

Académie d'Orléans –Tours
Université François-Rabelais

FACULTE DE MEDECINE DE TOURS

Année 2013

N°

Thèse

pour le

DOCTORAT en MEDECINE GENERALE

Diplôme d'Etat

Par

LESTRADE Nathalie

Née le 08/08/1984 à Villeneuve Sur Lot (47)

Présentée et soutenue publiquement le 04 Avril 2013

**Le tutorat en troisième cycle de médecine générale
en région Centre : représentations des tuteurs ayant
testé deux formes de tutorat.**

Jury

Président de Jury : Madame le Professeur LEHR-DRYLEWICZ Anne-Marie

Membres du Jury : Monsieur le Professeur BRUNEREAU Laurent

Monsieur le Professeur CHANTEPIE Alain

Madame le Docteur RENOUX Cécile

UNIVERSITE FRANCOIS RABELAIS
FACULTE DE MEDECINE DE TOURS

DOYEN

Professeur Dominique PERROTIN

VICE - DOYEN

Professeur Daniel ALISON

ASSESSEURS

Professeur Daniel ALISON, Moyens
Professeur Christian ANDRES, Recherche
Professeur Christian BINET, Formation Médicale Continue
Professeur Laurent BRUNEREAU, Pédagogie
Professeur Patrice DIOT, Recherche clinique

SECRETAIRE GENERALE

Madame Fanny BOBLETER

DOYENS HONORAIRES

Professeur Emile ARON (†) – 1962-1966
Directeur de l'Ecole de Médecine - 1947-1962
Professeur Georges DESBUQUOIS (†)- 1966-1972
Professeur André GOUAZÉ - 1972-1994
Professeur Jean-Claude ROLLAND – 1994-2004

PROFESSEURS EMERITES

Professeur Alain AUTRET
Professeur Jean-Claude BESNARD
Professeur Patrick CHOUTET
Professeur Guy GINIES
Professeur Olivier LE FLOCH
Professeur Chantal MAURAGE
Professeur Léandre POURCELOT
Professeur Michel ROBERT
Professeur Jean-Claude ROLLAND

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. Ph. ANTHONIOZ - A. AUDURIER – Ph. BAGROS - G. BALLON – P.BARDOS - J.
BARSOTTI
A. BENATRE - Ch. BERGER –J. BRIZON - Mme M. BROCHIER - Ph. BURDIN - L.
CASTELLANI
J.P. FAUCHIER - B. GRENIER – M. JAN –P. JOBARD - J.-P. LAMAGNERE - F. LAMISSE – J.

LANSAC
 J. LAUGIER - G. LELORD - G. LEROY - Y. LHUINTE - M. MAILLET - Mlle C. MERCIER -
 E/H. METMAN
 J. MOLINE - Cl. MORAINÉ - H. MOURAY - J.P. MUH - J. MURAT - Mme T. PLANIOL - Ph.
 RAYNAUD
 Ch. ROSSAZZA - Ph. ROULEAU - A. SAINDELLE - J.J. SANTINI - D. SAUVAGE - M.J.
 THARANNE
 J. THOUVENOT - B. TOUMIEUX - J. WEILL.

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

MM.	ALISON Daniel	Radiologie et Imagerie médicale
	ANDRES Christian	Biochimie et Biologie moléculaire
	ANGOULVANT Denis	Cardiologie
	ARBEILLE Philippe	Biophysique et Médecine nucléaire
	AUPART Michel	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
	BABUTY Dominique	Cardiologie
Mme	BARILLOT Isabelle	Cancérologie ; Radiothérapie
M.	BARON Christophe	Immunologie
Mme	BARTHELEMY Catherine	Pédopsychiatrie
MM.	BAULIEU Jean-Louis	Biophysique et Médecine nucléaire
	BERNARD Louis	Maladies infectieuses ; maladies tropicales
	BEUTTER Patrice	Oto-Rhino-Laryngologie
	BINET Christian	Hématologie ; Transfusion
	BODY Gilles	Gynécologie et Obstétrique
	BONNARD Christian	Chirurgie infantile
	BONNET Pierre	Physiologie
Mme	BONNET-BRILHAULT Frédérique	Physiologie
MM.	BOUGNOUX Philippe	Cancérologie ; Radiothérapie
	BRILHAULT Jean	Chirurgie orthopédique et traumatologique
	BRUNEREAU Laurent	Radiologie et Imagerie médicale
	BRUYERE Franck	Urologie
	BUCHLER Matthias	Néphrologie
	CALAIS Gilles	Cancérologie ; Radiothérapie
	CAMUS Vincent	Psychiatrie d'adultes
	CHANDENIER Jacques	Parasitologie et Mycologie
	CHANTEPIE Alain	Pédiatrie
	COLOMBAT Philippe	Hématologie ; Transfusion
	CONSTANS Thierry	Médecine interne ; Gériatrie et Biologie du vieillissement
	CORCIA Philippe	Neurologie
	COSNAY Pierre	Cardiologie
	COTTIER Jean-Philippe	Radiologie et Imagerie médicale
	COUET Charles	Nutrition
	DANQUECHIN DORVAL Etienne	Gastroentérologie ; Hépatologie
	DE LA LANDE DE CALAN Loïc	Chirurgie digestive
	DE TOFFOL Bertrand	Neurologie
	DEQUIN Pierre-François	Thérapeutique ; médecine d'urgence
	DESTRIEUX Christophe	Anatomie
	DIOT Patrice	Pneumologie
	DU BOUEXIC de PINIEUX Gonzague	Anatomie & Cytologie pathologiques
	DUMONT Pascal	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
	FAUCHIER Laurent	Cardiologie
	FAVARD Luc	Chirurgie orthopédique et traumatologique
	FOUQUET Bernard	Médecine physique et de Réadaptation
	FRANCOIS Patrick	Neurochirurgie
	FUSCIARDI Jacques	Anesthésiologie et Réanimation chirurgicale ; médecine d'urgence

	GAILLARD Philippe	Psychiatrie d'Adultes
	GOGA Dominique	Chirurgie maxillo-faciale et Stomatologie
	GOUDEAU Alain	Bactériologie -Virologie ; Hygiène hospitalière
	GOUPILLE Philippe	Rhumatologie
	GRUEL Yves	Hématologie ; Transfusion
	GUILMOT Jean-Louis	Chirurgie vasculaire ; Médecine vasculaire
	GUYETANT Serge	Anatomie et Cytologie pathologiques
	HAILLOT Olivier	Urologie
	HALIMI Jean-Michel	Thérapeutique ; médecine d'urgence (Néphrologie et Immunologie clinique)
	HERAULT Olivier	Hématologie ; transfusion
Mme	HERBRETEAU Denis	Radiologie et Imagerie médicale
MM.	HOMMET Caroline	Médecine interne, Gériatrie et Biologie du vieillissement
	HUTEN Noël	Chirurgie générale
	LABARTHE François	Pédiatrie
	LAFFON Marc	Anesthésiologie et Réanimation chirurgicale ; médecine d'urgence
	LARDY Hubert	Chirurgie infantile
	LASFARGUES Gérard	Médecine et Santé au Travail
	LEBRANCHU Yvon	Immunologie
	LECOMTE Thierry	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
	LEMARIE Etienne	Pneumologie
	LESCANNE Emmanuel	Oto-Rhino-Laryngologie
	LINASSIER Claude	Cancérologie ; Radiothérapie
	LORETTE Gérard	Dermato-Vénéréologie
	MACHET Laurent	Dermato-Vénéréologie
	MAILLOT François	Médecine Interne
	MARCHAND Michel	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
	MARCHAND-ADAM Sylvain	Pneumologie
	MARRET Henri	Gynécologie et Obstétrique
	MEREGHETTI Laurent	Bactériologie-Virologie ; Hygiène hospitalière
	MORINIERE Sylvain	O.R.L.
	MULLEMAN Denis	Rhumatologie
	PAGES Jean-Christophe	Biochimie et biologie moléculaire
	PAINTAUD Gilles	Pharmacologie fondamentale, Pharmacologie clinique
	PATAT Frédéric	Biophysique et Médecine nucléaire
	PERROTIN Dominique	Réanimation médicale ; médecine d'urgence
	PERROTIN Franck	Gynécologie et Obstétrique
	PISELLA Pierre-Jean	Ophtalmologie
	QUENTIN Roland	Bactériologie-Virologie ; Hygiène hospitalière
	ROBIER Alain	Oto-Rhino-Laryngologie
	ROINGEARD Philippe	Biologie cellulaire
	ROSSET Philippe	Chirurgie orthopédique et traumatologique
	ROYERE Dominique	Biologie et Médecine du développement et de la Reproduction
	RUSCH Emmanuel	Epidémiologie, Economie de la Santé et Prévention
	SALAME Ephrem	Chirurgie digestive
	SALIBA Elie	Biologie et Médecine du développement et de la Reproduction
Mme	SANTIAGO-RIBEIRO Maria	Biophysique et Médecine Nucléaire
MM.	SIRINELLI Dominique	Radiologie et Imagerie médicale
	THOMAS-CASTELNAU Pierre	Pédiatrie
Mme	TOUTAIN Annick	Génétique
MM.	VAILLANT Loïc	Dermato-Vénéréologie
	VELUT Stéphane	Anatomie
	WATIER Hervé	Immunologie.

PROFESSEUR DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE

Mme LEHR-DRYLEWICZ Anne-Marie Médecine Générale

PROFESSEURS ASSOCIES

MM. HUAS Dominique Médecine Générale
LEBEAU Jean-Pierre Médecine Générale
MALLET Donatien Soins palliatifs
POTIER Alain Médecine Générale

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

Mmes ANGOULVANT Theodora Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique :
addictologie
BAULIEU Françoise Biophysique et Médecine nucléaire
M. BERTRAND Philippe Biostatistiques, Informatique médical et Technologies de
Communication
Mme BLANCHARD Emmanuelle Biologie cellulaire
BLASCO Hélène Biochimie et biologie moléculaire
MM. BOISSINOT Eric Physiologie
DESOUBEAUX Guillaume Parasitologie et mycologie
Mme DUFOUR Diane Biophysique et Médecine nucléaire
M. EHRMANN Stephan Réanimation médicale
Mmes FOUQUET-BERGEMER Anne-Marie Anatomie et Cytologie pathologiques
GAUDY-GRAFFIN Catherine Bactériologie - Virologie ; Hygiène hospitalière
M. GIRAudeau Bruno Biostatistiques, Informatique médicale et Technologies de
Communication
Mme GOUILLEUX Valérie Immunologie
MM. GUERIF Fabrice Biologie et Médecine du développement et de la
reproduction
GYAN Emmanuel Hématologie, transfusion
HOARAU Cyrille Immunologie
HOURIOUX Christophe Biologie cellulaire
Mmes LARTIGUE Marie-Frédérique Bactériologie-Virologie ; Hygiène hospitalière
LE GUELLEC Chantal Pharmacologie fondamentale ; Pharmacologie clinique
MACHET Marie-Christine Anatomie et Cytologie pathologiques
MARUANI Annabel Dermatologie
MM. PIVER Eric Biochimie et biologie moléculaire
ROUMY Jérôme Biophysique et médecine nucléaire in vitro
Mme SAINT-MARTIN Pauline Médecine légale et Droit de la santé
M. TERNANT David Pharmacologie – toxicologie
Mme VALENTIN-DOMELIER Anne-Sophie Bactériologie – virologie ; hygiène hospitalière
M. VOURC'H Patrick Biochimie et Biologie moléculaire

MAITRES DE CONFERENCES

Mmes BOIRON Michèle Sciences du Médicament
ESNARD Annick Biologie cellulaire
M. LEMOINE Maël Philosophie
Mme MONJAUZE Cécile Sciences du langage - Orthophonie

M.	PATIENT Romuald	Biologie cellulaire
----	-----------------	---------------------

MAITRE DE CONFERENCES ASSOCIE

Mmes	HUAS Caroline	Médecine Générale
	RENOUX-JACQUET Cécile	Médecine Générale
M.	ROBERT Jean	Médecine Générale

CHERCHEURS C.N.R.S. – INSERM

MM.	BIGOT Yves	Directeur de Recherche CNRS – UMR CNRS 6239
	BOUAKAZ Ayache	Chargé de Recherche INSERM – UMR CNRS-INSERM
930		
Mmes	BRUNEAU Nicole	Chargée de Recherche INSERM – UMR CNRS-INSERM
930		
	CHALON Sylvie	Directeur de Recherche INSERM – UMR CNRS-INSERM
930		
MM.	COURTY Yves	Chargé de Recherche CNRS – U 618
	GAUDRAY Patrick	Directeur de Recherche CNRS – UMR CNRS 6239
	GOUILLEUX Fabrice	Directeur de Recherche CNRS – UMR CNRS 6239
Mmes	GOMOT Marie	Chargée de Recherche INSERM – UMR CNRS-INSERM
930		
	HEUZE-VOURCH Nathalie	Chargée de Recherche INSERM – U 618
MM.	LAUMONNIER Frédéric	Chargé de Recherche INSERM - UMR CNRS-INSERM
930		
	LE PAPE Alain	Directeur de Recherche CNRS – U 618
Mmes	MARTINEAU Joëlle	Chargée de Recherche INSERM – UMR CNRS-INSERM
930		
	POULIN Ghislaine	Chargée de Recherche CNRS – UMR CNRS-INSERM 930

CHARGES D'ENSEIGNEMENT

Pour l'Ecole d'Orthophonie

Mme	DELORE Claire	Orthophoniste
MM.	GOUIN Jean-Marie	Praticien Hospitalier
	MONDON Karl	Praticien Hospitalier
Mme	PERRIER Danièle	Orthophoniste

Pour l'Ecole d'Orthoptie

Mme	LALA Emmanuelle	Praticien Hospitalier
M.	MAJZOUB Samuel	Praticien Hospitalier

Pour l'Ethique Médicale

Mme	BIRMELE Béatrice	Praticien Hospitalier
-----	------------------	-----------------------

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des Maîtres de cette Faculté,
de mes chers condisciples
et selon la tradition d'Hippocrate,
je promets et je jure 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 dans 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 le crime.

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 fidèle à mes promesses.
Que je sois couvert d'opprobre
et méprisé de mes confrères
si j'y manque.

REMERCIEMENTS

A Madame le Docteur Cécile RENOUX pour son investissement et sa disponibilité durant ce travail de thèse et les 3 ans de mon DES,

A Madame le Professeur LEHR-DRYLEWICZ, Messieurs les Professeurs BRUNEREAU et CHANTEPIE pour me faire l'honneur de juger ce travail et siéger dans mon jury,

Aux tuteurs pour leur participation,

A ma famille,

A Guillaume et Annaëlle.

A mon grand-père, qui aurait été si fier...

RESUME

Contexte : Depuis 2004, à Tours, chaque interne en DES de médecine générale est suivi par un tuteur qui l'accompagne dans la construction de son portfolio. En pratique, le tutorat individuel se heurte à de nombreuses difficultés. Une des évolutions mises en place est, depuis 2010, le tutorat en groupe. Chaque tuteur est responsable d'un groupe de 4 à 5 tutorés réunis obligatoirement une fois par semestre.

Objectifs : L'objectif principal était de décrire les représentations et perceptions du tutorat des tuteurs ayant testé ses deux formes. Les objectifs secondaires étaient d'évaluer la satisfaction des tuteurs, énoncer leurs difficultés et leurs attentes, et proposer des pistes d'amélioration du suivi tutorial pour favoriser l'acquisition et l'évaluation des compétences des internes.

Méthode : Enquête qualitative descriptive par entretiens semi-dirigés de tous les tuteurs de la région Centre ayant testé les deux modes de fonctionnement tutorial. Enregistrement des entretiens, retranscription intégrale, validation du contenu par les interviewés et analyse thématique de contenu par deux chercheurs indépendants.

Résultats : Le principal rôle que se définissaient les tuteurs était celui d'évaluateur. Le tutorat en groupe permettait, grâce à un suivi régulier, et personnalisé, de mieux connaître les internes, de stimuler la production de traces pour mieux les évaluer. Cette forme convenait mieux aux tuteurs. Ils n'envisageaient pas d'amélioration significative.

Conclusion : Le tutorat en groupe répond à certains écueils du tutorat individuel. L'évaluation des compétences des internes facilitée par ce nouveau système, devra dans l'avenir être partagée en impliquant tous les intervenants du système pédagogique.

Mots clefs : tutorat, représentations, tuteurs.

ABSTRACT

Title: The tutorship of general medicine's master level degree in "Région Centre": representations of tutors who have tested two methods of tutorship.

Background: Since 2004 in Tours, each intern from general medicine's masters level degree is monitored by a tutor who takes part in portfolio's elaboration. In practice, many difficulties occur in individual tutorship. Since 2010, the tutorial method in group has been developed. Each tutor supervises a group of four to five tutorees who attend twice yearly compulsory meetings.

Aims: The main aim of this study was to describe the representations and perceptions of the tutorship in the population of tutors who have tested the two methods. Secondary aims were: (i) evaluate tutors' satisfaction, (ii) describe their difficulties and expectations, (iii) suggest improvements of tutorship to promote acquisition and assessment of interns' competences.

Methods: Qualitative and descriptive study using semi-directed interviews of the tutors who have tested the two tutorial methods in "Région Centre". Interviews were recorded and fully transcribed before thematic analysis of content was performed by two independent researchers. Each tutor has approved the content of its own interview.

Results: The tutors defined evaluation as their main function. Through a regular and individualized monitoring, the tutorial method in groups allowed a better interns' understanding and a stimulation of the creation of paper trails to improve their evaluation. The tutors preferred the tutorial method in group. None suggested significant improvement.

Conclusion: The tutorial method in group solves some pitfalls of individual tutorship. The former makes easier the evaluation of interns' competences which, in the future should be shared, involving each member of the pedagogic system.

Key words: tutoring, representations, tutors.

TABLE DES MATIERES

Introduction	12
Méthode.....	14
Résultats	15
Caractéristiques de la population étudiée et des entretiens	15
Représentations sur le tutorat en général	15
Représentations sur le tutorat en groupe.....	21
Représentations sur le tutorat individuel	28
Discussion	32
Conclusion.....	35
Bibliographie.....	36
Annexe 1 : Trame d'entretien.....	37

Introduction

Le tutorat en médecine générale se justifie par « la nécessité de prendre en compte les besoins propres de chaque étudiant, ses projets professionnels, les manques éventuels de la formation reçue antérieurement¹ ». Chaque interne intégrant le Diplôme d'Etudes Spécialisées (DES) de médecine générale choisit un tuteur dont le rôle est de l'accompagner tout au long de ces trois ans. Jusqu'alors, durant son deuxième cycle, il était habitué à une formation basée sur la transmission des savoirs.² Un des buts du tuteur est de l'amener à devenir acteur de sa propre formation, en développant des compétences qui lui permettront de résoudre les problèmes qu'il rencontrera tout au long de son exercice.^{2,3} Pour cela, le tuteur travaille autour des apprentissages de l'interne⁴ en se basant, entre autre, sur les traces collectées dans son portfolio.²

En 2004, le tutorat individuel a été implanté au Département Universitaire de Médecine Générale (DUMG) de Tours. Il était articulé autour de rencontres singulières, non obligatoires, à l'initiative de l'interne, aussi fréquentes qu'il le souhaitait. Plusieurs problèmes ont conduit les internes et les tuteurs à se désengager progressivement du tutorat. Les internes rapportaient principalement des difficultés pour rencontrer leurs tuteurs, peu disponibles et éloignés géographiquement. Ils étaient peu enthousiastes face à ce manque de suivi, avec des tuteurs qu'ils trouvaient parfois peu investis dans leurs rôles.⁵ Les tuteurs évoquaient un manque de formation, un cahier des charges imprécis quant à la définition de leurs rôles dans l'évaluation et la validation des compétences de l'interne, des difficultés d'accès aux outils pédagogiques et un manque du suivi de l'interne secondaire au faible nombre de contacts entre tuteurs et tutorés.⁶

Face à ces constats, dès 2008, les tuteurs les plus motivés se sont réunis trimestriellement en « rencontres tutoriales »³ et ont réfléchi aux difficultés et solutions possibles afin d'envisager un nouveau mode de fonctionnement du tutorat. De cette réflexion commune est né le tutorat en groupe, en novembre 2010. Un même tuteur a désormais en charge le suivi d'un petit groupe d'internes (4 à 6) d'une même promotion pendant les trois ans de leurs DES. Cette forme de tutorat est basée sur des rencontres semestrielles obligatoires, à une date commune fixée à l'avance. Durant ces réunions, chaque interne s'exprime sur son parcours, les difficultés éventuelles qu'il rencontre, et présente son portfolio avec ses traces d'apprentissage, dont la plus pertinente d'entre elles est le Récit de Situation Complexe et Authentique (RSCA). En marge de ces rencontres collectives, chaque tutoré peut solliciter auprès de son tuteur un entretien individuel. Les tuteurs, de leur côté, poursuivent leurs « rencontres tutoriales » à fréquence semestrielle. Ils débriefent la séance de groupe tutorial précédente et définissent le contenu et les objectifs du groupe tutorial à venir.

Le tutorat en groupe a été instauré progressivement à Tours. En 2010, la moitié de la promotion était suivie en tutorat individuel, l'autre en tutorat en groupe par les membres les plus motivés des « rencontres tutoriales ». Depuis 2011, tous les internes bénéficient de la forme collective.

Les principaux objectifs de cette nouvelle forme de tutorat étaient d'améliorer le nombre de contacts entre tuteurs et tutorés afin de tisser une véritable relation, de créer une dynamique de groupe favorisant l'échange et la production de RSCA, tout en continuant le suivi personnalisé de chacun des internes et de maintenir le cap de la future certification des

compétences en fin de DES.

Comme tout nouveau système, ce fonctionnement en groupe fait l'objet d'une évaluation globale. L'évaluation des traces produites à un an en tutorat de groupe et en tutorat individuel et les représentations et perceptions du tutorat par les internes ont fait l'objet de deux thèses^{7,5}. Ce travail s'inscrit dans cette continuité en s'intéressant au point de vue des tuteurs. Par ailleurs, il n'existe à ce jour aucune donnée dans la littérature sur les représentations des tuteurs concernant leurs fonctions.

L'objectif principal de cette étude était de décrire les représentations et perceptions du tutorat des tuteurs ayant testé ces deux formes. Les objectifs secondaires étaient d'évaluer leur satisfaction, énoncer leurs difficultés et leurs attentes, et proposer des pistes d'amélioration du suivi tutorial pour favoriser l'acquisition et l'évaluation des compétences des internes.

Méthode

Une enquête qualitative descriptive par entretiens individuels semi-dirigés a été menée auprès de tous les tuteurs de médecine générale de la faculté de médecine de Tours ayant testé les deux modes de fonctionnement tutorial, soit onze personnes.

Une même trame d'entretien (annexe 1), élaborée à partir de données de la littérature^{3,6,8} et d'hypothèses des chercheurs, a été utilisée par un unique enquêteur (interne en cinquième semestre de médecine générale). Cette trame avait été au préalable testée puis ajustée suite au premier entretien. Elle était également susceptible d'être ajustée par la suite à chaque entretien, mais aucune modification supplémentaire n'a été nécessaire. Cinq thèmes principaux étaient abordés par des questions ouvertes : vécu du tutorat de groupe, représentations sur le tutorat en général, vécu du tutorat individuel, regard critique sur les deux modes de tutorat et avenir du tutorat.

Les tuteurs ont tous été contactés par mail pour leur expliquer l'objectif du travail de recherche et le mode de recueil des données. Un rendez-vous a ensuite été fixé, à la convenance du tuteur, pour le lieu, la date ou l'heure de la rencontre. Chacun avait prévu un créneau d'une heure. Les rencontres ont eu lieu soit au DUMG de Tours, soit au cabinet médical des tuteurs.

Les interviews ont été enregistrées en double, sur matériel audio-phonique numérique, après accord oral des intéressés, intégralement retranscrites, et anonymisées. Chacun des interviewés a relu puis validé le *verbatim* le concernant.

Un codage ouvert en double aveugle et une analyse thématique de contenu ont été réalisés par deux chercheurs indépendants : le thésard et le directeur de thèse, qualifié en recherche qualitative.

Chaque chercheur a commencé par repérer, en aveugle, dans les verbatim d'un même entretien, un mot ou un groupe de mots signifiant constituant un code. Les codes similaires ou apparentés ont été regroupés en thèmes pour être catégorisés. Les chercheurs se sont accordés sur les thèmes pertinents pour être exhaustifs, tout en répondant aux objectifs de recherche. Ces thèmes ont ensuite été articulés entre eux, en thèmes et sous-thèmes, dans ce qu'on appelle un arbre thématique. Cette troisième opération permettait d'avoir une représentation structurée du contenu analysé. Le chercheur a procédé ainsi pour chacun des entretiens, et enrichi au fur et à mesure son arbre thématique.

Dans cette étude, la thématization était continue, c'est-à-dire que chacun des entretiens était analysé linéairement, du début à la fin, pour permettre une identification progressive et exhaustive des thèmes.

Le codage était ouvert car les chercheurs n'avaient pas d'hypothèse préalable sur le contenu thématique.

Dans ce travail, les données non verbales n'ont pas été recueillies.

Aucune triangulation supplémentaire des données n'était prévue. Les résultats de l'analyse n'ont pas été soumis aux acteurs qui ont participé à la recherche pour les corroborer.⁹

Résultats

Caractéristiques de la population étudiée et des entretiens

Le recueil des données a été effectué de juin à juillet 2012. Tous les tuteurs ont accepté de participer. Les entretiens ont duré de 24 à 64 minutes (Tableau 1).

La saturation des données a été atteinte au sixième entretien et confirmée lors de l'analyse des entretiens suivants.

Les caractéristiques de la population étudiée figurent dans le tableau 1.

Tous les tuteurs étaient au minimum des Maîtres de Stage des Universités (MSU). Parmi eux, il y avait deux Maîtres de Conférence Associés (MCA), trois Professeurs Associés (PA), dont le directeur du Département Universitaire de Médecine Générale (DUMG) et le coordonnateur du DES. Cinq tuteurs n'étaient pas membres du bureau du DUMG.

	Sexe	Age	Ancienneté Tutorat	Durée entretien (minutes)	Lieu de réalisation entretien
T1	F	31	2008	49	DUMG
T2	H	53	2007	51	DUMG
T3	H	62	2004	29	DUMG
T4	H	48	2008	54	cabinet médical
T5	H	51	2004	46	DUMG
T6	F	54	2007	30	DUMG
T7	H	50	2007	63	cabinet médical
T8	H	57	2004	24	cabinet médical
T9	H	55	2004	64	DUMG
T10	F	61	2004	28	DUMG
T11	H	51	2004	43	cabinet médical

Tableau 1 : Caractéristiques de la population étudiée et des entretiens

Représentations sur le tutorat en général

Rôles et fonctions du tuteur

Les tuteurs se définissaient huit principaux rôles. Ils sont relatés dans le tableau 2, par ordre de fréquence décroissante, par rapport au nombre de tuteurs se reconnaissant lesdits rôles et au nombre de fois où ils ont été évoqués.

Rôles et fonctions des tuteurs	Pour	Exemples de verbatim
Évaluateur 11T, 94v		T2 : C'est une formation évaluative. Évaluer aussi où en sont les internes pour leur permettre de progresser.
Guide <i>T8 : Je suis guide.</i> 10T, 62v	Maîtrise des outils 6T, 24v	T10 : le boulot aussi c'est de leur expliciter les outils. // T9 : pour une possession pleine et entière des outils
	Dans le DES 9T, 20v	T3 : c'est baliser le parcours du DES en fonction de l'année ou du semestre dans lequel est le tuteur.
	Les compétences 4T, 15v	T2 : c'est plus guider l'interne pour acquérir ses compétences.
Aide <i>T3 : C'est aider quelqu'un qui a envie qu'on l'aide.</i> 10T, 46v	Soutien 3T, 9v	T6 : voire éventuellement un soutien
	Référent 3T, 8v	T1 : une espèce de référent // T3 : un repère, une balise // T1 : une seconde maman
	Facilitateur 7T, 29v	T10 : Je pense que c'est facilitateur pour les internes de voir les tuteurs. // T1 : Le tuteur est peut-être là pour aider aussi l'interne à se découvrir.
		T7 : C'est un bon intermédiaire entre le maître de stage et la fac, et les universitaires purs. T4 : C'est être une interface, avec le département. // T6 : un lien entre eux-même et la fac s'il y a des soucis.
Accompagnateur 8T, 18v		T6 : C'est un accompagnement. C'est surtout ça, c'est un accompagnement. // T5 : On est vraiment dans le compagnonnage.
Enseignant 6T, 19v		T4 : et puis être tuteur c'est être enseignant.
Représentant de la discipline 4T, 12v		T7 : Pourtant vous serez spécialiste en médecine générale, c'est-à-dire qu'il va falloir que vous soyez capable d'utiliser des outils que nous on a jamais été capable d'utiliser. Quand tu comprends ce que veux la fac, tu comprends ce que c'est la spécialisation de la médecine générale.
Lecture des traces 4T, 4v		T1 : J'ai lu plusieurs RSCA.
Sécurité des pratiques futures 3T, 8v		T10 : les aider à orienter leur formation pour pouvoir être à peu près fonctionnels sur le terrain au bout des trois ans, pour ne pas être dans les difficultés qu'on a eues nous il y a trente ans où on ne savait rien faire.

T : tuteur

v : verbatim

Tableau 2 : Rôles et fonctions des tuteurs

Les tuteurs vivaient leurs fonctions comme intéressantes et enrichissantes. Pour certains, le fait d'être tuteur leur avait « *ouvert les portes de la fac* » (T7) ce qui était vécu comme « *hyper dynamisant* » (T7) pour leurs pratiques de médecin généraliste. Deux d'entre eux notaient tout de même que « *le tuteur ne peut pas tout faire* ». (T1)

Thématiques abordées lors du tutorat

Les tuteurs se disaient prêts à aider les internes « *au niveau qu'ils voudront, sur lequel ils voudront bien nous interpellier* » (T3) « *en restant dans le professionnel bien sûr, pas dans le privé.* » (T10) Cependant sept thématiques principales étaient régulièrement abordées. Elles figurent dans l'encadré 1, par ordre de fréquence décroissante.

<u>Thématiques abordées</u>
• Traces d'apprentissage et port folio (11T, 32v) • Thèse (10T, 33v) • Problèmes rencontrés en stage (10T, 20v) • Projet professionnel (7T, 12v) • Formation Médicale Continue (6T, 12v) • Problèmes personnels (5T, 10v) • Maquette de stage (4T, 8v)

Encadré 1 : Thématiques abordées en tutorat

L'évaluation

La principale difficulté des tuteurs était l'évaluation des internes. Celle-ci était vécue comme « *un vrai challenge* » (T1) par certains. Ce n'était « *pas forcément une nécessité* » (T7) pour un seul et unique tuteur. Les différentes étapes menant à l'évaluation d'un tutoré figurent sur la carte 1.

Un des objectifs de cette évaluation était de repérer une modification du raisonnement de l'interne qui intervenait en général après le stage de niveau 1, ou un stage avec une approche proche de celle de la médecine générale comme la « *gériatrie* » ou les « *soins palliatifs* » : « *Il y a un cap que l'interne passe.* » (T1) A ce moment là « *la démarche s'inverse* » (T1) et l'interne « *commence à réfléchir, à remettre en cause des choses qu'on lui a dit avant. Il est dans une démarche de réflexion.* » (T1) Le tuteur savait alors « *que la manière d'envisager les choses [était] celle de la médecine générale* ». (T9)

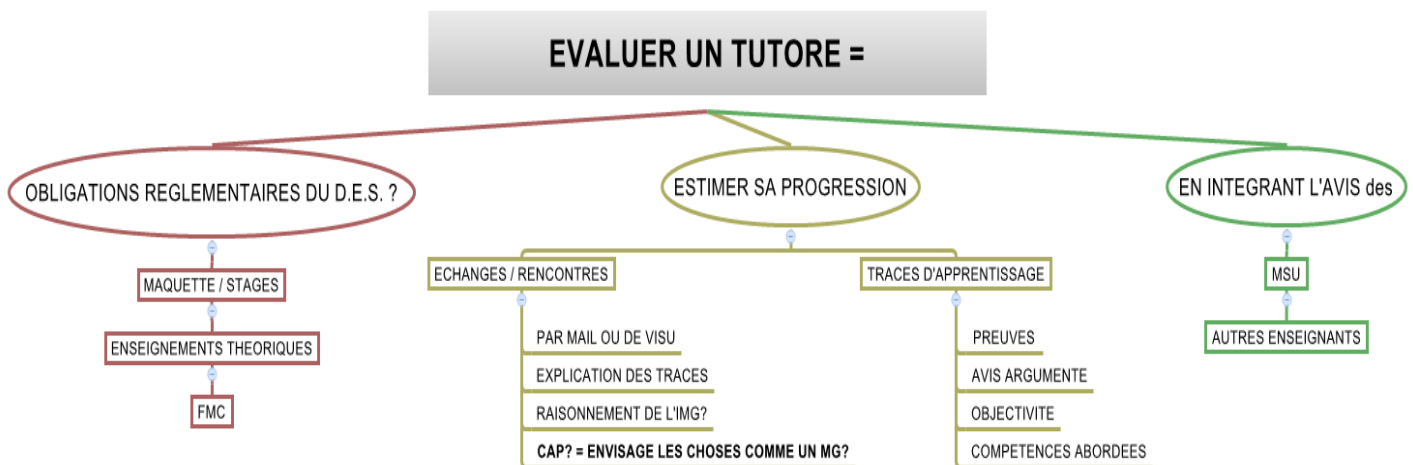
Un tuteur soulignait que « *le meilleur moyen de se rendre compte des compétences de quelqu'un c'est quand même de l'avoir sous les yeux* », en stage. (T1) En l'absence de cette vision complète du tutoré en situation, pour eux, l'évaluation devrait être « *obligatoirement partagée entre le tuteur et tout intervenant* ». (T9) Les maîtres de stage devraient donc être mieux « *formés* », « *plus rigoureux dans l'évaluation de leurs internes* » (T1) et disposer d'« *outils plus performants aussi d'évaluation de vraiment ce qu'il se passe en stage de niveau*

1 et de niveau 2 ». (T1) Ce sont ces points qu'ils souhaitaient améliorer dans l'avenir, car « *il faut une cohérence d'ensemble pour que l'idée et le cheminement de l'interne soient honnêtes, complets, voilà que ce soit une vraie construction.* » (T9)

Ils relevaient aussi la nécessité de « *stimuler suffisamment les internes pour qu'ils produisent plein plein de choses* » (T1) afin qu'ils puissent « *arriver à avoir une idée argumentée* » (T9) et pouvoir mieux « *certifier* » ses compétences.

Cette évaluation était perçue différemment à deux niveaux : en tutorat individuel par rapport au tutorat en groupe (notion détaillée ultérieurement), et pour les tuteurs appartenant au bureau du DUMG par rapport aux autres. Ces derniers pensaient avoir « *plus un rôle de conseil qu'un rôle d'évaluateur* » (T8). Ils disaient ne pas être là « *pour enquiquiner* » (T11) les internes.

Pour l'ensemble des tuteurs, l'évaluation n'était pas vécue « *comme sanctionnante* » mais plutôt « *comme un accompagnement productif* ». (T6)



IMG : Interne de médecine générale

MG : Médecin généraliste

FMC : Formation médicale continue

Carte 1 : Evaluation d'un tuteur

Impact du tuteur sur la progression des internes

Pour huit tuteurs sur onze, une minorité d'internes « *se débrouille très bien sans tuteur* » (T8) mais ils notaient que « *le gros de la masse a besoin qu'on les aide, qu'on les stimule, et puis on voit bien que c'est avec notre aide que ça avance, et qu'ils arrivent à se poser les bonnes questions.* » (T1) Pour eux, les rares internes qui n'avaient « *pas vu beaucoup leurs tuteurs et qui [avaient] fait des travaux intéressants* » s'étaient certainement « *construits ailleurs* » (T9) auprès de « *pseudo, de faisant fonction de tuteurs* ». (T10)

Choix pédagogique du tutorat

Le tutorat apparaissait aux yeux des tuteurs comme « *une chance* » (T7). Il était vécu comme « *capital* » dans l'enseignement (T4) et « *valorisant* » (T10) pour eux. Il y avait « *une grande volonté de sauver le tutorat* ». (T7) Ils rappelaient que « *tuteur c'est un des effecteurs du mode pédagogique* » (T9) notant ainsi l'importance de la cohérence de l'enseignement entre tous ses acteurs.

A l'unanimité, ils s'accordaient pour dire que la forme qui leur convenait le mieux était la forme actuelle, « *c'est-à-dire du tutorat individuel dans du collectif, avec des entretiens individuels* » (T10) précisant ainsi que le passage à cette nouvelle forme n'était « *pas un choix contraint, [mais] un choix raisonné* ». (T9)

Certains relataient qu'« *à la limite se serait individuel et se serait carré comme ça, ça serait exactement la même chose* » (T11), et qu'il n'y avait donc « *pas forcément la bonne méthode, la meilleure méthode et la moins bonne. Ce qu'il faut c'est rencontrer les internes.* » (T10)

Un tuteur rappelait qu'il était important que le tutorat soit fait au sein de la faculté : « *il est bien placé pour ça parce qu'il s'est déplacé à la faculté. Il y a eu un déplacement géographique du tutorat. Pour ça, c'est un très bon enjeu pour faire pérenniser le tutorat.* » (T4)

Organisation pour le tuteur

Six tuteurs évoquaient la nécessité d'être organisés, que ce soit pour rencontrer les tutorés, ou pour les distinguer. A ce titre, certains avaient opté pour un outil informatique : « *j'ai un fichier par tutoré dans mon ordinateur* » (T1), d'autres pour un outil papier : « *j'ai pris un cahier du tutorat* » (T10). Ils y notaient « *les récits qui ont été faits, les contacts qui ont été menés* » (T9), ainsi que « *le moment où il y a eu un basculement* » (T9), c'est-à-dire le moment où l'interne avait adopté une attitude réflexive.

Le « groupe tuteurs »

Un des points les plus appréciés du tutorat était l'existence du groupe constitué par les tuteurs. La rencontre des tuteurs entre eux était vécue comme « *très importante* » (T4) et « *très riche* » (T4) permettant non seulement à travers une dynamique de groupe un échange des pratiques et une remise en question, mais aussi une harmonisation du discours auprès des internes (carte 2) : quand les internes « *voient un tuteur c'est comme s'ils voyaient un groupe de tuteurs qui ont réfléchi sur ce qu'on avait à leur apporter.* » (T7) Ce discours harmonisé permettait « *une progression homogène de toute la promotion* ». (T2)

Bien qu'un d'entre eux soulignait qu'« *un petit nombre de tuteurs [était] beaucoup plus efficace en terme de contenu pédagogique* » (T5), une piste proposée pour améliorer le fonctionnement du tutorat était le recrutement de nouveaux tuteurs : « *Il faut qu'il y ait des nouveaux tuteurs, ça me semble indispensable* » (T4) pour qu'ils « *puissent apporter un regard externe, parce que finalement, il n'y a rien de pire que de se renfermer sur soi-même* ». (T4)

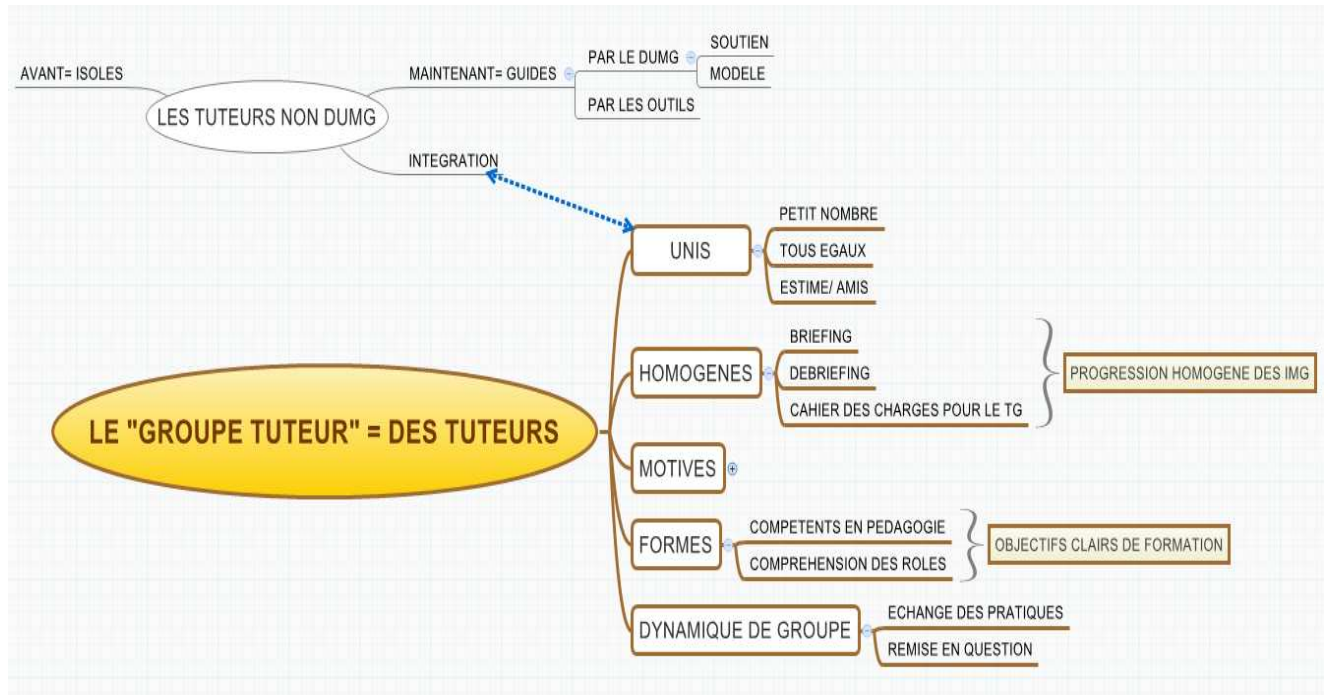
Une deuxième proposition était de continuer à réfléchir sur le fonctionnement du tutorat lors de débriefing entre tuteurs : « *L'amélioration du fonctionnement on le fait entre nous quand on fait les réunions entre tuteurs, en dehors des tutorés.* » (T8)

Les tuteurs, non membres du bureau du DUMG émettaient leurs opinions propres sur ce groupe de tuteurs, détaillées dans la carte 2.

L'importance de la formation des tuteurs

Un tuteur précisait : « *C'est pas parce que tu es médecin que tu es enseignant. C'est deux métiers complètement différents.* » (T7) Ainsi « *un tuteur qui ne se forme pas, ce n'est pas un tuteur.* » (T7)

L'apport de cette formation pour chaque tuteur est conceptualisé sur la carte 2.



IMG: Interne en médecine générale

TG: Tutorat en groupe

Carte 2 : Le « groupe tuteur »

Représentations sur le tutorat en groupe

Vécu positif

Le tutorat en groupe, « *matériellement plus réaliste* » (T3) était ressenti comme « *quelque chose d'humain et de personnel* » (T5) et vécu de façon très positive par l'ensemble des tuteurs. Ils avaient l'impression d'un travail efficace, avec un très bon rapport qualité-temps du fait de la mutualisation des réunions : « *J'ai l'impression de mieux travailler, de plus travailler. Et en même temps de moins travailler par interne.* » (T4)

Les qualificatifs employés pour évoquer le déroulement des séances sont détaillés dans l'encadré 2, par ordre de fréquence décroissante.

Les tuteurs ne relevaient pas « *de souci majeur* » (T5) sur le déroulement des séances et pensaient continuer selon la même organisation : « *Je trouve qu'on peut continuer comme ça.* » (T8) « *Quand ça se passe très bien, a priori on n'a pas de piste d'amélioration.* » (T5)

<u>Vécu des séances</u>
• Bien passé (9T, 15v) • Convivial (5T, 7v) • Comme entre pairs (4T, 7v) • Sympathique (3T, 6v) • Sérieux (2T, 4v) • Tranquille / Simple (1T, 5v) • Fatigant (1T, 4v) • Gratifiant (1T, 2v) • Attendue (1T, 2v)

Encadré 2 : Vécu des séances en groupe

Le caractère obligatoire

L'obligation pour les internes d'assister aux groupes tutoriaux était vécue comme « *une bonne façon de provoquer les rencontres* » (T3), pour voir tous les internes : « *L'avantage déjà c'est de voir tout le monde, sans problème.* » (T8) Elle trouvait sa justification dans le fait que « *si on ne met pas un certain nombre d'objectifs pédagogiques, de prescriptions pédagogiques, avec des objectifs précis à des dates convenues, on n'avance pas quoi.* » (T5) Pour eux, ces rencontres « *formalisées* » (T4) étaient faciles : « *c'est très simple de dire à tout le monde c'est tel jour à telle heure* » (T4) et permettaient à tout le monde de « *s'organiser* ». (T11)

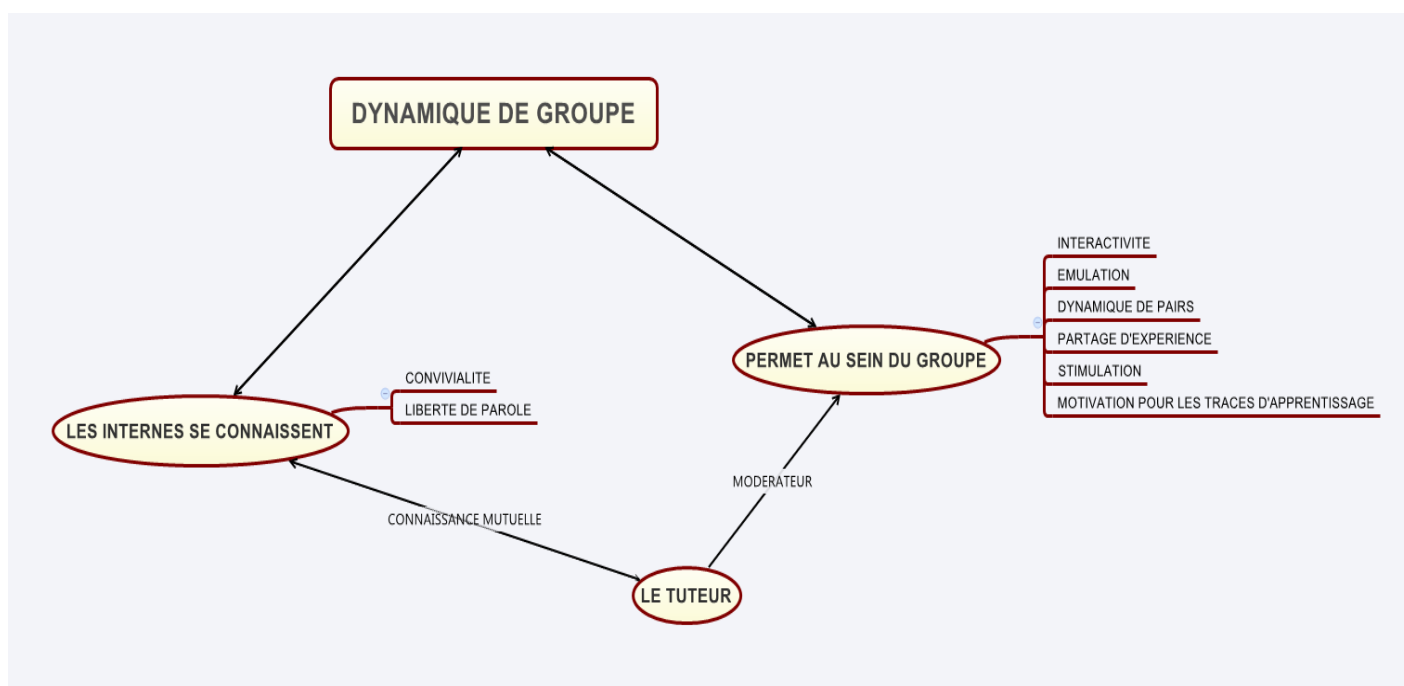
Elles avaient l'avantage de permettre « *un suivi régulier* » (T8) mais posaient parfois des problèmes d'organisation en cas de séminaires concomitants, obligeant les internes à choisir entre l'un et l'autre : « *Il faut faire un choix et le choix se fait vers le groupe tutoré. C'est ça qui prime par rapport au reste.* » (T1)

Les tuteurs avaient l'impression que les internes en étaient satisfaits, « *parce que ça leur fait aussi des échéances, ils savent ce qu'ils ont à faire* ». (T10)

La question de savoir s'il y avait une sanction à faire si un interne ne se présentait pas à ces groupes tutoriaux restait en suspens : « *Finalement quand ils y viennent pas, qu'est-ce qu'on fait ? Ben on ne sait pas quoi. On ne sait pas et voilà. Qu'est-ce que ça provoque s'il y en a un qui n'est pas là ?* » (T1)

La dynamique de groupe

Pour les tuteurs, le fait que les internes travaillaient ensemble créait, au fur et à mesure des séances, une véritable dynamique de groupe. Ils rapportaient qu'en deuxième semestre, « *la dynamique de groupe [n'était] pas encore instituée* » (T1), mais qu'en quatrième semestre « *ça y est, elles se connaissent, il y a une dynamique qui s'est faite, qui s'est opérée.* » (T2) Les apports de cette dynamique pour les internes sont conceptualisés sur la carte 3.



Carte 3 : Apports de la dynamique de groupe

Les groupes tutoriaux

Le nombre d'internes pour un groupe variait de 3 à 7, en deux heures. Les propositions des tuteurs concernant la constitution de ces groupes tutoriaux sont regroupées dans le tableau 3, par ordre de fréquence décroissante.

Constitution d'un groupe tutorial	Propositions d'amélioration de la majorité	Exemples de justification	Discussion
Nombre	4 ou 5 Maximum 6 (11T, 36v)	T5 : Qu'il y ait de la dynamique.	
		T8 : Si le groupe est trop nombreux, on ne peut plus faire travailler chaque interne.	
		T9 : L'idéal c'est cinq (...) A plus c'est difficile de suivre les individualités quoi.	
Mélange des promo	Non (9T, 23v)	T9 : que des tutorés de même niveau, parce qu'ils n'ont pas la même expérience et puis c'est difficile de connaître leur progression.	T10 : Je me disais que ça pouvait être bien, à partir de la deuxième année de mélanger les deuxièmes et les troisièmes années. Pas au début peut-être mais après. (2T, 3v)
Fréquence des séances	Au moins 2 fois par an. Prendre en compte le nombre de contacts globalement. (7T, 22v)	T11 : ben au moins deux fois par an.	
		T4 : Finalement ce n'est peut-être pas en terme de fréquence qu'il faut raisonner. Moi c'était en terme de nombre de contacts qui avaient déjà été établis. Et là on commençait à avoir un certain nombre de contacts.	
Temps de parole	20 à 30 minutes par interne (5T, 13v)	T8 : Ça permet de discuter.	T10 : Et peut-être trois heures. (1T, 4v)
			T7 : des séances qui vont durer tellement longtemps que la concentration du groupe tu vas la perdre. (1T, 1v)
Tirage au sort	Oui, des internes + du tuteur (2T, 10v)	T7 : Tu n'es pas parasité par un binôme qui serait hyper pote.	T6 : Je crois qu'il faut les laisser continuer à choisir. (leur tuteur) (1T, 2v)
		T4 : "Tiens, moi j'ai été choisi en dernier". (pour les tuteurs)	

Tableau 3 : Constitution des groupes tutoriaux

L'animation des groupes

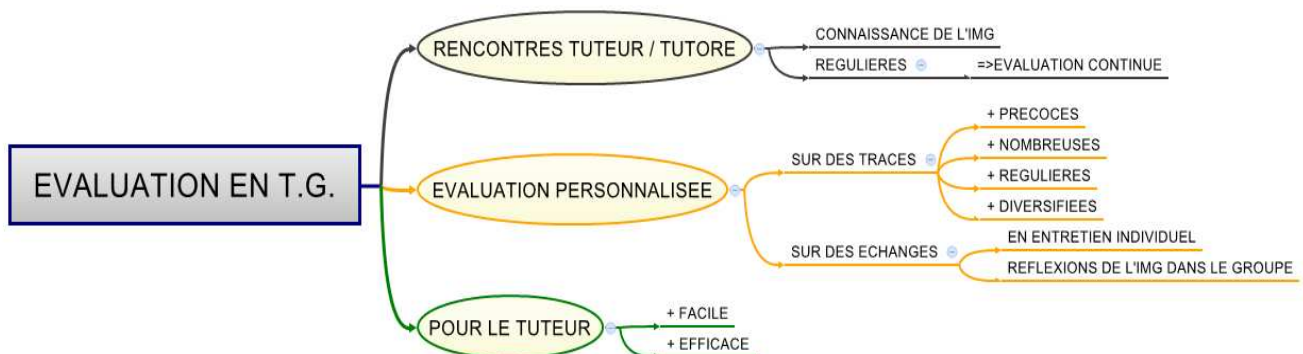
Concernant leurs rôles de modérateur du groupe, les tuteurs précisait qu'il fallait d'abord « *maîtriser des techniques d'animation de groupe* ». (T4) Certains avaient fait des formations complémentaires à ce sujet car « *c'est pas un truc que dans le séminaire tutorat du CNGE (Collège national des généralistes enseignants) quand on apprend à être tuteur, c'est pas un truc qu'on aborde.* » (T1) Les autres avaient parfois appréhendé « *de sauter le pas* ». (T4) Tous, avec l'expérience, étaient « *de plus en plus à l'aise avec les internes* » (T7) et arrivaient « *à beaucoup mieux gérer [leur] deuxième groupe* ». (T2)

Particularités de l'évaluation en groupe

Avec cette forme de tutorat en groupe, une des craintes des tuteurs était de perdre le caractère individuel de l'évaluation : « *Est-ce que dans ce groupe là, je vais évaluer un groupe ou je vais évaluer les différents internes ?* » (T1)

Avec l'expérience des premiers groupes tutoriaux, ils rapportaient qu'ils avaient « *quand même une idée de ce qu'il se passe sur le plan individuel beaucoup mieux que quand [ils] avai[en]t un tutorat dit individuel* ». (T9)

Les spécificités de l'évaluation en tutorat en groupe sont détaillées sur la carte 4.



T.G. : Tutorat en groupe

IMG : Interne en médecine générale

Carte 4 : Particularités de l'évaluation en tutorat en groupe

Les difficultés posées par le groupe

Les tuteurs avaient eu des difficultés pour distinguer les tutorés lors des premières réunions : « *J'ai eu des difficultés pour, euh, les premières réunions, euh, pour repérer qui était qui, hein, dans le groupe.* » (T2) Avec les rencontres, ils reconnaissaient leurs tutorés et repéraient bien « *les individualités de chacune, les évolutions* ». (T1) Ils avaient également fait plus attention pour distinguer rapidement les tutorés dernièrement intégrés.

L'un d'entre eux proposait une piste d'amélioration : « *Pour le repérage des internes qu'on ait*

une photo à un moment donné pour pouvoir mettre un nom. (...) Je pense que c'est aussi un truc à avoir. » (T6)

L'ensemble des tuteurs était particulièrement attentif aux internes timides, ou peu à l'aise pour s'exprimer en groupe. Ils craignaient qu'ils puissent « *rester un peu superficiels dans leur approche parce qu'il y a le groupe* » (T10), c'est-à-dire qu'ils hésitent à parler de leurs difficultés « *devant les autres* ». (T10) « *Je pense que le point négatif ce serait que, quelque fois, pour des internes un peu réservés, même si on a l'impression qu'ils parlent dans le groupe, peut-être qu'il y a des choses qu'ils ne pourront pas dire en groupe. (...) Ça, je pense qu'il faut se méfier de ça.* » (T10)

Pour d'autres en revanche, le groupe permettait à ces mêmes internes de se rendre compte « *que leur manière d'envisager les choses n'est pas aussi ridicule qu'ils croyaient. Des fois ça débloque un peu les choses.* » (T9)

Dans tous les cas, les tuteurs rappelaient régulièrement aux internes la possibilité de les voir en entretien individuel.

Les propositions d'entretiens individuels

Dix tuteurs sur onze avaient déjà proposé des entretiens individuels à leurs tutorés. Ils étaient à l'initiative du tuteur ou de l'interne. Les raisons qui les ont conduits à avoir ces entretiens sont exposées dans l'encadré 3, par ordre de fréquence de citation décroissante.

Proposition d'entretien individuel

- Difficulté personnelle (4T, 9v)
- Pas osé / pas voulu en parler en groupe (3T, 6v)
- Manque de temps dans le groupe (3T, 5v)
- IMG qui risque d'emboliser le groupe / hors sujet pour le groupe (2T, 3v)
- Comprendre la situation d'un IMG (2T, 2v)

IMG: Interne en médecine générale

Encadré 3 : Les propositions d'entretien individuel

Les tuteurs étaient attentifs à bien préciser à chaque séance que le tutorat en groupe « *n'empêche pas les rencontres en individuel* ». (T10) Ils avaient constaté que les internes, qui les avaient identifiés comme « *personne-ressource* » n'hésitaient pas à les contacter : « *Comme ils nous connaissent mieux dans le cadre du tutorat de groupe, ils prennent plus facilement contact avec nous en dehors des tutorats de groupe.* » (T2)

La structure du tutorat en groupe

Le cahier des charges, que les tuteurs définissaient ensemble, permettait d'établir un programme pour chaque séance : *« Le premier rendez-vous c'est une prise de contact. On voit comment ça se passe au niveau des stages. Deuxième, ben est-ce qu'ils ont compris un petit peu comment ça se passe les RSCA ? Troisième, ben est-ce qu'ils ont déjà fait quelques RSCA ? Quatrième : est-ce qu'ils ont pensé à leur thèse ? Cinquième on va en parler là. »* (T11) A la troisième séance les tuteurs faisaient un point sur le cursus et l'évolution de l'interne : *« La troisième séance qui est une séance où on fait l'équivalent de ce qui se faisait en commission de suivi de port folio. »* (T1)

Ce cahier des charges définissait les grandes lignes des séances, tout en laissant à chaque tuteur la possibilité d'en affiner le contenu en fonction de son groupe, ce qui les satisfaisaient tous. *« Je crois qu'il faut qu'il y ait un cadre. C'est bien qu'il y ait un cadre, après les cadres sont suffisamment larges pour glisser, pour consacrer plus ou moins de temps à un sujet plutôt qu'à un autre dans le cadre. Ça nous laisse quand même une certaine latitude pour consacrer un peu plus de temps à un moment donné à un thème plutôt qu'à un autre. »* (T4)

Les tuteurs avaient l'impression que ce cadre permettait aux internes de mieux adhérer au tutorat : *« Comme on les rencontre en gros pratiquement au bout d'un ou deux mois d'internat, on leur explique à quoi ça sert, donc ils adhèrent au système. »* (T10) Le contenu des séances était adapté à leurs préoccupations : *« Ils étaient très contents parce que j'avais l'impression que je leur avais retiré une grosse épine du pied. »* (T11, en parlant des conseils donnés pour la thèse)

Tuteurs et internes avaient donc des objectifs, ce qui leur permettait de mieux comprendre le tutorat : *« On sait beaucoup mieux ce qu'on fait. (...) Les internes savent mieux ce qu'on fait, donc voilà. »* (T9)

Les problèmes d'organisation

Lorsque des points négatifs étaient abordés en parlant du tutorat en groupe, c'étaient uniquement des problèmes organisationnels, à plusieurs niveaux :

La convocation : Un tuteur n'avait pas retenu que c'était à lui de convoquer les internes aux groupes tutoriaux : *« J'avais pas bien compris que c'était à moi de les convoquer. »* (T5) Il souhaiterait que ce soit la secrétaire qui s'en occupe.

Les séminaires concomitants : *« La dernière réunion, là, c'était en même temps qu'un séminaire. »* (T2) Cinq tuteurs souhaitaient que le planning soit mieux défini, avec une journée dédiée aux groupes tutoriaux : *« Il faut qu'on anticipe, qu'on anticipe avant, hein, pour que ce soit mieux organisé. »* (T2)

Avec la promotion intégrée en novembre 2012, les tuteurs auront 3 groupes tutoriaux à gérer. Ils se posaient la question de rencontrer tous les groupes la même journée, ce qui pourrait *« être un petit peu lourd »* (T2), ou bien de les rencontrer en deux fois : *« Mardi ce serait une solution. Ça désencombrerait ces fameux jeudi qui sont pris aussi par des séminaires. »* (T9) La deuxième solution nécessiterait que les tuteurs préviennent leurs patientèles de leur absence ce jour-là également.

La gestion des salles : « *La gestion des salles, ce sera toujours le bordel.* » (T5) Les tuteurs évoquaient soit un nombre de salles disponibles insuffisant : « *C'est toujours l'angoisse, on se demande si on va avoir une salle au moment X* » (T4), soit des salles inadaptées aux groupes tutoriaux : « *La salle n'était pas très adaptée (...) On a essayé de s'arranger pour aménager un espace de discussion.* » (T9)

Le déplacement : Le déplacement à la faculté était parfois difficile pour les tuteurs éloignés de Tours : « *Ça me fait presque quatre heures de route. Je ne mange pas.* » (T7) Tous préféraient quand même se déplacer : « *Il vaut mieux que ce soit toujours à la fac.* » (T8) La faculté représentait pour eux « *un lieu de travail* » (T4) et faisait prendre conscience aux internes de l'importance du tutorat dans leur cursus : « *Donc ça a un petit côté, comment dire, officiel le fait d'être à la fac, tout ça. Je pense que ça leur fait prendre conscience que c'est quand même important pour eux.* » (T11)

Représentations sur le tutorat individuel

Mauvais vécu

Neuf tuteurs sur 11 exprimaient des représentations négatives sur le tutorat individuel. Ils n'y trouvaient aucun point positif : « *Les points positifs, j'en ai vu que sur le papier quoi.* » (T5) Pour eux, c'était « *un échec complet, reproduit dans à peu près toutes les facs* » (T5), « *un fiasco d'un côté comme de l'autre* » (T7) avec un fonctionnement qui « *n'était pas satisfaisant* » (T8) ; le tuteur étant « *une sorte de maître de stage sur trois ans (avec) des lacunes énormes en pédagogie* ». (T7)

Ce mauvais vécu était accentué par une comparaison avec le tutorat en groupe : « *Je pense que les avantages du tutorat individuel par rapport au tutorat de groupe j'en vois pas bien quoi.* » (T11) « *C'est vraiment pas satisfaisant par rapport à ce que je vis en groupe quoi. Clairement.* » (T1)

Les difficultés de contact

En tutorat individuel, la difficulté pour les tuteurs était de rencontrer leurs tutorés. Certains ne les avaient jamais vus : « *Il y a des tutorés que je n'ai jamais vus.* » (T8) D'autres les avaient vus tardivement dans leurs cursus : « *Je l'ai vu alors au bout de pff, super longtemps* » (T1), voire juste avant la commission de validation du DES : « *Je découvre toujours d'ailleurs mes tutorés quinze jours avant leur soutenance de DES.* » (T5) Ils déploraient l'irrégularité des rencontres : « *c'était pas des rencontres régulières* » (T2) et le peu de contacts établis globalement : « *les individuels que j'ai eus je les ai très peu vus* ». (T6) Six tuteurs, malgré ce qui avait été décidé, avaient relancé leurs tutorés : « *J'essaye de les relancer, de leur proposer des rencontres.* » (T2)

Pour eux, cette absence de rencontre était due au manque de compréhension du tutorat de la part des internes : « *Je pense qu'un des péchers du tutorat individuel, avant, c'était que les internes ne voyaient pas vraiment à quoi ça pouvait servir un tuteur.* » (T10) Ils évoquaient également le fait que l'interne soit en position de demande : « *Ce n'est pas à vous de susciter la rencontre, c'est à l'interne de venir vers vous, de vous demander le portfolio* » (T4), et le grand secteur géographique que constitue la région Centre : « *cinq départements, des élèves qui sont dispatchés un peu partout...* ». (T7)

Globalement ces difficultés aboutissaient à l'absence de lien tuteur/tutoré, ou à un lien pauvre : « *Je me disais peut-être que le tutorat individuel permettait une relation privilégiée, etc., mais finalement des fois il y avait une relation qui était assez pauvre.* » (T4)

Trois tuteurs avaient eu cependant, avec certains internes, de bons contacts : « *Il y a une promotion où j'avais trois internes et c'est vrai que je les ai vus à peu près régulièrement. Mais c'était une bonne promotion.* » (T2)

La disponibilité du tuteur

Les tuteurs notaient que si tous leurs tutorés avaient pris contacts avec eux, ils auraient probablement manqué de temps pour les suivre tous régulièrement : « *Heureusement qu'il y en a beaucoup beaucoup beaucoup qui ne prennent jamais contact...* ». (T3)

Ils avaient dans l'ensemble l'impression d'être restés disponibles pour les internes : « *soit on peut me voir chez moi ou à mon cabinet, soit je suis quand même à la fac tous les jeudis* ». (T1)

L'évaluation en tutorat individuel

Compte tenu du faible nombre de rencontres, le tuteur « *n'avait pas de suivi correct* » (T8) de ses tutorés. Il n'avait donc pas d'élément « *pour leur proposer des pistes pour leurs cursus* » (T2) ni des contacts qui lui permettaient « *d'avoir l'idée de l'évolution, d'une progression ou même d'acquis de quoi que ce soit* ». (T9)

Sept tuteurs avaient été sollicités uniquement avant la validation du DES de leurs tutorés : « *On se retrouvait à la veille d'une commission de DES avec un tutoré paniqué qui nous contacte parce que finalement il veut être sûr que le récit qu'il va présenter va être convenable.* » (T4) « *Ca fait trois ans qu'ils sont mes tutorés, j'ai jamais entendu parlé d'eux. Et en quinze jours, il faut que j'aie lu tous leurs RSCA, que j'aie fait une lettre disant qu'ils ont vachement bien fait pendant trois ans et tout ça quoi.* » (T5)

Cette situation était vécue comme « *embarrassante* » et les mettait « *mal à l'aise* » (T2) : « *On a l'impression qu'on est vraiment juste le distributeur de papier.* » (T6)

L'évaluation du tutoré était alors faite lors de la commission de validation du DES, le tuteur ne pouvant pas développer d'avis sur la progression et les acquis de l'interne aidant les membres du jury dans leurs décisions.

Le tuteur en tutorat individuel

Les tuteurs étaient inhomogènes : « *On était inhomogène, on ne correspondait pas forcément non plus aux attentes de nos internes.* » (T4)

Le mauvais ressenti des tuteurs sur ce qu'ils étaient à l'époque est résumé dans le tableau 4 :

Le tuteur :	Exemples de verbatim :
Pas de rôle défini (4T, 8v)	T5 : La partie non négligeable, voire majoritaire des tuteurs savent pas trop ce qu'ils sont censés faire.
Pas formé (2T, 7v)	T7 : Ils ne savaient pas trop quoi dire à leurs internes en gros, puisqu'ils n'étaient pas formés.
Isolé (2T, 8v)	T4 : On était des tuteurs individuels, individualisés dans nos campagnes respectives ou dans nos villes respectives.
Pas rémunéré (1T, 2v)	T7 : On n'était pas considéré, en tout cas financièrement.
Pas impliqué (1T, 2v)	T7 : Ils avaient été élus tuteurs parce qu'ils avaient levé la main.
Epuisé (1T, 1v)	T7 : Les gens (les tuteurs) étaient épuisés, ça ne marchait pas du tout.

Tableau 4 : Le tuteur en tutorat individuel

La variabilité entre internes

Les tuteurs rapportaient que soit ils voyaient leurs tutorés régulièrement, soit ils ne les voyaient pas du tout : « *Ça dépendait des tutorés. Il y a des tutorés que j'ai vus très souvent, que j'ai vus régulièrement. Il y a des tutorés que je n'ai jamais vus.* » (T8) De ce fait, soit ils les connaissaient très bien, soit ils ne les connaissaient pas du tout : « *Dans l'autre forme de tutorat on ne les connaissait pas forcément très bien. C'était ou très bien, ou très passable. (...) On n'avait pas tellement de demi-mesure.* » (T4)

Quand les tutorés adhéraient au tutorat, la relation était « *fusionnelle* » (T11), presque « *filiale* » (T9) permettant un suivi plus approfondi qu'en tutorat collectif.

Les points positifs du tutorat individuel

Il était difficile pour les tuteurs de répondre sur les points positifs du tutorat individuel pour deux raisons :

- Il y avait un biais de remémoration : « *Alors c'est difficile à répondre ça, parce que le temps a passé.* » (T9)
- Ils y réfléchissaient en comparant avec le tutorat en groupe actuel : « *Alors je trouvais que ça fonctionnait pas mal, pas si mal, avant de connaître le tutorat collectif, mais maintenant je trouve que ça ne fonctionnait pas bien.* » (T4)

Ils relevaient globalement peu de points positifs, sauf dans la qualité de la relation établie avec les tutorés qu'ils voyaient : « *On connaît mieux ceux qu'on voit.* » (T3) Ces tutorés suivis représentaient une minorité d'internes intégrés en tutorat individuel : « *Trois sur quinze à peu près où j'avais vu les internes régulièrement.* » (T2)

Un idéal pédagogique ?

Selon les principes de la pédagogie constructiviste « *le tutorat c'est pas fait pour être en groupe.* » (T1) Les tuteurs rapportaient qu'en tutorat individuel il n'y avait pratiquement pas eu d'étudiant « *qui ait été tutoré comme le dit la théorie* » (T5) notamment à cause du ratio enseignant/enseigné : « *La mort du tutorat individuel c'est le ratio tuteur/tutoré.* » (T3) Pour eux, « *en tutorat individuel on pourrait regagner des choses* » (T1) quant au suivi des internes par rapport au tutorat en groupe.

Les conditions qu'ils envisageaient pour revenir à un tutorat individuel sont exposées dans le tableau 5, par ordre de fréquence décroissante :

Conditions pour revenir au tutorat individuel :	Exemples de verbatim
Pas envie d'y revenir (8T, 14v)	T11 : je pense que je ne reviendrais pas au tutorat individuel pour tout l'or du monde.
Ratio enseignant/enseigné correct (3T, 6v)	T5 : avec un ratio enseignant/enseigné qui rende les choses possibles
Peu de tutorés chacun (3T, 3v)	T1 : J'y retournerais que si j'ai un nombre pas trop important de tutorés.
Rencontres obligatoires (2T, 5v)	T1 : A la condition que les rencontres, même en individuel redeviennent obligatoires, c'est-à-dire avec quelque chose de très balisé.
Tuteur formé (1T, 8v)	T7 : S'il y avait une obligation de formation des tuteurs.
Séances de tutorat préparées entre tuteurs (1T, 2v)	T11 : à moins qu'on ait le même genre de préparation
Tuteur payé (1T, 1v)	T7 : Il faudra payer les tuteurs (...) Le bénévolat ne marchera pas à long terme.

Tableau 5 : Conditions pour revenir au tutorat individuel

Discussion

Ce travail a décrit les représentations des tuteurs de Tours ayant testé les deux formes de tutorat, 18 mois après la mise en place du tutorat en groupe.

A propos de la méthode :

Cette étude qualitative a été conduite avec des entretiens semi-dirigés. Une alternative aurait consisté en la réalisation d'un ou deux focus group. Il(s) aurai(en)t favorisé un recueil "dynamique" des données, avec des interactions au sein du groupe qui auraient pu enrichir la production. Les entretiens semi-dirigés ont été choisis pour leur faisabilité (onze tuteurs représentant l'intégralité de la population à étudier) et pour éviter un effet leader d'opinion¹⁰, qui aurait pu résulter de la confrontation entre les tuteurs appartenant au DUMG et les autres. Concernant la crédibilité de l'étude, les tuteurs ont été interrogés les uns après les autres sur deux mois. Ils ont pu échanger entre eux sur les questions abordées. Une "contamination" éventuelle des entretiens ultérieurs ne peut être exclue.

Chaque interviewé a validé le *verbatim* le concernant mais pas les interprétations en résultant. Le codage en double aveugle rassure néanmoins sur la qualité de l'interprétation réalisée.

Aucune triangulation supplémentaire n'a été effectuée dans le cadre de ce travail de thèse.

La population interrogée était constituée uniquement des tuteurs investis dans les rencontres tutoriales, ayant une expérience des deux formes de tutorat. Les résultats obtenus ne sont donc pas extrapolables à la population des tuteurs formés en région Centre. Ces tuteurs interviewés, même si leur formation théorique est récente pour certains, même s'ils ne font pas tous partie du DUMG, ont réfléchi à leurs fonctions de tuteurs et élaboré leurs représentations en fonction de ce qui leur a été transmis par les responsables pédagogiques du DUMG. La cohésion apparente des résultats sur leurs fonctions et rôles s'explique probablement par ce fait.

Les modalités du tutorat en médecine générale en France varient énormément en fonction des Départements de Médecine Générale (DMG). Le vécu de cette fonction de tuteur est certainement différent en fonction de la faculté. L'extrapolation des résultats de ce travail à la communauté des tuteurs en médecine générale est impossible.

Néanmoins, la similitude de nos résultats avec ceux d'autres DMG est gage d'un certain degré de transférabilité.

A propos des résultats :

Ce travail a fait émergé huit fonctions principales que s'attribuaient les tuteurs : évaluateur, guide, aide, accompagnateur, enseignant, représentant de la discipline, lecteur des traces d'apprentissage, et garant de la sécurité des pratiques futures des tutorés. Le principal rôle était celui d'évaluateur.

Pour les internes de Tours, interrogés dans le cadre d'un travail de recherche⁵, un tuteur était avant tout un pair plus âgé et plus expérimenté qui les guidait tout au long de leur DES. Il les aidait aussi bien dans la réalisation des objectifs pédagogiques (traces d'apprentissage, portfolio) que pour leurs thèses ou leurs projets professionnels. C'était un soutien en cas de difficultés personnelles ou professionnelles (en stage par exemple) et un référent en médecine générale.

Les rôles définis par les tuteurs correspondaient à ceux que leur conféraient les internes, à l'exception de ceux d'enseignant et d'évaluateur. Cette cohérence montre la compréhension et l'appropriation des messages délivrés aux internes et aux tuteurs lors de leurs formations par

le DUMG de Tours.

Aucune donnée sur les rôles que s'attribuaient les tuteurs dans les autres facultés de médecine, françaises ou étrangères, n'a été trouvée dans la littérature. Le tuteur était parfois identifié par les internes comme un enseignant à part entière¹¹, différent des MSU mais rarement comme un évaluateur¹². Pourtant la mise en place du DES de médecine générale implique l'évaluation des compétences des internes pour la validation de leurs cursus⁴. Cette certification conditionne l'octroi du permis d'exercice professionnel⁴. Le tuteur est le seul enseignant qui suive l'interne de médecine générale tout au long des trois ans de son DES. Il est le seul à avoir une vision complète et dynamique de sa progression et des compétences acquises. Son évaluation est probablement la plus objective et la plus réaliste.

Les tuteurs étaient, dans ce travail, très attentifs à ce rôle fondamental d'évaluateur dans le cadre de la certification. Ce rôle devrait être réexpliqué aux internes, en leur en faisant comprendre l'intérêt.

Dans cette étude, l'évaluation des internes était facilitée en tutorat en groupe grâce à un suivi régulier, mais devait être complétée par la participation de tous les acteurs pédagogiques que rencontrait l'interne au cours de son DES. Cette proposition d'amélioration était en accord avec les données de la littérature⁸.

L'évaluation d'un interne est complexe à trois niveaux⁴. Elle nécessite d'abord de vérifier ses connaissances, puis d'évaluer quelle stratégie, c'est-à-dire quel processus cognitif, il met en place pour résoudre le problème. Enfin, il faut apprécier le résultat de son action (la performance). Il n'est que rarement possible d'évaluer l'interne en situation (évaluation authentique lors de la supervision directe). Le plus souvent, les enseignants évaluent l'étudiant à différents moments (lectures et critiques de traces d'apprentissage, groupes d'échange de pratique, entretiens tutorés...) mais souvent hors situation. Pour avoir une idée précise et objective des compétences acquises, l'évaluation doit être partagée entre tous les acteurs pédagogiques.

A Tours, ces différents acteurs pédagogiques, notamment les MSU ambulatoires et les chefs de services hospitaliers n'étaient pas encore suffisamment rigoureux dans l'évaluation de leurs internes. Une meilleure formation des différents protagonistes et l'utilisation d'outils adaptés à chaque évaluation de stage améliorerait l'évaluation certifiante des internes.

Les tuteurs préféraient le tutorat en groupe qui permettait, outre une meilleure évaluation, de tisser une véritable relation tuteur/tutoré, de créer une dynamique favorisant l'échange et la production de RSCA, tout en continuant le suivi personnalisé de chacun des internes constituant le groupe.

Les internes de Tours suivis en tutorat en groupe avaient une meilleure relation avec leurs tuteurs que ceux suivis individuellement⁷. Alors qu'en tutorat individuel, ils déploraient une relation inexistante (difficultés pour le premier contact, manque d'échange ou absence totale de rencontre), ils appréciaient la relation dynamique, chaleureuse, et facile avec leurs tuteurs en tutorat collectif⁵.

Un an après l'instauration du tutorat en groupe, une production comparable de RSCA (en qualité et quantité) quel que soit le mode de suivi des internes a été montrée⁷.

A dix-huit mois de l'instauration du tutorat en groupe, les tuteurs et les internes⁵ avaient l'impression d'une plus grande production sur le plan quantitatif avec la nouvelle forme de tutorat. Cette impression devrait être confirmée par une nouvelle évaluation des traces produites en tutorat en groupe, tant sur le plan quantitatif que qualitatif. Cette évolution, si elle existe, est-elle liée au tutorat de groupe ou à une meilleure compréhension globale des objectifs par les internes, tout type de tutorat confondu ?

D'après le cadre conceptuel du paradigme d'apprentissage¹³, l'enseignant est centré sur les apprentissages d'un apprenant, donc sur l'acquisition de ses compétences. La forme de tutorat qui semble *a priori* la plus adéquate pour y répondre est le tutorat individuel, personnalisé, adapté à chaque tutoré. Le tutorat individuel, tel qu'il existait auparavant à Tours, ne permettait pas un suivi des tutorés conforme à la théorie : peu ou pas de rencontre tuteur/tutorés donc peu ou pas de suivi. Le tuteur n'avait souvent aucune vision sur la progression de ses tutorés, ni sur les compétences qu'ils avaient acquises. La place du tutorat en groupe dans le paradigme d'apprentissage est discutée. Un de ses risques serait de suivre le groupe globalement, plutôt que chaque interne le constituant. Le tutorat en groupe tel qu'il est construit à Tours répond en partie à cet écueil grâce aux rencontres individuelles ou aux échanges mails en dehors du groupe. Le suivi reste personnalisé, comme le rapportaient clairement les tuteurs, même si cela soulève quelques difficultés supplémentaires par rapport au tutorat individuel.

Les tuteurs n'envisageaient pas d'amélioration significative au tutorat en groupe, si ce n'est une meilleure organisation à plusieurs niveaux : pour distinguer les tutorés, la gestion des convocations, des séminaires concomitants, des salles, du déplacement à la faculté.

Pour l'instant, parmi les DMG de France ayant opté pour le paradigme d'apprentissage, les modes de fonctionnement du tutorat diffèrent. Une des principales difficultés communes est le ratio tuteur/tutoré. Quelques tuteurs évoquaient cette difficulté dans notre travail. Les promotions d'internes croissent, alors que le nombre de tuteurs stagne voire diminue. Par ailleurs, la médiane d'âge des tuteurs dans notre région est de 53 ans. Une des solutions étudiées par exemple à Paris Descartes est celle d'un co-tutorat¹⁴. D'anciens internes intéressés par l'enseignement de la médecine générale, après une formation en pédagogie, suivent un tutoré en binôme avec un tuteur expérimenté. Cette solution répond à la pénurie de tuteurs formés motivés, et permet également le recrutement de futurs MSU. Pour ces raisons, elle pourrait être discutée dans notre DMG.

Le tutorat en groupe répond également aux carences du tutorat individuel grâce à la définition d'un cadre : des rencontres formalisées régulières et des objectifs précis pour tous à chaque séance. Les internes appréciaient particulièrement la facilité du premier contact⁵. Leur opinion sur l'obligation de participer aux séances tutoriales et sur le programme établi pour chacune d'entre elles n'est pas connue puisqu'ils n'ont pas été interrogés sur ces points. Ces questions pourraient être étudiées ultérieurement.

En fonction des DMG, le cadre directif du tutorat est très différent. A Tours, il n'y a pas d'obligation chiffrée de production de traces. Les internes y sont simplement incités. A Paris V, les internes ont l'obligation de produire un RSCA et une autre trace par semestre¹⁵, et de les faire valider par leurs tuteurs. Cette obligation de validation des traces semestrielles est louée par plus de deux tiers des tuteurs. A Tours, une telle mesure ne semble pas nécessaire, car les tuteurs semblent motiver les tutorés pour la production de traces grâce à la dynamique de groupe. Elle pourrait faire l'objet de discussions s'il s'avérait que le nombre de traces produites ou leurs diversités étaient insuffisantes pour la certification des compétences.

Perspectives :

Certains tuteurs ne seraient pas hostiles au retour à un tutorat individuel, à la condition d'un cadre précis : des rencontres obligatoires, peu de tutorés chacun, des séances préparées à l'avance, avec un tuteur formé et payé. Ce cadre est celui défini pour le tutorat en groupe. Est-ce le travail en groupe qui est apprécié, ou bien le cadre ainsi conféré au tutorat ? Cette question pourrait faire l'objet d'un travail de recherche ultérieur afin d'envisager d'autres évolutions au tutorat, en perpétuel remaniement pour répondre aux objectifs de tous.

Conclusion

Cette étude a pour la première fois identifié les rôles que s'attribuaient les tuteurs dont le principal était celui d'évaluateur. Elle a aussi révélé leur satisfaction du tutorat en groupe qui, grâce à un suivi régulier et personnalisé des internes tout au long de leur DES permet, *in fine*, une meilleure évaluation.

Ce travail s'inscrit dans un projet global d'évaluation du tutorat en groupe à Tours qui prévoit encore :

- Une étude sur les représentations des internes du tutorat en fin de parcours de DES pour la promotion intégrée en novembre 2010 où coexistaient les deux modes de fonctionnement.
- Une évaluation de la qualité des portfolios et du contenu de la commission de validation à l'issue du DES pour cette même promotion.
- Une évaluation comparative des notes de synthèse détaillées établies par les tuteurs à l'issue du DES en prévision de la commission de validation.

Le tutorat en groupe a été conçu pour répondre aux écueils du tutorat individuel tout en restant en cohérence avec le paradigme d'apprentissage. Hormis un côté organisationnel à repenser, les tuteurs ne voyaient pas d'amélioration significative à apporter au tutorat en groupe. Cette étude semble favorable au tutorat de groupe mais aucune conclusion n'est possible à ce stade. Le cadre fixé au tutorat lors de cette réforme est peut-être responsable de ces avis favorables, en dehors de l'effet « dynamique de groupe ». Les trois premiers travaux évaluant ce nouveau mode de fonctionnement montrent, en tout cas, que ce système convient mieux aux tuteurs et aux internes que le précédent, tout en gardant le cap de la certification. Pour ce faire, l'évaluation devra, à l'avenir, être mieux partagée et impliquer tous les intervenants du système pédagogique.

Bibliographie

- 1- Montagne O. Présentation et évaluation du tutorat au cours du 3ème cycle des études médicales en Médecine Générale (Faculté de Médecine de Créteil). Mémoire, Paris Créteil; 2005.
- 2- Kaufman D. L'éducation centrée sur l'enseignant ou centrée sur l'apprenant : une fausse dichotomie. *Pédagogie médicale* 2002;3:145-147.
- 3- Renoux C, Potier A. Former les internes de médecine générale : un long fleuve tranquille? *Exercer* 2010;90:15-9.
- 4- Le Mauff P, Bail P, Gargot F, Garnier F, Guyot H, Honnorat C et al. L'évaluation des compétences des internes de médecine générale. *Exercer*. 2005;73:63-9.
- 5- Basileu T. Le tutorat en troisième cycle de médecine générale en Région Centre: le point de vue des internes. Th D Med, Tours; 2012.
- 6- Leruste S, Duriez S, Lerouge P, Andregnette P. Tutorat au cours du troisième cycle de médecine générale à la faculté de Lille. *Exercer*. 2008;82:82-6.
- 7- Uteza Sevaut P. Le tutorat de groupe au Département Universitaire de Médecine Générale de Tours: Evaluation d'un nouveau dispositif. Th D Med, Tours; 2012.
- 8- Le Mauff P, Pottier P, Goronflot L, Barrier J. Evaluation d'un dispositif expérimental d'évaluation certificative des étudiants en fin de troisième cycle de médecine générale. *Pédagogie Médicale* 2006;7:142-54.
- 9- Aubin-Auger I, Mercier A, Baumann L, Lehr-Drylewicz A-M, Imbert I et al. Introduction à la recherche qualitative. *Exercer*. 2008;84:142-5.
- 10- Terra JL. S'approprier la méthode du focus group. *La revue du praticien Médecine Générale* 2004 ; 645 :382-4.
- 11- Dupraz C, Flori M, Zerbib Y, Lainé X, Perdrix C. Evaluation par les internes de Médecine Générale de Lyon 1 du tutorat d'enseignement. (première promotion 2006-2009). Congrès national de CNGE Collège Académique, 22 et 23 Novembre 2012, Lyon.
- 12- Dutrop C.-M, Praly-Foucault C. Analyse qualitative des attentes des internes en début de DES de médecine générale au sujet du tutorat. Th D Med, Grenoble; 2012.
- 13- Le Mauff P, Bail P. Comment réussir une évaluation formative des compétences des internes en étant centré sur leurs processus cognitifs d'apprentissage ? *Exercer* 2008;82:77-81.
- 14- Schwartz J.-C, Pinot J. Le co-tutorat: une réponse à une problématique d'effectif des enseignants au sein des départements de médecine générale. Congrès national de CNGE Collège Académique, 22-23 Novembre 2012, Lyon.
- 15- Schwartz J.-C, Pinot J, Radjou A. Evaluation de l'impact sur la fonction tutorale de la mise à disposition de portfolios électroniques et l'obligation aux internes de production de deux traces semestrielles. Congrès national de CNGE Collège Académique, 22-23 Novembre 2012, Lyon.

ANNEXE 1 : TRAME D'ENTRETIEN

Brise glace

1/ Comment s'est passée votre dernière rencontre en groupe avec les tutorés, racontez-moi ?

Vécu du tutorat de groupe

2/ Comment se passe le tutorat de groupe ? En êtes-vous satisfait ?

3/ Qu'est-ce qui fonctionne bien ?

reformulation : Quels en sont les points positifs ? Qu'apporte le fonctionnement en groupe ?

relances : Pour vous en tant que tuteur ? (dans votre rôle de tuteur ?) Les bénéfices pour les internes ?

4/ Quelles difficultés rencontrez-vous ?

reformulation : Qu'est-ce qui vous pose problème ? Quels en sont les points négatifs ?

relances : Concernant votre fonction de tuteur ? Concernant les internes ?

5/ Que suggérez-vous pour l'améliorer ?

relances : Quel est votre point de vue sur l'organisation actuelle du tutorat de groupe ?

Sur les rencontres tutoriales ?

Sur le cahier des charges ?

Comment favoriser l'acquisition des compétences des internes ?

Vision du tutorat en général

6/ A la lumière de tout ça, pour vous, ça veut dire quoi être tuteur ?

7/ Quels sont les rôles que vous vous attribuez en tant que tuteur ?

reformulation : quelles sont vos missions ?

relances : Concernant l'acquisition des compétences des internes ?

Leur vie professionnelle ?

Leurs projets ? (choix stage, thèse, post doctorat ?)

Et sur le plan de la FMC ?

Et sur le plan de l'évaluation ? Son sens ? A quel niveau ? Comment ? Avec quels outils ?

Comment ça se passe sur le plan de la maîtrise des outils pédagogiques ?
(port folio, RSCA, autres ?)

Vécu du tutorat individuel

8/ Que pensiez-vous du tutorat individuel ?

9/ Quels en étaient pour vous les points positifs ?

reformulation : Qu'est-ce qui fonctionnait bien ?

relances : Pour vous même dans votre fonction de tuteur ? Pour les internes ? Et par rapport aux autres tuteurs ?

10/ Et quels en étaient, selon vous, les points négatifs ?

reformulation : Qu'est-ce qui n'allait pas ? Quelles difficultés rencontriez-vous ?

relances : Pour vous même dans votre fonction de tuteur ? Pour les internes ? Et par rapport aux autres tuteurs ?

11/ A quelles conditions reviendriez-vous à cette forme de tutorat ?

reformulation : Quelles améliorations envisageriez-vous ?

Regard critique sur les 2 modes de tutorat

12/ En quoi le passage au tutorat de groupe a-t-il modifié votre rôle de tuteur auprès des tutorés, en ce qui concerne :

- votre rôle formatif ?
- votre rôle évaluatif ?

Opinion propre du tuteur

13/ Finalement, quelle forme de tutorat vous convient le mieux ? Pourquoi ?

14/ Comment envisagez-vous le tutorat dans l'avenir ?

relances : Sous quelle forme ? A quelles conditions ? Que vous ont dit les autres tuteurs ?

15/ Avez-vous quelque chose à ajouter sur le tutorat ?

**Avis favorable de la Commissions des thèses
du Département de Médecine Générale
en date du 22 Mai 2012**

Le Directeur de Thèse

**Vu le Doyen
de la Faculté de Médecine de Tours**

RESUME

Contexte : Depuis 2004, à Tours, chaque interne en DES de médecine générale est suivi par un tuteur qui l'accompagne dans la construction de son portfolio. En pratique, le tutorat individuel se heurte à de nombreuses difficultés. Une des évolutions mises en place est, depuis 2010, le tutorat en groupe. Chaque tuteur est responsable d'un groupe de 4 à 5 tutorés réunis obligatoirement une fois par semestre.

Objectifs : L'objectif principal était de décrire les représentations et perceptions du tutorat des tuteurs ayant testé ses deux formes. Les objectifs secondaires étaient d'évaluer la satisfaction des tuteurs, énoncer leurs difficultés et leurs attentes, et proposer des pistes d'amélioration du suivi tutorial pour favoriser l'acquisition et l'évaluation des compétences des internes.

Méthode : Enquête qualitative descriptive par entretiens semi-dirigés de tous les tuteurs de la région Centre ayant testé les deux modes de fonctionnement tutorial. Enregistrement des entretiens, retranscription intégrale, validation du contenu par les interviewés et analyse thématique de contenu par deux chercheurs indépendants.

Résultats : Le principal rôle que se définissaient les tuteurs était celui d'évaluateur. Le tutorat en groupe permettait, grâce à un suivi régulier, et personnalisé, de mieux connaître les internes, de stimuler la production de traces pour mieux les évaluer. Cette forme convenait mieux aux tuteurs. Ils n'envisageaient pas d'amélioration significative.

Conclusion : Le tutorat en groupe répond à certains écueils du tutorat individuel. L'évaluation des compétences des internes facilitée par ce nouveau système, devra dans l'avenir être partagée en impliquant tous les intervenants du système pédagogique.

Mots clefs : tutorat, représentations, tuteurs.

Académie d'Orléans – Tours

Université François-Rabelais

Faculté de Médecine de TOURS

LESTRADE Nathalie

Thèse n°

42 pages - 5 tableaux - 4 cartes - 3 encadrés - 1 annexe

Résumé

Contexte : Depuis 2004, à Tours, chaque interne en DES de médecine générale est suivi par un tuteur qui l'accompagne dans la construction de son portfolio. En pratique, le tutorat individuel se heurte à de nombreuses difficultés. Une des évolutions mises en place est, depuis 2010, le tutorat en groupe. Chaque tuteur est responsable d'un groupe de 4 à 5 tutorés réunis obligatoirement une fois par semestre.

Objectifs : L'objectif principal était de décrire les représentations et perceptions du tutorat des tuteurs ayant testé ses deux formes. Les objectifs secondaires étaient d'évaluer la satisfaction des tuteurs, énoncer leurs difficultés et leurs attentes, et proposer des pistes d'amélioration du suivi tutorial pour favoriser l'acquisition et l'évaluation des compétences des internes.

Méthode : Enquête qualitative descriptive par entretiens semi-dirigés de tous les tuteurs de la région Centre ayant testé les deux modes de fonctionnement tutorial. Enregistrement des entretiens, retranscription intégrale, validation du contenu par les interviewés et analyse thématique de contenu par deux chercheurs indépendants.

Résultats : Le principal rôle que se définissaient les tuteurs était celui d'évaluateur. Le tutorat en groupe permettait, grâce à un suivi régulier, et personnalisé, de mieux connaître les internes, de stimuler la production de traces pour mieux les évaluer. Cette forme convenait mieux aux tuteurs. Ils n'envisageaient pas d'amélioration significative.

Conclusion : Le tutorat en groupe répond à certains écueils du tutorat individuel. L'évaluation des compétences des internes facilitée par ce nouveau système, devra dans l'avenir être partagée en impliquant tous les intervenants du système pédagogique.

Mots clefs : - tutorat

- représentations
- tuteurs

Jury

Président : Madame le Professeur LEHR-DRYLEWICZ Anne-Marie

Membres : Monsieur le Professeur BRUNEREAU Laurent

Monsieur le Professeur CHANTEPIE Alain

Madame le Docteur RENOUX Cécile

Date de la soutenance : 04 Avril 2013