



HAL
open science

Bénéfices ressentis par les Internes de médecine générale de l'Océan Indien vis-à-vis de leur travail de rédaction du portfolio : enquête de septembre 2014 à février 2015 : 86 questionnaires / 129 IMG (TCEM2 TCEM3, en instance de validation du DES), 66 %

David Dufour

► **To cite this version:**

David Dufour. Bénéfices ressentis par les Internes de médecine générale de l'Océan Indien vis-à-vis de leur travail de rédaction du portfolio : enquête de septembre 2014 à février 2015 : 86 questionnaires / 129 IMG (TCEM2 TCEM3, en instance de validation du DES), 66 %. Médecine humaine et pathologie. 2015. dumas-01397803

HAL Id: dumas-01397803

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01397803>

Submitted on 16 Nov 2016

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



U.F.R. DES SCIENCES MEDICALES

Année 2015

N°.....

Thèse pour l'obtention du diplôme d'état de DOCTEUR EN MEDECINE,
Mention MEDECINE GENERALE

Présentée et soutenue publiquement
Par DUFOUR David, Maurice
Né le 01 Avril 1985 à Toulouse

Le 23 Juin 2015

**Bénéfices ressentis par les Internes de médecine
générale de l'Océan Indien vis-à-vis de leur travail de
rédaction du portfolio**

– Enquête de septembre 2014 à février 2015 –

86 questionnaires / 129 IMG (TCEM2 TCEM3, en instance de validation du DES) – 66%

Directeur de thèse

Dr Jean-Marc FRANCO, Maître de Conférences Associé, Directeur du département de médecine générale de l'Océan Indien.

Jury

Pr Bernard GAY, Directeur du département de médecine générale de Bordeaux.
(Président du Jury)

Dr Patrick GAILLARD, Maître de Conférences Associé (Rapporteur).

Dr Line RIQUEL, Maître de Conférences Associé.

Dr Philippe DESMARCHELIER, Maître de Conférences Associé.

Dr Jean-Marc FRANCO, Maître de Conférences Associé, Directeur du département de médecine générale de l'Océan Indien.

REMERCIEMENTS

Ce travail vient clôturer ma vie d'écolier, d'étudiant, d'externe, et d'interne. Il est temps maintenant de se lancer dans cette nouvelle vie pour laquelle je me prépare depuis si longtemps.

Cette page est là pour me rappeler que tout ce chemin parcouru n'aurait pas été possible sans vous, ma famille, mes amis, et mes maîtres.

A mon père, pour avoir toujours cru en moi, et m'avoir toujours poussé à me surpasser. Merci pour ton amour inconditionnel. Je ne serais pas l'homme que je suis sans toi.

A ma mère, pour ton soutien permanent, pour être une oreille qui sait m'écouter sans me juger. Merci de ta tendresse et de ton amour.

A ma sœur Manon, pour ton affection et ton soutien dans les moments difficiles. Merci d'être bon public et de rire systématiquement à toutes mes blagues même celles qui sont un peu douteuses.

A mon petit frère Brice, Pour remplir tous les jours notre cœur d'amour et de fierté. J'ai confiance en toi pour la suite, et sache que je serais toujours là pour toi.

A Perrine, pour ton amour, ta patience sans fin, ton soutien et ta confiance. Merci de t'être occupé de tout quand je n'avais d'yeux que pour ma thèse. Merci de ta relecture attentive et de tes corrections.

A Didier, Sylvianne, Elise, Aymeric, Lucile et Doriane, pour m'avoir confié le cœur de Perrine.

A mes oncles et tantes : Patou le flying man, Isa, Pacoual le malgache, Vérone, pour les apéros, les barbecues, les parties de pêche, qui me permettaient de décompresser et votre soutien inconditionnel. A toute la famille de l'Aude en particulier Patou et Mitchole pour les truffes et la Cartagène.

A mes cousins : Vincent et sa famille Aurélie, Maeline et mon petit fillot Jules. A Johanna et sa fille Juliette. A Gaëlle, Candice, et tous les autres.

A mes amis :

A Greg mon compagnon de voyage pour ta relecture et tes corrections, même si toi tu ne m'as pas cité dans ta thèse...

A Adrien mon compagnon d'internat, sur qui je peux compter en toutes circonstances.

A Cédric, mon compagnon du bout du monde, pour ton amitié inébranlable, ainsi qu'à ta famille.

A Guillaume et Marie, Camille, Delphine, Anne-Mo, Fred et Camille.

A mes collocs Claire, Chloé et Fabien.

A Kro, Lucie et Martin, Valérie, Arnaud et Claire, Sandra et Greg, et tous les amis de métropole pour avoir fait de chacun de mes retours une fête.

A mes maîtres :

Merci au Dr FRANCO pour avoir accepté de diriger cette thèse, et au Dr GAILLARD pour avoir pris le temps de la lire et de m'apporter vos conseils.

Merci au Pr Gay d'avoir accepté de présider ce jury de thèse.

Aux Dr DESMARCHELIER, Dr RIQUEL, et Dr FRANCO, pour m'avoir tant appris durant mon stage en SASPAS.

Aux Dr SCHULLER et Dr BERTRAND pour m'avoir initié à la médecine générale lors du stage chez le praticien.

Merci à toute l'équipe de SOS Sud Réunion pour votre confiance.

A toute l'équipe de pédiatrie du GHSR en particulier Hugues, Laurent, et Amaury.

A toute l'équipe des urgences, de médecine, et de gynécologie du CHM de Mayotte en particulier Juliette, Alain, Nelson, Léo, Taf et Magda.

Merci à tous ceux qui ont cru en moi, à tous ceux qui ont su m'apporter la connaissance et le savoir faire pour me permettre d'en arriver là.

LISTE DES ABREVIATIONS :

RSCA : Récits de situations complexes et authentiques.

GEASP : Groupe d'entraînement à l'analyse de situations professionnelles.

IMG : Interne de médecine générale.

DMG : Département de médecine générale.

DES : Diplôme d'étude spécialisé.

ECN : Examen classant national.

WONCA : World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians (souvent abrégé en World Organization of Family Doctors).

SASPAS : Stage Autonome en Soins Primaires Ambulatoires Supervisé.

DESC : Diplôme d'études spécialisées complémentaires.

TCEM : Troisième cycle des études médicales

TABLE DES MATIERES

1	INTRODUCTION	8
1.1	LE CONNU	9
1.1.1	<i>Contexte.....</i>	<i>9</i>
1.1.2	<i>Définition du portfolio :</i>	<i>10</i>
1.1.3	<i>L'apparition du modèle constructiviste.....</i>	<i>12</i>
1.1.4	<i>La définition des compétences du médecin généraliste</i>	<i>16</i>
1.1.5	<i>Le Portfolio : Une méthode de certification des compétences :.....</i>	<i>20</i>
1.2	L'INCONNU.....	22
1.2.1	<i>Le projet de thèse</i>	<i>22</i>
1.3	QUESTION DE RECHERCHE:	23
1.4	HYPOTHESE :.....	23
1.5	OBJECTIFS.....	24
2	MATERIEL ET METHODE	26
3	RESULTATS.....	30
3.1	DONNEES DEMOGRAPHIQUES, DONNEES CONTEXTUELLES, ET PROJETS PROFESSIONNELS :.....	31
3.2	ORGANISATION DE L'ENSEIGNEMENT (GEASP).....	36
3.3	EVALUATION DE L'ENSEIGNEMENT.....	40
4	DISCUSSION	56
4.1	ANALYSE DES RESULTATS.....	56
4.1.1	<i>Données démographiques, données contextuelles, et projets professionnels de la population cible.....</i>	<i>56</i>
4.1.2	<i>L'évaluation de l'enseignement dans la subdivision Océan Indien.....</i>	<i>57</i>
4.1.3	<i>Evaluation de l'enseignement tel qu'il est pratiqué dans l'Océan Indien.</i>	<i>62</i>
4.1.4	<i>Cas particulier des internes de 6eme semestre validé n'ayant pas validé le DES :.....</i>	<i>71</i>

4.2	CONFRONTATION A LA LITTERATURE	72
4.2.1	<i>Etudes sur le tuteur, moniteur, ou enseignant :</i>	72
4.2.2	<i>Etudes sur les GEASP :</i>	72
4.2.3	<i>Etudes évaluant le portfolio dans son ensemble :</i>	74
4.3	LIMITES DE L'ETUDE.....	75
4.3.1	<i>Confusion entre bénéfices ressentis et intérêts</i>	75
4.3.2	<i>Construction du questionnaire.....</i>	76
4.3.3	<i>Les différents biais</i>	77
4.3.4	<i>Etendue du champ d'investigation</i>	78
4.4	FORCES DE L'ETUDE.....	79
4.4.1	<i>La puissance</i>	79
4.4.2	<i>L'originalité</i>	79
5	CONCLUSION	80
6	BIBLIOGRAPHIE.....	83
7	ANNEXES :	90

Index des figures

- Figure 1	31
- Figure 2	32
- Figure 3	33
- Figure 4	34
- Figure 5	36
- Figure 6	37
- Figure 7	38
- Figure 8	39
- Figure 9	42
- Figure 10	47
- Figure 11	48
- Figure 12	53
- Figure 13	54

Index des tableaux

- Tableau 1	35
- Tableau 2	41
- Tableau 3	46
- Tableau 4	51
- Tableau 5	52

1 INTRODUCTION

La validation du DES de médecine générale à travers un recueil de traces d'apprentissages (appelé portfolio) a été instauré dans les facultés de médecine depuis 2004 (1). L'organisation et l'appropriation par les enseignants et les étudiants de cette nouvelle forme pédagogique a pris du temps (2).

L'enseignement s'appuie essentiellement sur des GEASP (Groupe d'entraînement à l'analyse de situations professionnelles). Ils ont été mis en place en 2011 à La Réunion afin d'aider les étudiants à comprendre la méthode et les objectifs du portfolio. (3) Ils sont organisés sous forme de réunions en petits groupes qui réunissent des étudiants des trois promotions. Chaque groupe est encadré par un enseignant fixe (le moniteur de GEASP) qui accompagne les étudiants dans leurs travaux de portfolio pendant les trois ans d'internat. Les promotions actuelles ont toutes pu bénéficier de ce monitorat.

Malgré tout, cette forme pédagogique est peu connue des étudiants qui sont habitués jusqu'en fin de deuxième cycle à un enseignement magistral classique et à une évaluation par restitution des connaissances acquises. (1)

Beaucoup d'internes semblent septiques sur le bénéfice réel de cette forme d'apprentissage centré sur l'acquisition de compétences, et expriment des difficultés dans l'écriture de leur portfolio. (2)(4)(5)

Après dix ans d'évolution et d'organisation, nous proposons de faire un état des lieux du ressenti des internes dans la subdivision Océan Indien.

1.1 Le connu

1.1.1 Contexte

Pendant de nombreuses années, la formation des étudiants en troisième cycle d'études médicales consistait en une transmission de connaissances théoriques, selon le paradigme d'enseignement classique où les informations sont délivrées directement de l'enseignant à l'étudiant sans interaction ou mise en situation pratique. (6)

Cet enseignement avait lieu lors de cours du soir et de quelques séminaires le samedi. Ils étaient réalisés principalement par des généralistes enseignants, parfois avec la contribution de spécialistes du thème abordé. (7)

Il a longtemps été essentiellement porté sur l'acquisition des connaissances scientifiques et n'assurait que partiellement un enseignement des aptitudes pratiques et relationnelles. (7)

Le rapport du Conseil National d'Evaluation publié en 1998 et intitulé « Le 3ème cycle de médecine générale dans les universités françaises »(8), et l'insatisfaction des enseignants et des étudiants, ont conduit à remettre en cause les méthodes d'enseignement.

La mise en place de l'ECN (Examen classant national) et du DES (Diplôme d'études supérieures) de médecine générale en 2004 (9)(10) a donné accès à l'internat aux futurs médecins généralistes. Un véritable enseignement de troisième cycle des internes en médecine générale a alors dû se mettre en place. Il a conduit dans la plupart des facultés

de médecine Française à l'introduction de l'enseignement par portfolio ou portefeuille de compétences. (11)

1.1.2 Définition du portfolio :

Définissons tout d'abord le mot « portfolio ».

Le dictionnaire Larousse définit le terme Portfolio comme étant un « *Ensemble d'estampes ou de photographies, à tirage limité, réunies sous emboîtement.* »

De manière plus contextuelle, le portfolio est à l'origine un « *recueil de travaux effectués dans des métiers artistiques tels que celui de photographe ou d'architecte. Ces derniers choisissent dans l'ensemble de leurs œuvres celles qui les représentent le mieux et qui marquent leur évolution artistique.* » (12)

Ce terme est de plus en plus utilisé dans l'enseignement et la formation professionnelle.

En France, on voit parfois le terme synonyme de « portefeuille de compétences ».

Avec le développement de l'usage des technologies et l'apparition de supports informatiques, on parle maintenant de « portfolio numérique » ou de « cyber folio ». (13)

Dans le domaine de l'éducation, le portfolio désigne « *la collection de travaux d'un élève qui fait foi de sa compétence en gardant des traces pertinentes de ses réalisations.* » (13)(14)

Le portfolio est donc la démonstration des acquis de la formation et de l'expérience d'une personne dans l'objectif d'une reconnaissance. Dans le cadre du DES de médecine Générale, c'est la certification des compétences. (2)

Il permet ainsi à un jury d'évaluer l'étudiant à travers ses « traces d'apprentissage » (6,15,16). Dans ce modèle, l'étudiant est acteur de sa formation, il construit ses connaissances : c'est le modèle constructiviste. (2)(6)

Dans la subdivision Océan Indien, Le portfolio doit être composé de douze récits de situations complexes et authentiques (RSCA) se rapportant à des problématiques de médecine générale rencontrées au cours des trois années d'internat. La structure du RSCA est composée d'un récit précis de la situation, duquel doit ressortir des problématiques. Celles-ci sont ensuite analysées et des réponses aux problématiques sont recherchées en s'appuyant sur des données validées scientifiquement. L'interne doit en déduire des modifications ou non de sa pratique professionnelle.

L'enseignement se déroule sous la forme de GEASP au cours desquels les étudiants sont incités à exposer au groupe un récit ainsi que les problématiques rencontrés sous la supervision d'un enseignant moniteur de GEASP. Des hypothèses et des orientations de recherches sont formulées. L'étudiant expose alors ses recherches s'il en a effectué et ses conclusions s'il en est déjà à ce stade d'avancement pour les confronter aux remarques du groupe (3,17).

Afin de mieux comprendre ce que sont le portfolio et sa méthode d'enseignement (Les GEASP) nous nous intéresserons dans la partie suivante aux modalités d'apparition de ce système pédagogique dans les études médicales.

1.1.3 L'apparition du modèle constructiviste

1.1.3.1 Historique

En 1957, au Royaume-Uni, Michael Balint, psychanalyste d'origine hongroise, créait des groupes de parole pour des médecins généralistes. Ces groupes avaient pour objectif d'apprendre aux médecins à intégrer la dimension relationnelle de leur pratique, sous le contrôle d'analystes.

Un peu plus tard (1973-75), en France, c'est dans le milieu de l'éducation que se développent des méthodes d'analyse s'aidant de la psychanalyse. L'objectif est de permettre au praticien de prendre conscience de son mode de fonctionnement professionnel et de gérer l'aspect émotionnel. Un expert formé pas nécessairement psychanalyste anime ces groupes de parole où chacun essaie de rendre intelligible une situation exposée par un participant désireux d'affronter et de résoudre ses difficultés.(17)

A l'étranger, on remet aussi en cause les modèles pédagogiques classiques dans le domaine scientifique.

En 1983, Jack Ende a publié dans le JAMA (*Journal of the American Medical Association*) son article princeps intitulé « *Feedback in Clinical Medical Education* »(18). Il y définit le rôle du feedback en éducation médicale et émet un ensemble clair de recommandations pour réaliser un feedback efficace.

En éducation médicale, le terme feedback fait référence à un message spécifique, basé sur l'observation de l'étudiant en train d'effectuer une tâche professionnelle. L'objectif est de l'informer et de lui offrir une opportunité pour améliorer sa performance dans les tâches ultérieures. Le feedback résulte de la fourniture à un étudiant d'un éclairage sur ce qu'il vient d'effectuer, ainsi que sur les conséquences de ses actions. Il consiste à observer et rediriger, dans un cycle continu d'essais-erreurs face à des situations-problèmes.(19)

Parallèlement en France, en 1989, la loi d'orientation Jospin (loi n° 89-486 du 10 juillet 1989) préconise que l'enseignant soit acteur, voire auteur de sa formation, comme l'élève devrait être acteur de ses apprentissages(20). Il existe donc une vraie volonté politique de développer le concept d'apprentissage par feedback.

Dans le même esprit, la conclusion du « Référentiel des compétences professionnelles du professeur des écoles stagiaire en fin de formation initiale » de novembre 1994 énonce *«qu'il n'y a pas de véritable professionnalisation sans souci permanent d'acquérir de nouvelles compétences, de renouveler et de mettre à jour ses connaissances, de remettre en question ses habitudes et ses manières de faire»*. Il est primordial de *« s'attacher à développer chez tous les futurs enseignants à la fois les capacités à analyser et à évaluer sa pratique professionnelle et le goût de poursuivre sa propre formation »*, pour qu'ils puissent *« progressivement se forger une identité professionnelle qui leur permettra à la fois d'exercer un métier en constante évolution et d'assumer la diversité des élèves et des situations d'enseignement»*.(17)(21)

Ainsi s'est opéré un glissement du paradigme d'enseignement classique vers le paradigme d'apprentissage, centré sur l'élève. Celui-ci s'appuie sur un modèle

constructiviste c'est à dire que l'élève construit lui même ses apprentissages à travers son cheminement cognitif dans une démarche réflexive.

Ce modèle implique un feedback qui résulte de l'analyse de la situation-problème (Apprentissage par problème), le tout orchestré par une personne formée à cette pratique.(6) Cette personne n'est pas là pour apporter la connaissance ou l'information nécessaire à l'élève pour résoudre sa situation-problème. Elle doit l'aider dans son cheminement cognitif qui l'amènera vers l'acquisition des compétences nécessaires pour résoudre sa « situation-problème ».

C'est une approche qui s'intéresse aux compétences acquises par l'élève. Ce qui est à opposer à « l'enseignement par objectif ». Dans ce dernier cas, les objectifs sont constitués par une certaine quantité de connaissances dans différents domaines ou matières que l'élève doit acquérir et restituer en dehors de toute contextualisation et sans interconnexions entre les matières (Voir paragraphe 1.1.3.2, p.15). (22)

Sur ce modèle éducatif, le département des Sciences de l'Education de l'Université Paul Valéry de Montpellier s'est essayé au « G.E.A.S.E : Groupe d'Entraînement à l'Analyse de Situations Educatives » (17). Ce sont des groupes de paroles structurés, supervisés par un observateur formé, durant lesquels une « situation-problème » est exposée par le narrateur. Les participants sont invités à poser des questions puis à formuler des hypothèses. La séance se termine par une reprise de parole du narrateur et une synthèse est effectuée par l'observateur.(23)

C'est sur cette même base pédagogiques et sur l'expérience pratique des GEASE que furent créés les GEASP. Adaptés à la formation médicale, Ils sont aujourd'hui largement

utilisés par la majorité des facultés de médecine de France en support à l'élaboration du portfolio.(1)

Après avoir détaillé de manière historique comment était apparue cette nouvelle forme d'enseignement, nous allons définir, dans la partie suivante, les différences entre l'ancien et le nouveau modèle.

1.1.3.2 Du paradigme d'enseignement au paradigme d'apprentissage :

L'enseignement, depuis de nombreuses années, est structuré en approche par discipline ou par objectif. Les étudiants assistent à des cours fractionnés en différentes matières. Les enseignants transmettent alors un savoir qui devra être absorbé par l'étudiant, et restitué tel quel lors d'évaluations. Celles-ci sont également structurées en différentes matières (Anatomie, histologie, sciences humaines, physiologie, chimie, etc.)(24)

Il n'existe pas de lien entre les différentes disciplines et se sera à l'étudiant d'intégrer ses connaissances et d'apprendre à les restituer dans un cadre professionnel.

C'est le **paradigme d'enseignement** utilisé au cours du premier et deuxième cycle des études médicales, qui est le modèle utilisé au cours du primaire et du secondaire. (6)

Mais il apparaît depuis quelques années, d'abord de manière sporadique et expérimentale puis de plus en plus diffusé, une nouvelle approche centrée sur les compétences et sur « l'étudiant qui apprend ». C'est le « **paradigme d'apprentissage** ».(25)

Il a pour objectif que l'étudiant intègre des compétences à travers la confrontation à un problème. Cette exposition au problème crée un déséquilibre cognitif qui sera alors beaucoup plus marquant. L'étudiant agit dans l'action et sur l'action en relevant les problématiques rencontrées et en recherchant des solutions afin d'entraîner une modification des pratiques. (6,15,16,22,25)

Cette méthode apparaît très intéressante du point de vue de la construction cognitive mais connaît également de nombreuses limites techniques.(11)

La première difficulté est de définir les compétences à développer afin de pouvoir valider leur acquisition.(22)

1.1.4 La définition des compétences du médecin généraliste

Une compétence est la transformation de connaissances en performances grâce à la mobilisation de processus cognitifs.(16)

La prise en charge d'un patient en situation de soins nécessite d'intégrer la complexité du contexte et du patient, en mobilisant des ressources variées. Malgré de bonnes connaissances un étudiant peut se trouver incapable de les réactiver pour agir en situation réelle.(25)

L'enseignement des contenus disciplinaires s'est fait jusqu'en fin de deuxième cycle dans « une approche par objectifs ». Le changement de méthode pédagogique en troisième cycle est connu sous le nom « d'apprentissage dans une logique de compétence ». (5)

Ces compétences nécessaires à l'exercice de la médecine générale ont du être définies par la profession. C'est ainsi qu'ont vu le jour des « référentiels de compétences ».

1.1.4.1 Une définition européenne

La WONCA a établi en 2002 une définition de la médecine générale centrée sur onze caractéristiques qui définissent les rôles de la profession. (26)

Elles se rapportent à des capacités ou habiletés que chaque médecin de famille spécialisé devrait maîtriser.

On peut regrouper ces caractéristiques en six compétences fondamentales que doit posséder le médecin généraliste (développées ci-dessous).

C'est d'abord, la « **gestion des soins de santé primaire** » : C'est à dire « gérer le premier contact avec les patients » et « Coordonner les soins avec d'autres professionnels des soins primaires ou d'autres spécialistes afin de fournir des soins efficaces et appropriés, en assumant un rôle de défenseur du patient quand cela est nécessaire ».

Le médecin généraliste doit effectuer « **des soins centrés sur la personne** » : Il doit « adopter une approche centrée sur la personne lors de la prise en charge des patients et de leurs problèmes ». Il doit savoir « utiliser la consultation pour créer une relation efficace entre lui (le médecin) et le patient ». Enfin, il « assure la continuité des soins selon les besoins du patient ».

Il doit développer des « **aptitudes spécifiques à la résolution de problèmes** » : Il « utilise le processus spécifique de prise de décision (analyse décisionnelle) déterminé par la prévalence et l'incidence des maladies en soins primaires » et il « gère des situations au stade précoce et indifférencié, en intervenant dans l'urgence quand cela est nécessaire ».

Le médecin de famille doit avoir une « **approche globale** » :

En effet, il doit « gérer simultanément les problèmes aigus et chroniques du patient » et « promouvoir l'éducation pour la santé en appliquant de manière appropriée des stratégies de promotion de la santé et de prévention des maladies ».

Il doit toujours garder une « **orientation communautaire** » dans sa pratique : c'est à dire « réconcilier les besoins en soins médicaux des patients individuels avec les besoins en soins médicaux de la communauté dans laquelle ils vivent et cela en équilibre avec les ressources disponibles. »

Enfin, le médecin de famille doit « **adopter un modèle holistique** » dans sa prise en charge : C'est à dire qu'il utilise un modèle biopsychosocial qui prenne en considération les dimensions culturelles et existentielles.

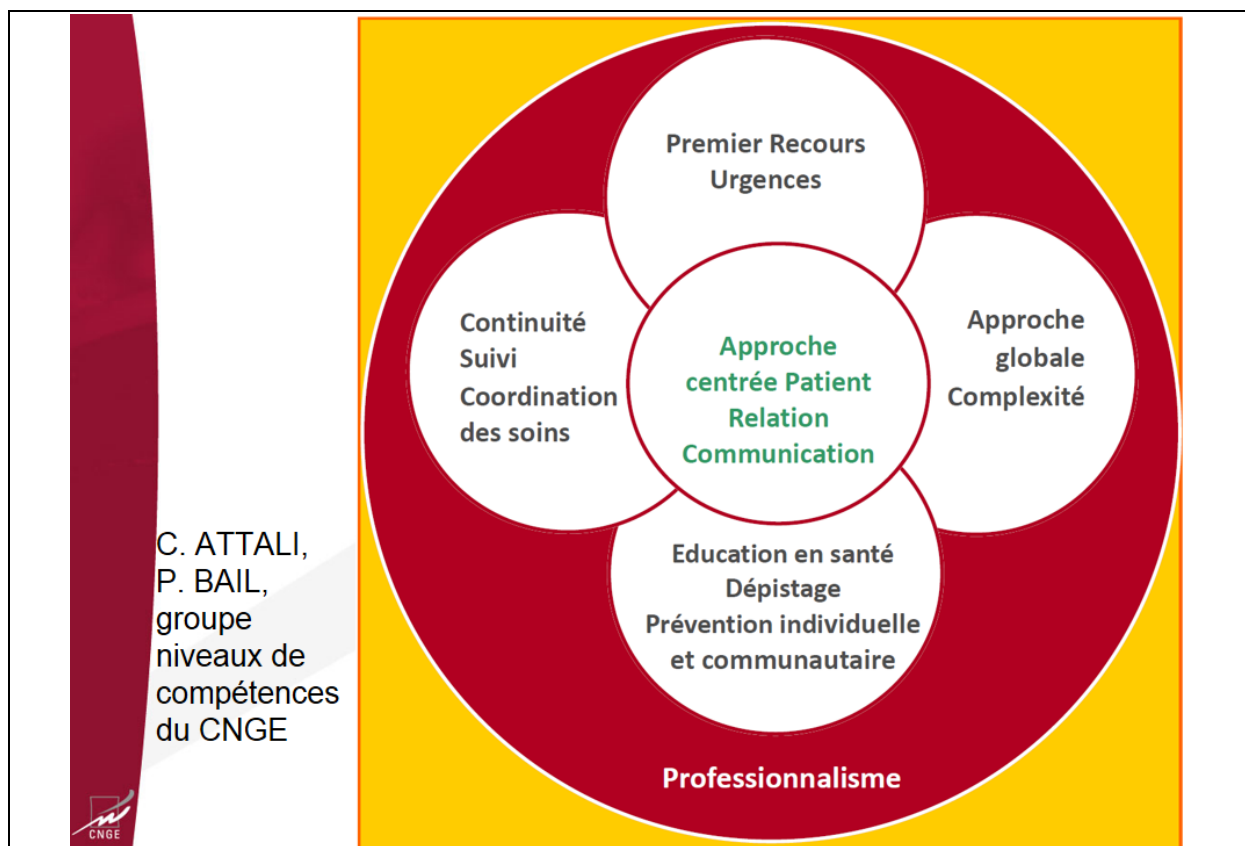
1.1.4.2 Une définition nationale :

La WONCA a créée une définition des compétences du médecin de famille à l'échelle européenne qui ne prend pas forcément en compte les particularités du modèle Français.

Le CNGE (Collège national des généralistes enseignants) a alors défini la médecine générale selon six grandes compétences qui peuvent souvent se recouper avec les compétences décrites par la WONCA.

Cette définition prends en considération les particularités de notre système médico-social et s'intègre mieux à la pratique des médecins généralistes français(11).

Elles sont résumées dans ce qu'on appelle la marguerite des compétences ci dessous :



D'après l'expérience des enseignants et la pratique du brainstorming autour de la notion de compétences en médecine générale, celles-ci sont parfois difficiles à appréhender par l'étudiant qui a du mal à saisir la définition exacte de chacune. Les notions comme « médecin de premier recours », « dépistage », « prévention », « suivi », « coordination des soins », sont des notions facilement intégrées par l'interne et dont on lui parle déjà depuis le deuxième cycle voire le premier cycle dans les cours de sciences humaines et sociales.

Par contre, d'autres notions plus abstraites sont beaucoup plus difficiles à appréhender par l'étudiant comme la notion de « professionnalisme » ou encore de « complexité en médecine générale » qui semblent perturber les étudiants dans la rédaction de leurs RSCA et dans le choix des problématiques.

D'autres référentiels de compétences ont été développées par le collège des généralistes enseignants (27,28), plus ou moins complexes et spécifiques. Les compétences du médecin généraliste ne sont pas figées et ces propositions appellent des modifications et des évolutions.

1.1.5 Le Portfolio : Une méthode de certification des compétences :

Nous avons détaillé une méthode d'apprentissage centrée sur l'acquisition des compétences. Nous venons de définir les compétences que doit développer un médecin généraliste afin d'avoir une pratique professionnelle satisfaisante. Il faut maintenant

définir leurs modalités pratiques d'évaluation auprès des étudiants en formation afin de s'assurer qu'ils pourront exercer de manière efficiente.

Evaluer une compétence ne consiste pas seulement à constater si elle est acquise. Il faut également en apprécier son niveau de performance. Les outils d'évaluation de tâches professionnelles authentiques ou simulés ou modélisés répondent mieux à ces exigences. (11)

Ces outils sont multiples, par exemple : L'analyse de cas cliniques, les tests de concordance de script, les examens cliniques objectifs structurés (ECOS), l'observation directe de l'étudiant, les formulaires d'observation longitudinales, l'audit de dossiers médicaux, le portfolio, etc.(11)

Aucune méthode n'est parfaite et chacune possède ses avantages et ses inconvénients. C'est actuellement le portfolio qui est le plus utilisé. L'avantage est l'authenticité et la rigueur de la démarche, avec facilitation des apprentissages en profondeur. Il est également un outil pédagogique assez facile à mettre en œuvre et peu coûteux. (11)

Une grande partie des facultés de médecine française impose aujourd'hui cet outil pour la certification du DES de médecine générale.(1) Il a cependant ses limites.

Les difficultés résident essentiellement dans l'acceptation et l'implantation du processus auprès des étudiants et des enseignants. Cette méthode demande un investissement obligatoire des deux partis. (15)(11)(29)

Nous nous sommes donc proposés d'évaluer le bénéfice et les difficultés ressenties par les internes vis-à-vis de cette méthode d'apprentissage qui est maintenant bien implantée dans l'Océan indien.

1.2 L'inconnu

1.2.1 Le projet de thèse

Dans la subdivision Océan Indien comme dans celle de Bordeaux, l'évaluation des compétences est réalisée à partir d'un recueil de traces d'apprentissages appelé portfolio.

Il n'existe pas d'études dans la subdivision Océan Indien concernant l'opinion des internes sur les bénéfices qu'ils pourraient retirer de la production de leur portfolio, alors que ce travail a déjà été réalisé dans des subdivisions métropolitaines. (2,4,5,17,30,31)

Récemment (en 2011) a été mis en place un « monitorat » sous forme de GEASP afin d'aider les étudiants dans l'écriture de leurs RSCA. Il semblerait cependant que de nombreux étudiants rencontrent des difficultés dans la rédaction de leur portfolio. (29) Les étudiants semblent également demandeurs d'outils pour les aider dans la rédaction de leurs RSCA. Il est envisagé de mettre à leur disposition des outils d'auto évaluation de leur portfolio qui sont en cours de conception par certains enseignants du département de médecine générale (DMG) de l'Océan Indien.

C'est pourquoi il nous est apparu utile de réaliser un bilan sur le bénéfice du portfolio dans l'acquisition des compétences des étudiants et d'évaluer la mise en place récente

des GEASP. C'est aussi l'occasion d'interroger les étudiants sur les difficultés rencontrées et la pertinence d'une autoévaluation.

Ces notions sont résumées dans l'expression « Bénéfices ressentis ».

1.3 Question de recherche:

Les questions de recherche posées sont les suivantes :

- Quels sont les bénéfices et les difficultés ressenties par les internes de médecine générale de l'Océan Indien en début et en fin de cursus vis-à-vis de la production de leur portfolio ?
- Est-ce que les internes de médecine générale de l'Océan Indien sont intéressés par un outil d'autoévaluation ?

1.4 Hypothèse :

Il semblerait que les IMG en fin de cursus aient retiré un bénéfice de la production du portfolio et qu'ils aient compris l'intérêt de cette approche par compétence. (17)

Cependant, des difficultés sont soulignées par certains internes de médecine générale de la subdivision Océan Indien. Elles concernent notamment :

- La qualité et l'organisation de l'enseignement, qui semble peu attractif pour les étudiants. Ils évoquent des problèmes de calendriers établis tardivement et des modifications de dates entraînant des difficultés dans la prise de congés. Les internes en stage à Mayotte déplorent également un accès très restreint aux enseignements et des problèmes récurrents lors des vidéoconférences.

- La compétence et l'implication des moniteurs de GEASP : Certains moniteurs ne répondraient jamais aux mails des étudiants et ne liraient pas les RSCA envoyés. Les étudiants leur reprochent un manque de disponibilité.
- La méthode et la forme d'enseignement : Elle reste difficile à appréhender par les étudiants qui ont parfois du mal à comprendre son intérêt.

Les stages ambulatoires semblent être des éléments essentiels dans la compréhension de l'intérêt du portfolio. Ils confrontent l'étudiant à des situations complexes et le poussent à mobiliser ses connaissances en situation réelle.

Cette étude vise à évaluer l'intérêt des internes de médecine générale de l'océan indien vis-à-vis de la rédaction de leur portfolio, en fonction de l'avancement de l'interne dans son cursus médical et des stages ambulatoires pratiqués.

1.5 Objectifs

L'objectif principal est d'évaluer les bénéfices ressentis par les internes de médecine générale de la subdivision Océan Indien en début et en fin de cursus vis-à-vis de la rédaction de leur portfolio.

Objectifs secondaires :

- Comparer les bénéfices ressentis par les internes de médecine générale de la subdivision Océan Indien vis-à-vis de la rédaction de leur portfolio en fonction de leur avancée dans le cursus médical et de leur participation ou non à des stages en ambulatoires.

- Définir les raisons pour lesquelles les internes de médecine générale de la subdivision Océan Indien ont une perception négative de leur travail de rédaction du portfolio.
- Définir les difficultés ressenties par les internes de médecine générale de la subdivision Océan Indien vis-à-vis de la rédaction du portfolio.
- Définir si l'organisation du monitorat a facilité l'appropriation du portfolio auprès des internes de médecine générale de la subdivision Océan Indien.
- Définir l'intérêt du développement d'outils d'auto-évaluations du portfolio auprès des internes de médecine générale de la subdivision Océan Indien.

2 MATERIEL ET METHODE

Ce projet est une étude quantitative observationnelle descriptive. Une composante qualitative mineure dans l'étude a permis d'ajouter des précisions à l'interprétation.

La population cible est composée de tous les internes de médecine générale de l'Océan Indien inscrits au moment de la diffusion du questionnaire en 3^e, 4^e, 5^e ou 6^e semestre et les internes ayant validés les six semestres d'internat mais n'ayant pas encore validé leur DES de médecine générale.

Cette étude exclue les internes en 1^{er} et 2^e semestres qui ne connaissent pas encore les modalités pratique de réalisation du portfolio, ainsi que les internes hors subdivision ou ayant fait un droit au remord. Elle exclue également les médecins ayant validé leur DES de médecine générale.

Au total, La population cible est composée de 129 internes dont 53 internes inscrits en TCEM2 (2^e année de troisième cycle des études médicales), 50 internes inscrits en TCEM3 (3^e année de troisième cycle des études médicales), et 26 internes n'ayant pas validé leur DES mais ayant validés les six semestres d'internat.

Le questionnaire utilisé a été réalisé à partir du logiciel en ligne Google Forms® afin de pouvoir le diffuser sur internet.

Les propositions de réponses sur le format informatique étaient présentées dans un ordre aléatoire à chaque connexion afin de limiter l'effet de primauté.(32)

Le questionnaire est totalement anonyme et l'interne en est clairement informé en début de questionnaire.

Il a été inspiré du questionnaire utilisé dans la thèse du Dr Isabelle ACKER(4) avec son accord. Elle a réalisé un questionnaire en 2010 à partir d'un focus group de sept internes.

Ce questionnaire avait pour but d'évaluer l'utilisation du portfolio par les internes de médecine générale d'Angers en 2010.

La majorité des items utilisés dans la thèse du Dr ACKER ont été repris pour l'élaboration du questionnaire.

Certains items ont été modifiés ou supprimés. D'autres ont été ajoutés en fonction des spécificités et des contraintes de l'enseignement dans la subdivision de l'Océan Indien.

Les questions ont également été affinées afin de répondre plus clairement aux objectifs de l'étude mais aussi pour évaluer la progression de l'intérêt des internes vis à vis de la rédaction du portfolio en fonction de leur avancée dans le cursus médical et la réalisation des stages ambulatoires.

Un outil d'autoévaluation étant en cours de construction par des enseignants de l'Océan Indien, certains items ont été ajoutés afin d'évaluer le besoin et la volonté des internes d'utiliser ce type de support pédagogique.

Un premier questionnaire test comportant plusieurs champs libres permettant de réaliser des commentaires a été diffusé en ligne en septembre 2014 auprès de sept internes volontaires et représentatifs de la population cible (au moins un interne de chaque semestre de la population cible) afin de tester le bon fonctionnement de l'outil en ligne et du recueil de données.

Les commentaires recueillis ont permis d'éclaircir certains items, et de compléter les différentes propositions contenues dans les questions à choix multiples.

Un message électronique contenant un lien vers le Google formulaire en ligne a été diffusé en octobre 2014 par le secrétariat de médecine générale à partir de la « mailing list » de la faculté à tous les internes de médecine générale de l'Océan Indien à partir du 3^e semestre n'ayant pas validé leur DES de médecine générale. Des relances régulières ont été effectuées jusqu'à mi février 2015 date de la clôture des réponses au questionnaire en ligne et ont permis le recueil de quarante cinq réponses.

Le questionnaire a également été réalisé sous format papier afin d'être distribué à l'occasion du Forum de jeunes médecins généralistes de l'Océan Indien qui s'est déroulé les 25 et 26 septembre 2014. De nombreux exemplaires papiers ont été distribués et cela a permis de recueillir trente six réponses.

De même, la distribution du questionnaire papier lors de l'épreuve de validation du DES de médecine générale fin 2015 a permis le recueil de cinq questionnaires supplémentaires.

Cela représente un total de quatre vingt six réponses soit un taux de réponse de 66,7 %.

La saisie des données sur format papier a été réalisée sur Google Forms® afin qu'elles s'ajoutent automatiquement aux réponses récoltées par voie informatique.

L'analyse des données a quand à elle été réalisée à partir du logiciel Microsoft EXCEL® pour Mac 2011 version 14.5.0 et de l'analyseur automatique des données statistiques associé au questionnaire sur Google Forms®.

Le test de Khi Deux a été utilisé pour l'interprétation des données qualitatives au seuil de 0.05.(33)

Le test exact de Fisher a été utilisé pour les tableaux de contingence dont plus de 20% des cellules comportent un effectif inférieur à 5.(34,35)

Ces données ont été exploitées à l'aide du logiciel R® pour Mac, version 3.2.0 : logiciel libre de traitement des données et d'analyse statistique .(36)

3 RESULTATS

Le questionnaire s'articule sur trois grands axes : la première partie est un recueil de données démographiques, contextuelles, ainsi que des projets professionnels de la population cible.

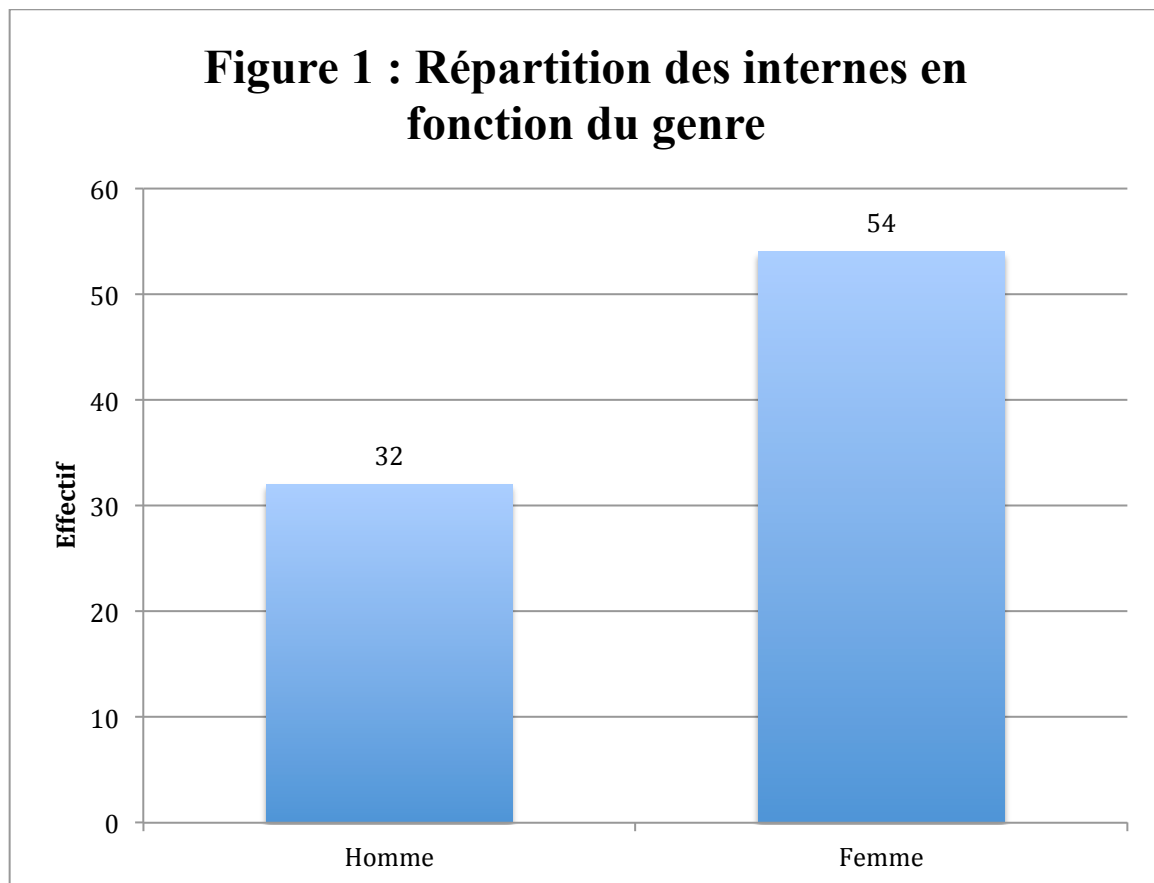
La seconde partie concerne l'organisation de l'enseignement, qui s'articule essentiellement autour des GEASPs.

La dernière partie est enfin une évaluation de l'enseignement tel qu'il est pratiqué dans l'Océan Indien.

3.1 Données démographiques, données contextuelles, et projets professionnels :

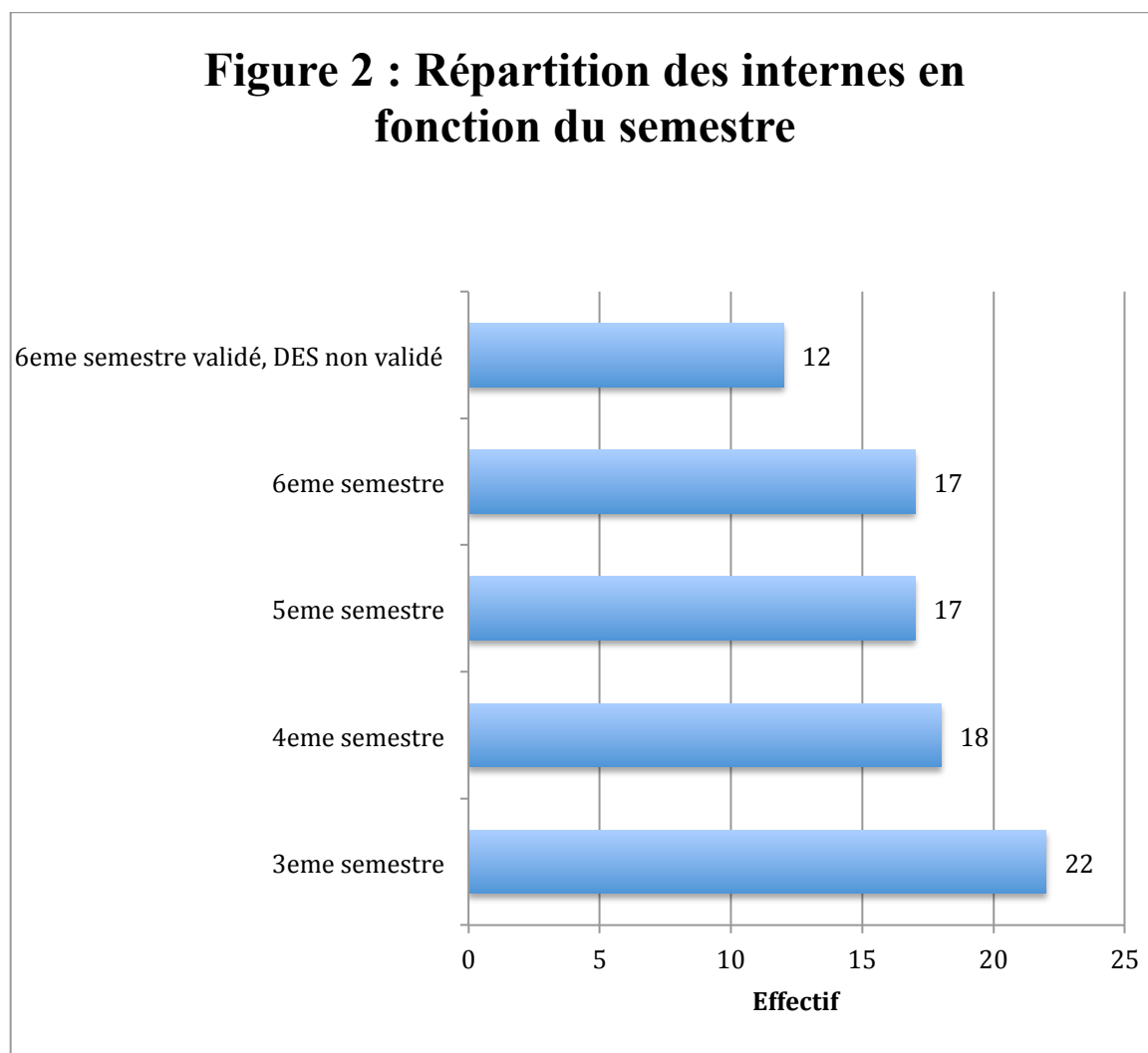
L'échantillon de population est composé de quatre vingt six internes sur une population totale de cent vingt neuf internes de médecine générale. Cela représente 66,7 % de la population cible totale.

Il est composé de 63 % d'individus de sexe féminin et 37 % d'individus de sexe masculin. (Figure 1)

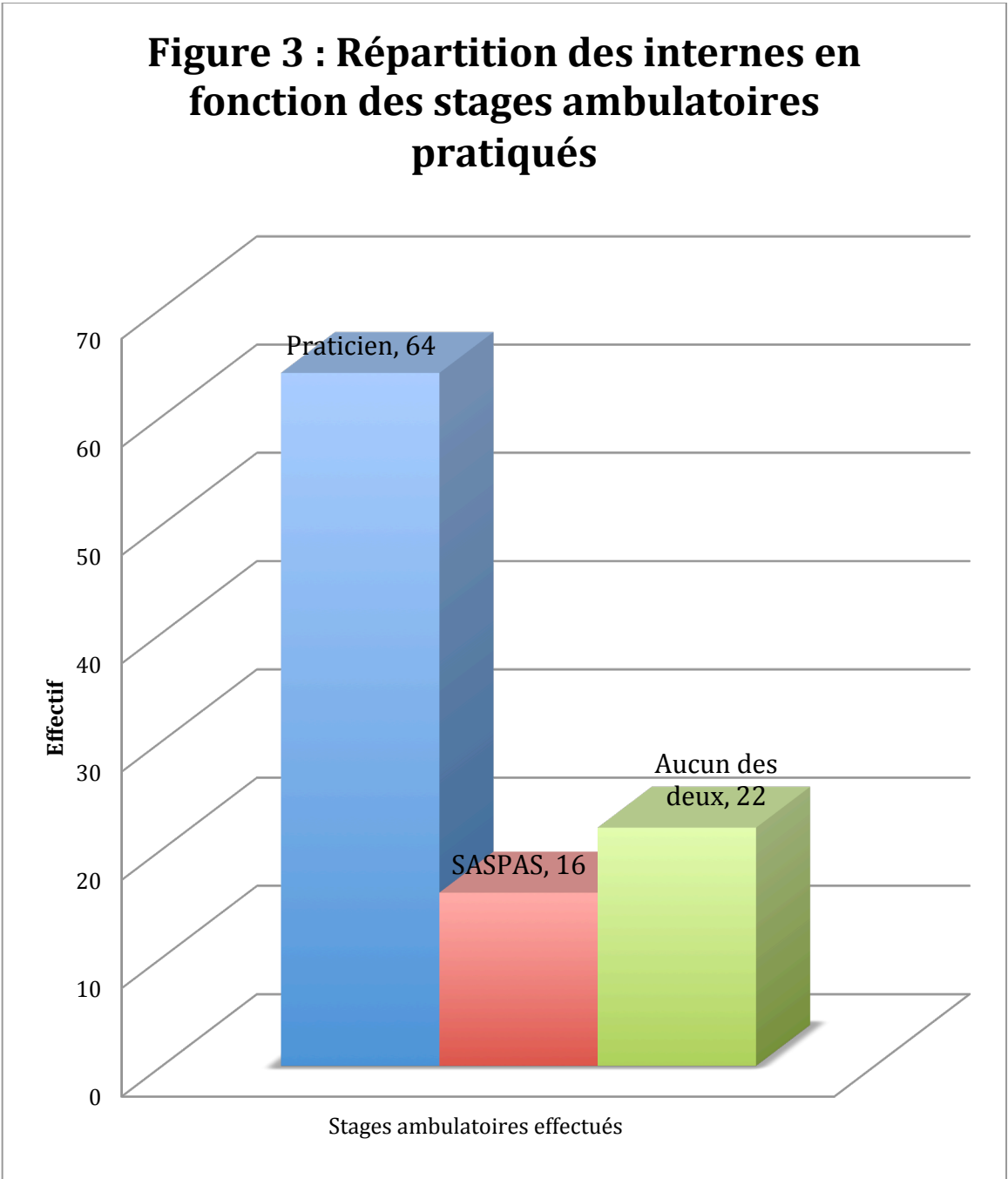


La répartition de cette population en fonction du semestre est équilibrée. On retrouve 25 % d'internes en 3^e semestre, 21% en 4^e semestre, 20% en 5^e semestre, 20% en 6^e semestre, et 14% ayant validé les six semestres mais n'ayant pas validé le DES de médecine générale. (Figure 2)

La répartition en fonction du cycle est aussi comparable puisque l'on retrouve 46% d'internes en TCEM 2 et 54 % d'internes en TCEM 3.

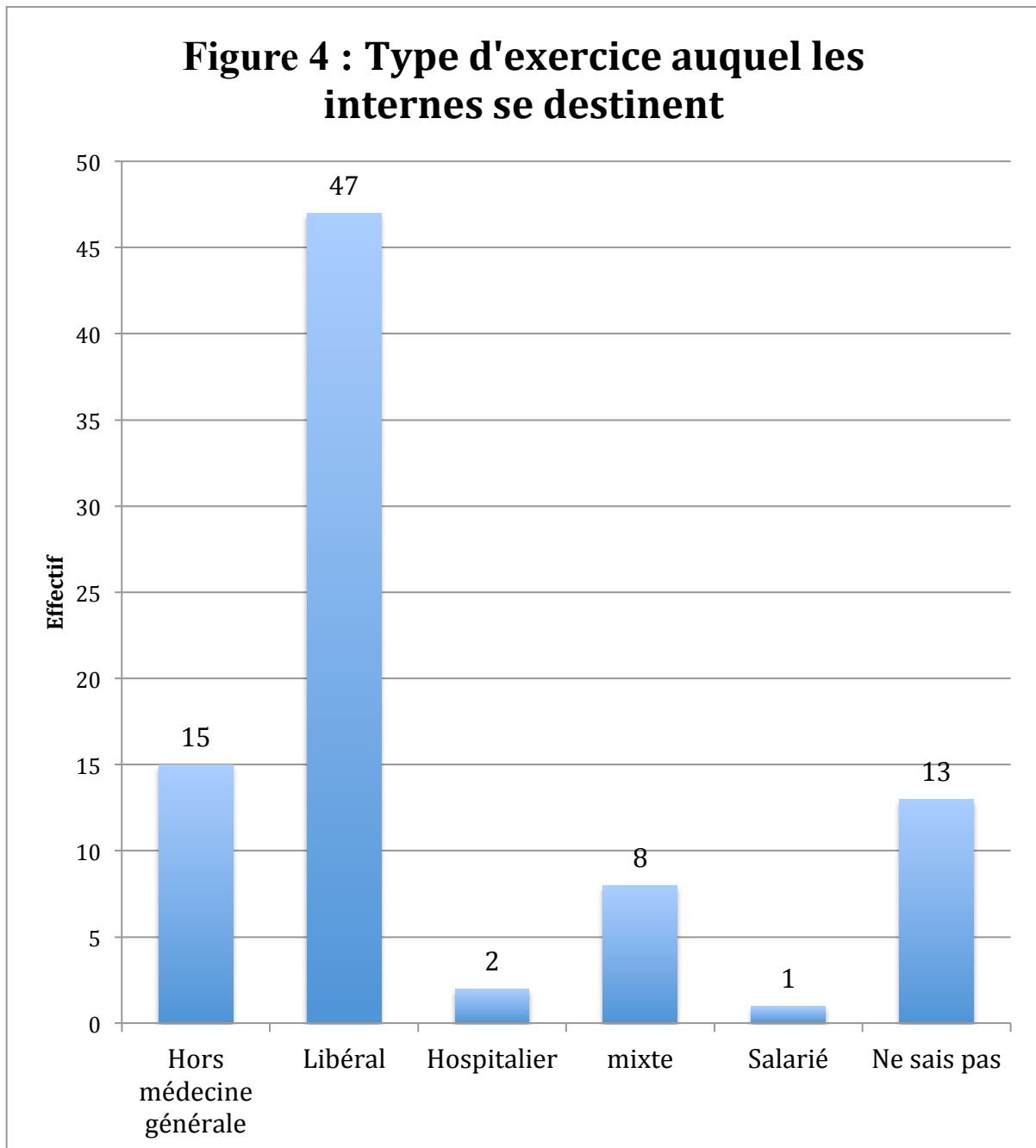


Sur les quatre vingt six participants, soixante quatre (soit 74,4 %) ont déjà effectué un stage ambulatoire en supervision directe, seize (soit 18,6 %) ont effectué également un stage en SASPAS, et vingt deux (soit 25,6 %) n'ont effectué aucun stage ambulatoire (Figure 3).



Concernant les objectifs professionnels, une large moitié des effectifs envisagent un exercice libéral de la médecine générale (55 %).

Le détail est exprimé dans la figure 4 :



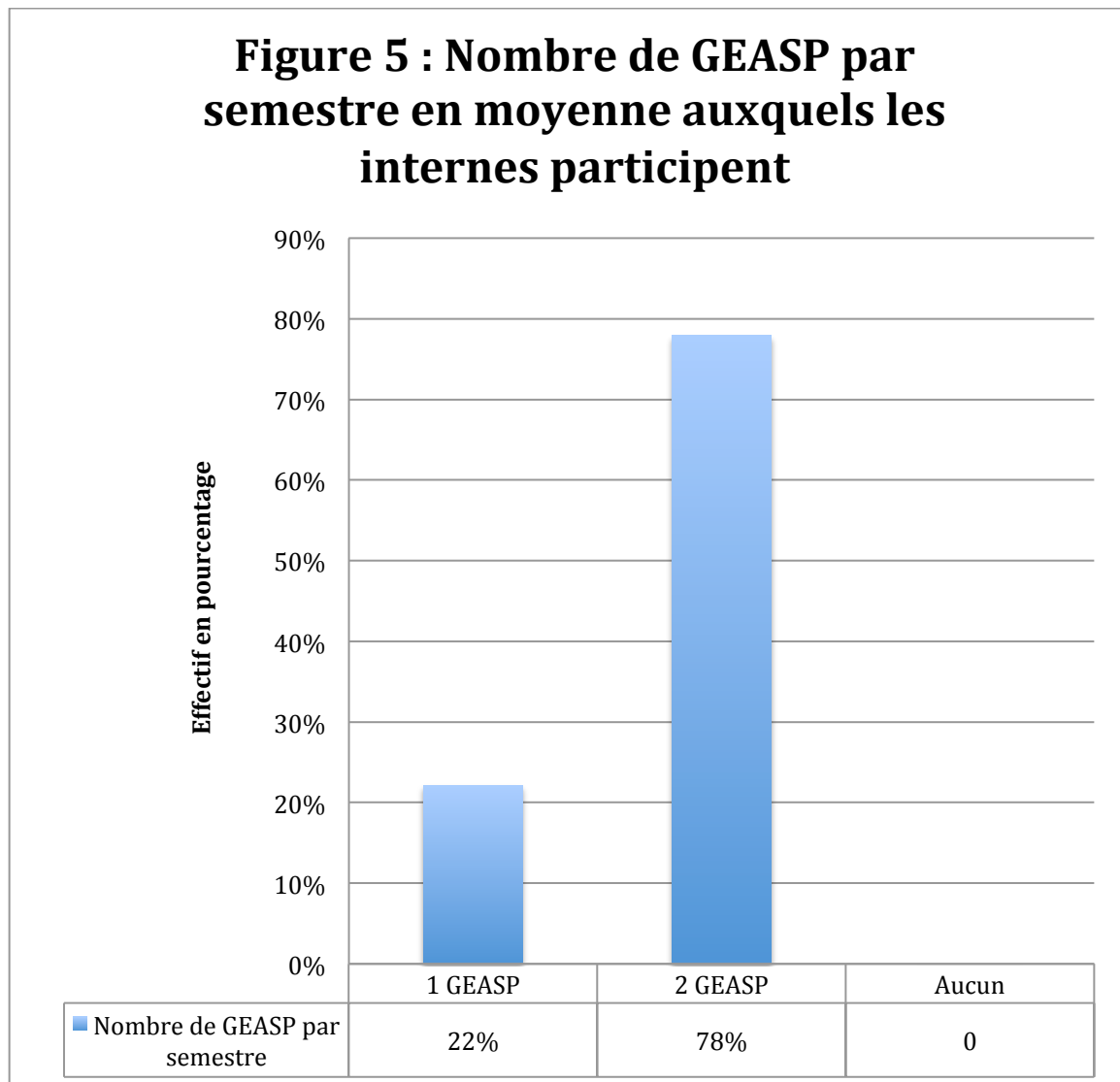
Une analyse en sous groupe montre que proportionnellement, plus d'hommes (62,5 %) s'orientent vers la profession libérale comparés aux femmes (50 %). Toutefois ce lien n'est pas statistiquement significatif et demanderait un échantillon plus important pour être validé ($p < 0,3$)(Tableau 1).

Tableau 1 : Répartition des internes en fonction du genre et de l'activité envisagée (libérale ou non)

p<0,3	Homme	Femme	TOTAL
	Effectif (%)		
Libéral	20 (62,5 %)	27 (50 %)	47
Non libéral	12 (37,5 %)	27 (50 %)	39
TOTAL	32	54	86

3.2 Organisation de l'enseignement (GEASP)

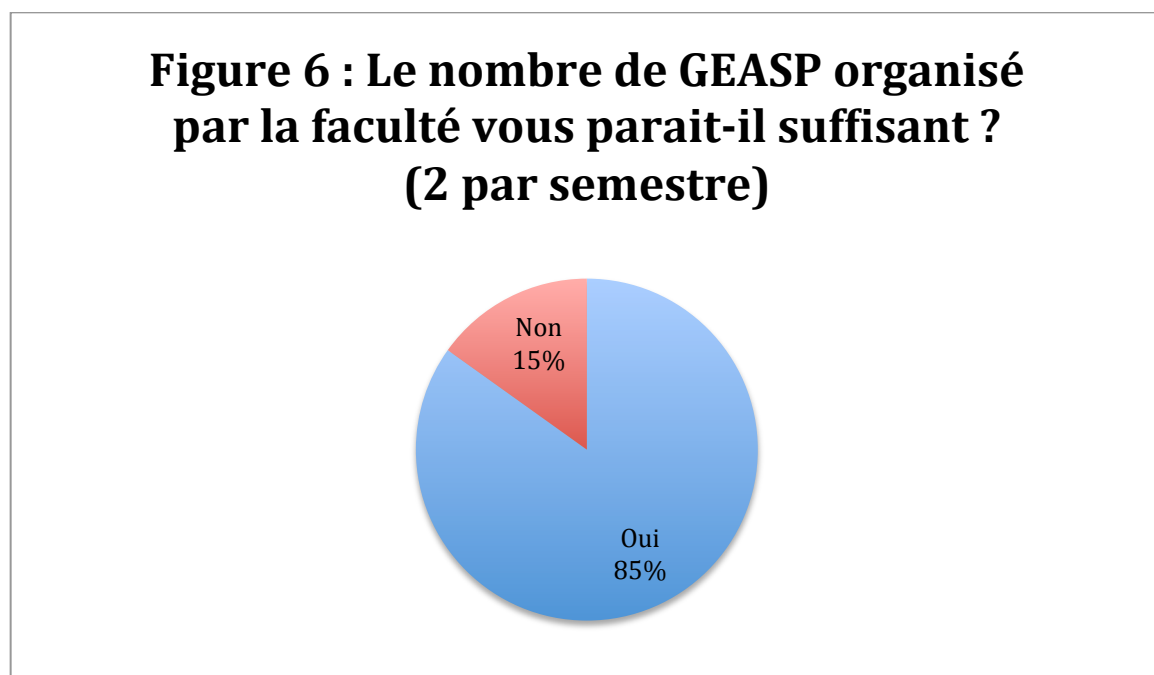
Les internes ont estimé le nombre moyen de GEASP auquel ils assistaient par semestre depuis le début de leur internat (Figure 5).



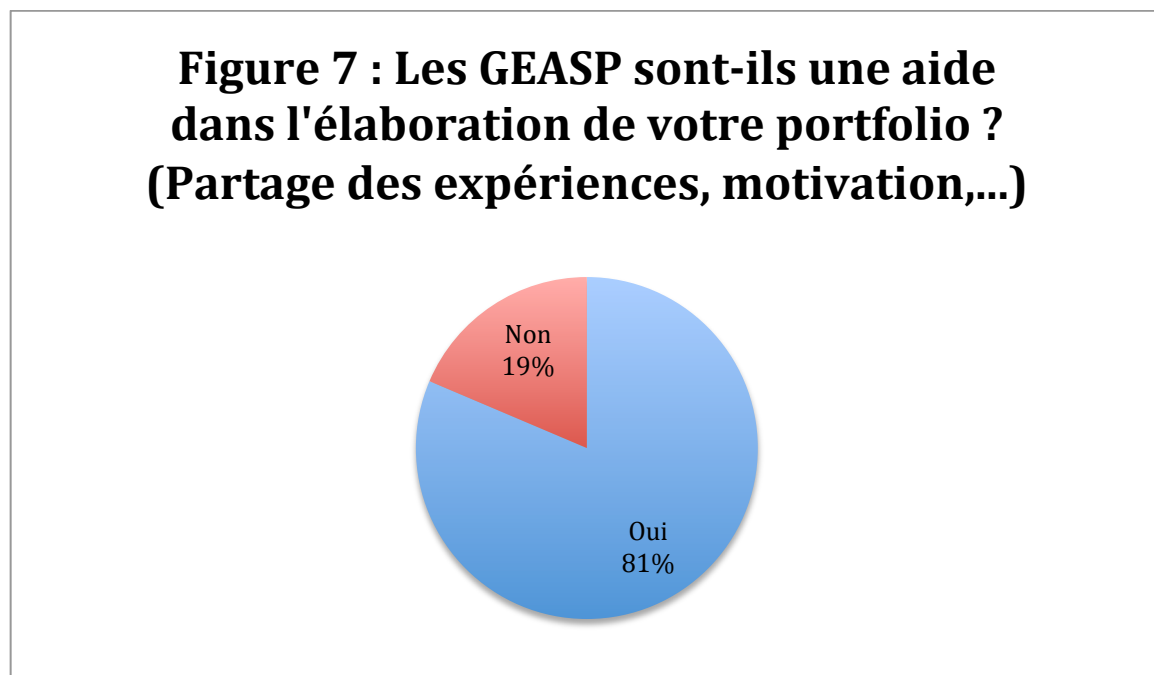
Les principaux freins à la participation aux GEASPs sont les contraintes de temps pour onze internes (soit 12,8 %), les contraintes géographiques pour sept internes (soit 8,1 %), et enfin, le manque de motivation pour six internes (soit 7 %).

huit étudiants (soit 9,3 %) ont exprimé d'autres contraintes principalement liées à des défauts d'organisation, des changements de dates mal diffusés, ou encore des GEASPs organisés sur leurs périodes de congé

Cependant, le nombre de GEASP organisé par la faculté apparaît suffisant à une large majorité des étudiants (84,9 %) (Figure 6).



L'utilité des GEASP est confirmée. En effet, 81,4 % des internes pensent que les GEASPs sont une aide dans l'élaboration de leur portfolio (Figure 7).

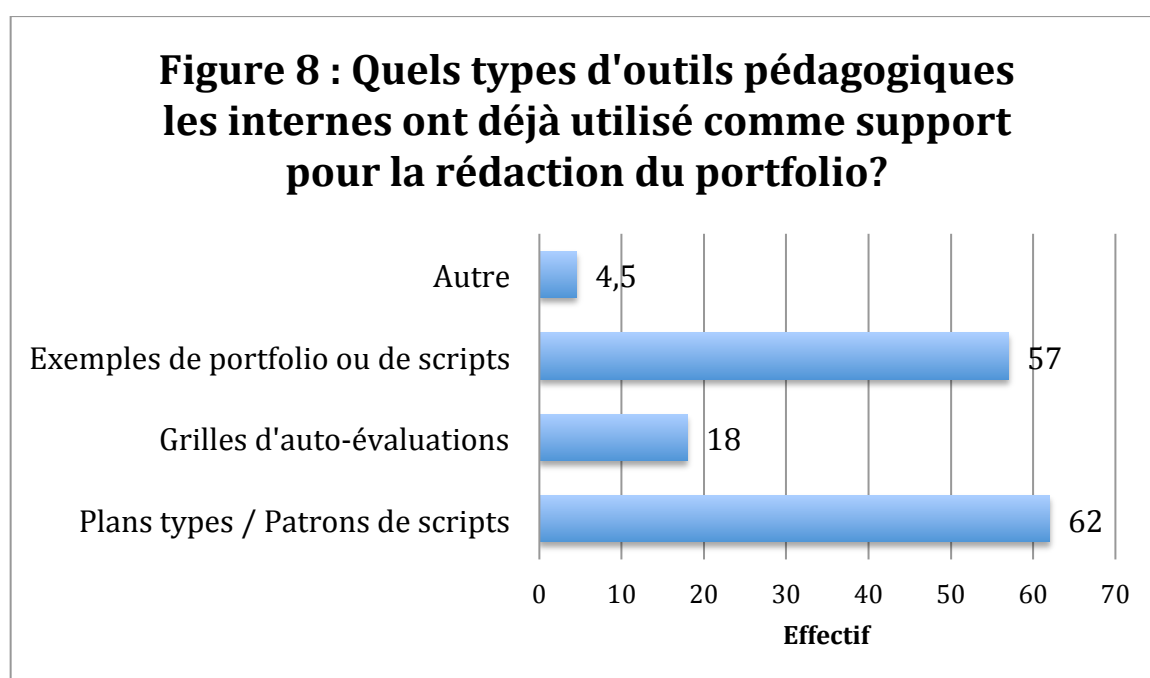


Concernant l'évaluation des enseignants moniteurs de GEASP, les avis des internes apparaissent très différents. Cinquante cinq étudiants (soit 64%) considèrent leurs enseignants moniteurs de GEASP comme des personnes ressources avec qui ils peuvent échanger contre 31 (36 %) qui ne sont pas satisfaits de leur relation avec leur moniteur.

Les internes ont été interrogés sur l'intérêt de la mise en place d'un tutorat individualisé. Les résultats ne permettent pas de révéler une majorité franche. Quarante cinq internes (soit 52,3 %) sont intéressés par un tutorat contre quarante et un (soit 47,7 %) qui ne le sont pas.

Concernant les outils mis à disposition des internes pour faciliter la rédaction de leur portfolio, soixante douze internes (soit 83,7%) déclarent avoir déjà utilisé des supports pédagogiques distribués lors des enseignements et des GEASP contre quatorze (soit 16,3%) qui n'en ont jamais utilisé.

Les différents types d'outils utilisés sont détaillés dans la figure 8 ci-dessous :



Parmi les internes interrogés, soixante huit (soit 79,1 %) souhaiteraient que des outils d'auto évaluation soient mis en place et distribués lors des enseignements dès le début de l'internat contre dix huit internes (soit 20,9%) qui ne le souhaitent pas.

3.3 Evaluation de l'enseignement

L'apprentissage dans une logique de compétence nécessite un rôle actif de l'interne qui doit lui-même construire sa formation. C'est un changement important par rapport à l'enseignement classique dans lequel l'enseignant donne le savoir à l'élève (22,25). Soixante et onze internes (soit 82,6%) considèrent avoir un rôle actif dans leur formation contre quinze (soit 17,4%). Ce nouveau rôle n'apparaît déstabilisant que pour douze internes (soit 15,4%). Il n'est pas déstabilisant pour soixante six (soit 84,6%) d'entre eux.

Si l'on fait une analyse de la population totale, On constate que quarante et un internes (soit 47,7 %) notent une augmentation de leur intérêt pour le portfolio au cours de l'internat contre quarante cinq (soit 52,3 %) qui considèrent que leur intérêt pour cet exercice n'a pas évolué dans le temps.

Une analyse en sous groupe en fonction du semestre montre une augmentation significative de l'intérêt pour le portfolio au fur et à mesure de l'avancée de l'interne dans son cursus.

Une analyse en sous groupe en fonction de l'année d'étude (TCEM 2 ou TCEM 3) retrouve également une augmentation significative de l'intérêt des internes au cours du temps.

Une autre analyse en sous groupe retrouve une augmentation significative de l'intérêt pour le portfolio au cours de l'internat en fonction des stages ambulatoires pratiqués. Ces données sont rassemblées dans le tableau 2.

Tableau 2 : Augmentation de l'intérêt au cours de l'internat : Analyse en sous groupes

p<0,001	Oui		Non		Effectif TOTAL
	Effectif	% (IC)	Effectif	% IC	
3^{eme} semestre	1	4,5% (+/-4,40%)	21	95,5% (+/-4,40%)	22
4^{eme} semestre	8	44,4% (+/-10,50%)	10	55,6% (+/-10,50%)	18
5^{eme} semestre	8	47,1% (+/-10,55%)	9	52,9% (+/-10,55%)	17
6^{eme} semestre	15	88,2% (+/-6,81%)	2	11,8% (+/-6,81%)	17
6^e val (DES non val)	8	66,7% (+/-9,96%)	4	33,3% (+/-9,96%)	12

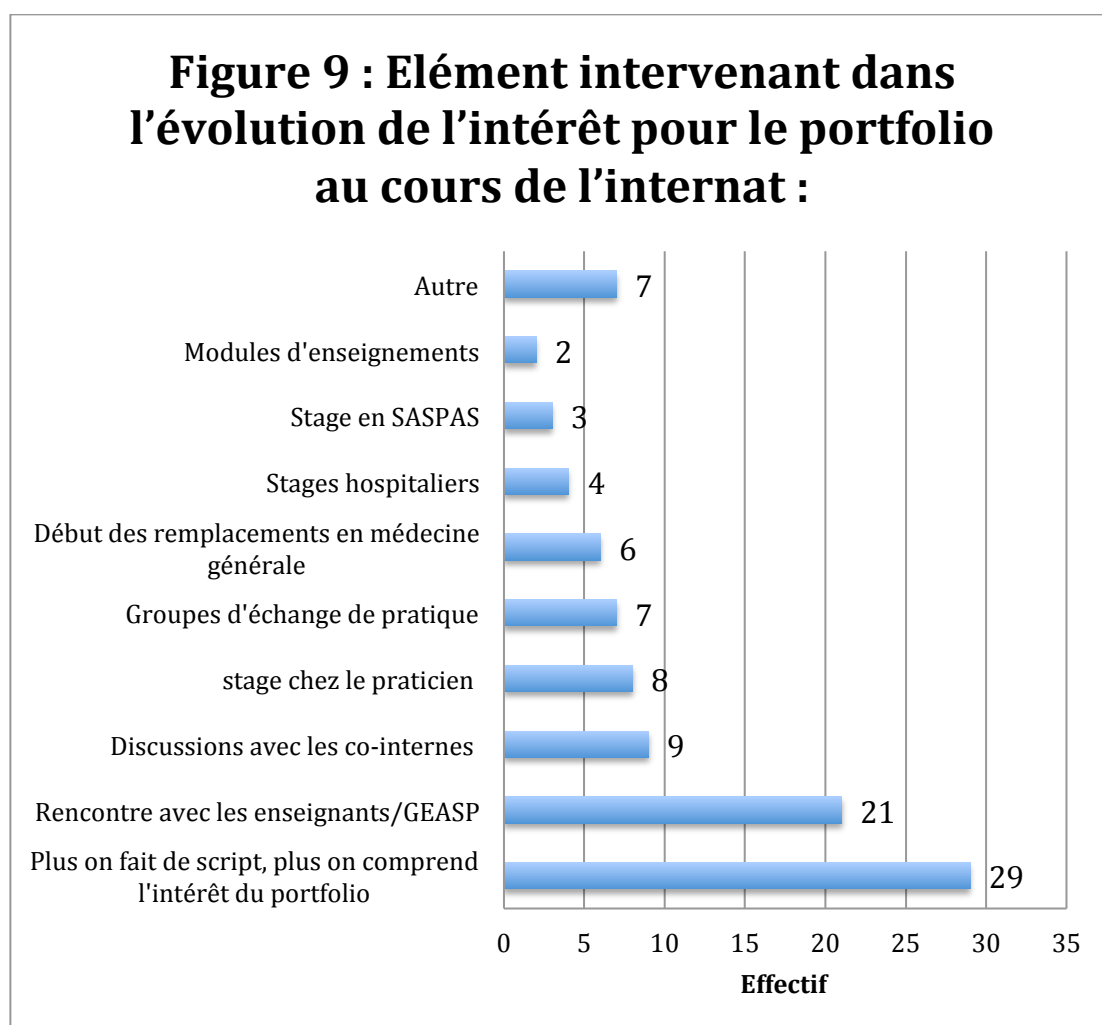
p<0,001					
2^{eme} année	9	22,5% (+/- 8,83%)	31	77,5% +/-8,83%	40
3^{eme} année	31	67,4% (+/-9,91%)	15	32,6% +/-9,91%	46

p<0,001					
SASPAS	13	81,3% (+/-8,25%)	3	18,8% (+/-8,25%)	16
Praticien	26	54,2% (+/-10,53%)	22	45,8% (+/-10,53%)	48
Aucun des 2	2	9,1% (+/-6,08%)	20	90,9% (+/-6,08%)	22

p<0,001							
TOTAL	41	47,7%	+/-10,56%	45	52,3%	+/-10,56%	86

Certains éléments pouvant intervenir dans l'évolution de l'intérêt des internes au cours de l'internat ont été évalués. Le premier élément qui ressort est que plus l'interne fait de script, plus il comprend son intérêt (pour 33,7 %). Les rencontres avec les enseignants et les GEASP sont le deuxième élément important (pour 24,4 %). Ensuite on retrouve Les discussions avec les co-internes (pour 10,5 %), le stage chez le praticien (pour 9,3 %), Les groupes d'échange de pratique (pour 8,1 %), Le début des remplacements en médecine générale (pour 7%), Les stages hospitaliers (pour 4,7 %), les stages en SASPAS (pour 3,5 %), et enfin les modules d'enseignements (pour 2,3 %) (Figure 9).

Figure 9 : Elément intervenant dans l'évolution de l'intérêt pour le portfolio au cours de l'internat :



Les internes ont ensuite été interrogés sur leurs difficultés à rédiger des RSCA. Ainsi, il apparaît que treize internes (soit 15,1%) ont trouvé la rédaction des RSCA facile dès le début de l'internat, trente sept (soit 43 %) l'ont trouvé difficile au début mais plus facile à la fin de l'internat, et trente six (soit 41,9 %) n'ont jamais trouvé cela facile.

L'analyse en sous groupe retrouve un lien statistiquement significatif entre le semestre, l'année, ou la validation d'un stage ambulatoire et la facilité d'écriture des RSCA.

Le nombre d'interne pour lesquels l'écriture des RSCA a été facile dès le début de l'internat est comparable suivant le semestre (entre 6 et 16%) sauf pour les internes de 5^e semestre (35,3 %). Aucune raison particulière à cet écart n'a été retrouvée. Cette étude ne permet pas de mettre en évidence de critère particulier pouvant influencer sur la facilité initiale de rédaction du portfolio. Une étude complémentaire serait nécessaire pour répondre à cette question.

En revanche, les internes ayant trouvé la rédaction des RSCA difficiles au début mais plus facile à la fin sont bien plus importants en 6^e semestre (70,6 %) qu'en 3^e semestre (18,2 %). On assiste donc à une intégration progressive de la méthodologie de rédaction qui facilite la rédaction des RSCA au fur et à mesure que l'interne progresse dans son cursus.

Le nombre d'interne n'ayant jamais trouvé la rédaction des RSCA facile est aussi bien plus important en 3^e semestre (72,7 %) et dans une moindre mesure en 4^e semestre (44,4 %) que pour les 5^e, 6^e et 6^e validé DES non validé (respectivement 23,5%, 23,5%, et 33,3%). Cela peut s'expliquer par le fait que les internes en début de cursus n'ont pas encore pu noter d'évolution car ils débutent leurs rédactions de RSCA.

D'après l'analyse en sous groupe en fonction des stages ambulatoires pratiqués, les internes ayant trouvé l'écriture des RSCA difficile au début mais plus facile à la fin sont respectivement 18,2 % pour les internes n'ayant pas effectué de stage ambulatoire, 47,9% pour les internes ayant effectué seulement le stage obligatoire chez le praticien, et 62,5% pour ceux ayant effectué un stage ambulatoire supplémentaire en SASPAS.

La tendance est inversée pour les internes ayant toujours eu des difficultés dans la rédaction des RSCA. Ils sont respectivement 72,7 % des internes n'ayant pas effectué de stage ambulatoire, 33,3 % des internes ayant effectué seulement le stage obligatoire chez le praticien, et 25 % pour ceux ayant effectué un stage ambulatoire supplémentaire en SASPAS.

On constate que le pourcentage d'interne ayant trouvé l'écriture des RSCA difficile au début mais plus facile à la fin est presque quatre fois plus important en 6^e semestre (pour 70,6%) qu'en 3^e semestre (pour 18,2%).

A l'inverse, le pourcentage d'interne n'ayant jamais trouvé l'écriture des RSCA facile est trois fois moins important en 6^e semestre (pour 23,5%) qu'en 3^e semestre (pour 72,7%) ($p < 0,001$).

Le constat est similaire en fonction des stages ambulatoires.

Le pourcentage d'interne ayant trouvé l'écriture des RSCA difficile au début mais plus facile à la fin est presque 2,6 fois plus important chez les internes ayant effectué un stage chez le praticien (pour 47,9%), et plus de trois fois plus important chez les internes ayant effectué un stage en SASPAS (pour 62,5%) que chez les internes n'ayant pas effectué de stage ambulatoire (soit 18,2%).

A contrario, le pourcentage d'interne ayant toujours trouvé l'écriture des RSCA difficile est près de deux fois moins important chez les internes ayant effectué un stage chez le praticien (pour 33,3%), et presque trois fois moins important chez les internes ayant effectué un stage en SASPAS (pour 25%) que chez les internes n'ayant pas effectué de stage ambulatoire (soit 72,7%)($p < 0,02$).

Ces résultats sont synthétisés dans le tableau 3.

Tableau 3 : L'écriture des RSCA a-t-elle été facile pour vous ?

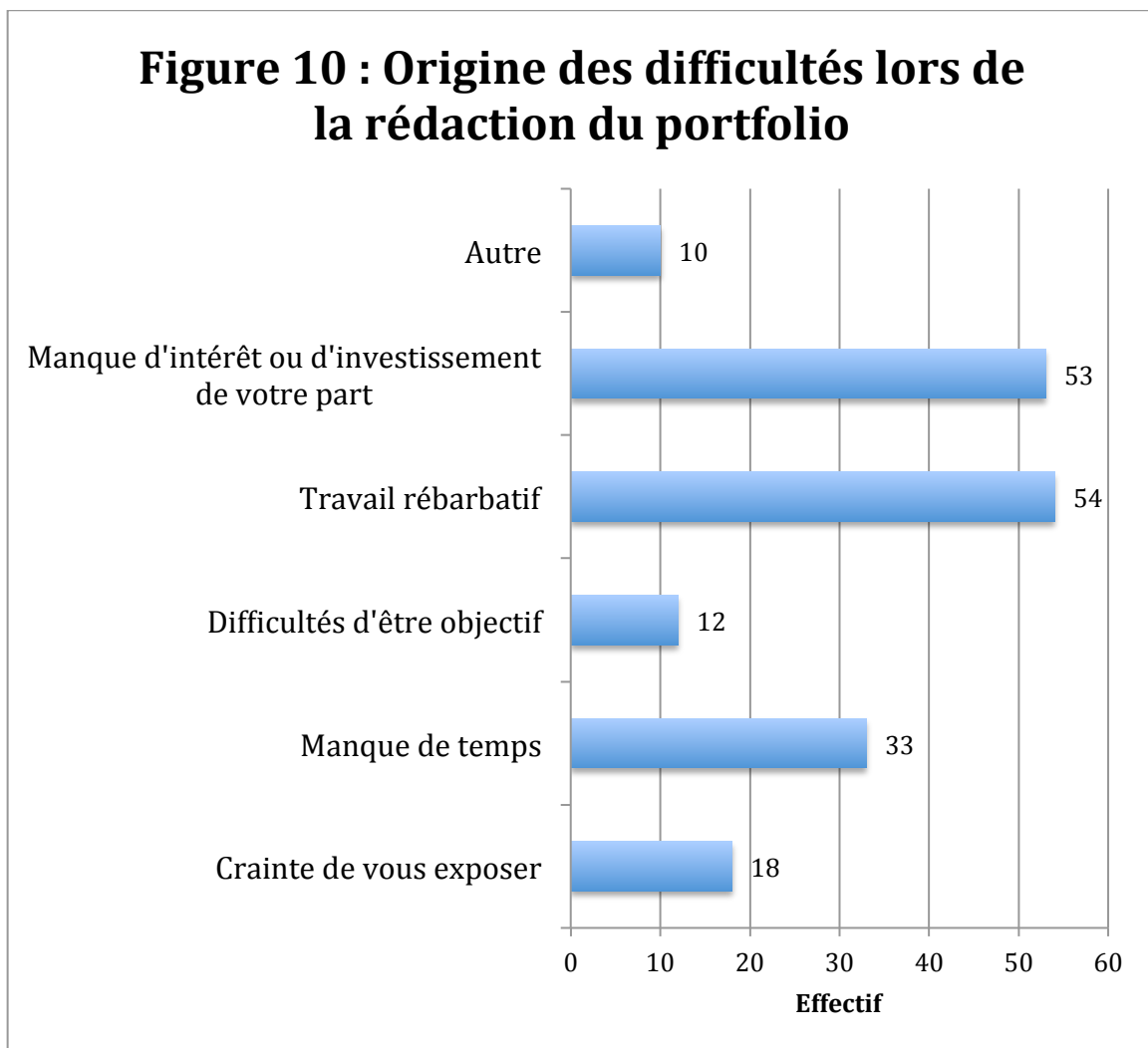
Semestre	oui, dès le début		Difficile au début, plus facile à la fin		Non, jamais		TOTAL
3^e semestre	2	9,1%	4	18,2%	16	72,7%	22
4^e semestre	2	11,1%	8	44,4%	8	44,4%	18
5^e semestre	6	35,3%	7	41,2%	4	23,5%	17
6^e semestre	1	5,9%	12	70,6%	4	23,5%	17
6^e sem val (DES non val)	2	16,7%	6	50,0%	4	33,3%	12
p<0,01							

2^e année	4	10,0%	12	30,0%	24	60,0%	40
3^e année	9	19,6%	25	54,3%	12	26,1%	46
p<0,01							

SASPAS	2	12,5%	10	62,5%	4	25,0%	16
Praticien	9	18,8%	23	47,9%	16	33,3%	48
Aucun des 2	2	9,1%	4	18,2%	16	72,7%	22
p<0,02							

TOTAL	16 (18,6%)		48 (55,8%)		22 (25,6%)		86
--------------	-------------------	--	-------------------	--	-------------------	--	-----------

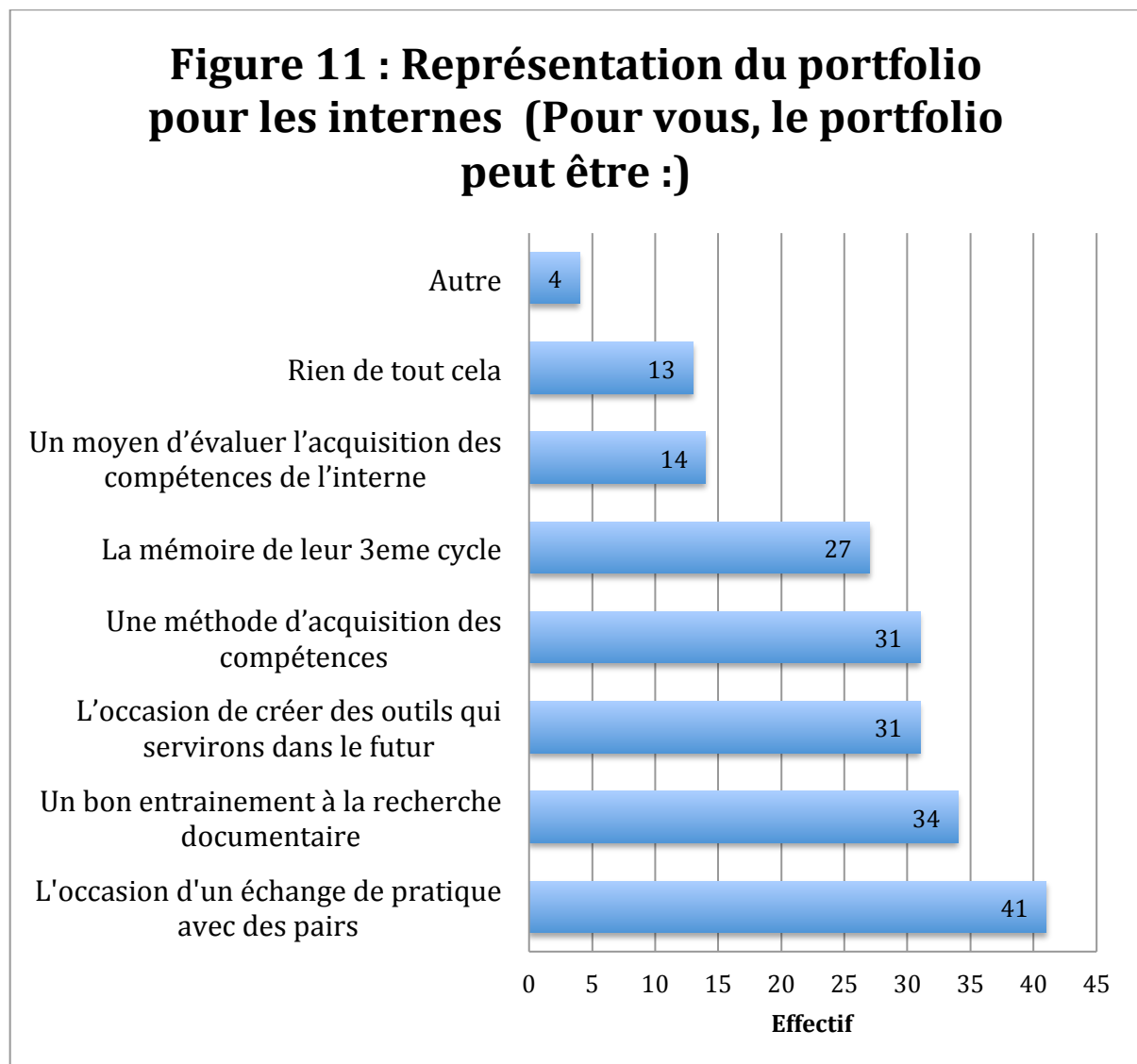
Les difficultés exprimées par les étudiants vis à vis de la rédaction des RSCA sont représentées essentiellement par le fait que c'est un travail rébarbatif (pour 62,8 %). Les internes avouent également un manque d'intérêt ou d'investissement de leur part (pour 61,6 %). Le manque de temps (pour 38,4 %), et la crainte de s'exposer (pour 20,9 %) sont aussi évoqués. Ils expriment des difficultés à être objectifs (pour 14 %). D'autres difficultés (pour 11,6 %) ressortent aussi, essentiellement liées à l'organisation de l'enseignement et aux rapports avec l'enseignant. (Figure 10)



Nous avons également demandé aux étudiants ce que le portfolio représentait pour eux. Ils ont répondu qu'il pouvait être un échange de pratique avec des pairs (pour 47,7 %), un bon entraînement à la recherche documentaire (pour 39,5 %), l'occasion de créer des outils qui serviront dans le futur (pour 36 %), une méthode d'acquisition des compétences (pour 36 %), la mémoire de leur 3eme cycle (31,4 %), un moyen d'évaluer l'acquisition des compétences de l'interne (pour 16,3 %).

15,1 % des internes ne retrouvaient pas leur représentation du portfolio dans ces propositions. Cependant, très peu d'autres propositions constructives ont été déposées.

(Figure 11)



Une analyse en sous groupe en fonction du semestre ou de la validation de stages ambulatoires a été réalisée.

Les internes considèrent de manière importante que le portfolio constitue l'occasion d'un échange de pratique avec des pairs. Cependant, les chiffres sont peu influencés par le semestre ou les stages ambulatoires pratiqués. (Tableaux 4 et 5)

Le portfolio peut également permettre de créer des outils qui serviront dans la pratique future de l'interne (tableaux, recommandations, protocoles, banques de sites médicaux, etc.). Cette notion augmente nettement au fur et à mesure de l'avancement dans le cursus. 18% en 3^e semestre contre 53% en 6^e semestre retrouveront cette notion dans leur travail.

La création d'outils semble aussi influencée par la réalisation de stages ambulatoires. En effet, seulement 22,7% des internes n'ayant pas réalisé de stage ambulatoires considèrent que le portfolio permet la création de ces outils contre 50% des internes ayant effectué un SASPAS. (Tableaux 4 et 5)

Certains considèrent que le portfolio constitue la mémoire du 3^e cycle. Même si cette représentation est présente en moyenne chez 31,4% des internes, on ne retrouve pas de corrélation avec l'avancement dans le cursus. Par contre, c'est une notion qui est de moins en moins évoquée avec la participation aux stages ambulatoires. (Tableaux 4 et 5)

Le portfolio peut constituer un entraînement à la recherche documentaire. Ce bénéfice ressenti augmente en fonction du semestre : respectivement 23% pour les internes en 3^e semestre contre 59% des internes en 6^e semestre (taux intermédiaires pour les 4^e et 5^e semestres). On retrouve également une représentation de ce bénéfice de plus en plus

important en fonction de la réalisation de stages ambulatoires. En effet, seulement 27,3% des internes n'ayant pas effectué de stage ambulatoire pensent que le portfolio est un entraînement à la recherche documentaire contre 33,3% des internes ayant effectué un stage chez le praticien et 56,3% des internes ayant effectués un SASPAS. (Tableaux 4 et 5)

Le portfolio est considéré comme une méthode d'acquisition des compétences chez 18% des internes en 3^e semestre contre 59% des internes en 6^e semestre. Les taux étant intermédiaires en 4^e et 5^e semestre. Cette notion est présente chez 13,6% des internes n'ayant pas effectué de stage ambulatoire, 35,4% des internes ayant fait un stage chez le praticien, et 50% des internes en SASPAS. (Tableaux 4 et 5)

On observe donc que le portfolio est de plus en plus considéré comme une méthode d'acquisition au fur et à mesure que les internes avancent dans leur cursus et effectuent des stages ambulatoires.

Le portfolio est considéré comme un moyen d'évaluation des compétences chez 16,3% des internes mais on ne retrouve pas de corrélation avec l'évolution dans le cursus ou la validation de stages ambulatoires.

Un certain nombre d'internes ne retrouvent pas dans les propositions du questionnaire leur représentation du portfolio. Dans la majorité des cas, ces internes n'ont pas fait de proposition de représentation du portfolio et semblent ne pas trouver de bénéfice dans ce travail.

On remarque que le pourcentage d'interne dans ce cas décroît progressivement au cours de l'internat. Il passe de 27% en 3^e semestre, 17% en 4^e semestre, 18% en 5^e semestre, et aucun interne ne retrouve pas de bénéfice au portfolio en 6^e semestre. (Tableau 4)

Le taux décroît aussi progressivement en fonction des stages ambulatoires pratiqués passant de 22,7% pour les internes n'ayant pas fait de stage ambulatoire à 14,6% pour les internes ayant effectué un stage chez le praticien et enfin, 6,3% pour les internes ayant effectué un SASPAS. (Tableau 5)

De manière générale, les internes en 6^e semestre (DES validé ou non) se positionnent sur des taux intermédiaires peu exploitables et ne révèle pas de tendance particulière. (Tableau 4)

Tableau 4 : Représentations du portfolio pour les internes en fonction du semestre					
Semestre	3 ^e semestre	4 ^e semestre	5 ^e semestre	6 ^e semestre	6 ^e semestre validé
Echange de pratique	50%	56%	47%	41%	42%
Créer des outils	18%	22%	53%	53%	42%
Mémoire du 3^e cycle	36%	28%	53%	35%	50%
Entraînement à la recherche	23%	22%	35%	59%	50%
Méthode d'acquisition de compétences	18%	33%	29%	59%	33%
Moyen d'évaluation des compétences	5%	22%	24%	12%	25%
Rien de tout cela	27%	17%	18%	0%	17%
TOTAL (Effectif)	22	18	17	17	12

Tableau 5 : Représentation du portfolio pour les internes en fonction des stages ambulatoires effectués

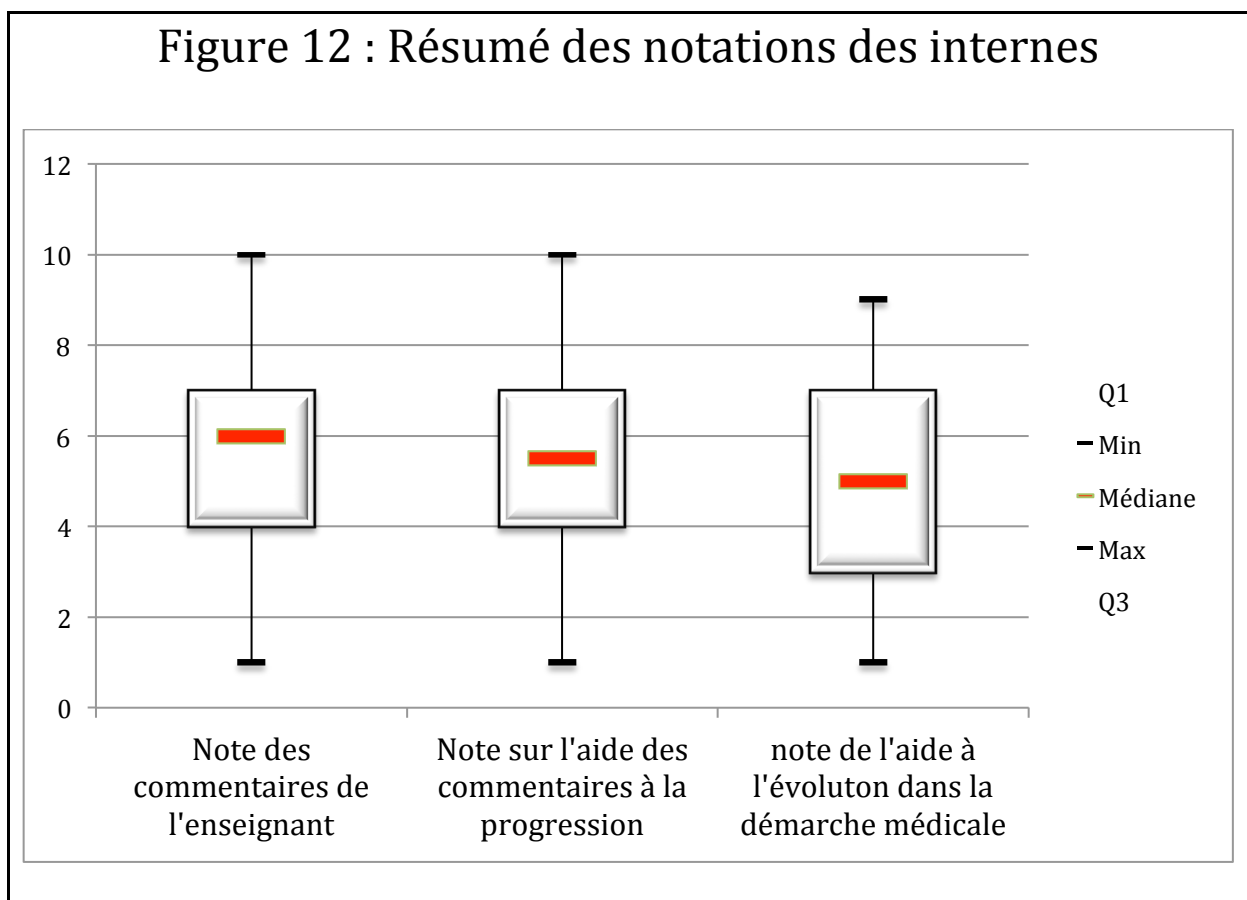
Stage ambulatoire pratiqué	SASPAS	Praticien	Aucun des deux
Echange de pratique	50,0%	50,0%	45,5%
Créer des outils	50,0%	33,3%	22,7%
Mémoire du 3^e cycle	31,3%	39,6%	45,5%
Entraînement à la recherche	56,3%	33,3%	27,3%
Méthode d'acquisition de compétences	50,0%	35,4%	13,6%
Moyen d'évaluation des compétences	6,3%	20,8%	9,1%
Rien de tout cela	6,3%	14,6%	22,7%
TOTAL	16	48	22

Les internes étaient ensuite invités à noter sur une échelle de 1 à 10 la qualité des commentaires de leur enseignant moniteur de GEASP sur leurs RSCA. La note moyenne obtenue est de 5,59 pour une médiane de 6.

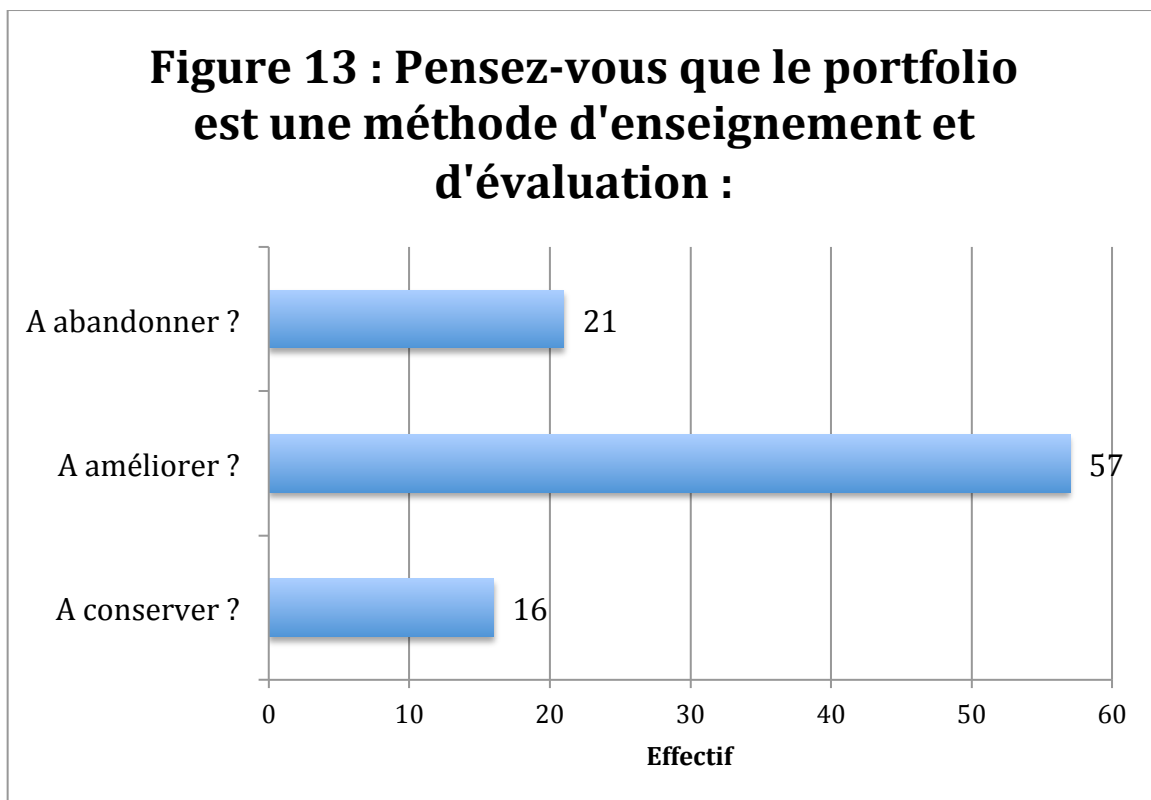
Ils devaient ensuite noter sur une échelle de 1 à 10, à quel point les commentaires de leur enseignant moniteur de GEASP les aidaient à progresser dans l'analyse de leur pratique. La note moyenne est de 5,30 pour une médiane de 5,5.

Ils devaient enfin noter sur une échelle de 1 à 10, à quel point l'écriture des RSCA leur permettait d'évoluer dans leur démarche médicale. La note moyenne est de 4,85, pour une médiane de 5.

Ces informations sont résumées dans la figure 12 pour une représentation plus visuelle.



A la fin du questionnaire, les internes étaient invités à dire s'ils pensaient que le portfolio était une méthode d'enseignement à conserver, à améliorer, ou bien à abandonner. Il en ressort que plus de 75 % des internes recommandent de conserver et/ou d'améliorer cette méthode d'enseignement. Moins de 25 % des internes suggèrent de l'abandonner. (Figure 13)



Enfin, les internes étaient invités à laisser des commentaires s'ils jugeaient nécessaire ou s'ils avaient une remarque qu'ils n'avaient pas pu intégrer au questionnaire.

De ces commentaires, ressortaient quelques idées intéressantes et/ou récurrentes. Plusieurs internes ont émis le souhait de diminuer le nombre de RSCA qui leur semble trop élevé et représente une trop lourde charge de travail.

D'une manière générale, les internes demandent une uniformisation de l'enseignement et du discours des enseignants. Ils souhaiteraient également que des outils pédagogiques leur soient distribués dès le début de l'internat afin de pouvoir les utiliser rapidement. Un interne a aussi émis l'idée d'une correction personnalisée du premier RSCA en tête à tête avec le moniteur de GEASP.

Les internes ne semblent pas réfractaires à l'idée d'imposer la présentation des RSCA au cours des GEASP, mais ils expriment à plusieurs reprises, la nécessité d'organiser mieux les enseignements en désignant longtemps à l'avance les internes qui doivent présenter leur script, et en sanctionnant les internes qui ne rempliraient pas leurs obligations.

Enfin, les internes regrettent que le mode de rédaction des RSCA soit trop scolaire et que l'on s'attarde plus sur la forme que sur le fond.

4 DISCUSSION

4.1 Analyse des résultats

4.1.1 Données démographiques, données contextuelles, et projets professionnels de la population cible

La répartition Homme/Femme est déséquilibrée dans l'échantillon de population. On recense 37% d'hommes contre 63% de femmes (Figure 1). Cependant, ces chiffres sont superposables à la répartition nationale qui était en 2012 de 36% d'hommes pour 64% de femme.

La répartition entre les différents semestres est également équilibrée (Figure 2)

Ceci permet une analyse en sous groupe en limitant les biais de sélection liés à la représentativité d'un groupe.(37)

La répartition en fonction des stages ambulatoires pratiqués est moins équilibrée. Ceci peut être expliqué par le manque de terrain de stage en SASPAS et le fait que ce n'est pas un stage « obligatoire » dans le cursus médical (Figure 3).

Cet échantillon semble donc représentatif de la population cible.

Concernant les objectifs professionnels, une large moitié des effectifs envisagent un exercice libéral de la médecine générale (55 %).

12 % des internes interrogés envisagent un exercice non libéral (hospitalier 2%, salarié 1%), ou mixte (9 %).

18 % n'envisagent pas d'exercer en tant que médecin généraliste. Cette population est représentée en majorité par des internes effectuant un DESC (10,5%).

Enfin, 15 % ne savent pas encore vers quel type d'exercice ils se dirigent. (Figure 4)

Une analyse en sous groupe montre que proportionnellement plus d'homme envisagent de s'installer en libéral que de femme (Tableau 1). Mais ce résultat n'est pas statistiquement significatif et nécessiterait une étude complémentaire.

4.1.2 L'évaluation de l'enseignement dans la subdivision Océan Indien.

4.1.2.1 Evaluation des GEASP

La participation aux GEASP par les internes de l'Océan Indien est importante. Tous les internes assistent à au moins un GEASP par semestre (Figure 5).

Ils sont d'ailleurs considérés par 81,4% des étudiants comme une aide dans l'élaboration du portfolio (Figure 7).

Cependant les deux GEASP organisés par la faculté apparaissent suffisant à 84,9% d'entre eux (Figure 6).

Parmi les internes n'ayant pas assisté à tous les GEASP, la majorité se justifie en évoquant des contraintes de temps (pour 12,8%), ou concèdent un manque de motivation (pour 7%).

Certains évoquent des contraintes géographiques (pour 8,1%) et plusieurs commentaires relatent les difficultés rencontrées dans l'organisation de l'enseignement à Mayotte.

Une des caractéristiques de notre subdivision réside dans le découpage de son territoire sur deux îles : La Réunion et Mayotte. L'enseignement est centralisé sur l'île de La Réunion et les internes de Mayotte doivent assister aux cours en Vidéoconférence. De nombreux problèmes techniques empêchent les internes d'assister à leurs séances de GEASP pourtant obligatoires.

Dans un second temps, les internes étaient interrogés sur leur enseignant moniteur de GEASP. Environ les deux tiers (soit 64%) sont satisfaits de leur relation avec leur moniteur et le considèrent comme une personne ressource.

Ils devaient ensuite répondre à une question ouverte afin de justifier leur choix. Après analyse qualitative de ces contributions, il ressort que les internes apparaissent soit totalement satisfaits, soit totalement insatisfaits. On retrouve peu de constats mitigés.

Parmi les motifs d'insatisfaction, on retrouve souvent des « problèmes de disponibilité des moniteurs ». « Le manque d'uniformité dans le discours des enseignants » est aussi souvent évoqué. Enfin on retrouve aussi « des problèmes d'organisation », en particulier avec les internes de Mayotte comme évoqué précédemment.

A contrario, les internes satisfaits de leurs moniteurs les décrivent comme des « personnes disponibles », de « bon conseil », voire même pour certains des « interlocuteurs privilégiés » ou encore des « guides dans l'élaboration de leur portfolio ». Il ressort souvent que les enseignants sont une « aide nécessaire pour débiter » correctement la rédaction des RSCA.

Ces remarques sur les moniteurs sont classiques pour ce genre d'enseignement et l'on peut retrouver les mêmes commentaires dans certaines études qualitatives sur ce sujet (17,31,38,39).

Cependant, le caractère très tranché des réponses peut laisser penser que les évaluations dépendent essentiellement des qualités du moniteur : Son implication, sa disponibilité, sa formation et ses qualités pédagogiques. Une étude complémentaire pourrait permettre d'approfondir cette question.

4.1.2.2 Avis sur l'opportunité de la mise en place d'un tutorat

Le département de médecine générale de l'Océan Indien envisage d'organiser un tutorat individualisé. Les internes ont été interrogés sur ce qu'ils pensaient de la mise en place de ce modèle.

Le constat est très partagé : 52,3% des internes sont pour la mise en place d'un tutorat contre 47,7% qui y sont opposés.

Une question ouverte permettait aux étudiants d'exprimer leurs arguments :

D'après les commentaires, les internes qui sont contre la mise en place d'un tutorat pensent principalement que les « GEASP sont déjà suffisants pour l'enseignement ». Ils apprécient ces groupes qu'ils assimilent à un groupe de pairs mais « ne veulent pas être seuls face à un tuteur ».

Ils expriment aussi la « crainte que le passage au tutorat augmente le nombre de séances » par semestre par rapport aux GEASP.

Les internes favorables au tutorat précisent que celui-ci serait « surtout intéressant pour les TCEM 1 », et proposent une « correction personnalisée du premier RSCA en première année d'internat ».

De manière générale, les internes ont « peur qu'un tutorat individualisé entraîne des groupes plus petits », alors qu'ils sont attachés à « l'échange que permettent les groupes actuels de GEASP » composés d'une dizaine d'individus.

Ils ont peur que le tutorat entraîne aussi « une augmentation du nombre de séances » et leur « prenne plus de temps ».

Du point de vue de l'organisation, plusieurs internes souhaiteraient que le « contrôle de présence soit plus strict ». Certains proposent de « désigner bien à l'avance les personnes qui doivent présenter des RSCA ». Il est plusieurs fois proposé que les internes ne remplissant pas leurs obligations de présence ou de présentation de script soient « sanctionnés » (par exemple par l'obligation de rédiger plus de RSCA).

D'après les commentaires, deux catégories d'internes semblent exprimer la volonté d'un encadrement plus strict. Il s'agit d'internes assidus et participatifs qui ne sentent pas leur travail reconnu vis à vis des internes plus « laxistes ». C'est aussi et surtout des internes qui ont « des difficultés à se mettre au travail » et qui reconnaissent avoir besoin d'être plus encadrés pour fournir un travail régulier.

4.1.2.3 Evaluation des outils pédagogiques

Dans la subdivision Océan Indien, les premières séances d'enseignement sont consacrées à l'explication de la méthode d'apprentissage. Les consignes de rédaction des RSCA et les attentes des enseignants sont exposées aux internes.

A cette occasion sont distribués des supports pédagogiques. Ce sont essentiellement des plans types et des exemples de portfolio. Récemment, des grilles d'auto-évaluation, semblables aux grilles d'évaluation utilisées pour la validation du DES de médecine générale ont été distribuées à de petits groupes.

Ces outils semblent utiles puisque 83,7% des internes déclarent les avoir déjà utilisés lors de la rédaction de leurs RSCA. Pour autant, ils restent insuffisants car 79,1% des personnes interrogées restent demandeuses de nouveaux outils d'autoévaluation. Les plus utilisés sont les plans types ou patrons de scripts (pour 72,1%) suivi de près par les exemples de portfolio ou de script (pour 66,3%). Les grilles d'autoévaluations sont largement moins utilisées (pour 20,9%) car cet outil était encore peu diffusé au moment de l'étude mais devrait prendre de l'ampleur (Figure 8).

Théoriquement, l'utilisation de ces outils devrait améliorer la qualité des portfolio en instaurant un cadre et en permettant à l'interne d'évaluer lui-même son portfolio. Cependant, cela reste à évaluer dans les faits. En effet, un cadre trop formel est souvent reproché par les étudiants et peut les démotiver(40). Les exemples de portfolio peuvent aussi enfermer l'interne dans un exemple de « script parfait » qu'il n'arrive pas à égaler. Ceci peut entraîner des frustrations et un désengagement de l'interne vis à vis de sa formation. Les premiers scripts seraient ainsi souvent supprimés car jugés « trop imparfaits ».(40)(41)

Un outil d'autoévaluation est en cours de construction par les enseignants du Département de Médecine Générale de l'Océan Indien qui devrait permettre à l'étudiant d'analyser ses RSCA, et d'avoir une vision globale de son portfolio en mettant en valeur les compétences qu'il a développé. Il devrait également permettre de mettre en exergue les compétences qu'il reste à approfondir dans les prochains RSCA. On peut imaginer également que cet outil soit utile au tuteur pour faire le point sur le portfolio et pourquoi pas à terme à l'évaluateur lui-même. La mise en place et l'évaluation de l'apport de cet outil devra faire l'objet d'une étude ultérieure.

4.1.3 Evaluation de l'enseignement tel qu'il est pratiqué dans l'Océan Indien.

4.1.3.1 Perception d'un nouveau mode d'enseignement

L'apprentissage dans une logique de compétence nécessite un rôle actif de l'interne qui doit lui même construire sa formation. C'est un changement important par rapport à l'enseignement classique dans lequel l'enseignant donne le savoir à l'élève (22,25). Les internes ont bien conscience pour 82,6% d'entre eux de ce nouveau rôle actif mais il ne semble pas déstabilisant pour 84,6%.

Les internes étaient invités à justifier leur opinion sur une question ouverte. Il en ressort essentiellement qu'ils trouvent « tout à fait normal d'être acteur de leur formation ». Ils

se considèrent comme des professionnels de santé qui doivent constamment « se tenir à jour ». « L'autoformation fait partie de la profession ».

Certains reconnaissent que « l'autonomie peut être déstabilisante au début mais qu'elle se fait progressivement ».

Les internes sont satisfaits sur le fond de cet enseignement, mais expriment encore « des réticences sur la forme » qu'ils trouvent « trop stricte », « trop rédactionnelle », et « chronophage ».

Sur la composante qualitative de ce questionnaire, les réponses et les remarques des étudiants sont tout à fait superposables à ce qui ressort de plusieurs études qualitatives sur le sujet dans les facultés de médecine de Angers(4), Lyon(5), Lille(30), et Tours(40). On retrouve en particulier le cadre « trop scolaire » et l'impression de « perdre son temps ».

4.1.3.2 L'augmentation de l'intérêt vis-à-vis de la rédaction du portfolio au cours de l'internat.

Nous pensions que l'intérêt des internes pour le portfolio allait augmenter au cours de l'internat une fois que les internes se seraient familiarisés avec ce mode d'enseignement. Dans la population totale étudiée, les internes sont partagés. La moitié a vu son intérêt augmenté, l'autre moitié voyant son intérêt stagner ou diminuer.

Une analyse en sous groupe conduit à des résultats intéressants (Tableau 2). Le nombre d'interne voyant une augmentation de son intérêt pour le portfolio au cours de l'internat augmente de manière significative ($p < 0,01$) entre le 3^e (4,5%) et le 6^e semestre (88,2%). Les internes en 4^e et 5^e semestre restant à des taux intermédiaires.

Cette augmentation de l'intérêt pour le portfolio est également de plus en plus importante, à mesure que l'interne participe à des stages ambulatoires de médecine générale. La proportion d'interne qui remarque une augmentation de son intérêt au cours de l'internat est faible chez les internes n'ayant participé à aucun stage ambulatoire (soit 9,1%). Ce taux est multiplié par 5 à 6 (soit 54,2%) après passage en stage chez le praticien et multiplié par 9 (soit 81,3%) après un SASPAS ($p < 0,001$).

On constate donc que plus un interne avance dans son cursus médical et participe à des stages ambulatoires, plus il comprend l'intérêt du portfolio (Tableau 2).

On constate par contre de manière un peu surprenante que les internes ayant validé leur 6^e semestre mais pas le DES, restent à des taux d'intérêt un peu plus bas que les 6^e semestre. On peut imaginer que cette population sélectionne les internes « en retard » sur la rédaction de leur portfolio et donc potentiellement plus réticents à ces méthodes d'enseignement. Des études complémentaires seraient nécessaires sur cette population afin d'évaluer les déterminants de ces résultats.

Nous avons ensuite évalué les éléments intervenant dans l'évolution de cet intérêt au cours de l'internat. Nous pensions mettre en évidence que les stages ambulatoires, et surtout le SASPAS permettaient de lever la barrière entre l'hospitalier et l'ambulatoire et donc de trouver plus facilement des situations complexes authentiques de médecine générale.

Pourtant, seulement trois internes ont évoqué le SASPAS soit à peine 18% des internes ayant effectué ce stage. De même seulement huit internes ont évoqué le stage chez le praticien comme facteur d'intérêt pour le portfolio soit 12,5 % des internes ayant déjà effectué ce stage.

Aux yeux des internes, les stages ambulatoires ne semblent donc pas être des éléments essentiels intervenant dans l'évolution de leur intérêt pour le portfolio au cours de l'internat.

Ainsi, on constate une inadéquation entre les faits observés (Tableau 2) et le ressenti des internes (figure 9).

Concernant les autres éléments intervenants dans l'évolution de l'intérêt de l'interne pour le portfolio, on constate que 33,7% des internes ont remarqué que « plus on fait de script, plus on comprend son intérêt ». C'est l'élément le plus souvent cité.

En effet, la méthodologie du portfolio étant difficile à appréhender, nous ne sommes pas surpris qu'avec l'entraînement, la rédaction des RSCA devienne plus facile et que les bénéfices de cet exercice commencent à se faire ressentir.

Le deuxième élément le plus souvent cité est « la rencontre avec les enseignants et les GEASP ». Près d'un quart (soit 24,4%) des internes pensent que ce sont des facteurs influents sur l'augmentation de leur intérêt au cours de l'internat. Cet élément est encourageant pour les enseignants qui voient dans ces résultats que leurs actions sont perçues positivement par beaucoup d'internes.

Parmi les éléments de la liste proposée, aucun autre ne se distingue de manière importante. (Figure 9)

4.1.3.3 Les difficultés d'écriture des RSCA

Des difficultés d'écriture des RSCA en début d'internat sont ressenties par une large majorité (soit 84,9%) des participants à l'étude. La moitié constate que cet exercice est plus facile à la fin du cursus (pour 43%) alors que l'autre moitié continue à avoir des difficultés (pour 41,9%). On constate tout de même que 15,1% des étudiants interrogés ne déclarent aucune difficulté (Figure 17).

Le pourcentage d'interne n'ayant pas ressenti de difficultés dès le début de l'internat est relativement élevé et supérieur au chiffre attendu. Par contre, il était attendu un nombre plus important d'internes qui remarquent une progression de la facilité de rédaction des RSCA tout au long de leur cursus. Une analyse en sous groupe suivant le semestre et la participation aux stages ambulatoires a donc été pratiquée.

On constate alors que la proportion d'interne ayant trouvé l'écriture des RSCA difficile au début, mais plus facile à la fin augmente au fur et à mesure de l'avancement dans le cursus médical ($p < 0,01$) et de la participation aux stages ambulatoires ($p < 0,02$).

Inversement, la proportion d'interne n'ayant jamais trouvé l'écriture des RSCA facile diminue à mesure que l'interne avance dans son cursus ($p < 0,01$) et participe à des stages ambulatoires ($p < 0,02$).

La facilité d'écriture des RSCA est donc dépendante de l'avancement de l'interne dans son cursus et de ses stages ambulatoires. Ces derniers étant réalisés souvent en fin de cursus, les deux variables ne sont pas indépendantes. On ne peut donc pas affirmer que ce soit l'une ou l'autre ou bien les deux qui ont une influence significative. Des études complémentaires seraient nécessaires pour pouvoir affirmer que les stages ambulatoires facilitent la rédaction des RSCA. (Tableau 3)

Les internes évoquent différentes origines à ces difficultés :

Certaines sont liées à la méthode d'apprentissage : C'est un travail rébarbatif pour un bon nombre d'étudiant (pour 62,8%) et elle expose les internes aux jugement des moniteurs et de leurs pairs (pour 20,9%).

D'autres sont liées à l'interne lui même. En effet, beaucoup concèdent un manque d'intérêt ou d'investissement de leur part (pour 61,6%), et un manque de temps à consacrer à cet exercice (pour 38,4%) (Figure 10).

Cette notion est abordée dans différentes études qualitatives mais touche trois fois plus d'internes dans notre étude que dans celle du Dr ACKER (4,17,40). La crainte de s'exposer et d'être jugé est peut-être un frein plus important que ce que l'on pouvait penser initialement ; cela devrait être analysé de manière plus approfondie.

4.1.3.4 Le bénéfice ressenti vis-à-vis de la rédaction du portfolio :

Comme nous l'avons développé dans l'introduction, la création d'un portfolio par la rédaction des RSCA, est une méthode d'acquisition des compétences. Ce recueil de trace d'apprentissage est ensuite utilisé pour évaluer les compétences acquises par l'interne afin de valider son DES.

Pourtant, ils sont seulement 36% à penser que c'est une méthode d'acquisition des compétences et 16,3% à penser que c'est une méthode d'évaluation des compétences. Globalement, il semblerais que les internes n'ont pas compris la fonction première du portfolio.

Ils perçoivent cependant les bénéfices secondaires qui découlent de ce travail comme l'entraînement à la recherche documentaire (pour 39,5%), ou encore la création d'outils

qui leur serviront dans le futur (pour 36%). Certains le considèrent même comme la mémoire de leur 3^e cycle (pour 31,4%).

Toutefois pour les internes, le portfolio est surtout l'occasion d'un échange de pratique avec des pairs (pour 47,7%). C'est l'item le plus souvent cité. Or même s'il est vrai que les échanges entre pairs peuvent être un bénéfice secondaire à ce type de méthode, ce n'est pourtant pas la fonction première de l'apprentissage par compétence.

L'organisation de l'enseignement sous forme de GEASP qui permettent un échange en petit groupe animé par un moniteur est peut être un facteur de confusion. Quoiqu'il en soit, il ressort de ces résultats ainsi que des résultats antérieurs sur l'évaluation des GEASP, que les internes apprécient les échanges en petit groupe, certainement beaucoup plus que les cours magistraux.

Il reste 15% des internes qui ne se retrouvaient pas dans les items proposés. Ils étaient invités à laisser un commentaire libre qui est le plus souvent resté vide ou bien les commentaires n'avaient pas de lien avec la question posée. D'après leurs réponses globales, il s'agit en grande partie d'internes qui n'adhèrent pas du tout à ce genre d'apprentissage. (Figure 11)

Nous avons ensuite procédé à une analyse en sous groupe en fonction du semestre afin de déterminer s'il existait une évolution dans les représentations et les bénéfices ressentis au cours du temps.

Au cours des 3^e et 4^e semestre, le portfolio est considéré davantage comme un échange de pratique avec des pairs (par plus de 50% des étudiants). Les internes n'ont pas encore une bonne pratique de la rédaction des scripts qui reste laborieuse pour eux. Ils progressent doucement et travaillent essentiellement en GEASP ce qui peut expliquer que cette notion soit très présente en début d'internat.

En 5^e semestre, cette notion reste encrée chez 47% des internes, mais n'est plus majoritaire. C'est avant tout, pour eux, la mémoire de leur 3^e cycle (pour 53%) ou encore l'occasion de créer des outils qui serviront dans le futur (pour 53%). On ressent que cette catégorie d'interne a une vision plus pratique et plus aboutie de cet exercice. Ils ont déjà pu constater ce que ce travail pouvait leur apporter à travers la création d'outils dont ils ont pu se servir notamment lors des stages en ambulatoire. Ils ont également une vision plus globale du portfolio qui doit déjà comporter un certain nombre de script et peut ainsi représenter la mémoire de leur 3^e cycle.

En 6^e semestre, les objectifs du portfolio semblent beaucoup mieux perçus. Pour la première fois, une majorité d'interne évoque le terme de compétence : 59% d'entre eux pensent qu'il peut être une méthode d'acquisition de compétence. Comme en 5^e semestre il apparaît une expérience de plus en plus pratique de la rédaction des RSCA. Ainsi, ce travail constitue un bon entraînement à la recherche documentaire pour 59% et l'occasion de créer des outils qui serviront dans le futur pour 53% des internes.

On observe donc une évolution des bénéfices ressentis par les internes à mesure qu'ils progressent dans leur cursus. Ils finissent par comprendre de manière majoritaire les objectifs initiaux de cette méthode d'enseignement.

Il est également intéressant de noter que 27% des internes de 3^e semestre ne se retrouvent pas dans ces propositions alors qu'aucun interne de 6^e semestre n'est dans ce cas. (Tableau 4).

Le constat est similaire mais moins net pour l'analyse en sous groupe en fonction du stage ambulatoire.

Pour les internes n'ayant effectué aucun stage ambulatoire ou seulement un stage chez le praticien, le portfolio est essentiellement l'occasion d'un échange de pratique ou la mémoire du 3^e cycle.

Les réponses des internes ayant effectué un SASPAS sont proches de celles des 6^e semestres. A la notion d'échange de pratique (pour 50%) se rajoute celle de création d'outils qui serviront dans le futur (pour 50%), d'entraînement à la recherche documentaire (pour 56,3%), et une méthode d'acquisition des compétences (pour 50%). (Tableau 5)

Ces résultats sont concordants car les internes en SASPAS sont le plus souvent en 6^e semestre. C'est également un stage qui est propice pour débiter ses travaux de thèse. Dans ce cas, les internes se rendent compte que le travail de recherche documentaire effectué pour la rédaction du portfolio était un bon entraînement à celui de la thèse.

4.1.3.5 Evaluation du portfolio par les internes :

Les internes étaient ensuite invités à évaluer sur une échelle de 1 à 10 la qualité des commentaires des moniteurs de GEASP, à quel point ceux-ci les aident à progresser dans l'analyse de leur pratique, et enfin à quel point l'écriture des RSCA leur permet d'évoluer dans leur démarche médicale.

La figure 12 résume ces réponses.

Concernant la qualité des commentaires, et leur aide à progresser dans l'analyse des pratiques, les résultats sont superposables. Les médianes se situent respectivement à 6 et 5,5 et 50% des réponses se situent en 4 et 7.

L'apport des RSCA dans la démarche médicale reste moins bien noté que les moniteurs avec une médiane à 5 et 50% des réponses entre 3 et 7. (Figure 23)

Cependant, malgré des notations assez sévères reflétant les difficultés des internes, 75% d'entre eux ne souhaitent pas abandonner cette méthode d'enseignement, même si 66% voudraient tout de même l'améliorer. (Figure 13)

4.1.4 Cas particulier des internes de 6eme semestre validé n'ayant pas validé le DES :

Nous avons choisi le plus souvent de ne pas interpréter les résultats concernant les internes ayant validé tous leurs stages d'internat mais pas encore leur DES. Nous avons fait ce choix car les résultats obtenus étaient difficiles à interpréter. En effet, il s'agissait de résultats intermédiaires entre les résultats des 4^e 5^e et 6^e semestres. De plus, cette population comptait moins d'individus que les autres semestres ce qui est source de biais.

Nous suspectons cependant une origine à ces disparités. En effet, Cette catégorie d'interne regroupe par définition des internes en retard sur la validation de leur DES et donc sur la rédaction de leur portfolio. On peut donc imaginer que cette population sélectionne des individus plutôt réfractaires de principe ou en manque de motivation pour cet exercice. Ceci pourrait expliquer ces résultats mitigés mais cela demanderait une étude approfondie de cette population pour affirmer cette hypothèse.

4.2 Confrontation à la littérature

4.2.1 Etudes sur le tuteur, moniteur, ou enseignant :

Concernant l'interne et son tuteur, différentes études montrent des résultats comparables aux nôtres. Les enseignants semblent avoir une formation et des qualités pédagogiques très hétérogènes, même si certains, dans des proportions variables, reconnaissent en eux de véritables guides. La notion de manque de disponibilité est aussi systématiquement évoquée. (42-44)

Contrairement à la subdivision Océan Indien, la plupart des études se réfèrent à un tutorat individualisé. Or sur notre département, ce tutorat n'est pas mis en place. Il s'agit de monitorat sous forme de petits groupes. Ceci peut être source de biais.

Il est intéressant de souligner que les internes préfèrent des petits groupes à un tutorat individualisé. La crainte de supprimer les groupes de GEASP au profit de rencontres personnalisées est clairement exprimée dans notre étude. C'est ce que rapporte également une étude comparative de Cécile RENOUX et Tatiana BASILEU entre tutorat individuel et tutorat en groupe dans la région Centre.(38)

4.2.2 Etudes sur les GEASP :

Dans notre étude comme dans la littérature, les internes sont globalement satisfaits par l'organisation de l'enseignement sous forme de GEASP (17,38,42,44).

Cependant, une enquête de satisfaction réalisée en 2006 sur les GEASP, menée à Nice par Carole AUGIER au début de leur mise en place auprès des internes de première et deuxième année montre des résultats en partie discordants avec ceux que nous avons obtenu.

En effet, elle met en évidence une diminution de la satisfaction des étudiants de 2^e année par rapport à ceux de 1^{ère} année. Par contre elle observe une augmentation de la satisfaction des étudiants après réalisation du stage chez le praticien. Il faut néanmoins préciser que ces résultats ne sont pas statistiquement significatifs contrairement à ceux que nous avons obtenus.

Une étude plus récente de 2011 obtient des résultats similaires aux nôtres. Cette étude évalue les perceptions et représentations des internes de médecine générale à l'égard d'un outil pédagogique issu du paradigme d'apprentissage. Cet outil est en fait constitué par des entretiens collectifs monitorés comparables aux GEASP. Il y est démontré que « les étudiants de 1^{ère} année du 3^e cycle ont une vision très négative des entretiens collectifs monitorés. Ils ne repèrent aucun des objectifs fixés et ne perçoivent pas l'utilité de cet enseignement. Les étudiants de 2^e année du 3^e cycle sont plus nuancés. Certains sont capables de citer quelques objectifs fixés et les bénéfices attendus de la méthode. Ils pensent que cela peut servir à leur formation. Enfin, les étudiants de dernière année y adhèrent totalement et émettent peu de réserves. Ils citent comme intérêts principaux l'aide à l'acquisition de l'autonomie et la formation de l'esprit critique ». (39)

Ces résultats sont en accord avec ceux de notre étude et montrent une progression tout le long du cursus du bénéfice ressenti par les internes par rapport à l'enseignement ainsi qu'une diminution en parallèle des difficultés.

4.2.3 Etudes évaluant le portfolio dans son ensemble :

Un certain nombre d'études sur l'évaluation du portfolio ont été réalisés dans différentes villes de France. Ce sont des études essentiellement qualitatives avec parfois une part quantitative (4,5,30,40,45).

La comparaison avec l'étude d'Isabelle ACKER évaluant l'utilisation du portfolio par les internes de médecine générale d'Angers révèle de nombreuses similitudes mais aussi quelques différences notables. (4)

Concernant les éléments intervenants dans l'évolution de l'intérêt pour le portfolio au cours de l'internat, la rencontre avec le tuteur est effectivement le facteur le plus important pour les deux études. En revanche, le stage chez le praticien semblait être l'un des éléments le plus important dans l'étude du Dr ACKER alors qu'il est un facteur minoritaire d'évolution dans notre propre étude.

Les deux études concordent aussi sur le fait que l'écriture des RSCA devient plus aisée à mesure de l'avancée dans le cursus.

Les difficultés d'écriture des RSCA sont essentiellement représentées par le manque de temps qui apparaît à des taux comparables. Par contre la crainte de s'exposer est trois fois moins importante que dans notre étude. Ce facteur souvent évoqué dans les études qualitatives pourrait en fait être sous évalué.

Enfin, on retrouve des résultats similaires dans l'étude du Dr ACKER mais de manière non quantifiée, sur la notion de manque d'intérêt et d'investissement de la part des internes dans l'écriture des RSCA comme étant un facteur essentiel des difficultés de l'interne.

La littérature est donc assez riche en étude qualitative sur le sujet. On retrouve même quelques études qualitatives proposant un questionnaire et réalisant aussi une étude quantitative mais souvent partielle, l'analyse étant plutôt consacrée à la part qualitative. On retrouve très peu d'étude totalement quantitative sur le sujet.

4.3 Limites de l'étude

4.3.1 Confusion entre bénéfices ressentis et intérêts

La première limite de cette étude s'est révélée à posteriori lors de l'analyse des résultats. Nous nous sommes rendu compte d'une confusion au niveau de la terminologie. En effet, nous souhaitons évaluer les « bénéfices ressentis » et nous avons souvent évoqué « les intérêts » des internes vis à vis du portfolio. On peut effectivement avoir de l'intérêt pour quelque chose sans en retirer de bénéfice.

Cela dit, les deux aspects ont finalement été étudiés : Les intérêts et les difficultés ont été explorés sur la majeure partie du questionnaire. Le bénéfice étant étudié essentiellement sur la question 24 concernant les représentations du portfolio pour les internes.

On peut cependant conclure en disant qu'on ne peut pas tirer de bénéfice de ce qui ne présente pas d'intérêt. Ainsi, l'étude de l'intérêt est un préalable important à l'étude du bénéfice ressenti.

4.3.2 Construction du questionnaire

La construction de ce questionnaire aurait dû découler d'une étude qualitative par entretiens répétés ou focus groupes représentatifs de la population cible jusqu'à saturation des données. Ce travail a déjà été réalisé dans de nombreuses villes et nous trouvions plus intéressant d'effectuer un travail quantitatif.

Nous avons donc construit un questionnaire en s'appuyant sur les données de la littérature. Une partie du questionnaire construit par le Dr ACKER (4) a été utilisé comme base. Celui-ci ne prenait donc pas en compte initialement les particularités de la population des internes de la subdivision Océan Indien.

Nous y avons ajouté les items qui nous paraissaient pertinents et adaptés aux spécificités de notre situation et nous avons rajouté des questions sur des sujets en cours de développement comme l'intérêt d'outils d'autoévaluation.

Le questionnaire a ensuite été testé auprès d'un panel de sept internes (volontaires représentatifs de la population cible) sur un seul tour. La méthode Delphi qui fait référence sur la construction d'un questionnaire préconise deux tours sur un groupe d'au moins quinze participants.(46)

Les contraintes de temps nous ont amené à simplifier la démarche ce qui aurait pu entraîner des défauts et un manque de saturation du questionnaire.

Cependant, nous avons voulu compenser ce manque potentiel en proposant de justifier certaines réponses librement. Cette part qualitative de l'étude apporte des informations, mais on retrouve très peu de propositions qui auraient entraîné une modification du questionnaire. Ces espaces d'écriture libres ont essentiellement été utilisés comme un

exutoire dans lequel les internes déposaient leurs sentiments, leurs perceptions, vis à vis de la méthode du portfolio, bien que ce ne soit pas toujours en relation avec la question posée initialement.

4.3.3 Les différents biais

4.3.3.1 Biais de sélection

Le taux de réponse au questionnaire est correct (67%) mais on peut imaginer un biais de sélection. En effet, les étudiants ayant répondu au questionnaire sont probablement les étudiants les plus intéressés par cette méthode ou au contraire les plus réticents. Un meilleur taux de réponse aurait permis de diminuer ce biais et d'avoir des résultats plus représentatifs.

4.3.3.2 Biais d'analyse

Par rapport à l'analyse statistique, il faut remarquer que certaines variables étudiées de manière indépendante ne le sont pas dans les faits.

En effet, la pratique des stages ambulatoires chez le praticien, mais surtout en SASPAS, se fait en fin d'internat lors des tout derniers semestres. Les résultats des analyses en sous groupes en fonction de l'avancement dans le cursus et la pratique des stages ambulatoires sont convergents mais analysent en fait des sous populations superposables. On ne peut donc pas savoir lequel de ces facteur est le plus déterminent.

4.3.3.3 Biais de subjectivité

Celui-ci est inhérent à la question posée. Lorsque l'on étudie un bénéfice ressenti, il existe forcément une part de subjectivité. C'est particulièrement le cas dans notre étude car les internes sortent d'un système scolaire basé sur le paradigme d'enseignement. Ce système constitue pour eux la référence. C'est un système éprouvé et dans lequel ils sont à l'aise et performants même si on a montré en introduction qu'il n'était pas adapté à l'acquisition de compétences. Les internes sont donc naturellement réticents ou du moins ressentent des difficultés dans ce nouveau système. Ils ne sont donc pas forcément objectifs dans leur analyse et peuvent sous estimer les bénéfices réels de cette méthode.

4.3.4 Etendue du champ d'investigation

Cette étude avait pour objectif de couvrir un large champ d'investigation afin de fournir un état des lieux de la situation de l'enseignement en 3^e cycle des études médicales. Les bénéfices ressentis par les internes en médecine générale vis-à-vis de la rédaction du portfolio était pour nous l'objectif principal comme l'est l'évaluation de la morbi-mortalité pour un médicament. Cela n'empêche pas d'explorer les différents objectifs secondaires.

On peut reprocher à cette étude de vouloir couvrir un trop large champs d'investigation et d'avoir de nombreux objectifs secondaires. Cela laisse parfois plus de nouvelles questions que de réponses. Cela dit, cette étude avait pour vocation initiale de faire un état des lieux de l'enseignement de la subdivision Océan Indien et d'ouvrir sur d'autres sujets de thèse plus précis et complémentaires.

4.4 Forces de l'étude

4.4.1 La puissance

La force de notre étude réside dans sa puissance. Nous avons pu obtenir un nombre de réponse suffisant pour avoir des résultats statistiquement significatifs sur toutes les questions abordées. Ce n'était pas le cas de la seule étude quantitative similaire trouvée réalisée, par le Dr AUGIER sur l'évaluation de la méthode des GEASP à Nice (17).

4.4.2 L'originalité

Très peu d'études quantitatives interrogeant les internes sur leur ressenti vis-à-vis de la rédaction du portfolio dans son ensemble ont été retrouvées.

Des études qualitatives existent en assez grand nombre, et sont une base nécessaire à des études quantitatives. Un certain nombre d'entre elles proposent ensuite, en deuxième partie, un questionnaire issue de l'étude qualitative qui est diffusé et dont les résultats sont recueillis. Cependant, l'interprétation des résultats quantitatifs reste en général secondaire et l'essentiel de l'étude porte sur la partie qualitative.

Une seule étude quantitative a été retrouvée sur le sujet mais celle-ci visait une enquête de satisfaction évaluant la méthode des GEASP (17). Cela nous a tout de même permis de comparer certains résultats.

5 CONCLUSION

Cette étude rend compte des bénéfices ressentis par les internes de médecine générale de l'Océan Indien vis-à-vis de cette nouvelle méthode d'apprentissage par portfolio. Ces bénéfices ressentis ont d'ailleurs tendance à évoluer avec le temps et l'expérience des internes. De manière quasiment unanime, le principal bénéfice ressenti par les internes est surtout représenté par l'organisation de GEASP qui constitue l'occasion d'un échange de pratique avec des pairs. Cette notion présente majoritairement en 3^e et 4^e semestre, tend à laisser la place en 5^e semestre à des bénéfices plus concrets comme par exemple la création d'outils qui serviront dans le futur. Le portfolio commence à constituer pour eux la mémoire de leur 3^e cycle.

Ce n'est qu'en 6^e semestre que la notion de compétence apparaît de manière prépondérante. Presque 60% des internes considèrent le portfolio comme une méthode d'acquisition de compétence. L'échéance de la thèse approchant, c'est aussi perçu comme un bon entraînement à la recherche documentaire (pour 59%).

Ces bénéfices ne sont pas acquis sans difficultés. En début d'internat des difficultés d'écriture des RSCA sont ressenties par une large majorité des participants à l'étude (pour 84,9%). La moitié constate que cet exercice est plus facile à la fin du cursus qu'au début (pour 43%) alors que l'autre moitié continue à avoir des difficultés tout au long de l'internat (pour 41,9%).

Ces difficultés sont essentiellement dues au manque d'intérêt ou d'investissement de la part de l'interne (pour 61,6%). Les participants à l'étude les attribuent à une méthode de

travail rébarbative (pour 62,8%). Le manque de temps (pour 38,4%) et la crainte de s'exposer (pour 20,9%) sont aussi évoqués.

Cependant, on remarque que plus l'interne avance dans son cursus et pratique des stages ambulatoires, moins il ressent de difficultés dans la rédaction de son portfolio, et plus il tire de bénéfices liés cet apprentissage.

L'entraînement et l'organisation des GEASP sont les deux éléments essentiels intervenant dans l'évolution de l'intérêt des internes pour le portfolio. Les GEASP sont une aide dans l'élaboration du portfolio pour 81% des internes et les enseignants moniteurs de GEASP sont considérés comme des personnes ressources par 64% d'entre eux. Cependant, les commentaires très partagés sur les moniteurs font supposer que l'apport des GEASP est très « moniteur-dépendant ».

Le tutorat individuel est rejeté par la moitié des étudiants (pour 47,7%) qui sont attachés au travail d'échange en groupe. Ils redoutent une organisation plus contraignante avec des séances de tutorat trop fréquentes.

Un outil d'autoévaluation du portfolio étant en préparation, nous avons aussi voulu évaluer l'intérêt que ces outils d'aide pouvaient susciter auprès des étudiants.

Presque 80% d'entre eux souhaiteraient développer des outils d'autoévaluation même si 84% des étudiants utilisent déjà des plans types de portfolio (pour 72,1%), des exemples de script (pour 66,3%), ou encore des grilles d'autoévaluation (pour 21%).

Globalement, les internes semblent apprécier cette méthode d'apprentissage centrée sur le recueil de traces d'apprentissage. Seulement 25% souhaitent l'abandonner, mais 66% pensent qu'il faudrait encore l'améliorer.

Finalement, il ressort de cette étude que si la méthodologie est contraignante et demande du temps, de l'entraînement, et de la pratique ambulatoire pour être comprise, les internes ont conscience de son intérêt et des bénéfices qu'ils peuvent en tirer. Ils ont simplement besoin d'une aide, qu'elle soit humaine à travers les moniteurs ou les tuteurs, ou bien matérielle à travers le développement d'outils intelligents.

C'est une étude encourageante pour l'avenir de cette méthode d'apprentissage. Des efforts devront être fait pour qu'elle puisse perdurer et s'améliorer.

D'autres études plus ciblées devront suivre, celle-ci étant volontairement très généraliste. Une évaluation spécifique sur l'organisation des GEASP, sur la qualité des portfolios, ou encore sur l'évaluation de nouveaux outils d'autoévaluation, devrait encore être réalisée. Notre étude pourrait servir de base notamment pour comparer les résultats.

6 BIBLIOGRAPHIE

1. CAZARD S, RENARD V. Etat des lieux de la Médecine générale universitaire au premier janvier 2011 [Internet]. [Bordeaux]; 2014. Disponible sur: http://www.cnge.fr/media/docs/cnge_site/cnge/Etat_des_lieux_Medecine_generale_Universitaire_2011-2013.pdf
2. BAIL P, LE RESTE J-Y, BOITEUX F. Le portfolio, Expérience du département de médecine générale de la faculté de Brest. Rev Prat Médecine Générale. 2004;(646/647):445-8.
3. Département de médecine générale de l'Océan Indien. Organisation du DES médecine générale dans l'Océan Indien [Internet]. Disponible sur: <http://ufr-sante.univ-reunion.fr/formation/troisieme-cycle/filieres-de-linternat/des-medecine-generale/>
4. ACKER I, FOUCAT J, CAILLIEZ E, HUEZ J-F, JOLY-GUILLOU M-L, BOUZILLE G, et al. Evaluation de l'utilisation du portfolio par les internes en médecine générale d'Angers [Internet]. Thèse de Doctorat d'Université, Médecine. Angers; 2011. Disponible sur: <http://theseimg.fr/1/sites/default/files/Evaluation%20de%20l%27utilisation%20du%20portfolio%20par%20les%20internes%20en%20m%C3%A9decine%20g%C3%A9n%C3%A9rale%20d%27Angers.pdf>
5. GOUTORBE A-S. Elaboration d'un portfolio dans le cadre du diplôme d'études spécialisées de médecine générale à Lyon [Thèse d'exercice]. [Lyon, France]: Université Claude Bernard; 2014.

6. JOUQUAN J, BAIL P. A quoi s'engage-t-on en basculant du paradigme d'enseignement vers le paradigme d'apprentissage? *Pédagogie Médicale*. août 2003;4(3):163-75.
7. BERCHE P. Le savoir vagabond, histoire de l'enseignement de la médecine.
8. FLAMANT R. Rapport d'évaluation sur le 3ème cycle de médecine générale dans les universités françaises (1998) [Internet]. CNE; 1998 sept. Disponible sur: https://www.cne-evaluation.fr/WCNE_pdf/Medecine3ecycle.pdf
9. Arrêté du 22 septembre 2004 relatif à l'organisation, au déroulement et à la validation des stages des étudiants en troisième cycle des études médicales appelés internes ou résidents.
10. Décret n°2004-67 du 16 janvier 2004 relatif à l'organisation du troisième cycle des études médicales. 2004-67 janv 16, 2004.
11. LE MAUFF P, BAIL P, GARGOT F, GARNIER F, GUYOT H, HONNORAT C, et al. L'évaluation des compétences des internes de médecine générale. *Exercer*. 2005;73:63-9.
12. CIEP. Le portfolio ou portefeuille de compétences [Internet]. 2006. Disponible sur: <http://www.ciep.fr/ressources/portfolio-portefeuille-competences-decembre-2006>
13. Le portfolio de l'apprenant — Enseigner avec le numérique — Éduscol numérique [Internet]. 2008. Disponible sur: <http://eduscol.education.fr/numerique/dossier/archives/portfolionumerique/typologie-du-portfolio-en-education/le-portfolio-de-lapprenant>

14. Portfolio numérique — Enseigner avec le numérique — Éduscol numérique [Internet]. Disponible sur: http://eduscol.education.fr/numerique/dossier/archives/portfolionumerique/@@document_whole2
15. BAIL P, LE MAUFF P. Comment réussir une évaluation formative des compétences des internes en étant centré sur leurs processus cognitifs d'apprentissage? *Exercer*. 2008;83:104-10.
16. LE MAUFF P, BAIL P. Comment réussir une évaluation formative des compétences des internes en étant centré sur leurs processus cognitifs d'apprentissage? *Exercer*. 2008;82:77-81.
17. AUGIER C. Evaluation de la méthode du "groupe d'entraînement à l'analyse de situations professionnelles (GEASP) : enquête de satisfaction auprès des internes du diplôme d'études spécialisées de médecine générale de la faculté de médecine de Nice en 2006. Nice, France; 2006.
18. ENDE J. Feedback in clinical medical education. *JAMA*. 12 août 1983;250(6):777-81.
19. V.O'BRIEN H, B.MARKS M, CHARLIN B. Le feedback : un élément essentiel de l'intervention pédagogique en milieu clinique. *Pédagogie Médicale*. 2003;(4):184-91.
20. Loi n°89-486 du 10 juillet 1989 d'orientation sur l'éducation | Legifrance [Internet]. Disponible sur: <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=LEGITEXT000006069117&dateTexte=20090422>
21. Référentiel des compétences professionnelles du professeur des écoles stagiaire en fin de formation initiale. 1994; Disponible sur: <http://iufm-web.ujf-grenoble.fr/livrets/4/lps/25-44.pdf>

22. TARDIF. L'approche par compétence, un changement de paradigme. [Internet]. Université de Lyon; 2013. Disponible sur: https://www.canal-u.tv/video/universite_lyon_1icap/jacques_tardif_l_approche_par_competences_un_changement_de_paradigme.11574
23. LAMY M. Propos sur le GEASE. Expliciter. janv 2001;(43).
24. PERRENOUD P. Métier d'élève et sens du travail scolaire. 4e édition.2000 éd.
25. TARDIF J. Le transfert des apprentissages. Editions Logiques. Montréal; 1999.
26. Europe W. La définition européenne de la médecine générale-médecine de famille. Coord Rédactionnelle Trad En Fr Prof Pestaiux Cent Univ Médecine Générale UCL Brux Belg [Internet]. 2002; Disponible sur: [http://bookfel.org/download/fran%C3%A7ais\(2\)/m%C3%A9decine/D%C3%A9finition%20europ%C3%A9enne%20de%20la%20m%C3%A9decine%20g%C3%A9n%C3%A9rale.pdf](http://bookfel.org/download/fran%C3%A7ais(2)/m%C3%A9decine/D%C3%A9finition%20europ%C3%A9enne%20de%20la%20m%C3%A9decine%20g%C3%A9n%C3%A9rale.pdf)
27. ATTALI C, BAIL P, MAGNIER A, BEIS JN, GHASAROSSIAN C, GOMES J, et al. Compétences pour le DES de médecine générale. Rev Prat Med Gen. 2006;20(730/731):525.
28. Référentiel Métiers et Compétences, Médecins généralistes, sages-femmes et gynécologues-obstétriciens [Internet]. Paris: Berger-Levrault; 2011. Disponible sur: http://213.41.53.98/jcms/la-federation/veille/derniers-ouvrages-parus/referentiel-metiers-et-competences-jsa_42523
29. CHARTIER S, ADELIN-DUFLOT F, LE BRETON J, COMPAGNON L, BERCIER S, FERRAT E. La mise en œuvre d'un programme d'apprentissage dans une logique de compétence : aspects théoriques et retour d'expérience. Exercer. 2014;(111):33-9.

30. MALBRANQUE R, GOUEZE HL. Le portfolio: trois ans d'expérience au département de médecine générale de Lille. 2007.
31. LERUSTRE S, DURIEZ S, LEROUGE P, ANDREGNETTE P. Tutorat au cours du troisième cycle de médecine générale à la faculté de Lille. *Exercer*. 2008;82:82-6.
32. GIEZENDANNER FD. Enquêtes : Principaux biais dans la formulation des questions - CMS-SPIP [Internet]. 2012. Disponible sur: <http://icp.ge.ch/sem/cms-spip/spip.php?article1765>
33. LAFFLY D. Analyse bivariée de variables qualitatives : Le test du Chi² [Internet]. Disponible sur: http://web.univ-pau.fr/RECHERCHE/SET/LAFFLY/docs_laffly/analyse_bivariee.pdf
34. Cibois P. Les écarts à l'indépendance. *Techniques simples pour analyser des données d'enquête. Méthodes Quant Pour Sci Soc Sci Hum*. 2003;2003:102.
35. Cibois P. Complément sur le Khi deux [Internet]. 2009. Disponible sur: <http://cibois.pagesperso-orange.fr/KhideuxComplements.pdf>
36. Poinot D. R pour les statophobes [Internet]. 2005. Disponible sur: http://perso.univ-rennes1.fr/denis.poinot/Statistiques_%20pour_statophobes/R%20pour%20les%20statophobes.pdf
37. SCHAUB R. Etudes épidémiologiques et biais. [Internet]. 2013; Montpellier. Disponible sur: http://www.masterbs.univ-montp2.fr/images/ARC/R%20_SCHAUB_Etudes_epidemiologiques.pdf
38. RENOUX C, BASILEU T. Tutorat individuel et tutorat en groupe : représentations des internes de la région Centre. *Exercer* [Internet]. 2014;111(40-6). Disponible sur: <http://www.exercer.fr/numero/111/page/40/pdf/>

39. JAMI A, SAINT-LARY O, BERNARD E, SAUNIER DE ALMEIDA A, LEFRANC-MAURN 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*. févr 2012;13(1):27-37.
40. CHALONS B. Quels sont les difficultés et les bénéfices du RSCA perçus par les internes inscrits en DES de Médecine Générale à la faculté de Tours au cours du second semestre de l'année universitaire 2008-2009 ? [Internet]. [Tours]: FACULTE DE MEDECINE DE TOURS; 2011. Disponible sur: http://memoires.scd.univ-tours.fr/Medecine/Theses/2011_Medecine_ChalonsBruno.pdf
41. LE MAUFF P, GORONFLOT L, URION, SENANT. Outil d'aide pour l'évaluation des Récits de situation complexe et authentique. *Exercer*. 2006;748/749:1251-2; 1311-2.
42. PRALY-FOUCAULT C, DUTROP C-M. Analyse qualitative des attentes des internes en début de DES de médecine générale au sujet du tutorat [Internet]. 2012. Disponible sur: <http://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-00767739/>
43. LEGER E. Evaluation de la prise de fonction d'enseignant par les tuteurs de médecine générale à Angers. [Angers]: Faculté de médecine d'Angers; 2011.
44. GARNIER C. Evaluation du contenu des rencontres de tutorat et de la fonction enseignante des tuteurs par les internes de médecine générale d'Angers. [Internet]. 2014. Disponible sur: <http://dune.univ-angers.fr/fichiers/20096586/2014MCEM1725/fichier/1725F.pdf>
45. KINOUBANI S. Le portfolio au cours du DES de médecine générale à Bordeaux : historique et évaluation de son emploi de 2005 à 2012 [Internet]. 2013. Disponible sur: <http://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-00824863/document>

46. LETRILLIART L, VANMEERBEEK M. A la recherche du consensus : quelle méthode utiliser ? Exercer. déc 2011;99:170-7.

7 ANNEXES :

Annexe 1 : Questionnaire

Bénéfices ressentis par les IMG01 vis-à-vis de leur travail de rédaction du portfolio

Vous allez remplir un formulaire concernant la formation des internes de médecine générale de l'océan indien (durée estimée 5-10 min) . Les résultats seront recueillis, analysés, et discutés dans un travail de thèse et pourront servir à une amélioration de votre formation. Toutes les informations transmises par ce questionnaire sont totalement anonymes. En cas de problème ou de remarque concernant le questionnaire, vous pouvez me contacter à l'adresse suivante : these.portfolio@gmail.com

Et si on parlait un peu de vous...

1. Vous êtes : Un homme Une femme

2. Votre Age :

3. Vous êtes interne en : * Une seule réponse possible.

- 3eme semestre
- 4eme semestre
- 5eme semestre
- 6eme semestre
- 6 semestres validés, DES non validé

4. Avez-vous déjà effectué (ou êtes vous en train d'effectuer) un stage : Plusieurs réponses possibles.

- Chez le praticien
- En SASPAS
- Aucun des deux

5. Êtes-vous inscrits parallèlement à un DESC ? *

- Oui Non

6. Vous destinez vous à un exercice en médecine générale? (Une seule réponse possible)

- Oui Non (Passez directement à la question 8.)

7. A quel type d'exercice vous destinez-vous ? * (Une seule réponse possible)

- Libéral
- Salarié
- Hospitalier
- Ne sait pas

Concernant les GEASP (Groupes d'Entrainement à l'Analyse de Situations Professionnelles)

8. En moyenne, à combien de GEASP avez-vous assisté par semestre ?

- 0 1 2

9. Si vous avez participé à moins de 2 GEASP par semestre. Pourquoi ?

- Contraintes de temps *(Plusieurs réponses possibles)*
- contraintes géographiques
- Manque de motivation
- Autre :

10. Le nombre de GEASP organisé par la faculté vous paraît-il suffisant ? (2 par semestre)

- Oui Non

11. Les GEASP sont-ils une aide dans l'élaboration de votre portfolio ? (Partage des expériences, motivation,...)

- Oui Non

12. Considérez-vous votre enseignant moniteur de GEASP comme une personne ressource, avec qui vous pouvez échanger ? (Echange de mail, Envoi de RSCA, etc.)

- Oui Non

Pourquoi ?

13. Est ce qu'un tutorat individuel vous aiderait davantage dans la rédaction du portfolio?

- Oui Non

14. Souhaiteriez-vous qu'un tutorat individuel soit mis en place ?

Oui Non **Pourquoi ?**

15. Avez-vous déjà utilisé des supports pédagogiques distribués lors des enseignements et des GEASP? (Documents, plans types, grilles d'auto-évaluation, exemples de portfolio,...)

Oui Non

16. Si oui, quels types d'outils pédagogiques avez-vous utilisé pour la rédaction du portfolio? (Plusieurs réponses possibles)

- Plans types / Patrons de script
- Grilles d'auto-évaluations
- Exemples de portfolio ou de scripts
- Autre :

17. Pensez-vous que des outils d'auto-évaluation des RSCA vous seraient utiles ?

Oui Non

La formation, le portfolio, et vous...

La mise en place du portfolio en 3eme cycle de médecine générale, laisse une large place à l'auto-formation, aidée par des guides que sont les enseignants moniteurs de GEASP. Mais cette méthode d'enseignement inhabituelle peut être déstabilisante.

18. Considérez-vous avoir un rôle actif dans votre formation ?

Oui Non

19. Si oui trouvez-vous cela déstabilisant ? (En comparaison à un enseignement classique type cours magistraux)

Oui Non

Pourquoi?

20. Votre intérêt pour le portfolio a-t-il augmenté au cours de l'internat ?

Oui Non

21. Si oui, grâce à quel(s) évènement(s)? (Plusieurs réponses possibles)

- Stages hospitaliers
- Stage en SASPAS
- Modules d'enseignements
- Rencontre avec les enseignants / GEASP
- Plus on fait de script, plus on comprend son intérêt
- Discussions avec des co-internes
- Groupes d'échange de pratiques
- Stage praticien
- Début des remplacements en médecine générale
- Autre :

22. L'écriture des récits de situation clinique complexe authentique (RSCA) a-t-elle été facile pour vous ?

- Oui, dès le début de l'internat
- Difficile au début, mais plus facile à la fin de l'internat
- Non, jamais

23. Si vous avez eu des difficultés, pourquoi ? (Plusieurs réponses possibles)

- Travail rébarbatif
- Crainte de vous exposer
- Manque d'intérêt ou d'investissement de votre part Manque de temps
- Difficulté d'être objectif
- Autre :

24. Selon vous le portfolio peut être : (Plusieurs réponses possibles)

- Un moyen d'évaluer l'acquisition des compétences de l'interne
- Un bon entraînement à la recherche documentaire
- L'occasion de créer des outils qui vous serviront dans le futur (tableaux, recommandations, protocoles, banque de sites médicaux...)
- Une méthode d'acquisition de compétence
- La mémoire de votre troisième cycle
- L'occasion d'un échange de pratique avec des pairs (GEASP)
- Rien de tout cela
- Autre :

A vous de noter le portfolio!! 25. Sur une échelle de 1 à 10, comment notez-vous la qualité des commentaires de votre enseignant moniteur de GEASP sur vos RSCA ?

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

26. Sur une échelle de 1 à 10, à quel point les commentaires de l'enseignant moniteur de GEASP vous aident-ils à progresser dans l'analyse de vos pratiques ?

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

27. Sur une échelle de 1 à 10, à quel point l'écriture des RSCA vous permet-elle d'évoluer dans votre démarche médicale ? (Réflexion sur votre pratique, acquisition de compétences, recherche documentaire...)

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Enfin !

28. Pensez-vous que le portfolio est une méthode d'enseignement et d'évaluation : (Plusieurs réponses possibles)

- A conserver ?
- A améliorer ?
- A abandonner ?

29. Commentaire :

Résumé :

Introduction : Le portfolio est un recueil de traces d'apprentissages utilisé pour l'acquisition et l'évaluation des compétences des internes. La validation du DES de médecine générale à travers le portfolio tend à se généraliser à l'ensemble des facultés de médecine de France. Cette méthode d'enseignement n'est pas sans difficultés dans sa mise en œuvre et l'adhésion des étudiants. **Objectif :** Evaluer les bénéfices et les difficultés ressenties par les internes de médecine générale de l'Océan Indien vis-à-vis de la rédaction du portfolio. **Méthode :** étude quantitative observationnelle descriptive sur 129 internes de médecine générale de l'Océan Indien. **Résultats :** Les internes n'ont pas compris la fonction première du portfolio. Seulement 36% pensent que le portfolio est une méthode d'acquisition des compétences et 16,3% que c'est une méthode d'évaluation des compétences. C'est plutôt pour eux l'occasion d'un échange de pratique avec des pairs à travers les GEASP (47,7%). Ils en perçoivent cependant les bénéfices secondaires : l'entraînement à la recherche documentaire (39,5%), la création d'outils qui leur serviront dans le futur (36%). Certains le considèrent comme la mémoire de leur 3^e cycle (31,4%). Mais plus un interne avance dans son cursus médical ($p < 0,001$) et participe à des stages ambulatoires ($p < 0,001$), plus son intérêt pour le portfolio augmente, et plus il le considère comme une méthode d'acquisition des compétences (59% en 6^e semestre). Inversement, les difficultés de rédaction du portfolio diminuent à mesure de l'avancement dans le cursus ($p < 0,01$) et de la participation aux stages ambulatoires ($p < 0,02$). Les internes sont attachés aux GEASP qui constituent une aide à l'élaboration du portfolio pour 82%. Finalement 75% souhaitent conserver et/ou améliorer l'enseignement par portfolio. **Conclusion :** les bénéfices ressentis augmentent et les difficultés diminuent à mesure que les internes progressent dans le cursus médical, et qu'ils effectuent des stages ambulatoires.

Abstract : Profits felt by the residents in general practice of Indian Ocean towards the writing of the portfolio.

Introduction : the portfolio is a collection of learning traces, used for the acquisition and the evaluation of the resident's skills. This teaching method presents some difficulties in its implementation and the membership of the students is variable. **Objective :** estimate profits and difficulties felt by the residents in general practice of Indian Ocean towards the writing of the portfolio. **Method :** observational, descriptive, quantitative study of 129 residents in general practice in the Indian Ocean. **Results :** the residents don't understand the first function of the portfolio. Only 36% think that it's a method of skills acquisition and 16,3 % a method of skills evaluation. It's rather for them an opportunity of practice exchange with peers through the GEASP (47,7 %). However, they perceive the secondary profits : the training in documentary research (39,5 %), the tools creation which will be used in the future (36 %). Some consider it even as their 3rd cycle memory (31,4 %). But more a resident progresses in his medical program ($p < 0,001$) and participates in ambulatory internships ($p < 0,001$), more his interest in the portfolio increases and more he considers it as a method of skill's acquisition (59 % in 6th half-year). Conversely, the writing difficulties of portfolio decrease as he progress in the program ($p < 0,001$) and participates in the ambulatory internships ($p < 0,02$). The residents in general practice are attached to GEASP which constitute an help to the elaboration of the portfolio for 82 % of them. Finally, 75 % wish to keep and/or improve the teaching by portfolio. **Conclusion :** Benefits increase, and difficulties decline gradually as the residents progress in the medical curriculum, and they practice ambulatory internships.

Keywords : Evaluation, portfolio, education, skills, resident, general practice, primary care.

Discipline : Médecine Générale

Mots clefs : Evaluation, portfolio, enseignement, compétences, GEASP, internes, médecine générale, soins primaires.

UFR de référence : Université de La Réunion, UFR Santé, 1 allée des Aigues-Marines, 97487 Saint-Denis Cedex.