

UNIVERSITÉ TOULOUSE III – Paul SABATIER

FACULTÉ DE MEDECINE

ANNÉE 2016

2016-TOU3-1075

THÈSE

POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE

SPÉCIALITÉ MÉDECINE GÉNÉRALE

Présentée et soutenue publiquement par

Charlotte VIGNOBOUL

Le 15 septembre 2016

ÉVALUATION DES GROUPES PÉDAGOGIQUES DE PROXIMITÉ EN MÉDECINE GÉNÉRALE À TOULOUSE

Directeur de thèse : Monsieur le Docteur Michel BISMUTH

JURY :

- | | |
|---|------------------|
| - Monsieur le Professeur Pierre MESTHE | <i>Président</i> |
| - Monsieur le Professeur Stéphane OUSTRIC | <i>Assesseur</i> |
| - Madame le Docteur Marie-Eve ROUGÉ BUGAT | <i>Assesseur</i> |
| - Monsieur le Docteur Michel BISMUTH | <i>Assesseur</i> |
| - Monsieur le Docteur Pierre BOYER | <i>Assesseur</i> |

TABLES DES MATIERES

LISTE DES ABRÉVIATIONS	4
I. INTRODUCTION	5
I.1 Le DES de MG	5
I.2 Évaluation et validation du DES	6
I.3 Les groupes pédagogiques de proximité	7
I.4 Hypothèses et objectifs de l'étude	9
II. METHODES	10
II.1 Population de l'étude	10
II.2 Le questionnaire	10
II.3 Recueil et analyse des données	10
III. RÉSULTATS	12
III.1 Taux de participation	12
III.2 Item A sur réunion de mise en place des GPP	12
III.3 Item B sur le nouveau portfolio électronique	15
III.4 Item C sur la nouvelle organisation des AEP	17
III.5 Item D sur le nouveau rôle de tuteur de proximité	18
III.6 Item E sur les grilles d'évaluation de stages	20
III.7 Analyse des commentaires libres	24
IV. DISCUSSION	25
IV.1 Force de notre étude et principaux résultats	25
IV.1.1 La réunion de mise en place des GPP	25
IV.1.2 Le nouveau portfolio électronique	26
IV.1.3 Les AEP	28
IV.1.4 Le tuteur de proximité	30
IV.1.5 Les grilles d'évaluation de stages	31

IV.2 Biais et limites	32
IV.3 Perspectives	33
V. CONCLUSION	37
VI. BIBLIOGRAPHIE	39
VII. ANNEXES	
Annexe 1. Les 33 bassins de santé en Midi-Pyrénées	42
Annexe 2. Le questionnaire	43
Annexe 3. Grille d'évaluation stage chez le praticien niveau 1....	45
Annexe 4. Grille d'évaluation stage pédiatrie ambulatoire	48
Annexe 5. Grille d'évaluation stage gynécologie ambulatoire	49
Annexe 6. Grille d'évaluation stage en SASPAS	50

LISTE DES ABRÉVIATIONS

- **AEP** : Atelier d'échange de pratiques
- **ARP** : Apprentissage par résolution de problèmes
- **ARS** : Agence régionale de santé
- **CHU** : Centre hospitalier universitaire
- **CNGE** : Collège national des généralistes enseignants
- **DES** : Diplôme d'études spécialisé
- **DMG** : Département de médecine générale
- **DUMG** : Département universitaire de médecine générale
- **ECN** : Epreuves classantes nationales
- **ED** : Enseignement dirigé
- **ISNAR-IMG** : Inter Syndicale Nationale Auto Représentative des Internes de Médecine Générale
- **GPP** : Groupe pédagogique de proximité
- **MG** : Médecine générale
- **MSU** : Maître de stage universitaire
- **RSCA** : Récit de situation complexe authentique
- **SASPAS** : Stage ambulatoire en soins primaires en autonomie supervisée
- **SCRE** : Situation clinique rencontrée écrite
- **UMF** : Unité de médecine familiale
- **WONCA** : World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians (Family Doctors)

I. INTRODUCTION

La médecine générale a été définie par la WONCA Europe(1) en 2002 comme une discipline scientifique et universitaire, avec son contenu spécifique de formation, de recherche de pratique clinique, et ses propres fondements scientifiques. C'est une spécialité clinique orientée vers les soins primaires.

Depuis 2004 et la mise en place des épreuves classantes nationales (ECN), a été créé le diplôme d'étude spécialisé de médecine générale (DES de MG), où la médecine générale est enfin reconnue comme une spécialité à part entière. La création du DES de MG a entraîné des modifications dans l'enseignement délivrée aux internes.

II.1 Le DES de MG

Le DES de MG doit permettre à l'interne d'avoir suffisamment travaillé en fin de cursus les six compétences génériques transversales(2) recouvrant l'ensemble des missions des MG définies par le Collège National des Généralistes Enseignants (CNGE) et la WONCA.

Une compétence est définie comme « un savoir-agir complexe qui prend appui sur la mobilisation et la combinaison efficace d'une variété de ressources internes et externes à l'intérieur d'une famille de situation. »(3). L'acquisition des compétences repose sur l'acquisition des savoirs (connaissances), savoirs-faires (habiletés) et savoirs-être (attitudes).

L'objectif principal du système pédagogique est de former des praticiens réflexifs.

Chaque faculté est responsable de l'organisation et du contenu des enseignements, d'où l'hétérogénéité de la formation des étudiants et leur évaluation(4)(5), même si la formation par apprentissage et l'auto-formation, en opposition à l'enseignement passif, est de plus en plus utilisé dans les différentes facultés.

Depuis la création du DES en 2004, et d'après le décret 2004-67 du 16 janvier 2004(6), l'enseignement théorique comprend environ 200 heures, permettant de couvrir tout le champ de la médecine générale, dans sa dimension bio-psycho-sociale.

(7)

Toute la difficulté de l'enseignement en 3^{ème} cycle des études médicales est de

basculer d'un enseignement « passif », qui est la méthode privilégiée au cours des 1^{er} et 2^{ème} cycles, vers une méthode d'apprentissage active : « apprendre à apprendre »(8)(9). En effet les connaissances nécessaires à la pratique de la médecine générale sont immenses, et changent en permanence, nécessitant une mise à jour continue, l'enseignement pédagogique étant alors là pour apprendre à engager une réflexion personnelle au quotidien.

A la faculté de médecine de Toulouse, cet enseignement théorique s'effectue sous plusieurs formes :

- Les cours en petits groupes ou enseignement dirigé (ED)
- Les ateliers d'échange de pratique (AEP)
- Les séminaires
- Le portfolio et le tutorat

I.2 Evaluation et validation du DES

Le Collège National des Généralistes Enseignants (CNGE), suivi par une majorité des départements universitaires de médecine générale (DUMG), a décidé de centrer l'action des enseignants sur l'apprentissage dans une approche par compétences.

La certification des compétences en fin de 3^{ème} cycle a pour objectif d'attester que l'étudiant possède la capacité de mobiliser et combiner de façon appropriée les ressources internes et externes afin de pouvoir répondre à la majorité des situations de soins primaires. Pour être certifié, l'interne doit avoir acquis un niveau jugé suffisant déterminé en début de cursus.

On tend de plus en plus à utiliser l'évaluation formative des compétences (10)(11), caractérisée par son objet (informations issues du sujet à évaluer), sa finalité (aider l'interne à progresser), et ses modalités (interactions orales ou écrites entre évaluateur et évalué). Un système d'évaluation axé sur les compétences fournit non seulement la preuve qu'un interne a acquis des compétences précises ou qu'il a maîtrisé une compétence globale, mais suppose aussi une évaluation continue, constructive et formative.

Ce type d'évaluation n'est pas quelque chose que l'on « fait subir » aux internes. Elle ne passe pas de l'enseignant à l'interne. C'est un travail de collaboration entre le superviseur et l'interne où ce dernier tire le plus grand bénéfice du processus

lorsqu'il y participe activement.

L'évaluation de l'interne en MG se fait à plusieurs niveaux :

- Evaluation des stages par le maître de stage
- Evaluation du portfolio et des différentes traces d'apprentissage collectées, par le tuteur
- Les grilles d'évaluation en ambulatoire par le maître de stage universitaire (MSU)
- Le carnet de stage
- La soutenance pour la validation du DES : présentation orale d'un mémoire et du parcours personnel de l'interne devant un jury composé de médecins généralistes enseignants.

A la fin du cursus de l'internat de médecine générale, l'étudiant doit passer sa thèse d'exercice, lui permettant d'obtenir le titre de Docteur en médecine générale, et d'exercer la médecine générale en autonomie.

I.3 Les groupes pédagogiques de proximité

Les groupes pédagogiques de proximité (GPP) ont été mis en place à la faculté de médecine de Toulouse au début de l'année universitaire 2014-2015.

Chaque GPP regroupe dans un territoire géographique de santé donné, des enseignants généralistes y exerçant et des internes de médecine générale en stage dans celui-ci.

Dans chaque bassin de santé, un enseignant responsable a été nommé.

Les différents territoires de santé ont été calqués sur les 33 bassins de santé définis par l'ARS Midi-Pyrénées, principalement organisés autour d'établissements de santé qui disposent d'un service d'accueil des urgences (**Annexe 1**).

Les bassins de santé représentent l'espace au sein duquel va s'organiser l'offre de soins de proximité : prévention, soins ambulatoires et hospitaliers, et accompagnement médico-social.

Les différents GPP assurent auprès des internes de médecine générale les missions universitaires suivantes :

- Des enseignements collectifs réflexifs sous la forme d'AEP

- Un accompagnement tutorial pédagogique sous la forme de discussion autour des RSCA (Récit de situation complexe authentique).
- Un accompagnement tutorial universitaire sous la forme de rencontres tuteur/tuteuré
- Des enseignements délocalisés peuvent aussi y être dispensés.

Avec la réforme des GPP, outre une nouvelle organisation du tutorat et la mise en place d'un nouveau portfolio électronique, a aussi été mis en place une nouvelle organisation des AEP.

Il y a trois séances de 2 heures chaque semestre, se déroulant depuis 2014 à proximité du lieu de stage de l'interne, afin d'en favoriser sa venue. Ils s'effectuent par petits groupes de 8-10 étudiants, sous la responsabilité d'un médecin généraliste enseignant jouant le rôle de modérateur.

Ces AEP ont pour but de réfléchir entre pairs sur la pratique professionnelle pour l'enrichir en la confrontant à l'expérience du groupe et aux données actuelles de la science.

L'interne doit apporter à chaque séance un cas l'ayant conduit à se poser une ou plusieurs questions, médicales ou non, afin de dégager les problématiques rencontrées, puis élaborer des pistes pour les résoudre (recherche bibliographique...). Un rapport de synthèse doit être réalisé à chaque fin de séance.

A chaque début de semestre a lieu une réunion d'information dans chaque GPP, présentant l'environnement loco-régional et ses spécificités. Elle est aussi l'occasion de présenter la réforme des GPP, de rappeler le principe du portfolio et des différentes traces d'apprentissage.

La réunion rassemble tous les internes TCEM1, TCEM2, TCEM3, ainsi que tous les tuteurs présents dans le bassin de santé pour le semestre.

Au cours de cette réunion sont formés les couples tuteur/tuteuré pour les six mois à venir. Chaque tuteur a entre deux et six internes.

L'organisation du tutorat a été récemment modifiée à la faculté de médecine de Toulouse. Auparavant, un tuteur était désigné pour un interne pendant ses trois années d'internat de MG. Depuis 2014, et l'instauration des GPP, un tuteur « de proximité » est désigné pour six mois en fonction du lieu de stage de l'interne.

Un tuteur est un maître de stage universitaire (MSU) formé pour accompagner

l'étudiant.

Les rencontres tuteur-tuteuré doivent être d'au moins trois par semestre, avec présentations des RSCA, discussion autour des éventuelles difficultés rencontrées en stage, discussion sur le projet de thèse et de mémoire de DES.

Le tuteur exerce une rétro-action sur les productions écrites de l'étudiant, permettant ainsi un apprentissage de l'étudiant par compagnonnage. Cela permet de personnaliser la formation de l'interne.

La rétroaction comprend la réflexion, le renforcement positif et le coaching constructif. Fournir et solliciter la rétroaction est une responsabilité partagée des enseignants et des internes.

I.4 Hypothèses et objectifs de l'étude

L'institution universitaire a donc pour responsabilité de former des professionnels de santé compétents, autonomes, capables de dispenser des soins de qualité à la population et capables d'une démarche réflexive, en vue d'une certification future.

La forme du tutorat sur trois ans s'est avérée décevante, du fait du vaste territoire que forme la région Midi-Pyrénées, avec des déplacements importants pour les étudiants, et pour les MSU. Il existait une incompréhension des internes comme des tuteurs de l'utilité du tutorat, et des différents outils pédagogiques. Les rencontres tuteur/tuteuré étaient de ce fait souvent rares, avec une perte de l'accompagnement personnalisé qu'offre le système du tutorat.

Avec la réforme des GPP, nous nous sommes posé la question du ressenti du couple tuteur-interne sur le contenu des GPP, ainsi que sur l'amélioration du suivi personnalisé propre au tutorat.

L'objectif principal de notre étude est donc d'évaluer le ressenti du couple tuteur-interne sur les nouveaux GPP.

Les objectifs secondaires sont l'évaluation des différents supports pédagogiques et des différentes évaluations disponibles pour la formation des internes en médecine générale : AEP, tutorat, portfolio électronique et grilles d'évaluation.

II. MÉTHODES

II.1 Population de l'étude

Pour cette étude nous avons recruté les internes de médecine générale inscrits en 3^{ème} cycle des études médicales à la faculté de médecine de Toulouse (TCEM1, TCEM2 et TCEM3), ainsi que l'ensemble des MSU de médecine générale rattachés à la faculté.

II.2 Le questionnaire

Nous avons réalisé une étude quantitative à partir d'un questionnaire anonyme élaboré par les responsables de la direction du DUMG, qui comportait 5 items principaux (**Annexe 2**) :

- A. La réunion de mise en place des GPP
- B. Le nouveau portfolio électronique
- C. La nouvelle organisation des AEP
- D. Le nouveau rôle du tuteur de proximité
- E. Les grilles d'évaluation de stage pour les stages ambulatoires

Il y avait enfin une partie réservée aux commentaires libres.

II.3 Recueil et analyse des données

Le questionnaire a été envoyé par voie électronique via « Google Drive » par la faculté à l'ensemble de la population étudiée. Le premier envoi a eu lieu fin octobre 2015, après deux stages consécutifs de 6 mois suite à la mise en place des GPP. Il y a eu ensuite deux relances par voie électronique mi-novembre 2015 et début décembre 2015.

La clôture du recueil des données s'est faite mi-janvier 2016.

L'analyse des données a été réalisée avec le logiciel Excel.

L'analyse statistique a été réalisée avec le logiciel en ligne BiostaTGV. Le test du Chi2

a été utilisé pour l'analyse des variables qualitatives entre les groupes internes et tuteurs, avec correction de Yates si besoin, et le test exact de Fischer quand cela a été nécessaire. Le seuil de significativité $p < 0,05$ a été retenu.

Une analyse thématique des commentaires libres a ensuite été réalisée.

III. RÉSULTATS

III.1 Taux de participation

Le questionnaire a été envoyé à 332 internes et 145 tuteurs.

Au total, 214 questionnaires ont été recueillis sur les 477 envoyés, soit un taux de participation global de 45%.

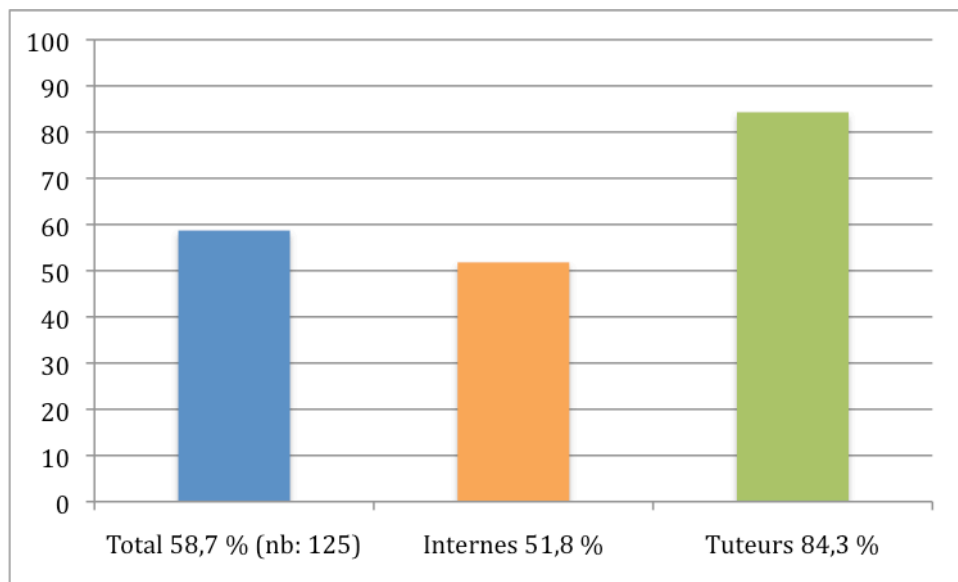
Le taux de participation parmi les internes était de 47%.

Le taux de participation parmi les tuteurs était de 40%.

La population totale était représentée à 72,8 % par des internes, et à 27,2 % par des tuteurs.

III.2 Item A sur la réunion de mise en place des GPP

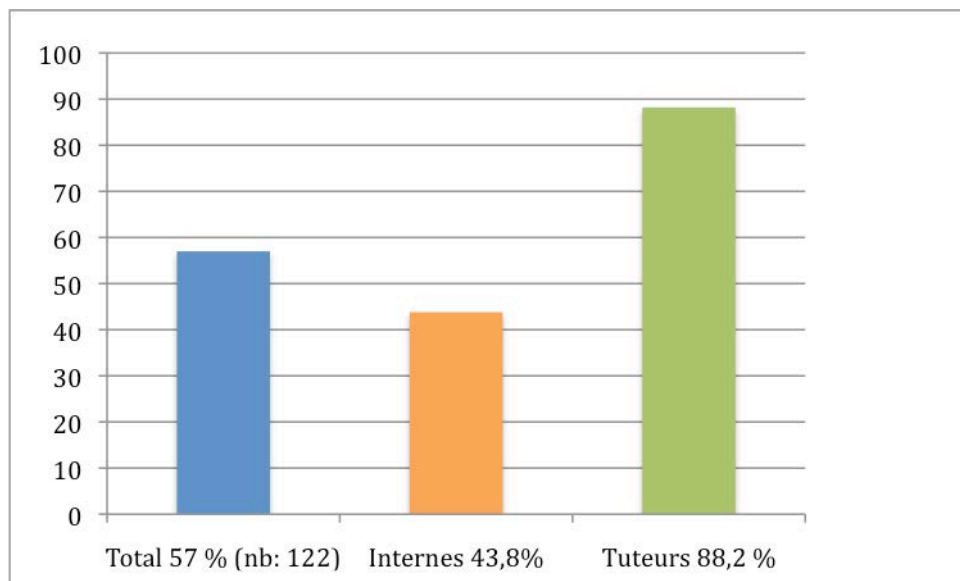
Figure 1 : item A.1 La réunion de mise en place de proximité du début de stage de mai 2015 entre les MSU et les internes a-t-elle été utile pour présenter l'environnement médico-loco-régional avec ses spécificités ?



Une majorité des répondants trouvaient que la réunion a permis de présenter l'environnement médico-loco-régional avec ses spécificités. Une différence statistiquement significative était retrouvée entre les deux groupes ($p < 0,05$).

Les tuteurs ont approuvé à une large majorité.

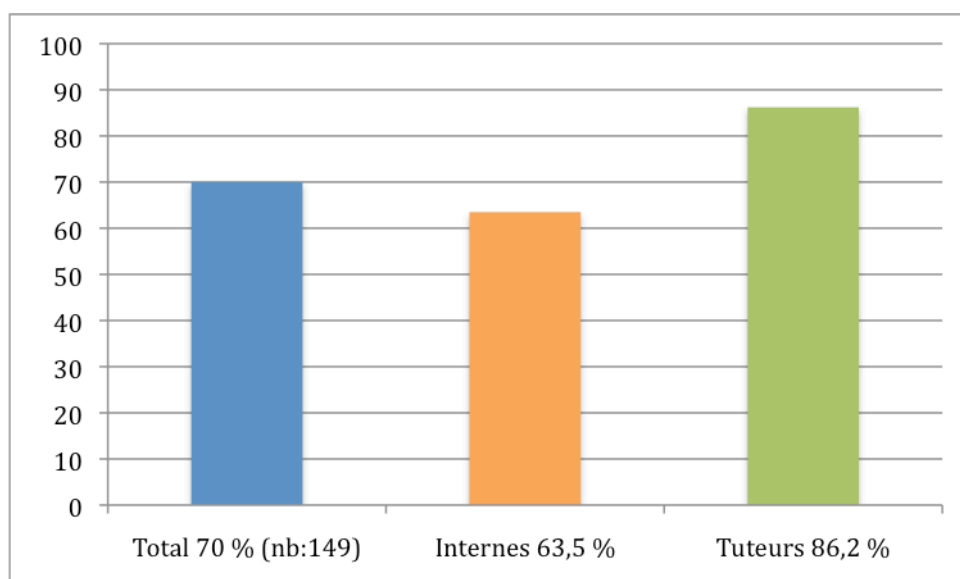
Figure 2 : Item A.2 La réunion de mise en place de proximité du début de stage de mai 2015 entre les MSU et les internes a-t-elle été utile pour présenter la réforme ?



Dans l'ensemble, la réunion de mise en place des GPP a permis de mieux appréhender la réforme.

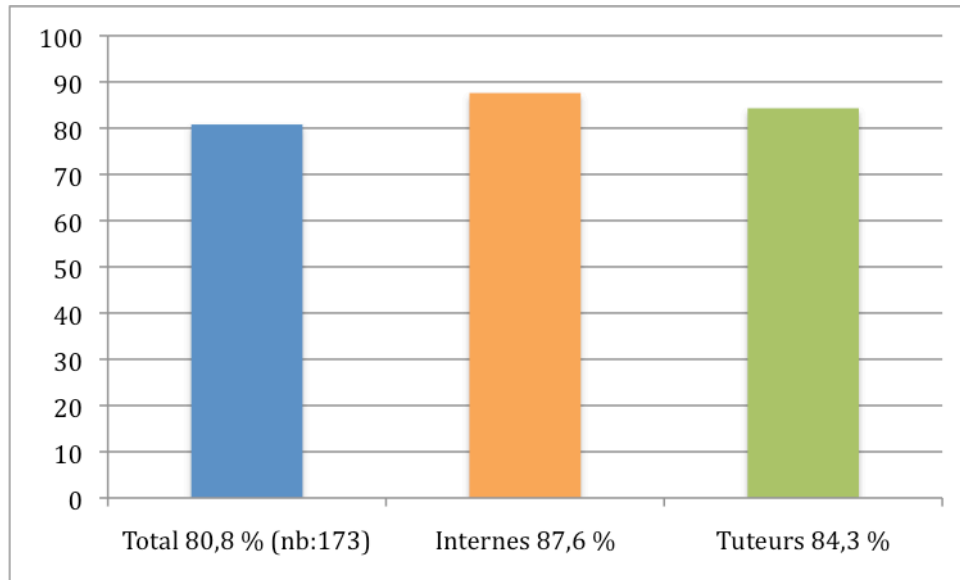
Dans les populations spécifiques, on remarque que les internes ont trouvé moins utile cette réunion pour la présentation de la réforme sur les GPP, alors que les tuteurs l'ont plébiscité largement. La différence était statistiquement significative ($p < 0,05$).

Figure 3 : Item A.3 La réunion de mise en place de proximité du début de stage de mai 2015 entre les MSU et les internes a-t-elle été utile pour favoriser les rencontres internes-MSU tuteurs ?



La réunion a permis pour une grande majorité de pouvoir se rencontrer et débiter les échanges entre MSU et internes. La différence entre les deux groupes était là encore statistiquement significative ($p = 0,002$).

Figure 4 : A.4 L'environnement logistique de cette réunion était-il adapté ?



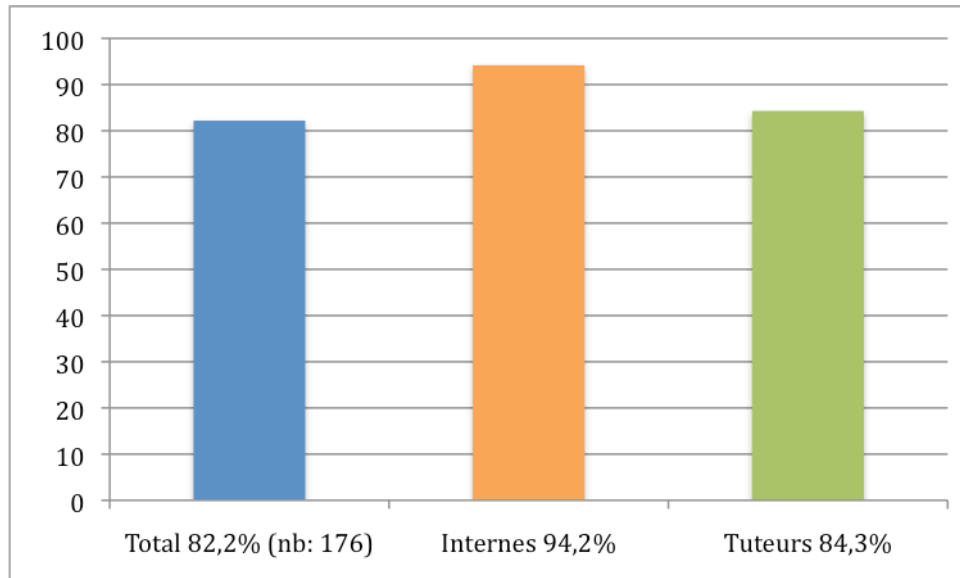
Il n'y avait pas de différence statistiquement significative entre les deux groupes pour cet item ($p = 0,56$).

III.3 Item B sur le nouveau Portfolio électronique

A-t-il été utilisé ? A-t-il été facile d'accès ? A-t-il été facile d'utilisation ? A-t-il été un bon outil de communication pour le couple MSU-Interne ?

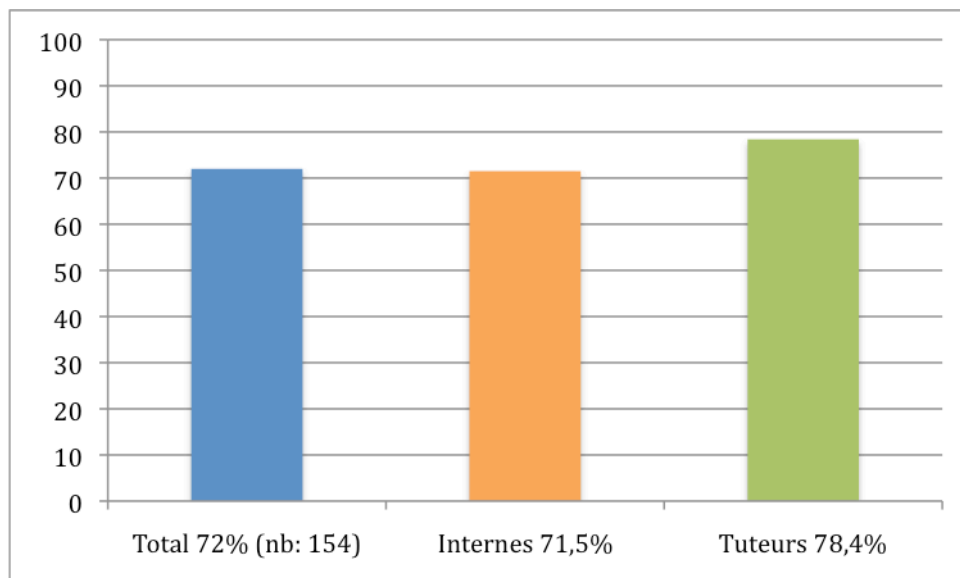
Non concerné car n'a pas été utilisé

Figure 5. A-t-il été utilisé ?



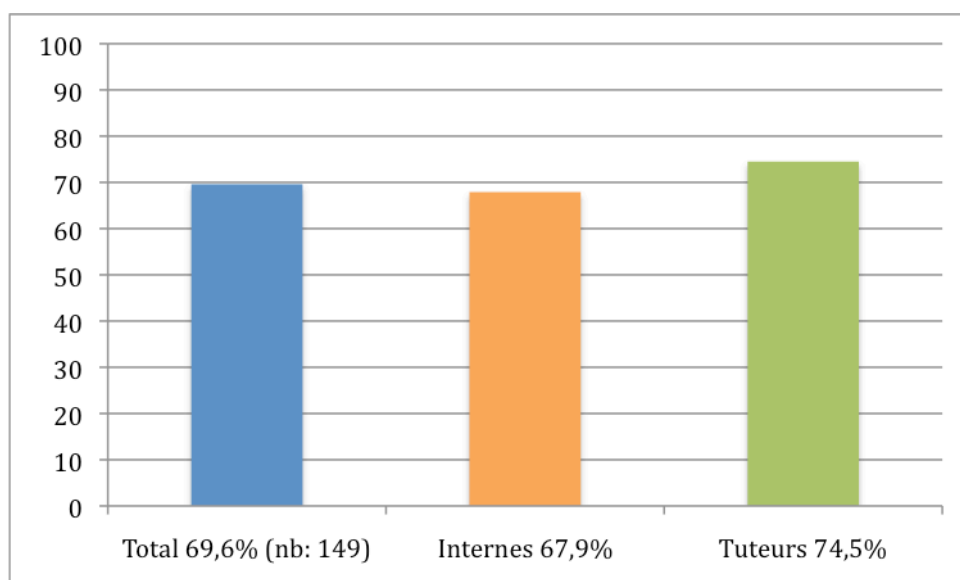
La différences entre les deux groupes était statistiquement significative ($p=0,03$).

Figure 6 : A-t-il été facile d'accès ?



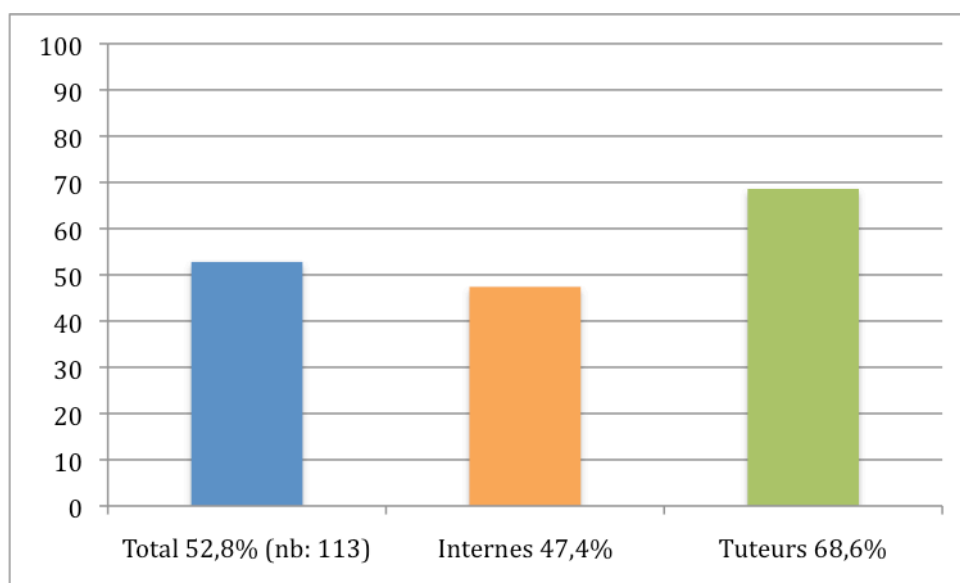
La différence entre les deux groupes était non significative ($p=0,34$).

Figure 7 : A-t-il été facile d'utilisation ?



La différence entre les deux groupes était non significative ($p=0,38$).

Figure 8 : A-t-il été un bon outil de communication ?

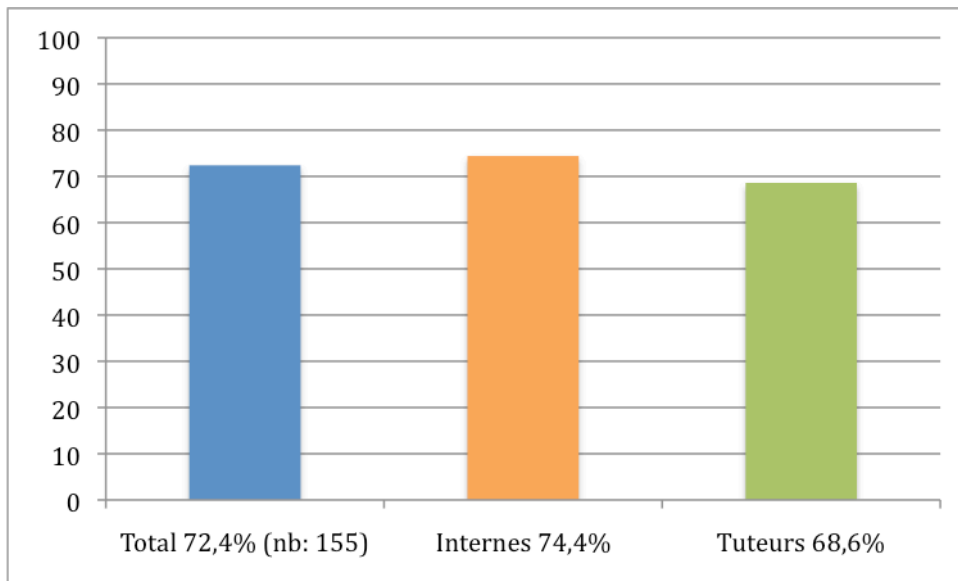


Dans l'ensemble, le couple tuteur-interne semblait réceptif au nouveau portfolio électronique, sauf dans le sous-groupe interne qui ne le trouvait pas assez performant pour la communication avec les tuteurs, la différence était significative en comparaison avec les tuteurs ($p=0,01$).

Seuls 10,7 % des répondants (nb=23) ont déclaré n'être pas concerné car ils n'avaient pas utilisé le nouveau portfolio électronique.

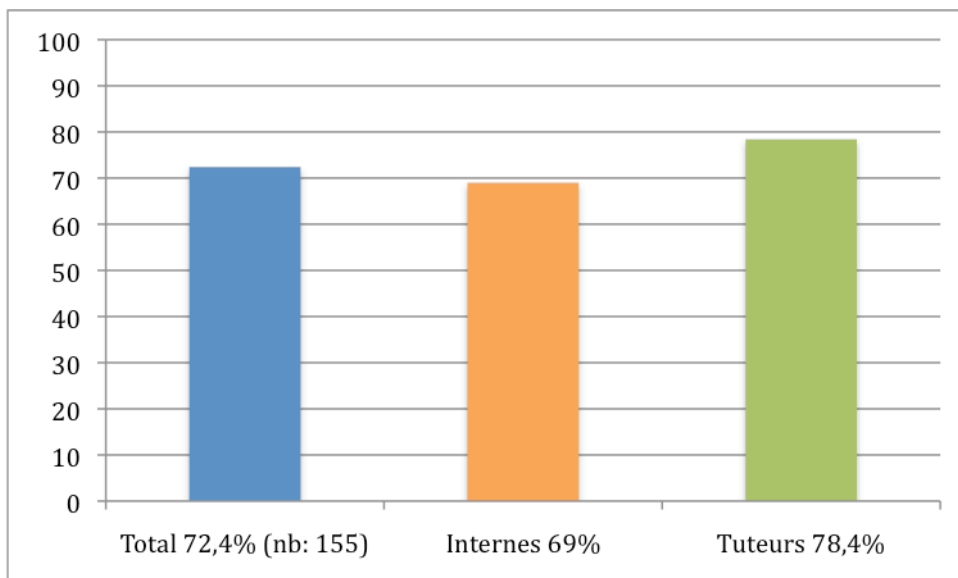
III.4 Item C sur la nouvelle organisation des AEP

Figure 9 : La nouvelle organisation des AEP a-t-elle apporté un plus grâce à la proximité ?



Il n'y avait pas de différence statistiquement significative entre les deux groupes ($p=0,42$).

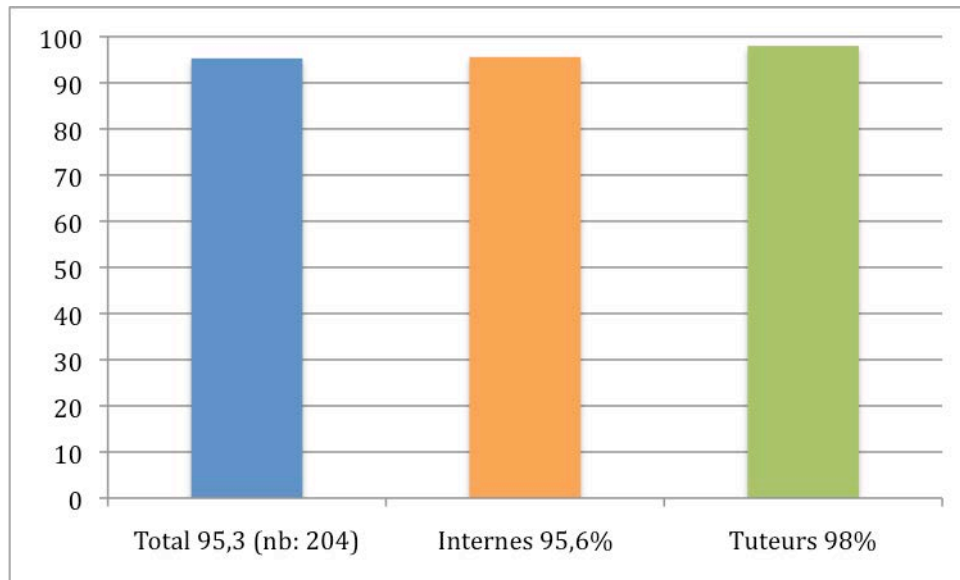
Figure 10 : La nouvelle organisation des AEP a-t-elle apporté un plus grâce au nombre limité d'étudiants ?



La différence n'était pas statistiquement significative ($p=0,22$).

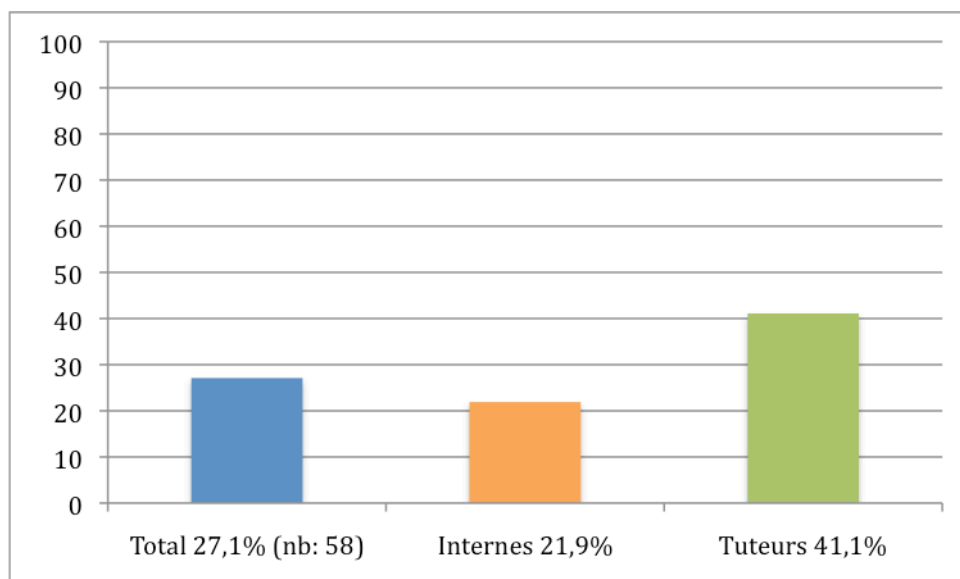
III.5 Item D sur le nouveau rôle du tuteur de proximité

Figure 11 : le fait d'avoir mis en place un tutorat de proximité a-t-il rendu les rencontres tuteurs-internes plus faciles?



La différence entre les deux groupes était non significative ($p=0,68$).

Figure 12 : Le fait d'avoir mis en place un tutorat de proximité a-t-il rendu les rencontres tuteurs-internes plus fréquentes ?



De l'avis des sondés, la réforme avec l'instauration d'un tuteur de proximité n'a pas permis d'augmenter la fréquence, surtout pour les internes. Seulement 21,9 % d'entre

eux ont trouvé que la proximité avait permis des rencontres plus fréquentes, contre 41,1 % pour les MSU. La différence pour cet item n'était pas statistiquement significative ($p=0,08$).

Tableau n°1 : Nombre de rencontres effectives au cours du semestre mai-novembre 2015.

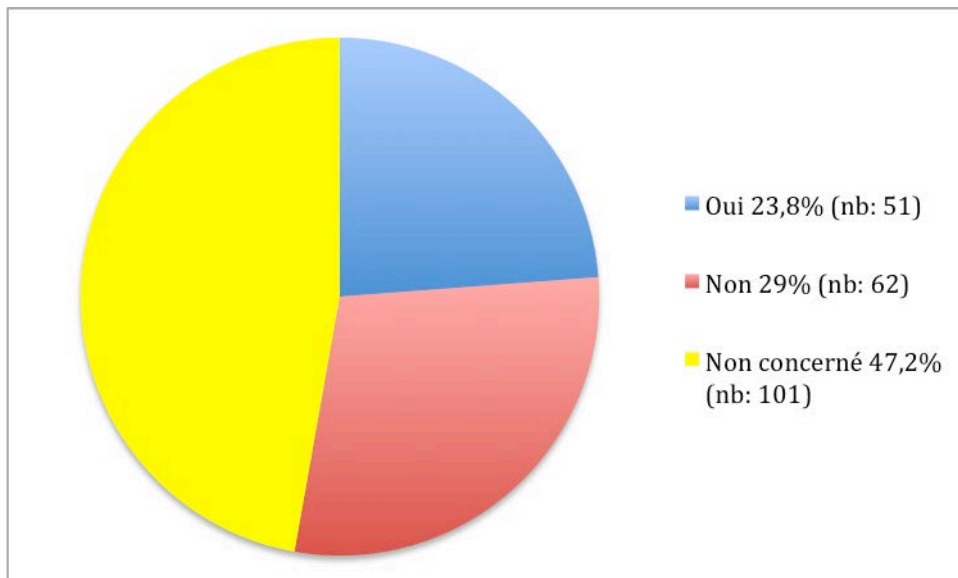
	1	2	3	4 et plus
Internes	37,90%	25,50%	32,80%	3,60%
MSU	19,60%	21,60%	49%	9,80%

Une majorité des étudiants ainsi que des MSU se sont rencontrés plusieurs fois au cours du semestre mai-novembre 2015 : 61,0% des internes et 80,4% des MSU ont eu deux rencontres ou plus ce semestre là.

III.6 Item E sur les grilles d'évaluation de stages

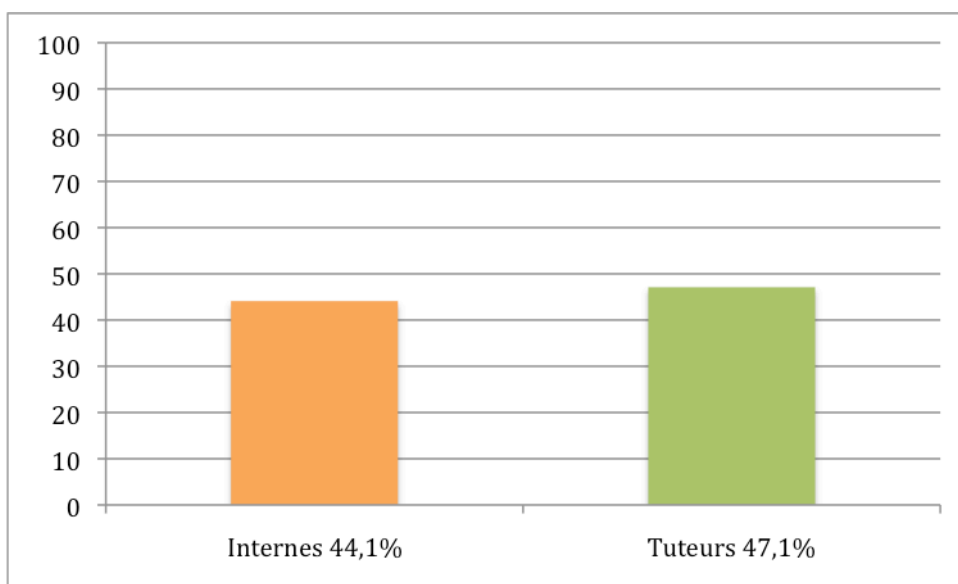
Pour la grille d'évaluation concernant le stage chez le praticien niveau 1 (**Annexe 3**).

Figure 13 : Utilisation de la grille d'évaluation du stage chez le praticien niveau 1.



Il existe une proportion importante de sondés non concernés par l'utilisation de cette grille. Parmi les personnes concernées, la figure 14 rapporte la proportion d'utilisation de la grille pour les internes et les MSU.

Figure 14 : Utilisation de la grille d'évaluation du stage chez le praticien niveau 1 pour les personnes concernées.



La différence entre les deux groupes n'était pas statistiquement significative ($p=0,78$).

Pour la grille d'évaluation du stage gynécologie ambulatoire (**Annexe 4**).

Figure 15 : Utilisation de la grille d'évaluation pour le stage gynécologie ambulatoire.

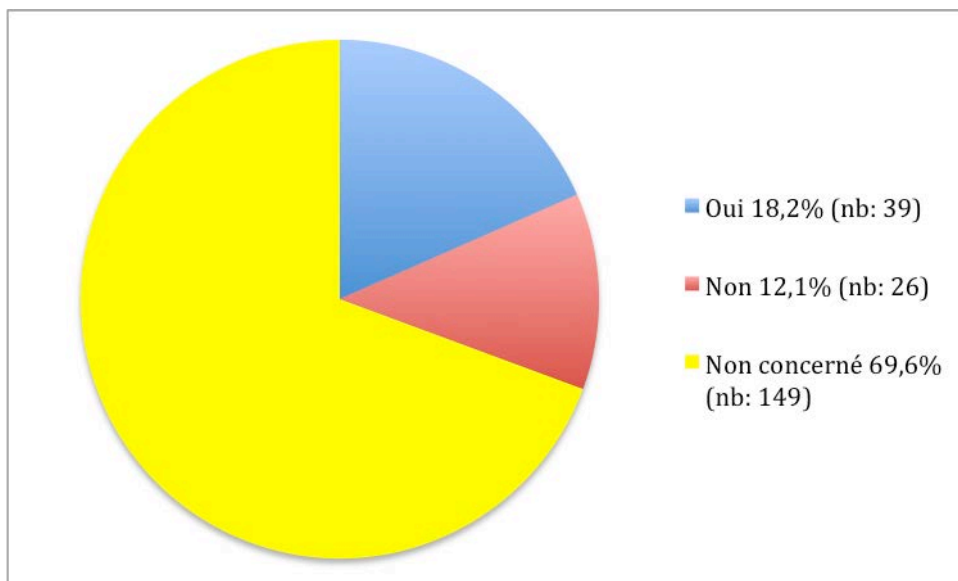
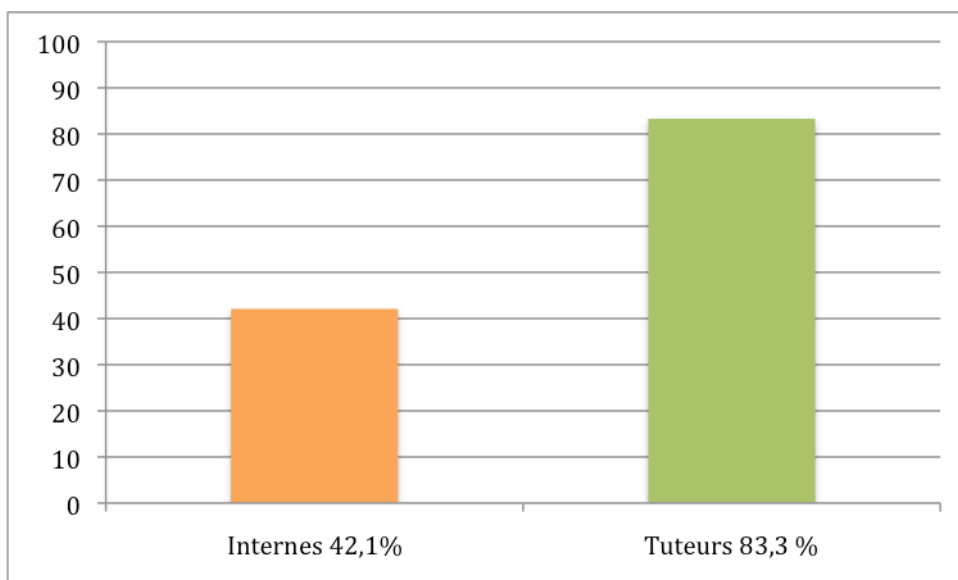


Figure 16 : Utilisation de la grille d'évaluation du stage gynécologie ambulatoire pour les personnes concernées.



La différence était statistiquement significative entre les groupes internes et tuteurs ($p=0,009$).

Pour la grille d'évaluation du stage de pédiatrie ambulatoire (**Annexe 5**).

Figure 17 : Utilisation de la grille d'évaluation pour le stage de pédiatrie ambulatoire.

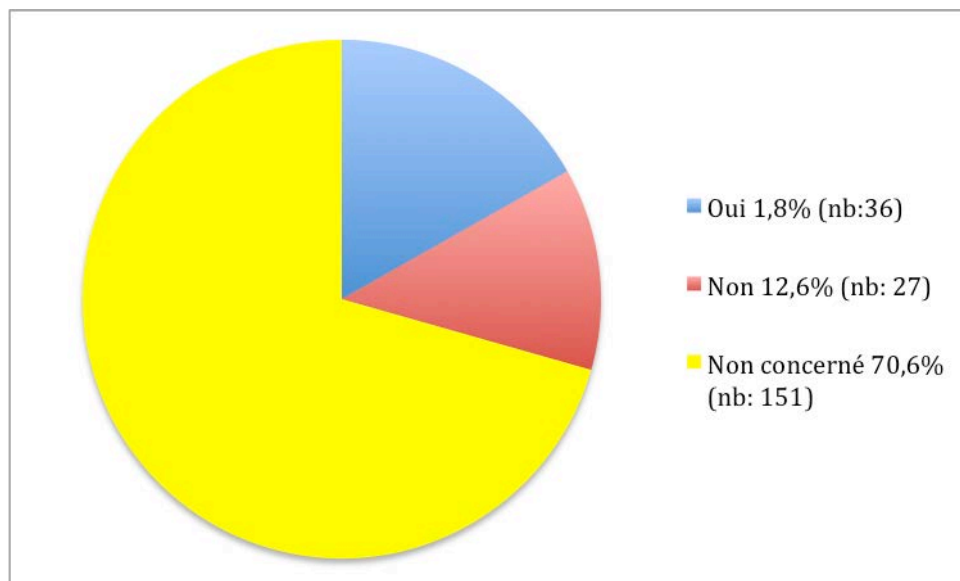
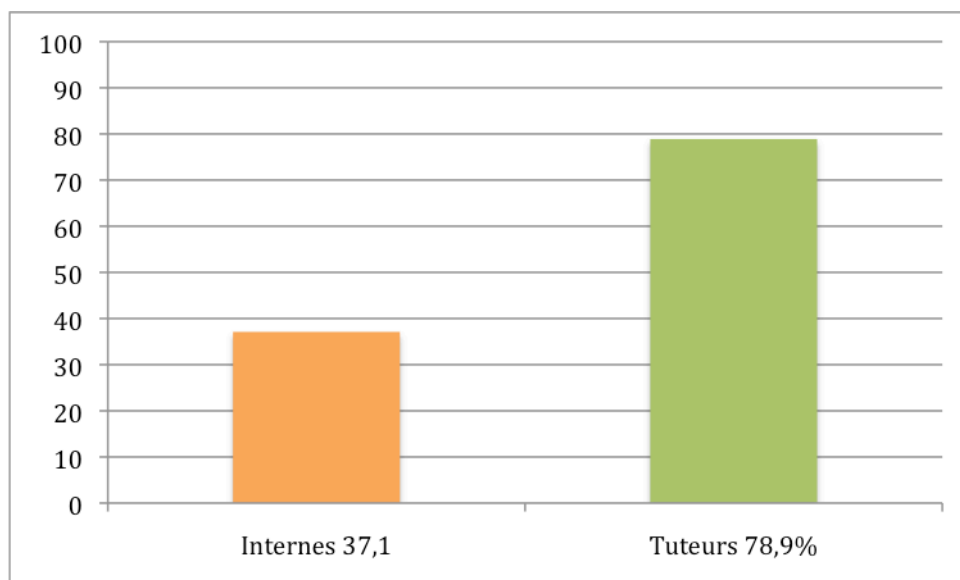


Figure 18 : Utilisation de la grille d'évaluation du stage de pédiatrie ambulatoire pour les personnes concernées



La différence était statistiquement significative entre les deux groupes ($p=0,008$).

Grille d'évaluation du stage en SASPAS (**Annexe 6**).

Figure 19 : Utilisation de la grille d'évaluation du stage en SASPAS.

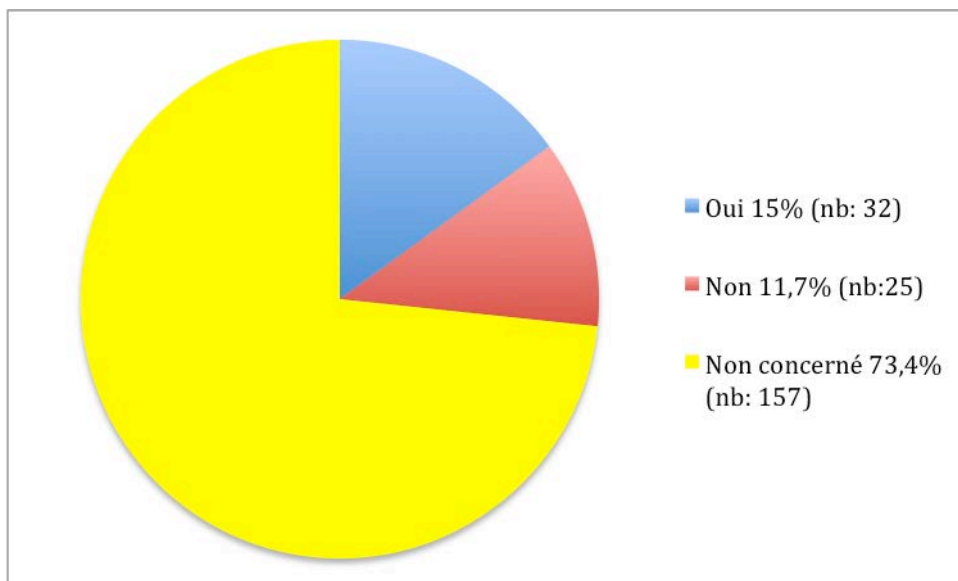
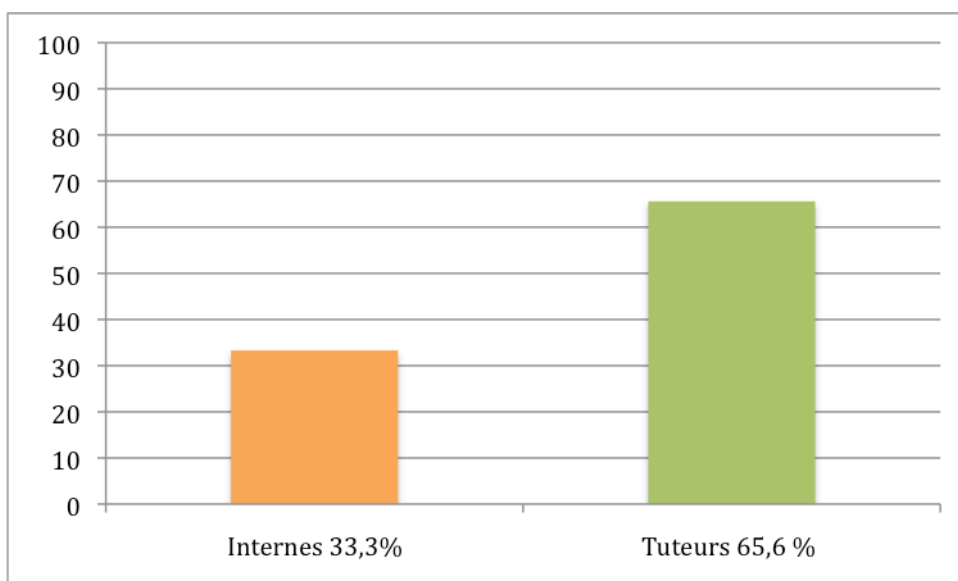


Figure 20 : Utilisation de la grille d'évaluation du stage en SASPAS parmi les personnes concernées.



La différence n'était pas statistiquement significative entre les deux groupes ($p=0,11$).

III.7 Analyse des commentaires libres

Les internes trouvent intéressant la nouvelle organisation des GPP avec un intérêt divers pour les réunions de début de stage qu'ils estiment plus intéressantes pour les premières années et demandent à ce que tous les tuteurs soient présents pour les rencontrer.

Le contenu de la réunion doit être organisé autour de l'explication de tout ce qui est demandé au cours du DES.

IV. DISCUSSION

IV.1 Forces de notre étude et principaux résultats

- Forces de notre étude

Notre travail est original, car à notre connaissance, aucun DUMG en France n'a adopté ce système de tutorat de proximité, articulé autour d'un portfolio électronique(4). Il était donc important d'avoir un premier ressenti de ce nouveau mode pédagogique un an après sa mise en place, dans le but d'améliorer son efficacité.

Le taux de participation au sein de la faculté de médecine générale de Toulouse est de 47% des internes et 40% des tuteurs.

Notre travail montre que la mise en place des GPP a permis de favoriser les rencontres entre les tuteurs et les internes, en répondant à la problématique de l'ancienne forme du tutorat peu efficace.

Nous montrons que le nouveau portfolio électronique, accessible sur la page web du DUMG de Toulouse, est plus facile d'accès et d'utilisation.

La mise en place des groupes pédagogiques de proximité a amélioré l'organisation des AEP grâce à la proximité et au nombre limité d'étudiants.

Le nouveau rôle du tuteur de proximité a permis des rencontres plus faciles et plus fréquentes.

En revanche, les grilles d'évaluation pour les stages en ambulatoire sont encore trop peu utilisées comme support pédagogique, en particulier par les internes.

IV.1.1 La réunion de mise en place des GPP

Notre travail montre que la réunion de mise en place des GPP a permis de favoriser les rencontres entre internes et tuteurs, permettant ainsi d'améliorer par la suite les échanges dans le couple interne/tuteur.

La réunion de début de semestre dans chaque GPP a permis de présenter les spécificités loco-régionales aux internes arrivant dans le bassin de santé, d'autant qu'un certain nombre des internes de médecine générale n'ont pas effectué leur deuxième cycle en Midi-Pyrénées.

A l'avenir, nous pensons qu'il est primordial que tous les tuteurs soient présents lors de cette réunion, pour maximiser les échanges, et favoriser l'adhésion des internes au principe du tutorat, d'autant plus que les internes sont en demande.

En revanche, les internes n'ont été que 43,8 % à trouver que la réunion a été utile pour présenter la réforme.

Pour les internes qui ne l'ont pas trouvé utile, cela montre une méconnaissance vis-à-vis du nouveau mode pédagogique qu'est la certification par compétences (10), méconnaissance retrouvée dans d'autres facultés.

En effet, la thèse du Docteur Dahan soutenue en 2009 portant sur « l'évaluation de l'adéquation des enseignements proposés dans le DES de MG à Paris VI avec les attentes des étudiants »(12) révèle une incompréhension des étudiants face au tutorat et aux différentes traces d'apprentissage à produire, qu'ils jugent souvent comme une charge de travail lourde et inutile, alors que le principe est de basculer vers un paradigme d'apprentissage(8), où l'interne est le principal acteur de sa formation, paradigme jusqu'alors inconnu pour la majorité des étudiants.

Pour répondre à cet écueil, les responsables du DUMG ont réalisé une trame commune à tous les GPP pour la réunion de début de semestre avec un contenu pédagogique reprenant le plus petit dénominateur commun, mise en place pour le semestre mai-novembre 2016.

IV.1.2 Le nouveau portfolio électronique

Notre étude montre que le nouveau portfolio électronique, accessible sur la page web du DUMG de la faculté de Toulouse, est facile d'accès et d'utilisation pour les internes et les tuteurs.

Cette amélioration au niveau de l'accès et de son ergonomie d'utilisation a permis une importante adhésion, puisque seulement 5,8 % des internes et 15,7 % des tuteurs n'ont pas utilisé le portfolio (10,7 % du total des réponses).

En revanche, les internes ne trouvent pas que cela facilite la communication avec les tuteurs pour 52,6 % d'entre eux. Probablement que les moyens de communication utilisés sont encore des moyens plus éprouvés comme le téléphone, ou les courriers électroniques par mail. Une formation spécifique au portfolio est pourtant réalisée.

Le portfolio est une « collection organisée et cumulative de travaux et de réflexion

d'un étudiant. Il rassemble des informations sur les compétences qu'il a développées au cours d'une période plus ou moins longue d'apprentissage »(13). Il intègre trois composantes : un support à la planification des apprentissages, un support à l'évaluation formative, un support à la démarche réflexive.

C'est un outil majeur dans le dispositif pédagogique où l'étudiant va pouvoir y déposer ses traces écrites, mais aussi des documents d'enseignement, des comptes-rendus de projets, ou autre document apportant la preuve de l'auto-formation de l'interne.

L'ensemble des travaux ainsi produit a valeur d'évaluation formative, en ce sens qu'il permet à l'interne de progresser dans son aptitude à compléter son niveau de connaissances. Il lui permet également de se poser les questions pertinentes en situation authentique. L'enseignant peut contrôler cette progression dans le cadre des acquisitions des compétences.

L'interne doit déposer sur le portfolio électronique :

- les RSCA (Récit de Situations Complexes et Authentiques) (14): deux par semestre
- Les SCRE (Situations Cliniques Rencontrées Écrites)(15) : deux par mois
- Les comptes-rendus des AEP
- Toutes les autres traces d'apprentissage
- Les rapports de stages

Le contenu du portfolio est supervisé par un tuteur dédié à l'interne.

Le problème majeur du portfolio est son manque d'adhésion, et la compréhension de sa finalité pédagogique par ses utilisateurs (internes et tuteurs) (16)(17)(18).

A ce sujet, l'ISNAR-IMG a publié en avril 2013 un « Guide de l'apprentissage par compétences »(19), destinés aux internes en médecine générale. Il leur permet d'appréhender le changement de paradigme, et la formation par acquisition de compétences et non plus seulement de savoirs « simples ».

La réforme avec la création des GPP doit permettre de favoriser l'adhésion aux outils pédagogiques grâce à l'information, la proximité des intervenants, et donc améliorer les interactions entre tuteurs et internes, mais aussi entre tuteurs eux-mêmes.

Depuis la mise en place du nouveau portfolio, nous avons constaté un accroissement

important du nombre de documents déposés.

En effet, plus de 23000 documents ont été déposés depuis la création du nouveau portfolio fin 2014 jusqu'à la date du 14 juillet 2016, résumés dans le tableau ci-dessous.

Tableau n°2 : Répartition des documents déposés sur le nouveau portfolio

RT	1473
AEP	4057
RSCA	2967
Autres traces d'apprentissages	14492
Projet à venir	32
TOTAL	23021

Par ailleurs, 665 évaluations semestrielles ont été réalisées.

Probablement le fait d'avoir un tuteur pour six mois, avec la nécessité de validation à chaque semestre des RSCA et autres traces d'apprentissage a permis une utilisation plus régulière du portfolio. Le tuteur de proximité et la validation tous les six mois doit permettre à l'interne de rédiger ses 2 RSCA obligatoires par semestre de façon régulière et continue, plutôt qu'en fin de cursus comme c'était trop souvent le cas avec l'ancienne formule du tutorat. Cela permet une vraie évaluation de la progression de l'interne au cours de son cursus et donc contribuer à la validation finale du DES.

Cela permet aussi au DUMG de certifier des professionnels compétents.

IV.1.3 Les AEP

Notre étude révèle que la nouvelle organisation des AEP a permis une amélioration grâce à la proximité et au nombre limité d'étudiants pour la majorité des répondants (72,4 %).

Les AEP mobilisent des compétences différentes et complémentaires, utiles à la professionnalisation de l'étudiant (20) : rédaction de situations cliniques complexes, apprentissage de la formalisation du questionnement clinique, travail de l'exposé oral

aux pairs, travail de recherche documentaire et de mise en forme, familiarisation avec l'outil de recherche.

Les AEP sont un des outils pédagogiques utilisés dans bon nombre de facultés de médecine générale en France.

C'est un mode de formation plébiscité par les internes, comme le montrent dans leurs thèses les Docteurs Landry et Cathala soutenues en 2015 sur les « opinions et attentes des internes vis-à-vis du DES de médecine générale » (21)(22).

Cela permet un travail réflexif sur sa propre pratique, et la confrontation avec les pairs.

Dans leur exercice futur en tant que praticien libéral, les internes peuvent participer à des groupes de pairs, qui reposent sur le même principe que les AEP.

MGwiki (23), base de données produite et régulièrement mise à jour par les internes suite aux GEP, est une initiative intéressante de l'université de Lyon-1, et pourrait être une piste pour utiliser les données produites dans nos AEP, et donner une utilité pratique à ces ateliers.

Une étude de 2012 publiée dans la revue *exercer* par A. Jami sur « la perception et la représentations des internes à l'égard des ECM » (24) (Entretiens collectifs monitorés), équivalents des AEP, révèle une adhésion progressive des internes en fonction de leur année d'étude à ce système pédagogique. Les premières années n'y voyant pas l'intérêt, et surtout comme un passage obligatoire pour la validation du DES, alors que les deuxièmes puis les troisièmes années y voient progressivement l'intérêt pédagogique de remise en question et de confrontation avec les pairs.

Avec la nouvelle organisation, les AEP en petit nombre permettent une meilleure interaction dans le groupe, en favorisant et stimulant la prise de parole pour des internes plus « timides ». Le fait de les avoir à proximité du lieu de stage permet aussi l'assiduité, en réduisant le temps d'absence en stage. En effet, bon nombre d'internes ne pouvaient assister à ces ateliers, car leurs maîtres de stage, souvent hospitaliers, ne leur permettaient pas de s'y rendre. Une absence plus courte pourrait améliorer la présence, qui est de plus obligatoire.

IV.1.4 Le tuteur de proximité

Notre travail révèle que le fait d'avoir un tuteur de proximité, dans le même bassin de santé que le lieu de stage de l'interne, permet des rencontres plus faciles.

En revanche, dans l'analyse en sous-groupe, les internes ne trouvent pas en majorité que ces rencontres soient plus fréquentes. Seulement 21,9 % des internes ont trouvé que ce nouveau mode de tutorat augmentait leurs fréquences. Les tuteurs quant à eux étaient 41,1 % à trouver que la proximité augmentait la fréquence. La différence était statistiquement significative ($p=0,008$).

Ces résultats nous surprennent car nous retrouvons par ailleurs que la grande majorité des tuteurs (80,4 %) ont rencontré leurs internes en charge deux fois ou plus au cours du semestre. Pour les internes la proportion est à 61,9 %.

Alors que les sondés ne trouvent pas que la réforme ait permis une augmentation de la fréquence, nous notons tout de même que pour la majorité d'entre eux, il y a eu plus de deux rencontres dans le semestre, ce qui est nettement supérieur à ce qui se passait avant, l'objectif étant trois réunions tutorées par semestre.

Dans une étude publiée dans la revue *exercer* en 2014 par Basileu et al sur la représentation des internes de la région Centre sur le tutorat (25), le tuteur est vu par les internes comme un « guide », autant dans la formation pédagogique, au travers du portfolio et des différentes traces d'apprentissage, avec un lien entre l'interne et la faculté, que comme un possible référent pour les projets professionnels futurs.

Une étude publiée par S. Leruste en 2008 sur l'organisation du tutorat à la faculté de médecine de Lille (26), après trois ans de fonctionnement du tutorat, pointait différentes difficultés : Pour les internes, le problème de l'éloignement géographique, du manque d'information sur le système même du tutorat. Pour les tuteurs, un manque de leur formation initiale, sans réel cahier des charges, ainsi qu'une absence de rémunération.

Une autre étude publiée en 2013 par Ries dans la revue *exercer* pointe les difficultés du tutorat face à l'augmentation du nombre d'internes, et a proposé des solutions (27), comme la formation des tuteurs, l'instauration de réunion de groupes tuteurés, ou encore délocaliser la formation des tuteurs.

Ces difficultés étaient aussi retrouvées à la faculté de médecine de Toulouse.

Les Groupes Pédagogiques de Proximité peuvent permettre d'y pallier, tout d'abord

en soustrayant la contrainte géographique, et par la réunion de début de semestre, en apportant les informations utiles et nécessaires au bon fonctionnement du système pédagogique.

La formation des tuteurs est devenue obligatoire, avec un recrutement chez tous les maîtres de stage universitaire accueillant des SASPAS. A terme, tous les MSU deviendront tuteurs.

Les GPP peuvent aussi permettre un meilleur recrutement des tuteurs, autre difficulté face au nombre croissant d'internes, en travaillant dans chaque bassin de santé, les médecins y exerçant pouvant trouver l'émulation entre eux, et se sentir plus impliqués dans leur mission universitaire.

IV.1.5 Les grilles d'évaluation

Parmi les personnes concernées, nous constatons qu'une majorité des internes n'ont pas utilisé les grilles d'évaluation, en particulier pour le stage en SASPAS : Seulement 33,3 % des concernés ont utilisé la grille. Ce résultat est à pondérer par le fait qu'il y avait peu de concernés par cet item (8,8 % des sondés), ce qui peut induire un biais statistique.

Dans l'ensemble, les tuteurs ont plus utilisés les grilles d'évaluation, allant de 47,1 % des concernés pour le stage niveau 1, jusqu'à 78,9 % d'utilisation de la grille d'évaluation du stage de pédiatrie ambulatoire .

Toutefois, la différence entre les deux groupes n'était statistiquement significative que pour les grilles d'évaluation portant sur les stages de gynécologie et pédiatrie ambulatoire ($p=0,009$ et $p=0,008$ respectivement).

Nos résultats montrent que les internes utilisent peu les grilles d'évaluation, alors qu'il existe une proportion d'utilisation plus importante chez les tuteurs. Cette différence peut s'expliquer en partie par le fait que les tuteurs ont plusieurs internes à charge, et donc ne reflète pas l'utilisation pour chacun.

Nous pouvons supposer que ce manque d'adhésion des grilles d'évaluation reflète plus un manque d'intérêt de la part des internes que des tuteurs, ou un manque d'information sur le rôle de support pédagogique de ces grilles.

Ceci est conforme à l'analyse des commentaires libres : on retrouve un refus de ces grilles d'évaluation trouvées « *trop fastidieuses* », « *...ne sont pas faciles à utiliser* », « *pas très intéressantes pour la formation* ».

Ces grilles reposent sur les familles de situation qui s'inspirent du référentiel métier et compétences du CNGE de 2009(28), reprises par Attali en 2003 dans la revue exercer (29), puis adaptées par le DUMG de Toulouse(30). Elles font appel aux six compétences génériques transversales décrites par Compagnon et al. en 2013(2), aussi appelée « marguerite des compétences ».

Notre étude montre que ces grilles sont peu utilisées, et sûrement mal utilisées. En effet, elles doivent servir comme support pédagogique, de guide à l'évaluation de l'acquisition des compétences, en suivant leurs évolutions tout au long du semestre mais aussi pour connaître de la part des différents acteurs (tuteurs et internes) les différentes compétences à acquérir. Dans les faits, elles semblent plutôt utilisées à la fin du semestre, et donc remplies rapidement et sans véritable questionnement sur leur utilité. Il faut donc les promouvoir comme outil pédagogique.

IV.2 Biais et limites

- Biais et limites de notre étude
 - Biais de sélection par le mode de recrutement choisi :

Le mode de recueil des questionnaires, par mail, peut induire un biais, ceux qui répondent étant peut-être les plus motivés. Cela nous a paru toutefois le mode de recueil le plus adapté pour ce type de questionnaire, afin d'obtenir le maximum de réponses. Le pourcentage assez élevé des réponses nous semble intéressant pour utiliser les résultats.

- Biais de classement :

Pour la réponse sur l'utilisation du portfolio électronique, il existe une discordance entre les réponses « a-t-il été utilisé ? », où 176 personnes ont répondu oui (82,2%), alors que seulement 23 personnes (10,7%) ont répondu de pas l'avoir utilisé. Il manque donc 15 personnes (7,1%) qui n'ont pas répondu correctement à la question, ce qui induit un biais. Ce taux de non-répondants reste assez faible.

Pour la réponse à l'item D sur le nombre de rencontres entre internes et MSU, il manquait la réponse 0, ce qui a pu induire un biais pour les personnes concernées. Toutefois on peut supposer que si la réponse était 0, les personnes répondantes

inscrivent 1 par défaut. Or les rencontres supérieures ou égales à 2 représentent 66,8 % des réponses, ce qui peut nous suggérer qu'il existe toutefois un bon taux de réponses correctes. Pour cet item également, les tuteurs ayant plusieurs internes à charge, n'ont probablement pas eu le même nombre de rencontres avec chacun, ce qui peut induire un biais dans les réponses. On peut supposer qu'ils ont réalisé une moyenne de leurs rencontres avec les différents internes.

80,4 % des tuteurs ont rencontré leurs internes en charge deux fois ou plus au cours du semestre. Pour les internes la proportion est à 61,9 %.

La différence entre tuteurs et internes pourrait s'expliquer par le fait que les tuteurs qui ont répondu au questionnaire étaient les plus motivés, et les plus impliqués dans la pédagogie, retrouvant de ce fait une proportion très importante de rencontres multiples.

Pour l'item sur les AEP, il n'y avait pas de possibilités de réponses négatives, ce qui peut induire aussi un biais de classement.

- Limites

Notre étude n'est qu'un premier ressenti après un an de mise en place des GPP. Elle permet de consulter les principaux acteurs sur l'acceptation de cette nouvelle mesure en terme de pédagogie, ainsi que sur l'utilisation des outils pédagogiques nouvelle formule, mais non d'évaluer son efficience.

Il serait intéressant à la fin du cursus de la promotion n'ayant connu que les GPP d'étudier l'amélioration en terme d'acquisition des compétences, qui est la finalité de l'internat de médecine générale, et ainsi exercer une rétro-action si besoin.

IV.3 Perspectives

A titre personnel, je n'ai pas connu la réforme avec la mise en place des GPP.

Je pense que c'est un bon moyen, à condition d'avoir les bons outils, de personnaliser la formation de l'interne en étant au plus proche de lui pour l'accompagner dans sa professionnalisation.

On perd avec la réforme le suivi sur trois ans, mais dans les faits, ce suivi n'était pas efficient, avec des rencontres trop rares voire inexistantes, et donc la perte de sa

fonction première. De plus, si comme moi l'interne reste dans le même bassin de santé durant son cursus, il peut garder le même tuteur si cela fonctionne bien, ou au contraire afficher une volonté de changement.

La réunion de début de semestre est importante pour moi, afin de rappeler, et je le pense nécessaire, les différents supports pédagogiques, ainsi que les traces écrites à fournir, en rappelant que c'est une nouvelle façon d'apprendre, et pas seulement un passage obligatoire en vue de la validation du DES. Cette réunion est l'occasion de mettre l'interne principal acteur de sa formation, et de voir le tuteur comme un guide, plutôt qu'un évaluateur.

Je n'ai pas non plus bénéficié des grilles d'évaluation. A mon avis, il faut informer les internes, et surtout les maîtres de stage que cela doit servir de guide tout au long du semestre, pour connaître les différents apprentissages à faire, et l'utiliser pour suivre la progression de l'interne.

Si nous nous intéressons à ce qui se passe à l'international, en particulier au Canada, qui possède un système pédagogique reconnu, nous observons que les outils pédagogiques sont assez semblable, même si l'organisation peut différer.

Une réforme du programme du résidanat en médecine familiale a été entreprise en 2006 sur la base d'un rapport établi par un comité de révision du curriculum, mis en place en 1998 (31)(32). Le système pédagogique de médecine familiale canadien est fondé sur le principe du Cursus Triple C axé sur le développement des compétences. (Centré sur la médecine de famille, Continuité pédagogique et des soins aux patients et forme les résidents à prodiguer des soins Complets et globaux)(33)(34).

Le système pédagogique canadien est donc aussi fondé sur l'acquisition des compétences, et leurs évaluations formatives.

Chaque résident se voit attribuer un tuteur pour deux ans. Il existe 300 heures d'enseignement théorique, divisés en journées académiques (séminaires), cours en petit groupe (sur discussion de cas clinique) et ateliers pratiques.

La formation de l'étudiant se déroule principalement dans une Unité de Médecine Familiale (UMF), auquel il est attribué pour ses deux ans de résidanat. Il y a eu une augmentation de la part ambulatoire dans la formation. Une UMF est une clinique de médecine de famille dédiée prioritairement à la formation des résidents en médecine de famille dans un contexte de soins de première ligne et à la recherche dans cette discipline. L'UMF est interdisciplinaire.

Chaque UMF a 3 missions principales : mission clinique (patient ++), mission d'enseignement, mission de recherche.

Un autre intérêt aussi des UMF est de favoriser le recrutement et la rétention des médecins en région.

L'évaluation des compétences passe aussi par un portfolio, l'accent est mis sur le résident comme acteur principal de sa formation, et ses superviseurs doivent être vus plutôt comme des « coachs ».

Dans le système d'évaluation, il existe des supervisions cliniques, où le résident doit passer d'une position d'évaluation à une position d'apprentissage (35), avec la « bienveillance » du supervisé, afin d'améliorer ses capacités d'acquisition de compétences.

Le nouveau programme, comme le faisait l'ancien, a conservé la politique de confier à chaque résident une clientèle de patients pour laquelle il devient le médecin de famille pendant les deux années de la formation. Cela se fait sous la supervision de médecins de famille enseignants.

La conception du nouveau programme d'enseignement a valorisé la réflexion et visant à favoriser la mobilisation et l'intégration des ressources des résidents, par l'institutionnalisation d'une journée annuelle de présentation de travaux d'érudition et de recherche des résidents et par la création d'un réseau de recherche dans les UMF.

Les GPP, même si c'est à une moindre échelle, pourraient s'inspirer des UMF en devenant de véritables pôles universitaires dédiés à la médecine générale.

Le rapport Couraud-Pruvot de 2014(36), ainsi que le rapport Selleret-Blemont sur sa faisabilité de 2015 (37) prévoient une réforme du 3^{ème} cycle des études médicales, passant nécessairement par une augmentation de la part ambulatoire pour les internes en médecine générale répartie en trois phases : phase socle, phase intermédiaire et phase de mise en responsabilité (ou phase d'autonomie supervisée). L'objectif pour la médecine générale est d'aboutir à au moins trois stages ambulatoires, un dans chaque phase.

Les principes étant une progression pédagogique en trois phases, et une évaluation des compétences tout au long du cursus, ce qui est déjà le cas pour l'internat de médecine générale à Toulouse avec le portfolio électronique et le tutorat.

Les propositions du CNGE pour la nouvelle maquette de médecine générale (38) prévoient notamment un allongement du DES de médecine générale à 4 ans, avec une phase transitoire à 3 ans, pour permettre le recrutement des 4000 nouveaux MSU nécessaire au niveau national.

L'évaluation des connaissances et des compétences se fait tout au long du cursus, par analyse du portfolio et par les grilles d'évaluation de stage qui « seront le meilleur garant de l'évaluation des compétences en situation et performances de l'interne ».

Le passage à un DES à 4 ans est encore débattu à l'heure actuelle, mais l'évolution passera de toute façon par une augmentation de la part ambulatoire, en vue de la professionnalisation de l'interne, et ainsi participer à un sentiment de confiance nécessaire à l'installation.

V. CONCLUSION

Les nouveaux groupes pédagogiques de proximité mis en place en 2014 ont permis d'améliorer l'efficacité des outils pédagogiques utilisés par le département universitaire de médecine générale de Toulouse. Ils permettent d'aider les internes à mieux appréhender les AEP dès le début de leur formation, d'une part en enlevant la contrainte géographique, souvent incriminée, et d'autre part en facilitant la communication dans le groupe grâce au nombre limité d'étudiants. Ils favorisent les rencontres et donc la communication entre internes et tuteurs. Le nouveau portfolio électronique a montré son efficacité en augmentant le nombre de traces écrites déposées. Le point faible des outils pédagogiques semble l'utilisation des grilles d'évaluation.

Une trame commune à la réunion d'information de début de semestre a vu le jour pour homogénéiser et améliorer son contenu au niveau des spécificités loco-régionales, et au niveau du contenu pédagogique.

Les internes en arrivant dans le 3^{ème} cycle des études médicales n'ont connu bien souvent que l'enseignement passif tout au long de leur scolarité, et le changement vers une approche par apprentissage doit être accompagné par des tuteurs formés à ce nouveau mode.

L'internat de médecine générale est un parcours professionnalisant, où l'on ne peut bien évidemment pas tout connaître, il est donc primordial de donner les clés à l'apprenant pour qu'il puisse évoluer dans sa pratique future.

A l'heure du virage ambulatoire et où se profile un DES en quatre ans, avec augmentation de la part ambulatoire, les GPP peuvent apporter des solutions. Notamment au niveau géographique, en décentralisant certains enseignements théoriques, comme par exemple la gestion du cabinet médical. Les GPP peuvent permettre d'augmenter le recrutement nécessaire des maîtres de stage en créant une émulation au sein de chaque bassin de santé, et la possibilité d'améliorer la formation initiale et continue des tuteurs, véritables pivots du système. Cela pourrait aussi permettre de lutter contre la désertification médicale en créant de véritables pôles de santé universitaires locaux.

Il serait intéressant à la fin du cursus des étudiants n'ayant connu que le nouveau

système pédagogique des GPP d'évaluer l'amélioration en terme d'acquisition des compétences, afin d'y exercer une rétro-action si besoin.

VI. BIBLIOGRAPHIE

1. WONCA Europe. La définition européenne de la médecine générale- Médecine de famille [Internet. Consulté le 25 janvier 2016]. 2002. Disponible sur: <http://www.woncaeurope.org/sites/default/files/documents/WONCAdefinitionFrenchversion.pdf>
2. Compagnon L, Bail P, Huez J, Stalnikiewicz B. Définitions et compétences en médecine générale. *exercer, La Revue Française de Médecine Générale*. 2013;(108):148-55.
3. Chartier S, Ferrat E, Djassibel M, Bercier S, Compagnon L, Renard V, et al. Mise en oeuvre d'un programme d'apprentissage dans une logique de compétence : difficultés et propositions. *exercer, La Revue Française de Médecine Générale*. 2012;(103):169-74.
4. Chambe J, Maisonneuve H, Leruste S, Huas C. Etat des lieux des procédures de validation du DES de médecine générale en France. *exercer, La Revue Française de Médecine Générale*. 2014;(113):123-31.
5. Le Mauff P, Pottier P, Goronflot L, Barrier J. Evaluation d'un dispositif expérimental d'évaluation certificative des étudiants en fin de troisième cycle de médecine générale. *Pédagogie Médicale*. 2006(3):13.
6. Ministère de l'éducation nationale, de l'enseignement supérieur et de la recherche. Arrêté du 22 septembre 2004 fixant la liste et réglementation des diplômes d'études spécialisés en médecine. [Internet. Consulté le 28 janvier 2016]. Disponible sur : <http://www.education.gouv.fr/bo/2004/39/MENS0402086A.htm>
7. Ruelle Y, Casanova F, Bousquet M, Kandel O. Concepts en médecine générale : ébauche d'un corpus théorique de la discipline. *exercer, La Revue Française de Médecine Générale*. 2015;(117):22-3.
8. Jouquan J, Bail P. A quoi s'engage-t-on en basculant du paradigme d'enseignement vers le paradigme d'apprentissage ? *Pédagogie Médicale*. 2003(3):163-75.
9. Nendaz M. Favoriser l'autonomie d'apprentissage. *Pédagogie Médicale*. 2004;5(2):72-4.
10. Chartier S, Le breton J, Ferrat E, Compagnon L, Attali C, Renard V. L'évaluation par approche de compétences en médecine générale. *exercer, La Revue Française de Médecine Générale*. 2013;(108):171-7.
11. Le Mauff P, Bail P. Comment réussir une évaluation formative des compétences des internes en étant centré sur leurs processus d'apprentissage ? *exercer, La Revue Française de Médecine Générale*. 2008;(82):77-81.
12. Dahan B. Thèse Evaluation de l'adéquation des enseignements proposés dans le DES de médecine générale à Paris VI avec les attentes des étudiants. 65p. Th : Méd: Université Pierre et Marie Curie Paris VI: 2009.
13. Naccache N, Samson L, Jouquan J. le portfolio en éducation des sciences de la santé : un outil d'apprentissage, de développement professionnel et d'évaluation. *Pédagogie Médicale*. 2006(2):110-27.
14. DUMG Toulouse. RSCA fiche synthétique [Internet. Consulté le 6 juin 2016]. Disponible sur: <https://www.dumg-toulouse.fr/uploads/b68d088d85f91d0dc12b4f05487cfe35b5d4e22c.pdf>
15. DUMG Toulouse. SCRE fiche synthétique [Internet. Consulté le 6 juin 2016]. Disponible sur: <https://www.dumg-toulouse.fr/uploads/f8ccd5929bddc4dfc70e052d113117524e4d79aa.pdf>

16. Potier A, Robert J, Ruiz C, Lebeau J, Renoux C. Un portfolio pour certifier les compétences : des concepts à la pratique. *exercer, La Revue Française de Médecine Générale*. 2013 (108): 178-84.
17. Allory E, Brabant Y, Sardin S. Comment réconcilier les internes avec le portfolio. *exercer, La Revue Française de Médecine Générale*. 2014;(112):16-7.
18. Fiquet L, Chiron B. Evaluation de l'utilisation du portfolio par les internes en médecine générale d'Angers. *exercer, La Revue Française de Médecine Générale*. 2012; (102):121-6.
19. ISNAR IMG. Guide de l'apprentissage par compétences [Internet. Consulté le 22 mars 2016]. 2013. Disponible sur: http://www.isnar-img.com/sites/default/files/publications/130411_isnarimg_guide_apprentissageparcompetences.pdf
20. Cohen Scali J, Seguret P, Lambert P, Amouyal M. Les groupes d'échange de pratique tutorés pendant l'internat de médecine générale : modalités pratiques, pertinence pédagogique et perspective pour l'enseignement. *exercer, La Revue Française de Médecine Générale*. 2013;(107):126-30.
21. Landry C. Thèse. Formation des internes de médecine générale : Opinions et attentes des internes vis-à-vis du DES de médecine général actuel. 153p. Th : Méd: Paris Est Créteil : 2015.
22. Cathalan T. Thèse. Formation des internes de médecine générale. Opinions et attentes des internes vis-à-vis du DES de médecine générale « idéal ». 94p. Th : Méd: Paris Est Créteil : 2015.
23. Darmon D, Schuurs M. MGwiki : un site expérimental à destination des internes de médecine générale et leurs tuteurs. *exercer, La Revue Française de Médecine Générale*. 2013;(106 supplément 2):56-7.
24. Jami A, Saint-Lary O, Bernard E, Saunier de almeida A, Lefranc-Morin C, Ouazana A. Perceptions et représentations des internes de médecine générale à l'égard d'un outil pédagogique issu du paradigme d'apprentissage. *Pédagogie Médicale*. 2012(1):27-37.
25. Basileu T, Renoux C. Tutorat individuel et tutorat en groupe : représentations des internes de la région Centre. *exercer, La Revue Française de Médecine Générale*. 2014;(111):40-6.
26. Leruste S, Duriez S, Lerouge P, Andregnette P. Tutorat au cours du 3ème cycle de médecine générale à la faculté de Lille. *exercer, La Revue Française de Médecine Générale*. 2008;(82):82-6.
27. Ries G, Jami A, Potier D, Piriou C. Le tutorat individuel face à l'augmentation du nombre d'internes. *exercer, La Revue Française de Médecine Générale*. 2013;(107):70-7.
28. CNGE. Référentiel métiers et compétence du médecin généraliste . 2009. [Internet. Consulté le 24 mai 2016]. Disponible sur : http://www.nice.cnge.fr/IMG/pdf/Referentiel_Metier_et_Competences_MG.pdf
29. Attali C, Huez J, Valette T, Lehr Drylewicz AM. Les grandes familles de situations cliniques. *exercer, La Revue Française de Médecine Générale*. 2013;(108):165-9.
30. DUMG Toulouse. Les 10 familles de situation [Internet. Consulté le 07 juin 2016]. Disponible sur: <https://www.dumg-toulouse.fr/uploads/6b09a82ff75684bcec698544dc76ae882103fc3a.pdf>
31. Sanche G, Authier L, Beïque C, Duplain R. Le nouveau programme de résidence de médecine familiale de l'Université de Montréal : des intentions aux premiers pas de l'évaluation. *Pédagogie Médicale*. 2009(4):267-79.
32. Collège de médecine familiale du Canada. Cahier du programme de résidence

- en médecine de famille [Internet. Consulté le 02 juin 2016]. 2015. Disponible sur:
http://medfam.umontreal.ca/wp-content/uploads/sites/16/cahier_du_programme.pdf
33. Collège de médecine familiale du Canada. Cours triple C axé sur le développement des compétences Partie 1 [Internet. Consulté le 02 juin 2016]. 2011. Disponible sur:
http://www.cfpc.ca/uploadedFiles/Resources/Resource_Items/Triple_C/Triple_C_Compentency_FR_w_cover_Sep29.pdf
34. Collège de médecine familiale du Canada. Rapport sur le Cours triple C axé sur le développement des compétences Partie 2.[Internet. Consulté le 02 juin 2016] 2013. Disponible sur :
http://www.cfpc.ca/uploadedfiles/education/_pdfs/triplec_rapport_2.pdf
35. Giroux M, Girard G. Favoriser la position d'apprentissage grâce à l'interaction superviseur-supervisé. *Pédagogie Médicale*. 2009(3):193-210.
36. Couraud F, Pruvot F-R. Rapport Couraud-Pruvot Proposition pour une restructuration du 3ème cycle des études médicales. 2014. [Internet. Consulté le 04 janvier 2016]. Disponible sur : <http://isni.fr/wp-content/uploads/2014/04/Rapport-Couraud-Pruvot-avril14-2.pdf>
37. Selleret F-X, Blemont P. Reforme du 3eme cycle des études médicales : mission d'étude complémentaires sur la faisabilité administrative de la réforme. 2015. [Internet. Consulté le 06 juin 2016] Disponible sur :
<http://www.igas.gouv.fr/IMG/pdf/2014-100R.pdf>
38. CNGE. Proposition du CNGE pour la nouvelle maquette de médecine générale. 2016. [Internet. Consulté le 05 avril 2016]. Disponible sur :
http://www.cnge.fr/la_pedagogie/proposition_du_cnge_pour_la_nouvelle_maquette_du_d/

VII. Annexes

Annexe 1 Les 33 bassins de santé en Midi-Pyrénées

Les 33 bassins de santé de Midi-Pyrénées



Annexe 2 Le questionnaire

Evaluation de la mise en place de la réforme concernant les Groupes Pédagogiques de Proximité (GPP) sur MIDI PYRENEES

***Obligatoire**

A-La réunion de mise en place de proximité du début de stage en MAI 2015 entre les MSU et les Internes a-t-elle été utile pour présenter l'environnement médical loco régionale avec ses spécificités *

- ☐ Oui
☐ Non

La réunion de mise en place de proximité du début de stage en MAI 2015 entre les MSU et les Internes a-t-elle été utile pour présenter la réforme *

- ☐ Oui
☐ Non

La réunion de mise en place de proximité du début de stage en MAI 2015 entre les MSU et les Internes a-t-elle été utile pour favoriser les rencontres Interne-MSU Tuteurs *

- ☐ Oui
☐ Non

L'environnement logistique de cette réunion était-il adapté *

- ☐ Oui
☐ Non

B-Le nouveau port folio électronique : *

Plusieurs réponses possibles

- ☐ A-t-il été utilisé
☐ A-t-il été facile d'accès
☐ A-t-il été facile d'utilisation
☐ A-t-il été un bon outil de communication pour le couple MSU-Interne
☐ Non concerné car n'a pas été utilisé

C-La mise en place de la nouvelle organisation des AEP a-t-elle apporté un plus : *

Plusieurs réponses possibles

- ☐ Grâce à la proximité
☐ Grâce au nombre limité d'étudiants au cours des seances

D-Le nouveau rôle de tuteur de proximité: *

Le fait d'avoir mis en place un tutorat de proximité a-t-il rendu les rencontres

- ☐ Plus faciles
☐ Plus fréquentes
-

Pouvez vous donner le nombre de rencontres tutorées physiques effectives au cours de ce semestre *

- ☐ 1
☐ 2
☐ 3
☐ 4 et plus

Les grilles d'évaluation devaient servir de support pédagogique entre les Internes et leurs Maîtres de Stage dès le début du stage et tout au long des 6 mois. *

Ces grilles ont elles été utilisées dans ce sens pour le stage de Niveau 1

- ☐ Oui
☐ Non
☐ Non concerné

*

Ces grilles ont elles été utilisées dans ce sens pour le stage Gynécologie ambulatoire

- ☐ Oui
☐ Non
☐ Non concerné

*

Ces grilles ont elles été utilisées dans ce sens pour le stage de Pédiatrie ambulatoire

- ☐ Oui
☐ Non
☐ Non concerné

*

Ces grilles ont elles été utilisées dans ce sens pour le stage en SASPAS

- ☐ Oui
☐ Non
☐ Non concerné

Vous remplissez cette fiche en tant que *

- ☐ Interne
☐ Maître de stage Universitaire

Commentaires libres et suggestions

Annexe 3. Grille d'évaluation stage chez le praticien niveau 1

COMPETENCES		PERFORMANCES			
Eléments	Progression au cours du stage Oui / Non	Insuffisant	partiellement Acquis	Acquis	Maîtrisé
Déroulement de la consultation (DC)					
Accueillir les patients					
Amorcer et commencer la consultation					
Recueillir les motifs de consultation					
Structurer la consultation					
Expliquer l'orientation diagnostique					
Expliquer la prise en charge médicale					
Recueillir le consentement					
C conclure la consultation					
Respect de la durée d'une consultation (17 minutes en moyenne)					
Gestion et respect des différentes périodes d'une consultation					
Relation Médecin Patient (RMP) - collaboration					
Capacité à analyser ses réactions dans la relation					
Capacité à annoncer une maladie chronique					
Capacité à annoncer une maladie grave					
Capacité à gérer les réactions de la famille ou aidant					
Capacité à gérer les réactions du patient					
Créer un climat de confiance et de collaboration avec les autres professionnels de santé					
Maîtriser le parcours de soins du patient au sein du bassin de santé					
Examen clinique centré sur le patient en fonction de son âge/de sa pathologie					
Enfant					
Adolescent					
Adulte					
Personne âgée					
Pathologie aiguë et non programmée					
Pathologie chronique et le suivi médical					
Approche globale centrée sur le patient					
Prendre en compte la globalité du patient (dimensions bio-psycho-sociales, administratives et environnementales)					
Prendre en compte la complexité de certains patients (synthèse et transcription des données )					
La prescription					
Maîtriser les règles de prescription médicamenteuses					
Maîtriser les prescriptions d'examen complémentaires					
Maîtriser les prescriptions réglementaires administratives - Sécurité sociale					
Acteur de Santé Publique					
Mettre en place une prévention personnalisée (GR, Vaccins, IST, Voyages, Risques professionnels, cancer, )					
Mettre en place un dépistage individuel					
Maîtriser et participer aux principaux dépistages organisés					
Assurer la promotion et l'éducation à la santé dans son bassin d'activité					
Gestion du dossier médical					
Créer un nouveau dossier médical pour un nouveau patient					
Maintenir à jour un dossier médical					
Transcrire les données médicales pertinentes pour une utilisation efficace					
Professionnalisme					
Comportement = Ponctualité - Assiduité - Prévenance - Hygiène - Propreté					
Engagement = Motivation - Curiosité intellectuelle					
Autonomie - Prise de responsabilité					
Respect - comportement éthique					
Compréhension de la déontologie médicale et du secret professionnel					
Aptitudes à la réalisation des actes techniques (ci-joint)					
Aptitudes à la recherche des données scientifiques actualisées/pertinentes					
Comprendre la gestion de l'entreprise médicale (Comptabilité, gestion, employés, )					
Assurer l'hygiène, le respect de la Maladie et la sécurité au cabinet					

PROPOSITIONS :

Stage validé : OUI NON

Le MSU ~~coordonneur~~
Signaturel'IMG.....
Signature**EVALUATION FORMATIVE :**

APPRECIATION GENERALE :

ACQUIS FORTS :

ACQUIS A AMELIORER :

POINTS A ACQUERIR :

Nombre de traces d'apprentissages écrits en situation et inclus dans le portfolio

RSCA	Situation Clinique Rencontrée Ecrite	Point d'actualité écrit	Autres (e-respect.....)	Total

Nombre de jours ou % j. d'absences autres que les congés annuels

Maladie	Maternité	Accident de Travail	Formation autres	Total

THESE en cours → OUI ☐ NON ☐ Sujet :**Compétences professionnelles spécifiques (seul ou en réseau)**

	Ne fait pas	Insuffisant	partiellement Acquis	Acquis	Maîtrisé
Education Thérapeutique					
Médecine du sport					
Addictologie					
Soins de support – soins palliatifs					
Médecin généraliste					
Médecin coordonnateur EHPAD					
Psychothérapie					
Autres :					
Autres :					
Autres :					

Actes Techniques

(Méthode, matériel, réalisation, explication éducation patient, vérification à distance, ~~possibilité dossier médical, ...~~) → Cf. le Carnet de Stage version 2015

	Ne Fait Pas	Insuffisant	partiellement Acquis	Acquis	Matériel
Prise de la T.A. (analogique , analogique et électronique)					
Prélèvements ou injections I.V					
Injections S.C, I.M					
Infiltrations para articulaires/intra articulaires					
Ponction articulaire évacuatrice					
Lecteur de glycémie capillaire					
Evacuation de Bouchon de céramen					
Utilisation et lecture de Bandelette Urinaire					
Acte de petite chirurgie prévue par la CCAM					
Sutures cutanées (fil , grap , colle)					
Pansements de plaie aiguë					
Pansements et suivi de plaie chronique					
Contentions					
Strapping					
Débit expiratoire de pointe					
E.C.G					
Frottis cervical					

Evaluation des éléments formalisant la décision médicale (justification et explication)

Prescription médicamenteuse					
Fixer un nouveau R.D.V					
Prévoir une Consultation Spécialisée					
Prévoir une Hospitalisation en urgence					
Prévoir une Hospitalisation programmée					
Prévoir une prise en charge au domicile					
Prévoir une prise en charge en EHPAD					

Evaluation des éléments formalisant la prescription médicale (justification et explication)

Prescription Soins IDE					
Prescriptions de DSI pour soins IDE					
Prescription de séances de MKR					
Prescription de soins orthophoniques					
Rédaction document administratif					
Rédaction certificats médicaux					
Prescription examens biologiques					
Prescription imagerie médicale					

Bibliographie :

- 1-Analyse du contenu de la consultation en cabinet de médecine générale par une méthode de ~~questionnaire~~. Vidal M, ~~Neckel R~~, ~~Bon~~, ~~B~~, ~~Guérol~~, ~~D~~, ~~Ché~~, ~~P~~. 2nd forum international francophone de pédagogie médicale / Montréal (Québec) octobre 2002
- 2-Guide Calgary-Cambridge de l'entretien médical / ~~Reynolds~~ et autres (1998, 2003) et ~~Reynolds~~ et autres (1999). Traduit et adapté ~~avec~~ permission des auteurs par Christian ~~Reynolds~~, Bernard ~~Reynolds~~, Claude Richard et Marie-Thérèse Lussier (2004)
- 3-Définition Européenne de la médecine générale – médecine de famille – WONCA Europe 2002.
- 4-Référentiel savoirs et compétences Médecins généralistes, sage-femmes et gynécologues BERGER-LEVRULT-2011 (obstétriciens)
- 5-Carnet de stages des Internes de Médecine Générale - DES de médecine générale de Toulouse -2014
- 6-www.dsmg-toulouse.fr : le guide des enseignants

Annexe 4. Grille d'évaluation stage pédiatrie ambulatoire

						S1		S2	
	SAVOIR								
1	sur l'organisation de la consultation du nourrisson en médecine générale					0	3	Partiellement Acquis	Acquis
2	sur les suppléments à donner aux nourissons								
3	à propos de l'apport lacté de la naissance à 4 mois								
4	sur la diversification de l'alimentation du nourrisson								
5	sur le dépistage de l'obésité								
6	à propos des dermatoses des nourissons								
7	à propos de la prise en charge de la fièvre chez l'enfant								
8	sur la prise en charge de l'OMA du jeune enfant								
9	sur les étapes du développement psycho moteur du nourrisson								
10	sur la prise en charge d'une situation de déshydratation								
						S1			S2
	SAVOIR FAIRE					0	3	6	0
11	prendre contact avec un enfant lors de la consultation								3
12	examen des lymphes d'un nourrisson								6
13	la réalisation d'un strepto test ou TDR								
14	La réalisation des manœuvres cliniques de dépistage de la luxation de la hanche								
15	à effectuer un examen ostéoarticulaire de dépistage chez un enfant								
16	la réalisation d'un geste vaccinal chez un nourrisson								
17	pratiquer l'examen de dépistage des troubles de la vision								
18	pratiquer l'examen de dépistage des troubles de l'audition								
19	l'utilisation d'une chambre d'inhalation								
20	réaliser un examen urogénital								
						S1			S2
	SAVOIR ETRE					0	3	6	0
21	dévant une dyspnée de l'enfant								3
22	dévant un syndrome douloureux abdominal de l'enfant								
23	déavant un enfant agité et en pleurs								
24	déavant des signes d'alerte de troubles du comportement d'un enfant et adolescent								
25	pour expliquer à des parents que son enfant est en surpoids								
26	pour annoncer à des parents que leur enfant est asthmatique								
27	pour proposer à des parents l'hospitalisation d'un enfant								
28	pour annoncer à des parents que leur enfant a besoin d'un suivi psychologique								
29	pour gérer un refus de vaccination de la part des familles								
30	pour gérer une situation de maltraitance suspectée								

Annexe 5 Grille d'évaluation stage gynécologie ambulatoire

					Insuffisant	Partiellement Acquis	Acquis	Maîtrisé	Non vu Au cours du stage
SAVOIR									
1	à propos du statut vaccinal des adolescentes								
2	sur les contre indications formelles et relatives à la prise d'un contraceptif oral progestatif								
3	sur les recommandations concernant le dépistage du cancer du col de l'utérus								
4	à propos de l'environnement administratif de la grossesse								
5	à propos du calendrier de suivi de la grossesse								
6	les intervenants dans le dépistage de la trisomie 21								
7	les dispositions légales concernant l'IVG								
8	connaître les sites validés concernant l'atrogénie et la grossesse								
9	sur les indications actualisées du traitement hormonal de la ménopause								
10	à propos de la prise en charge des IST les plus fréquemment rencontrées								
SAVOIR FAIRE									
11	prendre contact avec une femme lors d'une consultation de gynécologie								
12	réaliser un examen gynécologique complet								
13	réaliser un frottis cervico-utérin								
14	interpréter et commenter le résultat d'un frottis								
15	poser un dispositif de contraception								
16	retirer un dispositif de contraception								
17	réaliser un examen clinique chez une femme enceinte								
18	expliquer les règles de bases de l'allaitement maternel								
19	interpréter le résultat d'un examen paraclinique des seins								
20	mettre en place un traitement ostéoporotique adapté								
SAVOIR ETRE									
21	à proposer une contraception								
22	à proposer le vaccin HPV en présence de la mère de l'adolescente								
23	annoncer un anomalie après un frottis de dépistage								
24	comment prendre en charge une demande d'IVG								
25	pour commenter une anomalie découverte au cours de la surveillance de la grossesse								
26	à prendre en charge le post partum								
27	à proposer une prise en charge pour une pathologie uro génitale								
28	à prendre en charge une femme ménopausée								
29	à proposer un examen de dépistage organisé pour le K du sein								
30	au cours d'une consultation pour suspicion de violences conjugales								

Annexe 6 Grille d'évaluation stage en SASPAS

											N° Patient
											Age
											N° Famille de Situation
											Aigue ou Chronique
											Consultation ou visite
											Renouvellement Ordonnance
											Nouvelle Pathologie
											Suivi par IMG
											Biologie
											Imagerie
											Correspondant
											Autres prof. De santé
											MSU
											A l'aise Pas à l'aise
											Situation jamais rencontrée à ce jour
											Pb(s) ressentis(s)
											Remarques

NOM Prénom :

Bilan des actes de la 4^{ème} semaine de chaque mois en SASPAS Du au

Bilan mensuel des actes en SASPAS										
	Nombre total d'actes	Nombre de C	Nombre de V	Nombre de CMNO	Nombre de CMGE	Nombre de situations aiguës	Nombre de situations chroniques	Nombre de Supervisions Formelles	Nombre de Supervisions Informelles	
MSU 1 Coordonnateur										
MSU 2										
MSU 3										
MSU 4										
MSU 5										

AUTEUR : Charlotte VIGNOUL

TITRE : Évaluation des groupes pédagogiques de proximité en médecine générale à Toulouse

DIRECTEUR DE THÈSE : Monsieur le Docteur Michel BISMUTH

LIEU ET DATE DE SOUTENANCE : jeudi 15 septembre 2016 à la Faculté de médecine de Toulouse

Résumé :

Introduction : Depuis 2014 ont été créés les groupes pédagogiques de proximité (GPP) à Toulouse, modifiant l'enseignement et l'évaluation avec notamment l'instauration d'un tuteur de proximité et l'amélioration des outils pédagogiques disponibles. **Objectif :** Évaluer le ressenti du couple tuteur-interne sur les GPP. **Méthodes :** Étude quantitative par questionnaire anonyme envoyé aux internes de médecine générale de Toulouse ainsi qu'aux tuteurs pour évaluer les réunions de début de stage et les outils pédagogiques : portfolio, AEP, réorganisation du tutorat, grilles d'évaluation de stages. **Résultats :** Le taux de participation globale était de 45%. La population était représentée à 72,8% par des internes et à 27,8% par des tuteurs. 57% des répondants (nb=122) ont trouvé utile la réunion de mise en place des GPP pour présenter la réforme. 176 (82,2%) ont déclaré avoir utilisé le portfolio. 61% des internes et 80,4% des tuteurs se sont rencontrés plus de deux fois au cours du semestre. 155 (72,4%) ont trouvé que la réforme des AEP a apporté une amélioration. **Discussion :** La mise en place des GPP a permis de favoriser les rencontres entre les tuteurs et les internes, en répondant à la problématique de l'ancienne forme du tutorat peu efficient. Le nouveau portfolio électronique, outil de coordination indispensable, est plus facile d'accès et d'utilisation. La mise en place des GPP a amélioré l'organisation des AEP grâce à la proximité et au nombre limité d'étudiants. Le nouveau rôle du tuteur de proximité a permis des rencontres plus faciles et plus fréquentes. Les grilles d'évaluation pour les stages en ambulatoire sont encore trop peu utilisées comme support pédagogique, en particulier par le couple interne-MSU.

Titre en anglais : Assessment of local educational groups in general practice in Toulouse.

Mots-Clés : groupe pédagogique de proximité, tutorat, portfolio, pédagogie, évaluation

Discipline administrative : MÉDECINE GÉNÉRALE
