

Université de Poitiers

Faculté de Médecine et Pharmacie

ANNEE 2014

Thèse n°

THESE

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

présentée et soutenue publiquement
le 18 décembre 2014 à Poitiers
par **Marie MUNGRA**

Ressenti des maîtres de stage universitaire en médecine générale de Poitou-Charentes sur la présentation d'une trace d'apprentissage sous forme de carte conceptuelle par leur interne.

Enquête auprès de 11 maîtres de stage universitaire par entretiens semi-dirigés

COMPOSITION DU JURY

Président : Monsieur le Professeur GOMES DA CUNHA José

Membres : Monsieur le Professeur JAAFARI Nematollah
Monsieur le Professeur MENU Paul
Monsieur le Professeur MORICHAU-BEAUCHANT Michel

Directeur de thèse : Monsieur le Docteur ARCHAMBAULT Pierrick

Université de Poitiers

Faculté de Médecine et Pharmacie

ANNEE 2014

Thèse n°

THESE

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

présentée et soutenue publiquement
le 18 décembre 2014 à Poitiers
par **Marie MUNGRA**

Ressenti des maîtres de stage universitaire en médecine générale de Poitou-Charentes sur la présentation d'une trace d'apprentissage sous forme de carte conceptuelle par leur interne.

Enquête auprès de 11 maîtres de stage universitaire par entretiens semi-dirigés

COMPOSITION DU JURY

Président : Monsieur le Professeur GOMES DA CUNHA José

Membres :
Monsieur le Professeur JAAFARI Nematollah
Monsieur le Professeur MENU Paul
Monsieur le Professeur MORICHAU-BEAUCHANT Michel

Directeur de thèse : Monsieur le Docteur ARCHAMBAULT Pierrick

Le Doyen,

Année universitaire 2014 - 2015

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 (**en disponibilité 1 an à compter de janvier 2014**)
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. DEBAENE Bertrand, anesthésiologie réanimation
12. DEBIAIS Françoise, rhumatologie
13. DROUOT Xavier, physiologie
14. DUFOUR Xavier, Oto-Rhino-Laryngologie
15. EUGENE Michel, physiologie (**surnombre jusqu'en 08/2016**)
16. FAURE Jean-Pierre, anatomie
17. FRITEL Xavier, gynécologie-obstétrique
18. GAYET Louis-Etienne, chirurgie orthopédique et traumatologique
19. GICQUEL Ludovic, pédopsychiatrie
20. GILBERT Brigitte, génétique
21. GOMBERT Jean-Marc, immunologie
22. GOUJON Jean-Michel, anatomie et cytologie pathologiques
23. GUILHOT-GAUDEFFROY François, hématologie et transfusion
24. GUILLET Gérard, dermatologie
25. GUILLEVIN Rémy, radiologie et imagerie médicale
26. HADJADJ Samy, endocrinologie et maladies métaboliques
27. HAUET Thierry, biochimie et biologie moléculaire
28. HERPIN Daniel, cardiologie
29. HOUETO Jean-Luc, neurologie
30. INGRAND Pierre, biostatistiques, informatique médicale
31. IRANI Jacques, urologie
32. JABER Mohamed, cytologie et histologie
33. JAAFARI Nematollah, psychiatrie d'adultes
34. JAYLE Christophe, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
35. KARAYAN-TAPON Lucie, cancérologie
36. KEMOUN Gilles, médecine physique et réadaptation (**en détachement 2 ans à compter de janvier 2014**)
37. KITZIS Alain, biologie cellulaire
38. KRAIMPS Jean-Louis, chirurgie générale
39. LECRON Jean-Claude, biochimie et biologie moléculaire
40. LEVARD Guillaume, chirurgie infantile
41. LEVEZIEL Nicolas, ophtalmologie
42. LEVILLAIN Pierre, anatomie et cytologie pathologiques
43. MACCHI Laurent, hématologie
44. MARECHAUD Richard, médecine interne
45. MAUCO Gérard, biochimie et biologie moléculaire
46. MEURICE Jean-Claude, pneumologie
47. MIGEOT Virginie, santé publique
48. MILLOT Frédéric, pédiatrie, oncologie pédiatrique
49. MIMOZ Olivier, anesthésiologie - réanimation
50. MORICHAU-BEAUCHANT Michel, hépato-gastro-entérologie
51. NEAU Jean-Philippe, neurologie
52. ORIOT Denis, pédiatrie
53. PACCALIN Marc, gériatrie
54. PAQUEREAU Joël, physiologie
55. PERAULT Marie-Christine, pharmacologie clinique
56. PERDRISOT Rémy, biophysique et médecine nucléaire
57. PIERRE Fabrice, gynécologie et obstétrique
58. POURRAT Olivier, médecine interne
59. PRIES Pierre, chirurgie orthopédique et traumatologique
60. RICCO Jean-Baptiste, chirurgie vasculaire
61. RICHER Jean-Pierre, anatomie
62. RIGOARD Philippe, neurochirurgie
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 (**surnombre jusqu'en 08/2017**)
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

Maîtres de Conférences des Universités-Praticiens Hospitaliers

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

Professeur des universités de médecine générale

GOMES DA CUNHA José

Professeurs associés de médecine générale

BINDER Philippe
VALETTE Thierry

Maîtres de Conférences associés de médecine générale

BIRAULT François
BOUSSAGEON Rémy
FRECHE Bernard
GIRARDEAU Stéphane
GRANDCOLIN Stéphanie
PARTHENAY Pascal
VICTOR-CHAPLET Valérie

Enseignants d'Anglais

DEBAIL Didier, professeur certifié
PERKINS Marguerite, maître de langue étrangère

Professeurs émérites

1. DORE Bertrand, urologie (08/2016)
2. FAUCHERE Jean-Louis, bactériologie – virologie (08/2015)
3. GIL Roger, neurologie (08/2017)
4. MAGNIN Guillaume, gynécologie-obstétrique (08/2016)
5. MARCELLI Daniel, pédopsychiatrie (08/2017)
6. MENU Paul, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire (08/2017)

Professeurs et Maîtres de Conférences honoraires

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

REMERCIEMENTS

À Monsieur le Professeur GOMES DA CUNHA

Vous nous faites l'honneur de présider ce jury de thèse. Nous vous en remercions.

À Monsieur le Professeur JAAFARI

Vous avez accepté de participer à ce jury de thèse. Nous vous en remercions sincèrement.

À Monsieur le Professeur MENU

Je vous remercie pour l'intérêt que vous portez à ce travail de thèse.

À Monsieur le Professeur MORICHAU-BEAUCHANT

Vous nous faites un grand honneur de participer à ce jury de thèse. Veuillez trouver ici l'expression de ma sincère gratitude.

À Monsieur le Docteur ARCHAMBAULT

Je te remercie pour ta disponibilité malgré le travail et la distance, ton immense patience et tes précieux conseils. J'ai été très heureuse de contribuer à cette recherche sur les cartes conceptuelles, qui te tient tant à cœur depuis tant des années.

À Monsieur le Docteur GIRARDEAU

Je te remercie pour tes précieux conseils tout au long de ce travail de thèse ainsi que lors de la présentation de mon dossier d'apprentissage.

Aux médecins généralistes qui ont participé à l'étude

Nous vous remercions pour votre aide précieuse. Vous nous avez accueilli chaleureusement au sein de vos cabinets malgré vos obligations par ailleurs.

Aux internes en médecine général qui ont participé à l'étude

Un grand merci et un grand bravo à tous les internes qui ont participé à la thèse. Sans vous, ce travail était impossible. Nous vous avons demandé un investissement personnel important. Vous avez répondu présent à l'atelier et vous avez réalisé le travail demandé consciencieusement. Nous vous souhaitons beaucoup de succès dans vos futures carrières.

À mes maîtres de stage lors de mon internat

Vous m'avez aidé dans la prise en charge médicale de mes patients. Mais vous m'avez surtout aidé à forger en moi la personnalité nécessaire pour exercer mon métier avec de la rigueur mais aussi dans le respect, l'humilité et la bienveillance.

À mes enseignants en médecine

Je vous remercie pour la formation de qualité auquel j'ai bénéficié pendant de longues années. Vous m'avez encouragé dans mes convictions à exercer ce métier formidable. Je vous remercie pour votre écoute et votre sensibilité qui me vont droit au cœur.

À toutes les personnes venues me voir comme patients,

Je continuerai de donner le meilleur de moi-même et d'être à votre écoute. Car je n'oublie pas que vous êtes les meilleurs enseignants.

À mon mari, collaborateur pour cette étude et bientôt futur papa, Manishyam

Je te remercie pour TOUT !

À mes grands-parents

J'ai de la chance d'avoir quatre grands-parents exceptionnels, qui m'ont enrichi de leurs expériences. Merci Huguette et Simone, mes deux grand-mères si différentes, mais si complémentaires. Merci Francis pour tout ce que tu as apporté à la famille, malgré la maladie. Merci Eugène, même si je ne t'ai pas connu, pour l'aide que tu apportes encore à beaucoup de personnes à travers tes recherches en sophrologie.

À mes parents Annie et Bernard, ma sœur Claire et mon frère Vincent

Je suis si fière d'être votre fille et votre sœur ! Nous formons une famille unique et unie. Papa, maman, vous nous avez démontré à travers vos vies, que l'amour et l'attention pour les autres est ce qu'il y a de plus important au monde.

À mes beaux-parents Tara et Mohit, et à ma belle-famille

Merci pour votre présence malgré ces longues distances qui nous séparent, votre soutien. Du fond du cœur, je vous souhaite beaucoup de bonheur.

À mes amis et futurs associés, Claire et Arnaud

Nous sommes très heureux de vous connaître et nous nous émerveillons tous les jours de votre engagement dans votre métier, de votre bonne humeur et de votre dynamisme.

À mes amis et notamment à ceux du « club des anciens »

Je vous remercie d'avoir été à mes côtés pendant toutes ces années. Nos chemins se sont séparés mais vous aurez toujours une place dans mon cœur. Je vous souhaite beaucoup de succès et de bonheur dans vos vies personnelles et professionnelles.

À tous les êtres que je croise sur mon chemin et qui m'enseignent la vie : Merci !

ABBREVIATIONS

CC : Carte conceptuelle

CEFES : Centre d'Étude et de Formation pour l'Éducation Spécialisée

CNGE : Collège National des Généralistes Enseignants

DDA : Dossier d'Apprentissages

DES : Diplôme d'Études Spécialisées

DMG : Département de Médecine Générale

DIU : Diplôme Inter-Universitaire

ENT : Espace Numérique de Travail

GEAPI : Groupe d'Échange et d'Analyse des Pratiques pour les Internes

IMG : Interne en Médecine Générale

MSU : Maître de Stage Universitaire

RSCA : Récit de Situation clinique Complexe et Authentique

SASPAS : Stage Ambulatoire en Soins Primaires en Autonomie Supervisée

TA : Trace d'apprentissage

VUE : Visual Understanding Environment

TABLE DES MATIERES

I-Introduction

I.1-Qu'est-ce qu'une carte conceptuelle ?

I.2-Apprentissage par compétences

I.2.1- Définition de compétences

I.2.2- Les familles des situations

I.2.3- La Marguerite des compétences

I.2.4- Acquisition des compétences

I.3-L'évaluation des compétences

I.3.1- Buts de l'évaluation

I.3.2- Rôle des enseignants en médecine générale

I.3.3- Situations d'enseignement des IMG

I.4-Les cartes conceptuelles : un outil pour l'évaluation des compétences

I.4.1- Qualité d'un outil d'évaluation des compétences

I.4.2- Utilisation des cartes de compétences dans l'enseignement

I.4.3- Traces d'apprentissage

I.4.4- Plus la validité d'un outil augmente, plus leur faisabilité diminue

I.5-Notre étude

I.5.1- Le ressenti des MSU

I.5.2- Conformité avec la pédagogie des études de médecine générale

I.5.3- Perspectives

II - Matériel et Méthodes

II.1- Étude

II.1.1- Étude descriptive qualitative

II.1.2- Tronc commun avec une réalisée en parallèle

II.2- Population

II.2.1 – Rôle des IMG et des MSU

II.2.1.1- Rôle des IMG

II.2.1.2-Rôle des MSU

II.2.2 – Nombre de sujets nécessaires

II.2.3 – Critères d'inclusion

II.1.2.3.1- Des IMG

II.1.2.3.2- Des MSU

II.3– Méthode

II.3.1 – Sélection et procédure de recrutement des binômes MSU-IMG

II.3.1.1- Pré-sélection des IMG

II.3.1.2- Sélection et recrutement des MSU

II.3.1.2.1-Recrutement des MSU

II.3.1.2.2- Récupération des coordonnées

II.3.1.2.3- Envoi des demandes de participation

II.3.1.2.4- Réception de l'accord/refus de participation

II.3.1.3- Recrutement des IMG (étude 1)

II.3.1.3.1- Récupération des coordonnées

II.3.1.3.2- Envoi des demandes de participation

II.3.1.3.3- Réception des l'accord/refus de participation

II.3.1.3.4- Procédures en cas de refus

II.3.1.4- Procédure en cas de refus de participation

II.3.2 – Atelier de formation aux cartes conceptuelles pour les IMG

II.3.2.1- Étapes de la formation

II.3.2.2- Choix du logiciel

II.3.2.3- Lieu de formation

II.3.2.4- Organisation et déroulement de la formation

II.3.2.4.1- Durée

II.3.2.4.2- Rôle des animateurs

II.3.2.5-Consignes données à la fin de l'atelier de formation

II.3.2.5.1- Pour la présentation de la carte conceptuelles au MSU

II.3.2.5.2- Pour les entretiens individuels

II.3.3 – Entretiens individuels avec les MSU

II.3.3.1- Réalisation d'un canevas d'entretiens

II.3.3.2- Programmation des entretiens avec les MSU

II.3.3.3- Enregistrement et retranscription des entretiens

II.3.4 – Analyse thématique transversale des verbatims

II.3.4.1- Système de codage

II.3.3.2- Analyse thématique transversale

III - Résultats

III.1- Description de l'échantillon

III.1.1- Population finale

III.1.1.1- Les internes en médecine générale (IMG)

III.1.1.2- Les maîtres de stage universitaires (MSU)

III.1.2- Atelier de formation aux cartes conceptuelles

III.1.3– Entretiens individuels

III.2- Premier objectif : Ressenti des MSU par rapport à la présentation d'une trace d'apprentissage sous forme de carte conceptuelle par leur IMG

III.2.1 – Ressenti positif

III.2.1.1- Satisfaction

III.2.1.2- Clarté de la présentation:

III.2.2 – Ressenti négatif

III.2.2.1- Frustration

III.2.2.2- Outil trop technique ou complexe

III.3- Objectifs secondaires

III.3.1 - Apports des cartes conceptuelles d'après les MSU

III.3.1.1- La forme

III.3.1.1.1- Forme graphique

III.3.1.1.1.1- Accessibilité

➔ Plus accessible

➔ Moins accessible

➔ Des réserves sur l'accessibilité

III.3.1.1.1.2- Niveau de synthèse

➔ Pas assez synthétique

➔ Niveau de synthèse correct

➔ Trop synthétique

III.3.1.1.2- Forme informatique

➔ Pratique et moderne

➔ Évolutive

III.3.1.2- Le contenu

III.3.1.2.1- Outil de présentation de cas clinique

- ➔ Bon outil
- ➔ Failles de l'outil
- ➔ Outil non adapté

III.3.1.2.2- Outil de guidance lors des rétroactions

- ➔ Bon outil
- ➔ Outil non adapté

III.3.1.2.3- Outil d'évaluation des compétences de l'IMG

- ➔ Bon outil
- ➔ Limites de l'outil

III.3.1.3-Le public

III.3.1.3.1- Public adapté

III.3.1.3.2- Public non adapté

III.3.1.4-Procédés psycho-pédagogiques

III.3.1.4.1- Facilitation de la compréhension de l'IMG

- ➔ Conceptualisation de la pensée
- ➔ Compréhension
- ➔ Mémorisation

III.3.1.4.2- Accroche de l'attention de l'IMG

- ➔ Réflexivité
- ➔ Implication et autonomisation
- ➔ Plaisir

III.3.2 – Critères d'hétéro-évaluation d'une trace d'apprentissage sous forme de carte conceptuelle d'après les MSU

III.3.2.1- Clarté de la présentation

III.3.2.1.1- Clarté

- ➔ En général
- ➔ Du graphiques
- ➔ De la présentation orale
- ➔ De l'argumentation

III.3.2.1.2- Niveau de synthèse correct

III.3.2.1.3- Hiérarchisation-Regroupement par notion

- III.3.2.1.4- Valeur des liens entre les concepts
- III.3.2.1.5- Code couleur adéquat
- III.3.2.2- Prise en compte de tous les aspects d'un cas clinique
- III.3.2.3- Auto-formation
 - III.3.2.3.1- Réflexivité
 - III.3.2.3.2- Réflexion-Problématisation
 - III.3.2.3.3- Recherches bibliographiques

III.4- Perspectives

III.4.1 – Autres utilisations des cartes conceptuelles envisageables d'après les MSU

- III.4.1.1-Par les IMG
 - III.4.1.1.1- Pour toute présentation de cas clinique
 - ➔ Quand ?
 - ➔ Par qui ?
 - ➔ Comment ?
 - ➔ Dans quel contexte ?
 - III.4.1.1.2- Pour réviser un cours
- III.4.1.2- Par les médecins
 - III.4.1.2.1- Pour une présentation de cas clinique
 - III.4.1.2.2- Dans le cadre de l'enseignement
 - III.4.1.2.3- Dans la vie quotidienne

III.4.2 – Intérêt des MSU pour se former aux cartes conceptuelles

- III.4.2.1- Intéressés
- III.4.2.2- Intéressés mais ne participeront pas à une formation
- III.4.2.3- Non intéressés

IV – Discussion

IV.1-Discussion de matériels et méthode

- IV.1.1- Le type d'étude
 - IV.1.1.1- Étude qualitative
 - IV.1.1.2- Étude prospective
 - IV.1.1.3- Deux études en parallèles
- IV.1.2- Population

IV.1.2.1- Choix du stage chez le praticien

IV.1.2.2- Choix géographique

IV.1.2.3- Échantillon restreint

IV.1.2.4- Procédure en cas de refus de participation d'un MSU

IV.1.3- Entretiens individuels

IV.1.3.1- Entretien individuel

IV.1.3.2- Durée de l'entretien

IV.1.3.3- Élaboration d'un canevas d'entretiens

IV.1.3.4- Choix de ne pas mentionner le nom de la technique

IV.1.3.5- Retranscription des entretiens

IV.1.4- Analyse thématique transversale Verbatim

IV.1.4.1- Chronologie de l'analyse des données

IV.1.4.2- Pré-analyse

IV.1.4.3- Choix du logiciel NVIVO9

IV.1.5- Atelier de formation aux cartes conceptuelles pour les IMG

IV.1.5.1- Chronologie de l'étude

IV.1.5.2- Objectifs de l'atelier

IV.1.5.3- Qualité de l'atelier

IV.1.5.4- La durée de l'atelier

IV.1.5.5- Analyse de la formation

IV.2- Discussion des résultats

IV.2.1- Population

IV.2.1.1- Nombre de binômes IMG-MSU

IV.2.1.2- MSU

IV.2.1.3- Deux IMG de niveau 2 sur 11 IMG

IV.2.2- Entretiens individuels

IV.2.2.1- L'auteure n'a pas eu connaissance des cartes conceptuelles

IV.2.2.2- Les IMG n'ont pas tous respecté les consignes données

IV.2.2.3- La durée prévue des entretiens

IV.2.3- Ressenti des MSU

IV.2.3.1- Ressenti positif versus ressenti négatif : 3 notions

IV.2.3.2- Biais dans l'expression et le recueil du ressenti des MSU

IV.2.4- Apports des cartes conceptuelles

IV.2.4.1- La forme

IV.2.4.1.1- Accessibilité et clarté

IV.2.4.1.2- Niveau de synthèse

IV.2.4.1.3-La forme informatique

IV.2.4.2-Le contenu

IV.2.4.2.1- Outil de présentation de cas clinique

IV.2.4.2.2- Outil de guidance lors des rétroactions

IV.2.4.2.3- Outil d'évaluation des compétences

IV.2.4.3-Le public

IV.2.4.4-Les procédés psycho-pédagogiques

IV.2.4.4.1- Données de la littératures

IV.2.4.4.2- Facilitation de la compréhension de l'IMG

➔ Conceptualisation de la pensée

➔ Compréhension

➔ Mémorisation

IV.2.4.4.3- Accroche de l'attention de l'IMG

➔ Réflexivité

➔ Autonomisation

➔ Plaisir

IV.2.5-Critères d'hétéro-évaluation

IV.2.5.1-Les MSU ont émis plusieurs types de critères d'hétéro-évaluation

➔ Forme

➔ Fond

➔ Auto-évaluation

IV.2.5.2- Grille d'évaluation

IV.2.5.3-Ambiguïté de la question sur les critères d'évaluation

IV.2.5.3.1- Cette question était difficile pour la majorité des MSU

IV.2.5.3.2- Origine du problème

IV.2.5.3.3- Proposition de solutions

IV.2.5.4-Les MSU connaisseurs des cartes conceptuelles ont mieux évoqué les limites de cet outil

IV.2.5.4.1- Biais de l'hétéro-évaluation

IV.2.5.4.2- Importance de la qualité de la présentation graphique

IV.2.5.5- Raisons du ressenti négatif de certains MSU par rapport aux

attentes des MSU

IV.2.6- Autres utilisations possibles des cartes conceptuelles

IV.2.6.1- Pour les IMG

IV.2.6.2- Pour les médecins

IV.2.7 -Intérêt d'une formation des MSU

IV.2.7.1- Trois types d'avis

IV.2.7.2- Ce résultat nous conforte dans la validation de nos résultats

V.-Conclusion

V.1- Une étude exploratoire

V.2-Perspectives

IV.2.1- Adaptation de l'outil pédagogique

IV.2.2- Efficacité de l'outil

IV.2.2.1- Dans l'enseignement universitaire en médecine

IV.2.2.2-Dans la pratique médicale

V.3- Pour conclure

VI – Bibliographie

VII – Annexes

VII.1 – Lettre d'information aux MSU

VII.2 – Lettre d'information aux IMG

VII.3 – Atelier cartes conceptuelles

VII.3.1 – Déroulement pédagogique

VII.3.2 – Diapositives de l'atelier

VII.3.3 – Commentaires des diapositives

VII.4 – Entretiens avec les MSU

VII.4.1 – Canevas d'entretien

VII.4.2 – Verbatims

VII.5 – Cartes conceptuelles réalisées par les IMG

VIII – Résumé

IX – Serment d'Hippocrate

I- Introduction

Le professionnel de la santé doit faire face à une augmentation exponentielle des connaissances à maîtriser, ce qui complique le défi d'être en mesure de les mobiliser et de les combiner efficacement le moment venu. Pour répondre à ce nouveau défi, de nouvelles stratégies pédagogiques doivent être adoptées. La carte conceptuelle est un outil pédagogique prometteur dans ce domaine d'approche par « compétences » (1).

I.1- Qu'est-ce qu'une carte conceptuelle ?

Une carte conceptuelle est une représentation **graphique, hiérarchisée** d'un ensemble de **concepts** et de **relations de sens** qui les relient. L'élaboration d'une carte conceptuelle permet d'extérioriser la pensée d'un individu à travers l'agencement de concepts qu'il met en jeu (2).

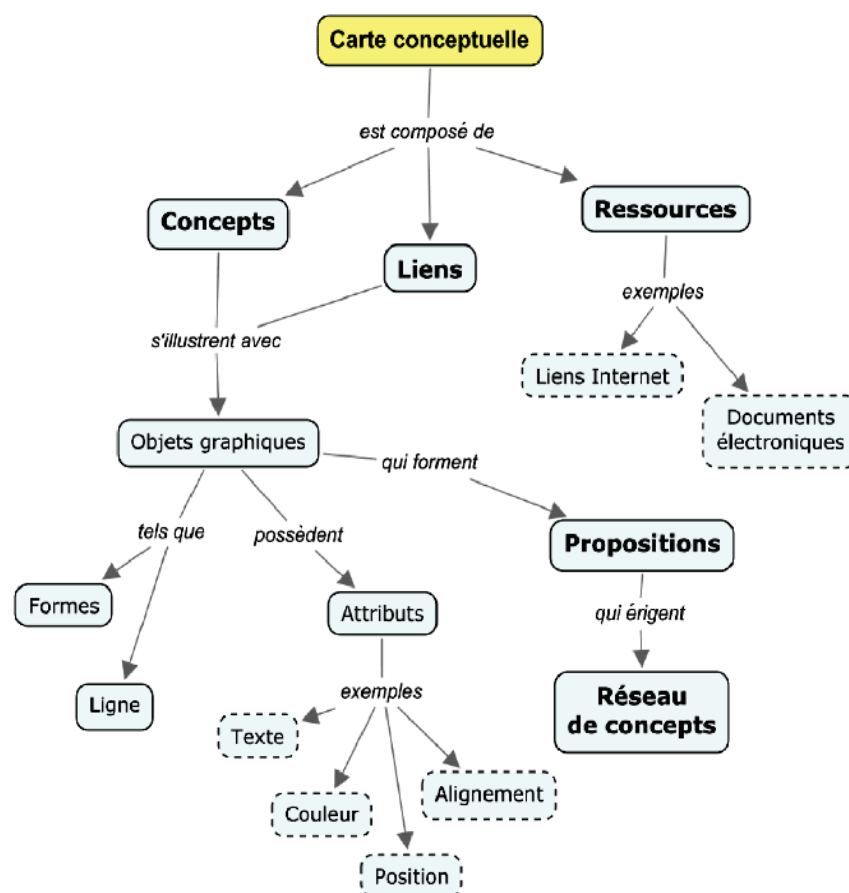


Fig 1 : Définition de la carte conceptuelle d'après Laflamme 2001 (3)

I.2-Apprentissage par compétences.

La pédagogie dite « d'apprentissage par compétences » est actuellement la plus adaptée pour former des médecins compétents (4). Cette pédagogie est enseignée à l'université de Médecine de Poitiers, notamment pour la formation des internes de médecine générale (IMG).

I.2.1- Définition de compétences :

Une compétence professionnelle est définie comme «un **savoir agir** complexe acquis et évolutif, s'appuyant sur la mobilisation et la combinaison efficaces d'une variété de **ressources** internes et externes à l'intérieur d'une **famille de situations** (5).

Autrement dit, «**ce savoir-faire en action**» (d'après Le Boterf) résulte de la capacité d'utiliser et de combiner différents types de ressources (6) :

- ses connaissances
- ses habiletés (savoir-faire opérationnel)
- ses attitudes (savoir-faire relationnel)
- ses aptitudes (mémoire, jugement, ...)
- et les ressources extérieures (documents, outils, personnes,...).

I.2.2- Les familles des situations :

Dans le domaine de la médecine générale, l'IMG doit être en mesure de gérer certaines situations. Une liste de 11 familles de situations cliniques a été proposée en 2013 (7),(8).

1.Situations autour de patients souffrant de pathologies chroniques, polymorbidité à forte prévalence,

2.Situations liées à des problèmes aigus/non programmés/fréquentes/exemplaires,

3.Situations liées à des problèmes aigus/non programmées/dans le cadre des urgences réelles ou ressenties,

4. Situations autour de problèmes de santé concernant les spécificités de l'enfant de l'adolescent,
5. Situations autour de la sexualité et de la génitalité,
6. Situations autour de problèmes liés à l'histoire familiale et à la vie de couple,
7. Situations de problèmes de santé et/ou de souffrance liés au travail,
8. Situations dont les aspects légaux, déontologiques et ou juridiques/médico-légaux sont au premier plan,
9. Situations avec des patients difficiles/exigeants,
10. Situations où les problèmes sociaux sont au premier plan,
11. Situations avec des patients d'une autre culture.

Par « être en mesure de gérer ces situations », on entend que l'IMG soit en capacité de poser un **diagnostic global de la situation** (9) selon le **modèle bio-psycho-social** (10), (11), d'élaborer un projet d'intervention négocié avec le patient, de mettre en œuvre un projet de soin selon le **modèle EBM** (Médecine fondée sur les preuves)(12), d'effectuer un **suivi** rapproché, d'assurer la **continuité** de la prise en charge puis d'effectuer un suivi différé dans le temps (8).

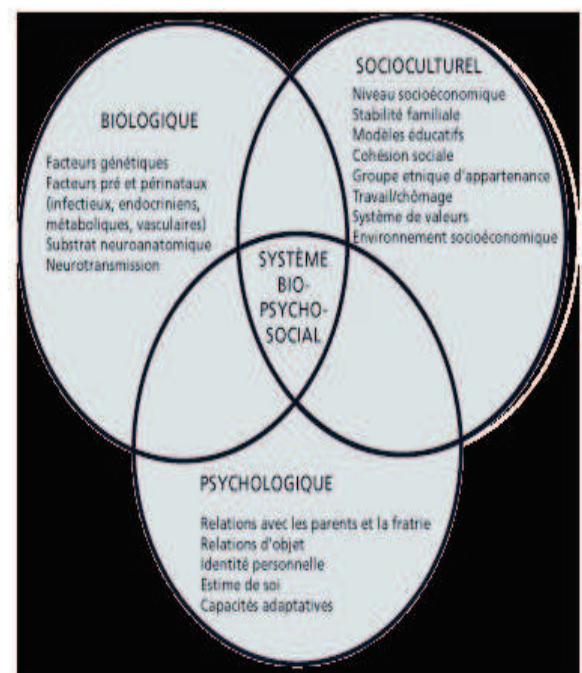
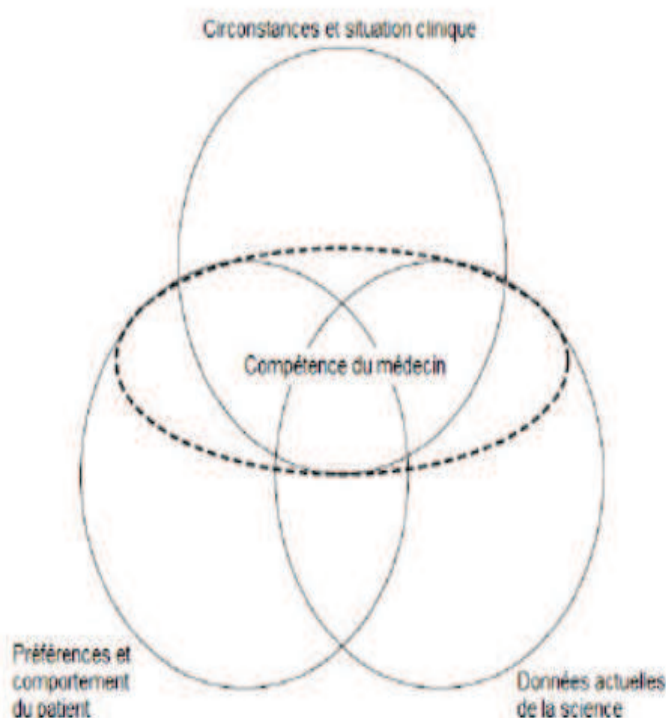


Fig 2 et 3 : Représentations graphiques de l'EBM selon Haynes(13) et du modèle bio-psycho-social(14)

I.2.3- La Marguerite des compétences :

Un travail réalisé en 2013 par le CNGE propose 6 compétences transversales recouvrant l'ensemble des tâches et fonctions attendues du médecin généraliste (15).

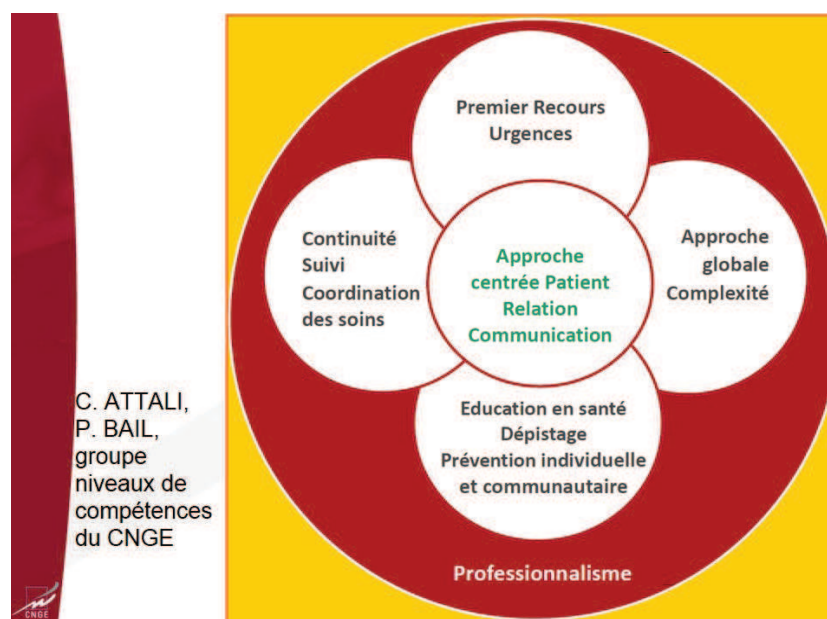


Fig 4 : "Marguerite des compétences" du médecin généraliste réalisé par le CNGE

I.2.4- Acquisition des compétences :

Pour l'acquisition des compétences, quatre postulats ont été dégagés (théorie constructiviste)(16) , (17) :

1) L'apprentissage résulte d'un traitement actif de l'information et de construction de sens. Ainsi, l'IMG est **acteur**, et le moteur de son apprentissage est sa **réflexivité**.

2) Les interactions humaines jouent un rôle essentiel dans la construction des connaissances. La médiation de l'enseignant est indispensable au développement professionnel de l'IMG, qui a aussi un rôle de **superviseur** qui guide l'IMG par des **rétroactions**.

3) Les étudiants construisent et organisent graduellement leurs connaissances et leurs compétences à partir de ce qu'ils savent et savent déjà faire. Le **caractère individuel** et le **rythme** d'apprentissage de l'IMG ainsi que la prise en compte de ses **résistances** au changement doivent être respectés. Les nouvelles connaissances se greffent sur les anciennes et en modifient l'organisation globale (17).

4) Les situations d'apprentissages conditionnent la transférabilité des connaissances. Cela suppose une réalisation des apprentissages par rapport à des cas cliniques **vécus** par l'IMG. Cela permet de construire des apprentissages transférables à d'autres situations de soins (17).

I.3-L'évaluation des compétences.

I.3.1- Buts de l'évaluation :

L'évaluation des IMG dans le modèle d'apprentissage par compétences doit allier la double exigence **formative** et **certificative** (17).

Dans ce modèle d'apprentissage par compétences, l'étudiant répond aux questions qu'il se pose sous la supervision de l'enseignant qui l'aide à construire une réponse pertinente.

I.3.2- Rôle des enseignants en médecine générale (18):

Le rôle des enseignants en médecine générale est donc complexe :

- Enseigner l'**auto-apprentissage** et l'**auto-évaluation**
- Enseigner les **spécificités** de la médecine générale
- Accompagner dans le temps: favoriser et évaluer la **progression**
- Donner une **image positive** et enthousiaste de la médecine générale.

I.3.3- Situations d'enseignement des IMG :

Les IMG sont évalués dans plusieurs situations au cours de leur DES :

- la supervision directe : l'IMG agit sous le regard de son maître de stage .
- la supervision indirecte : l'IMG a réalisé une prise en charge seul, et une rétroaction se fait avec son maître de stage
- l'évaluation des traces écrites d'apprentissage : évaluation faite par les tuteurs des IMG, puis par un jury d'enseignants lors de la présentation du mémoire ou du dossier de réussite (DDR).

I.4- Les cartes conceptuelles : un outil pour l'évaluation des compétences.

Les bases de cette pédagogie des compétences étant maintenant bien établies et utilisées dans les universités de médecine, des outils d'évaluation et de certification des compétences, comme les cartes conceptuelles, sont proposés.

I.4.1- Qualité d'un outil d'évaluation des compétences

Les qualités requises pour les outils d'analyse sont la **validité**, la **reproductibilité** et la **faisabilité**.

La qualité fondamentale dans le modèle d'apprentissage par compétences, est la **validité**, c'est-à-dire que l'outil puisse permettre d'évaluer la **réflexivité**, la **compréhension**, l'acquisition de **ressources** de qualité et la capacité de les **mobiliser** dans l'action en vue d'un résultat pertinent (17).

La validité des cartes conceptuelles dans ces domaines a été amplement démontrée (5).

I.4.2- Utilisation des cartes de compétences dans l'enseignement :

Les cartes conceptuelles initialement proposées par leurs concepteurs, Novak et Gowin, comme aide à la planification de l'enseignement, ont fait l'objet de multiples études sur leurs utilisations possibles.

Une revue récente de la littérature (19) les résume en 4 grandes utilisations:

- favoriser l'**apprentissage significatif**,
- procurer une **ressource** additionnelle pour l'apprentissage,
- permettre aux instructeurs d'offrir une **rétroaction** aux étudiants,
- **évaluer** les apprentissages et la performance (20).

Si ajoute l'utilisation dans la **plannification**(21), (22), (22).

I.4.3- Traces d'apprentissage :

Les cartes conceptuelles sont aussi dans la continuité de la démarche pédagogique de la formation des IMG en Poitou-Charentes, puisqu'elles peuvent être un outil pour élaborer une trace d'apprentissage.

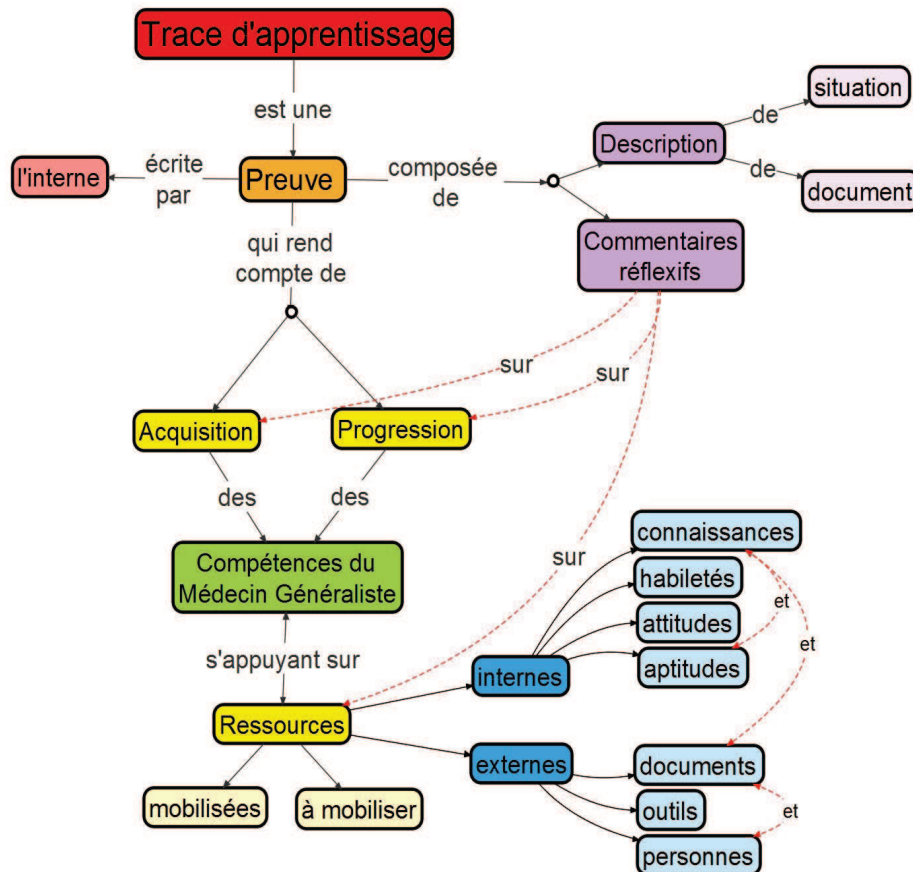


Fig 5 : Carte conceptuelle définissant la trace d'apprentissage et une compétence (réalisée par les auteurs dans le cadre de l'atelier de formation).

I.4.4- Plus la validité d'un outil augmente, plus sa faisabilité diminue.

Il n'existe pas d'étude sur la réalisation de trace d'apprentissage de cas clinique vécu par l'IMG, sous forme de carte conceptuelle.

Parmi les études réalisées chez les internes en médecine, ont été étudiées :

- la réalisation de carte conceptuelle par les internes pour évaluer l'acquisition de leurs connaissances après un cours théorique(24), (25),(26), (27), (28),
- la réalisation de cartes conceptuelles par les patients dans le cadre d'enseignement thérapeutique(29), (30), (31), (32),
- des études d'analyse des utilisations des cartes conceptuelles par les enseignants en santé dans le cadre de cours(19), (33).

C'est pourquoi nous avons choisi d'étudier la **faisabilité** de l'utilisation des cartes conceptuelles dans le cadre d'une présentation d'une trace d'apprentissage réalisée et présentée par un IMG à son MSU lors d'une rétroaction.

I.5-Notre étude :

Afin d'étudier la **faisabilité** de l'élaboration de cartes conceptuelles par les IMG pour présenter une trace d'apprentissage sur un cas clinique vécu par l'IMG, il nous fallait étudier le **ressenti** à la fois des IMG, mais aussi de leur évaluateur.

C'est pourquoi, **deux études parallèles** ont été menées :

- **l'étude 1** pour étudier le ressenti des IMG,
- **l'étude 2** que nous allons vous présenter ici, pour étudier le ressenti des évaluateurs (maîtres de stage ou MSU).

I.5.1- Le ressenti des MSU :

L'étude du **ressenti** des MSU par rapport à la présentation d'une trace d'apprentissage présentée sous forme de carte conceptuelle par leur IMG, nous permettra d'apprécier le **degré d'acceptabilité** de cet outil, que ce soit par des MSU connaisseurs ou non en cartes conceptuelles.

I.5.2- Conformité avec la pédagogie des études de médecine générale :

L'avis des MSU sur l'**apport des cartes conceptuelles comme outil pédagogique** ainsi que les propositions des MSU sur les **critères d'hétéro-évaluation** d'une trace d'apprentissage présentée sous forme de carte conceptuelle, nous permettra d'évaluer si les cartes conceptuelles représentent un **outil adapté** aux stratégies pédagogiques mises en place par le DMG pour développer les compétences que les IMG doivent consolider au cours de leur cursus, et d'en évaluer les **apports et les limites**.

I.5.3- Perspectives

Nous espérons que les résultats de ces études permettront de **développer des axes de recherche** de cet outil pédagogique pour développer l'utilisation des cartes conceptuelles dans le cursus de formation des IMG en Poitou Charentes.

II - Matériel et Méthodes

II.1- Étude :

II.1.1-Étude descriptive qualitative

Cette étude est prospective avec analyse transversale thématique d'entretiens.

II.1.2-Tronc commun avec une étude réalisée en parallèle

L'étude 1, réalisée en parallèle par un autre auteur, porte sur le ressenti des IMG sur une première réalisation d'une trace d'apprentissage sous forme de carte conceptuelle.

Le tronc commun entre notre étude (étude 2) et l'étude 1 porte sur :

-la bibliographie : Elle est en partie commune,

-le recrutement : Pour former les binômes IMG-MSU, nous avons élaboré une stratégie de recrutement commune aux 2 études afin d'obtenir des populations de MSU et d'IMG équilibrées. L'auteure de l'étude 2 s'est occupée du recrutement des MSU, et l'auteur de l'étude 1 des IMG.

-l'atelier de formation aux IMG : Nous avons élaboré, organisé et donné un atelier de formation aux cartes conceptuelles aux IMG recrutés.

II.2-Population :

Nous avons sélectionné tous les IMG du département de la Charente, qu'ils soient en stage chez le praticien de niveau 1 ou 2. Puis nous avons sélectionné des binômes IMG-MSU.

II.2.1 - Rôle des IMG et des MSU

II.2.1.1-Rôle des IMG : L'étude 1 demandait une participation des IMG en 4 temps :

1)Participer à un atelier de formation aux cartes conceptuelles (un après-midi).

2)Élaborer une trace d'apprentissage sous forme de carte conceptuelle (quelques heures de travail personnel).

3)Présenter la carte conceptuelle à leur MSU en stage pour une rétroaction d'une demi heure.

4)Réaliser un entretien individuel avec l'auteur de l'étude 1, afin de recueillir leur ressenti sur l'élaboration et l'utilisation des cartes conceptuelles dans le cadre du DES de médecine générale (une demi-heure).

II.2.1.2-Rôle des MSU :

L'étude 2 demandait une participation des MSU en 3 temps :

1)Libérer leur IMG pour qu'il participe à l'atelier de formation aux cartes conceptuelles,

2)Effectuer une rétroaction avec leur IMG à partir d'une trace d'apprentissage sous forme de carte conceptuelle,

3)Participer à un entretien individuel avec l'auteure de l'étude 2, afin de recueillir leur ressenti sur l'utilisation des cartes conceptuelles lors d'une rétroaction avec leur MSU (10 à 15 minutes).

II.2.2 - Nombre de sujets nécessaires

Nous n'avons pas fixé de nombre de sujets nécessaires. Le nombre de binômes IMG-MSU attendus à la fin des différentes étapes était de 12 à 15 pour obtenir une saturation des données selon les critères admis pour une étude qualitative par entretiens individuels (35).

II.2.3 - Critères d'inclusion

II.2.3.1- Des IMG:

Nous avons choisi des IMG en stage chez le praticien en Charente pour le semestre de mai à octobre 2014.

II.2.3.2- Des MSU :

Chaque IMG étant en stage chez 2 à 3 MSU différents, nous avons sélectionné une population de MSU la plus diverse possible selon l'exercice (rural/urbain), le genre, l'ancienneté en tant que MSU, l'implication ou non dans le DMG (Département de Médecine Générale).

II.3- Méthode

II.3.1 - Sélection et procédure de recrutement des binômes MSU-IMG

II.3.1.1- Pré-sélection des IMG

Nous avons utilisé la liste des lieux de stages ambulatoires et les IMG ayant choisi ces lieux de stage pour le semestre de mai à octobre 2014, fournie à notre demande par la faculté de médecine de Poitiers fin avril 2014 après le choix de stages des IMG.

Le département de la Charente dispose de 15 lieux de stage : 11 lieux de stage de niveau 1 accueillant 17 IMG et 4 lieux de stage en SASPAS accueillant 5 IMG. Nous avons donc sélectionné les 22 IMG en stage chez le praticien.

II.3.1.2- Sélection et recrutement des MSU

II.3.1.2.1- Recrutement des MSU :

Au cours du semestre de mai à octobre 2014, il y avait 30 MSU en Charente, dont 3 accueillant des IMG en SASPAS. Un lieu de stage comporte des binômes ou trinômes ou quadrinômes de MSU. Nous avons effectué une sélection d'un MSU par IMG sélectionné, soit 22 MSU, en s'assurant d'une diversité d'exercice (rural/urbain), de genre, d'ancienneté en tant que MSU, d'implication ou non dans le DMG.

II.3.1.2.2- Récupération des coordonnées :

Nous avons recueilli les coordonnées (adresse et téléphone du cabinet) des MSU sur la liste fournie par la faculté de médecine de Poitiers ou l'annuaire. Nous avons téléphoné aux cabinets médicaux afin de recueillir les adresse e-mails des MSU.

II.3.1.2.3- Envoi de la demande de participation à nos études :

Nous avons adressé une lettre type explicative (ANNEXE xx) aux MSU par courrier et/ou e-mail afin de les inviter à participer à cette étude et demander l'accord de

leur IMG.

II.3.1.2.4- Réception de l'accord/refus de participation :

En cas de non réponse des MSU par mail après 15 jours, nous les avons contacté par téléphone.

II.3.1.3- Recrutement des IMG (étude 1)

II.3.1.3.1- Récupération des coordonnées :

Nous avons recueilli les coordonnées des IMG par l'intermédiaire, soit de leur MSU ou du secrétariat du cabinet médical avec leur accord, soit en recherchant leur adresse mail de la faculté sur le site de l'ENT (Environnement Numérique de Travail , portail d'accès à l'ensemble des services numériques de l'Université de Poitiers).

II.3.1.3.2- Envoi de la demande de participation:

En cas de réponse positive des MSU de participer à l'étude, nous avons contacté leur IMG afin de lui expliquer les modalités de participation au travail de l'étude et d'obtenir leur accord. Nous avons élaboré une lettre type explicative (ANNEXE XX) qui a été adressée aux IMG par e-mail.

II.3.1.3.3- Réception de l'accord/refus de participation :

Nous avons recueilli le consentement des IMG par mail. En cas de non réponse, une relance par mail était faite, puis l'IMG était contacté par téléphone.

II.3.1.4- Procédure en cas de refus de participation :

-Dans les cas de refus de participation d'un MSU, nous avons procédé à la sélection d'un autre MSU à l'intérieur du même lieu de stage. En cas de seconde réponse négative ou d'absence de réponse, nous avons éliminé ce lieu de stage de notre liste et n'avons pas pris contact avec les IMG correspondants à ce lieu de stage.

-En cas de réponse négative ou de non réponse des IMG malgré une réponse positive du MSU, nous avons éliminé ce lieu de stage de notre liste.

II.3.2 - Atelier de formation aux cartes conceptuelles.

Nous avons élaboré de façon conjointe une formation aux cartes conceptuelles pour les IMG. Nous nous sommes inspirés d'une formation donnée par Anne Demeester présentée au 6e forum international francophone de pédagogie des sciences de la santé à Montréal en 2013 (36) et du mémoire de DIU de pédagogie médicale du Dr Pierrick Archambault, médecin généraliste enseignant à Poitiers (37). Nous avons élaboré un **protocole pédagogique** (en annexe).

II.3.2.1- Étapes de la formation :

La formation consistait en sept étapes :

- 1) définition d'une trace d'apprentissage,
- 2) définition d'une carte conceptuelle,
- 3) élaboration et présentation d'une carte conceptuelle en groupe de 3-4 IMG sur un thème général sous format papier,
- 4) présentation d'un logiciel d'aide à la réalisation de cartes conceptuelles,
- 5) réalisation par chaque IMG d'une ébauche de trace d'apprentissage sous forme de carte conceptuelle sous la supervision des auteurs de l'étude 1 et 2,
- 6) présentation par un IMG de son travail au groupe,
- 7) remise des consignes de présentation de la carte conceptuelle au MSU.

II.3.2.2- Choix du logiciel d'aide à la réalisation de cartes conceptuelles

Nous avons choisi le logiciel VUE (Visual Understanding Environment) qui est un logiciel gratuit d'aide à la réalisation de cartes conceptuelles, développé par l'université de Tufts du Massachusetts aux Etats-Unis, dans le but d'aider dans le domaine de l'enseignement, l'apprentissage et la recherche (38). C'est un logiciel comportant des outils simples tels que la réalisation de nœuds, de liens et l'insertion d'un texte simple à l'intérieur des nœuds et sur les liens. Ce logiciel permet d'exporter les cartes conceptuelles sous un format image (.jpeg, .png) ou document (.pdf), facilitant leur lecture sur des ordinateurs non équipés du logiciel, par exemple lors d'un envoi au MSU ou au tuteur. Il permet d'attacher aux cartes produites des documents de différents formats (video, texte, image etc..).

Dans le cadre de l'étude, nous avons exposé aux IMG les outils de base de ce logiciel, leur permettant de réaliser une carte conceptuelle en couleurs et de l'imprimer ou de l'envoyer par mail à leur MSU.

II.3.2.3- Lieu de formation

Pour les besoins de la formation au logiciel VUE, nous avons loué une salle informatique avec 16 postes informatique dans un lycée à Angoulême (lycée Charles Coulomb). Pour assurer une formation optimale, un IMG devait pouvoir travailler seul sur un poste informatique.

II.3.2.4- Organisation et déroulement de la formation

II.3.2.4.1- Durée :

La formation a été calculée pour durer de 14h à 17h. Afin de respecter les objectifs pédagogiques durant le temps imparti, nous avons réalisé au préalable un exemple de déroulement pédagogique de l'atelier et déterminé le temps alloué à chaque étape (annexe).

II.3.2.4.2- Rôle des animateurs :

L'atelier a été animé en alternance par l'auteure de l'étude 2 (définition d'une trace d'apprentissage et d'une carte conceptuelle) et l'auteur de l'autre étude 1 (élaboration d'une carte conceptuelle sur un thème général manuscrit, présentation du logiciel). Les rôles ont été définis avant la séance. Nous avons alterné entre le rôle d'animateur qui présentait les diapositives et celui d'expert qui répondait aux questions des IMG. Les réponses pouvaient être collectives ou individuelles, les IMG étant régulièrement vus un par un sur leur poste informatique. Les directeurs des études, Dr Girardeau et Dr Archambault, étaient présents à l'atelier comme observateurs et d'experts.

II.3.2.5- Consignes données à la fin de l'atelier de formation :

II.3.2.5.1- La présentation de leur carte conceptuelle au MSU :

- adresser une copie de la carte conceptuelle au MSU,
- présenter la carte au MSU dans les 2 semaines suivant la réalisation de la carte et si possible dans les 2 mois suivant l'atelier,
- présenter la carte dans un lieu calme et prévoir environ 30 minutes pour en discuter (présentation orale par l'IMG suivant un sens logique, le MSU devant

voir la carte lors de la présentation).

II.3.2.5.2- L'entretien individuel :

L'entretien pourra avoir lieu au cabinet du MSU, au domicile de l'IMG ou dans un lieu neutre au calme, dans les 2 semaines suivant la présentation de la carte conceptuelle au MSU. Nous avons convenu, à la fin de l'atelier, avec chaque IMG d'une date possible d'entretien avec l'auteur de l'étude 1.

Nous avons récupéré les ébauches de traces d'apprentissage réalisées par les IMG sur les ordinateurs de la salle informatique et nous leur avons renvoyé par e-mail. Nous leur avons indiqué le lien internet permettant de télécharger et d'installer le logiciel VUE sur leur ordinateur personnel.

II.3.3 - Entretiens individuels avec les MSU

II.3.3.1- Réalisation d'un canevas d'entretiens

Les entretiens étaient individuels et semi-dirigés, selon la technique qualitative de recueil des données. Nous avons au préalable élaboré un **canevas d'entretiens** (Annexe) suivant les objectifs de cette étude. Le canevas d'entretiens comportait plusieurs points :

- les parcours professionnel et d'enseignant du MSU,
- le déroulement habituel de ses rétroaction avec l'IMG,
- l'évaluation du ressenti des MSU sur la présentation d'une trace d'apprentissage sous forme de cartes conceptuelles par leur IMG,
- l'apport des cartes conceptuelles à la rétroaction,
- les perspectives d'utilisation des cartes conceptuelles au cours du DES de médecine générale,
- l'intérêt pour une formation des MSU aux cartes conceptuelles.

Le questionnaire comportait une question « brise glace », un trame de questions ouvertes avec des relances si nécessaire.

II.3.3.2- Programmation des entretiens avec les MSU

Dès que l'auteur de l'étude 1 avait les dates de présentations des IMG, l'auteure de l'étude 2 contactait par téléphone ou par mail les MSU afin de fixer une date

d'entretien. Les MSU ont été interrogés dans leur cabinet médical.

II.3.3.3- Enregistrement et retranscription des entretiens

Avec l'accord des MSU, et en insistant sur l'anonymisation des données, les entretiens ont été intégralement enregistrés sur tablette tactile et/ou téléphone portable avec fonction dictaphone. Nous avons noté également, en cours d'entretien, certains gestes ou attitudes évocateurs des MSU afin de les intégrer dans les retranscriptions.

Les enregistrements obtenus ont été ensuite intégralement retranscrits mot à mot sur ordinateur à l'aide d'un traitement de texte (OpenOfficeWriter). L'interviewer y est désigné par la lettre "M", les MSU anonymisés et numérotés « MSU1 » à « MSU11 » et les IMG anonymisés par l'emploi du pronom « il » ou « interne » au masculin. Nous avons également anonymisé toute référence à une autre personne au cours des entretiens en la désignant par "X" dans les verbatims. Les verbatims sont référencés en annexe.

II.3.4 - Analyse thématique transversale des verbatims

L'analyse des données a débuté avant la fin du recueil des données. Nous avons choisi une analyse thématique et transversale des données.

II.3.4.1- Système de codage

Une pré-analyse avec un codage inductif portant sur 2 entretiens a été réalisée en parallèle par le réalisateur des études et les directeurs de l'étude. Le reste des verbatims a été analysé avec un logiciel spécialisé dans l'analyse qualitative, NVIVO9. Ce logiciel permet d'identifier de courtes phrases correspondant au codage déjà établi mais également de créer d'autres codes au fur et à mesure de l'analyse (codage déductif). (voir pg 62 didier)

II.3.4.2- Analyse thématique transversale

A la fin du codage de tous les verbatims, nous avons effectué un regroupement thématique transversal des codes similaires (codage axial).

III - Résultats

III.1- Description de l'échantillon

III.1.1- Population finale

III.1.1.1- Les internes en médecine générale (IMG) :

- ➔ Nous avons sélectionné 22 MSU et 22 IMG pour participer à notre étude. A la fin de la procédure de recrutement réalisée par l'auteure de l'étude 2, 20 MSU avaient donné leur accord de participation. L'auteur de l'étude 1 a contacté les 20 IMG correspondants. Parmi les 20 IMG contactés, 5 ont refusé de participer à l'étude, et 1 IMG est resté injoignable.
- ➔ Parmi les 5 IMG qui ont refusé de participer à l'étude : 2 étaient en stage de niveau 1 et 3 en SASPAS. Les raisons évoquées du refus de participation ont été le manque de temps et l'impossibilité de se libérer du stage.
- ➔ Au total, 14 IMG ont participé à l'atelier de formation.
 - Leurs caractéristiques sont détaillées dans le tableau 1. Parmi ces 14 IMG, 12 ont réalisé une trace d'apprentissage sous forme de carte conceptuelle.
 - Nous avons pu interviewer 11 IMG. Un IMG ayant réalisé et envoyé une carte conceptuelle ne nous a pas accordé d'entretien malgré 3 relances.
- ➔ Répartition des IMG en fonction de leur niveau de stage :
 - Les IMG ayant participé à la formation étaient, en 2e semestre pour les IMG de niveau 1, et en 6e semestre pour les niveau 2.
 - Les 2 IMG qui n'ont pas réalisé de carte conceptuelle suite à la formation étaient en niveau 1.
 - L'IMG qui a réalisé une carte conceptuelle mais que nous n'avons pas pu contacter pour un entretien était en niveau 1.

Caractéristiques des Internes		
	Charente	Recrutés
Sexe		
F	13	6
H	9	5
Niveau		
1	17	9
2	5	2
TOTAL	22	11

Tableau 1 : Caractéristiques des IMG (en nombre d'IMG)

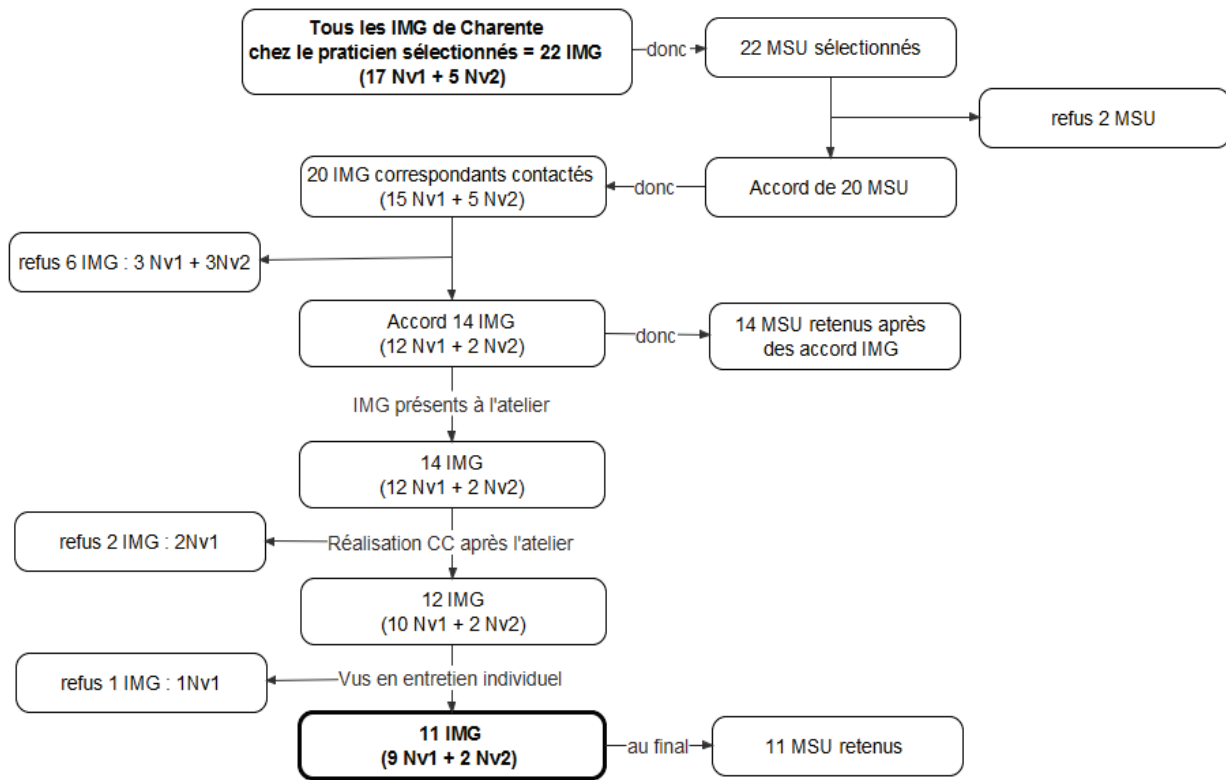


Fig 6 : Organigramme de la sélection de l'échantillon (Nv : niveau).

III.1.1.2- Les maîtres de stage universitaires (MSU) :

Voici les caractéristiques des MSU, détaillées dans le tableau 2 :

Nombre de MSU		Retenus	En Charente
TOTAL		11	38
Lieu d'installation			
	Rural	3	11
	Semi-rural	3	11
	Urbain	5	16
Genre			
	Femme	4	12
	Homme	7	26
Ancienneté d'installation			
	<10 ans	1	
	10 à 20 ans	3	
	20 à 30 ans	5	
	30 à 40 ans	2	
Ancienneté en tant que MSU			
	< 1 an	1	5
	4 ans	1	
	5 ans	4	
	7 ans	1	17
	8 ans	2	
	10 ans	1	
	14 ans	1	
Implication au DMG			
		2	7

Tableau 2 : Caractéristiques des 11 MSU retenus (en nombre de MSU)

III.1.2- Atelier de formation aux cartes conceptuelles

- Date de l'atelier : L'atelier de formation a eu lieu le 28 mai 2014.
- Durée des étapes de la formation : Elles ont été respectées, sauf l'étape de réalisation d'une carte conceptuelle en groupe, qui a été plus longue que prévue.
- Enseignement de chaque étape de la formation : Par manque de temps, nous n'avons pas pu faire présenter oralement des cartes conceptuelles par les IMG.
- Les ressentis des IMG sur la formation : Nous les avons recueillis dans l'étude 1.
- Récupération des cartes conceptuelles : Nous avons récupéré toutes les cartes qui ont été réalisées par les IMG au cours de l'atelier, sauf celle de l'IMG du MSU 4.

III.1.3- Entretiens individuels

- Dates des entretiens :

-Dix IMG ont été interviewés du 18 juin au 18 juillet 2014 soit entre 3 à 7 semaines après l'atelier de formation,

-Dix MSU ont été interviewés du 19 juin au 23 juillet 2014, soit quelques jours après la présentation de la trace d'apprentissage par leur IMG.

- Un IMG et 2 MSU ont été vus en entretiens le 21 octobre 2014 :

-L'IMGne répondant pas aux relances initiales, avait été initialement exclu. Il nous a finalement recontacté et adressé sa carte conceptuelle fin août 2014. Ce qui nous a permis de réaliser les entretiens de l'IMG et son MSU.

-L'interrogatoire du second MSU s'est déroulé en deux étapes : ne se souvenant pas de la trace d'apprentissage de son IMG, le premier entretien a été restreint aux questions sur son parcours professionnel et à la manière dont sont menés habituellement ses rétroactions. Au retour de ses congés, son IMG lui a représenté la trace d'apprentissage et nous avons pu continuer l'entretien.

- Les entretiens avec les MSU ont duré en moyenne 13min33sec.

La durée des entretiens est illustrée dans le tableau 3 :

MSU	Durée de l'entretien	
	en h/min/sec	en secondes
1	16 min 17 sec	977
2	10 min 44 sec	644
3	10 min 30 sec	630
4	10 min 38 sec	638
5	14 min 4 sec	844
6	13 min 12 sec	792
7	16 min 49sec	1009
8	20 min 5sec	1205
9	13min 1sec	781
10	10 min 46sec	646
11	13min 2sec	782
Total	2h29min8sec	8948
Moyenne	13 min33sec	813

Tableau 3 : Durée des entretiens des MSU.

III.2- Premier objectif : Ressenti des MSU par rapport à la présentation d'une trace d'apprentissage sous forme de carte conceptuelle par leur IMG.

III.2.1- Ressenti positif

III.2.1.1- Satisfaction :

Huit MSU ont exprimé leur satisfaction, qu'ils soient naïfs ou non au sujet des cartes conceptuelles.

*-MSU 2 : « Bé, j'étais très **content** de la manière dont il a abordé les choses. »,*

*« J'ai pas trop l'habitude. Je fonctionne plutôt sur le mode des tiroirs. Mais euh, bon, je pense que, si, **c'est pas mal**. »*

*-MSU 3 : »Oh, ça m'a plu. **Ça m'a plu, d'emblée**, ce graphique. »*

*-MSU 5 : « Non au niveau du ressenti, c'est **plutôt plaisant**. C'est plutôt **du plaisir** de voir l'interne qui peut mieux te parler de sa situation et mieux dégager des problématiques. Donc pour moi, c'est une certaine **satisfaction**. »*

*-MSU 6 : « **Bien. J'aime bien**. »*

« Je suis habitué de toute façon à ce type de présentation, donc euh. Non, non,

moi **j'aime beaucoup ça**, oui. »

« Et c'était intéressant, **très intéressant**. »

-MSU 8 : « Alors, une chose est sûre: **à lui [l'interne], ça lui parle, hein! [...]**C'est sûr.

Alors bon, euh! Moi je pense, qu'il fait parti de la génération -comment dire- où on est plus dans la lecture -comment dire- de paragraphe, hein? Mais en se penchant dessus -hein- **c'est vrai qu'est pas mal! Hein?** [...]**C'est pas mal.** »

-MSU 9 : « ...pour moi c'était **satisfaisant**. »

-MSU 10 : « Et ouais, j'trouve ça **bien**. »

« 'fin c'était du **positif** car finalement c'était facile à..., facile à ... -comme je connaissais pas en plus ce qu'il a...- facile à comprendre. »

-MSU 11 : « Oui, qu'est était **bien** »

III.2.1.2- Clarté de la présentation:

Six MSU ont exprimé d'emblée que leur ressenti positif reposait en grande partie sur le fait que la carte conceptuelle permettait une présentation du cas clinique de manière plus claire, rapide, facile à comprendre et à lire.

-MSU 2 : « C'est pas mal dans la mesure où, euh, effectivement, ça lui renvoie à pleins de choses et il peut **visualiser tout sur un seul tableau. Ca c'est bien.** »

-MSU 3 : « Ça m'a plu, **d'emblée**, ce graphique. »

-MSU 5 : « Alors moi mon ressenti, ça a été positif, dans le sens où j'ai trouvé que, pour cet interne, qui a quelques difficultés a bien expliquer ce qu'il s'est passé dans une consultation, je pense que dans son cas, ça a été , très... euh, enfin, **moi ça m'a permis de mieux comprendre** ce qui s'était passé dans cette consultation et j'ai trouvé qu' il a mieux pu dérouler ce qui était de l'interrogatoire, des différentes problématiques de la consultation. »

« ...de voir, de visualiser en carte conceptuelle la façon dont il avait ordonné les choses, euh, sa présentation m'a parue **plus claire.** »

-MSU 6 : « Ça **va beaucoup plus vite.** Ça peut aller beaucoup plus vite, si c'est parfaitement fait. »

« Parce que le texte , le problème, c'est qu'il faut se l'approprier, quoi ? [...]**C'est longué, quoi ! [...]**Là, l'équivalent de ce qu'il m'a présenté, du cas clinique qu'il m'a présenté

en texte, ça ferait cinq pages, quoi ! 'Fin entre trois et cinq pages!Donc, euh, pouf... C'est plutôt chiant à lire ! On n'a pas trop le temps, non plus. »

-MSU 10 : « 'fin c'était du positif car finalement c'était facile à..., facile à ... -comme je connaissais pas en plus ce qu'il a...- **facile à comprendre.** »

-MSU 11 : « Oui, qu'c'était bien, qu'**c'était clair.** »

III.2.2 - Ressenti négatif

III.2.2.1- Frustration :

Trois MSU ont exprimé leur ressenti négativement, par sentiment de frustration, de surprise négative :

-MSU 1 : « Mais moi j'étais très frustrée.Moi **d'emblée j'étais très frustrée.**Parce que, bon, la scarlatine,ça me posait pas trop de problèmes. Eueueuh... L'interne non plus,il était passé interne en pédiatre.Donc on a été dans le comment on a géré vraiment la consultation. »

« Et pfff, pour moi c'était frustrant.Quoi, **ces tableaux, c'était frustrant!** »

-MSU 4 : « J'étais **surpris** du sujet qu'il a pris. C'est-à-dire une pédiculose du cuir chevelu.Mais en fait c'est parce qu'il y a pleins de choses à côté.Il y a le contexte social qui a dû l'intéresser.Hein?[...]Donc ça l'a interpellé, j pense plus que le cas de la pédiculose du cuir chevelu, qui est quand même d'une banalité, euh, affligeante. **J pense pas que ce soit l'intérêt .** »

-MSU 7 : « Euh, euh, peut être le premier ressenti **un p'tit peu d'surprise, quand même.** Parce que c'est... bon... pour moi ça c'est un peu inscrit dans ces nouvelles pédagogies où on a beaucoup d'arbres décisionnels, où on est dans des... comment dirais-je... oui, pour moi c'est rattaché à ce...,ce tiroir là de la pédagogie, où on est dans des..., dans des conduites à t'nir, des arbres décisionnels [...] et voilà et donc ça m'évoque un peu ça.»

III.2.2.2- Outil trop technique ou complexe :

Ces 3 MSU ont exprimé d'emblée ce qui les a gêné, c'est-à-dire, que la carte

conceptuelle avait peu d'intérêt pour eux car trop technique, trop complexe, contraignant le contenu général de la rétroaction.

*-MSU 1 : « Si, on en a rediscuté du traitement, de la durée de la scarlatine, de ceci...de...,de...,de... Bon...Ça remettait dans la technique. **C'est un tableau de technique, c'est pas un tableau de ressenti.** »*

*-MSU 4 : « **C'est pas très clair, c'est pas très synthétique**, quoi. Je trouve que c'est pas synthétique comme façon de faire. **Il y a des flèches dans tous les sens...**[...]Donc euh, **après qu'est-ce qu'on retient?** C'est la question que je me pose. »*

*« Ça n'a pas facilité je trouve. Je trouve que **ça n'a pas facilité.***[...]Ça l'a compliqué. **D'un cas facile, on va faire une chose un peu compliquée.** »

*-MSU 7 : « Dans le cas présent, j'ai pas eu cette impression d'un apport.[...]Euh... gêné, euh... j'irai pas jusqu'à gêner. Euh... On est dans d'la forme.[...]On est dans d'la forme. Euh... Et j'ai un peu de **suspicion pour la forme dans la mesure où pour moi, elle risque de contraindre le fond.***[...]Et pour moi ce qui compte c'est quand même le fond. »

III.3- Objectifs secondaires

III.3.1 - Apports des cartes conceptuelles d'après les MSU

III.3.1.1- La forme

III.3.1.1.1- Forme graphique :

III.3.1.1.1.1- Accessibilité :

Six MSU ont exprimé le fait que la carte conceptuelle réalisée par l'IMG soit facile d'accès versus 3 MSU qui ont eux exprimé le fait que cette trace soit au contraire moins accessible. Parmi les 6 MSU qui trouvent la trace plus accessible, deux émettent des

réserve en fonction de la qualité du travail ou de la présentation orale de l'IMG.

→ **Plus accessible :**

-MSU 2 : « Il faut savoir que le fait qu'il ait mis des **couleurs**, ça permet tout de suite de se fixer sur l'origine du problème -si il y en a un- ça c'est bien. »

« Il l'a fait selon les critères EBM, hein, il l'a fait, euh, il a vu l'environnement de la patiente, ses antécédents, ses examens cliniques, c'est vraiment? **C'est bien fait.**

-M: Oui c'est qu'à **chaque fois vous me montrez où se trouvent ces éléments là sur le graphique.** »

-MSU 3 : « C'est **beaucoup plus parlant.** »

« C'est **beaucoup plus clair.** Ça apporte une clarté »

-MSU 6 : « J'aime bien, mais à une condition. C'est que ça permette **une lisibilité.**

C'est-à-dire qu'on comprenne tout de suite ce qui s'est passé . »

-MSU 9 : « De manière graphique je trouve que c'est bien et que c'est **pratique d'utilisation.** »

-MSU 10 : « **facile à lire** »

« j'trouve ça **pratique en fait.** »

« moi je trouvais ça, euh **concis et clair.** »

-MSU 11 : « Oui, c'était **très clair.** Bon, ben, on voit qu'il a bien appréhendé la situation »

→ **Moins accessible :**

-MSU 1 : « Mais quelqu'un de l'extérieur qui lit ça, contrairement à un RSCA classique, pfff, **c'est très abrupt. Il va pas forcément, euh, euh, vivre la consultation.** Quand on lit un RSCA, moi j'en ai lu plusieurs, je les regardais avec les internes, on... ,même si on connaît pas, on..., ce n'est pas une consultation qui a été faite dans notre cabinet, on la..., on la..., on est dedans.C'est comme une histoire. On est dedans, on est en train de la faire, de la vivre. L'examen... On a déjà le diagnostic.Là avec les tableaux, d'abord on saute de l'un à l'autre, de... Voilà.Donc ,on va, parfois en sautant, on tombe déjà sur le traitement, donc déjà on est orienté. J pense que c'est complémentaire. »

« Par exemple pour un tuteur, qui euh..., ne connaît pas le dossier, **s'y a pas un RSCA écrit à côté, euh,pfff, c'est abrupt,hein?** »

« Le problème, c'est que **c'est moins accessible**, à... Un RSCA va être accessibles à tout le monde. »

« Et ce que je lui ai dit c'est de faire les..., de faire un RSCA écrit à côté. Parce que

j'ai dit que le tuteur qui va voir ça , d'abord, ben je sais pas, c'est abrupt hein de, de voir des flèches, des trucs, des cases. Si on lui explique pas à côté, euh... »

*« Là, **c'est moins accessible. Il faut que l'interne soit à côté pour le présenter. [...] Sinon, c'est incompréhensible. Sinon, c'est rébarbatif, quoi. C'est trop abrupt de voir ces flèches. C'est... [...] On..., on comprends pas , on comprends pas tout. »***

*-MSU 4 : **« Ça l'a compliqué. D'un cas facile, on va faire une chose un peu compliquée. Je trouve. »***

*-MSU 7 : **« Et j'ai un peu de suspicion pour la forme dans la mesure où pour moi, elle risque de contraindre le fond. »***

→ Réserves sur l'accessibilité :

*-MSU 3 : **« Inconvénients, voilà, ce serait, si , effectivement, l'interne en question, ben ne... 'fin, surcharge son diagramme. Ou fait quelque chose qui est , qui est pas..., qui est confus, quoi, qui est brouillon, quoi, qui ... Voilà. L'inconvénient, c'est si c'est pas bien fait. Si c'est bien fait, je ne vois pas d'inconvénient. »***

*-MSU 10 : **« Euh, ben là moi je trouvais ça, euh concis et clair. Après eu c'est vrai que c'est... il faut vraiment que ça soit expliqué et présenté en fait plutôt que..., que de l'avoir sous les yeux comme une trace d'apprentissage habituelle. Où là, effectivement, comme c'est synthétique y a besoin de la parole avec,... [...] qui exprime bien les choses, quoi. [...] qui détaille. »***

« Après le point négatif, encore une fois c'est qu'il faut pas que ce soit non plus trop concis. Faut qu'il y ait des détails et une explication qui aille avec quoi. »

III.3.1.1.1.2- Niveau de synthèse

Un MSU a trouvé la trace de l'IMG pas assez synthétique, 6 MSU d'un niveau de synthèse adéquat et 5 MSU l'ont trouvée au contraire trop synthétique.

→ Pas assez synthétique.

*-MSU 4 : **« C'est pas très clair, c'est pas très synthétique, quoi. Je trouve que c'est pas synthétique comme façon de faire. Il y a des flèches dans tous les sens... »***

« Là je trouve qu'il n'y a pas d'idée qui ressorte. »

« Faudrait voir ce que retient un interne mais, je trouve que c'est trop complexe. Trop confus. »

« Il y a tout dedans!**Tout est d'dans. C'est, c'est un peu mélangé!** »

→ **Niveau de synthèse correct.**

-MSU 2 : « Visualiser sur un seul tableau ,**visualiser sur une seule feuille l'intégralité du travail.**C'est-à-dire que par exemple si il l'avait écrit, on aurait peut-être trois ou quatre feuilles. Et on serait obligé de lire.Et si quelque chose ne nous saute pas aux yeux de suite, on serait obligé de relire pour revoir.Bon, là l'avantage est que tout est sur une seule feuille. »

-MSU 3 : « Ça **synthétise sur une seule page, tout.** On voit bien effectivement tous les liens, d'emblée, euh...,sont apparents. J'ai trouvé ça très très parlant. »

« **On a tout de suite effectivement les liens.** Les liens sont établis, quoi. On a pas besoin de reprendre paragraphe par paragraphe, où parfois effectivement on s'y perd un peu,quoi!Et ensuite, on revient en arrière... voilà ! »

-MSU 6 : « **Ça va beaucoup plus vite.** Ça peut aller beaucoup plus vite, si c'est parfaitement fait. »

« Ça demande de la part de l'interne **un esprit de synthèse** »

« Euh, ça a permis de plus facilement discuter,probablement, que à partir d'un texte. Ça c'est sûr, ça c'est évident. Parce que le texte , le problème, c'est qu'il faut se l'approprier, quoi ? [...]C'est longué, quoi ! [...]Là, l'équivalent de ce qu'il m'a présenté, du cas clinique qu'il m'a présenté **en texte, ça ferait cinq pages, quoi !** 'Fin entre trois et cinq pages!Donc, euh, pouf... C'est plutôt chiant à lire ! On n'a pas trop le temps, non plus. »

-MSU 8 : « C'est pas mal. C'est **très synthétique.** »

« Par contre, **quand il faut retrouver une info, je trouve que c'est très très rapide.** »

« **Très synthétique, hein!**Hop, hop, hop,...hein, on descends d'ssus. »

« Ça corresponds vraiment à notre mode d'analyse et **de synthèse** -comment dire-face au patient. »

« Je pense que c'est très synthétique.C'est très synthétique.**D'un regard** -comment dire- à la limite, on peut,on peu repérer -comment dire- où il y a eu un dysfonctionnement. »

-MSU 9 : « Donc ça montrait qu'il avait un **esprit synthétique** par rapport à ça. »

-MSU 10 : « Après c'est **assez synthétique.**Donc c'est vrai qu'il y a tellement en fait de..., dans un sens, tellement de choses à voir, que finalement d'avoir quelque chose de

synthétique, j'pense que c'est quand même une bonne chose. »

« j'trouve ça une bonne... euh, de faire une chose sous forme graphique, sous **forme A4 et qui soit facile à lire et synthétique**. j'trouve ça **facile et intéressant** et finalement **peu chronophage**. »

« c'était synthétique en fait. Finalement c'est vrai qu'c'est. C'est à la fois et c'est l'enjeu de la chose, **c'est très concis et facile à lire**. »

« Bé les avantages c'est que euh, en tant que, bon pas forcément maître de stage de niveau un, mais, mais en tant qu'interne il y a beaucoup **beaucoup de traces**, beaucoup de boulots et beaucoup de supports papiers, beaucoup d'écrits donc c'est que c'est d'avoir quelque chose de **concis**. C'est un point positif pour nous en fait hein. »

→ Trop synthétique.

-MSU 1 : « J'pense que ces tableaux c'est bien pour faire un travail de... Ben par exemple, elle veut reprendre le travail sur la scarlatine: » Tiens, qu'est ce que j'ai fait avec MSU1? » MSU1 a fait... Bon c'est plutôt des recos qu'il devrait reprendre, mais imaginons qu'il veuille se... Hop il ouvre ça. Tac il voit tout de suite ça. Voilà. Ce genre de tableau, il va servir, ça pour euh, comme quand on faisait des..., des révisions, qu'on se faisait des tableaux synthétiques. Qu'on a **un tableau synthétique sur un chapitre par exemple**. »

« C'est un **tableau de technique** »

« **c'est trop euh..., le tableau de synthèse**. »

-MSU 2 : « Ah, les inconvénients, c'est l'inverse. C'est à dire que, euh, bein, comme on est obligé de tout mettre sur un seul tableau, **ça peut être réducteur**. Et il y a des choses qui peuvent passer à l'as. »

-MSU 7 : « oui, pour moi c'est rattaché à ce..., ce tiroir là de la pédagogie, où on est dans des..., dans **des conduites à t'nir, des arbres décisionnels**... »

-MSU 10 : « c'était synthétique en fait. Finalement c'est vrai qu'c'est. C'est à la fois et c'est l'enjeu de la chose, c'est très concis et facile à lire. Après c'est, l'inconvénient c'est que c'est parfois peut être un p'tit peu..., y a pas trop trop de..., **y a pas trop non plus de détails**. »

« 'fin c'est vrai qu'c'est un p'tit peu, c'est très synthétique. Donc finalement j'vous dit c'est clair mais à la fois c'est p'tête un p'tit peu... p'tête un p'tit peu... **édulcoré**, p'tête par rapport à un, voilà à un... »

« Après le point négatif, encore une fois c'est qu'il **faut pas que ce soit non plus trop concis**. Faut qu'il y ait des détails et une explication qui aille avec quoi. »

*-MSU 11 : « Alors après je n'sais pas si au niveau du graphique on peut mettre, enfin, des cases supplémentaires pour, euh...j'sais pas, peut-être, oui, des fois plus argumenter les choses. Mais... Non, j'ai pas... j'ai pas vu de gros inconvénients. Quoi, j'ai... -M: Vous auriez plus argumenté dans quel sens? -MSU11: Non mais pas forcément au cas que mon interne a traité. Mais, **p't'être que dans d'autres situations, il faudrait plus d'espace, plus de cases, mais...** »*

III.3.1.1.2- Forme informatique :

Quatre MSU ont fait ressortir le fait que faire cette trace sous forme informatique apportait un plus, car plus pratique, plus moderne et évolutive, donc permettant de reprendre ou modifier aisément le travail sur le même support.

→ Pratique et moderne

*-MSU 2 : « C'est bien, oui. Je pense, que d'ailleurs **dans l'avenir, on va arriver à ça.** »*

*« Et puis c'est une forme **plus moderne** »*

*« Et tant qu'ils soient écrits, **si on avait tout sur un même élément et en informatique, ce serait plus simple.** »*

*-MSU 8 : « Alors, une chose est sûre: à lui [l'interne], ça lui parle, hein! C'est sûr. Moi je pense, qu'il fait **[que je fais] parti de la génération** où on est plus dans la lecture de paragraphes. Mais quand on s'y penche d'ssus, c'est vrai qu'**c'est pas mal!** Hein? »*

*« On peut le faire sur un **outil informatique.** » [Mentionne ici le fait qu'on pourrait l'utiliser intégré aux logiciels médicaux de gestion des dossiers des patients.]*

→ Évolutive

*-MSU 2 : « **Bon là comme je vous dis, c'est pas fini parce qu'il a rajouté donc le fait,** il avait oublié qu'il avait revue. Donc ça lui a permis... le fait d'en r'parler ça nous a permis de remettre dans le dossier, et puis de revoir un peu ce qu'il en était. C'est bien. »*

[Mentionne le fait qu'il n'a pas la dernière version de la carte conceptuelle de son IMG, qui l'a retravaillée à plusieurs reprises, après avoir revu le patient].

*-MSU 3 : « En plus bon, pas de chance pour lui, il y a la nouvelle reco sur les infections urinaires qui est sortie alors qu'il **avait déjà commencé, il avait déjà rédigé. Donc il a changé.** »*

III.3.1.2- Le contenu

Nous nous sommes intéressés ici, à savoir si les MSU pensaient que les cartes conceptuelles permettaient de remplir le rôle d'outil pédagogique dans le DES de médecine générale.

III.3.1.2.1- Outil de présentation de cas clinique

Six MSU ont relevé que la carte conceptuelle réalisée par l'IMG avait permis une présentation correcte du cas clinique : l'IMG avait bien reporté sur la carte tous les aspects d'un cas clinique, que ce soit le respect de la démarche EBM ou sa dimension bio-psycho-sociale. Parmi ces 6 MSU, 3 MSU relèvent des failles organisationnelles des cartes conceptuelles, c'est-à-dire le fait qu'il est parfois difficile d'introduire certains concepts sur la carte en fonction de la manière dont on a choisi de l'organiser (rajout de notion de temps, nommer les compétences, des notions de psychiatrie).

Et 2 MSU pensent que l'IMG n'a pas pu présenter le cas clinique de façon correcte à cause de cette forme de carte conceptuelle.

→ Bon outil

-MSU 1 : « **la démarche autour de la scarlatine, la prévention, qui on traite, qui on ne traite pas**, dans le tableau cela apparaît bien. »

« Avec le **traitement les hypothèses, le diagnostic, ect...** »

-MSU 2 : « **Bé, j'étais très content de la manière dont il a abordé les choses. Parce que c'est une fonctionnelle, cette patiente. Et euh, il l'a bien ciblée dès le départ.** »

« Y'avait une consultation qui en plus était double: le mari était là. Le mari était venu faire renouveler ses ordos, ses ordonnances. Donc y avait l'interaction du mari dans la consultation. Voilà. [...]Euh, après, **il a intégré le mari, avec des flèches d'interaction**, ça c'est pas mal aussi. »

« Vous avez plus discuté au **côté relationnel** grâce à cette tâche là? -MSU2: Oui. »

« Il l'a fait **selon les critères EBM**, hein, il l'a fait, euh, il a vu **l'environnement de la patiente, ses antécédents, ses examens cliniques**, c'est vraiment. C'est bien fait. »

« Là, l'avantage, c'est que **le suivi a été respecté**; et qu'ça lui a permis de voir, d'une part l'efficacité de son traitement, et d'une part aussi de voir que la patiente était contente de la consultation précédente. »

-MSU 5 : « ... moi ça m'a permis de mieux comprendre ce qui s'était passé dans cette

consultation et j'ai trouvé qu' il a mieux pu dérouler ce qui était de l'**interrogatoire**, des **différentes problématiques de la consultation**. »

-MSU 7 : « C'est un travail intéressant. Euh... C'est certainement aussi un travail qui euh..., qui doit avoir comme mérite d'être appréhendé quand même comme **les différentes facettes de..., de la situation**. »

-MSU 8 : « **Le patient** -hein, comment dire- **la pathologie** -comment dire- **les ressources annexes, les besoins**, -comment dire- sont bien analysés. »

« Euh...C'est son aptitude -comment dire- à avoir **une vue globale de la situation**, qui corresponds à mon avis bien, à ce que nous, généraliste, on fait. On fait une médecine, qui me paraît globale. »

-MSU 9 : « Parce que en fait l'intérêt de l'apprentissage c'est pas simplement de fournir une technique, ou un arbre décisionnel, ou un tableau, ou une recommandation, c'est la **recherche** qu'il aura faite. Pour moi c'est ça le plus important, quoi. »

« J pense que c'était intéressant parce que **l'interne a su bien m'expliquer ce qu'il avait recherché** et comment il l'avait utilisé pour créer cette trace. »

→ Failles de l'outil

-MSU 2 : « C'est une chose qui n'apparaît pas la dessus, c'est le temps qu'il a passé. **Le temps qu'il a passé avec cette patiente** qui est relativement chronophage. Et donc, plus, si vous voulez, il met du **temps à négocier**, et plus c'est chronophage. »

-MSU 5 : « **Toujours perfectible, dans l'organisation**, euh..., dans..., dans, oui dans l'organisation surtout. Et parfois j'aurais organisé différemment et même rajouter une autre organisation par dessus. Et c'est un peu difficile ça parfois si tu veux. Par exemple, j'aurai aimé qu'à un moment donné -à l'interne, je lui ai demandé de le faire sur une carte conceptuelle- de me dire à **quelle compétence faisait appel un groupe**, à relier un groupe de, euh de cellules quoi, si tu veux. [...] Voilà. Mais c'est un peu difficile parce que ça fait des trucs un peu tordus et finalement l'interne ne l'a pas fait. »

-MSU 11 : « Alors après je n'sais pas si au niveau du graphique on peut mettre, enfin, des **cases supplémentaires pour**, euh...j'sais pas, peut-être, oui, **des fois plus argumenter les choses**. Mais... Non, j'ai pas... j'ai pas vu de gros inconvénients. Quoi, j'ai... -M: Vous auriez plus argumenté dans quel sens? -MSU11: Non mais pas forcément au cas que mon interne a traité. Mais, p't'être que **dans d'autres situations, il faudrait plus d'espace, plus de cases, mais...** »

« Oui, qu'c'était bien, qu'c'était clair. Bon alors, c'est vrai, c'était un problème

organique. Enfin, on ferait ça sur **un problème psychiatrique**, peut-être que ce serait plus... peut être plus difficile à obtenir, quoi... sous ce type de graphisme. »

→ **Outil non adapté**

-MSU 1 : « Est-ce que j'attendais que les parents viennent, et que les **pharmacies soient fermées?** »

« 'Fin, **c'était, tout ce relationnel. Et, malheureusement, dans les tableaux, ça, ça peut pas réapparaître.** »

« Euh, mais le..., le..., **le ressenti du jeune médecin**, de l'interne, ce problème de tout ce relationnel à gérer, comment le gérer, c'est..., ça ne peut pas apparaître dans ces tableaux. »

« C'est difficile, dans ce tableau de faire ressortir **la relation médecin-malade.** »

« Et par exemple là, l'interne pouvait pas, alors que c'est dommage parce qu'il a beaucoup réfléchi dessus, euh... sur **la relation médecin-patient, il ne peut pas le faire ressortir.**»

« Et, malheureusement, **dans les tableaux, ça, ça peut pas réapparaître. Le ressenti.** Parce que là, mon interne, il était..., bon il est très très bien élevé, donc il a rien dit. Mais il était, euh complètement ébahi. »

« C'est un tableau de technique, **c'est pas un tableau de ressenti.** »

« Et, par contre, **on a pas du tout le ressenti.** »

-MSU 7 :

« Je pense que ça contraint un peu le fond. Je dirais ça comme ça. [...]Et dans ce sens là, ça peut le limiter. Ça limite celui qui m'intéresse. [...]Tention! Celui qui m'intéresse. Et qui est peut-être un peu orienté. Tu connais un peu mon, mon... intérêt pour la psychologie..., pour la **psychopathologie**, pour tout ça... »

«Et pour moi ce qui compte c'est quand même le fond.[...]C'est notamment euh...dans les debriefings pour moi, c'qui compte c'est **le ressenti.** Je suis... C'est parce que je suis plus à un niveau où euh..., comment dire..., où l'information pédagogique, où le ressen...où l'information pure me paraît important: elle est acquise. Moi je vais accorder plus d'importance au ressenti[...]aux **représentations mobilisées,aux notions de transfert-contre-transfert, et, à toute cette profondeur de cette pensée de la psychologie.** Et j'ai pas trop envie qu'ça soit contraint par une..., par euh..., par euh..., cette forme un peu... »

«donc euh c'est le domaine où je me sens l'plus à l'aise et où c'est peut être là

qu'j'ai e plus envie de transmettre, tu vois, dans **des notions de posture, dans des notions de distance, dans des notions [...]**de ficelles... de choses comme ça! [...] pas sûr que ça [en désignant la trace], ça le permet. »

« -M:Oui en présentant cette trace, l'interne n'a pas... , a moins parlé de son ressenti que d'habitude? Peut-être? -MSU7:Euh, peut-être que ça lui a été..., que c'était **un peu directif**.[...]Voilà on était un peu occupé. Peut être aussi parce que c'était nouveau. **C'était pas un outil approprié**. Voilà il y a le moment, euh..., l'outil est si tu veux, est...peut être intéressant quand il se fait oublier, aussi. »

III.3.1.2.2- Outil de guidance lors des rétroactions

Quatre MSU ont relevé que le fait que l'IMG leur ai présenté la trace sous forme de carte conceptuelle les avait aidé pour le guider dans sa réflexivité, la réflexion ainsi que pour l'inciter à s'investir dans une prise en charge ou un suivi.

Alors que 2 MSU ont relevé le fait que la présentation d'une trace sous forme de carte conceptuelle n'était pas adaptée aux rétroactions, notamment car la forme aurait entravé le fond.

→ Bon outil

-MSU 5 : «Cela m'a apporté surtout le fait de **pouvoir pointer ses problèmes**, de pouvoir lui, enfin, **le relancer sur des choses bien ciblées**, euh.Parce que sur une carte si tu veux, j pense que c'est toujours perfectible une carte conceptuelle.»

« C'est un outil qui **permet d'avancer avec l'interne**. »

-MSU 6 : « Ça va beaucoup plus vite. Ça peut aller beaucoup plus vite, si c'est parfaitement fait. Ça peut aller beaucoup plus lentement, si c'est pas..., si c'est pas bien fait. Mais c'est pas... mais **ça permet de questionner** quand même.C'est...ça permet de questionner. C'est bien dans ce sens-là. »

« Voilà donc son organisation était...ça a montré que **son organisation, ou la compréhension du cas qu'il présentait, n'était pas évidemment parfaite**. Mais c'est normal,on est dans une situation d'enseignement.Donc, si c'était parfait[...] on aurait plus notre place!»

« M :Est-ce que vous pensez qu'à travers ce travail-là, votre interne a pu mieux **résoudre ses propres questionnements** ? Ses questionnements à lui ? -MSU6:Non pas à travers... Alors, à travers le travail, en partie, **mais à travers le debriefing à partir de ce travail oui**. -M:D'accord . -MSU6:Ben oui ! Il faut bien que je serve à quelque chose,

quand même ! »

« je n'y trouve que des avantages. Des avantages pour l'évaluation, **des avantages pour le debriefing**. C'est... En sachant que, si on reste sur le support qui serve à la présentation de quelque chose. »

-MSU 8 : « Oui je pense qu'en le regardant -comment- ... Si on veut **réévaluer à posteriori ce qu'on a fait** -hein- voir peut être -comment dire- les points où justement ça n'a pas aussi bien fonctionné -comment dire, comment- que ça aurait du fonctionner. Et éventuellement, **ce qu'on aurait pu mettre en place, pour une prochaine fois**.

-M: D'accord. Donc vous l'utiliseriez comme outil pour évoluer, pour changer notre façon de faire? -MSU8: A je pense que, **en debriefing, ça doit être très intéressant** -hein, comment dire- pour aborder ces points-là. »

-MSU 11 : « Ben oui, ben justement, de donner à l'interne de temps en temps une tâche par rapport à certaines consultations qu'il aura faites. Donc où je vais lui demander de faire, de reprendre.[...] justement **pour le faire travailler sur ce cheminement intellectuel qu'il faut avoir** pour arriver au diagnostic, quoi.,[...] **qui nécessite effectivement de beaucoup écouter le patient**, de bien tout noter, parce que ça on s'aperçoit qu'il y en a... où l'écoute est un peu, un peu rapide! »

« M : Donc ce que vous disiez, c'est que si un jour vous vous apercevriez, que lors d'une consultation, l'interne n'a pas tout compris, vous pourriez justement le faire travailler pour qu'il arrive lui même à découvrir... -MSU11: Voilà! Et puis, même moi, de tête, moi, à travers mon ressenti de son vécu de la consultation, **le refaire travailler sur un cas**. »

« Mais on a quand même eu aussi des internes, où on s'est posé souvent la question **«mais, comment faire pour les impliquer, pour les aider? Hein... à avancer?»** Y en a au bout de six mois, on se dit, mon dieu, mais... qu'est-ce qu'on aurait pu faire? Donc peut-être que c'est un outil de plus **pour les aider à... à acquérir des connaissances**. »

« Bon là comme je vous dis, c'est pas fini parce qu'il a rajouté donc le fait, il avait oublié qu'il avait revue. Donc ça lui a permis... **le fait d'en r'parler ça nous a permis de remettre dans le dossier, et puis de revoir un peu ce qu'il en était**. C'est bien. Puisque pour moi c'est important de voir qu'il y a un suivi du patient. »

→ Outil non adapté

-MSU 4 : « -M: Est-ce que la présentation sous cette forme à facilité... -MSU 4: **Ah non!** »

-MSU 7 : « On est limité dans le temps. Si on oblige chaque..., chaque situation à être

*présentée sous cette forme là, **on n'aura plus de temps pour s'accorder une véritable réflexion, une profondeur de discussion.** »*

III.3.1.2.3- Outil d'évaluation des compétences de l'IMG

Six MSU ont relevé que la présentation de la trace sous forme de carte conceptuelle les avait aidé à évaluer les facilités et/ou les lacunes de leur IMG que ce soit dans sa compréhension du cas clinique, ses connaissances, son investissement personnel.

Trois MSU ont pointé des limites dans la technique des cartes conceptuelles comme outil d'évaluation. Ce serait un outil inadapté :

- pour évaluer des IMG entre eux,
- car facilement reproductible et donc un IMG pourrait facilement tricher,
- car il peut entraîner un risque de sous évaluation des compétences de l'IMG si la présentation de l'IMG ne correspondait pas aux attentes de l'évaluateur ou si l'IMG ne maîtrisait pas bien la technique.

→ Bon outil

*-MSU 1 : « Ah, j'ai pensé que c'était **un super travail**, hein. »*

*-MSU 2 : « Parce que c'est une fonctionnelle, cette patiente. Et euh, **il l'a bien ciblée dès le départ.** [...] Et euh, donc, euh, **ça lui a posé des problèmes bien sûr**, parce que justement prendre en charge une fonctionnelle et puis, euh, l'appréhender, c'est pas du tout évident chez quelqu'un qui a pas l'habitude. En plus, il l'a connaissait pas bien. »*

*« **Tout ce qui est technique, il l'a très vite résolu** dans la mesure où il a eu accès directement par le logiciel à l'ouvrage de dermatologie clinique. Et il a eu aucun problème pour faire son diagnostic clinique. **Le problème qu'il a eu c'est surtout dans le relationnel** vis-à-vis de la patiente. [...] Et, le relationnel, c'est là que s'est posée la difficulté parce que c'est quelque chose qui est difficile à appréhender et qui ne peut s'appréhender qu'avec l'expérience. Donc je pense que oui, cela a dû le rappeler à quelque chose.*

-M: D'accord. Vous avez plus discuté au côté relationnel grâce à cette tâche là? -MSU 2: Oui. »

*-MSU 5 : « Cela m'a apporté surtout le fait de **pouvoir pointer ses problèmes**,... »*

*-MSU 6 : « Ça demande de la part de l'interne **un esprit de synthèse, de compréhension** qui est évident, quoi. Là, **ça pardonne pas, si il n'a pas tout compris**, ou... la façon de le présenter, ça ne pardonne pas. »*

« J'avais pas compris complètement, ce qui s'était passé.[Sonnerie du téléphone]. Et donc, ça à permis de discuter, et euh... c'était [Sonnerie du téléphone] une base de discussion très intéressante, euh... par ce qu'en fait, **on s'est rendu compte, petit à petit que**[Sonnerie du téléphone], **ben que bon, il avait un petit peu brodé**, il avait enjolivé un peu les choses et n'avait pas forcément raconté ce qui c'était exactement passé. Sauf que, et bé, moi à la lecture, et ben, il me manque ça, il me manque ça, il me manque ça, il me manque ça,quoi ! Et donc euh...Mais c'était intéressant. »

« Voilà donc son organisation était...**ça a montré que son organisation, ou la compréhension du cas qu'il présentait, n'était pas évidemment parfaite.** Mais c'est normal,on est dans une situation d'enseignement.Donc, si c'était parfait...[...]on aurait plus notre place! »

« Euh... sur la présentation graphique de son cas clinique, c'était moins bien. 'Fin c'était moins bien... Il y avait des choses à améliorer.[...]Qui voulaient p't-être dire d'ailleurs que **l'interne avait compris des choses, peut être un peu, un peu, pas tout à fait de façon logique, hein ?** Mais bon. »

« je n'y trouve que des avantages. **Des avantages pour l'évaluation**, des avantages pour le debriefing.C'est... En sachant que, si on reste sur le support qui serve à la présentation de quelque chose. »

-MSU 8 : « Je pense que c'est très synthétique.C'est très synthétique.D'un regard -comment dire- à la limite, on peut,on peu repérer -comment dire- **où il y a eu un dysfonctionnement.** Hein? »

« -M:Donc on peut montrer très directement. -MSU 8:Oui. -M:Exactement là. -MSU 8:**Un meilleur repérage.** »

-MSU 9 : « oui ,c'était **un travail de qualité.**Où **il s'était donné les moyens de chercher les réponses.** »

→ Limites

-MSU 5 : « Parce que **ça amène la comparaison avec quelqu'un d'autre.** J pense que je n'ai pas envie de noter un truc comme ça. »

-MSU 6 : « Oui, mais c'est **une arme à double tranchant pour l'interne.** Parce que si on comprend rien, **c'est vite évaluable dans le sens, dans le sens négatif**, alors que l'interne a pu quand même faire des choses bien. Euh... Et si c'est tout de suite compréhensible, c'est aussi évaluable très bien, alors que si tu le fait parler, il aurait pas forcément compris. »

*-MSU 9 : « Que **c'est reproductible**. Euh. Que une fois que c'est fait, 'fin. Une fois que c'est fait par un interne, ça peut être reproduit par un autre pour la même chose.[Rires]. Donc euh c'est un peu... -M: Vous voulez dire qu'on peut copier ce qui a été fait? -MSU 9: Oui [...] Ou alors il faut qu'il soit susceptible d'expliquer chaque trace. »*

*« Ce que vous voulez dire, c'est que si vous voyez que la trace d'apprentissage sans qu'on vous la présente, vous ne savez pas, **vous ne pouvez pas savoir si, si ce travail vient de l'interne ou pas.** »*

III.3.1.3-Le public

Nous avons voulu voir si les MSU avaient relevé des notions sur le fait que la présentation d'une trace d'apprentissage par l'IMG sous forme de carte conceptuelle était adaptée à la situation de médecine générale, à la fois pour l'IMG et le MSU.

Cinq MSU ont trouvé que l'outil était adapté à l'approche analytique et globale de la pratique générale, à la charge de travail de l'IMG et du MSU, ou était équivalent à d'autres outils pédagogiques.

Sept MSU ont soulevé la notion que la présentation de trace sous forme de carte conceptuelle pouvait ne pas être adaptée à tout le monde de part le fait que la technique puisse être difficile à acquérir :

- Cette technique ne serait pas adaptée aux IMG qui n'auraient pas de difficultés pour conceptualiser leurs pensées, pour présenter un cas clinique, ou au contraire qui aurait trop de difficultés pour avoir un esprit de synthèse.

- Cet outil ne serait pas adapté aux MSU qui auraient l'habitude de réaliser des rétroactions non directives, basées sur le ressenti.

III.3.1.3.1-Public adapté

*-MSU 2 : « Ça a été **comme d'habitude**. Ben oui, parce que c'est une autre forme d'écriture. »*

*-MSU 7 : « L'interne **aurait pu avancer autant avec un autre outil!** »*

*-MSU 8 : « C'est son aptitude -comment dire- à avoir **une vue globale de la situation, qui corresponds à mon avis bien, à ce que nous, généraliste, on fait. On fait une médecine, qui me paraît globale.** »*

*-MSU 9 : « Je pense que c'est **une technique d'apprentissage de plus. Euh, donc elle***

ne peut être que bénéfique. Mais il faut qu'il utilise tout. »

*-MSU 10 : « Bé les avantages c'est que euh, en tant que, bon pas forcément **maître de stage de niveau un, mais, mais en tant qu'interne** il y a beaucoup beaucoup de traces, **beaucoup de boulots et beaucoup de supports papiers**, beaucoup d'écrits donc c'est que c'est d'avoir quelque chose de concis. »*

III.3.1.3.Public non adapté

*-MSU 1 : « L'interne m'a dit que cela lui avait **demandé beaucoup de travail**. Qu'il s'y était pris à plusieurs fois.Ça je lui accorde. »*

*« Je suis pas sûre, que cela nous ai facilité le debriefing. [...]Moi je **n'avais pas vraiment besoin de ce support**.Après j'ai un interne qui parle facilement.[...]Moi, je suis très bavarde. [...]Donc, euh, on parle. »*

*-MSU 3 : « Je ne suis pas sûre que ce soit, euh..., comment dire..., que tout le monde soit..., enfin..., capable de faire ça, euh...,bien.Ce qu'a fait l'interne m'a beaucoup plus.Il a bien accroché effectivement. Mais je pense que **ça nécessite quand même un..., un esprit de synthèse**, euh, ...Un vrai esprit de synthèse. Il faut que ce soit réussi, quoi ! »*

*« Parce que ça me paraît quand même **un exercice, pas si facile que ça**. [...]C'est très intéressant.»*

*-MSU 5 : « L'avantage, je pense que pour quelqu'un qui a du mal, euh..., à..., à présenter un cas justement, à présenter une situation et à avoir un travail réflexif, je pense que ça peut vraiment l'aider. **L'inconvénient, c'est quand un interne qui déjà, tout roule, tout fonctionne, etc, lui, n'y voit pas d'intérêt.**[...]Fin, moi d'intérêt.Et que, ben ça peut l'embêter quelque part de faire ça. Quelqu'un qui va sentir assez rapidement que, quelqu'un qui est en difficulté, quelqu'un qui, oui, qui a du mal à s'exprimer facilement, ça peut être un support très intéressant. [...]Voilà.Donc quelqu'un qui a du mal à conceptualiser ses idées. Voilà je pense que ça peut être très intéressant. »*

*-MSU 6 : « Le seul inconvénient, c'est qu'il faut quand même **un certain apprentissage à la technique**. »*

*-MSU 7 : « Moi je vais accorder plus d'importance au ressenti.[...] aux représentations mobilisées,aux notions de transfert-contre-transfert, et, à toute cette profondeur de cette pensée de la psychologie. **Et j'ai pas trop envie qu'ça soit contraint par une..., par euh..., par euh..., cette forme un peu...** »*

« Est-ce que dans ce cas présent, euh, l'interne aurait pas avancé autant dans sa réflexion sans cet outil là? Je suis pas convaincu. L'interne aurait pu avancer autant avec

*un autre outil![...]Avec par exemple euh, euh..., comment dirais-je, un **entretien non directif**... euh...il aurait pu avancer à mon avis autant.[...]Et peut être dans certains domaines plus.Et puis dans d'autres un peu moins. Je sais pas. »*

*-MSU 8 : « Ben euh,les inconvénients,seraient peut-être, **d'avoir le temps de faire ça**, à chaque fois. »*

*-MSU 9 : « Après **la difficulté c'est le temps** , je pense que ça peut mettre, au niveau de l'acquisition des compétences. Ça peut être ça une, un des freins. -M:Le temps de réaliser... -MSU9:Oui voilà. Je ne me rends pas compte si mon interne a mis beaucoup de temps ou pas beaucoup de temps à le faire...»*

III.3.1.4-Procédés psycho-pédagogiques

Nous avons regroupé ici, les commentaires des MSU relevant les procédés psycho-pédagogiques repérés dans les traces d'apprentissages présentées sous forme de carte conceptuelle par leur IMG.

III.3.1.4.1- Facilitation de la compréhension de l'IMG.

→ Conceptualisation de la pensée

La majorité des MSU ont relevé que la présentation de la trace sous forme de carte conceptuelle avait facilité la conceptualisation de la pensée de l'IMG, comme reporté chez 9 des MSU ci-après :

*-MSU 1 : « -M:Et pensez-vous qu'à travers ce travail, l'interne a pu, euh..., mieux résoudre ses questionnements? -MSU1:Ça se peut ça par contre.Ouais, **parce que ça demande beaucoup plus de[...] réflexion**»*

*-MSU 2 : « Ben il a... , **il a réfléchi**. Hein, il a réfléchi. »*

*« Et puis c'est une forme plus moderne et **c'est plus votre forme de pensée maintenant**. »*

*-MSU 5 : « Je pense qu'il a **plus réfléchi** en fait quand il a fait ses cartes conceptuelles. »*

*« L'avantage, je pense que **pour quelqu'un qui a du mal, euh..., à..., à présenter un cas justement, à présenter une situation et à avoir un travail réflexif, je pense que ça peut vraiment l'aider**. L'inconvénient, c'est quand un interne qui déjà, tout roule,*

tout fonctionne, etc, lui, n'y voit pas d'intérêt. [...]Fin, moi d'intérêt. Et que, ben ça peut l'embêter quelque part de faire ça. Quelqu'un qui va sentir assez rapidement que, quelqu'un qui est en difficulté, quelqu'un qui, oui, qui a du mal à s'exprimer facilement, ça peut être un support très intéressant. [...]Voilà. **Donc quelqu'un qui a du mal à conceptualiser ses idées. Voilà je pense que ça peut être très intéressant.** »

-MSU 6 : « Ça demande de la part de l'interne **un esprit de synthèse, de compréhension qui est évident**, quoi. »

« Est-ce que vous pensez qu'à travers ce travail-là, votre interne a pu mieux **résoudre ses propres questionnements** ? Ses questionnements à lui ? -MSU6: Non pas à travers... Alors, **à travers le travail, en partie,** »

-MSU 7 : « J pense que ça peut avoir **des avantages pour quelqu'un qui n'est pas rigoureux, de mettre de l'ordre dans sa tête.** »

-MSU 8 : « **Ça correspond à notre mode de pensée.** Hein? Avec des filins qui s'ouvrent, -hein, comment-: hop, hop, hop, hein? **Dans la tête il y a une arborescence** -hein- qui s'fait. Tel symptôme, hop! Donc, c'est logique! »

« **Ça correspond vraiment à notre mode d'analyse et de synthèse** -comment dire- face au patient. »

-MSU 9 : « Mais euh, **ça m'a montré qu'il avait cherché et construit** quelque chose au niveau de la trace qu'il avait faite, quoi. Qu'il avait fait quelque chose de **réfléchi.** [...]Et de **construit.** »

« Je pense que ça lui a permis de **construire ses réponses ou de présenter ses réponses de façon certainement plus claire.** »

« J pense que pour certains ça peut les forcer justement à euh... à bien **conceptualiser les problèmes et les relations de cause à effet.** »

« J pense que ça que pour certains ça peut être nécessaire d'avoir cette technique là pour euh, pour **s'ordonner [...] dans la tête.** »

-MSU 10 : « Donc oui je pense que c'est quelque chose de pratique même pour l'interne effectivement, pour euh..., **pour arriver à expliciter son..., sa trace d'apprentissage...** »

-MSU 11 : « Oui, qu'il a bien... **bien raisonné.** »

« Ben les avantages, j'vous dis, c'est peut être de **clarifier dans l'esprit de l'interne, le chemin pour arriver à un diagnostic, enfin..., de formuler des hypothèses, de savoir réfuter certaines**, dire ben non cet argument s'ra plus en faveur de ce diagnostic là. Oui. [...]De **clarifier, d'le faire réfléchir là d'ssus.** -M: D'accord. Ce qui apparaît mieux sous cette forme graphique? -MSU11: Oui »

→ Compréhension

La présentation de la trace d'apprentissage sous forme de carte conceptuelle aurait permis au MSU de mieux appréhender le niveau de compréhension de l'IMG, comme exprimé ci-après par 5 MSU.

*-MSU 1 : « Mais, ça, à la limite, le..., **la démarche** autour de la scarlatine, la prévention, qui on traite, qui on ne traite pas, dans le tableau cela apparaît bien. »*

*-MSU 6 : « Ça demande de la part de l'interne un esprit de synthèse, **de compréhension qui est évident, quoi. Là, ça pardonne pas, si il n'a pas tout compris, ou... la façon de le présenter, ça ne pardonne pas.** »*

*-MSU 8 : « Ben, que ça **corresponde à sa façon de penser.** »*

*-MSU 9 : « Pour moi ça m'a permis de voir **qu'il avait bien construit ses choses et qu'il avait des réponses.** »*

*« Ça m'a permis de voir ce **qu'il avait compris**, mais je sais pas s'il l'a mieux compris parce qu'il l'avait présenté comme ça. »*

*-MSU 11 : « Oui. Je pense que c'est pas mal qu'ils le fassent, parce que dès fois on ne sait pas trop **comment est-ce qu'ils ont appréhendé le diagnostic auquel on est arrivé.** Enfin, y a des internes qui sont aussi des internes qui sont en difficultés, qui sont INCA-PABALES de faire des diagnostics, des fois.[...]Alors peut-être que ça les aiderait. Bon il y en a d'autres, on voit bien, que bon, tel qu'ils ont mené la consultation, ils ont eu le raisonnements qu'il fallait. Mais je pense que, ça a le mérite de... de **clarifier leurs pensées.** »*

→ Mémorisation

Cette présentation de trace sous forme de carte conceptuelle, aurait permis une meilleure mémorisation pour l'un des MSU, et au contraire aurait entraver la mémorisation pour 2 autres MSU.

*-MSU 4 : « **Pas sûr qu'on retienne énormément de chose d'une présentation qui est quand même, euh... qui part dans tous les sens.**Moi ce que je veux, c'est qu'après, il reste quand même quelque chose.Je ne suis pas certain que ça reste. »*

*MSU 8 : «**Par contre, à mémoriser, à mémoriser, je ne sais pas si moi** -hein,comment dire- dans mon mode de fonctionnement,j'suis pas encore formaté. J'arrive à mémoriser plus »*

-MSU 9 : « Parce que les arbres décisionnels, c'est quand même c'est qui a de plus pratique dans l'apprentissage des internes. Ils voient telle chose. Ils essaient d'appliquer et puis ben du coup, ils partent sur, euh, sur **un arbre décisionnel à partir d'une expérience vécue**. Donc euh, c'est, **c'est le plus simple au niveau de l'apprentissage**, quoi. 'Fin moi je trouve que **c'est comme ça que ça marche le mieux, qu'on s'en rappelle le mieux**. »

III.3.1.4.2- Accroche de l'attention de l'IMG.

→ Réflexivité

Cinq MSU ont relevé le fait que la présentation de la trace d'apprentissage sous forme de carte conceptuelle avait permis une plus grande réflexivité de l'IMG.

-MSU 1 : « **Là, on est obligé de chercher, euh..., pourquoi a été fait ça**, et à quel moment. 'Fin, c'est, on est obligé de plus, se poser de questions, je pense. »

« Je pense que pour un interne qui aurait, euh..., bon voilà, pfff... qui ne se pose pas trop de questions sur son RSCA, **ce qu'il fallait faire, est-ce qu'il fallait le faire, ben là, c'est avec des tableaux, il est obligé de le faire**. »

« Alors les avantages, c'est ça, c'est **faire un travail plus raisonné, plus raisonné en profondeur**. Puisque bon dans un RSCA, on peut se contenter de raconter la consult' de A à Z, hein? Avec le traitement les hypothèses, le diagnostic, ect... Et puis ce qu'on aurait pu faire, pas fait. Voilà. Là, euh..., là, il faut savoir, euh..., **on va plus loin: Pourquoi a été fait ci, pourquoi a été fait ça? Quand on cherche les liens, on pousse à une réflexion plus approfondie**. »

-MSU 3 : « **-M : Et est-ce que vous pensez qu'à travers ce travail, l'interne a pu résoudre, a pu mieux résoudre ses questionnements ? Ses interrogations ?** -MSU3: Moi je pense que oui. »

-MSU5 : « Voilà. Donc je pense que, peut-être qu'il ne l'aurait pas fait comme ça, spontanément, car il l'a fait spontanément tu vois, et je pense que l'engagement est plus important, de l'interne, quand **il a fait ce travail réflexif, du coup, mais seul**. »

« Parce que du coup ça, je pense que **ça stimule la réflexivité**. »

-MSU 8 : « Oui, je pense que **ça l'a amené à réfléchir. Hein. Notamment sur les décisions qu'on a prises à ce moment-là**. »

« Et c'était l'occasion -comment dire- **de repenser de la validité de ces choix**. »

« Oui je pense qu'en le regardant -comment- ... **Si on veut réévaluer à posteriori ce qu'on a fait-hein- voir peut être -comment dire- les points où justement ça n'a pas aussi bien fonctionné-comment dire, comment- que ça aurait du fonctionner. Et éventuellement, ce qu'on aurait pu mettre en place, pour une prochaine fois. »**

-MSU 9 : « Mais euh, ça m'a montré qu'il avait cherché et construit quelque chose au niveau de la trace qu'il avait faite, quoi. **Qu'il avait fait quelque chose de réfléchi. [...]**Et de construit. »

→ Implication et autonomisation

Six MSU ont relevé que le fait que leur IMG leur ait présenté cette trace d'apprentissage sous forme de carte conceptuelle, leur a permis de plus s'impliquer dans le suivi d'un patient, de les faire progresser dans leur autonomisation en leur faisant prendre des décisions seuls.

-MSU 1 : « 'Fin là, **on ne peut pas faire un travail superficiel, quand on fait ça.**Avec un RSCA on peut peut-être,hein..., raconter, euh..., »

-MSU 2 : « Bon là comme je vous dis, c'est pas fini parce qu'il a rajouté donc le fait, il avait oublié qu'il avait revue. **Donc ça lui a permis... le fait d'en r'parler ça nous a permis de remettre dans le dossier, et puis de revoir un peu ce qu'il en était.** C'est bien. »

-MSU 3 : « **Il a bossé.** »

-MSU 5 : « **Donc l'interne a cherché et puis il est retourné voir le patient.** »

« J'ai trouvé qu'il est allé plus loin.Et d'ailleurs, dans une... après une carte conceptuelle , c'était une visite qu'il avait fait tout seul, c'était la première visite qu'il avait faite tout seul, je lui ai demandé de me présenter la situation avec une carte conceptuelle. **Et à l'issue de ça, il s'est dit, il faut que je retourne voir le patient.** »

«Voilà.Donc je pense que, peut-être qu'il ne l'aurait pas fait comme ça, spontanément, **car il l'a fait spontanément tu vois, et je pense que l'engagement est plus important, de l'interne, quand il a fait ce travail réflexif, du coup,mais seul.** »

-MSU 9 : « Parce que les arbres décisionnels, c'est quand même c'qui a de plus pratique dans l'apprentissage des internes. **Ils voient telle chose. Ils essaient d'appliquer et puis ben du coup, ils partent sur, euh, sur un arbre décisionnel à partir d'une expérience vécue.** Donc euh, c'est, c'est le plus simple au niveau de l'apprentissage, quoi. 'Fin moi je trouve que c'est comme ça que ça marche le mieux, qu'on s'en rappelle le

mieux. »

-MSU 11 : « Hein, **et il a voulu savoir la suite**. -M: D'accord, donc il s'y est impliqué, et intéressé. »

« Ben oui, ben justement, **de donner à l'interne de temps en temps une tâche par rapport à certaines consultations qu'il aura faites**. Donc où je vais lui demander de faire, de reprendre[...] justement **pour le faire travailler sur ce cheminement** intellectuel qu'il faut avoir pour arriver au diagnostic, quoi... »

' « Mais on a quand même eu aussi des internes, où on s'est posé souvent la question « mais, comment faire pour les impliquer, pour les aider? Hein... à avancer? » Y en a au bout de six mois, on se dit, mon dieu, mais... qu'est-ce qu'on aurait pu faire? Donc peut-être que c'est un outil de plus pour les aider à... à acquérir des connaissances.[...] **Mais peut être que ce serait un moyen [...] de plus les impliquer, de les aider.** »

→ **Plaisir**

La majorité des MSU ont trouvé plaisante la présentation de la trace d'apprentissage sous forme de carte conceptuelle, et ont même remarqué que cela avait plu à leur IMG. Trois MSU ne l'ont pas trouvé plaisante.

➤ **Satisfaction**

-MSU 2 : « j'étais très content »

-MSU 3 : « Ça m'a plu, d'emblée, ce graphique. »

-MSU 5 : « plaisant. », « plaisir », « une certaine satisfaction. »

-MSU 6 : « J'aime bien. », « moi j'aime beaucoup ça », « très intéressant »

-MU 8 : « Alors, une chose est sûre: à lui [l'interne], ça lui parle, hein! », « c'est vrai qu'c'est pas mal! »

-MSU 9 : « c'était satisfaisant. »

-MSU 10 : « j'trouve ça bien. », « c'était du positif »

-MSU 11 : « c'était bien, »

➤ **Non plaisant**

-MSU 1 : « j'étais très frustré. », « pour moi c'était frustrant. »

-MSU 4 : « Je ne me souviens plus de ce qu'on avait dit. Franchement. »

-MSU 7 : « le premier ressenti un p'tit peu d'surprise, quand même. Parce que c'est... bon... pour moi ça c'est un peu inscrit dans ces nouvelles pédagogies »

III.3.2-Critères d'hétéro-évaluation d'une trace d'apprentissage sous forme de carte conceptuelle d'après les MSU.

Nous avons relevé les propositions faits par les MSU sur les critères d'hétéro-évaluation d'une trace d'apprentissage présentée sous forme de carte conceptuelle.

III.3.2.1- Clarté de la présentation

Neuf MSU ont émis comme critère essentiel d'hétéro-évaluation, celui de la clarté de la présentation, que ce soit au niveau de la présentation graphique (niveau de synthèse adapté, hiérarchisation, regroupement par notion, valeur des liens entre les concepts, code couleur adéquat), au niveau de la présentation orale ou de l'argumentation.

III.3.2.1.1- Clarté

→ Générale

*-MSU 1 : « **La clarté.** »*

*-MSU 9 :« **La clarté.** »*

*-MSU 11 : « **La clarté.** Ah oui, oui, oui, c'était très clair.Enfin, on voyait qu'il avait bien compris, euh...'fin que la situation était claire pour lui, quoi. »*

→ Du graphique

*-MSU 3 : « On voit bien tout de suite qu'effectivement,' fin... la conclusion, le cheminement , l'examen clinique, l'interrogatoire, ça apparaît assez bien. C'est très net.Je trouve que c'est, euh..., **au niveau technique,je trouve qu'il a fait ça, fin effectivement,de façon claire.** »*

*« Ou fait quelque chose qui est , qui est pas..., qui est **confus**, quoi, qui est brouillon, quoi, qui ... Voilà. **L'inconvénient, c'est si c'est pas bien fait.** »*

*-MSU 5 : « **qualité de la carte,** »*

*-MSU 6 : « Euh... sur **la présentation graphique** de son cas clinique, c'était moins bien. 'Fin c'était moins bien... Il y avait des choses à améliorer. »*

-MSU 8 : « -M:Donc on peut montrer très directement. -MSU8:Oui. -M:Exactement là.

*-MSU8:Un **meilleur repérage.** »*

→ De la présentation orale

*-MSU 5 : « **la qualité de la présentation en général, du récit** »*

-MSU 10 : «Voilà en fait, il faut que ce soit en fait effectivement **présenté, adapté, bien expliqué et qu'effectivement avec le debriefing** après, ...»

→ **De l'argumentation**

-MSU 6 : « Et il y a une toute petite partie des choses qui étaient moins bien, dans le sens où, l'interne se comprenait lui-même, mais où moi j'comprenais pas. [...] Qui voulaient p't-être dire d'ailleurs que l'interne avait compris des choses, peut être un peu, un peu, pas tout à fait de façon logique, hein ? Mais bon. [...] **Sa logique à lui, qui doit être la logique de tout le monde, normalement. Hein ?** Et elle n'était pas tout à fait facilement compréhensible pour certains points. »

-MSU 8 : « Ben, que ça **corresponde à sa façon de penser.** »

-MSU 9 : « **Et la logique.** »

III.3.2.1.2- Niveau de synthèse correct

-MSU 3 : « Bon effectivement, après il y a des flèches. Mais c'est aussi, euh, c'est... c'est **pas trop surchargé.** »

« Inconvénients, voilà, ce serait, si , effectivement, l'interne en question, ben ne... 'fin, **surcharge son diagramme.** »

-MSU 4 : « Moi si je l'avais fait, j'aurais fait **moins de flèches, moins de cases.** »

« Et j'aurais **fait deux/trois items, au pire quatre, quoi!** Un dans chaque coin. »

« c'est...Il ne faut **pas chercher la complication!Il faut la simplification** »

-MSU 10 : « Si je devais le noter, 'fin je lui donnerais pas de note, **je lui donnerais des plus et des moins. Plus c'est synthétique. Moins c'est que c'est synthétique** aussi donc c'est toujours pareil. [...] -M:Il faudrait donc que le **niveau de synthèse soit adapté?** Ni trop, ni pas assez? -MSU10:Voilà »

III.3.2.1.3- Hiérarchisation / Regroupement par notion

-MSU 3 : « Et bien déjà, il a **regroupé** par couleur, un petit peu les **différents thèmes.** »

-MSU 4 : « il faut **hiérarchiser.** »

« J'aurais essayé de **regrouper.** Si j'avais dû faire un travail comme ça. »

III.3.2.1.4- Valeur des liens entre les concepts

-MSU 1 : « Et puis, bon, **la valeur de ses.[...] liens.La valeur des flèches, la valeur de ses...** Pourquoi elle a fait ça. »

-MSU 3 : « On voit effectivement **les liens sont... bien établis.** »

-MSU 6 : « Il y avait pas mal de **flèche sans aucun lien.** »

III.3.2.1.5- Code couleur adéquat

-MSU 3 : « Et bien déjà, il a regroupé **par couleur**, un petit peu les différents thèmes. »

« On regroupe sous forme de **couleurs**, ... »

III.3.2.2- Prise en compte de tous les aspects d'un cas clinique.

Trois MSU ont relevé des critères d'hétéro-évaluation sur l'analyse du contenu du cas clinique, c'est-à-dire la prise en compte de tous les aspects qu'ils soient biologiques, psychologiques ou sociaux.

-MSU 3 : « On voit bien tout de suite qu'effectivement,' fin... **la conclusion, le cheminement , l'examen clinique, l'interrogatoire, ça apparaît assez bien.** C'est très net. »

-MSU 8 : « 'Fin, moi j'ai trouvé que ça correspondait bien à la façon de penser d'un médecin de famille,...]-hein,comment dire- qui est sur le terrain -comment dire- qui est dans le suivi -comment dire- qui est dans l'accompagnement, qui prends en charge de façon globale le patient, **pas uniquement sous son aspect médical mais aussi social.**

-Hein, comment dire, comment-. Et ça, ça y est la d'dans. »

« Oui,il a **pris en compte toutes les ressources** qu'on avait. »

-MSU 11 : « Ben, il a **bien écouté aussi ce qu'a dit le patient.** Donc l'interrogatoire. 'Fin j pense qu'il a bien **pris en compte tous les éléments d'une consultation**, c'est-à-dire, **l'interrogatoire**-parce que bon c'était quelque chose d'aigu, pas quelque chose qui traînait-, euh... **l'examen clinique...** »

III.3.2.3- Auto-formation

Quatre MSU ont relevé comme critères d'évaluation, des preuves d'auto-formation de l'IMG, c'est-à-dire son niveau de réflexivité et de réflexion ou ses capacités de problématisation, ainsi que des preuves de recherches bibliographiques de qualité.

III.3.2.3.1- Réflexivité

*-MSU 5 : « J'pense que ce qui peut être simplement évalué c'est, 'fin , c'est oui la **réflexivité qu'à eu l'interne** dans ce travail . 'Fin bon après, est-ce qu'on peut noter le **niveau de réflexivité**, sûrement . »*

*-MSU 8 :« Si on veut **réévaluer à posteriori ce qu'on a fait**-hein- voir peut être -comment dire- les points où justement ça n'a pas aussi bien fonctionné -comment dire, comment- que ça aurait du fonctionner. Et éventuellement, ce qu'on aurait pu mettre en place, pour une prochaine fois. »*

III.3.2.3.2- Réflexion-Problématisation

*-MSU 11 : « Donc c'était clair. Et puis, d'arriver, oui, à **des hypothèses diagnostiques, hein. Et d'argumenter pour faire sortir UN diagnostic de ses hypothèses.** 'Fin il a bien argumenté pourquoi l'autre hypothèse diagnostique n'était pas retenue. »*

*« Oui ben déjà, 'fin bon c'est important pour eux, au stade où ils en sont, de donner un diagnostic, 'fin **d'émettre des hypothèses diagnostiques**,de pas se fermer dans un seul diagnostic. »*

III.3.2.3.3- Recherches bibliographiques

*-MSU 9 : « La **validité des sources**.... »*

*-MSU 11 : « une p'tite **recherche biblio** »*

III.3.2.4- Grille d'évaluation

Un MSU a proposé de s'inspirer de la grille d'évaluation du RESCA pour évaluer une trace d'apprentissage sous forme de carte conceptuelle.

*-MSU 5 : « Alors, pour revenir à ce que tu disais tout à l'heure, comment on peut évaluer, euh, j'pense que **ça peut aussi s'évaluer avec une grille, euh, de RESCA ,d'évaluation du RESCA.** Ça peut être un support, quoi. Un point de départ. »*

III.4- Perspectives

III.4.1- Autres utilisations des cartes conceptuelles envisageables, d'après les MSU.

Nous avons relevé les propositions des MSU sur les utilisations possibles des cartes conceptuelles au cours du DES pour les IMG, et plus généralement dans l'activité d'un médecin.

III.4.1.1-Par les IMG

D'après les MSU, les IMG pourraient utiliser les cartes conceptuelles pour toute présentation de cas clinique, mais aussi comme outil de synthèse à des fins de révision théorique ou de résumé de cours.

III.4.1.1.1- Pour toute présentation de cas clinique

→ Quand ?

D'après certains MSU, les IMG pourraient utiliser les cartes conceptuelles pour présenter un cas clinique vécu, que ce soit dans un RSCA, lors des GEAPI, des séminaires, pour le mémoire, pour toutes autres traces d'apprentissage, autour de toute discussion de cas.

*-MSU 1 : « Elle est **complémentaire d'un RSCA**. Euh, mais bon, comme c'est déjà du travail un RSCA, peut-être, euh..., à ce moment si elle est complémentaire du RSCA, l'a demander, mais en l'allégeant peut-être. »*

*-MSU 2 : « Parce que hier soir, on était en formation, nous, pour le nouveau , pour les nouveaux GEAPi. Et dans le cadre **des nouveaux GEAPi**, on aura une trace d'apprentissage à laisser suite au GEAPi, sur un cas clinique qui correspond à ce GEAPi-là.[...] Et cette trace d'apprentissage, elle pourra être écrite, mais elle pourra également peut-être, être sous cette forme là. »*

*-MSU 3 : « **leur GEAPi...** »*

*« dans **leurs séminaires** »*

*« Pour **les traces** effectivement, »*

-MSU 5 : « **mémoire.** »

« **le RSCA peut-être présenté comme ça.** »

« **Mais dans le cadre du DES, oui à tout, pratiquement à tout moment.** »

-MSU 6 : « **le DDA** »

« **toutes traces d'apprentissages** »

-MSU 8 : « **j pense que ça peut être utilisé autour d'une discussion de cas.** »

-MSU 10 : « **il faudrait que ce soit pour un cas concret prescrit** »

« **dans ce cas là c'est très bien car ça reste une trace d'apprentissage.** »

→ Par qui ?

D'après certains MSU, cette technique pourrait être enseignée à tous les IMG, puis utilisée comme outil pédagogique pour aider uniquement les IMG qui présenteraient des difficultés.

-MSU 5 : « **L'avantage, je pense que pour quelqu'un qui a du mal, euh..., à..., à présenter un cas justement, à présenter une situation et à avoir un travail réflexif, je pense que ça peut vraiment l'aider. L'inconvénient, c'est quand un interne qui déjà, tout roule, tout fonctionne, etc, lui, n'y voit pas d'intérêt.[...]Fin, moi d'intérêt. Et que, ben ça peut l'embêter quelque part de faire ça. Quelqu'un qui va sentir assez rapidement que, quelqu'un qui est en difficulté, quelqu'un qui, oui, qui a du mal à s'exprimer facilement, ça peut être un support très intéressant.[...]Donc quelqu'un qui a du mal à conceptualiser ses idées. Voilà je pense que ça peut être très intéressant.**

« **Peut être avec tous les étudiants, mais après avec celui où on sent le besoin, continuer à faire ce travail.** »

« **Et je pense qu'au début si l'étudiant apprenait à faire les cartes conceptuelles, peut être les deux formes , pour qu'aussi du coup les évaluateurs puissent se rendre compte de ce qui a été utilisé.** »

-MSU 9 : « **c'est une technique qui peut être faite par chaque interne à chaque recherche.** »

→ Comment ?

Certains MSU proposent que les cartes conceptuelles soient utilisées toujours en complément d'un texte écrit ou d'une présentation orale.

-MSU 1 : « Moi je pense que c'est très **complémentaire**. [d'un RSCA]»

-MSU 9 : « -M:D'utiliser tout, c'est à dire, soit d'écrire **un texte ou un schéma**... C'est ça que vous voulez dire? -MSU 9: Mhmm, Mhmm [Acquiescement] »

MSU 10 : « Euh, ben là moi je trouvais ça, euh concis et clair. Après eu c'est vrai que c'est... **il faut vraiment que ça soit expliqué et présenté en fait plutôt que...**,que de l'avoir sous les yeux comme une trace d'apprentissage habituelle.Où là,effectivement,comme c 'est synthétique **y a besoin de la parole avec**,[...]qui exprime bien les choses, quoi. [...]qui détaille. »

→ Dans quel contexte ?

Un MSU propose que les IMG puissent réaliser une trace d'apprentissage sous forme de carte conceptuelle lorsqu'ils ont éprouvé des difficultés, mais aussi pour présenter des cas où ils n'auraient pas senti de difficultés particulières .

-MSU 5 : « tout ce qui est donc présentation d'une **situation clinique, avec difficultés ressenties, ou même sans difficultés ressenties**. »

III.4.1.1.2- Pour réviser un cours

Trois MSU proposent une utilisation des cartes conceptuelles en dehors de présentation de cas clinique, c'est-à-dire simplement pour réviser un cours théorique ou faire une synthèse d'une lecture, d'un chapitre, d'une recherche.

-MSU 1 : « J'pense que ces tableaux c'est bien pour faire un travail de... Ben par exemple, elle veut **reprendre le travail sur la scarlatine**: « Tiens, qu'est ce que j'ai fait avec MSU 1?» MSU 1 a fait... Bon c'est plutôt des recos qu'il devrait reprendre, mais imaginons qu'il veuille se... Hop il ouvre ça. Tac il voit tout de suite ça. Voilà.Ce genre de tableau, il va servir, ça pour euh, comme quand on faisait des..., **des révisions**, qu'on se faisait des tableaux synthétiques. Qu'on a un **tableau synthétique sur un chapitre** par exemple. »

-MSU 9 : « c'est une technique qui peut être faite par chaque interne **à chaque recherche**. »

-MSU 10 : « **des résumés de conduite à t'nir**, »

III.4.1.2- Par les médecins

III.4.1.2.1- Pour une présentation de cas clinique

Deux MSU ont évoqué la possibilité d'utiliser une carte conceptuelle pour présenter un cas clinique dans le cadre d'échange entre collègues.

*-MSU 7 : « Après, tu sais si c'est un outil qui est bien approprié, ça pourrait être pour présenter une situation **clinique à chaque fois qu'un médecin doit présenter une situation clinique à quelqu'un!** »*

*« **deux associés entre eux** »*

*-MSU 8 : « -M:Comme aide à une présentation orale d'un cas clinique? -MSU 8:Tout à fait, et d'échange et de partage. Et... A une époque, j'ai fait parti d'un **groupe de pairs**.*

-M:Oui. -MSU 8:Et, et je me dis qu'avec un tableau comme ça là -hein, comment dire, comment- sans doute qu'il y aurait matière à améliorer les échanges... -M:D'accord. -MSU 8:...où chacun -comment dire- d'une façon synthétique aurait sans doute son mot à dire, en disant: « Ben moi, à ce niveau là [il montre une bulle de la trace d'apprentissage de son interne], ben moi j'aurais fait comme ça!» -M:D'accord. C'est plus... Alors c'est vrai que vous montrez avec les mains, c'est plus visuel. »

*« lorsqu'on fait une **réunion de concertation** »*

III.4.1.2.2- Dans le cadre de l'enseignement

Cinq MSU ont émis des propositions d'utilisation des cartes conceptuelles dans le cadre de l'enseignement du DES de MG, que ce soit dans leur travail au DMG, pour les comptes-rendus de GEAPI, lors de séminaires du CNGE, ou en tant que maître de stage comme outil d'enseignement pour aider un interne à acquérir des connaissances ou s'impliquer. L'un des MSU suggère, que si les IMG réalisaient des cartes conceptuelles, cela permettrait aux membres de jury de DES de faciliter l'évaluation des DDA.

*-MSU 2 : « Et bien ce dont je viens de vous parler.Dans les tous nouveaux **comptes-rendus de GEAPI**, cela peut très bien rentrer la dedans, dans la mesure où en plus, ces comptes-rendus vont être écrits. Et tant qu'ils soient écrits, si on avait tout sur un même élément et en informatique, ce serait plus simple. »*

*-MSU 5 : « je l'utilise dans **mon travail au DMG**. Justement, on tape parfois, dans des réunions où on fait, où on prépare des choses, pour l'envoyer par exemple après à X, euh*

voilà, **pour l'organisation de l'ENT** par exemple, donc euh, pour des choses comme ça. **Pour les stages ambulatoires**, ça m'arrive d'envoyer sous forme de carte conceptuelle. »

« il y avait **un séminaire au sein du CNGE** et où il y a eu quelqu'un à côté de moi qui faisait ça. »

-MSU 6 : « Sur l'évaluation c'est super intéressant **pour évaluer le..., le DDA**. Comme on n'a pas l'temps **quand on est de jury de DES**, de toute façon, de lire toutes les traces. Ça peut être intéressant de feuilleter quelques schémas comme »

-MSU 7 : « Peut-être **au lit d'un malade**, aussi, par rapport à d'autres étudiants. »

-MSU 11 : « Ben oui, ben justement, **de donner à l'interne de temps en temps une tâche** par rapport à certaines consultations qu'il aura faites. »

« Mais on a quand même eu aussi des internes, où on s'est posé souvent la question «mais, comment faire **pour les impliquer, pour les aider?**Hein... à avancer?» Y en a au bout de six mois, on se dit, mon dieu, mais... qu'est-ce qu'on aurait pu faire? Donc peut-être que c'est un outil de plus **pour les aider à... à acquérir des connaissances**. [...] Mais peut être que **ce serait un moyen[...]de plus les impliquer, de les aider**. »

III.4.1.2.3- Dans la vie quotidienne

Deux MSU proposent que les cartes conceptuelles puissent être utilisées dans la vie quotidienne pour les aider dans des tâches complexes, que ce soit la gestion des comptes, des consultations. L'un d'eux émet l'hypothèse que le logiciel de cartes conceptuelles pourrait être intégré dans les logiciels de gestion des dossiers patients.

-MSU 6 : « **Pour la gestion des comptes**, de tout ce qu'on veut, hein !

« Mais ça peut s'utiliser **dans la vie quotidienne**, hein ! »

« **situations un peu complexes**, de façon à pouvoir l'organiser et avoir une idée graphique et précise des choses. Simple. », « Plus c'est compliqué et plus je l'utilise. »

-MSU 8 : « Hein pour pouvoir à posteriori -comment dire- le faire -hein,déjà,comment dire- **quand on fait une consultation**. »

« Mais,**en consultation**,je dirais -comment- on l'a un p'tit peu déjà nous -comment dire- avec nos logiciels, -hein- mais **on peut imaginer un logiciel** qui aurait ce genre de chose, et **faire une synthèse**. »

« Oui **certaines consultations** -comment dire- qui vont demander des examens complémentaires, une hospitalisation, une opération ou un suivi, ça pourrait se discuter. »

III.4.2 - Intérêt des MSU pour se former aux cartes conceptuelles.

Nous avons également essayé de savoir si les MSU seraient intéressés à suivre une formation pour maîtriser l'outil des cartes conceptuelles.

III.4.2.1- Intéressés:

Les MSU 2, 3, 5, 6, 8,10 et 11, soit 7 MSU ont trouvé un intérêt à être formés aux cartes conceptuelles, qu'ils soient naïfs ou non pour cette technique. Certains ont précisé leur intérêt :l'outil leur a plu, l'utilité de connaître plusieurs outils pédagogiques, se perfectionner à cette technique.

*-MSU 6 : « Oui pourquoi pas, **j'suis pas très bon.Techniquement**, hein ? »*

*-MSU 10 : « c'était finalement intéressant. » « On peut se poser la question de... de comment **améliorer certaines choses dans le parcours du DESC.** »*

*-MSU 11 : « **C'est toujours bien d'avoir des outils.** »*

III.4.2.2- Intéressés mais ne participeront pas à une formation :

Deux MSU ont exprimé leur intérêt pour cette technique, mais ne souhaitent pas se former par défaut d'investissement, que ce soit pour des raisons d'orientation pédagogique différente et de fin de carrière, ou pour des raisons de surcharge de travail dans leur cabinet médical.

*-MSU 7 : « **Non. Mais ça c'est pas parce qu'elle ne me paraît pas intéressante. C'est parce que j'suis pas..., j'suis plus à un niveau d'investissement.Et je ne suis pas pédagogue non plus. Voilà je préfère consacrer mon temps à transmettre autre chose.** »*

*-MSU 9 : « D'accord.Après, je crois que par rapport à ce travail là, par rapport à cette technique,euh, c'est intéressant. Je pense que **c'est une technique d'apprentissage de plus.Euh, donc elle ne peut être que bénéfique.** »*

*« Je sais pas. C'est toujours pareil. C'est une question de temps. Donc euh, ça **dépend combien de temps ça mettrait, et euh... dans quelles conditions.** Parce que moi j'ai, **j'ai des impératifs d'horaire ici** qui font que c'est ça qui peut être pénalisant. [...]Donc euh voilà pour l'instant ça dépend. »*

III.4.2.3- Non intéressés :

Les 2 autres MSU ont exprimé le fait qu'ils ne soient pas intéressés par être formés aux cartes conceptuelles.

-MSU 1 : « Non, **cela ne m'emballe pas** trop. »

-MSU 4 : « Après, non, je ne ferais pas une formation dessus. Non j'y pense pas. »

IV - Discussion

Dans cette étude, nous avons recueilli 3 types de ressentis des MSU de médecine générale du département de la Charente suite à une première présentation par leur IMG d'une trace d'apprentissage sous forme de carte conceptuelle :

- des ressentis très positifs avec intérêt réel des MSU pour utiliser cet outil,
- des ressentis très négatifs avec rejet total des MSU pour utiliser cet outil,
- des ressentis plus mitigés chez des MSU qui trouvent un intérêt dans cet outil mais qui ne peuvent ou ne veulent pas s'y investir pour des raisons diverses.

IV.1-Discussion de matériels et méthode.

IV.1.1-Le type d'étude.

IV.1.1.1- Étude qualitative : Ce type d'étude est adapté à notre travail. En effet, seules les études qualitatives permettent d'analyser et de comprendre les mécanismes de l'opinion (39).

- **Cela correspondait à notre but principal** qui était d'analyser le ressenti des MSU par rapport à un nouvel outil pédagogique.

IV.1.1.2- Étude prospective : Les études qualitatives apportent des informations qui offrent une réelle capacité prospective (39).

- **Cela correspondait aux perspectives** que nous envisagions pour cette étude, à savoir de constituer une première base d'informations permettant de développer des axes de recherche sur la technique des cartes conceptuelles afin de promouvoir leur utilisation dans le cursus de formation des IMG en Poitou-Charentes.

IV.1.1.3- Deux études en parallèles : Initialement les études 1 et 2 devaient être menées par le même auteur, dans le cadre d'une thèse unique. Il a rapidement paru

évident qu'il fallait des interviewers différents pour les IMG et les MSU, afin qu'ils soient le moins influencés possible dans leurs entretiens.

- **L'auteure de l'étude n'a pas eu accès aux résultats des entretiens de l'étude 1.** que ce soient les entretiens en eux-mêmes ou les cartes conceptuelles réalisées par les IMG, afin de ne pas être influencée lors de ses entretiens avec les MSU.
- **Un biais pourrait être qu'une analyse fine des résultats n'a pas été prévue :** Les deux auteurs ont communiqué entre eux, mais de façon superficielle : ainsi, c'est un des MSU qui a annoncé à l'auteur de la thèse 2 que l'IMG ne lui avait pas présenté sa trace. Ce que l'IMG avait omis de signaler à l'auteur de la thèse 1.
- **Propositions de solutions :** Il aurait fallu que les auteurs analysent les retranscriptions d'entretiens de la thèse réalisée en parallèle, ou encore mieux que tous les entretiens soient filmés.

IV.1.2-Population

IV.1.2.1- Choix du stage chez le praticien :

Les IMG, au cours de leur internat font des stages semestriels en milieu hospitalier et en libéral chez le praticien (stage de niveau 1 et stage de niveau 2 ou SASPAS). Le choix des IMG chez le praticien s'est fait pour plusieurs raisons:

- **Un stage plus propice à la réalisation d'une trace d'apprentissage** de part la prise en charge globale des patients et la grande diversité des problèmes rencontrés.
- **Une plus grande disponibilité des IMG** pour réaliser la trace d'apprentissage et pour participer à l'atelier de formation (horaires de travail plus adaptables, absence en stage plus facile à organiser qu'en milieu hospitalier).

IV.1.2.2- Choix géographique

Il existe des lieux de stage chez le praticien dans les 4 départements du Poitou-Charentes (Vienne, Deux-Sèvres, Charente Maritime, Charente). Nous avons choisi de limiter notre étude aux lieux de stage de la Charente pour deux raisons :

- **Afin de regrouper les IMG d'un même département pour un atelier** proche de leur lieu de stage et éviter les risques de non participation à un atelier trop éloigné.

- **Par commodité pour les auteurs** afin de limiter les déplacements dans les différents cabinets médicaux pour les entretiens.

IV.1.2.3- **Échantillon restreint** : Dans une enquête qualitative, l'échantillon comporte un petit nombre d'individus présentant des profils variés, afin de pouvoir dresser un portrait le plus exhaustif possible du problème étudié (40). Il n'a donc aucune validité statistique : on ne cherche pas à représenter statistiquement la population, mais à identifier l'ensemble des situations possibles.

- **Le nombre de sujets nécessaires (de 10 à 15) que nous avons envisagé** :

- était adapté pour mener cette étude sur le ressenti car les ressentis globaux ne pouvaient être que de trois types différents (positifs, négatifs, mitigés). La probabilité d'arriver à saturation était donc grande.
- n'était peut-être pas suffisant pour le recueil des critères secondaires, qui eux pouvaient être très variés.

- **Notre volonté de sélectionner une population de MSU la plus diverse possible** (selon l'exercice, le genre, l'ancienneté en tant que MSU, l'implication ou non dans le DMG) était donc aussi adaptée.

- **Nous avons aussi sélectionné au moins un MSU impliqué au niveau du DMG** afin d'avoir l'avis de MSU ayant de l'expérience en pédagogie médicale. En effet les médecins impliqués dans le DMG de Poitou-Charentes sont très engagés dans l'amélioration de l'enseignement du 3ème cycle de médecine générale.

IV.1.2.4- **Procédure en cas de refus de participation d'un MSU**:

Dans la procédure à tenir en cas de refus de participation d'un MSU, il était prévu de sélectionner un autre MSU du terrain de stage.

- **Cela risquait de rendre l'échantillon moins représentatif**, mais ceci n'a pas d'impact pour une étude qualitative.

IV.1.3- **Entretiens individuels**

IV.1.3.1- **Entretiens individuels** : Lors d'un entretien en face à face, le but de l'enquêteur est de recueillir les sentiments de l'interviewé vis-à-vis d'une problématique. Il

va tenter de comprendre son comportement, de recueillir ses impressions et de décrypter ses attitudes (41).

- **Notre choix s'est porté sur des entretiens individuels**, et donc sur la réalisation de deux études en parallèle (étude 1 et 2) afin d'interroger les deux composantes des binômes IMG-MSU.
- **Les auteurs se sont entraînés à mener un entretien**, en s'interrogeant mutuellement, afin d'acquérir un comportement empathique et semi-directif.

IV.1.3.2-Durée de l'entretien : Les personnes interrogées doivent parler longuement : afin d'obtenir une interview significative, cette dernière doit durer entre 1 h 15 et 1 h 45 (39) (entre 30 minutes et 1 heure selon certains experts (40)). Dans ce cadre, il faut savoir que pendant les vingt premières minutes, les personnes interrogées ne vont pas dire ce qu'elles pensent mais ce qu'il est acceptable de dire dans ce qu'elles pensent. C'est pourquoi tout entretien qualitatif trop court empêche les personnes interrogées d'entrer en confiance et de se révéler réellement et complètement.

- **La durée que nous avons fixée pour l'entretien n'était pas adaptée** car trop courte (15 minutes). Nous avons donc un risque élevé d'avoir des réponses biaisées ou partielles de la part des MSU.
- **Nous avons choisi la durée moyenne d'une consultation chez un médecin généraliste français** (qui est de 16 minutes) (42). Peu de médecins auraient pu nous accorder d'avantage de temps pour un entretien.
- **Le lieu de l'entretien était bien adapté** car interroger les MSU dans leur cabinet médical pouvait contribuer à ce qu'ils se sentent plus à l'aise, moins stressés par d'autres soucis organisationnels. Nous les avons prévenus, que s'ils avaient du retard dans leurs consultations, l'auteure pouvait attendre en salle d'attente. Nous avons ainsi prévu d'interroger peu de MSU par demi-journée, pour être plus flexibles sur l'horaire de rendez-vous.

IV.1.3.3- Élaboration d'un canevas d'entretiens : Dans une étude qualitative, le questionnaire doit être « semi-directif » (39), afin d'influencer le moins possible la réponse de l'interviewé. Notre canevas d'entretiens comportait

- **des questions « brise-glace »** portant sur le parcours professionnel des MSU et la manière dont ils organisaient leur rétroaction. Ces questions apportaient aussi

des éléments complémentaires permettant de mieux connaître le contexte d'exercice des MSU afin d'analyser leurs réponses de manière plus adaptée.

→ **une trame de questions ouvertes**

→ **des relances ouvertes**.

IV.1.3.4- **Choix de ne pas mentionner le nom de la technique jusqu'à la fin des entretiens :**

→ **Ce choix a été fait afin de ne pas influencer les IMG ni les MSU** : pour qu'ils soient interrogés à partir de leurs ressources internes sans avoir fait de recherches sur cette technique.

IV.1.3.5- **Retranscription des entretiens :** Les dialogues recueillis constituent le matériel de base pour réaliser l'analyse qualitative. Les entretiens permettent de décrypter ce que pensent les personnes interrogées et pourquoi elles le pensent, grâce à l'analyse du système argumentatif et à l'analyse linguistique. La manière dont une opinion est exprimée est aussi signifiante que l'opinion elle-même.

→ **C'est pourquoi nous avons prévu** d'enregistrer les entretiens, de noter des gestes ou attitudes évocateurs des MSU, et d'anonymiser les retranscriptions.

→ **Un des biais pouvait être la mauvaise qualité des retranscriptions** : certaines subtilités du langage non verbal ont pu passer inaperçues à l'auteure de l'étude.

→ **De plus, l'auteure de l'étude connaissait bien certains MSU** pour les avoir déjà rencontrés ou pour avoir été en stage chez eux auparavant, ce qui lui a certainement permis de mieux communiquer avec eux, qu'avec les MSU qu'elle ne connaissait pas.

IV.1.4-**Analyse thématique transversale Verbatim**

IV.1.4.1- **Chronologie de l'analyse des données :** L'analyse des données devait débuter avant la fin du recueil des données, afin de vérifier si nous arrivions à une **saturation des données**.

IV.1.4.2- Pré-analyse : Une pré-analyse avec un **codage inductif** portant sur 2 entretiens devait être réalisée en parallèle par le réalisateur de l'étude et le directeur de thèse. Cette pré-analyse en parallèle avec une **triangulation des données** devait permettre de dégager des thèmes importants et d'en consolider le système de codage.

IV.1.4.3- Choix du logiciel NVIVO9 : Ce choix a été fait car il s'agissait du seul logiciel pour lequel nous avons une **licence** d'utilisation et que ses **fonctionnalités** étaient suffisantes pour notre travail.

IV.1.5-Atelier de formation aux cartes conceptuelles.

La technique des cartes conceptuelles n'étant pas connue par les IMG, il nous a fallu préalablement les former en réalisant un atelier de formation.

IV.1.5.1- Chronologie de l'étude : Pour que l'étude puisse être menée à bien, il était impératif de l'organiser au cours d'un même semestre de stage. En effet, au stage suivant, les IMG pouvaient se retrouver sur un terrain de stage situé dans un autre département. Le stage débutait début mai et se terminait fin octobre 2014.

- L'atelier devait donc se faire en début de stage. Ce qui a été le cas (28/05/2014).
- Des consignes ont été données à la fin de l'atelier, fixant les délais pour la rétro-action des IMG avec leur MSU ainsi que pour les entretiens. Elles ont permis de connaître les disponibilités des IMG dès la fin de l'atelier pour mener à bien tous les entretiens.

IV.1.5.2- Objectifs de l'atelier : Le but principal de la formation a été atteint car tous les IMG avaient commencé à réaliser leur trace sur le logiciel informatique.

IV.1.5.3- Qualité de l'atelier :

- Pour le contenu de la formation, nous nous sommes basés sur des références pédagogiques (36), (37),(5) mais les auteurs des deux thèses n'avaient eux-mêmes aucune expérience dans l'enseignement ou de la

pédagogie.

- **La qualité de l'atelier dépendait des compétences d'enseignement** des deux auteurs, ainsi que de leur propre maîtrise des outils (cartes conceptuelles et logiciels informatiques). Tous deux étant peu expérimentés, cela a pu altérer la qualité de l'enseignement transmis, même si les IMG en ont fait un retour positif lors des entretiens de la thèse 2.

IV.1.5.4- La durée de l'atelier :

- **Mauvaise évaluation de la durée de certaines étapes de l'atelier :** L'étape de réalisation d'une carte conceptuelle en groupe a été plus longue que prévue (probablement du fait du niveau d'encadrement des IMG et de notre propre capacité à gérer le temps).
- **Annulation d'une étape de formation:** Par manque de temps, les IMG n'ont pas pu présenter oralement leurs cartes conceptuelles au groupe. Cela a pu avoir des répercussions sur leur compétences à présenter leur carte conceptuelle au MSU.
- **Solution : allonger la durée de l'atelier :** Pour former les IMG de manière optimale, il faudrait leur donner plus de temps de formation, si possible sur plusieurs demi-journées pour leur permettre l'assimilation de l'outil et aussi une rétroaction. Un organisme de formation officiel, le CEFES à Montréal propose des formations aux enseignants médicaux sur les cartes conceptuelles sur 2 demi-journées (3),(1).

IV.1.5.5- Analyse de la formation : Nous n'avons **pas prévu** d'analyser plus finement la formation donnée durant cet atelier. Rétrospectivement ceci apparaît **dommageable**, car cela nous aurait permis de proposer des améliorations plus pertinentes pour cette formation.

IV.2- Discussion sur les résultats

IV.2.1- Population

Notre objectif n'était pas d'obtenir un échantillon représentatif mais la plus grande **diversité** possible de MSU.

IV.2.1.1- Nombre de binômes IMG-MSU : Nous avons réussi à obtenir un nombre de binômes correspondant à nos prévisions, soit 11 binômes sur les 10 à 15 attendus. Ce nombre de MSU :

- était adapté pour mener cette étude sur le ressenti car ce nombre a permis d'arriver à saturation des données. Nous avons recueilli les trois types de ressentis possibles (positif, négatif, mitigé) et nous n'avons pas eu de nouvelles données sur les deux derniers entretiens (MSU 4 et 8).
- n'était pas suffisant pour le recueil des critères secondaires. Nous avons recueillis des propositions nouvelles lors d'un des 2 derniers entretiens, de la part du MSU 8 (sur l'utilisation des cartes conceptuelles en groupe de pairs et intégrées au logiciel médical, l'adaptation de l'outil à la médecine générale).

IV.2.1.2- MSU : Nous avons obtenu une population variée de MSU, en terme de genre, de zone géographique de travail, d'ancienneté en tant que MSU, d'implication dans le fonctionnement du DMG, ainsi qu'en terme d'approche pédagogique (certains étaient plus centrés sur le biologique, d'autres sur le savoir-être, certains étaient peu intéressés par la pédagogie alors que d'autres en avaient une grande expérience).

IV.2.1.3- Deux IMG de niveau 2 sur 11 IMG : La présence de seulement 2 IMG en SAPSPAS était satisfaisante même si légèrement sous représentative de la population des IMG de Charente.

- Les IMG de niveau 2 étaient plus difficiles à recruter. Ils ont en effet moins d'intérêt à participer à l'étude puisqu'ils sont en fin de parcours de DES et qu'ils ont déjà écrit leurs traces d'apprentissages.
- L'analyse des traces d'apprentissage en fonction des niveaux de stage n'était

pas prévu. Au premier abord, il ne semblait pas y avoir de différences avec les IMG de niveau 1, car tous les IMG étaient initialement naïfs pour les cartes conceptuelles.

→ **Ce ne sont pas les IMG de niveau 2 qui ont maîtrisé le mieux ce nouvel outil,** malgré leur plus grande pratiques des traces d'apprentissage et des rétroactions. S'agit-il d'une moins forte motivation, par rapport aux IMG de niveau 1 ?

○ IMG du MSU 6 :

- Sa carte conceptuelle comportait peu de couleurs.
- Le MSU 6 rapporte que « *son organisation, ou la compréhension du cas qu'il présentait, n'était pas évidemment parfaite* », « *on s'est rendu compte, petit à petit que[...] il avait un petit peu brodé, il avait enjolivé un peu les choses et n'avait pas forcément raconté ce qui c'était exactement passé* ».

○ IMG du MSU 7 :

- L'IMG ne nous a pas montré sa trace d'apprentissage, malgré les relances de l'auteur de l'étude 1 (non respect des consignes).
- En interrogeant son MSU, nous nous sommes aperçus, que sa carte conceptuelle avait été peu utilisée pour la rétroaction. Cela peut se comprendre, car il s'agissait d'un IMG qui avait un très bon niveau de compétences d'après ses MSU, et qui n'avait pas besoin d'un nouvel outil d'apprentissage. Et le MSU avait peu d'intérêt à s'investir dans un nouvel outil pédagogique, car très proche de la retraite.

IV.2.2- Entretiens individuels

IV.2.2.1- L'auteure n'a pas eu connaissance des cartes conceptuelles avant la retranscription des résultats, sauf pour les 2 derniers entretiens (MSU 4 et 8).

→ **En effet, ces deux entretiens ont été réalisés tardivement au mois d'octobre** par manque de disponibilité des IMG et des auteurs de l'étude. Le risque que les MSU ne se souviennent pas des traces d'apprentissage de leur IMG étant élevé, l'auteure de l'étude 2 a dérogé à la règle en demandant à l'auteur de l'étude 1 de lui

transmettre les traces d'apprentissage.

→ **Ce risque n'avait pas été envisagé dans la préparation de l'étude.** Et l'auteure s'y est retrouvée confrontée lors du premier entretien avec le MSU 8. Celui-ci ne se souvenant plus de la trace d'apprentissage de son IMG, l'entretien avait dû être annulé et reporté. L'auteure de l'étude 1 avait alors demandé à son IMG de présenter à nouveau sa trace d'apprentissage, afin que l'auteure de l'étude 2 puisse poursuivre l'entretien du MSU.

→ **Les conséquences de ce délai au niveau des résultats des entretiens :**

- Pour le MSU 8, cela a favorisé une réflexion plus approfondie sur cette trace d'apprentissage que pour les autres MSU. Son IMG lui ayant représenté la carte, il a pu constater que cela avait permis un meilleur suivi du cas clinique du patient, ainsi qu'une meilleure réflexivité.
- Pour le MSU 4, cela nous a permis de recueillir le ressenti d'un jeune MSU qui ne s'était pas du tout impliqué dans la rétroaction avec son IMG. Il ne se souvenait pas de la carte conceptuelle ni de la rétroaction. Avoir la carte à nouveau sous les yeux, lui a permis de confirmer ce qui ne lui avait pas plus dans ce nouvel outil pédagogique et qu'il n'y trouvait aucun intérêt.

→ **Les répercussions de ce délai au niveau de l'analyse des résultats nous a permis de :**

- recueillir plus d'informations à la fois chez un MSU qui a apprécié cet outil pédagogique et chez un MSU qui a totalement rejeté cet outil.
- réaliser certaines failles dans la méthodologie de l'étude :
 - Nous aurions peut-être du donner plus d'informations aux MSU sur le sujet de l'étude et sur son déroulement, notamment l'importance de réaliser la rétroaction à partir d'une trace d'apprentissage présentée sous forme graphique par leur IMG.
 - A défaut de guider d'avantage les IMG, ce qui n'était pas envisageable, nous aurions peut-être du faire un atelier de formation des IMG sur une journée entière et non une demi-journée, pour leur permettre de terminer leur trace d'apprentissage sous forme de carte conceptuelle et pour les mettre plus en confiance pour la présenter à leur MSU ?

IV.2.2.2- Les IMG n'ont pas tous respecté les consignes données par l'auteur de l'étude 2 sur les conditions de présentation de leur trace d'apprentissage.

→ Certains IMG n'ont présenté leur carte qu'au moment de la rétroaction.

- Ce qui a entraîné chez les MSU non connaisseurs de la technique une approche de l'outil plus complexe : ces MSU se sont plus focalisés sur la forme que sur le fond, ou bien ont abandonné la carte (comme le MSU 7) pour se concentrer sur l'entretien oral avec leur IMG.
- Cela n'a pas semblé gêner les MSU connaisseurs de la technique, qui ont su utiliser l'outil sur le moment.

→ Certains IMG n'ont pas respecté le temps recommandé pour présenter leur carte lors de la rétroaction.

- En effet pour le MSU 10, la rétroaction avec son IMG a été très succinct : « *Il m'a pas raconté grand chose en fait. On l'a fait un peu à l'arraché les derniers jours.* ». Il s'agissait là aussi de la première trace d'apprentissage que ce jeune MSU voyait.
- Cela a probablement restreint ses commentaires.
- Mais cela a permis à cet MSU de s'intéresser à cet outil, qu'il a trouvé adapté à ses besoins car « *non chronophage* », « *clair* », « *synthétique* ».

→ Trois IMG ne nous ont pas fait parvenir leurs cartes conceptuelles (IMG du MSU 2, 7 et 11).

- Cela n'a pas eu de répercussion sur le recueil du ressenti et des remarques des MSU.
- Mais cela nous a restreint dans l'analyse des résultats.
- Cela concernait 1 MSU qui n'avait pas apprécié l'outil pédagogique, et de 2 MSU qui l'avaient au contraire bien apprécié.

→ Un IMG n'a pas présenté sa carte conceptuelle et l'a simplement envoyée à son MSU (MSU 11).

- Cet IMG avait fait une courte rétroaction avec son MSU sur ce cas clinique

avant d'avoir réalisé sa carte, et il n'a pas refait de rétroaction avec la carte conceptuelle. L'IMG lui a simplement envoyé la carte par mail (après plusieurs relances de son MSU) et ce, 2 jours avant l'entretien.

- Cela a eu un retentissement sur l'entretien puisque le MSU n'a pas été en mesure de répondre à toutes les questions de manière optimale.
- Mais cela a été très intéressant, car le MSU a beaucoup parlé de ses difficultés pour impliquer ses IMG dans la prise en charge des patients, pour comprendre leurs raisonnements afin de mieux les guider dans l'acquisition de leurs compétences.

*« Mais on a quand même eu aussi des internes, où on [avec mon confrère] s'est posé souvent la question «**mais, comment faire pour les impliquer, pour les aider? Hein... à avancer?**» Y en a au bout de six mois, on se dit, **mon dieu, mais... qu'est-ce qu'on aurait pu faire?** Donc peut-être que c'est un **outil de plus pour les aider à... à acquérir des connaissances.** »*

- Le MSU était tout à fait lucide sur ses propres difficultés et était d'autant plus intéressé par la technique des cartes conceptuelles. Il a émis l'idée que cet outil pédagogique pourrait l'aider à mieux cadrer ses IMG.

*« ... **donner à l'interne de temps en temps une tâche** par rapport à certaines consultations qu'il aura faites. Donc où **je vais lui demander de faire, de reprendre** »*

*« Et puis, même moi, de tête, moi, à travers mon ressenti de son vécu de la consultation, **le refaire travailler sur un cas.** »*

*« [...] Mais peut être que ce serait **un moyen [...] de plus les impliquer...** »*

➔ Sincérité des réponses différentes entre IMG et MSU :

- Les MSU plus sincères ? Nous nous sommes rendus compte, que les MSU étaient peut-être plus sincères dans leurs réponses que les IMG. Par exemple, l'IMG du MSU 11 qui n'avait pas signalé à l'auteur de l'étude 1 qu'il n'avait pas présenté la carte conceptuelle à son MSU
- Leur sincérité peut être palpable dans leur manière de parler :
 - Certains MSU n'ont pas hésité à répondre avant que la fin de la question posée par l'auteure de l'étude 1 ou à montrer leur désapprobation:

*« -M: Est-ce que la présentation sous cette forme à facilité...-MSU 4: **Ah non!** »*

*« Quels éléments prendre en compte? **Euh, pffff!** » (MSU 4)*

« Mais moi j'étais très **frustrée**. Moi d'emblée j'étais très **frustrée**. » (MSU 1)

- Certains ont fait de longues digressions sur des sujets qui leur tenaient à cœur :

MSU1 sur son cas clinique : « Et... et il y avait donc les deux gamines dans le bureau. Bouh... Donc il y en a une qui a dit: « Ma mère , elle pourra jamais v'nir. » Là je dis: « Là elle va venir parce que tu vas lui dire que là c'est grave. » [...] Parce que là, mon interne, il était..., bon il est très très bien élevé, donc il a rien dit. Mais il était, euh complètement ébahi. »

MSU8 sur sa conception de la médecine et des stages : « Médicalement parlant: non. Il savait la médecine en venant. Il n'a rien appris, à mon avis, à ce niveau là. Mais il a appris à soigner. Hein? C'est-à-dire quelque chose de complètement différent. La médecine n'est pas une sciences mais un art. Et je crois qu'il a commencé à comprendre ce que cela voulait dire... »

- Certains n'ont pas hésité à parler plus avec un langage non verbal, ou par onomatopées :

« Ça corresponds à notre mode de pensée. Hein? Avec des filins qui s'ouvrent, -hein, comment-: **hop, hop, hop, hein?** Dans la tête il y a une arborescence -hein- qui s'fait. Tel symptôme, **hop!** Donc, c'est logique! » (MSU 8)

« Oui trois ou quatre branches, avec **là, tac, tac, tac et puis voilà!** » (MSU 4)

- Causes possibles : Des niveaux d'implications différents entre IMG et MSU :

- Cela provient probablement du fait que les MSU se sentent responsables dans leur rôle d'enseignant et qu'ils se sont ainsi sentis moins jugés. Ou bien qu'ils ont perçu les enjeux pour eux-mêmes, à savoir qu'intégrer cet outil pédagogique dans la formation des IMG était un projet sérieux, et que cela les concernerait.
- Alors que les IMG savaient que l'intégration des cartes conceptuelles ne seraient pas intégrées dans la formation des IMG avant la fin de leur internat et que cela ne les concernerait donc pas.

→ Certains IMG ont présenté leur trace très tardivement à leur MSU :

- Un MSU n'a été interrogé que 5 mois après la formation, quelques jours après la présentation de la trace d'apprentissage de son IMG, réalisée tardivement. Cela nous a permis d'obtenir des avis plus variés en recueillant un second ressenti très négatif du MSU.

- Un MSU a été interviewé deux fois, car il ne se souvenait plus de la trace d'apprentissage de son IMG, qui lui a présenté succinctement une seconde fois.
 - Ce MSU a insisté durant l'entretien sur l'importance de la réflexivité et du suivi du patient. Le fait que son IMG lui ait reparlé de son cas, lui a permis justement de faire ce travail-là.
 - Le MSU est allé aussi plus loin dans sa réflexion sur l'utilisation de cet outil pour lui-même, en envisageant une utilisation au cabinet médical pour faire le point sur des cas complexes. Et il a même émis l'idée qu'on puisse introduire un logiciel de réalisation de carte conceptuelle dans les logiciels médicaux de gestion des dossiers des patients !

IV.2.2.3- La durée prévue des entretiens a été respectée (entre 10 à 15-16 minutes), sauf pour le MSU 8 (20 min).

→ **Cela s'explique par le fait que :**

- le MSU a été interrogé 2 fois,
- Ce MSU avait prévu plus de temps à consacrer à l'auteure pour l'entretien,
- l'auteure a moins dirigé l'entretien en permettant quelques longues digressions.

→ **Ainsi, sa réflexion sur l'outil pédagogique a été plus poussée** que la majorité des autres MSU non connaisseurs comme lui de la technique. Ce qui va dans le sens de l'importance de la durée des entretiens dans les études qualitatives.

IV.2.2.4- Ne pas citer le nom de la technique, ni l'expliquer durant l'entretien.

Il était convenu de ne pas citer la technique jusqu'à la fin de l'entretien afin de recueillir réellement le ressenti, non influencé par leurs connaissances théoriques sur les cartes conceptuelles. Si les MSU étaient intéressés, l'auteure en parlait après l'entretien.

→ **Mais cela n'était peut-être pas adapté à l'étude,** car l'auteure s'est retrouvée face à un problème non anticipé. Lorsqu'elle demandait aux MSU s'ils connaissaient cette technique, leur réponse était ambiguë. Certains MSU disaient connaître cette technique alors qu'ils confondaient les cartes conceptuelles et les autres types de présentation sous forme d'arborisation, telles que :

- les cartes heuristiques (ou cartes mentales, « mind map ») qui se présentent sous forme d'arborisation et non de graphe, et qui n'utilisent pas de mots de

liaisons entre les concepts.

- Le MSU3 parle des brainstormings lors des formations des MSU : « *Voilà, quand on fait un **brainstorming**. Voilà, où tout est un peu en vrac. Le fait de le mettre, effectivement, sous forme de carte conceptuelle, c'est euh, tout de suite parlant !* »



Fig 7 : Exemple de mind map(43) .

- les organigrammes décisionnels et de conduite à tenir, présentés sous forme de graphes, mais ne représentant pas un cas clinique.
- Le MSU 8 qui parle des présentations faites par les représentants de laboratoire (« *aux réunions que les labos[...] on nous projette ce genre de **tableau**.*») ou des arbres décisionnels des recommandations qu'il lit (« *C'est-à-dire les arbres décisionnels!* », « *j'y ai accès [...] quand je lis des textes.* »),
- Le MSU 9 dont l'IMG a intégré les conduites à tenir sur les cystites dans sa carte conceptuelle : « *Je me demandais où était la nouveauté dans la démarche. Parce que **les arbres décisionnels**, c'est quand même c'est qui a de plus pratique dans l'apprentissage des internes.* »).

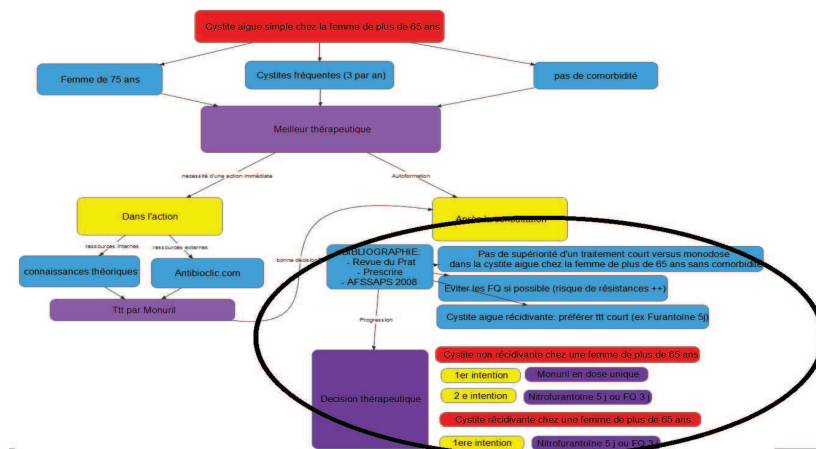


Fig 8 : Carte conceptuelle de l'IMG (MSU9) : conduites à tenir sur les cystites entourées en noir.

→ **Les entretiens où il a été fait la mention des cartes conceptuelles ont été :**

-Les entretiens des MSU 3 et 5 : Ce sont les MSU eux-mêmes qui ont reconnu que la trace de l'IMG était une carte conceptuelle, car ils maîtrisaient eux-mêmes cet outil.

-L'entretien du MSU 4 : Ce MSU avait fait très récemment une formation, durant laquelle la technique avait été utilisée, et il a demandé à l'auteure son nom car il l'avait oubliée. Mais le MSU ne maîtrisait pas du tout la technique lui-même et l'outil ne l'intéressait pas.

-L'entretien du MSU 9 : Ce MSU était persuadé qu'il s'agissait d'un arbre décisionnel : « *Quelle technique? D'utiliser des logiciels pour créer des **arbres décisionnels**?* » L'auteure a dû faire une petite exception, mais sans nommer la technique, en expliquant très succinctement qu'il ne s'agissait pas d'arbre décisionnel puisqu'il y avait des « *mots de liaison entre les concepts* », afin que la MSU comprenne la question posée.

- **Conséquences :** Dans tous ces cas, mentionner la technique, et préciser qu'il y avait des mots de liaison entre les concepts, n'a influencé, ni le ressenti ni les critiques des MSU.
- **Proposition de solution :** Une présentation minimaliste de la technique aux MSU aurait peut-être été nécessaire ?

IV.2.3-Ressenti des MSU

IV.2.3.1-Ressenti positif versus ressenti négatif : 3 notions

- **La majorité des MSU ont eu un ressenti positif.** Celui-ci a trois particularités :
 - le plaisir/la satisfaction,
 - l'instantanéité (« *d'emblée* », « *ça va beaucoup plus vite* »),
 - la clarté de la présentation et de la compréhension.
- **Certains ont eu un ressenti négatif.** Celui-ci avait trois particularités :
 - la frustration,
 - l'instantanéité (« *d'emblée* », « *surpris* »),
 - la non-clarté (« *des flèches dans tous les sens* », « *la forme a contraint le fond* »).
- **Ce sont les trois notions qui seront le plus souvent évoquées par la suite,** dans les commentaires sur les intérêts et les inconvénients de la technique, et dans

les critères d'hétéro-évaluation proposés par les MSU.

IV.2.3.2- Biais dans l'expression et le recueil du ressenti des MSU : L'analyse du ressenti des MSU est complexe, même si ceux-ci semblent avoir répondu le plus sincèrement possible. Des MSU ont pu être influencé dans leur ressenti et dans l'expression de ce ressenti par :

- **le degré de maîtrise de l'outil par l'IMG.** Plus l'outil est maîtrisé par l'IMG, plus sa carte conceptuelle est organisée de manière claire et agréable à lire.
- **leur implication dans le cas clinique présenté par leur IMG.** Il aurait fallu pouvoir analyser plus finement les différences entre le ressenti des MSU concernant une présentation de cas où ils avaient pris part à la consultation (qu'ils aient mené la consultation avec leur IMG, ou que leur IMG ait été en supervision directe), par rapport à une présentation un cas clinique où l'IMG était en supervision indirecte (le MSU n'était pas présent au moment de la consultation).
- **le degré de bouleversement que cette présentation d'une trace d'apprentissage a introduit dans les habitudes de rétroaction des MSU,** que ce soit dans leur mode de communication avec leur IMG, le type de relation étudiant-enseignant, l'organisation des différents temps de la rétroaction,etc...Le fait d'avoir interrogé les MSU sur leurs habitudes de rétroaction, nous en donne un aperçu, mais partiel car il aurait fallu se donner plus de temps d'entretien.
- **la manière dont s'est déroulée la rétroaction.** En effet, certains IMG n'ont pas respecté toutes les règles de présentation de leur carte. Par exemple, certains n'ont pas présenté la carte pendant environ 30 minutes. Certains n'ont pas donné de copie de leur carte conceptuelle à leur MSU, leur présentant uniquement au moment de la rétroaction.
- **le délai entre la présentation de la trace et l'entretien des MSU.** Ce délai a aussi été variable (nous n'avons pas les données): plus la présentation était récente, plus les souvenirs sur cette présentation étaient claires pour les MSU et inversement.
- **le support de présentation.**Nous n'avons pas précisé sur quel support les IMG devaient présenter leur carte. Un IMG a présenté sa carte sur un tout petit écran d'ordinateur portable, d'autres sur un grand écran d'ordinateur, d'autres imprimée sur papier en couleur ou en noir et blanc.

IV.2.4-Apports des cartes conceptuelles

IV.2.4.1-La forme

IV.2.4.1.1- Accessibilité et clarté. La majorité des MSU ont trouvé que les cartes conceptuelles étaient une forme d'écriture claire et accessible. Les 3 MSU qui ont trouvé la forme au contraire trop compliquée, moins accessible, sont les MSU qui ont eu des ressentis négatifs :

- MSU 1 : La carte de son IMG comportait énormément de flèches qui s'entrecroisaient sans aucun mot de liaison, et nécessitait donc bien beaucoup d'explications orales pour en comprendre les liens.

« Il avait fait trois colonnes qui s'intriquaient. Il m'avait expliqué comment elle s'intriquaient, pourquoi, etc... »

« il m'a réexpliqué bien bien les enchevêtrements avec ses flèches et tout. »

- MSU 4 : La carte de son IMG était aérée, compréhensible et cohérente, mais avec une particularité qui a rebuté son MSU: des **liens entre 3 à 4 concepts** sans mot de liaison. Le MSU ne retrouvait plus ses habitudes d'organisation *« par tiroirs »*.
- MSU 7 : L'IMG ne nous a pas envoyé sa carte, mais d'après le MSU, le fait que cette carte soit aussi synthétique, ressemblant à *« ces nouvelles pédagogies de conduites à tenir »*, a contraint le fond. Pour ce MSU, connaisseur des méthodes relevant du domaine de la psychologie, ce qui l'intéresse au contraire *« c'est le fouillis. C'est ce qui va émerger du fouillis, qui est représentatif du ressenti. »* Cette technique n'était donc pas adaptée pour le MSU d'après lui. De plus, son IMG n'étant pas en difficulté lors de son stage, il n'a pas trouvé d'intérêt dans cette technique pour cet IMG particulier.

IV.2.4.1.2- Niveau de synthèse : Tous les MSU se sont exprimés sur la notion de juste niveau de synthèse des cartes conceptuelles.

→ **Ils ont des avis partagés et assez subjectifs**, ne correspondant pas forcément au niveau de complexité de la carte réalisée par leur IMG :

- Le MSU 1 a trouvé la carte trop synthétique, alors qu'elle était assez complexe avec de très nombreux liens s'entrecroisant sans mots de liaisons mais le

ressenti de l'IMG n'y était pas explicité. Plus tard dans l'entretien, ce MSU relèvera d'ailleurs comme critère important d'hétéro-évaluation, la valeur des liens.

« *c'est très **abrupt*** »

« *Si on veut que le travail soit poussé, il faut qu'y ait beaucoup d'intrications, de liens.* »

« *la valeur [...] de ses liens. La valeur des flèches, la valeur de ses... Pourquoi elle a fait ça.* »

- Le MSU 3 a trouvé le niveau de synthèse correct, avec des bulles de concepts très chargées, alors que la carte ne comportait pas vraiment de mots de liaison, mais « *des liens* » qui restaient quand même « *bien établis* ».
- Le MSU 4 n'a pas trouvé la carte assez synthétique. Elle comportait des concepts utilisés comme mots de liaison donnant ainsi une impression de complexité car obligeant le lecteur à s'arrêter dans sa lecture pour réfléchir sur les liens entre trois concepts à la fois.

→ **Ce n'est pas le niveau de synthèse qui est incriminé, mais plutôt la qualité de la synthèse et donc des liens entre les concepts :**

- Le risque d'un niveau de synthèse insuffisant serait pour le MSU 4, que cela rendrait la carte trop « *confuse* », « *sans idée qui ressorte* ».
- Le risque d'un trop haut niveau de synthèse serait que la technique entraîne un côté « *édulcoré* », « *réducteur* » à la présentation. Ce qui a en effet été le cas pour le MSU 1, qui n'a pas retrouvé les notions de ressenti, centraux pour lui, dans la carte conceptuelle de son IMG, rendant un aspect de « *tableau de technique* ».

IV.2.4.1.3- La forme informatique :

→ **Trois MSU ont fait des remarques** sur le fait que la trace d'apprentissage ait été réalisée avec un logiciel informatique.

- Ils n'ont relevé que des points positifs à l'utilisation de l'informatique, même les MSU en fin de carrière qui soulignent que ce n'est « *pas de leur génération* ».
- Les points positifs sont le côté pratique, plus moderne, plus simple et le fait que l'on puisse modifier les cartes au cours du temps, permettant un suivi.
- Le MSU 8 émet même comme idée, qu'un logiciel de cartes conceptuelles puisse être intégré dans les logiciels de gestion des dossiers médicaux.

→ **Aucun MSU n'a fait de remarque négative** à ce sujet ni n'a semblé être gêné par

l'utilisation de cet outil informatique.

- Toutefois, l'IMG du MSU 1 a présenté sa carte conceptuelle sur un tout petit écran d'ordinateur portable ce qui a gêné la lecture de la carte. Mais cela ne semble pas avoir eu d'impact sur le ressenti du MSU 1, qui a bien explicité les causes de son ressenti négatif.

IV.2.4.2-Le contenu

IV.2.4.2.1- Outil de présentation de cas clinique

→ Avis partagés des MSU :

- **Bon outil.** La plupart des MSU ont observé que leur IMG avait pu présenter à travers la carte conceptuelle, tous les aspects d'un cas clinique, que ce soit ce qui relève du domaine bio-psycho-social ou de la démarche EBM. MSU 2 :

« Bé, j'étais très content de la manière dont il a abordé les choses. Parce que c'est une fonctionnelle, cette patiente. Et euh, il l'a bien ciblée dès le départ. »

« Y'avait une consultation qui en plus était double: le mari était là. [...] Donc y avait l'interaction du mari dans la consultation. Voilà. [...] Euh, après, il a intégré le mari, avec des flèches d'interaction, ça c'est pas mal aussi. »

« Il l'a fait selon les critères EBM, hein, il l'a fait, euh, il a vu l'environnement de la patiente , ses antécédents, ses examens cliniques , c'est vraiment. C'est bien fait. »

- **Mauvais outil.** Deux MSU ont estimé que le fait d'avoir présenté un cas clinique sous forme de carte conceptuelle, n'avait pas permis à leur IMG de développer tout ce qui relève du domaine du psychologique et du ressenti. Il s'agissait-là des 2 MSU qui avaient l'habitude de discuter avec leur IMG plus de manière d'être, de psychologie et qui sont moins habitués aux discussions sur les aspects organiques des cas cliniques.

« C'est difficile, dans ce tableau de faire ressortir la relation médecin-malade. » (MSU 1)

- **Bon outil mais parfois limitant :** Trois MSU soulignent la possible difficulté à introduire sur la carte certaines notions, comme notamment :

- les notions de temps : Concernant le temps de négociation avec le patient .

« C'est une chose qui n'apparaît pas là dessus, c'est le temps qu'il a passé. Le

*temps qu'il a passé avec cette patiente qui est relativement chronophage. Et donc, plus, si vous voulez, il met du **temps à négocier**, et plus c'est chronophage. » (MSU 2)*

- les notions de psychiatrie : Un cas clinique avec un problème organique serait peut-être plus simple à présenter sous forme de carte conceptuelle que ceux avec un problème psychiatrique.

*«... c'était clair. Bon alors, c'est vrai, c'était un **problème organique**. Enfin, on ferait ça sur **un problème psychiatrique**, peut-être que ce serait plus... peut être plus difficile à obtenir, quoi... sous ce type de graphisme. » (MSU11)*

- l'introduction des notions de compétences : La tentative de nommer les compétences dans la carte conceptuelle par le binôme MSU 5-IMG est un échec, car cela surchargeait trop le graphique. A noter que cet IMG avait présenté dans ses trois cartes conceptuelles, des cas cliniques tous d'un niveau de complexité élevé. Nommer où se situait chaque compétence sur le graphique aurait nécessairement surchargé la carte.

*« Par exemple, j'aurai aimé qu'à un moment donné [...] de me dire à **quelle compétence faisait appel un groupe** [...] Mais c'est un peu difficile parce que ça fait des trucs un peu tordus et finalement l'interne ne l'a pas fait. »*

→ Pourtant, les cartes conceptuelles sont des outils pédagogiques validés pour leur utilisation dans la présentation de cas complexes (5),(16).

→ Une explication peut-être trouvée dans les remarques des MSU sur les limites de la technique :

- D'après le MSU 5, cette technique est « toujours perfectible, dans l'organisation », mais c'est ce qui lui permet d'être utilisée comme outil pédagogique.
- D'après le MSU 6 : « Voilà donc son organisation était...ça a montré que son organisation, ou la compréhension du cas qu'il présentait, n'était pas évidemment parfaite. Mais c'est normal, on est dans une situation d'enseignement. Donc, si c'était parfait[...]on aurait plus notre place! ».

→ Propositions de solutions :

- Créer des codes graphiques :

- Cela est proposé par A. Odier avec sa « carte des émotions » lors de la conception de cartes conceptuelles réalisés par de jeunes enfants atteints de maladie chronique, dans le cadre d'ETP (Éducation thérapeutique du patient). Elle propose des *smileys* avec un code couleur que l'enfant insère

dans sa carte conceptuelle (44).(Annexe)

- De même, nous pourrions imaginer un code graphique pour représenter les six compétences du MG. Ce code devra être commun aux IMG et aux enseignants.
- D'autres types de codes graphiques pourraient être élaborés afin qu'IMG et enseignants puissent avoir un outil visuel leur permettant de repérer certaines notions rapidement sans surcharger les cartes : le type de ressources, les problématiques ...
- **C'est exactement la faille de la carte conceptuelle de l'IMG du MSU 1 :**
L'IMG avait inséré dans sa carte les notions de ressources internes et externes, au détriment de la clarté. Sa carte contenait beaucoup de flèches sans mot de liaison, s'entrecroisant, partant de concepts placés sur le côté droit de la carte pour les relier à la partie cas clinique placée à gauche.

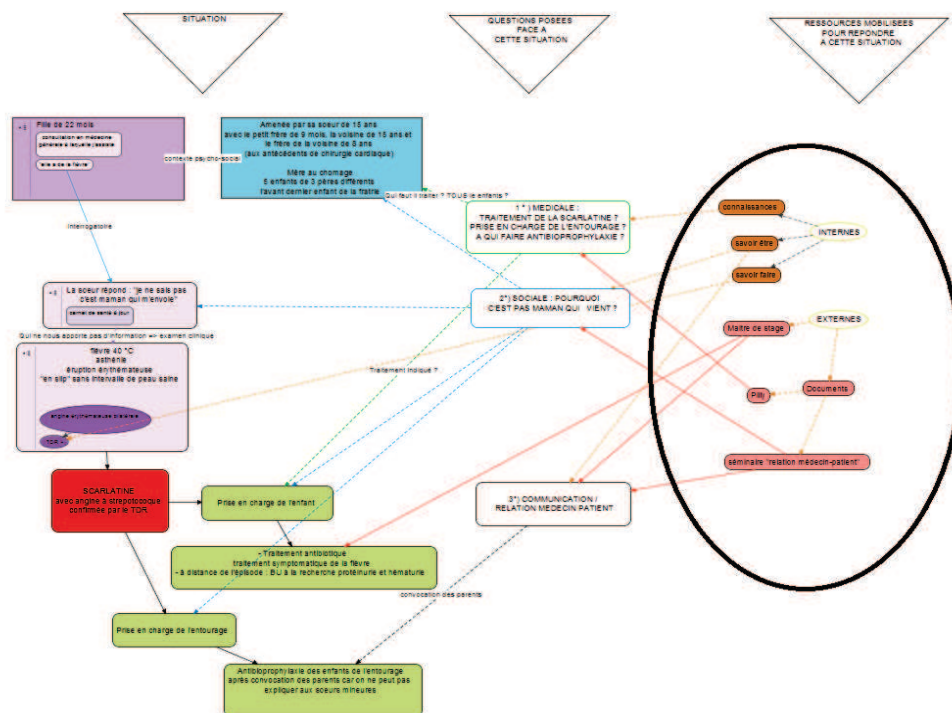


Fig 9 : Carte conceptuelle de l'IMG (MSU 1) avec les concepts de ressources encadrés en noir.

- **La plupart des autres IMG, ont choisis un code de couleur personnel** pour différencier les différents types de concepts. Par exemple l'IMG du MSU 4 s'est créé un code couleur personnel, avec :
 - **En orange** : le cas clinique (les céphalées et la pédiculose du cuir chevelu)
 - **En bleu** : ses ressources internes (appel de la mère, conseils

thérapeutiques et traitement, contact avec l'assistante sociale...)

- En vert: les ressources externes (informations du dossier médical, recommandations du Collège des Maladies Infectieuses et Tropicales et du Vidal...)
- En rose: le concept central de son cas clinique (mauvaise observance).

IV.2.4.2.2- Outil de guidance lors des rétroactions:

→ Avis partagés des MSU sur l'utilisation de cet outil pour les rétroactions :

- Bon outil : Quatre MSU, dont 2 naïfs pour les cartes conceptuelles, ont mentionné les potentialités d'outil de guidance des cartes conceptuelles.
 - Les 2 MSU experts (MSU 5 et 6) en cartes conceptuelles ont :
 - utilisé la carte conceptuelle comme outil de rétroaction,
 - insisté sur le fait, que même si l'IMG ne maîtrisait pas complètement l'outil, cela leur avait permis de « *pouvoir pointer les problèmes* » et de « *le relancer sur des choses bien ciblées* » (MSU 5), « *de questionner quand même* » (MSU 6) pour permettre « *d'avancer avec l'interne* » (MSU 5) « *à travers le debriefing à partir de ce travail* » (MSU 6).
 - Les 2 MSU naïfs pour la technique (MSU 8 et 11) ont :
 - insisté sur le fait que les cartes conceptuelles pourraient leur servir de manière efficace pour les prochaines rétroactions,
 - souligné que la carte était un outil intéressant pour améliorer la réflexivité et l'implication de l'IMG, comme l'a très bien expliqué le MSU 11 :
 - Ce dernier se sentait démuni par rapport à la prise en charge de plusieurs de ses IMG en difficulté pour acquérir le « *cheminement intellectuel qu'il faut avoir pour arriver au diagnostic* » et qui étaient peu impliqués dans leur travail (« *parce que ça on s'aperçoit qu'il y en a... où l'écoute est un peu, un peu rapide* », avec des rétroactions remises au lendemain ou annulées car l'IMG souhaitait partir tôt du stage,...).
 - Ce MSU 11 envisage d'utiliser cet outil pour aider les IMG à s'impliquer dans leur travail et évoluer: « *On [le MSU 11 et son confrère] s'est posé souvent la question «mais, comment faire pour les impliquer, pour les aider?Hein... à avancer?» Y en a au bout de six mois, on se dit, mon dieu,*

mais... qu'est-ce qu'on aurait pu faire? Donc peut-être que c'est un outil de plus pour les aider à... à acquérir des connaissances. »

○ **Mauvais outil :**

- Les MSU 1 et 7, n'avaient pas apprécié l'outil en tant qu'aide à la rétroaction.
- Il s'agissait de MSU ayant l'habitude des rétroactions non directives, et plus tournés sur des préoccupations de psychologie et de ressenti.
- Pour autant, les cartes conceptuelles pourraient très bien servir pour discuter de ressenti, comme vu plus haut (44).
- Ce qui est peut-être difficile à réaliser lorsqu'on ne maîtrise pas encore bien cet outil.

IV.2.4.2.3- Outil d'évaluation des compétences.

- **Outil validé dans l'évaluation des compétences :** D'après Tardif, « *dans la perspective de l'évaluation des compétences, la carte conceptuelle constitue un outil puissant intégré dans le dossier d'apprentissage, qui permet à un élève et à un étudiant de fournir des preuves de leur apprentissage en matière de ressources et en matière de situations de transfert* » (5)
- **Avis partagés des MSU :** Six MSU ont donné quelques pistes comme quoi ils avaient évalué les compétences de leur IMG à travers leur trace d'apprentissage présentée sous forme de carte conceptuelle.
- Le MSU 1, qui n'avait pas apprécié la carte conceptuelle, qui avait été « frustré » par cette présentation, avait quand même « *pensé que c'était un super travail* ».
 - Le MSU 9, pour qui il s'agissait de la toute première présentation de trace d'apprentissage, avait évalué ce travail comme « *un travail de qualité. Où il s'était donné les moyens de chercher les réponses* ».
 - Les 4 autres MSU (2, 5, 6, et 8), dont 2 étaient experts pour la technique, ont souligné le fait que :
 - la carte conceptuelle présentait « *des avantages pour l'évaluation* » (MSU 6) *en leur permettant « de pouvoir pointer ses problèmes »* (MSU 5), « *d'un regard [...] on peut, on peu repérer [...] où il y a eu un dysfonctionnement.* » (MSU 8).
 - le fait que la carte conceptuelle ne soit pas claire à lire « *ça ne pardonne pas* » (MSU 6). « *Sur la présentation graphique de son cas clinique, c'était*

moins bien. 'Fin c'était moins bien... Il y avait des choses à améliorer.[...]Qui voulaient p't-être dire d'ailleurs que l'interne avait compris des choses, peut être un peu, un peu, pas tout à fait de façon logique » (MSU 6).

- cela avait permis de « d'un regard [...] on peu repérer [...] où il y a eu un dysfonctionnement. » (MSU 8), en précisant :
 - ce qui avait été facile pour l'IMG : « tout ce qui est technique, il l'a très vite résolu » (MSU2),
 - ce qui lui avait été plus difficile : « Le problème qu'il a eu c'est surtout dans le relationnel » (MSU 2).

→ **Les limites de l'outil :** Les MSU 5, 6, et 9 ont pointé les limites de cet outil dans l'évaluation des compétences de l'IMG.

- Ce n'est pas un outil de notation :
 - Pour le MSU 5, les cartes conceptuelles serait un outil pour « aider l'interne à évoluer » et ne pourraient pas être utilisées comme outil de notation « parce que ça amène la comparaison avec quelqu'un d'autre » .
 - Cela correspond donc bien aux buts des outils d'évaluation des compétences, qui doivent être **formatifs et certificatifs** (17).
 - D'après Tardif, « dans l'évaluation des compétences, il n'est pas prévu qu'elles donnent lieu à des **quantifications** et que le jugement porté sur les ressources et sur les situations de transfert résulte de l'addition d'une série de notes pour chaque composante. » (5)
- Cet outil doit absolument être accompagné d'une explication orale :
 - D'après le MSU 6 :il s'agit d' « une arme à double tranchant pour l'interne. Parce que si on comprend rien, c'est vite évaluable dans le sens, dans le sens négatif, alors que l'interne a pu quand même faire des choses bien.[...]Et si c'est tout de suite compréhensible, c'est aussi évaluable très bien, **alors que si tu le fait parler, il aurait pas forcément compris.** ».
 - A. Odier rappelle que les cartes conceptuelles peuvent être utilisées comme « **un outil de communication** qui met en jeu un émetteur et un récepteur. » (44)
- Cet outil doit être utilisé pour rapporté un cas clinique vécu par l'IMG :
 - D'après le MSU 9 toute carte peut être «reproductible », c'est-à-dire « qu'une fois que c'est fait par un interne, ça peut être reproduit par un autre pour la même

chose[...]Ou alors il faut qu'il soit susceptible d'expliquer chaque trace ».

- Tardif a démontré au contraire que ce qui fait la particularité de cet outil est justement « **l'unicité de chaque représentation** ». « La carte conceptuelle d'un étudiant est unique parce qu'elle représente sa manie de sélectionner des ressources, de les situer hiérarchiquement et de déterminer leurs liens structuraux » (5).

IV.2.4.3-Le public

→ **Public adapté** : Cinq MSU ont trouvé que l'outil était :

- adapté à l'approche analytique et globale de la pratique générale car il permet d'« *avoir une vue globale de la situation, qui correspond à mon avis bien à ce que nous, généraliste, on fait.* » (MSU 8),
- adapté à la charge de travail de l'IMG et du MSU car « *il y a beaucoup beaucoup de traces, beaucoup de boulots et beaucoup de supports papiers, beaucoup d'écrits donc c'est que c'est bien d'avoir quelque chose de concis* »
- ou équivalent à d'autres outils pédagogiques (MSU 2, 7, et 9) : « *Ça a été comme d'habitude. Ben oui, parce que c'est une autre forme d'écriture.* » (MSU 2)

→ **Public ciblé** : Sept MSU ont soulevé la notion que la présentation de traces sous forme de cartes conceptuelles pouvait ne pas être adaptées à tout le monde car la technique pouvait être difficile à acquérir et chronophage (MSU 1, 6, 8 et 9) :

- Pour les IMG qui n'auraient pas de difficultés pour conceptualiser leurs pensées, pour présenter un cas clinique (MSU 5), ou au contraire qui auraient trop de difficultés pour avoir un esprit de synthèse (MSU 3).
- Pour les MSU qui auraient l'habitude de réaliser des rétroactions non directives, basées sur le ressenti (MSU 1 et 7).

→ **Comme tout outil, les cartes conceptuelles doivent être utilisées à bon escient** :

- Elles devraient être utilisées si elles permettent à l'IMG et/ou au MSU de repérer plus facilement les forces et les difficultés de l'IMG.
- Comme le souligne le MSU 9 : « *c'est une technique d'apprentissage de plus[...] donc elle ne peut être que bénéfique.* »

IV.2.4.4-Les procédés psycho-pédagogiques

IV.2.4.4.1- Données de la littérature :

→ D'après Novak, les cartes conceptuelles sont un outil très performant (45), (46):

- « l'une des raisons qui expliquent que le processus de construction d'une carte conceptuelle est si efficace pour faciliter un **apprentissage significatif**, c'est qu'il sert de gabarit pour **aider à organiser la connaissance et à la structurer**[...].
- Beaucoup d'apprenants et d'enseignants sont surpris de voir comment cet outil simple facilite l'apprentissage significatif et la création de puissantes structures de connaissances qui permettent non seulement d'**utiliser la connaissance** dans de nouveaux contextes, mais également de **la retenir pour de longues durées**.
- On connaît encore très peu les processus de la mémoire et la manière dont en définitive la connaissance est intégrée dans notre cerveau, mais il paraît évident, selon plusieurs recherches, que notre cerveau travaille à organiser les connaissances en **structures hiérarchiques**, et que les méthodes d'apprentissage qui facilitent ce processus améliorent de façon significative la capacité d'apprentissage de tous les apprenants. »

→ D'après Tardif (5), « la carte conceptuelle d'un élève ou d'un étudiant est **unique** parce qu'elle représente sa manière de sélectionner des ressources, de les situer hiérarchiquement et de déterminer leurs liens structuraux ».

→ Mécanismes neuronaux : Certains auteurs (47), (48) suggèrent, bien que cela ne soit pas prouvé, que « la carte conceptuelle sollicite :

- les **deux hémisphères du cerveau** : le cerveau gauche pour la partie qui concerne le langage, la logique, la rationalité et le cerveau droit pour l'imagination, la créativité, la vision globale, l'analogie, la spatialisation de l'information,
- les **cinq fonctions du cerveau** (la réception, la mémorisation, l'analyse, le contrôle et la production) ».

IV.2.4.4.2- Facilitation de la compréhension de l'IMG.

→ Conceptualisation de la pensée :

- Outil facilitateur: Dix MSU sur 11 (dont 2 des MSU qui n'avaient pas apprécié la technique) ont souligné de manière générale que la présentation de la trace d'apprentissage sous forme de carte conceptuelle avait facilité la « *conceptualisation de la pensée de l'interne* » (MSU 5) car :
 - cela « correspond à notre mode de pensée » (MSU 8)
 - « car dans notre tête il y a une arborescence » (MSU 8),
 - que cela « est plus votre forme de pensée maintenant » (MSU 2),
 - cela permet de mieux « conceptualiser les problèmes et les relations de cause à effet » (MSU 9),
 - cela permet de « clarifier dans l'esprit de l'interne, le chemin pour arriver à un diagnostic » (MSU 11),
 - cela demande « de la part de l'interne un esprit de synthèse, de compréhension qui est évident » (MSU 6)
 - cela aurait comme « avantages pour quelqu'un qui n'est pas rigoureux, de mettre de l'ordre dans sa tête » (MSU 8).
 - cela obligeait à plus de réflexion de la part de l'IMG (MSU 1, 2,3, 5, 9,11)
 - « ...parce que ça demande beaucoup plus de[...] **réflexion** » (MSU 1)
 - « Je pense qu'il a **plus réfléchi** en fait quand il a fait ses cartes conceptuelles. » (MSU 5)
- Le MSU 4 a été le seul à ne pas faire mention de cette approche :
 - Les raisons : Il s'était lui, exprimé uniquement sur son ressenti et sa compréhension propre du cas clinique, sur la manière dont il l'aurait présenté, et non sur le vécu de son IMG :
 - « -M:Évaluer sa présentation, c'est-à-dire à la fois à l'oral et le graphique?-
MSU4:[...] Quels éléments prendre en compte? Euh, pffff!Je, je...**Moi si je l'avais fait, j'aurais fait** moins de flèches, moins de cases.[...] **J'aurais mis**, au centre, **j'aurais mis**, peut-être le motif de consultation.[...] Et **j'aurais fait** deux/trois items, au pire quatre, quoi!Un dans chaque coin. **J'aurais** essayé de regrouper.**Si j'avais dû faire un travail** comme ça. Il me semble, hein![...] **J'aurais fait** la partie éducation. **Là j'aurais fait** la partie traitement.**Là j'aurais fait** euh,la partie social.Et puis là **j'aurais fait** par exemple le motif de la consultation.»

- Il n'a donc pas été en mesure de répondre à certaines questions, n'étant pas du tout dans une approche pédagogique au moment de l'entretien :

« -M:Et est-ce que vous pensez qu'à travers ce travail, votre interne a pu mieux répondre à ses questionnements ou pas du tout? -MSU 4:**Je sais pas. Ça c'est à lui qu'il faut demander!** »

« Et quels sont les éléments de son travail que vous avez retenus pour évaluer ses compétences ou ses lacunes? -MSU 4:Euh, là sur un cas comme ça, c'est **difficile de répondre.** ».

- A travers ce cas, l'outil nous a permis de mettre en évidence qu'il permettait l'expression d'une manière **personnelle** de penser et de réagir, **unique** à chaque personne :
 - **L'IMG** a réalisé une carte conceptuelle qui correspondait tout à fait à sa manière d'être, assez introverti :
 - Il a réalisé sa trace seul, sollicitant peu notre aide lors de l'atelier.
 - Il a introduit des liens complexes sur sa carte, tout en rendant sa carte claire : des liens entre 3-4 concepts différents et sans mot de liaison.

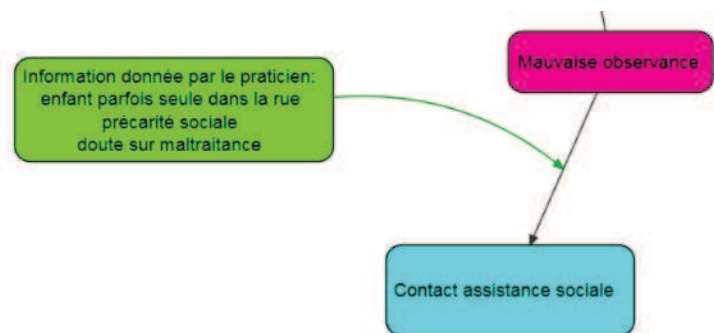


Fig 10 : Extrait de la carte conceptuelle de l'IMG (MSU 4)

- **Le MSU** a réagi de manière très personnelle à la rétroaction, qui a été brève, avec peu de guidance.
 - Son ressenti a été que la trace était « *complexe* » et « *confuse* ».
 - Le caractère introverti de l'IMG, qui contrastait fortement avec celui de son MSU, a pu favoriser le fait qu'il ne se souvenait pas de leur rétroaction.
 - Il s'agissait de la première trace d'apprentissage qu'il voyait en tant que MSU récemment formé. L'IMG était son premier IMG. Son approche était donc encore centrée plus sur la prise en charge de ses patients, et moins sur son rôle de pédagogue.

→ Compréhension :

- Une meilleure appréhension du niveau de compréhension : La présentation de la trace d'apprentissage sous forme de carte conceptuelle aurait permis à certains MSU de mieux appréhender le niveau de compréhension de l'IMG, que ce soit
 - son niveau « *de compréhension qui est évident* » (MSU 6),
 - « *sa façon de penser* » (MSU 8),
 - « *sa démarche* » (MSU 1).
- Cela a permis aux MSU de voir :
 - « *qu'il avait bien construit ces choses et qu'il avait des réponses.[...] Ça m'a permis de voir ce qu'il avait compris* ». (MSU 9)
 - « *comment [...]ils ont appréhendé le diagnostic auquel on est arrivé* »(MSU 11).

→ Mémorisation :

- Des avis partagés sur le fait que les cartes conceptuelles permettraient à l'IMG de mieux mémoriser :
 - Avec certitude :
 - « *Moi je trouve que c'est comme ça que ça marche le mieux, qu'on s'en rappelle le mieux* » (MSU 9).
 - Avec doute :
 - « *Pas sûr qu'on retienne énormément de chose d'une présentation qui est quand même, euh... qui part dans tous les sens* » (MSU 4)
 - « *Par contre, à mémoriser, à mémoriser, je ne sais pas si moi [...] dans mon mode de fonctionnement -j'suis pas encore formaté- j'arrive à mémoriser plus* » (MSU 8).
- Utilisation de la mémoire visuelle des MSU :
 - **pour décrire la carte de leur IMG:** De nombreux MSU, dont le MSU 8 cité ci-dessus, ont exprimé de manière non verbale au cours de l'entretien le fait qu'ils avaient en tête une bonne partie de la carte conceptuelle de leur IMG, ce qui fait évidemment appel à leur mémoire visuelle :
 - « *L'interne avait fait **trois colonnes**. Alors je ne les ai pas là. Alors je ne les ai pas en tête. Il avait fait trois colonnes qui s'intriquaient. Il m'avait expliqué comment elle s'intriquaient, pourquoi, etc...* » (MSU 1)
 - « *Il l'a fait selon les critères EBM, hein, il l'a fait, euh, il a vu l'environnement de la patiente , ses antécédents, ses examens cliniques , c'est vraiment... C'est*

bien fait.-M: *Oui c'est qu'à chaque fois vous me montrez où se trouvent ces éléments là sur le graphique.*-MSU 2: *Voilà. » (MSU 2)*

«Et bien déjà, il a regroupé par **couleur**, un petit peu les différents thèmes. [...] **On voit bien tout de suite qu'effectivement,** fin... la conclusion, le cheminement, l'examen clinique, l'interrogatoire, ça apparaît assez bien. C'est très net.[...] Bon effectivement, après il y a des flèches. Mais c'est aussi, euh, c'est... c'est pas trop surchargé.[...]-M:C'est que là, **on n'a pas la trace sous les yeux,mais on sent que vous l'avez en tête !**-MSU 3: **Ouais, c'est ça, ouais ! »** (MSU 3)

« Ça correspond à notre mode de pensée.Hein? **Avec des filins qui s'ouvrent, -hein, comment-: hop, hop, hop, hein?** Dans la tête il y a **une arborescence -hein- qui s'fait.** Tel symptôme, hop! Donc, c'est logique! » (MSU 8)

■ **pour décrire la carte qu'ils s'imaginent en train de faire :**

- Le MSU 8 s'imaginer en train d'échanger autour d'un cas avec ses confrères dans un groupe de pairs :« Il y aurait matière à améliorer les échanges[...]où chacun[...]d'une façon synthétique aurait sans doute son mot à dire,en moi, à ce niveau là [il montre un concept sur la trace d'apprentissage de son IMG], **ben moi j'aurais fait comme ça!** -M:D'accord.[...] Alors c'est vrai que vous montrez avec les mains, c'est plus visuel.-MSU 8:Oui.-M:Donc on peut montrer très directement.-MSU 8:Oui.-M:Exactement là.-MSU 8:Un meilleur repérage. »
- Le MSU 4 décrit de même de façon très visuelle (avec de nombreux gestes accompagnés d'onomatopées), la manière dont il aurait lui-même réalisé la carte conceptuelle : « Moi si je l'avais fait, j'aurais fait moins de flèches, moins de cases.[...]J'aurais mis, **au centre**,[montre sur la carte, sa main au centre de la feuille] le motif de consultation.[...]Et j'aurais fait deux/trois items, au pire quatre, quoi! Un dans **chaque coin**. [Montre les 4 coins de la feuille] J'aurais essayé de regrouper [il resserre les mains].[...] Oui trois ou quatre branches, avec **là, tac, tac, tac** et puis voilà![...] Il aurait pu regrouper **là [en montrant], le côté socia**.[...]Parce que **là, là**, il y a prescription **ici**, prescription **là**, traitement **là [en montrant de la main]**. Non, j'aurais regroupé, dans un seul paragraphe.[...]J'aurais fait la partie éducation. **Là** j'aurais fait la partie traitement. **Là** j'aurais fait euh,la partie social. Et puis **là** j'aurais fait par exemple le motif de la consultation[en montrant à chaque « là »].

IV.2.4.4.3- Accroche de l'attention de l'IMG

→ Réflexivité:

- La « pensée réflexive » : D'après certains auteurs (49), les cartes conceptuelles permettent « à l'apprenant de verbaliser ses connaissances d'un domaine particulier, et donc de découvrir ses lacunes sur certains aspects » (50).
- Cinq MSU (1, 3, 5, 8 et 9) ont relevé ce point : D'après eux, réaliser une carte conceptuelle nécessitait un travail réflexif plus important que lors de l'utilisation d'autres formes d'outil de présentation de traces, tel que les RSCA. Même le MSU 1, qui n'a pas apprécié la carte conceptuelle, a beaucoup insisté sur cette notion :

« Là, on est **obligé de chercher**[...] **pourquoi a été fait ça**, et à quel moment »,
« Je pense que pour un interne [...] qui ne se pose pas trop de questions sur son RSCA, **ce qu'il fallait faire, est-ce qu'il fallait le faire**, ben là, c'est avec des tableaux [les cartes conceptuelles], il est obligé de le faire. »,
« faire un travail plus raisonné, plus **raisonné en profondeur**. »,
« on va plus loin [que dans un RSCA]: **Pourquoi a été fait ci**, pourquoi a été fait ça? Quand on cherche les liens, on pousse à une **réflexion plus approfondie** ».

→ Autonomisation:

- L'étudiant est acteur : D'après Tardif (5), « les cartes conceptuelles constituent un puissant moyen pour que les élèves et les **étudiants rendent compte des ressources qu'ils mobilisent** ».
- Six MSU ont relevé cela : La présentation de cette trace d'apprentissage sous forme de carte conceptuelle, avait permis aux IMG de plus s'impliquer dans le suivi d'un patient, de les faire progresser dans leur autonomisation en leur faisant prendre des décisions seuls.

▪ MSU 5 :

« Et à l'issue de ça, **il s'est dit, il faut que je retourne voir le patient**. »,
« Donc je pense que, peut-être qu'il **ne l'aurait pas fait comme ça, spontanément**, car il l'a fait spontanément tu vois, et je pense que **l'engagement est plus important**, de l'interne, quand il a fait ce travail **réflexif**, du coup, mais seul. ».

- MSU 11 : « Hein, et il **a voulu savoir la suite**. -M: D'accord, donc il s'y est impliqué, et intéressé. »

→ Plaisir:

- Le plaisir d'apprendre est un processus très important pour la pérennité de toute méthode pédagogique (51).
- La majorité des MSU ont trouvé plaisante la présentation de la trace d'apprentissage sous forme de carte conceptuelle, et ils ont même remarqué que cela avait plu à leur IMG. Ils se sont exprimés avec des termes très explicites :
- Alors que 3 MSU ne l'ont pas trouvé plaisante et l'ont fait savoir de même de façon très explicite :

« très content »,

« plaisir »,

« satisfaction »,

« moi, j'aime beaucoup ça »,

« Alors, une chose est sûre: à lui [l'IMG], ça lui parle, hein! »,

« c'est vrai qu'il n'est pas mal! »

*« j'étais très **frustré** »,*

*« Je ne me souviens plus de ce qu'on avait dit. **Franchement.** »*

Réponse « **Ah, non !** » à la question de savoir si il participerait à une formation sur les cartes conceptuelles.

IV.2.5-Critères d'hétéro-évaluation

IV.2.5.1-Les MSU ont émis plusieurs types de critères d'hétéro-évaluation :

- Sur la forme : La clarté de la présentation a été considérée comme le critère essentiel d'hétéro-évaluation par 9 MSU, que ce soit la clarté de :
 - la présentation graphique (niveau de synthèse adapté, hiérarchisation, regroupement par notions, valeur des liens entre les concepts, codes de couleur adéquats),
 - la présentation orale,
 - l'argumentation (la logique).
- Sur le fond : La prise en compte de tous les aspects d'un cas clinique (niveau bio-psycho-social et démarche EBM) a été relevée par 3 MSU.

→ **Sur l'auto-formation** : Les preuves d'auto-formation de l'IMG ont été relevées par 4 MSU, ce que soit :

- son niveau de réflexivité ,
- son niveau de réflexion ,
- ses capacités de problématisation,
- les preuves de recherches bibliographiques de qualité.

IV.2.5.2- **Grille d'évaluation** : Le MSU 5 a proposé de s'inspirer de la grille déjà existante d'évaluation des RSCA (cf annexe), qui reprend d'ailleurs la plupart des propositions citées par les MSU.

IV.2.5.3- **Ambiguïté de la question sur les critères d'évaluation** :

IV.2.5.3.1- Cette question était difficile pour la majorité des MSU :

- Les MSU faisaient en général une pause plus longue de réflexion à la fin de la question posée par l'auteure.
- L'auteur a dû souvent utilisé des questions de relance.
- Seuls 2 MSU , ont répondu immédiatement à la question (MSU 2 et 9).
- Certains MSU, ont hésité à y répondre de suite :

*« Donc euh...euh..., euh....C'était... **Pardon votre question, c'était?** » (MSU 1)*

*« Évaluez, vous voulez dire, la trace sous cette forme là?C'est ça ?[...] Qu'est ce que vous entendez par évaluation ?[...] Lui mettre une note ?[...] Oh, là, là ! **Ça c'est difficile ! ... Une bonne note.** » (MSU 3)*

*«Évaluer qui?[...] Quels éléments prendre en compte? Euh, pffff!Je, je...[Longue description de la carte conceptuelle que lui aurait faite].[...] Euh, là sur un cas comme ça, **c'est difficile de répondre.** » (MSU 4)*

*«Pour l'évaluer? Euh... Quel travail tu me demandes d'évaluer?[...] **Je ne mettrai pas de note** car je ne pense pas que ce soit un travail qui demande à être noté. » (MSU 5)*

«Par rapport à ce que l'interne a présenté ?[...] Que je l'évalue par rapport à ce qu'il m'a présenté ?[...] Je pense que ça peut être un outil d'évaluation, oui. Euh... et là tu veux que je dise quoi ? Que je lui mette une note ? Que je lui mette quoi ?[...] Par rapport à ce schéma?[...] ... Je sais pas comment je valide

*ça. Tu veux dire évaluer sur quel... quelle est l'échelle d'évaluation?... Tu veux dire par rapport à un travail présenté classiquement? Est-ce que... Ou **par rapport à quoi?** » (MSU 6)*

*« [...] Alors, je veux dire. [**Long aparté** sur l'importance d'organiser le stage de manière à ce que l'interne puisse avoir un minimum de suivi des patients »] [...] Il n'y a pas grand chose à retenir, franchement. [...] Moi je trouve qu'il est bien. Ça correspond vraiment à notre mode d'analyse et de synthèse -comment dire- face au patient. Hein, comment dire, heu... [...] En regardant le graphique, **y a rien à dire.** [...] [**Nouvel aparté**] **Je suis hors sujet là non?** » (MSU 8)*

*« Euh... c'est à dire? [...] Ouais non, la notation, euh..., euh... Si je devais le noter, **'fin je lui donnerais pas de note**, je lui donnerais des plus et des moins. » (MSU 10)*

« [...] Oui! Ben les critères, euh... pfffff.... » (MSU 11)

IV.2.5.3.2- Origine du problème:

→ Le contexte et non la capacité du MSU à évaluer les compétences :

- Parmi les MSU qui ont eu du mal à répondre à la question, certains avaient été membres de jury de mémoire de DES présentés sous forme de dossier de réussite, et avaient l'habitude d'évaluer un travail. Donc, leur difficulté pour évaluer cette trace ne semble pas venir du fait qu'ils aient des difficultés à noter un travail.
- Le fait que les MSU aient donné beaucoup d'exemples d'utilisation des cartes conceptuelles et qu'ils soient intéressés à être formés démontre bien que c'est le concept de « notation » qui les a gêné et non celui d'utilisation des cartes conceptuelles.

→ La rétroaction : un moment qui doit rester convivial entre le MSU et l'IMG.

- Leur difficulté à répondre à la question, pourrait venir du fait que, lors des rétroactions, les MSU ne sont pas du tout dans une optique de notation, mais plus dans une attitude d'accompagnement de l'IMG.
- C'est sans doute pourquoi, ils ont eu des réactions de défiance, de résistance par rapport à cette question.
- Selon eux les rétroactions doivent rester des moments plutôt conviviaux de discussion avec l'IMG et ils n'ont pas peut-être pas envie de rendre des comptes précis sur l'évaluation de cet entretien, ce qui nécessiterait de poser un cadre

contraignant.

→ **Une question mal formulée ou mal introduite dans l'entretien :**

- Certains MSU n'ont pas pensé à répéter certaines notions d'évaluation qu'ils avaient relevées ailleurs au cours de l'entretien.
- Par exemple, seul le MSU 3 a relevé l'importance des couleurs. Alors que le MSU 2 en avait aussi parlé dès les premières questions sur ses impressions initiales à la vue de la trace d'apprentissage: « *Alors là ça rend pas bien parce que c'est pas en **couleur** (il montre la trace imprimée en noir et blanc).[...]Il faut savoir que le fait qu'il ait mis des **couleurs**, ça permet tout de suite de se fixer sur l'origine du problème -si il y en a un- ça c'est bien. »*

IV.2.5.3.3- Proposition de solutions:

→ **Décontextualiser la question:**

- La solution serait peut-être de décontextualiser la question des rétroactions.
- C'est ce que sous-entend le MSU 1 en parlant des tuteurs dont c'est le rôle d'évaluer les traces d'apprentissages: « *eah..., faudrait plutôt demander ça à des tuteurs. Moi je ne suis pas tutrice, mais... »*

→ **Allonger la durée de l'entretien :**

- Répondre à la question des critères d'hétéro-évaluation demande plus de réflexion et d'analyse, ce qui nécessite des entretiens plus longs (cf IV.1.3.b))

Malgré un temps d'entretien court, les MSU ont quand même fourni beaucoup d'éléments, dont les plus importants : la clarté, la réflexivité, ...

IV.2.5.4-Les MSU connaisseurs des cartes conceptuelles ont mieux évoqué les limites de cet outil dans l'hétéro-évaluation (MSU 3, 5 et 6) :

IV.2.5.4.1- Les biais de l'hétéro-évaluation :

- **rôle de guidance et non outil de notation :** Rôle de guidance que le MSU 5 a d'ailleurs su utiliser pour aider son IMG en difficulté à progresser. Voyant que cette technique était profitable à son IMG, il a su utiliser la technique pour le faire progresser et lui faire acquérir plus d'autonomie et de réflexivité (« *C'est plutôt du plaisir de voir l'interne qui peut mieux te parler de sa situation et mieux dégager des*

problématiques. »). L'IMG a fait trois cartes conceptuelles, sur des cas cliniques de plus en plus complexes.



Fig 11 : Les 3 cartes conceptuelles réalisées par l'IMG (MSU5).

- **Le risque de sous évaluation des compétences** de l'IMG si sa présentation ne correspondait pas aux attentes de l'évaluateur ou s'il ne maîtrisait pas bien la technique : « ...c'est *une arme à double tranchant pour l'interne*. Parce que si on comprend rien, c'est vite évaluable dans le sens, dans le sens négatif, alors que l'interne a pu quand même faire des choses bien. » (MSU 6).

IV.2.5.4.2- L'importance de la qualité de la présentation graphique : D'après les 3 MSU, la qualité de la présentation graphique est un critère important dans l'hétéro-évaluation. Il est donc important que l'IMG sache bien maîtriser la technique d'après les 3 MSU (cf chapitre sur la clarté de la présentation) .

IV.2.5.5- Raisons du ressenti négatif de certains MSU par rapport aux attentes des MSU :

- **Le MSU 1 attendait une présentation du cas centrée sur l'aspect social :**

- Prise en charge émotionnellement très chargée pour le MSU : Sa responsabilité était engagée par rapport à l'état de santé de nombreux patients, avec un contexte social complexe.

*« C'était un dossier, très très intéressant. Puisque c'est **une fille, euh..., de quinze ans, qui est venue avec son p'tit frère, et... -en poussette- et...sa p'tite sœur de trois ans. Avec la copine qui habite en face, qui avait quinze ans et qui elle même venait avec son p'tit frère. Voilà. Donc, en fait la gamine de trois ans avait une scarlatine. En sachant que, euh..., le p'tit voisin a été opéré d'une tétralogie de Fallot, etc...Le problème, c'est que j'avais que des gamines, ados, adorables hein, qui jouent le rôle de mère. Mais c'était pas des adultes! Et que donc il a fallu, j'dis: « Il faut que je vois les parents quand même pour***

expliquer.» Et... et il y avait donc les deux gamines dans le bureau. Bouh. Donc il y en a une qui a dit: « Ma mère, elle pourra jamais v'nir.» Là je dis: « Là elle va venir parce que tu vas lui dire que là c'est grave.» Fin, c'était, tout ce relationnel. [...] Et comment faire venir les parents? Et d'abord, est-ce qu'il fallait faire venir les parents? Comment les faire venir? Est-ce que je donne les ordonnances? Est-ce que j'attendais que les parents viennent, et que les pharmacies soient fermées? »

- Plus d'intérêt pour l'aspect organique du cas clinique par l'IMG : L'IMG, qui était observateur de la consultation, s'était rendu compte, qu'il fallait qu'il revoie ses bases théoriques sur la coqueluche.
- D'où la « frustration » intense du MSU face à la présentation de son IMG. Ce MSU semble ne pas avoir bien évalué les connaissances théoriques de son IMG ni ses difficultés dans cette prise en charge.

« Moi d'emblée j'étais très frustrée. Parce que, bon, la scarlatine, ça me posait pas trop de problèmes. Eueueuh... L'interne non plus, il était passé interne en pédiatre. »

→ **Le MSU 4 s'attendait à une présentation d'un cas centrée sur un problème organique complexe :**

- Choix de l'IMG sur une difficultés de prise en charge d'un problème social : L'IMG a eu des difficultés de prise en charge dans son cas clinique à cause d'un contexte social, chez une adolescente consultant seule.
- Le MSU avait tendance à se concentrer sur les problèmes organiques : Il était donc surpris que son IMG lui présente un cas reposant sur un problème organique pour lui « d'une banalité affligeante ».
- Apport de la présentation du cas clinique sous forme de carte conceptuelle :
 - Le MSU a reconnu les difficultés rencontrées par son IMG grâce à la présentation de ce clinique :
 - « Mais en fait c'est parce qu'il y a pleins de choses à côté. Il y a le contexte social qui a dû l'intéresser. Hein? »
 - Le MSU n'en a pas totalement appréhender l'impact sur son IMG. Il n'a donc pas utilisé la technique comme outil de guidance. Mais il s'agissait de la première trace d'apprentissage qu'il voyait en tant que nouvel MSU récemment formé.

→ **Le MSU 7 souhaitait rétroagir sur les mécanismes psychiques de son IMG**

- Le MSU 7 avait l'habitude des rétroactions « *non directives* ». Il reconnaît ne pas être intéressé par les rétroactions sur les connaissances médicales théoriques. Le travail de son IMG ne correspondait donc pas à ses attentes.

*« Moi je vais accorder plus d'importance au **ressenti**.[...] aux **représentations** mobilisées,aux notions de **transfert-contre-transfert**, et, à toute cette profondeur de cette pensée de la psychologie. Et j'ai pas trop envie qu'ça soit contraint par [...] cette forme un peu... »*

- Pour des novices de la technique, il est en effet plus difficile de faire émerger le ressenti. Lors d'une première élaboration d'une carte conceptuelle, l'IMG a plus tendance à faire ressortir les problèmes organiques que psycho-sociaux.

IV.2.6-Autres utilisations possibles des cartes conceptuelles

IV.2.6.1- Pour les IMG

→ Selon les MSU, les IMG pourraient utiliser les cartes conceptuelles :

- pour toute présentation de cas clinique (RSCA, mémoire, séminaire, GEAPI, trace d'apprentissage ou discussion de cas), mais aussi comme outil de synthèse à des fins de révision théorique ou de résumé de cours
- accompagnées ou non d'un texte ou d'une présentation orale,
- pour tous les IMG, ou uniquement pour ceux dont la technique est un moyen efficace d'évolution.

→ Le MSU5 a souligné que le cas clinique présenté par l'IMG ne devait pas nécessairement refléter une difficulté ressentie par lui :

- En effet dans sa pratique de pédagogue, ce MSU a trouvé des intérêts dans les rétroactions de cas qui ne posaient à priori aucune difficulté.
- Cela permettrait d'aborder des problématiques différentes de celles soulevées lors des présentations de cas cliniques avec difficultés ressenties, en étant moins focalisé par exemple sur l'aspect émotionnel du soignant.

→ Évaluation des dossiers de réussite : L'un des MSU suggère, que si les IMG faisaient des cartes conceptuelles, cela faciliterait l'évaluation des dossiers d'apprentissage par les membres de jury de DES, dont la lecture est chronophage.

IV.2.6.2- Pour les médecins

→ **Présentation de cas clinique** : Deux MSU ont évoqué la possibilité d'utiliser une carte conceptuelle pour présenter un cas clinique dans le cadre d'échanges entre collègues, que ce soit :

- entre associés,
- en groupe de pairs,
- en réunion de concertation.

→ **Dans le cadre de l'enseignement** : Cinq MSU ont émis des propositions d'utilisation des cartes conceptuelles dans le cadre de l'enseignement du DES de MG, que ce soit :

- Dans leur travail au DMG,
- Pour les comptes-rendus des nouveaux GEAPI,
- Lors de séminaires du CNGE,
- En tant que maître de stage comme outil d'enseignement pour aider un IMG à acquérir des connaissances ou à s'impliquer.
- Au lit du patient.
 - Le MSU 7, qui n'avait pas apprécié la technique puisque plus intéressé par l'approche psychologique, a pourtant été celui qui a proposé l'utilisation des cartes conceptuelles la plus osée. En effet, il a proposé de l'utiliser au cœur de la relation médecin-étudiant-patient, c'est-à-dire « *au lit d'un malade[...] par rapport à d'autres étudiants* ».
 - L'utiliser devant un patient n'est pas une idée nouvelle, car les cartes conceptuelles sont déjà utilisées dans des programmes d'éducation thérapeutiques de patients dans le cadre de certaines pathologies chroniques telles que le diabète, le surpoids, ...
 - Mais l'utilisation dans le cadre hospitalier, en remettant le patient au cœur de la relation triangulaire médecin-patient-étudiant, est particulièrement ambitieuse et pose des questions complexes.
 - Des études ont été réalisées sur l'utilisation des cartes conceptuelles en commun entre plusieurs participants (plus de 2), mais il s'agissait de groupes homogènes (un groupe d'élèves et leur professeur par exemple).
 - Nous n'avons pas trouvé d'exemple d'utilisation triangulaire de la carte conceptuelle (ici l'enseignant-médecin, l'élève-étudiant en médecine, et le

patient qui est à la fois élève/sujet du cas clinique/acteur des choix thérapeutiques le concernant).

→ Pour toutes tâches complexes professionnelles :

- Certains MSU proposent d'utiliser l'outil pour :
 - Gérer leurs comptes,
 - Refaire le point sur des consultations complexes.
- Intégrer le logiciel de cartes conceptuelles dans les logiciels de gestion des dossiers patients. Ce logiciel n'existe pas, mais il est déjà possible d'intégrer dans certains logiciels médicaux des cartes conceptuelles mises sous format PDF.

→ Dans la vie quotidienne :

Deux MSU ont proposé que les cartes conceptuelles puissent être utilisées par des médecins pour les aider dans toutes tâches complexes de la vie quotidienne.

IV.2.7-Intérêt d'une formation des MSU

IV.2.7.1- Trois types d'avis :

- **Avis positifs** : 7 MSU ont trouvé un intérêt à être formés aux cartes conceptuelles, qu'ils soient naïfs ou non pour cette technique. Certains ont précisé leur intérêt :
- l'outil leur a plu,
 - l'intérêt de connaître plusieurs outils pédagogiques,
 - se perfectionner à cette technique.
- **Avis positifs mais pas pour eux** : Deux MSU ont exprimé leur intérêt pour cette technique, mais ne souhaitent pas se former par défaut d'investissement, que ce soit pour des raisons de :
- orientation pédagogique différente
 - fin de carrière,
 - surcharge de travail dans leur cabinet médical.
- **Avis négatifs** : Les 2 autres MSU ont exprimé qu'ils n'étaient pas intéressés par être formés aux cartes conceptuelles.

IV.2.7.2- Ce résultat nous conforte dans la validation des résultats de notre étude :

- ➔ Le ressenti des MSU par rapport à la présentation d'une trace d'apprentissage sous forme de carte conceptuelle par leur IMG est globalement positif.
- ➔ Cela préjuge donc de la faisabilité d'introduire l'outil des cartes conceptuelles dans le cadre du DES de médecine générale, du fait de l'adhésion de la majorité des MSU interrogés.
- ➔ Il serait donc intéressant de former les MSU, pour qu'ils puissent utiliser la technique à bon escient.

V-Conclusion

A notre connaissance, notre étude est la seule étude existante portant sur l'analyse d'une **trace d'apprentissage** présentée sous forme de carte conceptuelle par un interne en médecine, et donc d'un cas clinique **vécu** par l'interne.

V.1- Une étude exploratoire sur une présentation de trace d'apprentissage par un interne en médecine :

- **Cette étude qualitative nous a permis de recueillir de manière exhaustive les différents ressentis possibles des maîtres de stage universitaire (MSU)** de médecine générale de Charente par rapport à une première présentation de trace d'apprentissage sous forme de carte conceptuelle par leur interne en médecine générale (IMG) au cours d'une rétroaction. Trois types de ressentis ont été analysés, des ressentis très positifs avec un intérêt réel pour utiliser cet outil, des ressentis très négatifs avec un rejet total pour utiliser cet outil, des ressentis plus mitigés chez des MSU qui trouvent un intérêt dans cet outil mais qui ne peuvent ou ne veulent pas s'y investir pour des raisons diverses.
- **Cela nous a permis de lancer des pistes de réflexion** sur la construction et l'utilisation pertinente de cet outil pédagogique dans l'acquisition et l'évaluation des compétences dans la formation des IMG.
- **Le retour globalement très positif des MSU (thèse 2) et des IMG (thèse 1),** nous conforte dans l'idée de généraliser la formation à la fois des internes et des enseignants aux cartes conceptuelles.

V.2-Perspectives

Comme toutes les études qualitatives, notre étude avait un but prospectif. Voici quelques pistes de recherche qui pourraient être entreprises :

V.2.1- Adaptation de l'outil pédagogique :

Il a été prouvé que les cartes conceptuelles étaient un outil pédagogique

performant dans les apprentissages fondés sur une approche par compétences (5), (1), (52). Pour l'intégrer de manière adéquate dans les pratiques professionnelles et d'enseignement en médecine, il faut avant tout développer la formation à cet outil à travers :

→ des études/créations d'atelier de formation sur les cartes conceptuelles pour :

- les étudiants en médecine,
- les enseignants en médecine (enseignants de cours, tuteurs, MSU, ...),
- les médecins libéraux ou hospitaliers.

→ Des études/créations de légendes/codes/grilles pour adapter les cartes conceptuelles aux diverses attentes pédagogiques, telles que :

- Des grilles d'auto- et d'hétéro-évaluation des compétences, qui auraient un rôle :
 - Formatif pour les IMG,
 - De guide à la rétroaction pour les MSU,
 - De notation pour les tuteurs et membres de jury de mémoire de DES.
- Des codes graphiques adaptés et communs aux étudiants et aux enseignants pour intégrer certaines notions dans les cartes conceptuelles, telles que :
 - Le ressenti,
 - Les compétences des internes en médecine,
 - Les ressources internes et externes.

V.2.2- Efficacité de l'outil:

Les cartes conceptuelles sont un outil pédagogique pouvant être utilisées dans de nombreux contextes d'apprentissage qu'il serait intéressant d'étudier. Celles qui ont été les plus étudiées jusqu'à présent sont les cartes conceptuelles pour évaluer la compréhension d'un cours théorique (25), (27), (28) ainsi que les cartes conceptuelles dans l'éducation thérapeutique des patients (29), (30), (31), (32).

V.2.2.1- Dans l'enseignement universitaire en médecine

- Pour les étudiants, les cartes conceptuelles peuvent-être :
 - Un outil d'apprentissage à tous les niveaux de leurs études,

- Un outil d'auto-évaluation des compétences,
- Un outil d'aide à des présentations orales.
- Pour les enseignants, elles peuvent être utilisées :
 - Dans plusieurs contextes d'enseignement :
 - Les cours théoriques,
 - Les séminaires, GEAPI,
 - Les traces d'apprentissage, RSCA, Mémoire, DDR, DDA,
 - Les rétroactions.
 - Dans divers objectifs d'enseignement :
 - L'évaluation de compétences,
 - L'encadrement,
 - La guidance,
 - Les rétroactions,
 - Les présentations orales.

V.2.2.2- Dans la pratique médicale

- Comme outil pour aider le médecin à la prise en charge complexe de certains patients,
- Comme outil d'aide pour l'éducation thérapeutique avec les patients,
- Comme outil de communication entre confrères.

V.3- Pour conclure

Notre étude valide que l'outil des cartes conceptuelles a toute sa place dans le modèle pédagogique basé sur l'apprentissage par compétences enseigné dans les universités de médecine.

- ➔ Son intérêt principal est qu'il permet d'**aider les futurs professionnels à progresser** dans leur acquisition des compétences.
- ➔ Sa seconde qualité est qu'il s'agit d'**un véritable outil de communication**. La médiation de l'enseignant est indispensable au développement professionnel de l'interne, et cet outil permet une réelle rencontre entre l'interne et son enseignant.

VI - Bibliographie :

1. Rochette A, Bélisle M, Laflamme A, Doucet M, Chaput M, Fillion B. Étude descriptive de l'utilisation des cartes conceptuelles comme stratégie pédagogique en sciences de la santé. *Pédagogie Médicale*. 2010 Dec 13;11(2):97–109.
2. Rafferty CD, Fleschner LK. Concept mapping: A viable alternative to objective and essay exams. *Read Res Instr*. 1993;32(3):25–34.
3. André Laflamme [Internet]. Available from: <http://www.cefes.umontreal.ca/>
4. Chartier S, Ferrat E, Djassibel M. Mise en oeuvre d'un programme d'apprentissage dans une logique de compétence dans le 3^e cycle de médecine générale: difficultés et proposition. *Exercer*. 2012;(103):169–74.
5. Tardif J. L'évaluation des compétences. Montréal : Éditions Chenelière, 2006.
6. MG Form. Un référentiel professionnel pour le médecin généraliste. 1999;
7. Attali C, Huez J-F, Valette T, Lehr-Drylewicz A-M. Les grandes familles de situations cliniques. *Exercer*. 2013;(2013):165–9.
8. CNGE. Familles de situations cliniques types en médecine générale [Internet]. Available from: <https://bv.univ-poitiers.fr>
9. Lévy L. Comment faire un diagnostic de situation. L'approche systémique en médecine générale. 2004 Dec 20;18(674/675):1482–6.
10. Berquin A. Le modèle biopsychosocial: beaucoup plus qu'un supplément d'empathie. *Rev Med Suisse*. 2010;6(1511-3).
11. Engel G. The need for a new medical model: A challenge for biomedicine. *Science*. 1977; (198):129–96.
12. Sackett D, Rosenberg W, Gray Muir J, Haynes R, Richardson W. What it is and what it isn't. *BMJ*. 1996;(312):71–2.
13. Représentation graphique de l'EBM selon Haynes [Internet]. Available from: <http://www.fmcadinan.org/article-1976388.html>
14. Lalonde, Aubut, Grunberg. Psychiatrie clinique, une approche bio-psycho-sociale. Tome I: Introduction et syndromes cliniques. 3^e ed. Gaëtan Morin; 1999. 864 p.
15. Compagnon L, Bail P, Huez J-F. Définitions et descriptions des compétences en médecine générale. *exercer*. 2013;(108):148–55.
16. Tardif J. L'évaluation des apprentissages. Réflexion, nouvelles tendances et formation. L'évaluation dans le paradigme constructiviste. 1993;27–56.
17. Samuel Chartier al. L'évaluation dans l'approche des compétences en médecine générale. Des fondements théoriques à la pratique. *Exercer*. 2013;108:171-7.
18. Bornert-Estrade C, Gomes J. L'évaluation des internes en médecine générale à Poitiers. Le

dossier d'apprentissage. Rencontres pédagogiques du COGEM-PC [Internet]. 2008. Available from: <http://slideplayer.fr/slide/11161/>

19. Rochette A, Bélisle M, Laflamme A, Doucet M, Chaput M, Fillion B. Étude descriptive de l'utilisation des cartes conceptuelles comme stratégie pédagogique en sciences de la santé. *Pédagogie Médicale*. 2010 Dec 13;11(2):97–109.
20. Daley BJ, Torre DM. Concept maps in medical education: an analytical literature review. *Med Educ*. 2010 mai;44(5):440–8.
21. Cook LK, Dover C, Dickson M, Colton DL. From care plan to concept map: A paradigm shift. *Teach Learn Nurs*. 2012 Jul;7(3):88–92.
22. Marchand C, d' Ivernois J-F. Les cartes conceptuelles dans les formations en santé. *Pédagogie Médicale*. 2004 Nov;5(4):230–40.
23. Cook LK, Dover C, Dickson M, Colton DL. From care plan to concept map: A paradigm shift. *Teach Learn Nurs*. 2012 Jul;7(3):88–92.
24. Daviau C. Reproductibilité et validité des cartes conceptuelles pour l'évaluation du raisonnement clinique en médecine générale [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Nantes. Unité de Formation et de Recherche de Médecine et des Techniques Médicales; 2013.
25. West DC, Pomeroy J, Park JK, Gerstenberger EA, Sandoval J. Critical thinking in graduate medical education: A role for concept mapping assessment? *JAMA*. 2000 Sep 6;284(9):1105–10.
26. Pottier P, Planchon B, Hardouin J-B, Sebillé V, Rogez J-M, Barrier J-H. Évaluation préliminaire de la validité de construit d'un dispositif cartographique (carte procédurale) pour l'étude du raisonnement clinique. *Pédagogie Médicale*. 2011 May;12(2):87–101.
27. Srinivasan M, McElvany M, Shay JM, Shavelson RJ, West DC. Measuring Knowledge Structure: Reliability of Concept Mapping Assessment in Medical Education: *Acad Med*. 2008 Dec;83(12):1196–203.
28. West DC, Park JK, Pomeroy JR, Sandoval J. Concept mapping assessment in medical education: a comparison of two scoring systems. *Med Educ*. 2002 Sep;36(9):820–6.
29. Giacomo V. Apport de la carte conceptuelle dans la co-construction du bilan éducatif partagé. Etude qualitativement menée avec des patients hypertendus. [Nice]: Nice Sophia-Antipolis; 2012.
30. Chenuel C. Mise en oeuvre de la carte conceptuelle dans le diagnostic éducatif des adolescents ou préadolescents atteints d'hémophilie. *Formation IPCEM*. 2011.
31. Marchand C. La technique des cartes conceptuelles comme outil d'aide au diagnostic éducatif. [Internet]. 2005. Available from: <http://www.ipcem.org>
32. Marchand C. Les connaissances antérieures des patients sur leur maladie dans le contexte de leur éducation : Analyse de leur rôle, de leur nature, de leur configuration cognitive et de leur évolution par l'utilisation des cartes conceptuelles.[Thèse de doctorat]. [France]; 2000.
33. Marchand C, Gagnayre R. Utilisation de la carte conceptuelle auprès de formateurs en santé pour l'apprentissage de concepts pédagogiques. *Pédagogie Médicale*. 2004 Feb;5(1):13–23.

34. Demeester A, Vanpee D, Marchand C, Eymard C. Formation au raisonnement clinique : perspectives d'utilisation des cartes conceptuelles. *Pédagogie Médicale*. 2010 Dec 13;11(2):81–95.
35. Desjeux D, Garabua-Moussaoui I, Alami S. Les méthodes qualitatives: « Que sais-je ? » n° 2591. Édition : 2. Presses Universitaires de France; 2013. 128 p.
36. Demeester A, Vanpee D. Utiliser des cartes conceptuelles en sciences de la santé, dans la résolution de problèmes cliniques. Atelier d'initiation. 6ème Forum international Francophone des pédagogie des sciences de la santé.; 2013; Montréal.
37. Dr Archambault Pierrick. Mémoire pour le DIU de pédagogie médicale. Les cartes conceptuelles : un outil pour représenter et évaluer l'acquisition des compétences des internes de médecine générale. Construction d'une formation pour le 3ème cycle de médecin générale.
38. Logiciel VUE [Internet]. Available from: <https://vue.tufts.edu/about/index.cfm>
39. Wahnich S. Enquêtes quantitatives et qualitatives, observation ethnographique [Internet]. 2006 [cited 2014 Nov 30]. Available from: <http://bbf.enssib.fr/consulter/bbf-2006-06-0008-002>
40. Méthodologie étude qualitative. Available from : <http://ressources.aunege.fr>
41. Etudes qualitatives. [Internet]. Available from: <http://fr.wikipedia.org>
42. Breuil-Genier P, Goffette C. La durée des séances des médecins généralistes. DREES. 2006 avril;(481). Available from: Etudes et résultats
43. Cartes heuristiques. Available from : http://en.wikipedia.org/wiki/Mind_map
44. Odier A. La carte des émotions. ETP de la Loire. [Internet]. 2012. Available from: www.etp-paysdelaloire.org
45. Novak JD. Theory underlying concept maps and how to construct them. Available from : <http://web.stanford.edu>
46. Novak JD. La théorie qui sous-tend les cartes conceptuelles et la façon de les construire. [Internet]. Available from: <http://sites.estvideo.net/gfritsch/doc/rezo-cfa-410.htm>
47. Boissart M. Réussir son parcours de mémoire de fin d'étude. Chapitre 2. Carte conceptuelle: outil d'apprentissage et de communication. [Internet]. SETES; 2013. 320 p. Available from: http://www.editions-setes.com/extraits_pdf/E9791091515177-UE-6.1-S1-E1.pdf
48. Meyer P. La carte conceptuelle: un outil de développement de la métacognition. [Internet]. Available from: <http://www.infirmiers.com/ressources-infirmieres/documentation/la-carte-conceptuelle-un-outil-de-developpement-de-la-metacognition.html>
49. Compétence réflexive, carte conceptuelle et webfolio à la formation des maîtres. [Thèse de doctorat]
50. Delorme F. Evaluation et modélisation automatiques des connaissances des apprenants à l'aide de cartes conceptuelles. [Thèse de doctorat]
51. Spièce C, Frérotte M, Vandoorne C, Grignard S. Le guide méthodologique. Comment créer un

outil pédagogique en santé? Chapitre 3.2. Construction des procédés. [Internet]. 2004. Available from: <http://www.creerunoutil.be>

52. Demeester A, Vanpee D, Marchand C, Eymard C. Formation au raisonnement clinique : perspectives d'utilisation des cartes conceptuelles. *Pédagogie Médicale*. 2010 Dec 13;11(2):81–95.

VII - Annexes

VII.1 – Lettre d'information aux MSU

Date : xx/05/2014

Docteur (*nom du Dr*)

Objet : Participation à un travail de thèse

Cher Confrère,

Nous sommes un couple de jeunes médecins généralistes doctorants et anciens internes à Poitiers, en attente d'une installation en milieu rural dans une Maison de Santé à Aurignac en Haute Garonne.

Vous allez être contacté pour participer, vous et l'interne (*nom de l'interne*) que vous accueillerez au cours du semestre de mai à octobre 2014, à un travail de thèse. Ce travail est encadré par les Dr Pierrick Archambault et Dr Stéphane Girardeau et porte sur l'élaboration d'une trace d'apprentissage.

Il vous sera demandé d'échanger avec votre interne sur cette trace d'apprentissage qu'il aura préalablement élaborée et nous viendrons, par la suite, vous interviewer tous les deux séparément à votre cabinet sur votre ressenti respectif.

Afin de réaliser cette trace d'apprentissage, nous vous remercions par avance de permettre à votre interne de participer à une brève formation qui sera organisée dans le département le **28 mai 2014 de 14-17h au Lycée Charles Coulomb (Allée Joachim du Bellay, 16000 Angoulême)**. Une fois votre accord obtenu, nous contacterons votre interne, afin de lui expliquer les modalités.

Nous vous remercions de bien vouloir nous donner une réponse soit par mail ou par téléphone.

En vous remerciant par avance pour votre participation,

Marie MUNGRA
06 47 08 56 43
marieberranger@msn.com

Manishyam MUNGRA
06 88 14 59 94
manishyam.mungra@yahoo.com

Anciens internes en médecine générale à Poitiers.

VII.2 - Lettre d'information aux internes

Objet : Participation à un travail de thèse

Cher Confrère,

Nous sommes un couple de jeunes médecins généralistes doctorants et anciens internes à Poitiers, en attente d'une installation en milieu rural dans une Maison de Santé à Aurignac en Haute Garonne.

Ton maître de stage (Dr *nom du MSU*) et toi-même êtes sélectionnés afin de participer à un travail de thèse menée par le DMG concernant une nouvelle méthode pédagogique. Le but de la thèse est d'évaluer cette nouvelle technique pédagogique. Pour cela, nous organisons un atelier de formation pour les internes qui sera animé par nous-même avec la présence des Dr Archambault et Dr Girardeau. Le but de l'atelier t'aider à réaliser une trace d'apprentissage en utilisant cette nouvelle technique.

L'atelier aura lieu le 28 mai 2014 de 14h à 17h

ATTENTION CHANGEMENT D'ADRESSE

Au GRETA

Lycée Charles Augustin Coulomb

Allée Joachim du Bellay

16000 Angoulême

[Pour voir sur une carte](#)

A l'issue de cet atelier, nous te demanderons de réaliser une trace d'apprentissage en utilisant la technique particulière que tu apprendras lors de l'atelier et la présenter dans les 15 jours à ton maître de stage. Il peut s'agir d'une trace d'apprentissage très simple qui pourra être réalisée rapidement. (cas clinique vu en stage et comment tu as résolu le problème posé, une question d'ordre médicale que tu te poses et ta démarche pour avoir la réponse, stage satellite et ce que tu as appris de ce stage...).

Nous viendrons ensuite vous interviewer séparément sur ton lieu de stage pendant environ une demi-heure pour recueillir votre ressenti par rapport à cette technique. Le but étant d'avoir vos avis sur cette technique.

A noter que la trace d'apprentissage réalisée au cours de l'étude pourra être intégrée à ton dossier d'apprentissage. A noter, je présenterai au cours de l'atelier une partie de ma présentation du dossier de réussite.

Peux-tu venir à l'atelier et avoir en tête (ou en écrit) un cas clinique vu en stage qui t'a posé problème?

Peux-tu m'accuser réception de ce mail et me confirmer ta présence à l'atelier?

Nous te remercions pour ta participation,

Marie MUNGRA

06 47 08 56 43

marieberranger@msn.com

Manishyam MUNGRA

06 88 14 59 94

manishyam.mungra@yahoo.com

Anciens internes en médecine générale à Poitiers.

VII.3 – Atelier carte conceptuelles pour internes en médecine générale

VII.3.1 - Déroulement pédagogique

La formation est prévue sur une durée de 3 heures environ, en après midi. Le 28 mai 2014 de 14h à 17h

14h00 – 14h10 :

Accueil et présentation des intervenants

Les internes se présentent oralement et mettent leur nom devant eux.

Présentation de la séance + buts de la séance (5').

14h10 – 14h20 :

Objectif pédagogique : définir une trace d'apprentissage (5') et une "carte conceptuelle" (5')

Technique pédagogique : Exposé

Rôle de l'animateur : Présentation

Rôle de l'expert : Réponse aux questions

14h20 – 14h50 :

Objectif pédagogique : Élaboration par étapes d'une carte conceptuelle à partir d'un thème général (30')

Technique pédagogique : Exposé alternant avec exercice d'application par groupe de trois

Travail sur feuilles de papier avec crayon et post-it

Rôle de l'expert et de l'animateur : aident les groupes et gèrent le temps

14h50-15h10 :

Objectif pédagogique : Présentation d'une carte conceptuelle par l'interne

Technique pédagogique : Rapport des groupes

La rapporteur de chaque groupe présente sa carte : c'ad, comment le groupe a décidé d'agencer la carte avec les concepts, leur hiérarchisation et les liens.

Rôle de l'expert : il gère le temps

Rôle de l'animateur : il sollicite les échanges avec le groupe

15h10-15h30 :

Objectif pédagogique : Présentation du logiciel informatique VUE (20')

Technique pédagogique : Présentation par étapes puis découverte du logiciel par les internes.

Note : A la fin de l'atelier, nous envoyons par mail le fichier d'installation du logiciel VUE à chaque interne par mail.

Rôle de l'expert : présente le diaporama, réponds aux questions

Rôle de l'animateur : aide les internes sur leur poste informatique

15h30 - 15h45 : PAUSE

15h45 – 15h55 (10') :

Objectif pédagogique : Présentation d'un exemple de trace d'apprentissage sous forme de carte conceptuelle par le réalisateur de l'étude

Technique pédagogique : Exposé oral

Rôle de l'expert : Exposé

Rôle de l'animateur : Réponse aux questions des internes

15h55 – 16h35 (45') :

Objectif pédagogique : Élaboration d'une trace d'apprentissage sous forme de carte conceptuelle en utilisant le logiciel VUE à partir d'un cas clinique amené par l'interne

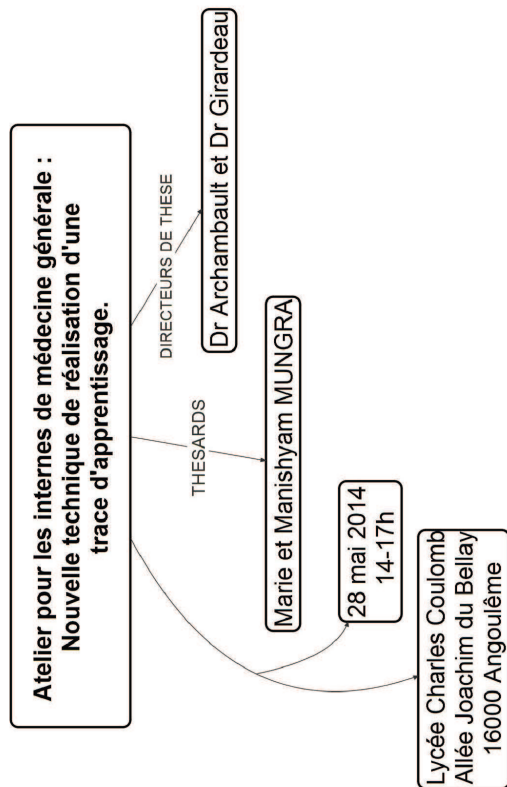
Technique pédagogique : Travail individuel sur papier puis sur informatique

Rôle de l'animateur et de l'expert : Ils aident les internes et gèrent le temps

16h35 – 16h45 (10')

Objectif pédagogique : Présentation d'une trace d'apprentissage sous forme de carte conceptuelle en utilisant le logiciel VUE.

Technique pédagogique : présentation de la carte conceptuelle par un ou plusieurs internes sur rétro-projecteur. *Rôle de l'animateur et de l'expert* : Réponse aux questions des internes



But de la séance

- Savoir réaliser une trace d'apprentissage (intégrable dans le DDA) avec une **nouvelle technique**, en format papier et/ou informatique.
- Savoir présenter cette trace d'apprentissage au maître de Stage.

Présentation de la séance (5')

- 1 - Définition de la trace d'apprentissage et de la technique.
- 2 – **ATELIER 1** : Élaboration par étape de la technique à partir d'un thème général.
- 3 - Présentation du logiciel VUE.

PAUSE

- 4 - Exemple d'une trace d'apprentissage réalisée en utilisant la nouvelle technique.
- 5 – **ATELIER 2** : Élaboration d'une trace d'apprentissage avec la nouvelle technique.
- 6 - Consignes pour la présentation de la trace d'apprentissage au maître de stage.

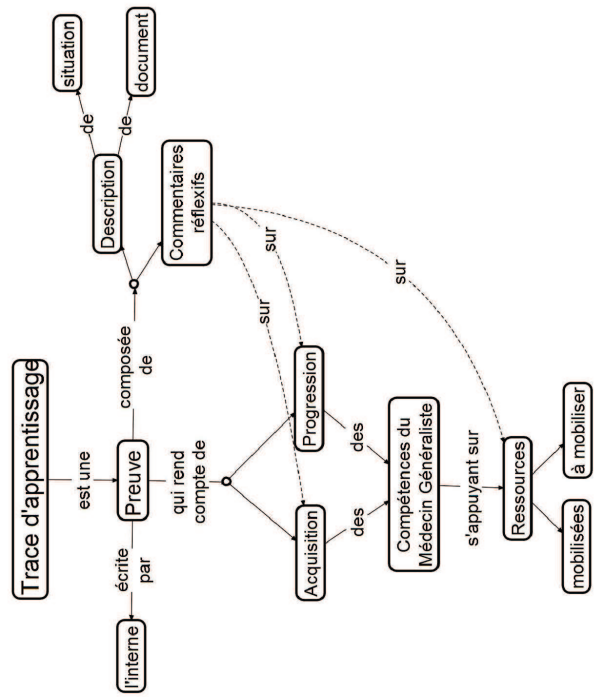
1 - Trace d'apprentissage : définition (5')

Preuve écrite par l'interne, ayant le but de rendre compte de ses apprentissages : l'acquisition des compétences du médecin généraliste et de sa progression.

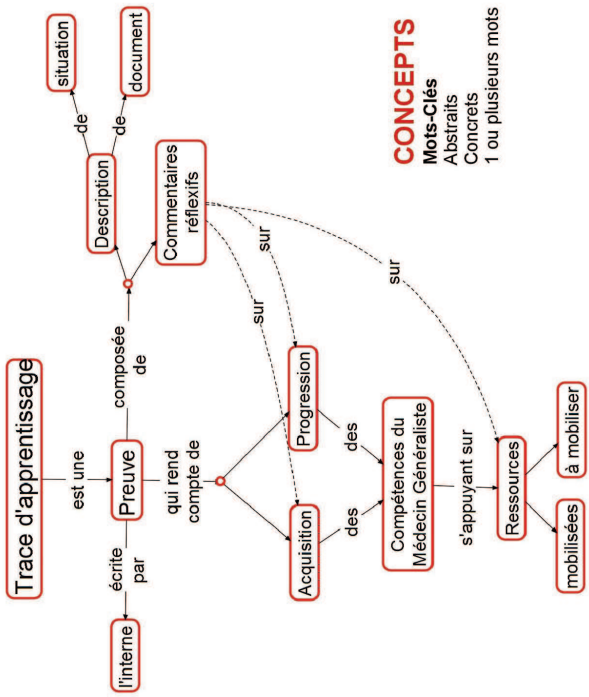
Elle comprends plusieurs éléments : la description d'une situation ou d'un document, des commentaires réflexifs sur la progression des compétences, sur les ressources mobilisées et restant à mobiliser et sur le processus qui a permis la progression.

1 - Définition de la nouvelle technique (5')

Représentation **graphique**
organisée et hiérarchisée
d'un ensemble de **concepts**,
et de **relations de sens** qui les relient.



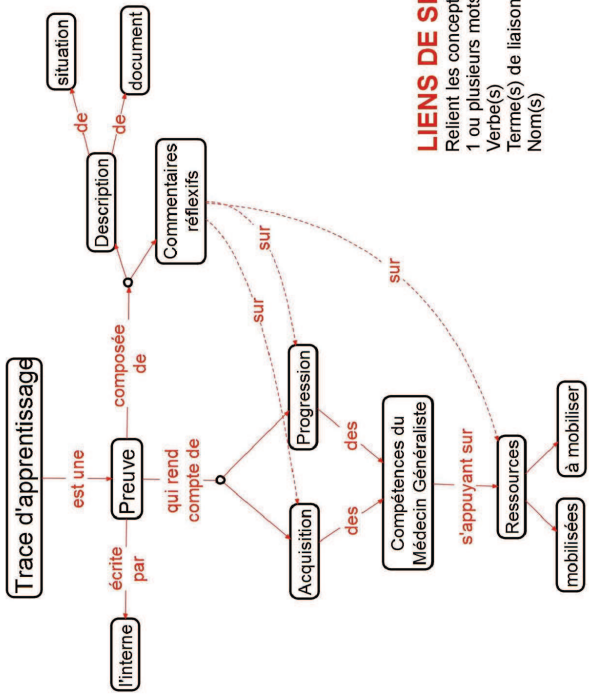
5



CONCEPTS
Mots-Clés
Abstrais
Concrets
1 ou plusieurs mots

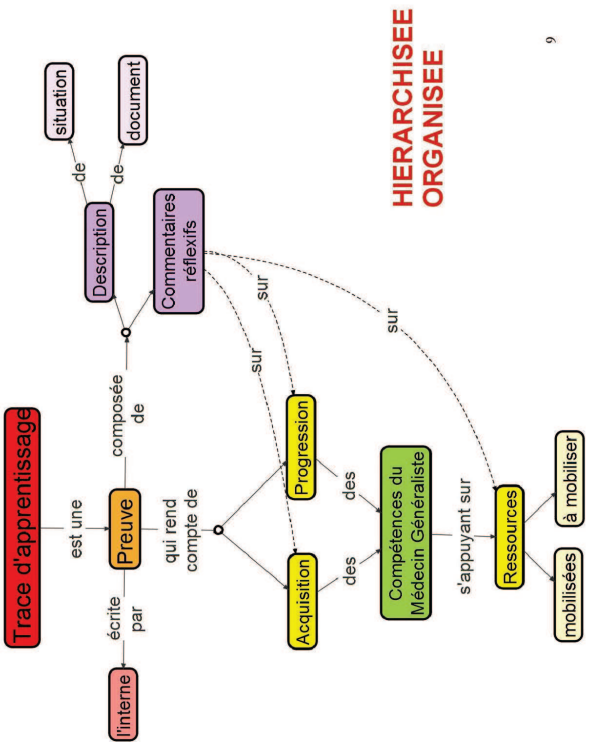
7

6



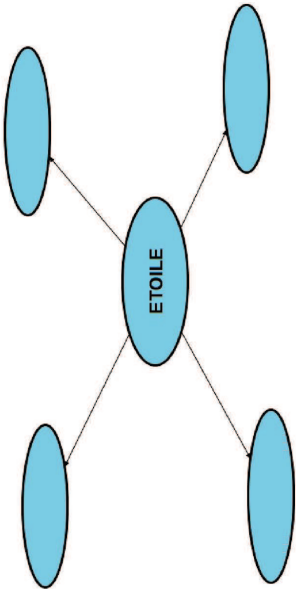
LIENS DE SENS
Relient les concepts
1 ou plusieurs mots
Verbe(s)
Terme(s) de liaison
Nom(s)

8



9

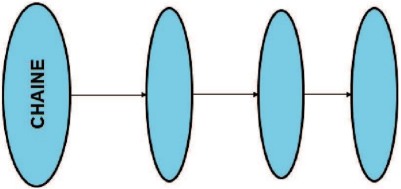
ORGANISATION EN ETOILE (1)



UN NIVEAU HIERARCHIQUE

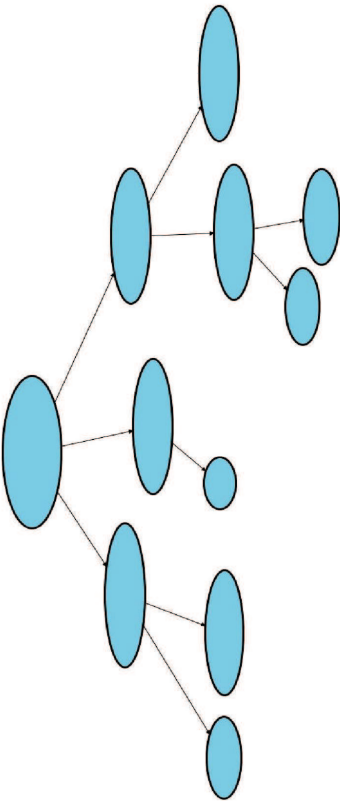
11

ORGANISATION EN CHAINE



10

ORGANISATION EN ETOILE (2)



12



2 – **ATELIER 1** : Élaboration par étape d'un graphique sur papier à partir d'un thème général (30')

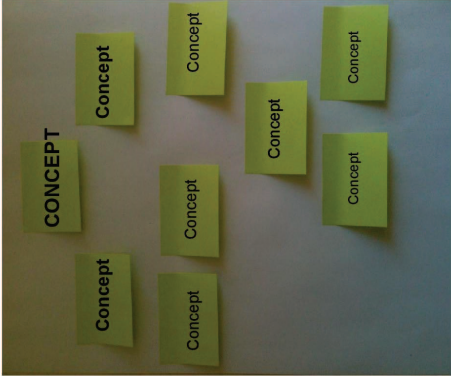
- 15



2 – ATELIER 1 : Élaboration par étape d'un graphique sur papier à partir d'un thème général (30')

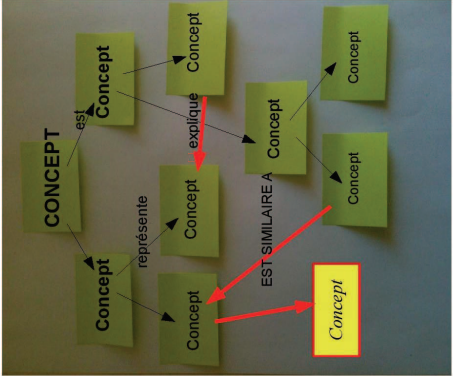
- 1 - Faire des groupes de trois et nommer un rapporteur.
- 2 - Établir des ressources (internes et/ou externes)
- 3 - Établir des concepts ou mots-clés (synthèse) et les inscrire sur des Post-it. 1 concept par post-it.
- 4 - Hiérarchiser et réorganiser les post-it sur une feuille A4.
- 5 - Établir des liens (avec termes de liaison) entre les mots-clés.
- 6 - Enrichir le graphique final (autres mots-clés, autres liaisons)

HIERARCHISATION DES CONCEPTS (5')



18

ENRICHISSEMENT ET LIENS TRANSVERSAUX (5')



Exemple D'enrichissement : Ressources mobilisées

20

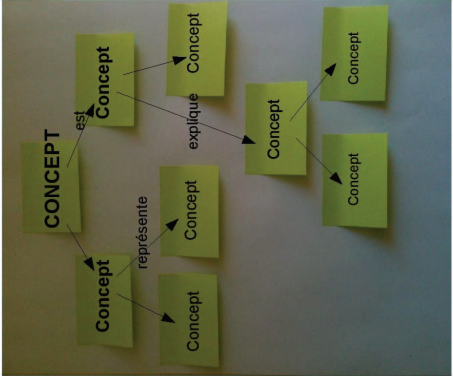
ETABLIR DES CONCEPTS (10')



Concept central : « Comment réaliser une tarte aux pommes ? »

17

ETABLIR LIEN DE SENS (10')



19

Restitution d'exercice (10')

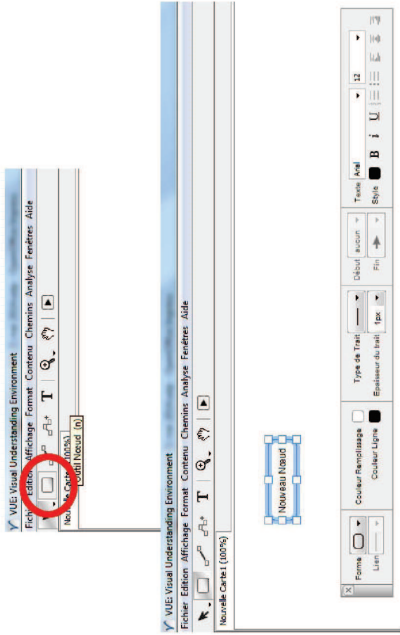


Installation VUE (5')



Fonctions de base (15')

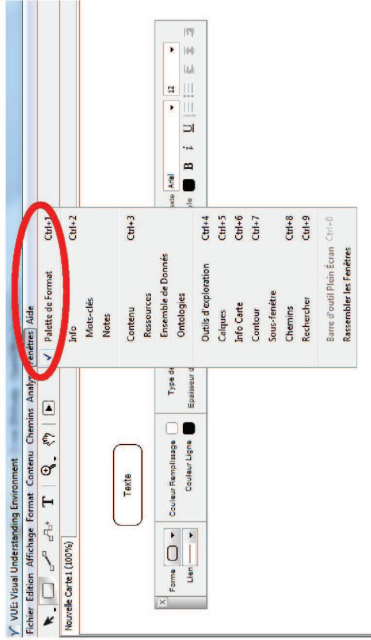
Création d'un nœud / insertion texte



5

Fonctions de base (15')

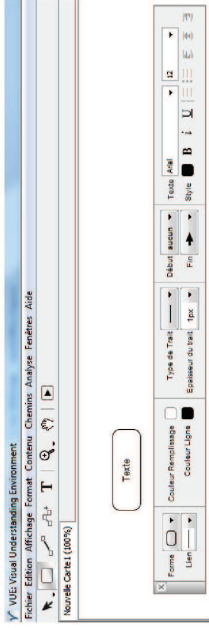
Palette de format



7

Fonctions de base (15')

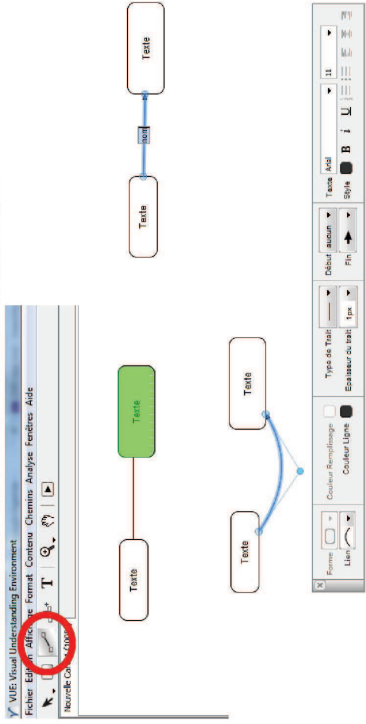
Palette de format



6

Fonctions de base (15')

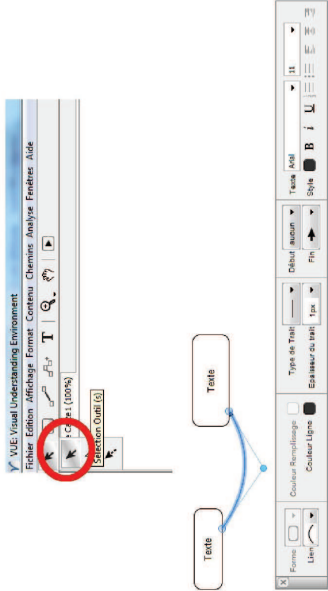
Création de liens / insertion texte



8

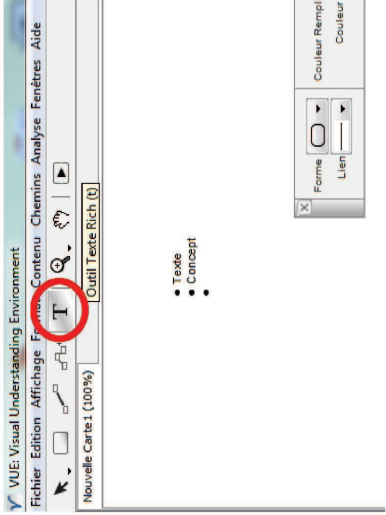
Fonctions de base (15')

Sélection d'un lien pour insérer texte ou modifier la forme et direction



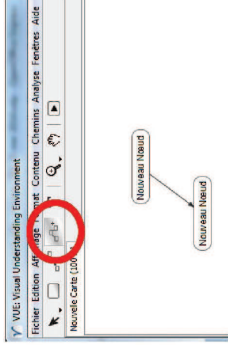
Fonctions de base (15')

Insertion texte sans noeud



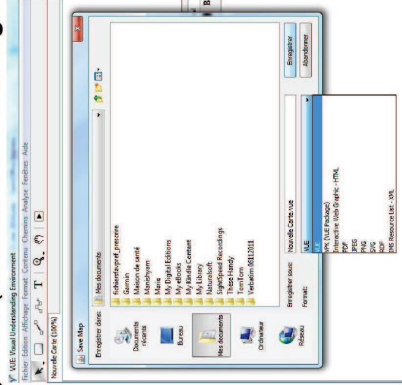
Fonctions de base (15')

Méthode rapide (noeud-liens)



Fonctions de base (15')

Sauvegarde (format VUE / image / PDF)



4 - EXEMPLE DE TRACÉ D'APPRENTISSAGE RÉALISÉ DANS LE CADRE DE LA VALIDATION DU DES DE MÉDECINE GÉNÉRALE (10')

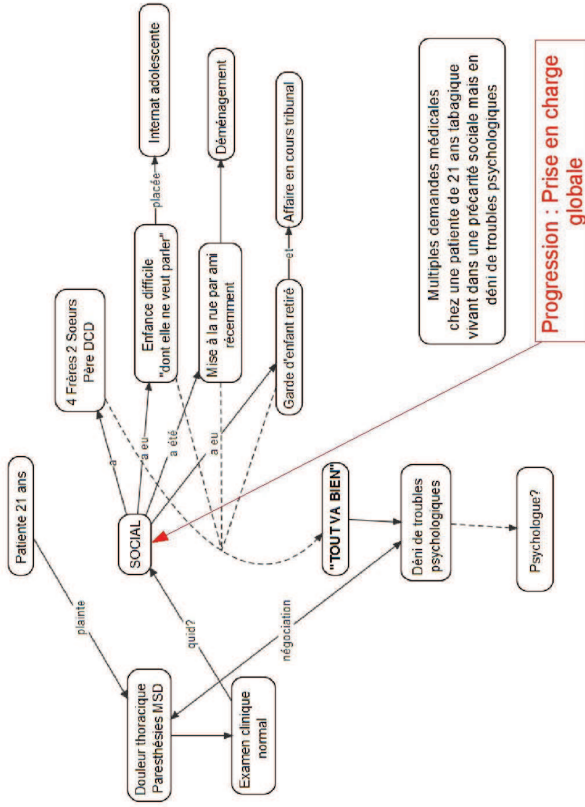


Consignes :

Synthétique. Ne pas tout mettre.

(Peut donner lieu à un RSCA comme illustration)

19



5 – ATELIER 2 : Réalisation trace d'apprentissage (45')

« Réalisez individuellement une trace d'apprentissage en utilisant la nouvelle technique (concepts/organisation/liens/enrichissement) sous format informatique ou papier. »

- 1 – Choix d'une trace (5')
- 2 – Etablir les concepts (15')
- 3 – Hiérarchiser et organiser (10')
- 4 – Etablir des liens de sens (5')
- 5 – Enrichir et établir des liens transversaux (5')

21

6 - Consignes de présentation du graphique au maître de stage (5')

Imprimé format papier (A4) ou informatique (JPEG, PDF) ou sinon manuscrit.

Présentation orale selon le déroulement logique en désignant du doigt les concepts et liens.

Important : Le MSU doit voir le schéma pendant la présentation orale.

Discussion autour du cas avec le MSU.

Prévoir 15 à 30 min.

NB : Nous envoyer une copie par mail.

23

5 – Restitution d'exercice (10')

« Présentation de la trace d'apprentissage par les internes »

22

Dates limites

- Présentation de votre trace d'apprentissage dans les 2 semaines au MSU si possible.
- Entretiens avec interne et MSU séparément environ 1 semaine après présentation selon disponibilités = fin juin, juillet
- Intégration dans le DDA directement (comme autres traces ou en illustration de RSCA).

24



Bibliographie

Anne Demeester : Département des Sciences de l'éducation, Université de Provence, Unité Mixte de Recherche « Apprentissage Didactique Education Formation » : Utiliser des cartes *** en science de la santé, dans la résolution de problèmes cliniques : Atelier d'initiation présenté au 6e forum international francophone de pédagogie des sciences de la santé à Montréal 2013

Dr Archambault Pierrick : MSU Poitou Charentes : Mémoire de DIU de pédagogie médicale : Les Cartes *** : un outil pour représenter et évaluer l'acquisition des compétences des internes de médecine générale. Construction d'une formation pour le 3e cycle de médecine générale. Octobre 2012

VUE Guide <https://vue.tufts.edu/help/content/french/1-Commencer%20avec%20VUE.pdf>

VII.3.3 - Commentaires accompagnant les diapos de l'atelier

DIAPO 1 :

Bonjour, je vous souhaite la bienvenue à cet atelier et je vous remercie encore une fois pour votre présence.

Chercheur 1:

Je suis xxx, ancien interne en médecine générale à Poitiers et je remplace actuellement, avec mon épouse, dans le sud de la France en milieu rural et plus précisément en Haute Garonne à quelques dizaines de kilomètres des pyrénées.

Chercheur 2:

Je suis xxx, également ancienne interne en médecine générale à Poitiers.

Chercheur 1 :

Je vous présente nos directeurs de thèse que vous connaissez peut être qui nous on fais l'honneur de leur présence aujourd'hui.

Dr Stéphane Girardeau se présente

Dr Pierrick Archambault se présente

Chercheur 2 :

Maintenant à votre tour de vous présenter succinctement. Votre nom, le semestre et le stage où vous êtes en ce moment et ce que vous attendez de cet atelier.

Après la présentation des internes :

Chercheur 1 :

Est-ce que vous pourriez mettre une feuille avec votre prénom devant vous?

Comme je vous l'ai annoncé par mail, le thème de l'atelier est la réalisation d'une trace d'apprentissage en utilisant une nouvelle technique que vous allez apprendre.

DIAPO 2

Nous allons vous rappeler la définition d'une trace d'apprentissage et ensuite vous expliquer la technique.

Après, vous allez vous mettre en groupes de 3 pour mettre en pratique la nouvelle technique sur un thème général.

Nous ferons ensuite une courte pause.

Après la pause nous vous présenterons un logiciel qui facilitera notre travail.

Ensuite je vous présenterai un exemple d'une trace d'apprentissage en utilisant la nouvelle technique.

Après vous travaillerez individuellement à élaborer une trace d'apprentissage avec la nouvelle technique. Nous serons la bien sûr pour vous guider.

Et à la fin, nous vous donnerons des consignes pour la présentation de la trace d'apprentissage à votre maître de stage.

DIAPO 3

Comme je vous l'ai déjà dit, le but de la séance est de...*(lire diapo)*

DIAPO 4

Un trace d'apprentissage est une...*(lire diapo)*

Maintenant je vais retranscrire cette définition en utilisant la nouvelle technique, c'est à dire sous une forme graphique.

DIAPO 5

Décrire la carte conceptuelle en montrant de la main.

Cette technique a un nom mais dans le cadre de cette thèse je ne peux pas vous le dévoiler. Pour cet atelier nous l'appellerons donc, UN GRAPHIQUE ou un schéma même si ce n'est pas le nom exact.

DIAPO 6 :

La définition officielle de cette technique est....*(lire diapo)*

Je vais illustrer ces différents termes qui au final sont très simples. C'est une technique très simple à utiliser.

DIAPO 7

Les concepts, sont en rouge. Ce sont les mots qui se trouvent dans des boîtes ou noeuds. Ce sont en fait des mots clés. Ils peuvent être composé d'un ou plusieurs mots, être abstraits ou concrets.

Blague : par exemple, un document est concret, la progression est abstraite, pour l'interne je ne sais pas... :-) ça dépend du contexte :-).

DIAPO 8

Les liens de sens sont en rouge. Ce sont des flèches qui relient les concepts et sur lesquelles ont met 1 ou plusieurs mots ou rien. Ce sont souvent des verbes, des termes de liaison ou des noms.

DIAPO 9

Comme vous avez pu le constater, il y a une organisation. Le concept PREUVE donne lieu à 3 autres concepts :

- 1 – écriture par l'interne
- 2 – le but de la preuve
- 3 – le contenu de cette preuve

Autre exemple :

Les compétences du médecin généraliste est entouré de 3 concepts : L'acquisition, La progression et les Ressources.

DIAPO 10, 11, 12 ,13 :

Les concepts et les liens peuvent être organisés de diverses façons :

en chaine : les concepts se suivent

en étoile avec 1 niveau hiérarchique

en étoile avec plusieurs niveaux hiérarchiques

et le plus complexe, une organisation en réseau, c'est à dire avec des liens transversaux et des enrichissements

DIAPO 14

Je voulais vous montrer 2 choses avec cette diapo

Premièrement, les liens transversaux qui vont d'une branche à une autre. A noter que

les commentaires réflexifs concernent les 3 concepts entourant les compétences du médecin généraliste (l'acquisition, la progression et les ressources).

Deuxièmement, une fois le schéma terminé, nous pouvons l'enrichir. Dans ce cas, nous pouvons explorer plus finement le concept de ressources. C'est ce que nous avons à notre disposition pour développer une compétence. Les ressources peuvent être internes, c'est à dire, venir de nous sans aide extérieure, ou externe. Nous faisons appel à nos ressources internes quand nous faisons appel à nos connaissances, nos habiletés, nos attitudes, nos aptitudes. Si nos ressources internes ne suffisent pas, nous faisons appel à des ressources externes. Par exemple, un document, des outils (par exemple internet), ou des personnes (un spécialiste).

En pratique, c'est toujours une combinaison de plusieurs ressources qui nous permet de résoudre un problème ou prendre une décision.

DIAPO 15 :

Nous allons maintenant mettre en pratique ce que vous avez appris grâce à un premier atelier qui va durer environ une demi heure.

Vous allez constituer des groupes de 3 et réaliser un schéma sur un thème général.

Bien sûr, nous allons vous guider à chaque étape.

Les étapes sont les suivantes :

Premièrement établir des concepts

Deuxièmement, organiser et hiérarchiser ces concepts dans l'espace

Troisièmement, établir des liens de sens entre les différents concepts

Quatrièmement, établir des liens transversaux et enrichir le graphique.

DIAPO 16 :

Le schéma à réaliser est sur un thème général et doit répondre à la question suivante : "Comment réaliser une tarte aux pommes?" Ce sera donc le concept central. (Ca va? C'est pas trop dur?)

Pour les besoins de l'étude nous allons récupérer votre schéma de groupe à la fin et nous vous les renverrons par mail.

Vous allez maintenant constituer des groupes de 3.

Les animateurs aident à la constitution des groupes.

Veillez désigner un rapporteur

Nous vous distribuons maintenant des post-it et des feuilles. On va vous expliquer comment les utiliser.

Les animateurs distribuent les post-it et les feuilles A4 aux groupes.

La deuxième étape consiste à faire le point entre vous sur vos connaissances culinaires et décider, pour ceux qui ne savent pas, si vous allez faire appel à des ressources externes et comment. Tout est permis! (appel à un amis, votre grand-mère ou recherche internet).

Les animateurs demandent aux groupes s'ils ont choisi leurs ressources.

DIAPO 17 :

La troisième étape consiste à déterminer les concepts ou mots clés et les inscrire sur les post-it. Inscrire un concept par post-it. Vous avez 10 minutes.

Les animateurs aident les internes.

DIAPO 18

Une fois les concepts inscrits sur les post-it, vous allez les organiser et les coller sur une feuille A4. Bien-sûr vous pouvez rajouter ou enlever des concepts. Vous avez 5 minutes.

Les animateurs aident les internes.

DIAPO 19

Maintenant vous allez établir les liens de sens entre les concepts. Comme ce n'est pas pratique de faire des liens entre les post-it, vous pouvez tout réécrire sur une feuille en mettant les concepts dans des boîtes et ensuite mettre les liens en faisant des flèches sans oublier les mots de liaison.

Les animateurs aident les internes.

DIAPO 20 :

Une fois le schéma terminé vous pouvez figurer si vous le souhaitez en rajoutant des concepts et des liens transversaux.

Les animateurs aident les internes

DIAPO 21

Chaque rapporteur présente le schéma du groupe à tour de rôle.

Les animateurs peuvent commenter le travail des internes.

Récupérer les schémas des internes.

DIAPO 22 :

Facultatif

DIAPO 23 :

Vous avez réalisé des schémas sur papier. Maintenant nous allons réaliser les schémas avec un logiciel qui s'appelle VUE pour Visual Understanding Environment.

Pour la réalisation de la trace d'apprentissage, vous pouvez le réaliser à la main mais je vous présente ce logiciel qui pourra faciliter votre travail.

Après l'atelier je vous enverrai un lien pour télécharger et installer le logiciel chez vous. Bien sur, c'est un logiciel gratuit.

Nous allons commencer par installer le logiciel sur vos postes informatiques.

DIAPO 24 :

Consignes d'installation du logiciel VUE :

L'icône VUE se trouve sur le bureau

Double cliquez sur l'icône

Autoriser

Welcome to VUE = Next

Licence agreement = I agree

Install location = Next

Choose Start Menu Folder = Install

Completing = Finish

Ouvrir le logiciel VUE :

Démarrer – Programmes – dossier VUE - icône VUE

A l'ouverture :

Empty map, vous pouvez commencer à créer un schéma.

DIAPO 25 :

Pour créer un noeud, cliquez sur l'outil noeud comme sigalé en rouge.

Pour insérer un texte, soit vous cliquez au milieu du noeud lors de la création du noeud, ou alors vous double cliquez sur "nouveau noeud"

Peu importe là où vous avez créé le noeud vous pourrez le déplacer.

Demander si tout le monde a bien réussi.

Les animateurs aident les internes

DIAPO 26

La palette de format vous permet de modifier la forme, la couleur, la taille de tout ce que vous créez. Par exemple pour les noeuds.... *en montrant.*

DIAPO 27

Si la palette n'apparaît pas, vous cliquez sur "Fenêtre" et ensuite "Palette de format" qui est en première ligne.

DIAPO 28 :

Pour créer un lien vous devez avoir 2 noeuds.

Puis vous cliquez sur la fonction lien.

Ensuite vous cliquez à l'intérieur d'un noeud et vous tirez jusqu'au centre du second noeud. Dès qu'il est vert vous pouvez relâcher la souris. Si vous faites bien le liens de cette manière, vous pourrez bouger les noeuds par la suite et les liens suivront.

Pour ajouter un texte sur le lien, soit vous le mettez directement lors de sa création du lien. Sinon vous double cliquez sur le lien.

DIAPO 29 :

Outil de sélection. C'est le bouton sur lequel vous allez le plus cliquer. Pour modifier un objet déjà créé, vous devez cliquer sur l'outil de selection et ensuite cliquer sur l'objet que vous souhaitez modifier.

Exemple pour modifier la courbure d'un lien ou modifier un texte...

DIAPO 30 :

Vous avez une méthode rapide pour créer les noeuds et liens. Pour cela vous cliquez sur la fonction prototypage rapide. Vous créez le noeud et vous tirez et puis vous lâchez.

DIAPO 31 :

Ensuite vous avez la possibilité de mettre un texte libre sans noeud. Cliquez sur l'outil Texte Rich.

DIAPO 32:

Pour sauvegarder le schéma créé, vous allez à "Fichier" puis "Enregistrer sous". Le format VUE apparaît par défaut. C'est sous ce format qu'il faut sauvegarder si vous souhaitez modifier le fichier par la suite.

Vous avez aussi la possibilité de le sauvegarder sous divers formats. Par exemple : JPEG ou PDF ce qui vous permet de le partager avec quelqu'un qui n'aurait pas le logiciel VUE.

Vous pouvez imprimer le fichier directement en utilisant le logiciel VUE mais je vous conseille de l'enregistrer sous format PDF avant pour vérifier si vous pouvez l'imprimer sur une feuille A4 ou si ça dépasse de la feuille.

DIAPO 33 : Je crois que vous avez bien mérité une pause. Vous avez bien travaillé. Nous reprenons dans 15 minutes. Vous pouvez vous servir en boissons et biscuits.

DIAPO 34 :

Maintenant que vous maîtrisez à la perfection le logiciel informatique, c'est vous qui allez travailler, mais avant cela je vais vous présenter une de trace d'apprentissage que j'ai réalisée lors de la présentation orale de mon mémoire.

Bien sûr dans le cadre du travail de thèse, nous ne vous demandons pas de réaliser un schéma aussi complexe mais je vous le montre à titre d'exemple.

DIAPO 35 à 61 :

Présentation orale trace d'apprentissage

DIAPO 62 :

Je le répète, dans le cadre du travail de thèse nous ne vous demandons pas de réaliser un travail aussi complexe. Cela peut être une situation simple rencontrée en stage qui vous a posé problème.

Ce que nous vous demandons c'est la réalisation d'un graphique ou 2 qui tiennent chacun sur une feuille A4. Restez synthétique.

Vous pouvez choisir une situation complexe qui pourra donner lieu après à un RSCA. N'hésitez pas à utiliser votre créativité pour réaliser quelques chose d'original.

DIAPO 63 :

Je vous donne quelques exemples de trace d'apprentissage mais ce n'est pas exhaustif.

Par exemple...

Dans tout les cas, il faudra mettre en valeur, l'acquisition des compétences, la progression, les ressources mobilisées et les ressources mobilisables.

DIAPO 64 :

Donc allons-y, à votre tour de travailler. Est-ce que tout le monde à en tête une situation que vous pourriez utiliser pour réaliser une trace d'apprentissage?

Nous demanderons à certains d'entre vous de présenter leur travail au groupe à la fin.

Les animateurs aident les internes à choisir une trace d'apprentissage.

Nous allons procéder par étape comme pour l'atelier précédent. C'est à dire, établir des concepts, les hiérarchiser, établir des liens de sens et ensuite enrichir la carte. Mais sachez que vous pouvez aussi faire tout en même temps si vous le souhaitez.

Premièrement, vous déterminez les mots clés ou concepts. Vous pouvez soit disposer les concepts directement dans le logiciel en créant des noeuds ou alors les écrire sur papier ou post-it.

Ensuite vous allez hiérarchiser et organiser les concepts.

Ensuite vous allez établir des liens de sens entre les différents concepts

Finalement, vous allez essayer d'enrichir le schéma obtenu avec d'autres concepts et des liens transversaux.

Au total, vous disposez de 45 minutes. Vous pouvez éventuellement finir le travail chez vous si les 45 minutes ne sont pas suffisantes.

Les animateurs aident les internes. Demandent à certains internes qui souhaitent présenter leur travail.

DIAPO 65 :

Avons nous des internes qui souhaiteraient présenter leur travail au groupe.

DIAPO 66 :

Je vous conseille d'imprimer votre travail sur une feuille A4 ou la présenter sur un écran d'ordinateur sous format JPEG ou PDF / ou alors manuscrit si vous n'utilisez pas le logiciel.

La présentation orale se fait selon le déroulement logique et en désignant du doigt les concepts concernés.

Le maître de stage doit voir le schéma pendant la présentation orale.

Prévoyez 15-30 minutes pour discuter autour du cas avec votre maître de stage.

Merci de nous envoyer une copie de votre travail par mail.

DIAPO 67 :

Merci de présenter votre trace d'apprentissage dans les 2 semaines à votre maître de stage désigné si possible. Sinon dès que possible. Je fais passer une feuille pour que vous inscriviez les dates qui vous conviennent pour la réalisation de l'entretien avec vous.

Je vous contacterai pour confirmer la date et l'horaire pour l'entretien.

DIAPO 68 :

Nous vous remercions pour votre présence et votre participation. En espérant que vous avez apprécié l'atelier. Merci!

Je remercie Dr Girardeau et Dr Archambault pour leur aide et leur conseils très précieux.

Avez-vous des questions?

VII.4 – Entretien avec les MSU

VII.4.1 – Canevas d'entretien

L'entretien se déroule seul avec le maître de stage universitaire dans les 14 jours suivant la présentation de la carte conceptuelle par l'interne. Au moment de l'entretien,

le MSU a entre ses mains la carte conceptuelle de l'interne. L'entretiens est enregistré à l'aide de deux dictaphones. Lieu : Cabinet du MSU.

1 - Introduction :

Bonjour, je suis Marie MUNGRA, ancienne interne en médecine générale à Poitiers. Comme convenu, je viens vous voir pour un entretiens qui va durer environ 15 minutes. Tout d'abord je vous remercie pour votre participation à ce travail de thèse.

Nous allons commencer. Êtes-vous d'accord que j'enregistre cet entretiens, qui restera bien sûr anonyme?

Merci

2 - Question brise-glace :

Pour commencer parlez moi de votre parcours professionnel?

Question de relance

Depuis quand êtes-vous installé? Maître de stage?

3 - Évaluation de la technique et de la trace d'apprentissage de l'interne

Comment se passe habituellement les débriefings avec vos internes? Préciser.

Quel a été votre ressenti lors de la présentation de la trace d'apprentissage par l'interne sous cette forme graphique particulière? Pourquoi?

Question de relance

Quel effet vous a fait la présentation de votre interne? Pourquoi?

Quels émotions avez-vous ressenties?

Aviez-vous connaissance de cette technique auparavant ? Si oui, est-ce que vous l'utilisez et comment ?

Qu'est-ce que cela vous a apporté que l'interne vous présente une trace d'apprentissage sous cette forme par rapport à une présentation classique?

Question de relance

La présentation sous cette forme, a-t-elle facilité le debriefing? Comment?

Que pensez-vous du travail réalisé par votre interne?

Question de relance

Qu'est-ce qui vous a sauté aux yeux dans son travail?

De quoi avez-vous discuté ?

Pensez-vous qu'à travers ce travail l'interne a pu mieux résoudre ses questionnements ?

Quels sont les éléments de son travail que vous avez retenu pour l'évaluer?

Question de relance

Quels sont les éléments de son travail que vous avez retenu pour évaluer ses compétences et ses lacunes? Vous pouvez me donner des exemples en regardant son travail?

D'après vous quels sont les avantages de cette technique?

Quels en sont les inconvénients?

4 - Perspectives

Quels sont les utilisations possibles que vous pouvez imaginer de cette technique dans le cadre de l'acquisition des compétences du médecin généraliste par l'interne? Seriez-vous prêt à participer à une formation sur cette technique?

VII.4.2 – Verbatims des entretiens

Entretien 1

-M: «Bon, je vais commencer par vous poser quelques questions sur votre parcours professionnel. Depuis combien de temps êtes-vous installé?

-MSU1: Moi, je suis installé, ça fera..., ça fait presque quinze ans en octobre. Et avant, j'ai remplacé pendant dix ans.

-M:D'accord.

-MSU1: Je les ai listés. J'ai remplacé cinquante quatre médecins. Mais parfois, j'ai fait une journée, hein! Car cela ne correspondait pas du tout à ma façon de travailler.

-M: Oui, et cela vous a permis de voir ce que...

-MSU1:...ce que je voulais faire et ce que je ne voulais pas faire.

-M:D'accord. Et au niveau de l'enseignement, de la formation?

-MSU1:Cela fait cinq ans que je suis maître de stage. Je suis juste maître de stage. Je ne fais pas de GEAPI. Par choix.

-M: «Vous avez des internes de niveau un, c'est ça?

-MSU1:C'est ça, des internes de niveau un.

-M:Et comment, se passent habituellement vos debriefings avec vos internes ?

-MSU1:Alors, en... Ça dépend dans quelle phase ils sont. Quand ils sont en phase , euh, d'observation, c'est tous les soirs.

-M: D'accord.

-MSU1:Ou enfin..., à chaque fin de demi-journée, plutôt hein? Chaque demi-journée, on reprends un petit peu tous les dossiers. Et, après, euh... mmmh..., après ça va forcément plus vite quand ils participent à la consult', quand ils sont bien, quand ils sont en supervision directe. Donc euh..., là, c'est euh..., à la fin de consult', ou quand on a un moment, où là c'est plus vraiment étant réservé. Mais euh, voilà. Quand il y a besoin, on s'arrête plus sur un cas, euh...

-M:D'accord.

-MSU1:Et puis, après, en supervision,euh..., indirecte, euh..., c'est à chaque..., à chaque fin de consult'.

-M:A d'accord.

-MSU1:Chaque fin de consult', je dis un petit mot court au patient. Je trouve que c'est bien dans la relation avec le patient. Il n'a pas l'impression que je le ..., m'en débarrasse sur l'interne. Et puis comme ça, on regarde, euh, vite fait le dossier, la..., la..., la..., l'ordonnance. Et puis euh, ça peut aller très très vite, hein? C'est juste, quand l'interne... Quand l'interne vient me chercher, le temps qu'on fasse le couloir, elle me dit si il a su ou non.

-M: D'accord.

-MSU1::Donc, si il me dit: «Oui, non il n'y a pas de problème», etc, ben, je dis juste bonjour. Et puis euh..., bon beh tout va très bien, parfait, vous n'avez pas de question particulière. Et puis, voilà.

-M: D'accord. très bien.

-MSU1:Et ça évite de reprendre, après, les dossiers.

-M:Et est-ce que vous avez, euh... Et par rapport, pardon, à la tâche de la semaine dernière que vous a présentée votre interne, quel a été votre ressenti?

-MSU1:Alors. C'était un dossier, très très intéressant. Puisque c'est une fille, euh..., de quinze ans, qui est venue avec son p'tit frère, et... -en poussette- et...sa p'tite sœur de trois ans. Avec la copine qui habite en face, qui avait quinze ans et qui elle même venait avec son p'tit frère. Voilà. Donc, en fait la gamine de trois ans avait une scarlatine. En sachant que, euh..., le p'tit voisin a été opéré d'une tétralogie de Fallot, etc...Le problème, c'est que j'avais que des gamines, ados, adorables hein, qui jouent le rôle de mère. Mais c'était pas des adultes! Et que donc il a fallu, j'dis:» Il faut que je vois les parents quand même pour expliquer.» Et... et il y avait donc les deux gamines dans le bureau. Bouh. Donc il y en a une qui a dit: « Ma mère , elle pourra jamais v'nir.» Là je dis:»Là elle va venir parce que tu vas lui dire que là c'est grave.» Fin, c'était, tout ce relationnel. Et, malheureusement, dans les tableaux, ça, ça peut pas réapparaître. Le ressenti. Parce que là, mon interne, il était..., bon il est très

très bien élevé, donc il a rien dit. Mais il était, euh complètement ébahi. Et puis après le soir à dix-neuf heures, de dix-neuf heures à dix-neuf heures trente, j'ai eu les parents. Surtout que X. c'est une famille gitane, donc euh bon, ça avait prit, pouf! Mais enfin ça, il fallait bien que je passe l'information. Et puis, j'en ai mis certains, sous euh..., pénicilline en préventif. Euh... Voilà. Et... Mais, ça, à la limite, le..., la démarche autour de la scarlatine, la prévention, qui on traite, qui on ne traite pas, dans le tableau cela apparaît bien. Euh, mais le..., le..., le ressenti du jeune médecin, de l'interne, ce problème de tout ce relationnel à gérer, comment le gérer, c'est..., ça ne peut pas apparaître dans ces tableaux. C'est un p'tit peu, euh... En plus, ça allait, car moi je connaissais le dossier. Bien. On l'avait fait ensemble. Il était récent. Mais quelqu'un de l'extérieur qui lit ça, contrairement à un RSCA classique, pfff, c'est très abrupt. Il va pas forcément, euh, euh, vivre la consultation. Quand on lit un RSCA, moi j'en ai lu plusieurs, je les regardais avec les internes, on... ,même si on connaît pas, on..., ce n'est pas une consultation qui a été faite dans notre cabinet, on la..., on la..., on est dedans. C'est comme une histoire. On est dedans, on est en train de la faire, de la vivre. L'examen... On a déjà le diagnostic. Là avec les tableaux, d'abord on saute de l'un à l'autre, de... Voilà. Donc, on va, parfois en sautant, on tombe déjà sur le traitement, donc déjà on est orienté. J pense que c'est complémentaire. J pense que ces tableaux c'est bien pour faire un travail de... Ben par exemple, elle veut reprendre le travail sur la scarlatine:» Tiens, qu'est ce que j'ai fait avec MSU1?» MSU1 a fait... Bon c'est plutôt des recos qu'il devrait reprendre, mais imaginons qu'il veuille se... Hop il ouvre ça. Tac il voit tout de suite ça. Voilà. Ce genre de tableau, il va servir, ça pour euh, comme quand on faisait des..., des révisions, qu'on se faisait des tableaux synthétiques. Qu'on a un tableau synthétique sur un chapitre par exemple. Je le vois plus comme ça, mais... Par exemple pour un tuteur, qui euh..., ne connaît pas le dossier, s'y a pas un RSCA écrit à côté, euh, pfff, c'est abrupt, hein?

-M: Et est-ce que lors de la présentation orale, est-ce que votre interne vous a parlé un peu de son ressenti, ou pas du tout?

-MSU1: On en avait déjà parlé beaucoup de cette consultation.

-M: Oui j'imagine.

-MSU1: On en a parlé juste après, ... Je lui ai demandé si il pouvait rester tard, pour assister, pour voir les parents. Il était tout à fait d'accord. Et on en a reparlé après. Et j'en ai reparlé, parce que après, il y a eu les enfants, euh..., des beaux-filles, des belles-filles, euh..., qui sont venus et qui ont aussi attrapé la scarlatine. Fin bon, ... Et qui avaient une autre mère. Enfin, c'est... C'était donc, on en a beaucoup reparlé. Donc euh. Et là, quand l'interne m'a parlé, il m'a..., il m'a bien sûr pas réexpliqué la situation, mais il m'a réexpliqué bien bien les enchevêtrements avec ses flèches et tout. Et ça, je pense que ça donne un très gros travail hein?

-M: Et oui. Après, finalement, vous, qu'est-ce que vous avez ressenti en voyant cette trace d'apprentissage? Quelles étaient vos émotions?

-MSU1: Alors, euh. Pas trop d'émotion. Ça... Ça, euh... Si, on en a rediscuté du traitement, de la durée de la scarlatine, de ceci..., de..., de..., de... Bon... Ça remettait dans la technique. C'est un tableau de technique, c'est pas un tableau de ressenti.

-M: D'accord.

-MSU1: C'est difficile, dans ce tableau de faire ressortir la relation médecin-malade.

-M: D'accord.

-MSU1: Elle se raconte, la relation médecin-malade.

-M: D'accord, donc finalement, vous... enfin la forme ne vous a pas surprise. Vous êtes allé directement au fond?

-MSU1: Oui, oui, oui, oui, oui, oui. La forme, euh... Oui, oui, oui. Non, non, la forme, euh... Euh, l'interne a bien bien su m'expliquer, hein les..., les... L'interne avait fait trois colonnes. Alors je ne les ai pas là. Alors je ne les ai pas en tête. Il avait fait trois colonnes qui s'intriquaient. Il m'avait expliqué comment elle s'intriquaient, pourquoi, etc... C'est ça qu'il m'a expliqué. Donc, j pense que c'était bien, euh..., bien mené. L'interne m'a dit que cela lui avait demandé beaucoup de travail. Qu'il s'y était pris à plusieurs fois. Ça je lui accorde.

-M: D'accord, mmmh. Et est-ce que vous connaissiez cette technique auparavant? Ou pas du tout?

-MSU1: Non.

-M: »Pas du tout, hein? D'accord. Donc après, c'est vrai que vous en avez déjà un petit peu parlé, mais qu'est-ce que vous a apporté? Euh. Je reformule ma phrase: Qu'est ce que ça vous a apporté que votre interne vous présente une trace d'apprentissage sous cette forme, par rapport à une présentation classique?

-MSU1: ..., ...

-M: Est-ce qu'elle a plutôt facilité le debriefing ou pas du tout?

-MSU1: ..., ... Je suis pas sûre, que cela nous ai facilité le debriefing.

-M: D'accord.

-MSU1: Moi je n'avais pas vraiment besoin de ce support. Après j'ai un interne qui parle facilement.

-M: Oui.

-MSU1: Moi, je suis très bavarde.

-M: Mmmh, mmmh.

-MSU1: Donc, euh, on parle.

-M: Donc, il n'y avait pas de problème là. D'accord. Et qu'est-ce que finalement, vous avez penser de son travail?

-MSU1: Ah, j'ai pensé que c'était un super travail, hein.

-M: Oui.

-MSU1: Je pense que cela demande autant de boulot qu'un RSCA.

-M: Mmh.

-MSU1: Si c'est pas plus. Le problème, c'est que c'est moins accessible, à... Un RSCA va être accessibles à tout le monde.

-M: Oui.

-MSU1: Là, c'est moins accessible. Il faut que l'interne soit à côté pour le présenter.

-M: Voilà. Exactement.

-MSU1: Sinon, c'est incompréhensible. Sinon, c'est rébarbatif, quoi. C'est trop abrupt de voir ces flèches. C'est...

-M: D'accord.

-MSU1: On..., on comprends pas, on comprends pas tout. Et, par contre, on a pas du tout le ressenti.

-M: D'accord.

-MSU1: Même si l'interne marque, euh. Il a mis, dans une p'tite case, il a mis, euh..., «sœur avec son p'tit frère et sa p'tite sœur, une scarlatine, la voisine». Mais enfin. C'est très difficile de faire comprendre.

-M: D'accord.

-MSU1: Et je...

-M: Et pensez-vous qu'à travers ce travail, l'interne a pu, euh..., mieux résoudre ses questionnements?

-MSU1: Ça se peut ça par contre. Ouais, parce que ça demande beaucoup plus de... de... de... ré... ça demande beaucoup plus de..., mmmh..., de..., de..., réflexion, dans le..., dans le..., oui. Pour ça, 'fin oui. Oui, ah bien sûr! Parce que quand on raconte, euh..., euh..., ça, on va peut-être moins chercher les implications, les intrications. Euh..., après, ça peut être utile pour quelqu'un qui, euh..., euh.... 'Fin là, on ne peut pas faire un travail superficiel, quand on fait ça. Avec un RSCA, on peut peut-être, hein..., raconter, euh..., faudrait plutôt demander ça à des tuteurs. Moi je ne suis pas tutrice, mais... On peut peut-être plus facilement se contenter de raconter «J'ai fait ça, j'aurais du faire ça». Point barre. Voilà, ch'ai pas, le médecin a fait ça, quoi. Là, on est obligé de chercher, euh..., pourquoi a été fait ça, et à quel moment. 'Fin, c'est, on est obligé de plus, se poser de questions, je pense.

-M: D'accord.

-MSU1: Moi je pense que c'est très complémentaire.

-M: D'accord, oui. Il y a une complémentarité.

-MSU1: Ouais.

-M: D'accord.

-MSU1: Je pense que pour un interne qui aurait, euh..., bon voilà, pfff... qui ne se pose pas trop de questions sur son resca, ce qu'il fallait faire, est-ce qu'il fallait le faire, ben là, c'est avec des tableaux, il est obligé de le faire.

-M: Est-ce. Et si vous deviez évaluer son travail, quels éléments vous retiendrez pour évaluer cette trace d'apprentissage?

-MSU1: La clarté.

-M: Oui.

-MSU1: Car je trouvais que c'était très emb..., que c'était quand même très embrouillant, hein? Euh. L'interne m'a expliqué, mais... Ou alors, c'est peut-être parce que l'interne a fait trop de liens. Mais euh... Mais enfin, bon. Si on veut que le travail soit poussé, il faut qu'y ait beaucoup d'intrications, de liens. Donc, euh, euh...

-M: C'est vrai. Dans sa trace, en particulier, l'interne mets énormément de flèches.

-MSU1: Oui, hein? Énormément. Donc euh... euh..., euh.... C'était... Pardon votre question, c'était?

-M: C'était: «Si vous deviez l'évaluer, quels éléments, vous permettez de...»

-MSU1: Alors, la clarté. Et puis, bon, la valeur de ses..., de ses liens. La valeur des flèches, la valeur de ses... Pourquoi elle a fait ça.

-M: D'accord.

-MSU1: Mais moi j'étais très frustrée. Moi d'emblée j'étais très frustrée. Parce que, bon, la scarlatine, ça me posait pas trop de problèmes. Eueueuh... L'interne non plus, il était passé interne en pédiatre.

Donc on a été dans le comment on a géré vraiment la consultation.

-M:D'accord.

-MSU1:Et comment faire venir les parents? Et d'abord, est-ce qu'il fallait faire venir les parents? Comment les faire venir? Est-ce que je donne les ordonnances? Est-ce que j'attendais que les parents viennent, et que les pharmacies soient fermées? Bon, après le fait que je connaisse ces familles, ça me permettait de faire certaines choses. Pour que l'une des mères vienne, il a fallu que je dise à sa fille -celle dont le petit a été opéré du cœur- je voulais faire une prévention- il a fallu que je dise à sa mère, à sa fille: «C'est grave hein?» Voilà!

-M:Et oui.

-MSU1:Parce que la mère n'était pas là. Elle était partie je sais pas, où le soir. Je ne voulais pas entendre ça. «Si ça peut, enfin ça peut être grave si ton frère l'attrape.» Voilà. C'était peut-être un peu excessif, mais enfin à des moments on est bien obligé de ... Et euh... Et donc c'était tout ça! Et pfff, pour moi c'était frustrant. Quoi, ces tableaux, c'était frustrant!

-M:D'accord.

-MSU1:Après, c'est vrai que cela nous a permis de reparler de la scarlatine, et de..., et de..., euh..., de la prévention, et tout ça, c'est vrai. Et je trouve qu'on reste trop... - enfin au moins dans ce cas là, ou comme l'interne l'a fait, ou comme je l'ai ressenti - on reste trop sur, euh..., mmmh..., sur de la médecine technique.

-M:D'accord.

-MSU1:C'est trop technique.

-M:**Par rapport aux présentations habituelles?**

-MSU1:Ouais.

-M:D'accord.

-MSU1:Parce que bon, dans cette consult', l'intérêt c'était de..., et ça, l'interne peut l'avoir, comment gérer deux adolescentes avec trois enfants en bas âge.

-M:Et oui.

-MSU1:Donc ça, c'est...Voilà.

-M:**D'accord. Après, on en a déjà un p'tit peu parler. Mais quels seraient d'après vous les avantages de cette technique? Et après on parlera des inconvénients. Si vous pouviez le résumer.**

-MSU1:Alors les avantages, c'est ça, c'est faire un travail plus raisonné, plus raisonné en profondeur. Puisque bon dans un RSCA, on peut se contenter de raconter la consult' de A à Z, hein? Avec le traitement les hypothèses, le diagnostic, etc... Et puis ce qu'on aurait pu faire, pas fait. Voilà. Là, euh..., là, il faut savoir, euh..., on va plus loin: Pourquoi a été fait ci, pourquoi a été fait ça? Quand on cherche les liens, on pousse à une réflexion plus approfondie.

-M:**D'accord. Et donc au niveau des inconvénients par contre ...**

-MSU1:Ce n'est pas de la vraie médecine: on ne revit pas la consultation. On n'est pas d'dans.

-M:D'accord.

-MSU1:On n'est pas d'dans. Et, je pense que, euh..., alors pour l'interne c'est peut-être moins gênant si il a bien vécu sa consultation. Mais pour quelqu'un d'extérieur, il n'a pas du tout le..., il a pas, il a pas le vécu. Et par exemple là, l'interne pouvait pas, alors que c'est dommage parce qu'il a beaucoup réfléchi dessus, euh... sur la relation médecin-patient, il ne peut pas le faire ressortir. Donc son travail personnel qu'est le but hein, de son travail chez le prat', cette approche qu'il a eu, cette avance, euh..., il a pas pu le faire ressortir. Il l'a mis hein, mais, c'est pas ce qui va ressortir le plus.

-M:D'accord.

-MSU1:Voilà, donc ça j'ai trouvé très frustrant. Et ce que je lui ai dit c'est de faire les..., de faire un RSCA écrit à côté. Parce que j'ai dit que le tuteur qui va voir ça, d'abord, ben je sais pas, c'est abrupt hein de, de voir des flèches, des trucs, des cases. Si on lui explique pas à côté, euh, ... Donc je lui ai dit de faire un RSCA à côté. Au contraire, pour euh..., euh... Ça peut intéresser le tuteur, ça peut intéresser. Je lui ai dit de faire à côté.

-M:**Bon très bien. Et pour terminer, est-ce que, euh..., quelles seraient les utilisations possibles que vous pouvez imaginer de cette technique dans le cadre de l'acquisition des compétences du médecin généraliste?**

-MSU1:Euh. Elle est complémentaire d'un RSCA.. Euh, mais bon, comme c'est déjà du travail un RSCA, peut-être, euh..., à ce moment si elle est complémentaire du RSCA, l'a demander, mais en l'allégeant peut-être.

-M:**D'accord. Très bien. Est-ce que vous seriez prête à participer à une formation pour apprendre à utiliser cette technique, ou pas du tout ?**

-MSU1:Non. Non, cela ne m'emballe pas trop.

-M:D'accord.

-MSU1:Parce que moi j'aime bien le..., j'aime bien le..., c'est trop euh..., le tableau de synthèse.

J'aime bien le..., le vécu, le vrai, le vrai, euh..., la vraie vie, le vrai langage. Oui, voilà.

-M:D'accord.Bon très bien.

-MSU1:Par exemple, un tableau comme ça sur euh..., démarche, traitement, scarlatine, c'était très bien. Mais nous on va plus loin. Et ça, ça ne ressort pas.

-M:Très bien.L'entretiens est terminé.Je vous remercie de m'avoir accordé de votre temps.

Entretien 2

-M:Donc moi je suis venue pour vous interroger sur votre ressenti sur cette trace d'apprentissage que vous a présenté votre interne.

-MSU2:Mmh, mmh...

-M:Je vais commencer par poser des questions sur vous. Quel a été votre parcours professionnel?

-MSU2:Mmh, mmh...

-M: Depuis combien de temps êtes-vous installé?

-MSU2:Alors, je suis installé, ça fait, ça fait euh, vingt euh, pout, pout, pout, pout, vingt-huit ans, maintenant, bientôt vingt-neuf. Parcours professionnels? Ben euh, médecin généraliste. J'ai fait des remplacements avant de m'installer bien sûr. Et, euh, mmh, j'ai travaillé également à l'hôpital local de La Rochefoucault, et donc euh, ma femme était du coin, et donc on s'est installé ici.

-M:D'accord et depuis quand êtes vous maître de stage?

-MSU2:Maître de stage depuis deux mille... pou, pou, deux mille cinq? Ou deux mille six?Deux mille six, ça doit être!

-M:D'accord. Vous avez eu des étudiants de niveau un et de niveau deux aussi?

-MSU2:Euh, j'ai pas de SASPAS, non. Mais euh, j'ai eu que des internes. J'ai eu quelques externes classe biberon, hein, les troisièmes années.Les autres j'les prends pas. Je n'les prends pas . Ce n'est pas que ça ne m'intéresse pas, c'est que je ne peux pas faire tout, si vous voulez.Je ne peux pas avoir et des internes et des externes.Il y en a qui le font mais je trouve que cela fait un peu beaucoup dans un cabinet.

-M:Bien. Et comment se passent habituellement vos débriefings avec vos internes?

-MSU2:Alors, les débriefings, y'a pas de..., y'a pas de particularités. Disons que d'une part l'interne peut me joindre ... Là (en montrant la trace d'apprentissage) il était en supervision directe. Et donc il voit la patiente. Et puis si cela lui pose un problème, il m'appelle. Hein?

-M:D'accord.

-MSU2: Si cela ne lui pose pas de problème, on débriefe à la fin de la consultation.

-M:D'accord

-MSU2: En moyenne, il est laissé une heure et demi en autonomie quand il est en fin de stage. Parce qu'en début de stage, il y a l'apprentissage du logiciel, y'a pleins de choses, bon. Là (en montrant la trace d'apprentissage), il n'y a pas eu de problème.

-M:D'accord.Très bien. Et par rapport à cette tâche que l'interne. vous a présentée, quel a été tout d'abord votre ressenti?

-MSU2: Bé, j'étais très content de la manière dont il a abordé les choses. Parce que c'est une fonctionnelle, cette patiente.Et euh, il l'a bien ciblée dès le départ.

-M:D'accord

-MSU2:Et euh, donc, euh, ça lui a posé des problèmes bien sûr, parce que justement prendre en charge une fonctionnelle et pui, euh, l'appréhender, c'est pas du tout évident chez quelqu'un qui a pas l'habitude. En plus, il l'a connaissait pas bien. Y'avait une consultation qui en plus était double: le mari était là. Le mari était venu faire renouveler ses ordo, ses ordonnances. Donc y avait l'interaction du mari dans la consultation.Voilà.

-M: Et quel a été votre premier ressenti quand vous avez vu cette tâche sous forme graphique.

-MSU2:Cette forme graphique là? Oh bon, euh, moi j'ai pas trop l'habitude... [Rires]

-M:[Rires] ... et oui!

-MSU2: J'ai pas trop l'habitude. Je fonctionne plutôt sur le mode des tiroirs. Mais euh, bon, je pense que, si, c'est pas mal. C'est pas mal dans la mesure où, euh, effectivement, ça lui renvoi à pleins de choses et il peut visualiser tout sur un seul tableau. Ça s'est bien.

-M:D'accord. Qu'est-ce que vous appelez le mode tiroirs?

-MSU2:Ben par exemple, vous voyez un patient qui arrive avec un symptôme.Alors déjà vous essayez de voir à quoi correspond son symptôme: vous ouvrez tout un tas de tiroirs et puis vous les refermez les uns après les autres.

-M:D'accord.

-MSU2: Après, le problème, c'est que souvent le patient vous dit: «Et... Ah, et je suis venu aussi pour ça...» Et donc là vous ouvrez d'autres tiroirs...et ainsi de suite... Donc ça c'est pas mal, dans la mesure où effectivement, il y a pleins de choses qui peuvent sortir.

-M: D'accord. Donc vous n'aviez pas connaissance de cette technique auparavant?

-MSU2:Non

-M: Pas du tout? D'accord. Et qu'est ce que cela vous a apporté que l'interne vous présente une trace d'apprentissage sous cette forme, par rapport à une présentation plus classique?

-MSU2:...

-M: Sous forme de texte, ou de...

-MSU2:Euh oui. C'est bien, oui. Je pense, que d'ailleurs dans l'avenir, on va arriver à ça. Je pense que vous allez présenté ça au DMG. Et euh, ... Parce que hier soir, on était en formation , nous, pour le nouveau , pour les nouveaux GEAPi. Et dans le cadre des nouveaux GEAPi, on aura une trace d'apprentissage à laisser suite au GEAPi, sur un cas clinique qui correspond à ce GEAPi-là.

-M: D'accord.

-MSU2: Et cette trace d'apprentissage, elle pourra être écrite, mais elle pourra également peut-être, être sous cette forme là.

-M:D'accord. Donc vous pensez que la présentation sous cette forme a facilité un peu le débriefing ou pas du tout? Ou l'a complexifié?

-MSU2: Mmh...

-M:Ou a été comme d'habitude?

-MSU2:Ça a été comme d'habitude. Ben oui, parce que c'est une autre forme d'écriture.

-M:D'accord. Et que pensez-vous du travail réalisé par votre interne?

-MSU2: Ben il a... , il a réfléchi. Hein, il a réfléchi. Il l'a bien mis en forme. Bon là comme je vous dis, c'est pas fini parce qu'il a rajouté donc le fait, il avait oublié qu'il avait revue. Donc ça lui a permis... le fait d'en r'parler ça nous a permis de remettre dans le dossier, et puis de revoir un peu ce qu'il en était.C'est bien. Puisque pour moi c'est important de voir qu'il y a un suivi du patient. Euh. C'est... Vous êtes passé, vous avez dû passé chez le... mais vous avez fini vous?

-M:Oui j'ai terminé.

-MSU2: Quand vous êtes passé, y'a certains maîtres de stage qui aiment bien faire tourner les internes sur trois jours, d'autres qui les font tourner sur la semaine.Moi je les fais tourner sur les mois.C'est-à-dire, je préfère les avoir deux mois d'affilée. Pour une raison toute simple: c'est pour ça justement.

-M: Ouais, justement pour le suivi!

-MSU2: Pour le suivi. Là, l'avantage, c'est que le suivi a été respecté; et qu'ça lui a permis de voir, d'une part l'efficacité de son traitement , et d'une part aussi de voir que la patiente était contente de la consultation précédente.

-M:D'accord.Donc le fait que ce soit sous cette forme là, ça a, euh, est-ce que vous pensez que ça a facilité aussi le fait d'écrire la tâche, puisque votre interne peut la modifier après?

-MSU2:Oui, il peut la modifier. Et puis c'est une forme plus moderne et c'est plus votre forme de pensée maintenant.

-M:Est-ce qu'il y a quelque chose qui vous a sauté aux yeux en regardant ce travail là?

-MSU2:Ce qui m'a sauté aux yeux? Of, euh, non ,alors là ça rends pas bien parce que c'est pas en couleur (il montre la trace imprimée en noir et blanc).

-M: Oui il a mis des couleurs, c'est vrai.

-MSU2:Il faut savoir que le fait qu'il ait mis des couleurs, ça permet tout de suite de se fixer sur l'origine du problème -si il y en a un- ça c'est bien. Euh, après, il a intégré le mari, avec des flèches d'interaction, ça c'est pas mal aussi. Euh, bon. C'est ça oui.

-M:D'accord. Et pensez-vous qu'à travers ce travail l'interne a pu mieux résoudre ses questionnements?

-MSU2: Les questionnements de la patiente?

-M: Ses questionnements à lui.

-MSU2: Oui. Tout ce qui est technique, il l'a très vite résolu dans la mesure où il a eu accès directement par le logiciel à l'ouvrage de dermatologie clinique.Et il a eu aucun problème pour faire son diagnostic clinique. Le problème qu'il a eu c'est surtout dans le relationnel vis-à-vis de la patiente.

-M:D'accord.

-MSU2: Et, le relationnel,c'est là que s'est posée la difficulté parce que c'est quelque chose qui est difficile à appréhender et qui ne peut s'appréhender qu'avec l'expérience. Donc je pense que oui, cela a dû le rappeler à quelque chose.

-M:D'accord. Vous avez plus discuté au côté relationnel grâce à cette tâche là?

-MSU2: Oui.

-M:Et si vous deviez évaluer ce travail, quels seraient les éléments que vous preniez, prendriez en compte?... Pour évaluer un tel travail?

-MSU2: Ah, euh, évaluer l'travail.... Il l'a fait selon les critères EBM, hein, il l'a fait, euh, il a vu l'environnement de la patiente, ses antécédents, ses examens cliniques, c'est vraiment... C'est bien fait.

-M: Oui c'est qu'à chaque fois vous me montrez où se trouvent ces éléments là sur le graphique.

-MSU2: Voilà. Alors bon, il a pris en compte tous les éléments. J'dirais que c'est très correct.

-M: D'accord. Et d'après-vous quels seraient les avantages de cette technique?

-MSU2: Alors les avantages de cette technique?

-M: On verra ensuite les inconvénients.

-MSU2: Alors euh... Visualiser sur un seul tableau, visualiser sur une seule feuille l'intégralité du travail. C'est-à-dire que par exemple si il l'avait écrit, on aurait peut-être trois ou quatre feuilles. Et on serait obligé de lire. Et si quelque chose ne nous saute pas aux yeux de suite, on serait obligé de relire pour revoir. Bon, là l'avantage est que tout est sur une seule feuille.

-M: D'accord.

-MSU2: Ou un seul tableau. Enfin, je suppose que sera sur informatique.

-M: Voilà (hochement de tête d'acquiescement). Et quels en seraient par contre les inconvénients?

-MSU2: Ah, les inconvénients, c'est l'inverse. C'est à dire que, euh, bein, comme on est obligé de tout mettre sur un seul tableau, ça peut être réducteur. Et il y a des choses qui peuvent passer à l'as. Et puis, euh, on peut se poser la question de savoir comment le mari tente de rassurer, euh, de quel type a été la négociation, parce que si vous voulez, il met ça, mais on ne se rend pas compte de la qualité de la négociation ou de la durée de la négociation. C'est une chose qui n'apparaît pas là dessus, c'est le temps qu'il a passé. Le temps qu'il a passé avec cette patiente qui est relativement chronophage. Et donc, plus, si vous voulez, il met du temps à négocier, et plus c'est chronophage.

-M: Après, il y a peut être des choses que lui [l'interne], vous a dites à l'oral, mais qui n'apparaissent pas dans son travail.

-MSU2: Oui, voilà, c'est ça. Surtout le fait qu'il a passé du temps.

-M: Voilà. Très bien. Et dernières questions. C'était de savoir quelles seraient pour vous les utilisations possibles de cette technique dans cadre de la formation des internes, dans l'acquisition des compétences de médecine générale.

-MSU2: Et bien ce dont je viens de vous parler. Dans les tous nouveaux comptes-rendus de GEAPi, cela peut très bien rentrer là dedans, dans la mesure où en plus, ces comptes-rendus vont être écrits. Et tant qu'ils soient écrits, si on avait tout sur un même élément et en informatique, ce serait plus simple.

-M: D'accord. Et est-ce que vous seriez prêt, vous, à participer à une formation pour apprendre à utiliser cette technique?

-MSU2: Si une formation est faite, oui, pourquoi pas?

-M: D'accord. Et bé, très bien. L'entretien est terminé. Vous avez fait ressortir pas mal de points importants.

-MSU2: Ah bien, j'ai bien aimé.

-M: Ça vous a plu.

-MSU2: J'ai surtout bien aimé la manière dont il avait appréhendé la patiente. Il est bien [l'interne], très bien.

Entretien 3

-M: Je vais donc vous interroger sur la trace d'apprentissage que vous a présenté votre interne. Mais pour commencer, je vais vous poser quelques questions sur vous : est-ce que vous pouvez me parler un peu de votre parcours professionnel ? Depuis quand vous êtes installé ?

-MSU3: Je suis installé depuis 2000.

-M: Depuis 2000. Et depuis quand vous êtes maître de stage ?

-MSU3: Depuis 2006.

-M: Et vous avez des spécialités particulières ?

-MSU3: Non j'ai une capacité de médecine du sport que je fais pas valoir.

-M: D'accord. Et au niveau des internes ? Vous avez des internes de quels niveaux ?

-MSU3: J'ai des internes de niveau un. Et j'accueille aussi des stagiaires, enfin des étudiants de troisième année, les DCEM1, en stage découverte.

-M: D'accord.

-MSU3: Voilà.

-M:D'accord.

-MSU3: Voilà. Et je suis tuteur, depuis maintenant trois ans.

-M:D'accord. Très bien. Et comment se passent habituellement les débriefings avec vos internes ?

-MSU3: ... Comment ça ? Qu'est-ce que vous entendez par...

-M: A quel moment de la journée, ou...

-MSU3: En principe, soit à la fin de la journée, soit de la demi-journée, soit si on a l'temps.

-M:D'accord.

-MSU3: Ou à la fin d'une, ou de chaque consultation quand c'est eux qui font tout seuls, quand ils sont en supervision indirecte.

-M:D'accord.

-MSU3: Voilà.

-M:Et comment vous l'organisez (le debriefing) ? Vous leur demandez ce qui leur pose problème, ou...

-MSU3: Oui quand ils font tout seul, moi je leur demande de remplir leur observation, bon euh, jusqu'au bout. Et puis ensuite, ils viennent ici pour passer la carte vitale. Et on en profite, moi j'en profite pour regarder ce qu'ils ont fait, voir si je suis d'accord ou pas, ou si ils ont eu un souci ou pas. Voilà.

-M:D'accord. Bon très bien. Et quand votre interne vous a présenté sa trace d'apprentissage, qu'est-ce que vous avez tout d'abord ressenti ?

-MSU3: ...

-M: Ressenti face à cette forme graphique un peu particulière ?

-MSU3: Oh, ça m'a plu. Ça m'a plu, d'emblée, ce graphique. Alors ce que je disais par contre, enfin, il y a peut-être un petit biais, dans le sens où, la trace qu'il a faite, c'est à partir d'une consultation qu'on a fait ensemble.

-M:D'accord.

-MSU3: Donc, je connaissais la consultation.

-M:D'accord.

-MSU3: Voilà.

-M:C'est vrai que c'est important.

-MSU3: C'est vrai que je me suis posée la question après, si j'avais vu cet..., enfin d'emblée, ce diagramme, sans connaître effectivement la consultation, voilà... Je ne sais pas... Ce serait intéressant de savoir, si c'est suffisamment parlant pour quelqu'un qui ne connaît pas du tout la consultation.

-M:C'est vrai. On le prend en compte aussi.

-MSU3: Hein ? Voilà !

-M:D'accord. Et est-ce que vous aviez connaissance de cette technique, auparavant ?

-MSU3: ...

-M: Ou est-ce que c'est la première fois que vous voyez une présentation de ce type ?

-MSU3: Alors, j'ai vu des présentations un peu qui s'en rapprochent. Mais pas pour une trace d'apprentissage.

-M:D'accord.

-MSU3: Je fais des séminaires avec le Dr. X, qui utilise beaucoup, lui, ... voilà... ces schémas qu'on appelle je crois cartes conceptuelles.

-M: Voilà, exactement.

-MSU3: Voilà.

-M:Ça s'appelle une carte conceptuelle.

-MSU3: C'est ça, hein ?

-M:Ouais.

-MSU3: Oui le Dr X. fait ça souvent. Effectivement pour faire la synthèse d'un atelier. Voilà.

-M:D'accord. Et est-ce que vous, vous vous en êtes déjà servi ?

-MSU3: Non. Personnellement jamais. C'est pas quelque chose qui me paraît moi forcément, 'fin..., très simple. Enfin en même temps, il faut se lancer sûrement. Mais...

-M:D'accord.

-MSU3: Je pense que c'est plus... Je ne suis pas sûre que ce soit, euh..., comment dire..., que tout le monde soit..., enfin..., capable de faire ça, euh..., bien. Ce qu'a fait l'interne m'a beaucoup plu. Il a bien accroché effectivement. Mais je pense que ça nécessite quand même un..., un esprit de synthèse, euh, ... Un vrai esprit de synthèse. Il faut que ce soit réussi, quoi !

-M: Et qu'est-ce que cela vous a apporté que l'interne vous ait présenté cette trace d'apprentissage sous cette forme ?

-MSU3: ...

-M:Par rapport à une présentation plus classique, sous forme de texte,...

-MSU3: C'est beaucoup plus parlant. Ça synthétise sur une seule page, tout. On voit bien effectivement tous les liens, d'emblée, euh..., sont apparents. J'ai trouvé ça très très parlant.

-M:D'accord

-MSU3: Ouais. C'est beaucoup plus clair. Ça apporte une clarté, euh, ouais.

-M: D'accord.Est ce que la présentation sous cette forme a facilité le debriefing ou pas du tout ?

-MSU3: ...

-M: Ou est-ce que c'était comme d'habitude ?

-MSU3: Ben, ffff, là c'était un peu... enfin, difficile, car on avait débriefé avant en fait. Avant que je vois la trace à la fin de la consultation.

-M: Oui.

-MSU3: Voilà.

-M:C'était la deuxième fois que vous reparliez du même cas.

-MSU3: Voilà.

-M:D'accord. Et qu'est-ce que vous pensez de son travail ? Du travail réalisé par l'interne?

-MSU3: Moi je trouve que c'est bien.Oui. Il a bossé. En plus bon, pas de chance pour lui, il y a la nouvelle reco sur les infections urinaires qui est sortie alors qu'il avait déjà commencé, il avait déjà rédigé. Donc il a changé.

-M: Et oui.

-MSU3: Mais ça c'est pas... voilà.

-M: Très bien. Et est-ce que vous pensez qu'à travers ce travail, l'interne a pu résoudre, a pu mieux ,résoudre ses questionnements ? Ses interrogations ?

-MSU3: Moi je pense que oui.

-M:D'accord.

-MSU3: Oui. Oui.

-M: Et si vous deviez l'évaluer, quelles seraient les éléments de technique que vous prendriez en compte ?

-MSU3: ...

-M: C'est vrai que c'est une question qui n'est pas très facile...

-MSU3: Oui..., ..., ... Évaluez, vous voulez dire, la trace sous cette forme là? C'est ça ?

-M: Oui, évaluez ce travail, sous cette forme là.

-MSU3: ..., ..., ... Qu'est ce que vous entendez par évaluation ?

-M:si vous deviez le noter...

-MSU3: Lui mettre une note ?

-M:Voilà !

-MSU3: Oh, là, là ! Ça c'est difficile ! ... Une bonne note.

-M:Qu'est ce qui ferait que pour vous son graphique soit de bonne qualité, ou pas ?

-MSU3: D'accord. Et bien déjà, il a regroupé par couleur, un petit peu les différents thèmes.

-M:Oui, c'est vrai que c'était très coloré.

-MSU3: Oui très coloré. Effectivement.'Fin, voilà...On voit bien tout de suite qu'effectivement,' fin... la conclusion, le cheminement , l'examen clinique, l'interrogatoire, ça apparaît assez bien. C'est très net.Je trouve que c'est, euh..., au niveau technique,je trouve qu'il a fait ça, fin effectivement,de façon claire. Fin ça paraît ...

-M: Là nous n'avons pas sa trace sous les yeux, mais...

-MSU3: Bon effectivement, après il y a des flèches. Mais c'est aussi, euh, c'est... c'est pas trop surchargé.On voit effectivement les liens sont ... bien établis.Et fin. Non je vois pas ce qu'on pourrait, euh, fin rajouter.

-M:D'accord .Très bien.... Après, on va reprendre à travers d'autres questions ce dont vous avez déjà un peu parlé. Mais , d'après vous quels seraient les avantages de cette technique ?

-MSU3: L'avantage, effectivement, c'est que ce tout soit sur une seule page...

-M:Sur une seule page, oui.

-MSU3: Et puis, ben euh..., qu'on ait effectivement, avec ce système de cases, de couleurs et puis de..., de flèches, 'fin voilà...On a tout de suite effectivement les liens. Les liens sont établis, quoi. On a pas besoin de reprendre paragraphe par paragraphe, où parfois effectivement on s'y perd un peu, quoi! Et ensuite, on revient en arrière... voilà !

-M:C'est que là, on n'a pas la trace sous les yeux,mais on sent que vous l'avez en tête !

-MSU3: Ouais, c'est ça, ouais !

-M: Et quels seraient les inconvénients de cette technique ?

-MSU3: Inconvénients, voilà, ce serait, si , effectivement, l'interne en question, ben ne... 'fin, surcharge son diagramme.Ou fait quelque chose qui est , qui est pas..., qui est confus, quoi, qui est brouillon, quoi, qui ... Voilà. L'inconvénient, c'est si c'est pas bien fait. Si c'est bien fait, je ne vois pas d'inconvénient. Mais encore fois, je ne suis pas sûr que cette technique soit accessible à tout le monde,

quoi.

-M: D'accord.

-MSU3: Parce que ça me paraît quand même un exercice, pas si facile que ça.

-M: Mmm. C'est vrai.

-MSU3: C'est très intéressant. Mais, moi, ça me paraît pas un exercice simple quand même. Voilà.

-M: D'accord... Et dernière question : quelles seraient les utilisations possibles de cette technique que vous pourriez imaginer dans le cadre de la formation des internes ?

-MSU3 :...

... dans l'acquisition des compétences du médecin généraliste ?

-MSU3: ..., ..., ..., alors là, euh.... Pour les traces effectivement, mais après, euh..., ... d'idée précise, euh... en tête, ...

-M: Est ce que quand le Dr X vous le présente au cours de vos formations, est-ce que ça vous apporte...

-MSU3: Ah oui !

-M:... quelque chose ?

-MSU3: Oui, oui. Voilà, quand on fait un brainstorming. Voilà, où tout est un peu en vrac. Le fait de le mettre, effectivement, sous forme de carte conceptuelle, c'est euh, tout de suite parlant ! Pareil! On regroupe sous forme de couleurs, voilà, on regroupe ce qu'on peut mettre ensemble. Oui.

-M: D'accord. Et donc pour les internes vous le voyez plutôt sous forme de présentation de traces ?

-MSU3: Oui, ou alors, peut être dans leurs séminaires ou leur GEAPi... Pourquoi pas ?

-M: D'accord.

-MSU3: Mais faire ça en direct, c'est quand même pas facile...

-M: Oui

-MSU3: Pas si facile, hein ? Parce que le Dr X, il fait ça en ..., voilà, en ... au fur et à mesure que les internes, enfin les participants rapportent leur travail, il est sur l'ordinateur et il fait les cartes comme ça.

-M: D'accord

-MSU3: Alors là...chchch...

-M: Ah oui, il le fait sur son ordinateur, et il projette...

-MSU3: Oui, voilà. Alors, lui il le fait comme ça, hein ! Mais bon ! Voilà, c'est , pfff... je ne pense pas qu'on puisse demander ça à des étudiants.

-M: Ah, ah ! D'accord. Et seriez-vous prête à participer à une formation sur cette technique ? S'il en existait une ?

-MSU3: Oui. Oui. Oui

-M: D'accord. Et bé très bien. L'entretien est terminé.

Entretien 4

-M: Donc je suis venue vous poser des questions sur la trace d'apprentissage que vous a présentée votre interne.

-MSU4: Oui.

-M: En fait, mes premières questions vont porter un peu sur votre parcours. D'abord, savoir depuis quand vous êtes installé en tant que médecin généraliste ?

-MSU4: Euh, alors en tant que médecin généraliste, depuis vingt-cinq ans. Et ici depuis un an et demi.

-M: Un an et demi.

-MSU4: Voilà, sinon ça fait vingt-cinq ans. Oui depuis le premier janvier quatre-vingt neuf.

-M: D'accord. Et au niveau de l'enseignement, vous avez des internes depuis ?

-MSU4: Alors depuis seulement là. C'est mon premier interne.

-M: D'accord!

-MSU4: Voilà, j'ai fait la formation en février de cette année.

-M: Très bien. Vous avez des externes ?

-MSU4: Non pas d'externes. Que des internes de niveau...

-M: De niveau un ?

-MSU4: ...de première année, voilà.

-M: D'accord. Et comment se passent habituellement vos debriefings avec votre interne ? Est-ce que vous avez un moment dans la journée particulier ?

-MSU4: Oui, ah ben oui! Au repas, parce qu'il mange ici!

-M: D'accord.

-MSU4: Au repas, ou dans la voiture quand on fait les visites.

-M: D'accord.

-MSU4: Voilà. Ou le soir à la fin, quand il s'en va.

-M:Et comment vous procédez. Vous posez des questions en particulier, ou...?

-MSU4:Alors soit c'est lui qui me pose une question sur un cas particulier, soit c'est moi qui intervient pour lui parler de tel ou tel cas, quoi.

-M:D'accord.

-MSU4:Si on a vu tel ou tel cas intéressant ou pas, quoi. En général, c'est comme ça que ça se passe. Mais c'est vrai qu'au repas, c'est pratique, parce qu'on a une heure, trois quart d'heure, donc comme ça c'est pratique pour en parler.

-M:Oui, alors c'est vrai, que comme vous avez un cabinet, il... euh... quand l'interne fait des consultations, vous êtes toujours présent?

-MSU4:Il est toujours avec moi. Voilà. Pour les visites aussi.

-M:Et donc quand il vous a présenté sa trace d'apprentissage, quel a été votre premier ressenti en voyant ce graphique?

-MSU4:Ben euh j'étais. Déjà euh, c'était, euh. J'étais surpris du sujet qu'il a pris. C'est-à-dire une pédiculose du cuir chevelu. Mais en fait c'est parce qu'il y a pleins de choses à côté. Il y a le contexte social qui a dû l'intéresser. Hein? Parce que c'était quand même des gens à problèmes parce qu'effectivement, c'est la fille qui consulte seule, hein? À onze ans! Voilà!

-M:D'accord!

-MSU4:Donc ça l'a interpellé!

-M:Et oui!

-MSU4:Voilà! Parce que là, hier, c'était pareil, parce qu'elle me téléphone. C'est la gamine qui téléphone pour prendre rendez-vous pour ses frères! Alors que la mère est à côté dans le canapé, quoi!

-M:D'accord.

-MSU4:Donc ça l'a interpellé, j pense plus que le cas de la pédiculose du cuir chevelu, qui est quand même d'une banalité, euh, affligeante. J pense pas que ce soit l'intérêt.

-M:C'est le contexte social.

-MSU4:Le contexte social, voilà. Le fait qu'il voit une gamine de onze ans qui vienne toute seule...

-M:D'accord.

-MSU4:... chez le médecin, euh... Voilà. Je pense que ça l'a interpellé ça.

-M:D'accord. Et le fait qu'il vous l'ai présenté sous cette forme graphique très particulière, est-ce que ça vous a posé...

-MSU4:Oh c'est comme... Fin, je suppose que c'est comme ça qu'on

-M:Est-ce que vous avez ressenti des émotions particulières ?

-MSU4:Ah des émotions non, mais, euh. Après il faut suivre les... Il faut voir comment ça s'articule, hein?

-M:Est-ce que vous aviez connaissance de cette technique auparavant ?

-MSU4:Oui, ben depuis que j'ai fait la formation, oui! C'est comme ça qu'on m'a dit qu'on procédait. Bon j'ai pas trop.... Je ne me souviens plus du nom, mais... Parce que ça a un nom ça. Ils nous l'ont dit. Je ne m'en souviens plus.

-M:Alors c'est vrai qu'aux internes, on ne leur a donné qu'un seul cours. Et donc, euh... ce qu'on a voulu faire c'est des cartes conceptuelles. Alors là, ce n'est pas tout à fait une carte conceptuelle qu'il a faite parce qu'il n'a pas mis de mots de liaison entre les...

-MSU4:entre les flèches.

-M:entre les flèches. Disons, qu'il les a mises, mais de manières différentes. Oui donc vous aviez connaissance de cette technique finalement que récemment depuis la formation.

-MSU4:Oui, oui, tout à fait.

-M:D'accord. Et est-ce que ça vous a apporté quelque chose que l'interne vous ait présenté cette trace sous cette forme-là, par rapport à une présentation plus classique, sous forme de texte, ou tout simplement à l'oral?

-MSU4:Ben, je trouve que c'est quand même un peu... c'est quand même un peu... c'est pas très clair quand même.

-M: Mhmm

-MSU4:C'est pas très clair, c'est pas très synthétique, quoi. Je trouve que c'est pas synthétique comme façon de faire. Il y a des flèches dans tous les sens...

-M:Oui.

-MSU4:Donc euh, après qu'est-ce qu'on retient? C'est la question que je me pose.

-M:Oui.

-MSU4:Qu'est-ce qu'on retient de tout ça? Pas sûr qu'on retienne énormément de chose d'une présentation qui est quand même, euh... qui part dans tous les sens. Moi ce que je veux, c'est qu'après, il reste quand même quelque chose. Je ne suis pas certain que ça reste.

-M:D'accord.

-MSU4:Moi personnellement, si je devais apprendre comme ça j'aurais du mal, hein!

-M:D'accord.

-MSU4:Fin j'aurais eu du mal. Maintenant ça va, j'apprends plus trop.

-M:**Est-ce que la présentation sous cette forme à facilité...**

-MSU4:Ah non!

-M:**...ou a entravé le debriefing, quand votre interne vous a reparlé de ce cas clinique?**

-MSU4:Ben ça a plutôt..Ça n'a pas facilité je trouve.Je trouve que ça n'a pas facilité.

-M:D'accord. Ça l'a...

-MSU4:Ça l'a compliqué.D'un cas facile, on va faire une chose un peu compliquée.Je trouve.

-M:D'accord.

-MSU4:Ça complexifie. Oui.

-M:Oui.

-MSU4:Je trouve.

-M:Très bien. **Bon vous l'avez un petit peu dit déjà, mais qu'est-ce que vous pensez du travail réalisé par votre interne?**

-MSU4:Non c'est bien. Mais c'est ... Je vous dis: c'est qu'est-ce qu'on en tire? Voilà!A la fin, il faut qu'il y ait une idée ou deux qui ressortent.

-M:Voilà.

-MSU4:Là je trouve qu'il n'y a pas d'idée qui ressorte. Faudrait voir ce que retient un interne mais, je trouve que c'est trop complexe. Trop confus.

-M:Mhmm.**Et en en discutant avec l'interne, est-ce qu'il y a finalement quelque chose qui est ressorti, ou pas du tout? C'est resté un peu confus?**

-MSU4:Ben je ne me souviens plus, parce qu'il m'en avait parlé il y a déjà quelques mois.Je ne m'en souviens plus.Je ne me souviens plus de ce qu'on avait dit. Franchement.

-M:**Et est-ce que vous pensez qu'à travers ce travail, votre interne a pu mieux répondre à ses questionnements ou pas du tout?**

-MSU4:Je sais pas. Ça c'est à lui qu'il faut demander!

-M:Oui.[Rires]

-MSU4:Je sais pas moi. Il faut lui poser la question.

-M:D'accord.**Et si vous deviez l'évaluer quels seraient les éléments que vous prendriez en compte?**

-MSU4:Évaluer qui?

-M:**Évaluer sa présentation, c'est-à-dire à la fois à l'oral et le graphique?**

-MSU4:[...] Quels éléments prendre en compte? Euh, pffff!Je, je...Moi si je l'avais fait, j'aurais fait moins de flèches, moins de cases.

-M:Oui.Déjà moins de flèches et moins de cases.

-MSU4:Oui ça, c'est sûr.J'aurais mis, au centre [montre sur la carte, sa main au centre de la feuille], j'aurais mis, peut-être le motif de consultation.

-M:Oui.

-MSU4:Et j'aurais fait deux/trois items, au pire quatre, quoi!Un dans chaque coin [Montre les 4 coins de la feuille]. J'aurais essayé de regrouper[Il resserre les mains].Si j'avais dû faire un travail comme ça. Il me semble, hein!

-M:Voilà, oui. Trois ou quatre branches...

-MSU4:Oui trois ou quatre branches, avec là, tac, tac, tac et puis voilà!

-M:D'accord.

-MSU4:Après, le côté social, il aurait pu regrouper là [En montrant], le côté social, par exemple.Donc une petite fille seule qui consulte, voilà.Il aurait pu. Après faire c.. Parce que là, là, il y a prescription ici, prescription là, traitement là [En montrant de la mains]. Et puis. Non, j'aurais regroupé, dans un seul paragraphe.

-M:D'accord.

-MSU4:Par exemple.

-M:D'accord.

-MSU4:J'aurais fait la partie éducation. Là j'aurais fait la partie traitement.Là j'aurais fait euh,la partie social.Et puis là j'aurais fait par exemple le motif de la consultation [En montrant de la main à chaque là].

-M:D'accord.**Donc ce que vous prenez en compte, c'est que ce soit organi...?**

-MSU4:J'aurais fait trois branches. J'aurais organisé de façon différente. J'aurais regroupé ça sous un seul petit carré. Comment ça s'appelle cette présentation là?Ça a un nom ça.

-M:Alors ce qu'elle a fait, c'est plutôt, disons, un mind map. Plus qu'une carte conceptuelle.Il existe plusieurs techniques. D'accord. **Et quels sont les éléments de son travail que vous avez retenus pour évaluer ses compétences ou ses lacunes?**

-MSU4:Euh, là sur un cas comme ça, c'est difficile de répondre.C'est pas...[...]Là, il a bien fait... C'est pas... Il y a tout dedans!Tout est d'dans. C'est, c'est un peu mélangé!

-M:D'accord.

-MSU4:Voilà c'est pas synthétique. Mais sinon tout est dedans. Il a rien oublié.Il en même mis, bien. Il en a mis pas mal.

-M:D'accord.

-MSU4:Voilà.

-M:Et d'après vous quels seraient les avantages de cette technique, quels seraient les inconvénients?

-MSU4:Ben je vous l'ai dit, l'inconvénient, c'est que ce soit un peu fouillis quand même.

-M:Un peu fouillis, oui.

-MSU4:Voilà, les avantages, euh, pff.Euh, c'est... J'vois pas![Rires]

-M:Voilà parce que ça a plutôt complexifié le debriefing?

-MSU4:Mais c'est peut-être parce que j'suis trop vieux, que j'ai pas l'habitude de travailler comme ça! J'sais pas.C'est une question générationnelle, hein!

-M:Non c'est très important, c'est votre ressenti.Très bien. Alors les dernières questions portaient plus sur des perspectives.Est-ce que vous pourriez imaginer des utilisations de cette technique au cours de l'internat, dans l'acquisition des compétences du médecin généraliste?

-MSU4:[...]Pourquoi pas? Simplifié, pourquoi pas? Oui, oui. Du moment que c'est, c'est, c'est...Il ne faut pas chercher la complication!!Il faut la simplification, parce que,il faut hiérarchiser. Enfin moi, je fonctionnais avec des tiroirs, hein!Donc euh..

-M:Oui.

-MSU4:Mais c'est comme ça. C'est ma façon de travailler. Mais peut-être qu'il y a en a qui vont s'y retrouver là dedans, et tout de suite, être très à l'aise, hein!

-M:Oui.

-MSU4:Moi j'ai besoin de plus compartimenter.

-M:Oui. Sauf que là, vous ne retrouviez pas les tiroirs...?

-MSU4:Ben pas trop. Je ne trouve pas.

-M:D'accord. Et la dernière question, c'est de savoir si vous seriez prêt à participer à une formation, pour apprendre la technique des cartes conceptuelles?

-MSU4:Euh, j'aurais tendance à répondre non.

-M:C'est vrai que vous l'utilisez déjà dans les cours de formation.

-MSU4:Oui voilà les cours de formation.Donc là non.

-M:Et dans ce cadre là, ça vous convient?

-MSU4:Après, non, je ne ferais pas une formation dessus.Non j'pense pas.

-M:D'accord.Voilà l'entretien est terminé.

[Explications sur mon interprétation de la carte de son interne, qui était pour moi très intéressante.]

Entretien 5

-M:Ma première question portera sur ton parcours.A savoir, depuis quand tu es installé, et au niveau de l'enseignement?

-MSU5:Alors moi je suis installé depuis le premier avril 1992. L'enseignement? J'ai du commencé un peu plus tard. C'est un peu flou dans ma tête, mais j'ai du commencé à recevoir des internes dans les années 2000. 2000-2002 peut-être.

-M: D'accord.

-MSU5: Voilà.Euh... Donc voilà, j'ai commencé par recevoir des internes.Et puis ensuite, euh... à ce moment là on faisait, euh..., oui, de l'enseignement que d'un module, qui s'appelait le module M7. On faisait que de l'enseignement de la relation médecin-patient...

-M:D'accord!

-MSU5:...qui se faisait ici, euh, par euh... On le faisait qu'aux internes de médecine générale. Et puis voilà et effectivement après, euh, les enseignement ont changé. On m'a demandé...

-M:Vous ne receviez pas d'externes...

-MSU5:On ne recevez que les internes. On ne recevait pas d'externes à l'époque. Et puis, progressivement,... Donc j'ai reçu des internes de niveau 1 pendant des années. Et puis ensuite progressivement, j'ai été intégré au département de médecine générale. J'ai été nommé maître de conf', et puis ensuite ensuite, euh... C'est après qu'on a reçu des SASPAS. Un peu à ce moment là on a reçu des SASPAS au niveau du cabinet où tout le monde s'est mis en,... est devenu maître de stage pour les

SASPAS. Et puis ensuite les externes, c'est le plus nouveau.

-M:D'accord. C'est vrai qu'ils sont arrivés après. Et comment se passent les debriefings avec les internes?

-MSU5:Comment se passent les debriefings avec les internes? Alors, ça évolue, les debriefings avec les internes au fur et à mesure de la...de l'évolution du stage. Souvent les internes au début, ils passent tout: toutes les consultations, une à une, en racontant l'histoire, et puis on essaie de pointer les choses où il y a eu des difficultés. Et après, on essaie de passer sur, vraiment, les problématiques. Et puis ça dépend des internes. C'est-à-dire que les debriefings sont un peu adaptés en fonction des besoins de l'interne -on va essayer de faire le point parfois- qui peuvent être sur la gestion de la consultation, qui peuvent être sur la relation médecin-patient,... voilà quoi. Et puis après, dès fois je m'amuse aussi à dire, euh, à choisir une consultation, ça peut m'arriver, ou bien de demander à l'interne «dans quelle consultation tu t'es bien senti?», de parler de cette consultation.Voilà.

-M:D'accord.

-MSU5:Pas forcément là où l'interne dit avoir eu des difficultés.

-M:Oui c'est vrai. C'est... différent. Donc ton interne t'a présenté une trace d'apprentissage sous une forme graphique un peu particulière.Quel a été tout d'abord ton ressenti?

-MSU5:Alors moi mon ressenti, ça a été positif, dans le sens où j'ai trouvé que, pour cet interne, qui a quelques difficultés a bien expliquer ce qu'il s'est passé dans une consultation, je pense que dans son cas, ça a été, très... euh, enfin, moi ça m'a permis de mieux comprendre ce qui s'était passé dans cette consultation et j'ai trouvé qu'il a mieux pu dérouler ce qui était de l'interrogatoire, des différentes problématiques de la consultation. Euh, donc euh, de voir, de visualiser en carte conceptuelle la façon dont il avait ordonné les choses, euh, sa présentation m'a parue plus claire.

-M:D'accord.Et au niveau émotionnel, quel effet ça t'a fait de voir cette carte conceptuelle ?

-MSU5:Bon, au niveau émotionnel... Comment dire ça? Je ne sais pas si ça m'a provoqué une émotion particulière. [Rires]

-M:[Rires] Oui par forcément, cela peut être neutre.

-MSU5:Non au niveau du ressenti, c'est plutôt plaisant. C'est plutôt du plaisir de voir l'interne qui peut mieux te parler de sa situation et mieux dégager des problématiques.Donc pour moi, c'est une certaine satisfaction.

-M:Oui.

-MSU5:Voilà oui.

-M:D'accord. Et donc tu connaissais les cartes conceptuelles auparavant.

-MSU5:Oui.

-M:Et de quelles façons tu l'utilises? Est-ce que tu l'utilises dans ton quotidien,... ?

-MSU5:Alors, ça m'est arrivé de l'utiliser, ça m'est arrivé des fois dans des séminaires de l'utiliser, de noter des trucs sous formes de cartes conceptuelles. Et en fait je me souviens d'une fois où il y avait un séminaire au sein du CNGE et où il y a eu quelqu'un à côté de moi qui faisait ça.

-M:Ah oui?

-MSU5:Et je me suis amusé à le faire après dans d'autres [...], mais je le fais très rarement en fait. Mais ça m'est arrivé de le faire. Non je n'utilise pas beaucoup la carte conceptuelle. Si, j'utilise, si, je l'utilise dans mon travail au DMG. Justement, on tape parfois, dans des réunions où on fait, où on prépare des choses, pour l'envoyer par exemple après à José, euh voilà, pour l'organisation de l'ENT par exemple, donc euh, pour des choses comme ça. Pour les stages ambulatoires, ça m'arrive d'envoyer sous forme de carte conceptuelle. Alors, quand je dis carte conceptuelle, peut-être que le terme n'est pas très juste car il n'y a pas forcément des verbes sur les flèches.

-M:Oui voilà. Alors c'est vrai qu'on a donné un seul cours. Et c'est la chose la plus difficile pour les internes,...

-MSU5:De mettre un verbe actif...

-M:Oui.

-MSU5:Le plus souvent, je fais un système, voilà de..., alors j'utilise le mind manager ou mind map, mais euh, mais je mets très rarement des verbes, très rarement.

-M:D'accord. Et qu'est-ce que cela t'a apporté que l'interne te présente cette trace sous forme de carte conceptuelle? Tu l'as déjà un petit peu dit.

-MSU5:Cela m'a apporté surtout le fait de pouvoir pointer ses problèmes, de pouvoir lui, enfin, le relancer sur des choses bien ciblées, euh.Parce que sur une carte si tu veux, j pense que c'est toujours perfectible une carte conceptuelle.

-M:Oui

-MSU5:Toujours perfectible, dans l'organisation,euh..., dans..., dans, oui dans l'organisation surtout. Et parfois j'aurais organisé différemment et même rajouter une autre organisation par dessus. Et c'est un peu difficile ça parfois si tu veux. Par exemple, j'aurai aimé qu'à un moment donné -à l'interne, je lui ai demandé de le faire sur une carte conceptuelle- de me dire à quelle compétence faisait appel un groupe, à relier un groupe de, ..., euh de cellules quoi, si tu veux.

-**M:**Oui.

-MSU5:Voilà. Mais c'est un peu difficile parce que ça fait des trucs un peu tordus et finalement l'interne ne l'a pas fait. Mais on avait commencé à élaborer ça, essayer de voir si,... bon voilà, l'interne y avait posé les choses, sur quoi ça te renvoie?

-**M:**D'accord.

-MSU5:Sur quelle compétence?

-**M:**Sur quelle compétence.

-MSU5:Quelles compétences sont mises en jeu?

-**M:****D'accord. Et que penses-tu du travail réalisé par ton interne?**

-MSU5:Sur cette carte.. sur les cartes conceptuelles? Car en fait on en a fait deux ou trois.

-**M:**Oui

-MSU5:Et bien, euh... Je pense qu'il s'est... Je pense qu'il a plus réfléchi en fait quand il a fait ses cartes conceptuelles.

-**M:**D'accord.

-MSU5:Que ça l'a aidé aussi. J'ai trouvé qu'il est allé plus loin.Et d'ailleurs, dans une... après une carte conceptuelle , c'était une visite qu'il avait fait tout seul, c'était la première visite qu'il avait faite tout seul, je lui ai demandé de me présenter la situation avec une carte conceptuelle. Et à l'issue de ça, il s'est dit, il faut que je retourne voir le patient.

-**M:**Ah oui?

-MSU5:Voilà.

-**M:**D'accord.

-MSU5:Pour continuer la consultation, et répondre aux questions que j'avais posées, quoi...Car il y avait des choses sur la conduite thérapeutique, il y avait des choses sur les connaissances... Donc l'interne a cherché et puis il est retourné voir le patient.

-**M:**D'accord.

-MSU5:Voilà.Donc je pense que, peut-être qu'il ne l'aurait pas fait comme ça, spontanément, car il l'a fait spontanément tu vois, et je pense que l'engagement est plus important, de l'interne, quand il a fait ce travail réflexif, du coup,mais seul.

-**M:**D'accord.

-MSU5:Parce que du coup ça, je pense que ça stimule la réflexivité.

-**M:****D accord. Et est-ce que tu penses qu'à travers ce travail l'interne a pu mieux résoudre ses propres questionnements?**

-MSU5:Oui, j'en suis certain.

-**M:**Pas seulement tes questionnements à toi, mais les siens.

-MSU5:Oui, oui, je pense. Je pense que son organisation euh. Alors maintenant je pense que... Oui pour lui oui. Mais simplement pour dire,maintenant je pense que voilà, ça ne conviendra pas à tous les internes.

-**M:**Oui ça c'est sûr.

-MSU5:Voilà.

-**M:****Cela ne convient pas à tout le monde. Et si tu devais évaluer son travail, quels seraient les éléments que tu retiendrais?**

-MSU5:Pour l'évaluer? Euh... Quel travail tu me demandes d'évaluer?

-**M:****Ses cartes conceptuelles et sa présentation. La manière dont il les a présentées.**

-MSU5:Oui.

-**M:****Si tu devais noter l'interne, donner une note à sa présentation ?**

-MSU5:Je ne mettrais pas de note car je ne pense pas que ce soit un travail qui demande à être noté.

-**M:** Humm.

-MSU5:Je pense que c'est un outil qui permet, alors pour l'instant, hein... car c'est vrai que je sais que l'idée est d'aller vers l'utilisation pour la certification éventuellement, 'fin... Mais, dans l'état actuel, euh... je mettrais, 'fin, j'aurais pas envie d'offrir une note. C'est un outil qui permet d'avancer avec l'interne. Et si tu veux, euh... Ou avec un apprenant, mais... Dire qu'on peut améliorer, j pense, on peut dire ça, améliorer euh la présentation, etc... J pense que ce qui peut être simplement évalué c'est, 'fin , c'est oui la réflexivité qu'à eu l'interne dans ce travail . 'Fin bon après, est-ce qu'on peut noter le niveau de réflexivité, sûrement . Mais euh c'est un peu hasardeux, s'tu veux, de ... Parce que ça amène la comparaison avec quelqu'un d'autre. J pense que je n'ai pas envie de noter un truc comme ça.

-**M:****Très bien. Et quels seraient les avantages de cette technique? Et quels seraient les inconvénients?**

-MSU5:L'avantage, je pense que pour quelqu'un qui a du mal, euh..., à..., à présenter un cas justement, à présenter une situation et à avoir un travail réflexif, je pense que ça peut vraiment l'aider. L'inconvénient, c'est quand un interne qui déjà, tout roule, tout fonctionne, etc, lui, n'y voit pas d'intérêt.

-**M:**D'accord.

-MSU5:'Fin, moi d'intérêt.Et que, ben ça peut l'embêter quelque part de faire ça. Quelqu'un qui va sentir

assez rapidement que, quelqu'un qui est en difficulté, quelqu'un qui, oui, qui a du mal à s'exprimer facilement, ça peut être un support très intéressant.

-M:D'accord.

-MSU5:Voilà.Donc quelqu'un qui a du mal à conceptualiser ses idées. Voilà je pense que ça peut être très intéressant.

-M:Et ma dernière question, quelles seraient les utilisations possibles que tu pourrais imaginer des cartes conceptuelles dans le cadre de l'enseignement de l'acquisition des compétences du médecin généraliste?

-MSU5:J crois que, ben tout ce qui est donc présentation d'une situation clinique, avec difficultés ressenties, ou même sans difficultés ressenties. Je pense que de le faire de temps en temps avec les étudiants ça peut être profitable. Peut être avec tous les étudiants, mais après avec celui où on sent le besoin, continuer à faire ce travail. Euh, le RESCA peut-être présenté comme ça. Et je pense qu'au début si l'étudiant apprenait à faire les cartes conceptuelles, peut être les deux formes, pour qu'aussi du coup les évaluateurs puissent se rendre compte de ce qui a été utilisé. Alors, pour revenir à ce que tu disais tout à l'heure, comment on peut évaluer, euh, j pense que ça peut aussi s'évaluer avec une grille, euh, de RESCA, d'évaluation du RESCA. Ça peut être un support, quoi. Un point de départ. Hein?

-M:Oui tout simplement.

-MSU5:Voilà tout simplement.Et là on reste pas sur la carte vita... euh, conceptuelle, sur la qualité de la carte, mais euh sur la qualité de la présentation en général, du récit et de la réflexivité de l'interne.

-M:Voilà.

-MSU5:Que plutôt d'évaluer la qualité de la carte en elle même.Hein, enfin, je ne sais pas si c'était pas tout à fait ta question?

-M:Si, si...

-MSU5:Euh... c'était quoi l'autre question déjà?

-M:C'était quelles seraient les utilisations possibles...

-MSU5:Oui. Le RESCA. Donc RESCA. Après, ben, mémoire. Enfin, j pense que... DDR... donc euh...

-M:D'accord

-MSU5:Voilà, je pense que ça ça peut être, euh... Bon c'est multiple après, on peut...

-M:Oui.

-MSU5:Mais dans le cadre du DES, oui à tout, pratiquement à tout moment.

-M: Mhmm. Serais-tu prêt à participer à une formation sur les cartes conceptuelles, si ça existait? Est-ce que ça t'intéresserait?

-MSU5:Oui.

-M:Pour les maîtres de stage?

-MSU5:Oui.

-M:D'accord. Bé très bien, l'entretien est terminé.

-MSU5:Déjà?

Entretien 6

-M:Alors, la première question porte sur votre parcours professionnel à vous. Depuis quand vous êtes installé ? Et au niveau de l'enseignement, aussi : depuis quand vous êtes maître de stage ?

-MSU6:89, je suis installé.

-M:D'accord.

-MSU6:Euh, j'suis thésé depuis, euh, 88. Et puis je suis enseignant depuis, euh, alors dix ans à peu près.

-M:Depuis dix ans.Alors vous recevez des internes de niveau un, des SASPAS ?

-MSU6:Voilà.

-M:Et des externes, je ne pense pas ?

-MSU6:Si les externes, court, court.

-M:Ah si les externes aussi !

-MSU6:Pas le stage long.

-M:D'accord.

-MSU6:Parce qu'on n'a pas la possibilité dans les locaux.

-M:Et oui.Il y a ce problème là. Et comment se passent habituellement les debriefings avec les internes ?

-MSU6:Très bien.En général, très bien, hein. Il n'y a pas de problème particulier. Bon le niveau des internes est différent, hein, bien entendu.

-M:Oui

-MSU6:...donc voilà. On reçoit que des SASPAS depuis 7 ans.

-M:D'accord.

-MSU6:Donc, euh, effectivement les niveaux sont, sont, peuvent être différents. Mais on n'a jamais eu de difficultés particulières de prise en charge.

-M:D'accord.Et comment vous organisez les debriefings?

-MSU6:Pour moi ?

-M:En fonction des problèmes ? Ou...

-MSU6:Non c'est de l'automatique.

-M:A chaque consultation ?

-MSU6:Non, non.Pas du tout.Alors ça dépend du niveau, si c'est en niveau un ou en niveau deux, en SASPAS ou pas.Euh. En niveau un, c'était du debriefing en fonction des cas qu'on rencontrait. Et par contre, en SASPAS, c'est systématique : visites le mercredi matin, consultations le mercredi après-midi et debriefing pendant une heure tous les mercredi soirs.

-M:D'accord.

-MSU6:C'est automatique.

-M:D'accord.Et donc votre interne vous a présenté une trace d'apprentissage...

-MSU6:Oui.

-M:...sous forme graphique un peu particulière...

-MSU6:Oui, oui.

-M:... et quel a été votre premier ressenti quand vous l'avez vu ?

-MSU6:Bien. J'aime bien. J'aime bien, mais à une condition. C'est que ça permette une lisibilité. C'est-à-dire qu'on comprenne tout de suite ce qui s'est passé .

-M:D'accord.

-MSU6:Ça va beaucoup plus vite. Ça peut aller beaucoup plus vite, si c'est parfaitement fait. Ça peut aller beaucoup plus lentement, si c'est pas..., si c'est pas bien fait. Mais c'est pas... mais ça permet de questionner quand même.C'est...ça permet de questionner. C'est bien dans ce sens-là.

-M:Et au niveau émotionnel, est-ce que vous avez ressenti des émotions particulières ?

-MSU6:De l'interne ou de moi ?

-M:Euh, de vous !

-MSU6:Boh, non. Je suis habitué de toute façon à ce type de présentation, donc euh.Non, non, moi j'aime beaucoup ça, oui.

-M:D'accord.

-MSU6: Ça demande de la part de l'interne un esprit de synthèse, de compréhension qui est évident, quoi. Là, ça pardonne pas, si il n'a pas tout compris, ou... la façon de le présenter, ça ne pardonne pas.

-M:Oui.

-MSU6:C'est clair.

-M:Alors, vous connaissiez cette technique auparavant.

-MSU6:Ouais .

-M:Et est-ce que vous l'utilisez vous même dans...

-MSU6:Ça m'arrive de temps en temps.

-M:...votre vie quotidienne ?D'accord. Et dans quels contextes vous l'utilisez ?

-MSU6:Souvent ,pour des présentations de..., de choses euh..., 'fin de..., de...,de situations un peu complexes, de façon à pouvoir l'organiser et avoir une idée graphique et précise des choses. Simple.

-M:D'accord.

-MSU6:Plus c'est compliqué et plus je l'utilise.

-M:D'accord.

-MSU6:En gros.

-M:Dans, dans le cadre, euh..., de la médecine.

-MSU6:De la médecine en général, mais de l'enseignement, de tout.

-M:De l'enseignement aussi.

-MSU6:Mais ça peut s'utiliser dans la vie quotidienne, hein !

-M:Oui bien sûr.

-MSU6:Pour la gestion des comptes, de tout ce qu'on veut, hein !

-M:Justement, est-ce que vous l'utilisez en dehors de...

-MSU6:Non, je ne l'utilise pas en dehors de la vie professionnelle.

-M:D'accord. Et qu'est ce que cela vous a apporté que votre interne vous présente son cas clinique sous cette forme graphique ?

-MSU6:Eh bien, alors ça je m'en souviens très bien, hein ! C'est-à-dire qu'on a eu une grande discussion, euh..., à partir du graphique, sur le cas clinique qu'il présentait.

-M:D'accord. Mhmm

-MSU6:Et c'était intéressant, très intéressant. Euh, ça a permis de plus facilement discuter,

probablement, que à partir d'un texte. Ça c'est sûr, ça c'est évident. Parce que le texte , le problème, c'est qu'il faut se l'approprier, quoi ?

-M:Voilà.

-MSU6:C'est longué, quoi !

-M: Mhmm .

-MSU6:Là, l'équivalent de ce qu'il m'a présenté, du cas clinique qu'il m'a présenté en texte, ça ferait cinq pages, quoi ! 'Fin entre trois et cinq pages!Donc, euh, pouf... C'est plutôt chiant à lire ! On n'a pas trop le temps, non plus.

-M: Mhmm.Oui.Il y a le temps aussi qui joue.

-MSU6:Et là, à partir de là, c'était facile à discuter. Alors par contre, les échanges.Euh..., c'est à la fois un gain de temps, et à la fois une perte de temps, 'fin, pas une perte de temps d'ailleurs, pas pour l'interne. Mais euh... il y a des choses qui ne sont pas du tout évident dans la compréhension. Il y a certaines choses, c'est que le lecteur qui lui n'y comprends rien, comprends tout.En fait, il faut partir de là.[Sonnerie du téléphone]. Alors moi, je suis médecin, et dans son schéma , j'avais pas compris. [Sonnerie du téléphone].

-M:D'accord oui.

-MSU6:J'avais pas compris complètement, ce qui s'était passé.[Sonnerie du téléphone]. Et donc, ça à permis de discuter, et euh... c'était [Sonnerie du téléphone] une base de discussion très intéressante, euh... par ce qu'en fait, on s'est rendu compte, petit à petit que[Sonnerie du téléphone], ben que bon, il avait un petit peu brodé, il avait enjolivé un peu les choses et n'avait pas forcément raconté ce qui c'était exactement passé.Sauf que, et bé, moi à la lecture, et ben, il me manque ça, il me manque ça, il me manque ça, il me manque ça,quoi ! Et donc euh...Mais c'était intéressant.

-M:**D'accord. Donc en fait, quand vous avez vu la...la... son travail, euh..., vous avez vu le graphique, au départ on vous l'a pas présenté directement ?**

-MSU6:Alors, il n'a...

-M:**Il vous l'a simplement lu...?Sans qu'il vous l'explique ?**

-MSU6:J'ai regardé. Il me l'a expliqué brièvement.

-M:Alors, ça c'est fait dans le même temps.

-MSU6:Ouais.Mais euh...Et donc, ensuite on a discuté. Parce que bon, ensuite, j'ai repris de A à Z. Et puis je lui ai dit : »Mais euh,là pourquoi, pourquoi ? J'comprends pas!Et ça, pourquoi tu mets cette flèche là ? » Etc...

-M:D'accord.

-MSU6:Voilà donc son organisation était...ça a montré que son organisation, ou la compréhension du cas qu'il présentait, n'était pas évidemment parfaite. Mais c'est normal,on est dans une situation d'enseignement.Donc, si c'était parfait... ,

-M:Et oui !

-MSU6:... on aurait plus notre place!Et donc, euh, donc ça a été intéressant dans ce sens-là !

-M:**D'accord.et qu'est ce que vous pensez du travail qu'a réalisé votre interne ?**

-MSU6:C'était bien ! C'était la première fois qu'elle travaillait cette forme-là!Donc, c'était pas mal.

-M:C'était pas évident ,oui.C'est une première...

-MSU6:C'était pas mal. Pour une première, oui, c'était pas mal.

-M:**OK. Est-ce que vous pensez qu'à travers ce travail-là, votre interne a pu mieux résoudre ses propres questionnements ? Ses questionnements à lui ?**

-MSU6:Non pas à travers... Alors, à travers le travail, en partie, mais à travers le debriefing à partir de ce travail oui.

-M:D'accord .

-MSU6:Ben oui ! Il faut bien que je serve à quelque chose, quand même !

-M:**[Rires] Oui. D'accord. Et quels sont les éléments de son travail que vous auriez retenu si vous deviez l'évaluer ?**

-MSU6:Par rapport à ce que l'interne a présenté ?

-M:**Voilà ! Si on imagine que vous deviez l'évaluer.**

-MSU6:Que je l'évalue par rapport à ce qu'il m'a présenté ?

-M:Voilà !

-MSU6:Alors ! Je pense que ça peut être un outil d'évaluation, oui.Euh... et là tu veux que je dises quoi ? Que je lui mette une note ? Que je lui mette quoi ?

-M:**Euh... si vous deviez le noter, qu'est-ce que vous prendriez en considération dans son... [Sonnerie de téléphone], dans la manière dont elle a présenté les choses, ... ?**

-MSU6:Tout ce qui est bien... [Sonnerie de téléphone]. Il y a toute une partie des chose qui était très bien.et il y a une toute petite partie des choses qui étaient moins bien, dans le sens où, l'interne se comprenait lui-même, mais où moi j'comprendais pas.

-M:D'accord.

-MSU6:Donc évidemment, se comprendre soi même, euh...ça c'est bien mais...[Rires]

-M:[Rires] et oui !

-MSU6:...c'est, c'est pour sa lecture de table de nuit, parce qu'autrement, il faut que les autres comprennent aussi.Donc toute cette partie là, cette partie qui est à améliorer. Mais le cas clinique, la gestion du cas clinique en soi, c'était bien, hein!Euh... sur la présentation graphique de son cas clinique, c'était moins bien. 'Fin c'était moins bien... Il y avait des choses à améliorer.

-M:D'accord.

-MSU6:Qui voulaient p't-être dire d'ailleurs que l'interne avait compris des choses, peut être un peu, un peu, pas tout à fait de façon logique, hein ? Mais bon.

-M:**D'accord. Donc on serait plus finalement sur la...**

-MSU6:Mais c'est un outil pédagogique.

-M:**...la logique. C'est à dire sur le fait qu'on comprenne la logique plus facilement ?**

-MSU6:Sa logique à lui, qui doit être la logique de tout le monde, normalement.Hein ? Et elle n'était pas tout à fait facilement compréhensible pour certains points.

-M:**Voilà, c'est ce que vous lui disiez en lui posant la question : « Pourquoi cette flèche ? »**

-MSU6:Oui

-M:**Pourquoi dans cette direction ? Voilà**

-MSU6:Alors, l'interne était capable de répondre,mais en fait il répondait en disant : »Ben oui, c'est vrai, ben oui, peut-être que j'aurais mieux fait de la mettre là. Ça paraît plus logique. »En fin bon, il a modifier sa façon de,...Mais ça n'a pas modifier son cas clinique ni la compréhension de sa réflexion par rapport au cas clinique.

-M:D'accord. Et est-ce que vous pensez que les internes ont eu beaucoup de mal en fait avec les mots de liaison. Et souvent, ils ont fait pas mal de flèches, sans forcément mettre de lien entre les concepts.

-MSU6:Oui. Ça arrive ça, oui. Souvent. Mais souvent, parce que dans son diagramme c'est pareil. Il y avait pas mal de flèche sans aucun lien.Euh...Mais la plupart du temps, c'est peut-être pas par ce qu'ils euh...-Bon il faut leur dire d'en mettre-mais, parce que c'est pas toujours évident...

-M:Oui

-MSU6:...de mettre une relation directe entre, entre tel ou tel mot.L'interne l'a compris ça.

-M:**Oui. Et quels seraient d'après vous les avantages de cette technique ?**

-MSU6:[...]

-M:**et quels en seraient les inconvénients ?**

-MSU6:Alors, euh... Le seul inconvénient, c'est qu'il faut quand même un certain apprentissage à la technique.

-M:Oui

-MSU6:Mais euh, autrement, je n'y trouve que des avantages. Des avantages pour l'évaluation, des avantages pour le debriefing.C'est... En sachant que, si on reste sur le support qui serve à la présentation de quelque chose.

-M:**Voilà.D'accord.**

-MSU6:Oui, mais c'est une arme à double tranchant pour l'interne. Parce que si on comprend rien, c'est vite évaluable dans le sens, dans le sens négatif, alors que l'interne a pu quand même faire des choses bien. Euh... Et si c'est tout de suite compréhensible, c'est aussi évaluable très bien, alors que si tu le fait parler, il aurait pas forcément compris. Bon, mais autrement, c'est un outil à priori intéressant. Oui.

-M:**D'accord.Quels seraient les autres utilisations possibles, d'après vous, de cette technique, dans le cadre de l'enseignement, de l'acquisition des compétences de médecins générale qu cours du DES ?**

-MSU6:Ben toutes traces d'apprentissages pourraient être schématisées sous cette forme là. Alors, ça ne peut pas remplacer l'écrit de RESCA par exemple, par ce que déjà que les internes n'écrivent pas beaucoup, alors si en plus on leur enlève l'écrit du RESCA, ça va être la cata quand ils vont rédiger leur mémoire. Euh... Ça l'est déjà !

-M:[Rires]

-MSU6:Mais, mais, mais, euh... Ça doit être... Sur l'évaluation c'est super intéressant pour évaluer le..., le DDA. Comme on n'a pas l'temps quand on est de jury de DES, de toute façon, de lire toutes les traces. Ça peut être intéressant de feuilleter quelques schémas comme ça pour voir un petit peu comment s'organise la compréhension de l'interne.

-M:Oui c'est une bonne idée.D'accord.

-MSU6:Ça c'est sûr.

-M:**Et ma dernière question, c'est de savoir, si vous vous seriez prêt à participer à une formation sur cette technique?Si ça vous intéresserez ou pas ?**

-MSU6:Oui pourquoi pas, j'suis pas très bon.Techniquement, hein ?

-M:D'accord.

-MSU6:Mais autrement pourquoi pas, hein.Bien sûr.

-M:OK. L'entretien est terminé.

Entretien 7

-M: Alors la première question porte sur ton parcours professionnel.Savoir depuis quand tu es installé?

-MSU7:Je me suis installé en mille neuf cent soixan... D'abord des remplas en 1978.Et premier janvier 1979, installé en association...

-M:D'accord.

-MSU7:...avec les personnes que j'ai remplacées. Elles étaient deux et on a fait un groupe de trois.

-M:D'accord. Et au niveau de l'enseignement? Depuis quand tu es maître de stage?

-MSU7:Quelle est ta question?

-M:Euh, depuis quand tu reçois des externes, des internes?

-MSU7:Euh, depuis quatre, cinq ans.A peu près.

-M:D'accord. Et comment se passent habituellement les debriefings avec les internes?

-MSU7:Comment ils se passent?

-M:Voilà.

-MSU7:Euh, ils sont un peu internes dépendants, je dirais. Voilà. Bon je suis assez, comment dire, libéral... je cherche le mot. Non il y a un mot...

-M:Euh....

-MSU7:... permissif. Je permets beaucoup. Donc je laisse un p'tit peu... Je suis plus à répondre à la question...

-M:...aux questionnements.

-MSU7:... que de moi même en poser.

-M:D'accord.

-MSU7:C'est un accompagnement. Je... Voilà.

-M:Dans le sens de l'accompagnement.

-MSU7:Oui moi je suis dans ce sens là. Tu le sais d'ailleurs!

-M:Oui [Rires]!

-MSU7:Tu l'as vécu.

-M:C'est vrai que tous les debriefings sont différents. Ce qui est bien aussi.

-MSU7:Oui. J'en fait pas quelque chose de très formel. Je... serais plutôt à porter de l'importance à l'importance de ce que l'autre a vécu.

-M:Voilà!

-MSU7:Le mal vécu, euh, la difficulté. Voilà.

-M:D'accord.

-MSU7:Je ne me sens pas tellement de capacité de pédagogue.

-M:D'accord.

-MSU7:J'suis pas un pédagogue. Voilà. Par contre, euh... transmettre, transmettre quelque chose à partir d'un questionnement, ça j'aime bien.Voilà.

-M:D'accord. Et donc ton interne t'a présenté une trace d'apprentissage sous une forme graphique un peu particulière.

-MSU7:Oui.

-M:Est-ce que tu te souviens?

-MSU7:Très bien.

-M:Et qu'est ce qu'a été tout d'abord ton premier ressenti, quand tu as vu cette trace d'apprentissage?

-MSU7:Euh...

-M:Quel effet, cela...

-MSU7:Je sais pas si j'ai eu du ressenti du premier, du général ou du global? Euh...

-M:Oui.

-MSU7:Euh, euh... peut être le premier ressenti un p'tit peu d'surprise, quand même. Parce que c'est... bon... pour moi ça c'est un peu inscrit dans ces nouvelles pédagogies où on a beaucoup d'arbres décisionnels, où on est dans des... comment dirais-je... oui, pour moi c'est rattaché à ce..., ce tiroir là de la pédagogie, où on est dans des..., dans des conduites à t'nir, des arbres décisionnels...

-M:D'accord.

-MSU7:... et voilà et donc ça m'évoque un peu ça.

-M:D'accord.Donc quand même un p'tit peu de surprise mais ça n'a pas...

-MSU7:Ouais...

-M:D'accord. Et donc tu n'avais pas connaissance de cette technique auparavant?

-MSU7:Non.

-M:D'accord.Et est-ce que le fait que ton interne ait présenté cette trace d'apprentissage..., d'apprentissage sous cette forme, est-ce que ça...est-ce que cela a apporté quelque chose?

-MSU7:Pour moi?

-M:Voilà! Ou pas du tout?

-MSU7:Dans le cas présent, j'ai pas eu cette impression d'un apport.

-M:Non.D'accord. Cela n'a pas facilité le debriefing?Ou au contraire,ça a gêné le debriefing?

-MSU7:Euh... gêné, euh... j'irai pas jusqu'à gêner.Euh... On est dans d'la forme.

-M:Voilà.

-MSU7:On est dans d'la forme.Euh... Et j'ai un peu de suspicion pour la forme dans la mesure où pour moi, elle risque de contraindre le fond.

-M:Voilà. C'est très important. [Rires]

-MSU7:Et pour moi ce qui compte c'est quand même le fond.

-M:Voilà

-MSU7:C'est notamment euh...dans les debriefings pour moi, c'est qui compte c'est le ressenti. Je suis... C'est parce que je suis plus à un niveau où euh..., comment dire..., où l'information pédagogique, où le ressen...où l'information pure me paraît important: elle est acquise. Moi je vais accorder plus d'importance au ressenti...

-M:D'accord.

-MSU7:... aux représentations mobilisées,aux notions de transfert-contre-transfert, et, à toute cette profondeur de cette pensée de la psychologie. Et j'ai pas trop envie qu'ça soit contraint par une..., par euh..., par euh..., cette forme un peu...

-M:Ouais, c'est vrai que cer... certains ... On peut en fait utiliser ces cartes pour parler justement que de son ressenti, mais souvent ça n'a pas été le cas dans les traces d'apprentissage.

-MSU7:Ouais.

-M:C'est normal au début.

-MSU7:Bien sûr.

-M:C'est vrai

-MSU7:Oui.

-M: Et finalement, ça... tu as eu un peu plus de mal d'aller au fond...

-MSU7:Je pense que ça contraint un peu le fond. Je dirais ça comme ça.

-M:D'accord.

-MSU7:Et dans ce sens là, ça peut le limiter. Ça limite celui qui m'intéresse.

-M:Oui.

-MSU7:Tention! Celui qui m'intéresse. Et qui est peut-être un peu orienté. Tu connais un peu mon, mon... intérêt pour la psychologie..., pour la psychopathologie, pour tout ça...

-M:Oui

-MSU7:... donc euh c'est le domaine où je me sens l'plus à l'aise et où c'est peut être là qu'j'ai le plus envie de transmettre, tu vois, dans des notions de posture, dans des notions de distance, dans des notions de ... voilà! ... de ficelles... de choses comme ça!

-M: Mhmm

-MSU7:Et j'suis pas sûr que ça [en désignant la trace], ça le permet.

-M:Oui en présentant cette trace, l'interne n'a pas... , a moins parlé de son ressenti que d'habitude? Peut-être?

-MSU7:Euh, peut-être que ça lui a été..., que c'était un peu directif.

-M:Voilà.

-MSU7:Voilà on était un peu occupé. Peut être aussi parce que c'était nouveau. C'était pas un outil approprié. Voilà il y a le moment, euh..., l'outil est si tu veux, est...peut être intéressant quand il se fait oublier, aussi.

-M:Voilà!

-MSU7:Hein? On est d'accord avec toi!

-M:Oui.

-MSU7:C'est l'artisan qui va te..., te faire quelque chose, te créer quelque chose, tu vas pas lui demander son outil!

-M:Oui.

-MSU7:C'est qu'il s'est approprié cet outil et puis tu vas regarder le meuble ou le tableau ou.. le chose comme ça. Y a que si tu vas dans le détail.

-M:Exactement.

-MSU7:Alors..., alors..., peut être que c'est un outil pas encore approprié, réapproprié et dépassé!

-M:Oui.

-MSU7:Parce que c'est dans le dépassement de l'outil que celui-ci, euh... c'est à résister à être

dépassé qu'il est intéressant!

-M:Oui.

-MSU7:Je sais pas si tu vois ce que je veux dire.

-M:Oui, oui.

-MSU7:Si il résiste par delà son dépassement, c'est qu'il est un bon outil!

-M: Mhmm, mhmm. C'est vrai.

-MSU7:Et ça c'est peut être trop tôt pour le dire.

-M:**Et sinon, globalement, qu'est-ce que tu penses du travail réalisé par ton interne?**

-MSU7:Intéressant.

-M:Intéressant.

-MSU7:Intéressant. C'est un travail intéressant. Euh... C'est certainement aussi un travail qui euh..., qui doit avoir comme mérite d'être appréhendé quand même comme les différentes facettes de..., de la situation. L'évènement-forme. Tu vois? Oui, ça peut être intéressant. Bien sûr.

-M:**Et est-ce que tu penses qu'à travers ce travail, ton interne a pu mieux résoudre ses propres questionnements?**

-MSU7: Mhmm...

-M:Pas sûr!

-MSU7:J'suis pas sûr.

-M:**Et si tu devais évaluer son travail, quels seraient les éléments que tu prendrais en compte?**

-MSU7:Par rapport à ce schéma?

-M:**Voilà par rapport à ce schéma, et par rapport à la façon dont ton interne l'a présenté?**

-MSU7:...

-M:**La forme graphique et puis à la fois la présentation que l'interne a faite.**

-MSU7:... Je sais pas comment je valide ça. Tu veux dire évaluer sur quel... quelle est l'échelle d'évaluation?... Tu veux dire par rapport à un travail présenté classiquement? Est-ce que... Ou par rapport à quoi?

-M:**Euh... Alors c'est vrai que... Alors la notion d'évaluer, c'est tout simplement savoir si son travail est bon, ou pas.**

-MSU7:Oui.

-M:**Si ça lui a permis d'avancer dans sa réflexion ou pas.**

-MSU7:Est-ce que dans ce cas présent, euh, l'interne aurait pas avancé autant dans sa réflexion sans cet outil là? Je suis pas convaincu. L'interne aurait pu avancer autant avec un autre outil!

-M:Oui.

-MSU7:Avec par exemple euh, euh..., comment dirais-je, un entretien non directif... euh... il aurait pu avancer à mon avis autant.

-M:Autant.

-MSU7:Et peut être dans certains domaines plus. Et puis dans d'autres un peu moins. Je sais pas.

-M:D'accord. Et bé très bien.

-MSU7:Tout ce qui est abord subjectivité, tout ça...

-M:**Et quels seraient les éléments à prendre en compte en regardant juste le graphique, par exemple? Qui ferait qu'un graphique soit bien réalisé ou pas?**

-MSU7:... Moi dans ma pratique- j'arrive en fin de carrière, tu sais-euh..., dans ma pratique, je me suis très peu aidé des graphiques, des échelles...

-M:D'accord.

-MSU7:Et, et... ils m'ont probablement apporté à mon insu. Hein? Mais je m'en suis peu aidé. C'est pas vraiment ma conformité. Euh... Je suis plus euh, je suis plus dans une ... comment dirais-je, dans une pratique de... qui..., qui..., que je retrouve d'ailleurs dans mes consultations, où je mets un cadre dans cette consultation: un cadre de temps, d'espace, de durée, de distance, de trucs comme ça. Et là d'dans moi ce qui m'intéresse c'est le fouillis. C'est ce qui va émerger du fouillis, qui est représentatif du ressenti. Ça j'suis pas... Pour moi c'est pas tellement l'interrogatoire, sa forme. La forme est...

-M:...est secondaire...

-MSU7:... pour moi la forme est au service du fond. Et là j'ai peur qu'on soit encore où c'est le fond qui soit au service de la forme.

-M:**D'accord. Bé très bien. Donc tu as déjà parlé des inconvénients de cette technique. Ce serait que le fond soit au service de la forme. Est-ce qu'il y aurait d'autres inconvénients?**

-MSU7:... Alors après, moi je sais pas, comment... Pour tous les debriefings? Peut-être... J'sais pas. ... Moi je pense qu'on est limité dans le temps. Euh...

-M:La limitation dans le temps.

-MSU7:On est limité dans le temps. Si on oblige chaque..., chaque situation à être présentée sous cette forme là, on n'aura plus de temps pour s'accorder une véritable réflexion, une profondeur de discussion. Moi je suis plus pour débriefer un cas qu'a posé problème que pour ... C'est pour ça, j'suis

pas un pédagogue moi. Tu comprends?

-M:D'accord.

-MSU7:J'suis pas un modèle.

-M:[Rires]

-MSU7:[Rires]. J'suis pas...Voilà.

-M:Non mais c'est d'autant plus intéressant d'avoir ton avis justement.

-MSU7:Pour moi c'est une séance «débriefer», c'est pas «débriefer des cas».

-M:D'accord.

-MSU7:Mais faut pas qu'y ait que des gens comme moi.Euh... par-ce que j pense que voilà. Parce que je pense que c'est bien qu'y ait des gens qui soit plus rigoureux, qui prennent chaque cas, qui débrieftent d'une façon plus... voilà...hein, plus rigoureuse. Mais moi tu me connais.Tu sais un peu...comment j'travailles...

-M:Oui et ça m'a beaucoup apporté.C'est vrai.

-MSU7:[Rires]. Bon voilà et donc. Si je peux pas aller profond dans un ou deux cas, moi ça ne m'intéresse pas.

-M:D'accord. Bon je vais quand même poser la prochaine question: est-ce qu'il y aurait des avantages à cette technique ou pas du tout?

-MSU7:J pense que ça peut avoir des avantages pour quelqu'un qui n'est pas rigoureux, de mettre de l'ordre dans sa tête.

-M:D'accord.

-MSU7:[Rires] Ça peut, si... ça peut lui permettre, euh... ben là justement, la forme peut tirer du fond.

-M:Oui.

-MSU7:Tu vois, la même chose qui peut..., peut devenir un avantage chez une autre personne.

-M:Exactement.

-MSU7:Si la personne est... voilà.

-M:Est-ce que tu peux imaginer des utilisations possibles de cette technique dans l'enseignement de... du DES de médecine générale?

-MSU7:Y a rien qui me choquerait.

-M:Ouais.

-MSU7:Y a rien qui me choquerait là dedans. Ça me choquerait pas. Voilà.

-M:D'accord. Et donc, quelles seraient les autres utilisations possibles?

-MSU7:[...]

-M: Dans le cadre du DES?

-MSU7:[...] Après, tu sais si c'est un outil qui est bien approprié, ça pourrait être pour présenter une situation clinique à chaque fois qu'un médecin doit présenter une situation clinique à quelqu'un!

-M: Mhmm, mhmm...

-MSU7:Euh, deux associés entre eux, euh... je sais pas!Si c'est une question...

-M: Dans la vie quotidienne...

-MSU7:Oui pourquoi pas! Tu peux t'imaginer ça. Après euh... j'sais pas. Peut-être au lit d'un malade, aussi, par rapport à d'autres étudiants. Pourquoi pas! Y a rien de...Après c'est une façon de s'approprier l'outil.

-M:Exactement.

-MSU7:J'ai cru comprendre que c'était des... des diagrammes, des...

-M:Voilà des concepts qui sont reliés par des...

-MSU7:Voilà

-M:... par des mots de liaisons.

-MSU7:Voilà. On est d'accord. Donc ça après, si c'est... si quelqu'un travaille avec une bonne pratique... qui manie ça... Why not?

-M:Oui [Rires]. Et la dernière question serait de savoir si en tant que maître de stage tu serais prêt à participer à une formation pour apprendre cette technique, ou pas du tout?

-MSU7:Non. Mais ça c'est pas parce qu'elle ne me paraît pas intéressante. C'est parce que j'suis pas..., j'suis plus à un niveau d'investissement.Et je ne suis pas pédagogue non plus. Voilà je préfère consacrer mon temps à transmettre autre chose.

-M:D'accord. Et be très bien. C'est terminé.

Entretien 8

-MSU8:Où avez-vous fait vos stages?

-M:A Lapeyratte et Parthenay. Puis à Blanzac-Porcheresse.

-MSU8:Moi ça fait trente huit ans que je suis installé. On rêvait à l'époque de pouvoir faire des stages.

On s'est lancé dans les remplacements, c'est pas évident, quand même, d'arriver avec un bagage universitaire, hein? Et sur le terrain, comment dire euh... hein? Et puis la façon d'aborder la patientèle, la communication... Hein? C'est vrai que moi j'aurai aimé qu'on me dise de faire un stage.

-M: Et oui.

-MSU8: Moi les premiers remplacements je les ai faits sur le plateau aux milles vaches. Mon deuxième remplacement, j'ai eu de la chance par ce que j'ai remplacé un type qui avait quarante ans, et dont le père exerçait encore et avait soixante quatorze ans.

-M: D'accord.

-MSU8: Et donc on avait nos bureaux contigus et dès qu'il avait un truc un peu sympa, comment dire, il m'appelait. Et c'est là où j'ai mesuré comment dire..., euh..., à quel point c'était important pour moi d'avoir un tuteur pour démarrer.

-M: Oui c'est vr...

-MSU8: Mais quand je me suis installé, moi je rêvais d'une association. Hein? Et je suis venu ici à Segonzac, car comment dire, un des médecins de l'époque cherchait un associé pour faire ... Mais, quand je suis arrivé, je ne sais pas pourquoi, alors qu'en fait, il y avait le potentiel, il a traîné, traîné, traîné, traîné, et finalement quand il est parti on s'est jamais associé.

-M: D'accord.

-MSU8: Il a fallu qu'une autre génération arrive pour qu'on se lance.

-M: C'est vrai qu'avoir l'expérience d'autres médecins généralistes c'est très important. Et qu'à l'hôpital on n'apprend pas la médecine de ville.

-MSU8: Moi ce que je dis, c'est qu'à l'hôpital on apprend la médecine, mais sur le terrain on apprend à soigner. Ce n'est pas tout à fait la même chose. Hein. Je vois moi avec mon interne, ça fait deux mois que l'interne est avec moi, et j'en reviens pas de la façon dont il a changé.

-M: Oui moi aussi, c'est vrai, je vois moi aussi mes premiers jours, c'était...

-MSU8: Bon moi je lui apprend pas la médecine hein, c'est pas mon rôle. Moi je propose, enfin je propose implicitement ce que je fais. Mais je vois comme sa façon d'aborder les gens, comment dire, d'établir un contrat thérapeutique. Mais c'est, c'est dingue comme en deux mois déjà, ça...

-M: Oui c'est vrai que maintenant les gens acceptent beaucoup mieux les stagiaires. Mon père est médecin généraliste et a pris sa retraite cette année à soixante cinq ans, et que même au centre ville de Toulouse il y a quelques années il avait essayé d'avoir des stagiaires, mais il n'avait pas réussi.

-MSU8: Moi j'en avais eu autrefois. Mais j'avais habitué mes patients de très longue date à avoir des remplaçants. Donc euh, ça c'était bien passé. Mais c'est vrai que je suis bluffé de voir l'acceptation quand même des gens. C'est plus que de l'acceptation. C'est... Ils sont facilitant. Ils ont conscience que c'est la relève, que c'est important. Ah oui, il y a une adhésion.

-M: Oui c'est une agréable surprise.

-MSU8: Oui une bonne surprise, oui.

-M: Et justement ma première question en fait portait sur votre parcours professionnel. Donc vous avez déjà répondu. Donc vous êtes installé depuis trente huit ans.

-MSU8: Oui

-M: Et au niveau de l'enseignement? Donc vous êtes maîtres de stage. Depuis quand?

-MSU8: Alors, maître de stage, euh. J'étais autrefois, à une époque il y en avait. Donc ça remonte à, au moins quinze ans, en fait, hein. Euh... Et puis là, comment dire j'ai repiqué, comment dire, hein il y a ... ben c'est le troisième stagiaire que je reçois.

-M: D'accord. Donc de niveau?

-MSU8: Un. Pour l'instant.

-M: Très bien.

-MSU8: Parce que la première fois j'avais demandé à..., c'était en hiver, comment dire, à rentrer dans le système un peu en douceur sur l'impact que ça aurait sur mon activité. Et, et c'est une bonne surprise. Je ne sais pas si mon interne en tire profit, mais moi je trouve que en tant que médecin, il y a avait beaucoup de freins. Hein, et en fait comment dire, je suis prêt, comment dire, à convaincre mes collègues, hein d'entrer dans le système.

-M: D'accord.

-MSU8: Ce que faisaient les autres, déjà qui le faisaient, hein. Essayez de me convaincre hein?

-M: [Rires]

-MSU8: Ils essayent toujours de me convaincre, ceux que je croisais. Mais c'est vrai que c'est une expérience à faire.

-M: Très bien. Et comment se passent habituellement vos debriefings, avec vos internes?

-MSU8: Alors de plusieurs façons. Hein. La façon la plus ordinaire: lorsqu'un cas, on vient d'avoir un cas, on le fait sortir par la porte de derrière...

-M: D'accord.

-MSU8: ... pour ne pas avoir tout de suite, comment dire, à faire entrer l'autre. Et... on fait un petit

debriefing, où je demande à l'interne, à comment dire, son ressenti.

-M:D'accord.

-MSU8:Mon mot à moi c'est son ressenti.Hein? Bon. Et puis à partir de là, comment dire, on embraille la dessus.Et puis de temps en temps, comment dire, ce qu'on fait, comment dire, c'est à partir des choses qu'on a vues, comment dire, on fait des recherches. Hein?

-M:D'accord

-MSU8:Sur un cas, comment dire, sur un problème. L'autre jour, c'était tout bête, on a eu une urgence, et bon, on s'est basé sur le score de glasgow, quelque chose qu'on ne brasse pas tous les jours en médecine générale, hein?

-M:Et oui.

-MSU8:Hein bon.

-M:Oui moi aussi, je me le suis noté sur mon petit carnet.

-MSU8:Voilà hein euh. On fait des briefings aussi sur les biothérapies. Hein comment dire, c'est quelque chose qui est lointain, comment dire, on ne voit pas tous les jours une polyarthrite. Euh... Ou quand on a un cas rare, ça arrive hein des fois. Hein là on a une maladie de Still chez un petit gamin de sept mois. Hein. Maladie de Still, bon on connaît tous ce nom, bon, on voit ce que c'est, mais c'est à partir de là qu'on se permet de se repencher dessus.

-M:Donc vous partez de son ressenti, et puis vous développer sur le ...

-MSU8:Oui parce que ..

-M:...le médical?

-MSU8:Sur le médical. Oui parce que je pense que notre métier, c'est d'abord un métier de communication. Si réellement, comment dire, on n'est pas capable de , j'dirais, de , euh, de se caler, comment dire, sur la culture de l'autre, hein, comment dire, il se passe rien, hein? Donc euh le gros du travail pour moi, comment dire, auprès de l'interne, c'est de,c'est de l'amener, comment dire à..., à..., à..., à pousser dans ce sens là. Hein? Comment dire? Hein? Comment dire?La communication d'abord.

-M:Oui

-MSU8:Hein? Hein? Hein? Euh, le patient pousse la porte.Pas par hasard, pas pour son plaisir. Qu'elle est sa demande?

-M:D'accord.

-MSU8:Quelle est sa demande? Et c'est là que je trouve que mon interne a énormément progressé, parce que au départ, comment dire, comment ... il récitait de la médecine. Maintenant, comment dire, il prends conscience de la demande du patient et essaie de répondre à cette demande.

-M:A bé très bien. Donc votre vous a présenté un travail, une trace d'apprentissage.

-MSU8:Pas encore.

-M:Ah votre ne vous l'a pas encore présentée?

-MSU8:Non pas encore.

-M:Donc elle ne vous a pas présenté de travail sous forme graphique un peu particulière?

-MSU8:Non je n'ai pas souvenir de ça.

-M:Bon le reste de mes questions portaient sur votre ressenti par rapport à cette trace d'apprentissage. Quand est-ce que votre interne vous la présentera?

[Second entretien]

-M: Votre interne vous a présenté sa trace...

-MSU8:Oui

-M:Sous une forme graphique un peu particulière. Et quel a été votre premier ressenti, en la voyant?

-MSU8:Alors,une chose est sûre: à lui [l'interne], ça lui parle, hein!

-M:D'accord!

-MSU8:C'est sûr. Alors bon, euh!Moi je pense, qu'il fait parti de la génération -comment dire- où on est plus dans la lecture -comment dire- de paragraphe, hein?Mais en se penchant dessus -hein- c'est vrai qu'c'est pas mal!Hein?

-M:D'accord.

-MSU8:C'est pas mal. C'est très synthétique.Hein, comment dire? C'est une autre façon de penser, d'voir les choses,hein... mais qui se défends.Hein?

-M:D'accord.Et quelles ont été vos émotions, votre premier ressenti, quand vous avez vu la trace? Est-ce que vous étiez plutôt surpris, ou est-ce que vous étiez bloqué pour euh...

-MSU8:Surpris non, parce que -comment dire- on voit de plus en plus ce genre de chose quand même, hein, maintenant! Hein. C'est-à-dire les arbres décisionnels!

-M:D'accord.

-MSU8:On en voit de plus en plus. Euh...Par contre, à mémoriser, à mémoriser, je ne sais pas si moi -hein,comment dire- dans mon mode de fonctionnement,j'suis pas encore formaté. J'arrive à mémoriser plus facilement par chapitres, car j'ai fait ça pendant tellement de temps. Hein?

-M:Et oui!

-MSU8:Hein? Euh... que ce genre de chose. Par contre, quand il faut retrouver une info, je trouve que c'est très très rapide.

-M:D'accord!

-MSU8:Très synthétique, hein!Hop, hop, hop,...hein, on descend d'ssus.

-M:D'accord. **Et est-ce que vous aviez connaissance auparavant de cette technique?**

-MSU8:Oui.Je vous l'ai dit, hein, on en voit de plus en plus, quand même maintenant, de ce genre de choses hein!

-M:Voilà.Oui. **Et est-ce que vous l'utilisez, vous dans votre pratique professionnelle, ou en dehors de... ou quotidienne?**

-MSU8:Non!

-M:Non hein?

-MSU8:Comment dire- j'y ai accès -comment dire, comment- quand je lis des textes. Hein,comment dire, comment.Mais moi, je ne m'amuse pas à faire ça, non.

-M:D'accord. **Et qu'est-ce que ça vous a...**

-MSU8:Mais...

-M:... **apporté?**

-MSU8:Ben!Apporté, je sais pas. Ça corresponds à notre mode de pensée.Hein? Avec des filins qui s'ouvrent, -hein, comment-: hop, hop, hop, hein? Dans la tête il y a une arborescence -hein- qui s'fait. Tel symptôme, hop! Donc, c'est logique!

-M:D'accord! C'est logique.**Et par rapport à une présentation classique, est-ce que cela vous a apporté quelque chose de plus ou non?**

-MSU8:Oui. Ça, ça vient p't'être en plus. A mémoriser, par contre,je ne suis pas sûr, que ce soit plus facile de mémoriser ça. 'Fin, pour moi, en tous cas.Hein? De mémoriser -comment dire- un texte -comment dire- qui est hiérarchisé. J'ai tellement été formaté aussi -hein,comment dire- à travailler comme ça!

-M:Et oui! **Et est-ce que cela a facilité le debriefing, ou ça l'a compliqué au contraire?**

-MSU8:Compliqué non!

-M:Non?

-MSU8:Non.

-M:D'accord.

-MSU8:Non, non.

-M:Bon très bien. **Et qu'est-ce que vous pensez du travail réalisé par votre interne?**

-MSU8:Ah, j'pense que mon interne travaille bien!

-M:Oui, je confirme.

-MSU8:Il est très: analyse, synthèse. Oui, oui, ça marche bien! Oui.

-M:**Et est-ce qu'il y a quelque chose en particulier qui vous a sauté aux yeux en voyant la carte, sa trace d'apprentissage?Quelque chose de particulier, ou pas?**

-MSU8:Oui. Euh...C'est son aptitude -comment dire- à avoir une vue globale de la situation, qui corresponds à mon avis bien, à ce que nous, généraliste, on fait.On fait une médecine, qui me paraît globale.

-M:D'accord.

-MSU8:Hein? Comment, euh... Comment dire?Comment heu? Le patient -hein, comment dire- la pathologie -comment dire- les ressources annexes, les besoins, -comment dire- sont bien analysés. Oui.

-M:D'accord.

-MSU8:Oui.

-M:**Et est-ce que vous pensez qu'à travers ce travail, votre interne a pu mieux résoudre ses propres questionnements?Ses questionnements à lui, par rapport à la consultation, la visite qu'il a faite?**

-MSU8:Je réfléchis à ce qu'on s'est dit. [...] Oui, je pense que ça l'a amené à réfléchir.Hein. Notamment sur les décisions qu'on a prises à ce moment-là.Sur la prise en charge.

-M:D'accord.

-MSU8:Oui. Oui.

-M:Voilà, vous êtes revenu sur le... Vous avez rediscuté de la prise en charge.

-MSU8:Oui.Tout à fait. Comment dire, hein. On a fait des choix. Hein, on a fait des choix.Comment dire, comment. Et c'était l'occasion -comment dire- de reparler de la validité de ces choix.

-M:Voilà. D'accord. Vous avez discutez de ça.

-MSU8:Oui.

-M:Et si vous deviez évaluer sa trace d'apprentissage, quels seraient les éléments que vous prendriez en compte?

-MSU8:[...]

-M:Je sais, c'est pas une question facile.

-MSU8:Alors, je veux dire. Enfin. Quelque chose qui m'a frappé.C'est que c'est la première fois que j'ai un interne aussi longtemps.Hein?

-M:D'accord.

-MSU8:Pour moi, comme c'était saisissant de voir l'évolution, -hein,comment dire- de cet interne.

-M:D'accord.

-MSU8:Médicalement parlant: non. Il savait la médecine en venant. Il n'a rien appris, à mon avis,à ce niveau là. Mais il a appris à soigner.Hein? C'est-à-dire quelque chose de complètement différent.La médecine n'est pas une sciences mais un art.Et je crois qu'il a commencé à comprendre ce que cela voulait dire.

-M:Oui la relation avec le patient, et...

-MSU8:Voilà, comment dire.Heu. D'abord, vraiment se focaliser sur la demande du patient. Qu'est-ce qu'il vient chercher? Hein, comment dire, comment, hein?

-M:Oui d'abord comprendre pourquoi il vient.

-MSU8:Ensuite, comment dire, comment. Parler dans son langage à lui.Mettre en place, moi ce que j'appelle, un protocole thérapeutique.Un contrat thérapeutique.Avec lui, hein? Et qui est très variable d'un patient à l'autre. Et qui va s'étaler -comment dire- dans le temps.Le respecter. Hein. Dans ses décisions. Comment dire, comment, hein. Sans soigner soi même. Hein? Oui, je crois, c'est tout ça qui c'est mis en place.Et puis, je crois que mon interne arrive avec pas mal de donnes, qu'on a tous quand on sort de la fac. Et je pense, que cette donne -comment dire, comment- est battue en brèche.Hein?

-M:Oui, votre interne s'est remis en cause...

-MSU8:Oui

-M:...tout au long de son stage.

-MSU8:Oui et je pense, d'ailleurs qu'on m'a proposé pour le prochain stage qui arrive-là, peut-être d'avoir de temps en temps notre interne qu'une semaine, mais quinze jours. Pour qu'il ait le retour de ce qui se passe. Par exemple, quand il prend la décision face à une otite du gamin,et qu'il donne rien, en disant comme j'ai vu faire mon interne: «Bon, moins de deux ans, c'est viral, je ne donne rien madame.Je ne vous donne rien.» Au grand dam de la dame. Hein.Voir la semaine d'après quand la maman revient.

-M:Oui.

-MSU8:Et -comment dire- et je pense que ça c'est quelques chose qui est vraiment le quotidien de la médecine générale. Hein comment dire, comment. Cette ... Entre le dogme d'un côté -comment dire, comment, hein- et ce qu'on fait sur le terrain, et pourquoi on le fait. Et comment euh. Ca j'crois qu'c'est quelque chose,...C'est le petit truc qui nous a manqué j'pense, avec mon interne et moi, qu'on ait pas eu l'idée plus vite. Mais en fait c'est qu'il est devenu vraiment autonome, vraiment à la fin-là. Il faisait les consultations complètement seul, et moi je laissais faire intégralement. Et c'est vrai que j'aurais aimé qu'il ait ce retour.

-M:D'accord.

-MSU8:Bon il va l'avoir.

-M:Donc qu'il ait plus de suivi, c'est ce qui a manqué un peu.

-MSU8:Oui.Je pense que c'est ça. Il faut faire en sorte, d'avoir cette dimension là.

-M:D'accord.

-MSU8:Qu'il y ait dans le stage -comment dire, comment- cette notion de suivi.

-M:D'accord.

-MSU8:Même si c'est vrai qu'au fil du temps, en six mois de temps, il vu des patients qu'on a revus.Hein? Des cas -comment, hein-. Mais...Les petits cas -comment dire- du quotidien -comment, hein, comment dire- autour de l'enfant, ou des bronchites, les pneumopathies. Hein, c'est vrai, que,avoir le retour, hein.

-M:C'est...

-MSU8:Moi, ça me paraît déterminant.

-M:C'est vrai.

-MSU8:Parce que, dans la façon de parler au patient de sa pathologie, c'est déterminant. Hein. Dire à quelqu'un qui a une rhino par exemple, lui dire:»C'est rien -comment dire, comment- c'est rien en deux jours c'est fini». Ben deux jours après, le patient va revenir, parce que ce n'est PAS fini.

-M:Et oui.

-MSU8: Ben non, prendre conscience que ben non, ça dure huit-dix jours. Et puis si on le prévient, ben il va pas revenir. C'est des petites choses comme ça, mais qui me paraissent importantes.

-M: Voilà, exactement. Et là lorsqu'il vous a présenté cette trace d'apprentissage, si vous deviez l'évaluer, qu'est-ce que vous auriez pris en compte?

-MSU8: Il n'y a pas grand chose à retenir, franchement.

-M: Dans sa façon de présenter le graphique, ou de vous le présenter à l'oral. Est-ce qu'il y a des points importants, pour euh...

-MSU8: Moi je trouve qu'il est bien. Ça correspond vraiment à notre mode d'analyse et de synthèse -comment dire- face au patient. Hein, comment dire, heu...

-M: Oui.

-MSU8: Non il n'a pas oublié grand chose, hein, dans le... A mon avis il n'a rien oublié -comment, hein- c'était...

-M: Et si ... Et quels seraient les éléments de son travail que vous retiendrez en fait pour euh, évaluer ses lacunes ou ses compétences?

-MSU8: Moi je pense que...

-M: Hein, en regardant le graphique.

-MSU8: En regardant le graphique, y a rien à dire. Heins, euh. En regardant le graphique y a rien à dire. C'est plus au cabinet où j'disais -comment ...- lui apporter cette notion -comment dire- de retour, de suivi -comment, euh... Hein, comment dire, comment-. J pense qu'au décours du stage... Je suis hors sujet là non?

-M: Oui, c'est plus par rapport à la trace d'apprentissage! Mais je comprends ce que vous voulez dire.

-MSU8: Oui.

-M: Mais dans sa manière de présenter son cas clinique, son cas clinique, si vous deviez l'évaluer, qu'est-ce qui ferez que sa présentation est...

-MSU8: Ben, que ça corresponde à sa façon de penser.

-M: D'accord. C'est donc le déroulement de sa pensée?

-MSU8: Oui, moi j'ai trouvé que c'était...

-M: C'est ce que vous prendriez en compte?

-MSU8: ...très analytique, très logique.

-M: Donc voilà, la logique et la manière dont elle a amené les choses.

-MSU8: Oui, c'est très logique -comment-...

-M: D'accord.

-MSU8: 'Fin, moi j'ai trouvé que ça correspondait bien à la façon de penser d'un médecin de famille,...

-M: D'accord.

-MSU8: ... -hein, comment dire- qui est sur le terrain -comment dire- qui est dans le suivi -comment dire- qui est dans l'accompagnement, qui prends en charge de façon globale le patient, pas uniquement sous son aspect médical mais aussi social. -Hein, comment dire, comment-. Et ça, ça y est là d'dans.

-M: Mmh. D'accord. Il a réussi à bien le présenter sous forme gra...

-MSU8: Oui, il a pris en compte toutes les ressources qu'on avait. -Comment euh-. Dans cette maison de retraite, qui est une super maison de retraite mais qui n'a pas d'infirmière de nuit.

-M: Et oui.

-MSU8: Qui n'est pas médicalisée en fait.

-M: Très bien. Et, vous en avez déjà un peu parlé, mais quels seraient pour vous les avantages et les inconvénients de cette technique?

-MSU8: Je pense que c'est très synthétique. C'est très synthétique. D'un regard -comment dire- à la limite, on peut, on peu repérer -comment dire- où il y a eu un dysfonctionnement. Hein?

-M: D'accord. Vous avez l'impression de repérer plus facilement sur un schéma que sur un texte?

-MSU8: Oui je pense qu'en le regardant -comment- ... Si on veut réévaluer à posteriori ce qu'on a fait -hein- voir peut être -comment dire- les points où justement ça n'a pas aussi bien fonctionné -comment dire, comment- que ça aurait du fonctionner. Et éventuellement, ce qu'on aurait pu mettre en place, pour une prochaine fois.

-M: D'accord. Donc vous l'utiliseriez comme outil pour évoluer, pour changer notre façon de faire?

-MSU8: A je pense que, en debriefing, ça doit être très intéressant -hein, comment dire- pour aborder ces points-là.

-M: D'accord. Et par contre, quels en seraient les inconvénients?

-MSU8: Ben euh, les inconvénients, seraient peut-être, d'avoir le temps de faire ça, à chaque fois.

-M: Oui, le temps de réaliser cette trace.

-MSU8: Ah oui.

-C'est vrai, oui.

-MSU8:Ah oui. Alors peut-être qu'il y a des outils.On peut le faire sur un outil informatique.

-M:Oui c'est vrai qu'on peut le faire à la main, mais il y a des outils informatiques aussi.

-MSU8:Hein pour pouvoir à posteriori -comment dire- le faire -hein,déjà,comment dire- quand on fait une consultation. Là c'était une consultation. Non une visite, hein?

-M:Une visite, oui.

-MSU8:C'était une visite dans une maison de retraite -hein- pour un cas qui était quand même problématique. Mais,en consultation,je dirais -comment- on l'a un p'tit peu déjà nous -comment dire- avec nos logiciels, -hein- mais on peut imaginer un logiciel qui aurait ce genre de chose, et faire une synthèse.

-M:D'accord.

-MSU8:Mais c'est vraiment le temps.Le temps. Juste une chose...

-M:Oui, et là donc vous l'imagineriez en consultation.C'est ce que vous me dites?

-MSU8:Oui je pense, ça pourrait être un résumé.

-M:Ou après une consultation de faire le point?

-MSU8:Oui certaines consultations -comment dire- qui vont demander des examens complémentaires, une hospitalisation, une opération ou un suivi, ça pourrait se discuter.

-M:D'accord.

-MSU8:Hein, comment dire, heu? Ouais tout à fait. Juste une petite chose... Quand mon interne est avec moi, il y a un truc que j'ai découvert. Moi j'étais un petit peu effrayé de prendre quelqu'un en me disant, mais je ne vais jamais y arriver, j'ai déjà pas l'temps, comment ... Et puis quand je vois, le fait d'être deux, le gain de temps que ça a été!

-M:Ah oui? D'accord.

-MSU8:Le gain de temps que ça a été, c'est là que je mesure le manque de temps qu'on a en temps ordinaire. Les consultations devenaient agréables. Pendant qu'il y en avait un qui tapait -comment dire- tout ce qu'il y avait dans l'informatique, l'autre faisait une vraie consultation. Et..., cinq minutes de plus, consacrées au patient, c'est, pouf, c'est énorme, hein?

-M:D'accord.

-MSU8:C'est énorme. Moi, franchement, j'attendais avec impatience que mon interne soit là.

-M:D'accord.

-MSU8:C'était une autre façon de travailler.

-M:C'était quelque chose de positif.

-MSU8:Ah oui. Indépendamment de nos échanges.Je l'ai vraiment -comment dire-... Je mesure mieux -comment dire, comment- ce qu'on pourrait faire pour le médecin. Moins de médecins dans l'absolu -je disgresse un p'tit peu,mais- moins de médecins dans l'absolu, ce n'est pas un problème, mais il faut nous décharger de tout ce qui est administratif -hein, comment- et nous recentrer sur la médecine, hein.

-M:D'accord. Alors vous aviez anticiper un peu la question suivante, qui est: **Qu'est-ce que vous pourriez imaginer comme autres utilisations possibles de cette forme graphique-là, de cette technique, dans le cadre du DES, dans l'acquisition des compétences des médecins généralistes,...**

-MSU8:Alors...

-M:....au cours de l'internat?

-MSU8:Comment?

-M:**Au cours de l'internat de médecine générale?**

-MSU8:Ben, j pense que ça peut être utilisé autour d'une discussion de cas.

-M:Oui.

-MSU8:Même à moi -hein, comment, hein, comment dire, euh- lorsqu'on fait une réunion de concertation -comment hein-...

-M:Comme aide à une présentation orale d'un cas clinique?

-MSU8:Tout à fait, et d'échange et de partage. Et... A une époque, j'ai fait parti d'un groupe de pairs.

-M:Oui.

-MSU8:Et, et je me dis qu'avec un tableau comme ça là -hein, comment dire, comment- sans doute qu'il y aurait matière à améliorer les échanges...

-M:D'accord.

-MSU8:...où chacun -comment dire- d'une façon synthétique aurait sans doute son mot à dire, en disant: « Ben moi, à ce niveau là [il montre une bulle de la trace d'apprentissage de son interne], ben moi j'aurais fait comme ça!»

-M:D'accord. C'est plus... Alors c'est vrai que vous montrez avec les mains, c'est plus visuel.

-MSU8:Oui.

-M:Donc on peut montrer très directement.

-MSU8:Oui.
 -M:Exactement là.
 -MSU8:Un meilleur repérage.
 -M:Un meilleur repérage.
 -MSU8:Oui.
 -M:D'accord. **Alors voilà, donc,euh, pour vous ce serait plus pratique à utiliser à chaque occasion, où on doit présenter un cas clinique, à une autre., à un autre médecin, à un autre personne?**
 -MSU8:Oui alors, moi j'assiste assez souvent aux réunions que les labos nous font -hein comment dire, comment- et très très souvent -comment dire, comment- on nous projette ce genre de tableau.
 -M:D'accord.
 -MSU8:Hein! Très très souvent. Mhmm.
 -M:Et ma dernière question: **Seriez-vous prêt à participer à une formation sur cette technique, si elle existait?**
 -MSU8:Pourquoi pas?
 -M:Très bien, l'entretien est terminé.

[Explications de ce qu'est une carte conceptuelle.]

Entretien 9

-M:**Alors ma première question va porter sur votre parcours. Savoir depuis quand vous êtes installé?**
 -MSU9:Je suis installé depuis, je pense, une quinzaine d'années à peu près.
 -M:D'accord.
 -MSU9:Mais je sais pas du tout. Mais je pense à peu près quinze ans.
 -M:D'accord.
 -MSU9:Oui, oui, à peu près quinze ans.Voilà.
 -M:**Et au niveau de l'enseignement?Vous êtes maîtres de stage depuis combien de temps?**
 -MSU9:Euh..., j'dirais euh.. Six ou sept ans.Par là.
 -M:D'accord.
 -MSU9:C'est pareil, j'compute pas trop.
 -M:**Vous avez des internes de niveau un, des SASPAS...**
 -MSU9:J'ai des internes.Non j'ai pas de SASPAS. J'ai des internes de niveau un et des externes qui viennent faire, euh..., des stages de deux jours , euh...
 -M:D'accord.
 -MSU9:... de découverte. Pour l'instant je n'ai pas d'externe en stage long parce que c'est difficile à organiser.
 -M:Oui ils viennent de Poitiers...
 -MSU9:Mes associés reçoivent aussi des internes de niveau un. Alors pour loger tout ce petit monde, ça commence à être difficile après.
 -M:**Et comment se passent habituellement les debriefings avec vos internes?**
 -MSU9:Euh... Alors.Soit on est en supervision directe, donc ils interviennent quand on est là. Donc le debriefing c'est immédiatement après avec une revue de c'qui c'est passé.
 -M:D'accord.
 -MSU9:Euh... Soit on est en supervision indirecte .On a un debriefing court ,euh soit immédiatement après, soit toutes les deux-trois consultations. On essaye de voir un peu ce qui a eu et quels ont été les soucis.
 -M:D'accord.
 -MSU9:Et... Ben ça dépend, en fait ça dépend du nombre de personnes qu'y a , euh, si euh, si l'interne se retrouve à voir trois patients en une heure, on n'aura pas le temps de faire un debriefing pour elles.
 -M:D'accord.
 -MSU9:Par contre, on regarde l'dossier après.
 -M: D'accord.
 -MSU9:Euh, si il voit le patient une heure, on a largement le temps de faire le debriefing, de prendre son temps et puis de voir ce qu'il s'est passé.

-M: Ah oui, donc vous demandez à l'interne quels ont été ses problèmes.

-MSU9: Oui. Oui. Là j'ai de la chance car cette année il n'y en a pas trop. J'ai l'impression que ça se passe plutôt bien. Donc c'est assez agréable. Car des fois c'est un peu plus compliqué. Euh... parce que le soucis pour les internes c'est d'identifier ses problèmes et savoir si il y en a eu.

-M: D'accord.

-MSU9: Parce que quelques fois ils ont l'impression qu'il y en a pas eu, et puis il y en a qu'on découvre après.

-M: Oui, un regard extérieur est très important. D'accord. Donc là votre vous a présenté une trace d'apprentissage sous une forme graphique un peu particulière.

-MSU9: Mhmm, mhmm.

-M: **Et quel a été votre premier ressenti quand vous avez vu cette trace d'apprentissage?**

-MSU9: Mhmm... j pense que c'est pas mal. Euh... Je, je... comment dire? ... Pour... Pour moi c'était un truc que l'interne était capable de faire de toute façon, euh. De manière graphique je trouve que c'est bien et que c'est pratique d'utilisation. Euh... Mais euh... Pour moi c'était logique qu'il l'a fasse de cette façon-là.

-M: D'accord.

-MSU9: Donc euh [Rires], donc euh... Je me demandais où était la nouveauté dans la démarche. Parce que les arbres décisionnels, c'est quand même c'est qui a de plus pratique dans l'apprentissage des internes. Ils voient telle chose. Ils essaient d'appliquer et puis ben du coup, ils partent sur, euh, sur un arbre décisionnel à partir d'une expérience vécue. Donc euh, c'est, c'est le plus simple au niveau de l'apprentissage, quoi. 'Fin moi je trouve que c'est comme ça que ça marche le mieux, qu'on s'en rappelle le mieux.

-M: C'est vrai que la particularité de votre interne, c'est peut-être qu'il a pris les recommandations et qu'il l'a mis sous forme d'arbre décisionnel. Il n'a pas présenté de cas clinique à partir de ces recommandations ?

-MSU9: Oui, oui, oui tout à fait.

-M: **Vous n'avez pas eu de d'émotions particulières?**

-MSU9: Non, non pour moi c'était satisfaisant.

-M: **D'accord. Et est-ce que vous aviez connaissance de cette technique auparavant?**

-MSU9: Non. Quelle technique? D'utiliser des logiciels pour créer des arbres décisionnels?

-M: En fait, ce n'était pas vraiment un arbre décisionnel. Ce n'était pas la technique qu'on lui a apprise. Mais, ce qui est particulier dans son graphique, je ne sais pas si vous avez vu, mais il y avait donc des concepts...

-MSU9: Mhmm...

-M: ... et des mots de liaison entre les concepts.

-MSU9: Mhmm, ouais, ouais.

-M: Ce qui n'existe pas dans les arbres décisionnels.

-MSU9: Oui je comprends ce que voulez dire. Oui d'accord. Après, je crois que par rapport à ce travail là, par rapport à cette technique, euh, c'est intéressant. Je pense que c'est une technique d'apprentissage de plus. Euh, donc elle ne peut être que bénéfique. Mais il faut qu'il utilise tout. Euh... Parce que en fait l'intérêt de l'apprentissage c'est pas simplement de fournir une technique, ou un arbre décisionnel, ou un tableau, ou une recommandation, c'est la recherche qu'il aura faite. Pour moi c'est ça le plus important, quoi.

-M: D'utiliser tout, c'est à dire, soit d'écrire un texte ou un schéma... C'est ça que vous voulez dire?

-MSU9: Mhmm, Mhmm [Acquiescement]

-M: **Très bien. Et le fait que l'interne vous ai présenté cette trace sous cette forme là, est-ce que ça vous a... qu'est-ce que cela vous a apporté?**

-MSU9: Mhm?

-M: **Est-ce que cela a par exemple faciliter le debriefing, ou pas du tout?**

-MSU9: Sincèrement non.

-M: Non.

-MSU9: Sincèrement non. Non je ne peux pas dire ça. ... J pense que c'était intéressant parce que l'interne a su bien m'expliquer ce qu'il avait recherché et comment il l'avait utilisé pour créer cette trace. Donc ça montrait qu'il avait un esprit synthétique par rapport à ça. Donc peut-être que ça a été favorisé par ce, cette trace ou cette manière de présenter cette trace? Après, euh... Après, est-ce que ça m'aurait apporté... Ça m'a apporté plus certainement que si il m'avait simplement présenté une référence, ou un truc comme ça. Mais ça c'est pas ce que je veux de toute façon des internes, donc euh.

-M: Oui.

-MSU9: [Rires] Oui, ça me suffit pas. Donc euh... Mais euh, ça m'a montré qu'il avait cherché et construit quelque chose au niveau de la trace qu'il avait faite, quoi. Qu'il avait fait quelque chose de

réfléchi.

-M:D'accord.

-MSU9:Et de construit.

-M:D'accord. Et que pensez vous de son travail? La qualité de son travail?

-MSU9:Ben je pense que, oui ,c'était un travail de qualité.Où il s'était donné les moyens de chercher les réponses.

-M:Et est-ce que vous pensez qu'avec ce travail là, sous cette forme là, ça a permis à votre interne de mieux répondre à ses propres questionnements?

-MSU9:...

-M:Ou pas du tout?

-MSU9: Mhmm... Je pense que c'est surtout à lui qu'il faudrait poser la question. ... Euh... Je sais pas. Je pense que ça lui a permis de construire ses réponses ou de présenter ses réponses de façon certainement plus claire. Euh, est ce que ça lui a permis de mieux répondre à ses propres questionnements? Je ne sais pas ce qui était le plus simple pour lui, euh..., au niveau de la présentation ou au niv... Pour moi ça m'a permis de voir qu'il avait bien construit ses choses et qu'il avait des réponses. Mais je sais pas si pour lui, ça a permis un meilleur apprentissage. Voyez ce que je veux dire, ou pas?

-M:Oui, oui.

-MSU9:Ça m'a permis de voir ce qu'il avait compris, mais je sais pas s'il l'a mieux compris parce qu'il l'avait présenté comme ça.

-M:D'accord. Et si on vous demandez, imaginons, d'évaluer son travail...

-MSU9: Mhmm, mhmm.

-M:quels seraient les critères que vous prendriez en compte?

-MSU9:...

-M:Pour l'évaluer.

-MSU9:Par rapport à cette trace?

-M:Voilà par rapport à cette trace, sous cette forme particulière. Sous forme de graphique.

-MSU9: Mhmm. La clarté.

-M:Oui

-MSU9:La...euh, comment dire? La validité des sources....Mhmm.. Et la logique.

-M:D'accord.Bien. Et quels sont d'après vous les avantages et les inconvénients de cette technique?

-MSU9:J pense que pour certains ça peut les forcer justement à ... euh... à bien conceptualiser les problèmes et les relations de cause à effet.

-M:D'accord.

-MSU9:J pense que ça que pour certains ça peut être nécessaire d'avoir cette technique là pour euh, euh, pour s'ordonner...

-M:D'accord.

-MSU9:... dans la tête.

-M:Et quels seraient les inconvénients?D'après vous?

-MSU9:... Mhmm... Euh... Que c'est reproductible. Euh. Que une fois que c'est fait, 'fin. Une fois que c'est fait par un interne, ça peut être reproduit par un autre pour la même chose [Rires]. Donc euh c'est un peu...

-M:Vous voulez dire qu'on peut copier ce qui a été fait?

-MSU9:Oui

-M:D'accord. Je n'y avait pas pensé mais...

-MSU9:[Rires] C'est, c'est, c'est mon esprit tordu qui veut ça, mais....

-M:Non c'est une bonne remarque.

-MSU9:... ça peut être un handicap.

-M: D'accord.

-MSU9:Ou alors il faut qu'il soit susceptible d'expliquer chaque trace.

-M:Oui. D'accord. Celle là, votre interne vous l'a présentée, vous l'avez vu, vous en avez parlé?

-MSU9:Oui c'est ça. Donc là c'était clair dans sa tête. Pour moi c'était clair qu'il l'avait euh... bien saisie.

-M:Voilà oui. Ce que vous voulez dire, c'est que si vous voyez que la trace d'apprentissage sans qu'on vous la présente, vous ne savez pas, vous ne pouvez pas savoir si, si ce travail vient de l'interne ou pas.

-MSU9:Oui, oui.

-M:Très bien. Les deux dernières questions.Est-ce que, est-ce que vous pouvez imaginer des utilisations possibles de cette technique dans l'enseignement de..., dans l'acquisition des compétences du médecin généraliste? Chez les internes.

-MSU9: Mhmm?... Oh oui sûrement.... Mais, euh... Après la difficulté, c'est que, 'fin si vous voulez c'est une technique intéressante mais c'est une technique qui peut être faite par chaque interne à chaque recherche. Donc euh... Après la difficulté c'est le temps, je pense que ça peut mettre, au niveau de l'acquisition des compétences. Ça peut être ça une, un des freins.

-M:Le temps de réaliser...

-MSU9:Oui voilà. Je ne me rends pas compte si mon interne a mis beaucoup de temps ou pas beaucoup de temps à le faire, euh, ...

-M:C'est vrai.

-MSU9:Qu'on tente de poser la question, hein.Mais, voilà.

-M:C'est vrai que comme il y a le logiciel aussi... certains sont plus à l'aise, d'autres non, et...

-MSU9: Mhmm, mhmm. Mais c'est une chose intéressante aussi.

-M:Et est-ce que vous seriez vous prête à participer à une formation sur cette technique? Est-ce que cela vous intéresserait ou pas du tout?

-MSU9:Euh... Je sais pas. C'est toujours pareil. C'est une question de temps. Donc euh, ça dépend combien de temps ça mettrait, et euh... dans quelles conditions. Parce que moi j'ai, j'ai des impératifs d'horaire ici qui font que c'est ça qui peut être pénalisant.

-M:D'accord.

-MSU9:Donc euh voilà pour l'instant ça dépend.

-M:D'accord. Bon très bien. L'interrogatoire est terminé.Je vous remercie.

Entretien 10

-M:Donc ma première question va en fait porter sur votre parcours.Depuis quand est-ce que vous êtes installé?

-MSU10:Euh moi 2006.Janvier 2006.

-Et depuis quand est-ce que vous êtes maître de stage?

[Sonnerie de téléphone]

-MSU10:Euh... ça sonne souvent le téléphone, hein. Maître de stage? Oh j'sais plus.Trois à quatre ans? Quatre ans? Ça passe. Je réponds [au téléphone]

[...]

-M:Donc vous recevez des internes de niveau un?

-MSU10:Niveau un,ouais. Pas d'externe, pas de SASPAS.

-M:Comment se passent vos debriefings habituellement, avec vos internes?

-MSU10:Alors,c'est...,c'est..., ça dépends. Soit entre chaque consultation,ou souvent le soir en fin de journée.

-M:D'accord.

-MSU10:On prends cinq, dix minutes, un quart d'heure. Ça dépend du temps nécessaire, ou à quel moment du stage ils sont. Si ils sont au tout début ou plus vers la fin, je leur accorde plus d'autonomie en fait, donc...

-M:Et comment vous procédez? Vous partez d'un problème que vous soulève l'interne, ou...?

-MSU10:Je n'ai pas de règle particulière. Ça dépends. Si moi j'ai soulevé des problèmes particuliers, j'en parle.Après je regarde souvent qu'est ce qu'ils ont retenu de la journée, et qu'est ce..., si ils ont des questions particulières, ou si il y a des choses dans les journée qui les ont interpellé et qu'ils voudraient qu'on y revienne dessus.Et moi, si je vois qu'il y a des choses dont ils ne parlent pas et que moi je sens responsables de poser questions. Moi je leur en parle, en fait.

-M:D'accord.

-MSU10:Voilà dans la pratique.

-M:Et donc votre interne vous a présenté une trace d'apprentissage sous une forme...

-MSU10:Oui.

-M:... un peu particulière.

-MSU10:C'est ça.

-M:Et quel a été votre premier ressenti quand vous avez vu ce travail?

-MSU10:Ben c'est que, euh... Ben j'ai pas trop l'habitude de voir des traces d'apprentissage.Donc déjà j'avais du mal à comparer les anciennes et la sienne.Après c'est assez synthétique.[MSU10 cherche la trace d'apprentissage dans la trouver].Donc c'est vrai qu'il y a tellement en fait de..., dans un sens, tellement de choses à voir, que finalement d'avoir quelque chose de synthétique, j pense que c'est quand même une bonne chose.

-M:Est-ce que ça vous a plutôt surpris?Quel a été votre ressenti?

-MSU10:Euh surpris, euh... non, 'fin, j'trouve ça très..., j'trouve ça une bonne... euh, de faire une chose

sous forme graphique, sous forme A4 et qui soit facile à lire et synthétique, j'trouve ça facile et intéressant et finalement peu chronophage. Et ouais, j'trouve ça bien. Après, c'est pour ça que j'ai du mal à comparer avec d'autres traces d'apprentissage pour, euh..., pour évaluer, mais... [Sonnerie du téléphone] Ouais, ouais, j'trouve ça pratique en fait.

-M: D'accord.

-MSU10: Excusez moi. [Il décroche le téléphone] Cabinet médical?

[...]

-M: Oui, donc de voir la trace, ça ne vous a pas fait d'effet particulier?

-MSU10: Euh, ben ça m'a, euh... D'effet particulier, euh... Ouais euh si, c'était euh, 'fin pour moi c'était euh, 'fin c'était du positif car finalement c'était facile à..., facile à ... -comme je connaissais pas en plus ce qu'il a...- facile à comprendre. Que..., oui, oui.

-M: D'accord.

-MSU10: Après ce que j'ai posé comme questions à mon interne, c'est que je ne sais pas si il avait un modèle spécifique à adapter ou si c'était lui qui avait directement divisé, par exemple là il a fait du physique, biologique et social.

-M: Voilà, ça c'est lui.

-MSU10: Voilà, ouais.

-M: C'est votre interne qui a organisé dans ces domaines-là.

-MSU10: C'est ce qu'il m'a dit après, mais moi comme j'avais pas de référence particulière. J'savais pas si c'était le...

-M: D'accord, donc vous n'aviez pas connaissance de cette technique auparavant?

-MSU10: Euh, ben sur d'autres situations pourquoi pas. Mais euh, mais euh. 'fin physique, biologique et social, si je connais les trois axes. Mais par rapport à ce cas là, c'est là ou je...

-M: La présentation sous cette forme de graphique avec des concepts dans des bulles et des ...

-MSU10: Ah si, si, si... Enfin, j'ai l'habitude.

-M: Et le fait que votre interne vous ait présenté cette trace sous cette forme, qu'est-ce que cela vous a apporté?

-MSU10: Euh.... Ben. Euh, j'veus dit, c'était euh, finalement facile à..., à ..., facile à lier et c'était... ,et c'était synthétique en fait. Finalement c'est vrai qu'est. C'est à la fois et c'est l'enjeu de la chose, c'est très concis et facile à lire. Après c'est, l'inconvénient c'est que c'est parfois peut être un p'tit peu..., y a pas trop trop de..., y a pas trop non plus de détails. Mais après c'est peut être difficile... Voilà, sur cette présentation. Après voilà, c'est juste une ...encore...

-M: Vous voulez dire, que votre n'y a pas mis tout ce qu'il vous a raconté?

-MSU10: Alors euh si, si vous voulez, 'fin euh... 'fin ce qu'il m'a raconté, il m'a pas raconté grand chose en fait. On l'a fait un peu à l'arraché les derniers jours. Le... sur le... ,mmh. Par rapport à un autre apprentissage, 'fin j'en ai vu deux-trois, 'fin c'est vrai qu'est un p'tit peu, c'est très synthétique. Donc finalement j'veus dit c'est clair mais à la fois c'est p'tête un p'tit peu... p'tête un p'tit peu... édulcoré, p'tête par rapport à un, voilà à un... Certaines choses... mais voilà après...

-M: D'accord.

-MSU10: Est-ce que la présentation sous cette forme vous a facilité le debriefing? Ou pas du tout? Est-ce que ça a pu l'entraver...?

-M: Ou non, c'est facilitant. Oui comme c'est synthétique.

-MSU10: D'accord.

-M: Et qu'est-ce que vous pensez du travail de votre interne?

-MSU10: Euh, ben là moi je trouvais ça, euh concis et clair. Après euh c'est vrai que c'est... il faut vraiment que ça soit expliqué et présenté en fait plutôt que..., que de l'avoir sous les yeux comme une trace d'apprentissage habituelle. Où là, effectivement, comme c'est synthétique y a besoin de la parole avec,...

-M: D'accord.

-MSU10: ...qui exprime bien les choses, quoi.

-M: Est-ce que...

-MSU10: ... qui détaille.

-M: Est-ce que vous pensez que de l'avoir présenté sous cette forme votre interne a pu mieux résoudre ses propres questionnements?

-MSU10: Euh, ben il ne me l'a pas trop présenté en fait. [Rires] IL l'a fait un peu à la fin. Mais ouais je pense que ça peut l'aider. Moi je suis pour un support comme ça. Donc oui je pense que c'est quelque chose de pratique même pour l'interne effectivement, pour euh..., pour arriver à expliciter son..., sa trace d'apprentissage, quoi.

-M: D'accord. Et si vous deviez évaluer son travail, quels éléments vous prendriez en compte?

-MSU10: Euh... c'est à dire?

-M:Imaginons que vous deviez le noter?

-MSU10:Ouais

-M:C'est pas une question facile.

-MSU10:Ouais non, la notation, euh..., euh... Si je devais le noter, 'fin je lui donnerais pas de note, je lui donnerais des plus et des moins. Plus c'est synthétique. Moins c'est que c'est synthétique aussi donc c'est toujours pareil. Euh moi j'aurais eu... ou j'aurais eu besoin d'avoir d'autres euh..., d'autres traces d'apprentissage faites sous cette forme là pour un p'tit peu avoir des références en fait. Comme j'ai pas de références...

-M:Il faudrait donc que le niveau de synthèse soit adapté?Ni trop, ni pas assez?

-MSU10:Voilà en fait, il faut que ce soit en fait effectivement présenté, adapté, bien expliqué et qu'effectivement avec le debriefing après, ce qu'on a pas eu le temps en fait, pour...

-M:D'accord. Et quels seraient pour vous -bon on en a déjà parlé, mais euh-est ce que vous voyez des avantages et des inconvénients à une telle technique?

-MSU10:Bé les avantages c'est que euh, en tant que, bon pas forcément maître de stage de niveau un, mais, mais en tant qu'interne il y a beaucoup beaucoup de traces, beaucoup de boulots et beaucoup de supports papiers, beaucoup d'écrits donc c'est que c'est d'avoir quelque chose de concis.C'est un point positif pour nous en fait hein.

-M:D'accord

-MSU10:Après le point négatif, encore une fois c'est qu'il faut pas que ce soit non plus trop concis. Faut qu'il y ait des détails et une explication qui aille avec quoi.

-M:D'accord.Est-ce que vous pouvez imaginer d'autres utilisations possibles de cette technique dans le...?

-MSU10:La mienne ou une autre? Qu'est ce que vous avez dit: qu'est-ce que vous imaginez euh?

-M:... imaginez l'utilisation par les internes de cette technique...

-MSU10:Ah oui!

-M:... au cours du DES?

-MSU10:Ah oui oui tout à fait.

-M:Et quelles autres utilisations possibles? Là c'était un cas lors d'un debriefing par exemple

...

-MSU10:Euh, ben ça dépend après. Ben il faut que ce soit pour un travail assez court en fait. Après ça dépend ce que vous appelez au cours du DES, euh... D'autres exemples, euh? Qu'est ce que...?

-M:Ca pourrait être euh. 'fin par exemple, durant tout le parcours, durant les trois années d'internat ...

-MSU10:Euh, ben effectivement il faudrait que ce soit pour un cas concret précis où... Mais après quand il y a effectivement besoin de détailler certaines choses, d'être plus précis,... 'fin de toute façon c'est comment dire?

-M:Ah oui , il faudrait que ce soit un cas concret précis, vécu par l'interne?

-MSU10:Oui ouais voilà. Après ça peut... Après ça peut être des résumés de conduite à t'nir, mais ça reste des choses déjà faites pour d'autres cas. Donc non dans ce cas là c'est très bien car ça reste une trace d'apprentissage.

-M:D'accord. Et la dernière question...

-MSU10:Oui.

-M:... c'est:seriez vous prêt à participer à une formation pour apprendre cette technique ?

-MSU10:Euh oui.

-M:En tant que maître de stage ?

-MSU10:Mhmm tout à fait. On peut discuter après de votre travail de thèse car c'était finalement intéressant.Il y a des thèses qu'on fait assez souvent qui reviennent. On peut se poser la question de... de comment améliorer certaines choses dans le parcours du DESC. Ça peut être utilisé. Et de poser ces questions-là je trouve ça intéressant.Et vous aviez déjà des cas qui avaient été fait sur ce... [Sonnerie de téléphone]. Vous vous inspirez de quelques chose ou c'est...?... [Il décroche le téléphone] Cabinet médical?

[...]

*[Résumé:Explications de la technique des cartes conceptuelles et son utilisation dans d'autres pays, chez les infirmiers. Forte implication des enseignants de Poitiers dans la pédagogie.Conclusion: **peut être que cette technique ne convient pas à tout le monde?**]*

-MSU10:Non, non, c'est un bon outil. Il faut bien maîtriser l'outil euh... et puis faut faire bien attention à pas être trop synthétique.

-M:Voilà, comme tous les outils, il faut savoir bien les utiliser.

-MSU10:Oui tout à fait, c'est ça.

-M: Très bien, l'entretien est terminé.

Entretien 11

-M: Donc vous, c'était la tâche que vous a présentée votre interne.

-MSU11: Voilà. Enfin, il ne me l'a pas présentée. Il avait complètement oublié, donc je lui ai dit: «Il faut absolument me l'envoyer!» Donc, lundi il me l'a envoyée. Donc voilà je l'ai..., je l'ai regardée.

-M: Ah bon d'accord! Donc il ne vous l'a pas présentée! Il vous l'a juste envoyée!

-MSU11: Et oui, et oui. Parce que je lui ai dit: «Alors il faut me présenter!» Et puis, bon... il...

-M: D'accord. Alors, la première question, c'est juste par rapport à votre activité. Savoir depuis quand vous êtes installé?

-MSU11: J crois depuis plus de vingt-cinq.

-M: Depuis vingt-cinq ans. Depuis quand vous recevez des..., des internes?

-MSU11: Cinq ans.

-M: Et donc vous avez des internes de niveau un?

-MSU11: Oui.

-M: Et pas d'externe?

-MSU11: Si! J'ai des externes aussi! Des externes de troisième année, qui font leur stage de deux jours.

-M: D'accord.

-MSU11: Ben oui parce qu'après, ça posait problème. J'vois ma collègue qui est avec nous en trinôme en maître de stage, prend des externes. Mais alors du coup, il faut que je lui prenne ses internes le jour où elle a ses externes. Alors bon... Je dis, on va pas s'en sortir, quoi...

-M: Et oui.

-MSU11: ... si on prends...

-M: C'est de l'organisation.

-MSU11: Voilà, c'est pas possible.

-M: Et vous avez des internes de niveau deux aussi?

-MSU11: Non! Ben, non, car j'ai qu'un seul bureau.

-M: Ah oui, d'accord. Et comment se passent habituellement vos debriefings avec vos internes?

-MSU11: Ben, ça dépend beaucoup des internes.

-M: Oui?

-MSU11: Il y en a qui sont pressés de partir à la fin de la journée [rires]... donc, euh.. bof! Après, donc, j'essaie de leur poser quand même des questions entre midi et deux, ben justement, pour qu'on voit, où est-ce qu'il y a eu un problème, le patient qui a été difficile. Voilà...

-M: D'accord.

-MSU11: Et donc, ça dépend vraiment des internes, et ceux qui sont demandeurs en debriefings, et ceux qui font comprendre... ou que je comprends bien qu'ils sont... [pressés de partir].

-M: D'accord. Donc c'est plus entre midi et deux.

-MSU11: Oui, ou après la consultation, ou à la fin de la journée, aussi, ça...

-M: D'accord.

-MSU11: ...ça dépend.

-M: Donc vous partez de leur problème, vous leur demandez si ils ont eu des problèmes et vous en discutez.

-MSU11: Oui. Oui. Est-ce qu'ils ont appréhendé la consultation, où est-ce qu'ils ont été gênés? Ouais.

[Sonnerie] C'est le fax.

-M: Et lorsque vous avez vu [Sonnerie du fax] la trace d'apprentissage que vous a envoyée votre interne,...

-MSU11: Oui.

-M: ... sous forme graphique...

-MSU11: Oui.

-M: ... un peu particulière, quel [Sonnerie du fax] a été votre premier ressenti?

-MSU11: Non, mais c'était bien. Oui, qu c'était bien, qu c'était clair. Bon alors, c'est vrai, c'était un problème organique. Enfin, on ferait ça sur un problème psychiatrique, peut-être que ce serait plus... peut être plus difficile à obtenir, quoi... sous ce type de graphisme.

-M: D'accord. Donc vous l'avez trouvé clair?

-MSU11: Oui.

-M: Et pas d'émotion particulière? De surprise.... [Bruit du fax qui imprime], ou de rejet, même? Car certaines personnes....

-MSU11: Non.

-M:... n'aiment pas trop cette forme de présentation.

-MSU11:Non, non, non, non, non, non!... J'ai regardé, euh... non!

-M:Et est-ce que vous aviez connaissance un peu de cette technique graphique auparavant?

-MSU11:Non. Pas du tout.

-M:Pas du tout. Et est-ce que cela... euh... est-ce que cela vous a apporté quelque chose de voir cette trace d'apprentissage sous cette forme?

-MSU11:Oui. Je pense que c'est pas mal qu'ils le fassent, parce que dès fois on ne sait pas trop comment est-ce qu'ils ont appréhendé le diagnostic auquel on est arrivé. Enfin, y a des internes qui sont aussi des internes qui sont en difficultés, qui sont IN-CA-PABALES de faire des diagnostics, des fois.

-M:D'accord.

-MSU11:Alors peut-être que ça les aiderait. Bon il y en a d'autres, on voit bien, que bon, tel qu'ils ont mené la consultation, ils ont eu le raisonnements qu'il fallait. Mais je pense que, ça a le mérite de... de clarifier leurs pensées.

-M:D'accord!

-MSU11:Oui.

-M:Ben très bien. Et mmmm.... Donc là vous n'avez pas eu de debriefing...mais est-ce que vous pensez, que si votre vous l'avez présentée devant vous, est-ce que ça aurait faciliter ou pas le debriefing?

-MSU11:Ben, j'allais dire, que là, enfin, bon, il a bien solutionné, bien résolu les choses, par rapport au cas qu'il a pris. Euh... j'aurais pas eu de... 'fin à priori, tel qu'il l'a présenté, je n'ai pas ressenti de difficultés de sa part. Euh...Je n'aurais rien rajouté, quoi.

-M:D'accord. Oui il n'a pas soumis de problème particulier.

-MSU11:Non, non. Il n'a pas soumis de problème. Et puis c'est un cas dont on -si on n'en a pas parlé par rapport au graphique qu'il a fait- on avait parlé d'ce cas.

-M:D'accord.

-MSU11:Hein,et il a voulu savoir la suite.

-M:D'accord, donc il s'y est impliqué, et intéressé.

-MSU11:Oui, oui.

-M:D'accord.

-MSU11:Voilà, donc.

-M:Très bien. Et qu'est-ce que vous pensez du travail réalisé par l'interne? Bon vous l'avez un peu dit déjà...

-MSU11:Oui, oui...

-M:Que c'était très clair, déjà...

-MSU11:Oui, c'était très clair. Bon, ben, on voit qu'il a bien appréhendé la situation clinique.Oui, qu'il a bien... bien raisonné. Enfin a bien repris les choses.

-M:Est-ce que vous pensez qu'avoir présenté sous cette forme, cela a permis à votre interne de mieux résoudre ses propres questionnements?

-MSU11:Peut-être alors-là je n'ai pas la réponse en fait. [Rires]Je n'ai pas la réponse, vraiment. Mais bon, euh... je sais pas [rires]...

-M:D'accord. Et...

-MSU11:Mais bon au cours de la consultation, il avait déjà eu bien la démarche....Euh, 'fin c'est vrai qu'il y avait deux hypothèses diagnostiques à retenir, et... bon, vu comment il a mené la consultation, bon, on voit bien qu'il les avait en tête, quoi,ses deux hypothèses!

-M:D'accord. Donc vous étiez présente lors de cette consultation.

-MSU11:Oui. Ben oui j'ai qu'un seul bureau,...

-M:C'est intéressant à savoir.

-MSU11:.... donc j'suis toujours avec les internes.

-M:Donc d'accord, c'était une consultation que vous aviez vécue vous aussi?

-MSU11:Oui,oui

-M:Très bien. Et si vous deviez évaluer son travail, quels seraient les critères que vous prendriez en compte?

-MSU11:[...]

-M:Ça c'est une question qui n'est pas évidente!

-MSU11:Oui!Ben les critères, euh... pffff....Oui ben déjà, 'fin bon c'est important pour eux, au stade où ils en sont, de donner un diagnostic, 'fin d'émettre des hypothèses diagnostiques,de pas se fermer dans un seul diagnostic.

-M:D'accord.

-MSU11:Déjà. Hein? Donc, ça, euh...Il l'a pas fait, il ne s'est pas fermé dans un diagnostic.

-M:D'accord. Donc ça vous pensez que ça apparaît bien dans son graphique?

-MSU11:Oui.

-M:Ce raisonnement?

-MSU11:Ah, oui,oui. Oui,oui. Ben, c'est... c'est... avant tout, c'est ça, hein... Ils viennent en stage pour arriver, à travers les données qu'ils ont d'une consultation et d'un examen clinique, d'arriver à un diagnostic. Oui,bon, c'était clair.Il a fait visiblement une p'tite recherche biblio aussi. Donc, euh...

-M:Donc il y a la clarté qui est importante?

-MSU11:La clarté. Ah oui, oui, oui, c'était très clair.Enfin, on voyait qu'il avait bien compris, euh...'fin que la situation était claire pour lui, quoi. Il n'était pas dans le flou.

-M:D'accord.

-MSU11:Donc c'était clair. Et puis, d'arriver, oui, à des hypothèses diagnostiques, hein. Et d'argumenter pour faire sortir UN diagnostic de ses hypothèses. 'Fin il a bien argumenté pourquoi l'autre hypothèse diagnostique n'était pas retenue.[Claxons de voitures].

-M:Très bien.Et est-ce qu'il y aurait d'autres éléments à prendre en compte pour noter ce travail?

-MSU11:Ben, il a bien écouté ausssi ce qu'a dit le patient.Donc l'interrogatoire. 'Fin j'pense qu'il a bien pris en compte tous les éléments d'une consultation, c'est-à-dire, l'interrogatoire-parce que bon c'était quelque chose d'aigu, pas quelque chose qui trainait-, euh... l'examen clinique...

-M:D'accord.

-MSU11:Oui.

-M:Ben très bien. Bon on en a déjà parlé, mais c'est pour reprendre un peu ce que vous avez déjà dit. Quels sont d'après vous les avantages de cette technique?

-MSU11:[...]

-M:Ensuite on parlera des inconvénients.

-MSU11:Ben les avantages, j'vous dis, c'est peut être de clarifier dans l'esprit de l'interne, le chemin pour arriver à un diagnostic, enfin..., de formuler des hypothèses, de savoir réfuter certaines, dire ben non cet argument s'ra plus en faveur de ce diagnostic là. Oui.

-M:D'accord.

-MSU11:De clarifier, d'le faire réfléchir là d'ssus.

-M:D'accord. Ce qui apparaît mieux sous cette forme graphique?

-MSU11:Oui

-M:D'accord. Et quels seraient les inconvénients?

-MSU11:Alors après je n'sais pas si au niveau du graphique on peut mettre, enfin, des cases supplémentaires pour, euh...j'sais pas, peut-être, oui, des fois plus argumenter les choses. Mais ... Non, j'ai pas... j'ai pas vu de gros inconvénients.Quoi, j'ai...

-M:Vous auriez plus argumenté dans quel sens?

-MSU11:Non mais pas forcément au cas que mon interne a traité. Mais, p't'être que dans d'autres situations, il faudrait plus d'espace, plus de cases, mais...

-M:Ah d'accord, oui.

-MSU11:... mais bon, ce n'est pas forcément un inconvénient.

-M:D'accord.

-MSU11:Non j'ai pas vu vraiment de côté négatif, euh... à cette méthode. 'Fin ça m'a pas... j'ai pas de suite dit: « Ah ben non, là il manque ça!Ca va pas!»Non.

-M:D'accord. Et quelles sont les utilisations possibles que vous pourriez imaginer de cette méthode dans le cadre du DES de médecine générale? Dans l'acquisition des compétences du médecin généraliste?

-MSU11:Ben oui, ben justement, de donner à l'interne de temps en temps une tâche par rapport à certaines consultations qu'il aura faites. Donc où je vais lui demander de faire, de reprendre...

-M:D'accord.

-MSU11:... justement pour le faire travailler sur ce cheminement intellectuel qu'il faut avoir pour arriver au diagnostic, quoi...

-M:D'accord.

-MSU11:...qui nécessite effectivement de beaucoup écouter le patient, de bien tout noter, parce que ça on s'aperçoit qu'il y en a... où l'écoute est un peu, un peu rapide![Rires].

-M:Oui. Donc, là c'est finalement votre interne qui a choisi le cas à présenter.

-MSU11:Oui bon bé, là c'est lui qui a choisi, bon bé parce que j'pense que ce cas là-c'était à l'époque où, 'fin, ça a été mis en place- alors de suite, il a du... fin ch'sais pas... Il m'a pas dit son raisonnement. Mais, bon. Il m'a pas dit «Ben j'prendrais c'cas là!» C'est après, il m'a dit; «Bon, ben finalement, vous savez j'ai pris ce cas là.»

-M:D'accord. Donc ce que vous disiez, c'est que si un jour vous vous aperceviez, que lors d'une consultation, l'interne n'a pas tout compris, vous pourriez justement le faire travailler pour qu'il arrive lui même à découvrir...

-MSU11:Voilà! Et puis, même moi, de tête,moi, à travers mon ressenti de son vécu de la consultation,le refaire travailler sur un cas.

-M:D'accord. Bon très intéressant. Et ma dernière question sera si vous, en tant que maître de stage, vous seriez prête à recevoir une formation de cette technique...

-MSU11:Oui.

-M:... dans le cadre de la...

-MSU11:Oui, oui. C'est toujours bien d'avoir des outils. Parce que bon ben comme j'veous dis y a des internes qui travaillent. Mais on a quand même eu aussi des internes, où on s'est posé souvent la question «mais, comment faire pour les impliquer, pour les aider?Hein... à avancer?» Y en a au bout de six mois, on se dit, mon dieu, mais... qu'est-ce qu'on aurait pu faire? Donc peut-être que c'est un outil de plus pour les aider à... à acquérir des connaissances.

-M:D'accord. Bon peut-être pas à tous,mais quoi pourrait en aider certains.

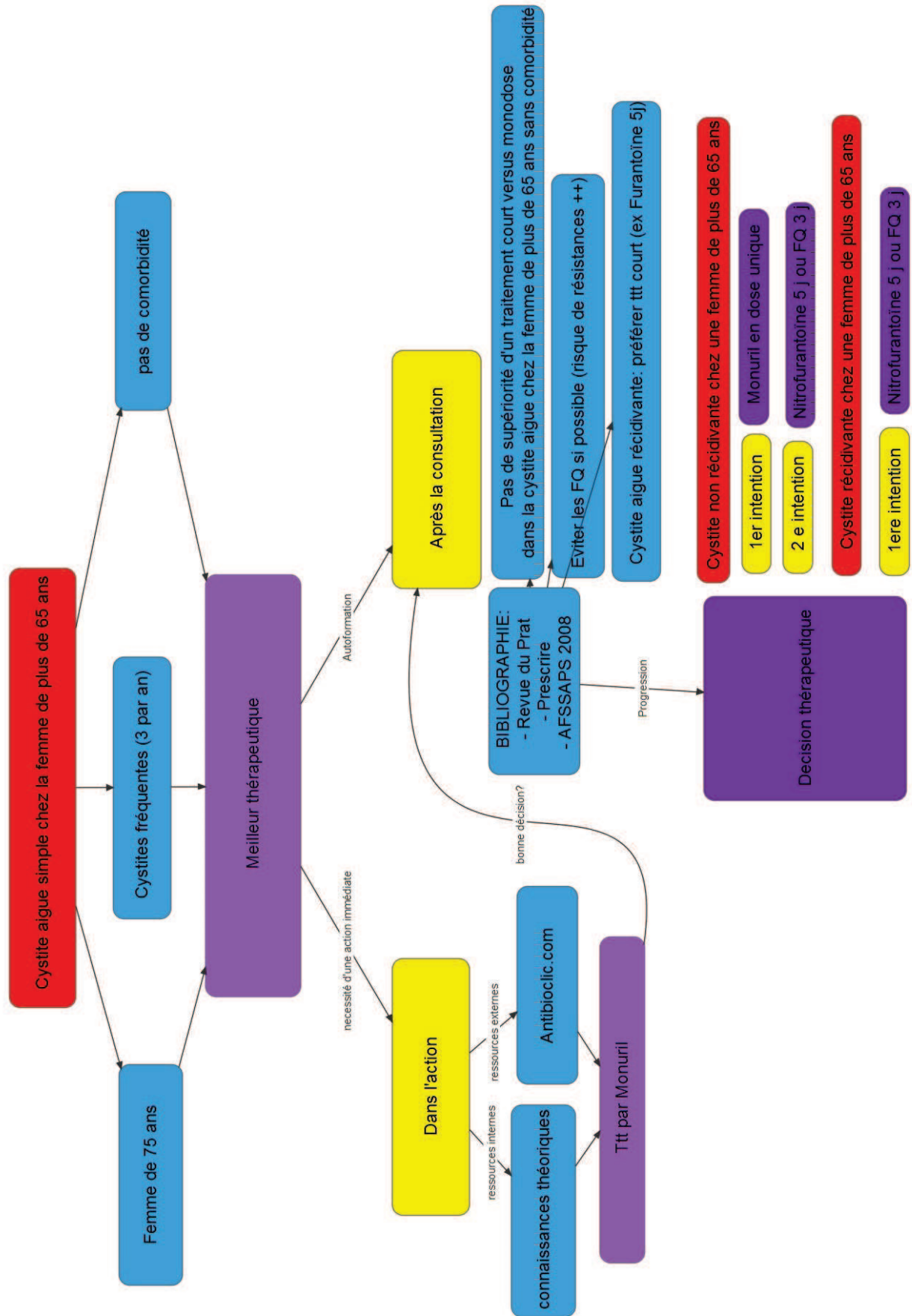
-MSU11:Ah ben oui, peut-être pas à tous. Mais peut être que ce serait un moyen euh... oui...

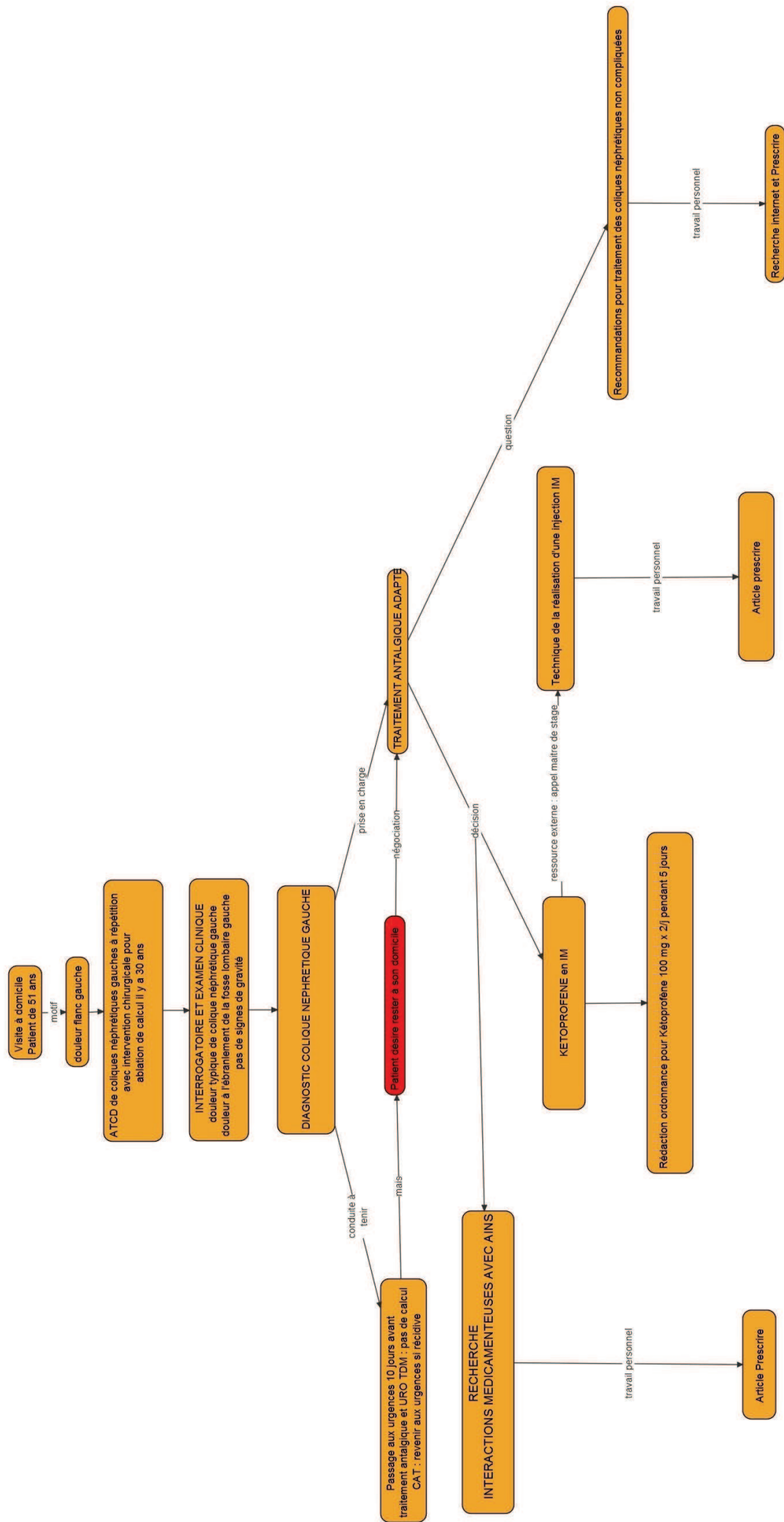
-M:... de plus les impliquer...

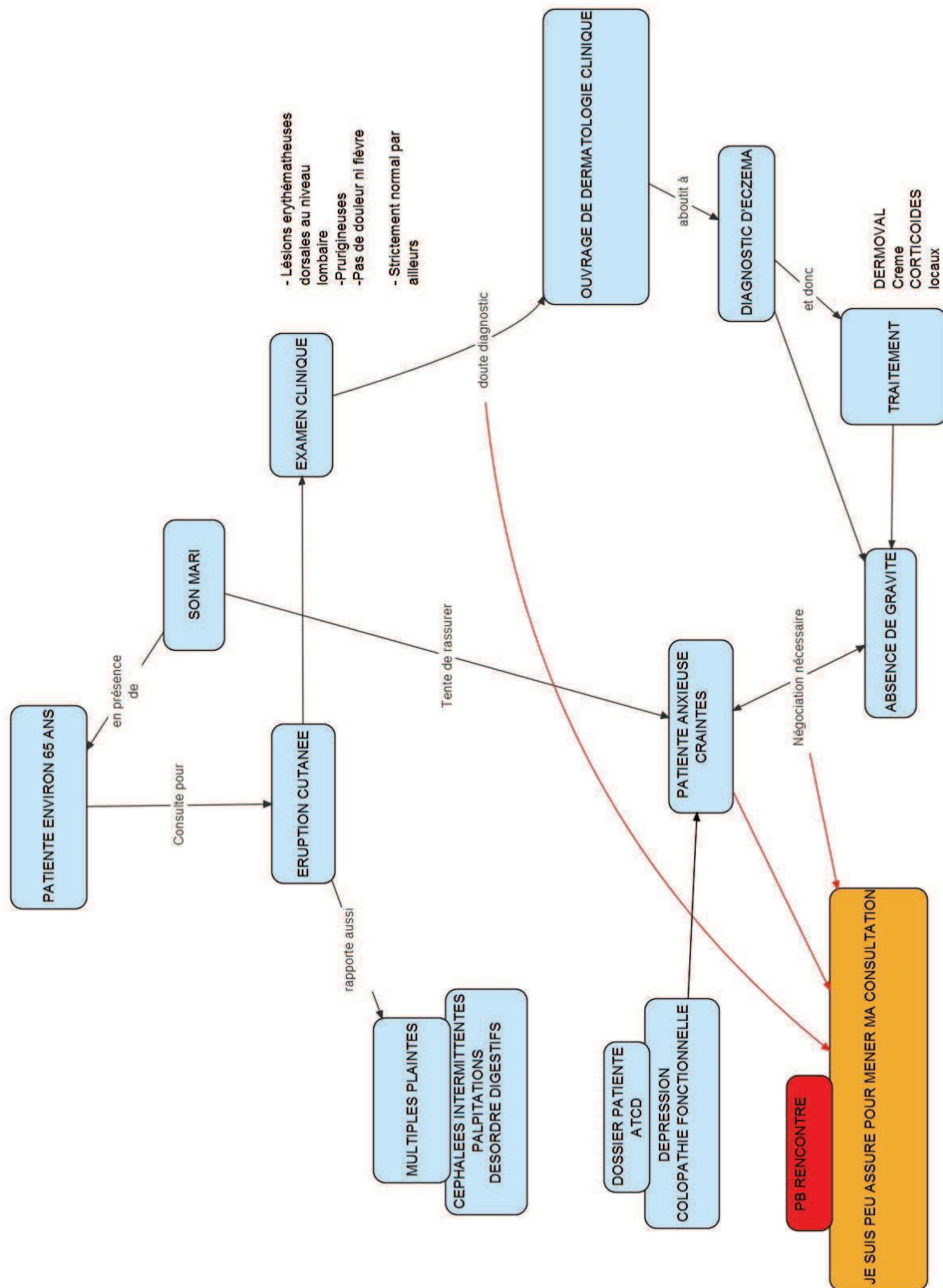
-MSU11:... de plus les impliquer, de les aider.

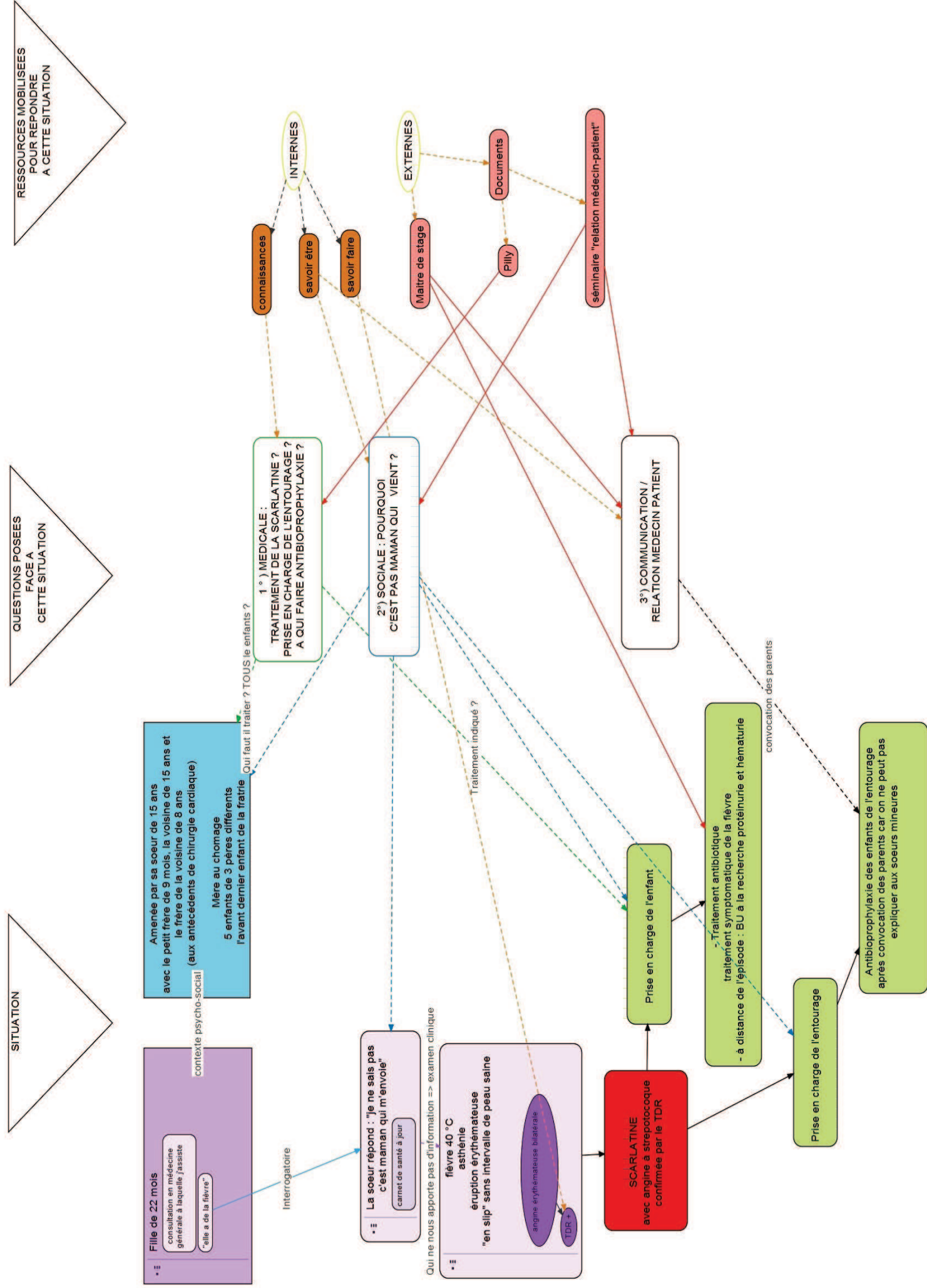
-M:D'accord.Et ben très bien.L'entretien est terminé.

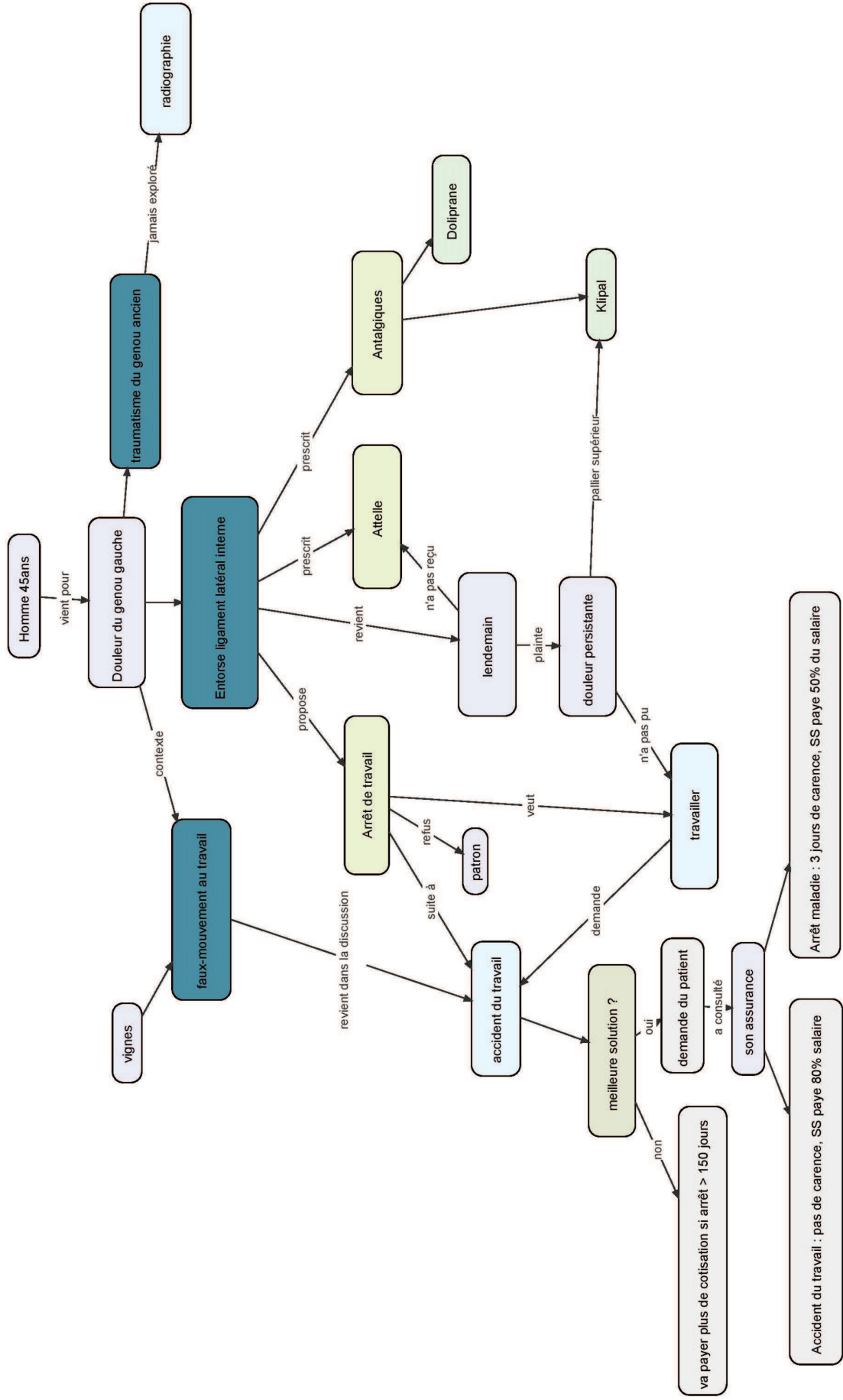
VII.5 – Traces d'apprentissages sous forme de cartes conceptuelles réalisées par les internes

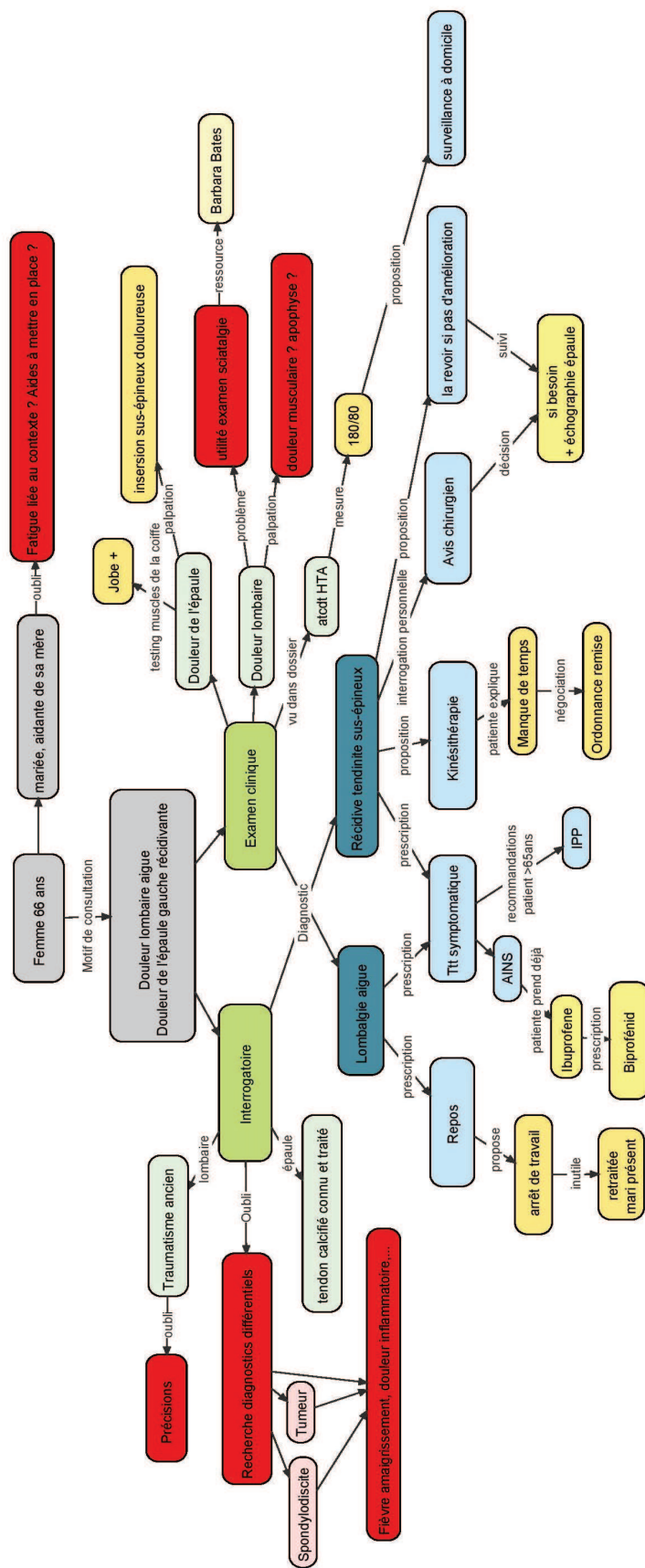




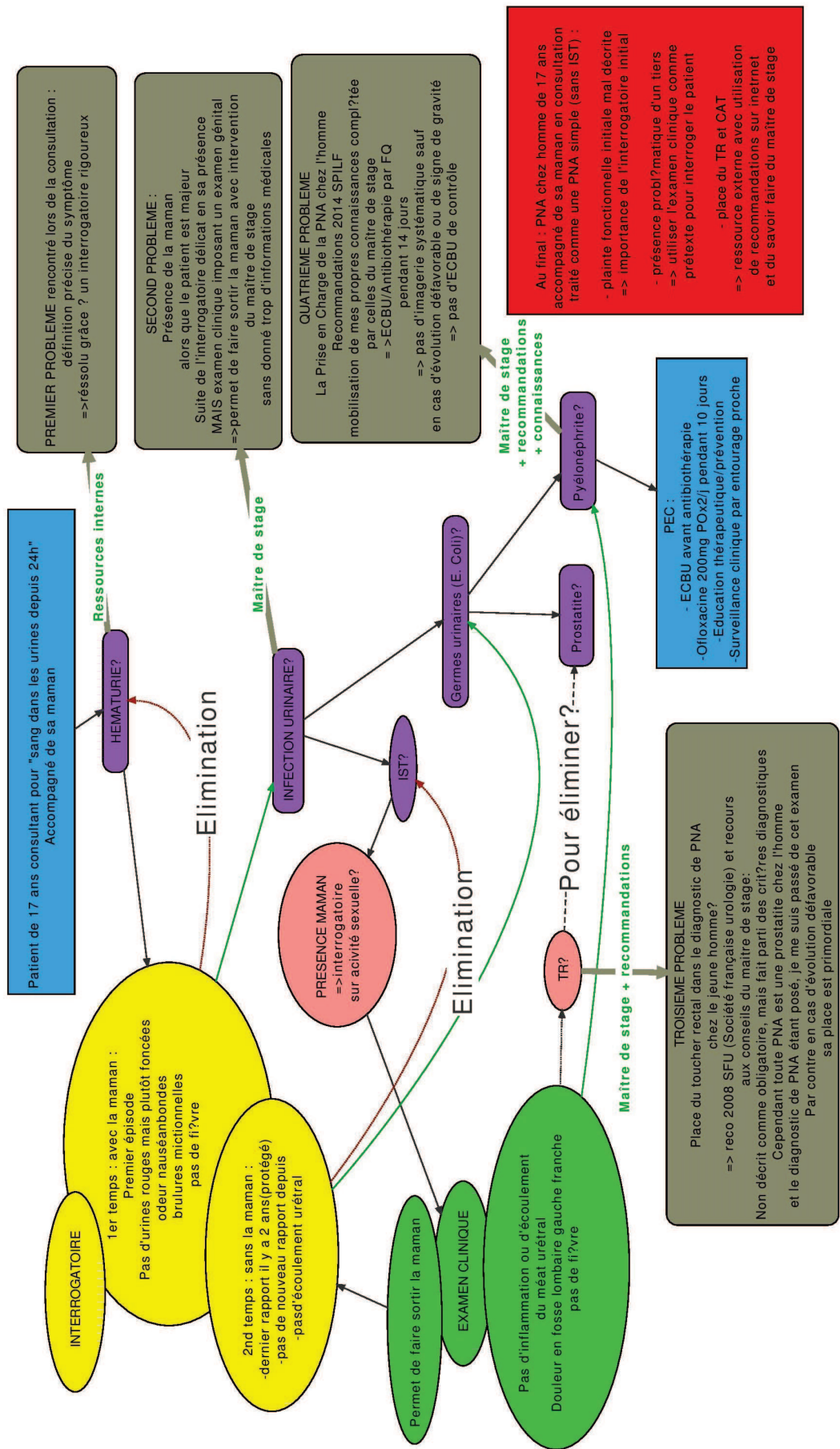


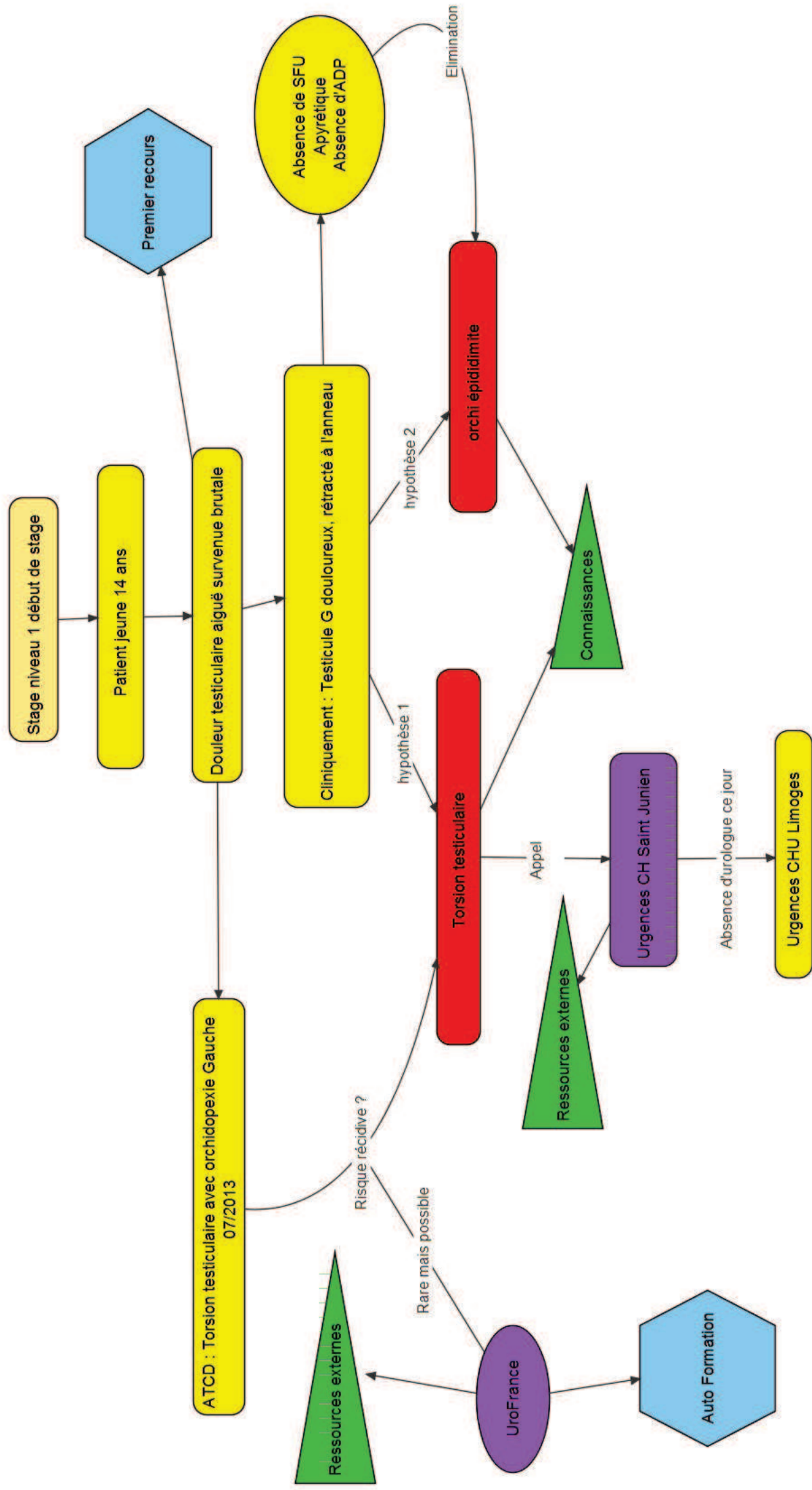


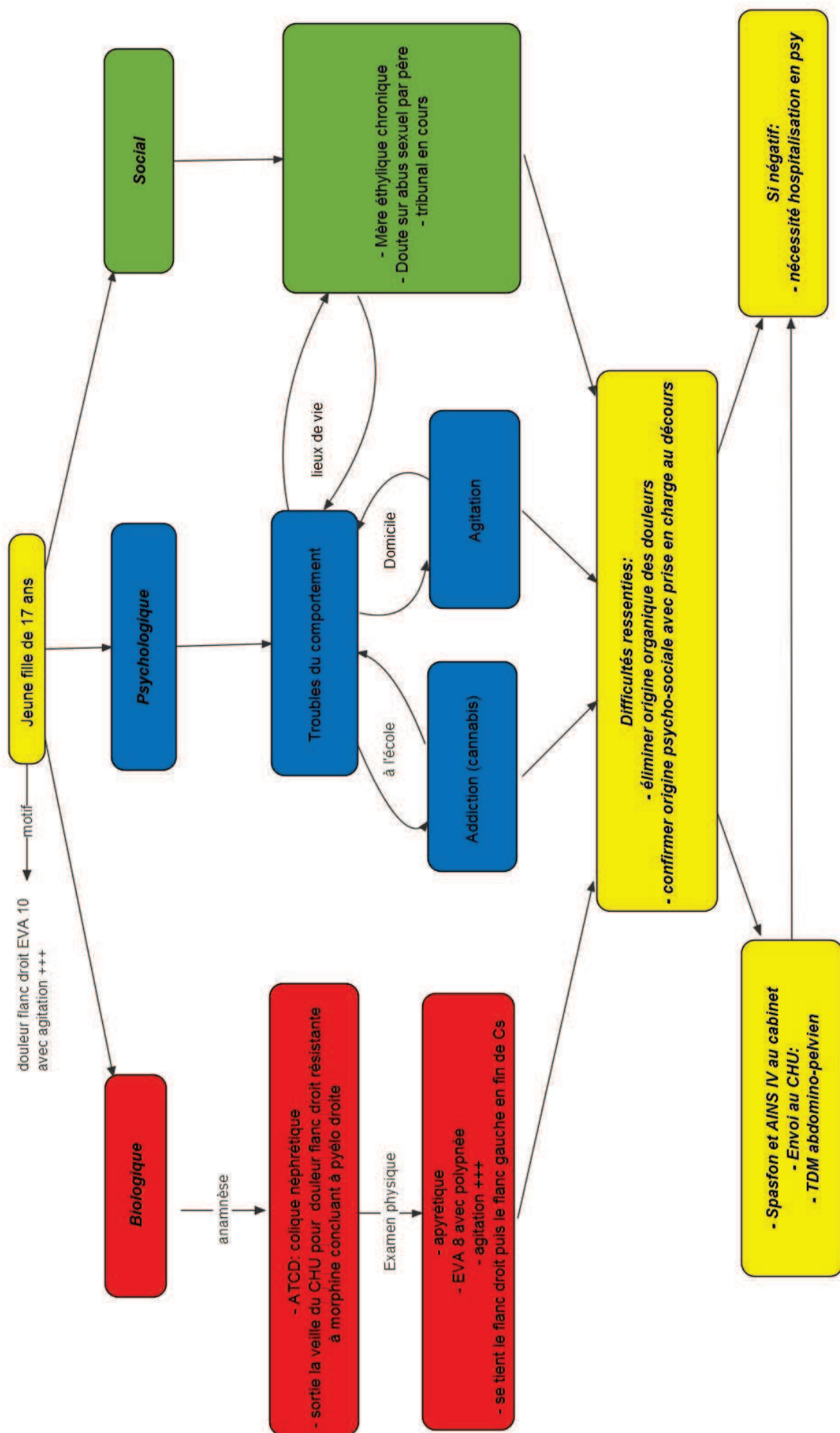


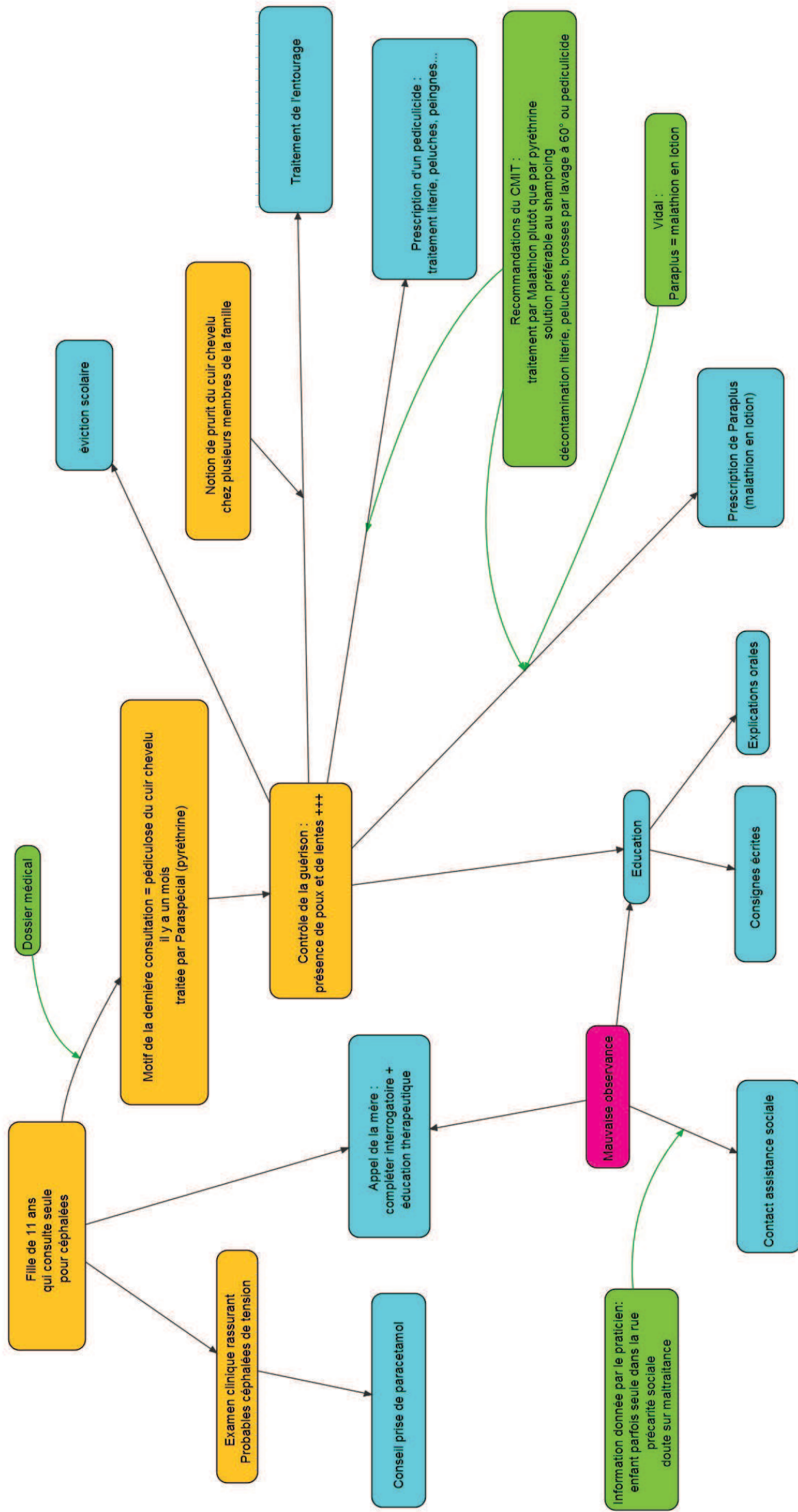


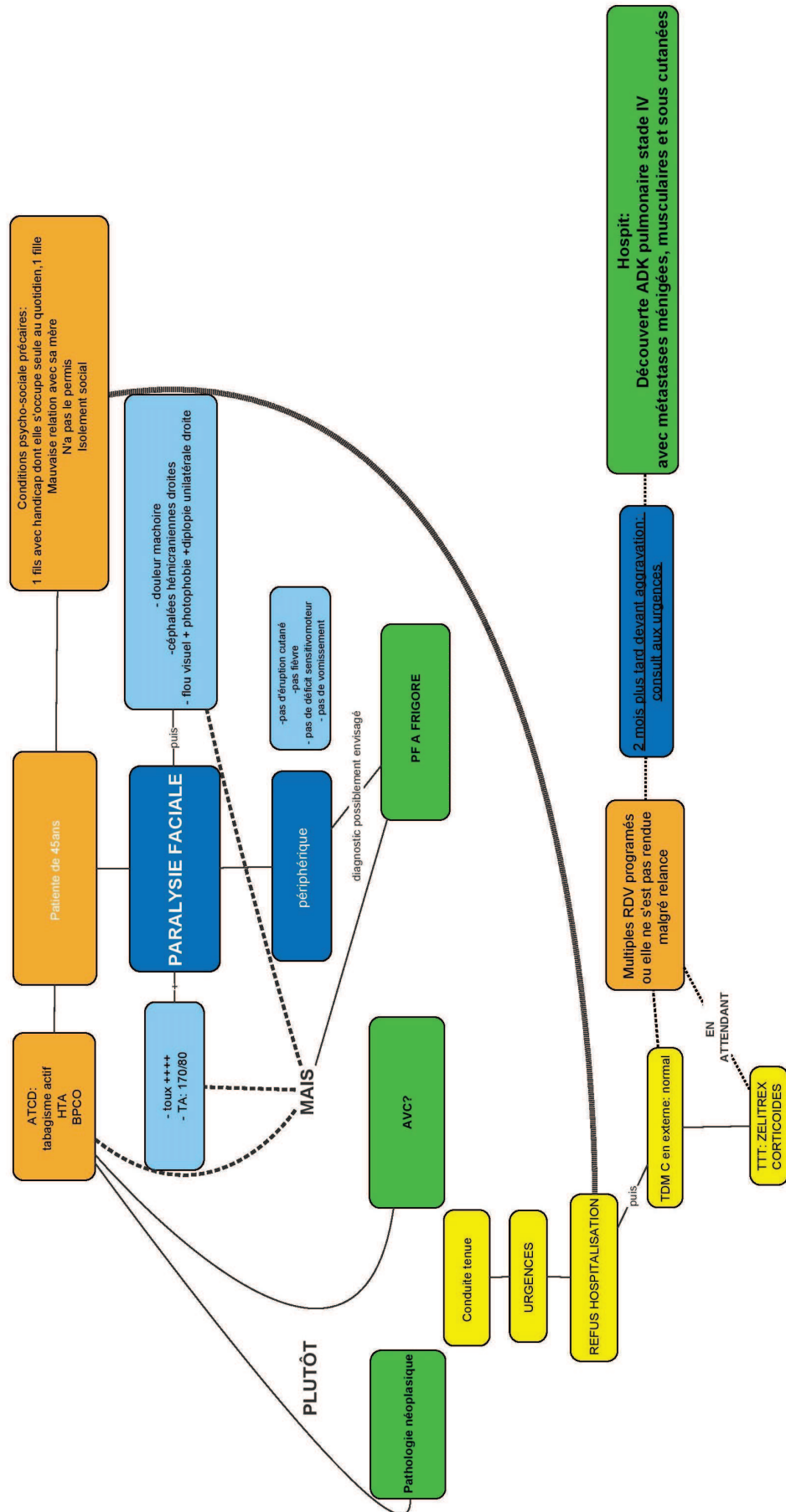












RESUME

INTRODUCTION : La formation des internes en médecine générale repose sur pédagogie basée sur les apprentissages dans une approche par compétences pour laquelle de nombreux outils sont proposés. La recherche d'outils plus performants par le DMG de Poitiers nous amène à considérer l'apport des cartes conceptuelles. La validité de cet outil dans l'acquisition des compétences a été étudiée dans de nombreuses disciplines, dont la médecine générale. Mais aucune étude ne l'a jusqu'à présent étudiée dans le cadre d'une présentation de trace d'apprentissage, c'est-à-dire, d'un cas clinique vécu.

OBJECTIF : Recueillir le ressenti des maîtres de stage universitaire en médecine générale sur la présentation d'une trace d'apprentissage réalisée par leur interne sous forme de carte conceptuelle lors d'une rétro-action.

METHODE : Nous avons formé 14 internes en médecine générale à la réalisation de cartes conceptuelles. Après réalisation d'une trace d'apprentissage sous forme de carte conceptuelle et présentation de leur travail à leur maître de stage universitaire pour rétro-action, nous avons mené une enquête qualitative par entretiens semi-dirigés. Les entretiens ont été analysés selon une méthode d'analyse thématique.

RESULTATS : Nous avons interviewé 11 maîtres de stage universitaire. Leurs ressentis ont été de trois types : positifs avec intérêt pour utiliser personnellement cet outil, négatifs avec rejet de l'outil et mitigés avec intérêt pour cet outil mais pas pour une utilisation personnelle.

DISCUSSION : A travers ces entretiens, nous avons recueillis les avis des maîtres de stage par rapport à ce qu'ils pensent des cartes conceptuelles et ce, sur plusieurs plans : sur la forme, le contenu, le public et les procédés psycho-pédagogiques mis ou non en jeu. Les avis sur la forme de l'outil ont plutôt porté sur la clarté. Les avis sur le contenu que permet l'outil ont porté sur l'utilité de l'outil dans la présentation de cas cliniques, dans la guidance lors des rétro-actions et dans l'évaluation des compétences. Les avis sur le public de cet outil ont porté sur les caractéristiques des utilisateurs (internes et enseignants) ainsi que sur les contextes de son utilisation. Les avis sur les procédés psycho-pédagogiques ont porté sur l'apport de l'outil sur les mécanismes de la pensée (conceptualisation de la pensée, compréhension, mémorisation), l'accrochage de l'attention (réflexivité, autonomisation, plaisir).

CONCLUSION : L'accueil globalement très positif de la technique nous permet d'envisager des pistes de recherche et une formation étendue à tous les internes en médecine générale ainsi qu'aux maîtres de stage universitaires. Nous proposons également des recommandations pour une formation aux cartes conceptuelles plus adaptée et pour des critères d'hétéro-évaluation des traces d'apprentissages réalisées sous forme de carte conceptuelle.

MOTS CLES :

Carte conceptuelle – interne de médecine générale – trace d'apprentissage – apprentissage par compétence

Concept maps – general medicine resident – portfolio based learning - competence

MUNGRA Marie; Directeur : Dr ARCHAMBAULT Pierrick; Président : Pr GOMES José

Ressenti des Maîtres de Stage Universitaire en Médecine Générale de Poitou-Charentes sur la présentation d'une trace d'apprentissage sous forme de carte conceptuelle par leur interne.

Faculté de médecine et de pharmacie, Département de médecine générale

6, Rue de la Milétrie, TSA 51115, 86073 Poitiers Cedex 9



UNIVERSITÉ DE POITIERS

Faculté de Médecine et de
Pharmacie



SERMENT



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

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



RESUME

INTRODUCTION : La formation des internes en médecine générale repose sur pédagogie basée sur les apprentissages dans une approche par compétences pour laquelle de nombreux outils sont proposés. La recherche d'outils plus performants par le DMG de Poitiers nous amène à considérer l'apport des cartes conceptuelles. La validité de cet outil dans l'acquisition des compétences a été étudiée dans de nombreuses disciplines, dont la médecine générale. Mais aucune étude ne l'a jusqu'à présent étudiée dans le cadre d'une présentation de trace d'apprentissage, c'est-à-dire, d'un cas clinique vécu.

OBJECTIF : Recueillir le ressenti des maîtres de stage universitaire en médecine générale sur la présentation d'une trace d'apprentissage réalisée par leur interne sous forme de carte conceptuelle lors d'une rétro-action.

METHODE : Nous avons formé 14 internes en médecine générale à la réalisation de cartes conceptuelles. Après réalisation d'une trace d'apprentissage sous forme de carte conceptuelle et présentation de leur travail à leur maître de stage universitaire pour rétro-action, nous avons mené une enquête qualitative par entretiens semi-dirigés. Les entretiens ont été analysés selon une méthode d'analyse thématique.

RESULTATS : Nous avons interviewé 11 maîtres de stage universitaire. Leurs ressentis ont été de trois types : positifs avec intérêt pour utiliser personnellement cet outil, négatifs avec rejet de l'outil et mitigés avec intérêt pour cet outil mais pas pour une utilisation personnelle.

DISCUSSION : A travers ces entretiens, nous avons recueillis les avis des maîtres de stage par rapport à ce qu'ils pensent des cartes conceptuelles et ce, sur plusieurs plans : sur la forme, le contenu, le public et les procédés psycho-pédagogiques mis ou non en jeu. Les avis sur la forme de l'outil ont plutôt porté sur la clarté. Les avis sur le contenu que permet l'outil ont porté sur l'utilité de l'outil dans la présentation de cas cliniques, dans la guidance lors des rétro-actions et dans l'évaluation des compétences. Les avis sur le public de cet outil ont porté sur les caractéristiques des utilisateurs (internes et enseignants) ainsi que sur les contextes de son utilisation. Les avis sur les procédés psycho-pédagogiques ont porté sur l'apport de l'outil sur les mécanismes de la pensée (conceptualisation de la pensée, compréhension, mémorisation), l'accrochage de l'attention (réflexivité, autonomisation, plaisir).

CONCLUSION : L'accueil globalement très positif de la technique nous permet d'envisager des pistes de recherche et une formation étendue à tous les internes en médecine générale ainsi qu'aux maîtres de stage universitaires. Nous proposons également des recommandations pour une formation aux cartes conceptuelles plus adaptée et pour des critères d'hétéro-évaluation des traces d'apprentissages réalisées sous forme de carte conceptuelle.

MOTS CLES :

Carte conceptuelle – interne de médecine générale – trace d'apprentissage – apprentissage par compétence

Concept maps – general medicine resident – portfolio based learning - competence

MUNGRA Marie; Directeur : Dr ARCHAMBAULT Pierrick; Président : Pr GOMES José

Ressenti des Maîtres de Stage Universitaire en Médecine Générale de Poitou-Charentes sur la présentation d'une trace d'apprentissage sous forme de carte conceptuelle par leur interne.

Faculté de médecine et de pharmacie, Département de médecine générale

6, Rue de la Milétrie, TSA 51115, 86073 Poitiers Cedex 9