

# TABLE DES MATIERES

<b>REMERCIEMENTS.....</b>	<b>14</b>
<b>TABLE DES MATIERES .....</b>	<b>17</b>
<b>LISTE DES ABREVIATIONS .....</b>	<b>19</b>
<b>AVANT-PROPOS .....</b>	<b>20</b>
I. LA BASCULE DU PARADIGME D'ENSEIGNEMENT VERS LE PARADIGME D'APPRENTISSAGE.....	20
II. L'ECRITURE REFLEXIVE.....	21
III. LA REFORME ET SON APPLICATION A ROUEN.....	23
IV. LE RSCA.....	24
<b>INTRODUCTION.....</b>	<b>26</b>
<b>MATERIEL ET METHODE .....</b>	<b>28</b>
I. DESCRIPTION GENERALE DE L'ETUDE .....	28
II. POPULATION ETUDIEE .....	30
1. Critères d'inclusion.....	30
2. Critères de non-inclusion .....	30
III. RECUEIL DES DONNEES.....	30
IV. OBJECTIFS .....	31
1. Objectif principal .....	31
2. objectifs secondaires .....	31
V. Analyse statistique .....	32
<b>RESULTATS.....</b>	<b>33</b>
I. RECUEIL DES RSCA.....	33
II. ANALYSE PRELIMINAIRE/DESCRIPTIVE DES RESULTATS .....	35
1. Résultats de l'évaluateur E1 .....	35
a. Description des résultats obtenus.....	35
b. Comparaison des résultats .....	37
2. Résultats de l'évaluateur E2 .....	37
a. Description des résultats obtenus.....	37
b. Comparaison des résultats .....	37
3. Comparaison entre les 2 évaluateurs .....	39
III. FIABILITE INTER-EVALUATEUR.....	40
IV. RSCA AYANT NECESSITE UN TROISIEME EVALUATEUR.....	42
V. COMPARAISON DES RSCA.....	43
1. Progression des moyennes dans le temps .....	43
2. Niveau atteint .....	43
3. Evaluation par items de la grille .....	44
<b>DISCUSSION.....</b>	<b>45</b>
I. SYNTHESE DES RESULTATS.....	45
II. LES LIMITES DE CETTE ETUDE.....	46
1. Biais de sélection .....	46
2. Biais de classement .....	46
3. Biais de confusion .....	47

4. Variabilité inter-sujet.....	48
III. LES FORCES DE CETTE ETUDE.....	48
1. Limiter les biais de sélection .....	48
2. Limiter les biais de classement .....	49
3. Système de notation.....	49
4. Apport de la recherche .....	50
IV. UTILISATION DE LA GRILLE D'EVALUATION.....	51
1. Pertinence de la grille .....	51
2. Points d'amélioration .....	52
V. PERSPECTIVES.....	54
<b>CONCLUSION</b> .....	57
<b>ANNEXES</b> .....	58
ANNEXE 1 : MARGUERITE DES COMPETENCES.....	58
ANNEXE 2 : GRILLE D'EVALUATION DU CNGE .....	59
ANNEXE 3 : GRILLE SIMPLIFIEE .....	62
ANNEXE 4 : TABLEAU REGROUPANT LE NUMERO DES RSCA 1 ET LA NOTATION DE CHAQUE EVALUATEUR.....	63
ANNEXE 5 : TABLEAU REGROUPANT LE NUMERO DES RSCA 3 ET LA NOTATION DE CHAQUE EVALUATEUR.....	64
ANNEXE 6 : GRILLE REFLECT .....	65
<b>BIBLIOGRAPHIE</b> .....	67

<b>ABREVIATIONS</b>
---------------------

DES: Diplôme d'Etudes Spécialisées

DMG: Département de Médecine Générale

RSCA : Récit de Situation Complexe Authentique.

WONCA: World Organization Of Family Medicine.

CNGE : Collège National des Généralistes enseignants.

TEA: Traces Écrites d'Apprentissage.

GEP : Groupes d'Echanges de Pratique.

TCS: Test de Concordance de Script

FMC: Formation Médicale Continue

DPC: Développement des compétences

DU : Diplôme Universitaire.

DPD : Déléguée auprès de la Protection des Données.

DUMG : Département Universitaire de Médecine Générale.

MG: Médecine générale

T1 : Étudiants de 1<sup>ère</sup> année d'internat.

R1 : RSCA de première année

R3 : RSCA de troisième année

## AVANT PROPOS

Mon internat de médecine générale a débuté en 2017 à Rouen en même temps que la réforme du Diplôme d'Études Spécialisées (DES).

Dès le premier semestre, ma promotion a dû s'adapter progressivement à de nouvelles méthodes de formation. Nous partagions régulièrement nos difficultés vis-à-vis de celles-ci avec mes co-internes. Cela a fait germer l'idée de faire une thèse portant sur ce sujet. Au même moment, le DMG (Département de médecine générale) cherchait justement des internes pour développer des thèses sur l'application de la réforme à l'université de Rouen.

J'ai commencé mes recherches bibliographiques et je remarquais que certaines méthodes étaient déjà appliquées dans d'autres facultés. De nombreuses thèses rapportaient d'ailleurs des difficultés similaires à celles que nous rencontrions.

En parallèle, l'intérêt de ces méthodes, démontré internationalement, devenait plus clair dans ma tête.

Mon regard s'est focalisé sur le RSCA (Récit de Situation Complexe Authentique), ce « mal aimé » de ma promotion. Il regorge en fait de nombreux bénéfices notamment sur le développement de la réflexivité des étudiants.

Cependant, ces méthodes d'évaluation paraissent hétérogènes malgré l'existence d'une grille diffusée aux différents DMG.

Mes recherches m'ont menée à l'utilisation de cette grille pour évaluer l'évolution de la réflexivité des internes à travers l'écriture des RSCA.

### **I. La bascule du paradigme d'enseignement vers le paradigme d'apprentissage**

L'année 2004 a vu la médecine générale devenir une spécialité à part entière avec la validation d'un Diplôme d'Études Spécialisées (DES) <sup>(1)</sup>. À partir de là, diverses méthodes pédagogiques ont pu se développer dans les différents DMG.

Un état des lieux des procédures de validation réalisé en 2014 <sup>(2.)</sup>, montrait une hétérogénéité de celles-ci selon les DMG. Il était donc nécessaire d'évoluer vers une harmonisation des modalités de validation.

Progressivement, ces méthodes ont évolué. On est passé d'un paradigme « d'enseignement » où l'étudiant se forme grâce aux savoirs transmis par l'enseignant, vers un paradigme « d'apprentissage ».

Ce paradigme est basé sur une approche « constructiviste » qui associe l'évaluation de l'interne en parallèle de l'apprentissage <sup>(3.)</sup>.

Ainsi, les étudiants construisent leurs connaissances à partir des questions qu'ils se posent tout au long de leurs études en interaction avec leurs professeurs. Le professeur ou "tuteur" a un rôle de facilitateur d'apprentissage <sup>(4.)</sup>.

## **II. L'écriture réflexive**

Certaines méthodes utilisant le principe d'écriture clinique se sont développées. Elles apparaissent comme une façon d'aider l'interne à adopter une attitude réflexive et critique sur sa pratique afin de devenir un futur médecin généraliste apte à résoudre des problèmes complexes. Cela peut mener à une meilleure prise en charge du patient et améliorer l'apprentissage pour les autres praticiens <sup>(5.)</sup>.

L'écriture réflexive permet une analyse rétroactive sur des situations problématiques pour l'apprenant. Il peut ainsi prendre du recul sur la situation vécue par la distanciation créée grâce à la narration. L'étudiant se met face à ses connaissances, peut s'autocritiquer et réfléchir sur ses connaissances. Toute la réflexion mise en évidence par la narration pousse celui-ci à s'améliorer et à devenir plus empathique <sup>(6.)</sup>. Elle permet un apprentissage par acquisition des compétences professionnelles.

La notion de compétence se définit selon Tardif comme « *un savoir agir complexe prenant appui sur la mobilisation et la combinaison efficaces d'une variété de ressources internes et externes au sein d'une famille de situations* ».

A partir de cette définition et inspiré de certains collèges internationaux (notamment canadien, anglais ou australien) et de la WONCA (World Organization Of Family

Medicine)<sup>(7.)</sup>, le Collège National des Généralistes Enseignants (CNGE) a décrit en 2006 des compétences utiles pour exercer la médecine générale<sup>(8.)</sup>.

Les compétences ont commencé à apparaître nécessaires pour l'évaluation et l'apprentissage des internes. Puis, un travail d'un groupe d'experts du CNGE en 2013 a permis de créer la « *marguerite des compétences* », modèle adapté du référentiel canadien "CanMEDS". Cette marguerite (ANNEXE 1) décrit l'articulation entre six compétences génériques dont le médecin généraliste doit faire preuve pour répondre aux objectifs que la société attend de lui<sup>(9.)</sup>:

- Premier recours et urgence ;
- Approche centrée patient et communication ;
- Approche globale et complexité ;
- Éducation en santé/dépistage et prévention ;
- Continuité, suivi et coordination des soins ;
- Professionnalisme.

Au fil de ses études, l'étudiant doit développer ces compétences par la confrontation à des situations rencontrées dans son cursus. Ces situations ont été catégorisées en onze grandes familles de situations cliniques<sup>(10.)</sup>. La majorité des situations auxquelles l'étudiant sera confronté dans sa pratique ont donc été décrites. L'approche par compétence est devenue la base de la pédagogie utilisée par le CNGE pour former les futurs médecins généralistes. Un interne atteint le niveau « compétent » s'il est apte à résoudre de façon appropriée la majorité de ces situations<sup>(11.)</sup>.

Cette progression vers un niveau compétent, se construit à travers notamment de la production de Traces Écrites d'Apprentissage (TEA) évaluées et suivies par un tuteur.

Parmi ces différentes traces, l'outil le plus utilisé est le RSCA introduit dans la majorité des DMG (51%) entre 2004 et 2010<sup>(12.)</sup>.

Une étude de l'université de Nantes en 2008 décrivait déjà son utilisation pour la validation des premiers internes de médecine générale<sup>(13.)</sup>. Puis, on a noté une large diffusion à travers les différents DMG. En 2017, on recensait l'utilisation du RSCA dans 33 DMG sur 35<sup>(14.)</sup>.

### III. La réforme et son application à Rouen

Cette même année marque la mise en place d'une nouvelle réforme du 3<sup>ème</sup> cycle des études médicales <sup>(15.)</sup>. Les différents DES, dont celui de médecine générale, sont maintenant divisés en deux phases selon les différents niveaux que doit atteindre l'étudiant:

- Phase socle (acquisition des premières compétences) pendant la première année ;
- Phase d'approfondissement : évolution au cours des deux années suivantes (Une phase de consolidation est prévue dans les autres DES mais n'est pas encore incluse dans le DES de médecine générale).

La nécessité d'harmonisation des méthodes d'apprentissage et d'évaluation dans les différents DMG a commencé à trouver écho à travers cette réforme. Le RSCA considéré comme un outil pédagogique valide pour le développement des compétences et la progression de l'interne <sup>(16.)</sup>, s'est donc progressivement imposé dans tous les DMG.

À Rouen, le DMG a pu expérimenter son introduction à la rentrée 2017-2018 <sup>(17.)</sup>. Depuis, l'évaluation des étudiants de 3<sup>ème</sup> cycle se fait par l'intermédiaire de la production supervisée de différentes TEA (Groupes d'échanges de pratiques, Vignettes, RSCA, traces optionnelles) rassemblées dans un portfolio numérique. Le portfolio se définit comme une collection des preuves écrites de l'interne qui évolue dans son apprentissage. Il permet d'attester de la progression et de l'acquisition des compétences de l'interne. Il est régulièrement évalué par un tuteur.

Il peut également y déposer des traces optionnelles (des attestations de présence à des cours en stage, de participation à un test de lecture, participation à un congrès etc). Toutes ces preuves apportent des crédits à l'interne afin de valider son DES. Le contenu obligatoire du portfolio à Rouen est défini dans le programme pédagogique <sup>(17.)</sup>. Celui-ci n'est pas encore harmonisé sur le plan national et son contenu peut être modifié au fil des années.

Pour valider le DES de médecine générale à Rouen pour la promotion 2017, il fallait donc :

- Une maquette de stage complète (six stages dont deux obligatoirement en Médecine Générale) ;
- Valider 150 crédits d'activités obligatoires: vignettes, RSCA, atelier communication, Test de concordance de Script (TCS), Groupes d'échanges de Pratiques (GEP), séminaires interprofessionnels, séminaires actes techniques et séminaires accueil et écriture ;
- Valider 50 crédits d'activités optionnelles : présentation en stage, cours transversaux, participation à un congrès, Formation Médicale Continue-Développement des Compétences (FMC-DPC), compte rendu de congrès ou FMC, groupe d'échange de pratique entre professionnels, Validation d'un DU/DIU/M2, test de lecture, élaboration d'un document patient, action investissement professionnel etc...
- La présentation lors d'un jury d'un résumé du portfolio à la fin du DES appelé "mémoire" ;
- la production d'un travail de recherche en médecine générale (thèse de médecine générale).

#### **IV. Le RSCA**

Concernant le nombre de RSCA obligatoire, un interne Rouennais devait en fournir un par an soit un total de trois à la fin du DES.

Il y a un RSCA pour valider la phase socle et deux RSCA pour la phase d'approfondissement. La division de l'internat en phases sous entend la nécessité d'une évaluation progressive permettant de constater une évolution de l'acquisition des compétences.

Par le biais de ce récit, l'étudiant procède à la description et l'analyse de problèmes complexes issus de situations cliniques vécues en stage. Le RSCA est construit à l'aide d'un enseignant/tuteur avec qui il établit une rétroaction pédagogique. Le tuteur apparaît comme un facilitateur d'apprentissage dans la construction du RSCA et a également le rôle d'évaluateur.



Le RSCA aide l'interne à développer sa pratique réflexive. Pour cela, il se compose en cinq parties <sup>(18.)</sup>:

- La narration : récit rédigé à la première personne, d'une situation complexe vécue. L'étudiant y décrit ses difficultés, ses interactions avec les autres acteurs, ses sentiments. La narration lui permet d'avoir un regard nouveau sur la situation et de faire comprendre sa démarche au lecteur.
- L'analyse de la situation et la problématisation : réflexion à posteriori par l'étudiant (aidé par son tuteur) avec l'identification des problèmes posés par la situation. Divers champs doivent être abordés dans les problématiques (biomédical, social, environnemental, psychologique, relationnel voire éthique).
- La recherche : réponses aux questions posées par une documentation référencée dans une bibliographie. Les réponses mènent l'étudiant à une meilleure prise en charge du patient.
- La synthèse et l'auto-évaluation : retour sur la progression obtenue par la rédaction du RSCA avec comparaison aux compétences antérieures. L'étudiant décrit également les changements attendus dans sa pratique future.

## INTRODUCTION

La rédaction du RSCA est donc un processus bien codifié. Malgré cela, il existe une grande variabilité des traces et de leur évaluation d'un interne à l'autre et d'un semestre à l'autre <sup>(19.)</sup>.

Dans un souci d'harmonisation des évaluations et afin d'en optimiser l'objectivité, l'utilisation de grilles d'évaluation est apparue nécessaire.

Le CNGE propose depuis 2018 une grille d'évaluation obtenue par consensus national <sup>(20., 21.)</sup>. Cette grille (Annexe 2) comporte treize items classés en cinq catégories. Chaque item comporte une description complète pour pouvoir coter comme « *Améliorable* », « *Pertinent* » ou « *Insuffisant* ». Le score pertinent est l'idéal à atteindre. Le score « *Améliorable* », peut être accepté en phase socle pour certains critères. En revanche, le score « *Insuffisant* » doit amener l'étudiant à retravailler le RSCA avant validation.

Malgré les atouts démontrés du RSCA <sup>(22.)</sup>, plusieurs études rapportent une mauvaise compréhension des internes vis-à-vis de son intérêt dans différentes facultés <sup>(23, 24, 25, 26, 27, 28, 29)</sup>. Globalement, les étudiants perçoivent mal l'utilité des TEA qui peuvent être vécues comme une contrainte chronophage. L'intérêt formatif est souvent mal compris en comparaison à des cours théoriques.

L'hétérogénéité des évaluations est également souvent reprochée en dépit de l'existence d'une grille pour l'évaluation des RSCA.

L'évaluation des RSCA entre dans un processus formatif qui va permettre à l'interne de progresser dans ses capacités réflexives.

Au terme de la rédaction de trois RSCA, un interne devrait avoir atteint un niveau de formation plus abouti qu'en première année d'un point de vue quantitatif (nombre de RSCA) et qualitatif (compétences).

Est-ce le cas dans la promotion de 2017 à Rouen?

L'utilisation d'un outil reproductible comme la grille d'évaluation du CNGE s'est imposée afin d'évaluer cette progression. Cette grille permet d'apprécier la réflexivité

et l'auto-formation employées par l'interne de médecine générale afin de résoudre une situation mobilisant les compétences génériques du MG. Elle apparaît comme un outil permettant de limiter les disparités entre les évaluations réalisées par différents tuteurs ou à différents moments.

Une étude parue dans la revue *Exercer* en 2018 <sup>(30.)</sup> a mis en évidence un manque d'objectivité de l'utilisation de cette grille. A notre connaissance, il existe peu d'études analysant l'utilisation de la grille du CNGE pour l'évaluation des RSCA.

Notre question principale est la suivante : en utilisant la grille proposée par le CNGE, peut-on montrer une progression de la réflexivité des internes de médecine générale de la promotion 2017 de Rouen à travers la rédaction des RSCA ?

Dans un second temps, nous évaluerons la fiabilité de la grille d'évaluation et ses limites.

## MATERIEL ET METHODE

### **I. Description générale de l'étude**

Il s'agit d'une étude quantitative analytique et rétrospective.

Le travail consiste à exploiter le contenu des RSCA des internes de médecine générale de la promotion 2017 à Rouen.

C'est la première promotion d'étudiants rouennais qui a été initiée à l'utilisation du portfolio et la rédaction des TEA. Les étudiants rédigeaient un RSCA par année de DES soit trois RSCA au total.

Nous avons choisi d'évaluer les premiers et troisièmes RSCA des 94 étudiants soit un RSCA de la phase socle et le dernier RSCA de la phase d'approfondissement. Nous n'avons pas retenu les deuxièmes RSCA.

Pour l'évaluation des RSCA, nous avons choisi d'utiliser la grille nationale proposée par le CNGE (ANNEXE 2). Cette grille comporte initialement treize items classés en cinq catégories:

- La complexité ;
- La narration ;
- La problématisation et objectifs d'étude ;
- La recherche documentaire ;
- La synthèse de la situation clinique.

Nous avons fait le choix d'utiliser une grille simplifiée (ANNEXE 3) en excluant les items basés sur les capacités rédactionnelles de l'étudiant. Car ces critères reflètent le ressenti subjectif à la lecture et les capacités littéraires de l'étudiant.

Nous avons concentré l'évaluation des items basés sur le développement des compétences et les capacités réflexives.

Cette grille simplifiée comprend:

- Les deux items de la catégorie « *Complexité* »:
  - . Diversité des champs abordés ;
  - . Diversité des solutions ;
- les 3 items de la catégorie « *Synthèse de la situation clinique* » :
  - . Identification des points clés ;
  - . Acquisition de nouvelles compétences ;
  - . Utilité des traces d'apprentissage produites.

Nous avons retenu ces deux items afin d'évaluer les capacités à synthétiser et problématiser de l'interne et ne pas évaluer ses capacités littéraires.

La partie complexité permet d'étudier les différents thèmes abordés. La partie synthèse reprend les points essentiels de l'analyse et de l'auto formation. Les deux items sont plus objectifs et permettent d'apprécier l'impact de ce travail en termes de compétences.

Le système de notation de la grille du CNGE consiste à cocher les cases :

- Pertinent ;
- Améliorable ;
- Insuffisant.

Si trois items sont notés Insuffisants, le RSCA n'est pas validé. Mais, ce système de notation ne permet pas de comparaison ou de mise en évidence d'une progression linéaire.

Un autre système de notation a été utilisé pour l'étude.

Chaque item était côté 0 pour insuffisant, 1 pour améliorabile et 2 pour pertinent. Chaque RSCA était donc noté de 1 à 10. On obtient une note globale en vue d'analyser l'évolution linéaire ou non des notes de RSCA.

L'utilisation de la grille avec des notes va permettre une notation plus homogène et cohérente et de montrer s'il existe une progression des notes globales des RSCA en fonction du temps.

## **II. Population étudiée**

### **1. Critères d'inclusion**

Les RSCA devaient provenir des portfolios des étudiants en médecine générale à Rouen de la promotion 2017-2020 ayant validé les six semestres en trois ans. Ils devaient avoir été rédigés entre le 1<sup>er</sup> novembre 2017 et le 31 octobre 2020.

### **2. Critères de non-inclusion:**

Les RSCA non retenus sont ceux:

- D'étudiants ayant redoublé ou effectué un droit au remord au cours du DES ;
- D'étudiants ayant refusé l'accès à leur portfolio ;
- Qui n'étaient pas validés ;
- Et ceux qui n'étaient pas accessibles.

## **III. Recueil des données**

En avril 2021, un mail a été envoyé aux étudiants leur donnant la possibilité de refuser l'accès au RSCA avec un délai d'opposition de deux mois.

Tous les RSCA répondant aux critères ont été extraits des portfolios en juin 2021 par le directeur de thèse (enseignant du DUMG).

En parallèle, la thèse a été déclarée auprès de la DPD (Déléguée de la Protection des Données) afin de pouvoir exploiter les données. L'approbation d'un comité d'éthique n'a pas été sollicitée car c'est une étude hors Loi Jardé sur données existantes.

Nous avons retenu 153 RSCA considérés comme exploitables dont 76 RSCA de 1<sup>ère</sup> année et 77 RSCA de 3<sup>ème</sup> année.

Les RSCA extraits sont anonymisés en éliminant toutes références à l'étudiant ou au tuteur (dont les commentaires). Les dates ont également été effacées avant de

numéroter les RSCA de 1 à 76 pour les RSCA “1ère année” et de 1 à 77 pour les “3ème année”.

Nous avons choisi de tirer au sort une vingtaine de RSCA dans chaque année de RSCA.

Le tirage au sort a été effectué via la fonction ALEA du logiciel Excel, 25 RSCA ont été tirés au sort puis les doublons ont été effacés pour arriver à un total de 21 dans chaque groupe.

Une double évaluation indépendante a été effectuée par le thésard (médecin remplaçant non thésé) et le directeur de thèse enseignant du DMG. Les RSCA ayant un écart de notation trop important ont nécessité une troisième évaluation indépendante par un autre enseignant du DMG.

L'écart entre chaque note des deux évaluateurs et la médiane des écarts ont été calculés sur le logiciel Excel. Chaque RSCA avec un écart de note au-dessus de la médiane a été envoyée au troisième évaluateur pour départager les notes.

Chaque évaluateur a noté les RSCA selon la grille simplifiée rapportée sur Excel avec la possibilité de rajouter des commentaires.

#### **IV. Objectifs**

##### **1. Objectif principal**

L'objectif principal est de montrer une progression de la réflexivité des internes par la rédaction des RSCA en fonction du temps (six semestres). La grille permet de porter un jugement global sur un RSCA sous la forme d'une note.

L'étude compare les internes à eux-mêmes en fonction du temps.

##### **2. Objectifs secondaires**

Les objectifs secondaires étaient d'évaluer l'applicabilité de la grille à Rouen, ses limites et sa fiabilité.

## **V. Analyse statistique**

Les données des évaluations ont été directement collectées et analysées dans des tableaux Excel.

Nous avons utilisé une méthode d'analyse descriptive simple puis comparative. Pour cela, nous nous sommes aidés du site [biostTGV.fr](http://biostTGV.fr) <sup>(31.)</sup> afin de réaliser un test de comparaison des moyennes de Student et un test de corrélation de Pearson. Le seuil de significativité était fixé à  $p \leq 0.05$ .



## RESULTATS

### I. Recueil des RSCA

Nous avons retenu 153 RSCA exploitables (Figure 1.) dont :

- 76 RSCA de 1<sup>ère</sup> année (R1) numérotés de 1 à 76
- 73 RSCA de 3<sup>ème</sup> année (R3) numérotés de 1 à 77

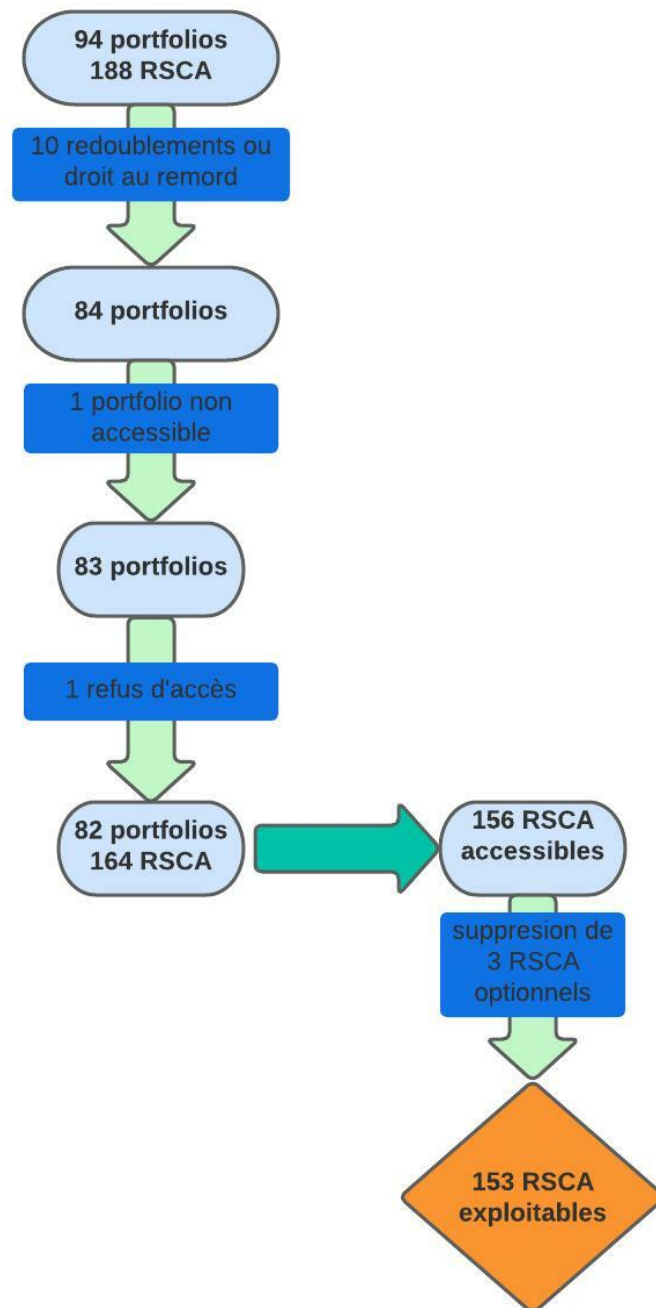
La promotion 2017 comprenait initialement 94 étudiants donc 188 RSCA devaient être attendus.

Avant extraction des RSCA, les portfolios de certains étudiants avaient été exclus :

- 10 portfolios ont été exclus car rédigés par des étudiants ayant fait un droit au remord (6) ou ayant redoublé la phase socle du fait d'un retard dans les TEA rendues ;
- 1 portfolio dont les RSCA n'étaient pas accessible ;
- 1 étudiant a refusé l'exploitation de ses RSCA.

Il restait donc 82 étudiants, soit théoriquement 164 RSCA après suppression des RSCA de deuxième année. Finalement, nous avons retrouvé 156 RSCA au total dans les portfolios puis trois ont été retirés car les étudiants en avaient rédigé un quatrième.

Un étudiant avait rédigé un RSCA en troisième année mais nous n'avons pas retrouvé celui de la première année.



*Figure 1. Extraction des RSCA*

Après tirage au sort en utilisant la fonction ALEA sur Excel, 21 RSCA ont été retenus dans chaque groupe.

Dans le groupe des 1<sup>ers</sup> RSCA (R1): n°1, 2, 9, 16, 22, 24, 25, 27, 40, 43, 44,46,48, 49 , 53, 59, 69, 70, 71, 75, 76

Dans le groupe des 3<sup>èmes</sup> RSCA (R3): n° 1 , 6, 8 ,11 ,20,26, 28, 29, 30, 31, 36, 43, 52, 56, 59, 60, 65, 68, 69, 71, 76

## II. Analyse préliminaire/descriptive des résultats

Après tirage au sort, les RSCA ont été notés de façon indépendante et à l'aveugle par deux évaluateurs ayant un niveau d'expertise différents pour limiter les biais :

- L'un étant le thésard, médecin généraliste remplaçant non thésé et non formé à l'évaluation des RSCA appelé E1 ;
- Le second, médecin généraliste enseignant au DUMG formé et entraîné à l'évaluation des RSCA appelé E2.

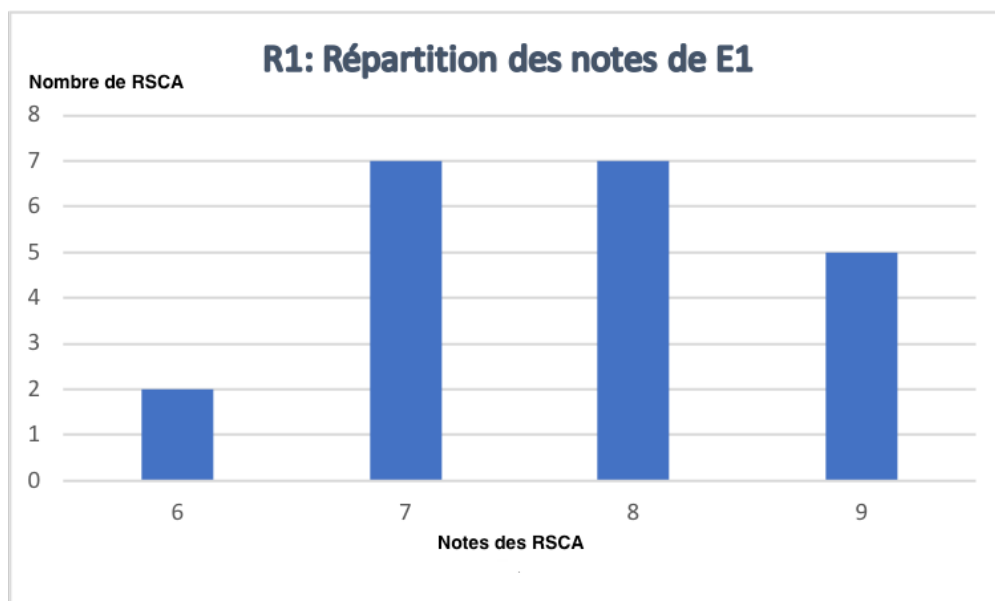
Un troisième évaluateur également médecin généraliste enseignant au DUMG appelé E3 a été sollicité pour évaluer les RSCA avec un écart de note important entre E1 et E2.

### 1. Résultats de l'évaluateur E1

#### a. Description des résultats obtenus

- R1: la note moyenne était de 7,71 avec un écart type de 0,956. Les notes obtenues sont homogènes.

Les notes de E1 s'écartaient de 0,8 de la moyenne.



*Figure 2. Répartition des notes de E1 pour les premiers RSCA*

- R3: la note moyenne était de 7,95 avec un écart-type de 2,4. Les notes de E1 s'écartaient de 1,78 de la moyenne. Les notes étaient plus hétérogènes.

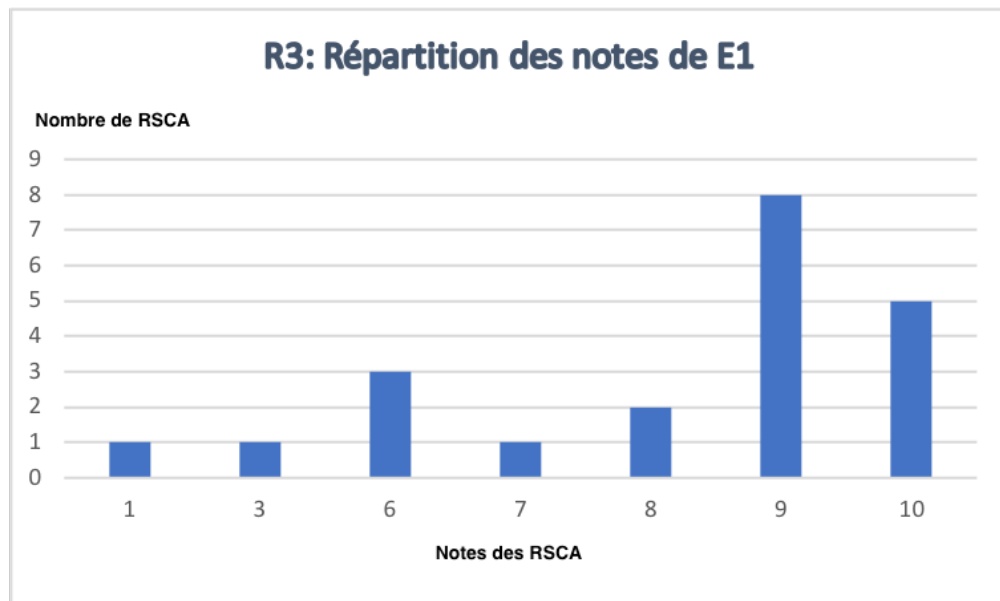


Figure 3. Répartition des notes de E1 pour les troisièmes RSCA

On remarque une moyenne supérieure en 3<sup>ème</sup> année par rapport à celle de 1<sup>ère</sup> année chez l'évaluateur E1.

On note également que la dispersion des notes est plus importante en 3<sup>ème</sup> année pour cet évaluateur.

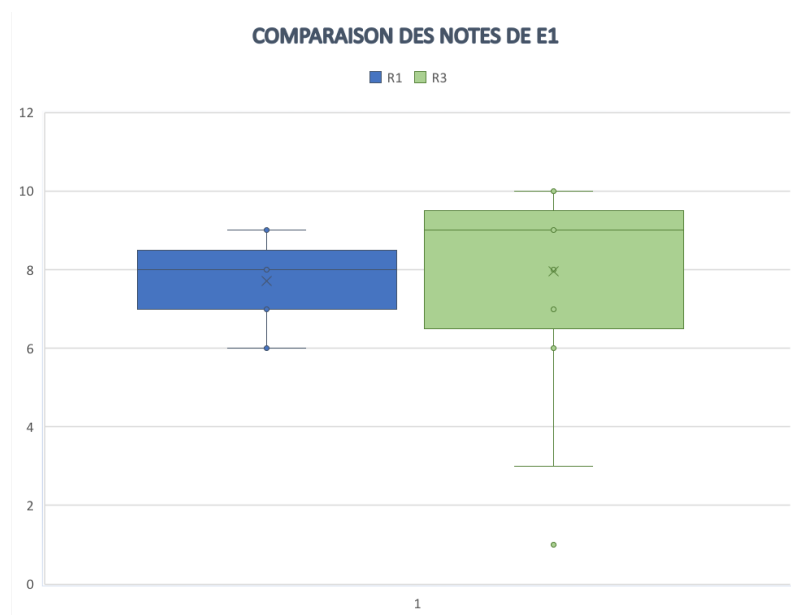


Figure 4. Comparaison des notes de E1

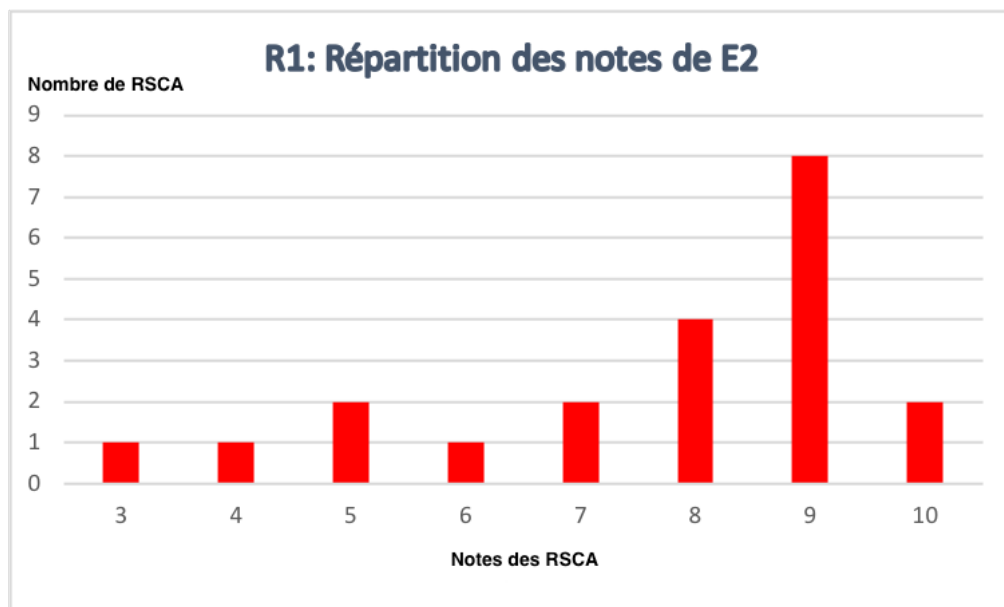
## **b. Comparaison des résultats**

Nous avons réalisé un test de Student avec un seuil de signification  $\alpha$  de 0,05 pour comparer les moyennes de notes des premiers RSCA après l'évaluation faite par E1. On retrouve une moyenne supérieure en troisième année. Cette supériorité est non significative avec  $p=0.676$  donc  $p>0.05$ .

## **2. Résultats de l'évaluateur E2**

### **a. Description des résultats obtenus**

- R1: la moyenne des notes obtenues était de 7,67 avec un écart-type de 1,98. Les notes de E2 s'écartaient de 1,59 de la moyenne.



*Figure 5. Répartition des notes de E2 pour les RSCA de première année*

- R3: la moyenne des notes obtenues était de 7,48 avec un écart-type de 2,62. Les notes de E2 s'écartaient de 2,18 de la moyenne.

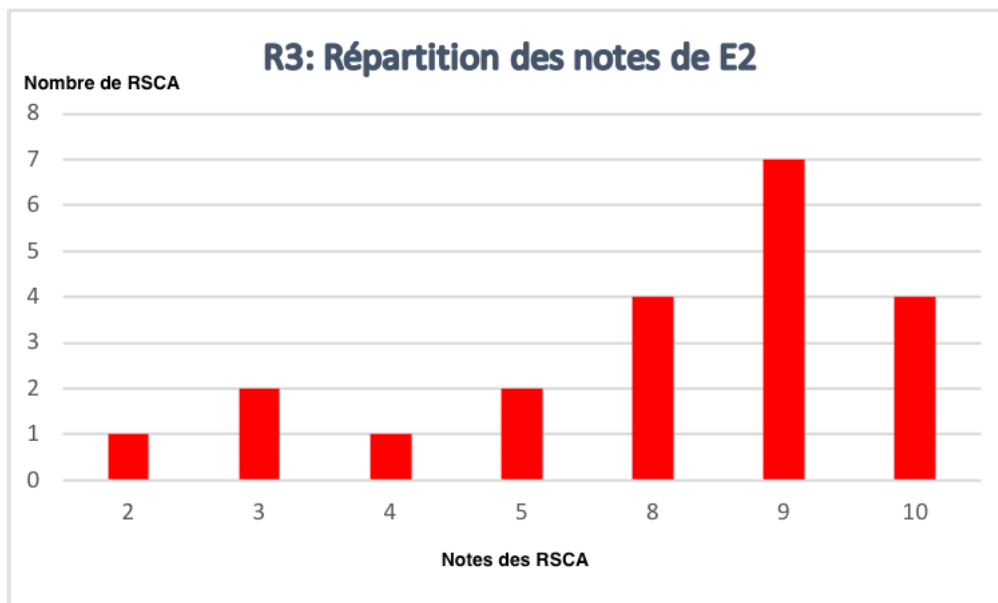


Figure 6. Répartition des notes de E2 pour les RSCA de troisième année

Pour E2, on remarque que la moyenne des R3 est inférieure à celle des R1. La dispersion des notes est plus importante pour les R3.

Globalement, la dispersion des notes de E2 est plus importante que celles de E1.

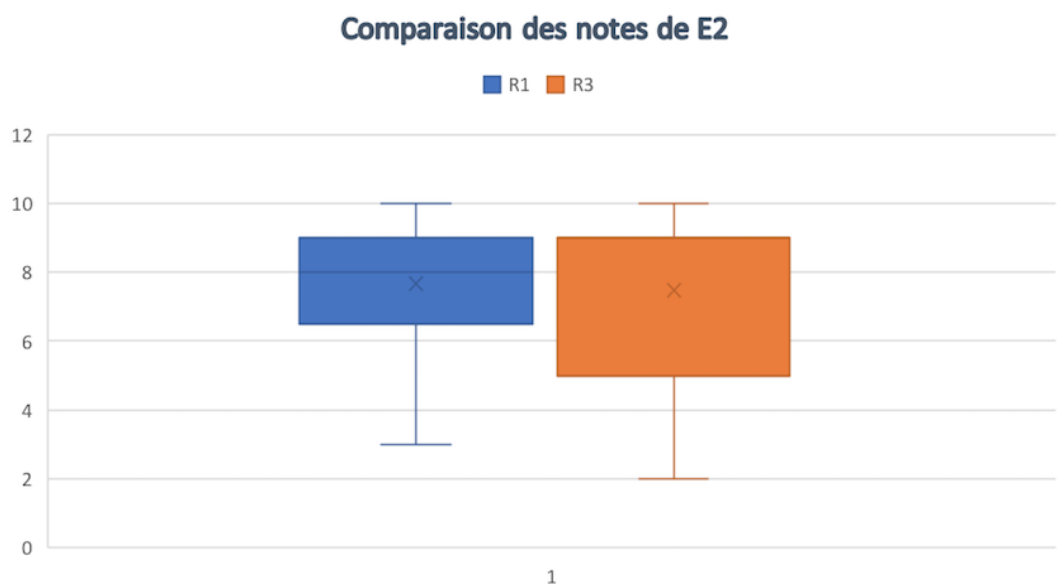


Figure 7. Comparaison des notes de E2

## b. Comparaison des résultats

Le test de Student réalisé pour comparer les moyennes de E2 retrouve un  $p=0,79$  soit une différence non significative entre les deux moyennes car  $p>0,05$ .

### 3. Comparaison entre les deux évaluateurs

Les moyennes des notes des RSCA de E1 étaient supérieures à celles de E2.

Nous avons noté par moment une différence de notation avec des écarts de notes importants entre les deux évaluateurs.

Les notes de E1 étaient moins dispersées que celles de E2. Les moyennes de E1 et E2 étaient très proches.

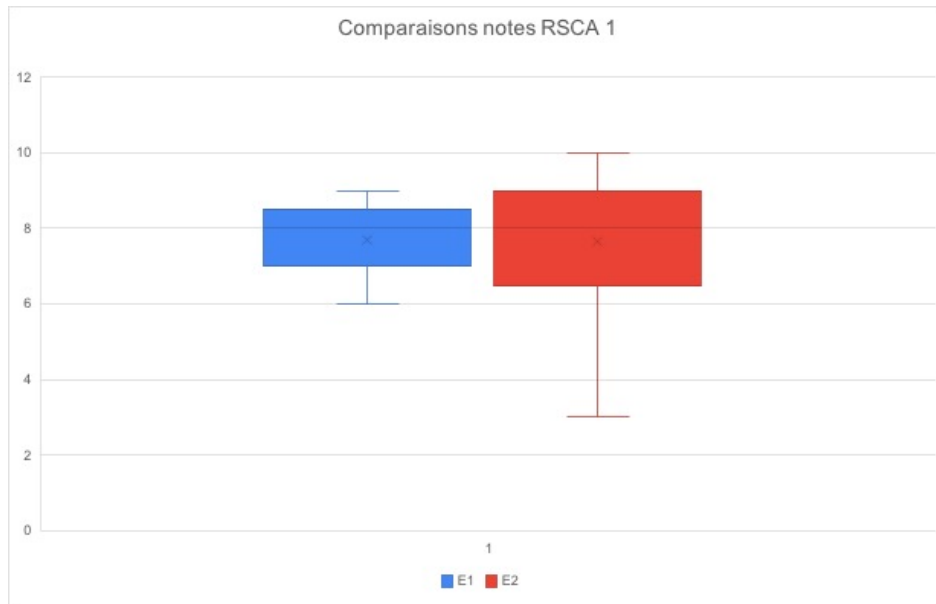


Figure 8. Comparaison des notes de E1 et E2 pour les R1

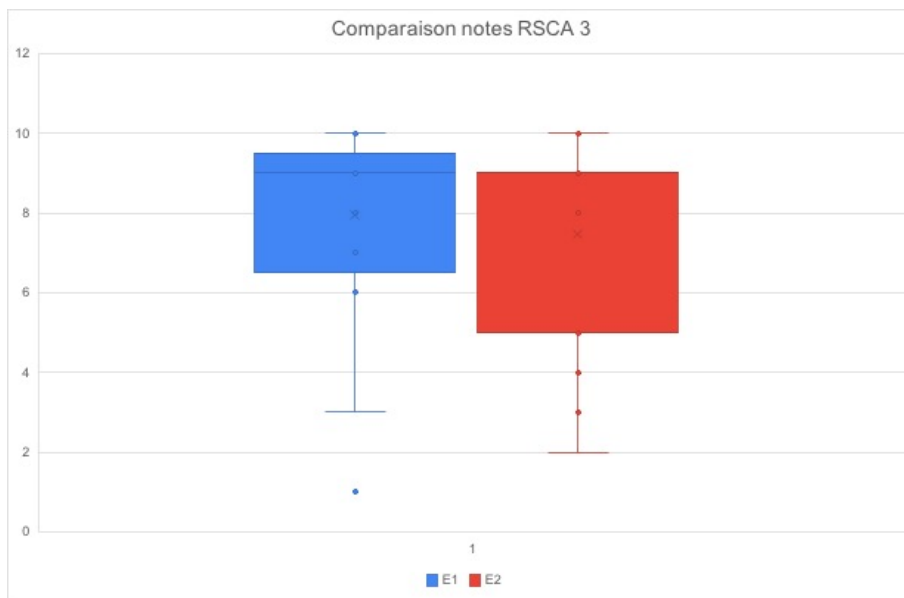


Figure 9. Comparaison des notes de E1 et E2 pour les R3

### III. Fiabilité inter-évaluateur

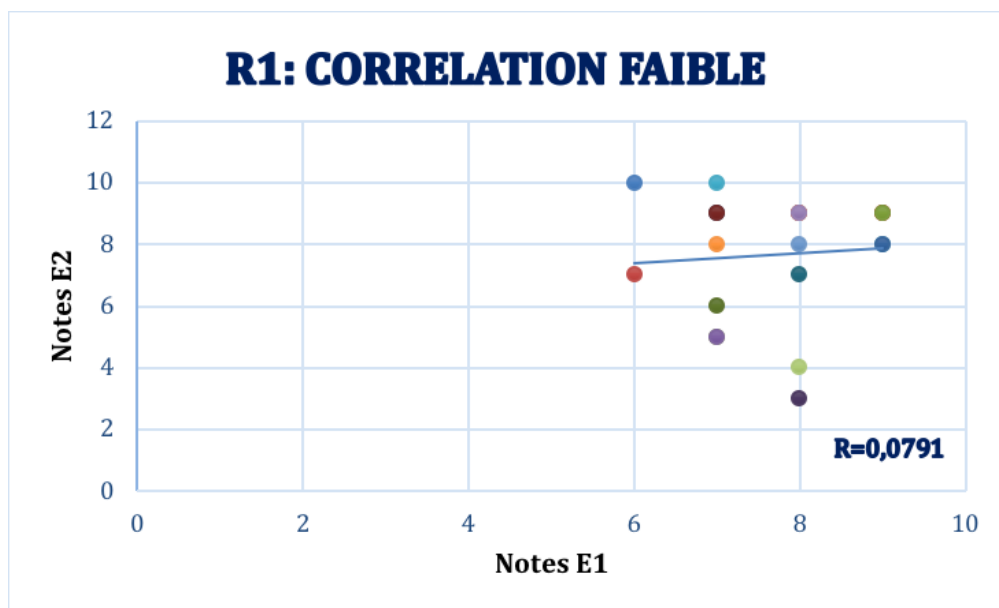
En vue d'une notation homogène et cohérente entre les évaluateurs, les notations se sont faites de façon indépendante avec deux évaluateurs n'ayant pas le même niveau ou les mêmes points de vue.

Il nous a paru intéressant de voir si cela avait un impact sur la façon de noter.

Nous avons décidé d'analyser la relation entre les notes des deux évaluateurs en utilisant le coefficient de corrélation de Pearson avec un seuil de signification  $\alpha$  de 0,05.

- R1 : on retrouve un coefficient à 0,0791, la relation entre les notes des évaluateurs est très faible car le coefficient est proche de 0.

Il n'y avait pas de relation linéaire entre les notes de E1 et E2. Néanmoins, ce résultat n'était pas significatif car  $p = 0,73$ .

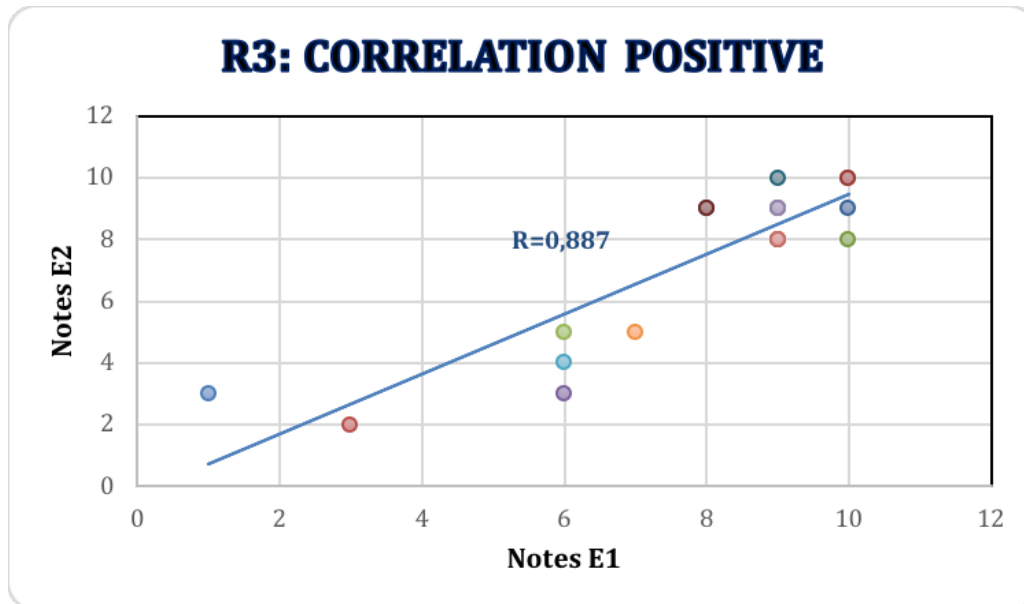


*Figure 10. Corrélation entre les notes de E1 et E2 pour les R1*

- R3: on retrouvait un coefficient à 0,887 donc une relation plutôt positive ( $>0,8$ ) même si celle ci n'était pas significative ( $p=8,11$ ).



Les notes de E1 et E2 ont une relation linéaire. Lorsque les notes de E1 augmentent, celles de E2 augmentent aussi. Ce qui n'était pas le cas pour les R1.



*Figure 11. Corrélation entre les notes de E1 et E2 pour les R3*

La concordance inter-évaluateur augmente donc pour R3. Cela peut s'expliquer par la faible expérience de E1 initiale qui s'améliore avec le temps.

La concordance entre E1 et E2 reste globalement faible pour les deux évaluations.

#### **IV. RSCA ayant nécessité un troisième évaluateur**

Les RSCA tirés au sort ont été évalués par l'étudiant et le directeur de thèse de façon indépendante. Une note entre 1 et 10 a été mise à chaque RSCA via des grilles adaptées sur EXCEL.

La notation a été effectuée pour tous les R1 puis les R3.

Nous avons noté un écart de notation entre les 2 évaluateurs et la concordance inter-évaluateur était faible après comparaison par un test de Pearson.

Pour équilibrer la notation, il a été décidé d'obtenir une troisième évaluation pour certains RSCA.

Pour déterminer lesquels, nous avons repris les résultats des deux évaluations sur EXCEL et calculé les médianes des notes.

La médiane des notes des deux évaluateurs était de 1.

Ensuite, l'écart entre chaque note a été calculé. Un écart de note strictement supérieur à 1 (la médiane) a mené à une réévaluation du RSCA par un 3<sup>ème</sup> évaluateur (E3).

Dans le groupe des R1, 8 récits soit 38% ont nécessité une réévaluation. Dans le groupe des troisièmes RSCA, 5 récits soit 24% ont nécessité une réévaluation.

On peut donc conclure que l'écart de notation diminue entre les 2 groupes.

## **V. Comparaison des RSCA**

### **1. Progression des moyennes dans le temps**

Le recours à un troisième évaluateur a permis d'obtenir des moyennes plus équilibrées pour chaque RSCA.

Nous avons réalisé un test de Student de comparaison des moyennes après les trois évaluations.

Les résultats obtenus étaient les suivants :

- moyenne totale pour les premiers RSCA = 7.47
- moyenne pour les troisièmes RSCA= 7.64

Nous avons observé qu'il y a une progression de la moyenne des notes pour les R3 par rapport aux R1.

Après réalisation du test de Student, nous n'avons pas pu montrer de différence significative entre les moyennes des deux groupes ( $p=0.78$ ).

### **2. Niveau atteint**

En comptabilisant tous les RSCA où au moins 1 des évaluateurs a coché un item invalide, nous avons relevé les RSCA qui n'auraient pas été validés après nos évaluations.

Nous avons trouvé 9 RSCA non validés pour les R1 soit 42,8% des RSCA et 7 pour les R3 soit 33%. Il y a moins de RSCA non validés dans les R3.

Nous avons également réalisé une comparaison des médianes des notes obtenues avec le troisième évaluateur. Celles-ci ont été reportées dans le graphique ci-dessous (Figure 12.) après classement des médianes dans l'ordre croissant.

Celui-ci illustre la progression plus importante des notes des RSCA en troisième année malgré certaines notes plus basses.

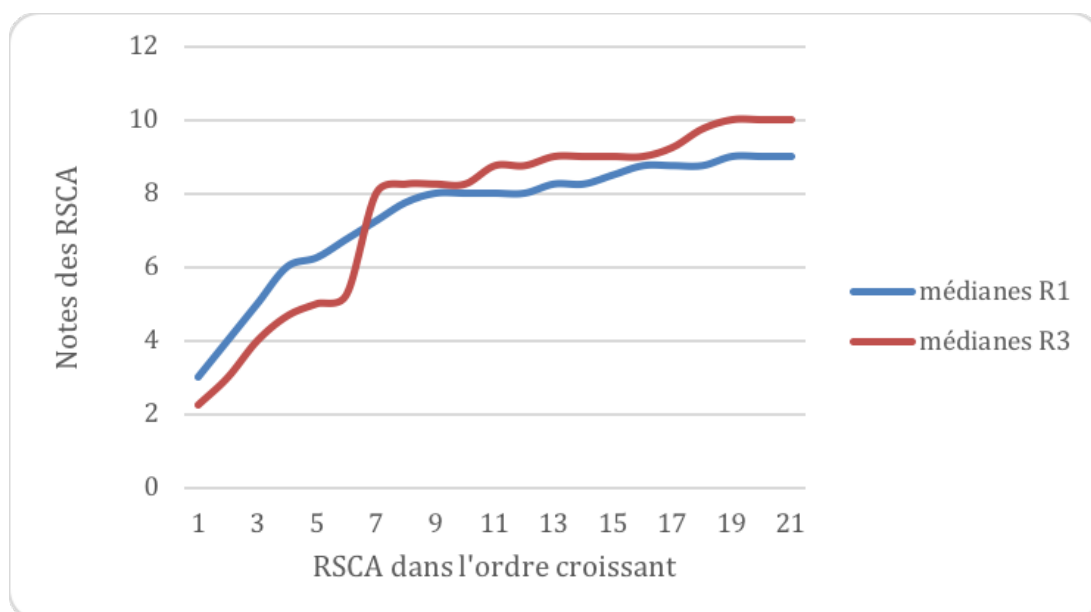


Figure 12. Courbes d'évolution des médianes des notes des RSCA en 1<sup>ère</sup> et 3<sup>ème</sup> année

### 3. Evaluation par items de la grille

Au fil des RSCA, l'item "utilité des traces d'apprentissage" était le mieux noté et l'item "acquisition des compétences" était le moins bien noté dans les deux groupes.

Après la troisième évaluation, nous avons décidé de comparer les moyennes des notes obtenues pour chaque catégorie et item de la grille.

- Catégorie « Complexité » : pas de progression globale, ni de progression pour les items « Diversité des champs » et « Diversité des solutions » ;
- Catégorie « Synthèse de la situation clinique » : pas de progression globale mais on note une progression pour l'item « Identification des points clés ».

Pour les R1, on retrouve souvent le commentaire « centré sur les performances et pas apprentissage » ou « pas identifiée » ou « absence » pour justifier la note des items « Identification des points clés » et « Identification des compétences ». Commentaires que l'on retrouve moins dans les R3.

La Synthèse était souvent absente dans les R1.

## DISCUSSION

### I. Synthèse des résultats

Il existe peu d'études évaluant la mise en application de l'utilisation d'un système d'évaluation des RSCA et notamment l'utilisation de la grille nationale du CNGE.

Ce travail de recherche avait pour but d'évaluer la progression de la réflexivité des internes de médecine générale à travers la rédaction des RSCA.

Il nous a permis de montrer une progression des moyennes avec le temps mais celle-ci est faible et non significative. L'item de la grille « Identification des points clés » était le seul item pour lequel une progression de la moyenne a été observée.

Nous nous attendions à une évolution plus franche des notes entre la phase socle et la fin de la phase d'approfondissement.

Cette faible progression peut être expliquée entre autres par l'hétérogénéité de notation des RSCA et la subjectivité de la grille. Le recours nécessaire à un troisième évaluateur montre la grande variabilité de notation liée à la subjectivité. L'écart des notes est parfois important entre les différents évaluateurs. La notation dépend du niveau de formation de l'évaluateur et de son ressenti.

Le choix du système de notation a aussi eu un impact sur l'évolution des résultats.

Néanmoins, nous avons noté au fil du temps, une progression sur certains items de la grille et une homogénéisation des notations entre les évaluateurs. L'écart de notation diminuait entre les deux groupes. Cela peut témoigner d'une harmonisation des évaluations avec le temps et l'expérience. Nous pouvons imaginer que le premier évaluateur « novice » a gagné en expérience entre les deux évaluations par l'entraînement.

Aussi, nous avons pu noter que certains RSCA n'auraient pas été validés suite à la notation de nos évaluateurs. Néanmoins, le pourcentage de RSCA non validés diminue en phase d'approfondissement (42,8% contre 33%) ainsi que le pourcentage de RSCA ayant nécessité une réévaluation (38% contre 24%).

La question de l'applicabilité de la grille se pose à travers cette étude. De par la dispersion des notes, la reproductibilité de la grille paraît aussi limitée.

## **II. Les limites de cette étude**

Au cours de cette thèse, nous avons été amenés à opérer certains choix qui ont conduit à des biais.

### **1. Biais de sélection**

La première limite à relever concerne le choix de l'échantillon. Les RSCA sélectionnés concernaient exclusivement la promotion 2017 de la faculté de Rouen. Les résultats obtenus ne peuvent pas être étendus à une promotion différente ou une faculté différente.

Nous avons retenu 153 RSCA exploitables parmi les 188 RSCA attendus et les RSCA de deuxième année ont été exclus. Nous avons ensuite fait le choix d'en tirer 21 au sort dans chaque groupe. Cet échantillon est faible et manque de puissance, d'où la non significativité des résultats.

Ces deux biais limitent la possibilité d'extrapolation des résultats et diminuent la validité externe de l'étude.

### **2. Biais de classement**

La concentration d'un évaluateur faiblit au fur et à mesure des évaluations ce qui peut mener à une perte de la comparabilité des groupes au cours du suivi. Les récits

sont souvent longs. La répétition et la monotonie des évaluations entraînent un biais de suivi.

La grille utilisée comprend des items multiples avec des descriptions longues. La compréhension des différents items peut changer selon l'évaluateur.

La note obtenue dépend de l'évaluateur, de sa compréhension de la grille, de son ressenti, de son point de vue. L'évaluation des RSCA est par définition subjective.

Seuls certains items de la grille ont été analysés ce qui ne permet pas de conclure sur l'utilisation de la grille dans sa globalité, ni de comparer à d'autres études utilisant la même grille.

Malgré le tirage au sort, nous avons retrouvé 2 RSCA incomplets dans le deuxième groupe de RSCA ce qui limite la comparabilité des deux groupes et peut expliquer la faible progression des moyennes.

L'ajout d'une troisième évaluation pour seulement une partie des RSCA limite également la comparabilité. Cette décision avait pour but d'harmoniser les notations mais il aurait été intéressant de l'appliquer à tous les RSCA pour augmenter la comparabilité.

### 3. Biais de confusion

Pour valider le DES de Médecine Générale à Rouen, l'interne doit rédiger un RSCA par année. Lors de la rédaction du premier RSCA, l'étudiant est encore novice et comprend progressivement la méthode à appliquer pour s'améliorer au fil de l'écriture et des commentaires de son tuteur.

Logiquement, lors de la rédaction du troisième RSCA, l'interne doit être plus performant.

On peut imaginer que le troisième RSCA est forcément plus abouti que le premier du fait des trois années passées et de la formation progressive de l'interne.

Il y a une meilleure formation à la rédaction des RSCA avec le temps.

#### 4. Variabilité inter-sujet

Nous avons choisi de faire un tirage au sort global dans les deux groupes pour comparer des étudiants différents. Cela rajoute une variabilité inter-sujet (deux sujets différents vont faire des récits différents).

Si on avait tiré au sort des RSCA des mêmes étudiants dans chaque groupe nous n'aurions eu qu'une variabilité intra-sujet (un même sujet peut faire un récit de façon différente).

On peut aussi considérer cela comme un point fort car nous avons moins de variabilité intra-sujet ce qui permet d'apprécier une évolution globale et non étudiant par étudiant.

### **III. Les forces de cette étude**

Plusieurs biais existent dans cette étude. Certaines décisions prises ont permis de limiter les biais et d'augmenter la validité interne de l'étude.

#### 1. Limiter le biais de sélection

Afin d'assurer une harmonisation des résultats, nous avons effectué un tirage au sort global dans chaque groupe de RSCA après anonymisation et numérotation des récits.

Un large choix de RSCA était disponible au tirage au sort du fait du faible nombre d'étudiants ayant refusé l'accès aux RSCA.

Il n'y a pas de risque de perdus de vue du fait du caractère rétrospectif de l'étude.



## 2. Limiter le biais de classement

Le caractère rétrospectif de l'étude a également l'avantage d'être un frein au biais de suivi. On analyse des données déjà existantes qui ne se modifient pas au cours du temps.

La thésarde, remplaçante en médecine générale, ayant évalué les RSCA n'a pas eu de formation au préalable. Certains items de la grille ont pu être mal compris. Les deux autres évaluateurs enseignants au DMG évaluent régulièrement des RSCA et sont entraînés à l'évaluation avec ou sans la grille.

Nous avons vu précédemment que l'évaluation des RSCA est subjective. Le choix d'une double voire triple évaluation indépendante des RSCA par des évaluateurs aux expériences et points de vue différents, a permis de limiter ce biais.

Le côté subjectif de l'évaluation a pu être limité par le choix d'une pondération des notes et le retrait des items « Narration » et « Recherche documentaire ».

Seuls les items les plus objectifs ont été retenus.

## 3. Système de notation

Nous avons fait le choix de ne pas utiliser le système de notation habituel de la grille mais une notation chiffrée. Ce système de notation n'est pas validé. Ce choix peut être considéré comme une limite mais il nous a permis d'obtenir une notation globale des RSCA et de multiplier et faciliter les analyses statistiques.

Cela permettait de diminuer le caractère subjectif de la notation.

Par l'anonymisation et le tirage au sort global, les trois évaluateurs ont effectué la notation à l'aveugle sans connaître le nom de l'interne ou celui du tuteur. Ils ont d'abord évalué les R1 puis les R3.

De plus, notre objectif n'était pas de juger la notation des RSCA ni leur validation mais d'apprécier une évolution dans le temps.

Le choix d'utiliser ce système de notation pour les R1 et R3 est critiquable car il n'y a pas d'adaptation du score au niveau attendu en phase socle par rapport à la phase d'approfondissement.

#### 4. Apport de la recherche

A ce jour, il existe peu de recherches sur l'application des nouvelles méthodes pédagogiques en médecine générale et notamment à Rouen.

Nous avons retrouvé des travaux de recherche <sup>(32., 33., 34.)</sup> qui s'intéressent à la progression des internes et les méthodes évaluatives du RSCA. Parmi ces recherches, il y en avait seulement une qui mettait en application la grille du CNGE <sup>(34.)</sup>. Cette thèse <sup>(34.)</sup> avait pour but d'utiliser la grille pour évaluer le niveau atteint des RSCA des étudiants en fin de phase socle. Elle a mis en évidence un écart entre les niveaux attendus pour valider la phase socle et les critères de la grille. La pertinence de la grille d'évaluation était déjà discutée.

Notre travail de recherche est le premier à étudier l'évaluation des RSCA et l'utilisation de la grille à Rouen mais également le premier à comparer la phase socle et la phase d'approfondissement.

Les résultats issus de cette étude montrent une relation entre la notation des RSCA et le temps mais également une relation entre la notation des RSCA et l'évaluateur. Elle contribue à montrer que le RSCA serait un outil pédagogique efficace pour évaluer la progression des compétences des internes. Mais elle n'est pas assez puissante pour le confirmer.

Globalement, nous avons pu montrer que la démarche évaluative et formative proposée par le RSCA est exigeante à la fois pour l'étudiant et le formateur.

L'utilisation de la grille d'évaluation du CNGE a permis de confirmer le manque d'objectivité de la grille (30.) et l'hétérogénéité des évaluations malgré l'existence de celle-ci.

#### **IV. Utilisation de la grille d'évaluation**

##### **1. Pertinence de la grille**

La grille du CNGE utilisée est une grille validée élaborée à partir d'un travail national dans un but d'harmonisation des évaluations afin de proposer une grille d'évaluation commune des RSCA.

L'objectif de celle-ci était de répondre à une volonté d'harmonisation des pratiques évaluatives des TEA <sup>(35.)</sup> et en particulier le RSCA.

Nous avons pu voir qu'il existait parfois une différence entre la notation du RSCA par le tuteur et celle des évaluateurs de cette étude. Cela s'explique en partie par le fait que cette grille a été peu diffusée et n'était pas connue des étudiants ou de certains tuteurs. Cette différence peut également être liée au système de notation à l'aveugle. En effet, certains RSCA n'ont pas été validés par les évaluateurs mais validés par le tuteur qui connaît l'étudiant.

La grille ne comprend pas la rétroaction pédagogique du tuteur qui est un élément important dans la rédaction et la correction du RSCA. Le ressenti du tuteur parfois visible à travers les commentaires (qui ont été supprimés pour l'étude par souci d'anonymisation) est un élément essentiel difficile à apprécier par la notation. Cette grille est-elle donc un bon outil pour évaluer les capacités réflexives ?

Par l'utilisation d'une grille d'évaluation, on pouvait imaginer une optimisation de l'objectivité de l'évaluation. Or, nous avons vu que, malgré la suppression des items qui nous paraissaient subjectifs, cette grille ne permettait pas une homogénéisation des notations du fait du manque d'objectivité des items.

Quelque soit la méthode évaluative, il sera toujours difficile d'obtenir une évaluation objective d'un RSCA. L'évaluation d'un récit est forcément subjective car nous avons vu que le ressenti du tuteur peut faire varier la notation.

Un autre inconvénient de la grille est la multiplicité des descripteurs des items.

Pour chaque item, les descripteurs pour les catégories « Pertinent », « Améliorable » ou « Insuffisant » sont souvent longs et difficiles à mémoriser. La frontière entre chaque cotation est parfois ambiguë.

Ceux-ci peuvent également être compris de différentes manières selon le niveau de formation de l'évaluateur.

A travers ces différents éléments, notre étude remet en question la pertinence d'utilisation de la grille d'évaluation. L'avantage de celle-ci est d'avoir une trame commune à tous les évaluateurs, mais est-elle vraiment utilisée en pratique?

Il serait intéressant d'avoir un état des lieux de l'utilisation de la grille d'évaluation auprès des tuteurs.

## 2. Points d'amélioration

Des perspectives d'amélioration de la grille peuvent être mis en évidence afin d'optimiser son utilisation :

- Une meilleure diffusion de la grille d'évaluation aux tuteurs et aux étudiants ;
- Élaborer un mode d'emploi d'utilisation de la grille ou former les évaluateurs et les étudiants à l'utilisation de la grille ;
- Retirer certains items ou simplifier les descriptifs des items.

Cette grille d'évaluation et la méthode de cotation ne permettent pas d'apprécier correctement les capacités réflexives de l'interne notamment par l'absence de prise en compte de la rétroaction. Elle permet néanmoins d'avoir une évaluation "sanctionnante" pour la validation de la phase socle ou de la phase d'approfondissement.

Initialement, les outils développés étaient basés sur une évaluation des compétences  
(37.)

L'utilisation d'une grille mieux orientée sur l'évaluation des capacités réflexives pourrait apporter également un complément.

La pratique réflexive permet d'apprendre de ses expériences. Pour cela, il faut un outil qui relève les apprentissages pertinents pour améliorer la pratique et apprendre des situations vécues.

La grille REFLECT (pour : Reflection Evaluation for Learners' Enhanced Competencies Tool) (ANNEXE 6) pourrait être un bon outil à exploiter pour évaluer et offrir la rétroaction sur les capacités réflexives.

Élaborée en 2011, il s'agit d'un outil qualitatif multidimensionnel qui explicite les éléments qui favorisent l'élaboration de la réflexivité dans les traces écrites. Cet outil validé et critérié a été traduit en français en 2019 <sup>(38.)</sup> pour permettre une hétéro-évaluation valide et reproductible. Elle permettrait d'optimiser la réflexivité des IMG en prenant en compte la rétroaction des tuteurs.

Depuis sa traduction, sa mise en application n'a pas été étudiée. On ne connaît pas l'état des lieux de son utilisation dans les DUMG pour le moment.

D'autres modalités d'évaluation que les grilles sont aussi proposées par certains auteurs <sup>(39.)</sup> (à travers l'art par exemple) pour développer des professionnels empathiques prêts à exercer. Différentes variétés d'expériences réflexives pourraient être proposées au cœur de la formation du futur médecin généraliste.

Le DMG de Paris Descartes propose également une grille d'évaluation critériée mais non validée <sup>(40.)</sup>. Elle a pour but d'évaluer le niveau de réflexivité des internes durant le DES de médecine générale. Elle a l'avantage d'être utilisable à la fois par les étudiants pour une auto-évaluation formative et par les maîtres de stages et tuteurs.

Tous ces modes d'évaluation proposés peuvent servir pour toutes les traces d'apprentissages contenues dans le portfolio. Elles permettent une évaluation formative tout au long du cursus.

Le journal de bord paraît également être un outil pertinent pour évaluer la progression des internes <sup>(41.)</sup>. Il comprend des TEA sur des situations rencontrées

par l'étudiant qu'il rédige tout au long du cursus (comme les vignettes à Rouen). Cela permet à l'étudiant d'apprendre régulièrement des situations vécues en relevant les apprentissages pertinents pour améliorer sa pratique.

## **V. Perspectives**

Cette thèse apporte différents éléments concernant le suivi des RSCA et l'application de cette méthode pédagogique pour les IMG.

Le champ de recherche ouvert par cette thèse est nouveau à Rouen et permet d'ouvrir la voie à de nombreuses perspectives.

Dans un premier temps, cette étude manque de puissance du fait du tirage au sort. Une même étude pourrait être réalisée sans tirage au sort avec un échantillon suffisant pour avoir des résultats significatifs et multiplier les analyses. Cela permettrait également de mieux mettre en évidence les points qui peuvent poser problème dans la notation.

Nous avons vu que la qualité d'un RSCA dépend de la supervision et de la relation tuteur-tutoré. Le niveau d'exigence est différent selon les tuteurs. Pour améliorer l'évaluation et la progression des internes, il serait intéressant d'intégrer une grille d'évaluation à la formation des tuteurs pour une harmonisation des pratiques. La grille pourrait également être diffusée en début d'année aux étudiants pour mieux comprendre les objectifs du RSCA.

Depuis 2017, les tuteurs ont dû développer plus d'expérience sur les techniques d'évaluation.

Comme vu précédemment, il aurait été intéressant d'avoir un état des lieux des méthodes d'évaluation utilisées par les tuteurs.

Cette étude a exploité les données des RSCA de la promotion de 2017, première promotion rouennaise à découvrir le RSCA. D'autres études pourraient analyser l'évolution de la notation des RSCA dans les autres promotions ou au fil des promotions. On pourrait voir la progression au fil de l'expérience des tuteurs.

Cela permettrait également d'avoir une comparabilité inter-évaluateur avec le temps. On pourrait peut-être mettre en évidence une harmonisation des notes avec le temps ou avec l'expérience.

Dans le même contexte, on pourrait comparer les RSCA d'une promotion mieux informée sur les objectifs et la notation.

Concernant la progression des internes, il serait intéressant de voir si pour une même situation ou un même patient l'interne progresse dans sa réflexivité. Pour cela, nous pourrions reprendre le même RSCA au fil du cursus pour voir si les internes se posent les mêmes questions avec le temps. Cela permettrait également de développer les compétences nécessaires dans le suivi à long terme.

Les autres TEA pourraient également être évaluées.

En 2017, les RSCA des IMG rouennais étaient classés dans un portfolio sur Google Drive. Pour les autres promotions, le portfolio a été intégré dans le site du DUMG pour chaque étudiant.

La grille d'évaluation du CNGE ou la grille REFLECT pourraient être intégrées sur le site du DUMG. On peut aussi imaginer intégrer la grille élaborée par le DMG de Paris-Descartes. Cela guiderait l'étudiant dans la rédaction de son récit et son auto-évaluation. Elle permettrait également au tuteur de noter directement le RSCA sur la grille en parallèle à la lecture du récit.

D'autant plus que la grille est difficile à mémoriser, l'avoir en visibilité permanente sur la page du récit aiderait à guider le tuteur.

A partir de cela, un travail prospectif pourrait être mis en œuvre au fur et à mesure des semestres.

## CONCLUSION

Par ce travail de recherche, nous avons cherché à mettre en évidence une progression dans la réflexivité des IMG Rouennais de la promotion 2017 en appliquant la grille du CNGE.

Le RSCA est un outil ayant un but formatif et certificatif. Il permet aux étudiants de développer leurs capacités réflexives par le biais de l'auto-évaluation et de l'auto-formation.

Au terme des trois années de formation, on doit pouvoir montrer que l'IMG a atteint un niveau de compétence suffisant pour une future pratique autonome, réfléchie et éthique.

L'implantation du RSCA nécessite certaines conditions pour être efficiente et acceptée par les étudiants qui veulent un outil d'évaluation de leur progression.

Mais il existe des disparités des méthodes évaluatives entre les tuteurs dans les différents DMG. Ce qui peut provoquer des inégalités entre les étudiants. La grille critériée du CNGE a été élaborée dans un but d'harmonisation des pratiques.

Nous avons choisi de l'appliquer pour étudier l'évolution des RSCA des IMG de la première promotion rouennaise qui découvrait les RSCA.

Notre étude nous a permis d'observer une progression faible des RSCA des étudiants au fil des semestres. Elle s'explique par une différence et une hétérogénéité des notations des évaluateurs malgré une notation chiffrée et l'utilisation de la grille.

La méthode utilisée paraît être adaptée pour guider l'étudiant et le tuteur mais moins pour une évaluation formative progressive.

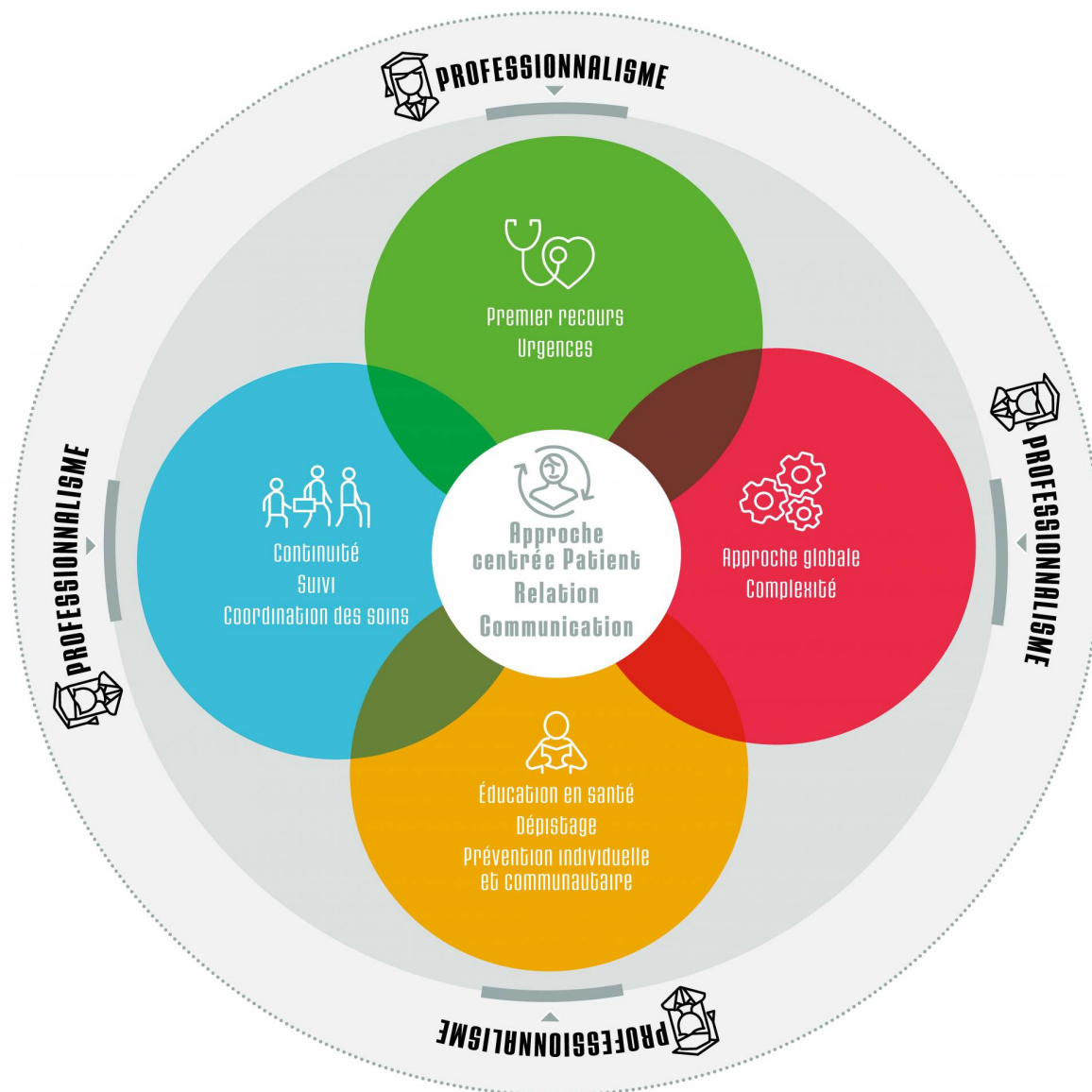
Elle peut néanmoins être un outil pertinent à intégrer au portfolio électronique du DUMG pour guider l'interne et/ou le tuteur à intégrer les objectifs du RSCA.

Une nouvelle grille critériée et validée, la grille REFLECT, paraît mieux adaptée pour évaluer les capacités réflexives de l'interne et serait intéressante à intégrer dans une étude à posteriori.



## ANNEXES

### ANNEXE 1 : MARGUERITE DES COMPETENCES



## ANNEXE 2 : GRILLE D'EVALUATION D'UN RSCA PAR LE CNGE

		Pertinent	Améliorable	Insuffisant
COMPLEXITE	Diversité des champs abordés	La diversité recouvre plusieurs des champs abordés en soins primaires : administratif, biomédical, psycho-relationnel, social mais aussi éthique, réglementaire...	La diversité est relative puisque seules quelques problématiques sont abordées mais il n'est pas exposé les éléments des autres champs de la situation	La situation expose une problématique dans un ou deux champs seulement
	Diversité des solutions	Les solutions proposées dépendent de plusieurs stratégies de résolution de problème et sont le fruit d'une réflexion et d'un choix prenant en compte la complexité de la situation	Les solutions sont bien définies mais ne prennent pas en compte tous les champs de la situation	Les solutions sont uniques, exclusives ou standardisées
NARRATION DE LA SITUATION	Caractère narratif du récit	Le récit est détaillé prenant en compte les temps de la consultation et les temps en dehors de la consultation, concernant la globalité du patient, produit par un sujet narrateur à la première personne du singulier, relatant la succession dans le temps de l'ensemble des faits marquants, des comportements réels, des sentiments vécus par le narrateur et de l'ensemble des éléments (description physique, présentation, paroles échangées, ton, attitudes, sensations, sentiments ressentis, interactions, transfert...) permettant de suivre la démarche de résolution de problème	La relation est faite par un sujet narrateur plus ou moins impliqué, de séquences marquantes de la situation, avec des manques concernant le vécu de la relation, ne permettant pas d'avoir l'ensemble des éléments concourant finement la démarche de résolution de problème	La situation est similaire à une prise d'observation clinique : description impersonnelle exhaustive, structurée d'un cas clinique sans fait marquants ou incidents critiques, sans analyse et interprétation en vue d'une prise de décision
	Exposé de la démarche	Les données exploratoires de la plainte initiale ou identifiée sont racontées, aussi bien	Certains champs de données exploratoires sont manquants, la décision n'est pas	Les données exploratoires sont insuffisantes en regard de la situation, les décisions ne sont

		les éléments sémiologiques que l'ensemble des données permises par le recueil, l'argumentaire de la décision est explicité, la négociation avec le patient et les éléments de la stratégie éducative sont rapportés	explicitée en regard de l'ensemble des champs de la situation, des éléments de la stratégie éducative ne sont pas rapportés	pas explicitées, les éléments de la négociation et concourant au développement d'une stratégie éducative ne sont pas rapportés
PROBLEMATIQUE ET OBJECTIFS D'ETUDE	Pertinence des questions formulées par l'étudiant	Les problèmes sont formulés par des questions précises se rapportant à la résolution de la situation exemplaire	Les problèmes sont formulés par des questions générales se rapportant plus ou moins à la résolution de la situation exemplaire	Les problèmes ne sont pas formulés sous forme de question, mais sous forme de sujets généraux d'étude à traiter, ou ne se rapportent pas à la résolution de la situation exemplaire
	Adéquation des questions avec les tâches et fonctions de la MG	Les questions sont en adéquation avec les tâches et fonctions de la MG définies par le référentiel métier	Les questions sont parfois en dehors du champ de la médecine générale	Les questions ne concernent pas le champ des soins primaires
	Précision de la définition des objectifs d'étude et adéquation avec les problèmes	La définition des objectifs est précise en fixant des tâches d'apprentissage précises en rapport avec les problèmes posés	La définition est vague sans tâche d'apprentissage clairement identifiée ou partiellement en rapport avec les problèmes posés	Il n'y a pas d'objectif d'étude notifié, il n'y a pas de tâche d'apprentissage identifiée, ou ces objectifs sont discordants avec les problèmes posés
RECHERCHE DOCUMENTAIRE	Adéquation de la recherche avec les objectifs	La recherche est en adéquation avec les objectifs d'étude identifiés	Le choix et la recherche des documents considérés sont insuffisamment adaptés en regard des objectifs d'étude	Les documents recherchés ne sont pas adaptés aux objectifs d'étude ou il n'y pas d'élément documentaire étayant les réponses aux objectifs d'étude
	Pertinence de la recherche (pertinence des références)	Le choix des références est de bon niveau de preuve et permet de répondre aux questions posées	Le choix des références est de niveau de preuve discutable ou ne permet de répondre que partiellement aux questions posées	Le choix des références est de niveau de preuve insuffisant ou ne permet pas de répondre aux questions posées
	Qualité du résumé (réponses aux questions posées)	Le texte est clair, concis, identifie les réponses aux questions posées, dont les références sont citées tout au long du texte selon	Le texte ne répond pas toujours clairement aux questions précises bien qu'il comprenne des notes d'analyse bibliographique, des	Le texte ne permet pas de répondre aux questions posées, ou n'est pas clair, ou n'est pas référencée

		les recommandations en vigueur avec mention du niveau de preuve	résumés des entretiens avec les personnes ressources ou de discussions collégiales, ou n'est pas référencée de manière suffisante ou le niveau de preuve n'est pas mentionné.	
SYNTHESE DE LA SITUATION CLINIQUE	Identification des points clés	Les points importants du travail en soins primaires sont identifiés de manière explicite et claire de façon à pouvoir être réutilisés dans d'autres situations	Les points importants du travail apparaissent de manière inégale et ne sont pas réutilisables facilement	Les points importants ne sont pas identifiables, paraissent absents ou sur le même plan que des points de détail ou de lointain rapport avec les soins primaires
	Acquisition de nouvelles compétences	La synthèse compare les connaissances et compétences antérieures et celles acquises par le travail, en comparant les solutions proposées et celles mises en œuvre dans le RSCA	La synthèse apporte des éléments imparfaits rendant compte du processus d'apprentissage et permet difficilement de comparer les solutions proposées et celles mises en œuvre	La synthèse est absente ou ne rend pas compte de l'apport du travail effectué, ou ne compare pas les solutions proposées et celles mises en œuvre
	Utilité des traces d'apprentissage produites	Les traces d'apprentissage produites reflètent l'ensemble des travaux effectués, sont bien présentées et peuvent être facilement conservées et réutilisées par l'étudiant	Les traces d'apprentissage ne reflètent qu'une partie des travaux effectués, sont moyennement bien présentées, ou ne sont que moyennement réutilisables par l'étudiant	Les traces d'apprentissage rendent insuffisamment compte des travaux attendus, ou sont présentées de manière non pertinente et ne sont pas réutilisables efficacement par l'étudiant.
<b>EVALUATION GLOBALE ET COMMENTAIRES SUR LE TRAVAIL :</b> Si pas d'items « insuffisant » : validé, et éventuels commentaires du jury. Si 1 ou 2 items « insuffisant » : validation à l'appréciation du jury Si 3 items « insuffisant » : non validé				

## ANNEXE 3 : GRILLE D'EVALUATION D'UN RSCA SIMPLIFIEE

COMPLEXITE	Diversité des champs abordés	La diversité recouvre plusieurs des champs abordés en soins primaires : administratif, biomédical, psycho-relationnel, social mais aussi éthique, réglementaire...	La diversité est relative puisque seules quelques problématiques sont abordées mais il n'est pas exposé les éléments des autres champs de la situation	La situation expose une problématique dans un ou deux champs seulement
	Diversité des solutions	Les solutions proposées dépendent de plusieurs stratégies de résolution de problème et sont le fruit d'une réflexion et d'un choix prenant en compte la complexité de la situation	Les solutions sont bien définies mais ne prennent pas en compte tous les champs de la situation	Les solutions sont uniques, exclusives ou standardisées
SYNTHESE DE LA SITUATION CLINIQUE	Identification des points clés	Les points importants du travail en soins primaires sont identifiés de manière explicite et claire de façon à pouvoir être réutilisés dans d'autres situations	Les points importants du travail apparaissent de manière inégale et ne sont pas réutilisables facilement	Les points importants ne sont pas identifiables, paraissent absents ou sur le même plan que des points de détail ou de lointain rapport avec les soins primaires
	Acquisition de nouvelles compétences	La synthèse compare les connaissances et compétences antérieures et celles acquises par le travail, en comparant les solutions proposées et celles mises en œuvre dans le RSCA	La synthèse apporte des éléments imparfaits rendant compte du processus d'apprentissage et permet difficilement de comparer les solutions proposées et celles mises en œuvre	La synthèse est absente ou ne rend pas compte de l'apport du travail effectué, ou ne compare pas les solutions proposées et celles mises en œuvre
	Utilité des traces d'apprentissage produites	Les traces d'apprentissage produites reflètent l'ensemble des travaux effectués, sont bien présentées et peuvent être facilement conservées et réutilisées par l'étudiant	Les traces d'apprentissage ne reflètent qu'une partie des travaux effectués, sont moyennement bien présentées, ou ne sont que moyennement réutilisables par l'étudiant	Les traces d'apprentissage rendent insuffisamment compte des travaux attendus, ou sont présentées de manière non pertinente et ne sont pas réutilisables efficacement par l'étudiant.
EVALUATION : Pertinent = 2 Améliorable = 1 Insuffisant = 0				

**ANNEXE 4 : TABLEAU REGROUPANT LE NUMERO DES RSCA DE  
PREMIERE ANNEE ET LA NOTATION DE CHAQUE EVALUATEUR**

<b>RSCA1</b>	<b>E1</b>	<b>E2</b>	<b>E3</b>	<b>Moyenne</b>	<b>Médiane</b>
<b>R40</b>	6,00	10,00	8,00	8,00	8,00
<b>R59</b>	6,00	7,00		6,50	6,50
<b>R1</b>	7,00	5,00	8,00	6,67	7,00
<b>R2</b>	7,00	5,00	2,00	4,67	5,00
<b>R25</b>	7,00	10,00	7,00	8,00	7,00
<b>R44</b>	7,00	8,00		7,50	7,50
<b>R46</b>	7,00	9,00	5,00	7,00	7,00
<b>R53</b>	7,00	9,00	8,00	8,00	8,00
<b>R69</b>	7,00	6,00		6,50	6,50
<b>R9</b>	8,00	3,00	2,00	4,33	3,00
<b>R16</b>	8,00	7,00		7,50	7,50
<b>R27</b>	8,00	9,00		8,50	8,50
<b>R43</b>	8,00	8,00		8,00	8,00
<b>R70</b>	8,00	9,00		8,50	8,50
<b>R71</b>	8,00	4,00	2,00	4,67	4,00
<b>R75</b>	8,00	9,00		8,50	8,50
<b>R22</b>	9,00	8,00		8,50	8,50
<b>R24</b>	9,00	9,00		9,00	9,00
<b>R48</b>	9,00	8,00		8,50	8,50
<b>R49</b>	9,00	9,00		9,00	9,00
<b>R76</b>	9,00	9,00		9,00	9,00
<b>MOYENNE</b>	<b>7,71</b>	<b>7,67</b>	<b>5,25</b>	<b>7,47</b>	
<b>NOTE MIN</b>	<b>6,00</b>	<b>3,00</b>	<b>2,00</b>	<b>4,33</b>	
<b>NOTE MAX</b>	<b>9,00</b>	<b>10,00</b>	<b>8,00</b>	<b>9,00</b>	
<b>NOTE MEDIANE</b>	<b>8,00</b>	<b>8,00</b>	<b>6,00</b>	<b>8,00</b>	
<b>TOTAL</b>	<b>162,00</b>	<b>161,00</b>	<b>42,00</b>		
<b>Ecart type</b>	<b>0,96</b>	<b>1,98</b>	<b>2,87</b>	<b>1,44</b>	

**ANNEXE 5 : TABLEAU REGROUPANT LE NUMERO DES RSCA DE  
TROISIEME ANNEE ET LA NOTATION DE CHAQUE EVALUATEUR**

<b>RSCA3</b>	<b>E1</b>	<b>E2</b>	<b>E3</b>	<b>Moyenne</b>	<b>Médiane</b>
<b>R20</b>	1,00	3,00	4,00	2,67	3,00
<b>R26</b>	3,00	2,00		2,50	2,50
<b>R1</b>	6,00	5,00		5,50	5,50
<b>R68</b>	6,00	3,00	5,00	4,67	5,00
<b>R76</b>	6,00	4,00	2,00	4,00	4,00
<b>R60</b>	7,00	5,00	3,00	5,00	5,00
<b>R8</b>	8,00	9,00		8,50	8,50
<b>R28</b>	8,00	9,00		8,50	8,50
<b>R11</b>	9,00	8,00		8,50	8,50
<b>R29</b>	9,00	9,00		9,00	9,00
<b>R30</b>	9,00	10,00		9,50	9,50
<b>R43</b>	9,00	8,00		8,50	8,50
<b>R52</b>	9,00	9,00		9,00	9,00
<b>R65</b>	9,00	8,00		8,50	8,50
<b>R69</b>	9,00	9,00		9,00	9,00
<b>R71</b>	9,00	9,00		9,00	9,00
<b>R6</b>	10,00	10,00		10,00	10,00
<b>R31</b>	10,00	10,00		10,00	10,00
<b>R36</b>	10,00	9,00		9,50	9,50
<b>R56</b>	10,00	10,00		10,00	10,00
<b>R59</b>	10,00	8,00	8,00	8,67	8,00
<b>MOYENNE</b>	<b>7,95</b>	<b>7,48</b>	<b>4,40</b>	<b>7,64</b>	
<b>NOTE MIN</b>	<b>1,00</b>	<b>2,00</b>	<b>2,00</b>	<b>2,50</b>	
<b>NOTE MAX</b>	<b>10,00</b>	<b>10,00</b>	<b>8,00</b>	<b>10,00</b>	
<b>NOTE MEDIANE</b>	<b>9,00</b>	<b>9,00</b>	<b>4,00</b>	<b>8,50</b>	
<b>TOTAL</b>	<b>167,00</b>	<b>157,00</b>	<b>22,00</b>		
<b>Ecart type</b>	<b>2,40</b>	<b>2,62</b>	<b>2,30</b>	<b>2,46</b>	

## ANNEXE 6 : GRILLE REFLECT VERSION FRANCAISE FINALE

Axe I : Niveaux de réflexivité de l'étudiant au travers de la trace écrite d'apprentissage				
Critère	Absence de réflexion sur l'action	Ébauche de réflexion sur l'action	Réflexion sur l'action	Réflexion approfondie sur l'action (réflexivité)
<b>Profondeur du récit</b>	Description superficielle (description de faits, impressions vagues) sans réflexion ou introspection	Description détaillée de la situation et impressions sans réflexion	Écriture au-delà du rapport de faits ou de la description approchant de la réflexion (tentative de compréhension, de remise en question, ou d'analyse de l'événement sans analyse des conséquences de l'action)	Exploration et critique des préjugés, valeurs, croyances, biais, et des conséquences de l'action (immédiates et futures)
<b>Implication de l'auteur</b>	Impression que le récit est impersonnel, l'auteur étant peu ou pas impliqué	Impression que l'auteur n'est que partiellement impliqué dans le récit	Impression que l'auteur est largement impliqué, permettant au moins partiellement d'accéder à ses pensées et d'identifier le rôle qu'il/elle a eu	Impression que l'auteur est pleinement impliqué tout au long du récit, permettant d'accéder à ses pensées et d'identifier le rôle qu'il/elle a eu
<b>Description des problématiques</b>	Aucune description des problèmes, questionnements et/ou difficultés soulevés par la situation en question	Description insuffisante des problèmes, questionnements et/ou difficultés soulevés par la situation en question	Description détaillée des problèmes, questionnements et/ou difficultés soulevés par la situation en question	Description complète des problèmes, questionnements et/ou difficultés soulevés par la situation en question avec présentation de plusieurs perspectives, recherche de différentes explications et mise à l'épreuve d'hypothèses
<b>Attention portée à ses propres émotions</b>	Peu ou pas de prise en compte ou d'attention portée à ses émotions	Reconnaissance de ses émotions sans prise en compte ou exploration	Reconnaissance, exploration, et prise en compte de ses émotions	Reconnaissance, exploration, prise en compte et amélioration des capacités de gestion de ses émotions
<b>Analyse et recherche de sens*</b>	Aucune analyse ou recherche de sens	Ébauche d'analyse ou de recherche de sens	Analyse et recherche de sens incomplètes	Analyse et recherche de sens complètes et approfondies

Si niveau réflexion approfondie sur l'action (réflexivité) globalement atteint

Axe II : Impacts de la réflexivité sur les apprentissages	
Apprentissages transformateurs	Confirmation des apprentissages antérieurs
Les cadres de référence* ou structures de raisonnement* sont transformés, le champ de compétences est élargi.	Les cadres de référence et structures de raisonnement sont validés dans la situation en question.
Intégration perceptible de nouveaux apprentissages, façonnant ses futures perceptions, ses émotions, ses attitudes, ses capacités de compréhension intuitive*, ses actions et le sens donné aux situations.	
Dégage une impression d'avancée majeure.	



## BIBLIOGRAPHIE

1. Décret n° 2004-67 du 16 janvier 2004 relatif à l'organisation du troisième cycle des études médicales. 2004-67 janv 16, 2004  
<https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000000781658/>
2. Chambe J, Maisonneuve H, Leruste S, Renoux C, Huas C. État des lieux des procédures de validation du DES de médecine générale en France. *Exercer, la revue française de médecine générale*, 2014;113:123-31
3. Tardif J, L'évaluation dans le paradigme constructiviste - Texte tiré de L'évaluation des apprentissages. Réflexions, nouvelles tendances et formation. Coll. sous la direction de René Hivon, Université de Sherbrooke, 1993, p. 27-56, passim
4. Jouquan J, Bail. A quoi s'engage-t-on en basculant du paradigme d'enseignement vers le paradigme d'apprentissage. *Pédagogie médicale* Août 2003 - Volume 4 - Numéro 3
5. Shapiro J. Narrative Medicine and Narrative Writing . *Fam Med* 2012;44(5):309-11
6. Chartier S, Duflot F, Le Breton J, Compagnon L, Bercier S, Ferrat E. La mise en œuvre d'un programme d'apprentissage dans une logique de compétences : aspects théoriques et retour d'expérience. *Exercer*, 2014 ;25(111):33 9.
7. Allen J, Gay B, Crebolder H, Heyrman J, Svab I, Ram P. The European definitions of the key features of the discipline of general practice: the role of the GP and core competencies. *Wonca Europe*, 2002
8. Attali C, Bail P, Magnier A-M, Beis J-N, Ghasarossian C, Gomes J, et al. Diplôme d'études spéciales (DES) : certifier la compétence des internes à exercer la médecine générale. *Rev Prat Med Gen* 2005 ;19:1237-8.
9. Compagnon L, Bail P, Huez J-F, Stalnikiewicz B et al. Définitions et descriptions des compétences en médecine générale. *Exercer*. 24(108):148–55.
10. Attali C, Huez J-F, Valette T, Lehr-Drylewicz A-M - Les grandes familles de situations cliniques. *Exercer* 2013;108:165-9.

11. Ariza M, Chastang J, Grimault C, Compagnon L - Élaboration d'un outil d'évaluation des compétences de la phase socle chez les internes de médecine générale. Exercer 2019;156
12. Buschini L, Vartanian C, Brabant T et al., Récit de situation complexe et authentique : quelle utilisation dans les départements universitaires de médecine générale français ? . Exercer 2019 ; 152 :182-3
13. Rat et al. Diplôme d'études spécialisées de médecine générale, La validation des premiers internes à Nantes. Exercer 2008;81:45-8.
14. Ariza M, Ferrat E, Florence A, Chartier S et al., Le Portfolio de médecine générale : contenu et modes d'évaluation dans les départements de médecine générale français. Exercer 2017 ;137 : 412-8
15. Arrêté du 12 avril 2017 portant organisation du troisième cycle des études de médecine - Version consolidée au 28 juin 2020
16. Jaillot S, Savall A, Plotton C, Gocko X - Les récits de situation complexe authentiques sont-ils des outils pédagogiques valides ? Evaluation Stéphanoise. Exercer 2019;156
17. Département de médecine générale de Rouen - Programme pédagogique DUMG ROUEN – version 2017
18. Taha A, RSCA Récit de situation complexe authentique : de l'idée à la réalisation – Editions GMSANTE – nov 2018
19. Galam E, Produire des traces d'apprentissage: le RSCA. Rev Prat Med Gen. 2008;22(794):92.
20. Visan E, Recherche d'un consensus national sur la production, l'évaluation et la supervision des Récits de Situation Complexe Authentique dans le D.E.S. de médecine générale. Thèse d'exercice – Faculté de Créteil – 2019
21. Compagnon et Al. Portfolio national en DES de médecine générale : résultats d'un processus de consensus formalisé. Exercer 2017;137:420-5.
22. Ragouillaux S, Evaluation de l'apport du système de pré validation pour les internes dans le cadre de l'appropriation progressive du RSCA au cours du DES de Médecine Générale de Reims. Thèse d'exercice, Faculté de Médecine de Reims, 2018

23. Perez A, Sinca Perception des récits de situations complexes et authentiques (RSCA) par les internes de médecine générale de Midi-Pyrénées Etude qualitative par Focus groupe. Thèse d'exercice – Faculté de Médecine Toulouse Rangueil – Septembre 2017
24. Bideau C, Arnould P, Raineri F, Coindar G - Compréhension et adhésion des internes de médecine générale de Paris-Sud à l'apprentissage par compétences. Exercer 2018;142:183-90.
25. Eté C, Récit de Situation Complexe Authentique (RSCA) : ressenti des internes inscrits en Diplôme d'études Spécialisées de médecine générale à la faculté de Tours au cours de l'année universitaire 2014-2015. Thèse d'exercice – Faculté de Tours – février 2016
26. Chalons B, Quels sont les difficultés et les bénéfices du RSCA perçus par les internes inscrits en DES de Médecine Générale à la faculté de Tours au cours du second semestre de l'année universitaire 2008- 2009 ? Thèse d'exercice, Faculté de médecine de Tours, 6 janvier 2011
27. Couto D, Le portfolio à Montpellier : Evaluation de la satisfaction des internes de médecine générale inaugurant la réforme de 2017. Thèse d'exercice, Faculté de Montpellier-Nîmes, 15 novembre 2018
28. Colin A, De Barberin-Barberini A, Validation de la phase socle : état des lieux et opinion des internes entrés dans le DES de médecine générale en novembre 2017 à Angers. Thèse d'exercice, Faculté de médecine d'Angers, 26 Septembre 2019
29. Acker et al. - Évaluation de l'utilisation du portfolio par les internes en médecine générale d'Angers. Exercer 2012;102:121-6.
30. Lorenzo M, Klein M, Delacour C, Charton L - Étude de l'objectivité de l'évaluation des récits de situations cliniques authentiques selon la grille du Collège national des généralistes enseignants. Exercer 2018;145:327-31.
31. IPLESP, Réseau sentinelle. BiostaTGV - Statistiques en ligne [Internet]. 2017 [cité 29 mars 2021]. Disponible sur: <http://biostatgv.sentiweb.fr/?module=tests>
32. Da Silva A, Dancoine PF, Peut-on prouver la progression de l'acquisition des compétences des internes de médecine générale par une analyse des récits de situations complexes et authentiques ?, Thèse d'exercice, Faculté de médecine de Lille, 2010

33. Chenevat F, Le récit de situation complexe et authentique (RSCA) croisé : une expérience, deux récits, un gain dans l'acquisition de la compétence "professionnalisme" ?, Thèse d'exercice, Université de Strasbourg, 2015
34. Procureur N, Les Récits de Situation Complexe Authentique produits par les internes de médecine générale de la promotion 2017 en phase socle du DES : quel niveau atteignent-ils ? Le retour expérience du département de médecine générale de Clermont-Ferrand sur l'utilisation de la grille nationale du Collège National des Généralistes Enseignants. Thèse d'exercice, Université de Clermont-Ferrand 2019
35. Samko B, Ruiz C, Rousseau A, Robert J, Que nous disent les animateurs évaluateurs des traces d'apprentissage produites au décours des groupes d'enseignement facultaire à Tours ?, Exercer 2020 ; 161
36. Attali C, Bail P et al., Compétences pour le DES de médecine générale. La Revue Exercer - Janvier/Février 2006 n°76 - 31
37. Houdard G, Ménard D, Dumoitier N, DES de médecine générale : un nouvel outil pour évaluer les niveaux de compétences, exercer la revue francophone de médecine générale. Exercer 2016;127:226-32.
38. Onaisi R. et al. Évaluer la réflexivité à travers les traces écrites d'apprentissage des étudiants en santé : traduction et adaptation interculturelle de la grille REFLECT, Pédagogie Médicale 22, 15-26 (2021)
39. Caty M. La réflexion critique et la réflexivité en tant qu'objets de formation au service de l'apprentissage de la pratique réflexive : quelques clarifications et enjeux, Pédagogie Médicale 22, 1-4 (2021)  
[https://cfrps.unistra.fr/fileadmin/uploads/websites/cfrps/memoires\\_des\\_etudiants/avant\\_2020/ONAISSI\\_\\_2018-2019\\_\\_-\\_evaluation.pdf](https://cfrps.unistra.fr/fileadmin/uploads/websites/cfrps/memoires_des_etudiants/avant_2020/ONAISSI__2018-2019__-_evaluation.pdf)
40. Cabannes et al. Guider et évaluer la réflexivité des internes durant leur DES de médecine générale – D2partement de médecine générale, Université Paris-Descartes. Exercer 2019;154:281-4.
41. Compagnon et al. Le journal de bord : un outil de formation des futurs médecins généralistes dans une approche par compétences. Exercer 2022;181:135-7.

## RESUME

### Contexte:

Depuis la réforme de 2017, une harmonisation des méthodes d'évaluation des internes de médecine générale (IMG) s'est mise en place dans tous les départements de médecine générale (DMG). Celles-ci sont dorénavant centrées sur un paradigme d'apprentissage. Les étudiants produisent tout au long de leur cursus des Traces Ecrites d'Apprentissage (TEA) dont les méthodes d'évaluation restent hétérogènes.

L'un des outils le plus répandu dans les différents DMG est le Récit de Situation Complexe Authentique (RSCA).

Une grille d'évaluation du RSCA obtenue par consensus formalisée a été proposée en 2018 par le Collège National des Généralistes Enseignants (CNGE). Cette grille critériée permet d'évaluer le niveau atteint du RSCA produit par l'étudiant. Son application pourrait permettre d'harmoniser les pratiques évaluatives et formatives des étudiants. Nous nous sommes intéressés à l'appliquer dans l'évaluation des RSCA des étudiants de la promotion 2017.

### Objectifs:

L'objectif principal de notre étude est de montrer une progression de la réflexivité des internes de médecine générale de la promotion 2017 de Rouen à travers la rédaction des RSCA.

### Méthode:

Étude quantitative analytique et rétrospective des RSCA de première et troisième année. Double évaluation à l'aveugle et indépendante par le thésard (interne en MG) et un enseignant du DMG. Recours à un troisième évaluateur indépendant en cas d'écart important entre les deux évaluations

### Résultats:

Nous avons observé une progression de la moyenne des notes pour les RSCA de troisième année par rapport à ceux de première année mais cette différence n'est pas significative.

### Conclusion:

Notre étude nous a permis d'observer une progression faible des RSCA des étudiants au fil des semestres. Cela s'explique par une différence et une hétérogénéité des notations des évaluateurs malgré une notation chiffrée et l'utilisation de la grille. La méthode utilisée paraît être adaptée pour guider l'étudiant et le tuteur mais moins pour une évaluation formative progressive. La grille REFLECT traduite récemment en français pourrait être plus optimale pour évaluer les capacités réflexives de l'interne et serait intéressante à intégrer dans une étude à posteriori.

### Mots clés:

RSCA ; Récit ; Traces Ecrites d'Apprentissage ; grille ; évaluation ; médecine générale ; Apprentissage ; Pédagogie