

UNIVERSITÉ DE STRASBOURG
FACULTÉ DE MÉDECINE, MAÏEUTIQUE ET SCIENCES DE LA SANTÉ

ANNÉE : 2023

N°260

THÈSE
PRÉSENTÉE POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT
DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Diplôme d'État
Mention Médecine Générale

Par
NOWICKI Benoit
Né le 23/11/1992 à Metz

**Retour d'expérience des tuteurs et des internes de médecine
générale sur la mise en œuvre du tutorat à Strasbourg**

Étude qualitative réalisée sur la promotion 2017

Président de thèse : Monsieur le Professeur BERTSCHY Gilles

Directeur de thèse : Monsieur le Docteur GIACOMINI Antoine



**FACULTÉ DE MÉDECINE,
MAIEUTIQUE ET SCIENCES DE LA SANTÉ**

ÉDITION SEPTEMBRE 2022
Année Universitaire 2022-2023

- Président de l'Université : M. COLON HATA
- Doyen de la Faculté : M. BELLAÏN
- Président du conseil supérieur de l'Enseignement : M. EL HACHIM EL HACHIM
- Doyen Facultaire : (2022-2023) : M. FANTA JAW HANA
(2020-2022) : M. EL HACHIM EL HACHIM
(2019-2020) : M. JAW EL HACHIM
(2018-2019) : M. JAW EL HACHIM
- Chargé de mission auprès du Doyen : M. KEDDICH BERT
- Responsable administratif : M. EL HACHIM EL HACHIM



IMPRIMERIE UNIVERSITAIRE
ROUSTAHOUCHE I OUI
Tel: 00212 (0) 29 14 24 61

A1 - PROFESSEUR TITULAIRE DU COLLEGE DE FRANCE

M. EL HACHIM EL HACHIM : (1949 - 2022) Médecin, Obstétricien, Gynécologue, Enseignant

A2 - MEMBRE SENIOR À L'INSTITUT UNIVERSITAIRE DE FRANCE (IUF)

M. EL HACHIM EL HACHIM : Anatomologie, Biologie

A3 - PROFESSEUR(S) DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS (PU-PH)

Matricule	CV	Service(s) où il/elle exerce son activité / Localisation	Spécialité(s) de son activité professionnelle
ADAM HAYDOU	MSB CS	- Filière d'Apprentissage - Service d'Obstétrique aux Urgences de Troukaskaya / IP	03.01 Chirurgie Obstétricale et Gynécologie
AJLAÏC EL CHAI	MSB CS	- Filière d'Ophtalmologie - Service de Gynécologie Obstétricale / IP	04.01 Gynécologie Gynécologie ; gynécologie obstétricale Option : Gynécologie (Maternité)
AMICE CHRISTIANE	RPE IS	- Filière de Médecine Interne, Thérapeutique, Nutrition, Oncologie, Maladies Infectieuses - Service de Médecine Interne, Oncologie, Nutrition, Maladies Infectieuses	03.01 Option : médecine interne
AMRANI YVES	MSB MS	- Filière de Pédiatrie - Service de Pédiatrie (médecine générale)	04.01 Pédiatrie
AMRANI YVES	MSB CS	- Filière de Pédiatrie - Service de Pédiatrie, Néonatal et Neonérologie - Institut d'Anatomie et de Médecine	04.01 Pédiatrie, néonatalogie et néonévrologie option : néonatalogie
Mlle AMON DALILA	MSB	- Filière d'ophtalmologie - Service de Pédiatrie / KMC	07.01 Ophtalmologie ; Oculophtalmologie
ARNDT LAURENT	MSB MC	- Filière d'ECG - Service de Radiologie (Hôpital de Troukaskaya)	03.01 Thérapeutique
BAJILLIER HAYDOU	RPE IS	- Filière de Pathologie Clinique, Neurologie et de Neurophysiologie - Service de Neurologie Clinique, Thérapeutique et Neurophysiologie	03.01 Chirurgie générale
BAMBAÏ SARAH	MSB IS	- Filière de Biologie - Laboratoire de Biologie Moléculaire, Génétique et Pathologie - Service de Biologie et Chimie Analytique (Hôpital de Troukaskaya)	03.01 Anatomie humaine et histologie
BARRAK EL HACHIM	MSB IS	- Filière de Neurologie (Hôpital de Troukaskaya) - Service de Neurologie aux Urgences de Troukaskaya / IP	04.01 Neurologie, Neurologie et Neurophysiologie option : Neurologie
BELLAÏN M. EL HACHIM	MSB MC	- Filière de Biologie - Laboratoire de Biologie et de Chimie Analytique (Hôpital de Troukaskaya)	04.01 Biologie moléculaire (gynécologie obstétricale)
BEAUCHAMPEL YVES	MSB CS	- Filière de Pédiatrie - Unité de Neurobiologie et Neurochimie (Hôpital de Troukaskaya)	04.01 Pathologie et thérapeutique Pédiatrique option : néonatalogie
BELLAÏN M. EL HACHIM	MSB MC	- Filière de Pédiatrie - Service de Chimie Analytique (Hôpital de Troukaskaya)	04.01 Neurologie / Néonatalogie
BELLAÏN M. EL HACHIM	MSB IS	- Filière de Psychiatrie, Soins médico-afectifs et de Neurologie - Service de Neurologie (Hôpital de Troukaskaya)	03.01 Psychiatrie et Soins Médico-Affectifs option : psychiatrie affective
BERTSCHER DELIA	RPE IS	- Filière de Psychiatrie et de Neurologie - Service de Neurologie (Hôpital de Troukaskaya)	03.01 Psychiatrie affective option : psychiatrie affective
BEZRAÏ EL HACHIM	MSB MS	- Filière de Pédiatrie - Service de Pédiatrie et de Neurologie (Hôpital de Troukaskaya)	04.01 Néonatalogie et Soins Médico-Affectifs (option : Pédiatrie)
BLAUZE CAROL	RPE IS	- Filière d'ophtalmologie et de Neurologie Clinique / IP - Service de Neurologie Clinique (Hôpital de Troukaskaya)	04.01 Neurologie ; néonatalogie d'urgence option : néonatalogie d'urgence
BLAUZE CAROL	MSB MS	- Filière de Pédiatrie - Service de Pédiatrie et de Neurologie (Hôpital de Troukaskaya)	04.01 Neurologie interne ; néonatalogie option : néonatalogie et Soins Médico-Affectifs
BOUKHARBA YVES	MSB MC	- Filière de Pédiatrie - Service de Pédiatrie et de Neurologie (Hôpital de Troukaskaya)	04.01 Néonatalogie et Soins Médico-Affectifs (option : Soins Médico-Affectifs)
BOUKHARBA YVES	MSB MC	- Filière de Pédiatrie - Service de Pédiatrie et de Neurologie (Hôpital de Troukaskaya)	04.01 Néonatalogie
BOUKHARBA YVES	MSB CS	- Filière d'Apprentissage - Service d'Ophtalmologie Troukaskaya de Troukaskaya / IP	04.01 Ophtalmologie et neuro-ophtalmologie
BOUKHARBA YVES	MSB MC	- Filière de Pédiatrie et de Neurologie Clinique / IP - Service d'Ophtalmologie Troukaskaya de Troukaskaya / IP	04.01 Ophtalmologie

NOM et Prénoms	CP	Services hospitaliers ou autres / localisations	Sous-section de conseil national des universités
BERNARD Jeanne	8186 CS	- Ffde Tête et Cou - OCTD - Service de neurologie - hôpital de conseil / hôpital civil	46.11 Neurologie
Mme BÉGIN Jeanne	8186 NCS	- Ffde en oncologie digestive, hépatique et de la transplantation - Service de Chirurgie générale et hépatique / H	63.01 Chirurgie générale
BELLET-BOUCHÉ Catherine	8186 CS	- Ffde de l'appareil locomoteur - Service de Chirurgie Main et Membre Supérieur / H	10.34 Ophtal. - Chirurgie plastique - reconstructive et esthétique
Mme CHALLET-GILMAN Marie	8186 NCS	- Ffde en Spécialités médicales - Otorhinolaryngologie / SMD - Service de Rhinologie, Otolaryngologie et Transplantation / HIC	11.01 Otorhinologie
CADOUAN Vincent	8186 NCS	- Ffde en oncologie - Hématologie médicale / Centre anticancer - Service de Médecine médicale / Hôpital de Hautepierre	46.21 Hématologie
DUVET Nade	8186 CS	- Ffde de cardiologie médicale - chirurgie cardiaque vasculaire - Serv. de Chirurgie vasculaire et de transplantation rénale / HIC	11.14 Chirurgie vasculaire, médecine vasculaire Ophtal. - chirurgie vasculaire
CHASSIN Yves-Philippe	8186 NCS	- Ffde de l'appareil locomoteur - Service de Chirurgie du pied / Chirurgie / HIC	10.33 Chirurgie orthopédique et traumatologique
Mme CHASSIN Marie	8186 NCS	- Ffde de Pathologie transcutanée - Service de Rhumatologie et d'Ophtalmologie / HIC	68.01 Rhumatologie (ophtal. inclus)
Mme CHIFFOLEAU Anne	8186 NCS	- Ffde Tête et Cou - OCTD - Serv. d'oto-rhino-laryngologie et de Chirurgie cervico-faciale / H	11.01 Oto-rhino-laryngologie
Mme CHIFFOLEAU Marie-France	8186 CS	- Ffde de Biologie - Service de Pathologie / Hôpital de Hautepierre	42.33 Anatomie et cytologie pathologiques Ophtal. (biologie)
CLAVET Philippe	8186 CS	- Ffde de l'appareil locomoteur - Service d'Orthopédie Traumatologie du Membre Supérieur / H	42.21 Anatomie (ophtal. inclus, orthopédie traumatologique)
COLLIERE Olivier	8186 NCS	- Ffde en Anesthésie / Administration Chirurgicale / SMD / SMD - Service d'anesthésiologie-hépatologie-chirurgie / HIC	46.01 Anesthésiologie-Réanimation / Oubli de l'urgence Ophtal. Anesthésiologie-Réanimation - type Oubli
COLLIARD JACQUES	8186 NCS	- Ffde Tête et Cou - OCTD - Centre d'investigation Clinique / HIC et H	46.01 Neurologie
COFFIN Bernard	8186 CS	- Ffde en oncologie, hématologie et dermatologie - Service de dermatologie / hôpital civil	10.21 Dermatologie
de CLAY de Gink-Hollers	8186 CS	- Ffde de Pathologie transcutanée - Service de dermatologie / hôpital hôpital civil	11.01 Dermatologie
de SEZI Antoine	8186 CS	- Ffde Tête et Cou - OCTD - Centre d'investigation Clinique (CI) - AN / Hôpital de Hautepierre	46.01 Neurologie
DEBIE Christian	8186 CS	- Ffde Tête et Cou - OCTD - Serv. d'oto-rhino-laryngologie et de Chirurgie cervico-faciale / H	11.01 Oto-rhino-laryngologie
DEBIEUX Philippe	8186 NCS	- Ffde de gynécologie-obstétrique - Service de gynécologie-obstétrique / Hôpital de Hautepierre	10.01 Gynécologie-obstétrique, gynécologie médicale, obstétrologie-obstétrique
Mme DEBIEUX Marie-France	8186 CS	- Ffde de Biologie - Service de laboratoire médical / Hôpital de Hautepierre	41.34 Chimie (type Oubli)
Mme DEBIEUX MARTINE	8186 NCS	- Ffde de l'appareil locomoteur - Service d'orthopédie - reconstructive du membre inférieur / H	10.31 Chirurgie orthopédique et traumatologique
Mme DEITS NERIZ Natacha	8186 NCS	- Ffde médecine chirurgicale de Pédiatrie - Service de Pédiatrie et d'ophtal. de Hautepierre	14.01 Pédiatrie
Mme DECCA Sylvia	8186 CS	- Ffde de l'appareil locomoteur - Service de Chirurgie de la Main - SMD / Hôpital de Hautepierre	10.31 Chirurgie orthopédique et traumatologique
Mme DEY HENRIE Marie	8186 CS	- Ffde de Biologie - Laboratoire Central de Biologie / HIC et H	46.21 Biochimie, Microbiologie, Hygiène médicale Ophtal. Biochimie, Microbiologie, Hygiène
FERRIER Philippe	8186 NCS	- Ffde de Pathologie digestive, hépatique et de la transplantation - Serv. de gastrologie, hépatologie et pancréatologie et transplantation / H	10.11 Chirurgie générale
FERRIER Marie-Françoise	8186 NCS	- Ffde de Pathologie transcutanée - Service de Chirurgie thoracique / Hôpital civil	10.11 Chirurgie thoracique et cardio-thoracique
FERRIERON Catherine	8186 NCS	- Ffde en oncologie - Service d'oncologie / Hôpital civil	41.11 Hématologie - réanimation oncologie - hématologie
de la FAYE	8186 CS	- HIC - hôpital hôpital de Hautepierre / hôpital civil	46.01 Neurologie - neurologie médicale
GARDY Alain	8186 CS	- Ffde de Biologie - Service Chimie et Biologie / Hôpital civil	41.01 Biochimie et biologie médicale Ophtal. (biologie)
GARON Julien	8186 NCS	- Ffde de Biologie - Service Chimie et Biologie / Hôpital civil	41.01 Biochimie et biologie médicale Ophtal. (biologie)
GUARISE Jean-F	8186 NCS	- Ffde des spécialités médicales - (Pathologie) / H - Service d'ophtalmologie / hôpital civil	41.01 Ophtalmologie
HAFFER Vincent	8186 CS	- Ffde de Pathologie transcutanée - Service de Rhumatologie et d'ophtalmologie / H	41.01 Rhumatologie (ophtal. inclus)
DEBIEUX Vincent	8186 NCS	- Ffde de cardiologie médicale - chirurgie cardiaque vasculaire - Serv. de Chirurgie vasculaire et de transplantation rénale / H	11.14 Chirurgie vasculaire, médecine vasculaire / Ophtal. - chirurgie vasculaire
DECOU Philippe	8186 CS	- Ffde médecine chirurgicale de Pédiatrie - Service de Chirurgie Pédiatrique / Hôpital de Hautepierre	14.01 Chirurgie infantile
DECHOC Bernard	8186 CS	- Ffde de médecine interne, Rhumatologie, NUTRITION, Endocrinologie, Gynécologie (SMD) - Service de Médecine Interne et de Nutrition / H	10.01 Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
Mme DEFRANCE Marie	8186 CS	- Ffde de santé publique et santé au travail - Service de Pathologie Professionnelle et Préventive du Travail / HIC	46.01 Médecine et santé au travail

NOM d'Université	CS*	Servicio Hospitalario (Hospital/Consultorio)	Desarrollador del Curso y Nombre del Universidad
CONTRERAS Sergio Tm	MSM CI	+ Fila de Clínica Interna, Bioquímica, Microbiología, Fisiología, Patología + Laboratorio (MSHCO)	70.00 Bioquímica
BIYMEJONIC Theory	MSM CI	+ Fila de Clínica Interna (Hospital) / Consultorio + Servicio de Nefrología / Dialisis / Trasplante / NIE	52.00 Nefrología
RAYDANIN Yas	RFE HC	+ Fila de Clínica Interna (Hospital) / Consultorio / DMC + Servicio de Fisiología (Hospital) / Fisiología	65.00 Gestión / Fisiología / Fisiología
Mira BELVE Julia	MSM MS	+ Fila de Urgencias / Neumología (Hospital) / Consultorio / Fisiología + Servicio de Fisiología (Hospital) / Fisiología (Hospital)	48.00 Medicina Interna / Neumología
IFEDDI Cecilia	MSM MS	+ Fila de Clínica / OTO + Servicio de Neumología (Hospital) / Neumología	42.00 Neumología
PIRSEAJE Alicia	MSM MS	+ Fila de Urgencias + Servicio de Neumología (Hospital) / Neumología (Hospital) / Fisiología	43.00 Neumología y medicina interna
GNER HERRERA María Dela	RFE CI	+ Fila de Medicina Física y de Rehabilitación + Servicio de Fisiología (Hospital) / Fisiología	43.00 Medicina Física y Rehabilitación
Carroll Anneli	MSM CI	+ Fila de Clínica + Servicio de Fisiología (Hospital) / Fisiología (Hospital)	46.00 Gestión / Neumología / Fisiología (Hospital)
Carroll Anneli Anneli	MSM CI	+ Fila de Clínica (Hospital) / Fisiología (Hospital) / Fisiología (Hospital) + Servicio de Clínica (Hospital) / Fisiología (Hospital)	44.00 Gestión / Fisiología / Fisiología (Hospital)
Mira ACIL, HERRERA Anneli	MSM HC	+ Fila de Clínica (Hospital) / Fisiología (Hospital) / Fisiología (Hospital) + Servicio de Clínica (Hospital) / Fisiología (Hospital)	51.00 Gestión
KATRWANI Georgia	RFE CI	+ Fila de Clínica + Servicio de Medicina Interna / Clínica / Hospital de Emergencias + Servicio de Clínica (Hospital) / Fisiología (Hospital)	53.00 Gestión / Gestión / Fisiología (Hospital) / Fisiología (Hospital)
Mira KESTER Luzmila	MSM MS	+ Fila de Medicina Interna, Neumología, Microbiología, Endocrinología, + Laboratorio (Hospital) + Servicio de Clínica (Hospital) / Fisiología (Hospital)	54.00 Endocrinología, Gestión y medicina interna
Mira KESTER Luzmila	MSM HC	+ Fila de Clínica (Hospital) / Fisiología (Hospital) + Servicio de Clínica (Hospital) / Fisiología (Hospital)	54.00 Neumología
Carroll Anneli	MSM HC	+ Fila de Clínica (Hospital) / Fisiología (Hospital) / Fisiología (Hospital) + Servicio de Clínica (Hospital) / Fisiología (Hospital)	57.00 Gestión / Fisiología (Hospital) / Fisiología (Hospital)
Mira KESTER Luzmila	MSM CI	+ Fila de Clínica (Hospital) / Fisiología (Hospital) / Fisiología (Hospital) + Servicio de Clínica (Hospital) / Fisiología (Hospital)	47.00 Neumología / Gestión / Fisiología
KEEVEZ Eugenia	MSM CI	+ Fila de Urgencias + Servicio de Clínica (Hospital) / Fisiología (Hospital) / Fisiología (Hospital)	43.00 Gestión / Fisiología (Hospital) / Fisiología (Hospital)
KEEVEZ Eugenia	MSM CI	+ Fila de Clínica (Hospital) / Fisiología (Hospital) / Fisiología (Hospital) + Servicio de Clínica (Hospital) / Fisiología (Hospital)	54.00 Gestión
KURT Juan Emmanuel	RFE MS	+ Fila de Clínica (Hospital) / Fisiología (Hospital) / Fisiología (Hospital) + Servicio de Clínica (Hospital) / Fisiología (Hospital)	47.00 Gestión / Gestión / Fisiología (Hospital)
Mira LAJUNIC Luzmila	MSM CI	+ Fila de Clínica (Hospital) / Fisiología (Hospital) / Fisiología (Hospital) + Servicio de Clínica (Hospital) / Fisiología (Hospital)	42.00 Neumología / Gestión / Fisiología (Hospital)
LASE Eugenia	MSM MS	+ Fila de Clínica (Hospital) / Fisiología (Hospital) / Fisiología (Hospital) + Servicio de Clínica (Hospital) / Fisiología (Hospital)	52.00 Gestión
Carroll Anneli	MSM CI	+ Fila de Clínica (Hospital) / Fisiología (Hospital) / Fisiología (Hospital) + Servicio de Clínica (Hospital) / Fisiología (Hospital)	44.00 Gestión
Carroll Anneli	MSM HC	+ Fila de Clínica (Hospital) / Fisiología (Hospital) / Fisiología (Hospital) + Servicio de Clínica (Hospital) / Fisiología (Hospital)	57.00 Gestión / Fisiología (Hospital) / Fisiología (Hospital)
Carroll Anneli	MSM HC	+ Fila de Clínica (Hospital) / Fisiología (Hospital) / Fisiología (Hospital) + Servicio de Clínica (Hospital) / Fisiología (Hospital)	47.00 Gestión
LEONEL Juan Pablo	RFE CI	+ Fila de Clínica (Hospital) / Fisiología (Hospital) / Fisiología (Hospital) + Servicio de Clínica (Hospital) / Fisiología (Hospital)	52.00 Gestión / Fisiología (Hospital) / Fisiología (Hospital)
Lopez Eugenia	MSM HC	+ Fila de Clínica (Hospital) / Fisiología (Hospital) / Fisiología (Hospital) + Servicio de Clínica (Hospital) / Fisiología (Hospital)	45.00 Gestión / Fisiología (Hospital) / Fisiología (Hospital)
LATRICHIA Felipe	RFE HC	+ Fila de Clínica (Hospital) / Fisiología (Hospital) / Fisiología (Hospital) + Servicio de Clínica (Hospital) / Fisiología (Hospital)	52.00 Gestión / Fisiología (Hospital) / Fisiología (Hospital)
MACON Gabriel	MSM MS	+ Fila de Clínica (Hospital) / Fisiología (Hospital) / Fisiología (Hospital) + Servicio de Clínica (Hospital) / Fisiología (Hospital)	47.00 Gestión / Fisiología (Hospital) / Fisiología (Hospital)
MAKIN Yohani	MSM MS	+ Fila de Clínica (Hospital) / Fisiología (Hospital) / Fisiología (Hospital) + Servicio de Clínica (Hospital) / Fisiología (Hospital)	54.00 Gestión / Fisiología (Hospital) / Fisiología (Hospital)
MARTIN Trinity	MSM MS	+ Fila de Clínica (Hospital) / Fisiología (Hospital) / Fisiología (Hospital) + Servicio de Clínica (Hospital) / Fisiología (Hospital)	47.00 Gestión / Fisiología (Hospital) / Fisiología (Hospital)
Mira MARCELA Oriana	MSM MS	+ Fila de Clínica (Hospital) / Fisiología (Hospital) / Fisiología (Hospital) + Servicio de Clínica (Hospital) / Fisiología (Hospital)	51.00 Gestión / Fisiología (Hospital) / Fisiología (Hospital)
Mira MARCELA Oriana	MSM CI	+ Fila de Clínica (Hospital) / Fisiología (Hospital) / Fisiología (Hospital) + Servicio de Clínica (Hospital) / Fisiología (Hospital)	44.00 Gestión / Fisiología (Hospital) / Fisiología (Hospital)
Mira MARCELA Oriana	MSM CI	+ Fila de Clínica (Hospital) / Fisiología (Hospital) / Fisiología (Hospital) + Servicio de Clínica (Hospital) / Fisiología (Hospital)	47.00 Gestión / Fisiología (Hospital) / Fisiología (Hospital)

RE - MAÎTRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HÔPITALIERS (MICU-DI)

NOM et Prénoms	CS*	Servicio Hospitalario en Instituto / Localización	Sección de la Comisión Nacional de Universidades
AGUIAR José		- Fila de Imagen - Servicio de Medicina Nuclear y Diagnóstico por Imágenes / ICAHS	43.13 Biophysique et Médecine Nucléaire
Mme ANNE COTRIGI Corine		- Fila de Pharmacie - Unité de Pharmacologie Clinique / Service de Médecine	40.02 Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; toxicologie option : pharmacologie fondamentale
BOCHONNIER Fab		- Fila de Spécialités Médicales - Otolaryngologie / SPH - Service de Otorhinolaryngologie - Transplantation / SPH	32.10 Otolaryngologie
Mme ZMOCALANA Natalia		- Fila de Biologie - Laboratorio de Diagnóstico Genético / Hospital - Hospital Civil	47.24 Génétique (option Biologique)
BLANCHET Cyril		- Fila de Imagerie - Servicio de Medicina Nuclear y Diagnóstico por Imágenes / ICAHS	43.13 Biophysique et Médecine Nucléaire (option Imagerie)
BROUARD Stéphanie		- Fila de Biologie - Laboratorio de Bacteriología y Biología Molecular / H	46.02 Bacteriología y Biología Molecular
BROUARD Stéphanie		- Fila de Biologie - Servicio de Bacteriología y Unidad de Métodos	46.02 Bacteriología y Biología Molecular option microbiología y biología molecular
Mme BRUNO Stéphanie		- Fila de Biologie - Laboratorio de Microbiología y Parasitología Médica / H-UMH - Servicio de Microbiología y Unidad de Métodos	46.02 Bacteriología y Biología Molecular option microbiología y parasitología médica
Mme BRUNO Stéphanie		- Fila de Imagen - Servicio de Medicina Nuclear y Diagnóstico por Imágenes / ICAHS	43.13 Biophysique et Médecine Nucléaire
CAVAYRE Raphaël		- Fila de Biologie - Laboratorio de Immunología Celular y Moleculare / H-UMH (CM)	47.13 Immunologie
CAZACQ Stéphanie		- Fila de Imagen - Servicio de Diagnóstico por Imágenes / H-UMH	43.13 Biophysique et Diagnóstico por Imágenes (option Imagerie)
Mme CHAILLA Héloïse		- Fila de Biología - Servicio de Bacteriología / H-UMH	46.02 Bacteriología
LEMOINE Stéphanie		- Fila de Biologie - Département de Biologie structurale intégrative / ICBMC	47.17 cardiologie - infectiologie (option Biologique)
LEMOINE Stéphanie		- Fila de Biologie - Laboratorio de Immunología Celular y Moleculare / H-UMH (CM)	47.13 Immunologie (option Biología)
CHENET Stéphane		- Fila de Imagen - ICAHS - Servicio de Imagen / H-UMH	43.13 Biophysique et Médecine Nucléaire
COHEN Jean Raphaël		- Fila de Imagen - Radiodiagnóstico Médico / Centre de Diagnóstico - Servicio de Radiación Médica / Hospital de Hautepierre	43.13 Radiología
Mme COGNET Corine Stéphanie		- Fila de Actividad Médica - Otorrinolaringología / Hospital - Hospital Civil - Servicio de Neumología / Hospital - Hospital Civil	43.13 Otorrinolaringología y Neumología
DALY YVONNE Monique Nadine		- Fila de Biología - Laboratorio de Bacteriología y Biología Molecular / H-UMH	46.02 Bacteriología y Biología Molecular
DAVID Stéphanie		- Fila de Especialidades Médicas - Geriatriología / SPH - Servicio de Neumología Clínica y Diagnóstico por Imágenes / H-UMH	46.02 Opción : enfermedades infecciosas
Mme DEBIE Jean-Stephanie		- Fila de Endoscopia Digestiva, Intestinal y de la Transplantación - Servicio de Cirugía General y Digestiva / H-UMH	44.12 Cirugía General
DEBIE Jean-Stephanie		- Fila de Biología - Laboratorio de Diagnóstico Genético / Hospital - Hospital Civil	47.24 Génétique (option Biología)
Mme DEBIE Jean-Stephanie		- Fila de Biología - CTD - Servicio de Neumología / Hospital de Hautepierre	46.02 Neumología
DELLÉ Pascal		- Fila de Biología - Laboratorio de Bacteriología y Biología Molecular / H-UMH	46.02 Bacteriología y Biología Molecular
Mme DELOUCHE Stéphanie		- Fila de Fisiología fisiológica - Servicio de Fisiología y de Diagnóstico por Imágenes / ICBMC	46.02 Fisiología
Mme DELOUCHE Stéphanie Estelle		- Fila de Biologie - Servicio de Medicina Legal, Consultas de Urgencias Médicas (adultos) y Laboratorio de Toxicología / Facultad de OC - Instituto de Medicina Legal / Facultad de Medicina	46.14 Medicina Legal y Diagnóstico por Imágenes
ELLEN Pascal		- Fila de Biología - CTD - Centre d'Investigation Clinique (CIC) - ACH - Hospital de Hautepierre	46.04 Fisiología, Medicina de la Salud, Microbiología
ELLEN Pascal	CS	- Fila de Biología - Labo. de Fisiología y de Biología Molecular / Hospital de Hautepierre	46.02 Fisiología y Biología (option Biología)
ELLEN Pascal		- Institut de Psychologie / Facultad de Medicina - Fila de Psiquiatría y de Salud Mental - Servicio de Psiquiatría / Hospital Civil	44.02 Psicología (option Salud)
EMMER Jean		- Fila de Biología - Laboratorio (Institut) de Virología / ITR-UMH-Facultad	46.01 Bacteriología - Virología / Higiene Hospitalaria (option Bacteriología - Virología Biológica)
GARNIER Margherita		- Fila de Fisiología fisiológica - Servicio de Fisiología y de Diagnóstico por Imágenes / H-UMH	46.02 Fisiología (option Biología)
GESSE Vincent		- Fila de Especialidades Médicas - Oftalmología / SPH - Servicio de Medicina Interna y de Transplantación Clínica / H-UMH	47.02 Ommatología (option Otorrinolaringología)
GILLON Antoine		- Fila de Biología - Institut / Laboratorio de Bacteriología / ITR-UMH et Facultad	46.02 Opción : Bacteriología y Virología (Biología)

NOM et Prénoms	CI*	Services hospitaliers ou Institut / localisation	Spécialisation de Conseil National des Dossiers
Mme SOUHM Tréant		• Pôle Diagnostic - Centre d'Informations de Santé (CIS) et de surveillance	+5.01 Cyto - Bactériologie - virologie (diagnostique)
Mme SOUHM Hengale		• Pôle Diagnostic - Laboratoire de Virologie / Centre de Référence	+5.01 Bactériologie-Virologie / Hygiène hospitalière ophtal - microbiologie-diagnostique
Mme SOUHEIT Chansale		• Pôle de Maladies Infectieuses, Parasitologie, Mycologie, NHP, NHP, Entomologie, - Infectiologie (Général) - Service de Maladies Infectieuses et Parasitologie - Hôpital de la Haute-Pierre	5.01.1 Microbiologie
Mme SOUHEMME-CHHON SINE		• Pôle Diagnostic - Centre d'Informations de Santé (CIS) et de surveillance	5.01.1 Microbiologie-Virologie (diagnostique)
Mme SOUHY		• Pôle de Maladies Infectieuses Service de Pédiatrie et Neoplasme de l'enfance (NHP) / HIC	5.01.1 Pédiatrie (Infectiologie)
Mme SOUHY Hengale		• Pôle de Maladies Infectieuses et Parasitologie Service de Chimie Pathologie / Hôpital de la Haute-Pierre	+5.01 Chimie Pathologie
Mme SOUVALEA		• Pôle Diagnostic Service de Biologie de la Reproduction / OMD (OVI) (Général)	5.01.1 Biologie de la Reproduction et de la Fertilité (Infectiologie et gynécologie)
Mme SOUVALEA		• Pôle Diagnostic Laboratoire de Microbiologie Diagnostique - Hôpital de la Haute-Pierre	5.01.1 Microbiologie - diagnostique Cyto - Bactériologie (diagnostique)
Mme SOUVALEA SINE		• Pôle Diagnostic Laboratoire de Virologie / Hôpital de la Haute-Pierre	5.01.1 Microbiologie-Virologie (diagnostique) Cyto-Bactériologie-Virologie (diagnostique)
Mme SREANG SINE		• Pôle Diagnostic Laboratoire de Maladies Infectieuses / PNH / LIS et LIS	+5.01 Parasitologie et microbiologie (diagnostique)
Mme SREANG SINE ex. HANGANTON SOL Jontey		• Pôle de Maladies Infectieuses Service de Pédiatrie / Hôpital de la Haute-Pierre • Pôle de Maladies Infectieuses Service de Pédiatrie et/ou Parasitologie (diagnostique) / HIC	5.01.1 Pédiatrie +5.01 Pédiatrie (Infectiologie)

52 - PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS (hors département)

Mme SOUVALEA SINE	Laboratoire de Parasitologie et Maladies Infectieuses (diagnostique) Institut d'Anatomie Pathologique	5.01.1 Microbiologie - Maladies Infectieuses et Parasitologie
-------------------	--	---

53 - MAITRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS (hors département)

Mme SOUVALEA SINE	Laboratoire de Parasitologie et Maladies Infectieuses (diagnostique)	5.01.1 Microbiologie
M. SOUVALEA SINE, Jean-François	5000-019-7117 - Département de Pédiatrie	5.01.1 Pédiatrie
M. SOUVALEA SINE	Laboratoire de Parasitologie et Maladies Infectieuses (diagnostique) Institut d'Anatomie Pathologique	5.01.1 Microbiologie - Maladies Infectieuses et Parasitologie
M. SOUVALEA SINE	Laboratoire de Parasitologie et Maladies Infectieuses (diagnostique)	5.01.1 Microbiologie
Mme SOUVALEA SINE	Laboratoire d'Entomologie des Sciences de la Vie et de la Santé (ESV) Institut d'Anatomie Pathologique	7.1.1 Entomologie - Maladies Infectieuses et Parasitologie
Mme SOUVALEA SINE	Laboratoire d'Entomologie des Sciences de la Vie et de la Santé (ESV) Institut d'Anatomie Pathologique	7.1.1 Entomologie - Maladies Infectieuses et Parasitologie
Mme SOUVALEA SINE	Laboratoire d'Entomologie des Sciences de la Vie et de la Santé (ESV) Institut d'Anatomie Pathologique	7.1.1 Entomologie - Maladies Infectieuses et Parasitologie
M. SOUVALEA SINE	Laboratoire d'Entomologie des Sciences de la Vie et de la Santé (ESV) Institut d'Anatomie Pathologique	7.1.1 Entomologie - Maladies Infectieuses et Parasitologie

E – ENSEIGNANTS ASSOCIÉS DE MÉDECINE GÉNÉRALE

E1 – PROFESSEURS ASSOCIÉS DES UNIVERSITÉS DE MÉDECINE GÉNÉRALE (mi-temps)

Dr Anne-Sophie Dohy
 Dr An. GUESLIN DA
 Dr Anne-GISELLE FORTIN Anne
 Dr Ann. GILLES DELBOS
 Dr Ann. HÉLÈNE
 Dr An. ROBERT TUBIN

E2 – MAÎTRE DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS DE MÉDECINE GÉNÉRALE – TITULAIRE

Dr CHAMP, Liliane
 (révisé(e) Santé)

E3 – MAÎTRES DE CONFÉRENCES ASSOCIÉS DES UNIVERSITÉS DE MÉDECINE GÉNÉRALE (mi-temps)

Dr Anne-LISE DUBÉ
 Dr CAROLINE ARIANE
 Dr MATHIEU DUBÉ
 Dr SANDRINE Anne-Elisabeth
 Dr GUYOT André

E – PRATICIENS HOSPITALIERS – CHEFS DE SERVICE NON UNIVERSITAIRES

Dr ADRIAN Dourdegal	<ul style="list-style-type: none"> - UBC de soins intensifs et hépatologie - Service de Médecine d'urgence et de soins critiques et de soins critiques et de soins critiques
Dr ANTOINETTE Marto	<ul style="list-style-type: none"> - UBC de soins intensifs et hépatologie et d'hépatologie - Service d'Urgence Hépatologie / CAS
Mme Dr ARIANE ARIANE	<ul style="list-style-type: none"> - UBC de soins intensifs et hépatologie - Service de Médecine, Urgence / Nouvel hôpital Civil
Dr ANNE-LISE DUBÉ	<ul style="list-style-type: none"> - UBC de Génétiste - Service de soins de suite de Urgence Critique et d'hépatologie hépatologie / KIPAC / Hepatologie
Dr CÉCILE VIZIER	<ul style="list-style-type: none"> - UBC de soins intensifs et hépatologie - Hépatologie - Hépatologie (SVC) - Service des maladies infectieuses et tropicales / Nouvel hôpital Civil
Dr GUIGUÉ Hélène	<ul style="list-style-type: none"> - UBC de soins intensifs et hépatologie - Service de soins critiques - CAS, Hépatologie
Mme Dr ARIANE FORTIN	<ul style="list-style-type: none"> - UBC de soins intensifs et hépatologie - Hépatologie - Hépatologie (SVC) - CAS
Dr NINA GILLES	<ul style="list-style-type: none"> - UBC de soins intensifs et hépatologie - Service de Cytopathologie, Biostatistique / CAS
Dr BÉATRICE	<ul style="list-style-type: none"> - UBC de soins intensifs et hépatologie - Hépatologie / SVC - Service d'urgence - Centre de soins de l'hépatologie par la VHC / Nouvel hôpital Civil
Mme Dr ANNE GUYOT, Daïda	<ul style="list-style-type: none"> - Hépatologie - Service de Chirurgie Hépatique / Hépatologie Hépatologie
Mme Dr ANNE GUYOT, Guéhenne	<ul style="list-style-type: none"> - UBC de Cytopathologie et d'obésité - Service de soins critiques et hépatologie / CAS
Dr MARIE-ANNE GUYOT	<ul style="list-style-type: none"> - UBC de soins intensifs et hépatologie - Service des maladies infectieuses et tropicales, hépatologie / hôpital de Beauport
Mme Dr ANNE ROBERT	<ul style="list-style-type: none"> - UBC de soins intensifs et hépatologie - Hépatologie Hépatologie - Service des maladies infectieuses et tropicales, hépatologie / hôpital de Beauport

F1 - PROFESSEURS ÉMÉRITES

- **de statut à vie (en vertu de l'art. 74)**
 HADJIMAN, Yousif (Médecine et Biologie des cellules)
 MAMDOU, Samir Louis (Océanographie et Biologie marine à l'Université du Bahari)
- **pour leur vie (sur proposition 2019 ou 31 août 2021)**
 ELLOUADI, Jean-Marie (Statistique et Biologie)
 CURTOMANI, Youssef (Méthodes statistiques et Biologie)
 DUADE, Jean-Marie (Psychologie)
 GILKARD, Daniel (Spécialité Génétique)
 HEMRI, Jean-François (Chirurgie orthopédique et la main)
 KHAYAT, Mohamed (Méthodes statistiques et Biologie)
 MAHMOUD, Mohamed (Méthodes statistiques et Biologie)
 MOULOU, Mohamed (Méthodes statistiques et Biologie)
 MOULOU, Mohamed (Méthodes statistiques et Biologie)
- **pour leur vie (sur proposition 2019 ou 31 août 2021)**
 ELLOUADI, Jean-Marie (Statistique et Biologie)
 CURTOMANI, Youssef (Méthodes statistiques et Biologie)
 DUADE, Jean-Marie (Psychologie)
 GILKARD, Daniel (Spécialité Génétique)
- **pour leur vie (sur proposition 2019 ou 31 août 2021)**
 ELLOUADI, Jean-Marie (Statistique et Biologie)

F2 - PROFESSEUR des UNIVERSITÉS ASSOCIÉ (mi-temps)

- M-2018-19 M-20-19 M-20-20

F3 - PROFESSEURS CONVENSIONNÉS DE L'UNIVERSITÉ

• DUBOIS, Youssef	1011-1000
• ELLOUADI, Jean-Marie	1011-1011
• ELLOUADI, Youssef	1011-1012
• ELLOUADI, Youssef	1011-1013
• ELLOUADI, Youssef	1011-1014
• ELLOUADI, Youssef	1011-1015
• ELLOUADI, Youssef	1011-1016
• ELLOUADI, Youssef	1011-1017

Serment d'Hippocrate

En présence des maîtres de cette école, de mes chers condisciples, je promets et je jure au nom de l'Être suprême d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail.

Admis à l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe.

Ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser les crimes.

Respectueux et reconnaissant envers mes maîtres je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les Hommes m'accordent leur estime si je suis resté fidèle à mes promesses. Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque.

REMERCIEMENT

À Monsieur Le Professeur Gilles BERTSCHY

Vous nous faites l'honneur de présider ce jury de thèse. Veuillez accepter toute notre reconnaissance pour l'intérêt que vous portez à notre travail.

À Monsieur le Docteur Antoine GIACOMINI

Nous te remercions d'avoir encadré notre travail, de l'accompagnement et des précieux conseils que tu nous as prodigués.

Benoit te remercie pour la confiance que tu lui as accordée en tant que remplaçant.

À Madame la Professeur Claire DUMAS

Nous vous remercions d'avoir participé au jury de cette soutenance et pour votre implication dans la formation des internes de médecine générale.

Benoit vous remercie pour votre suivi en tant que tutrice pendant ses années d'internat.

A tous les participants de cette étude qui ont accepté de nous accorder un peu de leur temps précieux.

Remerciement de Gilles

A ma famille,

À ma grand-mère, pour m'avoir élevé et sans qui je ne serais pas là à écrire ces quelques lignes.

À mes parents, à ma sœur Alice et mon petit frère Arthur, qui ont toujours su répondre présents malgré mon caractère impétueux.

À ma cousine Flan ainsi que David, Noémie, Victor et sans oublier Maki ; qui ont été présents depuis le début de ces longues années d'études, pour leur soutien réconfortant, pour tous les bons moments passés en famille à rire et à boire.

À ceux qui ont compris tous les mots,

À mes premiers camarades de Strasbourg : Ravet, Michaud, Nowicki et Agnès ; pour avoir illuminer mes 6 dernières années en partageant ces moments de fous rires, de délires, d'ivresse et de picole. Soirées à la maison ou au bar, du café des Anges au Bunies, en passant par Europa Park, tant de souvenirs qui remontent. Je ne pouvais imaginer passer un internat aussi fun.

À Flafla et Aurélien, mes chers camarades fidèles, de m'avoir entraîné dans vos aventures insolites, saugrenues et champêtres. Dormir en bivouac sous la tempête un 31 août en passant par Mayotte, j'ai nagé dans les eaux troubles avec vous, parfois les lendemains je me demande à qui tendre la main. Plus rien n'a de sens et rien ne va, tout est chaos.

À Alicia, Gauthier, Petit et Karen pour les moments de rire et de partage aussi bien devant du vins, charcut et fromages que de petits plats de Noël. J'espère partager encore pleins de soirées ensemble.

À mes amis,

À Delaine qui a fait l'exploit de supporter toutes mes excentricités pendant 4 années de collocation, un record. Me faire découvrir la nature, le plein air et Belfort, quelle prouesse ! (Bon Belfort tu n'étais pas obligé) Et le souvenir des moments passés devant Recherche appart appartement avec le trio légendaire Petit Gilet De Laine me rendrait presque nostalgique.

À Mathilde, à notre longue amitié ! Merci de ton soutien inconditionnel.

À Baptiste malgré le fait qu'il soit devenu docteur avant moi.

À Romain et Sidonie pour m'avoir accompagné tout au long de l'externat.

À Romain, Laurène, David, Anas, Rayane, Mélanie, Axel, Charlène, Chris, François, Marion ... et à tant d'autres que j'oublie de citer. Oui vous pouvez m'en vouloir à vie.

À mon co-thésard Nowicki pour ce travail en commun, fruit d'un nombre incalculable d'heures de réflexion intense, de travail acharné et de dur labeur. Des heures qui se sont comptées en semaines, en mois puis en année, certains n'y croyaient plus mais nous l'avons fait.

À mes collègues d'avant et d'aujourd'hui, d'ici et d'ailleurs

À toute l'équipe de Caylus de votre accueil chaleureux et de m'avoir fait découvrir cette belle région. Une pensée particulière à Claudine, qui m'a accueilli comme un membre de sa famille.

À toute l'équipe du cabinet de Digoin en particulier à ma collègue vendangeuse Caro, notre talent nous oblige à continuer l'année prochaine.

Remerciement de Benoit

À mes parents,

Merci pour votre amour et votre soutien. Merci de m'avoir épaulé et accompagné durant toutes ces années. J'espère vous rendre fiers et vous remercie pour tout ce que vous avez fait pour moi. Je vous aime.

À mon frère, Matthieu,

Merci d'être à mes côtés. Peu importe la distance, tu veilles sur moi, m'apportes ton amour et ton soutien depuis toujours. Je t'aime.

À Gilles, mon co-thésard et avant tout ami,

Merci pour ta présence et ce depuis notre premier jour d'internat. Merci pour les moments de partage et de joie que tu m'offres. Je suis heureux de te compter parmi mes amis.

À Joséphine,

Merci pour ton soutien, ton implication et ta patience de ces derniers mois, merci pour l'amour que tu m'apportes et pour les moments passés et à venir. Sois sûre de mon amour.

À mes amis,

Les Strasbourgeois : Ravet, Michaud, Alicia, Gauthier, Émeline, Aurélien, je vous remercie pour votre bienveillance, pour les moments inoubliables passés ensemble et aussi à cette fantastique transition de notre groupe vers un club très amateur d'œnologie.

Les Suisses : Agnès, David merci pour votre gentillesse et vos encouragements. Je pense fort à vous.

Les Nancéiens : Fanny, Pierre, Dorine, Antoine, Marianne, Thibault, Julie, Marc, Jean-Baptiste, Korhan, Hélène, Olivier, Thierry, Thomas, Charline, Amélie, Maxime, un grand merci à vous tous, pour ce nombre incalculable de fous-rires et de moments de joie partagés.

Jon, Charles, merci pour ces moments de détente et de rire à vos côtés, qu'ils perdurent encore longtemps.

ABREVIATION

APP : Approche Par Pratique

CNGE : Collège National des Généralistes Enseignants

DES : Diplôme d'Études Spécialisées

DMG : Département de Médecine Générale

ECN : Examen Classant National

ETM : Enseignement Théoriques Monitorés

FO : Formation Obligatoire

GEAP : Groupe d'Échange et d'Analyse des Pratiques

RSCA : Récit de Situation Complexe et Authentique

SASPAS : Stage Ambulatoire en Soins Primaires en Autonomie et Supervisé

SFMG : Société Française de Médecine Générale

SHS : Sciences Humaines et Sociales

Cette thèse est le fruit d'un travail en commun entre M.LIN Gilles et M.NOWICKI Benoit. Elle a été basée sur deux enquêtes : l'une a été réalisée auprès des internes par M.LIN et la seconde auprès des tuteurs par M.NOWICKI.

Chacun a présenté ses résultats dans une partie dédiée. L'introduction, la méthodologie, la discussion ainsi que la conclusion ont été rédigées à quatre mains.

Table des matières

INTRODUCTION.....	23
MATERIEL ET METHODE.....	33
I. OBJECTIF	33
II. TYPE D'ETUDE	33
III. POPULATION ETUDIEE.....	34
IV. PREPARATION DES ENTRETIENS	35
V. DEROULEMENT DES ENTRETIENS	37
VI. RETRANSCRIPTION	38
VII. ANALYSE DES RESULTATS.....	39
RÉSULTAT : PARTIE TUTORÉS.....	40
I. LA RELATION TUTEUR- TUTURE	41
A. <i>Les rôles du tuteur.....</i>	43
B. <i>Une bonne relation tuteur-tutoré, une relation de confiance</i>	44
C. <i>Le changement de tuteur</i>	53
D. <i>Les séances individuelles</i>	54
II. LE PORTFOLIO	55
A. <i>Un outil d'apprentissage</i>	55
B. <i>Un outil d'évaluation</i>	57
C. <i>Un outil critiqué.....</i>	58
III. LES SEANCES DE TUTORAT.....	60
A. <i>Les séances de tutorat, un moment de pause</i>	61
B. <i>Un groupe de travail</i>	61
C. <i>Un groupe de parole</i>	65
D. <i>Un lieu de rencontre.....</i>	65
E. <i>Les critiques.....</i>	69
F. <i>Une bonne séance de tutorat selon les internes</i>	73
IV. DEVENIR TUTEUR A SON TOUR.....	73
A. <i>Les raisons en faveur.....</i>	73
B. <i>Les raisons en défaveur.....</i>	74
C. <i>Une interne a franchi le pas</i>	75
RÉSULTAT : PARTIE TUTEURS.....	77
I. CARACTERISTIQUES.....	77
A. <i>Population étudiée</i>	77
B. <i>Profil des tuteurs</i>	78
II. LES TUTEURS	80
A. <i>Les rôles.....</i>	81

B.	<i>Pourquoi devenir tuteur</i>	84
C.	<i>Formations et compétences du tuteur</i>	85
III.	LES AVANTAGES DU TUTORAT.....	88
A.	<i>Pour le tuteuré</i>	89
B.	<i>Pour le tuteur</i>	96
IV.	LIMITES ET DIFFICULTES DU TUTORAT.....	99
A.	<i>Vision et mise en place du tutorat par le DMG</i>	99
B.	<i>Le portfolio</i>	102
C.	<i>Retour du maître de stage</i>	109
D.	<i>Séances de tutorat</i>	111
E.	<i>Aide à la thèse</i>	114
F.	<i>Relation tuteur/ tuteuré</i>	115
G.	<i>Chronophage</i>	118
H.	<i>Un non-impact sur la formation</i>	119
V.	PISTES D'AMELIORATION	121
A.	<i>Un tutorat trop scolaire</i>	121
B.	<i>L'évaluation</i>	122
C.	<i>Une formation trop hétérogène</i>	123
D.	<i>Un rôle chronophage et peu rémunéré</i>	124
	DISCUSSION	125
I.	FORCES ET LIMITES DE NOTRE ETUDE.....	129
A.	<i>Les forces</i>	129
B.	<i>Les limites</i>	130
II.	ACCOMPAGNEMENT DU TUTEUR PAR SON TUTEUR.....	131
III.	UNE FORMATION BLOQUEE ENTRE DEUX PARADIGMES	135
IV.	DES SUPPORTS DE FORMATION PERFECTIBLES.....	140
V.	L'AIDE A LA THESE, UN ROLE DELAISSE	145
VI.	ÊTRE TUTEUR, UNE VOCATION EN DIFFICULTE	146
VII.	LE ROLE DU DMG DANS LE TUTORAT	148
VIII.	UN TUTORAT TROP OU PAS ASSEZ « SCOLAIRE » ?	149
IX.	LES CHANGEMENTS DEPUIS 2020	150
	CONCLUSION	152
	ANNEXE	155
	BIBLIOGRAPHIE	158

Introduction

Cliquer sur « Nouveau document » et se retrouver en face à face avec une page vierge de traitement de texte ; on nous dit de mettre des mots sur des maux sur ce qu'on a vécu ; sans connaître le pourquoi ni le comment ; incapable de débiter comme bloqué, paralysé, cette page blanche en défit. C'est ce que j'ai ressenti lorsqu'on nous a demandé de faire un « RSCA », un récit de situation complexe et authentique, nous dit-on. « C'est une obligation », « un par semestre ». L'internat de médecine générale me semble si différent des six premières années d'étude de médecine. Jamais entendu parler de RSCA, qu'est-ce que c'est ? Un récit de situation clinique complexe et authentique, m'avait-on répondu. Comment faire ? Rapporter une situation authentique, trouver et résoudre des problématiques complexes ; une évidence. Autant dire que j'ai nagé dans les eaux troubles au début d'internat, comme beaucoup de mes camarades. Nous ne comprenions ni l'intérêt ni la façon d'aborder cet outil nouveau et différent de ce qu'on a connu. Nous avons passé d'un système d'évaluation par QCM, où l'objectif était de cocher les bonnes cases, à un système où on doit raconter, écrire et analyser notre pratique. Un changement majeur que l'on doit à la fameuse réforme de notre année. Pourquoi ce changement ? Je ne sais pas. J'ai vécu ces trois années de tutorat en suivant la maquette imposée, sans me poser de question. C'est seulement à la fin, pendant l'entretien final avec mon tuteur, quand il m'a posé la question : « comment s'est passé le tutorat ? » que j'ai eu un déclic. Un silence suivi de phrases conformistes, politiquement correctes. Oui, il fallait bien valider mon diplôme. En y réfléchissant vraiment par la suite, mon avis est très mitigé. Des points positifs comme les séances tutorat où on rencontre des collègues, et des points négatifs concernant les travaux écrits. Par ailleurs, entre internes on parle, on discute. Les avis sont

également très divers, certains internes sont convaincus, d'autres complètement opposés. Après tout, le tutorat est une expérience humaine, elle diffère de chacun. Cependant, mon ressenti et ceux de mes proches sont-ils le reflet des avis de tous les internes ? Recueillir le ressenti de chacun me semble indispensable si nous voulons améliorer le système pour les futurs étudiants.

LIN Gilles

“Pour la prochaine séance de tutorat, vous devrez réaliser un dessin représentant la médecine générale”. Voilà la demande émise par le tuteur d'un co-interne lors de sa première séance de tutorat, en septième année de médecine. J'ai donc abordé le tutorat avec méfiance et quelques à priori dont j'ai eu du mal à me défaire.

NOWICKI Benoit

Le tutorat fait partie de la formation médicale en médecine générale à Strasbourg depuis la promotion 2017, via la mise en application du décret du 25 novembre 2016 et des arrêtés du 12 et 27 avril 2017. Il s'intègre dans le troisième cycle de médecine aussi appelé "internat". Ce cycle consiste pour l'interne à effectuer des stages de six mois soit en milieu hospitalier soit en médecine de ville. Au cours de celui-ci, l'interne met en pratique les connaissances précédemment acquises lors du premier et deuxième cycle, il continue sa formation théorique et s'autonomise. Le but du décret du 25 novembre 2016 et des arrêtés du 12 et 27 avril 2017 est une modernisation et une simplification de l'organisation du

troisième cycle tout en garantissant à tous les étudiants une formation de qualité et une amélioration de la qualité des soins. Pour cela, la nouvelle législation apporte la création du tutorat ainsi que plusieurs évolutions :

- la création d'un unique diplôme, toute spécialité confondue : le diplôme d'étude spécialisé (DES),
- une approche pédagogique par compétence,
- une formation organisée par phase de progression. (1) (2) (3)

Le tutorat ou tuteur vient du latin : « *tutor* » qui signifie « défenseur, protecteur, gardien ». (4) L'origine du concept du tutorat est difficile à dater dans l'histoire. Nous retrouvons des traces dès le 4ème millénaire avant J.C. d'après Gordon et Gordon. (5) Les prêtres prenaient en charge les enfants issus de l'aristocratie afin de leur transmettre les traditions et les mœurs ou encore de leur apprendre les règles de la cité. (6) Dans la Grèce Antique, le précepteur s'apparente au tuteur. Il était sélectionné de manière rigoureuse pour enseigner leur art tel que la philosophie, la peinture, la langue, aux enfants des familles aristocratiques (5). A Rome, Quintilien un pédagogue du 1er siècle après J.C, soutenait que « celui qui vient d'apprendre était le meilleur des enseignants, et qu'il était l'un des mieux placés pour rendre l'enseignement plus humain, plus moral, plus pratique, et plus profond ». (7) Puis, au XVIIIème siècle, Comenius, philosophe renommé pour ses écrits sur la pédagogie, détaille dans son œuvre « Grande Didactique » un nouveau modèle d'éducation où les meilleurs élèves apportent leur soutien aux autres, en complémentarité avec l'enseignement prodigué par le maître. (8) A la fin du XVIIIème siècle, plusieurs écoles expérimentent ce concept. Nous pouvons donner l'exemple en Suisse avec Pestalozzi à l'école de Stans destinée aux enfants défavorisés, sous forme de monitorat où le système repose sur l'entraide entre

élèves. (9) En France, sous l'Ancien Régime, le concept est retrouvé sous le nom « d'enseignement mutuel » où les élèves aidants surnommés moniteurs, choisis pour leurs compétences, sont des adjoints du maître. (6) Initié aux XIX^{ème} siècle dans les écoles américaines, il arrive dans les années 1990 aux Royaume-Unis dans les facultés de médecine et une décennie plus tard en France sous l'impulsion du Collège National des Généralistes Enseignants. (10)

En effet, depuis le XX^e siècle, les études médicales ont vu plusieurs schémas pédagogiques se succéder pour offrir la meilleure formation en fonction de divers facteurs tels que des problématiques sociétales, des courants de pensée ou encore l'évolution des connaissances médicales. C'est à partir de la publication du rapport Flexner en 1910 aux Etats-Unis, que la formation médicale se standardise avec l'apparition de savoirs fondamentaux nécessaires à la pratique de la médecine, délaissant alors un modèle empirique de compagnonnage basé sur l'observation des pairs. (11)

Dans les années 1950, poussé par une attente grandissante de la société sur les compétences du médecin et par l'importante croissance des savoirs médicaux, un schéma pédagogique avec une approche par objectif a émergé. Celui-ci a pour but d'optimiser la formation en identifiant des objectifs de connaissance à atteindre puis d'évaluer l'étudiant, le plus souvent dans une perspective docimologique. Par ailleurs, les mouvements de pensée contemporains imaginent le transfert des connaissances dans un paradigme d'enseignement avec un professeur au centre de la formation qui distribue son savoir aux étudiants dans une vision verticale, laissant penser que si le professeur est bon, les élèves le seront aussi. L'étudiant est alors passif et non maître de sa formation. (12)

Dans les années 1980, aux Etats-Unis, les limites de l'approche par objectif sont apparues avec notamment la fragmentation des objectifs pédagogiques et l'absence de transversalité entre eux évoquant une « pédagogie à tiroirs » ainsi que l'occultation du processus de raisonnement. Par ailleurs, il s'est aussi posé la question de la mise en pratique des connaissances pour soigner le patient, car si cela est impossible, d'après Miller, le médecin n'est qu'un « *savant idiot* ». Ces facteurs ont fait que, pour Nguyen et Blais, « le modèle du médecin compétent s'est peu à peu substitué à celui de médecin exclusivement savant » ce qui a orienté le courant de réflexion pédagogique vers une approche par compétence. (12)

Pour Tardif, « une compétence est un savoir-agir complexe prenant appui sur la mobilisation et la combinaison d'une variété de ressources internes et externes à l'intérieur d'une famille de situations ». (13)(14) L'approche par compétence consiste alors à développer les compétences de l'étudiant pour résoudre des problèmes dans une situation concrète, c'est-à-dire appliquer le savoir théorique à la réalité, et ainsi former des « sachants-agir » et non de simples savants. Selon ce concept, l'étudiant est alors acteur de sa formation, il va chercher l'information et essaie d'accomplir une tâche, de solutionner un problème. Ce n'est plus l'exhaustivité des connaissances qui est recherchée mais la mobilisation de celles-là, l'application du savoir. Le rôle de l'enseignant n'est donc plus de donner un cours ou de livrer une solution, selon le paradigme d'enseignement, mais de comprendre la façon dont l'étudiant résonne et apprend ; c'est ce qu'on appelle le paradigme d'apprentissage. (15)

Actuellement, en France, la formation médicale du troisième cycle de médecine générale tend vers ce paradigme d'apprentissage avec une approche par compétence. Ainsi en 2009, des experts ont établi les compétences générales transversales nécessaires à la formation d'un médecin (ANNEXE 1 : Marguerite des compétences) et, à partir de 2017, les principes formatifs des tutorats sont fondés sur ce concept pédagogique. (16)

Le tutorat prend donc une place prédominante dans l'enseignement du DES de médecine générale à Strasbourg et s'incorpore donc dans un paradigme d'apprentissage par compétence, en accord avec l'article L. 713-3 du Code de l'Éducation et succède ainsi au monitorat. Le monitorat proposait aux internes des promotions 2016-2017 et antérieures des Enseignements Théoriques Monitorés (ETM) par groupe de maximum dix internes. Ces enseignements avaient lieu quatre fois par semestre pendant cinq semestres et étaient dirigés par un enseignant, appelé moniteur. La formation était délivrée sur un format de groupes d'échange et d'analyse de pratique (GEAP) lors de séances d'une durée de 2h à 2h30. Au décours de ces séances, il était ensuite demandé aux étudiants de réaliser un Récit de Situation Complexe Authentique (RSCA). (17)

Le tutorat est organisé différemment avec davantage d'implication pour le tuteur et pour le tutoré. Chaque tuteur suit le parcours de trois internes d'une seule promotion sur toute la durée de l'internat et a pour mission « d'accompagner l'étudiant dans le développement de ses compétences, de le conseiller sur ses besoins de formation, d'être le premier recours en cas de difficultés liées au DES (problème en stage, difficultés personnelles retentissant sur le DES, etc.) ». Pour se faire, le tuteur assure un suivi via les séances de tutorat, une surveillance du portfolio, un retour de compétence sur les lieux de stages et par des rencontres individuelles. Les tuteurs travaillent en trinôme dont l'un est "méta-tuteur", c'est-à-dire qu'il est membre du DMG. Ce trinôme va aussi avoir un rôle dans la thèse de leurs étudiants et dans la validation du DES. (18)

Les séances de tutorat sont au nombre de dix par an et réunissent neuf tutorés et au moins un tuteur. Les tuteurs peuvent ainsi s'organiser entre eux pour être présents ou non aux séances. Lors de la promotion 2017-2018, celles-ci s'organisent sous différentes

modalités ; il peut s'agir de cours théoriques, de jeux de rôles ou encore de GEAP avec une situation thématifiée ou aléatoire. Lors de ces GEAP, l'étudiant expose une situation rencontrée à son groupe, ce qui fait émerger collégialement des problématiques et des points de vue divers. Ce travail a pour but de renforcer la réflexivité et d'optimiser le développement des compétences sollicitées. (18)

Le portfolio est pour Paulson et Meyer "une collection réfléchie de travaux de la part d'un étudiant, une sélection qui démontre ses efforts, ses progrès et ses réussites dans un ou plusieurs domaines" (19). Pour la promotion 2017-2018, celui-ci devait contenir un RSCA par semestre et une trace d'apprentissage dans chacune des onze familles de situation. (18) L'étudiant partage ainsi son portfolio avec son tuteur et celui-ci peut débriefer sur les compétences de son interne et choisir d'approfondir tel ou tel point qu'il aura ou qu'ils auront, ensemble, identifié. Le portfolio est alors, à la fois, un support d'apprentissage et un moyen de démontrer le développement de ses compétences dans l'optique d'une évaluation. (18)

Le RSCA, par sa réflexivité, est théoriquement un outil de formation qui entre pleinement dans le nouveau modèle pédagogique du paradigme d'apprentissage. L'étudiant retranscrit sous forme de récit une situation professionnelle qui lui a posé problèmes. Le but étant d'aborder plusieurs aspects tels que l'éthique, le médical, l'administratif, le relationnel etc. Une fois ces problématiques individualisées, l'étudiant effectue des recherches pour répondre et progresser dans les compétences qu'il aura lui-même identifiées comme non acquises. Ce travail met donc en avant la réflexivité de l'étudiant. (20)

Les traces d'apprentissage sont des RSCA de plus courte longueur avec une ou deux problématiques simples. Elles comportent un récit de quelques lignes et un travail de recherche court pour répondre à ces problématiques. Les recherches allient des recommandations, des articles scientifiques, des avis de spécialistes ou des échanges de pairs,

ce qui a pour but d'inciter l'étudiant à de l'auto-formation. Le travail se conclut ensuite par une synthèse de ce qu'a retenu l'étudiant de la situation rencontrée. (21)

Pour valider un stage, l'étudiant doit satisfaire à une condition de présence minimale et à un certain niveau de compétence. Ainsi, à la fin du stage, le maître de stage remplit une grille d'évaluation de compétence qui est partagée avec le tuteur de l'interne afin que celui-ci ait un retour sur les capacités de l'interne en stage. Par ces informations, le tuteur peut alors adapter sa formation. (18)

Les entretiens individuels sont des rencontres entre le tuteur et son interne. Ce sont des moments privilégiés pour entretenir le relationnel et aborder des sujets comme la formation, les projets professionnels ou les besoins de l'interne. En amont, une autoévaluation des compétences peut être demandée par le tuteur pour confronter les deux versions. La fréquence de ces rencontres est variable selon la demande et les besoins des deux intervenants. (18)

Voilà les éléments qui théoriquement permettent à l'étudiant une formation active et réflexive. En parallèle à ce suivi, le tuteur a aussi un rôle dans l'élaboration d'un projet de thèse et dans la validation du DES de son interne. Avant la fin de l'internat, l'étudiant doit avoir choisi un sujet de thèse ; il soumet alors à son trinôme de tuteur une idée de sujet de thèse avec un projet méthodologique en lien avec la médecine générale. Celle-ci est alors validée ou non par le groupe de tuteurs. (18) Enfin, le tuteur a un rôle dans la certification du diplôme de son interne. L'obtention du DES nécessite la validation des stages de la maquette, un portfolio complet et des compétences médicales acquises. Le trinôme de tuteur de l'interne étudie donc ces paramètres ainsi que les données des entretiens collectifs et individuels puis après une présentation d'un RSCA de l'interne, les tuteurs délibèrent et

rendent un verdict. Le tuteur a donc un rôle dans la formation et l'évaluation de son tuteuré.
(18)

En 2020, la première génération d'internes ayant bénéficié du tutorat réformé a fini leur cursus. Il nous semble important de réaliser le retour d'expérience des internes mais aussi des tuteurs qui sont au centre de ce dispositif. De plus, peu d'études ont été réalisées dans l'académie de Strasbourg, sur la mise en place du tutorat. Dans la littérature, en 2019, Dr BROU a recueilli les premières impressions des internes après une année de ce nouveau système de tutorat à Strasbourg. Les étudiants ont reçu de manière favorable ce système de tutorat avec un tuteur attiré et les séances collectives cependant les critiques se concentrent surtout sur les travaux écrits tels que le RSCA. (22) Puis en 2022, l'étude réalisée par les Drs CAUQUIL et FALQUET a permis d'évaluer le dispositif de tutorat du point de vue des internes et des tuteurs dans une approche quantitative. Elles ont recueilli les avis concernant l'organisation générale du tutorat, les différentes modalités pédagogiques et les thèmes abordés. (23) Par l'étude quantitative, les auteures n'abordent pas le côté humain, telle la relation tuteur-tuteuré qui est la pierre angulaire de la réforme.

Par notre étude, nous allons donc essayer de comprendre, via une approche qualitative, l'apport et les limites du tutorat, tenter d'en cerner ses ambivalences et recueillir le plus fidèlement possible l'avis des tuteurs et des tuteurés. Un autre des objectifs soulevé par notre travail est aussi de découvrir comment le changement de paradigme a été perçu, d'une part, par des tuteurs qui sont issus d'une formation verticale avec une représentation ancrée dans le paradigme d'enseignement et une vision scientifique de la médecine ; et, d'autre part,

par des internes sortant de six années de formation qui prônent l'accumulation de connaissances théoriques pures, de plus en plus imprégnées d'une approche par objectif avec des référentiels scindés en Unité d'Enseignement et le passage d'examen sous forme de QCM.

Nous avons donc choisi d'apporter une réponse à ces questions via la problématique suivante : Comment les tuteurs et les tutorés ont-ils vécu la mise en place d'un tutorat pour le troisième cycle de médecine générale dans la faculté de médecine de Strasbourg ?

Matériel et méthode

I. Objectif

L'objectif principal de cette étude est de recueillir le ressenti des tuteurs et des tutorés sur la mise en place d'un tutorat à la faculté de médecine de Strasbourg, initié à la rentrée 2017. Les objectifs secondaires sont de trouver des axes d'améliorations à ce nouveau dispositif pédagogique.

L'étude sur les tuteurs a été menée par M. NOWICKI Benoit.

L'étude sur les tutorés a été menée par M. LIN Gilles.

II. Type d'étude

Pour répondre à ces différents objectifs, notre étude se divise en deux enquêtes avec chacune une approche qualitative et rétrospective : l'une pour évaluer le ressenti du tuteur, l'autre le ressenti du tutoré.

Le choix d'une méthode qualitative a été privilégié car il était important pour nous d'intégrer au maximum le facteur humain pour avoir la description la plus précise du dispositif, recueillir au mieux les interprétations des participants et pouvoir aborder des thèmes méconnus initialement.

Afin d'évaluer la globalité du cycle d'un tutorat donc de 3 ans, il nous est apparu comme pertinent de débiter nos entretiens à la fin de celui-ci, c'est pourquoi cette étude est rétrospective.

Ces entretiens ont été réalisés sur un mode semi-dirigé à réponse libre avec un guide d'entretien évolutif.

Les résultats obtenus ont fait l'objet d'une analyse catégorielle thématique avec une analyse linguistique et ont bénéficié d'une double relecture.

III. Population étudiée

La population étudiée représente les tuteurs et les internes de la faculté de médecine de Strasbourg de la première promotion concernée par la réforme du 3ème cycle, c'est-à-dire celle ayant débuté leur internat en novembre 2017 et ayant terminé en octobre 2020.

La liste des tuteurs et des tutorés a été obtenue par mail avec l'approbation du responsable du département de médecine générale de Strasbourg.

Concernant l'enquête auprès des tuteurs :

Les critères d'inclusions étaient d'être le tuteur d'un interne de médecine générale à la faculté de médecine de Strasbourg de novembre 2017 à octobre 2020, soit 39 tuteurs.

Les critères d'exclusion étaient l'interruption du tutorat avant le terme de ces trois années de tutorat. Était aussi exclu, le groupe de tuteurs ayant tutoré l'enquêteur afin d'éviter un biais de jugement.

La population étudiée est donc de 35 tuteurs.

Concernant l'enquête auprès des tutorés :

Les critères d'inclusions étaient donc d'être tutoré de médecine générale à la faculté de médecine de Strasbourg de novembre 2017 à octobre 2020, soit 116 tutorés.

Les critères d'exclusion étaient la non-réalisation d'un cycle complet du tutorat ou les internes des promotions plus récents ayant débuté leur internat après 2017.

La population étudiée est donc de 114 tutorés.

IV. Préparation des entretiens

Nous avons opté pour des entretiens semi-dirigés à réponse libre car nous voulions étudier le ressenti de cette nouvelle réforme dans sa globalité avec des réponses et une réflexion libre permettant une certaine interactivité et permettant de faire émerger des thèmes méconnus.

Pour ce faire, un guide d'entretien, pour chaque enquête, a été confectionné servant de trame directrice lors des entretiens. Les guides d'entretien ont été construits sur une forme semi-structurée avec des questions ouvertes laissant ainsi la possibilité d'ajouter de nouvelles questions ou modifier l'ordre des questions au fur et à mesure de l'entretien.

Ces deux guides d'entretien ont été, initialement, confectionnés de manière complémentaire de sorte à avoir le point de vue des tuteurs et des tutorés sur le plus grand nombre de thématique commune. Puis, étant donné leur modèle évolutif, les guides

d'entretien se sont adaptés en fonction des réponses précédentes pour aborder de nouvelles thématiques.

Les guides d'entretien ont été testés et validés par une tierce personne afin de vérifier la compréhension, la logique et la pertinence des questions.

Concernant l'enquête sur les tuteurs :

Le guide d'entretien a été construit sur quatre parties avec des questions abordant :

- la motivation du tuteur et ses attentes sur le tutorat
- les fonctions du tuteur
- l'impact du tutorat sur les tuteurs
- les points positifs et négatifs avec les pistes d'amélioration du tutorat. (ANNEXE 2)

Concernant l'enquête sur les tutorés :

Le guide d'entretien a été construit sur cinq parties avec des questions abordant :

- la relation du tutoré avec son tuteur
- leur expérience du portfolio
- leur vécu des séances de tutorat
- les points positifs et les points négatifs du tutorat
- leur envie de devenir tuteur à leur tour. (ANNEXE 3)

V. Déroulement des entretiens

Concernant l'enquête sur les tuteurs :

Les entretiens se sont déroulés de novembre 2020 à septembre 2021.

Les tuteurs ont été contactés pour participer à cette étude via un mail groupé sur leur messagerie universitaire. Trois mails ont été envoyés avec trois mois d'écart entre les deux relances. Après la participation d'un tuteur à l'étude, son adresse mail n'était pas supprimée et figurait encore sur les mails groupés afin de garder l'anonymat du participant. Tous les tuteurs ayant répondu favorablement pour participer à l'étude ont été interrogés.

En tout, neuf entretiens ont pu être réalisés. Cinq entretiens ont été réalisés par visioconférence via l'application Zoom et quatre entretiens ont été réalisés en présentiel. Les entretiens réalisés en présentiel ont tous été réalisés sur le lieu de travail du tuteur.

Avant chaque entretien, le sujet de la thèse était rappelé et nous garantissons l'anonymat de l'enquêté. Les entretiens ont, avec l'accord des participants, été enregistrés via l'application mobile Dictaphone sur Iphone.

Les entretiens individuels ont été poursuivis jusqu'à saturation des données.

Concernant l'enquête sur les tutorés :

Les entretiens menés avec les internes ont débuté en décembre 2020 et se sont terminés en juin 2021.

Les internes interrogés ont été sélectionnés par l'interrogateur, en évitant de choisir deux internes ayant le même tuteur. Le but est de recueillir le ressenti des internes faisant

partie de plus de groupes différents. Le recueil des données s'arrête après saturation des données.

En tout, douze internes ont été contacté, et tous ont accepté l'entretien.

Quatre entretiens se sont déroulés en présentiels. Les huit autres se sont déroulé en visioconférence via l'application Messenger, en raison du contexte épidémique de COVID 19 et des recommandations en vigueur au moment des entretiens.

Tous les entretiens ont été enregistré via l'application mobile Dictaphone sur Iphone.

Avant de débiter l'entretien, nous avons rappelé systématiquement le sujet de l'étude et garantis aux sujets interrogés l'anonymat dans le but de recueillir le plus librement la parole. Chaque interne a reçu un numéro en fonction de l'ordre de passage.

VI. Retranscription

Concernant l'enquête sur les tuteurs :

Nous avons opté pour une retranscription sociologique à partir de l'enregistrement audio via le logiciel de traitement de texte LibreOffice©, afin d'être le plus exacte dans l'analyse de l'expression verbale et non verbale.

Pour garantir l'anonymat, le nom des tuteurs étaient remplacés par un chiffre correspondant à son ordre de passage.

Concernant l'enquête sur les tutorés :

Les entretiens ont été retranscrits fidèlement à partir des enregistrements, à l'aide du logiciel de traitement de texte Microsoft Word©. Les noms et prénoms cités ont été systématiquement substitués par une lettre de l'alphabet prise au hasard.

VII. Analyse des résultats

Concernant les deux enquêtes, l'analyse des données a été réalisée au fur et à mesure des entretiens. Le chercheur pour l'étude sur les tutorés s'est aidé du logiciel en ligne ATLAS pour le codage. Aucun logiciel n'a été utilisé pour l'étude sur les tuteurs.

L'étude des données s'est faite selon une approche inductive.

L'analyse linguistique s'est principalement intéressée sur l'analyse lexicale portant sur la recherche de champs lexicaux et l'étude de différents modalisateurs mais aussi sur une analyse syntaxique, ce qui nous a permis de renforcer certaines idées ou d'en faire émerger d'autres.

RÉSULTAT : PARTIE TUTORÉS

	Caractéristiques de l'interne		Caractéristiques de son tuteur			Durée de l'entretien
	Sexe	Âge	Sexe	Âge	DMG ?	
P1	F	26	F	35	Oui	21minutes06
P2	H	27	F	31	Oui	33minutes45
P3	F	28	H	35	Non	28minutes54
P4	F	28	F	35	Oui	35minutes34
P5	H	29	H	42	Non	55minutes57
P6	F	29	H	65	Non	39minutes52
P7	F	27	H	60	Oui	44minutes38
P8	H	27	F	35	Oui	33minutes37
P9	F	28	H	55	Non	50minutes19
P10	F	28	F	40	Non	37minutes28
P11	F	28	F	50	Non	24minutes04
P12	F	29	F	50	Non	34minutes50

Concernant les caractéristiques des internes interrogés, nous constatons que la population est constituée majoritairement de femmes, neuf contre seulement trois hommes. Pour le sexe de leurs tuteurs, la différence est moins marquée. Pour l'âge des internes, la moyenne est de 28 ans qui correspond à l'âge atteint à la fin des études de médecine générale. Pour les tuteurs, les trois plus âgés sont des hommes alors que les plus jeunes sont majoritairement des femmes. Ceci est cohérent étant donné la féminisation de la profession médicale depuis quelques années. Enfin, la durée moyenne est de 36 minutes.

I. La relation tuteur- tuteuré

La grande nouveauté de la réforme est l'attribution d'un tuteur à chaque interne pendant les trois années d'internat. Nous allons nous intéresser à la relation développée entre l'interne et le tuteur, du point de vue de l'interne.

Pour cela, nous avons décidé d'exposer sous forme d'un tableau les résultats des entretiens. Les deux premières colonnes relèvent les problèmes rencontrés par les tuteurés et si oui ou non le tuteur y a répondu. Nous avons relevé les verbatims utilisés par l'interne pour qualifier et désigner son tuteur, et l'emploi ou non du tutoiement. Enfin, la dernière colonne expose si l'interne a changé de tuteur.

	Problème rencontré au cours de l'internat	Réponse aux problèmes	Nom ou adjectif désignant le tuteur	Qualificatif employé pour qualifier la relation tuteur- tuteur / Relation de confiance	Tutoiement	Changement de tuteur
P1	Questionnement mineur	Oui	Accompagnement/ aidants/ bienveillants / presque devenus une amie	Amicale / Relation de confiance	Oui	Non
P2	Questionnement mineur	Oui	Ouverte d'esprit / dynamique / très sympathique	Cordiale	Oui	Non
P3	Questionnement mineur	Oui	Jeune/ moteur/ dynamique / courtois/ joli / un modèle	Le courant est passé entre nous / Relation de confiance	Oui	Non
P4	Problème majeur en stage	Oui	Soutien/ confidente / psychothérapeute	Très bonne / Relation de confiance /	Oui	Oui
P5	Besoin de soutien au cours d'un stage	Oui	Fluctuante / guide / de qualité / confident	Bonne relation	Oui	Non
	Problème avec travaux universitaires	Conflit avec le tuteur	Policier / professoral / répressif / exigeant	Dégradée/ houleuse / hiérarchique		
P6	Problème majeur en stage	Oui	Très sympathique / compréhensif / compatissant / rassurant / pas envahissant	Ultra light / cordiale	Non	Non
P7	Aide dans l'acceptation de la spécialité médecin générale	Oui	Conseiller / à l'écoute / présent / réactif / très disponible / réconfortant / calme	Amicale / cordial / confiance	Non	Non
P8	Besoin de soutien au cours d'un stage	Non	Insupportable / déconnectée / hyper exigeante / peu aidants / psychorigide / inadaptée / décourageante / épuisante / exaspérante	Relation formelle complètement protocolisée / hiérarchie	Oui	Non
P9	Problème majeur en stage	Oui	Présent / réactif / rassurant / très instructif / aide	Amical / de professionnel à professionnel	Oui	Non
P10	Questions pratiques, stage, thèse	Non	Pas spécialement de contact / correcteur	Purement professionnel	Non	Non
P11	Questionnement mineur	Oui	Mentor/ personne référente / médecin installée/ soutien moral / réconfortante / guide	Très bonne / vraie confiance/ bienveillante / à la bonne franquette	Oui	Non
P12	Besoin de soutien au cours d'un stage	Non	Perdue / tête en l'air/ aucun contact / pas présente	Inexistante / aucune relation / aucune confiance	Non	Non

Au vu des résultats, nous pouvons faire plusieurs remarques globales. En premier lieu, la grande majorité d'entre eux ont uniquement eu besoin de quelques conseils ou de soutien. Alors que trois des tutorés interrogés (P4, P6 et P9) ont eu de problèmes importants lors des stages, à savoir des difficultés avec une charge de travail qui a entraîné de l'anxiété et un syndrome d'épuisement professionnel chez l'interne P4. Dans ces situations, les tuteurs ont tous répondu présents, et leurs relations tuteur- tutoré se sont retrouvées renforcées, à l'exception de P9.

Deuxièmement, ceux qui sont les plus critiques n'ont pas eu de souci majeur pendant leur cursus. Un interne a vécu un conflit avec son tuteur et la relation s'est retrouvée affectée à la suite de cet épisode.

Troisièmement, nous remarquons que l'emploi du tutoiement n'est pas gage d'une bonne relation tuteur-tutoré. Certains qui ont eu une bonne relation avec son tuteur le vouvoyait et inversement.

Et enfin, une interne a essayé un changement de tuteur en cours d'internat.

A. Les rôles du tuteur

En reprenant les qualificatifs que les internes utilisent pour désigner leur tuteur, nous pouvons leur dégager plusieurs rôles.

Tout d'abord, le tuteur était principalement vu comme un confident et un soutien (P3, P4, P6, P7, P11). C'est la personne à l'écoute de l'interne où il peut discuter des problèmes personnels et professionnels. Des questionnements divers que rencontrent tous les internes

en particulier au début de l'internat, et dont la solution réside le plus souvent dans la discussion. Une interne qualifie même son tuteur de « *psychothérapeute* » (P6).

Le tuteur est également la personne qui a de l'expérience dans la pratique clinique médicale (P1, P3, P5, P7, P11). Accompagnant l'interne tout au long de l'internat, il a un rôle de transmission des connaissances tel un « *mentor* » ou un « *guide* ». Il est parfois perçu comme un « *modèle* » pour certains.

Par ailleurs, le tuteur peut jouer un rôle plus scolaire, il est l'évaluateur des compétences de l'interne (P5, P8). En effet, c'est lui qui note, juge et valide les travaux facultaires. « *Correcteur* » pour certains internes, il peut être perçu plus sévèrement comme « *professoral* » ou « *policier* » par d'autres.

Enfin, nous constatons que le tuteur est aussi un référent, vers qui les internes s'adressent en cas de problème majeur, en particulier lors de stage (P4, P6, P9). Il fait le lien avec les instances dirigeantes afin de trouver des solutions pour son interne.

B. Une bonne relation tuteur-tutoré, une relation de confiance

En nous basant sur les verbatims recueillis dans le tableau, les internes disent qu'une bonne relation tuteur-tutoré est basée sur une relation de confiance. En effet, le terme « *confiance* » est cité dans sept entretiens (P1, P2, P3, P4, P7, P9, et P11) où la relation tuteur-

tutoré a été jugé bonne. Nous pouvons dégager plusieurs facteurs qui influencent la construction de cette relation, certains la favorisent, d'autres en sont des freins.

1) Comment aboutir à une relation de confiance ?

Dans une relation, les deux acteurs ont chacun un rôle à jouer. D'un côté, le tuteur doit être pleinement investi pour son tutoré, c'est-à-dire avoir un rôle actif et être disponible ; d'un autre côté, l'adhésion de l'interne dans cette relation est aussi un facteur décisif. Entre les deux, une bonne communication est nécessaire pour établir cette relation.

a) Une bonne communication entre le tuteur et son tutoré

Dans le tableau, nous retrouvons un grand nombre d'adjectif qui peut qualifier la communication du tuteur : « *bienveillante* », « *courtois* », « *réconfortante* », « *rassurante* », « *soutien moral* ». Cela montre bien l'importance d'une communication de qualité pour établir une relation de confiance.

Nous retrouvons un qualificatif récurrent dans plusieurs entretiens, l'ouverture d'esprit. Il désigne le fait que le tuteur est capable d'écouter toutes les questions sans jugement et il fait preuve de compréhension pour les idées qui diffèrent des siennes. Nous pouvons l'illustrer avec un exemple de l'interne P7. Elle a choisi la spécialité de médecine générale par défaut, initialement elle souhaitait devenir oncologue. Un tuteur pendant la séance de tutorat l'a fortement critiqué « *c'est n'importe quoi, tu dénigres la médecine*

générale, c'est une spécialité à part entière ». Alors que son tuteur l'a soutenu et même accompagné : « *Il a pris le temps de connaître ma formation, mes idées premières de devenir oncologue, il ne m'a pas jugé alors que d'autres tuteurs l'avaient fait durant cette séance. Il m'avait vraiment accompagné, il m'a écouté* ».

b) Un tuteur investi

L'investissement du tuteur peut se traduire de plusieurs façons qui font écho aux différents rôles que nous avons abordé dans la première partie.

- Un tuteur qui connaît son interne

Tout d'abord, les tuteurs ont cherché à connaître leur interne pour établir cette relation de confiance. En effet, ils leur ont posé des questions à la fois sur le plan professionnel (leurs parcours, les difficultés rencontrés, la situation actuelle, et leur projet) et sur le plan personnel (l'environnement social). Ils évaluent aussi les attentes spécifiques afin de proposer une aide et un suivi personnalisé. « *Il prenait vraiment le temps de faire le point : comment se passe l'internat, comment ça se passe ta vie. ; est ce qu'il y a des choses particulières que tu veux discuter* » (P3) ; « *elle me posait des questions très personnelles sur mon ressenti par rapport à tout mon cursus, sur mes soutiens familiales ou amicales ; pour évaluer mon entourage* » (P4).

La connaissance de l'interne passe aussi par un suivi tout au long des trois années d'internat en prenant des nouvelles régulièrement : *« il était présent, disponible en cas de besoin. Il prenait des nouvelles régulièrement »* (P11).

- Un tuteur actif

Le tuteur a également un rôle actif dans la relation. Notamment concernant les travaux universitaires où il relance les internes pour qu'ils soient dans les délais, il apporte une correction éclairée pour les faire réfléchir. De plus, il n'hésite pas à les encourager et les féliciter. *« Dépêche-toi, envoie-moi des trucs, il faut y aller. Un rôle moteur comme je disais »* (P3) *« Il a tendance à me relancer mais toujours de façon courtois et très poli »* (P4) ; *« Par exemple, quand j'ai envoyé mes travaux. Il ne me répondait pas juste sur mon travail, si c'est bien ou pas. Il me faisait des corrections explicatives. Il détaille les commentaires, il raconte ses expériences avec des situations perso avec des patients. C'était très instructif »* (P9).

Ce rôle moteur ne doit pas être confondu avec un rôle d'examineur, de contrôle. Les internes précisent bien que la relation n'est pas une relation *« hiérarchique »* : *« Il avait juste l'expérience qui parlait mais il n'y avait pas d'hierarchie entre nous. C'était plutôt facile de discuter avec lui »* (P1) ; *« A partir de la 2eme année, quand j'envoyais mes travaux, j'attendais son retour plus serein, avec une relation de professionnel à professionnel »* (P9).

- Un tuteur disponible

Quand nous interrogeons les participants sur les qualités essentielles pour être tuteur, la qualité principale qui ressort est la disponibilité : « *c'était qu'il puisse être disponible si j'avais des questions, si j'avais des hésitations par rapport à l'internat* » (P3) ; « *Un tuteur qui est présent, qui se rend disponible* » (P9).

Pour les internes, la disponibilité signifie que le tuteur doit être présent pour répondre aux interrogations qui peuvent être d'ordre médicale, facultaire, ou plus personnel : « *il m'est arrivé d'avoir marre de l'internat, je pouvais la solliciter sans problème* » (P2).

Cependant nous pouvons nuancer ce propos. Dans certains cas, le tuteur peut prendre un certain temps pour répondre. Une interne décrit bien la situation : « *Quand tu arrivais à le joindre, on pouvait vraiment faire le point et discuter ensemble. C'est vrai que la plupart du temps, c'est difficile, il ne répond pas au mail, il prend du temps pour relire le portfolio ... Il a sa vie de son côté* » (P3). Pour elle, cela n'a pas empêché de tisser une relation de confiance avec son tuteur.

c) Vers une relation amicale

Deux internes ont utilisé le champ lexical de l'amitié pour qualifier leur relation avec leur tutorat, pour des raisons différentes.

D'un côté, l'interne P7 qualifie sa relation avec son tuteur d'amicale. Elle justifie par un accompagnement exceptionnel : « *connaître* », « *écouter* », « *conseiller* » et « *accompagner* », elle s'est sentie « *chanceuse* » d'avoir eu ce tuteur. Il existe une certaine proximité, elle l'appelle par son prénom. Cependant, elle nous avoue le vouvoyer et garde un certain « *respect* » pour lui.

D'un autre côté, l'interne P1 qualifie la personne du tuteur « *presque une amie* ». En effet, pendant l'entretien, nous avons senti une certaine familiarité, qualifiée de « la **prénom** ». Elle est une jeune tutrice qui vient de sortir de la faculté, la relation a été d'autant plus facile à tisser. Cela a permis d'aborder des sujets « *plus personnels* ». « *Après la dernière séance, nous nous sommes dit qu'on allait rester en contact, et se donner des nouvelles* » nous confit-elle.

Au contraire, cette relation d'amitié n'est pas partagée par tous les internes. A cette question, l'interne P11 réfute ce qualificatif, et préfère qualifier son tuteur de « *mentor, une personne référente mais bienveillante sur qui tu peux t'appuyer en cas de besoin ; quelqu'un qui apporte aussi son expérience* ».

d) Un tuteur référent en cas de problème

Des internes qui ont rencontré des problèmes au cours de leur cursus ont vu leur tuteur comme un référent seulement si une relation de confiance a été instaurée. En effet, trois internes interrogées nous rapportent des difficultés lors de stage, deux d'entre elles se sont retournées en premier lieu vers leur tuteur.

Pour l'interne P4 qui entretenais une bonne relation avec son tuteur, ce dernier a été informé de la situation dès le début des difficultés : *« j'ai envoyé un mail à ma tutrice à ma première garde où j'ai pleuré dès que je suis rentré chez moi »*. Pour l'interne P9 qui a mal vécu plusieurs stages, elle en a parlé qu'au moment où une relation de confiance a été instauré : *« C'est à ce moment-là que je me suis dit qu'il fallait que j'en parle »*. Alors que pour l'interne P6, c'est une amie qui a prévenu les autorités.

Dans les trois cas, les tuteurs ont été à l'écoute, *« compatissant et compréhensif »* comme a qualifié P6. Leurs rôles ont été également de transmettre la situation à l'instance compétente, le DMG. Puis un travail de soutien psychologique a été conduit par les tuteurs : *« Il était là pour me rassurer, il me disait que ça arrive à tout le monde, que je n'étais pas un mauvais médecin. Il m'a dit qu'il faut que je mette en arrêt le temps qu'il faudra. Il m'a rassuré sur mon métier, sur mes compétences. Il m'a raconté ses expériences personnelles pour me montrer que je n'étais pas seule »* (P9).

2) Les freins à une bonne relation tuteur-tutoré

Nous avons interrogé plusieurs internes qui n'ont pas tissé de bonne relation avec leur tuteur. Plusieurs explications ont été retrouvés.

a) Un tuteur indisponible

Un tuteur qui n'est pas disponible est un frein à une bonne relation tuteur-tutoré. C'est un tuteur qui ne fait pas de retour concernant les travaux universitaires : « *je n'ai jamais eu aucun retour sur ces échanges ; et aussi aucun retour sur mes RSCA, sur les 5 que j'ai fait, j'ai eu une fois un retour de mail de 3 lignes. (...) Et vers la fin de l'internat, j'ai demandé un avis sur mon portfolio, il ne m'a jamais répondu* » (P6). Cette interne qualifie même sa relation de « light », traduit par légère.

Pour certains, il ne fait pas non plus de retour quand l'interne rencontre des problèmes en stage, dont la réponse reçue est « *l'indifférence* » selon l'interne P12. Elle utilise le qualificatif « *inexistante* », ce qui est justifié dans l'exemple suivant : « *Quant au bout de 3 ans, elle ne savait pas comment je m'appelais et qu'elle a envoyé la convocation pour la dernière réunion à ma collègue qui s'appelait Mxxx et pas Mxxxx* ». Pourtant, elle estime que le tuteur pourrait « *l'aider pour beaucoup de choses* ».

b) La crainte de l'évaluation

Le tuteur a un rôle d'évaluateur et a un pouvoir de validation des travaux. Même s'il ne l'exerce pas, cela peut créer une sensation de crainte chez certains internes : « *La première chose, c'était la peur d'être invalidée (...) j'avais la crainte de la sanction, qu'on t'invalidé parce que ce que t'as fait ce n'est pas bien* » (P5) ; « *Si on ne fait pas le RSCA comme elle veut, on serait invalidé ... je pense qu'à ça* » (P8).

Dans le cas de l'interne P5, ce rôle de tuteur qui valide ou non a brisé la relation de confiance entre les deux. En effet, le conflit a débuté par un désaccord sur un RSCA qui ne serait pas rendu à temps. Il s'est cristallisé par une menace d'invalidation. L'histoire s'est terminée devant les instances du DMG qui a finalement validé les travaux de l'interne. Cette menace justifiée ou non, a cassé la relation de confiance selon le tutoré : « *Avant cet épisode, je discutais avec lui du stage, de mes difficultés ; ce que je faisais plus après, je ne voulais plus confier, je ne voulais plus partager avec lui de ce que je voyais en stage* ».

c) Un tuteur exigeant

Un tuteur exigeant est aussi un frein à la construction d'une relation de confiance. Pour l'interne P8, cette « *hyper exigence* » s'est exprimé par des critiques sur ses travaux, des demandes de corrections qualifiées d'abusives ou d'ajout de problématiques par exemple.

L'interne exprime une certaine frustration, de faire un tel travail alors que d'autres ne le font pas : « *alors que je vais plus loin que beaucoup d'autres co-internes* » ; l'utilisation du terme « *exaspère* » à plusieurs reprises est un autre exemple. Pour qualifier sa tutrice, l'interne utilise des adjectifs très dures, rapportés dans le tableau. Pendant l'entretien, nous avons ressenti même de la colère contre le tutorat.

d) Un interne désinvesti

Pour finir, l'interne joue également un rôle dans cette relation. Son investissement peut se traduire par l'implication dans les travaux écrits, le respect des délais fixé par la faculté et

un intérêt pour le tutorat. Si cela n'est pas rempli, cela peut-être un frein à la construction d'une bonne relation. Nous pouvons donner plusieurs exemples de situations. Dans le cas de l'interne P5, le conflit avec son tuteur a débuté par un retard de rendu d'un RSCA, cela a causé la rupture de la relation de confiance. Dans le cas de l'interne P8, il n'est pas réceptif au projet du tutorat.

C. Le changement de tuteur

Nous avons un cas de changement de tuteur pour l'interne P4. La raison n'est pas en lien avec une mauvaise relation, c'est le tuteur qui a arrêté pour des raisons personnelles. L'interne est « *déçu* » de ce changement. « *La relation a été moins forte mais elle était très présente aussi puisqu'elle faisait partie de mon groupe de tutorat (...) c'est vrai que je n'ai pas noué la même relation* ».

Parmi les internes interrogés qui ont développé une mauvaise relation avec leur tuteur, aucun n'a fait une demande de changement de tuteur. Plusieurs raisons ont été exposées. D'un côté, l'interne P8 n'a finalement pas voulu car « *ça serait trop d'embarrât, de complication juste pour ça. Des fois je regrette, j'aurais peut-être dû le faire* ».

D'un autre côté, pour l'interne P5, la rupture s'est déroulée en dernière année d'internat, développer une relation de confiance avec un nouveau tuteur pour une année ne valait pas la peine : « *Mais si ça s'était passé lors de la première année par exemple, clairement, j'aurais voulu changer* ».

Enfin l'interne P12 nous avoue qu'elle se sent « *tranquille* » concernant les travaux facultaires avec un tuteur quasiment absent : « *ça m'arrange qu'il ne soit pas trop regardant dans le travail à fournir. Je suis plutôt tranquille* ».

Cependant, certains internes notent l'importance de pouvoir changer de tuteur s'il y a des conflits ou si la relation est mauvaise : « *le courant est passé dès le début, j'étais contente d'avoir le même tuteur. J'imagine que si c'était l'inverse, d'avoir eu un tuteur distant avec des difficultés de communication, j'aurais été plutôt contente de changer.* » (P3)

D. Les séances individuelles

La moitié des internes déclare avoir eu des séances individuelles avec leur tuteur. La plupart ont eu uniquement une ou deux séances essentiellement en début d'internat. Deux internes ont eu des séances plus régulières à savoir une par semestre.

Nous pouvons noter que les séances individuelles au début de l'internat se déroulent dans un café, ce qui est très apprécié : « *on s'est vu dans un café pour faire le point sur les travaux personnels à rendre, sur le déroulement de l'internat et du stage. Je trouvais ça bien, ça change un peu des séances dans les locaux de la fac* » (P1) ; « *C'était bien, c'est en dehors du cadre formel* » (P12). Elles sont bien un moyen pour faire le point avec l'interne mais elle ne crée pas forcément de bonne relation avec les internes comme montre les exemples avec les internes P8 et P12 qui en ont bénéficié.

II. Le Portfolio

Pour les internes interrogés, le portfolio correspond aux travaux écrits demandés par la faculté, à savoir les RSCA et les traces d'apprentissage, qui vont servir de support à la validation du DES de médecine générale. C'est donc non seulement un outil d'apprentissage mais aussi un outil d'évaluation.

Pour la moitié d'entre eux, l'idée du portfolio est « *une bonne idée* » (P8, P4), voir « *intéressant* » (P7,P9). Seulement deux d'entre eux sont satisfait du format actuel : « *Ça me paraît correct un portfolio sous cette forme-là* » (P2). A contrario, de nombreux internes sont très critiques, dont une qualifie le portfolio de « *boulet* » (12). L'analyse des entretiens ont permis de dégager plusieurs axes de réflexions.

A. Un outil d'apprentissage

Tout d'abord, le portfolio est perçu comme une nécessité dans le cadre de l'internat pour mettre à l'écrit les idées et les recherches effectuées par l'interne. Il constitue un cadre, un format pour organiser les travaux et inciter les internes à noter les sources des documents utilisés : « *Avec le portfolio, ça nous force à les mettre en ordre et noter les sources* » (P4). Ce qui pourra être utile pour la rédaction de la thèse confie même une interne (P4).

De plus, pour certains internes, il joue un rôle moteur qui les pousse à aller chercher les connaissances : « *ça nous force à chercher des informations qu'on n'irait pas spontanément chercher ; ça nous pousse à être méthodique* » (P9).

Pour d'autres, le fait de faire des recherches et garder des notes écrites, ils le font déjà spontanément : « *on le fait soi-même le portfolio quand on a des soucis* » (P5) ; « *on fait déjà de façon automatique* » (P11).

Au cours des entretiens, la notion de recherche des connaissances par l'interne est récurrente. L'interne est acteur de son apprentissage. A partir de son vécu personnel, ils en tirent des problématiques et effectuent des recherches pour y répondre : « *j'ai fait pas mal de recherche, j'ai traité des problématiques qui m'intéressaient, j'en ai tiré des choses* » (P3). Cela permet aux internes de travailler sur des sujets qui les ont posés problèmes ou qui puissent leur servir dans la pratique courante : « *je prenais des sujets qui me posaient vraiment des soucis en consultation, et que j'avais envie d'approfondir, et que je puisse le ré utiliser* » (P10) ; « *c'est intéressant de raconter les situations, où effectivement j'avais eu des difficultés* » (P9).

L'utilité du portfolio dans la pratique clinique est illustrée par un exemple que relate une interne : « *mon première RSCA m'a permis de me libérer d'une situation où j'avais eu des difficultés pendant mon premier stage. Cela m'a permis d'en parler et ça m'a beaucoup aidé* » (P11). Les entretiens révèlent également qu'une partie des internes trouvent instructifs et intéressants d'aborder les sujets qui sortent du cadre purement scolaire, notamment la psychologie, le relationnel avec le patient : « *Des problématiques qu'on n'aborde pas à la faculté (...) des choses divers et variés pour essayer de creuser des sujets que je ne connaissais vraiment pas* » (P3).

B. Un outil d'évaluation

L'évaluation de l'interne et la validation de DES de médecine générale sont basés en partie sur le portfolio. Le tuteur de l'interne est le seul évaluateur et seul juge. « *Chaque tuteur et chaque tuteuré avaient l'impression de gérer le portfolio à leur manière* » (P3) nous confie un interne. Trois d'entre eux se posent des questions sur l'égalité devant l'évaluation, ils notent une hétérogénéité des travaux et des évaluateurs. En effet, certains peuvent être plus exigeants que d'autres : « *Est-ce qu'ils sont tous du même niveau ? Est-ce que certains tuteurs sont plus exigeants que d'autres ?* » (P5) ; « *certain tuteurs sont plus regardants que d'autres. Du coup, ce n'est pas équitable entre internes* » (P11). Ce qui provoque un sentiment d'injustice chez certains. Nous pouvons rappeler les exemples de détérioration des relations tuteurs- tuteurés que nous avons exposés au chapitre I, qui peuvent aller jusqu'au conflit.

De plus, trois internes rapportent une discordance entre leur pratique médicale clinique et le portfolio. Pour eux, l'évaluation de l'interne doit se faire avant tout en stage, et le portfolio ne reflète pas leurs compétences médicales : « *le plus important c'est le travail fourni en stage* » (P6), « *La qualité de la trace qu'on va rendre pour ce portfolio ne reflète pas du tout notre pratique* » (P10).

Par ailleurs, l'évaluation est parfois mal vécue par les internes, notamment en première année d'internat où ils sortent des ECN : « *Quand on sort des études, on a juste marre de faire ce genre de chose* » (P8) ; « *La première année d'internat, j'en avais marre de tout ça* » (P3). De plus, les critiques ne concernent pas uniquement le côté évaluatif.

C. Un outil critiqué

1) Un outil flou

Le portfolio mise en place cette première année a été perçu par la majorité des internes comme un outil flou dont les modalités ne leur sont pas expliquées : « *Trop flou. Je pense que c'était flou pour tout le monde (...) on ne nous a jamais expliqué en quoi ça consistait* » (P2) ; « *je ne comprenais pas ce qu'on nous demandait, je pensais qu'il fallait faire des fiches type ECN sur des problématiques* » (P3).

Deux internes expliquent également que l'absence de retour sur les travaux par les tuteurs participe à ce flou : « *je n'ai toujours pas compris son utilité (...) je n'ai eu aucun retour de mon tuteur* » (P6).

2) Un outil chronophage

Tous les internes interrogés pensent que la rédaction du portfolio demande beaucoup de temps : « *ça prenait du temps* » (P3) ; « *ça prend du temps sur les heures de formation. C'est très chronophage de faire le récit* » (P5) ; « *le fait de devoir tout rédiger et de tout envoyer, ça me prend un temps fou.* » (P9) ; « *ça me prend un temps fou.* » (P10) ; « *tu passes plus de temps à te justifier que faire des vraies recherches.* » (P12).

Un interne s'interroge même sur le rapport bénéfice/temps passé à la rédaction du portfolio. Il évoque aussi le fait que certains stages demandent un investissement horaire

important et cela ne laisse pas le temps à l'interne de rédiger les travaux demandés :
« *assumer des gros horaires plus les travaux de portfolio, c'est quand même compliqué* » (P5).

3) Un outil imposé, un format rigide

Plusieurs internes décrivent un portfolio dont le format est imposé, la rédaction du RSCA et des traces d'apprentissage sont réglementée : « *il y a trop de restrictions (...) J'ai fait des traces qui correspondaient aux critères mais que je trouve personnellement, moins intéressante.* » (P7) ; « *Le portfolio c'est hyper cadré, hyper rigide et réglementé.* » (P8).

Cette rigidité peut s'expliquer aussi par des thèmes imposés par les 11 familles de situations cliniques, souligne une interne : « *il y a trop de restrictions. Les traces doivent répondre à des critères bien définis aux 11 familles.* » (P7).

4) Un outil inutile en pratique clinique

Malgré l'analyse de situations problématiques, de nombreux internes pensent que le document dans le portfolio ne leur sert pas en pratique clinique : « *j'avoue que je ne les ai jamais utilisés* » (P10) ; « *Ce n'est pas du tout adapté à notre pratique et à notre besoin.* » (P12).

5) RSCA, la recherche de complexité à tout prix

Lors de la rédaction des RSCA, l'interne doit rapporter une situation vécue avec des problématiques dite complexes. Un interne souligne qu'à force de vouloir rechercher la complexité à tout prix, le récit s'éloigne du vécu réel de l'interne. Au point où certains internes confessent d'avoir inventer des problématiques pour répondre aux exigences du RSCA : « *on a tous inventé des RSCA qui ne sont pas des situations cliniques authentiques puisqu'on a fait un « melting-pot » de toutes les problématiques.* » (P4) ; « *Si on a compris comment faire un RSCA, on peut mentir du début à la fin* » (P5).

III. Les séances de tutorat

En abordant les séances de tutorat, huit internes ont globalement un regard positif. Les premiers mots employés lors des entretiens le démontrent : « *c'était une bonne chose* » (P3), « *C'était très intéressant* » (P4) ; « *c'était assez sympa* » (P6).

Alors que les quatre autres tutorés interrogés ont une image plutôt négative, les qualifiant même de « *corvées* » pour l'interne le plus critique.

En étudiant les verbatims des internes, nous pouvons distinguer plusieurs types de représentations des séances de tutorat. Ils peuvent être considérés comme un moment de pause lors de stage, comme un groupe de travail qui réunissent les internes avec les tuteurs médecins pour discuter des pratiques et des prises en charge médicales, ou comme un groupe de parole où les internes peuvent s'exprimer librement leurs ressentis.

A. Les séances de tutorat, un moment de pause

Pour la majorité des internes interrogés, les séances de tutorat sont considérées comme un moment de pause au cours de l'internat. Les termes employés relèvent du champ lexical du repos : « *pause* », « *coupure* », « *permet de souffler* », « *en moins* », « *louper un jour* ». Ces moments sont d'autant plus appréciables pour l'interne pendant les stages difficiles comme souligne plusieurs d'entre eux.

B. Un groupe de travail

1) Séances centrées sur les sciences humaines

Lors du premier semestre de la phase socle, les rencontres du tutorat se déroulent en présence d'un enseignant en science humaine. Les ressentis des internes sont très partagés concernant ces séances, la moitié d'entre eux en ont gardé peu de souvenirs : « *Je n'en souviens presque pas* » (P6) ; « *Ça m'a pas du tout marqué* » (P7) ; « *J'ai des vagues souvenirs* » (P11). Un interne est même étonné d'apprendre que ses séances existaient : « *Je ne savais même pas que ça devait être centré sur les sciences humaines* » (P8).

D'une part, seulement quatre internes ont trouvé ces séances intéressantes voir « *utiles* » (P10). La principale raison invoquée est l'apport d'un point de vue externe au domaine de la médecine. Le sociologue apporte une réflexion nouvelle sur les pratiques

médicaux qui fait questionner les internes : « *elle apportait un point de vue différent* » (P2) ; « *Ça nous bousculait dans nos convictions, nos idées reçues.* » (P3). Il les faisait également réfléchir sur des thèmes qui ne sont pas purement médicaux, comme l'éthique ou l'annonce de diagnostic de maladie grave. « *Après ça, j'ai fait plus attention à mon discours, à choisir les mots* » (P7) nous confie une interne.

Au contraire, les autres internes sont très sévères concernant ses séances, à noter l'utilisation des qualificatifs « *mauvais* », « *ennuyeux* », « *superflu* », « *trop scolaire* », « *inutile* », « *perte de temps* », « *répétitif* » et « *sans intérêt* ». La présence du sociologue est vécue par certains comme une intrusion, avec un regard de jugement sur les internes : « *On s'est senti un peu jugé (...) On réfléchissait avant de parler* » (P4). Trois internes critiquent le côté scolaire des séances de SHS avec « *des devoirs à faire comme au collège* » (P1) ou « *des travaux à la maison* » (P9). Les méthodes d'enseignement sont également pointées du doigt, comme des dessins ou des collages qui sont considérés comme infantilisans : « *on avait eu un sociologue qui nous demandait de faire des dessins (...) j'avais vraiment l'impression de perdre mon temps et de retourner à la maternelle* » (P12).

2) Méthodes d'enseignement

La méthode d'enseignement la plus commune est le groupe de pair, cité par tous les internes. Nous retrouvons dans les entretiens la notion importante de partage d'expérience, c'est-à-dire que chacun apporte son vécu, aussi bien les tuteurs que les internes : « *nous rapportions des situations cliniques qui nous avaient posé problèmes, comme lors de groupe*

de pairs, c'est-à-dire partager les retours d'expérience » (P4) ; « je me rends compte que tout le monde pouvait être en difficulté, interne comme médecin installé depuis 20ans » (P9).

Concrètement, les internes rapportent un cas clinique qui peut être la « *troisième consultation de la veille* » ou un cas en rapport avec un thème donné ou encore un cas qui a posé problèmes, puis ils discutent sur le fond médical ou le ressenti de l'interne à ce moment-là. Cette façon d'enseignement est appréciée par les internes pour plusieurs raisons.

Tout d'abord, cela permet d'être rassuré par des confrères sur la prise en charge effectuée : « *ça fait du bien de pouvoir débriefer avec d'autres médecins, être rassuré ou conforté dans une prise en charge* » (P1).

Puis, l'interne peut s'enrichir des commentaires et des vécus d'autres médecins : « *on partageait nos points de vue sur diverses prises en charge* » (P6).

Enfin, les internes apprécient d'étudier des sujets pratiques et concrets à la différence de cours magistraux : « *C'était très intéressant parce que pour une fois, on sortait du cadre scolaire* » (P4).

Par ailleurs, d'autres séances avec des méthodes originales d'enseignement sont très appréciées par les internes concernés. Nous pouvons relever les exemples suivants :

- Des séances qui ont lieu dans une structure externe au sein d'une équipe de soin palliatif de Haguenau (P2)
- Inviter un représentant d'une association de patients (P3)
- Inviter une profession paramédicale comme un kinésithérapeute (P10).

Cela permet d'offrir un point de vue nouveau aux internes concernés : « *des choses assez pratiques, leur point de vue, leur façon de voir le soin palliatif. Très intéressant comme*

séance » (P2) ; « *C'était nouveau, intéressé, on n'avait jamais fait ça ; c'était pas mal d'échanger avec un patient* » (P3).

3) Sujets abordés

Nous retrouvons une récurrence des demandes pour aborder des sujets dite « *pratiques* », c'est-à-dire des sujets en lien avec l'exercice concret de la médecine générale en cabinet, les exemples les plus cités sont « *la comptabilité* », les « *conditions de remplacement* », « *les tâches administratifs au cabinet* », « *la cotation des actes* », « *les impôts* » ou « *l'installation au cabinet* ». Des sujets en rapport avec la thèse sont également très plébiscités : « *comment marcher Zotero pour la thèse* » (P2).

Plusieurs internes apprécient aborder des sujets à débat sans réel consensus, l'objectif est « *de traiter les situations zone grise, c'est-à-dire des situations où il y a peu d'outil et peu de recommandation.* » Les exemples donnés sont « *la prise en charge des patients gériatriques en ambulatoire lorsque la situation à domicile devient compliquée, au niveau autonomie* » ou la prise en charge d'« *un patient souffrant d'un syndrome de Dyogène.* » (P5)

D'autres internes préfèrent analyser des sujets plus médicaux, plus théoriques : « *des cas apportés par chacun sur un thème, ici le diabète* » (P7) ; « *des thèmes bien précis : la médecine de la femme, la médecine de l'enfant* » (P10) ; « *on reprenait des sujets théoriques et pratiques* » (P12). Ces internes représentent en effet une minorité, a contrario la plupart ne souhaitent pas aborder des sujets trop « scolaires ».

Quelque soit les thèmes abordés pendant les séances de tutorat, la demande de flexibilité est récurrente dans les entretiens, le fait de pouvoir changer de sujets au gré des conversations et des besoins de l'interne : « *soit on n'en avait pas mais on pouvait dévier du sujet facilement* » (P9) ; « *Il faut laisser la possibilité de dévier si les gens en ont besoin* » (P1).

C. Un groupe de parole

La plupart des internes interrogés considèrent que l'intérêt principal des séances de tutorat n'est pas pédagogique : « *l'intérêt du tutorat ne réside pas sur le côté pédagogique* » (P2) ; « *je n'ai pas l'impression que la formation était la priorité* » (P3) ; « *De formation, pas trop* » (P7). Ils estiment que l'important est de rencontrer, de se retrouver et de pouvoir discuter des moments difficiles de l'internat.

D. Un lieu de rencontre

Pour des internes qui ne sont pas issus de la faculté de médecine de Strasbourg, c'est une occasion de rencontrer des collègues de la promotion et des médecins généralistes de la région : « *je ne connaissais pas grand monde, c'était l'occasion de rencontrer des personnes de ma promotion* » (P2) ; « *c'était aussi l'occasion de rencontrer des médecins* » (P3). Ainsi, des relations fortes peuvent se créer au cours des trois années d'internat puisque ce sont les mêmes groupes qui se réunissent pendant les séances de tutorat. Nous pouvons noter la création d'un sentiment de confraternité au sein des groupes : « *une vraie relation entre les étudiants* » (P3). Certains groupes se sont vu même en dehors de séances en aller au restaurant par exemple (P9), ce qui est fortement apprécié par les internes. D'autres avouent

avoir fait des amis qu'ils fréquentent encore aujourd'hui : « *Ça m'a apporté des amis* » (P6) ; « *on est encore en contact aujourd'hui* » (P10).

Nous remarquons également que même les internes qui n'apprécient pas le tutorat, reconnaissent avoir tissé les liens avec les autres tutorés : « *On rigole. C'est une bonne relation* » (P8) ; « *(relation est) bonne, très bonne* » (P12). La relation peut aller jusqu'à « *une certaine confiance* » et une « *complicité entre les tutorés* » (P5).

1) Une liberté d'expression

Dix internes déclarent avoir une liberté d'expression au cours des séances de tutorat. Ils ont la possibilité d'exprimer leur ressenti et de poser leurs questions librement et sans jugement : « *il n'y avait pas de barrière, pas de difficulté à s'ouvrir ou à montrer qu'on n'a pas réussi à faire tel ou tel chose, à montrer nos difficultés* » (P4) ; « *Le fait de ne pas se sentir jugé, c'était bien* » (P5) ; « *Un groupe où on peut tout dire, et se défouler* » (P6) ; « *tout le monde arrivait à dire ce qu'il voulait et à participer* » (P10). Les internes profitent de ce moment pour exprimer leurs difficultés notamment au cours de leurs stages : « *Je trouve que c'est primordial que l'interne puisse exprimer les soucis de stage durant ses séances là* » (P10).

De surcroît, certains arrivent même à s'exprimer sur des situations personnelles difficiles comme un burn out ou le ressenti concernant un décès par exemple : « *on avait beaucoup parlé d'un drame, le décès d'un interne qui était dans le même stage d'une des filles du groupe. C'était difficile pour elle, on avait pu en parler. Une autre interne qui avait fait un burn out pendant son internat ; on l'avait soutenue et elle avait pu s'exprimer dessus.* » (P11). Une interne qualifie les séances de tutorat de « *séance de psychothérapie de groupe* » (P10).

En effet, cela permet d'avoir un soutien moral du groupe, car « *tout le monde est médecin, tout le monde est interne du même niveau donc ils savent ce que c'est que de débiter, ils ont les mêmes soucis en général (...) ça permet de décharger une partie* ».

Sans conteste, des limites existent. Nous pouvons citer les difficultés de s'exprimer de certains internes devant un groupe de personnes : « *j'étais assez mal à l'aise devant les autres* » (P9) ; « *on n'avait pas envie de s'étaler devant 9 autres personnes et les 3 tuteurs* » (P10). De plus, l'ambiance général des séances est aussi dépendante du tuteur qui anime les séances.

2) Les rôles du tuteur au cours de la séance

Au cours de chaque séance, un ou plusieurs tuteurs sont présents. En analysant les entretiens, nous pouvons lui trouver plusieurs rôles :

- Un rôle d'animateur et de superviseur. Il vient avec un programme pour la séance, il régule la parole, il crée : « *une continuité entre les sujets* » (P7), il fait la synthèse à la fin des séances : « *le tuteur qui essaie de gérer tout ce petit monde* » (P3) ; « *Avoir un rôle supervisant, régulateur, au-dessus du débat* » (P6).
- Un rôle de mentor. Le tuteur a les connaissances et l'expérience du terrain, il les apporte aux internes : « *Apporté son expérience personnelle* » (P6) ; « *de médecin généraliste expérimenté* » (P9).

- Un rôle de référent. Le tuteur est à l'écoute et peut faire remonter les problématiques rencontrées par l'interne aux instances supérieures : « *Deux séances plus tard, mon tuteur m'a confirmé que mon problème a bien été remonté* » (P7) ; « *qu'ils étaient disposés à écouter pour faire remonter au DMG* » (P9).

Les trois rôles cités sont bénéfiques d'après les internes. Cependant plusieurs d'entre eux dénoncent des personnalités du tuteur qui leur déplaisent comme une attitude professorale. Le tuteur détient le savoir, il est fermé à la discussion et à l'argumentation : « *on était tous d'accord qu'il était complètement à côté de la plaque. A chaque fois, les cours étaient lunaires (...)* On est arrivé à un stade où on ne discutait plus, on écoutait et on le laissait parler car il n'y avait pas de discussion possible, sinon ça allait systématique au conflit (...) » « *ils sont très universitaires et refusent beaucoup de choses* » (P12) ; « *ça a fini en sermon sur : comment il fallait se comporter* » (P8). Il n'essaie pas de comprendre le ressenti des internes et les fustige : « *Si je me plaignais du stage, il se mettait toujours du côté du maître de stage* » (P7) ; « *il m'a dit : c'est n'importe quoi, tu dénigres la médecine générale, c'est une spécialité à part entière* » (P7). Il est rigide dans la gestion des séances, il impose un sujet et ne veut surtout pas en dévier : « *c'était très fermé justement on avait un sujet qu'il ne fallait pas dévier* » (P2). Finalement, les désaccords peuvent aller jusqu'à « *l'affrontement* » selon une interne.

Nous pouvons noter que l'appréciation des séances de tutorat est dépendant du tuteur qui anime la séance. Nous remarquons également que ceux qui dénoncent les tuteurs « *trop scolaires* » ou « *rigides* » ne sont pas forcément ceux qui n'apprécient pas le tutorat. De plus, deux internes les plus virulents avouent même apprécier certains séances grâce aux tuteurs qui les animent : « *Une séance avec une des 3 tutrices, celle où finalement va arrêter de l'être*

car elle n'est pas en accord avec le DMG (...) C'est bonne ambiance avec elle, on rigole. On est enfin égaux entre tuteurs et tutorés. Elle nous parle comme à un médecin et non à une classe de CM2 » (P8) ; « on reprenait des sujets théoriques et pratiques, c'étaient des conseils sur ce qui pouvait nous aider dans notre pratique quotidienne. Sur ce point, c'était chouette » (P12).

Les séances sont sujettes à d'autres critiques, en particulier à l'organisation de celles-ci ou à certains contenus.

E. Les critiques

1) Difficultés d'organisation

Dans tous les entretiens, les internes déplorent une organisation du tutorat parfois chaotique. D'un côté, les internes et les tuteurs rencontrent des difficultés à s'entendre pour trouver les dates. Chacun a leurs obligations propres. *« Il y avait un peu de cafouillage » (P2) ; « Déjà que trouver une date qui arrange tout le monde, c'est compliqué » (P6).* Parfois le consensus n'est pas trouvé, le tuteur impose les dates ; ce que déplorent beaucoup d'internes interrogés : *« les dates étaient au final imposées malheureusement » (P3) ; « il y a aucun arrangement de la part de nos tuteurs » (P12).* Certains internes sont révoltés car ils doivent adapter leur emploi du temps clinique et leurs congés en fonction.

D'un autre côté, les internes regrettent également le choix du lieu qui revient également aux tuteurs sans aucune discussion possible : *« Imposer un lieu car ça arrange un*

tuteur » (P4). Un lieu qui peut être parfois loin du domicile de l'interne, et qui le pousse à prendre la voiture ou le train dont les frais ne sont pas pris en charge par la faculté. La majorité des internes déplorent cette absence de prise en charge : « *Ça voulait dire payer un billet de train qui n'est pas pris en charge, ça peut revenir cher* » (P7) ; « *il faut payer le trajet soi-même* » (P8).

De plus, toutes les séances de tutorat ont été rendu obligatoires et aucune absence n'est toléré. A l'unanimité, les internes protestent contre cette décision. Un interne fait même le parallèle avec le mythe du médecin qui n'est jamais malade : « *Ça poursuit le mythe comme quoi le médecin n'est jamais malade* » (P8) ; « *c'est la règle rendant toutes les séances obligatoires... c'est incompréhensible.* » (P6). Une interne interrogée rapporte un cas personnel où elle a dû se rendre à une séance de tutorat alors qu'elle était en arrêt maladie : « *J'étais donc en arrêt pour un gros syndrome dépressif, j'étais chez moi au fond de mon lit, fatiguée, j'ai dû me lever pour aller en séance de tutorat pour avoir ma signature* » (P9). Parfois, ce système est même dénoncé par certains tuteurs comme rapporte une interne : « *prêt à faire des efforts car ils (les tuteurs) n'étaient pas d'accord avec le fonctionnement prévu* » (P3).

2) Des séances trop scolaires

Les internes déplorent parfois des séances qui peuvent ressemblées à des cours comme à la faculté durant l'externat où le professeur expose et les étudiants écoutent : « *Je n'aimerai pas quand c'était trop théorique, c'est-à-dire faire des présentations très assez directives et scolaires, très descendant, le tuteur faisait son truc et puis nous, on écoute et on prend des notes.* » (P2) ; « *on assistait comme à un cours de faculté où la prise de parole n'était*

pas naturelle » (P10). De plus, les sujets des cours sont décidés par le tuteur sans concertation avec les internes ; et pendant la séance il leur est impossible de dévier : « *un tuteur qui avait son idée de ce qu'il fallait faire pendant la séance, qu'il ne fallait pas en dévier* » (P3) : « *d'autres sont très rigide, scolaire* » (P7).

Par ailleurs, nous observons une réticence de la plupart des internes à aborder uniquement des sujets médicaux théoriques : « *on discute uniquement d'un sujet médical* » (P6) ; « *on rabâchait les règles hygiéno-diététiques* » (P7). Comme indiqué dans la partie précédente, ils préfèrent discuter des thèmes pratiques et concrets.

3) Des séances sans aucune préparation

Les internes les plus réticents au tutorat nous rapportent des séances où le tuteur n'avait préparé aucun contenu. Cela peut entraîner des moments de silence : « *personne n'a rien à dire ; des silences qui ne s'arrêtent pas, on se regarde dans le blanc des yeux.* », « *Il faut arrêter de faire plusieurs tours de table pour demander comment les gens se sentent* » (P8) ; « *il faut que ça soit préparé* » (P12).

4) Des séances uniquement axées sur le ressenti

Comme nous avons vu, les séances de tutorat sont un moment et un lieu où l'expression des internes est importante. Cependant, deux internes trouvent que les séances sont parfois trop axées sur le ressenti de l'interne, et peut-être pas assez sur le ressenti des patients par exemple : « *parasité par un peu trop de sentimentalisme (...)* *On est des médecins,*

on est sensé avoir de l'empathie pour les patients, et se questionner sur la qualité de la prise en charge. Le mal être chez les soignants existent mais ce n'est pas pendant les groupes d'échanges de paroles de psychanalyser les soignants et de tenir un discours d'apitoiement ... il y a un éloge du sentiment » (P5) ; « La part de l'émotionnelle est disproportionnée » (P8).

5) Des méthodes d'enseignement inappropriées

Nous retrouvons dans les entretiens certains méthodes d'enseignement que les internes décrivent, les jeux de rôles par exemple sont cités par deux internes : « *Il y a eu quelques jeux de rôle. Ils nous avaient demandé si cela nous intéressait, ça n'intéressait personne. Ils nous ont quand même imposé. Ça a mis tout le monde mal à l'aise.* » (P1) ; « *Une fois, on avait eu des jeux de rôle, ce n'était pas ce que je préfère et je trouve ça malaisant* » (P11). Un autre exemple est donné sur « *une séance où on devait choisir des images et dire en quoi l'image nous évoque la médecine générale* » (P1), une scène que l'interne qualifie même de « *délire* ».

Quatre internes nous révèlent leur traumatisme des post-it au cours des enseignements, qui sont institués par le DMG selon eux : « *on n'en pouvait plus des post-it ! ... on leur avait dit d'ailleurs, mais on les retrouvait quand même dans toutes les formations du DMG* » (P4) ; « *sans mettre des post-it partout* » (P6) ; « *Alors que là, on est niveau école maternelle, à coller des post-it* » (P12).

F. Une bonne séance de tutorat selon les internes

En recueillant les réponses des entretiens, nous pouvons dépeindre une bonne séance type.

En premier lieu, l'objectif affiché est de sortir de la séance en ayant appris quelques choses ou « *d'avoir pu parler d'un problème* » (P11). Le lieu et la date auront été décidés d'un commun accord entre les tuteurs et les internes. La séance sera préparée avec les internes, et les sujets seront définis par eux, axé sur leurs besoins. « *Ça commence avec des petits pains (rire)* » (P4). Puis, il aura lieu un tour de table afin de faire le point sur la situation de chaque interne. Ensuite, un débat en groupe de pair. Concernant les sujets abordés, il n'y a pas de consensus, certains préfèrent aborder des « *choses très pratiques* » (P10) ou « *un mélange de science humaine et de science dur* » (P8), d'autres préconisent un échange libre sans thème ; certains préfèrent encore un thème plus médical. Avec tout de même « *une grande adaptabilité* » (P9), c'est-à-dire que le changement de sujet est possible en fonction des débats. Elle aura lieu dans une ambiance de confiance où tout le monde pourra s'exprimer dans jugement.

IV. Devenir tuteur à son tour

A. Les raisons en faveur

Parmi les 12 internes interrogés, 10 internes sont intéressés pour devenir un jour tuteur à leur tour. Ils apprécient le rôle d'accompagnement des internes, et souhaitent

« rendre ce qu'on a reçu » (P7) ; ou au contraire ils veulent faire changer les choses : « j'aimerais bien apporter quelques choses et que les nouveaux internes ne soient pas dans la situation qui a été la mienne » (P12).

B. Les raisons en défaveur

Cependant, ils ne souhaitent pas le devenir tout de suite pour plusieurs raisons. Tout d'abord, tous les internes s'accordent à dire que le tutorat demande beaucoup de temps : « il faudrait dégager du temps » (P2) ; « Ca prendrait beaucoup de temps » (P11).

De plus, une grande partie d'entre eux ne se sent pas légitime à accompagner les nouveaux internes, par un manque d'expérience clinique : « Moi je sors de l'internat, je n'ai pas le bagage pour encadrer de jeunes internes. » (P3) ; « je ne me sens pas légitime avec le peu d'expérience que j'ai » (P6).

De surcroît, trois internes ont rapporté aussi un manque de compétence en matière de correction du portfolio : « Concernant le portfolio et les RSCA, je ne saurai les corriger » (P6) ; « Je ne me sens pas non plus capable de corriger les RSCA » (P11). Dont une d'entre elle ne souhaite pas avoir le rôle de contrôle sur les internes : « Le fait d'avoir à ton tour un rôle de contrôle sur les internes, le droit de validation... Ce n'est pas pour moi » (P9).

Puis, certains internes mettent en avant leur incertitude à la fin de l'internat : un interne se questionne sur le lieu d'exercice : « je ne sais pas si je vais rester dans la région » (P2) ; un autre s'inquiète par rapport à ses remplacements futurs : « ça soit limitant pour mes remplacements » (P1).

Enfin, quatre internes conditionnent le fait de devenir tuteur aux changements de méthode d'enseignement. « Si ça devient moins strict par rapport au mode de fonctionnement.

Peut-être. » (P3) ; « *Par contre, comme je ne suis pas d'accord avec les méthodes d'apprentissage du DMG* » (P12) ; « *Je crains que je ne puisse pas faire le tutorat comme je l'entend* » (P5).

C. Une interne a franchi le pas

Parmi les 10 internes intéressés, seule une interne a franchi le pas, et est devenu tutrice à la sortie de l'internat. La raison principale de son choix est d'apporter aux futures internes ce qu'elle a reçu : « *Parce qu'en tant qu'interne, j'ai eu une bonne expérience du tutorat et une bonne relation avec ma tutrice qui m'a épaulé dans des situations qui étaient problématiques. (...) J'ai eu la chance de trouver du soutien dans cette relation, j'ai voulu donner l'opportunité à d'autres de pouvoir vivre ça* » (P4).

Pour elle, l'expérience clinique n'est pas indispensable, sa jeunesse peut être même un atout pour les futurs internes car elle permet s'instaurer plus facilement une relation de confiance : « *je pense qu'on n'a pas besoin d'être installé depuis 10ans pour faire tuteur (...) vu que je sors de l'internat, je pense que je vais mieux comprendre les futurs internes et plus facilement tisser un lien de confiance* » (P4).

Par ailleurs, elle souhaite améliorer les séances de tutorat en apportant ce qui a manqué selon elle, elle nous donne un exemple de séance type : « *ça va rythmer un peu plus les séances de faire des topos courts de 15min pour chauffer l'ambiance au début de la séance ou pour finir la séance, sur des sujets pratico pratiques préparés par les tutorés* » (P4).

Seulement deux internes interrogés se déclarent absolument opposer à l'idée de devenir tuteur un jour. Un interne rapporte les arguments déjà cités, le manque de temps et

l'incapacités à corriger les travaux demandés. Et l'autre interne est résolument hostile au tutorat : « *non hors de question* » (P8).

RÉSULTAT : PARTIE TUTEURS

I. Caractéristiques

A. Population étudiée

	Sexe	Âge	Département d'exercice	Lieu d'exercice	Nombre de tuteurs sur trois ans	Universitaire ?	DMG ?	Durée d'entretien
T1	F	60	67	Urbain	3	Maître de stage	Non	38minutes51
T2	H	62	67	Urbain	3	Maître de stage	Non	45minutes05
T3	F	38	68	Péri-urbain	7	Maître de stage	Oui	67minutes59
T4	H	35	67	Urbain	3	Maître de stage	Non	59minutes57
T5	F	31	67	Rural	9	Non	Oui	75minutes10
T6	H	41	68	Urbain	3	Maître de stage	Non	57minutes25
T7	F	64	67	Semi-urbain	3	Maître de stage	Non	40minutes57
T8	H	34	Remplaçant		3	Non	Non	53minutes52
T9	F	32	Remplaçant		3	Non	Non	48minutes57

B. Profil des tuteurs

De fait des entretiens réalisés, on peut définir plusieurs profils de tuteurs en fonction de leur relationnel, de leur pédagogie ou encore de leur degré d'implication dans le tutorat.

Ainsi, les tuteurs 2, 3 et 6 ont un profil qualifié d'« *affectif* ». Il se caractérise par une vision du tutorat axée sur la relation humaine et développe facilement un lien avec son tuteur ; lien caractérisé par ces tuteurs comme « *amical* » pouvant ainsi dépasser du cadre professionnel : « *On a gardé des relations par la suite* » (T6), « *on parlait des sujets avec les filles : la maternité, chiffon ou maquillage enfin des trucs à la con* » (T3). C'est d'ailleurs pour ce rôle de compagnonnage que ces tuteurs se sont engagés dans le tutorat, comme l'explique le tuteur T6 : « *ce qui m'avait séduit, c'était le côté de compagnonnage* ».

Ce profil se caractérise aussi par une plus grande réticence à l'évaluation. Dans le discours de ces tuteurs, on peut relever la pénibilité de ce rôle : « *j'ai vraiment ressenti un malaise à devoir évaluer les étudiants* » (T6), « *Je suis ennuyé actuellement de la mission qui est donné au tuteur qui est une mission d'évaluation sanctionnant [...] Ça m'a mis très mal à l'aise.* » (T2) Dans notre étude, ce profil correspond à des tuteurs de sexe et d'âge différent.

Les tuteurs 4 et 8 font partie du profil « *formel* ». Pour ces tuteurs, le tutorat est avant tout une structure de formation et d'évaluation : « *le tuteur est censé vérifier que l'évaluation se passe selon les demandes de la fac* » (T8), « *Pendant nos rencontres, je cherchais toujours à savoir les points faibles et les points forts de mon étudiant* » (T4). L'évaluation n'est pas considérée comme problématique : « *Je n'ai pas peur de l'évaluation* » (T8). Sur le versant

relationnel, le rapport reste « *très professionnel* » (T8) et assez strict : « *on n'était pas copain, très clairement* » (T4).

Ce profil se caractérise aussi par un suivi minutieux : « *j'ai créé mes propres outils de suivi* » (T8) avec un fort volume horaire : « *on échangeait beaucoup* » (T8), « *j'ai vraiment passé beaucoup beaucoup de temps* » (T4). Dans notre étude, ce profil est représenté par des hommes d'âge similaire aux environs des 35 ans.

Les tutrices 5 et 9 ont un profil « *mixte* », c'est-à-dire qu'il n'y a pas de prépondérance entre la relation humaine et l'évaluation : « *notre rôle c'est du compagnonnage et c'est aussi les obligations* » (T5). Le relationnel avec les tutorés est globalement bon. La tutrice T5 le définit comme « *une relation de confiance et de respect* » et la tutrice T9 trouve qu'ils « *s'entendaient bien, après la relation n'était peut-être pas amicale* ».

Concernant l'évaluation, ce profil ne rencontre pas de franc problème mais reconnaît une grande tolérance comme l'explique la tutrice T9 : « *je ne pense pas les [tutorés] avoir embêté. Je ne pense pas avoir été trop regardante et trop critique sur ce qu'ils faisaient, un juste milieu quoi* ». Dans notre étude, ce profil est représenté par des femmes d'âge similaire aux alentours de 30 ans.

Les tutrices 1 et 7 sont d'un profil « *détaché* ». Celui-ci se caractérise par la délivrance d'une large autonomie à leurs tutorés : « *c'est des étudiants tellement avancés dans leur parcours que je me disais qu'ils n'avaient pas hyper besoin de nous* » (T1), « *trop grands pour être scolarisés comme ça* » (T1), « *il ne faut pas les [tutorés] considérer encore comme des scolaires mais déjà comme des médecins* » (T7). L'implication dans le relationnel étant

moindre, le lien avec l'étudiant est, en général, faible : « *c'était parfois un peu tendu [...] avec des tempéraments différents [...], pas forcément d'atomes crochus* » (T1).

Ce profil assure un suivi et une évaluation moins précis que les précédents profils : « *on n'a pas toujours que ça à faire...[récupérer les évaluations de stage]* » (T1), « *c'est difficile lorsqu'un étudiant vous reproche de ne pas l'avoir suivi correctement, je ne suis pas leur maman* » (T1), « *je ne les [tutorés] surveillais pas tellement... enfin je les surveillais oui mais de manière assez large* » (T7).

Pour ce profil, la charge de travail est perçue comme moins conséquente : « *la charge de travail qu'il faudrait fournir ? Elle est probablement plus importante que celle que j'ai fourni* » (T1), « *oh elle est minime, ça prend moins de temps à le [RSCA] lire que eux à le faire* » (T7). Dans notre étude, ce profil est représenté par des femmes d'âge similaire aux environs des 62 ans.

II. Les tuteurs

Le tuteur est un élément indispensable de ce nouveau tutorat. Nous allons développer dans cette partie leurs rôles, leurs motivations à devenir tuteur ainsi que les formations qu'ils ont suivies.

A. Les rôles

Lorsque l'on interroge les tuteurs sur leurs missions, on apprend que celles-ci n'étaient initialement « *pas bien définies* » (T1) et qu'il y avait « *de nouvelles informations qui arrivaient au fur et à mesure de l'année* » (T9). L'évolution des rôles a pu surprendre plusieurs tuteurs et nous retrouvons, donc, dans leurs discours le vocabulaire de la surprise et de l'ignorance : l'une était « *surprise d'avoir ce rôle* » (T1), l'autre déplore qu'ils « *ne savaient même pas qu'[ils feraient] ça au départ* » (T6).

Néanmoins, les tuteurs s'accordent sur de nombreux rôles que sont le compagnonnage, l'évaluation et l'aide à la thèse ; dont nous allons, maintenant, explorer leur diversité.

1) Le compagnonnage

Le compagnonnage est défini par les tuteurs comme la création « *d'un lien avec les étudiants* » (T5), d'une relation « *bienveillante* » (T1) ayant pour but de les aider dans leur internat et de les orienter sur le droit chemin comme un « *guide* » (T4) voire un « *grand frère* » (T5).

Cette aide concerne non seulement la sphère professionnelle mais aussi la sphère personnelle et peut même devenir une forme de soutien psychologique. Le tuteur peut, en effet, « *être là pour épauler quand ça [ne va] pas ou pour aider à l'orientation si le tutoré en [a] besoin* » (T2).

Pour le tuteur T7, le compagnonnage place aussi le tuteur comme un « *interlocuteur* » concret et définit ce qui peut faciliter le dialogue « *entre la fac et l'interne ou l'inverse, ou l'interne et l'hôpital* ».

C'est le rôle « *préféré* » de sept des neuf tuteurs interrogés. Il les séduit et leur donne envie : « *ce qui m'avait séduit, c'était le côté de compagnonnage* » (T6) dit l'un, « *j'avais vraiment envie* » (T5) annonce l'autre.

En plus du champ lexical de l'attrait, on retrouve celui de l'intérêt : « *franchement, c'était très très intéressant* » (T5). Pour la plupart des tuteurs, c'est leur mission première, le fondement de leur relation avec leur tuteur : « *le maître mot, ça serait l'accompagnement* » (T4).

2) L'évaluation

Les tuteurs ont dû réaliser deux sortes d'évaluations avec leurs tutorés : l'une formative et l'autre sommative.

La première, dite « *évaluation formative* » (T2), qui avait été annoncée au début du tutorat, consiste à suivre le parcours de l'étudiant à travers la lecture des travaux écrits du portfolio, à travers les séances de tutorat ou encore par les retours de maître de stage. Grâce à cela le tuteur peut ajuster son enseignement de manière personnalisée et peut « *définir [avec son interne] des objectifs de compétence* » qui celui-ci doit acquérir.

Cette évaluation suscite l'intérêt des tuteurs. Ainsi, le tuteur T6 explique apprécier ce rôle de « *conseiller* » et le tuteur T4 trouve cela « *amusant et même passionnant* ».

La seconde évaluation, dite sommative, est apparue au fur et à mesure du tutorat. Celle-là a pour objectif d'accorder ou non la « *validation de DES* » (T6) à l'interne par la « *surveillance des travaux des étudiants* » (T1) et par « *la tenue des séances* » (T5) ; les tuteurs devaient aussi suivre et « *recupérer les validations de stages* » (T1) puis, en fin de tutorat, ils devaient évaluer leurs tutorés lors d'un oral et donner un verdict.

Ce rôle d'« *évaluateur* » (T6) est peu apprécié par les tuteurs et met même « *très mal à l'aise* » le tuteur T2 qui la qualifie d'« *évaluation sanctionnante* ». Ce rôle est, alors, réalisé mais avec difficulté pour six des tuteurs interrogés.

3) L'aide à la thèse

Ce rôle-là est peu abordé spontanément lors des entretiens avec seulement deux tuteurs qui y font référence. Certains tuteurs sont même étonnés lorsqu'on le mentionne : « *ah oui c'est vrai... (surpris)* » (T8). D'autres tuteurs avouent « *ne pas du tout avoir abordé* » (T9) la question de la thèse avec leurs tutorés ou alors très peu : « *on leur a parlé [du sujet de thèse] mais on ne les a pas accompagnés* » confie le tuteur T4.

La mission initiale était « *de donner un avis à l'interne sur le fait que ce soit un sujet de médecine générale ou pas* » (T8) et d'accompagner l'étudiant dans ses choix. À la fin du tutorat, les tuteurs devaient valider le sujet de l'interne, élément indispensable à la validation du DES de médecine générale.

B. Pourquoi devenir tuteur

Les motivations à s'engager comme tuteur sont très diverses.

Certains tuteurs se souviennent de leur formation et deux profils émergent : les uns qui ont eu une aide similaire lors de leur internat et veulent, par mimétisme, faire de même : *« je trouvais ça très chouette d'avoir des tuteurs qui nous donnaient leur expérience donc je me suis dit que j'allais faire pareil. »* (T5) ; les autres qui n'ont, au contraire, pas eu cette chance et souhaitent l'offrir aux générations en cours : *« ça m'a replongé aussi dans ma propre expérience de l'internat [...] je pense que ce genre de suivi, oui j'aurais aimé l'avoir. »* (T4)

D'autres encore sont dans une volonté de transmettre leurs connaissances et de faire part de leurs expériences : *« j'aime ce métier, c'est important de transmettre son contenu au futur médecin »* (T2), *« je me suis engagé parce je voulais transmettre mes connaissances de médecin généraliste et aussi d'ancien interne »* (T8). Ils se placent dans un rôle de mentor, de guide, de formateur.

Plus rarement, comme dans les cas des tuteur T7 et T3, le choix a été moins évident. Ils nous expliquent que c'était surtout par devoir moral pour l'un, *« ... surtout parce qu'il manquait des tuteurs [...] C'est un peu un devoir d'implication. »*, quand l'autre se l'est carrément vu imposer, *« au DMG, on est tous tuteur [...] donc on a pris mon nom et on a formé les groupes »* (T3).

Outre ces rares témoignages de contrainte morale ou institutionnelle, la majorité des discours, contiennent les termes de *« transmission »*, *« échange »*, *« guide »*, *« accompagnement »*, *« relation »*, *« aide »*, *« évolution »* : la présence du champ lexical de

l'altruisme nous démontre clairement que la motivation est avant tout humaniste, avec une recherche de l'expérience humaine et l'envie de partager une passion.

C. Formations et compétences du tuteur

Les tuteurs ont eu la possibilité d'apprendre leur rôle et de se perfectionner dans celui-ci via des formations tout au long du tutorat. Quid de ces formations ? Sont-elles jugées comme pertinentes et améliorent-elle les compétences des tuteurs ?

1) Formation initiale

Avant leur prise de fonction, les tuteurs ont suivi une formation de deux jours, organisée par le DMG qui avait pour but de présenter la nouvelle réforme, d'apporter une « réflexion sur ce qu'allait être ce tutorat » (T1) et aussi de donner « des choses aidantes » (T1) sur le plan pratique en apprenant aux tuteurs « des techniques pédagogiques » (T3).

Cependant, cette formation ne les a pas convaincus. Elle était trop vague, « laissant plein de questionnements » (T1) et donnant trop peu de renseignements sur le fond : « j'avais des hautes attentes sur le fond et en fait on parlait que de la forme, de la maquette et je m'en foutais de ça » (T5) explique une tutrice pour qui la formation ne répondait pas à ses attentes.

La qualité de la formation est donc globalement jugée comme insuffisante « c'était pas incroyable... (rire) » (T9), « c'est comme toutes les réunions à la fac où il y a beaucoup de blabla » (T7), voire exaspérante pour une des tutrices « elle m'a gavé direct » (T5). Elle critique

fortement la pertinence de l'information : « *c'est encore du bon blabla de « pédagogole », j'étais explosée de rire* » (T5) avec l'impression de perdre son temps « *j'étais énervée parce que je trouvais ça tellement long pour pas dire grand-chose.* » (T5)

Un seul des tuteurs interrogés exprime un avis positif sur cette formation : « *j'étais assez satisfait* » (T6). On note néanmoins l'utilisation de l'adverbe de quantité « assez » qui atténue la certitude du propos.

Au final, un seul tuteur est « assez » satisfait de cette formation alors que les huit autres tuteurs interrogés ne le sont pas.

2) Formation pendant le tutorat

Les tuteurs ont aussi la possibilité, durant l'année, de participer à des formations annexes organisées par le DMG : « *on avait des réunions où tous les tuteurs étaient invités à venir échanger une expérience* » (T7). Le tuteur T4 les trouve « *essentiels* » car elles permettent d'« *interagir avec le DMG régulièrement pour comprendre et voir ce qu'était [leur] mission de tuteur* ».

Ceux qui y ont participé, soit sept tuteurs, sont globalement satisfaits et saluent l'implication du DMG dans l'organisation de celles-ci « *là dessus, le DMG a été assez actif* » (T6). Le tuteur T6 estime avoir été bien accompagné grâce à ces formations et explique que « *ça serait injuste de dire qu'on a été lâché dans la nature* ».

Cependant, ils ont émis quelques réserves quant au déroulement de ces formations. Ils déplorent, premièrement, un manque de dialogue au cours de ces réunions, des échanges « *compliqués* » (T6) et un discours à « *sens unique* » (T4). La mise en œuvre est aussi remise

en question, principalement à cause d'un trop grand nombre de participants : « *on est avec le DMG en face et 50 tuteurs dans la pièce* » (T7), « *je m'attendais plus à un vrai échange en plus petit groupe* » (T4).

Ensuite, un tuteur est déçu par les sujets abordés lors de ces réunions, déception se muant en désintérêt complet : « *plus on avançait, moins j'avais envie d'y aller* » (T4). Il regrette un manque d'action concrète « *on aurait pu se réunir pour fabriquer ou évaluer certains outils* » (T4) et déplore, en fait, la transformation de cette formation en exutoire où sont déposés « *les états d'âme des tuteurs* » (T4).

Enfin, le tuteur T8 va jusqu'à confier n'y avoir jamais participé pour toutes ces raisons « *je n'y ai pas été soit parce que je n'étais pas dispo ou ça ne m'intéressait pas* ».

Il est également à noter qu'il existe probablement un manque de communication sur l'existence de ces formations car deux tuteurs n'en parlent pas au cours des entretiens et une tutrice est surprise lors de leur mention : « *eh non... je n'en ai pas fait, je ne suis même pas au courant* » explique la tutrice T9.

3) Compétences du tuteur

Avec ces formations, on peut s'interroger sur le ressenti, subjectif, du tuteur sur ses compétences et sa légitimité à assurer la formation d'un interne.

Nous notons une hétérogénéité des réponses à cette question. Si les tuteurs avec un profil « professionnel » vont se sentir plutôt confiant dans leurs compétences n'ayant « *aucun*

problème » (T5) et exprimant ce rôle comme quelque chose d'assez commun finalement, de « *pas extrêmement compliqué* » (T8); d'autres tuteurs, à l'inverse, ont des doutes, « *compétent ... (soupir)... Honnêtement je ne sais pas, mais en tout cas pas forcément légitime* » (T9), et avouent ne pas avoir eu la préparation nécessaire « *ah ba au début, c'était totalement de l'impro* » (T6).

C'est surtout l'évaluation sommative qui effraye et interroge « *j'ai pas la formation pour dire oui ou non tu ne seras pas médecin généraliste* » (T9), posant avant tout la question de la légitimité.

Maintenant que nous avons cerné les différentes missions et compétences qui incombent aux tuteurs, ainsi que leurs motivations et interrogations, nous allons explorer les nombreux avantages du tutorat tels qu'ils les ont perçus.

III. Les avantages du tutorat

Lorsque l'on interroge les tuteurs sur l'intérêt de ce nouveau tutorat, le sentiment est unanime : c'est « *un grand progrès* » pour le tuteur T3 ou encore « *une bonne évolution* » pour le tuteur T8. L'adhésion des tuteurs est complète, comme l'explique le tuteur T4 : « *sur le bien fondé de ce truc-là [le tutorat], je suis plus que convaincu* ».

D'après eux, ce tutorat apporte de nombreux avantages aux tutorés et à eux-mêmes par rapport à sa version précédente, le monitorat. En effet, un tuteur évoque un changement complet de « *paradigme* » (T8) dans la formation de l'interne avec une évolution vers un « *apprentissage par compétence qui correspond beaucoup plus à ce qu'est l'apprentissage de*

la médecine » (T8). La réforme apporte à l'interne un « *accompagnement transversal* » (T2), « *personnalisé* » (T3) et pour le tuteur ce tutorat « *[leur]donne des missions plus pédagogiques* » (T2).

Globalement, les tuteurs y voient donc une bonne évolution et y trouvent de multiples avantages.

A. Pour le tuteuré

Selon les tuteurs, les avantages du tutorat pour les tuteurés sont nombreux, nous allons ainsi les développer dans cette partie.

1) Une formation et une évaluation sur mesure

« *L'accompagnement personnalisé* » (T3) de l'étudiant est l'avantage cité en premier par tous les tuteurs. Le fait que la même personne ait un suivi, pendant tout l'internat du tuteuré, sur les travaux écrits, les retours en stage ou la participation en séance de tutorat permet d'avoir « *une vision globale* » (T9) de l'étudiant. Il est alors plus aisé d'identifier « *les points forts et les points faibles* » (T3), (T9) et d'offrir « *une formation mieux centrée sur l'interne* » (T9).

La personnalisation de la formation de l'interne passe donc par un suivi régulier. Il y a des rencontres en présentiel où chaque tuteur a assuré le suivi à sa convenance avec des fréquences diverses, « *un entretien par semestre en présentiel qui dure en général 30 minutes à 1 heure* » pour la tutrice T3 ou encore « *tous les trimestres* » pour le tuteur T2. En plus de

ces rencontres, les tuteurs ont aussi utilisé d'autres moyens pour garder le contact tels que « mails » (T8), « sms ou encore des appels » (T4).

Le suivi est donc régulier mais il est aussi « flexible » (T8). En effet, les tuteurs « s'adaptent » (T9) à leurs internes. Ils peuvent ainsi dégager plus de temps pour l'un ou l'autre de leurs tutorés si le besoin s'en fait ressentir : « l'interne en difficulté a eu un suivi plus près de manière beaucoup beaucoup plus régulière que les autres » explique le tuteur T8. Cette adaptabilité est mentionnée par tous les tuteurs interrogés, elle permet, selon eux, une formation appropriée à tous les étudiants.

Les travaux écrits consistent en la rédaction d'un RSCA par semestre et d'une trace d'apprentissage dans chacune des onze familles pédagogiques. Ils sont les principaux éléments de suivi du tuteur.

Le RSCA est « intéressant » (T7), « apprécié » (T4) et apporte un plus pour les étudiants selon cinq tuteurs.

Pour les tuteurs T2, T4, T5 et T6, les échanges entre le tuteur et le tutoré lors de la correction du RSCA permettent d'« élargir la vision de l'étudiant » et de transmettre « énormément de ressources ». Pour le tuteur T5, le RSCA est aussi un « bon outil de réflexivité », il permet d'autonomiser l'interne dans sa formation en travaillant sur la capacité d'apprendre de ses erreurs. Ici, le RSCA est bénéfique dans la formation théorique de l'interne.

La tutrice T6 apprécie, aussi, de surveiller la progression de l'interne à travers ses différents RSCA et de pouvoir « juger de l'évolution » donnant ainsi une aide au tuteur dans l'évaluation.

Enfin pour deux tuteurs, le RSCA permet de créer du lien avec son interne : « c'est des bons moments pour apprendre à les connaître » (T5) et aussi d'avoir « un focus sur leurs

émotions » (T7). Ici, le RSCA est un outil au service du couple tuteur/tutoré dans l'approfondissement de la connaissance de l'autre.

Les traces d'apprentissage sont, pour le tuteur T8, idéales et « *pertinentes* » pour la formation de l'interne car elles sont, de part leur format court, « *beaucoup plus proches de la réalité de l'exercice* » de la médecine générale avec une problématique unique comme lors d'une consultation.

Concernant les séances de tutorat, les tuteurs sont, globalement, enthousiasmés par le fait de les animer, « *je n'ai jamais la boule au ventre avant d'y aller je suis toujours contente de voir mes internes* » explique la tutrice T5 et ils aiment particulièrement la liberté qu'ils ont sur le mode de présentation de celles-ci comme « *des jeux de rôle* » (T6), des « *groupe d'analyse de pratique* » (T2) ou encore des « *topos de cours* » (T3,T7,T9) ce qui permet une formation complète selon sept des tuteurs interrogés.

Le format de GEAP est jugé « *hyper intéressant* » (T2) et « *utile* » (T8) grâce, notamment, à l'aspect interactif. La tutrice T1 raconte la motivation des participants lors de ces séances avec des discussions galvanisantes : « *il y avait une émulation dans le groupe car on cherchait des questionnements sur les sujets et des progressions au sein du groupe* ».

Les rappels de cours apportent un côté personnalisé dans la formation avec une adaptation des sujets à la demande des internes : « *je leur demande par mail qu'est-ce qu'ils se posent comme question ou qu'est-ce qui leur manque* » explique la tutrice T3, tandis que le tuteur T8 explique qu'il essaie aussi « *de faire des séances en fonction des demandes des internes* ».

Certains tuteurs ont aussi essayé de garder une continuité pédagogique entre les séances pour garder une qualité de formation : « *on communiquait beaucoup entre co-tuteurs par mail, on discutait sur les thèmes qu'on allait aborder* » explique le tuteur T5.

L'autre bénéfice évoqué par les tuteurs sur ces séances n'est pas dans un rôle de formation mais plutôt de santé mentale et psychologique de l'étudiant. En effet, ces séances sont avant tout des rencontres, des échanges qui permettent de « *créer du lien entre les tutorés* » (T9) dans un cadre moins professionnel que les stages, voire, selon la tutrice T3, un cadre « *convivial* ». Elles permettent de décompresser, « *de sortir et de prendre du recul par rapport aux stages* » pour le tuteur T8 et peuvent aussi faire office de cellule psychologique où les étudiants confrontent leurs propres expériences : « *La force des GEAP, c'est de s'inscrire dans le vécu de l'interne, aller au cœur de ce qu'ils vivent, et d'aller leur donner la possibilité déjà de se raconter à eux même ce qu'ils viennent de vivre, de le faire entendre aux autres et pis d'avoir le regard de l'autre, ce qui permet de dédramatiser pas mal de chose* » (T4). Conscient de cela, certains tuteurs aménagent, même, leurs séances en groupe de parole en « *[gardant] toujours 30-45 minutes à la fin pour une discussion sur leurs difficultés* » (T6) avec cependant le risque, mentionné par le tuteur T4, de tendre vers un exutoire, « *une espèce de coaching collectif* ».

Ainsi, pour les tuteurs, les séances de tutorat apportent aux tutorés de nombreuses connaissances médicales théoriques et pratiques mais aussi du soutien confraternel et amical.

Le retour du maître de stage sur les compétences de l'interne se fait via un questionnaire d'une page qui doit normalement être transmis à la fin du stage, au tuteur de l'interne évalué. L'idée de prendre des nouvelles du stage de son interne est vue comme

« *passionnante* » (T4) et plusieurs tuteurs voient dans ce document, un outil « *très important* » (T8) dans l'évaluation formative et sommative. La tutrice T5 reconnaît que ce sont « *de bonnes informations à prendre pour comprendre et évaluer l'interne* » et celles-ci permettent, selon le tuteur T4 « *de vraiment bien cibler les points forts et points faibles des étudiants* ».

En plus, de nombreux tuteurs ont complété ce document par un « *coup de fil avec le maître de stage* » (T4) ce qui permet de se faire une idée plus précise sur les compétences de son interne.

La personnalisation est donc, selon les tuteurs, le gage d'une formation de qualité mais est aussi dépendante de la relation entre le tuteur et le tuteuré.

2) Une relation tuteur/tuteuré

Le tutorat permet la mise en relation de deux personnes et, pour tous les tuteurs interrogés, cela représente un grand avantage pour les internes. Ceux-ci bénéficient ainsi d'un « *soutien psychologique* » (T3) et d'un « *interlocuteur bien défini* » (T9).

Globalement, la relation tuteur/tuteuré s'est bien passée pour l'ensemble des tuteurs et nous retrouvons ainsi de nombreux qualificatifs philanthropiques dans les entretiens : « *amicale* » (T3, T6), « *cordiale* » (T2), « *à la fois paternaliste [...] à la fois protecteur* » (T4), « *de confiance et de respect* » (T5).

La relation recherchée par les tuteurs est un équilibre entre le professionnel et la bonne entente : « *on a bien bossé mais c'était très amical* » (T3), « *on peut très bien progresser, travailler et rigoler un bon coup, prendre une bière ensemble et repartir au travail* » (T4).

Cependant, cet équilibre est différent en fonction de chaque tuteur. Ainsi, on peut noter certaines relations très familières, comme la tutrice T3 qui « *pouvait parler chiffon ou maquillage et de trucs à la con* » avec ses internes ou encore la tutrice T5 avec une des ses internes qui « *a eu un bébé et [qui lui] a envoyé la photo* ». À l'inverse, certains groupes étaient plus axés sur le versant professionnel : « *c'était très professionnel* » explique le tuteur T8, « *on n'était pas copain [...] il n'y avait pas le côté où ils viennent vers moi pour me raconter un truc fun ou une blague* » raconte le tuteur T4.

Malgré une vision différente de la relation idéale pour chaque tuteur, sept des neuf tuteurs interrogés estiment avoir eu de bon rapport avec leurs tutorés dans une ambiance prompte au travail.

Grâce à ces bons rapports, les tuteurs estiment pouvoir apporter un soutien moral à leurs internes dans les moments difficiles que ce soit dans le domaine professionnel ou personnel à partir du moment où il impacte la formation. « *Pendant le tutorat, on peut être amené à parler de chose qui peuvent être assez personnelles parce que ça conditionne ta vie actuelle et ta vie professionnelle donc c'est important de s'occuper de cette distance-là* » (T3). Ils pensent donc être « *à l'écoute des soucis* » (T4), disponibles et « *extrêmement présent* » (T2), et cela même dans le domaine du privé, comme l'évoque la tutrice T5, lorsque son interne a été confrontée à une épreuve difficile : « *son papa était en réanimation [...] là elle m'a envoyé pleins de messages ou on s'appelait* ».

Au niveau linguistique, on retrouve le champ lexical de l'altruisme dans la majorité des entretiens : « *vigilance* », « *aide* », « *soigné* », « *accompagnement* », « *présent* », « *écoute* » démontrant l'envie des tuteurs de soutenir et d'accompagner leurs internes sur tous les aspects.

L'avantage d'avoir un tuteur est aussi que le tutoré a un correspondant concrètement défini. Il va pouvoir répondre aux multiples questions de l'interne sur des thèmes divers et variés. Un tuteur explique avoir été questionné pour « *un avis sur un traitement pour un de ses patients quand elle était en SASPAS* » (T9) quand un autre a pu aiguiller des internes sur leur formation : « *mes internes m'ont sollicité pour leur choix de stage pour avoir des avis sur les orientations* » (T6).

Un autre avantage est que le tuteur fait le lien entre les internes et le DMG. Pour le tuteur T6, il est en effet plus facile de remonter une information au DMG par l'intermédiaire du tuteur que pour un étudiant seul et il explique donc avoir « *un rôle de transmission* ». Ce rôle est confirmé par les tuteurs T2 et T1 qui évoquent aussi une responsabilité de lanceur d'alerte : « *j'ai alerté le DMG* » dit l'un, « *j'ai dû crier fort pour que le DMG rèle* » explique l'autre, lorsque les internes avaient des difficultés en stage par manque d'encadrement.

3) Une aide à la thèse

Nous avons vu précédemment que ce rôle n'a été que très peu suivi par les tuteurs. Ils sont cependant conscients d'être une aide potentielle dans la réalisation de la thèse de leurs étudiants.

Une tutrice explique avoir « *apporté une petite aide* » (T9) en répondant aux questionnements de son étudiant.

Un autre tuteur juge important « *d'éveiller [les internes] dès la première année sur la réflexion pour choisir un sujet* » (T6) et pense qu'il faut pousser le tutorat dans cette voie.

En conclusion, selon les tuteurs, ce tutorat apporte aux étudiants un appui dans leur formation tant sur le plan théorique grâce à un suivi personnalisé du portfolio, des stages, de la thèse ou encore lors des séances de tutorat mais aussi sur le plan humain avec la possibilité d'avoir le soutien ou l'avis de son tuteur à tout moment.

B. Pour le tuteur

La majorité des tuteurs reconnaissent que pour eux aussi l'engagement dans le tutorat leur apporte beaucoup de bénéfices que ce soit professionnel ou personnel.

1) Apport professionnel

Les tuteurs évoquent, en premier lieu, un apport en connaissance théorique. Premièrement, ils expliquent avoir « *appris pleins de choses grâce aux internes* » (T5) par leurs travaux écrits ou encore lors des séances de tutorat lorsque les internes « *rappellent les référentiels* » (T1) et « *les nouvelles recommandations* » (T5).

Deuxièmement, les tuteurs expliquent aussi s'être formés pour pouvoir transmettre du contenu à l'interne. Le tuteur T8 avoue avoir dû « *aller chercher de l'information, aller la vérifier, la critiquer* » pour l'exposer ensuite en séance.

Le tutorat est alors vu, pour eux, comme de la « *formation continue* » (T9). La tutrice T3 trouve que « *le tutorat a enrichit [sa] pratique* » tandis que la tutrice T5 explique avoir appris « *des choses qui [l'] ont corrigé* ». La relation est alors un réel échange, un enseignement à double sens.

Les tuteurs expliquent aussi avoir gagné en « *connaissances pédagogiques et d'encadrement* » (T8). Une tutrice explique que le suivi des internes lui a permis d'acquérir « *une meilleur compétence pour comprendre les internes dans leur formation* » et du coup l'« *a bien formé à être MSU* » (T5).

Enfin, les internes sont vus comme des « *collègues* » par la tutrice T5 et ont, donc, pu faire office de groupe de pairs pour cette tutrice lorsqu'elle était en difficulté avec ses patients : « *ils ont aussi fait groupe de soutien pour moi avec mes cas personnels. Ça c'était génial. Après, je revoyais mes patients, j'étais bien plus confiante* ».

2) Apport personnel

Les tuteurs expriment aussi avoir des bénéfices plus personnels grâce au tutorat et mettent en avant l'expérience sociale avec la rencontre d'internes mais aussi de co-tuteurs : « *oui, c'est intéressant sur le côté humain* » (T9).

D'abord, le rôle de « *guide* » offre pour tous les tuteurs « *beaucoup de satisfaction personnelle* » (T6) et ils trouvent ce statut « *très valorisant* » (T3,T6).

Un tuteur évoque avoir aidé ses internes mais aussi l'inverse avec « *un accompagnement [qui est] dans les deux sens* » ; pour le tuteur T2 il y a même une dépendance lorsqu'il évoque qu'« *elle n'avait pas si peu besoin de [lui] et [lui] pas si peu besoin d'elle* ».

Cette rencontre est, pour cinq tuteurs, un enseignement psychologique et spirituel avec « *une remise en question à chaque fois* » (T3). Cette relation amène même les tuteurs dans une véritable introspection : « *toutes mes interactions avec mes étudiants m'ont appris quelque chose : sur eux, sur moi* » (T3), « *eux aussi m'apportaient une certaine forme d'humanité* » (T4) et a aussi permis à une tutrice de mieux intégrer son passage « *du statut d'interne à vraiment médecin installé* » (T5).

Pour la tutrice T1, c'est aussi un moyen de voir « *la médecine générale en création* » et son évolution par rapport à sa propre médecine et celle enseignée actuellement.

Ainsi pour sept tuteurs, cette relation avec leurs tutorés est une grande chance et ils ont un sentiment commun : celui d'« *enrichissement permanent*» (T4, T3).

La rencontre entre co-tuteurs peut aussi permettre de créer des affinités, des réseaux.

Pour les tuteurs T4 et T9, l'entente est « *très très bonne* » (T4) et « *agréable* » (T9), ce qui a amené beaucoup de satisfaction et de cohésion au sein des groupes.

Il y a, pour une tutrice, une réelle envie de créer un lien qui dépasse le cadre professionnel, de créer un cadre chaleureux entre tuteurs. Elle regrette, notamment, qu'un lien d'amitié ne se soit pas dessiné : « *on devrait plus se voir, faire une petite bouff', des trucs hors fac quoi* » (T7).

Une autre tutrice évoque aussi de l'entraide et explique qu'« *eux aussi peuvent être du soutien* » (T9). Le fait d'avoir une plus grande proximité au niveau du cadre de travail que leurs internes permettent d'aborder « *des problématiques communes* » selon la tutrice T9.

Pourtant, si la majorité des tuteurs évoquent de nombreux bénéfices, deux tuteurs n'en trouvent aucun : « *il n'y en a pas tant que ça... (réfléchit). Je n'arrive pas à répondre à cette question, c'est marrant* » (T2), « *je peux dire aucun ? (rire) Non en bénéfice aucun.* » (T7) et ne mentionnent que des difficultés, ce que nous allons à présent aborder.

IV. Limites et difficultés du tutorat

Pendant ces trois années, les tuteurs ont été amenés à rencontrer des difficultés et ont aussi découvert les limites de ce tutorat, que ce soit à travers leurs rôles, l'institution ou encore l'aspect structurel.

A. Vision et mise en place du tutorat par le DMG

La mise en place d'un nouveau tutorat par une instance comme le DMG questionne automatiquement la vision sur celui-ci et sur ses modalités de fonctionnement. Théoriquement, ce nouveau dispositif serait « *intéressant* » (T1), « *pertinent* » (T4), « *un grand progrès* » (T3) mais de nombreux tuteurs remettent en question sa mise en pratique à plusieurs niveaux.

Premièrement, certains tuteurs n'adhèrent pas à la vision du DMG sur le tutorat. La vision pédagogique est la plus décriée avec une opposition forte : « *je n'étais pas du tout d'accord avec leur concept pédagogique et leur attitude* » (T5), « *je n'arrive pas à adhérer à ça* » (T1). La majorité des tuteurs reprochent à ce tutorat d'être « *trop scolaire* » (T1,T6, T7,T8,T9) avec un manque « *d'autonomisation* » (T1,T4) des tutorés. « *Enfant* », « *maman* », « *collège* », « *devoir maison* », « *infantilisé* », « *scolarisé* », « *obligatoire* » sont des termes utilisés par les tuteurs et renforcent ainsi l'image de l'interne comme un simple « *élève* » (T9), voire un enfant qui dépendrait entièrement d'eux. Le vocabulaire employé n'est pas celui attendu dans cette relation, certes d'apprentissage, mais avant tout professionnelle.

La formation actuelle est donc jugée trop verticale par les tuteurs, trop hiérarchique, les élevant dans une position de supériorité : « *manière trop descendante, trop condescendante même* » (T2). Une tutrice regrette d'être vue comme un « *professeur en haut de sa chaise* » face à un « *étudiant en bas* » (T7). Le tuteur T4 résume la pensée globale en la schématisant comme un « *un modèle descendant, paternaliste, scolaire et qui était contre-productif à la volonté de rendre l'étudiant autonome* ».

Ensuite, des changements émanant du DMG sont arrivés au fur et à mesure des années avec de nouvelles consignes pour les tuteurs et les tutorés, comme de nombreuses obligations – présence en séance de tutorat, modalités inflexibles du portfolio – ou encore le rôle d'évaluateur, ce qui a indéniablement déstabilisé l'ensemble des intervenants. Les tuteurs ont été « *surpris* » (T1), « *ennuyés* » (T2) ou « *gênés* » (T4) de ces nouveautés desquelles ils n'avaient pas été informés : « *on ne savait même pas qu'on ferait ça au départ* » (T6).

De plus, plusieurs de ces modifications sont jugées comme peu pertinentes : « *certaines étaient plus pour la forme alors que dans le fond ce n'était pas si important* » (T4)

ou alors non urgentes, temporisables, avec une possibilité de « *continuer sur la lancée et faire ces changements sur la génération d'après* » (T4) comme le nombre de traces d'apprentissage ou le nombre de FO.

Qui plus est, certaines demandes allaient, idéologiquement, dans le sens opposé au tuteur, comme la multiplication des obligations : « *j'étais vraiment contre cette obligation de séance* » (T5), pouvant amener du désarroi chez des tuteurs : « *Quand même la multiplication du portfolio, de la surveillance du portfolio les consignes. Quoi ?! Je veux dire les consignes ?! Pourquoi pas non plusieurs le nombre de page et le nombre de mot et est-ce qu'il faut aller à la ligne ou est-ce qu'il faut mettre une marge quoi ?!* » (T1) ou encore le nouveau rôle d'évaluateur qui a été majoritairement rejeté par les tuteurs.

En plus, l'application de ces changements, tels que des modifications de dates pour rendre les RSCA ou encore l'obligation d'assister à des formations, était rapide, « *d'un semestre à l'autre, il y avait des règles qui changeaient* » (T4), parfois si rapide qu'en résultait une incompréhension « *tellement vite qu'on n'avait pas le temps de comprendre le changement* » (T4). Il était compliqué selon les tuteurs de garder une logique devant leurs internes « *rester cohérent dans cette démarche là, ça n'a pas toujours été simple* » (T4) avec parfois l'impression de ne pas être franc avec eux, ce qui a été une « *source de tension* » (T4).

Les tuteurs le reconnaissent, ces changements itératifs n'ont pas aidé les internes « *ça a vraiment été dur pour eux aussi tous ces changements* » (T9), « *ça a été quelque chose de mal vécu par eux et par moi* » (T4) et ont fragilisé la relation tuteur/tutoré.

Pour finir, les tuteurs n'ont pas été consultés avant ces changements. Ils déplorent donc un « *manque de discussion entre DMG et tuteurs* » (T4). La communication est aussi jugée

unidirectionnelle, « surtout descendante. On n'a pas eu d'échange » (T4) amenant de la frustration, de la colère et de l'animosité chez certains tuteurs « DMG est têtu comme une bourrique et que moi je leur ai dit qu'il y en a ras le bol. » (T5).

La tutrice T7 explique ce manque de considération par « un problème d'égo, ils ont un peu craqué au DMG » et regrette la non prise en compte de la dimension humaine de leur relation avec les tutorés.

Tous ces éléments réunis ont créé un « certain décalage avec le DMG » (T4) dont résultent quelques doutes sur l'institution. « Très sceptique vis à vis du DMG » (T5), « assez critique » (T2) sont ainsi des expressions qui démontrent le mur qui s'est peu à peu établi entre les différentes parties, d'un côté l'institution et sa rigidité, de l'autre des acteurs ayant pu être gêné par l'installation rapide et sans concertation de certaines mesures.

De ce fait, la réaction de certains tuteurs a été l'opposition « j'étais aussi fâché contre le DMG » (T4), « je me suis rebellée direct [...] j'en ai fait qu'à ma tête, j'ai dit « oui, oui je le fais » et j'ai fait comme je voulais » (T5), quand d'autres se résignaient : « mais ça me fait chier de vous les demander » (T4), « j'ai dû, à contre cœur, m'y soumettre » (T9). La déception « déçu parce que le tutorat n'est pas du tout devenu comme on l'avait imaginé » (T1), « je n'avais pas signé pour ça » (T9), voilà ce qu'ont engendré les problématiques soulevées.

B. Le portfolio

Le portfolio est un élément majeur dans la formation des internes mais il est sujet à de nombreuses critiques autant sur le fond que sur la forme et a créé des difficultés aux tuteurs dans l'évaluation des tutorés.

1) Support

Premièrement, d'un point de vu pratique, « *il n'y avait pas de support* » (T1) pour le portfolio laissant aux tuteurs la tâche d'en créer un. La tutrice T1 explique être « *nul en informatique* » et elle n'arrivait pas à accéder au document : « *je galère pas mal et ouvrir un Drive© est un calvaire pour moi, je ne sais jamais où c'est rangé et comment c'est rangé* ». Puis, initialement, la notion du portfolio était « *assez floue* » (T1), les tuteurs « *ne savaient pas exactement les modalités* » (T6) de ce document, ce qui a créé beaucoup d'interrogations sur le contenu. Par la suite, le concept s'est précisé et les tuteurs ont pu comprendre les attentes du DMG avec notamment la présence de RSCA et de traces d'apprentissage.

2) RSCA

Concernant le RSCA, nous avons vu précédemment qu'il peut être utile pour les tuteurs dans la formation, l'évaluation et la compréhension émotionnelle des internes, cependant ce document a aussi ses limites et crée donc des difficultés chez la majorité des tuteurs.

Pour deux tuteurs, le RSCA est une perte de temps pour l'interne. Il est jugé comme « *très chronophage* » (T8) avec un gain en formation trop limité « *sur un domaine de compétence restreint* » (T9). La tutrice T9 rapporte, quant à elle, un « *apport quasi nul* » pour ses internes en voyant « *qu'ils n'étaient pas motivés à les faire* ». Selon eux, une alternative doit être privilégiée : « *peut-être que de rédiger des pages et des pages, ils auraient un bénéfice à se former autrement* » dit la tutrice T9, « *il y a peut-être d'autres outils, d'autres méthodes qui peuvent être tout aussi pertinents et moins fastidieux* » s'interroge le tuteur T8.

Concernant la forme, l'obligation des RSCA avec des délais stricts qui engendre une sanction en cas de dépassement est jugée trop rigide et trop « scolaire » (T7) par les tuteurs : « *boum la sanction est que si vous avez pas réuni tous les travaux, c'est dans le baba. C'était un peu rude* » (T4). Ces tuteurs n'ont pas adhéré à cela et ont, donc, eu des difficultés à demander cette rigueur à leurs internes. Les tuteurs T4 et T5 expliquent avoir préféré « *qu'ils rendent tard [le RSCA] mais bien* » préférant juger leur progression qu'une date. Les autres tuteurs ont essayé de respecter les dates butoirs mais se sont confrontés à la difficulté d'aller chercher les travaux des étudiants et ils ont eu la désagréable sensation d'être soit le « *secrétariat personnel de l'étudiant* » (T1) soit « *la maman* » (T5). Le tuteur T5 concède, ainsi, avoir perdu « *pas mal d'énergie* » à rassembler les RSCA de tous ses internes.

Concernant la correction, outre les difficultés qu'ont eu deux tuteurs sur les délais de correction : « *j'étais souvent en retard pour lire les RSCA* » (T3), « *j'ai trainé à rendre certaines corrections* » (T6), plusieurs tuteurs ont eu des problèmes à la réaliser.

D'une part, les tuteurs expliquent que les attentes n'avaient pas été définies explicitement : « *c'était pas facile parce que c'était pas clair pour moi ce qui était attendu* » (T9), « *on n'avait pas du tout de référentiel* » (T4). Ils expliquent avoir dû demander des « *RSCA types* » (T6) ou des « *correctifs un peu officiel* » (T6).

D'autre part, certains tuteurs estiment ne pas avoir été formé à cela ; comme la tutrice T7 qui explique qu'« *[elle] ne savait pas comment faire* » et qu'elle a dû se « *renseigner avec de la lecture et des liens Google® « Comment rédiger un RSCA ? »* » ou encore le tuteur T4 qui évoque qu'il aurait été plus performant avec une formation adéquate.

Cette carence de modèle et de formation a donc rendu la correction difficile à maîtriser et a créé, chez deux tuteurs, des doutes sur leurs compétences : « *mais moi j'ai pas du tout ça, est-ce que je fais bien ? Est-ce que je fais mal ?* » explique T1, « *comment on se débrouille avec ce truc là ? Comment on fait un RSCA ? Et comment on l'évalue ?* » s'interroge T4.

De plus, nous verrons que l'évaluation formative et sommative n'est pas homogène pour tous les tutorés, selon les tuteurs. Elle peut en partie s'expliquer, concernant les RSCA, par ce défaut de référentiel et de formation laissant les tuteurs seuls et libres dans leurs corrections : « *je ne pense pas que tout le monde corrige pareil un RSCA* » (T6).

3) Traces d'apprentissage

Concernant les traces d'apprentissage, c'est surtout la forme et son obligation qui sont critiquées : déception « *c'était un peu une déception* » (T6) et scepticisme « *j'en suis clairement pas fan, je trouve ça nul* » (T5) sont exprimés par les tuteurs. En effet, l'obligation de la rédaction d'absolument onze familles n'est pas jugée pertinente par six des tuteurs interrogés. Le tuteur T4 préfère « *deux ou six traces d'apprentissage* » bien faites et voir une progression plutôt que onze travaux fait « *à l'arrache en deux, trois semaines* ». La tutrice T9 trouve même cela « *ridicule* » car les internes n'ont pas toujours rencontré de situations problématiques dans une des familles donc ils réalisent soit un travail où ils ne se sont pas sentis en difficulté et font une trace « *rapidement pour faire plaisir aux tuteurs* » soit ils inventent une histoire de toute pièce : « *je suis sûr que certaines traces sont inventées* ». Ce sentiment est rejoint par la tutrice T5 qui admet que ces travaux sont facilement « *trucables* » et que pour un travail soit de qualité, il faut que l'interne se soit réellement questionné sur la situation : « *si c'est vraiment un truc sur lequel il s'est interrogé, il va rendre un truc bien sinon non* ».

Sur le fond, il existe, là encore, un problème d'hétérogénéité dans ce type de travaux avec des tuteurs qui n'ont pas le même niveau d'attente ; comme l'évoque la tutrice T9 : « *les exigences entre tuteur n'étaient pas du tout homogène [...] d'autres étudiants faisaient presque des mini RSCA, moi je ne demandai pas ça* ». Il y avait donc, pour la tutrice T1, un sentiment d'inégalité entre les internes car certains devaient faire « *quasiment des mémoires et d'autres trois lignes* ».

Ces difficultés évoquées font que deux tuteurs voient la rédaction de traces d'apprentissage comme un échec complet : « *voilà c'est encore un outil inutile* » (T9), « *ça a été un raté* » (T6).

4) Formation hétérogène

Par ces travaux écrits, les tuteurs constatent un défaut d'homogénéité dans l'ensemble de la formation des internes.

Selon le tuteur T4, d'une part, « *les outils n'étaient pas tous homogènes* » pour assurer le suivi, la formation et l'évaluation et, d'autre part, il existe « *des interprétations très diverses d'un tuteur à l'autre* » pour la tutrice T1.

Il y a donc un important facteur tuteur-dépendant sur la formation de l'interne. Celui-ci est constaté à plusieurs niveaux : au sein d'un même groupe de tuteur : « *il y avait des différences entre mes attentes et celles de mes collègues du groupe de tuteur* » (T9) et aussi par rapport aux autres groupes : « *il y avait encore plus de différences avec les autres groupes* » (T9).

Pour le tuteur T6, les tuteurs « *n'ont pas tous les mêmes attentes, les mêmes façons de corriger* » et cela a forcément un impact sur la formation et « *sur l'évaluation finale* ». Le tuteur T4 explique avoir essayé de limiter dans son groupe les inégalités de jugement en voulant faire « *tourner la correction des RSCA* », conscient que la correction peut être « *bonne pour l'un mais peut être qu'un autre tuteur dira que ce n'est pas terrible* ».

Ce sentiment d'inégalité est partagé par la tutrice T5 : « *c'est important qu'ils aient le sentiment d'être à égalité* » ou encore par le tuteur T8, conscient que cela peut nuire et « *donner à l'interne l'impression d'être plus pénalisé* ».

5) Évaluation sommative

Certains tuteurs ont eu des difficultés avec ce rôle, qui s'est imposé au fur et à mesure. Celui-là consiste à évaluer, noter et valider le Diplôme d'Études Spécialisées (DES) de médecine générale de leurs tutorés.

Premièrement, comme vu précédemment, cette mission n'était pas prévue : « *on a appris, par la suite, qu'il fallait aussi les évaluer* » (T9) et certains tuteurs n'ont pas apprécié ce changement de direction « *on nous l'a clairement imposé* » (T6), « *c'est énervant quand on s'engage pour une chose et que les règles du jeu changent en cours de route* » (T9).

De plus, la mise en place de cette nouvelle mission est jugée précipitée car les tuteurs estiment qu'ils n'ont « *pas les moyens pour le faire* » (T1), « *on est parti avec quasiment rien* » (T6). Pour certains tuteurs, ils estiment avoir dû évaluer avec des outils non adaptés : « *les documents produits ne sont pas forcément suffisant pour une évaluation sanctionnante d'un*

médecin, ça ne va pas » (T2), « je trouve ça difficile de valider un DES à partir de ces travaux » (T6). Un tuteur explique même avoir dû créer des instruments personnels pour pallier au manque de moyen : « j'ai créé mes propres outils » (T8).

Deuxièmement, une difficulté émise par cinq tuteurs est l'ambivalence qu'il y a d'être « à la fois accompagnateur et évaluateur » (T6). Ils estiment qu'on ne peut pas occuper ces deux rôles à la fois par défaut de neutralité. Il est, en effet, difficile pour les tuteurs de créer une relation de compagnonnage avec leurs internes avec le développement d'un « lien affectif » (T6) et à la fois d'avoir le recul nécessaire pour noter et valider un DES : « je n'avais pas l'impression d'avoir la neutralité nécessaire pour pouvoir juger leur travail » (T6). Pour ces tuteurs, la validation et l'évaluation ne sont « pas compatibles avec une position d'accompagnement » (T2) et cela représente, pour le tuteur T6, un défaut dans la construction même de ce tutorat : « ça me semble être un péché originel ».

De plus, le tuteur s'implique dans le travail de son interne pendant les trois ans de tutorat. Il devient, ainsi, co-rédacteur des travaux écrits et responsable de l'évolution des compétences de son interne ; l'évaluation et la validation sont alors, pour le tuteur T4, inutiles et « superflues parce qu'on l'a fait avec eux » ou même biaisées car cela revient à se juger soit même : « on ne va pas juger son propre travail négativement ».

Cette impression d'être « juge et partie » (T4,T2) a ainsi « mis très mal à l'aise » le tuteur T2, a été « assez mal vécu » par le tuteur T4, a été « dur à assumer » pour la tutrice T9 ou encore a créé « un malaise » chez le tuteur T6.

Les tuteurs mettent, aussi, en avant la charge psychologique importante de la validation du DES : « c'est des responsabilités oui. Moi je ne peux pas m'en foutre. Ça me pèse

évidemment » (T2), « *ce n'est pas rien de valider un DES* » (T6), « *la sanction c'est lourd* » (T5), *c'était une charge mentale importante* » (T1). Cette pression n'est pas bien vécue et les tuteurs s'interrogent sur leur légitimité « *est-ce que c'est juste ? Trois tuteurs qui valident un cursus de trois ans ?* » (T2) et sur leur crédibilité « *si on sanctionne faut que ce soit crédible, est-ce qu'on l'est ?* » (T5) ce qui a pu provoquer chez la tutrice T1 un sentiment de mésestime « *je ne faisais pas suffisamment bien, c'était pas à la hauteur* ».

Enfin, l'entretien pour la validation n'a pas posé de difficulté notable. Selon trois tuteurs, c'était « *purement administratif* » (T9). La validation est, en faite, déjà réfléchi en amont. Pour le groupe de la tutrice T5, l'oral a été rapide « *ça a duré 5 minutes* » voire non fait pour un tutoré « *on ne l'a même pas validé en présentiel* » (T5), ce qui peut montrer un côté futile de cet événement.

Ces difficultés tant sur le plan idéologique de l'évaluation que sur le plan psychologique des tuteurs font que ce rôle est peu apprécié des tuteurs : « *c'est la partie corvée* » (T1) et a, par ailleurs, grandement effrité la relation tuteur/tutoré.

C. Retour du maître de stage

Le retour du maître de stage sur les compétences de l'interne est en théorie très utile mais en pratique, il se heurte à quelques limites.

Premièrement, il est souvent jugé comme « *non pertinent* » (T9), « *on sait aussi ce que ça vaut* » (T6) car les évaluations sont souvent de qualités insuffisantes : pour le tuteur T8, « *les terrains de stage font des retours très flous* », voire presque mensongers : « *cocher tout en parfait alors que si on regarde la grille en détail, c'est quasi impossible* ». En plus, le document n'est pas complet et il est alors difficile d'avoir un bon aperçu de l'interne pendant son stage même si celui-ci a été rempli consciencieusement. Pour avoir une réelle vision des compétences de leurs internes, certains tuteurs ont dû appeler le maître de stage ou envoyer des mails. Cependant, ils sont souvent face à des maître de stage qui n'ont pas le temps : « *on tombe souvent comme un cheveu sur la soupe* » (T1) ou qui connaissent peu l'interne en question car « *il n'y a pas toujours un référent désigné* » (T6) pour chaque interne.

Un tuteur s'interroge aussi sur une potentielle méconnaissance de la notion de tuteur dans le milieu hospitalier « *je ne sais même pas s'ils [maîtres de stage] savent ce que c'est un tuteur* » (T8) ce qui ne favoriserait pas le dialogue.

Deuxièmement, il est très difficile, pour les tuteurs, d'obtenir ces documents : « *j'ai eu beaucoup de mal à avoir ça* » (T5), « *on n'a pas de retour* » (T1), « *spontanément je ne les ai jamais eu* » (T9). Les tuteurs ont dû contacter les maîtres de stages afin d'obtenir les évaluations mais ce n'était pas chose aisée : « *[les maîtres de stage] ne vous répondent pas* » (T6) et ce malgré l'insistance de certain tuteur « *j'ai dû relancer, rerelancer et rerererere..lancer* » (T2).

Ce « *jeu du chat et la souris* » (T4) a eu pour conséquence de laisser les tuteurs qui se sont, ainsi, petit à petit désengager de ce rôle « *j'avoue que je n'ai plus du tout le temps de faire ça* » (T5), « *mes co-tuteurs n'ont pas appelé les maîtres de stage parce qu'ils en avaient*

ras le bol » (T4) et ont cessé de récupérer les évaluations « *il y a des validations que je n'ai jamais eu* » (T1).

La pénibilité de cette tâche est claire avec un champ lexical fourni dans le discours de la majorité des tuteurs : « *la croix et la bannière* », « *exaspéré* », « *très galère* », « *très compliqué* », « *du mal* », « *une vraie galère* », « *ras le bol* ».

Ces limites de pertinence et d'accessibilité des retours de maître de stage font qualifier cette mission d'« *usine à gaz* » (T6) par un tuteur.

D. Séances de tutorat

Comme nous l'avons évoqué précédemment, les séances de tutorat sont considérées par les tuteurs comme un plus dans la formation de leurs internes, ceux-là ont cependant été confrontés à plusieurs difficultés tant lors de la confection que lors de la réalisation de la séance de tutorat.

Dès la question sur une liste de thématique à aborder lors des séances, les tuteurs hésitent et se divisent. Pour trois tuteurs, « *il n'y avait pas de programme pré établi* » (T1), « *on nous a vraiment rien dit* » (T6). Le tuteur T6 explique avoir mené ses premières séances de tutorat de manière « *complètement freestyle* » tant le cadre était non défini.

Pour les autres, ils étaient informés des thèmes à aborder et étaient conscients de devoir respecter une liste de onze familles de situation : « *au début, elles étaient là* » (T4). Le

tuteur T4 explique, en revanche, ne pas l'avoir utilisée car le document était à la fois trop « théorique » et aussi incompréhensible « *je ne les ai jamais vraiment comprises* ».

Le choix des thèmes est aussi une difficulté pour les tuteurs et même si la liberté des sujets est prise et voulue par les tuteurs, ils avouent avoir du mal à trouver des idées innovantes et intéressantes : « *j'ai senti un essoufflement. Au bout d'un moment on avait fait le tour des thématiques essentielles* » évoque le tuteur T6.

On peut aussi noter que cette liberté thématique renforce les arguments sus-cités concernant une formation hétérogène d'un groupe à l'autre. En effet, ce sentiment d'inégalité formative est aussi ressenti lors des séances de tutorat : « *quand tu discutes avec d'autres internes, ça ne se passe pas du tout pareil dans les autres groupes* » explique la tutrice T5.

En pratique, la majorité des groupes de tuteurs se sont répartis les séances de telle sorte qu'un tuteur soit présent et anime seul une séance sur trois. Pour se faire cela nécessite un dialogue entre co-tuteurs afin de s'organiser et d'établir une suite pédagogique d'une séance à l'autre. La majorité des tuteurs expliquent qu'« *il y avait cet aspect de coordination des trois tuteurs* » (T6). Cependant d'autres n'ont pas eu le même sentiment. Pour le tuteur T4, « *la mise en collectif d'une action commune n'était pas optimum* ». Il estime, en effet, qu'il y a eu un « *manque de travail d'équipe* » dans son groupe ce qui a pu être « *pénalisant dans la cohérence pédagogique* ».

Une autre difficulté, et probablement la plus importante, exprimée par l'ensemble des tuteurs interrogés sur les séances de tutorat est de faire face à des étudiants non impliqués et désintéressés. Pour la tutrice T9 : ils n'« *ont pas accroché* ». Pour la tutrice T5, c'est un

sentiment de rejet de cet enseignement par les étudiants où elle avait « *l'impression qu'ils [la] regardaient en se disant « mais qu'est-ce que je perds mon temps-là »* ». Cette impression est partagée et confirmée par la tutrice T7 où « *tous [ses] internes [lui] ont dit qu'ils perdaient leur temps* ». Il est donc difficile pour eux de tenir une séance sans réelle interaction avec la plupart du temps : « *pas de participation volontaire et pas d'écoute* » (T9).

Deux tutrices expliquent cela par une différence d'attente en termes de contenu ; comme la tutrice T5 qui « *avait l'impression pénible de ne pas répondre à leurs attentes* » car pour elle et la tutrice T7, les internes voulaient plutôt « *des cours magistraux* ». Les tutrices T7 et T9 critiquent, aussi, l'organisation qui est jugée encore une fois « *trop scolaire* » et trop rigide avec des débats trop chronométrés pour la tutrice T7 : « *Qu'on en débattenne quinze minutes quoi, pas trois heures ! C'est juste n'importe quoi ! (en colère). S'il y a un truc intéressant à dire, on peut passer quatre heures mais s'il n'y a rien à dire qu'on y passe cinq minutes voilà !* ».

Pour sa part, le tuteur T6 se demande si le manque d'implication des internes n'est pas dû à une carence pédagogique des tuteurs : « *peut être aussi que je manque de formation pédagogique et que ce n'étaient pas des choses sur lesquelles je suis formé* ».

Au final, selon les tuteurs, la différence entre les attentes des tutorés et la proposition des tuteurs sur le contenu et sur l'organisation était grande et a donc entraîné la faible adhésion aux séances.

Ce sentiment de manque d'engagement des tutorés a été mal vécu par les tuteurs. Il en ressort une lassitude des enseignants : « *quand vous cherchez un volontaire et qu'il n'y a personne : bah c'est épuisant* » explique le tuteur T6. La tutrice T3 a l'impression de se démener pour rien : « *je leur demande comme un service à la fin de faire un mail pour me dire qu'est-ce*

qu'on pourrait améliorer et à chaque fois ils ne répondent pas ». Pire, une tutrice se sent dévalorisée et même moquée, se qualifiant d'« *amuseur de galerie* ».

On comprend d'autant plus l'impact de ces difficultés sur le moral des tuteurs par la présence du champ lexical de la souffrance : « *pénible* », « *épuisant* », « *désagréable* », « *face* », « *lutter* », « *dur* », « *seul* ».

La tutrice T5 résume le sentiment majoritaire des tuteurs par : « *C'est désagréable. Tu sens bien que... on est un peu à côté... Qu'ils nous trouvent bien gentils mais un peu « con-con » sur les bords. Bien sympas mais que ce n'est pas comme ça qu'ils imaginent la formation.* »

Plus anecdotique, la tutrice T3 évoque aussi quelques difficultés dans l'organisation pure des séances avec un planning complexe à suivre et des lieux de rendez-vous pas toujours bien compris : « *il y a eu des bugs sur les dates, les salles* ».

Nous le verrons prochainement mais la question du temps dépensé et aussi soulevé par les tuteurs. Ils se sentent majoritairement impliqués et expliquent que ces séances leur « *bouffent du temps* » (T2), « *ça m'a pris un temps fou* » (T6) que ce soit dans la préparation en amont ou le fait de « *réserver des demi-journées pour être présent* » (T2). Seulement une tutrice interrogée explique ne pas avoir préparé ses séances « *je ne voyais donc pas spécialement de travail à préparer de mon côté* » (T1).

E. Aide à la thèse

Comme nous l'avons vu, les tuteurs n'ont que très peu suivi leurs tutorés sur la thèse. Cette carence est essentiellement expliquée par la méconnaissance de l'encadrement d'une

thèse. Cinq tuteurs estiment ne pas avoir « *la capacité* » (T7) car ils n'ont pas été formé à cela : « *je n'avais pas encore fait de formation* » (T6) et qu'ils n'ont pas d'expérience dans le domaine : « *on en a jamais fait* » (T4) dit l'un, « *je n'avais jamais dirigé de thèse* » (T6) annonce un autre.

En plus, rien n'a été mis en place pour aider les tuteurs dans ce rôle explique le tuteur T4 qui déplore ne pas avoir eu « *d'outil pour faire émerger une envie de faire quelque chose ni de contact à donner* ».

Ces deux éléments réunis expliquent que les tuteurs se sont peu impliqués dans ce rôle.

F. Relation tuteur/ tuteuré

La création d'une relation prompte à la formation et au compagnonnage n'a pas été chose aisée pour plusieurs tuteurs.

Premièrement, la personnalité et les attentes des deux interlocuteurs sont déterminants. Ainsi, les tuteurs T1 et T2 expliquent avoir eu des difficultés par le fait d'avoir « *des tempéraments différents* » (T1), « *des caractères incompatibles* » (T2) avec leurs internes, ce qui a créé une relation conflictuelle : « *c'était tendu* » pour l'un T1 tandis que pour l'autre T2, un changement de tuteur a été fait. La tutrice T1, avec un profil « détaché », estime aussi que son implication relationnelle doit être limitée « *je me disais qu'ils n'avaient pas hyper besoin de nous* ». De cette manière, son rôle dans l'accompagnement et le soutien psychologique a pu être incompris « *je n'ai pas à courir après un étudiant qui ne va pas bien et à lui demander « alors tu vas bien ? »* ». *Je ne suis pas leur maman* ». Ces mauvais rapports ont provoqué, chez les tuteurs, de la fatigue « *c'était épuisant* » (T3) mais aussi de la tristesse :

« *c'est difficile pour moi lorsqu'un étudiant vous reproche de ne pas l'avoir suivi correctement* » (T1).

Deuxièmement, en trois ans, certains facteurs extérieurs ont fragilisé le lien créé. Nous l'avons vu précédemment, les changements demandés par le DMG ont mis le tuteur dans une position délicate et n'ont pas pris en considération la relation construite entre le tuteur et ses internes. Le changement majeur, considéré comme une « *bascule* » (T6) et même une « *rupture* » (T9) dans la relation, c'est le passage d'une évaluation formative à une évaluation sommative. Les tuteurs sont catégoriques : « *il y a quelque chose qui a changé fondamentalement quand il a fallu évaluer ses étudiants* » (T4). Pour le tuteur T1, ce changement est une remise en question de « *l'appellation* « tuteur ». Cinq tuteurs ont l'impression d'une dérive de ce statut vers un rôle « *strictement d'enseignant* » (T1) avec pour seule mission la surveillance et la notation des travaux écrits délaissant le côté humain de l'accompagnateur : « *on est passé dans une relation, où à la base on échangeait, où il y avait des conseils, des aller retours, à des attentes très scolaires* » nous explique le tuteur T6. Le tuteur T4 voit son rôle de tuteur se transformer vers un rôle de policier : « *je ne deviens plus un accompagnant mais quelqu'un qui va vraiment fliquer et ça ce n'est pas ma vocation* ». Il a l'impression de devoir « *traquer* » les internes pour avoir leurs travaux avec pour conséquence de « *s'éloigner d'une certaine collaboration* ». On retrouve dans les discours des tuteurs, le champ lexical de la répression qui renforce le côté non apprécié de ce rôle : « *devoir* », « *fliquer* », « *traquer* », « *correction* », « *exigence* », « *hostile* ».

Pour les tuteurs T4 et T6, les moments de correction de RSCA et les séances de tutorat sont devenus des moments difficiles où la relation était fragile : « *la relation s'est, on va dire, tendue* » T6 annonce l'un, « *à ces moments, il y avait plus de tension entre nous* » (T4) confirme

l'autre. Du côté des étudiants, le tuteur T6 a ressenti qu'ils « *étaient inquiets* » de ce changement et de l'évaluation qui en découlait ; pour la tutrice T9, elle évoque une opposition franche : « *ils sont devenus plus hostile à ce tutorat* ».

Ce changement a donc déplu à six tuteurs et ils estiment que cela a cassé la relation existante et fait disparaître le côté d'accompagnateur de ce tutorat : « *j'étais dégoûtée parce qu'il n'y avait plus de relation amicale et va la reformer quand tu notes et sanctionnes tes internes* » (T9). Ce sentiment est à la source de nombreux non-réengagement : « *je ne me ne suis pas réengagé à cause de ça* » conclut le tuteur T2.

De manière plus pratique, deux tuteurs évoquent avoir rencontré quelques difficultés dans leur posture et leurs attitudes devant leurs internes. Le tuteur T6 explique qu'il n'est pas toujours aisé de mettre au bon niveau le curseur entre l'amical et le professionnel : « *c'est pas toujours évident d'avoir le bon dosage sinon ils te prennent plus au sérieux* ».

La tutrice T3 déclare même faire attention à son comportement pour ne pas donner « *une impression de relation de séduction* » avec un étudiant. En effet, cette tutrice admet « *être plus distante avec un homme qu'avec une femme* » car elle ne veut « *surtout pas qu'un interne puisse croire qu'elle le drague* ».

Ainsi, si la majorité des tuteurs estiment avoir eu une bonne relation avec leurs étudiants malgré des différences de caractères, d'attentes ou des ajustements comportementaux, ils s'accordent sur le fait que l'annonce d'une évaluation a été un élément perturbateur dans la relation.

G. Chronophage

Comme nous l'avions vu précédemment, la préparation et la mise en place des séances et l'évaluation ont posé des difficultés de gestion du temps aux tuteurs. Or celle-ci génère elle aussi d'autres difficultés telles que l'absence de reconnaissance, la rémunération insuffisante, l'impression de temps perdu, voire d'ingratitude. Elle est également variable en fonction du nombre de tutorés ou de l'investissement du tuteur.

Pour les tuteurs ayant eu la charge de trois tutorés en trois ans, la quantité de travail est jugée de « *minime* » (T7) à « *importante* » (T4). Les tuteurs avec un profil « détaché » passent en moyenne moins de temps que les autres tuteurs « *peut-être 2-3 heures par trimestre* » (T7) avec cependant quelques remords : « *la charge de travail qu'il faudrait fournir... qui est probablement plus importante que celle que j'ai fourni* » (T1). Les autres profils annoncent un temps de travail aux alentours « *2-3 heures par mois* » (T8) voire « *au moins 8 heures par mois* » (T4). Cette charge de travail est alors qualifiée de « *pas non plus catastrophique* » (T8) et donc « *tout à fait assumable* » (T2) pour ces tuteurs avec trois tutorés. Le tuteur T4 explique néanmoins être à la limite avec un tutorat jugé « *hyper chronophage* » où il a « *vraiment passé beaucoup beaucoup de temps* ».

Les choses se compliquent avec les tuteurs ayant plus de trois tutorés. La tutrice T5 explique avoir été débordé avec neuf tutorés à la fois « *je ne suivais plus. On se noie* » et de ne jamais avoir eu de temps de répit « *ça se rajoutait encore et encore* », sa conclusion : « *c'est beaucoup trop* ». La tutrice T3 rapporte « *une moyenne de deux heures par semaine* » seulement faisable grâce à un emploi du temps aménagé.

Des tuteurs imaginent avec difficultés pouvoir suivre plus de trois internes « *si on en a six ou neuf, ça se complique* » (T8) et trouvent cela très chronophage « *j'en aurais eu neuf, je crois que j'aurais pas pu faire d'autres choses* » (T2).

Le nombre idéal de tutorés par tuteur est estimé, selon les neuf tuteurs, entre trois et six.

Au vu du temps dépensé par les tuteurs où certains ont dû réduire leur temps personnel « *je l'ai fait sur mon temps privé* » (T4) ou encore professionnelle « *j'ai limité le cabinet pour être présente à des séances* » (T9), la rémunération est perçue comme assez faible : « *elle n'est pas majeure* » (T2), « *ce n'est vraiment pas grand-chose la rémunération* » (T4) voire nulle assimilant le tutorat à du « *bénévolat* » (T4). Un tuteur perçoit cette rémunération comme un manque de reconnaissance allant jusqu'à la qualifier d'« *ingrate par rapport au temps passé* » (T6).

Néanmoins, les tuteurs avouent n'y prêter que peu d'attention et ne se sont pas engagés dans le tutorat pour le côté pécuniaire « *je ne l'ai pas fait pour la rémunération* » (T4), « *c'est pas ma préoccupation première* » (T6) ce qui rappelle la motivation altruiste des tuteurs.

H. Un non-impact sur la formation

Une des limites du tutorat est que, étonnamment, malgré les nombreux avantages cités, les tuteurs estiment, majoritairement, ne pas avoir ou avoir peu d'impact sur l'internat de leurs tutorés. « *Non je ne pense pas avoir un réel impact* » explique T7, « *non je n'aurais pas la prétention de dire que j'ai eu un impact. Je ne suis pas sûre d'avoir réellement servi* »

annonce T9. La tutrice T3 se questionne même sur un impact négatif « *aucune. Non, je ne pense pas. Si déjà je ne leur fais pas de tort, c'est bien* ». Les tuteurs T1, T5 et T6 sont dubitatifs : « *personnellement je ne suis pas sûre, je ne crois pas* » (T1), « *j'espère* » (T5), « *j'ai modestement l'impression d'avoir pu les aider un petit peu* » (T6). Finalement, un seul tuteur est convaincu de son impact positif sur la formation de ses tutorés : « *Oui oui, j'en suis convaincu, très clairement* » (T4).

La source de ce scepticisme quant à leur influence sur la formation n'est pas très claire : « *je ne sais pas* » (T2), « *grande question* » (T6). Une tutrice l'explique, pour sa part, par une trop grande différence générationnelle avec sa formation initiale : « *je me trouve un petit peu vieille vis à vis de mes internes et je pense que je suis dans un fonctionnement qui est un peu démodé* » (T1).

Lorsqu'un impact est envisagé par les tuteurs, ils estiment que c'est grâce à leur rôle dans le soutien moral : « *j'espère avoir pu les aider aussi dans... ils ont traversé des situations difficiles dans des stages difficiles* » (T6), « *c'est bien qu'il y ait eu un tuteur à ce moment-là sinon elle aurait été très seule* » (T2) et dans leur rôle d'interlocuteur privilégié : « *je pense que ça a pu être rassurant d'avoir une personne référente* » (T4). C'est donc, majoritairement, dans un apport relationnel que les tuteurs se sentent le plus utiles, ce que nous avons déjà développé.

Seul le tuteur T4 convaincu par son impact estime avoir été une véritable aide dans la formation théorique : « *la chance d'avoir une ligne directrice dans leur formation en fonction de leurs expériences et de leurs terrains de stage* » (T4).

Toutes ces difficultés sont des facteurs qui ont motivé l'arrêt du tutorat chez six des neuf tuteurs interrogés.

V. Pistes d'amélioration

Les pistes d'améliorations évoquées par les tuteurs concernent essentiellement les difficultés les plus importantes qu'ils ont, personnellement, rencontré, à savoir :

- un tutorat trop scolaire
- l'évaluation
- une formation inégale pour les internes
- chronophage

A. Un tutorat trop scolaire

Nous l'avons vu précédemment, un tutorat trop scolaire « *infantilise* » (T1) et empêche l'autonomisation de l'étudiant. La conception de celui-ci doit donc changer, selon la tutrice T1, et doit « *essayer de progresser vers l'autonomisation des internes et d'arrêter de vous scolariser* ».

Pour se faire, trois tuteurs évoquent le fait de demander aux étudiants leurs attentes et de s'adapter en fonction de celles-ci : « *il faut plus écouter l'étudiant, de ce qu'il a envie d'entendre, ce qu'il a envie qu'on lui apporte* » (T7). La tutrice T9 pense qu'ainsi la relation serait plus horizontale et permettrait une plus grande personnalisation de la formation : « *avoir*

une relation horizontale avec des discussions libres avec les internes et à leurs demandes pour vraiment que ça soit personnalisé ».

La tutrice T7 propose que le tutorat soit « *facultatif* » et que seuls s'inscrivent les étudiants « *s'ils en ressentent le besoin* ».

D'un point de vue plus pratique, la majorité des tuteurs interrogés estiment que les travaux écrits prennent une place trop importante et qu'il faut alléger les éléments obligatoires du portfolio : « *arrêter les onze familles de situations* » annonce la tutrice T5, « *on pourrait clairement se passer des RSCA* » pense le tuteur T8.

Il faut aussi être « *plus souple* » selon la tutrice T7 surtout au niveau de « *la multitude d'obligations* » qu'ont les internes comme des délais inflexibles, une obligation de présence en séance de tutorat, un nombre défini de traces d'apprentissage, un nombre défini de RSCA, un nombre obligatoire de présence en formation du DMG, une obligation de choix de sujet de thèse avant la fin de l'internat avec pour sanction, à un seul manquement, une invalidation de DES.

B. L'évaluation

Comme vu précédemment, l'évaluation est, pour six des neuf tuteurs interrogés, incompatible avec le rôle de compagnonnage. Pour le tuteur T6, « *il faut vraiment dissocier le rôle du tuteur de celle d'évaluateur* ».

L'amélioration, proposée par le tuteur T2, serait que le « *tuteur soit un peu comme un directeur de thèse* » et qu'en fin de tutorat, lors de la validation du DES, le couple tuteur/tutoré « *présente un travail commun* » devant un « *collectif validant* », qui aurait la possibilité de valider ou sanctionner le tutoré mais aussi le tuteur.

Sur le plan pratique, les outils d'évaluation étant jugés par les tuteurs comme absents ou inutilisables, le tuteur T4 souhaiterait « *des outils qui soient plus universels, plus simples d'utilisation* » sans donner de réel exemple. Le développement d'une interface « *qui facilite le contact entre le tuteur et le maître de stage* » est demandé par tous les tuteurs. Toujours pour le retour des maîtres de stage, le tuteur T8 pense qu'il y a des améliorations à faire dans « *la position et l'identification des tuteurs pour les terrains de stages* ». Selon ce tuteur, il faudrait « *donner plus de légitimité* » pour que les maîtres de stage soient plus coopératifs « *si le tuteur demande une évaluation et ba il faut qu'ils [les maîtres de stage] prennent le temps de le faire, ce n'est pas optionnel quoi* ».

C. Une formation trop hétérogène

Pendant les trois années de tutorat, les tuteurs se sont aperçus que la formation et l'évaluation étaient hétérogènes entre les tutorés.

Pour la tutrice T5, il faut que le tutorat « *essaie d'aboutir à un contenu commun* » pour sortir de ce « *flou artistique* ». L'homogénéisation du contenu pourrait se faire au niveau des travaux écrits en ayant « *des référentiels* » et un second correcteur, propose le tuteur T4.

Le tuteur T8 propose de réduire les « *diversités de pratiques et d'exigence des tuteurs* » par un travail sur les compétences pédagogiques des tuteurs : « *soyons réaliste hein, tous les tuteurs n'ont pas forcément la pédagogie pour pouvoir proposer des choses qui soient adaptées et intéressantes pour les internes* ». Une mise à niveau pourrait se faire selon ce

tuteur par « *une meilleure formation des tuteurs* ». La tutrice T5 va aussi dans ce sens et évoque la nécessité de « *faire le tri dans certain tuteur* ».

D. Un rôle chronophage et peu rémunéré

Concernant le côté chronophage du tutorat, les tuteurs n'ont pas de réelle proposition, conscients que la formation d'un étudiant prend du temps. Cependant, une augmentation de la rémunération pourrait « *valoriser l'engagement et le temps investi* » selon le tuteur T4. Il estime, en effet, que pour consacrer plus de temps, il faudrait une rémunération adaptée : « *j'aimerais bien enlever des horaires de consultations par semaine pour juste cette tâche là [le tutorat] mais en contrepartie il faut que ça soit rémunéré décemment* », position confirmée par trois autres tuteurs : « ça peut toujours être revalorisé » dit le tuteur T8 ou encore « ce n'est pas pour cette rémunération que je vais bouger » annonce le tuteur T2.

DISCUSSION

Cette étude nous a permis d'avoir une vision globale du tutorat et de confronter le vécu des tuteurs et des tutorés, afin d'identifier les points positifs et négatifs, dans le but de trouver des pistes d'amélioration.

La vision du tutorat comme mise en relation d'un tuteur et d'un tutoré dans un esprit de compagnonnage, est appréciée par l'ensemble des intervenants. La plupart des tuteurs se sont engagés dans ce but, se sentent compétents et sont à l'aise dans ce rôle. Ils y voient une relation privilégiée avec leurs étudiants, ce qui permet d'une part un bon apprentissage et d'autre part de bénéficier d'un interlocuteur précis pour apporter soutien et assistance en cas de difficulté. La majorité des tutorés, 9 tutorés interrogés sur 12 exprime ce même avis et considère les tuteurs comme des mentors voire des confidents apportant une grande aide par la construction d'une relation de confiance. Dans la majorité des cas, l'entente a été bonne voir amicale. Elle passe par un équilibre trouvé entre les attentes de chacun. Selon les tutorés, le tuteur idéal doit se montrer disponible et actif tant sur le plan professionnel que personnel en s'intéressant à celui-ci et le tutoré idéal de son côté, doit remplir ses devoirs d'étudiant, en rendant les travaux dans les temps. Dans les cas où il y a eu mésentente, les tutorés ont trouvé leurs tuteurs trop désinvestis ou au contraire trop exigeants ; pour les tuteurs, la raison évoquée est le désinvestissement des tutorés. De plus, le tuteur joue aussi le rôle de référent, une personne à qui s'adresser quand le tutoré rencontre des problèmes pendant les stages par exemple. Il fait office de relais avec les instances supérieures.

Cette relation mutuelle de confiance s'est dégradée, chez quatre internes et cinq tuteurs interrogés, lors de la mise en application du rôle d'évaluation et de certification du tuteur. Trois tuteurs ainsi que deux tutorés parlent d'une bascule, d'une cassure. Les tuteurs ont eu l'impression de devoir contrôler, réprimander voire traquer leurs étudiants, tandis que ces derniers ont perdu leur soutien auquel ils se sont mis à devoir rendre des comptes. La moitié des tuteurs n'ont pas adhéré à ce rôle car il a fragilisé la relation de compagnonnage.

Concernant le portfolio, l'avis n'est unanime ni du côté des tutorés ni du côté des tuteurs. Six tuteurs trouvent que le RSCA est, en théorie, un outil intéressant dans l'apprentissage. Le côté réflexif de ce document permet à l'interne une autoformation et apporte ainsi les clefs pour acquérir des compétences ; ce sentiment est également partagé par la plupart des tutorés (sept d'entre eux). Le RSCA trouve cependant ses limites dans la pratique. Premièrement, trois tuteurs expriment un manque de compétence personnelle dans la correction des RSCA qui peut être relié à une formation initiale peu qualitative et aussi à une méconnaissance personnelle de ce type de travail. Deuxièmement, six tuteurs et cinq tutorés trouvent que ce format est responsable d'une trop grande disparité dans la formation et dans l'évaluation. En effet, la différence des exigences entre tuteurs est importante ce qui amène une grande hétérogénéité dans l'évaluation et la formation, pouvant créer un sentiment d'injustice chez certains tutorés. Troisièmement, tous les intervenants trouvent le RSCA chronophage, autant dans la rédaction que dans la correction ; de plus quelques tuteurs mais surtout de nombreux internes s'interrogent sur la pertinence de ce format au vu du temps engagé et le jugent comme inutile dans la pratique clinique réelle.

Les traces d'apprentissages sont globalement mieux perçues par tous les intervenants. Elles sont jugées par deux tuteurs comme plus proches de la pratique de la médecine générale.

On peut cependant noter une rigidité exprimée par de tous les tutorés sur l'obligation de rédiger une problématique dans les 11 familles de situations cliniques (24) même si l'étudiant n'a pas ressenti de difficulté dans l'une d'elle. Ces internes critiquent un outil trop rigide avec des situations imposées. Quelques tuteurs vont aussi dans ce sens expliquant qu'à cause de ce manque de flexibilité, des tutorés inventent des traces d'apprentissages pour valider une famille, ce qu'avouent trois internes interrogés.

Les séances collectives du tutorat sont majoritairement appréciées par les tutorés mais laissent sceptiques les tuteurs. L'ensemble des tutorés approuvent ces séances pour le côté relationnel qu'elles apportent. En effet, elles sont vécues comme des pauses dans leur stage, des moments de partage et de convivialité entre collègues. La liberté d'expression, l'écoute, le soutien sont des éléments estimés par les étudiants et permettent de relâcher la pression pour de nombreux internes. Sur le plan pédagogique, les tutorés sont plus partagés. En effet, le format des GEAP est globalement apprécié mais le manque de flexibilité lors des séances est à l'origine d'un manque d'adhésion pour quatre tutorés. Selon eux, les thèmes sont trop rigides, sans concertation sur les souhaits des étudiants, reprochant parfois des thématiques sortant du domaine médical. De plus, le cadre rend impossible une absence même justifiée, ce que dénoncent tous les intervenants. Tous les tutorés notent aussi une adhésion sélective en fonction du caractère du tuteur qui anime la séance.

Du côté des tuteurs, ils sont majoritairement enthousiastes à l'idée d'animer des séances collectives. La rencontre et la transmission d'expérience sont des valeurs partagées par l'ensemble des tuteurs. Cependant, quatre des tuteurs évoquent des difficultés dans la continuité pédagogique, dans le choix de thématique ou encore dans la planification des séances. Ils estiment qu'il y a alors de grandes différences entre chaque groupe, ce qui rend

la formation des internes très hétérogène. De plus, le principal problème rencontré par l'ensemble des tuteurs est d'avoir l'impression de faire face à des internes non motivés pendant la séance, sans participation voire totalement désintéressés. Le rejet de cet enseignement provoque au fur et à mesure une lassitude des tuteurs voire un malaise ainsi qu'un sentiment de dévalorisation. Ces sentiments négatifs sont d'autant plus mal vécus par les tuteurs que, pour la majorité, ils expliquent passer beaucoup de temps à la préparation de leurs séances.

Il est intéressant de noter le contraste exprimé par les intervenants : si dix tutorés ne sont pas contre l'idée de devenir un jour tuteur, la majorité des tuteurs interrogés, six d'entre eux, ne souhaite pas se réengager. La motivation altruiste et relationnelle des tutorés est la première exprimée mais est aussi mentionnée l'envie de faire évoluer ce tutorat qu'ils jugent trop rigide et en désaccord avec leurs attentes. Dans le cas des tuteurs, même si une grande partie estime trouver dans ce tutorat des apports personnels, comme de la fierté ou de la satisfaction, et professionnels par une formation médicale ou encore la participation à des groupes de pairs en présence des internes ; la plupart ne souhaitent pas se réengager tant les difficultés éclipsent ces attraits : une des difficultés étant l'ambivalence du rôle d'accompagnateur-évaluateur qui est jugé contradictoire. A cela s'ajoute un sentiment d'inutilité car huit tuteurs interrogés doutent de leur impact sur la formation de ses internes. Par ailleurs, si les tutorés trouvent le cadre du tutorat rigide, il en est de même pour les tuteurs qui sont souvent tributaires des décisions du DMG, décisions prises selon six des tuteurs, unilatéralement. À ces difficultés s'ajoute aussi le problème d'une faible rémunération pour un travail considéré par tous comme très chronophage.

I. Forces et limites de notre étude

A. Les forces

Tout d'abord, nous avons choisis une étude qualitative pour recueillir et analyser au mieux les ressentis des participants concernant cette réforme de 2017. Elle complète l'étude des docteurs FALQUET et CAUQUIL qui ont traité le même sujet, publié en 2022, avec une approche quantitative.

Notre étude a pour originalité d'avoir interrogé à la fois les tuteurs et les tutorés de la même promotion. Cela a permis de croiser les angles de vues des deux parties qui ont vécu le même tutorat.

Concernant les entretiens, nous avons privilégié au mieux les rencontres physiques pour recueillir l'expression non verbale des participants. Cependant, dans un contexte de pandémie de COVID 19 au moment de l'étude, certains entretiens se sont fait par visioconférence.

Concernant les entretiens des internes, le chercheur connaissait personnellement dix participants sur douze, cette relation a favorisé le dialogue et a permis d'aborder des sujets plus intimes.

Concernant les entretiens des tuteurs, le chercheur ne connaissait pas les participants et a exclu de la recherche les tuteurs membres de son groupe lors de son internat, ceci dans le but d'éviter un potentiel langage biaisé par la proximité.

Enfin, nous avons entrepris les entretiens à la sortie de leur internat pour limiter le biais de mémorisation.

B. Les limites

Il existe plusieurs limites à cette étude. Tout d'abord, notre étude concerne la première promotion ayant bénéficié du nouveau tutorat, on peut ainsi facilement concevoir qu'il y a eu beaucoup de changements et d'ajustements qui ont pu déstabiliser l'ensemble des intervenants et qu'il y a eu, probablement, une stabilisation sur les promotions ultérieures. Ensuite, nous pouvons citer un biais de sélection dans le recrutement des tuteurs et des tutorés. Pour les tuteurs, la population étudiée est celle qui a souhaité participer à l'étude, il y a donc un biais de volontariat avec des participants ayant probablement des caractéristiques différentes des sujets n'ayant pas répondu. De plus, on peut imaginer, via un biais comportemental, que cette population est plus critique envers le tutorat. Concernant les tutorés, ils ont été recrutés selon l'entourage de l'interrogateur ; pour limiter le biais de sélection, l'investigateur s'est efforcé à prendre des internes de plus de groupes différents afin d'avoir une meilleure représentativité.

Dans toutes études rétrospectives, on retrouve un biais de mémorisation. Les participants étant interrogés sur leur vécu à la fin de leur tutorat, un biais de négativité est possible.

Enfin, les investigateurs font partie de cette première promotion d'internes et qui de surcroît, ont vécu le tutorat. Malgré une volonté de neutralité, il existe un biais dans l'orientation des questions et un biais d'interprétation des résultats.

II. Accompagnement du tuteur par son tuteur

Selon nos résultats, le principal avantage de ce tutorat réside dans l'accompagnement du tuteur par son tuteur. C'est en effet, le rôle prioritaire pour la majorité des intervenants. Il correspond à la fois à la motivation première du tuteur et à la fois aux attentes des tuteurs. Cet attrait du compagnonnage est d'ailleurs retrouvé dans de multiples études, notamment, au niveau local dans l'étude des Drs CAUQUIL et FALQUET (23) qui avaient interrogé la promotion 2017-2020 et 2018-2021 de Strasbourg et aussi, au niveau national, avec l'étude du Dr BISI (25), qui avait interrogé 154 tuteurs de différents tutorats de médecine générale en France. Ces études convergent avec notre étude sur le rôle prioritaire du compagnonnage. Nous retrouvons la notion de partage dans l'étymologie même du mot compagnonnage, venant du mot latin *compagnionem* qui signifie "celui avec qui on partage le pain" (26). Nous pouvons reprendre la définition proposée par la fédération des artisans de France : le compagnonnage a pour double but de former des hommes en même temps que des professionnels qualifiés (27). Il permet à chaque individu l'accomplissement de ses possibilités culturelles et professionnelles, grâce à l'exercice de son métier et à la transmission des savoirs.

Les tutorés apprécient avoir une personne référente qui peut prendre le rôle de confident, de mentor et de conseiller ainsi la majeure partie des couples tuteurs/tutorés interrogés sont satisfaits de la relation créée, celle-ci étant souvent qualifiée de relation de “confiance” voire “amicale”. Cependant, nous avons pu constater que certaines relations se sont dégradées ou alors étaient initialement fragiles et conflictuelles. Par notre étude, nous avons ainsi pu identifier plusieurs causes à cela.

Premièrement, de nombreux tuteurs et tutorés ne sont pas en accord avec la vision et les attentes de ce tutorat. Ils évoquent un côté trop scolaire avec beaucoup d’obligations de travaux écrits et de présences sans aucune flexibilité. Le côté presque coercitif décrit est à l’origine d’un manque d’adhésion au tutorat et a donc entraîné un manque d’investissement des deux parties. Ces résultats concernant un tutorat trop rigide sont aussi décrits dans l’étude des Drs CAUQUIL et FALQUET (23).

Deuxièmement, les tuteurs ont appris, au cours de l’année, leur implication dans l’évaluation et la certification de leurs internes. Ce rôle a été décrit par de nombreux intervenants comme une bascule voire une cassure dans la relation tuteur-tutoré. Il a entraîné une crainte chez le tutoré ce qui a compliqué la communication. Cette observation est aussi mentionnée dans la revue de littérature des Drs PRALY-FOUCAULT et DUTROP (28) et notamment dans l’article du Dr L.NASMITH (29), étude portant sur le tutorat de médecine au Canada, mentionnant que la relation de confiance se dégrade lorsque le tuteur prend un rôle dans l’évaluation. On constate aussi chez certains tutorés un stress chronique créé par l’évaluation permanente du tuteur (30). Chez les tuteurs, ce rôle est vu comme ambivalent et difficile à concilier, avec d’un côté une mission humaniste et protectrice, d’être le confident et

de soutenir l'interne et d'un autre côté une mission plus autoritaire devant évaluer, certifier ou encore sanctionner l'interne.

Cette opposition du tuteur et du tutoré dans l'évaluation et ce sentiment d'ambivalence est cependant à contextualiser. En effet, ce rôle a été imposé en cours d'année, il est donc possible qu'il y ait une hostilité réflexe liée à l'effet d'annonce et au manque de concertation. De plus, si ce rôle avait été défini initialement, on peut supposer que la relation aurait été établie sur d'autres bases. Il serait donc intéressant de réévaluer cette notion dans des promotions ultérieures. Néanmoins, cette ambivalence est mentionnée dans l'étude du Dr ANSELME auprès des tuteurs de la faculté de Poitiers. Dans cette étude, les tuteurs craignent de détériorer la relation privilégiée qu'ils ont avec leurs tutorés par leur rôle d'évaluateur. Une des solutions évoquées par le Dr ANSELME ainsi que par certains tuteurs de notre étude, serait qu'un tuteur soit désigné comme "tuteur-correcteur", il s'occuperait de la correction et laisserait au tuteur principal le compagnonnage. Il y aurait donc une séparation des rôles de compagnonnage et d'évaluation entre différents tuteurs. Ainsi, l'évaluation serait impartiale et la relation tuteur/tutoré de confiance et de libre échange resterait intact et sans jugement. (31)

Troisièmement, des divergences de caractères humaines entre le tuteur et le tutoré peuvent être responsables de conflits. Changer de tuteur doit rester possible en cas de conflit majeur. Parmi les tutorés, aucun n'a changé de tuteur cependant un tuteur nous a souligné avoir changé de tutoré pour cette raison.

Voici les trois principales raisons ayant entravées la relation tuteur/tutoré et qui ont pu provoquer un déséquilibre dans les échanges entre internes et tuteurs. Il nous paraît donc

important de demander explicitement les attentes des internes en début de tutorat et d'ajouter de la flexibilité au tutorat afin que la relation entre tuteur et tutoré soit de bonne qualité. Celle-ci étant essentielle car comme le souligne l'étude du CNGE réalisée à Lille en 2008 par LERUSTRE, DURIEZ, LEROUGE et ANDREGNETTE, une relation conflictuelle se répercute négativement sur la formation de l'interne. (32) De plus, elle peut jouer un rôle dans l'équilibre psychologique de l'étudiant. En effet, une étude réalisée par les syndicats d'interne de 2021 montre des résultats préoccupants sur la santé mentale des internes : 75% des internes souffrent de symptômes anxieux et 39% présentent des signes de dépression (33). Parmi les participants de notre étude, une interne nous a expliqué souffrir d'un syndrome d'épuisement professionnel, deux autres participants ont rencontré des problèmes responsables de troubles anxieux pendant leur stage et quatre tuteurs expliquent avoir repéré des troubles anxieux chez leurs internes. Le tuteur, au vu de la proximité avec son tutoré et son expérience médicale, peut avoir une place majeure dans la détection des symptômes et dans la prise en charge précoce de trouble anxiodépressif. Dans notre étude, les tutorés ayant mentionné des problèmes graves ont pu compter sur leur tuteur respectif, celui-ci a pu alerter le DMG ou orienter l'interne vers une cellule d'aide et de bien-être nommée "groupe bien-être" tenue par des membres du DMG. Ces alertes permettent ainsi de détecter précocement un stage à problème avec la possibilité de supprimer ce lieu de stage en cas de condition précaire pour les internes. Dans les faits, les tuteurs et les tutorés trouvent cette transmission efficace avec des retours concrets.

Nos résultats concordent avec la thèse publiée à Clermont Ferrand par les Drs DARROT et DESQUAIRES (34) concernant la perception des internes sur leur accompagnement par le tutorat. Les auteurs mettent un point d'honneur à cette relation de confiance entre le tuteur et son tutoré pour permettre de repérer les difficultés de l'interne tant sur le plan

professionnel que personnel. Ce repérage passe notamment par l'analyse des RSCA, à condition qu'ils soient écrits avec sincérité.

III. Une formation bloquée entre deux paradigmes

Sur le plan de la formation, le bénéfice du tutorat n'est pas unanime. Nous avons vu que, concernant l'aspect évaluatif du tutorat, les informations sont apparues au cours de l'année, ce qui a pu provoquer un manque d'adhésion dû à l'effet d'annonce. Cependant, on peut aussi se poser la question de la compréhension par les tuteurs et les tutorés du changement pédagogique initié par ce tutorat qui souhaite évoluer vers un paradigme d'apprentissage avec une approche par compétence.

Cette évolution de paradigme est à considérer comme une rupture pédagogique par rapport à l'ancienne méthode. Nguyen et Blais avertissent qu'il ne faut pas sous-estimer l'ampleur des changements culturels que cette pédagogie apporte (14) ; quant à Tardif, il explique que les enseignants doivent revoir complètement leurs pratiques d'évaluation des apprentissages (35). Il est ainsi fort probable que ce changement ait été difficile à concevoir et à visualiser chez les tuteurs et les tutorés qui sont issus d'un enseignement exclusivement ancré dans le paradigme d'enseignement sur objectifs. Les différences sont nombreuses et s'opposent même dans quelques cas. Ainsi, l'étudiant est au centre de sa formation, il construit ses connaissances à partir de questions qu'il se pose ; il ne reçoit plus l'information par son enseignant de manière passive mais traite activement l'information lors de recherche ou de

résolution de problème. L'enseignant devient alors un facilitateur des apprentissages et perd son rôle d'examineur et de dispensateur de savoir. L'évaluation devient uniquement formative et elle s'enchaîne dans l'enseignement. Elle repose sur le processus qui amène au résultat et non plus sur la justesse du résultat. (15)

Le paradigme d'apprentissage repose alors sur une grande autonomie des étudiants avec une auto-direction sur les rôles et les tâches professionnels visées puis une auto-évaluation et enfin une rétroaction menée avec le tuteur. (15)

L'auto-direction et l'auto-évaluation sont des tâches inédites et ont été perçues comme difficiles à faire pour la majorité des tutorés. L'auto-direction demande d'avoir reçu une bonne information sur les compétences à acquérir et sur cette nécessité d'autonomie, ce qui selon de nombreux tutorés a fait défaut. Quant à l'auto-évaluation, elle nécessite en outre une supervision continue pendant les stages par les maîtres de stages pour permettre une remise en question, celle-ci ayant pu être partielle dans certains stages. Mais la principale difficulté réside bien dans ce changement rapide de pédagogie demandé aux étudiants. D'autant plus que Norman rappelle que les étudiants en médecine sont peu performants dans l'auto-évaluation et dans l'auto-direction de leurs apprentissages. (36) Ceci peut s'expliquer par une formation en premier et deuxième cycle ancrée dans le paradigme d'enseignement et il devient compliqué de déconstruire ces schémas pédagogiques en troisième cycle. Cependant une réforme du cursus du deuxième cycle est en cours : la R2C avec une pédagogie basée sur le paradigme d'apprentissage (37) et pourrait permettre aux étudiants d'assimiler ces notions plus tôt dans leur formation.

La rétro-action par les tuteurs est ensuite fondamentale pour le développement continu des compétences. Pour Ericsson, celle-ci doit être "explicite, permanente et

immédiate". (38) On peut ainsi se poser la question de la fréquence de la rétro-action dans ce tutorat. Celle-ci peut se faire par l'intermédiaire du portfolio, cependant il est souvent rempli uniquement par le RSCA une fois tous les 6 mois et le tuteur corrige à la fin du semestre. L'amélioration de la rétro-action pourrait donc passer par la stimulation des étudiants à remplir le portfolio et aussi à inciter les tuteurs à consulter régulièrement le portfolio de leurs étudiants. La rétro-action peut aussi se faire lors des séances de tutorat, notamment via les GEAP et il pourrait aussi être dédié une partie de la séance à la discussion d'une situation complexe et authentique d'un étudiant s'il en ressent le besoin. La possibilité de voir plus souvent son tuteur est aussi une option mais difficilement réalisable devant les contraintes de temps de chacun.

Une grande difficulté des tuteurs a été l'évaluation dans l'approche par compétence. La majorité des tuteurs interrogés se sentent capables d'aider leurs internes à construire des compétences grâce à la rétroaction sur leurs apprentissages et en utilisant des outils pédagogiques réflexifs tels que le portfolio. Cependant quelques tuteurs ont des difficultés dans l'appréciation des compétences de leurs internes par cet outil et six tuteurs voient dans leur évaluation une optique sommative.

Premièrement, l'approche par objectifs étant délaissée, les enseignants ne peuvent plus se rattacher à une liste d'objectif à demander, ce qui peut engendrer une perte de repère dans l'enseignement et dans l'évaluation. Le tuteur perd notamment le caractère docimologique de l'évaluation par objectifs et découvre l'évaluation dite "authentique" des compétences. Cette évaluation s'incorpore dans l'enseignement et il est demandé d'évaluer le processus de raisonnement dans une situation complexe et authentique. Ces situations sont ainsi recherchées car elles favorisent la construction de connaissances moins inertes et plus

facilement réutilisables grâce à une meilleure organisation des connaissances (15). Ainsi, le seul savoir n'est plus un indicateur suffisant de la viabilité des apprentissages mais les notions de transdisciplinarités deviennent les éléments majeurs d'évaluation.

Deuxièmement, les outils d'évaluation dans une approche par compétence sont plus éclectiques et peuvent être difficiles à manipuler dans un premier temps. Nous les abordons plus précisément dans la partie suivante.

Enfin, pour Tardif le paradigme par apprentissage est censé rendre obsolète la distinction entre évaluation formative et sommative avec l'évaluation authentique (14). Cela a été perçu différemment par les tuteurs interrogés et six tuteurs n'ont pas réussi à faire fi de cette distinction. Le rôle dans la certification du tuteur en est probablement la raison. En effet, la certification reste fortement ancrée dans une approche par objectif avec des critères de validité et fidélité qui ne correspondent pas à une approche d'évaluation par compétence. Les tuteurs ont donc dû garder pour ce rôle un pied dans l'approche par objectif déstabilisant leur pédagogie. On peut aussi souligner qu'en plus d'une perturbation de la pédagogie, la certification crée une pression psychologique chez les tuteurs, ce qui est à l'origine de nombreux arrêts du tutorat. Ce stress psychologique dans la certification est aussi mentionné par les tuteurs de la faculté de médecine de Poitiers dans l'étude du Dr SUEDE (39).

Les enseignants doivent ainsi être centrés sur l'étudiant selon les modalités cités ; mais sur un étudiant qui apprend en se posant des questions et en cherchant l'autonomisation. (15) Les devoirs du tuteur et son adhésion à un nouveau paradigme pédagogique a été difficile pour plusieurs raisons.

D'une part, l'ensemble des tutorés ne semblent pas avoir compris cet enjeu probablement dû à une carence d'information sur le changement de pédagogie. Un séminaire

d'accueil avec une présentation de la réforme et du nouveau concept pédagogique a pourtant eu lieu en début d'internat. Nous pouvons donc nous questionner sur la qualité de l'information reçue et de l'écoute des internes à ce moment-là. Il nous semble indispensable de clarifier l'information et de la répéter afin que la compréhension des tutorés soit complète, comme le suggère aussi l'étude du Dr LERUSTE. (32)

D'autre part, les outils pédagogiques et l'apprentissage basé sur les situations complexes sont nouveaux et leur mise en place peuvent paraître brutales. En effet, le transfert des apprentissages se fait lors d'une situation complexe, celle-ci est donc recherchée dès le début de la formation, il n'y a plus de complexité croissante ce qui a pu déstabiliser certains étudiants. (35)

De plus, selon l'ensemble des intervenants, l'autonomisation nécessaire des étudiants a aussi été limitée par la structure du tutorat. En effet, il est décrit de nombreuses obligations telles que les présences, un nombre de formation minimale, des travaux écrits rigides, des séances de tutorat avec des thèmes trop définis. Ces obligations semblent être un frein pour les internes à leur autonomisation. La majorité des tuteurs vont dans ce sens et ils n'adhèrent pas à l'application de tant de contraintes et reprochent un système finalement descendant s'approchant plus du paradigme d'enseignement. Un assouplissement des actuelles obligations est ainsi demandée au DMG. Une solution envisagée par un tuteur pour rendre plus horizontale la relation serait de demander dès le départ à ses internes ses attentes concernant le tutorat créant ainsi une flexibilité tout en gardant une personnalisation dans le suivi.

Enfin, il est à noter selon JOUQUAN que pour un bon apprentissage l'étudiant doit se poser des questions sur des situations complexes qu'il a vécu et qui lui a posé de réels

problèmes (15), l'obligation de rédiger des traces d'apprentissage dans 11 familles de situation peut ainsi sembler peu pertinente.

Pour résumer, ce nouveau paradigme pédagogique est un changement majeur et il doit être accompagné d'une information claire et répétée à l'étudiant et au tuteur au risque de passer à côté de sa formation ou de son enseignement. Une fois les enjeux compris, l'étudiant doit s'investir dans sa formation et se poser des questions en se confrontant à des situations complexes et authentiques puis les retranscrire dans son portfolio. De son côté, le tuteur doit être présent le plus possible pour apporter une rétro-action "immédiate" sur les apprentissages de son étudiant en évaluant non pas la bonne réponse mais le raisonnement. Cependant, JOUQUAN met en garde : il ne suffit pas seulement pour l'interne de rédiger des expériences de soins authentiques et complexes ni pour le tuteur de vérifier si les tâches ont été exécutées mais qu'il faut nécessairement, pour garantir la qualité des apprentissages, un dépassement cognitif et professionnel de l'étudiant. (15) L'interne est alors la clé de voûte de sa formation. Dans ce tutorat, on peut supposer, qu'en plus d'un manque d'information, la certification, ancrée dans un ancien modèle, et un tutorat trop rigide ont pu freiner la transition pédagogique.

IV. Des supports de formation perfectibles

Le portfolio, les séances de tutorat et le retour de maître de stage sont les principaux éléments dans le suivi de la formation de l'interne. Ceux-ci sont à la source de nombreuses critiques venant autant des tuteurs que des tutorés.

Concernant le portfolio, il ressort de notre étude, que ce support est perfectible et qu'il présente plusieurs limites, sous couvert, comme nous l'avons vu précédemment, d'une mauvaise compréhension pédagogique de celui-ci. Il est chronophage pour les tutorés, peu flexible, apporte le sentiment dévalorisant d'avoir des devoirs scolaires à fournir et de nombreux étudiants doutent du bénéfice formatif qu'il apporte. Ces remarques sont présentes en fin d'internat comme en début. Dans l'étude du Dr BROU qui a interrogé cette même promotion deux ans plus tôt, on retrouve ces mêmes éléments : les RSCA et les traces d'apprentissages sont vus comme non pertinents, flous et une perte de temps (22). Il est donc possible que cette promotion ait été découragée directement par ces travaux et soit restée figée sur sa première impression. Cependant, la thèse du Dr COZZOLINO montre tout de même un manque d'attrait pour ce format : son étude porte sur la satisfaction globale du portfolio auprès de 65 internes en fin d'internat de la faculté de Montpellier en 2020 et celle-ci est évaluée à 2,5/5 (40). Les principales critiques étant assez similaires à notre étude à savoir : le manque d'intérêt pour le portfolio, le caractère rébarbatif, le manque de souplesse et le manque de compréhension du travail sont les principales critiques. Dans notre étude, nous notons aussi des attentes différentes entre les tuteurs ce qui crée un sentiment d'injustice chez de nombreux internes.

Pour les tuteurs, la correction est chronophage et difficile surtout pour les premiers RSCA car certains estiment ne pas avoir été formés à cela ou que les attentes de ce travail n'ont jamais été définies. Nous remarquons encore une carence d'information et surtout de formation pour les tuteurs. La correction est aussi inégale, celle-ci peut être expliquée en partie par l'absence de référentiel fourni et aussi par les différents niveaux d'implications des tuteurs et donc d'adhésion au portfolio. Dans la faculté d'Angers, avec un portfolio similaire

comprenant RSCA et traces d'apprentissage, l'étude du Dr LASSON montre que 51% des tuteurs ne l'utilisent pas soit car ils ne comprennent pas son utilisation soit car ils n'en veulent pas. (41) Il y a donc un manque d'adhésion globale au portfolio chez la plupart des intervenants.

Dans la littérature, un article paru en 2006 dans la revue *Pédagogie Médicale* par NACCACHE, concernant « le portfolio en éducation des sciences de la santé » nous prévenait des difficultés potentielles à venir. (42) Pour l'auteure, la réussite du portfolio passe par plusieurs conditions : la supervision de l'étudiant par un mentorat adapté, un portfolio structuré avec des règles claires sans être directives, la pertinence des cas abordés et le type d'évaluation développé pour le portfolio. En parallèle, elle décrit aussi plusieurs circonstances qui peuvent entraîner l'échec : le manque de temps, une mauvaise qualité relationnelle, un manque de clarté et le caractère non explicite des critères d'évaluation. Malgré la publication en 2006, certaines problématiques rapportées sont toujours d'actualité et concordent avec notre étude comme le portfolio jugé chronophage ou encore le manque d'information. De plus, si la réussite dépend de la supervision du tuteur, celui-ci nécessite d'être formé à l'utilisation de cet outil réflexif et d'être investi dans le suivi. Cela concorde avec une revue de la littérature réalisée sur le tutorat dans le monde par TOCHEL qui insiste sur la nécessité d'une réponse régulière et rapide du tuteur comme nous avons vu précédemment. (43) Nous retrouvons cette critique dans notre étude où la moitié des internes interrogés rapportent des délais de réponse longs voire chez deux d'entre eux une absence de réponse.

Pour améliorer la réussite du portfolio, nous insistons sur la nécessité d'une explication claire de cet outil réflexif. Pour les tuteurs, nous rappelons aussi la nécessité d'une formation adaptée et pertinente, en rappelant leur rôle de suivi de l'étudiant tout au long du cursus.

Les séances de tutorat sont sources d'avis discordants. Elles représentent à la fois un lieu d'apprentissage et un lieu de rencontre. Les tutorés ont majoritairement apprécié les séances devant l'aspect de lieu de rencontre. Leur adhésion à cela est intacte au fur et à mesure de l'internat, celle-ci avait déjà été évoquée dans l'étude du Dr BROU avec des tutorés très satisfait d'un "moment de convivialité" dans leur cursus (22). Il apparaît important de garder à l'esprit le rôle social de ces séances et de le favoriser comme le mentionne la thèse du Dr THOMAS qui préconise d'adopter « le tour de l'humeur », expérimenté dans quelques groupes de tutorat à Strasbourg avec un retour positif. (45) Cela consiste à demander à chaque interne s'il va bien en début de séance, ce qui peut faciliter à certains, l'expression sur leurs difficultés. L'aspect de la séance de tutorat comme un lieu d'enseignement est évoqué dans un second temps. Les tutorés expriment plus de réserves et critiquent une organisation rigide ou encore des sujets et des méthodes inappropriés.

Concernant les tuteurs, c'est à l'inverse, le lieu d'apprentissage qui est évoqué en premier. Le rôle d'animer une séance de tutorat est globalement apprécié par les tuteurs mais réalisé non sans difficulté. Tout d'abord, plusieurs tuteurs évoquent ne pas avoir de thématique définie à aborder favorisant certes une liberté mais rendant difficile la préparation de la séance et surtout au détriment d'une formation homogène. Il est cependant intéressant de noter que d'autres tuteurs nous font part d'une liste de sujet à étudier, il y a donc ici une carence ou un défaut de transmission de l'information.

Enfin et paradoxalement, les tuteurs jugent les internes non motivés et non impliqués alors que ceux-ci apprécient venir en séance. Il en découle progressivement, pour certains, une apathie à l'idée d'animer une séance car ils ont l'impression d'embêter les internes et d'être un « amuseur de galerie ».

Nous avons vu que le problème d'une formation hétérogène est soulevé par de nombreux intervenants. Cette inégalité se retrouve autant dans le suivi et l'évaluation du portfolio que dans la formation dispensée en séance de tutorat. Celle-ci crée un sentiment d'injustice pour certains tutorés et affecte aussi la confiance des tuteurs.

Pour le portfolio, un tuteur propose que la correction des RSCA pourrait être partagée entre tuteurs du même groupe pour avoir un avis collégial. De plus, comme nous l'avons vu dans l'étude du Dr ANSELME, cela permettrait aussi d'empêcher une dégradation de la relation entre le tuteur et son interne (31).

Pour les séances de tutorat, l'étude du Dr BUHAGIAR conclut aussi à une hétérogénéité du fonctionnement des GEAP dans tous les DMG de France mais aussi au sein du même DMG et souligne l'absence de critère d'évaluation lors de ces séances (46). Nous retrouvons dans notre étude des tuteurs en difficulté pour apprécier les interventions des tutorés car ils n'avaient pas de critère défini, au point que la simple présence en séance est devenue le seul critère d'évaluation. Nous proposons ici qu'une grille de compétence adaptée aux séances soit établie et diffusée aux internes et aux tuteurs.

Plus globalement, le DMG de Tours propose à ses tuteurs des groupes d'échanges de pratique. (47) Nous sommes favorables à cette idée et pensons que ces groupes pourraient permettre l'harmonisation des pratiques et ainsi d'homogénéiser la formation dans son ensemble via le partage d'expérience.

Le dernier élément de suivi est la notation de stage par le maître de stage et ensuite son analyse par le tuteur. Théoriquement, cet élément est jugé indispensable par tous mais en pratique la majorité des tuteurs le trouve inutilisable. Pour eux, le maître de stage remplit souvent expéditivement la grille d'évaluation parfois même en ayant peu vu l'interne et la

plupart du temps sans discussion ni retour avec l'interne enlevant ainsi tout côté réflexif. En plus d'une qualité jugée mauvaise, il est compliqué pour les tuteurs à s'en acquérir à tel point que plusieurs tuteurs n'ont jamais reçu le document de plusieurs de leurs internes. Il nous semble indispensable devant l'importance que représente une évaluation d'un stage de 6 mois que ce document soit mieux considéré par les maîtres de stage et rempli de manière pédagogique avec l'interne. Une meilleure information auprès des maîtres des stages, surtout, au niveau hospitalier, semble nécessaire afin que l'évaluation soit utile à l'interne.

V. L'aide à la thèse, un rôle délaissé

Concernant le rôle d'aide à la thèse qui n'a été que très peu réalisé, il existe probablement un manque de consignes de la part du DMG ainsi que des tuteurs qui ne se sentent pas assez formés pour pouvoir apporter une aide à leurs étudiants. Du côté des tutorés, ils semblent qu'il y ait un manque d'envie et d'engagement dans ce travail, peut-être en raison d'un portfolio déjà très chronophage et d'un investissement important en stage. Pour rappel, d'après une enquête de 2020, un interne de médecine générale travaille en moyenne 52,2 heures par semaine, dépassant ainsi le maximum légal de 48 heures fixé par l'Union européenne et par le décret de 2015 sur le temps de travail des internes (48). De plus, ce chiffre correspond au temps passé en stage et ne prend donc pas en compte le temps à domicile pour la réalisation de travaux universitaires ou encore le temps passé en formation.

Une formation méthodologique pour les tuteurs pourrait être un moyen de les réengager dans ce rôle. Pour les tutorés, libérer du temps scolaire sur le portfolio ou axer des séances de tutorat sur la thèse pourraient motiver les deux parties.

VI. Être tuteur, une vocation en difficulté

Concernant le sentiment global du tutorat, il est intéressant de noter que les tutorés sont satisfaits de cette mise en place et trouvent que le tuteur a été une aide dans leur suivi alors que celui-ci juge majoritairement, sa présence comme étant sans impact sur l'interne. Modestie ? Réellement aucun impact ? Aucun critère métrologique pour évaluer leur impact ? Il nous paraît important que le tuteur ait un moyen de se rendre compte de son impact afin de ne pas se sentir frustré ou superflu. Ce sentiment est aussi retrouvé dans l'étude du Dr L. BOUFFARD-LEPINE qui a évalué le vécu des tuteurs à la faculté de Nice en 2021 (49). Il ressort de cette étude l'hypothèse que la charge de travail est importante avec une durée de suivi longue donc que les tuteurs ne se rendent peut-être pas compte de leur influence sur une durée aussi étendue et sous-estime leur travail. Une enquête de satisfaction anonyme auprès des tutorés pourrait être un moyen d'indiquer l'impact de leur tuteur.

Ce sentiment d'inutilité combiné à toutes les difficultés déjà citées fait que la fonction perd de son attrait avec beaucoup de départs et n'attire pas de nouveaux arrivants. Nous pouvons aussi mentionner que la faible rémunération pour ce travail chronophage à responsabilité n'est pas attractive. À savoir, il ne semble pas y avoir de biais de représentativité surexprimant un avis négatif car d'après les listes transmises : 23 tuteurs sur 38 ne se sont pas réengagés pour de nouveaux internes en 2018 et du côté des tutorés, seulement une interne de la promotion 2017 s'est engagée comme tutrice.

Cette problématique de recrutement est primordiale pour garder une qualité dans la formation car comme remarqué dans le travail du Dr LERUSTE si la réserve de tuteur à recruter

est faible, il ne peut y avoir de critères de sélection, ce qui peut amener un DMG à choisir une personne peu compétente ou peu investie. (32)

Nous pouvons ainsi proposer plusieurs pistes pour diminuer les contraintes et augmenter l'attractivité du rôle de tuteur :

- Privilégier le rôle de compagnonnage afin d'autonomiser un jeune confrère plutôt que d'évaluer un élève
- Établir les règles en début d'internat et délivrer une information précise sur le nouveau paradigme d'apprentissage basé sur les compétences
- Privilégier la communication entre tuteur, tuteur et DMG
- Partager la correction et l'évaluation du portfolio entre tuteurs afin de privilégier la relation tuteur et tuteur, d'homogénéiser la formation et diminuer le stress psychologique potentiel de l'évaluateur
- Proposer des GEAP entre tuteur pour favoriser l'entraide et diminuer l'hétérogénéité des pratiques et donc de la formation
- Apporter de la flexibilité dans le cadre du tutorat
- Une auto-évaluation des tuteurs pourrait être testée afin de développer leurs compétences, d'identifier et résoudre des problèmes ou au contraire de se rassurer sur leurs capacités
- Une revalorisation afin de garantir l'investissement du tuteur.

VII. Le rôle du DMG dans le tutorat

Le DMG est la cible de nombreuses critiques à la fois chez les tuteurs et les tutorés. Les principaux reproches sont une communication unilatérale sans concertation avec les tuteurs, des formations de qualité moindre, une rigidité institutionnelle ainsi qu'une inflexibilité dans les règles du portfolio et dans les séances. Cependant, souvent ces reproches ne sont soit pas imputables au DMG soit à recontextualiser.

Tout d'abord, il s'agit d'une étude sur la première promotion et il semble évident que la mise en place est souvent compliquée avec des problèmes inédits peu prévisibles qui peuvent contrarier les intervenants. C'est pourquoi les informations données parfois contradictoires peuvent être perçues comme « flous ».

Ensuite, certains éléments qui sont reprochés au DMG comme l'évaluation du portfolio, la composition du portfolio ou encore avoir un sujet de thèse à la fin de la première année d'internat, sont en réalité écrits dans la loi, conformément aux articles 13 et 59 de l'arrêté du 12 avril 2017 portant sur l'organisation du troisième cycle des études de médecine.

(2)

Enfin, il faut rappeler que le DMG a des moyens et un effectif réduit : peu d'enseignants par rapport au nombre d'étudiants et peu de personnel administratif dédié, ce qui peut expliquer les difficultés dans la transmission de l'information et le caractère peu collégiale des directives.

VIII. Un tutorat trop ou pas assez « scolaire » ?

Le mot « scolaire » a été utilisé à de nombreuses reprises pour qualifier le tutorat tant dans les entretiens avec les tuteurs que les internes. Pour les tutorés, les règles du portfolio sont scolaires, les séances de tutorat sont parfois scolaires ; pour les tuteurs, les règles du tutorat sont trop scolaires, le DMG est trop scolaire. Ce mot se réfère souvent à la notion d'inflexibilité et est synonyme de règles stricts et rigides.

Par ailleurs, le mot « scolaire » est aussi utilisé pour désigner le type d'enseignement, plus académique et plus traditionnel, en référence au cours théorique. À ce sujet, les tutorés sont très partagés. D'une part, dans notre étude, cinq des étudiants interrogés sont favorables à ce type d'enseignement dont un est même nostalgique des cours magistraux. D'après l'étude des Drs FALQUET et CAUQUIL, 21,9% des internes interrogés pensent que les cours théoriques sont pertinents dans leur formation. (23) Dr BROU propose à la fin de son étude des « cours magistraux sur de grands thèmes de médecine générale ». (22)

D'autre part, les autres tutorés qui représentent les deux tiers des tutorés interrogés, sont d'avis contraires et sont partisans d'enseignement type GEAP ou groupe de pairs. Nos résultats concordent avec les données de l'étude des Drs FALQUET et CAUQUIL, qui montrent que 60% des étudiants pensent que le GEAP est une méthode pédagogique pertinente.

Il est nécessaire de proposer une option pour les étudiants en demande de cours. Par exemple, une piste serait d'améliorer les FO, formations optionnelles ; en proposer plus et diversifier les thématiques.

IX. Les changements depuis 2020

Depuis la fin de l'internat de la première génération d'internes qui a bénéficié du tutorat, en 2020, des changements importants ont eu lieu.

Concernant le portfolio, le nombre de RSCA a été réduit à 5 (un par semestre sauf au cours du semestre de stage d'urgence), contre 6 auparavant. Le nombre peut même être réduit à 4 si l'interne passe sa thèse d'exercice avant la fin de l'internat. Les règles de rédaction n'ont pas été modifiées et il est toujours soumis à la correction du tuteur. Cependant ceux-là ont bénéficié dès le départ de référentiel pour les aider dans la correction de RSCA. Quant aux traces d'apprentissage, elles sont devenues facultatives mais encouragées dans le cadre de l'autoformation.

Concernant les séances de tutorat, un nouvel outil pédagogique appelé APP (Approche Par Pratique) a été mis en place. Il s'agit de proposer à l'étudiant un cas clinique fréquemment rencontré en médecine générale, tel que le diabète ou l'hypertension artérielle, avec un accès à un dossier médical fictif. Les tutorés et les tuteurs se retrouvent ensuite pour exposer leurs arguments et débattre. Plusieurs séances par semestres (entre 5 et 6) sont dédiées exclusivement à ce type d'enseignement. Les autres séances restent basées sur le format habituel des GEAP à savoir 2 à 3 séances par an. Par ailleurs, deux séances de tutorat sont exclusivement consacrées au sujet de la thèse.

Ces modifications sont conformes aux attentes des internes et des tuteurs que notre étude a mis en lumière. Une demande de simplification des exigences du portfolio a été entendue. La réduction du nombre de RSCA était une des pistes pour alléger ce système et de le rendre moins « chronophage ». Quant à l'APP, il répond à la demande des internes d'avoir des séances de tutorat plus structurées. Pour le tuteur, ces séances avec des thématiques

programmées sont plus simples en préparation et répondent ainsi à la problématique d'un tutorat trop chronophage. Les cas cliniques lors des APP étant les mêmes pour tous les internes, ce dispositif permet aussi de réduire l'hétérogénéité de la formation. Enfin, des séances de tutorat exclusivement dédiées à la thèse est un bon moyen pour les internes d'aborder ce sujet avant la fin de l'internat.

CONCLUSION

La réforme du troisième cycle des études de médecine générale de 2017 modernise la formation et amène avec elle un nouveau paradigme pédagogique. Nous passons d'un paradigme d'enseignement où l'élève reçoit les connaissances de façon descendante par un enseignant omniscient à un paradigme d'apprentissage où l'étudiant est acteur dans sa formation, développe des compétences et acquiert un « savoir-agir ». Pour cela, cette réforme passe par la mise en place d'un tutorat consistant à l'attribution d'un tuteur à chaque interne, à proposer des outils réflexifs tel que le portfolio et des séances de rencontre collective entre tuteurs et internes afin que celui-ci développe des compétences.

Notre étude a montré que la plupart des tuteurs et les internes de la promotion 2017 de la faculté de médecine de Strasbourg ont apprécié ces nouveautés. Le tuteur a bien rempli le rôle de suivi et d'accompagnement de l'interne tant sur le plan professionnel que personnel. La plupart des relations créées, basées sur une relation de confiance, ont permis de repérer et de résoudre les problèmes rencontrés par le tutoré. De plus, les séances de tutorat collectives ont été pour les internes des moments de pause et de formation. Pour les tuteurs, accompagner un étudiant en formation a été une expérience enrichissante humainement et professionnellement.

Cependant, l'application de la réforme a été difficile pour tous les intervenants, cela est expliqué en grande partie par l'incompréhension du nouveau paradigme pédagogique. La majorité des tuteurs comme des tutorés n'ont pas l'habitude d'utiliser des outils réflexifs dans

leur formation. D'une part, le tuteur est déstabilisé par son rôle d'évaluateur jugé contradictoire avec le rôle de compagnonnage et d'autre part, le tutoré ne comprend pas la notion de compétence, et certains voient donc le tutorat comme une corvée et non comme une aide. De plus, cela se déroule dans un cadre institutionnel jugé comme rigide et peu enclin au dialogue.

En recueillant les avis des deux parties, nous avons repéré plusieurs pistes d'amélioration. Tout d'abord, il est nécessaire d'améliorer la communication entre les tuteurs et les tutorés mais aussi avec l'institution : rechercher les attentes des tutorés au début et pendant le tutorat, définir clairement les rôles du tuteur, communiquer sur le changement de paradigme pour mieux intégrer la notion de réflexivité et de compétence dans le nouveau tutorat. Puis, une plus grande adaptabilité des règles du tutorat afin d'améliorer l'adhésion des tutorés mais aussi celle des tuteurs nous paraît essentielle. Ces changements auraient pour second effet de rendre le tutorat plus attractif et faciliteraient aussi le recrutement de nouveau tuteur. Ce dernier point est, en effet, nécessaire afin de résoudre le manque de tuteurs et d'éviter à cette innovation pédagogique de périliter.

Depuis 2020, des modifications ont été réalisées dans ce sens. Une étude sur ces changements pourrait être intéressante et utile afin de continuer à améliorer le tutorat pour le bien-être et la formation des futurs étudiants en médecine générale.

Vu et approuvé

Strasbourg, le 09 NOV. 2023

Le Doyen de la faculté de

Médecine, Manipulation et Sciences de la Santé

Professeur Jean-MICHA



Vu

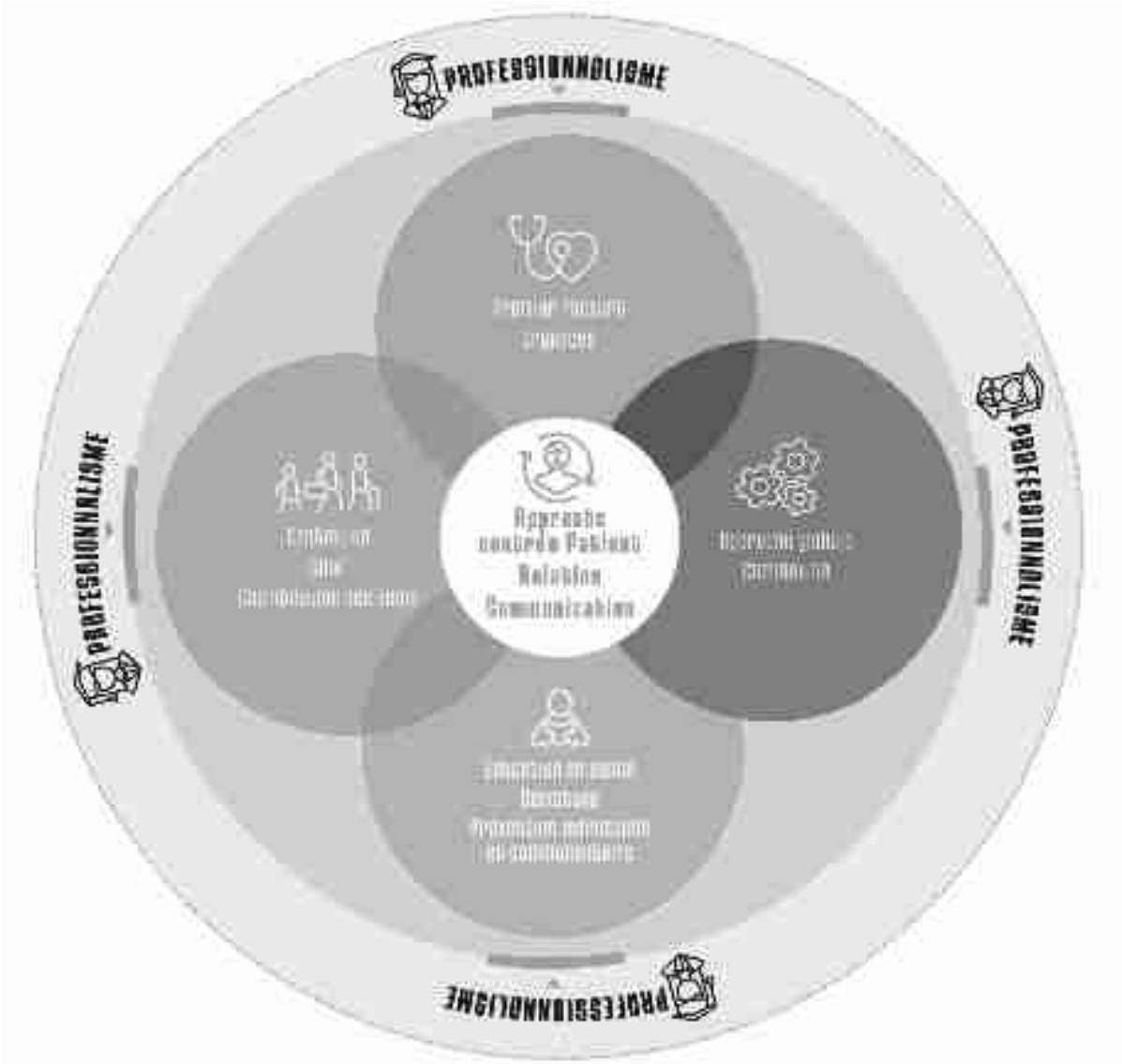
Strasbourg, le 01/11/2023

Le président du jury de thèse

Professeur Gilles BERTECHY



Annexe



ANNEXE 1: Marguerite des compétences en médecine générale

Caractéristique interne

- Sexe :
- Age :
- Semestre validé ?
- Portfolio validé ?
- Nbr. de Co-tuteur :

Tuteur

- Sexe :
- Age :
- Médiathèque installée :
- Changement de tuteur :
- OMS :

Pourrais-tu donner une définition du tutorat :

Raconte-moi, comment s'est passé le tutorat ?

- 1- le tuteur : quel type de relation entretiens-tu avec ton tuteur ?
 - a. Que penses-tu de l'aide apportée par ton tuteur ?
 - b. Est-ce qu'il y a eu des moments de tension entre vous ?
 - c. Que penses-tu des séances individuelles avec ton tuteur ?
 - d. Si stage médical, quel a été le rôle de ton tuteur ?
 - e. Pour toi, qu'est-ce qu'un bon tuteur ?
 - f. Avois-tu un sujet que vous voulez aborder que vous n'avez pas pu aborder avec ton tuteur ?
 - g. Que penses-tu du Portfolio ?
- 2- Les séances de tutorat : Commentas-tu vécu les séances de rencontre collective ?
 - a. Ressentis-tu de ces séances, amixité ?
 - b. En termes de formation :
 - c. Le nombre de séances :
 - d. Avis sur les séances de sciences humaines la première année :
 - e. Relations avec les autres tutorés :
 - f. Relations avec les autres tuteurs :
 - g. Pour toi, comment doit être une bonne séance de tutorat :
- 3- Quelles sont les points positifs et négatifs du tutorat ?
- 4- Penses-tu devenir tuteur ? Pourquoi ?

ANNEXE 2: Support entretien semi dirigé pour les internes

GUIDE D'ENTRETIEN POUR LES TUTEURS

Caractéristiques : âge, nombre de tuteurs, expérience dans le domaine de l'enseignement, lieu d'exercice, appartenance au DMQ.

I) Expérience et motivation du tuteur

Comment avez-vous vécu votre expérience de tuteur sur ces 3 ans?

Quelles ont été vos motivations pour devenir tuteur?

II) Les fonctions du tuteur

Quels ont été vos rôles en tant que tuteur et comment les avez-vous vécu?

- Pouvez-vous me parler de votre vécu dans le compagnonnage de vos internes?
- Pouvez-vous me parler de votre expérience dans la formation de vos internes?

Quel est votre avis sur le portfolio?

Quel est votre avis sur les séances de tutorat?

Quel est votre sentiment sur votre impact, en tant que tuteur, sur la formation de vos tuteurs?

III) L'impact du tutorat sur les tuteurs

Quels sont les difficultés que vous avez rencontrées en tant que tuteur?

Quels sont les bénéfices d'être tuteur?

IV) Les points positifs et négatifs du tutorat

Quels sont selon vous les points positifs du tutorat?

Quels sont selon vous les points négatifs du tutorat?

Quelles améliorations vous réaliseriez?

Pourquoi vous êtes-vous réengagé ou non réengager?

ANNEXE 3: Support entretien semi dirigé pour les tuteurs

Bibliographie

1. République Française. Décret n° 2016-1597 du 25 novembre 2016 relatif à l'organisation du troisième cycle des études de médecine et modifiant le code de l'éducation. JORF n°0276 du 27 Novembre 2016.
2. République Française. Arrêté du 12 avril 2017 portant organisation du troisième cycle des études de médecine. JORF n°0089 du 14 avril 2017.
3. République Française. Arrêté du 21 avril 2017 relatif aux connaissances, aux compétences et aux maquettes de formation des diplômés d'études spécialisées et fixant la liste de ces diplômés et des options et formations spécialisées transversales du troisième cycle des études de médecine. JORF n°0100 du 28 avril 2017.
4. Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales. [en ligne]. Etymologie de TUTEUR. Disponible sur : <https://www.cnrtl.fr/etymologie/tuteur>. Consulté le 25 sept 2023.
5. Mohib N. Dictionnaire des concepts de la professionnalisation. 1^{ère} édition. De Boeck Supérieur; 2013, 337-40p.
6. Wikipedia, l'encyclopédie libre. Tutorat. [en ligne]. Disponible sur : <https://fr.wikipedia.org/w/index.php?title=Tutorat&oldid=207952754>. Consulté le 25 sept 2023.
7. Baudrit A. Le tutorat : un enjeu pour une pratique pédagogiques devenue objet scientifique? Rev Fr Pédagogie. 2000;132p.
8. Berzin C. Carrefours de l'éducation. Armand Colin. Vol. Tutorat et apprentissages scolaires. 2009.
9. Wikipédia, l'encyclopédie libre. Johann Heinrich Pestalozzi. [en ligne]. Disponible sur : https://fr.wikipedia.org/w/index.php?title=Johann_Heinrich_Pestalozzi&oldid=202316739. Consulté le 26 mars 2023.
10. CNGE. Concepts et principes pédagogiques. [en ligne]. Disponible sur : https://www.cnge.fr/la_pedagogie/concepts_et_principes_pedagogiques/. Consulté le 26 sept 2023.
11. Duffin J. Did Abraham Flexner cause the creation of the JAMC? CMAJ Can Med Assoc J J Assoc Medicale Can. 14 juin 2011;183(9): 593-596.
12. Nguyen DQ, Blais JG. Approche par objectifs ou approche par compétences ? Repères conceptuels et implications pour les activités d'enseignement, d'apprentissage et d'évaluation au cours de la formation clinique. Pédagogie Médicale, 2007.

13. Poumay M, Tardif J, Georges F. Organiser la formation à partir des compétences : un pari gagnant pour l'apprentissage dans le supérieur. Louvain-la-Neuve : De Boeck supérieur; 2017.
14. Tardif J. L'évaluation des compétences : documenter le parcours de développement. Chenelière Education. 2006. 384 p.
15. Jouquan J, Bail P. A quoi s'engage-t-on en basculant du paradigme d'enseignement vers le paradigme d'apprentissage ? Pédagogie Médicale, 2003 ;4(3):163-75.
16. Compagnon L, And Co. Définitions et descriptions des compétences en médecine générale. Exerc Rev Fr Médecine Générale. (24) ;108:148-55.
17. DMG Strasbourg. Les enseignements théoriques monitorés (ETM) [en ligne]. Disponible sur : <http://mediamed.unistra.fr/dmg/enseignement/formation-theorique/etm/>. Consulté le 26 sept 2023.
18. DMG de Strasbourg. Référentiel du DES de Médecine Générale [en ligne]. Université de Strasbourg. Disponible sur : <http://mediamed.unistra.fr/dmg/wp-content/uploads/2020/11/Re%CC%81fe%CC%81rentiel-du-DES-de-MG.pdf>. Consulté le 26 septembre 2023.
19. Paulson FL, Meyer CA. What makes a portfolio a portfolio? 1991, in TARDIF J. L'évaluation des compétences. Les éditions de la Chenelière. Montréal ; 2006.
20. DMG Strasbourg. Outils pédagogiques - [en ligne]. Disponible sur : <http://mediamed.unistra.fr/dmg/outils-pedagogiques/>. Consulté le 26 sept 2023.
21. DMG Strasbourg. Le portfolio - DMG Strasbourg [en ligne]. Disponible sur: <http://mediamed.unistra.fr/dmg/le-portfolio/>. Consulté le 26 sept 2023.
22. Brou C. La réforme du troisième cycle de médecine générale : vécu de la première année par les internes de médecine générale en Alsace. Thèse de médecine. Université de Strasbourg ; 2019, 53p.
23. Cauquil M, Falquet M. Evaluation du tutorat dans l'internat de Médecine Générale à Strasbourg. Thèse de médecine. 2022, 162p.
24. Attali C. Les grandes familles de situations cliniques. EXERCER Revue Française de Médecine Générale : 2013 ; 108: 165-9.
25. Bisi L. Le vécu du tutorat par les tuteurs en DES de médecine générale. Thèse de médecine. Université de Paris-EST Créteil. 2019, 67p.
26. CNRTL. Etymologie de COMPAGNON [en ligne].

Disponible sur : <https://www.cnrtl.fr/etymologie/compagnon>. Consulté le 25 sept 2023.

27. Fédération Compagnonnique - Qu'est-ce que le Compagnonnage ? [en ligne]. Disponible sur : <https://compagnonsdutourdefrance.org/pages/qu-est-ce-que-le-compagnonnage>. Consulté le 25 sept 2023.
28. Praly-Foucault C, Dutrop CM. Analyse qualitative des attentes des internes en début de D.E.S. de médecine générale au sujet du tutorat. Thèse de médecine : 2012 ;78p.
29. Nasmith L, Boillat M, Rubenstein H et al. Faculty advisor program for family medicine residents. Can Fam Physician, 1997; 43:1257-1263.
30. Buddeberg-Fischer B, Hierta K-D. Formal mentoring programmes for medical students and doctors-a review of the Medline literature. Med Teach, 2006, Vol. 28, No 3:248- 257.
31. Anselme F. Evaluation du tutorat du DES de médecine générale à l'UFR de Poitiers en 2013. Thèse de médecine. 2013, 126p.
32. Lerustre S, Duriez S, Lerouge P, Andregnette P. Tutorat au cours du troisième cycle de médecine générale à la faculté de Lille. Exercer 2008 ; 19 :82-6.
33. ISNAR : dossier de presse : Enquête sur la santé mentale des jeunes médecins [en ligne]. Disponible sur : <https://www.isnar-img.com/wp-content/uploads/DP-Sante-mentale2021-int.pdf>. Consulté le 25 sept 2023.
34. Desquaires C, Darrot G. Perception des internes de médecine générale de leur accompagnement par le tutorat et propositions d'amélioration : étude qualitative par entretiens individuels. Thèse de médecine. Université de Clermont-Ferrand ; 2022, 56p.
35. Nguyen D-Q, Blais J-G. Approche par objectifs ou approche par compétence ? Repères conceptuels et implications pour les activités d'enseignement, d'apprentissage et d'évaluation au cours de la formation clinique. Pédagogie Médicale, 2007 ;8 : 232-251.
36. Gordon MJ. A review of the validity and accuracy of self-assessments in health professions training. Acad Med. 1991 ; 66 : 762-9
37. Ministère de l'Enseignement supérieur et de la recherche. La R2C expliquée sous l'angle pédagogique, livret enseignant [en ligne]. Disponible sur : https://services.dgesip.fr/fichiers/Annexe_1_livret_enseignant.pdf. Consulté le 15 oct 2023.
38. Ericsson KA. Deliberate practice and the acquisition and maintenance of expert performance in medicine and related domains. Acad Med 2004 ;79: 70-81.
39. Suedile S. Modalités et pertinence de la certification des étudiants de médecine générale à la faculté de Poitiers : étude qualitative sur le ressenti des enseignants. Thèse de médecine. 2019, 112p.

40. Cozzolino G. Portfolio : évolution de la satisfaction des internes en fin de DES de médecine générale ayant inauguré la réforme. 2021 ;128p.
41. Lasson L. Opinion des tuteurs de médecine générale sur l'impact de la mise en place de la phase Socle sur le tutorat à Anngers en 2017-2018. Thèse de médecine. 2019, 56p.
42. Naccache N. Le portfolio en éducation des sciences de la santé : un outil d'apprentissage, de développement professionnel et d'évaluation. Pédagogie médicale, 2006 ; 7 : 110-126.
43. Tochel C., Haig A. and co. L'efficacité des portfolios pour l'évaluation et la formation pendant le cursus post gradué. Pédagogie médicale, 2014 ; 15 (2): 113-148.
44. Lasson L. Opinion des tuteurs de médecine générale sur l'impact de la mise en place de la phase Socle sur le tutorat à Anngers en 2017-2018. Thèse de médecine. 2019, 56p.
45. Thomas M. Vécu des étudiants de troisième cycle de médecine générale à Lille concernant le tutorat. Thèse de médecine. 2021. 47p.
46. Buhagiar M. L'utilisation des groupes d'échanges de pratique entre internes en France : Étude descriptive dans les Départements de médecine Générale. Thèse de médecine. Université de Poitiers ; 2018, 56p.
47. DUMG. Florence Dambrine - Les groupes de pratique [en ligne]. Disponible sur : <https://dumg.univ-tours.fr/les-groupes-de-pratique>. Consulté le 26 sept 2023.
48. ISNI. Enquête - Temps de travail des internes [en ligne]. Disponible sur : <https://isni.fr/enquete-temps-de-travail-des-internes/>. Consulté le 25 sept 2023.
49. Bouffard-Lepine L. Vécu du tutorat par les tuteurs du département d'enseignement et de recherche de médecine générale de Nice. Thèse de médecine. 2021. 93p.

DÉCLARATION SUR L'HONNEUR



Faculté de médecine
maïeutique et sciences de la santé
Université de Strasbourg

Document avec signature originale devant être joint :

- à votre mémoire de D.E.S.
- à votre dossier de demande de soutenance de thèse

Nom : LIN Prénom : Gilles

Ayant été informé(e) qu'en m'appropriant tout ou partie d'une œuvre pour l'intégrer dans mon propre mémoire de spécialité ou dans mon mémoire de thèse de docteur en médecine, je me rendrais coupable d'un délit de contrefaçon au sens de l'article L335-1 et suivants du code de la propriété intellectuelle et que ce délit était constitutif d'une fraude pouvant donner lieu à des poursuites pénales conformément à la loi du 23 décembre 1901 dite de répression des fraudes dans les examens et concours publics.

Ayant été avisé(e) que le président de l'université sera informé de cette tentative de fraude ou de plagiat, afin qu'il saisisse la juridiction disciplinaire compétente,

Ayant été informé(e) qu'en cas de plagiat, la soutenance du mémoire de spécialité et/ou de la thèse de médecine sera alors automatiquement annulée, dans l'attente de la décision que prendra la juridiction disciplinaire de l'université

J'atteste sur l'honneur

Ne pas avoir reproduit dans mes documents tout ou partie d'œuvre(s) déjà existante(s), à l'exception de quelques brèves citations dans le texte, mises entre guillemets et référencées dans la bibliographie de mon mémoire.

A écrire à la main : « J'atteste sur l'honneur avoir connaissance des suites disciplinaires ou pénales que j'encours en cas de déclaration erronée ou incomplète ».

J'atteste sur l'honneur avoir connaissance des suites disciplinaires ou pénales que j'encours en cas de déclaration erronée ou incomplète.

Signature originale :

À STRASBOURG, le 16/10/2023

Photocopie de cette déclaration devant être annexée en dernière page de votre mémoire de D.E.S. ou de Thèse.

DÉCLARATION SUR L'HONNEUR



Faculté de médecine
odontologie et sciences de la santé
Université de Strasbourg

Document avec signature originale devant être joint :

- à votre mémoire de D.E.S.
- à votre dossier de demande de soutenance de thèse

Nom : Nowicki Prénom : Benoit

Ayant été informé(e) qu'en m'appropriant tout ou partie d'une œuvre pour l'intégrer dans mon propre mémoire de spécialité ou dans mon mémoire de thèse de docteur en médecine, je me rendrais coupable d'un délit de contrefaçon au sens de l'article L335-1 et suivants du code de la propriété intellectuelle et que ce délit était constitutif d'une fraude pouvant donner lieu à des poursuites pénales conformément à la loi du 23 décembre 1901 dite de répression des fraudes dans les examens et concours publics,

Ayant été avisé(e) que le président de l'université sera informé de cette tentative de fraude ou de plagiat, afin qu'il saisisse la juridiction disciplinaire compétente,

Ayant été informé(e) qu'en cas de plagiat, la soutenance du mémoire de spécialité et/ou de la thèse de médecine sera alors automatiquement annulée, dans l'attente de la décision que prendra la juridiction disciplinaire de l'université.

J'atteste sur l'honneur

Ne pas avoir reproduit dans mes documents (tout ou partie d'œuvre(s) déjà existante(s)), à l'exception de quelques brèves citations dans le texte, mises entre guillemets et référencées dans la bibliographie de mon mémoire,

A écrire à la main : « J'atteste sur l'honneur avoir connaissance des suites disciplinaires ou pénales que j'encours en cas de déclaration erronée ou incomplète ».

J'atteste sur l'honneur avoir connaissance des suites disciplinaires ou pénales que j'encours en cas de déclaration erronée ou incomplète

Signature originale :

à STRASBOURG, le 17/10/23

Photocopie de cette déclaration devant être annexée en dernière page de votre mémoire de D.E.S. ou de Thèse.

RÉSUMÉ :

Introduction : La réforme du troisième cycle des études médicales de 2017 amorce un changement de paradigme, passant d'un paradigme d'enseignement à un paradigme d'apprentissage. En médecine générale, il en résulte la mise en place du tutorat dans l'accompagnement des internes. A la faculté de médecine de Strasbourg, l'attribution d'un tuteur à chaque interne, le suivi pédagogique par le portfolio et les séances de tutorat sont des nouveautés pour les internes ayant débutés leur internat en 2017, ainsi que pour les tuteurs qui les encadrent. Notre étude a pour objectif de recueillir le vécu et le ressenti à la fois des tutorés ainsi que les tuteurs de cette première génération à la fin du cursus de trois ans, afin de proposer des pistes d'amélioration.

Matériel et méthode : Nous avons réalisé une étude qualitative rétrospective en basant sur des entretiens semi-dirigés. Douze internes et neuf tuteurs de la faculté de médecine de Strasbourg de la promotion 2017-2020 ont été interrogés.

Résultats : Les internes interrogés ont attribué plusieurs rôles aux tuteurs. De simple soutien à un confident pour certains, le tuteur est aussi un référent en cas de difficulté. Pour les tuteurs, l'accompagnement d'un étudiant a été enrichissant. Cependant, le rôle évaluatif et parfois sanctionnant est décrié à la fois par les internes mais aussi par les tuteurs car cela peut aboutir à une perte de confiance. Les séances de tutorat ont été un moment de pause et de convivialité pour les étudiants ; pour les tuteurs, elles ont été parfois difficile à organiser et à animer. Le format d'enseignement par GEAP a été instructif et utile. Enfin, le portfolio à travers le RSCA et les traces d'apprentissage n'a pas réussi à convaincre de sa pertinence, considéré comme chronophage à écrire et à corriger ; et rigide dans le choix des thématiques.

Discussion : Les internes n'ont pas réussi à saisir cet nouvel outil réflexif qu'est le portfolio qui résulte du paradigme d'apprentissage. Encore à ces débuts, une meilleure explication et un assouplissement des règles pourront permettre une meilleure adhésion des futurs internes. Le tuteur est devenu la pierre angulaire de la formation des internes, un équilibre est à trouver entre accompagnement et évaluation. Une structuration et une harmonisation des séances de tutorat permettront de parfaire ce système. Ainsi toutes les améliorations proposées pourront faciliter le recrutement de futurs tuteurs.

Conclusion : Le tutorat malgré quelques critiques, a été accueilli favorablement par les internes et les tuteurs. Pour parfaire ce système, des ajustements sont néanmoins à prévoir.

Rubrique de classement : Médecine Générale

Mots-clés : Médecine générale, Formation, Apprentissage, Tutorat, Tuteur, Interne, Réforme

Président : Pr BERTSCHY Gilles (PU-PH)

Asseseurs : Dr GIACOMINI Antoine (Directeur de thèse, maître de conférences associé), Pre Ass DUMAS Claire (Professeure associée)

Adresses des auteurs : LIN Gilles, 45 Rue des Cerises, 67201 ECKBOLSHEIM
NOWICKI Benoit, 51 Boulevard d'Anvers, 67000 STRASBOURG