A Cognitive View (2nd Ed.), New York: Holt, Rinehart & Winston, 1978.

18. Gagné R-M. The conditions of learning, New York: Holt, Rinehart & Winston, 1965.

19. Lebrun M. Courants pédagogiques et technologies de l'éducation. 2007 [consulté le 14/05/13]. Disponible sur : http://www.ipm.ucl.ac.be/PluriOrigine/4.Courants.pdf

20. Tardif, J. Pour un enseignement stratégique. L'apport de la psychologie cognitive. Montréal, Québec : Logiques, 1992.

21. Piaget J. L'équilibration des structures cognitives. Paris: PUF, 1975.

22. Bruner, J. *Toward a Theory of Instruction.* Cambridge, MA: Harvard University Press, 1966.

23. Vygotsky L.S. Pensée et langage (1933). Paris : La dispute, 1997.

24. Tardif J., Fortier G., Préfontaine C. L'évaluation des compétences. Documenter le parcours de développement. Montréal : Chenelière-Éducation ; 2006.

25. Wiggins G. A true test: toward more authentic and equitable assessment. In: Phi Delta Kappa, 1989;703-714.

26. Kaufman DM. L'éducation centrée sur l'enseignant ou centrée sur l'apprenant: une fausse dichotomie. Pédagogie médicale 2002;3(3):145–147.

27. Knowles M. L'apprenant adulte : Vers un nouvel art de la formation. Paris : Les Éditions d'Organisation, 1990.

28. Legendre M-F. Lev Vygotsky et le socioconstructivisme en éducation. In : La pédagogie : théories pratiques de l'antiquité à nos jours. Montréal : Gaétan Morin Editeur, 2e édition, 2005.

29. Magnier AM, Beis JN, Ghasarossian C, et al. La Certification des médecins: une exigence sociale? Exercer 2005;74:76-81.

30. Chambefort C. La certification ou quelle validation pour le 3e cycle de médecine générale. La Revue du Praticien 2006 ;20:393-394.

31. Des Marchais J. Apprendre à devenir médecin, bilan d'un changement pédagogique centré sur l'étudiant. Sherbrooke, Canada : Presses de l'Université Sherbrooke, 1996.

32. Perrenoud P. L'approche par compétences, une réponse à l'échec scolaire ? Université de Genève, Faculté de psychologie et des sciences de l'éducation. In : AQPC Réussir au Collégial, Actes du colloque de l'association québécoise de pédagogie collégiale. Montréal, 2000.

33. Guillevic C. Psychologie du travail, Paris : Nathan, 1991.

34. Gillet P. Construire la formation : outils pour les enseignants et les formateurs, Paris : Presses Universitaires de France, 1991.

35. Tardif J. Le transfert des compétences analysé à travers la formation de professionnels. In : Meirieu P., Develay M., Durand C., Mariani Y. (dir). Le concept de transfert des connaissances en formation initiale et en formation continue. Lyon : centre régional de documentation pédagogique de l'Académie de Lyon, 1996,31-47.

36. Le Boterf G. Développer la compétence des professionnels. Paris : Editions d'organisation ; 2002.

37. Perrenoud P. Construire un référentiel de compétences pour guider une formation professionnelle. Université de Genève, Faculté de psychologie et des sciences de l'éducation, 2001.

38. Le Boterf G. Construire les compétences individuelles et collectives. Paris : Editions d'organisation, 2006.

39. Joannert P. Compétences et socioconstructivisme : un cadre théorique. Perspective en éducation et formation. Bruxelles : De Boeck, 2009.

40. Le Mauff P, et al. L'évaluation des compétences des internes de médecine générale. Exercer 2005 ;73 :63-69.

41. Côté L, Bélanger N. La rétroaction pédagogique en médecine : description et évaluation préliminaire d'un dispositif de formation sur internet pour les médecins cliniciens. Pédagogie Médicale 2009;10(1):29-39.

42. Schön DA. The reflective practitioner: How professionals think in action. New-York: Basic Books, 1983.

43. Campbell DT, Stanley JC. Experimental and quasi-experimental designs for research. Boston: Houghton Mifflin Company, 1966.

44. Attali C, Ghasarossian C, Bail P, et al. La certification de la compétence des internes de médecine générale: mode d'emploi. Exercer 2005;74:96-102.

45. 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;10(1):41-3.

46. Calhoun JG, Woolliscroft JO, Hockman EM, Wolf FM, Davis WK. Evaluating medical student clinical skill performance: relationships among self, peer, and expert ratings. Proc Annu Conf Res Med Educ 1984;23:205-210.

47. Lievin T, Fortin M, Millette B, Auberge A, De Korwin JD. L'entretien d'explicitation : une approche potentiellement féconde pour faciliter la supervision clinique des résidents. Pédagogie Médicale 2008;9(4): 221-233.

48. Kurtz SM, Silverman JD, Draper J. Teaching and Learning Communication Skills in Medicine (2nd edition). Abingdon (UK) : Radcliffe Medical Press (Oxford), 2004 (sous presse).

49. Silverman JD, Kurtz SM, Draper J. Skills for communicating with patients (2nd edition). Abingdon (U-K): Radcliffe Medical Press (Oxford), 2004 (sous presse).

50. Bourdy C, Millette B, Richard C, Lussier MT. Le guide Calgary-Cambridge de l'entrevue médicale – les processus de communication. In : Richard C, Lussier MT (éditeurs). La communication professionnelle en santé. Montréal, Canada : Les Éditions du Renouveaux Pédagogiques Inc., 2004 (sous presse).

51. Millette B, Lussier MT, Goudreau J. L'apprentissage de la communication par les médecins : aspects conceptuels et méthodologiques d'une mission académique prioritaire. Pédagogie médicale 2004;5(2):110-126.

52. Université du Québec A Chicoutimi. Evaluation de la qualité de l'enseignement. Dossier de présentation décanat des études de premier cycle. Mai 2010 [consulté le 14/05/13]. Disponible sur : http://www.uqac.ca/direction_services/depc/pdf/dossier_presentation.pdf

53. Chabot JM. Echelle de Likert: application pratique. Revue du Praticien 2005;55:1111-1112.

54. Gagné C, Godin G. Les théories sociales cognitives : guide pour la mesure des variables et le développement de questionnaire. Groupe de recherche sur les aspects psychosociaux de la santé, école des sciences infirmières, université Laval, 1999 [consulté le 14/05/13]. Disponible sur : http://www.godin.fsi.ulaval.ca/Fichiers/Rapp/Guide_mesure_variables.pdf.

55. Touzet S, Colin C. Interprétation d'une enquête épidémiologique. Types d'enquête, notion de biais, causalité. [consulté le 14/05/13]. Disponible sur : http://lmm.univ-lyon1.fr/internat/download/item72.doc.

56. Llorca G. Evaluation de l'efficacité pédagogique immédiate de deux méthodes classiques en formation médicale continue. Pédagogie médicale 2003;4(1):26-32.

57. Campbell E, Weeks C, Walsh R, Sanson-Fischer R. Training medical students in HIV/AIDS test coronselling: results of a randomized trial. Med Educ., 1996;30(2):134-41.

58. Ali J, Adam R, Pierre I, Bedaysie H, Josa D, Winn J. Comparison of performance 2 years after the old and new (interactive) ATLS courses. J Surg Res 2001;97:71-5.

59. Denef JF. Les nouvelles technologies de l'information et de la communication (NTIC) dans la formation médicale, au service de l'acquisition et au développement des compétences professionnelles. Pédagogie médicale 2001;2(1):42-50.

60. Chevallier P, et al. La certification des compétences des internes dans le modèle d'apprentissage : quelles implications pour les enseignants ? Exercer 2005;74:87-90.

61. Scallon G. L'évaluation des apprentissages dans une approche par compétences. Québec : Edition du renouveau pédagogique, 2004.

62. Mercier-Coubris D. Amélioration des formations théoriques basée sur un outil utilisant des évaluations étudiantes. [Thèse de Doctorat d'Université, Médecine]. Poitiers : Faculté de Médecine ; 2013.

63. Saba G. Fortunes et infortunes de Théophile de Viau, Histoire de la critique suivie d'une bibliographie. Paris : Editions Klincksieck, 1997.

64. Martineau G. Exploration des valeurs possibles du coefficient α de Cronbach. Revue des sciences de l'éducation 1982;3(1):135-143.

65. Dunberry A, Péchard C. L'évaluation de la formation de l'entreprise : état de la question et perspectives. 2007 [consulté le 14/05/13]. Disponible sur : http://www.cpmt.gouv.qc.ca/publications/pdf/RECHERCHE_T3_Dunberry_Pechard.pdf

66. Gilibert D, Gillet I. Revues des modèles en évaluation de formation : approches conceptuelles individuelles et sociales. Pratiques psychologiques 2010;16:217-238.

67. Beckman HB, Frankel RM. The use of videotape in internal medicine training. J Gen Intern Med 1994;9: 517-21.

8. ANNEXES

Annexe 1 : Les six compétences du CNGE

Les 6 grandes compétences professionnelles que nous certifions à l'issue du DES ont été publiées au plan national et européen :

Définition européenne de la Médecine Générale. Wonca 2002 consultable http://www.nice.cnge.fr/rubrique.php3?id_rubrique=2

Caractéristiques de la médecine générale médecine de famille. Wonca consultable :

Référentiel métier et compétences des médecins généralistes. Mission Evaluation des compétences professionnelles des métiers de la santé & Collège National des Généralistes Enseignants. Berger-Levrault Ed. Paris 2010

***Les 6 grandes compétences* :**

1- APPROCHE GLOBALE, PRISE EN COMPTE DE LA COMPLEXITE

Capacité à : Mettre en œuvre une démarche décisionnelle centrée patient selon un modèle global de santé (EBM , Engels…) quel que soit le type de recours de soins en Médecine Générale.

2- RELATION, COMMUNICATION , APPROCHE CENTREE PATIENT

Capacité à : Construire une relation avec le patient, son entourage, les différents intervenants de santé, ainsi que les institutionnels, en utilisant dans les différents contextes les habiletés communicationnelles adéquates, dans l'intérêt des patients.

3- EDUCATION, PREVENTION

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

4- CONTINUITE, COORDINATION, SUIVI

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

5- PREMIER RECOURS, URGENCES

Capacité à : prendre en charge des problèmes de santé, non sélectionnés , programmés ou non , selon les données actuelles de la science adaptés au contexte et aux possibilités du patient , quel que soit l'âge, le sexe, ou toutes autres caractéristiques de la personne concernée, en s'organisant pour une accessibilité (proximité , disponibilité , coût) optimale aux usagers.

6- PROFESSIONALISME

Capacité à : assurer l'engagement envers la société et à répondre à ses attentes de la réalisation d'une prise en charge de la santé privilégiant le bien être des patients par une pratique éthique et déontologique, d'améliorer ses compétences par une pratique réflexive dans le cadre de la médecine basée sur des faits probants.

Disponible sur :

http://www.nice.cnge.fr/IMG/pdf/8_-_Les_6_grandes_competences.pdf

Annexe 2 : **Grille de Calgary-Cambridge à 53 items en ligne**

Mode: Le nom du participant sera enregistré et affiché avec ses réponses

Pour chacun des items veuillez évaluer votre pratique (1=difficultés certaines, 2=quelques difficultés, 3=pratique facile, 4 maîtrise)

I- Débuter l'entrevue

1- Saluer le patient et lui demander son nom
2- Se présenter et préciser son rôle
3- Démontrer de l'intérêt et du respect et voir au confort de patient
4- Identifier et confirmer avec le patient sa liste de problèmes
5- Négocier l'agenda : fixe, avec l'accord du patient, l'agenda de la rencontre en tenant compte, à la fois, des besoins de ce dernier et des priorités cliniques.

II- Recueillir les informations

A- Recueillir les données cliniques : explorer les problèmes du patient

6- Encourage le patient à raconter l'histoire de son (ses) problème(s), du début jusqu'au moment présent, en ses propres mots (clarifiant pourquoi il consulte, maintenant)
7- Utilise la technique des questions ouvertes et fermées
8- L'écoute: Écoute attentivement, en permettant au patient de compléter ses phrases sans l'interrompre et en lui laissant du temps pour réfléchir avant de répondre ou pour continuer, s'il a fait une pause
9- Facilite, verbalement et non verbalement, les réponses du patient (par ex. : utilise des encouragements, le silence, la répétition, la paraphrase, l'interprétation)
10- Relève les indices verbaux et non verbaux (langage corporel, discours, expression faciale…); offre son interprétation au patient et vérifie si le patient est d'accord
11- Clarifie les énoncés du patient qui ne sont pas clairs ou qui nécessitent plus de détails (par ex.: « Pouvez-vous m'expliquer ce que vous voulez dire par tête légère ? »)
12- De façon périodique, fait des résumés de ce que le patient a dit pour valider la compréhension qu'il en a; invite le patient à corriger son résumé ou à fournir des informations supplémentaires
13- Établit la séquence temporelle des évènements depuis le début

B- Recueillir les informations: comprendre les perspectives du patient

14- Détermine activement et explore adéquatement : Les idées du patient (ses croyances sur les causes), ses préoccupations concernant chaque problème, ses attentes, les impacts
15- Encourage le patient à exprimer ses émotions

III-Structurer l'entrevue

16- Rendre explicite l'organisation de l'entrevue: Fait un résumé, à la fin d'un sujet, pour en confirmer la compréhension et pour être certain qu'aucune information importante n'a été oubliée avant de procéder à la prochaine étape
17- Rendre explicite l'organisation de l'entrevue : Progresse d'une section à l'autre de l'entrevue en annonçant verbalement les transitions; mentionne les raisons justifiant d'aborder la prochaine section
18- Prêter attention au déroulement de l'entrevue : Structure l'entrevue selon une séquence logique
19- Prêter attention au déroulement de l'entrevue : Est attentif au temps disponible et maintient l'entrevue ciblée sur les tâches à accomplir

IV-Construire la relation

20- Utiliser un comportement non-verbal approprié Affiche un comportement non verbal approprié: Contact visuel, expression faciale; Posture, position et mouvement ; Indices vocaux le débit, le volume, la tonalité
21- Utiliser un comportement non-verbal approprié : Si lecture, écriture de notes ou utilisation de l'ordinateur, le fait d'une façon qui n'interfère ni avec le dialogue, ni avec la relation
22- Utiliser un comportement non-verbal approprié : Affiche une confiance appropriée
23- Développer une relation chaleureuse et harmonieuse : Accueille les points de vue et émotions du patient; n'adopte pas une position de juge
24- Développer une relation chaleureuse et harmonieuse : Utilise l'empathie : reconnaît ouvertement les points de vue et émotions du patient et utilise le reflet pour communiquer sa compréhension et sa sensibilité
25- Développer une relation chaleureuse et harmonieuse: Exprime son intérêt, sa compréhension, sa volonté d'aider; reconnaît les efforts d'adaptation et les démarches appropriées d'« auto-soin » de son patient
26- Développer une relation chaleureuse et harmonieuse : Agit avec délicatesse lors de la discussion de sujets embarrassants et troublants, en présence de douleurs physiques et durant l'examen physique
27- Associer le patient à la démarche clinique : Partage ses réflexions cliniques avec le patient pour encourager sa participation

28- Associer le patient à la démarche clinique : Explique les raisons pour les questions ou les parties de l'examen physique qui pourraient paraître, du point de vue du patient, non conséquentes
29- Associer le patient à la démarche clinique: Durant l'examen physique, explique le déroulement, demande la permission

V-Expliquer et planifier

30- Fournir la quantité et le type adéquats d'information : Fournit l'information par portions gérables et vérifie la compréhension du patient ; utilise les réponses du patient comme guide pour adapter ses explications
31- Évalue les connaissances du patient : Avant de donner de l'information, s'enquiert des connaissances préalables du patient; s'informe de l'étendue de ce que le patient souhaite savoir
32- Demande au patient quelles autres informations seraient utiles (par ex. : l'étiologie, le pronostic)
33- Donne l'information à des moments appropriés : Évite de donner prématurément des conseils
34- Aider le patient à retenir et comprendre les informations, Organise les explications : Divise l'information en parties logiquement organisées
35- Utilise des catégories explicites; annonce les changements de thème (par ex. : « Il y a trois sujets importants dont j'aimerais discuter avec vous, soit premièrement…». « Maintenant, abordons… »)
36- Utilise la répétition et les résumés pour renforcer l'information
37- Utilise un langage concis, facile à comprendre et adapté au niveau de langage du patient, évite le jargon médical ou du moins l'explique
38- Utilise des aides visuelles pour transmettre l'information : Diagrammes, modèles, informations ou instructions écrites (dépliants)
39- Vérifie la compréhension du patient au sujet de l'information donnée (ou des plans élaborés) : par ex., en demandant au patient de dire dans ses propres termes ce qu'il a retenu; clarifie si nécessaire
40- Arriver à une compréhension partagée : intégrer la perspective du patient, Relie ses explications aux opinions du patient sur ses malaises : Fait le lien avec les idées, préoccupations et attentes préalablement exprimées par le patient
41- Fournit au patient des opportunités pour participer et l'encourage à contribuer : l'incite à poser des questions, à demander des clarifications, à exprimer ses doutes; y répond adéquatement
42- Relève les indices verbaux et non verbaux: Par ex. : détecte que le patient veut prendre la parole pour fournir de l'information ou poser des questions; est sensible aux signes de surcharge et attentif aux indices d'inconfort
43- Fait exprimer au patient ses croyances et ses émotions en lien avec les informations données et les termes utilisés; les reconnaît et y répond au besoin
44- Planifier prise de décision partagée, Partage ses réflexions cliniques lorsque approprié : idées, processus de pensée, dilemmes

45- Implique le patient : Offre des suggestions et des choix plutôt que des directives, Encourage le patient à partager ses propres idées, suggestions
46- Explore les différentes options d'action
47- S'assure du niveau d'implication souhaité par le patient dans les décisions à prendre
48- Discute d'un plan mutuellement acceptable : signale sa position ou ses préférences au sujet des options disponibles, détermine les préférences du patient
49- Vérifie avec le patient : s'il est d'accord avec le plan, si l'on a répondu à ses préoccupations

VI-Terminer l'entrevue

50- Planifier les prochaines étapes : Conclut une entente avec le patient au sujet des prochaines étapes pour le patient et pour le médecin
51- Prévoit un « filet de sécurité », en expliquant les résultats inattendus possibles, quoi faire si le plan ne fonctionne pas, quand et comment demander de l'aide
52- Préparer la fin de l'entrevue : Résume la session brièvement et clarifie le plan de soins
53- Vérifie, une dernière fois, que le patient est d'accord et confortable avec le plan proposé et demande s'il n'y a aucune correction, question ou autres items à discuter.

<u>Annexe 3</u> : Questionnaire d'évaluation du séminaire 5 en ligne

Mode: Le nom du participant sera enregistré et affiché avec ses réponses
Evaluez chacun des items (1 : pas du tout d'accord, 2 : pas d'accord, 3 : plutôt pas d'accord, 4 : plutôt d'accord, 5 : d'accord, 6 : tout à fait d'accord).

QUESTIONS MATERIELLES :

L'installation a facilité la communication

L'animation a favorisé ma participation

Les documents présentés ou reçus sont pertinents

Les interventions des enseignants étaient pertinentes

OBJECTIF 1 : Débuter l'entrevue.

L'objectif annoncé a été respecté

Il est pertinent pour ma formation DES de MG

La méthode pédagogique utilisée a facilité ma compréhension

Je pense avoir amélioré ma compétence à débuter l'entrevue

OBJECTIF 2 : Recueillir l'information

L'objectif annoncé a été respecté

Il est pertinent pour ma formation DES de MG

La méthode pédagogique utilisée a facilité ma compréhension

Je pense avoir amélioré ma compétence à recueillir l'information

OBJECTIF 3 : Construire une relation.

L'objectif annoncé a été respecté

Il est pertinent pour ma formation DES de MG

La méthode pédagogique utilisée a facilité ma compréhension

Je pense avoir amélioré ma compétence à construire une relation

OBJECTIF 4 : Expliquer et planifier

L’objectif annoncé a été respecté

Il est pertinent pour ma formation DES de MG

La méthode pédagogique utilisée a facilité ma compréhension

Je pense avoir amélioré ma compétence à expliquer et planifier

OBJECTIF 5 : Terminer l'entrevue

L’objectif annoncé a été respecté

Il est pertinent pour ma formation DES de MG

La méthode pédagogique utilisée a facilité ma compréhension

Je pense avoir amélioré ma compétence à terminer l'entrevue

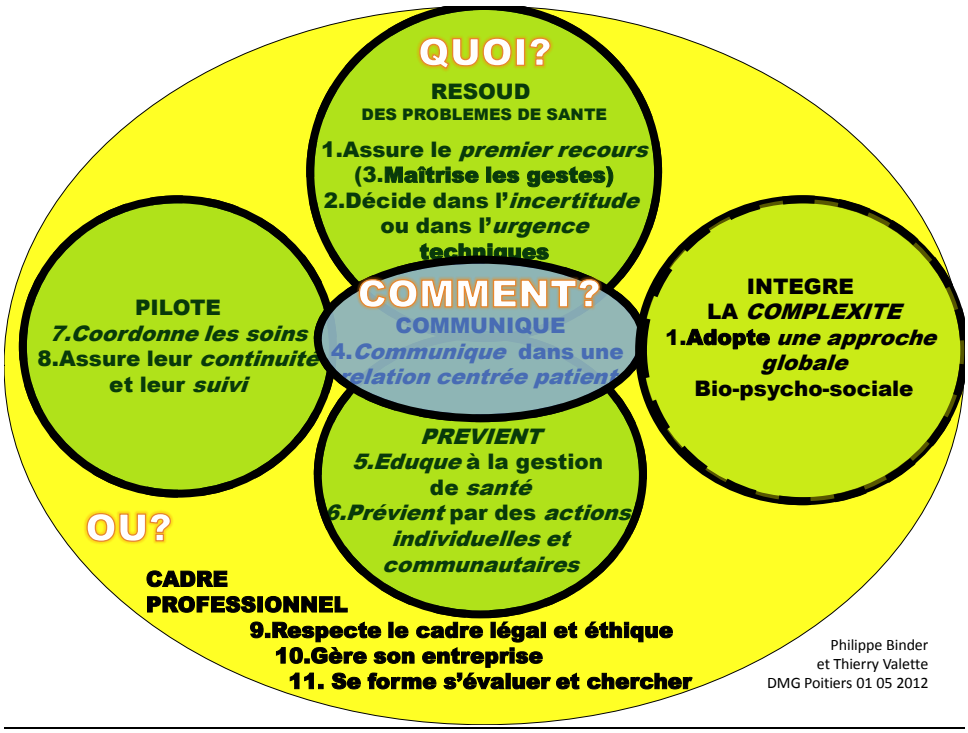
Points forts :

Points faibles :

<u>Annexe 4</u> : Les onze compétences de la WONCA en médecine générale

1. (M2) Adapter son raisonnement et ses décisions au contexte des soins primaires pour résoudre efficacement des problèmes de santé : Adapter son raisonnement et ses décisions au contexte des soins primaires pour résoudre efficacement des problèmes de santé :
    - gérer successivement ou simultanément des problèmes de santé multiples et divers (problème aigus /chroniques, population non sélectionnée)
    - tenir compte de la faible prévalence des pathologies caractérisées et du stade souvent précoce des maladies
    - adopter une approche centrée sur la personne pour une prise en charge globale bio-psycho-sociale, dans le cadre d'une démarche EBM
2. (M1) Prendre une décision adaptée en situation d'incertitude / d'urgence
3. (M1) Exécuter avec sécurité les gestes techniques les plus fréquents et utiles en médecine générale ambulatoire
4. (M5) Communiquer de façon appropriée avec le patient et son entourage (mener un entretien, informer, négocier, tenir compte de ses émotions et de celles du patient…)
5. (M3) Éduquer le patient à la gestion de sa santé et de sa maladie
6. (M3) Entreprendre des actions de santé publiques (prévention, dépistage, recueil épidémiologique, participation à une recherche)
7. (M4) Travailler en équipe et/ou en réseau lors de situations complexes, aigues et chroniques. Coordonner les soins autour du patient addictions, fin de vie, maintien à domicile…)
8. (M4) Assurer le suivi au long cours et la continuité des soins lors des problèmes et pathologies les plus fréquentes en médecine générale. (enfants et adolescent, les femmes, les hommes, les personnes âgées…)
9. (M6) Appliquer les dispositions réglementaires dans le respect des valeurs éthiques (dispositions médico-légales, médico-administratives, déontologiques)
10. (M6) Assurer la gestion de l'entreprise médicale (fiscalité, comptabilité, organisation, informatique, dossier médical…)
11. (M6) Entretenir ses compétences : évaluer sa pratique, organiser et maintenir sa formation professionnelle.

<u>Corrélation 6 compétences du référentiel et 11 compétences de la WONCA :</u>



9. RESUME

Contexte : Depuis 2011, nous avons mis en place une restructuration du système d'enseignement du Diplôme d'Etudes Spécialisées de médecine générale à Poitiers. La certification d'un étudiant, donnant le droit d'exercer sa profession, nécessite la validation des six compétences transversales issues du Référentiel Métier du Comité National des Généralistes Enseignants. Pour ce faire, il est indispensable d'élaborer de nouveaux outils d'évaluation des formations, qui seront axés sur cet apprentissage par compétences, et qui seront destinés à évaluer les étudiants à terme.

Objectifs : Amélioration de la formation théorique « relation médecin-patient par la mesure du sentiment d'acquisition de compétence auprès des internes de médecine générale ; et mise en évidence des lacunes de l'enseignement du séminaire et de la cohérence entre le sentiment des étudiants concernant l'amélioration de la compétence après formation et le réel sentiment d'amélioration de la compétence sur une autoévaluation de consultation.

Méthode : Notre étude prospective a reposé sur l'autoévaluation de deux promotions d'internes par l'intermédiaire d'une grille de Calgary-Cambridge avec une échelle de Likert à 4 niveaux. Ils ont choisi une consultation vécue, avant et après le séminaire. Les données ont été recueillies via l'Environnement Numérique de Travail de Poitiers et leur traitement a permis de visualiser la progression éventuelle des étudiants.

Résultats : Plus de 70% des répondants se sont sentis validés pour la compétence relationnelle, et il est ressorti des différences significatives entre les deux promotions, en cours d'étude. La formation ne présente pas de lacune particulière et il existe une cohérence entre le sentiment d'amélioration de la compétence théorique et en autoévaluation.

Conclusion : Notre outil d'évaluation a montré une bonne validité, et a mis en évidence, du fait de l'enseignement facultaire, un sentiment d'amélioration de compétence. Ainsi, nous avons franchi l'une des étapes nécessaires au processus de certification des étudiants.

Mots clés : Evaluation, compétences, enseignement, séminaire, formation, internes, médecine générale, Calgary-Cambridge.

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

Contexte : Depuis 2011, nous avons mis en place une restructuration du système d'enseignement du Diplôme d'Etudes Spécialisées de médecine générale à Poitiers. La certification d'un étudiant, donnant le droit d'exercer sa profession, nécessite la validation des six compétences transversales issues du Référentiel Métier du Comité National des Généralistes Enseignants. Pour ce faire, il est indispensable d'élaborer de nouveaux outils d'évaluation des formations, qui seront axés sur cet apprentissage par compétences, et qui seront destinés à évaluer les étudiants à terme.

Objectifs : Amélioration de la formation théorique « relation médecin-patient par la mesure du sentiment d'acquisition de compétence auprès des internes de médecine générale ; et mise en évidence des lacunes de l'enseignement du séminaire et de la cohérence entre le sentiment des étudiants concernant l'amélioration de la compétence après formation et le réel sentiment d'amélioration de la compétence sur une autoévaluation de consultation.

Méthode : Notre étude prospective a reposé sur l'autoévaluation de deux promotions d'internes par l'intermédiaire d'une grille de Calgary-Cambridge avec une échelle de Likert à 4 niveaux. Ils ont choisi une consultation vécue, avant et après le séminaire. Les données ont été recueillies via l'Environnement Numérique de Travail de Poitiers et leur traitement a permis de visualiser la progression éventuelle des étudiants.

Résultats : Plus de 70% des répondants se sont sentis validés pour la compétence relationnelle, et il est ressorti des différences significatives entre les deux promotions, en cours d'étude. La formation ne présente pas de lacune particulière et il existe une cohérence entre le sentiment d'amélioration de la compétence théorique et en autoévaluation.

Conclusion : Notre outil d'évaluation a montré une bonne validité, et a mis en évidence, du fait de l'enseignement facultaire, un sentiment d'amélioration de compétence. Ainsi, nous avons franchi l'une des étapes nécessaires au processus de certification des étudiants.

Mots clés : Evaluation, compétences, enseignement, séminaire, formation, internes, médecine générale, Calgary-Cambridge.