

UNIVERSITE D'ANGERS

FACULTE DE MEDECINE

Année 2014

N°.....

THESE

pour le

DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE

Qualification en : MEDECINE GENERALE

Par

Christophe GARNIER

Né le 14/04/1984 à Nantes

Présentée et soutenue publiquement le : 6 mars 2014

***EVALUATION DU CONTENU DES RENCONTRES DE TUTORAT ET DE LA
FONCTION ENSEIGNANTE DES TUTEURS PAR LES INTERNES DE
MEDECINE GENERALE D'ANGERS. ETUDE QUANTITATIVE AUPRES
D'UNE PROMOTION D'ETUDIANTS EN FIN DE DES.***

Président : Monsieur le Professeur GARNIER François

Directeur : Monsieur le Docteur CONNAN Laurent

LISTE DES ENSEIGNANTS DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE D'ANGERS

Doyen
Vice doyen recherche
Vice doyen pédagogie

Pr. RICHARD
Pr. PROCACCIO
Pr. COUTANT

Doyens Honoraires : Pr. BIGORGNE, Pr. EMILE, Pr. REBEL, Pr. RENIER, Pr. SAINT-ANDRÉ

Professeur Émérite : Pr. Gilles GUY, Pr. Jean-Pierre ARNAUD

Professeurs Honoraires : Pr. ACHARD, Pr. ALLAIN, Pr. ALQUIER, Pr. BASLÉ, Pr. BIGORGNE, Pr. BOASSON, Pr. BOYER, Pr. BREGEON, Pr. CARBONNELLE, Pr. CARON-POITREAU, Pr. M. CAVELLAT, Pr. COUPRIS, Pr. DAUVER, Pr. DELHUMEAU, Pr. DENIS, Pr. DUBIN, Pr. EMILE, Pr. FOURNIÉ, Pr. FRANÇOIS, Pr. FRESSINAUD, Pr. GESLIN, Pr. GROSIEUX, Pr. GUY, Pr. HUREZ, Pr. JALLET, Pr. LARGET-PIET, Pr. LARRA, Pr. LE JEUNE, Pr. LIMAL, Pr. MARCAIS, Pr. PARÉ, Pr. PENNEAU, Pr. PENNEAU-FONTBONNE, Pr. PIDHORZ, Pr. POUPLARD, Pr. RACINEUX, Pr. REBEL, Pr. RENIER, Pr. RONCERAY, Pr. SIMARD, Pr. SORET, Pr. TADEI, Pr. TRUELLE, Pr. TUCHAIS, Pr. VERRET, Pr. WARTEL

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS

| | |
|------------------------------------|---|
| ABRAHAM Pierre | Physiologie |
| ASFAR Pierre | Réanimation médicale |
| AUBÉ Christophe | Radiologie et imagerie médicale |
| AUDRAN Maurice | Rhumatologie |
| AZZOUZI Abdel-Rahmène | Urologie |
| BARON Céline | Médecine générale |
| BARTHELAIX Annick | Biologie cellulaire |
| BATAILLE François-Régis | Hématologie ; Transfusion |
| BAUFRETON Christophe | Chirurgie thoracique et cardiovasculaire |
| BEAUCHET Olivier | Médecine interne, gériatrie et biologie du vieillissement |
| BEYDON Laurent | Anesthésiologie-réanimation |
| BIZOT Pascal | Chirurgie orthopédique et traumatologique |
| BONNEAU Dominique | Génétique |
| BOUCHARA Jean-Philippe | Parasitologie et mycologie |
| CALÈS Paul | Gastroentérologie ; hépatologie |
| CAMPONE Mario | Cancérologie ; radiothérapie |
| CAROLI-BOSC François-Xavier | Gastroentérologie ; hépatologie |
| CHABASSE Dominique | Parasitologie et mycologie |
| CHAPPARD Daniel | Cytologie et histologie |
| COUTANT Régis | Pédiatrie |
| COUTURIER Olivier | Biophysique et Médecine nucléaire |
| DARSONVAL Vincent | Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique |
| de BRUX Jean-Louis | Chirurgie thoracique et cardiovasculaire |
| DESCAMPS Philippe | Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale |
| DIQUET Bertrand | Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique |
| DUVERGER Philippe | Pédopsychiatrie |
| ENON Bernard | Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire |
| FANELLO Serge | Épidémiologie, économie de la santé et prévention |
| FOURNIER Henri-Dominique | Anatomie |
| FURBER Alain | Cardiologie |
| GAGNADOUX Frédéric | Pneumologie |
| GARNIER François | Médecine générale |
| GARRÉ Jean-Bernard | Psychiatrie d'adultes |

| | |
|----------------------------------|---|
| GINIÈS Jean-Louis | Pédiatrie |
| GOHIER Bénédicte | Psychiatrie |
| GRANRY Jean-Claude | Anesthésiologie-réanimation |
| GUARDIOLA Philippe | Hématologie ; transfusion |
| HAMY Antoine | Chirurgie générale |
| HUEZ Jean-François | Médecine générale |
| HUNAUT-BERGER Mathilde | Hématologie ; transfusion |
| IFRAH Norbert | Hématologie ; transfusion |
| JEANNIN Pascale | Immunologie |
| JOLY-GUILLOU Marie-Laure | Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière |
| LACCOURREYE Laurent | Oto-rhino-laryngologie |
| LASOCKI Sigismond | Anesthésiologie-réanimation |
| LAUMONIER Frédéric | Chirurgie infantile |
| LE JEUNE Jean-Jacques | Biophysique et médecine nucléaire |
| LEFTHÉRIOTIS Georges | Physiologie |
| LEGRAND Erick | Rhumatologie |
| LEROLLE Nicolas | Réanimation médicale |
| LERMITE Emilie | Chirurgie générale |
| LUNEL-FABIANI Françoise | Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière |
| MALTHIÉRY Yves | Biochimie et biologie moléculaire |
| MARTIN Ludovic | Dermato-vénéréologie |
| MENEI Philippe | Neurochirurgie |
| MERCAT Alain | Réanimation médicale |
| MERCIER Philippe | Anatomie |
| NGUYEN Sylvie | Pédiatrie |
| PICHARD Eric | Maladies infectieuses ; maladies tropicales |
| PICQUET Jean | Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire |
| PODEVIN Guillaume | Chirurgie infantile |
| PROCACCIO Vincent | Génétique |
| PRUNIER Fabrice | Cardiologie |
| REYNIER Pascal | Biochimie et biologie moléculaire |
| RICHARD Isabelle | Médecine physique et de réadaptation |
| RODIEN Patrice | Endocrinologie et maladies métaboliques |
| ROHMER Vincent | Endocrinologie et maladies métaboliques |
| ROQUELAURE Yves | Médecine et santé au travail |
| ROUGÉ-MAILLART Clotilde | Médecine légale et droit de la santé |
| ROUSSEAU Audrey | Anatomie et cytologie pathologiques |
| ROUSSELET Marie-Christine | Anatomie et cytologie pathologiques |
| ROY Pierre-Marie | Thérapeutique ; médecine d'urgence ; addictologie |
| SAINT-ANDRÉ Jean-Paul | Anatomie et cytologie pathologiques |
| SENTILHES Loïc | Gynécologie-obstétrique |
| SUBRA Jean-François | Néphrologie |
| URBAN Thierry | Pneumologie |
| VERNY Christophe | Neurologie |
| WILLOTEAUX Serge | Radiologie et imagerie médicale |
| ZANDECKI Marc | Hématologie ; transfusion |

MAÎTRES DE CONFÉRENCES

| | |
|----------------------|-----------------------------------|
| ANNAIX Claude | Biophysique et médecine nucléaire |
|----------------------|-----------------------------------|

| | |
|----------------------------------|---|
| ANNWEILER Cédric | Médecine interne, gériatrie et biologie du vieillissement |
| AUGUSTO Jean-François | Néphrologie |
| BEAUVILLAIN Céline | Immunologie |
| BELIZNA Cristina | Médecine interne, gériatrie et biologie du vieillissement |
| BLANCHET Odile | Hématologie ; transfusion |
| BOURSIER Jérôme | Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie |
| BOUTON Céline | Médecine générale |
| CAILLIEZ Éric | Médecine générale |
| CAPITAIN Olivier | Cancérologie ; radiothérapie |
| CASSEREAU Julien | Neurologie |
| CHEVAILLER Alain | Immunologie |
| CHEVALIER Sylvie | Biologie cellulaire |
| CONNAN Laurent | Médecine générale |
| CRONIER Patrick | Anatomie |
| CUSTAUD Marc-Antoine | Physiologie |
| de CASABIANCA Catherine | Médecine générale |
| DUCANCELLE Alexandra | Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière |
| DUCLUZEAU Pierre-Henri | Nutrition |
| FORTRAT Jacques-Olivier | Physiologie |
| GOHIER Bénédicte | Psychiatrie d'adultes |
| GUARDIOLA Philippe | Hématologie ; Transfusion |
| HINDRE François | Biophysique et médecine nucléaire |
| JEANGUILLAUME Christian | Biophysique et médecine nucléaire |
| JOUSSET-THULLIER Nathalie | Médecine légale et droit de la santé |
| KEMPF Marie | Bactériologie-virologie ; Hygiène hospitalière |
| LACOEUILLE Franck | Biophysique et médecine nucléaire |
| LERMITTE Emilie | Chirurgie Générale |
| LETOURNEL Franck | Biologie cellulaire |
| LOISEAU-MAINGOT Dominique | Biochimie et biologie moléculaire |
| MARCHAND-LIBOUBAN Hélène | Biologie cellulaire |
| MAY-PANLOUP Pascale | Biologie et médecine du développement et de la reproduction |
| MESLIER Nicole | Physiologie |
| MOUILLIE Jean-Marc | Philosophie |
| PAPON Xavier | Anatomie |
| PASCO-PAPON Anne | Radiologie et Imagerie médicale |
| PELLIER Isabelle | Pédiatrie |
| PENCHAUD Anne-Laurence | Sociologie |
| PIHET Marc | Parasitologie et mycologie |
| PRUNIER Delphine | Biochimie et biologie moléculaire |
| PUISSANT Hugues | Génétique |
| ROUSSEAU Audrey | Anatomie et cytologie pathologiques |
| SAVAGNER Frédérique | Biochimie et biologie moléculaire |
| SIMARD Gilles | Biochimie et biologie moléculaire |
| TANGUY-SCHMIDT Aline | Hématologie ; transfusion |
| TURCANT Alain | Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique |

COMPOSITION DU JURY

Président du jury :

Monsieur le Professeur GARNIER François

Directeur de thèse :

Monsieur le Docteur CONNAN Laurent

Membres du jury :

Monsieur le Professeur COUTANT Régis

Monsieur le Docteur CONNAN Laurent

Madame le Docteur BOUTON Céline

Monsieur le Docteur FOUCAT Joël

REMERCIEMENTS

A Monsieur le Professeur Garnier,

Vous me faites l'honneur d'avoir accepté de présider mon jury,

Veillez croire en ma profonde reconnaissance.

A Monsieur le Docteur Connan,

Vous me faites l'honneur de diriger cette thèse,

Recevez mes sincères remerciements.

A Monsieur le Professeur Coutant,

Veillez trouver mes remerciements les plus respectueux d'avoir accepté de faire partie de mon jury.

A Madame le Docteur Bouton,

Recevez mes sincères remerciements d'avoir accepté de faire partie de mon jury. Par votre présence, vous représentez également mes maîtres de stage SASPAS.

A Monsieur le Docteur Foucat,

Recevez mes sincères remerciements d'avoir accepté de faire partie de mon jury. Merci de votre « accompagnement » si constructif depuis le début de l'internat.

A Monsieur le Professeur Fanello et à Madame Sidéri,

Veillez trouver mes remerciements les plus respectueux pour votre réactivité.

A ma famille,

Merci à mes parents de m'avoir donné cette possibilité de faire médecine. Cette chance n'est pas donnée à tout le monde. Merci à ma sœur, à mon frère et sa petite famille. Merci de votre soutien à tous; parfois discret, il était bien présent. A mon grand-père également ; j'aurais été heureux de partager ce moment avec lui.

A mes amis, en particulier,

Au trio soudé que nous formons, Alexandre et Gwenaël, que les couloirs de l'HGRL en témoignent... A nos mercredis après-midi version « coté plage », nos abordages pirates, nos sous colles... et j'en passe! De grands moments de complicité, qu'ils durent encore et encore.

A Patrick, Karine & Thaïs, si tout se passe bien aujourd'hui, je suis le dernier thésé !

Aux équipes de Mayenne et Château-Gontier, soignants et co-internes, vous êtes supers. Merci !

A mes 1ers prat', Christine, Philippe, Gérard ; grâce à vous, j'ai découvert la médecine générale.

A mes prat' saspas, Catherine, Xavier, et Alain, vous m'avez tant appris.

Tout n'aura pas toujours été simple, mais certaines épreuves font la difficulté de la vie, on en ressort plus fort.

Un petit mot pour la formation du 3^{ème} cycle au CHU d'Angers : la qualité du service de médecine E et le courage des urgentistes (propre à tous les services d'urgences).

Pour une formation d'externe si différente, une pensée singulière pour le CHU de Nantes : de son service d'infectiologie à l'écoute des généralistes, à l'accueil spécifique du service d'orthopédie, comment ne pas vous oublier?

Souvenir aussi du PC qui a rendu l'âme lors de l'envoi du questionnaire!

Une pensée pour ma belle-famille, merci de votre présence.

& bien sûr une pensée pour Nico et Aurélie qui m'auront soutenus « à distance ». Sans oublier le reste de la bande ; d'ailleurs, on se voit bientôt ;-)

A Alexandra,

Ma Alex, qui m'a soutenu, ouvert sur de nouveaux horizons, et surtout supporté depuis le début! Tu es merveilleuse et pleine d'humour. Je suis heureux de partager ce moment avec toi. Je suis fier que tu deviennes ma femme... patience encore !

RESUME

Le Département de Médecine Générale de la Faculté de médecine d'Angers a mis en place le tutorat en 2004. Ce dispositif pédagogique est centré sur les apprentissages dans l'objectif d'améliorer les compétences des internes à partir de récits de situations cliniques authentiques (RSCA). Le but de notre étude était d'analyser le contenu des rencontres tuteur-tutoré, du point de vue des internes, au regard des objectifs pédagogiques du tutorat et de recueillir la perception des internes sur la fonction enseignante des tuteurs. Une étude transversale descriptive par questionnaire en ligne a été menée de novembre 2012 à janvier 2013 auprès de 94 Angevins inscrits en 3^{ème} année d'internat de médecine générale. 74% des questionnaires ont été analysés. Les rencontres tuteur-tutoré étaient structurées par la discussion des RSCA. Les recherches sur les récits et leur discussion n'étaient pas systématiques, l'analyse de la démarche réflexive améliorait la résolution d'une situation similaire. Aborder les compétences en médecine générale améliorait l'autoévaluation des internes. Un tiers des internes considérait leur tuteur comme un enseignant, 53 l'estimaient comme un formateur compétent. Le tutorat individuel, fragilisé par l'augmentation des effectifs, semble évoluer vers un suivi de groupe. En juillet 2013, des experts nationaux ont défini et décrit les compétences génériques transversales et les 11 familles de situations auxquelles les internes doivent être confrontés pendant le DES de médecine générale. Le tutorat devra intégrer ces éléments qui structurent la formation des médecins généralistes.

Mots clés: Pédagogie, Tutorat, DES de médecine générale, Evaluation

ABSTRACT

Evaluation of the content of tutoring meetings and of the teaching function of tutors by the general medicine interns of Angers. Quantitative study to a specialized studies class near the end of their course.

The department of General Medicine of the Faculty of Medicine of Angers set up a tutoring system in 2004. This teaching aid focuses on the learning procedure in order to improve the interns' skills, using stories of authentic clinical situations (RSCA). The aim of our study was to analyze the content of meetings between tutors and interns, from the intern's point of view, concerning the educational targets of the learning procedure and to have the interns' perception on the educational skills of their tutor. A descriptive cross study, conducted from November 2012 to January 2013 via an online questionnaire, was submitted to 94 Angers interns in their third year of general practice internship. 74% of the questionnaires have been analyzed. The meetings between the intern and his tutor were based on the discussion of real clinical situations. Research pertaining to these stories and their discussion did not systematically occur. Analyzing the reflexive process has improved the ability to resolve a similar case. Addressing general practice related skills improves the self-evaluation of interns. One in three interns considers their tutor a teacher, 53 consider him a competent trainer. The tutorial system on its own, weakened by the augmentation of its size, seems to evolve to a group support form. In July 2013, national experts defined and described the generic cross skills and the 11 families of situations interns have to face during a general medicine internship. The tutoring must integrate these elements that structure the education of the general practitioners.

Key words: Pedagogy, Tutoring, General medicine internship, Evaluation.

LISTE DES ABREVIATIONS

CNGE : Collège National des Généralistes Enseignants

DES : Diplôme d'Etudes Spécialisées

DMG : Département de Médecine Générale

EBM : Evidence Based Medecine

FMC: Formation Médicale Continue

RSCA : Récit de Situation Clinique Authentique

SASPAS : Stage Ambulatoire en Soins Primaires en Autonomie Supervisée

PLAN

| | |
|---|----|
| Plan | 11 |
| <u>I - Introduction</u> | 12 |
| <u>II - Matériel et Méthodes</u> | 13 |
| <u>III - Résultats</u> | 14 |
| - Caractéristiques de la population | 14 |
| - Investissement des tuteurs et des tutorés | 14 |
| - Déroulement des rencontres | 14 |
| - Difficultés ressenties et soutien du tuteur | 14 |
| - Utilisation du référentiel | 15 |
| - Portfolio et RSCA | 15 |
| - Etat de réalisation des objectifs de prise en compte de la psychologie | 15 |
| - Evaluation des compétences de médecine générale et capacité de l'interne à s'auto évaluer | 16 |
| - Maturation du projet professionnel | 16 |
| - Avancement de la thèse | 16 |
| - La formation médicale continue | 16 |
| - Avis des internes sur la compétence de leur tuteur | 17 |
| - Avis général sur le tuteur | 17 |
| - Commentaires libres | 18 |
| <u>IV – Discussion</u> | 19 |
| - Forces et limites de l'étude | 19 |
| - Rencontres et objectifs du tutorat | 19 |
| - Perception de la fonction enseignante des tuteurs par les internes | 20 |
| - Comparaison à la littérature internationale | 21 |
| - Commentaires libres | 22 |
| - Actualités et perspectives | 23 |
| <u>V – Bibliographie</u> | 24 |
| <u>VI – Graphique et tableaux</u> | 26 |
| <u>Figure 1</u> : Répartition des internes selon leur investissement et celui des tuteurs | 26 |
| <u>Figure 2</u> : Evaluation de la convivialité des rencontres par les internes | 26 |
| <u>Figure 3</u> : Evaluation par les internes de l'aide apportée par le tuteur | 27 |
| <u>Figure 4</u> : Motifs de non utilisation du guide du tutorat par les internes | 27 |
| <u>Tableau I</u> : Discussion des 11 compétences de médecine générale en fonction de leur autoévaluation | 28 |
| <u>VII – Table des matières</u> | 29 |
| Annexe 1 : Questionnaire | 30 |
| Annexe 2 : Les 11 compétences génériques de médecine générale | 43 |

I - INTRODUCTION

En 2003, à l'initiative du Collège National des Généralistes Enseignants, une nouvelle approche pédagogique est proposée, associant à l'enseignement conventionnel, une pédagogie constructiviste active [1, 2] dans le 3^e cycle des études médicales. Il s'agit de passer du paradigme d'enseignement au paradigme d'apprentissage [3, 4]. Le tutorat est un dispositif pédagogique s'appuyant sur l'acquisition des compétences en situation professionnelle [2, 5]. Suite à un arrêté relatif à la réglementation du Diplôme d'Etudes Spécialisées (DES) [6], il a été intégré à l'internat de médecine générale en 2004 sur Angers.

Dans la thèse d'Emmanuelle Léger en 2011, les tuteurs angevins se définissaient plus comme des « guides » que comme des enseignants [7]. Les tuteurs supervisent l'autoformation des internes lors des rencontres. Ils effectuent une rétroaction pédagogique sur les Récits de Situation Clinique Authentique (RSCA) et leurs différents modes de résolutions [2, 8]. Ces récits intègrent aux données actualisées de la science, issues de l'Evidence Based Medicine (EBM), une réflexion personnelle sur le vécu de la consultation, sur le patient et ses représentations [5]. Ils sont présentés dans un portfolio, recueil écrit des traces d'apprentissages : autoformation, autoévaluation, et acquisition des compétences en médecine générale [2, 8, 9]. Le Département de Médecine Générale (DMG) d'Angers recommande trois rencontres tuteur-tutoré par an pendant 3 ans. Un guide des entretiens est proposé qui permet la discussion :

- des difficultés ressenties dans le stage actuel
- du niveau d'utilisation du référentiel
- de l'analyse de RSCA
- de l'état de réalisation des objectifs de prise en compte de la souffrance psychologique
- de la capacité de l'interne à s'auto évaluer
- du niveau de maturation du projet professionnel
- de l'état d'avancement de la thèse
- de l'évaluation des compétences de médecine générale

Les entrevues entre le tuteur enseignant et le tutoré ont fait l'objet de peu d'études. Pour Emmanuelle Léger, la fonction enseignante des tuteurs est effective, bien qu'hétérogène [7]. Pour compléter ce travail, l'objectif principal de notre étude est d'analyser le contenu des réunions tuteurs-tutorés du point de vue des internes au regard des objectifs pédagogiques. L'objectif secondaire est de recueillir la perception de la fonction enseignante des tuteurs par les internes de médecine générale.

II – MATERIEL ET METHODES

Une étude transversale descriptive a été menée de novembre 2012 à janvier 2013 auprès des 94 internes, inscrits en 3ème année du DES de médecine générale. Etaient exclus les internes arrivés en cours de cursus.

Un questionnaire a été mis en ligne, via la suite bureautique web « Google Documents ». Il comportait des questions fermées, associées à quelques questions ouvertes. Dix items ont été évalués : les difficultés ressenties dans le stage en cours, le niveau d'utilisation du référentiel, l'analyse des RSCA, l'état de réalisation des objectifs de prise en compte de la souffrance psychologique, la capacité de l'interne à s'auto évaluer, le projet professionnel, l'état d'avancement de la thèse, l'évaluation des compétences de médecine générale, le développement professionnel continu, l'évaluation des internes sur la fonction enseignante de leur tuteur. Un test de faisabilité a été effectué au préalable auprès de 12 internes en stage ambulatoire en soins primaires en autonomie supervisée (SASPAS) de 3^{ème} année de la promotion précédente qui a permis d'affiner le libellé de certaines questions. Il a été envoyé par un 1^{er} courriel le 16 novembre 2012. En l'absence de réponse, les internes de médecine générale ont été sollicités par voie électronique tous les 7 jours à 3 reprises, suivi de 2 relances supplémentaires à 15 jours d'intervalle jusqu'au 8 janvier 2013. Une présentation orale de l'étude a été faite mi-décembre 2012, auprès des internes en SASPAS inclus dans l'enquête. Le recueil s'est terminé le 31 janvier 2013.

Une saisie des réponses a été réalisée sur fichier Excel®. L'analyse statistique a été effectuée sur le logiciel EPI Info version 2010. Les réponses libres ont été répertoriées dans Excel® puis regroupées par thématique à des fins d'analyse sémantique.

III - RESULTATS

Caractéristiques de la population

Soixante-quatorze internes ont répondu. Quatre étaient inscrits en deuxième année et ont été exclus. Nous avons donc analysé 70 questionnaires. Concernant l'avenir professionnel, plusieurs choix étaient possibles : 42/70 internes étaient favorables à un exercice de médecine générale exclusif, 33/70 une activité mixte et 31/70 une activité salariée uniquement. Ils étaient défavorables à un projet d'installation seul pour 59/70 et préféraient exercer dans un cabinet de groupe pour 62/70. Parmi les 42 internes envisageant un exercice exclusif en médecine générale, 12 étaient inscrits ou envisageaient de s'inscrire à un DESC. Parmi les 15 internes envisageant un exercice salarié, 6 étaient inscrits ou envisageaient de s'inscrire à un DESC.

Investissement des tuteurs et des tutorés

L'investissement était limité à modéré pour 38/70 tuteurs et important à très important pour 32 d'entre eux. Pour les tutorés, il était limité à modéré pour 50/70 et important pour 20/70. Les hommes semblaient moins motivés (78% avec investissement limité à modéré) que les femmes (66%) (Figure 1). Aucun interne ne se sentait investi quand son tuteur ne l'était pas lui-même.

Déroulement des rencontres

Sept internes n'étaient jamais entrés en contact avec leur tuteur, 23 l'avaient parfois rencontré. Parmi les 40 qui le voyaient régulièrement, trois avaient dépassé les trois entrevues annuelles, objectif minimum fixé par l'université. Trente-quatre internes déclaraient avoir des rencontres individuelles tuteur tutoré plus fréquentes que les rencontres collectives. Soixante-deux tutorés assuraient la majorité de leurs entretiens à l'université ou au cabinet du praticien. Les autres lieux cités étaient l'hôpital (n=5), le conseil de l'ordre (n=3) et une cafétéria (n=3). La motivation des tuteurs et des tutorés était indépendante du lieu des rencontres de tutorat (p non significatif).

Sur une échelle évaluant la convivialité des rencontres, la Figure 2 relate les notes portées par les internes: la moyenne était de $6.5 \pm 1.8/10$.

Difficultés ressenties et soutien du tuteur

Cinquante-sept tutorés avaient évalué l'aide apportée par leur tuteur. La moyenne globale était de $5.2 \pm 2/10$ (Figure 3). Parmi eux, 5 internes n'avaient pas abordé leur difficulté ; leurs notes étaient à 1/10 pour 3 internes, 2/10 pour un interne, 5/10 pour un interne. Leur moyenne était de $2 \pm 1.7/10$.

Utilisation du référentiel

Le référentiel permettait à 55 internes de s'auto évaluer, 9 d'entre eux s'autoévaluaient régulièrement, 15 n'utilisaient jamais le guide du tutorat. Les motifs de non utilisation du guide figurent sur la Figure 4. Un interne sur deux déclarait que le référentiel est adapté à la pratique de l'exercice médical.

Portfolio et RSCA

Le tuteur consultait le portfolio électronique pour 50 internes, mais ne le commentait en ligne que pour 11 d'entre eux. Soixante-sept internes sur soixante-dix écrivaient leur premier RSCA la première année de l'internat, trois l'avaient débuté au cours de la deuxième année. Onze utilisaient le Portfolio au-delà des recommandations pour la validation du DES.

Sur les 70 répondants, 15 déclaraient avoir au moins un cas enjolivé. Un étudiant a au moins un cas imaginaire, le même étudiant déclarait également au moins un cas plagié et un autre enjolivé. Trente internes sur soixante-dix n'amélioraient jamais leurs RSCA à distance de leur première écriture, sept les amélioraient systématiquement et 33 le faisaient parfois. Tous les répondants déclaraient ne pas faire systématiquement de recherche à chaque RSCA. Les recherches effectuées étaient adaptées à l'EBM pour 48 d'entre eux et aux soins primaires pour 52. La pertinence des résultats était évoquée par 23 internes pour les niveaux de preuve, et par 41 internes pour l'adaptation aux soins primaires. Pour 33 internes le tuteur incitait à poursuivre les recherches. La discussion des RSCA avec le tuteur permettait à 53 internes de réfléchir à de nouvelles hypothèses diagnostiques et apportait un mode de résolution complémentaire pour 23 d'entre eux. La synthèse du travail sur chaque RSCA permettait d'améliorer la résolution d'une situation similaire pour 58 d'entre eux. Dix internes auraient préféré rédiger un mémoire à la place du portfolio.

Etat de réalisation des objectifs de prise en compte de la souffrance psychologique

Trente-deux internes avaient échangé sur les séances de prise en charge de la souffrance psychologique lors des rencontres de tutorat.

Evaluation des compétences de médecine générale et capacité de l'interne à s'auto évaluer

« Communiquer de façon efficiente avec le patient et son entourage » était la compétence la plus maîtrisée; elle se plaçait au 2ème rang en fréquence de discussion avec le tuteur. « Travailler en équipe ou en réseau », et « assurer la continuité des soins » étaient fréquemment abordées; leur autoévaluation montrait un axe d'amélioration possible. « Assurer la gestion administrative, financière, humaine et structurelle de l'entreprise médicale » était la compétence la moins maîtrisée et la moins abordée sans relation statistique significative. Le tableau I révèle l'autoévaluation de l'impact d'une discussion avec le tuteur sur les compétences en médecine générale; on constatait que l'exécution, avec sécurité, des gestes techniques les plus fréquents en médecine générale était significativement meilleure ($p= 0,007$; test du chi-deux) après discussion avec le tuteur; il en était de même pour la mise en place d'actions de santé publique ($p= 0,03$) pour la réalisation d'un travail en équipe ou en réseau ($p= 0,03$) ainsi que pour une réflexion sur ses actions professionnelles ($p= 0,017$).

Maturation du projet professionnel

Les tuteurs abordaient en majorité le projet professionnel, dès les premières rencontres ($n=59$) mais pas suffisamment au cours du suivi pour 29 internes. Les tuteurs n'avaient pas su conseiller 49 internes pour optimiser la maquette du DES.

Avancement de la thèse

Concernant la thèse, les tuteurs étaient compétents pour : aider à la réflexion sur une problématique ($n=43$), décrire la composition du jury ($n=40$), décrire les modalités de soutenance ($n=40$). Ils ne semblaient pas compétents pour orienter vers l'atelier des thèses ($n=38$), ou proposer un sujet ($n=45$). Trente-trois internes déclaraient ne pas souhaiter publier leur travail de thèse, 17 souhaitaient le faire et 20 étaient indécis. Le tuteur n'abordait pas les modes de valorisation de la thèse pour 63 des internes.

La formation médicale continue

Pour 25 internes, le tuteur avait présenté une ou plusieurs revues médicales. Parmi eux, 17 avaient été orientés vers au moins une de ces revues. Douze internes avaient discuté, avec leur tuteur, des modalités envisagées du développement professionnel continu.

Avis des internes sur la compétence de leur tuteur

- Compétence en tant qu'évaluateur

A la question "« pensez-vous que votre tuteur puisse vous évaluer sur... ? », les internes avaient répondu qu'un tuteur était compétent pour évaluer la progression de son tuteur avec les outils suivant: le portfolio (n=65), les rencontres effectuées (n=62), le suivi sur 3 ans (n=54), la construction du projet professionnel (n=48), l'acquisition de l'autonomie dans l'apprentissage (n=43), l'acquisition des 11 compétences de médecine générale (n=40). Pour 46 internes, le tuteur n'était pas compétent pour évaluer la pratique médicale réelle.

- Compétence en tant que formateur

Les internes considéraient leur tuteur compétent pour aborder : la collaboration médicale (n=56), les remplacements (n=55), l'installation en cabinet (n=49), l'activité seule (n=47), les maisons de santé (n=47), les principaux aspects juridiques ou fiscaux de l'entreprise médicale (n=41). Les avis étaient plus partagés vis-à-vis de l'Agence Régionale de Santé et de la désertification médicale ; le tuteur était compétent pour en discuter pour 36 internes.

Avis général sur le tuteur

Trente-trois internes considéraient leur tuteur comme un enseignant et vingt-sept ne le pensaient pas ; dix ne savaient pas.

Cinquante trois internes sur soixante dix estimaient leur tuteur compétent.

Commentaires libres

Le questionnaire a recueilli 11 commentaires libres :

« Difficile d'évaluer quelqu'un qu'on ne rencontre que quelques fois par an même si c'est régulier pendant 3 ans. C'est surtout que mes questions ont été plus précises au fil du temps donc les rencontres plus riches pour moi, je pense que c'est l'évolution normale! »

« Aucun intérêt du tutorat dans la mesure où l'on ne choisit pas son tuteur »

« Mon tuteur ne m'a pas du tout suivie ni aidée »

« Aucun intérêt aux rencontres tutorat, 70% de la conversation tournant autour de son chèque du CAPI... bref pour infos je me débrouille autrement! Et ce malgré plusieurs tentatives de "recadrage" »

« Tuteur pas très motivé par les rencontres. De nombreux rendez-vous oubliés ou annulés 2 heures avant... J'attendais plus de ces rencontres »

« Nos prédécesseurs sont-ils moins "bons " sachant qu'ils n'ont pas eu à réaliser de portfolio... la qualité de notre formation tient plus d'un exercice régulier en cabinet plutôt qu'en milieu hospitalier »

« Le portfolio est vécu depuis le début, pour ma part, comme une contrainte, une demande de temps supplémentaire, il est vrai qu'un mémoire serait préférable »

« J'ai frôlé le burn out au premier semestre, mon tuteur a été vigilant à ce sujet et nous avons pu en rediscuter ultérieurement. »

« Les 2 dernières questions sont difficiles car jamais abordées avec le tuteur, il manque 'je ne sais pas' »

« Certaines réponses auraient mérité des commentaires afin de dire pourquoi ma réponse était négative »

« Mon tuteur a dû arrêter il y a 2 mois donc je n'ai plus de tuteur donc je ne sais pas à quel point mon évaluation est exploitable »

IV- DISCUSSION

Les rencontres tuteurs tutorés sont structurées principalement par la discussion des RSCA. La rétroaction pédagogique est positive. L'auto évaluation des compétences est souvent meilleure après leurs discussions. Toutes les compétences ne sont pas toujours abordées. Les tuteurs sont déclarés compétents; la perception de leur fonction enseignante reste hétérogène.

Forces et limites de l'étude

Un questionnaire a été diffusé par voie électronique. L'anonymat a permis de réduire les biais de déclaration. Un questionnaire papier, distribué le jour de réunion des choix de stage, aurait pu améliorer le taux de réponse. Quelques questions ouvertes permettent de préciser les réponses. Quatre commentaires libres concernaient la forme du questionnaire. Au moins une question a eu un biais d'information. Parmi les internes qui ont évalué l'aide reçue de leur tuteur, 5 n'avaient pas parlé de leurs problèmes. Dans ce sous-groupe, une réticence, voire une impossibilité à aborder les difficultés peut expliquer des notes très inférieures à la moyenne. Le tutorat durant 3 ans, un biais de mémorisation peut être suggéré sur le contenu des premières séances avec le tuteur. L'autre limite de cette étude concerne le petit nombre de répondants mais le taux de réponses de 74% rend l'échantillon représentatif de la génération concernée par l'enquête. Par ailleurs, les internes ont évoqué le fait qu'il était difficile d'évaluer quelqu'un que l'on ne rencontre que trois fois par an.

Rencontres et objectifs du tutorat

Les rencontres tuteurs tutorés sont conviviales mais ne permettent pas suffisamment d'aborder les difficultés rencontrées sur les lieux de formation. Un temps de discussion prédominant sur les RSCA et une confiance établie sur seulement 3 entretiens annuels sont peut-être des freins pour traiter des difficultés ressenties. Dans l'étude de Ludivine Muzard, 28% des internes avec difficultés déclaraient l'absence de soutien de leur tuteur [10]. Isabelle Acker constatait des réunions dirigées principalement sur les RSCA « délaissant la vie médicale » [11]. Les 2 auteurs n'apportaient pas d'explication à ces données. La rencontre avec le tuteur intègre un temps de discussion sur l'acquisition des 11 compétences de médecine générale. Certaines compétences sont peu abordées, alors que les étudiants déclarent être peu compétents ; c'était le cas pour la gestion de l'entreprise médicale [12].

Concernant la thèse, les résultats montrent la capacité du tuteur à informer, et à orienter la recherche vers une problématique. Celui-ci ne semble pas compétent pour proposer un

sujet à Angers comme le présentait déjà L. Muzard [10]. François Legendre [13] s'interrogeait sur la possibilité pour le tuteur de proposer un sujet de thèse. Cela divergerait de l'objectif primaire du tutorat : l'acquisition et l'évaluation des compétences de médecine générale [10]. Le point de vue de l'enseignant, orienté vers une certification évaluative, diffère de celui de l'étudiant, qui voit dans le tutorat un modèle de compagnonnage. Les nouveaux étudiants du 3^e cycle pourraient recevoir une information plus explicite lors d'une présentation du tutorat pour favoriser son appropriation [14]. Le projet professionnel est abordé au cours des 1^{ères} rencontres, mais de façon trop succincte et sans suivi pour de nombreux tutorés. Ils ne s'estiment pas conseillés pour optimiser leur maquette du DES, résultat retrouvé par L. Muzard [10] et Tatiana Basileu [15]. La moitié des Angevins déclarent leur tuteur compétent pour discuter des déserts médicaux et de l'ARS. Pour Jessica Septier [12], les internes souhaitent être informés sur les démarches administratives et aides à l'installation, leur méconnaissance retardant l'installation. Depuis 2004, les universités accueillent des effectifs croissant annuellement, compromettant l'avenir du tutorat. Certaines facultés abandonnaient le suivi individuel, d'autres favorisaient un tutorat de groupe [15, 16, 17]. Les internes déclarent une répartition mixte, entre séances individuelles et collectives. Une étude vis-à-vis d'un tutorat de groupe de 4 ou 5 internes sur Tours suggérait une meilleure interaction entre protagonistes, sans être délétère sur le contenu du portfolio [18].

Perception de la fonction enseignante des tuteurs par les internes de médecine générale

La capacité des tuteurs à évaluer la progression de l'acquisition des compétences est admise par les tutorés, mais l'avis sur leur fonction enseignante reste hétérogène ; la moitié des étudiants angevins les considère comme des enseignants. Dans une étude descriptive du tutorat lyonnais incluant 103 internes : 75% des tutorés percevaient le tuteur comme un référent ou un superviseur, 65% comme un enseignant [19]. Les tuteurs ont bien intégré leur fonction d'évaluateur mais les internes ne perçoivent pas distinctement ce rôle, associant le tutorat à du compagnonnage [11, 14, 15, 16]. En 9 ans de formation d'un médecin généraliste, la transmission didactique est omniprésente. Dans l'approche constructiviste, l'interne doit être acteur de sa formation. Les étudiants ne sont pas habitués à cette autonomie, ce qui peut diminuer la perception de la fonction enseignante du tuteur qui dans ce cadre est un facilitateur des apprentissages.

Comparaison à la littérature

Sur le plan international, depuis les années 1990, de nombreuses universités ont développé une formation médicale basée sur l'acquisition des connaissances par auto apprentissage, sous la direction d'un enseignant tuteur [20]. Issu des travaux de Tardif [21, 22], le tutorat est un dispositif pédagogique orienté vers l'acquisition des compétences, utilisant le portfolio. Le tutorat semble bien accepté en France [9, 13] sauf à l'université de Lille, où sa mise en place a été un échec en raison d'un manque de formation initiale des tuteurs et d'un désintérêt des internes pour un tutorat privilégiant un résultat quantitatif. Internes et enseignants lillois ont émis des propositions communes pour réformer et pérenniser un tutorat de qualité [23].

Dans notre travail, les internes déclarent écrire leur 1^{er} RSCA dès le début de l'internat. On ne peut pas exclure un biais de déclaration. Plus l'étudiant avançait dans le tutorat, plus il avait de facilité à rédiger les RSCA [7, 11, 24].

Différentes études soulignaient la difficulté des internes à appréhender le tutorat : manque de clarté des consignes [8], désintérêt pour le portfolio [25], parfois jusqu'à l'incompréhension [10,26]. Il en résultait un retard dans l'écriture des récits [11].

Cependant, il s'agissait des premières évaluations d'un nouveau dispositif intégré au cursus [8,25]. D'après les résultats, les tuteurs ne critiquent pas systématiquement la pertinence des recherches et la possibilité de les approfondir, comme l'évoquait déjà L. Muzard [10]. Bien que n'utilisant peu le support « guide du tutorat » pour s'autoévaluer les internes angevins n'ont pas exprimé de difficulté d'autoévaluation, contrairement aux Nantais [9]. L'interaction tuteur-tutoré a permis une rétroaction pédagogique positive améliorant ainsi la compétence de l'interne lors d'une mise en situation similaire future, corroborant différents travaux [2, 8, 11]. L'autoévaluation des compétences est significativement meilleure en cas de discussion avec le tuteur pour exécuter avec sécurité les gestes techniques les plus fréquents en médecine générale, travailler en équipe ou en réseau, réfléchir à ses actions professionnelles et entreprendre des actions de santé publique. Des axes d'amélioration sont possibles pour chaque compétence. L'impact de l'autoévaluation dans l'autoformation était difficile à objectiver tant sur l'apprentissage que sur le résultat clinique [24, 27, 28]. Pour Dory et ses collaborateurs l'association du feedback pédagogique à l'autoévaluation paraît la meilleure méthode [27], bien que des études complémentaires semblaient nécessaires pour conclure. Un tutoré déclare avoir inventé et plagé au moins un cas clinique, en plus d'un cas enjolivé ; on peut le considérer comme marginal à l'échelle d'une promotion entière. D'autres étudiants, plus nombreux,

déclarent avoir enjolivé des récits. Naccache [8] avait soulevé cette limite lors de ses travaux sur le portfolio. La qualité psychométrique de l'évaluation du portfolio a interrogé de nombreux auteurs [28]. L'évaluation est-elle reproductible malgré les variations inter examinateurs [5, 10]? L'évaluation sommative induit-elle la production de faux récits [8]? Y a-t-il un risque de favoriser une évaluation sur la forme des traces d'apprentissage par une grille de lecture, par rapport à une évaluation du fond sur la réflexion [10]? L'enseignant, via une supervision efficace [2, 29], facilitait l'apprentissage sans dispenser ses connaissances [1, 26, 30]. Une compréhension partielle de ce modèle entraînait un manque de pertinence dans l'évaluation de l'apprentissage des compétences [26, 30]. Un RSCA répondant à tous les critères de qualité sur le fond et la forme était chronophage et difficile à construire. Pour obtenir un récit authentique, la démarche réflexive de l'étudiant était aussi importante que le résultat d'un récit finalisé [5, 10]. La volonté d'harmoniser la certification des compétences a conduit les DMG à organiser des recherches. Un groupe d'experts a élaboré un référentiel de compétences spécifiques à acquérir en premier stage de médecine générale. Après un temps nécessaire à son appropriation, ce référentiel de compétence détaillé semblait pertinent pour une évaluation formative [31].

Commentaires libres

L'intérêt des rendez-vous semble augmenter avec l'appropriation du tutorat. Une interne critique le hasard dans l'attribution de son tuteur ; la possibilité de choisir un tuteur était soulevé par F. Legendre [13]. Une étudiante fait part de la vigilance de son tuteur concernant un début de surmenage professionnel. Le binôme C. Praly-Foucault et C-M. Dutrop avait évoqué ce rôle préventif du tuteur [14]. Deux étudiants interrogent l'efficacité du portfolio tant pour l'exercice de la médecine que pour la contrainte de temps inhérente à sa réalisation. Un interne décrit un développement des compétences de médecine générale supérieur en médecine ambulatoire, par rapport au milieu hospitalier. L'article de Renoux publié en 2010 soutenait cette remarque; tous les terrains de stage n'étaient pas propices au développement de compétence de médecine générale, notamment certains stages hospitaliers [4]. Certaines compétences spécifiques étaient acquises en stage de 1^{er} niveau chez le praticien [31]. La qualité relationnelle tuteur-tutoré semble influencer l'adhésion au tutorat : trois internes font part de leur motivation dépendante de celle de l'investissement de leur tuteur, étayant de nombreuses recherches [7, 9, 10, 11].

Actualités et perspectives

La formation de médecins généralistes compétents est aujourd'hui une exigence sociétale [10, 32, 33].



En juillet 2013, des experts nationaux avaient défini et décrit les compétences génériques transversales et les 11 familles de situations auxquelles les internes devaient être confrontés pendant le DES de médecine générale. Trois niveaux de compétence ont été décrits : novice, intermédiaire et compétent [33, 34, 35]. Le tutorat devra intégrer ces éléments qui structurent la formation des futurs médecins généralistes.

V – BIBLIOGRAPHIE

1. Bernard J, Reyes P. Apprendre, en médecine (1re partie). Pédagogie médicale. août 2001;2(3):163-169.
2. Bail P, Le Mauff P. Comment réussir une évaluation formative des compétences des internes en étant centré sur leur processus cognitifs d'apprentissage ? Exercer 2008;83:104-10.
3. Jouquan J, Bail P. A quoi s'engage-t-on en basculant du paradigme d'enseignement vers le paradigme d'apprentissage ? Pédagogie médicale. août 2003;4(3):163-175.
4. Renoux C, Potier A. Former les internes à la médecine générale : un long fleuve tranquille ? Exercer 2010;90:15-9.
5. Galam E. Produire des traces d'apprentissage : le RSCA. La Revue du praticien Médecine générale. 2008;794:92-93.
6. Journal Officiel. Arrêté du 22 septembre 2004 relatif à l'organisation, au déroulement et à la validation des stages des étudiants en troisième cycle des études médicales appelés internes ou résidents. JO du 14 octobre 2004.
7. Léger E, Garnier F, Université d'Angers. Evaluation de la prise de fonction d'enseignant par les tuteurs de médecine générale à Angers enquête qualitative auprès de 12 tuteurs. [Thèse d'exercice]. [Angers, France]. 2011.
8. Naccache N, Samson L, Jouquan J. Le portfolio en éducation des sciences de la santé : un outil d'apprentissage, de développement professionnel et d'évaluation. Pédagogie médicale. mai 2006;7(2):110-127.
9. Le Mauff P, Pottier P, Goronflot L, Barrier J. Evaluation d'un dispositif expérimental d'évaluation certificative des étudiants en fin de troisième cycle de médecine générale. Pédagogie médicale août 2006;7 :142-54.
10. Muzard L, Ghasarossian C, Cariou. Evaluation du tutorat du DES de médecine générale à la faculté Paris Descartes. [Thèse de doctorat: Médecine]. Faculté de Médecine Paris Descartes; 2010.
11. Evaluation de l'utilisation du portfolio par les internes en médecine générale d'Angers. Acker I, Foucat J, Fanello S, Garnier F. Exercer 2012; 102: 121-6.
12. Septier J. Les projets professionnels des internes de médecine générale angevins en 2012. [Thèse d'exercice]. [Angers, France]. 2012.
13. Legendre F. Tutorat des internes en médecine générale à Rennes: enquête d'opinion auprès des internes en 2011 [Thèse d'exercice]. [France]: Université européenne de Bretagne; 2013.
14. Praly-Foucault C, Dutrop C-M. Analyse qualitative des attentes des internes en début de D.E.S. de médecine générale au sujet du tutorat [Thèse d'exercice]. [Grenoble, France]: Université Joseph Fourier; 2012.
15. Basileu T, Renoux C. Tutorat individuel et tutorat en groupe : représentations des internes de la région Centre. Exercer 2014;111:40-6.
16. Lestrade N. Le tutorat en troisième cycle de médecine générale en région Centre: représentations des tuteurs ayant testé deux formes de tutorat [Thèse d'exercice]. [France]: Université François Rabelais (Tours). UFR de médecine; 2013.
17. Ries G, Jami A, Potier D, Piriou C. Le tutorat individuel face à l'augmentation du nombre d'internes. Exercer 2013;106:70-7.
18. Renoux C, Robert J, Potier A, Uteza P, Lehr Drylewicz AM. Première évaluation du tutorat en groupe au département universitaire de médecine générale de Tours. Exercer 2013;106:78-84.
19. cnge2012 [Internet]. [cité 3 juill 2013]. Disponible sur: <http://www.imagilles.com/cnge2012/enseignementdela/index.html>

20. Tardif et al. - Tardif et autres (06,2).pdf [Internet]. [cité 17 janv 2014]. Disponible sur: [http://www.cvm.qc.ca/aqpc/Th%C3%A8mes/Enseignement_Apprentissage/Cognitivism_Constructivisme/Tardif%20et%20autres%20\(06,2\).pdf](http://www.cvm.qc.ca/aqpc/Th%C3%A8mes/Enseignement_Apprentissage/Cognitivism_Constructivisme/Tardif%20et%20autres%20(06,2).pdf)
21. Microsoft Word - AIPU•APP.doc - APP_Bedard et al.pdf [Internet]. [cité 17 janv 2014]. Disponible sur: http://utmpedagogie.wikispaces.com/file/view/APP_Bedard%20et%20al.pdf/32294975/AP_P_Bedard%20et%20al.pdf
22. Tardif Jacques. Pour un enseignement stratégique - L'apport de la psychologie cognitive. éd. logiques; 1999.
23. Lerustre S, Duriez S, Lerouge P, Andregnette P. Tutorat au cours du 3ème cycle de médecine générale à la faculté de médecine de Lille. *Exercer* 2008;82 :82-6.
24. Buckley S, Coleman J, Davison I, S. Khan K, Zamora J, Malick S, et al. Les effets éducatifs des portfolios sur l'apprentissage des étudiants pendant le cursus prégradué : une revue systématique de la collaboration Best Evidence Medical Education (BEME). *Guide BEME N° 11. Pédagogie Médicale*. 15 oct 2012;13(2):115-145.
25. Gonzalez V, Montagne O. Le tutorat en troisième cycle de médecine générale à la Faculté de médecine de Créteil: présentation, enquête de satisfaction et de faisabilité auprès des internes. [Thèse de doctorat: Médecine]. [Créteil, France]: Université de Paris-Val-de-Marne; 2006.
26. Chartier S, Le Breton J, Ferrat E, Compagnon L, Attali C, Renard V. L'évaluation dans l'approche par compétences en médecine générale. *Exercer* 2013;108:171-7.
27. Dory V, de Foy T, Degryse J. L'auto-évaluation : postulat préalable, finalité de la mission éducative ou utopie pédagogique ? Clarifications conceptuelles et pistes pour une application en éducation médicale. *Pédagogie Médicale*. 18 mars 2009;10(1):41-53.
28. Mitchell C, Bhat S, Herbert A, Baker P. Workplace-based assessments of junior doctors: do scores predict training difficulties? *Medical Education*. 2011;45(12):1190-8.
29. Giroux M, Girard G. Favoriser la position d'apprentissage grâce à l'interaction superviseur-supervisé. *Pédagogie Médicale*. 10 mai 2010;10(3):193-210.
30. Chartier S, Adeline-Duflot F, Le Breton J, Compagnon L, Bercier S, Ferrat E. La mise en oeuvre d'un programme d'apprentissage dans une logique de compétence : aspects théoriques et retour d'expérience. *Exercer* 2014;111:33-9.
- 31 Renoux C, Lebeau JP, Potier A, Lehr Drylewicz AM. Un référentiel de compétences pour une évaluation formative des internes en stage de premier niveau en médecine générale. *Exercer* 2013;108:185-92.
32. Richard I, Lucas A. Comment nos médecins sont-ils formés? Paris: Les Belles Lettres; 2012.
33. Compagnon L, Bail P, Huez JF, Stalnikiewicz B, Ghasarossian C, Zerbib Y, Piriou C, Ferrat E, Chartier S, Le Breton J, Renard V, Attali C. Définitions et descriptions des compétences en médecine générale. *Exercer* 2013;108:148-55.
34. Compagnon L, Bail P, Huez JF, Stalnikiewicz B, Ghasarossian C, Zerbib Y, Piriou C, Ferrat E, Chartier S, Le Breton J, Renard V, Attali C. Les niveaux de compétences. *Exercer* 2013;108:156-64.
35. Attali C, Huez JF, Valette T, Lehr Drylewicz AM. Les grandes familles de situations cliniques. *Exercer* 2013;108:165-9.

VI - FIGURES ET TABLEAUX

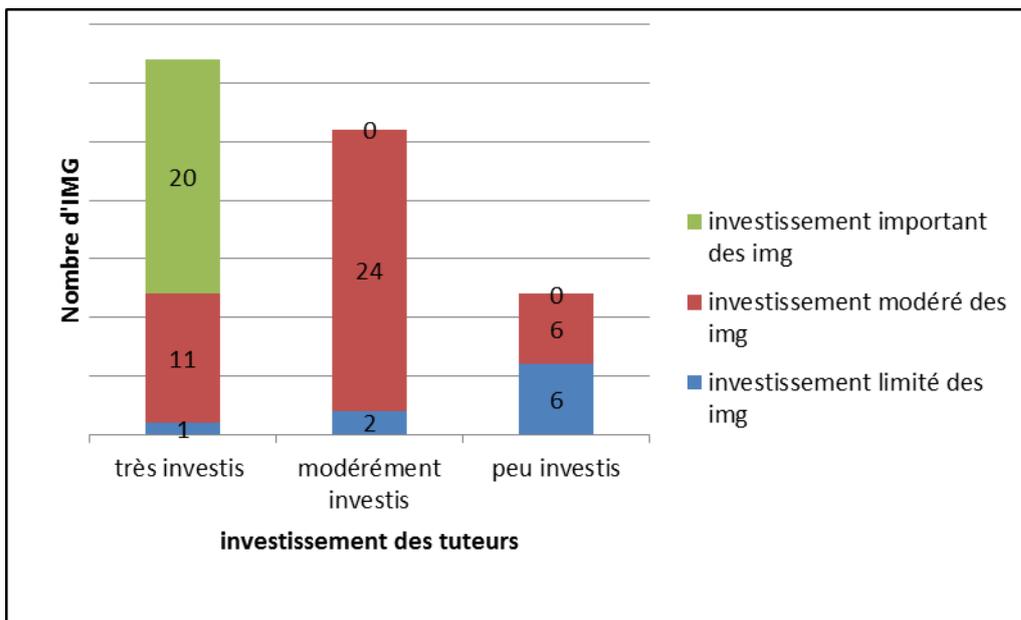


Figure 1 : Répartition des internes selon leur investissement et celui des tuteurs.

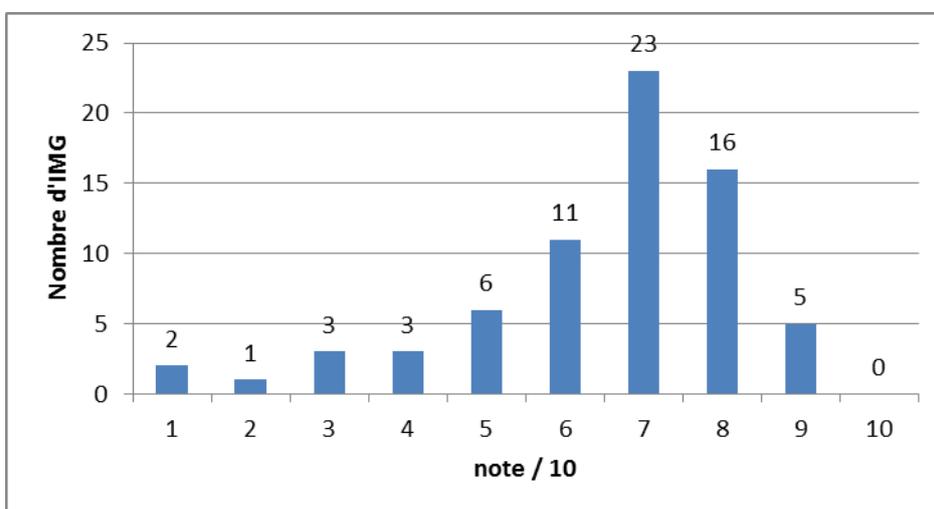


Figure 2 : Evaluation de la convivialité des rencontres par les internes.

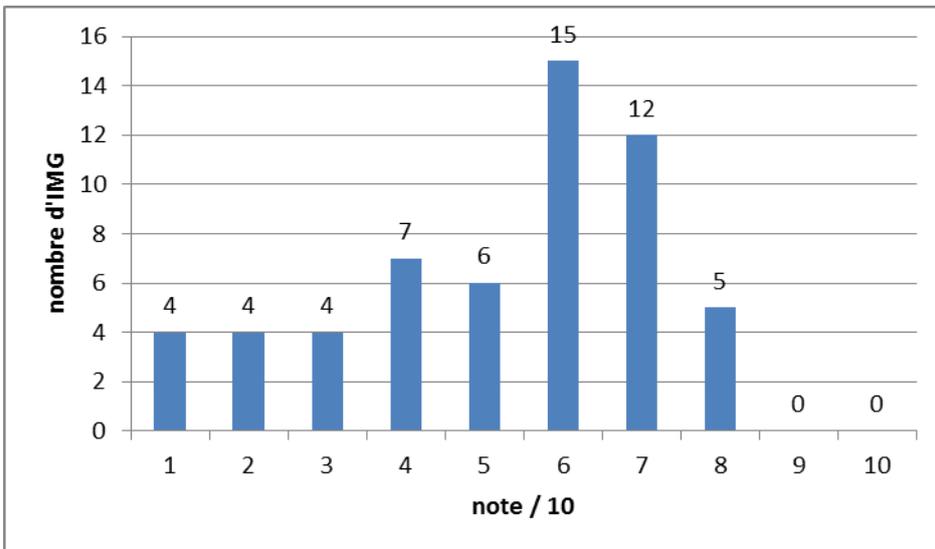


Figure 3 : Evaluation par les internes de l'aide apportée par le tuteur.

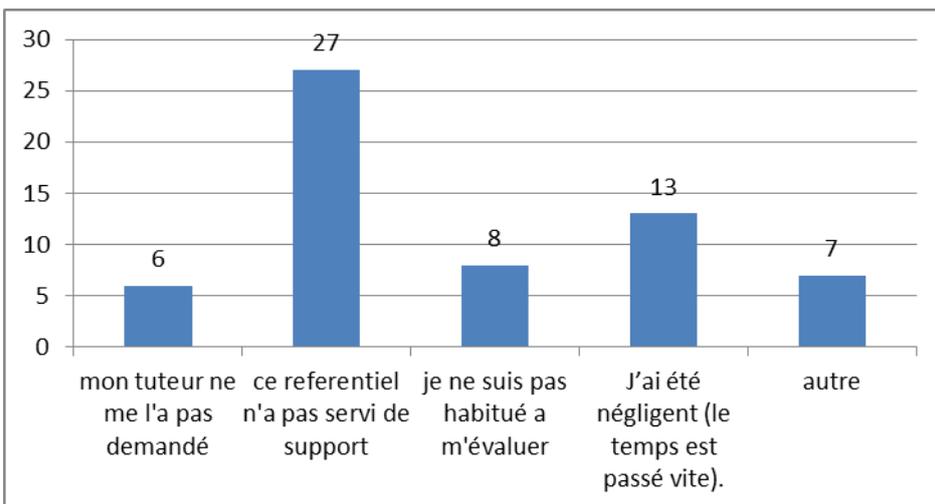


Figure 4 : Motifs de non utilisation du guide du tutorat par les internes.

Tableau I : Discussion et autoévaluation des 11 compétences de médecine générale.

| Compétences de médecine générale | Autoévaluation | Discussion avec le tuteur | Sans discussion avec le tuteur | P-value= |
|---|----------------------------|---------------------------|--------------------------------|----------|
| | | N (%) | N (%) | |
| Prendre en charge un problème de santé non différencié en contexte de soins primaires | niveau faible et moyen | 11 (16%) | 2 (3%) | NS |
| | niveau satisfaisant et bon | 44 (63%) | 13 (19%) | |
| Communiquer de façon efficiente avec le patient et son entourage | niveau faible et moyen | 1 (1,5%) | 0 | NS |
| | niveau satisfaisant et bon | 52 (74%) | 17 (24%) | |
| Prendre une décision en contexte d'urgence et/ou en situation d'incertitude | niveau faible et moyen | 8 (11,5%) | 5 (7%) | NS |
| | niveau satisfaisant et bon | 40 (57%) | 17 (24%) | |
| Exécuter avec sécurité les gestes techniques les plus fréquents en médecine générale | niveau faible et moyen | 8 (11,5%) | 19 (27%) | P= 0.007 |
| | niveau satisfaisant et bon | 27 (39%) | 16 (23%) | |
| Entreprendre des actions de santé publique | niveau faible et moyen | 14 (20%) | 29 (41,5%) | P= 0.03 |
| | niveau satisfaisant et bon | 16 (23%) | 11 (16%) | |
| Eduquer le patient à la promotion et à la gestion de sa santé | niveau faible et moyen | 6 (9%) | 3 (4%) | NS |
| | niveau satisfaisant et bon | 39 (56%) | 22 (31,5%) | |
| Travailler en équipe et/ou en réseau face à des situations complexes, aiguës et chroniques | niveau faible et moyen | 15 (21,5%) | 11 (16%) | P=0.03 |
| | niveau satisfaisant et bon | 36 (51,5%) | 8 (11,5%) | |
| Assurer la continuité des soins, pour toutes les catégories de la population | niveau faible et moyen | 15 (21,5%) | 6 (9%) | NS |
| | niveau satisfaisant et bon | 30 (43%) | 19 (27%) | |
| Appliquer les dispositions réglementaires dans le respect des valeurs éthiques | niveau faible et moyen | 12 (17%) | 7 (10%) | NS |
| | niveau satisfaisant et bon | 27 (39%) | 24 (34%) | |
| Assurer la gestion administrative, financière, humaine et structurelle de l'entreprise médicale | niveau faible et moyen | 24 (34%) | 38 (54%) | NS |
| | niveau satisfaisant et bon | 4 (6%) | 4 (6%) | |
| Réfléchir à ses actions professionnelles | niveau faible et moyen | 13 (19%) | 10 (14%) | P=0.017 |
| | niveau satisfaisant et bon | 39 (56%) | 8 (11,5%) | |

P-value issu d'un test du chi-deux; NS = Non Significatif.

TABLE DES MATIERES

| | |
|---|----|
| Plan | 11 |
| <u>I - Introduction</u> | 12 |
| <u>II - Matériel et Méthodes</u> | 13 |
| <u>III - Résultats</u> | 14 |
| - Caractéristiques de la population | 14 |
| - Investissement des tuteurs et des tutorés | 14 |
| - Déroulement des rencontres | 14 |
| - Difficultés ressenties et soutien du tuteur | 14 |
| - Utilisation du référentiel | 15 |
| - Portfolio et RSCA | 15 |
| - Etat de réalisation des objectifs de prise en compte de la psychologie | 15 |
| - Evaluation des compétences de médecine générale et capacité de l'interne à s'auto évaluer | 16 |
| - Maturation du projet professionnel | 16 |
| - Avancement de la thèse | 16 |
| - La formation médicale continue | 16 |
| - Avis des internes sur la compétence de leur tuteur | 17 |
| - Avis général sur le tuteur | 17 |
| - Commentaires libres | 18 |
| <u>IV – Discussion</u> | 19 |
| - Forces et limites de l'étude | 19 |
| - Rencontres et objectifs du tutorat | 19 |
| - Perception de la fonction enseignante des tuteurs par les internes | 20 |
| - Comparaison à la littérature internationale | 21 |
| - Commentaires libres | 22 |
| - Actualités et perspectives | 23 |
| <u>V – Bibliographie</u> | 24 |
| <u>VI – Graphique et tableaux</u> | 26 |
| <u>Figure 1</u> : Répartition des internes selon leur investissement et celui des tuteurs | 26 |
| <u>Figure 2</u> : Evaluation de la convivialité des rencontres par les internes | 26 |
| <u>Figure 3</u> : Evaluation par les internes de l'aide apportée par le tuteur | 27 |
| <u>Figure 4</u> : Motifs de non utilisation du guide du tutorat par les internes | 27 |
| <u>Tableau I</u> : Discussion des 11 compétences de médecine générale en fonction de leur autoévaluation | 28 |
| <u>VII – Table des matières</u> | 29 |
| Annexe 1 : Questionnaire | 30 |
| Annexe 2 : Les 11 compétences génériques de médecine générale | 43 |

Annexe 1: Questionnaire.

Evaluation du contenu des rencontres de tutorat et de la fonction enseignante des tuteurs par les internes de médecine générale

Bonjour à tous,

Je suis actuellement en année de thèse et je vous sollicite pour répondre au questionnaire suivant si possible avant le 15 janvier 2013. Thème de la thèse : évaluation du contenu des rencontres de tutorat et de la fonction enseignante des tuteurs par les internes de médecine générale

Directeur Dr L.Connau

Président de jury Pf F.Garnier

L'étude proposée analyse le contenu des rencontres, selon les internes, et évalue le niveau d'atteinte de leurs objectifs. Les rencontres tuteur-tutoré répondent-elles aux objectifs du tutorat, du point de vue des IMG ? Quelle est la perception de la fonction enseignante des tuteurs par les internes de médecine générale ?

*Obligatoire

En quel semestre êtes-vous ? *

Sexe? *

- homme
- femme

Quel est votre projet professionnel souhaité au long cours ? *

| | Défavorable | Favorable | Ne sais pas |
|--|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| Cabinet seul | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Cabinet groupe | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Salarié uniquement (y compris hospitalier) | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Médecine générale uniquement | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Mixte (hospitalier et médecine générale) | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

Êtes-vous inscrit en DESC ? *

- oui
- non

Pensez-vous vous inscrire en DESC ? *

- oui
- non

L'investissement lors des rencontres tuteur-tutoré *

| | Limité | Modeste | Important | Très investi |
|---|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| comment qualifiez-vous votre investissement? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| comment qualifiez-vous l'investissement de votre tuteur | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

Quelles sont les conditions de vos rencontres ? *

| | Jamais | Parfois | Fréquent | Toujours |
|---------------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| Rencontres individuelles? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Rencontres collectives? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

Lieux de vos rencontres ? *

| | Jamais | Parfois | Fréquent | Toujours |
|----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| Université | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Cabinet du praticien | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Autre lieu | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

si autre, ou l'avez-vous rencontré?

Mettez une croix sur le curseur de la convivialité de la rencontre *

| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | |
|---------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------|
| Aucune convivialité | <input type="radio"/> | Très conviviale |

Objectifs universitaires

En partant du postulat que chaque interne est confronté à des difficultés à différents niveaux : gardes d'urgences, compétences professionnelles, RSCA, relationnelles sur lieu de stage, y compris en stage découverte (PMI, demi-journée de prise en compte de la souffrance psychologique)....

Avez-vous parlé de vos difficultés avec votre tuteur ? *

- oui
- non

Si oui, mettez le curseur pour évaluer le niveau d'aide

1 2 3 4 5 6 7 8 9
Aucune aide Aide maximale

Dans le guide du tutorat, le référentiel vous permet-il de vous évaluer dans vos apprentissages? *

- oui
- non

*

| | Pas du tout | Un peu | Régulièrement |
|-----------------------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| Avez-vous utilisé ce référentiel? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

Si vous ne l'avez pas utilisé régulièrement, pourquoi? * (plusieurs réponses possibles)

- Je n'ai pas pris conscience assez tôt des compétences nécessaires?
- J'ai été négligent (le temps est passé vite).
- je ne suis pas habitué à m'évaluer.
- Ce référentiel n'a pas servi de support de travail lors des rencontres avec mon tuteur.
- Mon tuteur ne m'a pas demandé d'utiliser ce guide.
- Mon tuteur le trouve inadapté.
- Autre
- non concerné par cette question (je l'ai utilisé régulièrement)

*

| | Inadapté | Peu adapté | Assez adapté | Totalement adapté |
|---|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| Quel est le niveau d'adaptation du référentiel par rapport à la pratique? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

Votre tuteur consulte il le port folio électronique? *

- oui
- non

Met il des commentaires? *

- oui
- non

Quand avez-vous pu écrire votre 1er RSCA? *

- 1er semestre
- 2e semestre
- 3e semestre
- 4e semestre
- 5e semestre
- 6e semestre

Vous servez vous du Port Folio pour vous-même au-delà de la validation du DES? *

- oui
- non

Les RSCA écrits sont-ils: *

| | oui | non |
|---|-----------------------|-----------------------|
| Uniquement des situations cliniques REELES? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Une ou des situations enjolivées? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Une ou des situations imaginaires? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Une ou des situations plagiées? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

Avez-vous abordé lors d'une séance une problématique liée au stage de prise en compte de la souffrance psychologique? *

- oui
- non

Avez-vous abordé lors d'une séance les différentes modalités de FMC? *

- oui
- non

si oui,

| | oui | non |
|---|-----------------------|-----------------------|
| cela vous a permis de choisir une modalité de FMC? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| cela vous a permis d'améliorer la pertinence de vos lectures? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

Qui a abordé le sujet des FMC ? *

- vous
- votre tuteur
- abord consensuel
- non concerné (le sujet n'a pas été abordé)

Revenez-vous à distance des RSCA pour les améliorer, les transformer? *

- oui, tous
- oui, parfois
- jamais

Faites-vous au moins une recherche à chaque RSCA? *

- oui
- non

En cas de recherches, *

| | Non, jamais | Rarement | Souvent | Toujours |
|--|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| pensez-vous que les résultats de vos recherches soient adaptés à l'EBM? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| pensez-vous que les résultats de vos recherches soient adaptés aux soins primaires?? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

Discussion des RSCA avec le tuteur: *

| | Oui | Non |
|---|-----------------------|-----------------------|
| A chaque rencontre avec le tuteur, travaillez-vous les RSCA? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| La discussion vous permet-elle d'augmenter vos hypothèses à propos du cas? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| La discussion vous permet-elle d'augmenter les modes de résolutions? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Discutez-vous la pertinence de vos recherches au regard des niveaux de preuve? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Discutez-vous de la pertinence de vos recherches au regard des soins primaires? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Vos recherches sont-elles orientées par votre tuteur? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Y a-t-il discussion sur les 11 compétences de Médecine générale acquises? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| La synthèse de ce travail permet-elle d'améliorer (même partiellement) la résolution d'une situation similaire? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

Auriez-vous préféré un travail de mémoire au port folio? *

- oui
- non

Revue médicale: *

| | Aucune | 1 revue | 2 revues | >2 revues |
|---|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| Avant l'internat, étiez-vous abonné à une revue? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Combien en lisez-vous régulièrement depuis que vous êtes interne? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Votre tuteur vous en a-t-il présentée? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Vers combien de revues vous a-t-il orienté? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

Parmi les 11 compétences suivantes, à quel niveau vous situez vous? *

| | Faible | Moyen | Satisfaisant | Bon |
|--|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| Prendre en charge un problème de santé non différencié en contexte de soins primaires | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Communiquer de façon efficiente avec le patient et son entourage | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Prendre une décision en contexte d'urgence et/ou en situation d'incertitude | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Exécuter avec sécurité les gestes techniques les plus fréquents en médecine générale | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Entreprendre des actions de santé publique | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Eduquer le patient à la promotion et à la gestion de sa santé | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Travailler en équipe et/ou en réseau face à des situations complexes, aiguës et chroniques | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Assurer la continuité des soins, pour toutes les catégories de la population | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

| | Faible | Moyen | Satisfaisant | Bon |
|---|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| Appliquer les dispositions réglementaires dans le respect des valeurs éthiques | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Assurer la gestion administrative, financière, humaine et structurelle de l'entreprise médicale | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Réfléchir à ses actions professionnelles | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

Avez-vous abordé ces compétences avec votre tuteur? *

| | oui | non |
|---|-----------------------|-----------------------|
| Prendre en charge un problème de santé non différencié en contexte de soins primaires | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Communiquer de façon efficiente avec le patient et son entourage | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Prendre une décision en contexte d'urgence et/ou en situation d'incertitude | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Exécuter avec sécurité les gestes techniques les plus fréquents en médecine générale | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Entreprendre des actions de santé publique | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Eduquer le patient à la promotion et à la gestion de sa santé | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Travailler en équipe et/ou en réseau face à des situations complexes, aiguës et chroniques | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Assurer la continuité des soins, pour toutes les catégories de la population | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Appliquer les dispositions réglementaires dans le respect des valeurs éthiques | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Assurer la gestion administrative, financière, humaine et structurelle de l'entreprise médicale | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

| | oui | non |
|--|-----------------------|-----------------------|
| Réfléchir à ses actions professionnelles | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

DES: avis argumenté du tuteur

Pour chacun de ces items, pensez-vous qu'il puisse vous évaluer sur : *

| | Oui | Non |
|---------------------------------------|-----------------------|-----------------------|
| Portfolio/RSCA | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Autonomie dans l'apprentissage | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| évaluation de votre pratique médicale | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| rencontres effectuées | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| maturité du projet professionnel | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Acquisition des compétences | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Evolution et suivi sur 3 ans | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

Pensez-vous que votre tuteur soit un enseignant? *

- Oui
- Non
- Ne sais pas

Votre tuteur est-il compétent pour répondre aux questions sur: *

| | Oui | Non |
|--|-----------------------|-----------------------|
| Composition jury | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Modalité de soutenance | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Proposition de participer à l'atelier des thèses | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Aide à la réflexion vers une problématique | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Proposition de sujet | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

Souhaitez-vous publier? *

- Oui
- Non
- Ne sais pas

Votre tuteur vous a-t-il proposé un mode de valorisation de la thèse (publication, présentation à un congrès sous forme de poster, de communication orale...)? *

- Oui
- Non

Projet professionnel: *

| | Oui | Non |
|---|-----------------------|-----------------------|
| Le projet professionnel a-t-il été abordé depuis les 1eres rencontres? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Votre tuteur vous a-t-il donné des conseils pour optimiser votre maquette selon votre souhait d'exercice futur? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Abordez-vous suffisamment votre projet professionnel selon vos besoins aujourd'hui? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

Votre tuteur est-il compétent pour répondre aux questions sur : *

| | Oui | Non |
|---|-----------------------|-----------------------|
| Les remplacements? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| La collaboration médicale? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| L'activité seule? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| L'installation pour la création/reprise cabinet? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Les principaux aspects juridiques et fiscaux (scp / scm)? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Les maisons de santé? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| L'ARS et la désertification médicale? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

*

| | Jamais | Parfois | Régulièrement | Au-delà des objectifs universitaires |
|--|-----------------------|-----------------------|-----------------------|--------------------------------------|
| Etes-vous entré en relation avec votre tuteur? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| | Incompétent | Plutôt non compétent | Plutôt compétent | Très compétent |
| Pensez-vous qu'il soit compétent? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

Commentaire libre

Annexe 2 : Les 11 compétences génériques en médecine générale (guide du tutorat 2012, faculté d'Angers).

| | |
|---|---|
| <p>1. Prendre en charge un problème de santé non différencié en contexte de soins primaires</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Prendre en charge successivement ou simultanément des situations de nature différente (appareils différents, pathologies organique et fonctionnelle, problèmes sociaux et administratifs...) • Synthétiser les données recueillies • Élaborer et proposer une prise en charge globale, adaptée au patient et au contexte, en l'absence fréquent de diagnostic nosographique |
| <p>2. Communiquer de façon efficiente avec le patient et son entourage</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Développer une écoute active et empathique • Adapter la réponse aux caractéristiques du patient • Expliquer une décision, une prescription; annoncer une nouvelle grave • Tenir compte de ses émotions et de celles du patient |
| <p>3. Prendre une décision en contexte d'urgence et/ou en situation d'incertitude</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Faire face à des situations aiguës et/ou vitales rencontrées en médecine générale (infarctus, OAP, crise d'asthme, traumatisme, agitation, situations psychiatriques) • Organiser sa trousse d'urgence |
| <p>4. Exécuter avec sécurité les gestes techniques les plus fréquents en médecine générale</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Infiltration articulaire et abarticulaire • Frottis cervico-vaginal de dépistage • Pose de dispositif intra-utérin • Extraction bouchon de cérumen • Extraction de corps étranger cornéen |
| <p>5. Entreprendre des actions de santé publique</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Identifier des comportements à risques et mettre en route des actions de prévention individuelle et collective • Mettre en œuvre des actions de dépistage pertinentes • Participer à des actions de recueil épidémiologique • Gérer et exploiter les données du dossier médical des patients • Démarrer ou collaborer à une recherche |
| <p>6. Éduquer le patient à la promotion et à la gestion de sa santé et à la gestion de sa maladie</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Participer à des actions ou des réunions d'éducation sanitaire • Etablir un diagnostic éducatif • Proposer un projet de soins • Construire une alliance thérapeutique |
| <p>7. Travailler en équipe et/ou en réseau face à des situations complexes, aiguës et chroniques</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Coordonner les soins autour du patient • Solliciter la coopération des soignants, des structures et des aides • Organiser les réunions de coordination et la transmission de l'information |
| <p>8. Assurer la continuité des soins, pour toutes les catégories de la population</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Assurer le suivi entre domicile et hôpital • Collaborer avec les partenaires médico-sociaux • Collaborer au système de gardes |
| <p>9. Appliquer les dispositions réglementaires dans le respect des valeurs éthiques, en ce qui concerne</p> | <ul style="list-style-type: none"> • les dispositions médico-légales (certificats, protection,...), • les dispositions médico-administratives (dispositif conventionnel, fiches administratives,...) • les dispositions déontologiques (secret professionnel, information et consentement, ...) |
| <p>10. Assurer la gestion administrative, financière, humaine et structurelle de l'entreprise médicale</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Fiscalité, comptabilité • Secrétariat • Evaluation des risques et hygiène • Informatique • Dossier médical • Organisation du temps et du travail |
| <p>11. Réfléchir à ses actions professionnelles</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Organiser et maintenir sa formation professionnelle • Evaluer sa pratique |

PERMIS D'IMPRIMER

THÈSE DE Monsieur GARNIER Christophe

Vu, le Directeur de thèse



Vu, le Président du jury de thèse



**Vu, le Doyen de la
Faculté de Médecine
d'ANGERS**



Professeur I. RICHARD

Vu et permis d'imprimer



GARNIER Christophe

EVALUATION DU CONTENU DES RENCONTRES DE TUTORAT ET DE LA FONCTION ENSEIGNANTE DES TUTEURS PAR LES INTERNES DE MEDECINE GENERALE D'ANGERS. ETUDE QUANTITATIVE AUPRES D'UNE PROMOTION D'ETUDIANTS EN FIN DE DES.

RESUME

Le Département de Médecine Générale de la Faculté de médecine d'Angers a mis en place le tutorat en 2004. Ce dispositif pédagogique est centré sur les apprentissages dans l'objectif d'améliorer les compétences des internes à partir de récits de situations cliniques authentiques (RSCA). Le but de notre étude était d'analyser le contenu des rencontres tuteur-tutoré, du point de vue des internes, au regard des objectifs pédagogiques du tutorat et de recueillir la perception des internes sur la fonction enseignante des tuteurs.

Une étude transversale descriptive par questionnaire en ligne a été menée de novembre 2012 à janvier 2013 auprès de 94 Angevins inscrits en 3^{ème} année d'internat de médecine générale.

74% des questionnaires ont été analysés. Les rencontres tuteur-tutoré étaient structurées par la discussion des RSCA. Les recherches sur les récits et leur discussion n'étaient pas systématiques, l'analyse de la démarche réflexive améliorait la résolution d'une situation similaire. Aborder les compétences en médecine générale améliorait l'autoévaluation des internes. Un tiers des internes considérait leur tuteur comme un enseignant, 53 l'estimaient comme un formateur compétent. Le tutorat individuel, fragilisé par l'augmentation des effectifs, semble évoluer vers un suivi de groupe.

En juillet 2013, des experts nationaux ont défini et décrit les compétences génériques transversales et les 11 familles de situations auxquelles les internes doivent être confrontées pendant le DES de médecine générale. Le tutorat devra intégrer ces éléments qui structurent la formation des médecins généralistes.

Mots clés

Pédagogie, Tutorat, DES de médecine générale, Evaluation