

Evaluation de la mise en place du SASPAS dans les UFR

Pierre Le Mauff*, Jean Pierre Jacquet**, Serge Gilberg***, pour la Commission d'évaluation du SASPAS (CNGE)

*Maître de Conférences : UFR Nantes,

**Professeur de Médecine Générale : UFR Grenoble

***Professeur de Médecine Générale : UFR Paris V

Introduction

Le Conseil d'Administration du CNGE a proposé en septembre 2003 une commission de réflexion et de travail sur le Stage Autonome en Soins Primaires Ambulatoires Supervisé (SASPAS), dont les missions étaient :

- recueillir et analyser les modalités des expérimentations faites dans les différentes Unités de Formation et de Recherche (UFR) à compter du 1er novembre 2003,
- élaborer un "modèle ouvert" afin d'harmoniser autant que faire se peut la mise en place réelle en mai 2004 (convention type, contrats types, cahier des charges, modalités pédagogiques, modalités d'évaluation),
- préparer une formation pour les Maîtres de stage (MdS) de SASPAS qui le souhaitent, dans le cadre de la Formation Professionnelle Conventionnée (FPC), donnant droit à indemnisation par l'Organisme de Gestion Conventionnelle (OGC).

Trois groupes de travail ont été constitués, l'un chargé du projet de formation, un autre chargé de la dimension pédagogique et réglementaire, et le troisième chargé du recueil des expérimentations et de l'évaluation. Ce dernier groupe a présenté au congrès du CNGE à Grenoble, en novembre 2003, une première photographie des SASPAS expérimentaux, en l'absence de texte réglementaire encadrant leur mise en place. Suite à la réunion des enseignants de médecine générale en juin 2004, après la parution des textes réglementaires (1), le CNGE a confié au groupe la mission de refaire un état des lieux pour évaluer la mise en place "officielle" du SASPAS dans les différentes UFR à partir du 1er mai 2004.

Méthode et moyens

L'enquête s'est déroulée de juillet à octobre 2004, à l'aide d'un questionnaire permettant de renseigner quatre champs : l'organisation pratique du SASPAS, les formations mises en place pour les étudiants et les MdS, les évaluations des terrains de stage et des étudiants, les outils pédagogiques utilisés. Tous les Départements de médecine générale ont été contactés. L'entretien direct avec le responsable de la mise en place du SASPAS dans son UFR s'est fait par téléphone. Les enquêteurs ont fait autant de relances que nécessaire pour permettre un recueil exhaustif des données.

L'analyse des données a été réalisée grâce au logiciel WORD.

Résultats

La totalité des responsables de la mise en place du SASPAS ont accepté de répondre au questionnaire. Tous les questionnaires étaient exploitables, soit un taux de réponse de 100%.

En novembre 2003, 18 UFR (sur 37) avaient mis en place le SASPAS expérimental ; elles étaient trente cinq en mai 2004. Seules les UFR de Limoges et de Saint Etienne ne l'avaient pas fait et dans les deux cas, ce n'était pas le fait du Département de médecine générale.

Pour mettre en place les SASPAS, les UFR ont mobilisé des MdS : de 3 à 64 par UFR en novembre 2003, de 8 à 105 en mai 2004, et des terrains de stage (SUMGA) : de 1 à 16 en novembre 2003, de 2 à 27 en mai 2004 (Tableau 1).

	Novembre 03		Mai 04		Evolution
Nombre de MdS	265	15/UFR	885	25/UFR	+ 67%
Nombre de SUMGA	74	4/UFR	217	6/UFR	+ 50%
Nombre de MdS/SUMGA	3,5		3,2		- 9,4%

Tableau 1 : Moyens mobilisés pour une mise en place des SASPAS

Les Modalités d'organisation sont résumés sur le tableau 2 :

	Novembre 03		Mai 04		Evolution
Stage hors cabinet	9	50%	23	66%	+ 16%
Convention de stage	16	89%	32	91%	+ 2%
Redevance pédagogique	6	33%	12	34%	+ 1%

Tableau 2 : Modalités d'organisation des SASPAS

Pour répondre à leurs missions pédagogiques, les Départements ont mis en place des formations pour les MdS et pour les internes qui effectuaient leur SASPAS. Trois niveaux de formation des MdS de SASPAS avaient été déterminés arbitrairement. Le niveau I correspondait à des médecins n'ayant pas de formation pédagogique et qui fournissaient leur cabinet comme terrain de stage. Le niveau II correspondait à des MdS ayant une formation pédagogique de maîtrise de stage. Le niveau III correspondait à des MdS répondant aux critères de niveau II et ayant suivi une formation pédagogique spécifique pour le SASPAS, facultaire ou nationale. Les résultats sont synthétisés dans le tableau 3.

Une fois le questionnaire rempli, des commentaires ont été fait par les correspondants permettant de nuancer ou de compléter certaines réponses. En effet, sous des vocables identiques se cachaient des pratiques souvent hétérogènes. Les stages hors cabinet étaient des stages de six mois chez un MdS n'exerçant pas la médecine générale ambulatoire dans certaines UFR : par exemple stage en médecine pénitentiaire, en unité d'addictologie, en PMI, en structure d'accueil de sans domicile fixe. Dans d'autres UFR, il s'agissait de quelques demi ou journées dans une structure pendant le stage chez un MdS généraliste ambu-

	Novembre 03		Mai 04		Evolution
MdS niveau I	44	17%	145	16%	- 1%
MdS niveau II	193	70%	609	69%	- 1%
MdS niveau III	129	52%	471	53%	+ 1%

Tableau 3 : Niveau de formation des MdS de SASPAS

Certaines UFR ont mis en place des formations spécifiques pour leurs MdS de SASPAS : 11 sur 18 (61%) en novembre 2003 et 28 sur 35 (80%) en mai 2004. Pour douze d'entre elles, il s'agissait de formations facultaires et pour 18 de la formation indemnisée proposée par le CNGE. Les internes ont bénéficié également de formations spécifiques au cours de leur SASPAS : dans 14 UFR sur 18 (78%) en novembre 2003 et dans 27 UFR sur 35 (77%) en mai 2004. Les modalités pédagogiques étaient des groupes d'échanges de pratique dans 26 UFR, des récits de situations complexes et authentiques dans 12 UFR et des tests de concordance de script dans 1 UFR. L'évaluation des terrains de stage et des internes est récapitulée dans le tableau 4 :

latoire. Il existait quelques SASPAS sans stage ambulatoire. La pratique de la redevance pédagogique était aussi très variable, allant de la simple recommandation à l'obligation formalisée. La convention de stage était très cohérente puisque c'était partout celle proposée par le CNGE. Les modalités d'évaluation des SUMGA étaient disparates allant d'un simple recueil de données indirect, à des grilles critériées, voire à des visites sur site. Les évaluations des internes étaient également très variables, allant d'un simple rapport de stage à des modalités évaluatives sophistiquées. Quelques UFR avaient mis en place une évaluation des MdS par la grille de Bordage. Pour le tutorat, les modalités étaient assez homogènes ; le niveau d'appro-

	Novembre 03		Mai 04		Evolution
Evaluation des SUMGA	9	50%	20	57%	+ 7%
Evaluation des internes	10	55%	31	88%	+ 33%

Tableau 4 : Evaluations mises en place

Pour les modalités pédagogiques, le tutorat avait été mis en place dans 9 UFR sur 18 (50%) en mai 2003 et dans 25 UFR sur 35 (71%) en mai 2004. Le portfolio avait été instauré dans 5 UFR sur 18 (28%) en novembre 2003 et dans 16 UFR sur 35 (46%) en mai 2004.

priation et surtout les capacités d'encadrement en tuteurs étaient variables. Le portfolio commençait à se mettre en place dans de nombreuses UFR avec là aussi des niveaux de pratique très divers, allant de l'outil sans mode d'emploi formalisé au portfolio électronique.

Ce travail a permis de dresser la liste des responsables de SASPAS dans les UFR ainsi que leurs coordonnées. La dernière partie a consisté à regrouper les données par inter région, ce qui a permis de mettre en lumière qu'il y avait un « effet inter région » très positif dans certaines inter régions avec harmonisation des pratiques.

Discussion

La participation de la totalité des responsables de la mise en place des SASPAS dans les UFR s'explique par leur grande motivation devant le défi à relever, par la ténacité des enquêteurs et par le fait que le questionnaire ne prenait pas trop de temps pour être renseigné. Enfin, la voie téléphonique a été très performante par rapport à la voie postale ou Internet, ce qui a déjà été décrit dans la littérature.

Cette enquête montre que les SASPAS ont démarré dans toutes les UFR, sauf deux cas, Limoges et Saint Etienne, mais ce n'était pas le fait des départements de médecine générale. Les généralistes enseignants étaient très mobilisés (885 ont accueilli des étudiants) et motivés puisque 60% d'entre eux ont suivi une formation pédagogique spécifique nationale ou régionale. Les responsables avaient fait un gros travail d'organisation comme en témoigne la mise en place de stages hors cabinet (66% des UFR), les formations pour les MdS (80%), les conventions de stage signées (91%). Les stages expérimentaux ont été très utiles puisque ce qui avait bien marché a été repris par ceux qui ont commencé en mai 2004. C'est ce qui explique la remarquable stabilité des items : nombre de MdS par SUMGA, convention de stage, formation des MdS.

La deuxième constatation est que le niveau de mise en action était très hétérogène pour la formation des internes, l'évaluation et les modalités pédagogiques mises en place. Au delà des facteurs sociologiques et historiques locaux, c'est surtout le positionnement pédagogique pris par les équipes enseignantes qui explique cette situation. L'évolution conceptuelle faisant passer d'un système centré sur les enseignements à un système centré sur les apprentissages est majoritairement faite, comme en témoigne la mise en route du tutorat dans presque trois UFR sur quatre. Par contre, sa mise en application pratique était très variable, ce qui est du à un niveau d'appropriation des outils hétérogènes (2). Les groupes d'échanges de pratiques étaient adoptés par 75% des UFR, les récits (3) par 34%, les tests de concordance de scripts (4) par une seule

UFR (5). Le portfolio (6) a bien progressé pour être maintenant adopté par presque une UFR sur deux. Le niveau d'appropriation est encore plus hétérogène, ce qui est normal car les UFR ont fait leur évolution pédagogique de manière chronologiquement différente.

Cela se traduit par la mise en place progressive de leur système d'enseignement et d'évaluation. Celle-ci est le parent pauvre dans l'enquête, ce qui est logique car le système d'évaluation est habituellement mis en place secondairement. Si le système d'évaluation doit être en cohérence avec le système d'enseignement, la formation des enseignants, l'appropriation des modalités et des outils, l'information et l'acceptation par les apprenants demande du temps. Il existe une cohérence entre le paradigme d'enseignement, l'approche behavioriste de la formation et l'évaluation docimologique d'une part, le paradigme d'apprentissage, l'approche constructiviste de la formation et l'évaluation authentique d'autre part (7).

Le regroupement des données par inter région a permis de constater "un effet inter région" allant dans le sens de l'harmonisation des pratiques là où les UFR s'étaient organisées et avaient commencé à travailler ensemble. Tout se passe comme si le niveau de l'inter région était un niveau pertinent de réflexion et de mise en action harmonisée.

Conclusion

Le SASPAS s'est mis en place dans toutes les UFR en mai 2004, grâce à la mobilisation de 885 maîtres de stage regroupés en 274 SUMGA. Les départements de médecine générale ont fait de gros efforts de formation comme en témoigne les formations spécifiques de MdS mises en place dans 8 UFR sur 10, d'organisation des SUMGA illustrée par la mise en place des conventions de stage dans 9 UFR sur 10, et d'enseignements spécifiques pour les internes dans 9 UFR sur 10. Une évolution sensible des modalités pédagogiques s'est faite puisque 3 UFR sur 4 ont adopté le tutorat pédagogique modélisé par le CNGE. Les terrains de stage sont aussi très hétérogènes. Sans promouvoir des contraintes normatives, il apparaît fondamental de réfléchir à la notion de SUMGA qui doit être ouvert vers le milieu professionnel (réseaux de santé) et permettre l'accueil d'étudiants du deuxième cycle.

La constitution de pôles d'enseignements universitaires ambulatoires regroupant des maîtres de stage en nombre suffisant pour accueillir des étudiants de deuxième cycle, des internes de médecine générale en stage chez le praticien et en SASPAS, sous la responsabilité d'un enseignant de médecine générale, paraît une solution séduisante, comme en témoigne l'expérience grenobloise.

Il faut évaluer les expériences qui collent aux projets professionnels mais qui sont parfois un peu éloignées d'une pratique de soins primaires ambulatoires, afin d'en confirmer la pertinence pour l'apprentissage des compétences adaptées à la médecine générale. Si les pratiques sont globalement hétérogènes, la mise en place effective des inter régions devra favoriser l'harmonisation des formations et des pratiques pédagogiques proposées

Références

1. Circulaire DGS/DES/2004/n° 192 du 26 avril 2004 relative à l'organisation du stage autonome en soins primaires ambulatoire supervisé.
2. Holmboe ES, Hawkins RE. Methods for evaluating clinical competence of residents in internal medicine : a review. *Ann Intern Med* 1998;129:42-8.
3. Le Mauff P, Farthouat N, Goronflot L, Urion J, Senand R. Récit de situation complexe et authentique : le modèle nantais. *Rev Prat Med Gen* 2004;654/655:724-6.
4. Charlin B, Roy L, Brailovsky C, Goulet F, Van Der Vleuten C. The Script Concordance test: a tool to assess the reflective clinician. *Teach Learn Med* 2000;12:189-95.
5. Hermil JL, Becret F, Olombel P, Thiberville J. SASPAS en SUMGA. Le programme ambitieux de la Haute Normandie. *Rev Prat Med Gen* 2004;639:119-20.
6. Bail P, Le Reste JY, Boiteux F. Le Portfolio, expérience du Département de médecine générale de la Faculté de Brest. *Rev Prat Med Gen* 2004;646:445-7.
7. Tardif J. L'évaluation dans le paradigme constructiviste. in Hivon R. *L'évaluation des apprentissages*. Sherbrooke : éditions du CRP, 1993 : 27-56.



AGRANDIR L'ARMOIRE

Les pédagogues des sciences de la Santé ont des armoires remplies d'outils souvent performants pour enseigner les professions de soins, dont la médecine. Certains de ces outils sont utiles pour enseigner la médecine générale, et il faut les connaître. Mais beaucoup d'outils traditionnels conviennent mieux aux spécialités qu'à la médecine générale. Il nous faut donc adapter sans cesse les anciens outils et en inventer sans cesse de nouveaux.

Pensées profondes (?) et éducatives. JL. Rouy. 2003.