

UNIVERSITE DE NANTES

FACULTE DE MEDECINE

Année 2004

N°28

THESE

Pour le

DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE

Qualification en Médecine Générale

Par

Virginie LE GAC

Née le 11 juillet 1969 à Lorient

Présentée et soutenue publiquement le 15 juin 2004

LE RECIT DE SITUATION COMPLEXE ET AUTHENTIQUE :

Recherche documentaire et intérêt pédagogique à partir de récits du

Département de Médecine Générale

Président : Monsieur le Professeur J. BARRIER

Directeur de thèse : Monsieur le Docteur P. LE MAUFF

A notre Président de Thèse, Monsieur le Professeur J. BARRIER,

Professeur de la Faculté de Médecine de Nantes,

Qu'il trouve ici l'expression de notre reconnaissance pour l'honneur qu'il nous fait en acceptant de présider ce jury.

A Monsieur le Professeur Y. MAUGARS,

Professeur de la Faculté de Médecine de NANTES, qui nous fait l'honneur et la gentillesse de participer au jury de cette Thèse.

A Monsieur le Professeur Ph. LECONTE,

Professeur de la Faculté de Médecine de Nantes, qui nous fait l'honneur et le plaisir de participer au jury de cette Thèse.

A Monsieur le Docteur P. LE MAUFF,

notre Directeur de Thèse et membre du jury,

Maître de conférence de la Faculté de Médecine de Nantes,

Qu'il reçoive tous mes remerciements pour son enthousiasme, sa disponibilité, sa confiance.

A Monsieur le Docteur P. POTTIER,

Docteur en Médecine, qui nous fait l'honneur et la gentillesse de participer au jury de cette Thèse.

A mes enfants, Marion, Céline et Pierre,

Pour leur patience et leur innocence.

A mes parents,

Pour leur soutien et leur confiance.

A mon frère, Philippe,

Pour ses conseils avisés et son dévouement.

A mes amis, Bernard, Dominique, Christine et Didier,

Pour leur soutien, leur aide et leur écoute.

INTRODUCTION	6
PREAMBULE	7
CONCEPTS GENERAUX	7
INSTITUTIONNELS	7

LA COMPETENCE.....	8
LE PARADIGME D'APPRENTISSAGE.....	9
LA PRATIQUE REFLEXIVE.....	10
LA RETROACTION.....	14
LE RECIT DE SITUATION COMPLEXE ET AUTHENTIQUE.....	15
CONTEXTE.....	15
DEFINITION.....	16
STRUCTURE.....	18
METHODES ET MOYENS.....	21
RESULTATS.....	23
R1 : MADEMOISELLE J. par G.L.....	24
ANALYSE.....	24
CONCLUSION.....	25
R2 : MATTEO par G.L.....	26
ANALYSE.....	26
CONCLUSION.....	27
R3 : MONSIEUR G.M. par D.P.	28
ANALYSE.....	28
CONCLUSION.....	29
R4 : MADAME K.R. par F.N.	30
ANALYSE.....	30
CONCLUSION.....	31
R5 : MADAME G.G. par F.N.	32
CONCLUSION.....	33
R6 : SAMUEL par A.R.....	34
CONCLUSION.....	35
R7 : MADAME C.MARIE JOSEPHE par K.E.	37
CONCLUSION.....	38
R8 : MADEMOISELLE LEONIE M. par M.G.	39
CONCLUSION.....	40
DISCUSSION.....	42
DE LA METHODE ET DES MOYENS.....	42
DES RSCA.....	42
HETEROGENEITE.....	42
COMPETENCES ILLUSTRÉES.....	46
SYNTHESE.....	46
DE LA RETROACTION PEDAGOGIQUE.....	47
APPROPRIATION DE L'OUTIL D'EVALUATION.....	47
CRITERES D'EVALUATION.....	48
EFFICACITE.....	48
SYNTHESE.....	49
CONCLUSION.....	50
Bibliographie.....	51
ANNEXES.....	54

INTRODUCTION

Après la joie d'être reçue au concours du Premier Cycle des Etudes Médicales, mon cursus universitaire a été plutôt chaotique. Les nombreux enseignements théoriques qu'il nous fallait rabâcher ne trouvaient pas de sens dans les quelques heures passées en stage clinique. J'avais le sentiment que le temps passé sur les bancs de la Faculté ne serait pas suffisant pour devenir un bon médecin.

Après un moment de doute, j'ai choisi de m'orienter vers la Médecine Générale qui prend en compte le patient dans sa globalité, dans son environnement socioculturel, dans sa complexité.

C'est donc naturellement que j'ai milité pour la reconnaissance de la Médecine Générale en tant que discipline clinique à part entière. Cette reconnaissance ne pouvait passer que par une formation spécifique et de qualité dans des situations en rapport avec notre pratique future.

En tant qu'étudiante, et donc non formée à la Pédagogie, il m'était difficile d'appréhender les méthodes à promouvoir pour améliorer cette formation. Monsieur Le Professeur Barrier m'en a donné l'occasion en m'encourageant à suivre le Diplôme Inter-Universitaire de Pédagogie.

Ultérieurement, le Département de Médecine Générale de Nantes m'a proposé de travailler sur un nouvel outil d'enseignement mis en œuvre dans le cadre du Diplôme d'Etudes Spécialisées de Médecine Générale : le Récit de Situation Complexe et Authentique.

Cette Thèse m'a permis d'aborder plus concrètement la Pédagogie Médicale et plus largement d'approcher les Sciences Humaines. Ce travail contribue autant à des changements dans ma vie professionnelle que personnelle. J'y ai découvert que ma motivation à choisir la voie de la Médecine est sa place entre Humanisme et Science.

PREAMBULE

CONCEPTS GENERAUX

INSTITUTIONNELS

Dans le contexte politique et social actuel former des médecins capables de remplir avec compétence les rôles professionnels qui les attendent et maintenir ces compétences est une exigence (1).

Le troisième cycle des études médicales a pour objectif de former des praticiens compétents dans leur discipline de spécialisation, ici la Médecine Générale.

La mise en place du Diplôme d'Etudes Spécialisées de Médecine Générale (DES), instauré par le décret 2004-67 (2) nécessite un travail de conceptualisation puis une mise en œuvre pratique pour les Départements de Médecine Générale (DMG) afin de former des professionnels compétents en Médecine Générale.

L'organisation du troisième cycle des études médicales est réglementée par l'arrêté du 19 octobre 2001 (3). La formation du D.E.S de Médecine Générale s'étale sur trois ans et s'articule autour d'un enseignement théorique de deux cents heures et d'une maquette de six stages pratiques :

- quatre stages hospitaliers (urgences, mère-enfant, médecine adulte polyvalente, indifférencié) dans des services agréés pour la Médecine Générale
- un stage chez un praticien de Médecine Générale, en contexte de soins primaires

- un stage préférentiellement ambulatoire (réglementation en cours)

Ce programme vise à ce que des étudiants en Médecine deviennent des professionnels.

Le Conseil Pédagogique de la Conférence Internationale des Doyens des Facultés de Médecine d'Expression Française (CIDMEF) recommande pour la formation au professionnalisme des futurs médecins (4) :

- de viser l'acquisition de réelles compétences éthiques,
- de développer des méthodes pédagogiques adaptées aux compétences à construire.

Il convient donc de définir :

- la notion de compétence,
- les concepts pédagogiques facilitant l'acquisition et le développement des compétences.

LA COMPETENCE

« la compétence est la prise d'initiative et de responsabilité de l'individu sur des situations professionnelles auxquelles il est confronté » Zarifian (1999)

La compétence renvoie à une action réussie (5). C'est un savoir-agir complexe. C'est la capacité à mobiliser efficacement et judicieusement des ressources cognitives (connaissances déclaratives, procédurales, conditionnelles), organisées en schèmes opératoires afin d'obtenir une performance, dans un domaine donné. La compétence n'est donc pas une juxtaposition de connaissance mais une construction qui permet d'identifier et de résoudre les problèmes dans une situation donnée. La qualité de l'organisation des ressources est tout aussi importante que leur quantité.

La compétence n'apparaît et n'est observable qu'en situation de travail. Elle est contextualisée.

Les compétences ne peuvent pas être enseignées directement mais il faut créer les conditions de leur développement et leur acquisition de façon durable (6).

La compétence ne se conçoit que dans un contexte donné, une situation particulière. Ce n'est pas une qualité ou un état en soi de l'individu. Une personne est compétente pour faire telle ou telle action, dans tel ou tel domaine.

Le domaine considéré est celui de la Médecine Générale. Le contexte de formation des futurs médecins généralistes a été défini par les Institutions.

LE PARADIGME D'APPRENTISSAGE

Un paradigme est un ensemble de pré-supposés scientifiques, de postulats ou de croyances, partagés à un moment donné par une communauté, qui fournit à celle-ci un cadre conceptuel pour formuler, comprendre et résoudre des problèmes (7).

Issu de plusieurs courants conceptuels (psychologie humaniste, pédagogie d'adulte, perspective constructiviste, « démarche qualité »), le paradigme d'apprentissage inspire actuellement les changements pédagogiques considérés comme les plus innovants en éducation médicale.

Il repose sur plusieurs principes :

- Les étudiants construisent leurs connaissances de façon individuelle, à partir des questions qu'ils se posent en interaction avec leurs professeurs et leurs pairs,
- Les étudiants traitent activement l'information à l'occasion d'activités de recherche, d'analyse critique, de résolution de problèmes,

- Les connaissances sont construites prioritairement à partir des contextes authentiques
- Le professeur est conçu avant tout comme un facilitateur des apprentissages
- L'évaluation est enchâssée dans les activités d'enseignement et d'apprentissage
- L'évaluation est utilisée pour promouvoir et diagnostiquer les apprentissages

L'évaluation se préoccupe autant du processus que du résultat et exploite les erreurs pour développer les apprentissages.

L'évaluation est donc un élément essentiel du processus d'apprentissage des compétences. En cohérence avec ces principes, le courant de l'évaluation authentique considère que les situations les plus appropriées pour révéler les connaissances et compétences des étudiants sont les tâches professionnelles (8).

Ce sont essentiellement les tâches complètes complexes et signifiantes pour les étudiants qui peuvent révéler des informations sur leurs stratégies cognitives et métacognitives. Les tâches doivent être complètes pour obliger le recours aux interactions entre les composantes de la compétence. Elles sont signifiantes puisqu'elles nécessitent des connaissances spécifiques. Elles sont complexes car elles placent l'étudiant dans un contexte où l'usage de stratégies cognitives et métacognitives est nécessaire à la réalisation de la tâche.

LA PRATIQUE REFLEXIVE

Dans le domaine de l'Education, Perrenoud a exposé un modèle de formation orientée vers des compétences de haut niveau. Celui-ci s'appuie sur la pratique réflexive qui est au cœur de toutes les compétences professionnelles et constitutive de leur fonctionnement et de leur développement. La pratique réflexive est autant une méthode qu'un objectif de formation (9).

APPROCHE CONCEPTUELLE

La pratique réflexive, conceptualisée par Schön, réhabilite l'intuition et l'intelligence pratique. En effet de nombreux problèmes que traite un professionnel ne figurent pas dans les livres et ne peuvent pas être résolus uniquement avec les savoirs théoriques et procéduraux enseignés.

Devant une situation inattendue, le praticien élabore une réflexion « dans » l'action puis à distance « sur » l'action. Cette activité métacognitive réclame une description de l'action puis une analyse de l'action. Le praticien s'interroge sur la validité de ses connaissances ou savoirs (savoirs-savants, savoirs-faire, savoirs-être), sur la nécessité d'en acquérir de nouveaux, d'en modifier ; ainsi sa pratique évolue, se transforme dans un mouvement d'amélioration et d'acquisition de compétences. Autrement dit le praticien est dans une démarche d'auto-évaluation et d'auto-formation.

Accélérer le processus d'auto-formation est le rôle du formateur. Il observe, attire l'attention, suggère. Il cherche à développer les compétences de l'apprenant.

L'adoption de ce paradigme dans le monde francophone s'est particulièrement développée dans le monde de l'éducation alors que différentes pratiques s'y référaient telles l'entretien d'explicitation ou les ateliers de praxéologie (10) ainsi que l'analyse de pratique. Un autre support de la réflexion sur son action est l'utilisation d'écrits.

ETUDES DE RECITS

Dans les pays anglo-saxons, des enseignements se sont développés autour et à partir de récits, qu'il s'agisse de récits écrits par les étudiants ou d'origine littéraire (11,12).

Les récits relatant les expériences des internes pourvoient à la compréhension de ce qui se joue entre l'interaction des résidents avec leurs patients, leurs questionnements personnels et

leurs engagements durant les stages de professionnalisation. Ce modèle pédagogique encourage la pratique réflexive, ainsi le résident peut comprendre comment ses expériences influencent ses apprentissages et sa vie professionnelle(13).

Lire des œuvres littéraires ou écrire dans un style narratif permet aux médecins de mieux comprendre les péripéties des patients et de progresser dans la connaissance de soi. L'approche littéraire contribue à une pratique médicale éthique, satisfaisante et efficace (14).

Récit de pratique

Cette pratique est à rapprocher de celle du récit de vie ou histoire de vie. A la suite de Pineau puis de Dominicé, l'utilisation des récits de vie comme processus de formation s'est développé dans les sciences de l'éducation francophone. Le récit de vie replace l'enseigné comme sujet de sa formation, lui permet de s'approprier son propre parcours de formation, d'être dans un processus d'auto-formation (15).

L'histoire de vie est une construction à plusieurs niveaux :

- le regard du présent sur le passé,
- ceci dans un contexte particulier d'interaction sociale entre un narrateur et un interlocuteur situé institutionnellement, dans une relation d'écoute et un climat de confiance et de respect,
- cela permet le travail d'adaptation, de mise en forme par le passage à l'écrit,
- dans un but prédéfini et qui donne lieu à des suites.

En contexte de formation, la narration n'est pas l'exclusivité du narrateur et l'analyse celle du formateur. La relation entre formé et formateur se situe dans un modèle de dialogue ; le

formateur est là comme facilitateur de la mise en mots, de l'émergence de l'implicite à l'explicite dans une relation empathique qui aide le formé dans l'analyse de son expérience.

Dans cette fonction, il faut se garder de faire du récit de vie un outil thérapeutique. Le narrateur fait un travail sur sa pratique qui l'amène à un travail sur lui même dans une fonction sociale, professionnelle.

Le récit dans le contexte de l'entrevue médicale

Dans un premier temps, le patient se présente au médecin avec un récit, il raconte un moment de sa vie. Ce qu'il vit est unique, contextualisé. Le praticien opère alors une interprétation, une sélection, une classification des données fournies par le patient en fonction de son habitus. En passant à l'écriture, le praticien peut prendre le temps de décrire la situation et comment cela c'est passé. C'est un travail de conscientisation. L'écrit a un effet structurant et permet de garder une trace utile à l'analyse.

Lorsqu'elle s'inscrit dans un processus de formation, cette description n'est pas une simple « retranscription ». L'auteur qui est aussi l'acteur s'implique et en ce sens il y a subjectivité. Dans la pratique médicale, l'auteur-acteur se doit aussi d'être objectif dans sa description de l'autre et se garder de donner trop vite une conclusion sans avoir établi les faits, avoir exploré et confronté les interprétations (9).

Ainsi l'utilisation du récit en formation médicale initiale se présente sur deux niveaux :

- la relation formé-formateur
- la relation médecin-patient

Ces modes de relation sont des expressions différentes du désir d'aide et de la volonté de progrès, d'évolution. Le formateur, le médecin sont au service du formé ou du malade pour

les aider à accéder à leur épanouissement affectif et intellectuel (16); ce qui se produit dans la relation pédagogique peut être transposé dans la relation thérapeutique ou relation d'aide.

Suite à l'utilisation des récits en formation médicale, Greenhalgh et Hurwitz ont développé le concept de " narrative based medicine " (17).Le patient raconte sa maladie et ce récit permet une approche holistique du patient. L'étude du récit a d'autres apports :

- Elle encourage l'empathie et favorise la compréhension entre praticien et patient,
- Elle prend en compte l'interprétation sémiotique,
- Elle peut fournir des pistes d'analyse diagnostique,
- Elle encourage une prise en charge thérapeutique de façon exhaustive,
- Elle peut suggérer d'autres options thérapeutiques,
- Elle participe à l'éducation des patients et des professionnels de santé,
- Elle encourage la pratique réflexive.

LA RETROACTION

En éducation, le formateur soutient la pratique réflexive de l'étudiant. Il lui fournit un éclairage objectif sur ses actions et leurs conséquences. Il aide à la prise de conscience des erreurs, des difficultés rencontrées, des pistes possibles pour améliorer ses compétences. Ces informations en retour sont une opportunité pour l'étudiant de modifier ses pratiques pour améliorer sa performance. C'est une rétroaction ou feedback (18).

Le feedback aide l'étudiant à s'auto-évaluer mais permet aussi à l'enseignant de s'adapter aux besoins de l'étudiant. La rétroaction doit porter sur la performance de l'étudiant par rapport aux buts prédéfinis. Il est donc important d'avoir un référentiel de compétences à acquérir.

Sans feedback, l'apprentissage est retardé. L'étudiant peut ne pas percevoir ses erreurs, construire des conceptions erronées, s'ancrer dans de mauvaises habitudes ou abandonner sans le savoir des modalités d'action efficaces.

Le feedback est donc un élément essentiel de la formation clinique.

LE RECIT DE SITUATION COMPLEXE ET AUTHENTIQUE

CONTEXTE

Le DMG de la Faculté de Médecine de Nantes a décidé de répondre à l'objectif de formation de Médecins Généralistes compétents par une structuration la plus complète possible du D.E.S de Médecine Générale (19).

Le positionnement pédagogique est donc clairement centré sur les compétences et s'appuie sur le paradigme d'apprentissage, la perspective constructiviste des apprentissages et le courant de l'évaluation authentique. Cette orientation conceptuelle est cohérente (7).

Dans ce cadre, le Département de Médecine Générale a élaboré des outils pour les étudiants et les maîtres d'apprentissage. Ainsi l'étudiant dispose d'un portfolio ou portefeuille de compétences.

Le portefeuille de compétences est un outil personnel pour l'interne, sorte de référentiel professionnel en construction, un outil pédagogique pour les maîtres d'apprentissage mais aussi un outil de validation du DES de Médecine Générale pour le DMG et la Faculté.

Cet outil est destiné à recueillir les traces d'apprentissage, les travaux de recherche et personnels, les interactions entre l'étudiant et les maîtres d'apprentissage. Parmi ces éléments, le portefeuille comporte des travaux «imposés» que sont les **Récits de Situation Complexe et Authentique** (RSCA). Les RSCA sont donc des traces d'apprentissage et seront un des éléments de validation du DES de Médecine Générale. En tant qu'outil d'évaluation aux fins de validation, le portefeuille de compétences doit contenir aux moins deux RSCA par stage soit douze RSCA.

L'objectif des RSCA est d'améliorer les compétences professionnelles de l'interne en favorisant la pratique réflexive. Il faut donc connaître les compétences génériques du médecin généraliste. Elles sont référencées (annexe I).

DEFINITION

Le RSCA n'est pas une « observation clinique» au sens médical du terme, c'est un travail de réflexion de l'interne sur une situation qu'il a personnellement vécue au cours de sa pratique professionnelle, lors d'un stage, hospitalier ou en médecine générale ambulatoire. Chaque terme de l'acronyme RSCA est important et nécessite une explicitation :

RECIT

C'est la relation des faits à l'écrit. La forme est libre, il peut s'agir d'un récit chronologique, d'un récit structuré permettant de suivre la démarche de résolution de problème(s) professionnel(s) ou d'un récit déstructuré, se focalisant sur les séquences marquantes de la situation.

SITUATION

« Ensemble des relations concrètes qui à un moment donné unissent un sujet ou un groupe au milieu et aux circonstances dans lesquels il doit vivre et agir » (20).

Ici, il s'agit d'une situation de pratique professionnelle hospitalière ou ambulatoire ayant un caractère exemplaire :

- elle appartient au champ de la médecine générale,
- elle n'est pas exceptionnelle (ce n'est pas une « histoire de chasse »),
- elle illustre bien une ou plusieurs fonctions du métier de médecin généraliste,
- elle est contextualisée : stage hospitalier (visite, contre visite, garde...) stage chez le praticien, Stage Ambulatoire en Soins Primaire en Autonomie Supervisée (consultation avec le maître de stage ou seul, visite à domicile).

COMPLEXE

Une situation complexe présente les caractéristiques suivantes :

- les indices n'y sont pas immédiatement disponibles et nécessitent une exploration minutieuse,
- elle présente un caractère pluridimensionnel : biomédical, psychoaffectif, environnemental, éthique, administratif, médico-légal, ...etc.
- plusieurs stratégies de résolution de problème existent, et il n'est pas toujours possibles de les hiérarchiser,
- la solution n'est pas univoque et plusieurs solutions peuvent avoir une pertinence comparable,
- les prises de décision se font en situation d'incertitude.

AUTHENTIQUE

C'est une situation réelle et réellement vécue par l'interne. Elle doit être relatée de la façon la plus objective possible pour les faits et de la façon la plus subjective possible pour ce qui est du vécu. L'interne est partie prenante de la situation, c'est un des acteurs de la situation. L'authenticité est donc le fruit de deux éléments : situation vécue et non inventée ou imaginée et situation restituée de la façon la plus juste par le narrateur, subjectivement pour ce qui est de ses émotions, objectivement pour ce qui est des faits.

STRUCTURE

Le RSCA comporte quatre parties « imposées »:

LE RECIT

Il ne s'agit pas d'être exhaustif, de chercher à relater tout ce qui s'est passé du début à la fin, mais de décrire le plus finement possible les moments forts ou les moments « à problème » de la situation. Doivent figurer dans le récit :

- Tous les indices perçus par l'interne permettant d'analyser le ou les problèmes : éléments sémiologiques, éléments biographiques du patient (histoire, environnement familial, social, culturel) qui ont du sens,
- Le reflet cognitif et affectif chez l'interne des informations recueillies,
- Les interactions relationnelles entre le patient, l'interne et l'environnement (facilitatrices ou bloquantes),
- Les stratégies de résolution de problème,
- Les éléments du respect de l'autonomie du patient, du consentement éclairé, de la décision partagée.

Le récit est sans interprétation à posteriori ni correction ni omission volontaire. L'exposé est descriptif et s'attache aux faits mais aussi au ressenti de celui qui écrit, à ce qu'il a perçu, analysé, fait, dit ainsi que ce qu'il n'a pas analysé, pas fait ou pas dit « consciemment ».

Le récit doit rendre compte au plus près de ce qui s'est passé, du point de vue de l'interne, pour que le maître d'apprentissage, pour faire son travail pédagogique, puisse se mettre « dans la peau » de l'interne.

L'ANALYSE

Une fois la narration faite, l'interne analyse le contenu de la situation. Ce travail réflexif ce fait à distance de l'action, une fois les émotions retombées. L'interne doit :

- expliciter le comment (il s'y est pris, il a analysé, il a décidé, il a échangé...),
- puis argumenter le pourquoi (il a fait ça, ou pas fait, dit ou pas dit, perçu ou pas perçu...).

Ce travail permet donc de décrire les compétences développées en situation professionnelle à un moment donné, dans un contexte donné, mais aussi les manques ou les imperfections et de rendre compte des processus méta cognitifs.

LES TACHES D'APPRENTISSAGE INDUITES

De l'auto-évaluation doit naître une auto-formation. L'interne ayant pointé des manques ou des erreurs se fixe des tâches d'apprentissages pour les corriger : recherche documentaire, avis de personne ressource, échanges entre pairs, formation, travail personnel... Ces tâches d'apprentissages doivent être décrites et analysées pour que le(s) maître(s) d'apprentissages puissent en évaluer la pertinence.

LA SYNTHÈSE

Elle reprend les points essentiels de l'auto-évaluation et de l'auto-formation réalisée par l'interne et leur impact en terme de modifications des connaissances antérieures (déclaratives ou théoriques et d'action ou pratiques).

Ainsi conçus par le DMG de Nantes, le but affiché des RSCA est d'améliorer les compétences professionnelles de l'interne par la pratique réflexive qui en contexte de formation réclame une rétroaction.

Pour atteindre ce but, il convient de vérifier si les RSCA :

- Explorent les compétences génériques du médecin généraliste,
- Permettent une auto-évaluation et une auto-formation de l'interne,
- Permettent une rétroaction pédagogique.

METHODES ET MOYENS

La mise en place officielle du D.E.S de Médecine Générale sera le premier novembre 2004.

Le D.M.G de Nantes prépare ce changement depuis deux ans et a déjà mis en place des interventions pédagogiques, des outils de formation et d'évaluation des internes.

Cette phase d'expérimentation en situation réelle permet d'évaluer et de corriger les imperfections inhérentes à toute nouvelle conception avant de l'appliquer à l'ensemble des étudiants.

La formation des enseignants à ces nouvelles méthodes nécessite du temps.

Le DMG a donc organisé un séminaire de formation pédagogique des praticiens chargés d'enseignement pour définir et s'approprier l'outil pédagogique « Récit de Situation Complexe et Authentique » et mettre au point un outil d'aide à l'évaluation des RSCA dans le cadre du DES de Médecine Générale à Nantes. Ce séminaire a eu lieu le 22 janvier 2004.

Les participants étaient douze chargés d'enseignement du DMG et moi-même. J'ai assisté à ce séminaire à la fois comme collaboratrice et observatrice dans l'objectif de réaliser un travail d'analyse des RSCA, objet de ma Thèse.

Le séminaire se décomposait en deux ateliers, chacun suivi d'un travail en réunion plénière des deux groupes.

A l'issue de ce séminaire, un cahier des charges du RSCA (définition, structure, fonction, éléments sur lesquels porte la rétroaction pédagogique) est élaboré (20) ainsi qu'une grille d'aide à l'évaluation des RSCA (annexe II).

Nous avons donc proposé aux internes en stage chez les praticiens de Médecine Générale et en Stage Ambulatoire en Soins Primaires en Autonomie Supervisée de rédiger des récits à partir de consultations qui leur paraissaient exemplaire de situation de médecine générale.

Pour réaliser une évaluation qualitative des RSCA, nous avons sélectionné un échantillon de huit RSCA remis au DMG de Nantes entre le 1^{er} février et le 30 avril 2004.

Pour chaque RSCA, nous analyserons le travail réalisé par l'interne et celui de l'enseignant, c'est à dire la rétroaction pédagogique, en fonction du cahier des charges défini au sein du DMG de Nantes.

RESULTATS

Chaque récit est présenté suivi de son évaluation et est affecté d'une référence.

La dénomination des patients est reprise telle qu'elle se présente dans le récit.

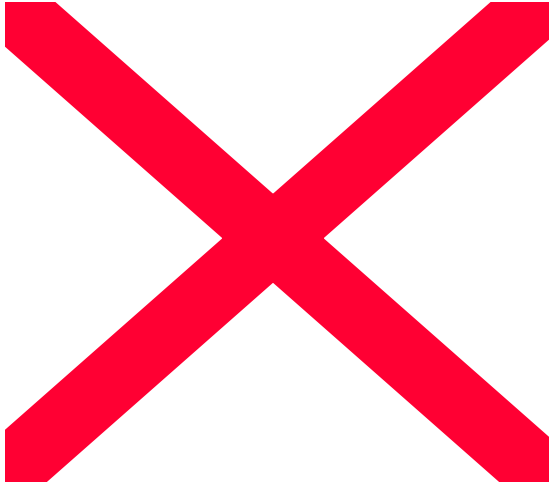
Les auteurs sont désignés par leurs initiales.

Les évaluations sont rendues anonymes.

- R1 : Mademoiselle J. par G.L.
- R2 : Mattéo par G.L.
- R3 : Monsieur G.M. par D.P.
- R4 : Madame K.R. par F.N.
- R5 : Madame G.G. par F.N.
- R6 : Samuel par A.R.
- R7 : Madame C.Marie Josèphe par K.E.
- R8 : Mademoiselle Léonie M. par M.G.

Remarque : Les récits sont souvent intitulés « script ». Il s'agit de la dénomination initiale qui a été changée pour éviter toute confusion avec la technique des tests de concordance de script et souligner la structure narrative des écrits demandés.

R1 : MADEMOISELLE J. par G.L.



DU TRAVAIL DE L'INTERNE

- Les définissants du RSCA sont respectés (récit, complexité, authenticité),
- Les éléments structurels sont retrouvés : récit, auto-analyse, auto-apprentissage ; manque une synthèse,
- l'auto-analyse a relevé quatre problématiques pertinentes par rapport à la médecine générale, touchant au domaine biomédical et à l'éthique mais n'a suscité que deux recherches personnelles de bonne qualité, essentiellement dans le domaine biomédical.

DE LA RETROACTION PEDAGOGIQUE

- La méthodologie du RSCA est analysée (définition, structure),
- La qualité de l'auto-évaluation et de l'auto-formation est évaluée et les lacunes pointées (relation médecin-patient, médecin-entourage),
- Des recommandations sont faites : pistes de réflexion, piste de recherche.

CONCLUSION

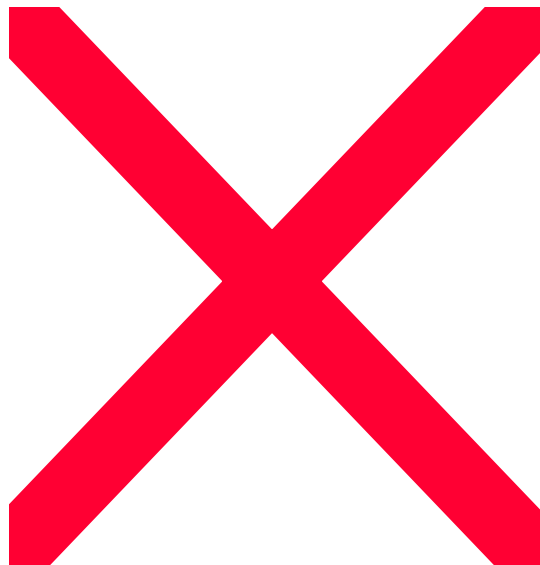
POUR L'INTERNE

- Bonne appropriation de l'outil RSCA,
- Bonne pratique réflexive mais l'interrogation et la recherche sont limitées car s'attachent au domaine biomédical,
- Recherches ne relevant pas du domaine biomédical succinctes,
- Impact du « formatage » biomédical qui limite l'action sur les compétences,
- Compétences illustrées selon le référentiel : 1, 2, 4, 5, 6, 11.

POUR L'ENSEIGNANT

- Bonne appropriation de l'outil d'aide à l'évaluation,

- Critères d'évaluation renseignés dans le texte et par la grille,
- suggestions formulées,
- Pas de jugement de valeur sur l'interne mais donne une note « par habitude » et pour éviter la frustration de l'interne,
- Pas de pointage systématique des compétences génériques de l'interne.



DU TRAVAIL DE L'INTERNE

- Les définissants du RSCA sont respectés : récit, complexité, authenticité,
- Il manque une synthèse dans les éléments structurels retrouvés,
- L'auto-analyse a relevé deux problématiques, pertinente en médecine générale mais limitées au domaine biomédical ; la recherche est bonne dans ce domaine,
- Le domaine psychoaffectif et la relation médecin-patient sont occultés et il n'y a pas de recherche relative à ces éléments.

DE LA RETROACTION PEDAGOGIQUE

- La méthodologie du RSCA est analysée (définition, structure),
- La qualité de l'auto-évaluation et de l'auto-formation est évaluée et les lacunes pointées (relation médecin-patient, interrelation médecin-parent et parent-enfant),
- Des recommandations sont faites : pistes de réflexion, pistes de recherche.

CONCLUSION

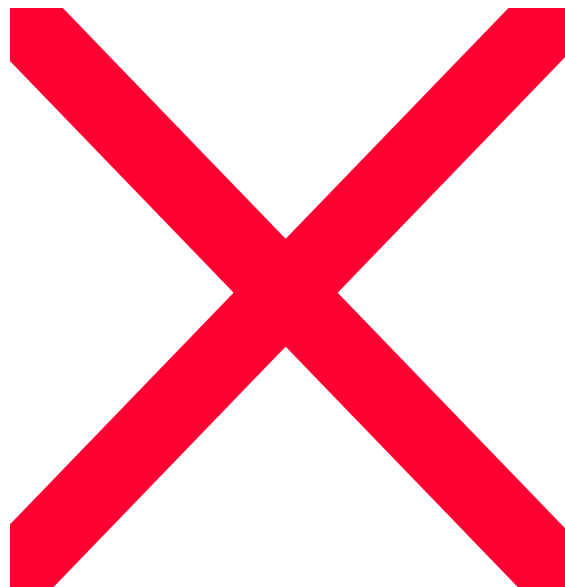
POUR L'INTERNE

- Bonne appropriation de l'outil RSCA,
- Bonne pratique réflexive dans le domaine analysé, c'est à dire biomédical,
- Difficulté à faire passer la problématique, des relations et du ressenti des protagonistes, identifiée pendant le récit à l'analyse,
- « formatage » biomédical alors que le champ psychoaffectif est riche.
- Impact certain sur les connaissances biomédicales mais limité sur les compétences professionnelles,
- Compétences illustrées selon le référentiel : 1, 2, 4, 5, 11.

POUR L'ENSEIGNANT

- Bonne appropriation de l'outil d'aide à l'évaluation,
- Critères d'évaluation renseignés dans le texte et la grille,
- Suggestions formulées,

~~Pas de jugement de valeur sur l'interne mais donne une note~~



DU TRAVAIL DE L'INTERNE

- Les définissants du RSCA sont respectés,
- Il manque la synthèse dans les éléments structurels retrouvés,
- Les problématiques sont relevées dans plusieurs champs : biomédical, relationnel, personnel (prendre une décision, organiser et coordonner les soins) et sont analysées,
- La recherche porte sur le domaine biomédical.

DE LA RETROACTION PEDAGOGIQUE

- La méthodologie du RSCA est analysée (définition, structure),
- La qualité de l'auto-évaluation et de l'auto-formation est évaluée,
- Les recommandations sont faites dans le champ biomédical.

CONCLUSION

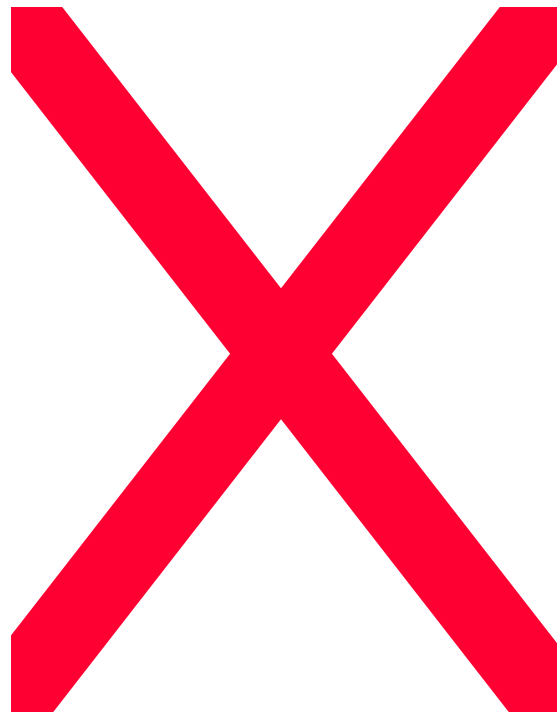
POUR L'INTERNE

- Bonne appropriation de l'outil RSCA,
- Bonne pratique réflexive dans l'ensemble des domaines,
- Recherches limitées au domaine biomédical,
- Impact sur l'amélioration des compétences médicales très limité,
- Compétences illustrées : 1, 2, 4, 6, 8, 10, 11.

POUR L'ENSEIGNANT

- Bonne appropriation de l'outil d'aide à l'évaluation,
- Critères d'évaluation renseignés globalement : pas de grille d'évaluation fournie,
- Suggestions formulées uniquement dans le domaine biomédical,
- Pas de jugement de l'interne,

- Pas de pointage systématique des compétences génériques de l'interne, évaluation quantitative (7 des 11 compétences génériques),
- Pas de notion de rétroaction orale pouvant compléter l'évaluation écrite.



DU TRAVAIL DE L'INTERNE

- Les éléments définissants du RSCA sont respectés,
- Dans les éléments structurels manque une synthèse,
- L'auto évaluation est bonne dans le champ biomédical, limitée dans le champ psychoaffectif, social, la relation médecin-patient,
- L'auto formation et la recherche sont limitées au champ biomédical.

DE LA RETROACTION PEDAGOGIQUE

- La méthodologie du RSCA est analysée,
- La qualité de l'auto-évaluation et de l'auto-formation est analysée de façon exhaustive,
- Les lacunes ou manques sont pointés et des pistes de réflexion ou de recherche apportées dans plusieurs domaines.

CONCLUSION

POUR L'INTERNE

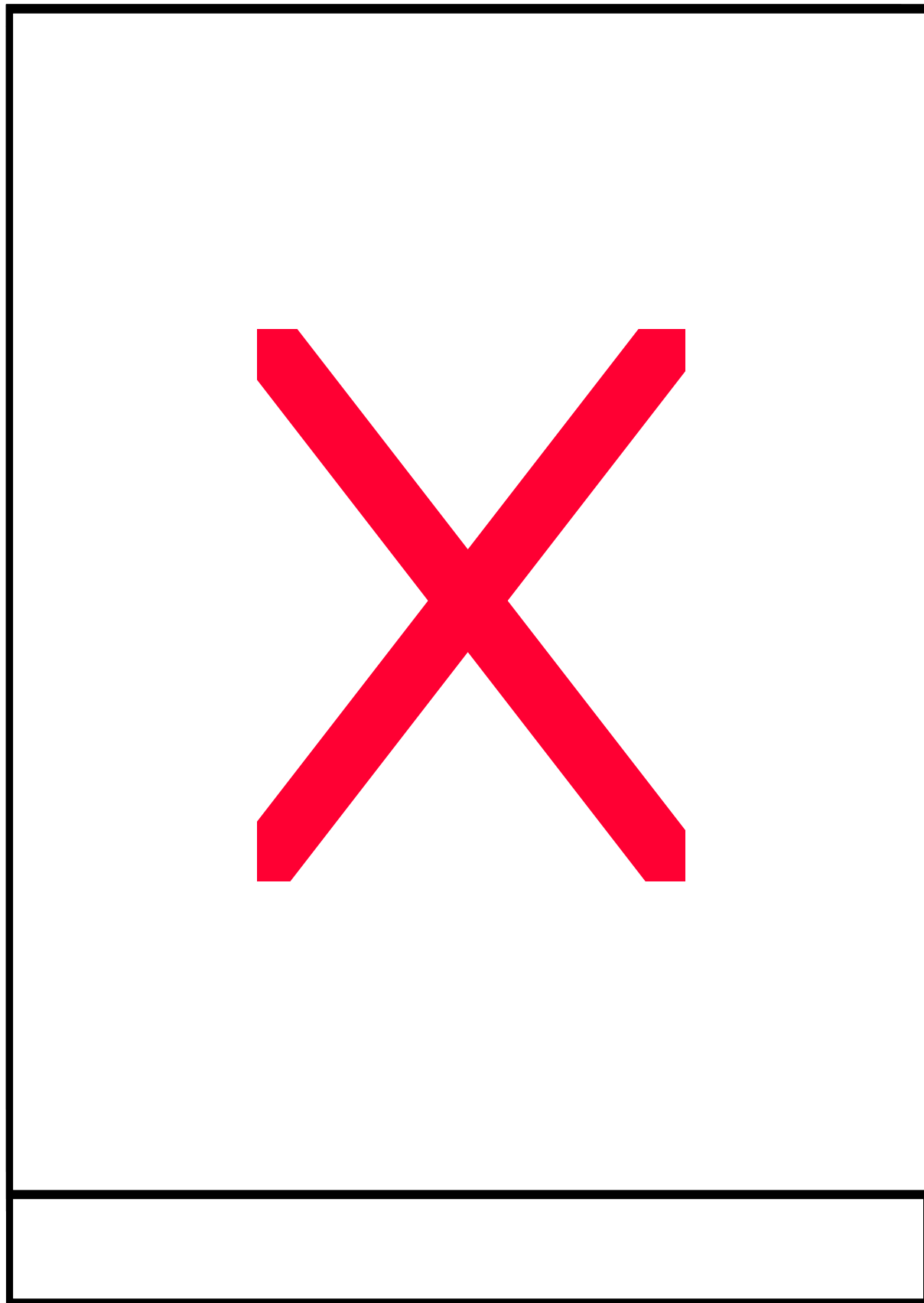
- Bonne appropriation de l'outil RSCA,
- Pratique réflexive limitée surtout dans le domaine relationnel, affectif
- Recherche uniquement dans le domaine biomédical,
- Peu d'impact sur les compétences professionnelles en dehors du domaine biomédical,
- Compétences illustrées : 1, 2, 4, 6.

POUR L'ENSEIGNANT

- Bonne appropriation de l'outil d'évaluation,
- Critères d'évaluation renseignés dans le texte et la grille,
- Suggestions formulées,
- Pas de jugement mais note donnée à titre indicatif pour l'interne,

- Compétences génériques du médecin généraliste pointées et formulées.

R5 : MADAME G.G. par F.N.



DU TRAVAIL DE L'INTERNE

- Les définissants sont respectés,
- Les éléments structurels sont retrouvés : implication dans l'histoire, situation complexe et authentique,
- L'auto évaluation est bonne dans le domaine biomédical, est insuffisante dans la problématique de la relation (pas de questionnement),
- L'auto formation se fait dans le domaine biomédical, est absente sur le thème de la relation,
- La recherche est correcte dans le domaine biomédical.

DE LA RETROACTION PEDAGOGIQUE

- La qualité du récit, la complexité et la pertinence de la situation sont analysées,
- La qualité de l'auto-évaluation et de l'auto-formation est analysée. La relation médecin-patient est soulignée comme problématique à explorer,
- Des pistes de réflexion et de recherche sont suggérées dans le domaine de la relation médecin-patient.

CONCLUSION

POUR L'INTERNE

- Bonne appropriation de l'outil RSCA,
- Pratique réflexive limitée alors que le thème du conflit pouvait amener l'interne à réfléchir sur sa façon d'être, d'agir,
- Absence de recherche dans le domaine problématique,
- Impact en terme d'amélioration des compétences très limité,
- Compétences illustrées : 1, 2, 4, 5, 6.

POUR L'ENSEIGNANT

- Bonne appropriation de l'outil d'évaluation des RSCA,
- Critères d'évaluation renseignés dans le texte et par la grille,
- Suggestions formulées,



DU TRAVAIL DE L'INTERNE

- Les définissants du RSCA sont respectés : complexité, authenticité,
- Les éléments structurels sont limités au récit et à une ébauche d'analyse,
- L'auto-évaluation est limitée à trois questions sans vraiment d'analyse des problématiques,
- L'auto-formation est inexistante.

DE LA RETROACTION PEDAGOGIQUE

- La méthodologie du RSCA n'est pas explicitement analysée,
- L'auto-évaluation est analysée, l'absence d'auto-formation soulignée,
- Des suggestions sont faites : pistes de réflexion et de recherche, réécriture du RSCA,
- La liste des compétences génériques du médecin généraliste est remise à l'interne.

CONCLUSION

POUR L'INTERNE

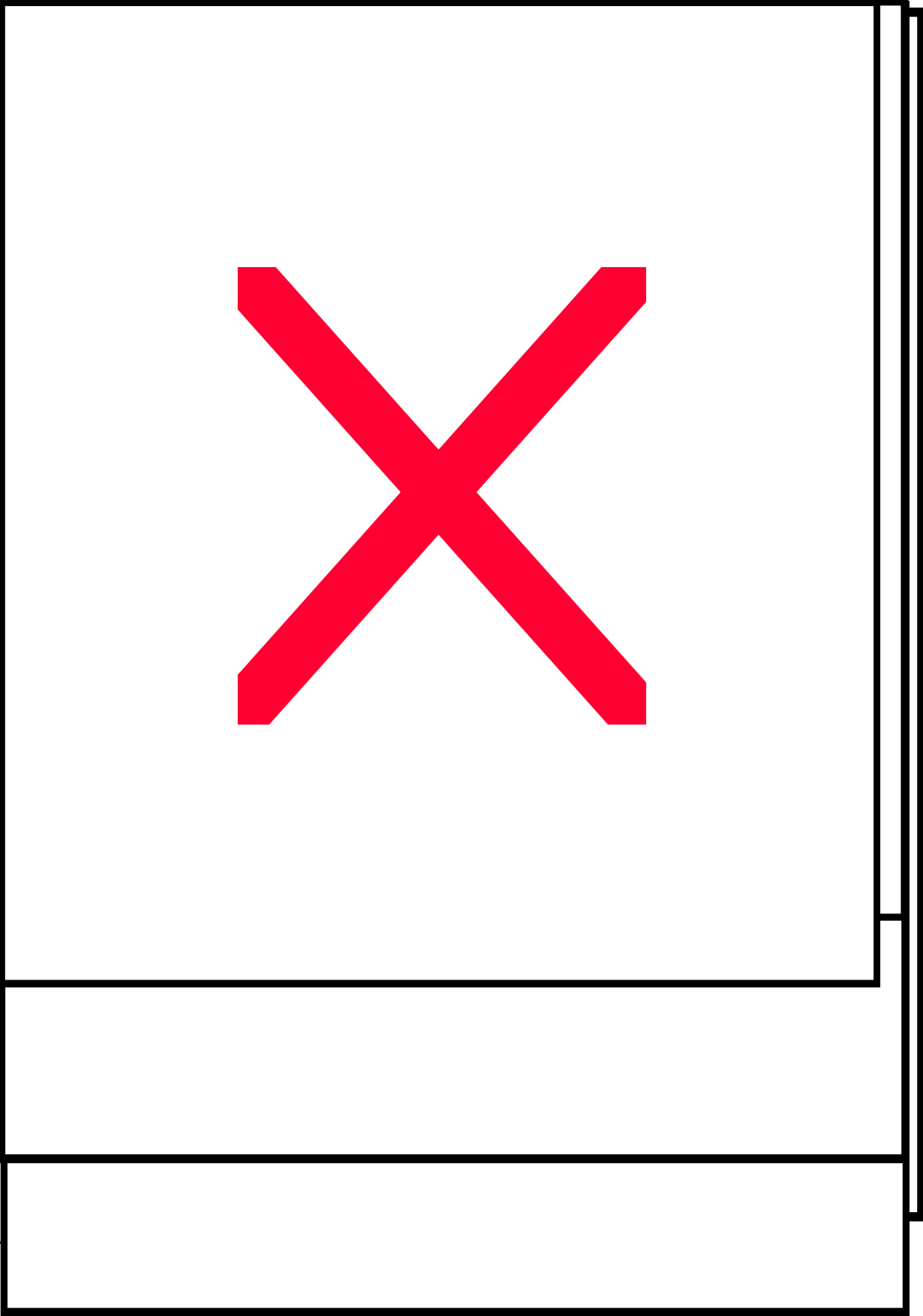
- Mauvaise appropriation de l'outil RSCA : discordance entre un récit bon sur le fond et la pauvreté de l'auto-évaluation et de l'auto-formation,
- Absence de pratique réflexive,
- Absence de recherche,
- Mise en évidence de l'importance de l'environnement, du contexte, des interrelations médecin-patient-entourage,
- Compétences illustrées : 1, 2, 4, 9.

POUR L'ENSEIGNANT

- Bonne appropriation de l'outil d'évaluation,
- Critères d'évaluation renseignés dans le texte et par la grille,

- Suggestions formulées sous forme de questionnement et document remis à l'interne mais sans fournir d'explication,
- Jugement de la personne « tu n'approfondis pas assez ton travail » au lieu d'utiliser un langage objectif portant sur l'action « le travail n'est pas assez approfondi »,
- Propose à l'interne de refaire le RSCA.

R7 : MADAME C.MARIE JOSEPHE par K.E.



DU TRAVAIL DE L'INTERNE

- Les définissants du RSCA sont partiellement respectés : la situation est bien complexe, authentique au sens qu'il s'agit de ce qu'a vécu l'interne,
- Les éléments structurels sont retrouvés mais le récit ne comporte pas le reflet du vécu de l'interne, sa subjectivité,
- L'auto-évaluation est bonne dans le champ biomédical mais superficielle dans le champ psychoaffectif, inexistante dans le champ des interactions familiales ; une problématique est pointée (gestion du temps) sans déboucher sur une réflexion,
- L'auto-formation est bonne dans le champ qui a été bien analysé mais inexistante dans les autres champs,
- La recherche bibliographique est bonne dans le champ analysé.

DE LA RETROACTION PEDAGOGIQUE

- La qualité du récit est analysée, la complexité, l'authenticité, la pertinence de la situation sont analysées,
- La qualité de l'auto-évaluation et de l'auto-formation est évaluée, les manques sont notés,
- Des pistes de réflexion et de recherche sont suggérées par questionnaire.

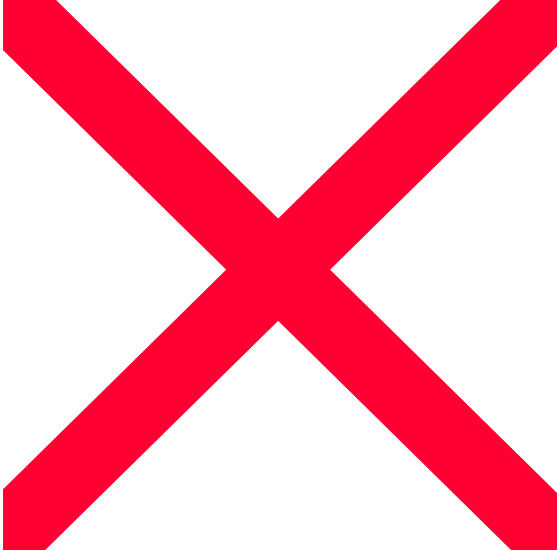
CONCLUSION

POUR L'INTERNE

- Appropriation partielle de l'outil RSCA : distanciation par rapport à l'histoire, pas d'implication directe. La situation n'est pas précisément authentique au sens de situation professionnelle puisque le maître de stage est présent,
- Pas de pratique réflexive puisqu'il n'y a pas d'explicitation de l'action de l'interne,

- Exploration limitée dans les analyses et recherches en dehors du domaine biomédical,
- Amélioration des connaissances biomédicales, mais impact peu probable sur les compétences professionnelles.
- Compétences illustrées : 1, 2, 4, 5, 6.

POUR L'ENSEIGNANT



DU TRAVAIL DE L'INTERNE

- Les définissants ne sont pas respectés : la situation n'est pas complexe et porte uniquement sur la dimension biomédicale, elle n'est pas authentique au sens de professionnelle (présence du maître de stage), elle est toutefois pertinente,
- Les éléments structurels sont retrouvés : récit descriptif, analyse et auto-évaluation, auto-formation,
- L'auto-évaluation ne soulève que la problématique biomédicale qui ne pose pas soucis de résolution à l'interne : « la consultation n'a pas posé de problème »,
- La recherche est bonne dans le domaine exploré.

DE LA RETROACTION PEDAGOGIQUE

- La qualité du récit est analysée. La complexité, l'authenticité de la situation sont analysées,
- La qualité de l'auto-évaluation, de l'auto-formation est analysée ; les lacunes, les manques sont soulignés, les erreurs et affirmations non justifiées sont relevées et sont l'objet de questionnement,
- Les pistes de recherche, de réflexion sont suggérées.

CONCLUSION

POUR L'INTERNE

- Appropriation de l'outil RSCA insuffisante : situation simple, pas vraiment professionnelle puisque le maître de stage est présent, pas d'implication, pas de reflet du ressenti de l'interne,
- Pas de pratique réflexive,
- Auto-évaluation et auto-formation limitées au domaine biomédical,

- Pas d'impact en terme d'amélioration des compétences,
- Compétences 1, 3 et 7 illustrées.

POUR L'ENSEIGNANT

- Bonne appropriation de l'outil d'évaluation,
- Critères d'évaluation renseignés dans le texte et la grille,
- Suggestions formulées, remet un document en justifiant ce geste,
- Ne porte pas de jugement,
- Ne pointe pas les compétences génériques explorées.

DISCUSSION

DE LA METHODE ET DES MOYENS

Cette année universitaire avait un caractère expérimental pour la mise en place du DES de Médecine Générale à Nantes ; l'écriture de RSCA n'était donc pas obligatoire mais proposée aux internes.

Le nombre de RSCA reçus au DMG n'était donc pas suffisant pour effectuer une évaluation quantitative.

De plus les objectifs de l'étude étaient qualitatifs :

- Comment les internes et enseignants se sont-ils appropriés l'outil pédagogique ?
- Cet outil est-il utile à l'amélioration des compétences professionnelles des internes ?
- Cet outil est-il utile à l'évaluation formative des enseignants (feedback sur le feedback) ?

L'évaluation qualitative nous apparaissait donc plus pertinente.

DES RSCA

HETEROGENEITE

Au-delà du style propre à chaque auteur, l'hétérogénéité des RSCA résulte de deux paramètres :

- La qualité de l'appropriation de l'outil par l'interne
- Son niveau de réflexion dans le travail demandé

APPROPRIATION DE L'OUTIL RSCA

Elle est bonne en général mais de mauvaise qualité dans 3 récits.

La situation choisie est pertinente : elle a du sens par rapport à celle rencontrées en soins primaires et illustre des fonctions de la profession de médecin généraliste et des compétences nécessaires à leur réalisation.

La situation choisie n'est pas complexe dans un seul récit R8. La notion de « complexe » n'a pas été saisie par l'interne. L'information qu'il a reçue était peut être inadaptée, insuffisante ou l'informateur ne s'est pas assuré qu'elle était comprise.

La question de l'authenticité de la situation se pose dans deux récits (R7, R8). L'implication des étudiants dans ce qui est aussi un moment de leur histoire est plus ou moins profonde. L'auteur du récit R7 a une certaine distanciation, notée par l'enseignant qui éprouve des difficultés dans son analyse. Nous remarquons qu'il s'agit d'une situation où est notée la présence du maître de stage. Comment cela a-t-il influencé le cours de l'histoire ? S'agit-il d'une véritable situation professionnelle puisque la présence même du maître intervient dans la relation médecin (élève)-patient ? Le même problème intervient dans R8, où l'interne raconte ce qu'il a fait sans évoquer son ressenti de la situation. Si les RSCA doivent permettre d'observer des compétences professionnelles, il faut s'attacher au caractère professionnel de la situation de travail. Or l'entrevue médicale est une relation en face-à-face, c'est à dire un système d'interactions spécifiques dont les composantes psychologiques, sociologiques et culturelles sont intimement imbriquées (16) et la présence d'un troisième individu vient influencer ce système. L'interrogation sur l'authenticité se situe à deux niveaux :

- La situation est-elle vraiment professionnelle ?

- La situation reflète-t-elle vraiment le savoir-être de l'interne dans une relation en face à face ?

La structure en quatre parties n'est pas respectée. En général, il n'y a pas de synthèse reprenant les points essentiels de l'auto-évaluation et de l'auto-formation puis l'impact en terme de modification des connaissances antérieures, d'amélioration des compétences. Le RSCA R6 se limite quasi au simple récit.

NIVEAU DE REFLEXION

Les champs explorés

Les récits exposent de une à plusieurs problématiques. Le champ biomédical est prépondérant alors que les situations complexes ont, par définition, un caractère pluridimensionnel (21).

Les récits R6, R7, R8, sont insuffisants dans le pointage des problématiques, en particulier dans le champ psychoaffectif. Les auteurs ne s'impliquent pas suffisamment dans le récit pour pouvoir relever cette dimension dans la situation qu'ils exposent. Dans R6, l'auteur occulte complètement son ressenti, son vécu de la situation. Par la suite il n'est pas possible de faire une analyse réflexive, qu'il occulte d'ailleurs complètement.

L'auto-évaluation

Les problématiques qui touchent le plan biomédical sont toujours analysées. Celles qui touchent le plan psychoaffectif, même si elles sont notées ne donnent pas toujours naissance à une réflexion profonde de l'interne sur comment il a agit, ce qui l'a gêné ou aidé pour poursuivre cette action (R5). Le questionnement sur soi-même puis l'exposition à l'autre est difficile.

Dans un métier de l'humain, nul n'accepte volontiers de faire partie du problème. « Réfléchir sur sa pratique, c'est aussi réfléchir sur sa propre histoire, sa famille, sa culture, ses goûts et dégoûts, son rapport aux autres, ses angoisses et ses obsessions » (9). Le risque de la pratique réflexive est de dévoiler des attitudes, des obstacles intérieurs que l'individu ne veut pas connaître sur lui-même. Toutefois, en général, ceux qui pratiquent ces exercices de réflexion ne vont pas au delà des limites de leur confort psychologique (13).

L'auto-formation

La qualité et la profondeur du travail d'analyse conditionnent la qualité et la profondeur de la formation induite pour résoudre les difficultés relevées. Les problèmes relevés mais peu analysés ne donne lieu à aucune auto-formation (R1). Le cas est caricatural dans R6 : l'auteur n'ayant pas réalisé une évaluation de ses compétences, n'ayant aucun questionnement sur sa façon de faire, ne fait aucune action en vue de modifier, corriger, voire améliorer sa pratique professionnelle si son analyse avait conclu à une démarche correcte. Ainsi l'auto-formation est dépendante de l'auto-évaluation.

Les récits R4 et R5 sont particuliers puisqu'ils sont du même auteur. Dans R4, la problématique de la relation médecin-patient est peu analysée et donc ne donne pas lieu à une auto-formation de l'interne. L'enseignant relève ce manque dans son évaluation et suggère une recherche dans ce domaine pour que l'étudiant améliore sa compétence dans ce domaine. Dans R5, la nécessité d'une formation relative à la relation médecin-patient apparaît indispensable puisque cette relation est conflictuelle. Il n'y a à nouveau pas d'auto-formation. L'interne n'a-t-il pas vu ou voulu voir ce problème ? La formation dans ce domaine pose-t-elle des difficultés ? Nous remarquons que dans les autres récits où cette compétence est explorée, elle n'est pas non plus l'objet de tâches d'apprentissage. Les étudiants ne semblent

pas éprouver de difficulté à se former dans ce qui relève du champ bio-médical, alors que ce qui concerne l'éthique et les sciences humaines n'est l'objet que d'une formation minimaliste.

COMPETENCES ILLUSTRÉES

La relecture des résultats au vu de la liste des compétences génériques pointe essentiellement les domaines où l'écart entre la compétence attendue et la compétence observée est le plus grand. La compétence « communiquer de façon appropriée avec le patient et son entourage » est relevée comme problématique dans plusieurs récits (R1, R2, R5, R6). Ce sont des étudiants en toute fin de cursus qui rédigent ces récits. Ont-ils reçus une réelle formation à ce sujet au cours de leurs études ?

Nous relevons que la compétence « entreprendre des actions de santé publique » n'est pointée qu'une seule fois. Alors que nous n'analysons qu'un faible nombre de récit l'ensemble des compétences ont été explorées. Combien de RSCA un étudiant doit-il rédiger pour que ses compétences puissent être évaluées de façon valide ? « A l'issue de son cursus, si l'interne a rédigé une douzaine de situations cliniques variées et complexes englobant le champ clinique et professionnel de la médecine générale et les rôles de l'omnipraticien, si ces situations ont été analysées en profondeur et de façon scientifiquement argumentée, nous pouvons, à la lecture critique du portfolio, croisée avec d'autres sources de données, porter un jugement qualitatif rigoureux, c'est à dire valide et fidèle sur les compétences importantes à évaluer » (21). A Nantes, le portefeuille de compétences doit contenir au minimum douze RSCA, ce qui est cohérent avec la littérature. Toutefois il conviendrait de s'assurer si une compétence ne peut pas être explorée valablement par les RSCA, qu'elle apparaisse sous une autre forme dans le portefeuille de compétence.

SYNTHESE

Les différentes étapes de la réflexion sont interdépendantes les unes des autres. Une difficulté dans le pointage des problématiques ne peut pas aboutir à une bonne analyse puis une bonne recherche de formation. Cette démarche ne peut se faire que si le matériel d'analyse est suffisamment riche : récit descriptif, objectif dans les faits et subjectif dans les émotions, situation complexe et authentique (21). Pour cela les étudiants doivent recevoir une meilleure formation sur la technique du RSCA.

La pratique réflexive n'est pas une compétence acquise pour chacun (9) et devrait faire l'objet d'une information spécifique. Lorsqu'elle existe, elle se limite souvent au domaine que

l'étudiant connaît, appréhende le mieux, c'est à dire au domaine biomédical dans lequel il a été « formaté » tout au long de son cursus. Les étudiants doivent aussi acquérir tout au long de leur cursus une formation à l'éthique médicale et à la communication médecin-malade (5).

Certaines compétences sont moins explorées que d'autre par les RSCA. Il conviendra d'être vigilant à ce qu'elles soient aussi évaluées par d'autres modalités pédagogiques.

DE LA RETROACTION PEDAGOGIQUE

APPROPRIATION DE L'OUTIL D'EVALUATION

D'une manière générale, elle est bonne mais n'est pas très homogène.

La forme de la rétroaction pédagogique est variable ce qui n'est pas étonnant puisqu'il n'y a pas obligation à faire une rétroaction complètement écrite à l'étudiant, mais seulement de laisser une trace écrite à mettre dans le portefeuille de compétence.

La rétroaction écrite est parfois très importante (R4), parfois limitée à l'essentiel (critères de la grille d'évaluation) comme dans R3. Ceci ne permet pas de préjuger de la qualité de la rétroaction qui a été faite à l'oral par l'enseignant. Faut-il redéfinir un « minimum » écrit, prévoir un modèle de résumé de rétroaction à insérer dans le portfolio et fournir à l'interne un écrit plus exhaustif ? L'écrit permet de structurer la pensée, de laisser une trace (15) utile à l'interne. Théoriquement, nous pouvons suggérer que cet écrit puisse aussi participer au processus de formation de l'enseignant puisqu'il peut faire l'objet d'une évaluation.

CRITERES D'EVALUATION

Les critères retenus lors du séminaire de formation des chargés d'enseignements sont retrouvés : qualité du récit, complexité et pertinence de la situation, stratégies de résolution des problèmes, qualité de l'auto-évaluation, qualité de l'auto-formation puis synthèse.

Ces critères de performance ont été déterminés *ad hoc*, ce qui est cohérent avec la perspective de l'évaluation authentique (7).

La grille d'aide à l'évaluation n'est pas systématiquement utilisée telle quelle mais joue son rôle de guide pour l'évaluation (R3).

La grille n'est pas toujours remise à l'étudiant. Il est difficile de mesurer l'impact qu'elle peut avoir sur lui comme élément de la rétroaction. Tous les items sont-ils compréhensibles ? Est-elle trop compliquée (20 items) ? Sert-elle d'élément de comparaison entre les RSCA pour que l'interne apprécie sa progression ? Elle est parfois utilisée par l'enseignant pour fournir une note. Ceci n'est pas cohérent avec la perspective de l'évaluation authentique et donc avec le positionnement du DMG (19).

EFFICACITE

La situation particulière de R4 et R5 amène à se poser la question de l'efficacité de la rétroaction. Une rétroaction efficace est donnée en temps voulu, porte sur des comportements spécifiques et remédiables, implique l'étudiant et identifie à la fois ses forces et ses faiblesses, offre des suggestions de changement (18). Même si l'on ne peut préjuger de ce qui a été dit ou suggéré oralement concernant R4, l'enseignant souligne de nouveau l'absence d'auto-formation sur la relation médecin-patient et interroge sur les raisons de cette occultation. Aurait-il dû s'assurer que ses suggestions du premier récit étaient suivies ? Cette attitude ne fait pas partie des recommandations pour la délivrance d'une rétroaction (18).

Une rétroaction efficace est aussi objective et ne porte pas de jugement à l'égard des personnes. Donner du feedback implique toujours le respect de l'étudiant. L'enseignant doit identifier explicitement ses commentaires subjectifs en utilisant des phrases du genre « j'ai observé que.. », « je crois que... ».

Une des recommandations sur l'art de donner une rétroaction est qu'elle devrait porter sur la performance de l'étudiant par rapport à des buts prédéfinis (18). La précision des informations fournies par le feedback semble aider à l'efficacité du feedback. Le fait de relever plus systématiquement, en fonction du référentiel, les compétences explorées dans les récits peut rendre le feedback plus efficace.

SYNTHESE

Les enseignants se sont bien appropriés l'outil d'évaluation mais des ajustements sont nécessaires sur la rétroaction écrite à fournir à l'étudiant : exhaustivité ou sobriété, pertinence de la grille d'évaluation, modification de cette grille, pointage systématique des compétences explorées.

L'efficacité de la rétroaction, c'est à dire la modification du comportement de l'étudiant face à la tâche à accomplir et l'amélioration de ses compétences est difficile à évaluer sur un ensemble disparate de quelques récits. Nous suggérons de prévoir des modalités d'évaluation de l'efficacité concrète des rétroactions.

Tout logiquement un peu de rétroaction sur l'art de donner de la rétroaction doit améliorer cette compétence chez l'enseignant.

CONCLUSION

La littérature relative à l'utilisation de récits dans la formation médicale en Amérique du Nord est abondante. Elle souligne l'importance de la narration dans l'art de soigner et plus particulièrement dans l'apprentissage de l'Éthique médicale (14).

Le récit de situation complexe et authentique est un nouvel outil élaboré par le Département de Médecine Générale de Nantes pour favoriser l'amélioration de compétences professionnelles au cours du troisième cycle des études médicales.

Comme tout nouvel outil, la technique du RSCA nécessite des ajustements, des améliorations. Les étudiants ont besoin d'être formés pour rédiger des récits réflexifs et saisir les objectifs de ce travail écrit. Les enseignants doivent avoir des compétences pour donner une rétroaction pédagogique efficace et soutenir les étudiants dans l'acquisition de leur autonomie d'apprentissage.

Cet outil peut contribuer à former un médecin capable d'auto-évaluation et d'auto-formation et qui pourra ainsi maintenir et améliorer ses compétences tout au long de sa vie professionnelle. C'est une des responsabilités professionnelles des médecins que la Faculté a la responsabilité de former.

Bibliographie

1. JOUQUAN, Jean. L'évaluation des compétences professionnelles des futurs médecins : une exigence sociale et un enjeu pédagogique. Réanimation et Urgences, 1998 ; 7 : 611-613.
2. Décret 2004-67, 2004-01-16, relatif à l'organisation du troisième cycle des études médicales. <http://www.legifrance.gouv.fr/WAspad/RechercheSimpleLex>
3. Arrêté, 2001-10-19, modifiant l'arrêté du 29 avril 1988 modifié relatif à l'organisation du troisième cycle des études médicales. <http://www.legifrance.gouv.fr/WAspad/RechercheSimpleLex>
4. JOUQUAN, Jean. L'évaluation des compétences professionnelles des futurs médecins : une exigence sociale et un enjeu pédagogique. Réanimation et Urgences 1998 ; 7 : 611-613.
5. BARRIER, Jacques Henri...et al. La formation au professionnalisme des futurs médecins : Recommandations du Conseil Pédagogique de la CIDMEF. Pédagogie Médicale 2004 ; 5 : 75-81.
6. PERRENOUD, Philippe. La transposition didactique à partir de pratiques : des savoirs aux compétences. Revue des sciences de l'éducation 1998 ; Vol. 24, n°3 : 487-514.
7. JOUQUAN, Jean. L'évaluation des apprentissages des étudiants en formation médicale initiale. Pédagogie Médicale 2002 ; 3 : 38-52.

8. TARDIF, Jacques. L'évaluation dans le paradigme constructiviste. In : Hivon R (Ed.).L'évaluation des apprentissages. Sherbrooke (QC) : Editions du CRP 1993 ; 27-56.
9. PERRENOUD, Philippe. Développer la pratique réflexive dans le métier d'enseignant. Paris : ESF, 2001. 224 p.
10. PAQUAY, Léopold, SIROTA, Régine. Editorial. Recherche et Formation 2001 ; 36 : 5-16.
11. HURWITZ, Brian. Narrative and the practice of medicine. Lancet 2000 ; 356 : 2086-89.
12. CHARON, Rita. Narrative Medicine : Form, Function, and Ethics. Ann Intern Med 2001 ; 134 (1) : 83-87.
13. BRADY, Donald W. "What's important to you?": the use of narratives to promote self-reflection and to understand the experience of medical residents. Ann Intern Med. 2002 ; 137 : 220-223.
14. CHARON, Rita,...at al. Literature and medicine : contributions to clinical practice. Ann Intern Med 1995 ; 122 (8) : 599-606.
15. PINEAU, Gaston, LE GRAND, Jean-louis. Les histoires de vies. 3^e éd. Paris : PUF, 2002. 127p. (Que sais-je ? ; n°2760).
16. CHAPPUIS, Raymond. La psychologie des relations humaines. 8^e éd. Paris : PUF, 2003. 128p. (Que sais-je ? ; n°2287).

17. GREENHALGH, Trisha, HURWITZ, Brian. Narrative based medicine : why study narrative? BMJ 1999 ; 318 : 48-50.
18. O'BRIEN, Heather V.,...et al. Le feedback (ou rétroaction) : un élément essentiel de l'intervention pédagogique en milieu clinique. Pédagogie Médicale 2003 ; 4 : 184-191.
19. CANEVET, Jean Paul, LE MAUFF, Pierre, SENAND, Rémy, URION, Jacqueline. Le Diplôme d'Etudes Spécialisées de Médecine Générale à Nantes. Document de travail, 67p.
20. ROBERT, Paul. Dictionnaire alphabétique et analogique de la langue française. Nouvelle édition. Paris : SNL, 1977. 2173p.
21. LE MAUFF, Pierre...et al. Récit de situation complexe et authentique : le modèle nantais. Rev Prat Med Gen 2004 ; 654/655 : 724-726.
22. BAIL, Philippe, LE RESTE, Jean-Yves, BOITEUX, François. Le portfolio : expérience du Département de Médecine Générale de la Faculté de Brest. Rev Prat Med Gen 2004 ; 639 : 119-120.

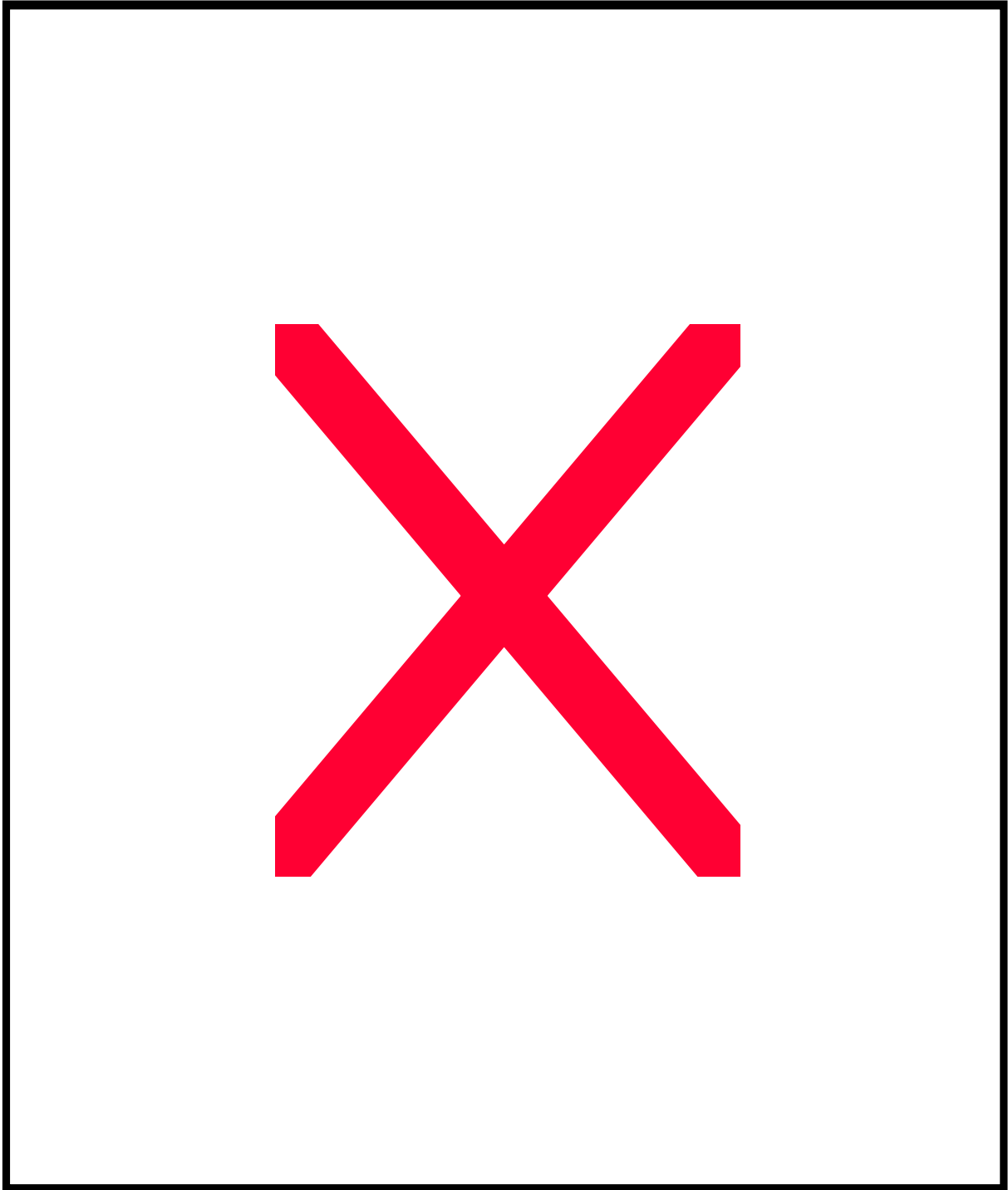
ANNEXES

Annexe I

les compétences génériques du médecin généraliste :

1. Résoudre un problème de santé indifférencié en contexte de soins primaires.
2. Prendre une décision adaptée en situation d'urgence ou en contexte d'incertitude.
3. Exécuter avec sécurité les gestes techniques les plus fréquents en médecine générale.
4. Communiquer de façon appropriée avec le patient et son entourage.
5. Eduquer le patient à la promotion et à la gestion de sa santé.
6. Assurer la continuité et le suivi des soins.
7. Entreprendre des actions de santé publique.
8. Travailler en équipes, en réseau dans les situations complexes, coordonner les soins.
9. Appliquer les dispositions réglementaires dans le respect des valeurs éthiques.
10. Assurer la gestion humaine, administrative, financière et structurelle de l'entreprise médicale.
11. Réfléchir à ses actions professionnelles, évaluer sa pratique, organiser sa formation professionnelle, participer à des travaux de recherche en médecine générale.

Annexe II



Vu, le Président du Jury,

Vu, le Directeur de Thèse,

Vu, le Doyen de la Faculté

NOM : LE GAC

PRENOM : VIRGINIE

Titre de la Thèse :

LE RECIT DE SITUATION COMPLEXE ET AUTHENTIQUE : Recherche documentaire et intérêt pédagogique à partir de récits du Département de Médecine Générale

RESUME

Dans le cadre du Diplôme d'Etudes Spécialisées de Médecine Générale, le Département de Médecine de Générale a élaboré des outils d'apprentissage et d'évaluation des compétences professionnelles parmi lesquels le Récit de Situation Complexe et Authentique (RSCA). Nous avons réalisé une évaluation qualitative des premiers RSCA rédigés par les internes. Des progrès restent à faire pour l'appropriation de cet outil par les internes et les enseignants. Des formations complémentaires devront être organisées pour améliorer la qualité des RSCA réalisés par les internes et de la rétroaction pédagogique fournie par les enseignants afin de favoriser l'acquisition de compétences professionnelles.

MOTS-CLES

MEDECINE GENERALE - COMPETENCES PROFESSIONNELLES – PEDAGOGIE - EVALUATION