

LA LONGUE ROUTE DES POSSIBILITÉS AUX USAGES : LE CAS D'UN EPORTFOLIO DE MÉDECINE GÉNÉRALE

Abdelfettah Benchenna

Vincent Brulois

Université Paris 13, Labsic – MSH Paris Nord

Résumé : Les communautés de pratiques font rarement l'objet d'analyse sur les finalités et les enjeux que leur assignent les promoteurs. Par ailleurs, elles sont présentées par ces derniers comme un des éléments structurants d'une organisation dans laquelle l'utilisateur – étudiant – est pensé et présenté comme producteur de contenu (mais alors comment cette contribution est-elle provoquée puis régulée ?) et acteur de sa propre formation (mais alors comment le devient-il ?). Au-delà de cette (re)présentation idéale, à partir de quelles interactions une communauté se met-elle en place ? Est-on en mesure d'identifier des facteurs déterminants quant à l'invention, quant au développement, quant à la stabilité et à la pérennité de ces communautés ? Pour illustrer nos propos, nous nous appuyerons sur le cas du diplôme d'études spécialisées (DES) de Médecine générale de la Faculté de Médecine d'une université francilienne. Une mise en contexte des études en médecine générale nous permettra ensuite de mieux apprécier la façon dont l'utilisation d'un Portfolio s'est avérée nécessaire. Le basculement d'une approche fondée sur l'enseignement vers une autre fondée sur l'apprentissage a été le starter pour recourir à de nouvelles formes organisationnelles. Partant de cela, le passage à un ePortfolio était "naturel" ; en tout cas, pensé comme un moyen permettant de faciliter les médiations. Mais il y a loin de la coupe aux lèvres et la mise en place d'un ePortfolio, et qui plus est d'une communauté de pratiques, ne se décrète pas !

1. Introduction – Objectif et prétexte

L'objectif de cet article est de vous faire part d'une étude qui débute. Il s'agit donc moins de vous livrer des résultats que nos pistes, nos questions, nos réflexions, bref, nos tâtonnements. Nous partirons d'un sujet, d'une interrogation et d'une hypothèse.

Les notions de "communauté de pratiques" et de "communauté d'apprentissage" ont donné lieu à plusieurs recherches portant sur la formation en ligne. Abordée le plus souvent sous le prisme de la collaboration, ces notions font rarement l'objet d'analyse sur les finalités et les enjeux que leur assignent les promoteurs. Par ailleurs, ces communautés sont présentées par ces derniers comme un des éléments structurants d'une organisation dans laquelle l'utilisateur – étudiant – est pensé et présenté comme acteur de sa propre formation. Au-delà de ce constat, renvoyant l'image d'une (re)présentation idéale, qu'est-ce que ce genre de communauté apporte aux utilisateurs ?

Loin de s'être imposée à nous, cette interrogation s'est construite petit à petit se nourrissant des entretiens que nous avons conduits et des études auxquelles nous avons participé ces dernières années¹. L'hypothèse qui la guide peut être formulée ainsi : l'emploi du terme communauté par les promoteurs des dispositifs analysés ici cacherait la légitimation d'un mode organisationnel fondé sur la prédominance du *self-service* dans l'acte de formation médiatisée. Cette légitimation se concrétiserait par la tentation récurrente autodidactique où le sujet de la formation, « *promu apprenant-roi, deviendrait seul maître de ses choix et juge unique de ses résultats* » (Mœglin, 1998 : 115).

Afin de vérifier cette hypothèse et de répondre à cette question, nous voulons nous interroger notamment sur l'origine de ces dispositifs dans le cadre d'une pratique pédagogique : quel est le profil des initiateurs, comment ces communautés évoluent-elles, dans quelle mesure les étudiants adhèrent-ils à cette forme organisationnelle et, le cas échéant, comment y contribuent-ils par la production de contenus ? En outre, si tant est que l'étudiant soit devenu producteur de contenu (mais alors comment cette contribution est-elle provoquée puis régulée ?) et acteur de sa formation (mais alors comment le devient-il ?), à partir de quelles interactions une communauté se met-elle en place ? Quel est le rôle joué par l'équipe enseignante dans ce processus ? Avec quelle implication les étudiants s'investissent-ils dans ce mode participatif ? En bref, est-on en mesure d'identifier des facteurs déterminants quant à l'invention, quant au développement, quant à la stabilité et à la pérennité de ces communautés ? Chercher à répondre à ces questions signifie entreprendre une analyse contextualisée des représentations que se font les acteurs (étudiants, éventuellement enseignants) de ces formes organisationnelles et des usages qui en découlent. Il s'agit, en somme, de questionner les enjeux liés aux pratiques de mutualisations suggérées par ces communautés.

Pour illustrer nos propos, nous nous appuyons sur le cas du diplôme d'études spécialisées (DES) de Médecine générale de la Faculté de Médecine d'une université francilienne. Une mise en contexte des études en médecine générale (*Une nouvelle approche des études en Médecine générale*), relevant notamment les spécificités de cette spécialisation dans le "général", nous permettra ensuite de mieux apprécier la façon dont l'utilisation d'un Portfolio

¹ Notamment trois Équipes de Recherches Technologiques, de l'éducation (ERTé) ou interne (ERT-int) : la première (ERTé, 2003 à 2005), intitulée « *Modèles économiques et enjeux organisationnels des campus numériques* », a été portée par l'IFRESI et le LabSIC ; la deuxième (ERTé, 2004 à 2006), intitulée « *Approche communicationnelle de produits TIC destinés à l'enseignement supérieur* », a été portée par le GRESEC ; la dernière (ERT-int, 2007 à 2009), intitulée « *Analyse en réception des TICE dans l'enseignement supérieur* », également portée par le GRESEC.

s'est avérée nécessaire (*À nouvelle approche, nouvel outil : le Portfolio*). Le basculement d'une approche fondée sur l'enseignement vers une autre fondée sur l'apprentissage, amorcé depuis plusieurs années, a été le *starter* pour recourir à de nouvelles formes organisationnelles où l'étudiant est pensé et présenté comme acteur de sa propre formation et où le travail réflexif sur son apprentissage est mis en avant. Partant de cela, le passage à un ePortfolio était "naturel" ; en tout cas, pensé comme un moyen permettant de faciliter les médiations (*Du Portfolio au ePortfolio : un cas, des problèmes*). Mais il y a loin de la coupe aux lèvres et la mise en place d'un ePortfolio, et qui plus est d'une communauté de pratiques, ne se décrète pas !

2. Une nouvelle approche des études de médecine générale

Pendant trois ans, le DES en Médecine générale réunit des étudiants en fin de cursus universitaire (années 5 à 7 après le baccalauréat), autrement dit des internes. Se déroulant sur six semestres, ce diplôme est présenté comme « *une formation professionnelle basée sur la notion d'apprentissage en situation réelle* » (Département de Médecine générale, 2006a : 3). Outre un enseignement théorique, l'interne est amené à suivre et à faire valider « *six stages pratiques* » pendant ces trois années de formation, répartis comme suit : quatre semestres de stages hospitaliers, un semestre en médecine générale et un semestre en soins ambulatoires (*idem*). Tout au long de cette période, les internes bénéficient du soutien d'un tuteur. Celui-ci a la charge de les aider à « *déterminer [leur] plan de formation en fonction de [leur] projet professionnel* », de les « *conseiller dans le choix des stages* », de les « *suivre et de [les] conseiller dans [leurs] apprentissages* », de les aider à « *évaluer l'acquisition des compétences nécessaires à l'exercice de la médecine générale* » (*idem*). Par ailleurs, l'étudiant est aussi en relation avec un maître de stage, médecin exerçant en libéral, qui accueille l'interne dans son cabinet dans le cadre des stages de dernière année.

L'enjeu de cette configuration organisationnelle et pédagogique est de permettre à l'interne d'être capable de gérer la plupart des situations courantes rencontrées en médecine générale, y compris les situations complexes. De fait, l'objectif de la formation est de « *faire acquérir* » aux internes « *les "compétences" indispensables pour l'exercice du métier de médecin généraliste* » (*idem*). Comment cette approche par les compétences s'est-elle imposée ? La lecture de la littérature, très fournie, s'intéressant aux questions d'enseignement de la médecine générale, nous permet d'observer un consensus quant au contexte dans lequel l'évolution de la formation des futurs médecins généralistes s'est opérée.

À partir de la fin des années 80, une série de publications émanant de praticiens-universitaires du milieu médical insiste sur l'importance et l'intérêt pour ces médecins d'abandonner l'approche « *par objectif* » au profit d'une approche dite « *par compétence* » (Nguyen et Blais, 2007). Loin de se limiter à la France, cette tendance se retrouve aussi à l'étranger sous la plume de praticiens nord-américains. Ces textes pointent tous la nécessité de basculer d'un paradigme d'enseignement vers celui d'un apprentissage fondé sur la notion de compétence². Les facteurs de ce basculement sont nombreux et « *issus de courants multiples mais convergents* » (*ibid.*, p.233). Au nombre de ceux-ci, citons l'explosion des connaissances médicales, le développement de la pédagogie par apprentissage, les modifications des conditions de la pratique médicale ou encore les nouvelles attentes sociales en faveur d'une meilleure formation médicale. Le modèle était le « *médecin savant* » ; à présent, il faut qu'il soit aussi compétent (*idem*) ! Parmi ces compétences, celles « *de type "apprendre à apprendre", faisant appel au concept d'autoformation, ou "résoudre des problèmes", faisant référence aux buts des apprentissages en formation professionnelle* », ont servi de base pour

² Voir (Jouquan et Bail, 2003).

repenser les contenus des formations, entraînant une évolution des méthodes pédagogiques (*idem*).

Pour exemple, le développement de compétences fondées sur l'apprentissage en situation réelle est érigé comme fil conducteur et orientation directrice de la formation des médecins généralistes. C'est dans ce contexte que les étudiants du DES sont incités à produire des contenus rédactionnels – recueil des récits de situation complexes authentiques (RSCA) et recueil des travaux personnels³ – en lien avec leurs pratiques acquises en milieu hospitalier ou en cabinet médical. Ces travaux réflexifs sur leurs pratiques quotidiennes, en construction, donnent lieu à la constitution d'un portefeuille de compétences, lesquelles sont soumises à des évaluations et à des validations par les tuteurs. Le paradigme d'une formation médicale fondée sur l'apprentissage est donc non seulement mis en pratique, mais est aussi institutionnalisé par des dispositions réglementaires relatives au contenu de ces formations. Celles-ci attribuent aux étudiants en troisième cycle un nouveau statut de « *praticien en formation* » (Jouquan et Bail, 2003).

Ce basculement étant advenu, retournons-nous alors vers les fondements théoriques de cette nouvelle approche. Selon Jean Jouquan et Philippe Bail, la filiation de ce « *paradigme d'apprentissage* » provient de quatre courants (2003 : 164).

Celui d'abord de la psychologie humaniste et notamment Carl Rogers⁴. La conception de l'apprentissage est recentrée sur « *le développement de l'apprenant en tant que personne* » (*idem*). Spécificité forte de ce courant, l'individu est présenté comme un être rationnel connaissant ce qui est nécessaire à son cheminement. Cela permet alors de penser l'apprentissage comme « *une découverte personnelle* », l'enseignant comme « *un animateur* » occupé à créer « *un climat favorable* », à aider l'étudiant à « *clarifier ses buts, [à] mettre à sa disposition [les] ressources adéquates et [à] lui fournir une rétroaction intellectuelle et affective sur son développement personnel* » (*idem*). Devenu « maître de ses choix » quant à ce qui est nécessaire à son développement, l'étudiant est bien promu « apprenant-roi » ! Celui ensuite de la pédagogie d'adultes et notamment Malcolm Knowles⁵. Considéré d'abord comme un adulte, l'apprenant est fondamentalement impliqué dans « *un processus de construction sociale et professionnelle* », moteur essentiel de ses apprentissages (*idem*). Orienté vers « *des situations de résolution de problème* », l'apprenant n'a besoin au mieux que d'un enseignant « *facilitateur du processus* » (*idem*). L'étudiant est donc considéré comme un adulte et, de ce fait, développerait une autonomie d'apprentissage et d'évaluation. Maître de ses choix, l'étudiant est donc aussi « juge unique de ses résultats » ! Celui encore du socio-cognitivism ou constructivisme et notamment Jerome Bruner⁶. Ici, l'apprentissage est présenté comme « *une activité intentionnelle de traitement de l'information et de construction de sens* » (*idid.* : 166). L'accent est mis sur le contexte de l'apprentissage. Celui-ci doit favoriser l'acquisition graduelle par les étudiants de connaissances à partir de ce qu'ils savent déjà. Cette fois, l'enseignant est « *un médiateur* » entre l'étudiant et la connaissance à acquérir, entre l'étudiant et la compétence à développer, entre l'étudiant et la stratégie cognitive à employer (*idem*).

Celui enfin de la démarche Qualité et notamment Robert Cornesky⁷. Issu de réflexions sur la production industrielle de biens, ce courant tente une greffe dans le monde de la pédagogie médicale ! L'objectif est de mettre en avant la nécessité que « *les étudiants – clients –*

³ Voir (Département de Médecine générale, 2006b).

⁴ Les auteurs citent par exemple *Freedom to learn* (éditions Merrill, Colombus [Etats-Unis], 1969).

⁵ Les auteurs citent par exemple *The adult learner : a neglected species* (éditions Gulf publishing, Houston [Etats-Unis], 1973).

⁶ Les auteurs citent par exemple *Acts of meaning* (éditions Harvard University press, Cambridge [EU], 1990).

⁷ Les auteurs citent par exemple *Continuous improvement in the classroom* (éditions Cornesky and associates, Port orange [EU], 1993).

comprennent en profondeur les informations qui leur sont proposées, pour qu'ils soient en mesure de [...] les réutiliser » en dehors du cadre universitaire (*idem*). Mais cette métaphore semble avoir plus d'inconvénients que d'avantages. Parmi d'autres, la traduction du "client-roi" en "étudiant-roi" pousse la logique – consumériste – à ce que "l'enseignant-vendeur" satisfasse systématiquement toute attente de l'étudiant ! Où l'on retrouve encore une fois notre "apprenant-roi"...

Toutes ces approches ont des liens communs, notamment celui de favoriser et de mettre en avant la posture de *selfservice*. En effet, les étudiants sont munis d'une capacité d'auto-régulation lorsqu'il s'agit de fixer des objectifs, de planifier des stratégies et d'évaluer leurs progrès. En outre, ils sont pris pour des collaborateurs actifs dans le processus d'enseignement, par le biais de leurs interactions dans l'environnement de pratiques. Dans ce contexte, l'apprentissage se doit d'être lié et intégré à la résolution et à la compréhension de situations pratiques, c'est-à-dire qui se présentent dans le monde réel. En retour, les réflexions des étudiants sur leur propre capacité à comprendre et à résoudre ces situations (ainsi que la célérité avec laquelle ils le font) deviennent un élément crucial de l'apprentissage auto-dirigé permanent. Permanent car, en médecine générale, « *la formation initiale n'est qu'un temps de la formation professionnelle continue* » (Département de Médecine générale, 2006a : 4). Années charnières donc entre un monde (étudiant) et un autre (du travail), ces trois années de DES sont construites sur un apprentissage dans lequel l'interne est mis dans une situation qui exige de lui autonomie, créativité, évaluation de ses propres apprentissages, en bref responsabilité.

Comment se traduisent alors ces orientations sur le plan opérationnel ? Comment l'interne rend-il compte par une démarche réflexive de son apprentissage ? Un outil comme le (e)Portfolio, se présentant comme "le" portefeuille de compétences nécessaires pour exercer la profession de médecin généraliste, peut-il favoriser cette démarche ?

3. À nouvelle approche, nouvel outil : le Portfolio

À nouvelle approche, nouvel outil ! En précisant les bases conceptuelles, les caractéristiques, les utilisations et leur contexte, la littérature existante présente ainsi le Portfolio comme le dispositif mettant en pratique l'approche par compétence. Dans une tentative de synthèse, disons qu'il est une collection de documents (traces écrites) sélectionnés par un étudiant pour rendre compte de son travail, de ses efforts, de ses progrès. Ces documents ne sont pas seulement collectés mais aussi commentés par l'étudiant et les enseignants qui l'encadrent ; ces commentaires sont la preuve d'un cheminement et indique donc l'évolution de son apprentissage dans le temps.

Selon les définitions, l'accent est mis sur la « *collection de données factuelles* » (Cole dans Naccache et *alii*, 2006 : 112), sur la présentation d'une démonstration par l'étudiant, sur la dimension pédagogique du "portefeuille", sur la valeur ajoutée d'un tel outil par rapport à d'autres (carnet de bord), sur le processus d'apprentissage dont il est porteur ou encore sur le niveau de compétence dont il doit rendre compte. Au final, il apparaît que ce type d'outil éducatif intègre nécessairement trois composantes : « *un support à la planification des apprentissages, un support à l'évaluation formative, un support à la démarche réflexive* » (Naccache et *alii*, 2006 : 112). Encourager l'interne à planifier ses activités à partir des situations professionnelles authentiques auxquelles il est confronté, à s'auto-évaluer en fonction des décisions prises et des actions menées et à les analyser après-coup, tels sont les objectifs recherchés par ce dispositif dans le contexte d'apprentissage choisi. Dans ce sens, le Portfolio contient généralement des « *récits de situations cliniques auxquels l'étudiant a été confronté* », des comptes rendus d'activités (réunions de service, exposés, conférences, *etc.*),

des comptes rendus de lecture (articles, livres ou documents promotionnels délivrés par les visiteurs médicaux), des entretiens avec des personnes-ressources (tuteur, maître de stage, professeurs, *etc.*), des descriptions de projets en cours, des journaux de bord d'activités professionnelles ou même des enregistrements audio (entretiens avec des patients) ou vidéo (de tâches à effectuées, de gestes techniques) (*idem*). Partant du principe que l'expertise professionnelle ne peut s'acquérir que par le développement de « *fortes capacités métacognitives* », le Portfolio doit aider l'interne à réfléchir sur ses propres décisions et actions (*ibid.* : 113). Il s'agit pour lui d'améliorer ses connaissances « *tout en étant critique sur sa pratique quotidienne* » (*idem*) mais aussi de développer son autonomie pour exercer. Bien plus, ce dispositif doit lui permettre de « *faire face à l'incertitude et à la complexité* » qui caractérisent l'exercice de la profession, « *en inscrivant les pratiques professionnelles dans le cadre d'une réflexion éthique et morale* » (*ibid.* : 113-114). Ainsi, le recours au Portfolio puise son origine dans les cadres conceptuels développés précédemment. Il s'agit à la fois de réfléchir à son action – en mettant l'accent sur le raisonnement avant d'agir – et de réfléchir sur son action – en portant un jugement (auto-évaluation) une fois l'action terminée.

L'unanimité semble donc de mise face à un tel outil ! En 2007, la quasi-totalité des départements de médecine générale en France (93%) déclaraient utiliser un Portfolio, dont 52% sous un format électronique⁸. Cette belle unanimité, mettant en avant ses potentialités avantageuses dans le développement de compétences professionnelles, ne doit pas cacher pourtant tout une série d'interrogations quant à son réel impact et quant à sa place dans le cadre de la démarche évaluative. Plus encore, c'est le basculement rapide qui s'est opéré vers une approche par compétence qui est questionné. Ainsi, en février 2008, un représentant du Conseil National des Généralistes Enseignants (CNGE) remarque lors d'une journée d'étude sur le tutorat et son fonctionnement, que « *le basculement pédagogique vers un dispositif de formation dédié au développement de la compétence professionnelle, dans une approche constructiviste, est accepté par une majorité de département (89%) mais pas acquis dans les faits* » (CNGE, 2008). Bien évidemment, cette difficulté est un élément à prendre en compte dans l'analyse du contexte qui prévaut à l'utilisation du Portfolio. Mais, au-delà, cela nous indique que tutorat, Portfolio, approche par compétence et certification sont les différents éléments d'une même démarche d'homogénéisation des diplômes de Médecine générale. Un regard sur le Portfolio mis en place pour le DES de Médecine générale de notre terrain nous éclairera.

Composé de quatre parties, celui-ci est présenté par ses promoteurs comme « *un outil pédagogique d'auto-évaluation* » des apprentissages des étudiants en troisième cycle de médecine générale (2006b : 6). Si l'interne doit donc apprendre seul, il est néanmoins en interaction avec des acteurs (enseignants, tuteur, maître de stage) qui l'aident à définir ce qu'il doit apprendre, qui le guident dans la construction de ses apprentissages. Nous retrouvons dans ce cas particulier ce que nous avons établi plus haut de façon générale, à savoir qu'il s'agit pour l'interne et par cet outil de développer un processus de questionnement systématique et supervisé à partir des tâches professionnelles authentiques qui lui sont proposées pendant ses stages. Ce questionnement doit être approfondi, en ce sens que l'interne doit aller au-delà des routines (actions, décisions, gestes) de l'exercice quotidien de la médecine générale. Ce questionnement n'est pas obligatoirement exhaustif, en ce sens qu'il est toujours inscrit dans l'objectif général du DES : développer chez les internes une compétence approfondie en médecine générale. Au final, il s'agit bien de conserver les traces écrites des apprentissages qui servent de support aux interactions entre l'interne et ses encadrants.

⁸ Selon une enquête menée par le Conseil national des généralistes enseignants (CNGE) en septembre et octobre 2007 et présentée lors de la Journée nationale de réflexion *Tutorat-Certification* le 7 février 2008.

Les quatre parties du Portfolio s'inscrivent dans cet objectif. La première – Carnet des compétences à acquérir au cours du DES – se présente comme un contrat pédagogique entre l'interne et les enseignants. Celui-ci est construit à partir du rôle du médecin généraliste et des compétences à mobiliser pour tenir ce rôle. Le carnet présente donc « *l'ensemble des situations les plus fréquemment rencontrées et les compétences à acquérir pour pouvoir y répondre de la façon la plus adaptée* » (*idem*). Moins que d'acquisition, l'objectif est ici de professionnalisation : être capable de résoudre les problèmes de ses patients. Listant des situations cliniques, des gestes techniques et d'autres compétences transversales issues du « *répertoire des compétences professionnelles visées* » (Naccache et alii, 2006 : 114), l'interne doit donc s'auto-évaluer en indiquant celles qu'il n'a pas rencontrées, celles qu'il a rencontrées mais sans pour autant avoir l'expérience pour les prendre en charge de façon satisfaisante, celles qu'il maîtrise désormais pour y avoir été confronté plusieurs fois. La deuxième – Recueil des traces d'apprentissages – rend compte d'événements ponctuels divers (accidents, incidents, procédures, problèmes, etc.) que l'interne doit présenter et analyser afin de se construire une base d'informations personnelles. La troisième – Recueil des récits de situations complexes authentiques (RSCA) – regroupe des analyses de situations cliniques rencontrées. Celles-ci passent par la rédaction de scripts d'observations cliniques de problèmes, par l'analyse réflexive personnelle détaillant les problèmes posés, les compétences mises en jeu, les connaissances nécessaires à la construction de ces compétences, par l'explication des modifications à apporter à ses propres pratiques professionnelles. La quatrième et dernière – Recueil des rencontres tutoriales – établit le calendrier des interactions en présence des internes avec le corps enseignant et les autres internes d'une promotion. Au cours de ces séances, un enseignement est délivré à partir des RSCA apportées par les internes et de l'argumentaire développé. L'enseignant est alors là pour compléter les décisions et les actions prises par l'interne et, au final, valider (ou pas) la démarche adoptée. Nous l'avons remarqué, nous pouvons y revenir. Dans un contexte où l'interne est mis en situation d'apprentissage, où il est amené à extérioriser, par la production de contenus, ce qu'il apprend, l'enseignant est à la fois un facilitateur et un accompagnateur. Dans ce cadre, l'interaction avec l'interne en elle-même est un facteur d'apprentissage.

Les éléments d'observations recueillies jusqu'à ce jour montrent deux choses. D'une part, le Portfolio suscite des interactions prometteuses entre tuteurs et internes. Toutefois et d'autre part, l'adhésion à cet outil, tant par les internes que par les tuteurs, reste à faire. La question de la disponibilité est notamment souvent avancée. Tuteurs, maîtres de stage, comme internes, jugent en effet l'utilisation des Portfolios consommatrice de temps (« encore des papiers à remplir et à organiser dans des classeurs ») alors même que l'exercice de leur profession leur en laisse de moins en moins...

4. Du Portfolio au ePortfolio : un cas, des problèmes

Or, en médecine générale, l'argument de la disponibilité du médecin porte haut et fort⁹. Dans ce contexte, tout ce qui peut l'améliorer est le bienvenu. C'est donc presque naturellement que le passage au ePortfolio devrait s'imposer...

Pour le cas qui nous intéresse, tout a commencé par la passion et l'activisme d'un maître de stage, devenu par la suite chargé d'enseignements et responsable du tutorat du DES de

⁹ À ce sujet, Martin Winckler écrit que « *tout le monde rêve d'un médecin de famille disponible, rassurant à l'écoute, ouvert et compétent* » (2009, p.69). Pourtant, « *de nombreux patients déplorent [...] que les médecins généralistes [...] ne leur consacrent pas le temps et l'attention qu'ils attendent d'eux* » (*idem*). D'un autre côté, « *l'idée de la médecine générale que se font les étudiants est celle d'une profession sous-payée, surexploitée, surchargée et incompatible avec une vie de famille* » (*ibid.*, pp.69 et 70).

Médecine générale. Constatant lui aussi le manque de disponibilité chronique des tuteurs, il décide de se lancer dans la mise en place d'un Portfolio électronique – autrement dit ePortfolio – pour les étudiants, les tuteurs et les maîtres de stage avec l'aide de la Cellule TICE de l'Université francilienne. Nous sommes en février 2007. Le mois suivant, un prototype est construit et des tests commencent avec l'aide de deux étudiants en première année (année bac+5) du DES. La mise en ligne de la version 1 coïncide avec la rentrée universitaire 2007-08. Un an plus tard, une version 2 voit le jour. Les modifications portent principalement sur la forme (homogénéisation avec le site de l'Université) et sur l'accès au *blog* (dorénavant, directement à partir du site de l'Université). Cependant, l'adhésion à l'outil de la part des utilisateurs potentiels n'est pas au rendez-vous. Les quelques "innovateurs" formulent néanmoins des critiques quant à l'architecture du *blog* et quant à son utilisation ("pas pratique, pas intuitif !"), qui servent à la mise en place de la version 3 sur une nouvelle plateforme. Celle-ci devait apparaître en mai 2009. Quoi qu'il en soit de cette dernière version, l'utilisation du ePortfolio est d'ores et déjà rendue obligatoire par le Département de Médecine générale depuis la rentrée 2008.

Cette généalogie nous indique que l'observation d'usages n'est pas aisée. Toutefois, trois remarques peuvent être formulées : sur les raisons de la mise en place, sur son utilisation actuelle, sur les enjeux d'apprentissage.

D'abord, la mise en place d'un ePortfolio fait suite aux efforts consentis ces dix dernières années par les enseignants du DES pour structurer les savoirs et pour favoriser l'auto-apprentissage des internes ; l'utilisation d'un Portfolio papier compilant les travaux étudiants, et présenté dans le point précédent, en est un exemple. Le passage à l'électronique s'inscrit dans leur quête de disponibilité :

« Le ePortfolio est adapté à notre disponibilité. On y va quand on veut ! »¹⁰

Ils recherchent donc un outil en ligne, facile à utiliser, accessible de partout, permettant une gestion fine des droits d'accès, pouvant diffuser des contenus éventuellement protégés et assurant la validation progressive, par les tuteurs, de compétences documentées des étudiants pendant les trois années de la formation. Il faut rappeler ici que, chaque année, les promotions sont composées de 70 à 80 étudiants et qu'une vingtaine d'enseignants seulement acceptent d'être tuteur... Idéalement, chaque tuteur ne devrait suivre que cinq à six internes. Dans les faits, il en suit le double ! Clairement, il y a un manque de volonté de la part des enseignants pour devenir tuteur. Cette frilosité s'explique notamment par le fait que le tutorat n'est pas reconnu dans le service des enseignants. Déjà surchargés par leur activité professionnelle et les enseignements qu'ils dispensent, les praticiens-universitaires rechignent à s'impliquer dans le tutorat qui rognerait encore plus leur disponibilité. Le rôle du tuteur n'est pourtant pas mince comme nous l'avons vu :

« Le bon tuteur, c'est celui qui fait bosser l'étudiant, qui lui montre la direction, qui lui montre où aller chercher. À la fin de l'année, l'étudiant doit montrer que toutes ses preuves d'apprentissage illustrent un certain nombre de compétences. C'est une façon de certifier. Le rôle du tuteur est d'orienter et d'encadrer. »¹¹

Ensuite, il existe trois niveaux d'accès au ePortfolio : un niveau d'accès utilisateur ou personnel (celui de l'interne), un niveau d'accès groupe (l'interne et son tuteur), un niveau d'accès communauté (le tuteur et tous les internes qu'il suit, quelle que soit l'année d'étude dans le DES), un niveau d'accès public ou général (tous les internes du DES de Médecine générale). L'utilisation des deux premiers a été rendue obligatoire ; les deux autres sont d'un usage facultatif. L'objectif du troisième notamment est de « créer des communautés de tuteur-

¹⁰ Entretien avec le responsable des tuteurs (26 mars 2009).

¹¹ Entretien avec le responsable des tuteurs (26 mars 2009).

tutorés qui interagissent dans une logique d'auto-apprentissage collaboratif»¹². Pour l'instant, le Département ne l'a pas rendu obligatoire car il « *souhaite étendre l'utilisation basique de l'outil à l'ensemble des étudiants et des enseignants* » (*idem*). Quant au quatrième niveau, le plus général, il est très peu (voire pas) fourni par les internes. Cet outil doit favoriser « *le débat* », mais ce débat n'a pas encore pris : « *nous étions cinq à débattre* » dont trois enseignants (*idem*) ! Faute de participants, la communauté tuteur-tutorés ne fonctionne donc pas encore. « *Mais ça va venir !* », pense le responsable des tuteurs, car c'est dans l'intérêt de tous les participants. Les participations (documents, traces écrites) sont en effet cumulatives : plus il y en a, plus il est intéressant d'utiliser l'outil. L'outil s'inscrit aussi dans la durée et doit permettre à des étudiants qui ont obtenu leur DES de garder le contact et de continuer à enrichir le *blog*. D'autant plus que :

« *Lorsque l'on a un identifiant une fois, on l'a toute sa vie ! [...] En outre, nous avons une obligation de participer à des formations médicales et continues, sinon nous sommes sanctionnés.* »¹³.

« *Ce blog est un outil qui va permettre aux jeunes médecins diplômés de rester en relation entre eux, et cette relation est importante, tout au moins au début.* »¹⁴

Les anciens comme les étudiants actuels forment donc potentiellement communauté. Le problème immédiat qui se pose est que, pour favoriser l'accumulation, il faut que cela se passe au niveau le plus visible... Il faut que tout le monde joue le jeu !

Enfin, plus que le Portfolio, le ePortfolio se rapproche de « *l'idéal* » de l'auto-apprentissage collaboratif¹⁵. Il s'agit de créer une « *dynamique commune* », il faut que ça foisonne, que ça fourmille, « *que ça fasse ruche !* » (*idem*) :

« *Ce qui est dramatique en médecine comme ailleurs, c'est que chacun garde ses acquis, ne veuille pas les partager. Il faudrait que les étudiants partent de la Faculté avec cette idée de ruche, avec l'usage de cet outil.* » (*idem*)

Mais cette démarche est loin d'être partagée par tous, ce qui désole le responsable des tuteurs : « *Je n'arrive pas à leur transmettre ma vision* ». Car c'est bien d'une vision dont il s'agit et d'une action politique. Intervenant au niveau de la structure même de l'enseignement de la formation, l'introduction et le développement d'un tel outil bouleversent le territoire d'actions de l'étudiant, le territoire de légitimité et de reconnaissance des enseignants. Il s'agit de pousser l'étudiant à être producteur de connaissances :

« *Le médecin doit se former tout le temps parce que la médecine change tout le temps ! On veut donc que, à l'issue du DES, le futur médecin soit autonome et continue à se former en autonomie. Ce DES nous sert à créer un dynamisme des automatismes de recherche et d'apprentissage.* » (*idem*)

Ce dispositif revisite donc la frontière entre pédagogie et pratique. Pour cela, il est nécessaire de travailler la motivation et la participation des étudiants afin qu'ils se l'approprient et inventent de nouveaux usages. Un prochain système de parrainage devrait aller dans ce sens. Au sein de chaque promotion, une vingtaine d'étudiants formeront toute la promotion et une vingtaine d'étudiants de la promotion suivante qui, à leur tour, prendront le relais. En quelques sortes, il s'agit de transmettre le témoin – l'expérience acquise – d'une promotion à l'autre, de rendre dynamique et continue l'utilisation du ePortfolio.

¹² Entretien avec un étudiant de troisième année, qui a pris pour sujet de sa thèse de fin de cycle le ePortfolio (26 mars 2009).

¹³ Entretien avec un étudiant de troisième année, qui a pris pour sujet de sa thèse de fin de cycle le ePortfolio (26 mars 2009).

¹⁴ Entretien avec le responsable des tuteurs (26 mars 2009).

¹⁵ Entretien avec le responsable des tuteurs (26 mars 2009).

5. Conclusion – Emboîtement de plusieurs enjeux

De communautés de pratiques il n'y a donc point, pour le moment ! Les usages du ePortfolio se développent bien, mais on s'aperçoit qu'ils sont enchâssés dans toute une série d'enjeux portés par trois contextes qui s'emboîtent les uns dans les autres, à l'instar de poupées russes. Le contexte d'une réorganisation à venir de l'exercice de la profession.

Le premier, le plus local, est celui propre au DES étudié que nous venons d'aborder dans le point précédent. Ses enjeux (développement des usages du ePortfolio et du tutorat) doivent être compris en prenant en compte un deuxième contexte, surplombant, qui est celui de la place de la Médecine générale dans le cadre des études de médecine en général. En effet, malgré l'existence d'un DES de Médecine générale depuis 2004 et donc la reconnaissance de la Médecine générale comme spécialité dans les études de médecine, celle-ci reste une spécialité en marge. Certains poussent même à la qualifier de « *pôle dominé* » en comparaison à l'internat de spécialités qui constitue « *le pôle socialement dominant dans l'espace de formation médicale* » (Jaisson, 2002 : 33). Dans le sens de ces propos, le responsable des tuteurs remarque que si la médecine générale est aujourd'hui très organisée, cela n'a pas toujours été le cas :

« L'origine de son enseignement est issue d'une revendication politique. Des médecins généralistes militants se sont émus du fait que, une fois diplômé, le médecin soit abandonné à lui-même : pas de contact, pas de formation continue. On ne les respecte pas alors qu'ils représentent la moitié des médecins en exercice. La situation n'était pas possible ! Ces médecins ont donc lutté pour que la Médecine générale entre à la Faculté. Cela a été un combat de tous les instants ! On n'était même pas une spécialité, on n'était rien ! »¹⁶

Ainsi, si beaucoup a déjà été fait (notamment en matière de pédagogie) sous l'égide du CNGE, le collège national qui les représente, beaucoup reste à faire en matière d'organisation interne et de légitimation externe.

Quant au troisième contexte, il se construit autour de l'impression d'un grand nombre de médecins généralistes d'être considérés comme « *médecin Kleenex* » par la société (Blanchard cité par Jaisson, 2002 : 34). En but à une reconnaissance en baisse, il apparaît que les jeunes médecins ne veulent pas marcher sur les traces de leurs prédécesseurs qui sacrifiaient beaucoup (santé, vie de famille, loisirs) à l'exercice de leur profession. Certains, ne prenant pas la médecine généraliste comme un choix par défaut, cherchent ainsi à modifier l'organisation de la profession¹⁷ afin de sortir de la pratique solitaire qui la caractérise :

« C'est une profession qui se féminise, c'est une profession où les jeunes ne sont plus prêts à s'investir de la même façon que ma génération. On va vers une modification complète de l'exercice de la médecine généraliste. » (idem)

Afin d'y remédier, il s'agit de se regrouper entre pairs, on parle alors de « *maisons médicales* » (idem). La médecine générale est donc au carrefour de nombreuses mutations qui s'entrecroisent. Le développement des ePortfolios doit donc se lire incontestablement au regard de celles-ci. Tutorat, ePortfolio, approche par compétence et certification nous apparaissent comme autant d'éléments affirmant la médecine générale comme spécialité légitime. En outre, il nous semble que le développement de communautés de pratiques va dans le sens d'une pratique moins solitaire et plus solidaire des médecins. Un dispositif comme l'ePortfolio pourrait ainsi avoir des accointances avec ces maisons médicales ou tout

¹⁶ Entretien avec le responsable des tuteurs (26 mars 2009).

¹⁷ Voir notamment l'article de Nathalie Lapeyre et Magali Robelet : « Les mutations des modes d'organisation du travail au regard de la féminisation : l'expérience des jeunes médecins généralistes » (*Sociologies pratiques*, Paris, n°14, pp.19 à 30).

au moins avec la réorganisation discutée de l'exercice de la profession. Mais cela est une autre histoire et demande assurément à être vérifié.

Bibliographie

- CNGE, 2008, *Journée de réflexion nationale Tutorat-Certification*, Groupe des Associés et Conseil national des généralistes enseignants, Paris, 2008.
- Département de Médecine générale, 2006a, *DES de Médecine générale : note d'information pour les étudiants qui entrent en 1^e année du 3^e cycle*, Département de Médecine générale, Faculté de Médecine René Descartes-Paris 5, année universitaire 2006-07.
- Département de Médecine générale, 2006b, *Portfolio de l'Interne en DES de Médecine générale*, Département de Médecine générale, Faculté de Médecine René Descartes-Paris 5, année universitaire 2006-07.
- JAISSON M., 2002, « L'honneur perdu du généraliste », *Actes de la recherche en sciences sociales*, Paris, vol. 3 n°143 2002, pp.31 à 35.
- JOUQUAN J. et BAIL P., 2003, « À quoi s'engage-t'on en basculant du paradigme d'enseignement vers le paradigme d'apprentissage ? », *Pédagogie médicale*, Paris, vol. 4 n°3 août 2003, pp.163 à 175.
- MÆGLIN P., 1998, *L'industrialisation de la formation : état de la question*, éditions CNDP, Paris, 1998.
- NACCACHE N., SAMSON L. et JOUQUAN J., 2006, « Le portfolio en éducation des sciences de la santé : un outil d'apprentissage, de développement professionnel et d'évaluation », *Pédagogie médicale*, Paris, vol. 7 n°2 mai 2006, pp.110 à 127.
- NGUYEN D-Q. et BLAIS J-G., 2007, « Approche par objectifs ou approches par compétences ? Repères conceptuels et implications pour les activités d'enseignement, d'apprentissage et d'évaluation au cours de la formation clinique », *Pédagogie médicale*, Paris, vol. 8 n°4 novembre 2007, pp.232 à 251.
- WINCKLER M., 2009, « La crise de la médecine générale », *Sève*, Presses de Sciences Po, Paris, n°22 printemps 2009, pp.67 à 74.

Notice biographique

Abdel Benchenna (benchenna@univ-paris13.fr) est maître de conférences à l'Université Paris et membre du Labsic et de la MSH Paris Nord. Ses recherches portent sur les enjeux liés à l'intégration des TIC dans les secteurs de l'éducation, de l'enseignement et la culture, en France et dans les pays francophones du sud.

Vincent Brulois (brulois@sic.univ-paris13.fr) est maître de conférences en Sciences de la Communication à l'Université Paris 13 et membre du LabSIC et de la MSH Paris Nord. Ses recherches portent, d'une part, sur l'étude des mutations industrielles et sociales dans le champ de l'éducation et de la formation et, d'autre part, sur les relations individuelles et collectives de travail, le lien entre modes d'organisation et processus de communication, l'évolution du périmètre de la fonction RH dans les entreprises.