GROUPES D'ENTRAÎNEMENT À L'ANALYSE DE SITUATIONS PROFESSIONNELLES

Texte communiqué par l'auteur

Carole AUGIER

Médecin

NICE

2007

Table des Matières

Table des Matières ____ *1*

Introduction ____ *4*

Comment en est-on arrivé aux GEASP ? ____ *7*

I. Historique ____ **7**

I.1. Les groupes d'inspiration psychanalytique ____ 8

I.2. Les groupes d'analyse de procédures ____ 9

II. Distinctions entre l'analyse de pratiques et l'analyse de situations professionnelles ____ **15**

III. Le GEASP à la faculté de médecine de Nice ____ **16**

Méthode ____ *20*

I. Population de l'étude ____ **20**

II. L'enquête ____ **20**

II.1. Les objectifs ____ 20

II.1.1. L'objectif principal ____ 20

II.1.2. Les objectifs secondaires ____ 21

II.2. La méthode ____ 21

II.2.1. Réalisation du questionnaire ____ 21

II.2.2. Détails du questionnaire ____ 21

II.2.3. Administration et recueil des réponses ____ 22

II.2.4. Analyse des résultats ____ 23

III. La recherche bibliographique 23
III.1. Les sites internets 23
III.2. Les revues 24
III.3. Les ouvrages 25
III.4. Les personnes ressources 25

Résultats ***26***

I. Le test de faisabilité 26

II. L'enquête 26
II.1. Déroulement 26
II.2. Difficultés de compréhension 27
II.3. Résultats quantitatifs 27
II.3.1. Le taux de réponses 27
II.3.2. Caractéristiques des répondants 27
II.3.3. Satisfaction générale 31
II.3.4. Evaluation de la satisfaction détaillée : le questionnaire 34
II.4. Résultats qualitatifs : commentaires recueillis dans les questions ouvertes 57
II.4.1. L'attitude des conducteurs et des étudiants 57
II.4.2. Les attentes des étudiants 58
II.4.3. Les facteurs favorisant l'adhésion au GEASP 58
II.4.4. Le choix de la situation étudiée et des questions de recherches documentaires 58
II.4.5. Souhaits et suggestions des étudiants pour améliorer les GEASP 59
II.4.6. Autres méthodes d'apprentissage souhaitées 59
II.4.7. Problèmes organisationnels 59

Discussion ***61***

I. Discussion de la méthode 61
I.1. Le questionnaire 61
I.1.1. Elaboration d'un questionnaire adapté 61
I.1.2. Administration du questionnaire et recueil des données 62
I.1.3. Les défauts de rédaction du questionnaire 63
I.1.4. Problèmes et obstacles liés à l'informatisation du support 64
I.2. Le test de faisabilité 65

II. Discussion des résultats 65
II.1. Significativité 65
II.2. Présentation des résultats 66
II.3. Les résultats quantitatifs 66
II.3.1. Le taux de réponses 66
II.3.2. Les caractéristiques des répondants 67

II.3.3. La satisfaction générale par rapport au GEASP 70
II.3.4. La satisfaction détaillée par rapport au GEASP 73
II.4. Les résultats qualitatifs 82
II.4.1. Concernant le cadre méthodologique 82
II.4.2. Concernant le statut de l'animateur 84
II.4.3. Concernant la dynamique de groupe 85

III. Suggestions d'amélioration des GEASP et autres perspectives 89

IV. Comparaison a d'autres travaux 91

Conclusion 94

Annexes 96

I. Le questionnaire d'évaluation des GEASP 97

II. Courriel envoyé aux étudiants 101

III. Description méthodologique du GEASP 102

IV. Fiche étape de conduction du GEASP 106

V. Taches du conducteur à chaque étape d'un GEASP 107

VI. Critères de validation du GEASP 108

VII. Grilles de séance 109

VIII. Grilles de synthèse 111

IX. Quelques repères sur la recherche en pédagogie 113

Bibliographie 120

Serment d'Hippocrate 125

INTRODUCTION

Pendant de nombreuses années, la formation des étudiants en troisième cycle d'études médicales se résumait à une transmission de connaissances 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.

Un rapport du Conseil National d'Evaluation en 1998, « Le 3ème cycle de médecine générale dans les universités françaises » (1), l'insatisfaction des enseignants et des étudiants, ainsi que l'avancée de la recherche pédagogique, ont conduit à remettre en cause cette méthode d'enseignement jugée par tous inadaptée. Inadaptée tant par son organisation pédagogique (cours magistraux peu interactifs avec majorité des apprenants totalement désinvestis) que matérielle (après une longue journée de travail pour les praticiens et les étudiants).

L'opportunité d'un changement fondamental se présenta alors avec l'instauration de l'ECN (Examen Classant National) et de la mise en place du DES (Diplôme d'Etudes Spécialisées) de médecine générale.

Parallèlement, un des généralistes enseignants niçois, impliqué dans un cursus de pédagogie à la faculté des sciences humaines Bobigny, proposa à ses pairs de réorganiser l'enseignement de médecine générale du troisième cycle, en fonction des données de la recherche pédagogique valorisant les méthodes d'apprentissages.

C'est ainsi que les GEASP, Groupes d'Entraînement à l'Analyse de Situations Professionnelles, ont lieu à la faculté de médecine de Nice depuis novembre 2003.

C'est une méthode d'apprentissage centrée sur l'étudiant, essentiellement pratiquée dans la formation des personnels de l'Education Nationale. Pour les participants, il s'agit d'une part, d'une méthode d'auto-évaluation puisqu'ils se confrontent à leurs connaissances et à leurs compétences, et d'autre part, d'une méthode d'auto-formation grâce à laquelle ils définissent leurs propres objectifs d'apprentissage.

Le GEASP a d'abord été expérimenté, de novembre 2003 à avril 2004, auprès de vingt-neuf étudiants répartis en trois groupes, alors en stage de niveau 1 chez le praticien.

Lors de cette expérience initiale, les premiers « geaspeurs » (je nommerai geaspeurs les étudiants participant à des GEASP) ont été interrogés. Leur opinion a été recueillie lors d'une évaluation quantitative par un questionnaire d'évaluation papier distribué après quelques séances de GEASP, puis de façon qualitative par la méthode des « focus group » (cette méthode permet de recueillir l'opinion et le vécu des personnes par des entretiens semi directifs).

Dix-neuf des étudiants ayant participé à la première session de GEASP, participaient aux focus group en mars et avril 2004, après 9 séances de GEASP. Les focus group étaient animés par un modérateur, médecin de santé publique, et se déroulaient en présence d'un observateur, médecin généraliste enseignant. Tous deux étaient non impliqués dans le dispositif afin d'être les plus neutres possible.

L'objectif était d'appréhender l'avis des participants sur cette nouvelle méthode d'apprentissage, notamment l'expression de leur vécu, de leurs expériences et leurs commentaires sur le GEASP. L'analyse des interviews devait aussi permettre de faire émerger des propositions d'adaptation de la méthode afin de la rendre plus efficace et d'avoir le maximum d'adhésion de la part des geaspeurs.

Une seconde session de GEASP s'est déroulée avec un groupe d'une dizaine de résidents de médecine générale, alors en stage chez le praticien, lors du second semestre de l'année scolaire 2003-2004.

L'analyse concluante et positive de ces deux sessions expérimentales de GEASP a conduit l'équipe des médecins généralistes enseignants à adopter et adapter cette méthode d'apprentissage dans l'organisation du cursus du DES de médecine générale.
Depuis novembre 2004, c'est-à-dire l'année des premiers internes inscrits dans la filière universitaire de médecine générale, les cours du soir ont totalement été remplacés par les GEASP. Les séminaires ont été maintenus à raison de 3 ou 4 par année.

Les séances de GEASP ont lieu une fois par mois, de décembre à octobre, sauf en août. Chaque interne doit valider au moins 8 séances sur les 10 prévues dans l'année universitaire.

Dans ce nouveau contexte de GEASP, partie intégrante et obligatoire du DES de médecine générale, il paraissait nécessaire de continuer à mesurer quantitativement (par une

échelle de satisfaction) et qualitativement (par des questions ouvertes) l'opinion des étudiants afin d'évaluer régulièrement cette nouvelle méthode d'apprentissage.

Pour obtenir les résultats les plus valides possible, un nouveau questionnaire a été construit (annexe I) principalement à partir des items apportés par les étudiants lors des focus group.

Ce travail expose les résultats de cette première enquête et se propose de les confronter à des travaux similaires réalisés dans un contexte comparable, c'est-à-dire évaluant le point de vue des étudiants en formation participant à des groupes d'entraînement à l'analyse de situations professionnelles.

COMMENT EN EST-ON ARRIVE AUX GEASP ?

I. HISTORIQUE

L'analyse de pratiques est née de situations de formations professionnelles individuelles où un tuteur « expert » devait mettre en retrait son savoir, pour aider l'auteur de la pratique, « novice », à verbaliser son action afin qu'il accède au mieux à l'organisation et au sens de celle-ci.

Ceci s'oppose à « l'accompagnement par le conseil » habituel.

L'objectif est d'une part, d'informer le tuteur de la pratique de l'apprenant, mais surtout, d'informer l'apprenant sur son action pour la lui rendre intelligible et compréhensible (2).

Le concept « d'approche compréhensive » des pratiques s'est ensuite généralisé aux situations d'élucidation des pratiques en groupe.

Son principe s'applique aujourd'hui à des pratiques professionnelles au sens large ; pour exemple, les « G.E.A.S.E. » (Groupes d'Entraînement à l'Analyse de Situations Educatives) sont devenus des « Groupes d'Entraînement à l'Analyse de Situations Professionnelles : G.E.A.S.P. » (LAMY M., 1999).

Bien que ce concept puisse être appliqué à des fins diverses et variées (évaluation des compétences, démarche réflexive…), l'analyse de pratiques évoque aujourd'hui prioritairement un dispositif de formation en groupe, dont il existe de nombreuses variantes (cadre, durée de la séance, degré de volontariat et expérience préalable des participants, …). Les formateurs s'accordent à dire que l'amélioration des pratiques passe par une analyse réflexive de tous leurs déterminants et qu'elle est favorisée par le travail de groupe ; puisqu'il ne peut y avoir aucune influence sur les situations, la modification des pratiques ne peut se faire que par la modification de la réflexion des praticiens (3).

Je me propose d'exposer brièvement l'évolution des groupes de formations professionnelles.

I.1. Les groupes d'inspiration psychanalytique

En 1957, au Royaume-Uni, Michael Balint, psychanalyste d'origine hongroise émigré en 1939 en Angleterre, créait des groupes de parole. D'abord avec des travailleurs sociaux (dans le cadre du Family Discussion Bureau) puis, sous forme de groupes de recherche-formation, pour des médecins généralistes voulant apprendre à intégrer la dimension relationnelle dans la relation thérapeutique, notamment avec une réflexion sur leur implication dans celle-ci, sous le contrôle d'analystes, à la Tavistok clinic (4).

Les études médicales ont toujours été essentiellement orientées sur l'acquisition des connaissances scientifiques et n'assurent que partiellement un enseignement des aptitudes pratiques et encore moins des aptitudes relationnelles. Balint pensait que la relation médecin-malade était déterminante pour la guérison des patients et organisa donc les fameux "groupes Balint" où des omnipraticiens, conscients de cette interaction, se réunissaient pour des séances d'études de cas (case work) pendant lesquelles ils s'exprimaient librement, notamment sur la relation médecin-malade et le contre-transfert du médecin envers le patient (4).

Un peu plus tard (1973-75), en France, dans le milieu de l'éducation, se développe parallèlement trois méthodes d'analyse s'aidant de la psychanalyse :

-Jacques Levine (Docteur en psychologie et psychanalyste) démarre ce qui deviendra les « Groupes de Soutien au Soutien » (GSAS). A court terme, ils ont pour but de soutenir le praticien qui a lui-même la tâche de soutenir l'élève. A long terme, l'objectif est de rétablir chez le praticien l'équilibre entre moi émotionnel-moi professionnel d'une part, et lui permettre de prendre conscience de son mode de fonctionnement professionnel d'autre part. Un psychanalyste (ou une personne « connaissant suffisamment l'inconscient ») 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 (4) (5).

-André De Peretti (docteur en Lettres et Sciences Humaines, ancien directeur du département de Psychosociologie de l'Education à l'Institut National de Recherche Pédagogique) s'inspirant du travail de Balint, développe des « groupes d'approfondissement professionnel » (GAP). L'animateur, non nécessairement expert, intervient surtout pour faire respecter le cadre afin que les participants puissent, dans un premier temps rendre « explicite

et intelligible » les composantes du problème professionnel exposé, et à terme prendre pleinement conscience de « l'implicite » de ce dernier (5).

-Aussi, durant cette période, des "Groupes et séminaires Balint-enseignants" ont été mis en place, par exemple à l'I.U.F.M (Institut Universitaire de Formation des Maîtres) de Versailles, ou encore à Montpellier avec les Groupes de Recherche et d'Action Pédagogique des Inspecteurs de l'Education Nationale (qui à ce jour n'existent plus). Une situation d'enseignement difficile vécue par un des participants, est sélectionnée par le groupe qui va étudier le champ des affects en rapport, à des fins de formation et d'information sur les processus inconscients mis en jeu. Chacun des enseignants construira ses propres réponses et modèles, si besoin en s'aidant des pistes données par l'animateur. Celui-ci est souvent psychanalyste (sinon psychologue clinicien ou autre personne ayant acquis une bonne expérience du groupe Balint) (6).

Francis Imbert (maître de conférences à l'I.U.F.M de Créteil et psychanalyste) est aujourd'hui une référence de ses dispositifs à qui l'on doit de nombreux travaux et écrits sur le sujet.

Jusque-là, ces différents regroupements professionnels travaillaient sur les affects relationnels avec références psychanalytiques.

Nous allons le voir, dans les groupes d'analyse, qu'ils soient de situations ou de pratiques, les objets de l'analyse sont les procédures (7) (8) (9) (10).

I.2. Les groupes d'analyse de procédures

Dans les années 1985-86, l'université de Toulouse-Mirail a mis en place des groupes d'écoute et de parole entre pairs, s'inspirant des règles des groupes Balint, mais sans référent psychanalytique (9).

La loi d'orientation Jospin (loi n° 89-486 du 10 juillet 1989) préconise, à l'instar de l'élève acteur de ses apprentissages, l'enseignant acteur, voir auteur, de sa formation (11).

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 », qu'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 » (12).

Adaptant le travail de l'université de Toulouse-Mirail, le département des Sciences de l'Education de l'Université Paul Valéry de Montpellier et en particulier Claude Vincens (instituteur, psychologue scolaire chargé d'enseignement au département des Sciences de l'Education), Alain Lerouge (enseignant-chercheur, docteur en Sciences de l'Education et spécialiste de la didactique des mathématiques), Yveline Fumat et Jean-Bernard Paturet (professeurs en sciences de l'éducation), s'essayaient au « G.E.A.S.E : Groupe d'Entraînement à l'Analyse de Situations Educatives » et proposaient en 1994, lors d'universités d'été, ses principes fondateurs (4) (9).

Je m'attarde plus amplement sur le GEASE, dispositif père du GEASP, qui est l'objet de ce travail. Dans le troisième paragraphe consacré au GEASP tel que pratiqué à la faculté de médecine de Nice, j'exposerai les différences entre celui-ci et le GEASE originel.
Comme son nom l'indique, le GEASE a pour but l'analyse des situations.

Il dure de 1 heure 30 à 2 heures et se déroule le plus souvent en six phases (avec 5 phases de GEASE proprement dit) (5) (8) (9) (13) :

- **phase préparatoire : recherche d'une situation** à étudier parmi celles exposées par les participants. Il s'opère soit par vote des membres du groupe, soit par choix éclairé de l'animateur qui privilégiera la situation la plus intéressante sur le plan de la formation (l'avantage de cette deuxième alternative est que l'animateur peut éventuellement revenir en arrière si son choix n'était pas judicieux. Ceci est plus délicat à réaliser si la situation a été élue par les participants) (9). Un participant peut prendre la position d'observateur de la séance et analysera le fond et/ou la forme de l'analyse.

- **1ère phase : narration de l'exposant**, volontaire, d'une situation éducative qu'il a vécue et qui l'a interpellé. Il devient donc l'exposant ou narrateur dont l'objectif est de préciser l'action. Aucun autre participant ne peut alors intervenir, seul l'animateur peut éventuellement l'aider à s'exprimer.

- **2ème phase : le questionnement d'appropriation** : lorsque le narrateur a terminé sa description, le groupe le questionne pour éclaircir la situation. Les questions sont uniquement

à but informatif, elles ne doivent pas avoir pour finalité d'émettre des hypothèses, d'interpréter ou encore moins de juger. L'animateur doit y veiller. Il peut si besoin demander la « reformulation » des questions et/ou des réponses et provoquer une redondance permettant une meilleure appropriation. Il peut aussi guider les étudiants en les amenant à questionner sur des domaines contributifs (12).

- 3ème phase : la formulation des hypothèses par les participants pour interpréter la situation. Ils sont invités à élaborer des « hypothèses explicatives de compréhension » du cas, ainsi qu' « un inventaire des possibles », c'est-à-dire les variantes d'action qui pourraient être envisagées dans une situation similaire et enfin des « propositions en résonance » qui découlent des expériences vécues par les participants dans d'autres situations comparables. L'analyse est ici multiréférentielle, c'est-à-dire qu'elle s'articule autour de cinq champs : la personne, le groupe, l'institution, la didactique et la pédagogie. L'exposant est, à cet étape, complètement réduit au silence. L'animateur synthétise et évalue la pertinence des réflexions abouties.

- 4ème phase : reprise de la parole par le narrateur, qui en a alors l'exclusivité, pour qu'il puisse enfin exprimer ses réactions aux hypothèses interprétatives élaborées par ses collègues et les éventuels bénéfices personnels qu'il en a tiré. Lorsqu'il a terminé, la séance est close.

- la 5ème phase : la phase « méta » consiste en une analyse du fonctionnement de la séance de GEASE venant de s'achever, où tout le monde, conducteur compris, est invité à donner son opinion. Elle n'est pas constante, mais obligatoire lors d'une formation de futurs formateurs de GEASE.

Le statut de l'animateur :

En préambule, l'animateur définit le cadre relativement stricte dont il a en charge l'application (notamment le respect des 4 règles d'or (confidentialité, droit de non-réponse, bienveillance et liberté d'implication), de temps de paroles respectifs équitables, de la conformité des hypothèses), les différentes étapes, et la finalité de la méthode : amener le groupe en formation à réfléchir sur une situation vécue par un des membres en s'appuyant seulement sur ses propres ressources.

Il peut faussement paraître peu contributif au dispositif, en particulier du fait de sa non expertise : il ne doit pas apporter les connaissances et les compétences à la place des membres du groupe, ils sont là pour cela. Il ne doit pas conduire le groupe dans la direction qu'il souhaite mais l'aider à se diriger vers la destination que les membres veulent atteindre. Il doit

faire preuve d'humilité et « faire le deuil de la toute puissance et de la maîtrise» (Perrenoud) Pour arriver à tout cela il doit préalablement avoir analysé son parcours notamment en participant à des groupes de supervision et peut bénéficier de l'observation d'un co-animateur (5) (8) (9) (13).

Nous verrons plus tard la comparaison avec les GEASP niçois.

Dans les années 1990-1995, Jacques Nimier (ancien Directeur adjoint de l'I.U.F.M. de Reims et professeur honoraire de psychologie clinique à l'Université de Reims, entre autre…) et d'autres formateurs ont mis en place des "Groupes d'Analyse de Pratiques Professionnelles" (GAPP) (4). Dans ce modèle centré sur l'analyse, la « théorie fonde la « régulation » de la pratique » (Nimier). Le rôle de l'animateur est d'amener les futurs enseignants au savoir-analyser et à construire, eux-mêmes, par leurs propres moyens, leur formation et leurs outils d'enseignement. Le groupe permet à l'étudiant de comprendre par lui-même la difficulté dont il leur fait part, en l'incitant à s'exprimer de la façon la plus claire et exhaustive possible. Ceci lui sera bien plus profitable que des solutions-conseils impersonnelles de ses pairs. C'est aussi un espace de parole libre favorisant l'apprentissage de la communication et un lieu de pratique du jeu de rôle. L'adhérence au dispositif requiert de la part des étudiants une mise en danger lorsqu'ils doivent « déconstruire » leurs savoirs sans l'appui de certitudes ou d'un expert qui les rassurent (10).

D'autres I.U.F.M (Grenoble, Lyon, Montpellier, Rennes, Strasbourg…) ont parallèlement mis en œuvre, pour certains, des Séminaires d'Analyse de Pratiques (SAP), des Ateliers de Pratique Réflexive (APR), des Séminaires Cliniques d'Analyse des Pratiques Educatives (SCAPE), des Séminaires d'Analyse des Pratiques d'Enseignement et d'Apprentissage (SAPEA)…(4).

Patrick Robo (Chargé de mission à l'IUFM Montpellier et coordonnateur d'un groupe de recherche sur l'analyse des pratiques), en tant que formateur de formateur, anime des Groupes de Formation à l'Analyse de Pratiques Professionnelles (GFAPP) qu'il a initié en 1995, dans le cadre de l'Inspection Académique de l'Hérault. (4) (5). Ce concept s'inspire à la fois des dispositifs existants (GEASE, groupes Balint-enseignants, GAP et GSAS) et des apports de la Pédagogie Institutionnelle (14).

Depuis, les GAPP (Groupes d'Analyse de Pratiques Professionnelles) qui en découlent sont, à l'IUFM de Montpellier, inscrits dans les plans de formation des enseignants (débutants

ou non) (15). Ce sont des dispositifs souhaitant former au « savoir-analyser » et au « savoir faire analyser » les pratiques professionnelles, pour de futurs animateurs de GAPP (14).

Ces dispositifs de formation-action à et par l'analyse permettent de se former en agissant et non plus se former avant pour agir ensuite. Pour pouvoir comprendre sa pratique, il faut l'envisager avec un recul nécessaire. En effet, il ne nous est jamais offert, ou presque, d'avoir le temps et/ou l'occasion de pouvoir prendre des décisions tout en les analysant. Il y a une responsabilisation des personnes par rapport à leur formation et à leurs pratiques qu'ils exposent volontairement afin qu'elles soient décortiquées, remises en question,… Les apprenants n'attendent plus passivement la transmission des savoirs par leurs maîtres qui ne font plus part de leur expertise, mais accompagnent les volontaires dans leur démarche réflexive (16).

Ces dispositifs profitent simultanément au narrateur et aux participants qui, en l'aidant à analyser sa situation problématique et à rendre intelligible sa pratique, se forment à analyser cette situation mais également des situations comparables (vécues ou à venir) et à réfléchir sur leurs propres pratiques (7) (11).

Le GFAPP souhaite former des animateurs de GAPP compétents (pour P. Robo, la compétence est une « habileté acquise, grâce à l'assimilation de connaissances pertinentes et à l'expérience, et qui consiste à circonscrire et à résoudre des problèmes spécifiques » (17)) pour gérer un groupe, connaître, exposer et faire respecter le cadre, s'avoir écouter et se taire, vouloir aider l'Autre « à analyser sa pratique plutôt que de l'analyser pour lui » (Robo), s'avoir s'impliquer (sans être impliqué) en étant un « compagnon-réflexif », accepter l'incertitude et sa « non toute puissance » professionnelle, prendre du recul et du temps pour analyser avant d'agir, et enfin promouvoir l'adage « apprends lui à pêcher plutôt que de lui donner le poisson » (7).

A l'issue de toute analyse dans le cadre d'un GFAPP, il y a une « méta-analyse » de la séance (opinion sur la position de l'animateur, le fonctionnement du groupe,…), retranscrite par écrit puis diffusée aux participants (7) (14) (17).

Les GFAPP et les GAPP ont 3 principes (volontariat, confidentialité et assiduité) et se déroulent en 6 phases globalement superposables à celles du GEASE. Ceux ne sont pas « des groupes de résolution de problème, ni des groupes d'échange de pratiques, ni des groupes de conseils (donnés), encore moins des groupes de thérapie » (Robo) (14) (15).

En 1996, le travail sur le G.E.A.S.E a été poursuivi à l'Université Paul Valéry de Montpellier notamment par Richard Etienne (Maître de Conférences en sciences de

l'éducation, responsable du module de formation à l'Analyse de Pratiques Professionnelles du DESS de Conseil et formation en éducation se référant au GEASE).

Et en 1997 lors d'un séminaire sur l'analyse de pratiques à Balaruc (Hérault), les principes et fondements du dispositif, pensé de 1992 à 1994 par Yveline Fumat et J-B Paturet ont été réaffirmés tout en ouvrant une évolution des règles vers davantage d'interactions au niveau du groupe et en précisant la position de l'animateur (9).

Maurice Lamy, membre du GREX (Groupe de Recherche sur l'Explicitation) alors responsable des formations de formateurs à l'IUFM de Poitiers, s'est formé au début des années 1990 à cette technique d'analyse de pratiques. Il a ensuite diversifié ses approches et ses références et a travaillé avec d'autres formateurs.

Depuis 1999, il est chargé de mission à l'Académie de Poitiers, professeur et formateur. Il assure 7 à 8 GEASE par mois et ceux avec toutes sortes de public, qui ont, de ce fait, été rebaptisés GEASP c'est-à-dire Groupe d'Entraînement à l'Analyse de Situations Professionnelles (9).

L'analyse de situations et de pratiques professionnelles telle que réalisée ces derniers temps (en petits groupes, de façon assidue) est une « démarche de formation professionnalisante » (Marguerite Altet).

Cette position « réflexive » vis-à-vis de situations professionnelles ressenties comme difficiles, permet, dans un premier temps, l'élaboration d'hypothèses de compréhension et d'action à propos de celles-ci puis, à terme, le développement de compétences et l'amélioration des pratiques (5).

Ses vertus bénéfiques, bien que jamais prouvées, se confirment très souvent pour la plupart de ceux qui ont été amenés à la réaliser (2).

C'est pourquoi elle connaît un véritable essor depuis une quinzaine d'années et se pratique dans de nombreux milieux professionnels, notamment des équipes soignantes (infirmières en particulier) et équipes éducatives ainsi que lors de formations de formateurs ou de travailleurs sociaux. A la faculté de médecine de Nice, il participe à la formation de tout nouvel interne de médecine générale et ce, depuis novembre 2004.

II. DISTINCTIONS ENTRE L'ANALYSE DE PRATIQUES ET L'ANALYSE DE SITUATIONS PROFESSIONNELLES

Dans l'analyse de pratiques professionnelles (GAPP, APR…), l'analyse est centrée sur la pratique c'est-à-dire l'action qui a été réalisée. C'est une réflexion à posteriori dont l'objectif est d'évaluer la pertinence d'une pratique problématique afin de la valider ou de la modifier pour l'améliorer.

Aujourd'hui, dans le milieu de l'Education Nationale, l'Analyse de Pratiques Professionnelles (APP) est, d'après les textes officiels (Circulaire n°2001-150 du 27-7-2001 - Bulletin officiel de l'Éducation nationale) une « démarche à privilégier », (…) faisant « appel à de fortes compétences et ne devant pas être confondue avec de simples échanges de pratiques » (18).

Cette attitude évaluatrice connaît certains écueils :

- Tout d'abord, pour pouvoir analyser une pratique, il faut maîtriser un minimum l'analyse de situation. En effet, si les éléments de la situation sont mal appréhendés, la pratique ne sera pas correctement compréhensible (13).
- Ensuite, il faut nécessairement disposer d'un référentiel validé de la pratique étudiée.
- Enfin, il y a un biais important faussant l'analyse par des pairs, ils réfléchissent « à froid », dans un contexte minorant les difficultés effectives rencontrées sur le terrain de l'action (19).

Dans l'analyse de situations professionnelles, l'analyse est centrée sur la situation. Dans celle envisagée par Jean-Pierre Obin (Inspecteur Général de l'Education Nationale), le récit du cas est fictivement inachevé, pour que la pratique réalisée ne soit pas initialement évoquée, comme si toutes les possibilités de pratiques étaient encore envisageables. Le cas n'est qu'un support permettant, d'une part de se projeter dans une situation afin de pouvoir en appréhender sa complexité et ses différents éléments constitutifs, et d'autre part, de faire émerger des connaissances (acquises ou à acquérir) nécessaires pour réaliser une action pertinente (19).

Les groupes d'analyse de situations, tels que les GEASE, les GEASP,… emmènent celui qui y participe à une réflexion à priori. C'est-à-dire qu'à partir d'une situation, les participants réfléchissent et construisent leurs propres références, qu'ils jugent adéquates, pour faire face à une situation future similaire.

La justification de l'analyse de situations par rapport à l'analyse de pratiques :

- avant d'agir il faut comprendre et pour comprendre il faut savoir analyser efficacement les différentes composantes d'une situation ;
- une fois la complexité d'une situation assimilée, il faut avoir les connaissances requises pour résoudre le problème posé.
- enfin, elle ne souffre pas des écueils de l'analyse de pratiques professionnelles (même si à terme l'analyse de situation amène à l'analyse de pratique) (19) (13).

III. LE GEASP A LA FACULTE DE MEDECINE DE NICE

D'après la description de la méthode par le CAGE (Collège Azuréen des Généralistes Enseignants) (20) (annexes III à VI).

Ambitions :

- Améliorer la formation des futurs médecins généralistes niçois, donc la prise en charge de leurs patients, grâce à l'acquisition d'une démarche réflexive, leur permettant d'identifier d'une part, les compétences à mettre en œuvre pour la gestion de situations qu'ils sont ou seront amenés à rencontrer et, d'autre part, leurs propres objectifs d'apprentissage en fonction des besoins ressentis.
- Initier les internes de médecine générale à l'analyse de pratique.

La méthode :

Une situation professionnelle vécue par un des internes présents est analysée par le groupe, en terme de contexte et de choix dans la prise en charge, selon un cheminement précis. Les étudiants s'entraînent au questionnement tout en s'auto-évaluant. Ils réalisent leurs faiblesses voir leurs lacunes par rapport à ce type de situation et se proposent d'y remédier par des travaux de recherches documentaires ciblés.

Trois règles sont primordiales : la confidentialité, la bienveillance et la participation.
La confidentialité, pour ne pas manquer au secret professionnel, mais aussi pour ne pas risquer d'inhiber l'étudiant qui s'expose avec une crainte de colportage de son récit.

La bienveillance, car le jugement de valeur n'a aucune place dans le GEASP. Le travail se fait sur la situation rencontrée par l'exposant et non sur l'individu lui-même. La personne narratrice assume ses actes sans avoir à se sentir coupable, elle n'est pas là pour être jugée.

Enfin, la participation des geaspeurs est primordiale pour que la séance « décolle », pour reprendre la métaphore faite par Maurice Lamy à propos de ces expériences d'animateur de GEASP. Si la motivation manque, l'analyse ne sera pas productive.

Dans le GEASE, tel qu'il est pratiqué par les fondateurs du dispositif, les « règles d'or » sont au nombre de 4 : la confidentialité et la bienveillance bien sûr, mais aussi le droit de non réponse si le narrateur ressent une question comme déplacée ainsi que, comme dans les GAPP, la liberté d'implication dans l'analyse du groupe (7) (8) (9).

On considère que le GEASP se déroule en 6 phases et dure de 2 heures 30 à 3 heures.

- **1ère étape : initialisation et choix d'une situation** : 5 à 10 minutes.

Chaque étudiant expose rapidement (2 minutes) la situation qu'il a été amené à gérer et qu'il souhaiterait analyser. Le choix revient à l'animateur qui tiendra compte des éventuels désirs et besoins du groupe mais surtout de critères objectifs de sélection, tels que les critères FGP (Fréquence Gravité Problème) ou PUIGER (Prévalence Urgence Intervention Gravité Exemplarité pédagogique Répercussion). Il explicite son choix.

Afin que le conducteur puisse considérer posément les situations vécues, avant la séance, et que les étudiants aient un minimum structuré leur réflexion, il leur est demandé de remplir une « grille d'exposé de la situation » (annexe VII) et de l'envoyer par courriel à l'animateur, au moins une semaine avant chaque séance. Il n'intervient qu'en fin de séance, en donnant son avis sur le déroulement de celle-ci (qualité du travail réalisé, fonctionnement du groupe…) et peut éventuellement faire des propositions pour améliorer la conduction de son collègue.

Un étudiant est secrétaire séance. Il est chargé de prendre des notes pour établir un compte rendu de l'analyse et ensuite le diffuser par courriel à ses pairs.

- **2ème étape : phase d'exposition de la situation :** 10 à 15 minutes

Les participants sont invités à écouter le narrateur développer sa situation et à remplir leur « grille d'analyse de situation » (annexe VII) avec les éléments rapportés. L'exposant s'affaire à être le plus exhaustif possible, en particulier lorsqu'il s'agit de relater les données

biologiques, psychologiques et sociologiques de la situation et d'argumenter les différentes actions entreprises selon l'Evidence Based Medecine (l'EBM est une pratique de la médecine qui prend en compte les données scientifiques, en particulier celles qui sont validées, la sémiologie mais aussi le patient, c'est-à-dire ses souhaits, ses possibilités (niveau socioprofessionnel, handicap moteur…) et son environnement (aidants, …)). Si besoin l'animateur peut l'aider à expliciter son exposé.

- **3ème étape: phase de questionnement par le groupe** : 20 à 30 minutes

Comme dans le GEASE, les questions sont toujours uniquement informatives et concernent les procédures et non l'acteur lui-même. Elles ont pour objectif de faire préciser par l'exposant les points qu'il a insuffisamment renseignés, voir non abordés, et qui paraissent utiles aux participants pour appréhender la situation. L'animateur peut être amené à en faire reformuler et il doit s'assurer que le narrateur y répond.

- **4ème étape : phase de formulation des propositions :** 30 à 40 minutes.

Le narrateur ne peut intervenir durant cette étape. Il peut éventuellement prendre des notes.

Les participants sont invités à énoncer, tout d'abord, ce qu'ils comprennent de la situation et des raisons qui ont amené l'auteur à agir ainsi par des « propositions explicatives » de la situation analysée. Puis ils élaborent des « propositions alternatives » de ce qu'ils pourraient réaliser (« propositions d'actions »), ainsi que ce qu'ils ont été amenés à réaliser (« propositions en résonance ») dans des situations comparables. L'animateur est attentif à des propositions intéressantes à développer.

- **5ème étape : phase de synthèse et de formulation d'objectifs d'apprentissage et de recherche :** 10 minutes.

Le groupe fait une synthèse des connaissances nécessaires et des compétences à mobiliser pour la gestion efficace d'une telle situation.

Le narrateur s'exprime sur les propositions faites par ses pairs et énonce ce qu'il se propose d'effectuer pour se perfectionner dans la gestion de ce type de situation.

Tour à tour, chaque participant expose ses propres objectifs d'apprentissage et/ou de recherche documentaire à réaliser pour la séance prochaine.

Le secrétaire les note sur le compte-rendu de la séance, qu'il diffusera ensuite par courriel aux autres étudiants.

L'animateur, si besoin, aide le groupe à réaliser cette étape.

-6ème étape : synthèse des objectifs d'apprentissage

Elle se déroule lors de la séance suivante.

Chacun rend brièvement compte du résultat de son action d'apprentissage (ce qu'il a effectivement réalisé et ce qu'il pense être profitable pour la pratique de la médecine générale) et/ou de sa recherche documentaire. Les grilles dédiées (annexes VIII) à cette dernière étape doivent être remplies et communiquées par courriel aux autres membres du groupe (dont le conducteur) au moins une semaine avant celle-ci.

Le déroulement d'une séance de GEASP, ses étapes successives et leur contenu ainsi que le statut de son conducteur, sont globalement comparables à ceux d'une séance de GEASE, seules quelques petites variantes d'adaptation en fonction de la formation recherchée sont présentes ; par exemple, les internes de médecine générale niçois doivent utiliser des grilles de travail avant, pendant et après chaque séance.

Le statut de l'animateur est globalement comparable. On peut noter que lors de la phase de questionnement, il veille à ce que l'auteur réponde correctement à la question posée, c'est-à-dire qu'il explicite suffisamment sa réponse et qu'elle réponde effectivement à la question posée (dans le GEASE, le narrateur a la liberté de ne pas répondre, ce n'est pas le cas dans le GEASP). Ici, ceux sont les participants qui synthétisent les points importants évoqués lors de la séance.

METHODE

Notre travail a consisté à recueillir, fin 2006, l'avis des internes de médecine générale ayant participé de façon régulière et obligatoire, depuis au moins une année, à des séances de GEASP à la faculté de médecine de Nice.

I. POPULATION DE L'ETUDE

Nous avons considéré les internes de médecine générale en première et deuxième années de DES ainsi que les résidents de médecine générale de seconde année, pour l'année scolaire 2005-2006. Afin d'améliorer la faisabilité et la compréhension de l'étude, j'ai inclus les résidents de médecine générale dans le groupe intitulé « DES 2 » (leur participation aux GEASP, est strictement identique). Ils étaient respectivement au nombre de 27 (19 femmes et 8 hommes) en DES 1 et 34 (19 femmes et 15 hommes) en DES 2, soit un total de 61 étudiants.

Ceux-ci avaient, en principe, assisté à 10 séances de GEASP par an. La liste des étudiants avec leurs coordonnées a été recueillie sur le site du Collège Azuréen des Médecins Généralistes Enseignants (CAGE).

II. L'ENQUETE

II.1. Les objectifs

II.1.1. L'objectif principal

- Obtenir et analyser l'opinion des étudiants en médecine générale niçois sur une nouvelle méthode d'apprentissage qui leur est proposée dans le cadre de leur formation en 3ème cycle.

II.1.2. Les objectifs secondaires

- Colliger les commentaires et les doléances des étudiants avec des questions ouvertes ;
- Comparer les résultats de cette étude avec d'autres travaux similaires.

II.2. La méthode

II.2.1. Réalisation du questionnaire

Les départements d'enseignement et de recherche de médecine générale et de santé publique du CHU niçois ont collaboré, par l'intermédiaire respectivement des docteurs Pia Touboul et Isabelle Vanoni, pour mettre en place un dispositif d'évaluation des programmes et des méthodes pédagogiques du DES de médecine générale. L'évaluation qualitative et quantitative de la méthode du GEASP est un des domaines explorés dans le cadre de travaux à caractère pédagogique.

Une première étape a consisté, en 2004, en une étude qualitative d'entretiens semi-structurés de groupes d'étudiants. Le questionnaire de notre étude a été élaboré essentiellement d'après les données recueillies lors de ces entretiens et pour une part moindre par un questionnaire antérieur quantitatif.

Il a ensuite était structuré et rédigé selon le travail de Mme D. BRUN de l'UFR de Bobigny : « Le recueil d'informations : méthodes de questionnaire, d'entretiens et d'observations. » publié en 1999.

Le test de faisabilité a débuté le 10/09/06 pour une durée de 10 jours.

Pour le réaliser, j'ai fait appel aux geaspeurs expérimentaux de l'été 2004 et leur ai envoyé un courriel d'annonce. Celui-ci leur expliquait le but de mon travail, sollicitait leur participation au test de faisabilité et soulignait l'intérêt de leur(s) éventuelles remarque(s) sur le fond du questionnaire (difficultés dans la compréhension du texte), ainsi que sur la forme (travail en ligne, temps de réalisation). Enfin, j'ai intégré le lien sur lequel il suffisait de cliquer pour aboutir au questionnaire (http://carole.augier.free.fr/GEASP/).

II.2.2. Détails du questionnaire

On peut considérer qu'il est composé de cinq parties :

- La première partie est destinée à mieux connaître les caractéristiques des répondants : le sexe, l'année d'étude, la faculté d'origine, les projets professionnels…

- La seconde partie est dédiée à l'évaluation proprement dite de la méthode. Il y a quatre rubriques traitant de points d'abord généraux, puis de plus en plus spécifiques. Les geaspeurs avaient à y exprimer leur degré d'accord pour chaque proposition, avec une possibilité d'absence d'opinion (« tout à fait d'accord », « plutôt d'accord », « sans opinion », « pas tout à fait d'accord » et « pas du tout d'accord »). A la fin de chaque rubrique, un espace a été laissé pour d'éventuelles propositions, commentaires ou réactions des étudiants sondés.

- La troisième partie recueille la satisfaction globale des étudiants avec la question « considérant le rapport efficacité pour votre apprentissage / contraintes de la méthode (acquisition d'une méthodologie, charge de travail, outils….) les GEASP sont : « pas du tout satisfaisant », « pas vraiment satisfaisant », « plutôt satisfaisant », « tout à fait satisfaisant ».

- La quatrième partie consiste en un espace ouvert pour tout commentaire ou suggestion

- Enfin, la dernière partie, permet de signaler d'éventuelles difficultés de compréhension du questionnaire

II.2.3. Administration et recueil des réponses

Un site web a été créé pour accueillir le questionnaire. Ce dernier a été transposé en fichier HTML (Hypertext Markup Language) pour être accessible en ligne, puis en fichier PHP (Hypertext Preprocessor) pour que les étudiants puissent y répondre directement. Le fichier PHP a été installé sur le serveur hébergeant le site web et un compte administrateur PHP dédié au recueil des réponses a été créé via l'hébergeur du site. Chaque réponse validée était automatiquement transférée sur le compte administrateur où je pouvais les consulter, au fur et à mesure qu'elles arrivaient.

Le 24/09/06 j'ai envoyé un autre courriel (annexe II) aux étudiants que je désirais interroger. Celui-ci relatait le but de mon travail, la marche à suivre pour y contribuer, le temps moyen que cela leur demanderait, le temps imparti pour répondre (15 jours) ainsi que le lien conduisant au questionnaire. J'ai également demandé aux étudiants de me renvoyer ce message afin que, tout en respectant l'anonymat des réponses, je puisse comptabiliser celles-ci et si besoin relancer les non-répondants. Je nomme cette confirmation « l'accusé de réponse » dans l'étude.

J'ai renvoyé le courriel ainsi que téléphoné à tous les étudiants pour lesquels je n'avais pas reçu « l'accusé de réponse ».

J'ai répété cette opération de rappel jusqu'à ce que je n'espère plus de réponse supplémentaire.

II.2.4. Analyse des résultats

Une fois le recueil des données terminé, j'ai effectué le transfert des réponses, du site d'administration PHP sur fichier Excel, pour une utilisation plus aisée. J'ai ensuite vérifié que toutes les réponses étaient exploitables, par exemple j'ai pu éliminer une même réponse en plusieurs exemplaires et une réponse incomplète.

Les résultats quantitatifs ont été transformés en pourcentages et étudiés en fonction des différentes caractéristiques des répondants, notamment l'année d'étude, le sexe et la réalisation du stage chez le praticien.

Les résultats qualitatifs, c'est-à-dire les commentaires des étudiants, ont bénéficié d'une lecture individuelle, en prenant en compte les résultats quantitatifs correspondant pour vérifier leur concordance. J'ai réécrit et synthétisé toutes les idées qui furent exprimées.

Un statisticien du département d'informatique médicale du CHUN (Centre Hospitalier Universitaire de Nice) a participé à l'analyse des résultats quantitatifs, en particulier pour l'appréciation de la significativité.

III. LA RECHERCHE BIBLIOGRAPHIQUE

Pour ma recherche bibliographique, j'ai consulté des sites internets spécialisés dans la pédagogie et des sites médicaux, des revues, lu des ouvrages et ai contacté des personnes ressources.

III.1. Les sites internets

http://www.expliciter.net: site hébergeant « EXPLICITER », le journal de l'association GREX ((Groupe de Recherche sur l'Explicitation), l'entretien d'explicitation étant un ensemble de techniques mise en œuvre pour aider à la verbalisation de la manière exacte dont a été réalisé une action).

http://www.es-conseil.fr/GREX/index.html : site de l'association GREX.

http://gfapp.org : site visant une co-formation à distance d'animateurs de Groupes de Formation à l'Analyse de Pratiques Professionnelles.

http://probo.free.fr/ecrits_app: site personnel de P Robo, chargé de mission à l'IUFM de Montpellier et coordonnateur d'un groupe de recherche sur l'analyse des pratiques.

http://perso.orange.fr/jacques.nimier : ancien Directeur adjoint de l'I.U.F.M. de Reims et professeur honoraire de psychologie clinique à l'Université de Reims.

http://www.nice.cnge.fr: site du Collège de Médecine Générale de Nice (hébergé par le site du Collège National des Généralistes Enseignants), où j'ai pu recueillir les coordonnées des étudiants ainsi que des documents en rapport avec les GEASP.

http://www.sfmg.org: site de la Société Française de Médecine Générale.

http://www.insee.fr

http://www.web.ordre.medecin.fr

http://www.snjmg.org: syndicat national des jeunes médecins généralistes.

http://www.esen.education.fr

III.2. Les revues

La Revue du Praticien/médecine générale.
Pédagogie Médicale.
Les cahiers pédagogiques.
La Revue des sciences de l'éducation (Montréal).
Vie Pédagogique du Ministère de l'Education du Québec.
Pédagogie Collégiale.

III.3. Les ouvrages

« Apprendre à devenir médecin. Bilan d'un changement pédagogique centré sur l'étudiant » de Des Marchais J.E et collaborateurs.

« Analyser des situations éducatives » de Fumat Y., Vincent C., Etienne R.

III.4. Les personnes ressources

J'ai contacté Maurice Lamy dés le 01/12/06 par courriel et par téléphone.

Je lui ai exposé ma situation et demandé s'il avait des indications bibliographiques supplémentaires et/ou connaissance de travaux comparables au mien.

Il m'a donné des références supplémentaires, mais aussi fourni les coordonnées de Jacqueline Schwartz, que Mr Lamy a formé au GEASE, qui m'a fait parvenir le 11/12/06 le bilan du dispositif de 2005 2006 de l'IUFM de l'Académie d'Alsace auquel je ferai référence par la suite.

RESULTATS

Dans cette partie de présentation des résultats, le présent de l'indicatif est employé pour les faits d'actualité lors de l'étude ; le passé pour les faits antérieurs à l'étude.

J'utiliserai les abréviations suivantes : H pour hommes, F pour femmes, DES 1 et 2 pour respectivement les étudiants en première et seconde année de troisième cycle de médecine générale, EF pour les étudiants ayant validé leur stage ambulatoire, NE pour ceux ne l'ayant pas validé et EC pour ceux étant en cours de stage au moment de l'enquête.
Je serai amenée, parallèlement à la représentation graphique, notamment pour les questions de satisfaction, à écrire les résultats en regroupant les étudiants en deux groupes : les d'accord et les pas d'accord ainsi que ceux me semblant importants à remarquer.

I. LE TEST DE FAISABILITE

J'ai obtenu 7 réponses d'anciens geaspeurs. Ils ont déclaré avoir mis en moyenne 10 minutes pour répondre au questionnaire et n'ont émis aucune remarque ni sur le fond ni sur la forme de celui-ci.

II. L'ENQUETE

II.1. Déroulement

Le 24/09/2006, j'ai contacté 61 internes de médecine générale, parmi eux il y avait : 38 (62.3%) femmes et 23 (37.7%) hommes. 27 étaient en DES 1, et 34 considérés en DES 2.

Le 03/10/2006, date de la fin du délai imparti, j'avais seulement 18 réponses sur les 61 attendues dont 15 avec confirmation de réponse.

Le dernier étudiant a répondu le 18/11/06. A cette date, je comptabilisais 53 réponses.

Parmi celles-ci, il y avait par deux fois des réponses doubles et une réponse était trop incomplète pour être exploitée. Je considèrerai donc 50 répondants, cet effectif correspondant à 100% de la population étudiée.

J'ai reçu 31 accusés de réponse, dont certains avec des messages d'encouragements et/ou de félicitation pour la réalisation d'une évaluation considérée comme nécessaire.

II.2. Difficultés de compréhension

Quatre étudiants ont répondu positivement.

La question 18 : « concernant la prise en charge des patients, les GEASP m'ont aidé(e) à formaliser des stratégies de prises en charge en fonction des références » a posé problème pour 3 d'entre eux et la question interrogeant le « nombre de séances de GEASP suivies » a déstabilisée le quatrième étudiant.

II.3. Résultats quantitatifs

II.3.1. Le taux de réponses

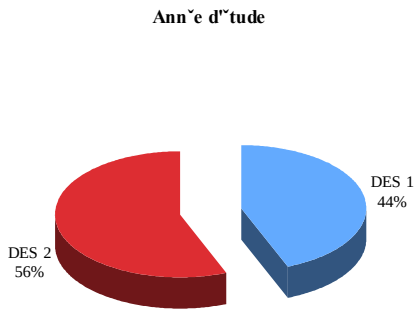
Globalement il est de 82%.

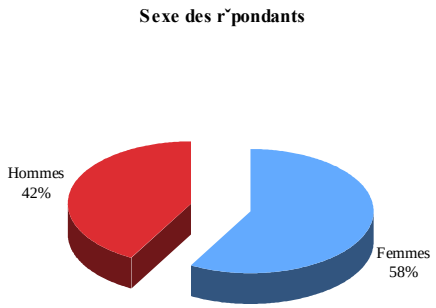
Le taux de réponses des hommes est de 91.3%, celui des femmes de 76.3%.

81.5% des étudiants de première année et 82.3% de ceux de deuxième année m'ont répondue.

II.3.2. Caractéristiques des répondants

22 (soit 44%) répondants sont en DES 1 et 28 (soit 56%) en DES 2.



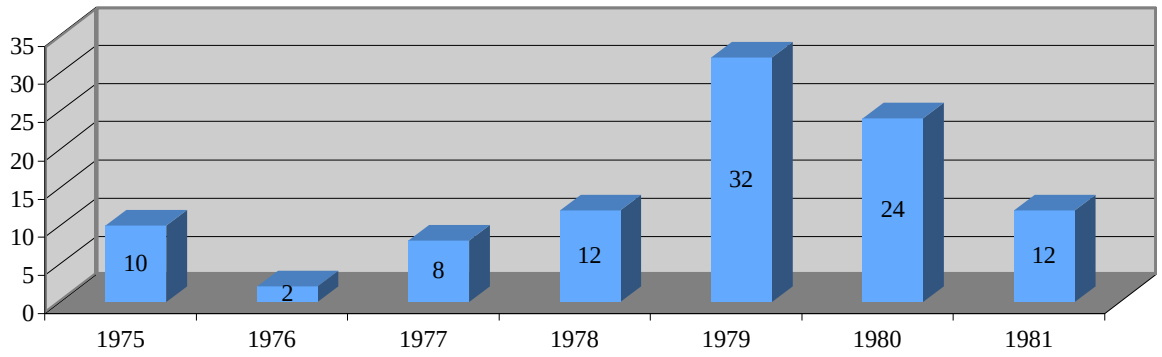


Parmi eux, il y a 29 femmes et 21 hommes soit 58% d'étudiantes et 42% d'étudiants.

En DES 1, les réponses sont à 63.6% féminines et à 46.4% masculines ; en DES 2, 73.6% des réponses proviennent d'étudiantes et 36.4% d'étudiants.

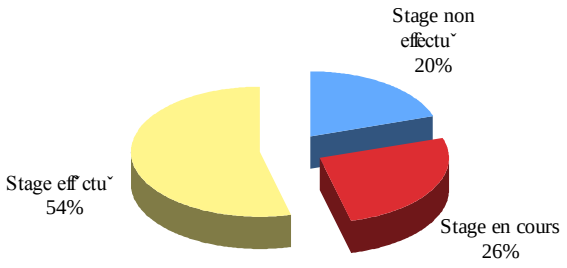
Leur année de naissance se situe entre 1975 et 1981

Annˇe de naissance des rˇpondants



10 étudiants (soit 20%) ne sont jamais allés chez le praticien, 13 (soit 26%) sont en cours de stage, et 27 (soit 54%) l'ont déjà effectué.

Stage chez le praticien



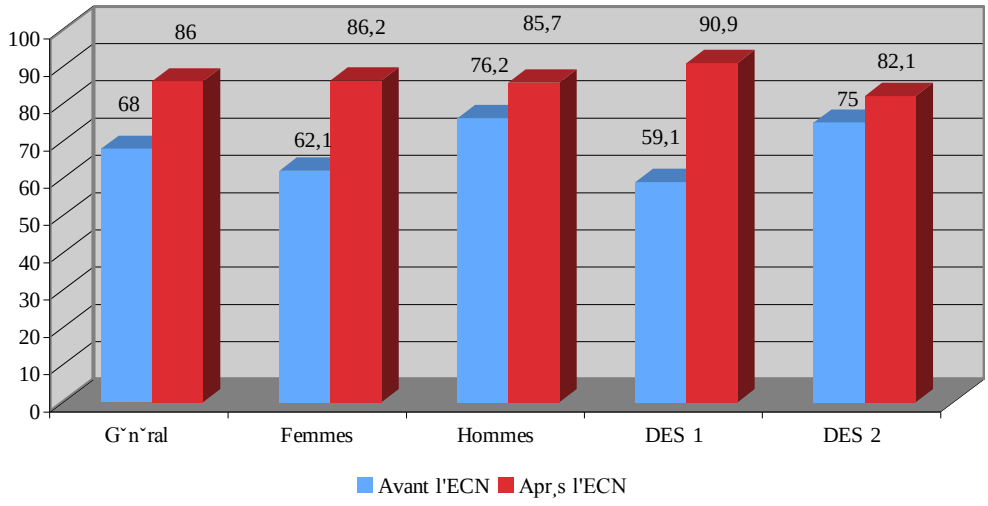
78% des répondants proviennent de la faculté de médecine de Nice.

24% déclarent avoir déjà participé à des apprentissages en groupe lors du deuxième cycle d'études médicales.

Le nombre de séances de GEASP déjà suivies lors de l'étude, se situe entre 5 et 21 avec une médiane et un mode à 10, et une moyenne à 12.5.

68% des répondants envisageaient le DES de médecine générale avant d'avoir passé l'ECN (76.2% des hommes et 62.1% des femmes, 75% des DES2 et 59.1% des DES1).

Proportion des r˘pondants envisageant le DES de M˘decine G˘n˘rale



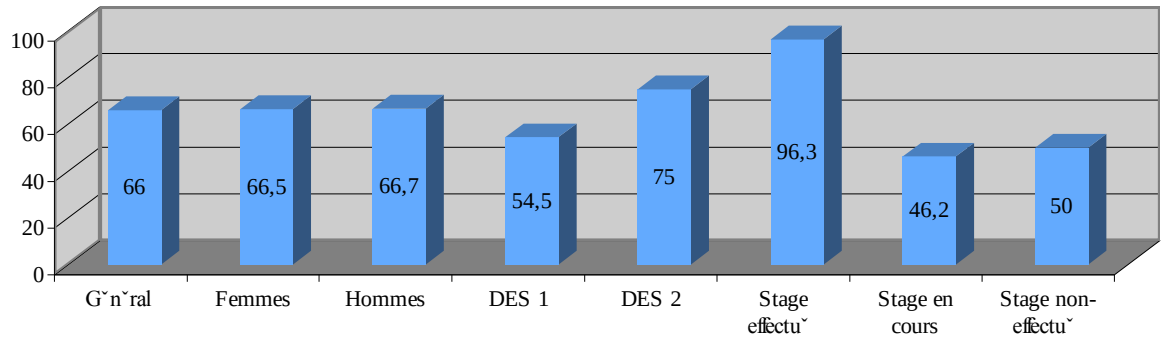
86% l'envisageaient après l'avoir passé (85.7% des hommes et 86.2% des femmes, 82.1% des DES2, 90.9% des DES1).

Six personnes n'ont pas répondu à ces deux questions.

Seules 3 personnes ont envisagé une seconde inscription à l'ECN et ils sont en DES1, 1 étudiant ne se prononce pas.

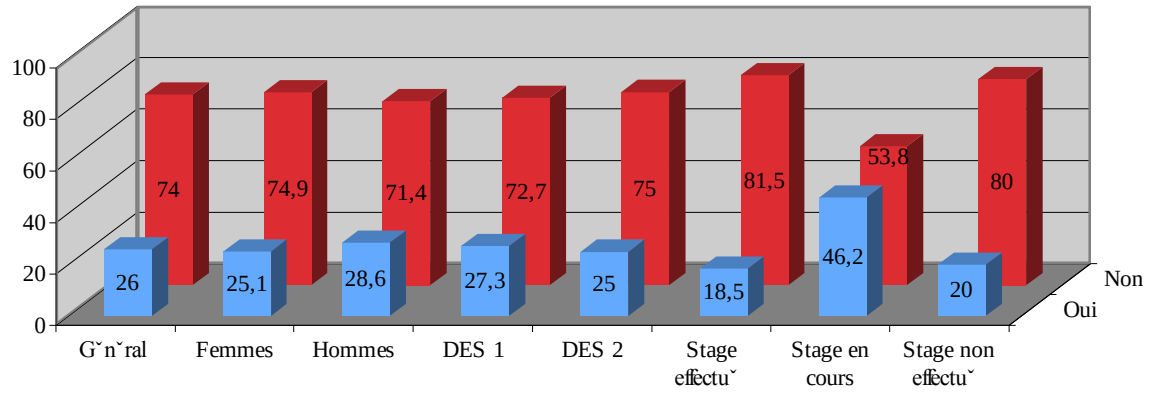
66% des étudiants n'envisageaient pas de DESC lors de l'étude (66.7% des hommes, 66.5% des femmes, 54.5% des DES 1 et 75% des DES 2, 96.3% des étudiants ayant effectué leur stage ambulatoire, 46.2% de ceux en cours de stage et 50% des étudiants ne l'ayant pas effectué).

Proportion des r˘pondants n'envisageant pas de DESC

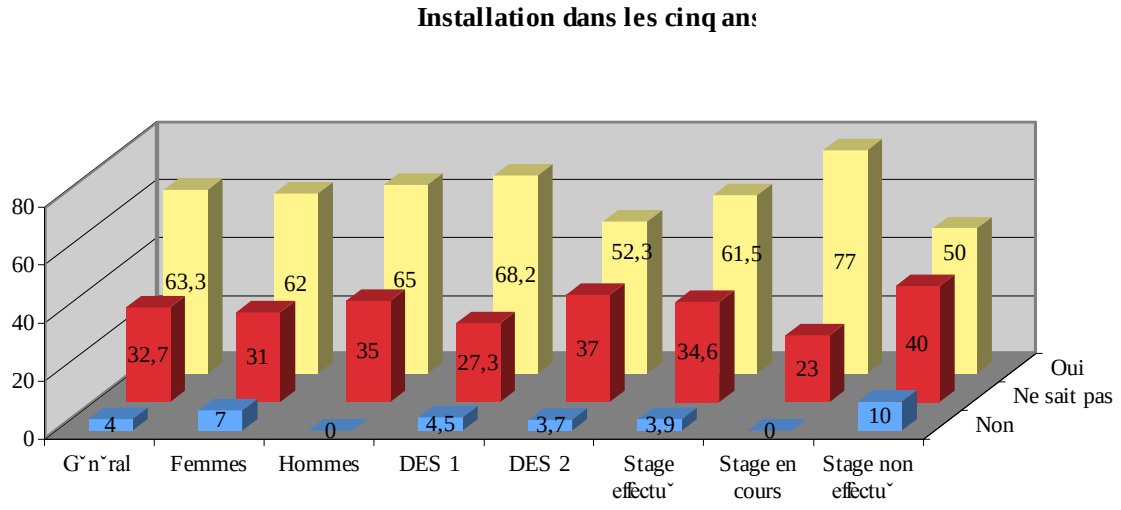


Concernant l'installation future des internes de médecine générale, 74% (soit 37 étudiants) ne veulent pas s'installer à la fin de leur cursus (74.9% des femmes et 71.4% des hommes, 72.7% des DES 1 et 75% des DES 2, 80% de ceux n'ayant pas débuté le stage ambulatoire, 81.5% de ceux l'ayant terminé et 53.8% des étudiants de celui-ci).

Installation ˆa fin du DES

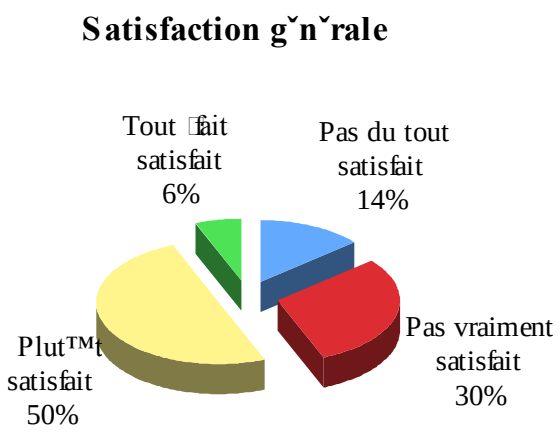


Dans les cinq ans à venir, 63,3% (soit 31 étudiants) comptent s'installer (65% des hommes et 62% des femmes, 77% de ceux en cours de stage et 50% de ceux ne l'ayant jamais effectué), 4% ne le souhaitent pas et 32,7% ne savent pas. 1 étudiant n'a pas répondu à cette question.

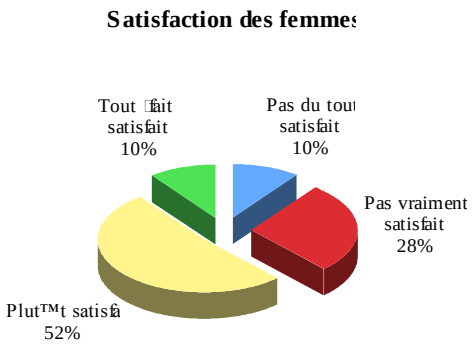


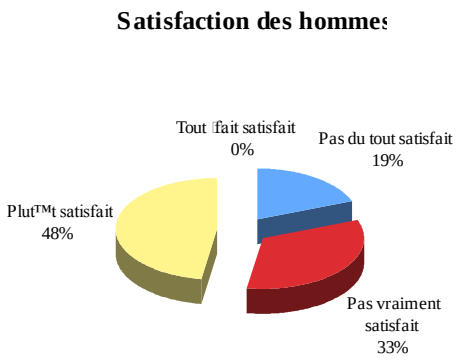
II.3.3. <u>Satisfaction générale</u>

Les étudiants déclarent être satisfaits des GEASP à 56%.

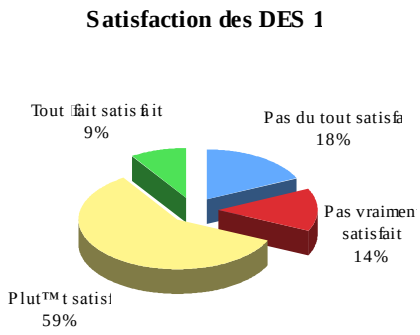


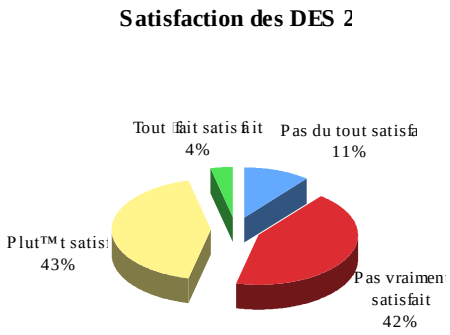
Les femmes sont globalement satisfaites à 62%, les hommes à 48% (dont aucun tout à fait satisfait).



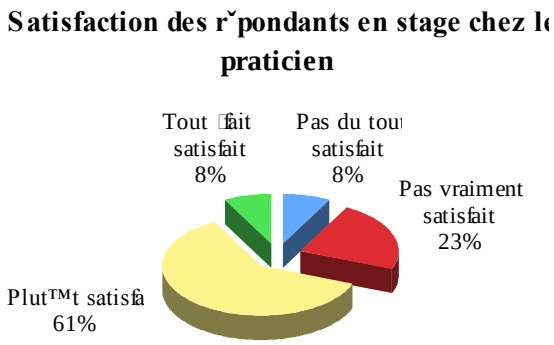


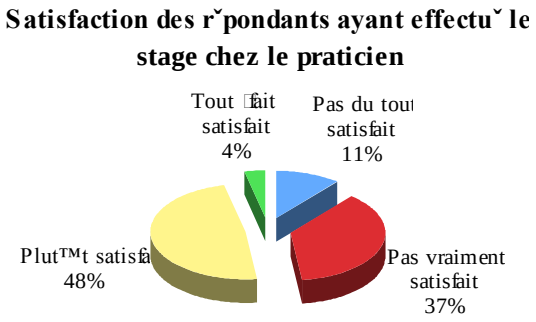
Les étudiants de DES 1 sont satisfaits à 68%, ceux de DES 2 à 47%.

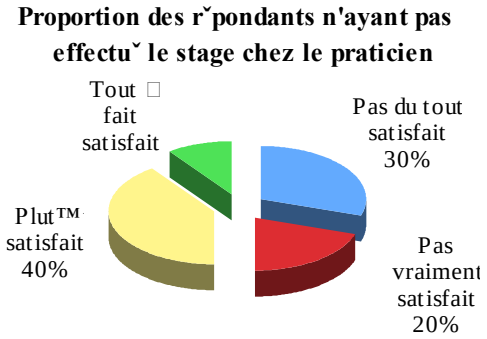




Enfin, la répartition suivant la situation vis-à-vis du stage ambulatoire, montre que 69% des étudiants en stage sont satisfaits, que ceux n'ayant pas fait le stage chez le praticien le sont à 50% et que ceux l'ayant déjà effectué sont satisfaits à 52%.







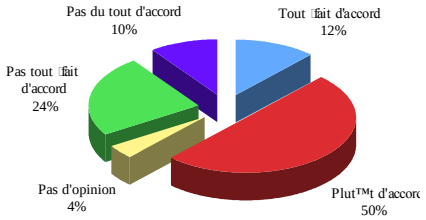
En DES 1, les femmes sont satisfaites à 71.4% et les hommes à 38.5%.

En DES 2, les femmes sont satisfaites à 53.3% et les hommes à 62.5%.

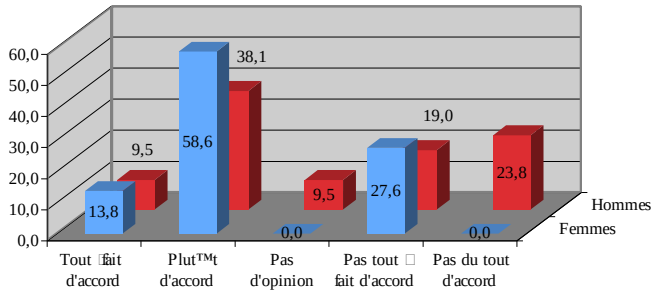
81.8% des étudiants originaires d'une autre faculté sont satisfaits par les GEASP contre seulement 48.7% des niçois (p=0.0427).

II.3.4. Evaluation de la satisfaction détaillée : le questionnaire

Question 1 :
La méthode des GEASP est une méthode de travail efficace pour mon apprentissage



De façon globale, 62% des étudiants sont d'accord et 34% ne le sont pas.



Sont d'accord :

72.4% des F

47.6% des H

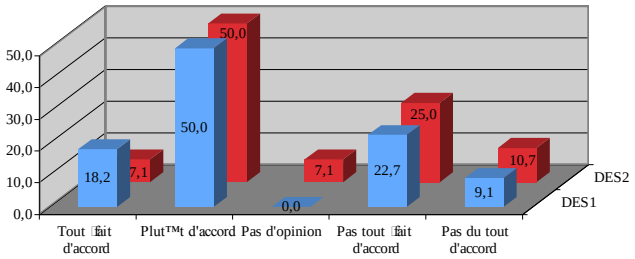
68.2% des DES 1

57.1% des DES 2

59.3% des EF

76.9% des EC

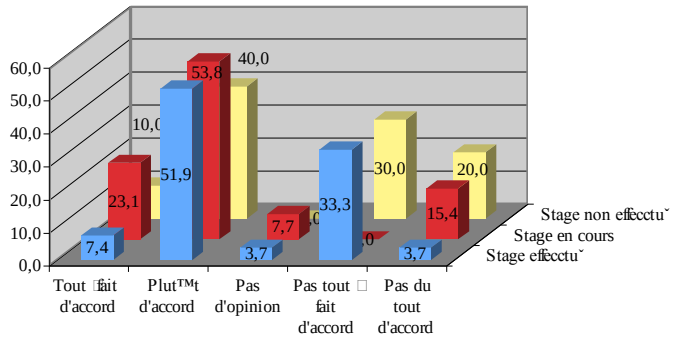
50% des NE



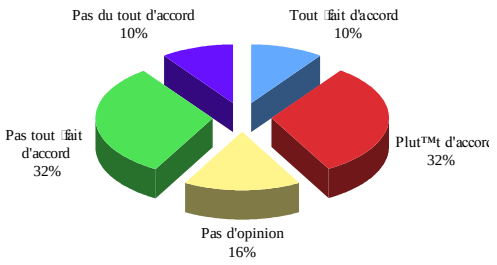
Ne sont pas d'accord :

42,8% des H

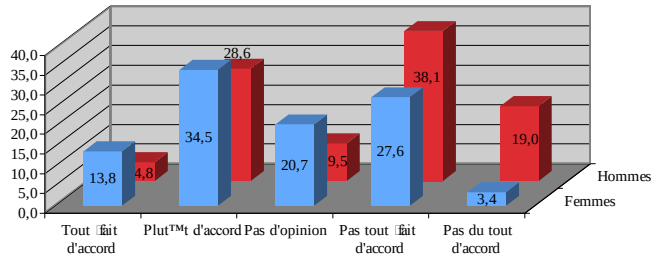
50% des NE



Question 2 :
Les grilles utilisées lors des séances de GEASP sont des outils pertinents pour la synthèse de mon travail.



De façon générale, 42% des répondants sont d'accord et la même proportion ne l'est pas, le reste étant sans opinion.



Ne sont pas d'accord :

70% des NE

57.1% des H

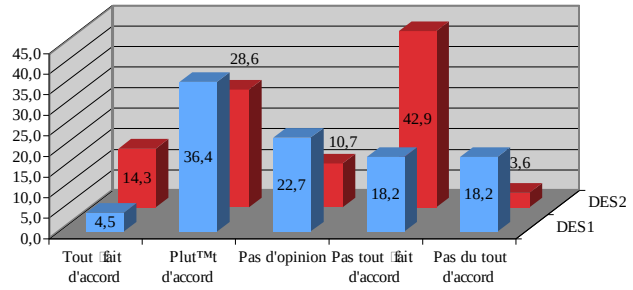
46.5% des DES 2

Sont sans opinion :

38.5% des EC

22.7% des DES 1

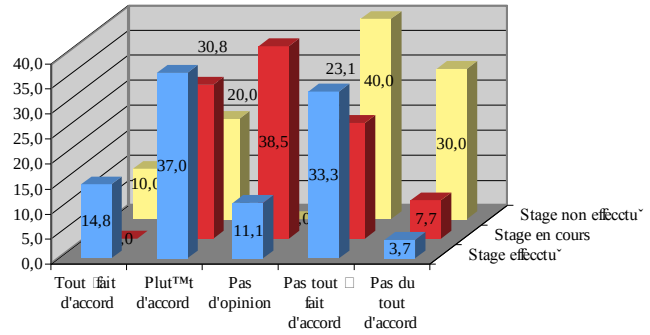
20.7% des F



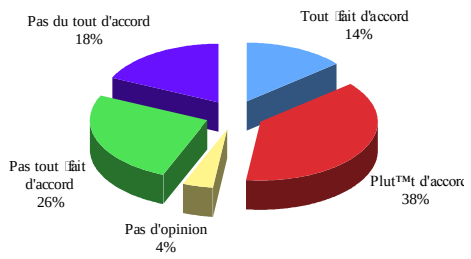
Sont d'accord :

51.8% des EF

48.3% des F



Question 3 :
La méthode des GEASP m'a permis de m'impliquer davantage dans ma formation



Globalement, 52% des étudiants ont l'impression de s'être plus impliqués dans leur formation grâce aux GEASP.

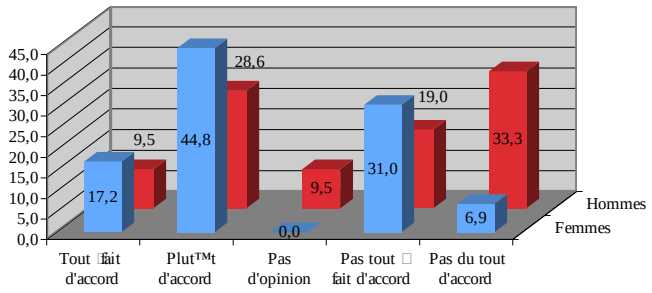
Sont d'accord :

62.1% des F

59.1% des DES 1

61.6% des EC

50% des NE



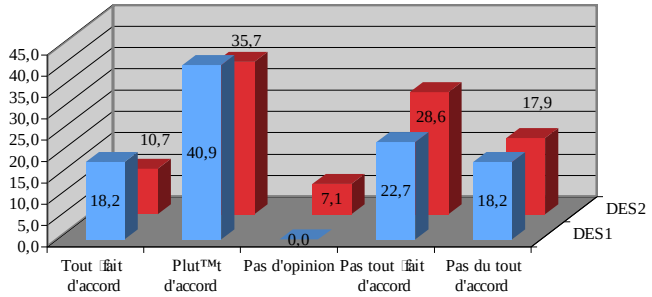
Ne sont pas d'accord :

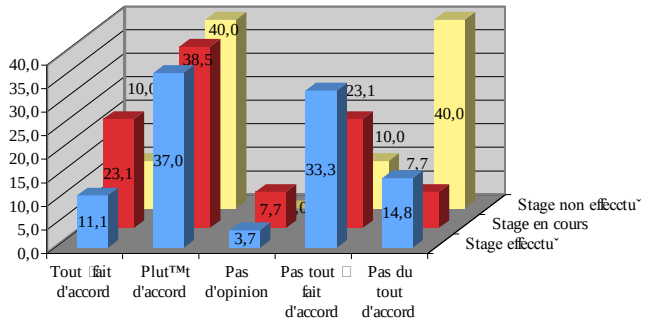
52.3% des H

50% des NE

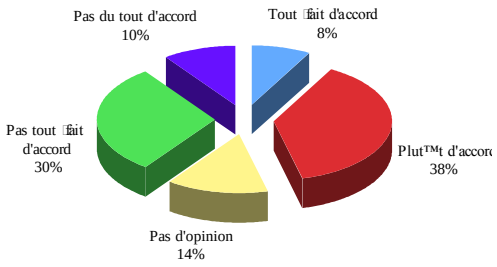
48.1% des EF

46.5% des DES 2





Question 4 :
La méthode des GEASP m'a permis d'acquérir une démarche de raisonnement plus formalisée



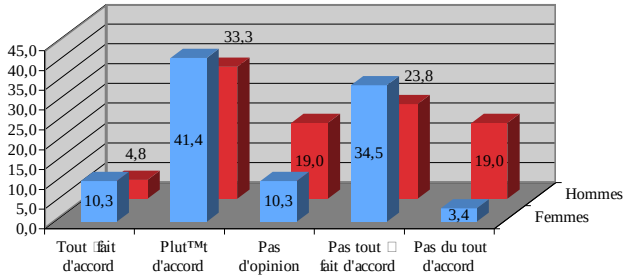
Globalement, 46% des étudiants sont d'accord et 40% ne le sont pas.

Ne sont pas d'accord :

50% des NE

45.5% des DES 1

42.9% des H



Sont d'accord :

51.7% des F

38.1% des H

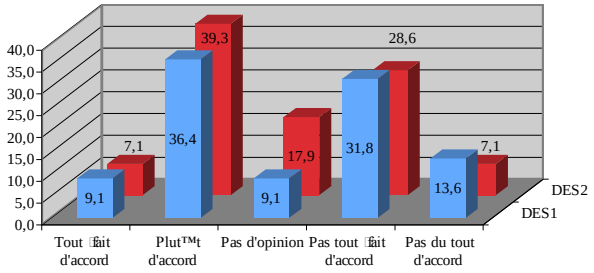
46.4% des DES 2

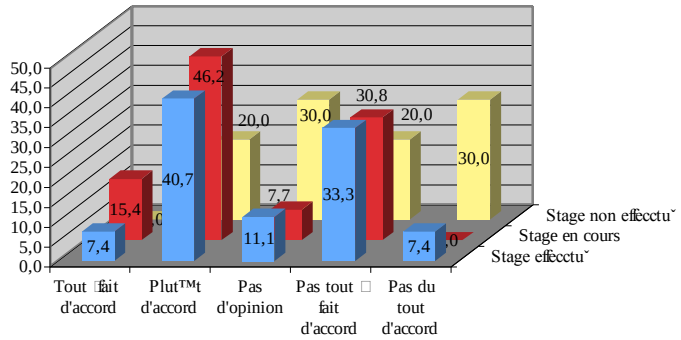
45.5% des DES 1

61.6% des EC

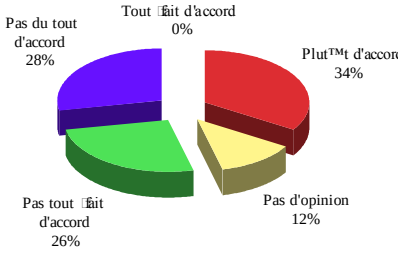
48.1% des EF

20% des NE



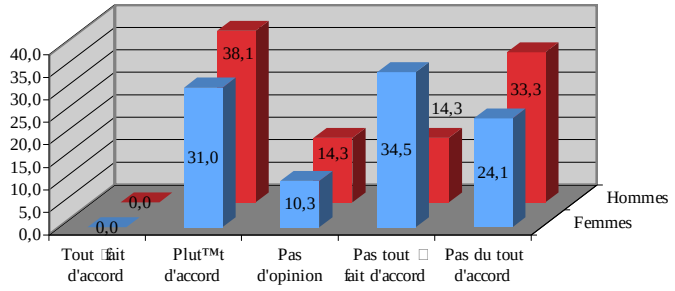


Question 5 :
La méthode des GEASP m'a permis de me préparer à la gestion des situations cliniques en stage

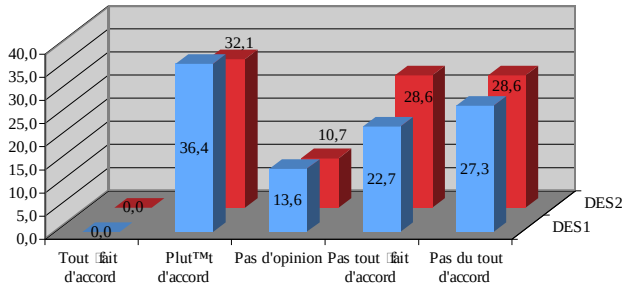


54% des étudiants ne s'accordent pas avec cette proposition.

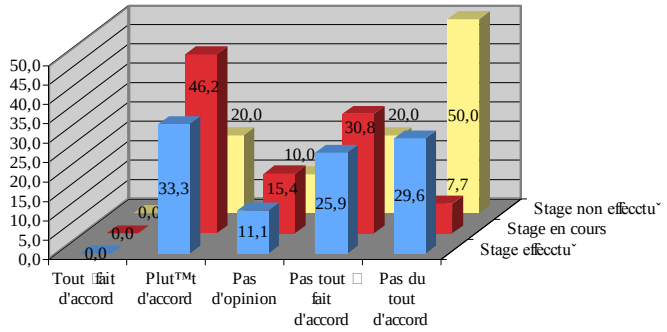
Ne sont pas d'accord :
70% des NE
58.6% des F
57.2% des DES 2
55.5% des EF
50% des DES 1
47.6% des H



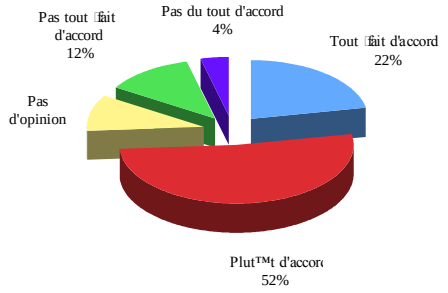
Sont d'accord :
46.2% EC
33.3 % des EF
20% des NE



Aucun étudiant n'a déclaré être tout à fait d'accord avec cette notion.

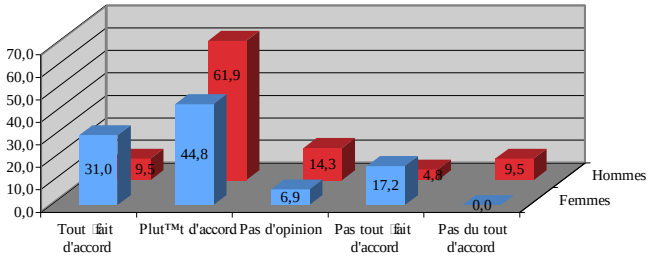


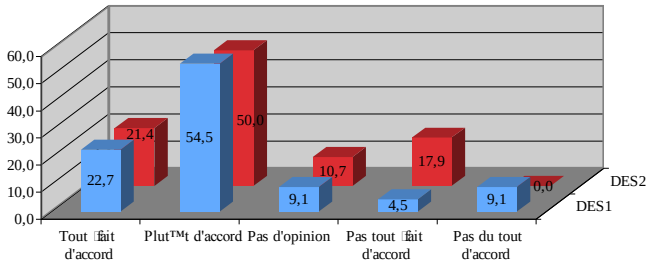
Question 6 :
La méthode des GEASP m'a permis de remettre en cause mes connaissances

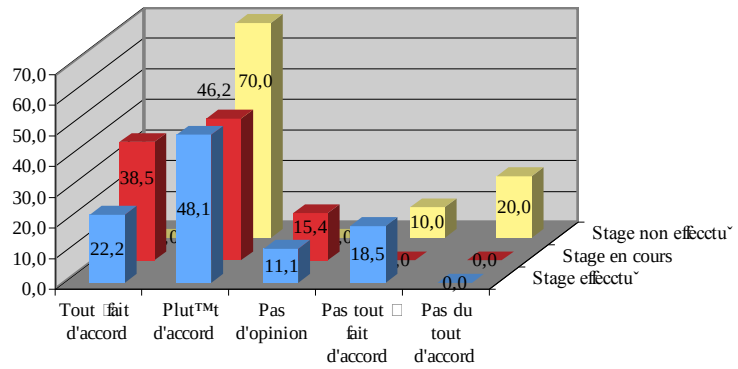


De façon générale, 74% des étudiants le pensent.

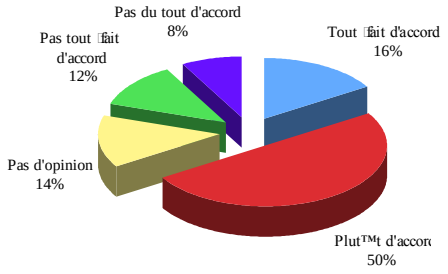
Sont d'accord :
84.7% des EC (aucun d'eux n'a répondu négativement)
70.3% des EF
70% des NE







Question 7 :
La méthode des GEASP m'a permis de remettre en cause mes habitudes de pratique



Globalement, 66% des répondants sont d'accord.

Sont d'accord :

75.8% des F

52.4% des H

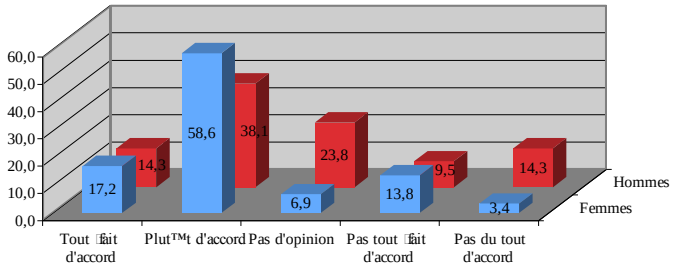
71.4% des DES 2

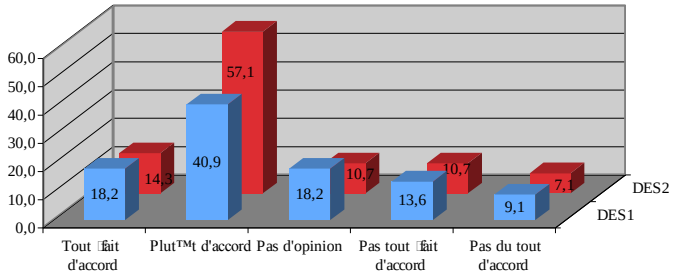
59.1% des DES 1

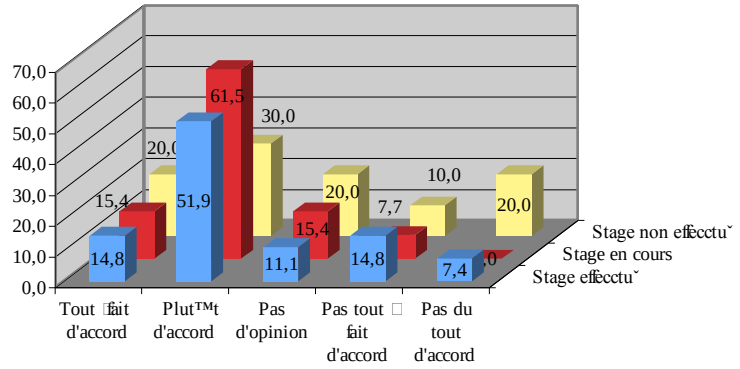
76.9% des EC

66.7% des EF

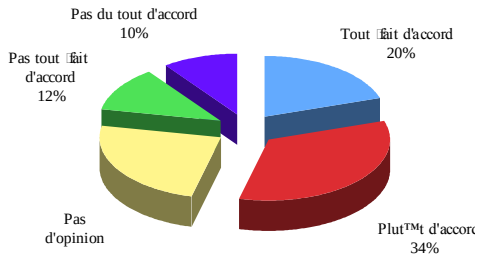
50% des NE



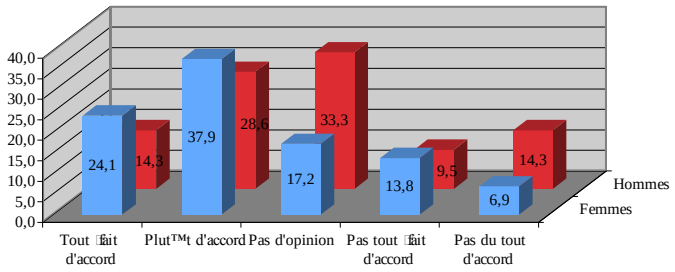




Question 8 :
La méthode des GEASP m'a permis de remettre en cause certaines pratiques de mes formateurs



Globalement, 54% des étudiants le pensent.



Sont d'accord :

62% des F

42.9% des H

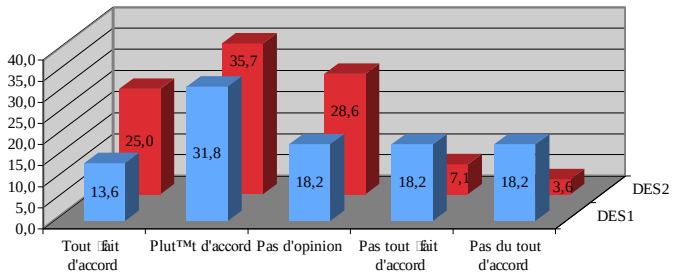
60.7% des DES 2

45.4% des DES 1

76.9% des EC

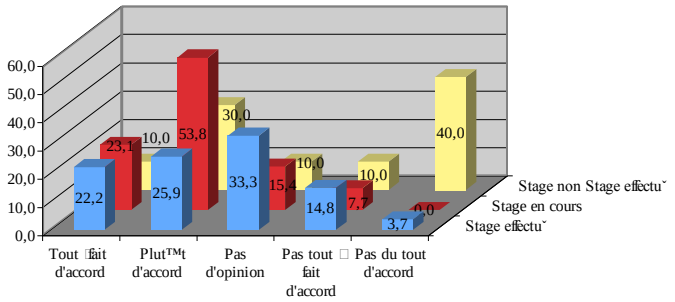
48.1% des EF

40% des NE

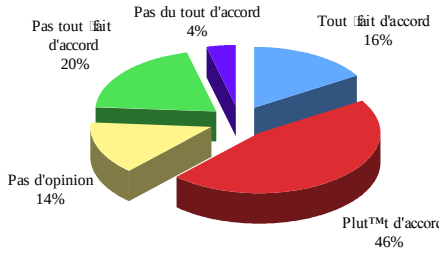


Ne sont pas d'accord :

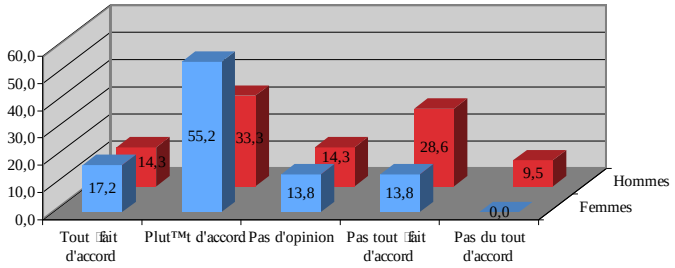
50% des NE



Question 9 :
Les séances de GEASP m'ont aidé(e) à argumenter mes décisions



Globalement, 62% des répondants sont d'accord.



Sont d'accord :

72.4% des F

47.6% des H

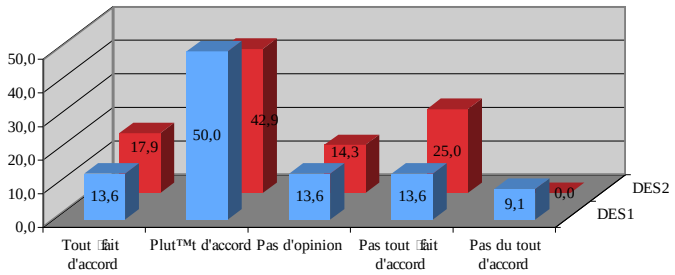
63.6% des DES 1

60.8% des DES 2

69.2% des EC

60% des NE

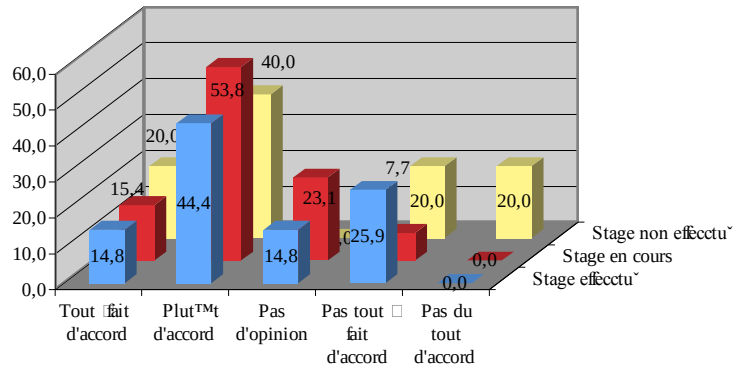
59.3% des EF



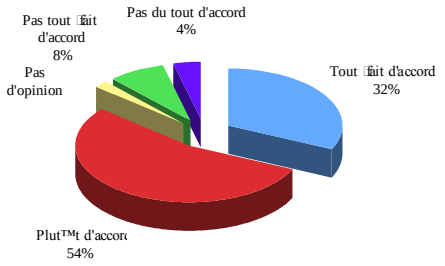
Ne sont pas d'accord :

40% des NE

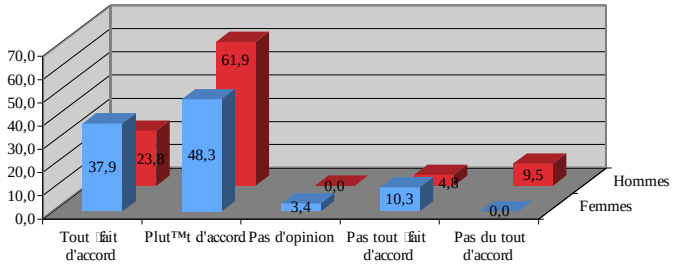
38.1% des H



Question 10 :
Les séances de GEASP m'ont aidé(e) à confronter mes façons de faire à celle de mes pairs



86% des personnes ayant répondu sont globalement satisfaites.



Sont d'accord :

100% des EC

92.8% des DES 2

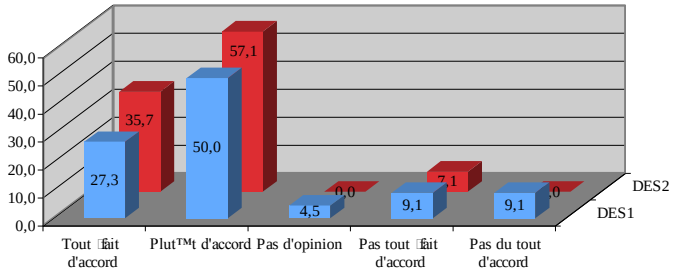
77.3% des DES 1

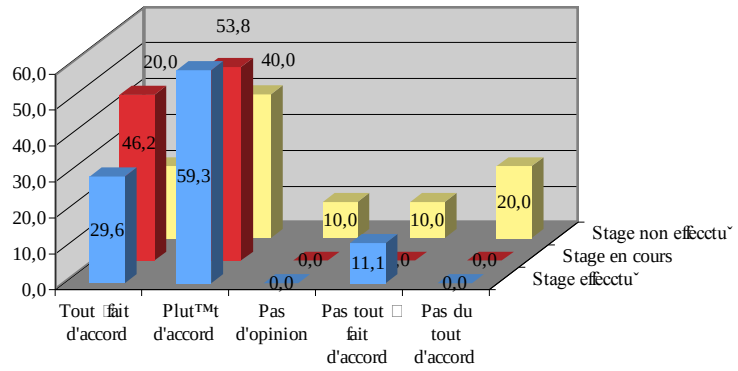
86.2% des F

85.7% des H

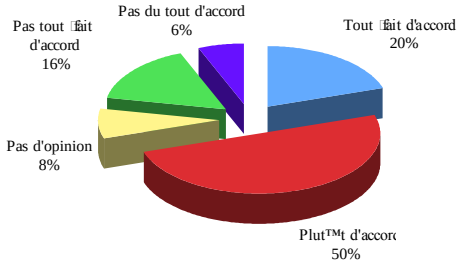
88.9% des EF

60% des NE

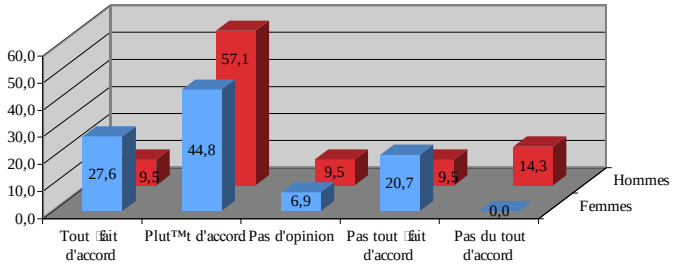




Question 11 :
Les séances de GEASP m'ont aidé(e) à m'interroger plus systématiquement sur la prise en charge proposée au patient



Globalement, 70% des étudiants adhèrent à cette proposition.



Sont d'accord :

72.4 % des F

66.6% des H

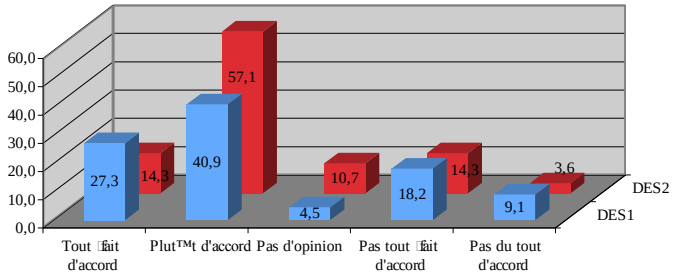
68.2 % des DES 1

71.4 % des DES 2

77% des EC

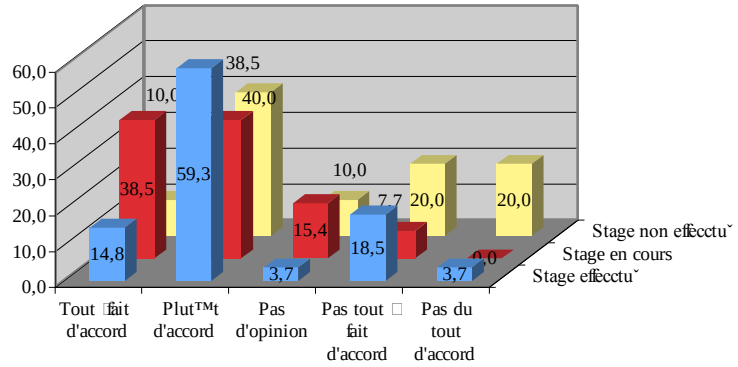
74.1% des EF

50% des NE

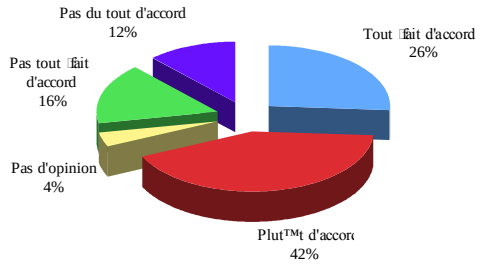


Ne sont pas d'accord :

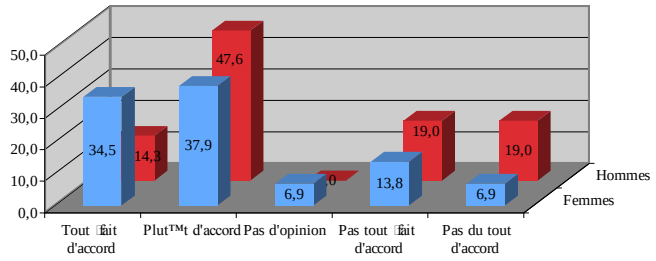
40% des NE



Question 12 :
Les séances de GEASP m'ont aidé(e) à identifier mes besoins de formation



68% des répondants sont d'accord contre 28% qui ne le sont pas.



Sont d'accord :

72.4% des F

61.9 % des H

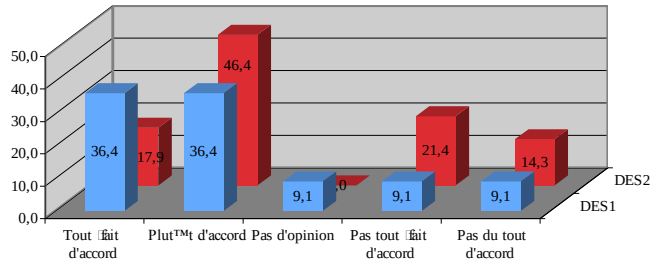
72.8 % des DES1

64.3% des DES 2

84.6% des EC

62.9% des EF

60% des NE

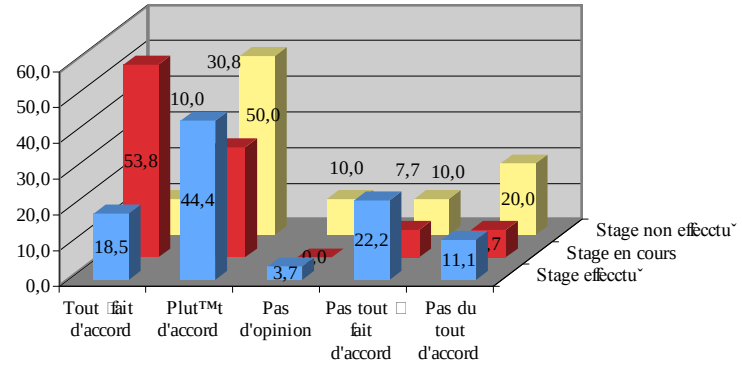


Ne sont pas d'accord :

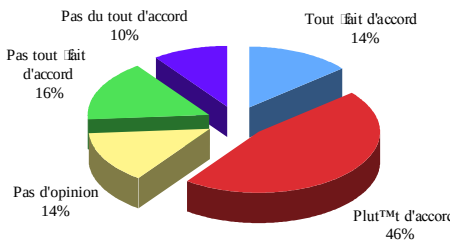
38% des H

35.7% des DES 2

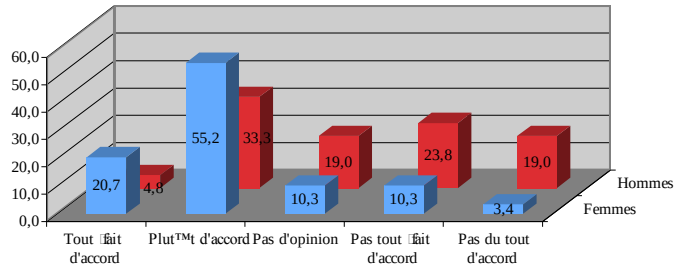
30 % des NE



Question 13:
Les séances de GEASP m'ont aidé(e) à me fixer des objectifs d'apprentissage



Globalement 60% des répondants adhèrent à cette proposition et 26% ne le pensent pas.



Sont d'accord :

75.9% des F

38.1 % des H

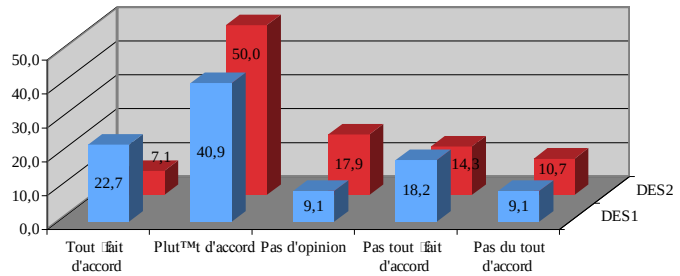
63.6% des DES 1

57.1 % des DES 2

69.3% des EC

55.5% des EF

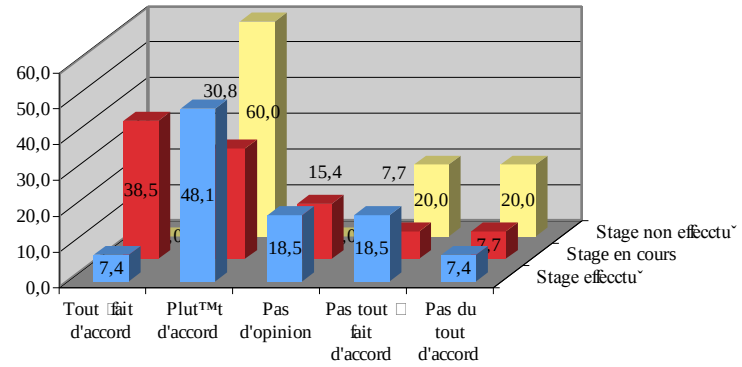
60% des NE



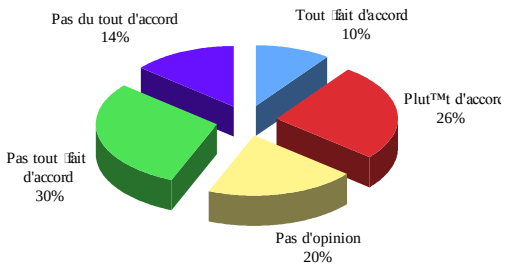
Ne sont pas d'accord :

42.8% des H

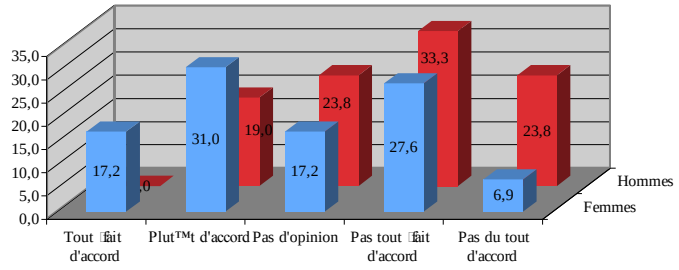
40% des NE



Question 14 :
Les séances de GEASP m'ont aidé(e) à déterminer les moyens d'atteindre ces objectifs



Cette assertion est réfutée par 44% des répondants contre 36 % qui la soutiennent et 20% qui sont sans opinion.



Sont d'accord :

48.2 % des F

19% des H

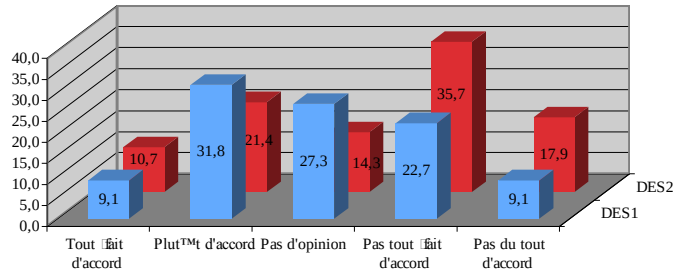
40.9% des DES 1

32.1 % des DES 2

33.3% des EF

38.5% des EC

40% des NE



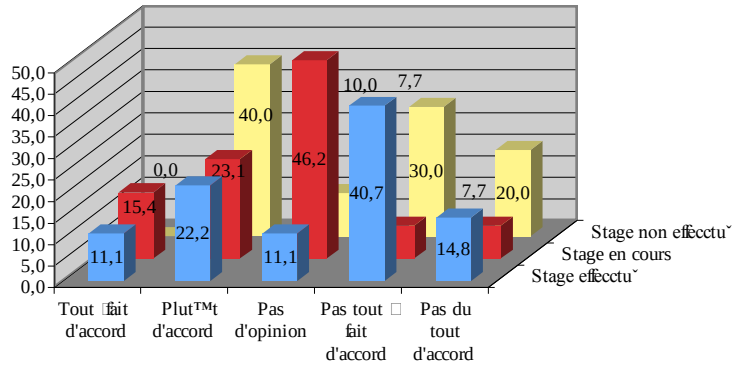
Ne sont pas d'accord :

57.1% des H

53.6% des DES 2

50 % des NE

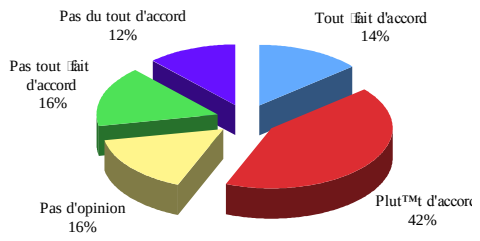
55.5% des EF



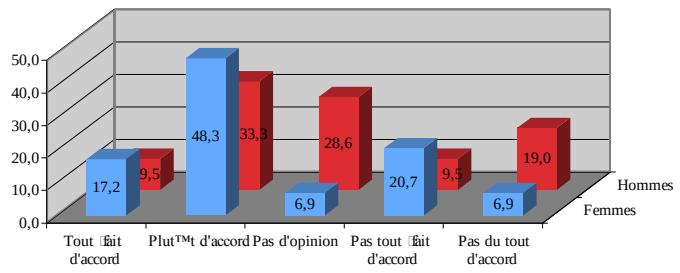
Sont sans opinion :

46.2% des EC

Question 15 :
Les séances de GEASP m'ont aidé(e) à élaborer des stratégies de recherche documentaire



Sont globalement d'accord 56 % des étudiants interrogés contre 28% qui ne le sont pas.



Sont d'accord :

65.5 % des F

42.8 % des H

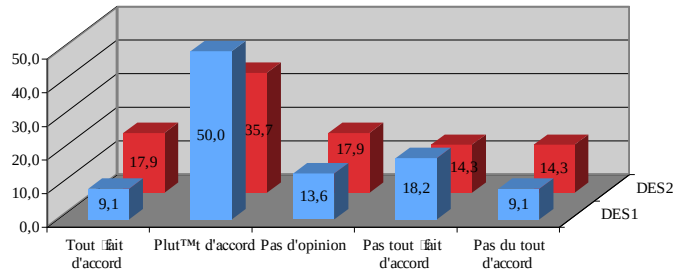
59.1 % des DES 1

53.6 % des DES 2

61.5%des EC

55.5% des EF

50% des NE.

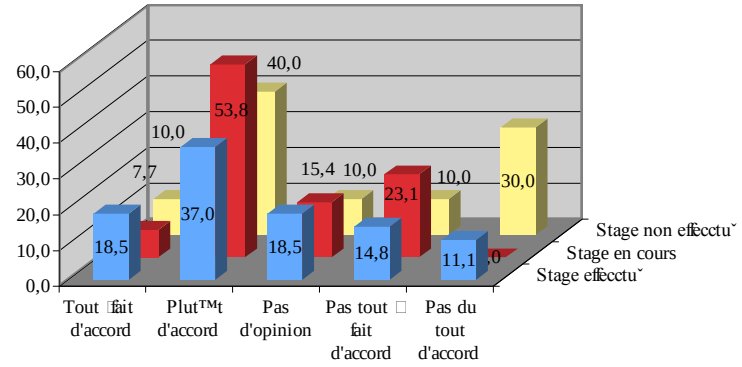


Sont sans opinion :

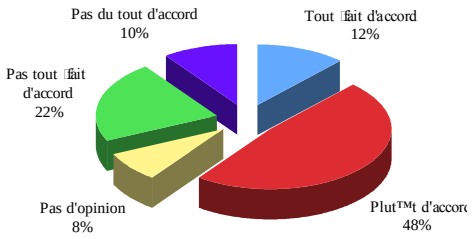
28.6% des H

Ne sont pas d'accord :

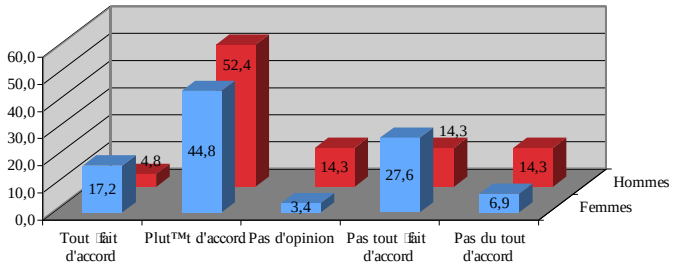
40% des NE



Question 16 :
Concernant la prise en charge des patients, les GEASP m'ont aidé(e) à construire mes propres références



60% des étudiants le conçoivent et 32% le réfutent.



Sont d'accord :

62% des F

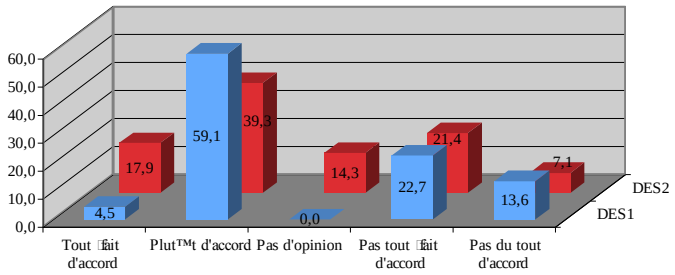
57.1% des H

63.6% des DES 1

57.1% des DES 2

84.6% des EC

59.2 % des EF



Ne sont pas d'accord :

70% des NE

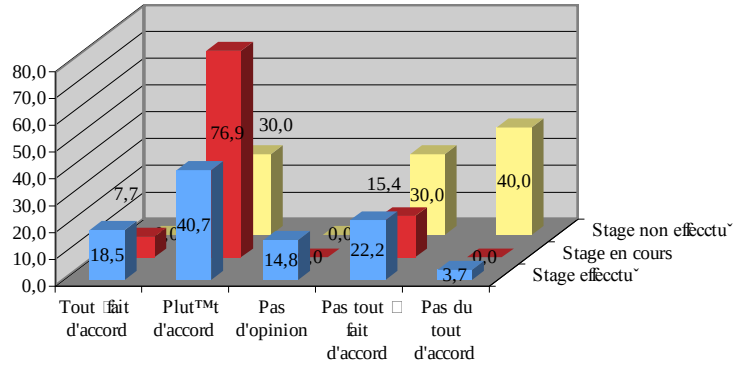
Sont sans opinion :

15.4% des EC

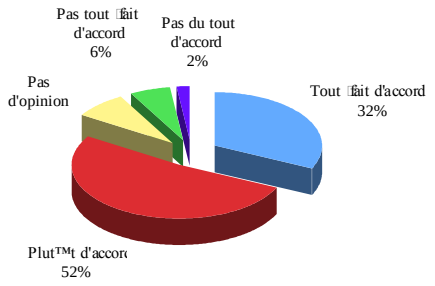
14.3% des H

14,3% des DES 2

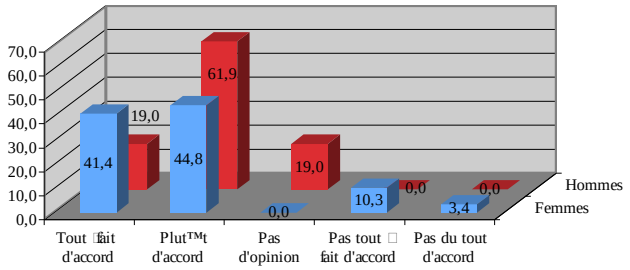
14.8% des EF



Question 17 :
Concernant la prise en charge des patients, les GEASP m'ont aidé(e) à baser ma pratique sur des références validées



Globalement, l'accord atteint 84%.



Sont d'accord :

86.2% des F

81% des H

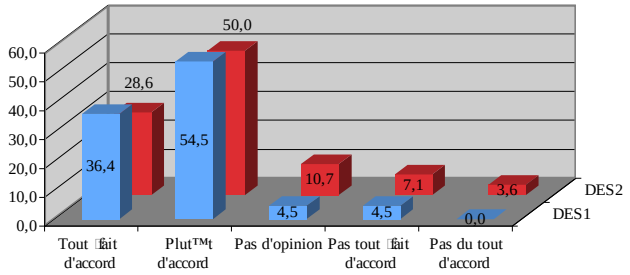
90.9% des DES 1

78.6% des DES 2

100% des EC

77.7% des EF

80% des NE



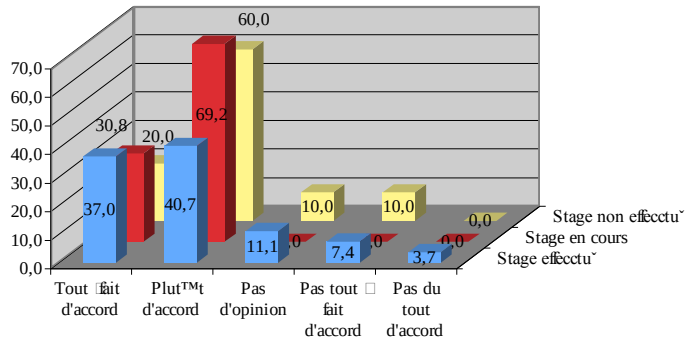
Sont sans opinion :

19% des H

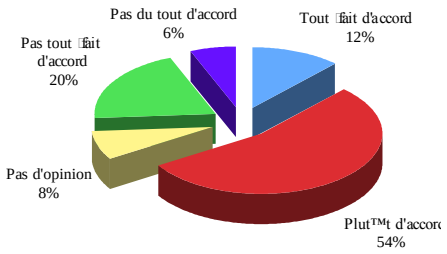
10.7% des DES 2

11.1% des EC

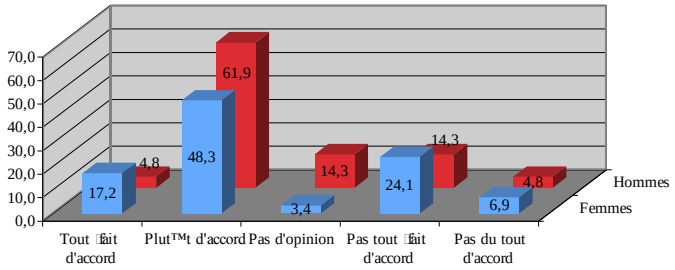
Aucun homme n'est en désaccord.



Question 18 :
Concernant la prise en charge des patients, les GEASP m'ont aidé(e) à formaliser des stratégies de prises en charge en fonction des références



Les étudiants adhèrent à 66% à cette assertion, contre 26% qui la rejettent.



Sont d'accord :

61,5% des EF

70,4% des EC

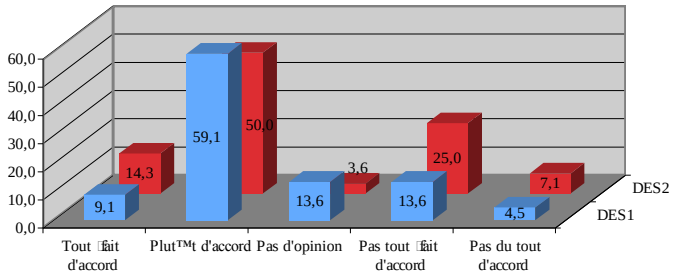
60% des NE

Ne sont pas d'accord :

31% des F

32.1% des DES 2

30% des NE

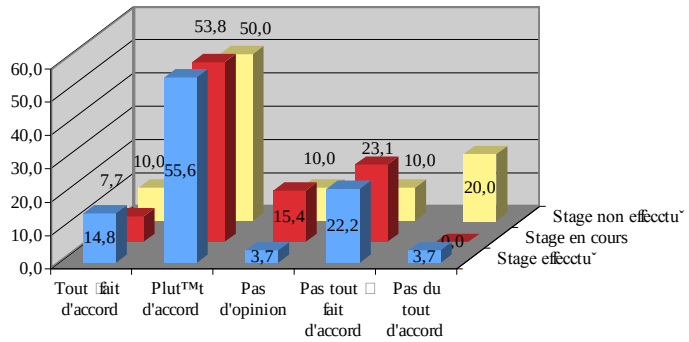


Sont sans opinion :

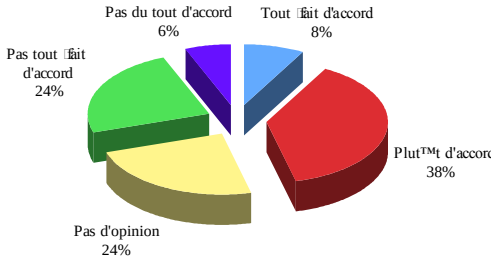
14.3 % des H

13.6% des DES 1

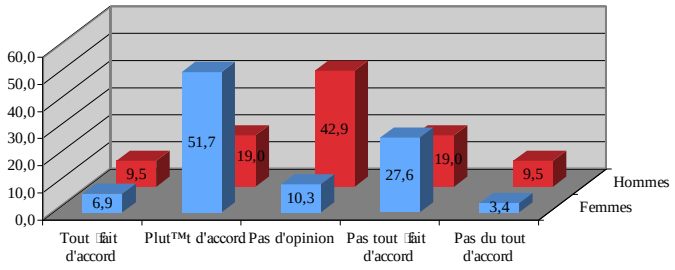
15.4% des EC



Question 19 :
Concernant la prise en charge des patients, les GEASP m'ont aidé(e) à hiérarchiser les actions de prise en charge



Les étudiants approuvent cette proposition à 46% contre 30% qui la désapprouvent.



Sont d'accord :

58.6% des F

28.5% des H

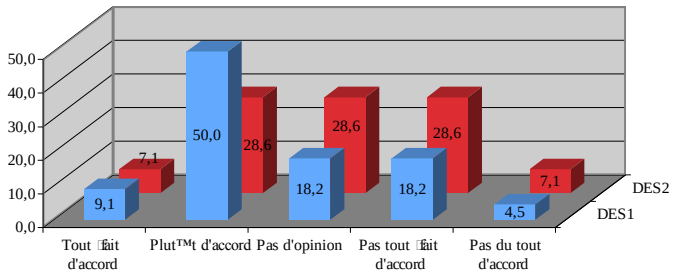
59.1% des DES 1

35.7 % des DES 2

61.5% des EC

40.7% des EF

40% des NE



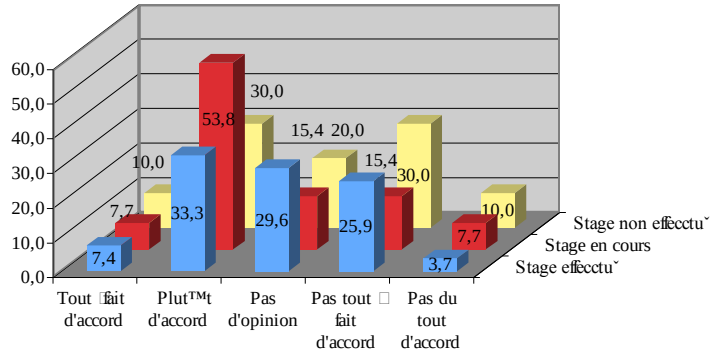
Ne sont pas d'accord :

28.5% des H

35.7% des DES 2

31% des F

40% des NE

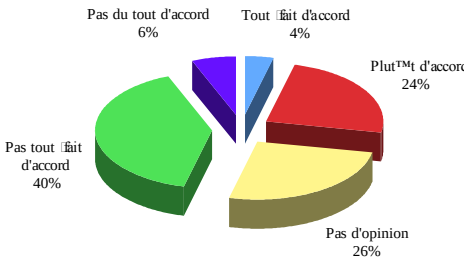


Sont sans opinion :

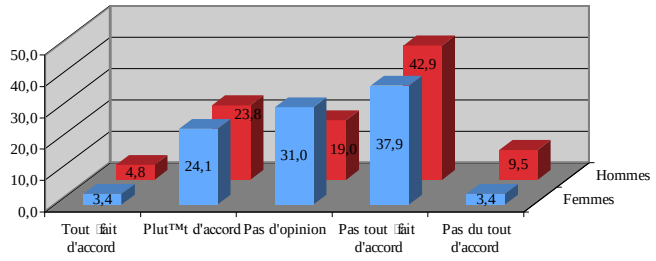
42.9% des H

29.6% des EF

Question 20 :
Concernant la prise en charge des patients, les GEASP m'ont aidé(e) à temporiser avant de décider d'actions secondaires (avis spécialisé, explorations complémentaires, hospitalisation…)



46% des étudiants ne sont pas d'accord avec cette proposition, 28% le sont.

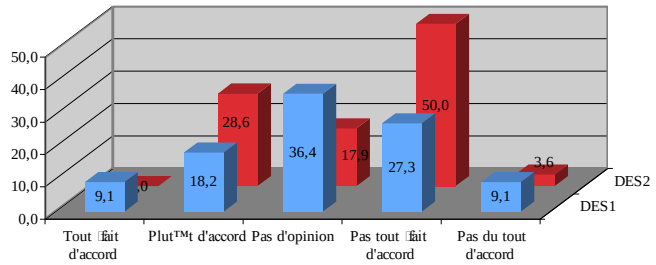


Sont d'accord :

30.8% des EC

29.6 % des EF

20% des NE



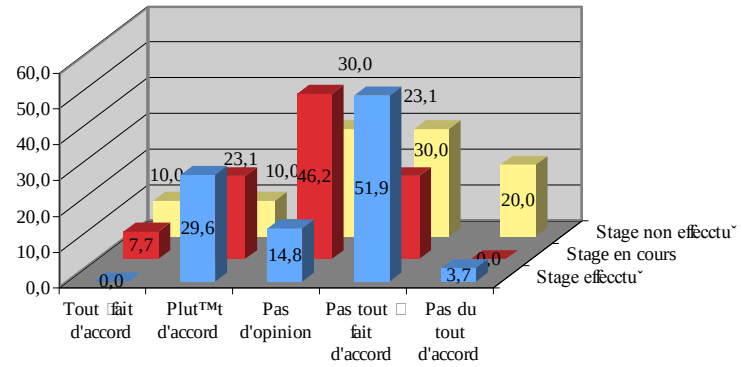
Ne sont pas d'accord :

52,4% des H

53.6% des DES 2

55.6% des EF

50% des NE



Sont sans opinion :

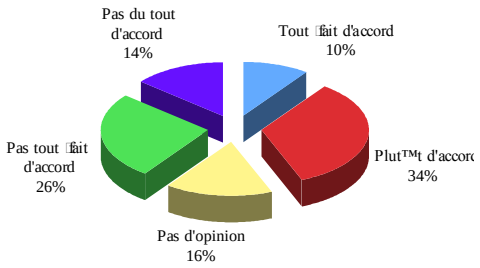
31% des F

36.4% des DES 1

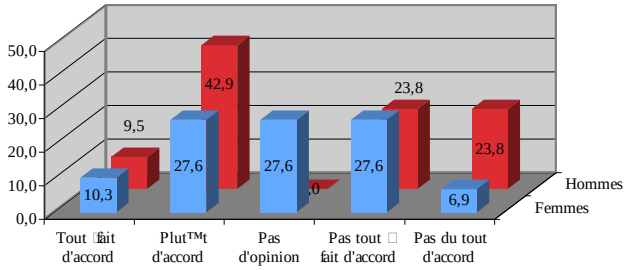
46.2% des EF

30% des NE

Question 21
Pour ce qui est de la communication avec les patients, les GEASP m'ont aidé(e) à envisager plusieurs solutions de prise en charge face à une situation donnée en fonction du contexte et/ou du patient



Les étudiants approuvent à 44% et désapprouvent à 40%.



Sont d'accord :

37.9% des F

52.4% des H

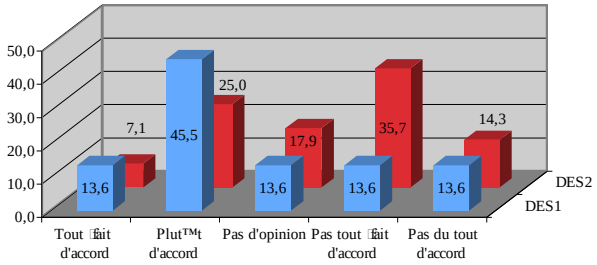
59.1% des DES 1

32.1 % des DES 2

53.9% des EC

40.7% des EF

40% des NE



Ne sont pas d'accord :

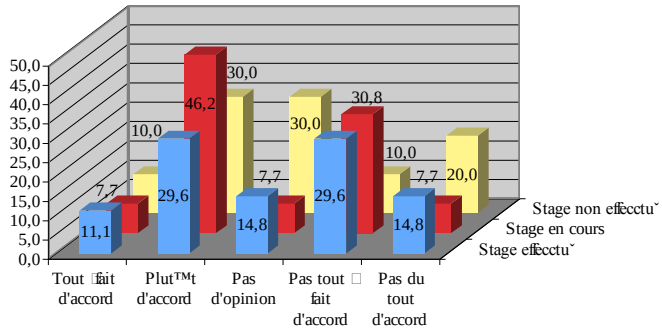
47.6% des H

50% des DES 2

44.4% des EF

38.5% des EC

30% des NE

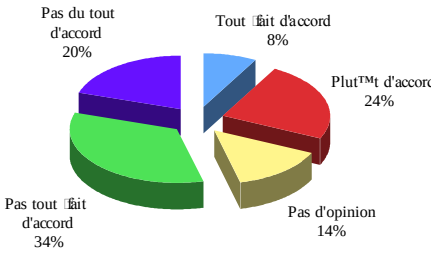


Sont sans opinion

27.6% des F

30% des NE

Question 22 :
Pour ce qui est de la communication avec les patients, les GEASP m'ont aidé(e) à expliquer la prise en charge aux patients



54% des répondants sont en désaccord, 32% en accord.

Sont d'accord :

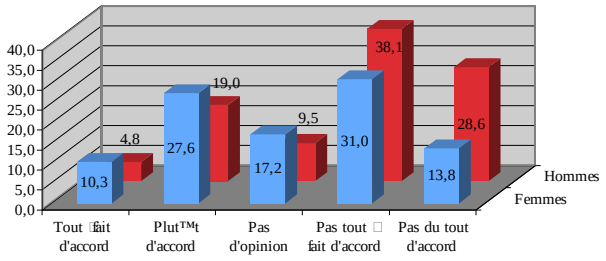
50% des DES 1

53.9% des EC

22.2% des EF

30% des NE

17.9% des DES 2



Ne sont pas d'accord :

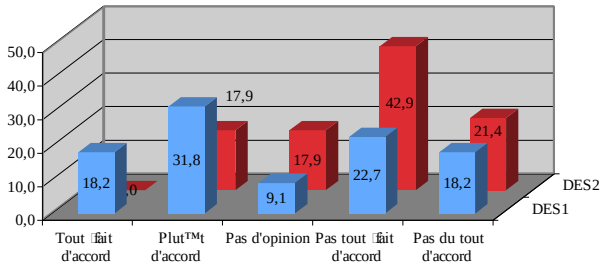
64.3% des DES 2

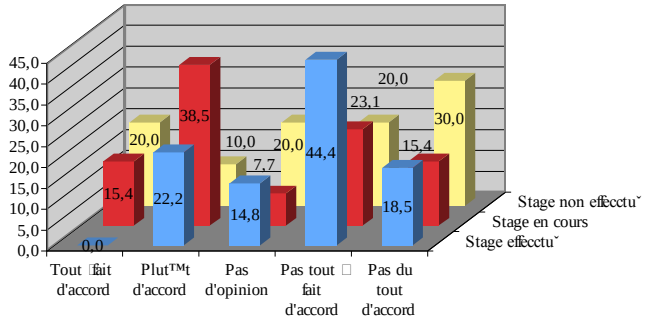
44.8% des F

66.7% des H

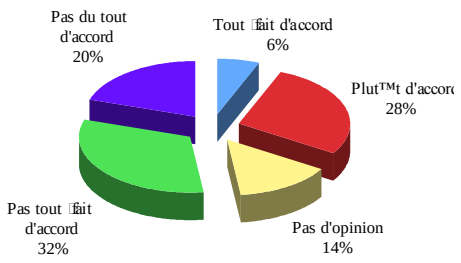
62,9% des EF

50% des NE





Question 23 :
Pour ce qui est de la communication avec les patients, les GEASP m'ont aidé(e) à solliciter la participation des patients dans les décisions qui les concernent



Les étudiants adhèrent à 34% à cette idée contre 52% qui la rejettent.

Sont d'accord :

41.4% des F

23.8% des H

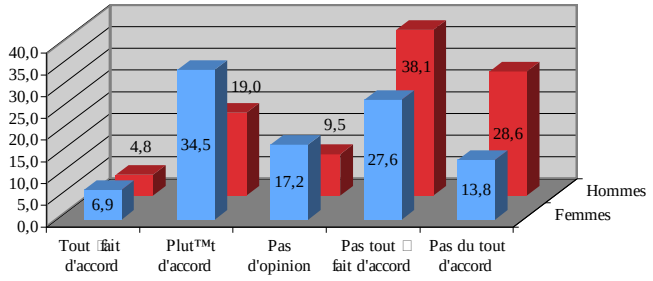
54.5% des DES 1

17.9% des DES 2

61.5% des EC

18.5 % des EF

40% des NE



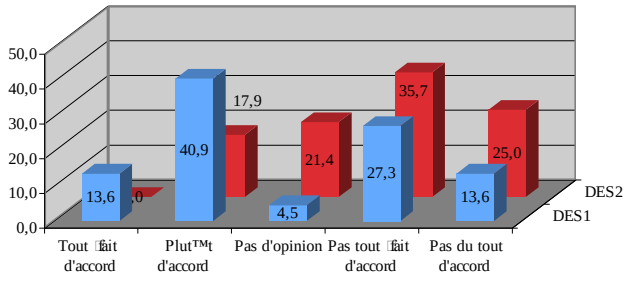
Ne sont pas d'accord :

41.4% des F

66.7% des H

60.7% des DES 2

62,9% des EF

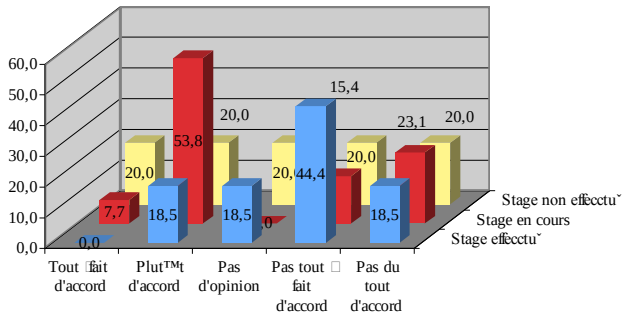


Sont sans opinion :

17.2% des F

21.4% des DES 2

18.5% des EF



II.4. Résultats qualitatifs : commentaires recueillis dans les questions ouvertes

27 étudiants ont écrit des commentaires libres sur les 50 réponses considérées, soit 54% d'entre eux.

II.4.1. L'attitude des conducteurs et des étudiants

La méthode est reconnue comme potentiellement très bénéfique pour l'apprentissage, à condition d'avoir des internes et des formateurs « motivés » pour s'impliquer.

Selon la dynamique du groupe, la séance peut être vécue comme passionnante ou ennuyante.

Selon un étudiant, dans certains groupes, les internes seraient tous « unis contre le GEASP ».

Beaucoup d'étudiants faisant partie des « plutôt satisfaits » voir des « tout à fait satisfaits », attribuent leur contentement au bon fonctionnement du groupe et en particulier à l implication des animateurs. Ceux-ci sont décrits comme sympathiques, avec une certaine « envergure » et surtout compétents en communication.

Les étudiants déclarent beaucoup apprécier qu'ils leur fassent part de leurs expériences personnelles, de la différence ville/hôpital,… ; Ce partage augmenterait la cohésion du groupe et l'investissement des personnes sans pour autant freiner leurs recherches personnelles.

A l'inverse, l'absence d'expertise, un cadre trop rigide et contraignant entraîneraient la démotivation et le désinvestissement d'internes « pas vraiment satisfaits » voir « pas du tout satisfaits ».

Certains étudiants se sentent complètement frustrés par le silence des animateurs, ils ont l'impression de ne pas être accompagnés ni guidés, notamment lorsqu'ils sont dans une impasse.

A l'inverse, un étudiant pense que certains animateurs monopolisent la parole.

Une étudiante s'inquiète de la disparité qu'il existe entre les différents groupes, notamment par rapport à la façon dont ils sont animés et dont l'analyse s'effectue.

Enfin, certains étudiants se déclarent bien plus motivés par leurs maîtres de stage clinique pour leur auto-formation.

II.4.2. Les attentes des étudiants

Nombreux sont les internes de Médecine Générale qui pensent être auto-suffisants, et ce depuis longtemps, pour leur auto-formation. Ils seraient tout à fait aptes à reconnaître leur manque de connaissance et à y remédier. Ils attendent du GEASP ce qu'ils ne pourront obtenir avec la recherche documentaire : un compagnonnage des conducteurs experts qui dévoileraient « leurs trucs et astuces » de la pratique quotidienne.

Une étudiante voit dans le GEASP, le moyen de revaloriser la médecine générale en en faisant une médecine basée sur des références. Aussi, elle ajoute que même s'il n'y a pas forcément de bénéfice immédiat, il est possible qu'un jour une situation travaillée en GEASP pourra lui servir dans sa pratique.

Un autre voit cela comme un « moteur de perfectionnement ».

Un étudiant à l'impression de n'être qu'un « cobaye » servant de faire valoir aux enseignants s'intéressant à la recherche pédagogique !

II.4.3. Les facteurs favorisant l'adhésion au GEASP

L'adhésion au GEASP, sa rentabilité et la perception de son utilité, s'améliorent avec la pratique et surtout avec l'expérience du stage en ambulatoire qui permet la mise en application des connaissances.

Il est plus difficile pour les étudiants en premier semestre de leur 3ème cycle d'en profiter pleinement.

Ils souhaitent, dès le début du DES, bénéficier d'une formation à la recherche documentaire ainsi qu'à la lecture critique, afin de savoir apprécier le niveau de preuve des références.

II.4.4. Le choix de la situation étudiée et des questions de recherches documentaires

Certains étudiants préfèreraient pour une séance donnée, préparer des situations à propos d'un même thème. Cela faciliterait l'organisation de leur formation.

La difficulté à s'investir pour les cas et thèmes des autres est souvent spontanément avancée. La recherche documentaire est vécue comme une contrainte « déresponsabilisante » et sans intérêt lorsqu'elle est imposée, à fortiori lorsque l'étudiant la juge peu pertinente ou plus théorique que pratique.

La recherche obligatoire est peu rentable selon les étudiants lorsque le thème de celle-ci ne les intéresse pas, ils s'y investissent peu et de ce fait n'en retiennent pas grand-chose.

II.4.5. Souhaits et suggestions des étudiants pour améliorer les GEASP

- Réfléchir, avec eux, en début d'année, sur des objectifs prioritaires d'apprentissage.

Tenir à jour une synthèse des recherches documentaires effectuées tout au long de l'année et faire un bilan, à la fin de celle-ci, comparant les objectifs initiaux et leur réalisation effective.

Une personne a, par exemple, suggéré d'étudier plus de situations en rapport avec la thérapeutique et la iatrogénie.

-Mettre en oeuvre une évaluation des étudiants et moniteurs en milieu et fin d'année.

-Permettre plus de flexibilité, de souplesse et de convivialité afin de gommer le coté décrit par un étudiant comme « scolaire et infantilisant », difficile à accepter en troisième cycle, tout en respectant les règles de fonctionnement reconnues nécessaires.

- Etudier plusieurs situations lors d'une séance. Des étudiants pensent qu'il est dommage de se limiter à l'étude approfondie d'une situation unique et suggèrent une analyse plus rapide de plusieurs situations en prenant exemple sur les groupes de pairs.

II.4.6. Autres méthodes d'apprentissage souhaitées

Un étudiant pense qu'il serait plus intéressant de travailler sur des dossiers cliniques du type « préparation à l'ECN », qui cibleraient l'essentiel d'une question en une séance, plutôt que de travailler sur des situations jugées inexploitables par leur imprécision et/ou non transposables à la pratique quotidienne de la médecine générale.

Un autre préférerait participer à des groupes de pairs avec la liberté pour chacun de faire la recherche documentaire qui l'intéresse.

Enfin, une personne souhaiterait revenir à des cours plus magistraux et formels basés sur les conférences de consensus.

II.4.7. Problèmes organisationnels

Des étudiants signalent une incompatibilité entre les horaires des séances de GEASP et les exigences de certains services hospitaliers ou des tableaux de garde. Par exemple, quelques uns ont signalé avoir été dans l'impossibilité d'assister à une séance de GEASP pour cause de garde dont ils n'avaient pu modifier la date ou de chef de service peu compréhensif ne les libérant pas à temps.

La charge de travail d'un interne de médecine générale dans certains stages est parfois ressentie comme trop lourde pour pouvoir réaliser correctement le travail supplémentaire exigé par les GEASP.

DISCUSSION

I. DISCUSSION DE LA METHODE

I.1. Le questionnaire

I.1.1. Elaboration d'un questionnaire adapté

Lors des sessions expérimentales, la satisfaction et l'opinion des étudiants avaient déjà été sondées à plusieurs reprises. D'abord avec les questionnaires quantitatifs papiers dont le résultat fut peu contributif compte tenu du faible taux de réponses des étudiants, puis avec les focus group où l'objectif était de réaliser un recueil qualitatif.
Mais à ce jour, l'opinion des étudiants pour lesquels le GEASP fait partie intégrante du DES, n'avait pas encore fait l'objet d'une évaluation.

Toutes les questions ont volontairement été inspirées de l'analyse des données des focus group afin de recueillir l'opinion des étudiants sur des points qui les préoccupent. Les réalisateurs se sont aussi aidés du travail de Mme BRUN pour que cet outil soit le plus efficace possible. En effet, l'élaboration d'un questionnaire obéit à certains principes. Voici ceux qui ont été appliqués pour la réalisation de celui-ci.

La longueur du questionnaire doit être un compromis entre un questionnaire trop court qui ne rapporterait pas suffisamment d'informations et un questionnaire trop long qui découragerait les personnes interrogées et risquerait d'augmenter le taux de non-réponses.

Il doit être introduit par un paragraphe destiné à vaincre les réticences des répondants devant l'effort à fournir. Celui-ci doit être clair, bref, et préciser la finalité de l'enquête et les raisons pour lesquelles il est important de répondre (ici amélioration du dispositif devant profiter aux internes de médecine générale actuels et futurs). La garantie d'anonymat des répondeurs doit aussi y être mentionnée.

Les questions d'identifications, dans la mesure où les étudiants sont habitués à donner ce type de renseignement, ont été placées en début de questionnaire. Elles ont permis de répartir les enquêtés en sous groupes selon leurs caractéristiques.

Les questions doivent être neutres, c'est-à-dire ne pas suggérer la réponse, n'évoquer qu'une seule idée par proposition et paraître s'enchaîner de façon logique, du général vers le particulier. Les questions ont été regroupées par thèmes.

Pour les questions de satisfaction, des questions fermées affirmatives (l'affirmation simplifie l'interprétation des désaccords) ont été formulées. Elles ont l'avantage de faciliter, pour le répondant, les réponses (elles peuvent être nombreuses puisque étant pré-établies, le temps qu'elles nécessitent pour répondre est court) et pour l'instigateur du questionnaire, le dépouillement. Elles entraînent néanmoins une perte d'informations.

L'échelle de Likert mesurant le degré d'accord avec une proposition affirmative, de la désapprobation totale à l'approbation totale, a été transposée. Elle se compose de 4 propositions (5 avec le sans opinion) afin d'équilibrer les modalités de réponses positives et négatives et de répartir les degrés de l'échelle de réponse selon un continuum incluant des réponses extrêmes (désaccord et accord total) et des réponses modérées (désaccord et accord partiels).

Enfin, des questions ouvertes ont été insérées pour permettre aux étudiants d'exprimer tout ce qu'ils souhaitaient (21).

I.1.2. Administration du questionnaire et recueil des données

Plusieurs arguments m'ont décidé à mettre le questionnaire en ligne : tout d'abord, le concept me paraissait original puisque jusque là le recueil des opinions s'était opéré par des questionnaires papiers ou des entretiens. Je pensais que cette méthode me faciliterait la distribution et la récupération des réponses avec un important gain de temps par rapport à un support papier classique, ce qui est plus ou moins vrai au final, nous le verrons plus tard. Enfin, je trouvais cette idée plus appropriée aux étudiants : j'ai raisonné par rapport à mon entourage et moi-même. Je pense que si j'avais été à leur place j'aurai été plus attirée par l'internet et son coté pratique et rapide que par un support papier, aujourd'hui tout ou presque se faisant par ordinateur… De plus, j'espérais ne pas reproduire l'échec des grilles d'évaluation papiers de la première évaluation dont le nombre de retour avait été insuffisant.

Avec le recul, je pense que c'était une bonne idée et je ne regrette pas mon choix.

Mais pour ce qui est du gain de temps, je pense que même si il est réel, il n'est pas remarquable.

Pour l'administration seule, si on considère le temps qu'il m'a fallu pour envoyer le message expliquant ma démarche, le but de mon travail et le lien sur lequel cliquer, ceci est relativement rapide et facile.

Mais avant cela il a fallu, d'une part créer un fichier html, c'est-à-dire accessible sur internet, faisant du questionnaire une page web, mais surtout le transposer en fichier PHP, afin

que les étudiants puissent répondre directement aux questions et que leur réponses soient automatiquement transférées sur un compte administrateur PHP. J'étais novice en la matière et ai eu la chance de pouvoir être aidée par des personnes plus expérimentées. Néanmoins cela prend un temps bien plus conséquent que la simple distribution de photocopies.

En revanche, le recueil des données et la tansposition en fichiers Excel est presque automatique et m'ont évitée de les exporter moi-même pour chaque individu, du papier sur l'informatique.

Pour recueillir ces 50 réponses, j'ai dû relancer la plupart des étudiants plusieurs fois puisque à la fin du délai initial annoncé, je n'avais que 18 réponses. Je le faisais dans la journée afin de ne pas paraître inopportune ; en conséquence, beaucoup d'étudiants, certainement sincères et motivés lorsqu'ils m'assuraient répondre dans les plus brefs délais, oubliaient de le faire une fois rentrer chez eux après une longue journée de travail.

Pour une prochaine enquête, on peut envisager une distribution directe, à chacun d'entre eux, en fin de séance, d'un questionnaire papier anonyme en demandant de le remplir pour la séance d'après. En théorie, les obstacles discutés précédemment évités, le taux de réponses pourrait être supérieur. Mais si des étudiants sont absents à l'une ou l'autre des séances d'administration ou de recueil du questionnaire ou tout simplement oubli la demande, il faudra attendre le mois suivant, voir les mois suivants. Pour avoir des réponses de qualité et fiables on ne peut envisager de les contraindre à répondre immédiatement, ils seraient trop tentés de « bâcler » leurs réponses. Une autre alternative pour un recueil des réponses de qualité pourrait être l'administration du questionnaire par téléphone avec interview directe des étudiants.

La réponse en ligne, lors d'un moment choisi par l'étudiant, où il peut prendre son temps, me paraît néanmoins être un compromis satisfaisant.

I.1.3. Les défauts de rédaction du questionnaire

-Intitulés des différents degrés d'approbation possibles aux questions posées

L'intitulé « pas tout à fait d'accord» n'était peut être pas vraiment approprié, pouvant être confondu avec « plutôt d'accord », néanmoins je ne pense pas que cela ait eu une incidence sur les réponses des étudiants car la disposition des possibilités selon une échelle d'accord de type Likert plaçait le « pas tout à fait d'accord» du coté du désaccord. C'est lors de la représentation en forme de camembert que cela m'est apparu.

-difficultés de compréhension des items

92% des étudiants n'ont pas déclaré avoir eu des difficultés de compréhension du questionnaire. Deux étudiants n'ont pas répondu. Quatre étudiants, soit 8%, ont en eu. Pour trois d'entre eux c'est la question 18 (« concernant la prise en charge des patients, les GEASP m'ont aidé(e) à formaliser des stratégies de prises en charge en fonction des références ») qui a posé problème.

Les répondeurs au test de faisabilité ne l'avaient pas relevée. Les étudiants n'ont pas précisé ce qui était difficile à comprendre mais cette question pourrait éventuellement être reformulée de la sorte : « concernant la prise en charge des patients, les GEASP m'ont aidé(e) à établir des stratégies de prises en charge en fonction des références professionnelles disponibles»

Un autre étudiant a hésité pour indiquer le « nombre de séances de GEASP suivies », il ne comprenait pas s'il fallait répondre par an ou depuis le début du DES. Nous pourrions rajouter « depuis le début du DES » car il serait dommage d'avoir une fausse appréciation par mauvaise compréhension. Cela n'a pas été le cas dans l'étude car son année d'étude déclarée confirmait qu'il avait tout de même compris la question dans le sens souhaité

Les répondants ne l'ont pas mentionné, mais l'item « année d'étude » portait à confusion. Il y avait trois possibilités : DES 1, 2 ou 3 (car le même questionnaire a été envoyé pour les anciens et actuels geaspeurs), sans qu'il soit précisé s'il était question de l'année qui venait de s'écouler ou celle à venir ; pour les réponses DES 1 et DES 3, il n'y avait pas d'ambiguïté mais pour les DES 2, j'ai déduit l'année avec le nombre de séances de GEASP suivies (si l'interne de médecine générale déclarait avoir participé à moins de 10 séances, il était considéré en DES 1, dans le cas contraire en DES 2). Pour qu'il ne puisse plus y avoir d'hésitation nous pourrions proposer une identification par semestre en cours (S1, S2, …, S6).

Lors du test de faisabilité, aucune personne n'a mentionné de difficultés de compréhension du questionnaire, mais l'échantillon était faible et l'implication des répondants peut être aussi.

I.1.4. Problèmes et obstacles liés à l'informatisation du support

-Même si de nos jours, l'accès à l'internet est presque partout, je n'avais pas prévu que certains étudiants auraient des difficultés dans ce domaine. Certains n'ont consulté que tardivement leur messagerie, ou n'ont jamais eu mon courriel (leur boîte de réception le

rejetait automatiquement), d'autres n'ont pas pu accéder à l'internet pendant longtemps et ont donc beaucoup tardé à répondre).

-En analysant les réponses, j'ai constaté par deux fois des réponses doubles. Je n'avais pas pensé à la possibilité pour les étudiants de répondre plusieurs fois et il me paraît difficile de pallier à cela de façon simple, tout en respectant l'anonymat, au niveau du questionnaire en ligne. En revanche l'analyse des résultats permet d'éliminer les copies.

Il est certain que si un étudiant veut répondre plusieurs fois, avec des réponses différentes, sans envoyer l'accusé de réponse me signalant celles-ci, les résultats seront biaisés sans qu'il ne soit détecté.

I.2. Le test de faisabilité

Son objectif était de procéder à une modification de la forme et/ou de la formulation des questions afin que le questionnaire soit le plus exploitable possible pour les geaspeurs actuels et ce, en fonction d'éventuelles remarques constructives de la part des anciens geaspeurs.

Il était aussi intéressant de connaître le temps de réalisation moyen pour en informer les futurs répondants lors de mon courriel.

Je n'ai pas analysé les réponses au questionnaire proprement dit du fait de résultats non significatifs (échantillonnage minime) et possiblement biaisés par le contexte différent de l'époque (premières expérimentations de la méthode, non obligatoires et non validantes…)

II. DISCUSSION DES RESULTATS

II.1. Significativité

Compte tenu de la taille peu importante de la population étudiée dans ce travail, les résultats pour la grande majorité ne sont pas significatifs. Mais il y a des tendances intéressantes à remarquer qui pourront ou non se confirmer en renouvelant l'administration du questionnaire chaque année.

II.2. Présentation des résultats

Le recueil des données et leur analyse ont généré de nombreux résultats. D'une part parce que le questionnaire en lui-même comportait beaucoup de questions et d'autre part parce que de nombreuses données ont été croisées en fonction des caractéristiques des répondants.

Pour chaque question de satisfaction les résultats ont été croisés avec le sexe, l'année d'étude et la réalisation effective, en cours ou à venir du stage chez le praticien.

J'ai rarement évoqué les proportions des différentes catégories (par exemple, femmes, hommes, étudiants en cours de stage…) pour les différents items car les effectifs étant très hétérogènes et l'interprétation des résultats n'est pas contributive.

Pour les résultats quantitatifs j'ai très souvent choisi la représentation graphique. Elle me semble plus parlante et moins lourde qu'une liste de pourcentage. Elle permet également d'exprimer de nombreuses données sur un même graphe.

Pour de nombreuses questions, en particulier celles de satisfaction, parallèlement à la représentation graphique j'ai signalé des pourcentages regroupant les catégories : « tout à fait d'accord » avec « plutôt d'accord » ainsi que « pas du tout d'accord » avec « plutôt pas d'accord ». Ce rassemblement d'accord/pas d'accord m'a paru faciliter l'approche des résultats.

Lorsque j'exprime les résultats chiffrés du questionnaire, à l'exception du taux de réponse, je considère « les étudiants » comme les étudiants ayant répondu. Je ne peux en effet discuter l'avis de ceux n'ayant pas répondu.

Pour les réponses aux questions ouvertes, je les ai examinées puis classées selon le ou les thèmes abordés, puis transcrites. J'ai souvent été amenée à faire des synthèses de commentaires du fait de la redondance d'un certain nombre d'entre eux.

II.3. Les résultats quantitatifs

II.3.1. Le taux de réponses

50 étudiants sur les 61 sollicités ont répondu au questionnaire, soit 82%, après plusieurs sollicitations.

Finalement, ce taux est très satisfaisant mais le jour de la fin présumée du recueil des données j'avais seulement 18 réponses dont 15 avec confirmation de réponse, sur les 61 étudiants sollicités.

Trois étudiants avaient répondu mais ne l'avaient pas signalé par l' « accusé de réponse ».

Ce manque de réponse provenait dans la majorité des cas simplement d'un oubli ou d'un manque de disponibilité.

Pour augmenter le nombre de réponses, j'ai communiqué, à plusieurs reprises et par différents moyens, à propos de mon projet, que ce soit par internet ou par téléphone. Lorsque les adresses ou les numéros de téléphone étaient incorrects, j'ai obtenu des coordonnées fiables par l'intermédiaire d'autres étudiants.

J'ai fait de nombreuses relances téléphoniques et par courriels.

Même s'il y a des étudiants que je n'ai jamais réussi à joindre directement, je pense que tous les étudiants concernés ont eu connaissance de l'enquête et du questionnaire.

Tous ceux avec lesquels j'ai eu un contact m'ont répondue.

Les taux de réponse des deux promotions sont similaires, respectivement (81.5% en première année et 82.3% en deuxième année)

En revanche les hommes se sont plus impliqués dans l'étude (91.3%)

Plusieurs questions peuvent être soulevées pour expliquer cela :

-Les hommes seraient-ils plus à l'aise avec l'informatique que les femmes ? Devoir répondre en ligne a peut être freiné certaines d'entre elles, expliquant leur taux de réponses plus faible (76.3%).

-Les hommes seraient-ils plus revendicateurs à propos de leur formation que les femmes ?

- Minoritaires en médecine générale (37.7%) et moins satisfaits par cette nouvelle méthode d'apprentissage que les femmes, les hommes auraient-ils saisi cette occasion pour faire entendre leur insatisfaction ?

II.3.2. Les caractéristiques des répondants

La population des internes de médecine générale est plutôt féminine (62.3%), ce qui explique que malgré un taux de réponse plus faible (76.3% contre 91.3%), 58% des répondants de l'étude sont des répondantes.

On assiste à une féminisation de la population des étudiants en médecine en générale et donc aussi de celle des praticiens. En 2005, 35.8% des omnipraticiens sont des femmes (contre 10% en 1962). Dans certaines facultés de médecine, le taux d'étudiantes était de 64 % et pour la troisième année consécutive, 53.2% des nouveaux inscrits à l'Ordre des médecins sont des femmes.

La proportion de femmes est d'autant plus élevée que les classes d'âge sont jeunes, avec une majorité de femmes dans les effectifs médicaux de moins de 40 ans (54%). La proportion de femmes choisissant la médecine générale comme spécialité tend à s'élever depuis une dizaine d'années (22), (23).

La féminisation de la médecine générale pose problème en terme d'organisation de la profession du fait de leur activité moyenne plus faible : elle est égale à 70% de celle des hommes (les femmes ayant une activité à temps plein travaillent en moyenne de dix heures de moins que les hommes et 25% d'entre elles sont à temps partiel, soit environ 28 h par semaine) (23).

L'âge des étudiants en première et seconde année de DES de médecine générale va de 25 à 31 ans, avec une majorité autour de 25-26 ans. Cette disparité s'explique par les parcours variés des étudiants en médecine qui ont parfois démarré un autre cursus avant d'intégrer la faculté de Médecine, ou doublé une année de PCEM et/ou DCEM, ou pris une année sabbatique ou encore repassé l'ECN.

Parmi les répondants, 56% des étudiants sont en DES 2 et 44% en DES 1.

Le taux de réponses est comparable mais les étudiants sont plus nombreux en seconde qu'en première année. Compte tenu de l'inclusion de résidents de médecine générale dans la catégorie DES 2.

Je savais que les étudiants niçois n'avaient pas pratiqué de GEASP durant leur DCEM, mais je voulais savoir si les facultés dont été originaires certains étudiants avaient mis en place des méthodes similaires de travail. 24% des étudiants ont déclaré avoir eu accès aux apprentissages en groupe avant leur troisième cycle, sous forme d'ARC (apprentissage au raisonnement clinique) principalement.

Certains étudiants ont signalé les conférences de préparation à l'internat que je ne considère pas comme faisant partie des méthodes d'apprentissage en groupe. Aucun n'a mentionné le GEASP.

Par rapport au nombre de séances de GEASP suivies, à priori, les étudiants de DES 1 auraient du répondre 10 et les DES 2 20.

Certains étudiants ont été absents pour des raisons personnelles et un autre a probablement changé de groupe en cours de semestre (d'où la réponse 21).

La médecine générale est un choix et non une solution de repli pour la plupart des répondants : 68% envisageaient déjà le DES de Médecine Générale avant de passer l'ECN, 86% après (6 étudiants, soit 12% n'ont pas répondu à ces deux questions).

Avant l'ECN, nombreux étaient les étudiants se présentant de façon systématique au concours de l'internat sans avoir d'autre but que d'être qualifiés d'interne de spécialité, au moins en partie pour ne pas risquer d'être assimilés à des étudiants peu motivés optant pour la facilité.

Avec l'ECN, la médecine générale est devenue une spécialité à part entière et de nombreux étudiants le préparent afin de pouvoir exercer cette spécialité dans la ville qu'ils souhaitent.

Néanmoins, si on s'attarde sur les chiffres de l'ECN 2005, on constate que 40% des postes de médecine générale n'ont pas été pourvus. Ce phénomène est propre à la médecine générale, en effet, les places des autres spécialités ont toutes été prises (23).

Pour lutter contre cette inquiétante désaffection, il est urgent et primordial de faire connaître et de promouvoir la médecine générale en deuxième cycle des études médicales.

44% des étudiants envisagent au moins un DESC. On peut donc en déduire que presque 50% d'entre eux envisagent pratiquer un exercice professionnel mixte. 66% d'entre eux n'envisageaient pas de DESC, au moment de l'enquête.

Une tendance intéressante est à noter, même si elle n'est pas significative compte tenu du faible effectif de l'échantillon : les étudiants n'ayant pas encore effectué leur stage ambulatoire envisagent à 50% un DESC, contre seulement 20% de ceux l'ayant fait.

L'installation future des internes de médecine générale est un sujet épineux. En effet, la démographie médicale est inquiétante. Actuellement, de nombreux médecins généralistes en milieu rural partent en retraite et ne sont pas remplacés. L'avenir n'est pas prometteur d'une part, parce qu'un nombre très important d'omnipraticiens est proche de la cessation d'activité et que les effectifs prévus pour les remplacer sont largement insuffisants et d'autre part, de moins en moins de jeunes médecins généralistes souhaitent s'installer dés la fin de leur cursus. Entre 30 et 34 ans, la majorité des jeunes médecins généralistes ont une activité de remplaçant, une minorité d'entre eux s'installe. L'âge moyen d'installation des médecins

généralistes augmente progressivement, il est actuellement supérieur à 35 ans (31 ans dans les années 1980, 35 ans en 2001) (24).
Dd'ici à 2025, il devrait y avoir une baisse de 17% des effectifs dans le secteur libéral (cette baisse serait de l'ordre de 10% pour l'ensemble des médecins) (23).

L'installation et ses contraintes tant administratives que de gestion du temps de travail, sont redoutées par les jeunes médecins. Les remplacements en cabinet libéral permettent un travail aménagé en termes de calendrier avec des charges financières moindres.
74% des futurs médecins généralistes niçois ayant répondu au questionnaire déclarent ne pas vouloir s'installer dés la fin de leur cursus.

Il est intéressant de noter que les étudiants en stage chez le praticien durant l'étude souhaitaient à 46.2% une installation immédiate, contre seulement 20% des étudiants n'ayant pas débuté ce stage et 18.5% de ceux l'ayant déjà effectué. De même que dans les 5 ans, ces mêmes étudiants veulent à 76.9% s'installer contre 50% des étudiants n'ayant pas été en stage ambulatoire et 59.3% de ceux l'ayant terminé.

Le stage ambulatoire semblerait donner envie aux futurs médecins généralistes de s'installer, au moins temporairement.

Près d'un tiers (32%) des étudiants qui ne se prononcent pas.

Il n'y a pas de différence remarquable selon le sexe ou l'année d'étude concernant les projets d'installation future.

II.3.3. La satisfaction générale par rapport au GEASP

Globalement, une faible majorité (56%) seulement des répondants est satisfaite.

J'ai questionné quelques-uns de mes collègues ayant bénéficié comme moi, pendant les 3 années de résidanat, d'un enseignement de la médecine générale basé sur les cours du soir et les séminaires. Le taux de satisfaction semble être inférieur à 10%. Cette information est donnée uniquement à titre indicatif (ce mini sondage n'a rien de significatif compte tenu du faible effectif interrogé et de l'absence de formalisation de mon enquête), mais tend à montrer que le taux de satisfaction globale de l'étude n'est pas si décevant. De plus, ce taux faiblement positif peut ne pas exprimer le rejet d'une méthode jugée non satisfaisante par les étudiants, mais plutôt une expression de leur désir de modifications, d'aménagements de la méthode.

Les moins satisfaits sont les DES 2(47% contre 68% des DES 1), les hommes (48% contre 62% des femmes), et les étudiants n'ayant pas effectués de stage en ville (50% contre des 52% des étudiants l'ayant terminé et 69% de ceux ne l'ayant pas encore commencé).

Cette disparité de satisfaction existe presque pour chaque question, et ce dans la même configuration. Lorsque celle-ci diffère, je le signale dans le texte.

Les hommes sont globalement moins satisfaits par cette méthode qui est basée sur le questionnement et l'explicitation. Les femmes seraient elles plus à l'aise lorsqu'il s'agit de mettre en mots leur pratique et les questions qui en découlent ?

La différence d'adhésion aux GEASP entre les internes de première et de deuxième année de médecine générale n'est pas significative, mais il est intéressant d'envisager les hypothèses qui pourraient expliquer cette tendance.

La première hypothèse à considérer, serait que lors de la première année du DES, les étudiants sont enthousiasmés par ce nouveau contexte d'apprentissage qui leur apparaît innovant et convivial. Puis ils seraient déçus par la méthode (s'attendant à d'autres formes de travail de groupe d'analyse tels que les groupes de pairs, …) ou bien par la non réponse à leurs attentes (demande d'expertise, d'échanges avec les enseignants) ou par un rapport bénéfice/charge de travail exigée défavorable.

La seconde hypothèse à envisager, serait que les étudiants auraient, à leur insu, gagné en autonomie grâce aux séances de la première année, mais n'attribueraient pas cette progression au GEASP. Ils sont plus autonomes en seconde année et, considèrent qu'ils ont, au moins en partie, spontanément acquis cette indépendance.

La troisième hypothèse, serait que le dispositif se rode progressivement et que les internes considérés en DES 1 lors de l'enquête bénéficient de l'expérience et des améliorations du GEASP niçois.

Enfin, la quatrième hypothèse, serait qu'en DES 2, les étudiants changent de conducteur ce qui perturbent la dynamique de groupe qui doit retrouver son équilibre.

Si on analyse plus précisément les réponses, notamment par rapport à l'année d'étude et au sexe, les hommes ne sont pas toujours moins satisfaits que les femmes ; de même que les DES 2 ne sont pas forcément moins satisfaits que les DES 1.

En effet, par exemple :

En DES 1, les femmes sont satisfaites à 71.4% et les hommes à 38.5%.

En DES 2, les femmes sont satisfaites à 53.3% et les hommes à 62.5%.

En DES 1, les réponses proviennent à 63.6% des femmes et à 46.4% des hommes.

En DES 2, 73.6% des réponses sont féminines et 36.4% masculines.

Donc, en DES 1 les femmes sont les plus satisfaites et en DES 2 ce sont les hommes. Le pourcentage de satisfaits est plus faible en DES 2 car les femmes sont moins satisfaites qu'en DES 1 où elles sont, en plus, proportionnellement plus nombreuses à répondre.

Je ne détaillerai pas toutes les données du questionnaire de cette manière, mais je souhaitais démontrer par cet exemple qu'il y a certes des différences de satisfaction selon les catégories considérées, qui de plus sont récurrentes, mais on ne peut en conclure que des tendances.

Il est intéressant de noter que 69% des étudiants en cours de stage chez le praticien de ville sont satisfaits par les GEASP contre 52% de ceux l'ayant déjà effectué et 50% de ceux ne l'ayant pas encore effectué.

Encore une fois ce résultat n'est pas significatif mais cet effet de la pratique de ville est encourageant et signifie peut être qu'une des causes de l'insatisfaction des étudiants est ce décalage majeur entre la pratique hospitalière et la médecine de ville. La majorité des étudiants ne côtoie la médecine extrahospitalière que lors d'un seul semestre (seuls 30% d'entre eux réalisent aussi un stage SASPAS (Stage Ambulatoire en Soins Primaires en Autonomie Supervisée), car le nombre de postes est limité). Les cinq autres semestres de stage s'effectuent à l'hôpital. Ils ont donc peu d'occasions pour réaliser l'intérêt d'analyser de façon globale des situations qu'ils connaissent et maîtrisent peu.

Le stage ambulatoire est bien plus favorable à cette prise de conscience avec la contextualisation des apprentissages qui s'y opère. Malheureusement il semblerait que l'effet s'estompe lors du retour en milieu hospitalier : comme exposé précédemment, la satisfaction globale par rapport aux GEASP des étudiants ayant validé leur stage chez le praticien est à peine légèrement plus importante que celle des étudiants ne l'ayant pas débuté (respectivement 52% et 50%).

Le seul résultat significatif et remarquable de cette étude est que 81.8% des étudiants originaires d'une autre faculté sont satisfaits par les GEASP contre seulement 48.7% des niçois.

Deux des trois étudiants tout à fait satisfaits ne sont pas issus du DCEM niçois.

Est-ce l'effet « sud de la France » ou, plus sérieusement peut-on supposer que les étudiants niçois s'adaptent plus difficilement au changement radical qui leur est imposé entre, d'une part, les stratégies d'enseignement du DCEM, centrées sur l'acquisition de certaines

connaissances et de la préparation à l'ECN et, d'autre part, les méthodes d'apprentissage actuelles du TCEM, centrées sur la mobilisation et la mise en œuvre de connaissances et de compétences pour gérer les problèmes de santé des patients ?

II.3.4. La satisfaction détaillée par rapport au GEASP

a) Par rapport aux **grilles** utilisées lors des séances de GEASP

Dans ce qui suit, le texte en gras correspond aux items du questionnaire.

Elles sont considérées comme des outils efficaces pour la synthèse de leur travail par seulement 42% des étudiants. La même proportion ne le pense pas et 16% des étudiants sont sans opinion (jusqu'à 38.5% des étudiants en cours de stage). Cette question est la seule à laquelle les étudiants en cours de stage chez le praticien ont un taux de réponses positives inférieur aux répondants l'ayant terminé). Il serait donc intéressant de les réviser, en collaboration avec les étudiants, afin de les rendre plus pertinentes pour eux tout en restant adaptées au dispositif.

b) Par rapport à **la communication** avec les patients :

Les étudiants n'ont pas l'impression que les GEASP les ont aidés à **solliciter la participation des patients dans les décisions qui les concernent** (52%) ni à leur **expliquer leur prise en charge** (54%). Lors des séances d'analyse de situation, les problèmes posés ont souvent rapport avec les connaissances. Le domaine plus abstrait de la communication voir de la relation au patient est plus rarement abordé. Naturellement nous avons tendance à nous préoccuper de ce qui nous paraît le plus important et le plus urgent mais aussi de ce que l'on appréhende le mieux. S'il devait y avoir un choix entre une bonne prise en charge bio-médicale et une bonne relation médecin-malade, la plupart d'entre nous privilégieraient la première solution. Certes, on doit pouvoir arriver à satisfaire aux deux, mais en attendant nous favorisons spontanément la qualité des connaissances. On peut envisager qu'à terme, lorsque les connaissances seront solides, les futurs médecins se tourneront d'eux-mêmes vers l'amélioration de leur communication avec leurs patients, en attendant il peut leur être suggéré de proposer à l'analyse, des situations ayant posé des problèmes de communication ou que les conducteurs verbalisent ce fait, lors de l'analyse du déroulé de séance.

44% des répondants pensent que les GEASP les ont aidé à **envisager plusieurs solutions de prise en charge face à une situation donnée** en fonction du contexte et/ou du patient.

Les hommes peuvent paraître plus convaincus que les femmes (respectivement : 52.4% et 37.9%). En fait, tous les hommes ont une opinion alors que 27.6% des femmes n'en ont pas. Au final, 47.6% des hommes réfutent cette idée contre 34.5% des femmes. La tendance n'est donc pas inversée pour cette question.

La communication avec les patients, permettant de faire émerger des possibilités différentes de gérer des situations en fonction des préférences du patient ou de son contexte de vie, n'est pas au premier plan lors des stages hospitaliers. D'autre part, le fonctionnement particulier de la médecine hospitalière, à fortiori dans les services très spécialisés, fait que les internes, et en particulier ceux de médecine générale, ne participent qu'exceptionnellement à la prise de décisions concernant la prise en charge. Il leur est par conséquent impossible d'y faire participer leurs patients.

Une majorité des étudiants en cours de stage (respectivement 53.9%, 61.5% et 53.9% pour les trois items) pensent que la méthode des GEASP les a aidés à expliquer aux patients les différentes actions possibles et à les faire participer à leur prise en charge, puisqu'en ville la décision unilatérale de l'omnipraticien est rare et que les maîtres de stage doivent initier leurs stagiaires à cette manière de pratiquer.

Néanmoins, le bénéfice du stage ambulatoire semble disparaître une fois celui-ci terminé, voir s'inverserait … (les répondants ayant terminé le stage de premier niveau réfutent à 62.9% (contre 40% des répondants ne l'ayant pas débuté) avoir été aidés par les GEASP pour faire participer les patients aux décisions les concernant, à 62.9% (contre 50% des répondants ne l'ayant pas débuté) avoir été aidé par les GEASP pour expliquer aux patients leur prise en charge et à 44.4% (contre 30% des répondants ne l'ayant pas débuté) avoir été aidé par les GEASP pour envisager plusieurs solutions de prise en charge en fonction du contexte et/ou du patient). Les étudiants ayant validé leur stage ambulatoire paraissent moins satisfaits que ceux ne l'ayant pas effectué.

c) Par rapport à la formation professionnelle :

62% des étudiants pensent que le GEASP est une **méthode favorisant la formation médicale.**

Une fois encore, les plus satisfaits sont les femmes (72.4%), les DES 1 (57.1%) et les étudiants en cours de stage (76.9%). Mais de façon globale, plus d'un tiers des étudiants ne le pensent pas et probablement ne s'y investissent donc pas suffisamment pour que le dispositif leur soit efficace. Il serait intéressant de pouvoir échanger avec eux afin de comprendre ce qu'ils attendent de leur enseignement de troisième cycle et de pouvoir argumenter les vertus du GEASP (vertus présumées il est vrai puisque je n'ai pas trouvé, ni dans la bibliographie, ni en interrogeant les professionnels, d'enquêtes significatives les évaluant) de façon formelle.

Seulement 52% des étudiants pensent s'être **davantage impliqués** dans leur formation grâce à cette nouvelle méthode d'apprentissage. 52.4% des hommes ne le pensent pas, ce résultat n'étant pas étonnant compte tenu de l'adhésion moindre des hommes à ce principe. 62.1% des femmes et 61.6% des étudiants en cours de stage, en revanche, en sont convaincus. Pour ces derniers côtoyant quotidiennement des situations proches de celles analysées en GEASP, on comprend que le taux d'accord soit plus important. Toutefois, il n'est pas aussi important que l'on pourrait s'y attendre.

Les objectifs des GEASE, et maintenant des GEASP sont : développer le savoir-analyser et le savoir-mobiliser (ses connaissances), pousser chacun à la limite de ses connaissances pour le rendre avide de nouveaux apprentissages, tout en l'accompagnant vers l'autonomie afin qu'il réalise spontanément cette démarche et puisse trouver et assimiler seul ses nouveaux savoirs (13).

Pour mesurer l'efficacité des GEASP niçois sur l'acquisition de cette indépendance, il a été demandé aux étudiants s'ils pensaient que les GEASP les aidaient à **identifier leurs besoins en formation** ; 68% ont répondu positivement avec 84.6% des internes en cours de stage chez le praticien. Ce résultat est satisfaisant, d'une part du fait de l'importance des chiffres mais aussi parce que la majorité des internes n'ayant pas débuté le stage (60%) le pensent également (même si le taux des étudiants en stage chez le praticien en accord avec la proposition est encore une fois bien plus important que pour les étudiants ne connaissant pas la pratique ambulatoire).

Une fois leurs faiblesses identifiées, les étudiants arrivent-ils à **se fixer, grâce aux GEASP, des objectifs d'apprentissage ?**

La majorité d'entre eux **(**60%) a répondu positivement, 14% des répondants sont sans opinion et 42.8% des hommes ne le pensent pas (n'arrivent-ils pas à élaborer des objectifs, ou estiment-ils le faire sans l'aide des GEASP ?). Les femmes, quant à elles, répondent à 75.9% positivement. Les taux de répondants en accord avec cette question, parmi les personnes ayant terminé leur stage ambulatoire de premier niveau (55.5%), parait moins important que celui des étudiants ne l'ayant pas commencé (60%), mais pour les premiers le taux de sans opinion est de 18.5% alors qu'il est nul pour les seconds.

Enfin, les GEASP permettent-ils de **déterminer les moyens à mettre en œuvre pour atteindre ces objectifs ?**

Seulement un peu plus du tiers (36%) des répondants le pensent.

La majorité des hommes est en désaccord (57.1%), les DES 2 le sont à 53.6% et les internes ayant validés leur stage chez le praticien de ville à 55.6%.

Ce n'est pas significatif mais on constate que l'approbation de cette idée est moindre pour ces derniers par rapport à ceux ignorant la pratique ambulatoire.

Le taux de sans opinion est important (20% en moyenne), jusqu'à 46.2% pour les étudiants en cours de stage.

La majorité des étudiants, et à fortiori les internes de deuxième année, sont loin d'être autonomes pour leur apprentissage. Même si cette formation aurait du être effectuée, ou au moins débutée, plus tôt dans le cursus, il est dommage que les GEASP ne puissent les aider à remédier aux faiblesses qu'ils ont pu identifier. Les conducteurs sont probablement eux-mêmes insuffisamment formés dans ce domaine et ne peuvent donc faire profiter les étudiants de leurs capacités pédagogiques à faire identifier les moyens d'atteindre les objectifs d'apprentissage.

Ceci est encore plus inquiétant pour les internes de deuxième année (32.1% seulement ont répondu positivement contre 40.9% des DES 1) qui dans un an, à priori, auront terminé leur formation universitaire et seront des praticiens indépendants.

56% des répondants considèrent que les GEASP les ont aidés à pouvoir **élaborer des stratégies de recherche documentaire.** 16% des étudiants restent sans opinion, mais il n'y a pas de disparité importante entre les différentes catégories de répondants. Il semblerait que de nombreux étudiants ne maîtrisent pas la recherche documentaire en début de DES. Ils émettent le souhait de pouvoir bénéficier d'une formation spécifique dans ce domaine en début de troisième cycle, ainsi que sur le niveau de preuve des études scientifiques. Il est vrai

que jusqu'ici, ils n'ont pas vraiment eu besoin de s'y confronter ; lors des premières années, les cours sont magistraux et suffisants pour réussir les examens de fin d'année, puis la préparation à l'ECN se fait principalement avec des ouvrages de références et ne laisse guère de temps à la recherche documentaire et à la lecture critique.

54% des étudiants ne pensent pas que les GEASP les ont préparé à **la gestion de situations cliniques en stage** (70% des étudiants vierges de pratiques ambulatoires et 38.5% des étudiants en cours de stage) et aucun répondant n'est « tout à fait d'accord ». Cette tendance est logique et attendue. Le stage chez le praticien de ville est le plus approprié pour former les étudiants à gérer la réalité des situations ambulatoires (certains étudiants déclarent même être bien plus motivés par leurs maîtres de stage clinique pour leur auto-formation que par les GEASP). En revanche, il est intéressant de remarquer que malgré tout, 46.2% des étudiants en cours de stage pensent recevoir une aide des GEASP dans ce domaine, contre seulement 20% des étudiants n'ayant travaillé qu'en milieu hospitalier et ne pouvant, de ce fait, réaliser ce qu'est une situation clinique en ville. .

(Les hommes sont ici moins négatifs que les femmes (respectivement 47.6% en désaccord contre 58.6% des femmes), les DES 2 restant moins positifs que les DES 1).

Seulement 46% des répondants considèrent que le GEASP a favorisé leur **acquisition d'une démarche de raisonnement plus formalisée.** Encore une fois, en cours de stage l'avis est plus favorable (61.5%) que s'il n'y en a pas eu (20%). Les DES 2 semblent plus convaincus (46.4%) que les DES 1 (45.5%), probablement parce que comme cela à été mentionné dans les commentaires libres du questionnaire, l'efficience des GEASP se réalise avec le temps et l'expérience, en particulier du stage ambulatoire.

62% des étudiants considèrent avoir été aidés par les GEASP pour **argumenter leurs décisions.** Les femmes le pensent à 72.4% alors que les hommes seulement à 47.6%, probablement par plus grande difficulté pour ces derniers à communiquer. S'interroger sur la justification de ses actions de façon automatique fait partie de la démarche réflexive que se doit d'avoir tout praticien, les hommes font-ils moins cette démarche ou ont-ils simplement du mal à l'expliciter ?

d) Par rapport à la prise en charge des patients :

Une grande majorité (70%) des répondants **s'interrogerait plus systématiquement** sur celle-ci grâce aux GEASP.

Les DES 2 le ressentent naturellement plus que les DES 1 (respectivement 71.4% et 68.2%) du fait de leurs expériences de prise en charge plus nombreuses et variées. A l'inverse 40% des répondants n'ayant pas débuté leur stage de ville ne sont pas d'accord.

60% des étudiants déclarent avoir été aidé par les GEASP pour **construire leurs propres références.** Même si ce résultat n'est pas significatif, la synergie du stage ambulatoire est fort probable : 84.6% des répondants en cours de stage consentent à reconnaître l'aide des GEASP pour construire leurs propres références alors que 70% des étudiants ne l'ayant pas effectué réfutent cette utilité.

La totalité (100%) des répondants en cours de stage ambulatoire conviennent que les GEASP leur ont permis de **baser leur pratique sur des références validées.** De façon globale, 84% des internes de médecine générale approuvent cette notion. Les étudiants ayant terminé leur stage sont faiblement plus en désaccord (11.1%) que ceux ne l'ayant pas débuté (10%).

En revanche, pour ce qui est de **formaliser des stratégies de prise en charge en fonction des références,** les étudiants sont moins satisfaits (en moyenne 66%). Passer de références isolées à une stratégie de prise en charge impliquant plusieurs d'entre elles demande l'acquisition, non seulement du « savoir-mobiliser » aux moments opportuns, mais aussi de compétences résultants de l'intégration complexes de nombreuses connaissances.

Cette question a posé des problèmes de compréhension à 3 étudiants. Pour autant, le taux de sans opinion n'est pas particulièrement élevé (8%).

Les processus impliqués dans la **hiérarchisation des actions de prise en charge** sont encore plus exigeants, car en plus de l'élaboration de stratégies, il faut sélectionner la plus optimale. En moyenne 46% des répondants conviennent de cette proposition, avec une supériorité attendue des étudiants en stage chez le praticien (61.5%). Le taux de sans opinion est relativement important (24%).

Enfin, seulement 28% des répondants considèrent avoir été aidé par les GEASP pour **temporiser avant de décider d'actions secondaires.** 26% sont sans opinion (46.2% pour les étudiants en cours de stage). Cette question est celle qui a retenu le moins de réponses positives.

Les hommes (28.6%) et les DES 2 (28.6%) paraissent le penser un peu plus que les femmes (27.5%) et les DES 1 (27.3%). En réalité les taux de sans opinion de ces derniers sont plus importants et en définitive, 52.4% des hommes et 53.6% des DES 2 sont en désaccord (contre 41.3% des femmes et 36.4% des DES 1)

Il n'y a pas de supériorité du stage en cours par rapport au stage terminé (étudiants en cours de stage (30.8%) et l'ayant terminé (29.6%)), néanmoins, seulement 20% des étudiants n'ayant jamais été confrontés à la pratique de ville sont d'accord avec cette proposition.

Les GEASP sortent les situations de leur réalité et la réflexion se déroule « hors action » et dans un contexte modifié. Il est difficile de s'entraîner à temporiser lors de ces séances, d'une part, parce qu'il faut choisir d'analyser une situation qui soulève le problème de la temporisation et , d'autre part parce que la prise de décision se fera à froid, sans ressentir les éventuelles pressions présentes dans la réalité (famille, urgence,…).

Les étudiants répondent-ils négativement parce qu'ils attribuent l'apprentissage de la temporisation au stage ambulatoire (celui-ci n'agirait donc pas en synergie avec les GEASP puisque moins du tiers des étudiants, quelque soit leur statut vis-à-vis du stage de premier degré, voit les GEASP comme contributifs pour apprendre à temporiser) ou ont-ils l'impression de n'avoir aucune occasion d'appréhender la temporisation ? Si c'est le cas, il parait urgent de réfléchir à la mise en place de moyens pour les accompagner dans cet apprentissage primordial puisque la confrontation à la décision de temporiser est très fréquente en pratique de ville.

e) Par rapport à la remise en cause et la confrontation

Pour 100% des répondants en cours de stage ambulatoire lors de l'enquête, le GEASP a contribué à la **confrontation avec leurs pairs** (dont 46.2% « tout à fait d'accord »). Globalement, une large majorité (86%) des répondants reconnaît cet apport de la méthode. Cette proposition du questionnaire est celle qui a retenu le plus d'avis positif.

L'effet se manifeste d'autant plus avec l'expérience (92.8% des DES 2 contre 77.3% des DES 1) et le stage chez le praticien (88.9% des étudiants ayant terminé leur stage contre 60% de ceux ne l'ayant pas débuté).

Globalement, les répondants considèrent que le GEASP leur a permis de **remettre en cause :**

- leurs connaissances à 74% (aucun étudiant en cours de stage est en désaccord avec cette proposition) ;

- leurs habitudes de pratique à 66% (les DES 2 le pensent à 71.4% contre 59.1% des DES 1, 76.9% des étudiants en cours de stage, 66.7% des étudiants l'ayant validé et 50% de ceux ne l'ayant pas commencé), 14% des répondants restent sans opinion.

- certaines pratiques de leurs formateurs pour 54% d'entre eux (60.7% des DES 2 l'approuvent contre 45.4% des DES 1, ainsi que 76.9% des étudiants en cours de stage, 48.1% des étudiants l'ayant validés et 40% de ceux ne l'ayant pas commencé. 50% de ces derniers étudiants rejettent cette idée).

Les étudiants n'ayant pas encore effectués le stage ambulatoire de premier degré ne peuvent remettre en cause des pratiques qu'ils n'ont pas et qu'ils ne rencontrent pas.

A l'inverse, les étudiants en cours de stage ou l'ayant effectué et les DES 2, de par leurs expériences plus nombreuses, sont plus à même de le réaliser.

Pour synthétiser les informations obtenues par ce travail

Le GEASP apparaît comme une méthode de travail efficace pour l'apprentissage des internes de médecine générale niçois (62% d'étudiants le pensent) entraînant surtout l'apprentissage de références validées (84%), avec identification de ses besoins en formation (68%), établissement d'objectifs d'apprentissage (60%) et élaboration de stratégies de recherche documentaire (56%) pour permettre de construire ses propres références (60%).

Toutefois, seulement 36% des étudiants pensent avoir été aidé par les GEASP pour déterminer les moyens d'obtenir ces objectifs et les enseignants devront s'attacher à trouver des solutions à ce fait.

Il permet la remise en cause de ses connaissances (74%), de ses habitudes de pratique (66%), des habitudes de pratiques de ses formateurs (54%) et de s'interroger plus

systématiquement sur la prise en charge proposée au patient (70%) afin de formaliser des stratégies de prise en charge en accord avec les références (66%).

Il permet de se confronter à ses pairs (86%) et d'apprendre à argumenter ses décisions (62%).

Seulement 52% des étudiants pensent s'impliquer davantage dans leur formation grâce à la méthode du GEASP. Cela pose le problème de la disponibilité qu'ont les internes de médecine générale pour s'investir dans leur formation.

Elle n'est pas reconnue comme bénéfique pour la gestion des situations cliniques en stage (34%), pour l'apprentissage de la communication avec les patients, notamment pour leur expliquer la prise en charge (32%) ou solliciter leur participation aux décisions les concernant (34%). Ceci s'acquiert peut-être une expérience plus importante de GEASP.

46% des étudiants pensent que les GEASP les ont aidé à acquérir une démarche de raisonnement plus formalisée, à hiérarchiser (46%) et à envisager plusieurs solutions de prise en charge en fonction du contexte (44%). Ils ont rarement permis de temporiser par rapport à des actions de seconde intention (28%).

Les grilles utilisées ne sont pertinentes que pour 46% des étudiants. La même proportion pensant le contraire, elles sont donc à revoir avec eux.

Les femmes sont globalement plus satisfaites que les hommes par cette méthode d'apprentissage en groupe, nécessitant « une mise en mots » pour laquelle elles sont souvent plus à l'aise.

Les DES 1 apparaissent également plus satisfaits, sauf pour les effets positifs des GEASP favorisé par l'expérience.

Les étudiants en cours de stage, sauf exception, sont nettement plus satisfaits que les autres. Ils font de la médecine générale et sont donc plus dans une ambiance favorisant l'adhésion à la méthode, ils ont l'occasion de « contextualiser » leurs connaissances ce qui est reconnu comme favorisant leur évolution en compétences (25)
Ils ont peut être aussi plus de temps libre pour s'investir et réfléchir à leur formation que des internes dans des services hospitaliers exigeant une charge de travail importante.

Les étudiants n'ayant pas effectué le stage ambulatoire sont presque toujours, moins satisfaits que les autres.

Les étudiants ayant terminé leur stage sont fréquemment à peine plus satisfaits que les précédents, et proches des premiers lorsqu'il est question de domaines en rapport avec l'expérience et en particulier celle de la médecine générale. C'est ainsi que peut se poser la question du maintien des séances de GEASP uniquement durant le stage chez le praticien.

II.4. Les résultats qualitatifs

Je me propose de discuter les idées énoncées par les étudiants en me référant à des données bibliographiques concernant la recherche pédagogique, les informations sont synthétisées dans un texte figurant en annexe s'intitulant « quelques repères sur la recherche en pédagogie ». (annexe IX).
Ces commentaires ne concernent qu'un peu plus de la moitié des étudiants, en effet 46% des internes n'en ont pas fait.

La majorité des commentaires sont en rapport avec le statut de l'animateur et/ou la qualité du cadre.

Les étudiants non satisfaits pensent que le cadre est trop rigide, que la méthode manque de convivialité et ils sont gênés par le peu d'implication de la part des animateurs. Les étudiants favorables aux GEASP se disent satisfaits grâce à la présence de ces deux derniers éléments et de l'expertise du conducteur.

En étant schématique on pourrait conclure que si les principes fondamentaux des GEASP sont respectés de nombreux étudiants le rejettent, mais il sera très apprécié si l'animateur fait part de ses expériences et abandonne son statut de non-expert.

L'influence, positive ou non, de la dynamique de groupe est ressentie et relatée par les participants.

Je vais développer ces points soulevés par les étudiants.

II.4.1. Concernant le cadre méthodologique

Le cadre est souvent signalé comme trop rigide, mais il peut s'apparenter à des « fondations » : il est indispensable pour pouvoir construire quelque chose et donner un sens à l'effort de chacun, il est rassurant par sa stabilité, que ce soit dans le temps ou en s'appliquant à tous et il fait obstacle au désordre et à l'égarement (26)

Patrick Robo, qui en tant qu'animateur de GFAPP a enquêté sur les facteurs favorisants l'analyse des situations, identifie comme favorables au travail : un cadre invariable avec des règles rigoureuses, un déroulement fixe avec des phases de durée déterminée et constantes, ceci non sans une certaine convivialité (27), (17).

Dans l'enquête de l'IUFM d'Alsace, réalisée par Jaqueline Schwartz et Claude Mouchet animateurs de GEASE, les Professeurs des Ecoles en formation (PE2) participants déclarent que ce sont les contraintes du cadre qui permettent une analyse de qualité (28).

La convivialité et la flexibilité sont largement réclamées par les geaspeurs niçois, qui les conçoivent comme nécessaires, tout en respectant les règles du dispositif.

Patrick Robo s'attache à ce que ses GFAPP soient conviviaux (avec même la possibilité de prendre de petites collations), tout en satisfaisant pleinement le travail d'analyse (7).

Pour ce qui est de la flexibilité, les étudiants n'ont pas été suffisamment explicites pour que je puisse envisager leurs desseins avec certitude. Je dirai, qu'une certaine flexibilité est possible à condition qu'elle ne déroge pas aux règles fondamentales du GEASP, de plus les travaux ci-dessus soulignent l'importance de la rigueur et du respect du cadre méthodologique, facteurs favorisants la qualité de l'analyse (17) (27) (28).

Dans les GEASE et les GAPP, les étudiants jouissent, d'une part d'une liberté d'implication et, d'autre part, de refuser de répondre à une question jugée trop intrusive (7), (8), (9). Dans le milieu de l'enseignement, les situations relatées ont souvent une composante affective importante. Dans les GEASP réalisés avec des internes de médecine, les situations posent plutôt un problème scientifique, et l'étudiant narrateur expose des éléments sémiologiques, des prises de décisions médicales, qui ne doivent pas l'impliquer personnellement sur un plan émotionnel. Si l'étudiant n'a pu faire autrement et s'est retrouvé confronté à un problème mettant en jeu son émotion, il est intéressant pour lui de pouvoir prendre du recul et d'analyser la situation dans laquelle il s'est laissé entraîner. Il n'y a donc pas de justification au droit de non-réponse, aucune question à caractère informatif ne doit à priori être ressentie comme intrusive, les internes s'entraînent d'ailleurs à formuler leurs questions uniquement dans ce registre.

La liberté d'implication n'est pas une constante dans les GEASE. Elle est difficilement applicable aux GEASP niçois sous peine de voir de nombreux internes de médecine générale revenir à leur passivité ancienne et même dans les GEASE, elle n'est pas recommandée du fait qu'il serait difficilement concevable que dans un groupe, certains étudiants prennent le risque de s'exposer et de « se mettre à nu » pendant que d'autres ne seraient là que pour les contempler sans jamais accepter de se mettre en danger (13).

II.4.2. Concernant le statut de l'animateur

« La devise du conducteur du GEASE : « beaucoup de souplesse dans une grande rigueur » (M Lamy 1997) (8).

L'animation d'un groupe d'analyse n'est pas chose aisée. Pour J. Nimier, les animateurs doivent absolument avoir bénéficié au préalable d'une formation : à l'écoute (d'une personne, d'un groupe), à l'analyse des phénomènes de groupe, au « transfert » possible du groupe sur lui-même (il peut notamment n'être plus, aux yeux des étudiants, que celui qui s'attelle à imposer la rigidité du cadre), à l'implication ou la non implication et enfin à l'importance de la définition et du respect du cadre par tous (29).

Une supervision est donc utile pour les animateurs. Ils peuvent y relater leurs difficultés d'animateurs et décharger les éventuelles inquiétudes qui en découlent, et surtout ils ont l'occasion, à leur tour, d'analyser leurs pratiques d'animateur (10)

Pour Patrick Robo, l'animateur devra être « sympathique », tout en restant non impliqué. Il ne devra pas être un expert mais un accompagnateur compétent (17).

Dans le protocole des GEASP pratiqués à Nice, l'animateur ne doit pas être expert par rapport à son expérience de la médecine. Néanmoins il peut apporter ses connaissances dans le domaine pédagogique (identification et réalisation des objectifs d'apprentissages spécifiques de chacun) (20)

Toute la difficulté de réalisation des GEASP est de concilier la convivialité avec la rigueur, la sympathie avec la non-implication, la non expertise avec l'absence de frustration et de rejet du dispositif.

« Apprendre de ce qui surgit et ne pas le maîtriser par une rapide explication, c'est accepter de se confronter à l'inconnu, faire face à l'événement, préserver son étonnement et consentir au risque d'un échec renouvelé. En posant des questions sans vouloir à tout prix une réponse, nous admettons notre ignorance en singularité humaine. » (M. Cifali) (30).

L'avis des étudiants est assez clair : ils veulent de la convivialité (elle est compatible voir même pour certains bénéfique pour la qualité de la séance (27)), de l'accompagnement mais surtout de l'expertise. Pour ce qui est de l'accompagnement, la « perturbation cognitive » résultant de sa nécessaire remise en question, sera d'autant mieux acceptée si l'étudiant se sent guidé et soutenu (31). En revanche, l'expertise de l'animateur n'est jamais acceptée dans l'analyse de situations, elle va à l'encontre de ses principes fondateurs. Parallèlement, la demande des étudiants et l'éventuelle transgression des conducteurs se

comprennent Certains d'entre eux adaptent la citation de Confucius : « Donne-moi un poisson et je mangerai aujourd'hui. Apprends-moi à pêcher, et je mangerai toute ma vie… » et se justifient en disant qu'en attendant de savoir pêcher, l'apprenant peut « mourir de faim » et doit pouvoir bénéficier « d'un peu de poisson »…

Pour que l'étudiant devienne autonome et puisse prendre en compte les éléments de sa pratique afin de la faire évoluer, il doit pouvoir réaliser des « prises de conscience personnelles et nécessaires » (M Lamy). Pour cela, l'expert doit, tout en accompagnant l'apprenant dans son analyse (notamment par l'aide à la « mise en mots », à l'auto-questionnement …) mettre en retrait sa pratique, faute de quoi elle risquerait d'être assimiler au « modèle » à intégrer et d'occulter celle de l'étudiant, qui, de plus n'aurait plus à y réfléchir (2).

Les apports actuels de la recherche en psychologie cognitive insistent sur le fait que l'acquisition des compétences par les étudiants n'est certainement pas spontanée et suggèrent aux pédagogues, médicaux compris, qu'ils ont une grande responsabilité dans l'apprentissage par les étudiants du savoir-transférer ses connaissances pour pouvoir appréhender et résoudre un nouveau problème (33).

Dans le modèle constructiviste, l'erreur a un statut bénéfique. Elle est « alors l'errance de celui qui n'a pas (encore) trouvé le chemin » à cause d'obstacles qui sont ainsi révélés. Elle apparaît comme « indispensable à tout apprentissage et donc moteur de tout progrès ». La révélation de ces obstacles et l'identification de leur type permettent de les dépasser :

- soit par une amélioration et/ou une consolidation de connaissances simplement insuffisantes,
- soit par un travail approfondi en amont de l'obstacle (questionnement, analyse, solution(s)), seul moyen pour modifier efficacement et durablement les représentations incorrectes. En effet, se contenter de dévoiler la bonne réponse ne modifiera pas de façon durable de fausses conceptions intégrées (31).

II.4.3. Concernant la dynamique de groupe

Les internes de médecine générale, ont entre 25 et 31 ans et étudient la médecine depuis au moins 8 ans. Ils ont été formés par des cours magistraux et sont brutalement répartis en petits groupes pour faire personnellement un travail d'analyse actif avec un cadre strict à respecter. L'animateur a alors à faire face au phénomène des **« résistances groupales »,** c'est-

à-dire que le groupe, spontanément, va toujours chercher à assurer son « homéostasie ». Par conséquent, lorsqu'il est contraint à des modifications, il a tendance à essayer en permanence de rétablir son équilibre et donc de résister aux changements. Ceci est normal et nécessaire, à condition de ne pas être permanent et définitif. J. Nimier assimile les résistances groupales aux freins d'une voiture : « utiles, à condition de ne pas fonctionner en permanence »… (34)

Un étudiant a déclaré avec conviction que dans son groupe, le rejet du GEASP faisait l'unanimité. Il peut avoir une fausse idée, mais compte tenu des « phénomènes de groupe » son avis peut refléter une certaine vérité.

Les membres d'un groupe sont soumis à une forte influence de celui-ci. Il s'établit individuellement une « relation personne-groupe » (enseignant-enseigné ou entre pairs). Instinctivement, l'étudiant suivra le mouvement de son groupe. Si la majorité des étudiants adhère à un concept, il est fort probable qu'il y adhère aussi. En revanche, si le groupe rejette une idée, il aura tendance à la rejeter aussi (34) (35).

Beaucoup d'internes de médecine générale, lors des questions libres, affirment assurer leur formation de façon autonome, et ce depuis longtemps et donc attendre des séances de GEASP l'exposé de l'expérience des anciens.

Qu'ils aient une démarche d'auto-formation indépendante est nécessaire à leurs apprentissages mais pas suffisant, ils ne peuvent se former seuls à l'analyse (« Savoir analyser des situations est un outil indispensable du praticien réflexif » (Perrenoud)), et ses vertus ne se révèlent qu'à ceux qui la pratiquent activement (13).

Les déterminants de nos pratiques ne sont pas toujours sciemment choisis (intervention de mécanismes inconscients, automatismes acquis sans fondement réel, …), pour pouvoir intervenir positivement, il faut qu'ils soient révélés à notre conscience.

La pertinence de l'analyse de pratique n'apparaît qu'aux apprenants rendus réflexifs par leur formation. A Nice, les étudiants de ma génération, dont font partie certains geaspeurs, n'ont bénéficié que de quelques séances d'Apprentissage Par Problèmes dans tout leur cursus. Ce qui peut expliquer la difficulté de nombreux étudiants niçois à réaliser le bien-fondé de ce dispositif. N'ayant pas été suffisamment « habitués » à la pratique réflexive, ils peuvent être déstabilisés et attachés à revenir à une transmission linéaire des connaissance. (3).

La transmission linéaire des expériences et des pratiques expertes n'est pas réalisable, «aucun enseignant ne transmet véritablement des savoirs », au mieux il créé des contextes permettant aux apprenants de les construire (P Perrenoud) (36). De plus, l'expérience

racontée, même si elle devait être retenue par l'étudiant, ne pourrait être transposable qu'à une situation similaire, ce qui relève d'une infime probabilité. Les GEASP ont pour but de permettre à ceux qui en bénéficient de pouvoir se confronter à n'importe quelle situation dans la mesure où ils auront les armes (ici, la pratique réflexive) pour l'affronter, « Sans un entraînement intensif à l'analyse des situations auxquelles sa pratique le confronte, aucun professionnel n'agira à la fois à bon escient et à temps » (Perrenoud) (13).

M Lamy dans son article « propos sur le GEASE » (9), relate la rencontre d'un ancien membre de GEASE, qui, des années après sa participation à ceux-ci, appréciait d'être aidé dans sa pratique professionnelle quotidienne, par des réflexions élaborées lors de ces séances, ces réflexions revenaient à sa conscience, alors qu'il ne soupçonnait pas leur existence.

Il est intéressant de remarquer qu'une interne de médecine générale ait pu avoir cette intuition (elle évoque la possibilité d'un bénéfice différé).

D'autres idées sont également intéressantes telles que l'image d'un « moteur de perfectionnement » ou encore d'un moyen de revaloriser la médecine générale en basant sa pratique sur des références validées.

Les déclarations des étudiants confirment les tendances remarquées lors de l'analyse des résultats au questionnaire, évoquant les semestres d'expérience, et en particulier le stage chez le praticien, comme favorisant l'efficience du dispositif et donc son appréciation positive par les étudiants.

Certains internes de médecine générale niçois déclarent avoir des difficultés et ne pas trouver d'intérêt, à s'intéresser et s'investir pour les situations qu'ils n'ont pas vécues.

Les professeurs des écoles de l'IUFM d'Alsace déclarent, lors de l'enquête d'évaluation du dispositif, que les différentes séances ont permis d'une part au narrateur, d'avoir des réponses à des difficultés professionnelles personnellement rencontrées et d'autre part, aux autres membres du groupe, de réfléchir à des situations vécues similaires et que par conséquent, chacun trouve son intérêt à apporter sa contribution à la compréhension et à la recherche de solutions au problème rencontré (28).

Des étudiants avancent qu'il leur serait plus profitable d'avoir le libre choix de leur travail de recherche. Mais il est fort probable qu'ils s'orienteraient vers ce qu'ils maîtrisent déjà et délaisseraient les sujets leur faisant défauts. C'est « la loi du renforcement » évoquée

par J. Nimier à propos de ce qu'il a eu l'occasion d'observer en GAPP : « Chaque enseignant demande prioritairement à continuer de se former dans les domaines où il est déjà le plus compétent et non dans les domaines où il pourrait compléter sa formation en fonction du profil de poste qu'il occupe » (Nimier) (10).

Enfin, d'autres se ressentent infantilisés et déresponsabilisés lorsqu'il leur est demandé d'effectuer certaines recherches documentaires. Il est probable, que certains thèmes de recherche, considérés comme essentiels pour le conducteur (en cas de défaut de connaissances par exemple), n'aient pas eu la même importance pour les apprenants (manquant d'expérience, de pratique et de recul) et qu'il y ait eu désaccord entre les deux parties. Mais, le conducteur, comme son appellation le suggère, se doit de conduire, de guider ses étudiants en attendant qu'ils soient autonomes et en particulier à les aider à se poser « les bonnes questions » en attendant que leur auto-questionnement soit efficace.

L'analyse des commentaires libres laisse penser que certains étudiants ne conçoivent pas l'apprentissage des connaissances autrement que par « transmission linéaire » et ne paraissent pas comprendre le concept d'analyse de situation et ses objectifs. Ils veulent étudier du « contenu » (du savoir). Que ce soit avec des cours magistraux basés sur des conférences de consensus ou des dossiers de type préparation à l'internat, ils veulent que les conducteurs préparent des cours synthétisant tout ce qu'il faut savoir. Ce n'est guère différent des méthodes d'enseignement qu'ils ont suivies et pourtant, malgré leurs inefficacité manifeste (leurs connaissances semblent leur paraître insuffisantes), ils réclament à nouveau les mêmes méthodes. D'une certaine façon, ils souhaitent que le travail demandé en GEASP (recherche documentaire en particulier) soit réalisé par le conducteur et qu'ils n'aient plus qu'à l'apprendre. Mais l'exposé linéaire d'une maladie (sa sémiologie clinique, biologique,…, ses traitements), ne donnera pas une impression de réalité aux étudiants et ils n'arriveront pas à s'y intéresser. On ne peut présenter des « connaissances dynamiques » (dépendantes du contexte) comme des « connaissances statiques », déclaratives. De même que les « arbres décisionnels » dont les étudiants sont très demandeurs, ne sont pas toujours applicables à la situation réelle. Pour que le transfert des connaissances se fasse et que l'étudiant puisse mobiliser ses compétences dans une situation similaire, il faut une confrontation avec la réalité (authentique, en stage, ou fictive, en travail sur des situations authentiques) (35).

Les représentations de l'enseignant lui sont propres et il ne peut transmettre de façon linéaire ses savoirs à l'étudiant, sauf si exceptionnellement celui-ci avait les mêmes représentations … (35).

De plus, apporter des connaissances exhaustives et parfaites, ne demandant plus aucune réflexion, pourrait inhiber le sens critique de l'apprenant. Aujourd'hui la recherche pédagogique considère que l'excès de « didactisation » des connaissances gêne leur transfert, en particulier lors du développement des compétences professionnelles (31).

D'autres étudiants suggèrent de réaliser des groupes de pairs. Ils consistent en une analyse réflexive de sa pratique, à distance de l action, sans pouvoir en modifier le récit. Cette méthode a été créée par et pour des médecins. Elle permet de s'évaluer et de se former, entre pairs (même exercice), dans un lieu de libre parole permettant à chacun de s'exprimer sans jugement sur sa pratique quotidienne. Elle est très appréciée des médecins en exercice.

Comme nous l'avons déjà évoqué à propos de l'analyse de pratiques, elle nécessite un minimum de compétences d'analyse de situations, afin que le praticien puisse appréhender toutes les composantes d'une situation donnée, pour pouvoir répondre au problème posé par une pratique adaptée. La maîtrise de l'analyse de situations est une étape nécessaire, permettant une fois acquise, de passer à l'analyse de pratiques de façon pertinente (13).

III. SUGGESTIONS D'AMELIORATION DES GEASP ET AUTRES PERSPECTIVES

Compte tenu des résultats de cette étude d'évaluation et des données de la bibliographie, que peut on proposer pour améliorer la satisfaction des étudiants tout en préservant la qualité de leur formation ?

Au préalable, il est essentiel que le fonctionnement hospitalier respecte la formation des internes de médecine générale et donc leur permette, avec des aménagements si besoin, d'assister à toutes leurs séances de GEASP. Reste à la charge des étudiants de réaliser des tableaux de garde compatibles, autant que possible, avec le calendrier des séances, programmé dès le début de l'année universitaire.

Certes, nous l'avons vu, il y a des phénomènes de groupe, mais la responsabilité revient surtout aux conducteurs lorsque qu'il s'agit de modalités qui entraînent une remise en cause de la méthode et/ou de ses objectifs

Une étudiante a signalé son inquiétude quant à une éventuelle inégalité des chances de formation selon le groupe auquel on appartient.

Pour la plupart des généralistes enseignants, la méthode des GEASP est nouvelle. Elle est difficile à cerner et à appliquer. Il parait nécessaire de refaire le point avec l'ensemble d'entre eux en réexpliquant les principes pédagogiques fondateurs, les objectifs…Dans le milieu de l'éducation, le concept d'analyse est pratiqué depuis plus longtemps et P Robo a mis en place des Groupes de Formation à l'Analyse de Pratiques destinés à former les futurs conducteurs de groupe. A Nice, cela semble ambitieux, mais commencer par un entraînement (GEASE avec une « phase méta » c'est-à-dire une analyse de la séance par le groupe) et une supervision (externe et compétente) des animateurs me parait tout à fait envisageable (7) (8) (9) (10) (13) (14) (17) (27) (29).

Comme un étudiant l'a suggéré, il serait intéressant de réaliser une évaluation, à but formatif (c'est-à-dire en vue d'une amélioration), et non « sommatif », des étudiants et des conducteurs en milieu et fin d'année.

La frustration de beaucoup d'étudiants est souvent mise en avant lors des commentaires. Pour y répondre, et leur permettre d'adhérer et de profiter du GEASP, l'intérêt de la méthode, ses objectifs et surtout ce qu'elle n'est pas (groupe d'analyse de pratiques, analyse de cas, cours magistral, groupes de pairs, ou encore narration d'expertise), doit leur être expliqué à nouveau. Les attentes et suggestions des étudiants sont importantes à connaître afin de pouvoir, avec eux, mettre en place une formation satisfaisant à la fois les étudiants et les généralistes enseignants.

Il paraît également souhaitable de mettre en place des méthodes de formation complémentaires encadrant chaque séance de GEASP. D'une part pour répondre à la demande des étudiants (apport de contenu et de l'expertise des praticiens expérimentés), et d'autre part pour consolider les apports du GEASP et l'intégrer dans un programme de formation plus complet. L'idée est de partir d'une situation et de corroborer les résultats de l'analyse par la théorie qui s'y rapporte, l'apport théorique ne paraissant plus « gratuit », il donne un sens au fruit de l'analyse (13).

Un étudiant suggère aussi de déterminer dés le début de l'année des objectifs prioritaires d'apprentissage, de tenir une synthèse des recherches documentaires et de faire le bilan, après les 10 séances, entre les objectifs initiaux et ceux accomplis.

Il apparaît évident que l'apport de contenu, pour qu'il leur soit profitable, devra être réalisé par les étudiants.

Les étudiants en stage chez le praticien sont, sauf exception, plus satisfaits par rapport aux autres. Doit-on réserver les GEASP aux étudiants en stage non hospitaliers (c'est-à-dire pendant un semestre)? Je ne le pense pas. Les deux premiers cycles d'études médicales, à la faculté de Médecine de Nice, ne préparent pas à la pratique réflexive. Il est très difficile et laborieux aux étudiants de troisième cycle, de s'y former. Les premières séances ne leurs sont pas profitables en terme d'analyse, ils découvrent la méthode, apprennent à poser des questions à but informatif, à ne pas émettre de jugement de valeur…Ils ne produisent pas de l'analyse de situations à proprement parlé. Interrompre leur participation lorsqu'ils commencent à être efficaces réduirait à presque rien leurs efforts d'adaptation.

IV. COMPARAISON A D'AUTRES TRAVAUX

Je n'ai pu confronter mes résultats à d'autres travaux compte tenu de l'absence d'étude comparable et/ou de résultat disponible.

J'ai eu connaissance de dispositifs d'analyse de pratiques développés dans d'autres facultés de médecine françaises, notamment à Grenoble, Paris V, Paris Ile de France Ouest, et Angers. Peu d'institutions ont réalisé une évaluation et lorsqu'elle a été faite, les résultats ne pouvaient être comparés à mon travail (enquête globale de satisfaction, résultats non encore disponibles…).

Par conséquent, je ne peux faire état que des résultats des travaux de Jaqueline Schwartz et Claude Mouchet, concernant des Professeurs des Ecoles en formation (PE2), et celui de Patrick Robo, en rapport avec les GFAPP Ils ont dans le milieu de l'Education Nationale, mesuré la satisfaction des enseignants en formation.

Jacqueline Schwartz a été initiée au GEASE par Maurice Lamy lors d'une formation de formateurs à l'IUFM d'Alsace. Suite à ma demande, elle m'a fait parvenir le bilan du dispositif mis en place pour l'année 2005-2006, à l'IUFM d'Alsace, de formation initiale de Professeurs des Ecoles.

Des professeurs des écoles en formation (PE2) volontaires ont participé à des GEASE de septembre 2005 à juin 2006. A la fin de l'année, il leur a été demandé d'écrire et de remettre leur bilan personnel. Il ressort de l'analyse des résultats que:

- les différentes séances ont permis d'une part, au narrateur d'avoir des réponses à des difficultés professionnelles personnellement rencontrées et, d'autre part, aux autres membres du groupe, de réfléchir à des situations vécues similaires. Donc chacun trouve son intérêt à apporter sa contribution à la compréhension et à la recherche de solutions au problème rencontré.

- ces séances leur permettent également une mise à distance de ce qu'ils ont vécu et de relativiser des difficultés communes, alors qu'ils s'imaginaient être les seuls à les rencontrer.

- du fait du caractère non sanctionnant de ces séances et de la présence d'un cadre qui garantit l'absence de jugement de valeur sur les personnes, les PE2 découvrent et apprécient une possibilité d'exprimer les difficultés qu'ils ont rencontrées et font l'expérience que ceux sont les contraintes du cadre (par exemple, l'analyse doit toujours précéder les propositions de solution) qui, paradoxalement, vont permettre une analyse de qualité.

- parmi les bénéfices signalés, certains PE2 font état du développement de compétences relatives à la gestion de la parole, l'écoute et l'analyse (on y apprend à s'accorder du temps avant de parler et de faire des propositions…) (28)

P. Robo anime depuis 1995 des GFAPP. Son expérience lui a démontré qu'« il ne suffit pas de partager les valeurs et théories de références qui fondent ce dispositif et d'approuver le protocole du déroulement d'une séance pour que l'analyse se produise et que formation il y ait ». (Robo). Il a donc recherché, (à l'aide d'un questionnaire orienté, d'entretiens et d'éléments évoqués lors de la « phase méta ») les facteurs intrinsèques du dispositif favorisant l'analyse d'une part et la formation d'autre part (27).

Même si le GFAPP est un dispositif basé sur l'analyse des pratiques plutôt que des situations, son concept, sa finalité et son « protocole » sont proches de ceux du GEASP. Faute d'autre élément de comparaison, je propose de souligner les résultats de Mr Robo transposables au GEASP niçois (27) (17) :

- par rapport au protocole, sont considérés comme propices : le respect des principes fondateurs, la cohérence du dispositif, l'institution d'un cadre avec la mise en application de règles définies, des phases organisées et de durée déterminée et le climat de sécurité (27) (17) ;

- par rapport au fonctionnement du dispositif : l'extériorité à la situation, le travail sur des hypothèses et le retour réflexif sur celui-ci en fin de séance, apparaissent comme favorisants (27) ;

- par rapport aux qualités de l'animateur : il s'agira d'être « chaleureux, humaniste » d' « accompagner » sans s' « impliquer » et de « taire son (supposé) savoir » (17) ;

- par rapport à « l'esprit » du concept : sont bénéfiques la rigueur, l'écoute, l'observation, la liberté, le travail sur soi, la mise en mots et la communication (27) ;

- enfin le groupe et son hétérogénéité, le partage et l'alternance des rôles ainsi que la compétence de l'animateur et la convivialité son favorables à l'analyse et à la formation (27).

Le GEASP est une méthode très prometteuse mais demandant à « mûrir ». Les généralistes enseignants ont besoin de se former et le dispositif d'enseignement du DES de médecine générale d'évoluer afin d'être plus adapté à la formation médicale et de répondre à la demande des étudiants, tout en poursuivant cette démarche d'autonomisation des apprenants.

CONCLUSION

Cette étude descriptive avait pour objectif principal de mesurer le degré de satisfaction des étudiants qui participent aux séances de GEASP, nouvelle méthode d'apprentissage pratiquée à la Faculté de Médecine de Nice depuis novembre 2004, date de la mise en route du DES de Médecine Générale.

Tous les internes de médecine générale de la faculté de médecine de Nice, considérés en première et deuxième année de DES lors de l'année scolaire 2005-2006, soit 61 personnes, ont été sollicités.

Les objectifs secondaires étaient d'une part, de recueillir et analyser leurs suggestions et doléances par des questions ouvertes et d'autre part, de comparer les résultats de cette étude avec des travaux similaires. En effet, nous savons que d'autres facultés ont mis en place des groupes d'analyse de pratiques ou de situations sous des formes variées avec les mêmes principes d'auto-évaluation et de confrontation à l'avis du groupe.

Le GEASP apparaît donc comme une méthode de travail efficace pour leur apprentissage pour 62% des étudiants, alors que le rapport efficacité de la méthode compte tenu de ses contraintes n'est positif que pour 56% des étudiants.

Ils déclarent mieux identifier leurs besoins en formation (68%) et se fixer de façon plus systématique comme objectifs d'apprentissage des stratégies de prise en charge basées sur des références validées (84%). Ils pensent que c'est une bonne méthode pour se confronter à leurs pairs (86%) : cette confrontation leur apprend à argumenter leurs décisions, remettre en cause leurs connaissances (74%) et leurs pratiques et parfois même celles de leurs formateurs. Ils reconnaissent à cet apprentissage un autre impact, celui de les faire s'interroger plus fréquemment sur la prise en charge proposée au patient (70%), ils deviendraient donc des praticiens réflexifs.

Seulement 52% s'impliqueraient davantage dans leur formation grâce à la méthode des GEASP ; pourtant apprendre à devenir autonome par son autoformation est un des objectifs du dispositif.

Les étudiants pensent à 34% que les séances de GEASP les préparent à affronter les situations cliniques en stage, dans la mesure où seulement quelques unes sont étudiées. Mais l'analyse des situations cliniques a prouvé son efficacité sur l'acquisition des compétences essentielles et nécessaires à un praticien qui doit prendre des décisions dans des situations complexes.

La satisfaction des étudiants est presque systématiquement augmentée s'ils ont déjà été confrontés à la prise en charge de patients dans le cadre du stage chez le praticien médecin généraliste (69% contre seulement 50%). On note également une différence selon l'année d'étude (68% des DES 1 sont satisfaits contre 47% des DES 2), et le sexe (62% des femmes sont satisfaites contre 48% des hommes). Plus étonnant, les étudiants originaires d'une autre faculté sont à 81.8% satisfaits par les GEASP contre seulement 48.7% des étudiants niçois.

Les principales doléances des étudiants niçois concernent le manque d'expertise, qu'ils assimilent à un manque d'accompagnement, et le cadre, qu'ils trouvent souvent trop rigide. Une réévaluation avec ajustements secondaires de la formation des enseignants et de celle des internes de médecine générale paraissent opportuns, afin d'arriver à exploiter pleinement la motivation et le potentiel de ces futurs omnipraticiens.

Aussi, pour compléter l'évaluation du dispositif, il serait intéressant, lors de prochains travaux, d'étudier le point de vue des enseignants et d'évaluer leurs aptitudes d'animation, ainsi que de pérenniser le questionnaire en réévaluant la satisfaction des étudiants, annuellement par exemple, enfin l'enquête la plus significative, mais pour laquelle il faudra patienter, sera le recueil de l'opinion, à propos des GEASP, des praticiens installés en ayant bénéficié dans leur formation de DES de médecine générale.

Je n'ai pas pu comparer mon travail à d'autres études évaluant des travaux de groupes similaires. Même s'il existe en France plusieurs facultés qui utilisent des méthodes semblables, aucune n'a pour l'instant rendu disponibles les résultats de ses évaluations.

ANNEXES

I. LE QUESTIONNAIRE D'EVALUATION DES GEASP

Questionnaire d'évaluation des GEASP

Le département de Médecine Générale en collaboration avec le département de Santé Publique a mis en place un programme d'évaluation des programmes et des méthodes pédagogiques du DES de MG.
En ce qui concerne les GEASP une première évaluation qualitative en 2004 par la méthode des focus groups a permis d'explorer le vécu des étudiants en recueillant leurs expériences, réactions et commentaires concernant les GEASP. Les idées ainsi obtenues ont permis de construire le questionnaire que nous vous proposons aujourd'hui après avoir fait l'objet d' un test de faisabilité. Vous pourrez à votre tour exprimer vos opinions et réactions à propos des séances de GEASP auxquelles vous avez participé.
La finalité de ce questionnaire est de mesurer l'intérêt de cette méthode dans votre apprentissage afin de procéder à des réajustements si nécessaire.
Plusieurs rubriques vous seront proposées et vous aurez à vous prononcer en fonction du degré d'accord que vous ressentez par rapport aux différentes propositions. A la fin de chaque rubrique vous aurez la possibilité d'ajouter une autre proposition, un commentaire, une réaction, ou de regrouper ceux-ci à la fin du document dans la rubrique adéquate.
Nous vous remercions de votre participation et de l'attention que vous accorderez à ce questionnaire qui fait partie du travail de thèse d'une de vos collègues.

— — — — — — —

Ce questionnaire est anonyme, nous avons toutefois besoin de recueillir quelques caractéristiques vous concernant pour la qualité de l'analyse :

Vous êtes : ◯ un homme ◯ une femme Année de naissance : 1975

Année d'étude : DES 1 Stage chez le praticien : ◯ effectué
◯ non effectué
◯ en cours

Faculté d'origine : _____

Avez-vous déjà participé à ce type d'apprentissage en groupe dans le 2ème cycle ? ◯ oui ◯ non

Si oui, précisez les modalités : _____

Nombre de séances de GEASP suivies : ___

DES envisagé avant l'ECN : _____ ; après l'ECN : _____

DESC envisagé : ◯ oui ◯ non ; si oui, lequel : _____

Seconde inscription à l'ECN envisagée : ◯ oui ◯ non

Installation en libéral envisagée dès la fin du DES ◯ oui ◯ non

Dans les cinq ans à venir : ◯ oui ◯ non ◯ ne sait pas

Dans un permier temps, nous allons aborder quelques questions d'ordre général concernant la méthode :

		Tout à fait d'accord	Plutôt d'accord	Pas d'opinion	Pas tout à fait d'accord	Pas du tout d'accord
1	La méthode des GEASP est une méthode de travail efficace pour mon apprentissage	◯	◯	◯	◯	◯
2	Les grilles utilisées lors des séances de GEASP sont des outils pertinents pour la synthèse de mon travail	◯	◯	◯	◯	◯
La méthode GEASP m'a permis de :						
3	M'impliquer davantage dans ma formation	◯	◯	◯	◯	◯
4	Acquérir une démarche de raisonnement plus formalisée	◯	◯	◯	◯	◯
5	Me préparer à la gestion des situations cliniques en stage	◯	◯	◯	◯	◯
La méthode GEASP m'a permis de remettre en cause :						
6	Mes connaissances	◯	◯	◯	◯	◯
7	Mes habitudes de pratique	◯	◯	◯	◯	◯
8	Certaines pratiques de mes formateurs	◯	◯	◯	◯	◯

Autre proposition, commentaire ou réaction :

Maintenant passons à des points plus précis concernant les séances des GEASP ; ces séances m'ont aidé (e) à :

		Tout à fait d'accord	Plutôt d'accord	Pas d'opinion	Pas tout à fait d'accord	Pas du tout d'accord
9	Argumenter mes décisions	◯	◯	◯	◯	◯
10	Confronter mes façons de faire à celle de mes pairs	◯	◯	◯	◯	◯
11	M'interroger plus systématiquement sur la prise	◯	◯	◯	◯	◯

11	en charge proposée au patient	○	○	○	○	○
12	Identifier mes besoins de formation	○	○	○	○	○
13	Me fixer des objectifs d'apprentissage	○	○	○	○	○
14	Déterminer les moyens d'atteindre ces objectifs	○	○	○	○	○
15	Elaborer des stratégies de recherche documentaire	○	○	○	○	○

Autre proposition, commentaire ou réaction :

Concernant la prise en charge des patients, les GEASP m'ont aidé(e) à :

		Tout à fait d'accord	Plutôt d'accord	Pas d'opinion	Pas tout à fait d'accord	Pas du tout d'accord
16	Construire mes propres références	○	○	○	○	○
17	Baser ma pratique sur des références validées	○	○	○	○	○
18	Formaliser des stratégies de prises en charge en fonction des références	○	○	○	○	○
19	Hiérarchiser les actions de prise en charge	○	○	○	○	○
20	Temporiser avant de décider d'actions secondaires (avis spécialisé, explorations complémentaires, hospitalisation…)	○	○	○	○	○

Autre proposition, commentaire ou réaction :

Pour ce qui est de la communication avec les patients, les GEASP m'ont aidé(e) à :

		Tout à fait d'accord	Plutôt d'accord	Pas d'opinion	Pas tout à fait d'accord	Pas du tout d'accord
21	Envisager plusieurs solutions de prise en charge face à une situation donnée en fonction du contexte et/ou du patient	○	○	○	○	○
22	Expliquer la prise en charge aux patients	○	○	○	○	○
23	Solliciter la participation des patients dans les décisions qui les concernent	○	○	○	○	○

Autre proposition, commentaire ou réaction :

Nous souhaitons recueillir une appréciation de satisfaction globale de votre participation aux GEASP en considérant le rapport efficacité pour votre apprentissage / contraintes de la méthode (acquisition d'une méthodologie, charge de travail, outils….)

○ Pas du tout satisfaisant ○ Pas vraiment satisfaisant ○ Plutôt satisfaisant ○ Tout à fait satisfaisant

Et maintenant pour terminer vous avez la possibilité de notez tous vos commentaires, autres propositions, réactions, suggestions d'amélioration, difficultés rencontrées bref tout ce que vous avez envie de dire sur les GEASP et ce questionnaire :

Avez-vous eu des difficultés pour comprendre le sens de certaines questions du questionnaire ? ○ oui ○ non

Si oui lesquelles :

Merci d'être resté avec nous jusqu'au bout !!!

Valider

II. COURRIEL ENVOYE AUX ETUDIANTS

Bonjour, je m'appelle Carole Augier et commence un travail de recherche sur le GEASP pour ma thèse en collaboration avec les généralistes enseignants.

Pour mener à bien celui ci, nous avons besoin de votre concours. Je vous demande de remplir un questionnaire, en faisant part de toutes vos opinions quelqu'elles soient, afin de nous aider à optimiser cette technique d'apprentissage. Cela vous prendra environ 10 min. Il vous suffit, dans un délai de 10 jours, de cliquer sur le lien suivant http://carole.augier.free.fr/GEASP/ , de répondre aux questions et ensuite de valider votre réponse. Aussi pour comptabiliser les réponses, je vous demande de me renvoyer ce mail lorsque vous aurez répondu. Les modalités de recueil de votre avis ont été simplifiées au maximum pour espérer une collaboration de votre part suffisante permettant une analyse des résultats objective et significative. Pour ceux qui le souhaitent, je peux fournir le questionnaire sur papier. En cas de non réponse, j essaierai de vous joindre directement pour obtenir votre avis. Merci d'avance pour nous, pour vous et pour les futurs collègues.

Carole Augier

III. DESCRIPTION METHODOLOGIQUE DU GEASP

Préambule

Finalité :

Améliorer l'efficacité de la formation par l'exploitation de situations cliniques vécues par les internes afin qu'ils identifient les compétences à mobiliser pour les gérer et les objectifs d'apprentissage à mettre en place pour améliorer la prise en charge des patients.
Faire acquérir une démarche réflexive et s'initier à l'analyse de pratique.

Présentation de la méthode :

Objectifs

Analyser en groupe une situation professionnelle vécue par un participant, dans le but d'expliciter la prise en charge et les prises de décision. Questionner la prise en charge et proposer des alternatives.

S'auto-évaluer pour déterminer des objectifs d'apprentissage concernant les connaissances et compétences à consolider dans ce type de prise en charge.
Rendre compte du travail personnel effectué et de l'utilité pour la pratique et la formation.

Règles d'or : Confidentialité Bienveillance Participation

Déroulement en 6 étapes :
Initialisation et choix d'une situation
Phase d'exposition de la situation
Phase de questionnement par le groupe
Phase de formulation des propositions
Phase de synthèse et de formulation des objectifs d'apprentissage
Phase de retour des objectifs

Durée : 2h30 à 3h00

1ère étape : Initialisation et choix d'une situation : 5 à 10 mn

Chacun est invité à présenter en 2 minutes la situation professionnelle qu'il a gérée et qu'il désire soumettre à l'analyse du groupe, il est souhaitable de préciser la ou les questions dont il souhaite débattre. Au préalable chaque participant aura envoyé par courriel au conducteur la grille d'exposé de la situation dans la semaine précédent la séance.
L'animateur choisira ou aidera le groupe à choisir une situation en fonction des critères FGP (Fréquence Gravité Problème) ou PUIGER (Prévalence Urgence Intervention Gravité Exemplarité Répercussion) et des besoins du groupe.

Prévalence	c'est une situation fréquemment rencontrée
Urgence	elle nécessite une décision rapide (en minutes ou heures)
Intervention	l'intervention médicale modifie l'évolution
Gravité	il existe un risque vital ou de handicap
Exemplarité pédagogique	permet de transférer à d'autres situations cliniques
Répercussion	sociale, professionnelle ou économique

Après le choix du narrateur un secrétaire est identifié qui établit un compte-rendu et l'envoie par courriel à tous les participants dans la semaine qui suit la séance.

2ème étape : Phase d'exposition de la situation : 10 mn à 15 mn

Le narrateur expose sa situation en s'attachant à être le plus précis et complet possible dans la description du contexte et des actions entreprises.

L'animateur intervient en cas de besoin pour aider à l'explicitation.

Les autres participants n'interviennent pas et prennent note des questions qu'ils souhaitent poser, des actions entreprises en s'aidant de la 2ème partie de la grille pour analyser le cas.

3ème étape : Phase de questionnement par le groupe : 20 à 30 mn

Rappeler la règle de typologie des questions : uniquement à but informatif sur l'action (comment et non pourquoi) « comment as-tu procéder pour … ? »

Les participants posent des questions dans le but de faire préciser certains points insuffisamment renseignés (comment as-tu fait l'examen neurologique ? comment as-tu interrogé pour connaître les habitudes du patient, alcool, tabac sexualité ?), de compléter l'exploration de la situation en faisant préciser les points non abordés (comment as-tu fait pour éliminer telle hypothèse diagnostique ou comment as-tu procédé pour rechercher une cause déclenchante?)

L'animateur distribue le temps de parole, vérifie la typologie de la question, la reformule si nécessaire et s'assure que le narrateur y répond.

4ème étape : Phase de formulation des propositions : 30 à 40 mn

Le narrateur n'a plus la parole elle lui sera rendu lors de la phase suivante, il peut prendre des notes et ne devra aucunement réagir aux commentaires du groupe.

Le groupe est invité **dans un premier temps** à formuler des propositions explicatives sur ce qu'il comprend de la situation et ses interprétations par rapport à la façon dont le narrateur à géré la situation *voilà ce que j'ai compris de la situation et comment je l'interprète* **Ensuite** des propositions de possibilités d'actions sont faites sur des situations similaires soit « un inventaire des possibles *» ce que j'aurais fait dans une situation similaire.*

En même temps des propositions venant de l'expérience des participants ayant vécu le même type de situation seront formulées c'est à dire des propositions en résonance *ce que j'ai fait dans une situation similaire.*

Le conducteur peut reprendre une proposition qui mérite une exploitation plus en profondeur.

5ème étape : Phase de synthèse et de formulation d'objectifs d'apprentissage 10mn

Le groupe s'attache à faire une synthèse des connaissances et compétences mobilisées pour gérer ce type de situation en se détachant de la situation particulière.

L'animateur invite le narrateur à s'exprimer sur ce qu'il vient d'entendre comme propositions et ce qu'il se propose de mettre en œuvre pour s'améliorer dans la gestion de ce type de situation.

Chaque participant a ensuite la parole et énonce ses propres objectifs d'apprentissage ou de recherche documentaire qui seront notés sur le compte rendu.

PS 1 : en cas de présence d'une autre généraliste enseignant celui-ci a la fonction d'observateur et doit rester silencieux. A l'issue de la séance ses observations sur le travail et le fonctionnement du groupe permettent d'enrichir l'analyse de la séance et de formuler des propositions d'amélioration pour la conduction des séances suivantes.

PS 2 : Le conducteur devra s'attacher à ne pas apporter d'expertise quant au contenu des situations professionnelles et réserve son expertise au domaine pédagogique, par exemple l'aide à l'identification et la formulation des objectifs d'apprentissage.

PS 3 : Tout manque de formation important devra être signalé au DERMG pour en référer aux enseignants du 2ème cycle.

6ème étape au Geasp suivant : Synthèse des objectifs d'apprentissage

Chacun rend compte des actions entreprises, de leur utilité pour la pratique et des points essentiels à partager avec le groupe sur les grilles de synthèse prévues à cet effet. Les grilles devront être à la disposition de tous dans la semaine précédant la séance suivante.

IV. FICHE ETAPE DE CONDUCTION DU GEASP

FICHE ETAPES CONDUCTION GEASP

1	**Choix d'une situation** **selon critères FGP ou PUIGER** chaque participant présente en 2 mn la situation et sa problématique choix du secrétaire de séance	*A partir de la grille exposé De situation*	**10 '**
2	**Exposition de la situation** *"Comment j'ai géré + la question que je pose au groupe"* *Le conducteur aide à l'explicitation* Le groupe écoute sans interrompre et prend des notes.	*Sur la grille exposé analyse verso*	**10 '**
3	**Questionnement** Les participants posent des questions pour faire expliciter les procédures de prise en charge Le conducteur veille au respect du mode de questionnement qui est centré sur le procédures		**15 '**
4	**Formulation des propositions** Le narrateur n'a plus la parole et prend des notes Le groupe est invité **dans un premier temps** à formuler des commentaires sur la situation et la façon dont le narrateur l'a gérée (synthèse notamment sur les problématiques soulevées par la situation) *ce que j'ai compris de la situation et comment je l'interprète* **Ensuite** le groupe propose des alternatives : *ce que j'aurais fait dans une situation similaire* soit *ce que j'ai fait dans une situation similaire* *Le conducteur veille au respect des phases et reformule*	propositions explicatives propositions d'actions propositions en résonance	**30'**
5 **5 bis**	**Commentaires du narrateur, synthèse et identification des objectifs d'apprentissage** "qu'est ce que le narrateur retient de l'analyse du groupe " - les autres participants ne doivent pas intervenir **Faire la synthèse des connaissances et compétences mobilisées** **Qu'est ce que chacun propose de faire pour progresser dans la gestion de type de situation ?** (à reporter dans le compte-rendu) les participants remplissent la deuxième partie de la grille d'analyse que l'on recommande de discuter avec le maître de stage et/ou tuteur	*Grille 2° page*	**30 '**
6	**Synthèse de la séance entre observateur et conducteur** **Remplir la grille d'évaluation de séance** **Critiquer la gestion de la séance**		**20 '**

V. TACHES DU CONDUCTEUR A CHAQUE ETAPE D'UN GEASP

TACHES DU CONDUCTEUR A CHAQUE ETAPE d'un GEASP

Choix d'une situation

Faire respecter la durée d'exposition : 2mn avec situation et problématique posée
Expliciter le choix de la situation :
selon les critères FGP/ Fréquence Gravité Problème
ou PUIGER Prévalence Urgence Intervention Gravité Exemplarité Reproductibilité
selon le degré d'autonomie de l'exposant :A-t-il gérer seul la situation ?
selon les étudiants : Qui n'a pas présenté ?
Solliciter un secrétaire

Exposé de la situation

Aider à l'explicitation : faire décrire précisément « le film »
Aider à renseigner les 3 domaines bio psycho social et l'argumentation des décisions prises selon l'EBM : les données scientifiques les circonstances cliniques le point de vue du patient

Phase de questionnement du groupe

Aider à reformuler les questions dans le but de :
- préciser la situation
- soulever d'autres éléments

Faire respecter le questionnement sur le procédural : comment a été géré la situation

Propositions du groupe

Faire formuler les propositions explicatives de la situation spécifique
Puis les propositions alternatives « on pourrait également proposer … » en généralisant et se détachant de la situation particulière

Phase de synthèse et de formulation des objectifs d'apprentissage et de recherche

Aider à l'identification des connaissances et compétences à mobiliser pour gérer de type de situation
Aider la formulation des objectifs d'apprentissage

Phase de retour Faire une synthèse sur les travaux

VI. CRITERES DE VALIDATION DU GEASP

-CRITERES VALIDATION GEASP
(Révision septembre 2005)

- Critère 1

  Capacité à présenter clairement une situation clinique dans sa complexité

- Critère 2

  Ecoute et respect de la parole de l'autre

- Critère 3

  Recherche documentaire ou de ressources : effective et valide

- Critère 4

  Participation active au travail du groupe

- Critère 5

  Réalisation d'objectifs d'apprentissage avec le maître de stage

Présence et respect des horaires seront enregistrées

En cas de non validation : Entretien de rattrapage avec exposé et analyse d'une situation avec deux enseignants.

Les formateurs ont à juger si l'interne a rempli le critère de façon acceptable ou non

Critère 1 : Capacité à présenter clairement une situation clinique dans sa complexité :

Présente le patient et la situation dans sa globalité : approche bio-psycho-sociale
Présente la situation clairement et méthodiquement, rend compte : des paroles, attitudes, éléments de l'examen physique, examens complémentaires ; du ressenti personnel, des décisions proposées, de la négociation avec le patient pour le traitement et le suivi.
Est attentif pour ne pas oublier de renseigner toutes les données dont il dispose et celles qui lui manquent
A rempli la grille d'exposé du cas

Critère 2 : Ecoute et respect de l'autre

Ne dénigre pas les opinions de l'autre
Tient compte des propos de l'autre les intègrent dans ses propositions et argumente ses opinions
Intervient sans couper pas la parole
Se conduit respectueusement dans le groupe

Critère 3 : Recherche documentaire ou mobilisation de ressources : effective et valide

A rempli la grille de recherche
A fait une synthèse acceptable

Critère 4 : Participation active au travail du groupe

Demande des précisions sur la situation
Prend la parole spontanément pour exprimer ses opinions
Formule ses objectifs d'apprentissage et/ou de recherche

Critère 5 : réalisation d'objectifs d'apprentissage en stage

A rempli la grille d'objectifs
La synthèse est acceptable

VII. GRILLES DE SEANCE

GEASP / Exposé de la situation

Nom de l'interne :

Date de la séance :

LE PATIENT & LA SITUATION CLINIQUE

Age Sexe Profession
Motif de consultation / demande implicite
Contexte social professionnel familial
Personnalité Comportement Attentes du patient

Antécédents personnels et familiaux
Données d'entretien
Données d'examen
Hypothèse(s) diagnostique(s)

LES DECISIONS & L'ARGUMENTATION selon EBM

Prescriptions médicamenteuses et autres
Avis médical complémentaire
Contact avec d'autres intervenants
Suivi programmé

La situation et les circonstances cliniques
Le patient
Les données scientifiques

GEASP / Analyse de la situation

PROBLEMES IDENTIFIES & QUESTIONS SOULEVEES
Par ce type de situation clinique

PROPOSITIONS
Que proposez vous d'autre pour gérer ce type de situation ?

OBJECTIFS D APPRENTISSAGE RETENUS
Qu'est ce que chaque participant se propose de faire pour s'améliorer ?

SOURCES IDENDIFIEES
Pistes pour la recherche documentaire ou la mobilisation de ressources

COMMENTAIRES REFLEXIONS
Après relecture personnelle, discussion avec le référent pédagogique ou les pairs

VIII. GRILLES DE SYNTHESE

GRILLE DE SYNTHESE DE RECHERCHE DOCUMENTAIRE

Nom de l'interne : Date d'élaboration :

Question posée
Synthèse de la recherche
Sources utilisées
Niveau de preuve des études / validité des sources
Les messages principaux à retenir pour la pratique

GRILLE DE SYNTHESE D'ACTION D'APPRENTISSAGE

Nom de l'interne Date d'élaboration

Objectif d'apprentissage *Que vous êtes-vous proposé de faire ?*
Action réalisée *Qu'avez-vous fait ?*
Réflexions et commentaires sur l'action *Qu'est-ce que je pense de ce que j'ai fait ?*
Difficultés rencontrées *Qu'est ce qui a été difficile ?*
Utilité pour la formation *Qu'est ce que ce travail m'a apporté ?*

IX. QUELQUES REPERES SUR LA RECHERCHE EN PEDAGOGIE

a) Le modèle « transmissif » des connaissances

Le modèle « transmissif » des connaissances a longtemps dominé les stratégies d'enseignements.

On considère le « savoir » comme faisant référence aux contenus socialement validés et la « connaissance » comme le savoir assimilé après processus d'intégration (35). Que ce soit pour l'enseignant ou pour l'enseigné, la transmission linéaire des connaissances est spontanément la plus naturelle donc la plus facilement adoptée. L'enseignant y organise son savoir, puis l'expose et le justifie à l'étudiant. Il estime de façon convenue, que l'apprenant aura spontanément les mêmes conceptions que lui et qu'il n'a qu'à adopter ce qui lui est présenté, et à considérer, comme son maître, qu'il lui suffira d'emmagasiner, puis de restituer à l'identique les informations présentées, pour réussir.

En réalité, cela n'est pas si simple. Les représentations de l'enseignant lui sont propres et il ne peut transmettre de façon linéaire ses savoirs à l'étudiant, sauf si exceptionnellement celui-ci avait les mêmes représentations… (35).

De plus, apporter des connaissances exhaustives et parfaites, ne demandant plus aucune réflexion, pourrait inhiber le sens critique de l'apprenant. Aujourd'hui la recherche pédagogique considère que l'excès de « didactisation » des connaissances gêne leur transfert, en particulier lors du développement des compétences professionnelles (31).

b) Les données de la psychologie cognitive et le socioconstructivisme

De nombreuses théories se sont proposées d'expliquer l'apprentissage au fil de temps. Il n'en n'existe toujours pas d'universelle ni de consensuelle.

Le courant constructiviste est né à la fin du XIXème siècle et domine la réflexion pédagogique depuis un quart de siècle. Ses principes découlent des travaux de la psychologie cognitive sur l'apprentissage. La considération de la dimension sociale dans les processus d'apprentissage a conduit au socioconstructivisme.

La psychologie cognitive est la science qui cherche à expliquer le fonctionnement du système cognitif. Elle s'attache à comprendre l'interaction entre le cerveau et les informations

extérieures, à toutes les étapes, de la perception initiale à l'utilisation après traitement des informations reçues (35).

Quels sont les postulats de la science cognitive au sujet de l'apprentissage?

Aujourd'hui on admet un certain nombre de principes :

- Il n'existe pas de structure mentale spécifique de l'apprentissage. De la même façon que le raisonnement, l'évaluation ou la résolution de problèmes, le processus d'apprentissage mettrait en jeu les différentes aptitudes du cerveau à traiter l'information, telles que la discrimination, la conservation, l'association…
- Tout apprentissage est un acte individuel, actif, et constructif ;
- Toute perception réussie est une catégorisation, c'est-à-dire que pour intégrer une connaissance, il faut distinguer ses spécificités et discerner celles que l'on enregistrera ;
- Les savoirs et connaissances antérieurs conditionnent la perception, le raisonnement et l'intégration des nouvelles informations (puisque tout apprentissage implique la réalisation d'un lien entre ces dernières et les connaissances antérieures, elles se cumulent) ;
- Tout apprentissage implique une restructuration de la pensée de l'individu qui le réalise et une organisation constante de ses connaissances, afin qu'il le rende signifiant ;
- Il y a une influence des interactions sociales (par exemple dans les groupes d'apprentissage : la relation enseignant-enseigné ou celle qui existe entre pairs) (35), (37).

Le modèle constructiviste se nourrit de ces postulats.

Il est donc centré sur l'apprenant dont il prône l'autonomie. Il met en garde contre les éventuels obstacles que sont des représentations antérieures erronées. Il apprécie la dimension affective et sociale et considère l'enseignant comme un médiateur des savoirs et facilitateur des apprentissages (35).

c) Le statut de l'erreur

Dans d'autres modèles d'apprentissage, tels que le modèle transmissif des connaissances, ou encore le modèle behavioriste, l'erreur a un statut péjoratif. Respectivement, elle est considérée, soit comme une faute de la part d'un étudiant défaillant, soit comme un défaut de conditionnement de l'apprenant par un enseignant défaillant.

Dans le modèle constructiviste, l'erreur a un statut bénéfique. L'étudiant ne doit pas être mal à l'aise de dire qu'il ne sait pas. Savoir reconnaître ses faiblesses et connaître les

moyens d'y remédier démontre une louable et fondamentale intégrité intellectuelle (38). L'erreur est « alors, l'errance de celui qui n'a pas (encore) trouvé le chemin » à cause d'obstacles qui sont ainsi révélés. Elle apparaît comme « indispensable à tout apprentissage et donc moteur de tout progrès » (31).

La révélation de ces obstacles et l'identification de leur type permettent de les dépasser :

- soit par une amélioration et/ou une consolidation de connaissances simplement insuffisantes,

- soit par un travail approfondi en amont de l'obstacle (questionnement, analyse, solution(s)), seul moyen pour modifier efficacement et durablement les représentations incorrectes. En effet, se contenter de dévoiler la bonne réponse ne modifiera pas de façon durable de fausses conceptions intégrées (31).

d) Le problème non résolu du « transfert des connaissances » et de la « construction des compétences »

i) Pas d'indépendance spontanée

Quelque soit le domaine auquel on s'intéresse, le corps enseignant a, pendant de nombreuses années, considéré l'acquisition de l'autonomie d'apprentissage des connaissances et de leur transfert par l'apprenant, comme implicite, ne nécessitant donc pas d'accompagnement spécifique de l'élève par le professeur (33). De la même façon, il considérait que les connaissances deviendraient « compétences » le jour de la confrontation avec la situation-problème à résoudre. Nous rappelons que P. Perrenoud, sociologue, professeur à l'Université de Genève, spécialiste des pratiques pédagogiques et de la formation des enseignants, propose de considérer comme compétences : « les savoir-faire de haut niveau, qui exigent l'intégration de multiples ressources cognitives dans le traitement de situations complexes », telles que la perception, l'intuition, le savoir ou la représentation du réel… (32)).

Les apports actuels de la recherche en psychologie cognitive démentent cette spontanéité et suggèrent aux pédagogues, médicaux compris, qu'ils ont une grande responsabilité dans l'apprentissage du savoir-transférer ses connaissances pour pouvoir appréhender et résoudre un nouveau problème (33).

ii) L'apprentissage inefficace

Lorsqu'un examen à but normatif demande, pour réussir, d'emmagasiner et de réciter de nombreuses notions, l'étudiant se dirigera vers la stratégie la plus rentable. Il utilisera surtout sa mémoire à court terme, que l'on peut assimiler à la mémoire vive d un ordinateur, et l'objectif de performance conduira à des apprentissages superficiels (31). La réussite des examens de ce type n'impliquera pas obligatoirement le même succès en situation réelle.

Quelque soit la profession envisagée, on ne peut enseigner, ni retenir, ni même inventorier de façon exhaustive tous les cas de figures possibles et imaginables.

Par conséquent, il paraît plus pertinent et efficient, d'apprendre aux futurs professionnels à devenir des « praticiens réflexifs » qui auront les compétences pour élaborer des stratégies adaptées, en réponse à toutes les situations qui se présenteront dans leur champ d'exercice professionnel (39).

« Une compétence permet de faire face régulièrement et adéquatement à une famille de tâches et de situations, en faisant appel à des notions, des connaissances, des informations, des procédures, des méthodes, des techniques ou encore à d'autres compétences, plus spécifiques » (P Perrenoud (25)).

iii) Le transfert des connaissances et la construction des compétences

L'apprentissage intéresse autant les connaissances théoriques que les stratégies cognitives et métacognitives. Trois types de connaissances doivent être appréhendées pour un apprentissage efficace : les connaissances déclaratives, procédurales et conditionnelles. Les **connaissances déclaratives** sont essentiellement théoriques (« savoirs ») et statiques, elles sont transmises de façon directe par l'enseignant. Elles doivent nécessairement être transposées en connaissances procédurales ou conditionnelles pour servir à l'action. Pour ce faire, un accompagnement et une mise en situation de l'apprenant sont fondamentaux, faute de quoi, il pourra réfléchir au problème posé mais pas agir de façon adaptée. Les **connaissances procédurales** interviennent dans la réalisation de l'action (« savoir-faire ») et sont dynamiques. Lors de l'accompagnement, l'enseignant est un médiateur de la procédure à assimiler. La psychologie cognitive a développé le concept de **connaissances conditionnelles** ou stratégiques. Elles se réfèrent aux conditions de l'action (quand et pourquoi : à quel moment et pour quelles raisons est il opportun d'utiliser une certaine stratégie ?) Elles sont responsables du transfert des apprentissages et créent l'expertise chez celui qui les possède (c'est-à-dire qu'il est capable d'appliquer ses connaissances déclaratives et procédurales dans

des contextes divers), tout en permettant une certaine flexibilité. Elles sont les plus utiles et les plus abouties des connaissances mais aussi, malheureusement, les plus négligées dans l'éducation et la formation (37).

Les études médicales exigent la mémorisation de nombreuses connaissances scientifiques, déclaratives, qu'il faudra ensuite transposer en sciences cliniques, (connaissances procédurales), puis à la pratique, (connaissances conditionnelles).
Pour que le transfert des connaissances puisse s'opérer celles-ci doivent avoir été apprises « en profondeur », c'est-à-dire grâce à des stratégies cognitives (sélection de ce qu'il faut apprendre) et métacognitives (la métacognition est la conscience qu'a un individu de ses propres processus d'apprentissage. Apprendre comment apprendre permet de choisir la stratégie qui nous est la plus adaptée pour être le plus performant) (33) (35).

Les « métaconnaissances » sont les connaissances qu'a le sujet sur l'état de ses propres connaissances, sur ses capacités d'apprentissage et sur son fonctionnement intellectuel. Elles permettent donc une optimisation de l'apprentissage des connaissances. Elles ont été prouvées comme peu voir non transmissibles, en particulier de façon directe (35)

Pour que les connaissances acquises soient transférables à la réalité, elles doivent pouvoir s'intégrer dans des compétences de réflexion, de décision et d'action adéquates en toutes circonstances (32). Elles doivent être mobilisées avec pertinence et au moment opportun. On sait aujourd'hui que ce « savoir-mobiliser » ne se fait pas automatiquement. Si l'étudiant n'a pas eu l'occasion de comprendre, de façon concrète, à quoi ses connaissances pouvaient lui servir, elles sont comme inexistantes puisqu'elles ne seront jamais utilisées à bon escient. L'enseignant doit confronter l'étudiant à toutes sortes de situations complexes et l'entraîner à analyser le problème avant de s'attacher à le résoudre, puis à sélectionner les connaissances adéquates et à mettre en œuvre des compétences adaptées (25).

Même s'il ne peut y avoir de compétences sans connaissances, elles en sont, en quelques sortes, les « ingrédients », nécessaires mais pas suffisantes à leur élaboration (32).

Pour devenir compétence, une connaissance doit être « contextualisée », c'est-à-dire acquise ou actualisée dans un contexte particulier (25).

iv) Le rôle du cadre professoral

Avant d'être indépendants, les étudiants nécessitent un encadrement et un accompagnement par leurs maîtres dans les domaines cognitif, métacognitif, mais aussi affectif, c'est-à-dire qu'ils doivent être motivés. Ce « chaperonnage » doit débuter dés le début

du cursus médical et s'adapter au fur et à mesure en qualité et en intensité. Il doit être programmé pour décroître progressivement pendant que l'autonomie s'acquière (33) (38). L'objectif poursuivi par le milieu enseignant doit être, qu'à terme, les élèves deviennent autonomes pour construire seuls leurs connaissances. En effet, dans une société en constante évolution, surtout dans un domaine scientifique comme la médecine, où les connaissances et les techniques progressent et se renouvellent à un rythme accéléré, la capacité de « s'auto-former » est un facteur déterminant de l'adaptation à l'environnement (38).

De plus, « aucun enseignant ne transmet véritablement des savoirs », au mieux il créé des contextes permettant aux apprenants de les construire (Patrick Perrenoud) (36).

En suscitant chez eux l'auto-questionnement, les enseignants les aideront à prendre conscience de leurs besoins propres et des ressources et stratégies d'apprentissage personnelles à solliciter pour les satisfaire.

L'institution doit promouvoir, organiser et soutenir les dispositifs de formation mettant en œuvre ces principes et méthodes pédagogiques, faute de quoi, ils ne pourront être correctement développés et mis à profit pour les étudiants (33) (35).

Un exemple : celui de la Faculté de Médecine de l'Université de Sherbrooke (Québec, Canada) qui a reconnu la nécessité d'encadrer activement ses étudiants dés le début de leur cursus, afin de leur permettre de devenir, au terme de leur formation, des médecins compétents et autonomes. Pour cela, elle a mis en place la méthode de l'Apprentissage Par Problèmes (APP) (« centré sur l'analyse » puis « avec résolution de problèmes », dont les objectifs sont d'optimiser les conditions d'apprentissage, de stimuler la motivation des étudiants, tout en renforçant leur autonomie). Tous les membres responsables de l'enseignement ont été mis à contribution pour construire cette nécessaire cohésion (38) (40).

v) L'effet enseignant

Dans une démarche éducative centrée sur l'apprenant, ce dernier doit construire et organiser activement et individuellement ses connaissances pour espérer être efficace. Le rôle de l'enseignant n'en est pas amoindri, au contraire. Pour l'étudiant, construire soi-même ses connaissances et se remettre en question demande beaucoup d'efforts et de mises en danger. Il se soumettra plus volontiers à cette « perturbation cognitive » s'il se sent guidé et soutenu (31). Il y a donc un « effet enseignant », même dans la construction individuelle des

connaissances. Sa qualité dépendrait ainsi autant de la motivation de l’étudiant que de celle de l’enseignant (31).

BIBLIOGRAPHIE

(1) FLAMANT R. « Le 3ème cycle de médecine générale dans les universités françaises » Comité national d'évaluation des établissements publics à caractère scientifique, culturel et professionnel ; 1998 ; 212pages.

(2) LAMY M. « Aperçu sur la place d un travail en analyse de pratiques dans la construction des compétences professionnelles », 2000, 3p.

(3) PERRENOUD P. (2003). « L'analyse de pratiques en questions ». Cahiers Pédagogiques, n°416, pp. 12-15.

(4) ROBO P, L'analyse de pratiques professionnelles : différentes modalités, octobre 2002. http://probo.free.fr/ecrits_app/ecrits_app.htm

(5) LEVINE J, ALTET M, PERRENOUD P et al, Fiche synthétique présentant le travail du GFR (Groupe de Formation à la Recherche) "analyse de pratiques professionnelles" décembre 2003.
http://perso.orange.fr/jacques.nimier/analyse_pratique_diverse.htm
http://www.reims.iufm.fr/

(6) ROBO P, les Groupes Balint-Enseignants, juin 2003.
http://probo.free.fr/ecrits_app/groupes_Balint_enseignant.htm

(7) ROBO P. « La formation de formateurs à et par l'Analyse de Pratiques Professionnelles en questions» Texte de communication au colloque : « Quelle place pour les analyses de pratiques professionnelles dans la formation ? éducation – santé – travail social ». 25-26 mars 2004 à Talence
http://probo.free.fr/ecrits_app/ecrits_app.htm

(8) LAMY M. « Tout sur le GEASE ou presque » suite au séminaire d'Analyse de pratiques de BALARUC (17), 28 octobre - 31 octobre 1997, en reprise des principes fondateurs du dispositif, pensé en 1992 - 1994 par Yveline FUMAT et Jean-Bernard PATURET, de l'Université Paul Valéry de Montpellier, dans la perspective d'évolution de la méthodologie du G.E.A.S.E 12/97 puis modifié 05/2002.

(9) LAMY M. « Propos sur le GEASE », Expliciter Journal de l'Association GREX, 2002, (janvier), n°43, 1-13

(10) NIMIER J. « Groupe d'Analyse de Pratiques Professionnelles. G.A.P.P. Qu'est ce que c'est ? »
http://perso.orange.fr/jacques.nimier/dossier_analyse_pratique.htm

(11) ROBO P. «L'Analyse de Pratiques Professionnelles. De quoi parle-t-on ? » janvier 2001
http://probo.free.fr/ecrits_app/ecrits_app.htm

(12) Référentiel des compétences professionnelles du professeur des
écoles stagiaire en fin de formation initiale
Annexe III de la note de service 94-271 du 16 novembre 1994 Ministère de l'Education Nationale

(13) FUMAT Y, VINCENS C, ETIENNE R. Analyser des situations éducatives. Mars 2006 Collection Pratiques et enjeux pédagogiques.

(14) ROBO P. «Les Groupes de Formation à l'Analyse de Pratiques Professionnelles (GFAPP) juin 2003.
http://probo.free.fr/ecrits_app/ecrits_app.htm

(15) ROBO P. «Les Groupes d'Analyse de Pratiques Professionnelles (GAPP) » juin 2003.
http://probo.free.fr/ecrits_app/ecrits_app.htm

(16) ROBO P. L'analyse de pratiques professionnelles - un dispositif de formation accompagnante. Vie Pédagogique…Texte publié dans la revue VIE PÉDAGOGIQUE du

Ministère de l'Éducation du QUÉBEC N° 122 – février - mars 2002 avec errata dans le N° 123 – avril - mai 2002
http://probo.free.fr/ecrits_app/ecrits_app.htm

(17) ROBO P. « Quelles compétences pour un animateur de G(F)APP ? » juin 2003
http://probo.free.fr/ecrits_app/ecrits_app.htm

(18) Circulaire N°2001-150 du 27-7-2001 relative à « l'Accompagnement de l'entrée dans le métier et formation continue des enseignants des 1er et 2nd degrés et des personnels d'éducation et d'orientation »
http://probo.free.fr/ecrits_app/APP_de_quoi_parle_t_on.htm
http://www.iufm.fr/

(19) OBIN JP Conférence sur la formation à l'analyse de situations professionnelles) 02/02/2006
http://www.esen.education.fr/

(20) Collège Azuréen des Généralistes Enseignants. « GEASP Groupe d'entraînement à l'analyse des situations professionnelles. Description de la méthode ». 2005. http://www.nice.cnge.fr/

(21) BRUN D. Le recueil d'informations : Méthodes de questionnaires, d'entretiens et d'observations, U.F.R. SMBH Léonard de Vinci, Bobigny, 1999.

(22) KAHN-BENSAUDE I. « La féminisation : une chance à saisir » 15/12/2005
http://www.conseil-national.medecin.fr/

(23) Rapport du Conseil National de l'Ordre des Médecins. « Démographie médicale française. Situation au 1er janvier 2006 ». Juin 2006. Etude n°39.
http://www.conseil-national.medecin.fr/

(24) LUCAS-GABRIELLI V., SOURTY-LE GUELLEC M.J. « Evolution de la carrière libérale des médecins généralistes selon leur date d'installation (1979-2001) ». Bulletin d'information en économie de la santé n°81, avril 2004.
http://www.irdes.fr

(25) PERRENOUD P. « Construire des compétences, est-ce tourner le dos aux savoirs ? » Résonances, Mensuel de l'école valaisienne, n° 3, Dossier « Savoirs et compétences », p. 3-7.

(26) NIMIER J. « Qu'est ce qu'un cadre de fonctionnement d'une formation ou d'une classe ? »
http://perso.orange.fr/jacques.nimier/

(27) ROBO P. « Le G.F.A.P.P., pourquoi ça marche ? » octobre 2002.
http://probo.free.fr/ecrits_app/ecrits_app.htm

(28) SCHWARTZ J., MOUCHET C. « Bilan des séances d'APP (GEASE) en PE2 2005-2006 ». Formation initiale Professeurs des Ecoles IUFM Alsace

(29) NIMIER J. « choix des formateurs dans l'Education Nationale »
http://perso.orange.fr/jacques.nimier/choix-animateur.htm

(30) CIFALI M. (1996) Démarche clinique, formation et écriture, dans PAQUAY, L., ALTET, M., CHARLIER, E. et PERRENOUD, Ph., Former des enseignants professionnels. Quelles stratégies ? Quelles compétences ?, Bruxelles, De Boeck, pp. 119-135.

(31) BERNAD JL, REYES P. Apprendre en médecine (2ème partie). Pédagogie Médicale 2001 ; 2 : 235-241

(32) PERRENOUD P. « Des savoirs aux compétences : de quoi parle-t-on en parlant de compétences ? » Pédagogie collégiale , vol 9, n°1 p 20-24 & n° 2 p. 6-10, Québec.

(33) NENDAZ M. Favoriser l'autonomie d'apprentissage. Pédagogie Médicale 2004 ; 5 : 72-74

(34) NIMIER J. « L'écoute d'un groupe ».
http://perso.orange.fr/jacques.nimier/ecoute-groupe.htm

(35) BERNAD JL, REYES P. Apprendre en médecine (1ère partie). Pédagogie Médicale 2001 ; 2 : 163-169

(36) PERRENOUD P. « La transposition didactique à partir de pratiques : des savoirs aux compétences. » Revue des sciences de l'éducation (Montréal), Vol. XXIV, n° 3, pp. 487-514.

(37) TARDIF J. « Pour une enseignement stratégique. L'apport de la psychologie cognitive. 1997. Les Editions Logiques.

(38) DES MARCHAIS J.E. et collaborateurs. « Apprendre à devenir médecin. Bilan d'un changement pédagogique centré sur l'étudiant » Université de Sherbrooke ; 1996 ; 418pages

(39) SNOECKX M, Expliciter Journal de l'Association GREX , 2002,(janvier),n°43, 14-18

(40) COTE DJ, BELLAVANCE C, CHAMBERLAND M, GRAILLON A. Un programme pour aider les étudiants en médecine à développer leurs stratégies d'apprentissage. Pédagogie Médicale2004 5 : 95-102

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des Maîtres de cette Faculté,
de mes chers condisciples
et devant l'effigie d'Hippocrate,
je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur
et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent,
et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail.
Je ne participerai à aucun partage clandestin d'honoraire.

Admise dans l'intérieur des maisons,
mes yeux n'y verront pas ce qui s'y passe,
ma langue taira les secrets qui me seront confiés
et mon état ne servira pas à corrompre les moeurs ni à favoriser le crime.

Je ne permettrai pas que des considérations
de religion, de nation, de race, ou de classe sociale
viennent s'interposer entre mon devoir et mon patient.

Je garderai le respect absolu de la vie humaine.
Même sous la menace, je n'admettrai pas de faire usage de mes connaissances médicales contre les lois de l'humanité.

Respectueuse et reconnaissante envers mes Maîtres,
je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leur père.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses.
Que je sois couverte d'opprobre et méprisée de mes confrères si j'y manque.

DÉBUT

▲
▲ ▲