

Académie d'Orléans –Tours  
Université François-Rabelais

# FACULTE DE MEDECINE DE TOURS

Année 2014

N°

Thèse

pour le

DOCTORAT EN MEDECINE

Diplôme d'Etat

Par

AJASSE, ETTORI-AJASSE Isabelle  
Née le 19/12/1984 à Paris 14<sup>e</sup> (75)

Présentée et soutenue publiquement le 02 octobre 2014

**Evaluation du tutorat en groupe au**  
**Département Universitaire de Médecine Générale de Tours :**  
**bilan en fin de Diplôme d'Etudes Spécialisées**

**Jury**

Président de Jury : **Monsieur le Professeur PERROTIN Dominique**

Membres du jury : **Madame le Docteur RENOUX Cécile**

**Madame le Professeur LEHR-DRYLEWICZ Anne-Marie**

**Monsieur le Professeur MORINIÈRE Sylvain**

UNIVERSITE FRANCOIS RABELAIS  
**FACULTE DE MEDECINE DE TOURS**

**DOYEN**

**Professeur Patrice DIOT**

**VICE-DOYEN**

Professeur Henri MARRET

**ASSESEURS**

Professeur Denis ANGOULVANT, *Pédagogie*  
Professeur Mathias BUCHLER, *Relations internationales*  
Professeur Hubert LARDY, *Moyens – relations avec l'Université*  
Professeur Anne-Marie LEHR-DRYLEWICZ, *Médecine générale*  
Professeur François MAILLOT, *Formation Médicale Continue*  
Professeur Philippe ROINGEARD, *Recherche*

**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  
Professeur Dominique PERROTIN – 2004-2014

**PROFESSEURS EMERITES**

Professeur Alain AUTRET  
Professeur Jean-Claude BESNARD  
Professeur Patrick CHOUTET  
Professeur Guy GINIES  
Professeur Olivier LE FLOCH  
Professeur Etienne LEMARIE  
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 – A. GOUAZE – 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 – JC. ROLLAND – 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
	EL HAGE Wissam .....	Psychiatrie adultes
	FAUCHIER Laurent .....	Cardiologie
	FAVARD Luc .....	Chirurgie orthopédique et traumatologique
	FOUQUET Bernard .....	Médecine physique et de Réadaptation
	FRANCOIS Patrick .....	Neurochirurgie
	FROMONT-HANKARD Gaëlle .....	Anatomie & Cytologie pathologiques
	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
	GUERIF Fabrice .....	Biologie et Médecine du développement et de la reproduction
	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)
	HANKARD Regis.....	Pédiatrie
	HERAULT Olivier.....	Hématologie ; Transfusion
	HERBRETEAU Denis.....	Radiologie et Imagerie médicale
Mme	HOMMET Caroline.....	Médecine interne, Gériatrie et Biologie du vieillissement
MM.	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
	LAURE Boris.....	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
	LEBRANCHU Yvon.....	Immunologie
	LECOMTE Thierry.....	Gastroentérologie ; Hépatologie ; Addictologie
	LESCANNE Emmanuel.....	Oto-Rhino-Laryngologie
	LINASSIER Claude.....	Cancérologie ; Radiothérapie
	LORETTE Gérard.....	Dermato-Vénérologie
	MACHET Laurent.....	Dermato-Vénérologie
	MAILLOT François.....	Médecine Interne
	MARCHAND-ADAM Sylvain.....	Pneumologie
	MARRET Henri.....	Gynécologie et Obstétrique
	MARUANI Annabel.....	Dermatologie
	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.....	Ophthalmologie
	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-Vénérologie
	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**

Mme	ANGOULVANT Theodora .....	Pharmacologie fondamentale ; Pharmacologie clinique : Addictologie
M.	BAKHOS David .....	Physiologie
Mme	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
Mme	FOUQUET-BERGEMER Anne-Marie.....	Anatomie et Cytologie pathologiques
M.	GATAULT Philippe .....	Néphrologie
Mmes	GAUDY-GRAFFIN Catherine.....	Bactériologie - Virologie ; Hygiène hospitalière
	GOUILLEUX Valérie.....	Immunologie
MM.	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
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
MM.	SAMIMI Mahtab .....	Dermatologie
	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**

M.	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 7292
	GOUILLEUX Fabrice.....	Directeur de Recherche CNRS – UMR CNRS 7292
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 la Faculté de Médecine***

Mme BIRMELE Béatrice..... Praticien Hospitalier (*éthique médicale*)  
M. BOULAIN Thierry..... Praticien Hospitalier (*CSCT*)  
Mme CRINIERE Lise..... Praticien Hospitalier (*endocrinologie*)  
M. GAROT Denis ..... Praticien Hospitalier (*sémiologie*)  
Mmes MAGNAN Julie..... Praticien Hospitalier (*sémiologie*)  
MERCIER Emmanuelle..... Praticien Hospitalier (*CSCT*)

#### ***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

## Remerciements

Merci à ma directrice de thèse, le Docteur Cécile RENOUX, pour m'avoir guidée pour cette thèse et d'avoir eu la patience de me pousser au travail quand l'adrénaline n'était pas assez haute. Merci d'avoir cru en moi. Je t'en suis profondément reconnaissante.

Merci au Professeur PERROTIN, président du jury, d'avoir permis un essor de la médecine générale à Tours et dans le reste de la France. Merci pour la richesse des discussions que nous avons échangées. Merci d'avoir été, et de rester, un exemple à suivre pour moi.

Merci au Professeur LEHR-DRYLEWICZ pour ton accompagnement comme tutrice tout au long de mon DES, mais aussi dans la découverte de l'enseignement. Merci de m'avoir donné l'envie de continuer à l'université.

Merci au Professeur MORINIERE pour ton intérêt en pédagogie, et pour ton implication à l'université. Merci de faire partie de mon jury.

Merci au Docteur ROBERT pour avoir participé à ce travail. Merci pour les heures passées en correction alors que tu ne peux pas être présent dans mon jury. Merci pour ton travail au département, pour ta disponibilité et ta bonne humeur constante.

Merci à tous les généralistes, maîtres de stage ou non qui m'ont fait découvrir un métier passionnant et m'ont appris à y trouver ma place. Un merci particulier à Françoise et Laurence que j'inscris comme des modèles pour ma pratique à venir.

Merci à GRACE-IMG pour m'avoir fait découvrir le département universitaire, et ses dessous, sans quoi mes aspirations ne seraient pas les mêmes. Merci à Tiffany, Alexandre, Stéphanie...

Merci aux ISNARIens passés et à venir. Votre travail et votre implication sont inestimables et ma vie n'aurait pas été aussi riche sans cette expérience. Je vous dois beaucoup, vous resterez à jamais dans mon cœur.

Merci à mes parents Solange et Gérard, pour leur soutien et leur confiance inébranlable en toutes occasions et malgré mes contradictions, pendant ces 12 années de médecine. Merci de ne pas m'avoir écoutée quand j'ai voulu arrêter, et d'être toujours à mes côtés.

Enfin, merci à Emmanuel d'être toi... de me rendre meilleure jour après jour. Merci d'avoir partagé ces trois années, et surtout ces derniers mois de stress pour que la page de fin de nos études se tourne le même jour...

A Carole, Caroline, Rémy, Sébastien, Julien, Caroline, Sophie, Beatriz, Miriam et tous mes autres amis passés, présents et futurs : MERCI !

## Résumé

**Contexte :** En 2004, le DUMG de Tours a choisi de basculer dans le paradigme d'apprentissage et l'approche par compétences. Chaque interne de médecine générale est suivi par un tuteur qui l'aide à construire son portfolio. En 2010, un nouveau dispositif a été mis en place afin de pallier aux difficultés rencontrées en tutorat individuel. Les tuteurs continuent à suivre l'évolution de chaque interne mais au sein d'un groupe de 4 à 5 tutorés, réunis au moins une fois par semestre.

**Objectifs :** A l'issue du DES, évaluer le suivi tutorial reçu en comparant les deux modes de tutorat coexistant : en groupe et individuel. L'objectif secondaire était de mesurer la qualité relationnelle avec le tuteur dans chaque groupe.

**Méthode :** Etude observationnelle descriptive et comparative menée auprès de 67 internes de la promotion 2010 de DES de médecine générale.

**Résultats :** Les internes étaient plus satisfaits du tutorat reçu en groupe qu'en individuel. La relation entre les tuteurs et leurs tutorés était jugée meilleure. Le nombre de contacts était plus important et la diversité des thématiques abordées répondait plus aux attentes des internes. Le tuteur était défini comme un accompagnateur plus qu'un évaluateur. Aucun retentissement sur la quantité et la qualité des RSCA écrits n'a été relevé.

**Conclusion :** Le tutorat en groupe semble plus satisfaire les internes, sans améliorer la qualité de leur formation et de leurs apprentissages. Ce système permet de pérenniser le tutorat et le suivi individuel des internes.

**Mots clés :** Tutorat, Apprentissage, Acquisition de compétences

## Abstract

### Group tutoring program of the Department of General Practice in Tours : assess at trainee graduation

**Background:** In 2004, the Department of General Practice in Tours chose to develop a constructivist approach for skills acquisition. A tutor follows each General practice trainee to help building a professional portfolio. In 2010, a new tutoring program was initiated in order to resolve some individual monitoring program's difficulties. Tutors still follow each trainee evolution but in a group of 4 to 5 with compulsory bi-annual meeting.

**Objective:** To compare both coexisting tutoring programs at trainee graduation. The secondary objective was to assess the quality of the relationship with the tutor in each group.

**Method:** Descriptive and comparative observational study including 67 General practice students of the class 2010.

**Results:** Group-tutoring trainees were more satisfied of the received monitoring than individual-tutoring ones. The relationship between tutors and their trainees was better. The average number of contacts increased, and the diversity of discussed subjects answered more trainees' demands. Tutor was defined as a guide, in a companionship way. No difference was found concerning the average number and quality of "complex and authentic situation reports".

**Conclusion:** Group-tutoring seems more satisfying for trainees, with no increase of their learning process quality, nor their skills acquisition. This system leads to a continuation of the tutoring program and individual trainee's monitoring.

**Key words:** Tutorship, Learning process, Skills acquisition

## Table des matières

Introduction.....	12
Méthode.....	14
Population : .....	14
Méthode :.....	15
Résultats.....	17
Nombre de contacts (figures 1 à 4).....	17
Rencontres avec le tuteur .....	19
Qualité de la relation entre tuteur et tuteuré.....	19
Tutorat en groupe : .....	20
Tutorat individuel : .....	21
Thématiques abordées avec le tuteur.....	22
Rôles du tuteur (figure 10).....	22
RSCA .....	23
Nombre de RSCA .....	23
Qualité des RSCA (tableau 4) .....	23
Nombre d'heures de formation théorique.....	23
Compréhension de la formation reçue.....	23
Satisfaction globale du mode de tutorat.....	24
Devenir tuteur ou MSU.....	24
Discussion .....	25
Les limites méthodologiques.....	25
A propos des résultats .....	26
Conclusion .....	30
Bibliographie .....	31
Annexe 1 : Contenu des réunions de tutorat en groupe .....	32
Annexe 2 : Questionnaire .....	35
Annexe 3 : Grille d'évaluation des RSCA.....	40
Annexe 4 : Aide à la notation de chacune des trois situations complexes.....	41
Annexe 5 : Glossaire .....	44

## Table des figures et tableaux

Tableau 1 : Evolution des effectifs de la promotion 2010 .....	14
Tableau 2 : Temps de rencontre avec le tuteur .....	19
Tableau 3 : thématiques abordées avec le tuteur .....	22
Tableau 4 : Comparaison des éléments de notation des RSCA.....	23
Tableau 5 : Satisfaction du mode de tutorat reçu.....	24
Figure 1 : Nombre de rencontres en entretiens collectifs et individuels .....	18
Figure 2 : Nombre de contacts par mail et téléphone.....	18
Figure 3 : répartition par nombre total de rencontres.....	18
Figure 4 : répartition en fonction du nombre total de contacts .....	18
Figure 5 : Qualité de la relation tutoriale : répartition des notes dans le GI.....	20
Figure 6 : Qualité de la relation tutoriale : répartition des notes dans le GG .....	20
Figure 7 : Groupe GG : répartition en fonction du nombre de réunions tutorées manquées .....	21
Figure 8 : Groupe GG : satisfaction en fonction du nombre d'internes dans le groupe tutoré.....	21
Figure 9 : répartition en fonction du semestre où a eu lieu le premier contact et la première rencontre avec le tuteur .....	21
Figure 10 : Rôle principal du tuteur pour les internes .....	22

## Introduction

En 2004, le département universitaire de médecine générale (DUMG) de Tours a fait le choix d'implanter le tutorat\* en Diplôme d'Etudes Spécialisées (DES) de médecine générale, dans le cadre d'une bascule progressive dans le paradigme d'apprentissage\* et l'approche par compétences\* (1,2). Depuis, chaque interne se voit attribuer un tuteur qui suit son évolution, l'aide à construire ses compétences\* et son projet professionnel à travers la construction de son portfolio\* (3).

Le portfolio\* est la compilation de l'ensemble des travaux réalisés par l'interne au cours des trois années de formation (4). À Tours, l'organisation du portfolio est laissée à l'appréciation de l'interne. Il y collecte les justificatifs de ses 200 heures de formation théorique (séminaires, groupes d'échange de pratiques, participation à des formations médicales continues etc.), les justificatifs de validation des stages pratiques et ses traces d'apprentissage\*. Les principales traces d'apprentissage sont les récits de situations complexes et authentiques\* (RSCA). À travers ces récits, le tuteur évalue la capacité de l'étudiant à analyser une situation vécue, dans tous les champs de la complexité, à repérer ses lacunes et à trouver des réponses pertinentes à ses problèmes. D'autres traces d'apprentissage sont attendues : notes de rencontre avec le tuteur, journal de bord, carnet de stage, récit d'incidents critiques, compte rendu de supervision ainsi que toute trace écrite jugée pertinente par l'interne. Aucun objectif numérique (quantité minimale de traces d'apprentissage rédigées) n'est fixé par le DUMG de Tours. Le portfolio est le principal outil d'évaluation formative et de validation du DES. Au moment de la validation, l'interne doit être en capacité de faire la preuve de l'acquisition de ses compétences\* dans la discipline médecine générale en présentant son parcours et un RSCA\* abouti. L'avis argumenté du tuteur sur les compétences\* acquises par l'interne est requis, sous la forme d'une note de synthèse écrite, pour le passage en commission de validation.

Depuis sa mise en place, de nombreuses difficultés ont compromis la poursuite du tutorat\* individuel dans beaucoup de facultés (5). A Tours, de nombreux tuteurs constataient la rareté voire l'absence complète de contacts avec leurs tutorés\* (3). Avec des notes de synthèse pauvres en informations, la validation du DES des internes reposait sur des éléments parcellaires de leur apprentissage. Plusieurs explications ont été fournies sur la non-adhésion des étudiants (qualité inégale de la relation tuteur-interne, problèmes de localisation géographique, manque de compréhension des objectifs, absence de sanction en cas de non-rencontre avec le tuteur) et des tuteurs (difficultés d'accès aux outils pédagogiques du tutorat, cahier des charges imprécis, manque de formation, non-reconnaissance universitaire de la fonction) (3,6). De nombreux tuteurs se sont découragés et ont abandonné progressivement leurs fonctions, alors que le nombre moyen d'internes par promotion est passé de 30 à 90 ces dernières années.

En novembre 2010, un nouveau dispositif a été mis en place afin d'améliorer ce suivi. Chaque tuteur est désormais responsable d'un groupe de 4 à 5 tutorés, réunis obligatoirement une fois par semestre à la faculté. Les tuteurs ont défini ensemble les objectifs et le contenu de ces réunions. Le tuteur suit ainsi l'évolution individuelle de chacun en s'aidant d'une dynamique de groupe. C'est l'occasion pour les tutorés de préciser l'évolution de leur parcours, d'évoquer les difficultés rencontrées, de poser leurs questions et de présenter leurs traces d'apprentissage\*. Le tutoré est encouragé à

rencontrer par ailleurs son tuteur de manière individuelle et à lui envoyer régulièrement les nouvelles traces d'apprentissage produites.

Ce nouveau dispositif a permis au tutorat de survivre à l'augmentation du nombre d'internes à former. Le tutorat en groupe a été généralisé en 2011 à l'ensemble des internes des promotions suivantes. L'effet sur la motivation des tuteurs a été rapide : 4 anciens tuteurs ont repris du service et 10 nouveaux ont été formés et intégrés.

Tout nouveau système doit être évalué afin de savoir s'il est pertinent de poursuivre dans cette voie. En pédagogie constructiviste\*, l'évaluation d'un modèle est un véritable défi et ne peut être que progressive et multicritère.

Dans cette optique, l'étude présentée ici s'inscrivait dans le projet global d'évaluation du nouveau dispositif sur la promotion des internes intégrés en novembre 2010. Ce projet comprenait :

- une évaluation, à un an de l'entrée en DES de médecine générale, de la pertinence du nouveau système (7). Cette étude retrouvait plus de contacts et une meilleure relation entre tuteurs et tutorés chez les internes suivis en groupes par rapport à ceux suivis individuellement. Le nombre moyen de traces d'apprentissage\* dans les 2 groupes était identique, de même que leur qualité.
- une étude qualitative explorant les représentations des tuteurs (8). Cette étude a relevé les rôles que se définissaient les tuteurs, dont le principal était celui d'évaluateur. Le tutorat en groupe permettait, grâce à un suivi régulier et personnalisé, de mieux connaître les internes et de stimuler la production de traces pour mieux les évaluer. Cette forme leur convenait mieux.
- une étude qualitative explorant les représentations des internes de cette promotion sur le tutorat qu'ils soient suivis en individuel ou en groupe (9). Leur vision du tutorat faisait référence au compagnonnage et plaçait le tuteur en guide. Les objectifs et les outils du tutorat semblaient mieux compris en tutorat en groupe et la qualité relationnelle avec le tuteur meilleure, probablement du fait du cadre institutionnel fixé. Les internes souhaitaient une plus grande implication de leur tuteur au cours des différentes étapes de leur cursus (thèse, choix des formations complémentaires, installation et projet professionnel).
- une évaluation qualitative et quantitative des notes de synthèse établies par les tuteurs à l'issue du DES (travail en cours)
- une évaluation quantitative en fin de DES pour cette promotion.

Prévu depuis le début du projet, ce travail avait pour objectif principal d'évaluer le suivi tutorial reçu, à l'issue du DES pour cette promotion, en comparant les deux modes de tutorat coexistant : en groupe et individuel. L'objectif secondaire était de mesurer la qualité relationnelle avec le tuteur dans chaque groupe.

## Méthode

Cette étude observationnelle descriptive et comparative\* a été menée auprès des 67 internes intégrés en novembre 2010 dans le DES de médecine générale en région Centre. Ils avaient été interrogés au cours de la première évaluation du projet en 2011 (7).

## Population

Evolution des effectifs entre novembre 2010 et 2013 (Tableau 1):

La promotion 2010 comptait 71 étudiants en novembre 2010. 6 internes ont quitté la promotion : 1 interne a fait un droit au remord vers une autre spécialité et 5 internes se sont représentés aux épreuves classantes nationales (ECN) en fin de première année. 2 internes ont intégré la promotion en effectuant un droit au remord vers la médecine générale : 1 interne a été intégré en 2<sup>e</sup> semestre, l'autre en 3<sup>e</sup> semestre.

**Tableau 1 : Evolution des effectifs de la promotion 2010**

Promotion 2010 – évolution des effectifs			
initiale	mouvements		finale
71 internes	- 6 départs	1 droit au remord 5 re présentation aux ECN	67 internes
	+ 2 arrivées	2 droit au remord	

Tutorat en groupe / tutorat individuel :

39 internes ont bénéficié d'un tutorat en groupe (GG) et 28 internes d'un tutorat individuel (GI). Ce tutorat était encadré par 10 tuteurs pour les groupes et 15 tuteurs pour le suivi individuel. Les internes ont choisi leurs tuteurs selon leur rang de classement ECN en décembre 2010 sur une liste de noms avec comme seules indications le lieu d'exercice et la participation ou non au tutorat en groupe. Le nombre de tutorés pour les tuteurs était limité à 2 ou 3 en individuel et à 5 par groupe. Le nombre de places disponibles correspondait exactement au nombre d'internes. Les internes ayant intégrés la promotion suite à un droit au remord ont été intégrés dans des groupes tutorés existants.

Les internes suivis en groupe ont participé à une réunion obligatoire par semestre, pendant les 6 semestres, avec une séance optionnelle en individuel pour la préparation de la soutenance de leur DES. Chaque tuteur a suivi un déroulé précis avec des objectifs préalablement définis pour chacune de ces rencontres (**annexe 1**). Les étudiants ont été encouragés à envoyer régulièrement par courriel leurs traces d'apprentissage\*.

Les internes suivis en individuel ont eu pour seule consigne lors du choix, comme pour les promotions antérieures, de prendre contact rapidement avec leur tuteur.

Les soutenances de DES ont été réparties sur plusieurs périodes. 11 internes ont soutenu en octobre 2013 afin d'accéder à un poste hospitalier au 1<sup>er</sup> novembre ou pour

une installation rapide. 39 internes ayant validé tous leurs stages ont soutenu entre janvier et mars 2014. 11 internes, décalés d'un semestre, ont soutenu entre avril et mai 2014. 6 internes n'avaient pas encore soutenu leur DES au moment de l'étude soit du fait d'un décalage de plus d'un semestre, soit pour non présentation à leur soutenance.

## Méthode

A partir de février 2014, un mail a été envoyé à chaque interne après sa soutenance. Il contenait un lien vers le questionnaire sur Internet (**annexe 2**) et demandait d'envoyer au réalisateur de l'étude le récapitulatif détaillé de leurs heures de formation théorique et le RSCA présenté lors de la soutenance.

Les 6 internes n'ayant pas soutenu leur DES au moment de l'étude ont reçu un mail en avril 2014 avec le lien vers le questionnaire et les mêmes demandes complémentaires.

Le questionnaire, basé sur celui de la première étude (7), a été étoffé grâce aux résultats des deux thèses qualitatives explorant les ressentis de ces modes de tutorat par les internes (9) et les tuteurs (8). Le temps moyen de réponse au questionnaire était de 6 minutes. Les noms et prénoms des répondants étaient demandés en début de questionnaire pour éviter les doublons et effectuer des relances sélectives. Les réponses ont été anonymisées avant analyse. Le recueil de données a été clôturé le 16 juin 2014.

Les critères évalués étaient :

- le nombre et les modes de contacts avec le tuteur,
- les caractéristiques des rencontres avec le tuteur,
- la qualité de la relation entre tuteur et tutoré,
- les thématiques abordées avec le tuteur,
- les rôles du tuteur d'après le tutoré,
- le nombre et la qualité des RSCA\*,
- le nombre d'heures de formation théorique,
- la compréhension de la formation reçue,
- la satisfaction globale du mode de tutorat,
- l'intérêt éventuel des tutorés pour devenir tuteur ou maître de stage des universités (MSU).

En cas d'absence de réponse au questionnaire ou d'oubli des documents demandés, les internes ont été relancés par courriel et par téléphone une à deux fois par mois entre mars et juin 2014.

Les RSCA récupérés ont été entièrement anonymisés par l'enquêteur puis lus par deux tuteurs confirmés membres du DUMG et notés selon la grille d'évaluation qualitative critériée\* présente dans le portfolio\* (**annexes 3 et 4**). Treize items ont été évalués : les douze items déjà présents dans la grille et un dernier prenant en compte la qualité de la présentation du document fourni. Chaque item était coté P (pertinent), A (améliorable) ou I (insuffisant) et correspondait à des notes : 3 points pour P, 2 pour A et 1 pour I. Une note a été donnée par chaque tuteur puis la moyenne des deux notes obtenues a servi de note finale. En cas de forte disparité (5 points ou plus entre les 2 tuteurs), une lecture commune a été réalisée pour réévaluer le récit et obtenir une note cohérente.

L'analyse des résultats a été faite par l'enquêteur. Chaque critère a été évalué dans chaque groupe de tutorat. Les résultats ont été analysés sur le site biostatGV (<http://marne.u707.jussieu.fr/biostatgv/?module=tests>). Les pourcentages ont été comparés au moyen d'un test de Chi2 avec correction de Yates, ou par un test de Fischer quand les effectifs étaient trop petits pour permettre un Chi2. Les moyennes ont été comparées par un test de Student. Le seuil de 0,05 a été choisi pour la significativité des résultats.

## Résultats

53 questionnaires ont été récupérés et analysés, soit un taux de réponse de 79,1%. La répartition homme-femme et le taux de réponse dans chaque groupe étaient comparables. Tous les tuteurs étaient représentés. 32 réponses dans le groupe « tutorat en groupe » (GG) et 21 réponses dans le groupe « tutorat individuel » (GI) ont été récupérées. Une interne a déclaré avoir bénéficié d'un tutorat en groupe alors qu'elle était avec un tuteur individuel. Ses réponses ont été analysées dans le GI.

### Nombre de contacts (figures 1 à 4)

Les internes du GG ont majoritairement rencontré leur tuteur entre 6 et 9 fois en entretien collectif (59,4%) et entre 0 et 2 fois en entretien individuel (87,5%). Quant à eux, les internes du GI ont majoritairement rencontré leur tuteur entre 0 et 2 fois en entretien collectif (81%) et entre 0 et 2 fois en entretien individuel (57,1%).

Dans le GG, le nombre des rencontres en entretien collectif est significativement plus important que dans le GI ( $p < 0,001$ ).

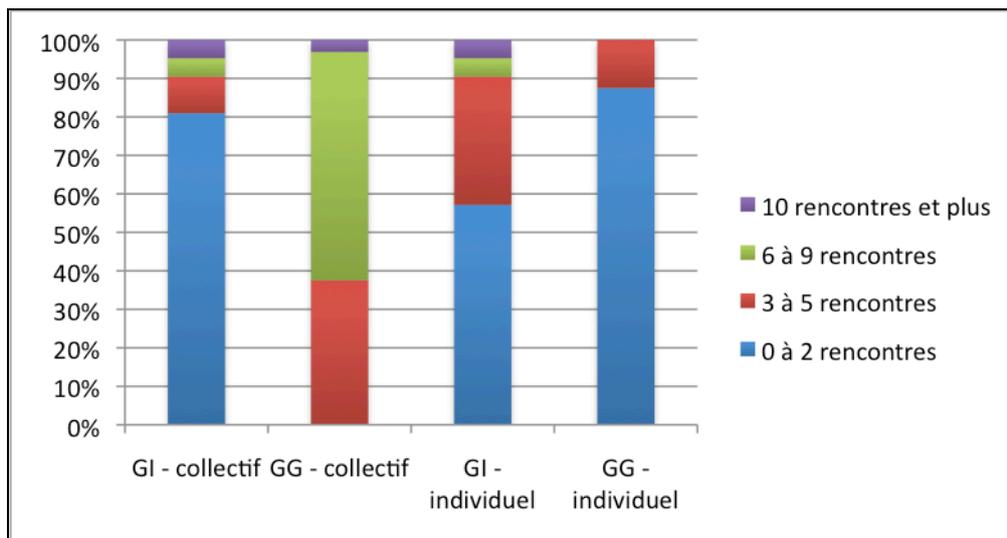
Dans le GI, le nombre d'entretiens individuels était significativement plus important que dans le GG ( $p = 0,034$ ).

Si on associe les différents modes de rencontres, le nombre total de rencontres avec le tuteur est plus important dans le GG que dans le GI ( $p = 0,011$ ). De plus, les internes GG ont rencontré plus leur tuteur en entretien collectif que les internes GI n'ont rencontré leur tuteur en entretien individuel ( $p = 0,002$ ).

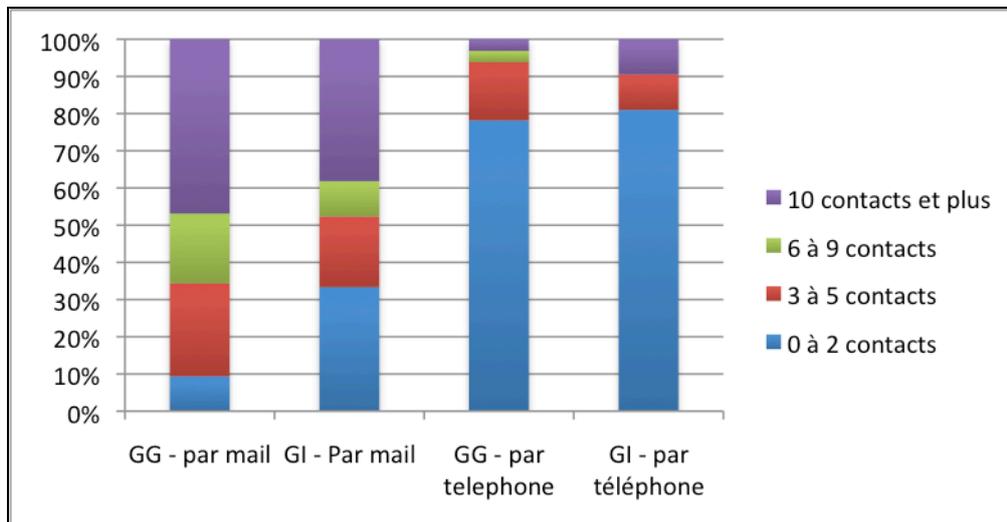
Le nombre de contacts avec le tuteur par mail et par téléphone n'était pas significativement différent entre les deux groupes ( $p = 0,210$  et  $p = 0,680$  respectivement). Un interne a déclaré ne jamais avoir eu de contact avec son tuteur.

Le nombre total de contacts correspondait à l'addition des contacts dématérialisés (mail, téléphone) et des rencontres (entretiens individuel ou collectif). 84,4% des internes GG et 52,4% des internes GI déclaraient plus de 10 contacts au total avec leur tuteur. Aucun des internes du GG, mais 38,1% des internes du GI ont eu moins de 5 contacts avec leur tuteur au total. Les internes du GG ont un nombre total de contacts avec leur tuteur plus élevé que les internes du GI ( $p < 0,001$ ).

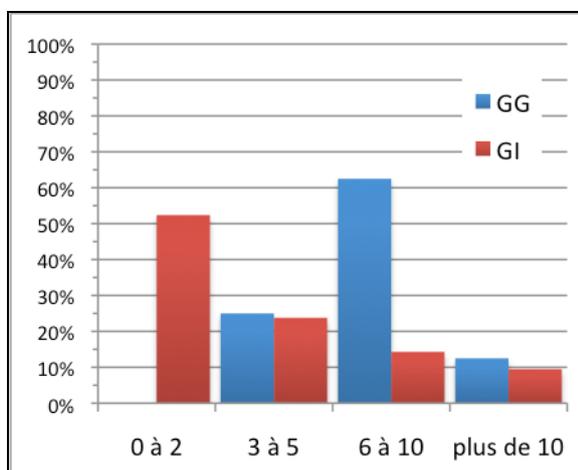
**Figure 1 : Nombre de rencontres en entretiens collectifs et individuels**



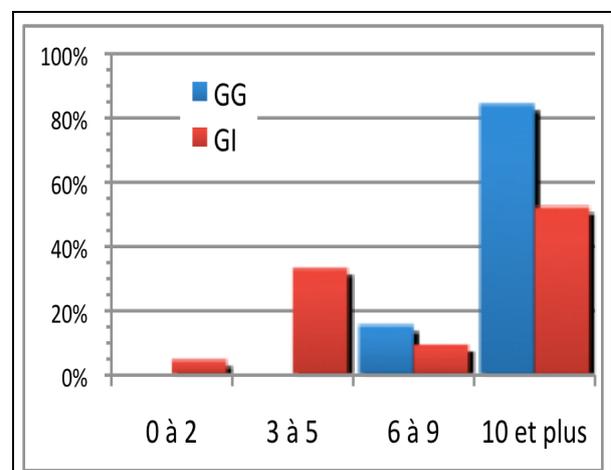
**Figure 2 : Nombre de contacts par mail et téléphone**



**Figure 3 : répartition par nombre total de rencontres**



**Figure 4 : répartition en fonction du nombre total de contacts**



## Rencontres avec le tuteur

Dans le GI, la démarche de prise de contact avec le tuteur a été faite dans tous les cas par l'interne. Dans le GG, cette prise de contact s'est faite à l'initiative du tuteur pour 59,4% des cas et par l'interne pour 40,6%. La différence était significative entre les groupes ( $p=0,009$ ).

### Lieu :

Dans le GG, 100% des internes ont rencontré leur tuteur à la faculté, 3,1% au cabinet du tuteur et 9,4% au domicile du tuteur. Le lieu des rencontres ne paraissait pas adapté à 2 internes ayant vu leur tuteur uniquement à la faculté.

Dans le GI, 9,5% des internes ont rencontré leur tuteur à la faculté, 57,1% au cabinet du tuteur et 57,1% dans d'autres lieux. Les autres lieux déclarés étaient le domicile du tuteur, le conseil de l'ordre, un restaurant, une formation. 3 internes déclaraient ne jamais avoir rencontré physiquement leur tuteur (ils ont été comptabilisés dans les autres lieux). Le lieu de rencontre ne paraissait pas adapté aux 3 internes n'ayant jamais vu leur tuteur, à 1 des internes ayant rencontré son tuteur au restaurant et à 2 internes ayant rencontré leur tuteur à son cabinet.

### Durée :

Le temps de rencontre avec le tuteur (tableau 2) paraissait adapté à 87,5% du GG et à 52,4% du GI. Il paraissait trop court à 9,4% du GG et à 47,6% du GI.

Le temps de rencontre avec le tuteur était significativement plus adapté pour les internes du GG que pour les internes du GI ( $p=0,003$ ).

**Tableau 2 : Temps de rencontre avec le tuteur**

	GG	GI
Adapté	28 (87,5%)	11 (52,4%)
Trop court	3 (9,4%)	10 (47,6%)
Trop long	1 (3,1%)	0 (0%)

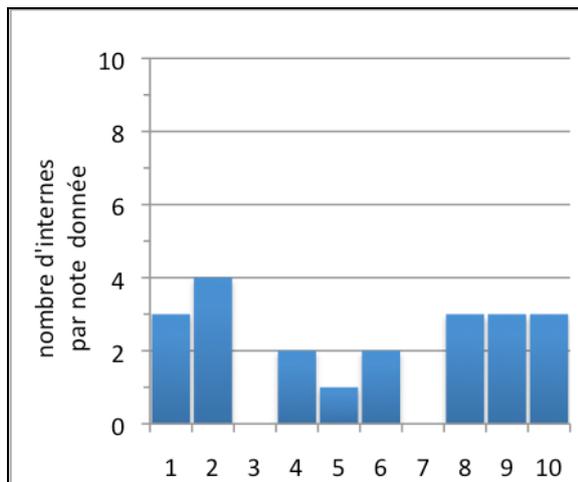
### Rythme :

Le rythme des rencontres avec le tuteur semblait adapté pour 68,8% du GG et 52,4% du GI. Il semblait trop espacé pour 31,2% du GG et 47,6% du GI. Aucun interne n'a trouvé le rythme des rencontres trop fréquent. Il n'y a pas de différence significative entre les deux groupes ( $p=0,259$ , NS).

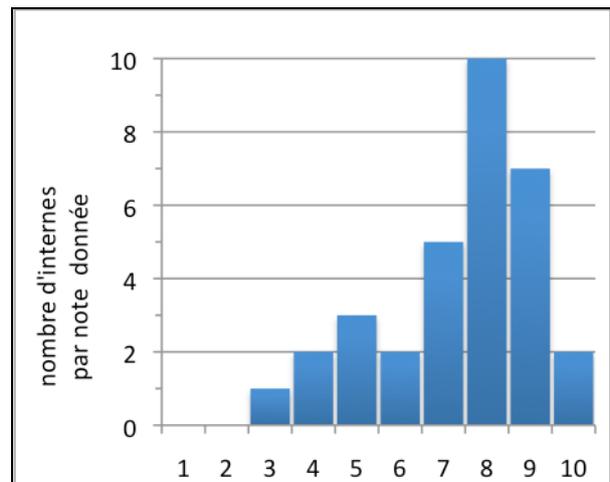
## Qualité de la relation entre tuteur et tuteur

La relation entre le tuteur et le tuteur était en moyenne meilleure dans le GG (notée 7,38/10) que dans le GI (notée 5,57/10). Cette différence était significative ( $p=0,034$ ). (Figures 5 et 6)

**Figure 5 : Qualité de la relation tutoriale : répartition des notes dans le GI**



**Figure 6 : Qualité de la relation tutoriale : répartition des notes dans le GG**



76,2% des internes GI et 21,9% des internes GG ont rencontré des difficultés dans le suivi de leur travail ( $p < 0,001$ ).

93,9% des internes du GG ont eu une évaluation de mi-parcours (3<sup>e</sup> ou 4<sup>e</sup> semestre) par leur tuteur contre 9,5% dans le GI ( $p < 0,001$ ).

Le tuteur semblait disponible pour 87,5% du GG et 66,7% du GI ( $p = 0,089$ , NS). La moitié d'entre eux déclarait avoir relancé leur tuteur pour avoir une réponse à un de leurs mails ( $p = 0,911$ , NS).

Parmi les 16 internes ayant donné une note égale ou inférieure à 5/10 à leur tuteur (10GI, 6GG), 7 ont eu une personne référente autre que leur tuteur qui les a aidé dans leurs apprentissages et la rédaction de traces (4 GI, 3GG).

### **Tutorat en groupe**

32 réponses sur les 39 internes du GG ont été analysées (82%).

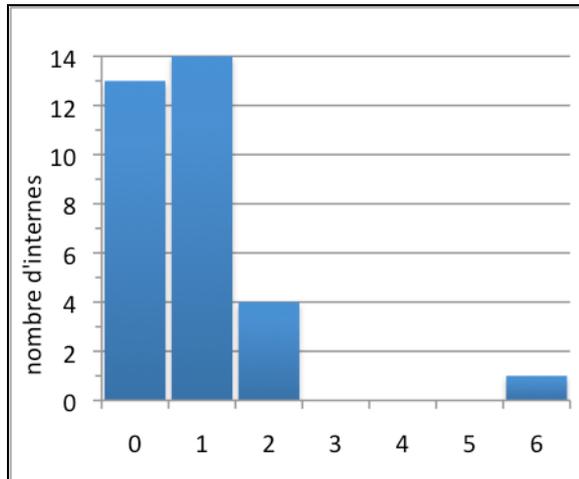
Les internes GG ont manqué en moyenne 0,875 réunions tutorées. (Figure 7)

12 internes (37,5%) ont eu à choisir entre assister à un séminaire ou aller en groupe tutoré. Parmi eux, 9 (75%) ont choisi d'assister au groupe tutoré.

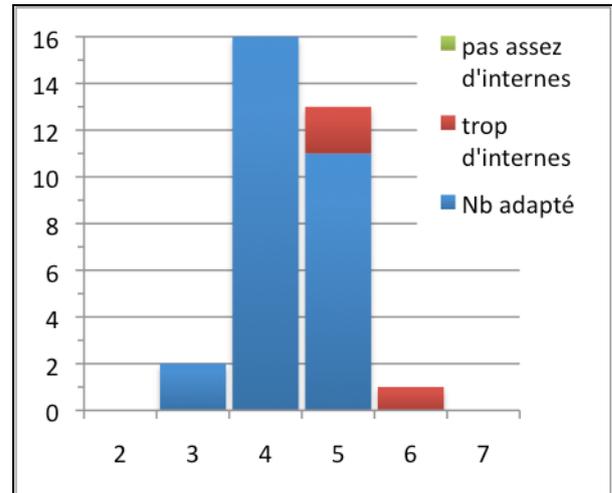
27 internes (84,4%) savaient qu'ils pouvaient voir leur tuteur en dehors des groupes tutorés. 19 d'entre eux (70,4%) déclaraient l'avoir fait.

Les groupes tutorés comprenaient 4,40 internes en moyenne (Figure 8). Ce nombre paraissait adapté pour 90,6% des internes GG. Les 3 internes trouvant ce nombre trop élevé faisaient partie de groupes de 5 ou 6 internes.

**Figure 7 : Groupe GG : répartition en fonction du nombre de réunions tutorées manquées**



**Figure 8 : Groupe GG : satisfaction en fonction du nombre d'internes dans le groupe tutoré**



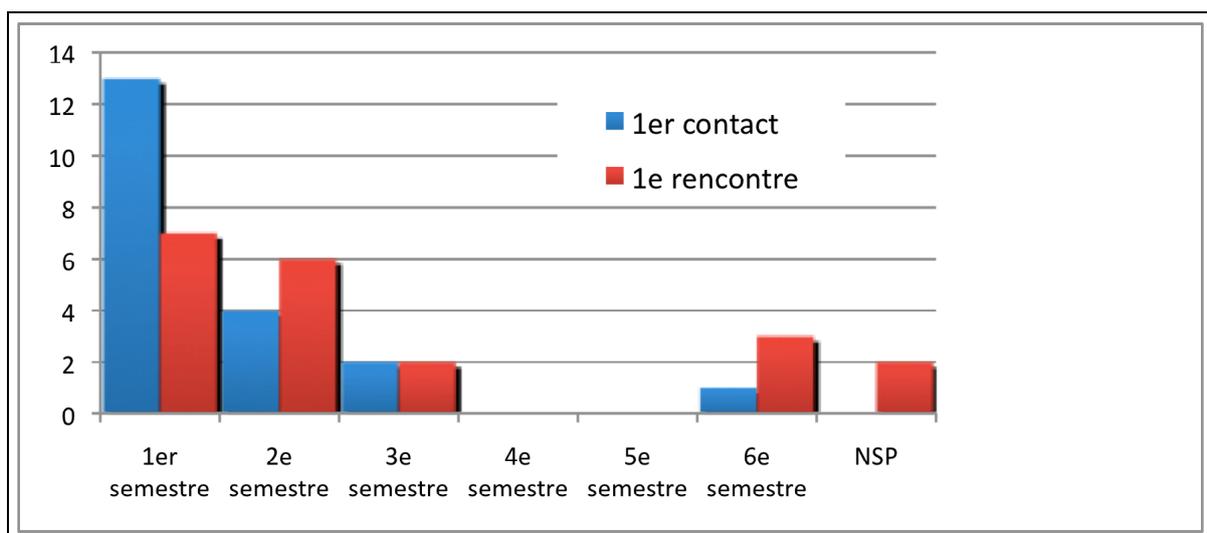
### Tutorat individuel

20 réponses ont été analysées sur les 28 internes suivis en tutorat individuel (71,4%). Les internes déclaraient le premier contact avec le tuteur en moyenne à 1,65 semestre (soit au cours du 1<sup>er</sup> ou 2<sup>e</sup> semestre) et la première rencontre à 2,39 semestre (soit au cours du 2<sup>e</sup> ou 3<sup>e</sup> semestre). (Figure 9)

9 internes (45%) ont eu un contact spécifique avec leur tuteur pour la préparation de la soutenance du DES.

Le dernier contact avec le tuteur remontait à plus d'un semestre pour 4 internes (20%).

**Figure 9 : répartition en fonction du semestre où a eu lieu le premier contact et la première rencontre avec le tuteur**



## Thématiques abordées avec le tuteur

Les internes du GG ont significativement plus abordé les thématiques suivantes avec leur tuteur que les internes GI : traces d'apprentissages et portfolio, thèse, problèmes rencontrés en stage, et formation médicale continue. (Tableau 3)

**Tableau 3 : thématiques abordées avec le tuteur**

	GG		GI		p
<b>Traces d'apprentissage et portfolio</b>	<b>32</b>	<b>100%</b>	17	81,0%	<b>0,020</b>
<b>Thèse</b>	<b>31</b>	<b>96,9%</b>	12	57,1%	<b>&lt;0,001</b>
<b>Problèmes rencontrés en stage</b>	<b>28</b>	<b>87,5%</b>	9	42,9%	<b>&lt;0,001</b>
Projet professionnel	25	78,1%	13	61,9%	0,227
<b>Formation médicale continue</b>	<b>21</b>	<b>65,6%</b>	7	33,3%	<b>0,027</b>
Problèmes personnels	6	18,8%	7	33,3%	0,329
Maquette de stage	20	62,5%	7	33,3%	0,051

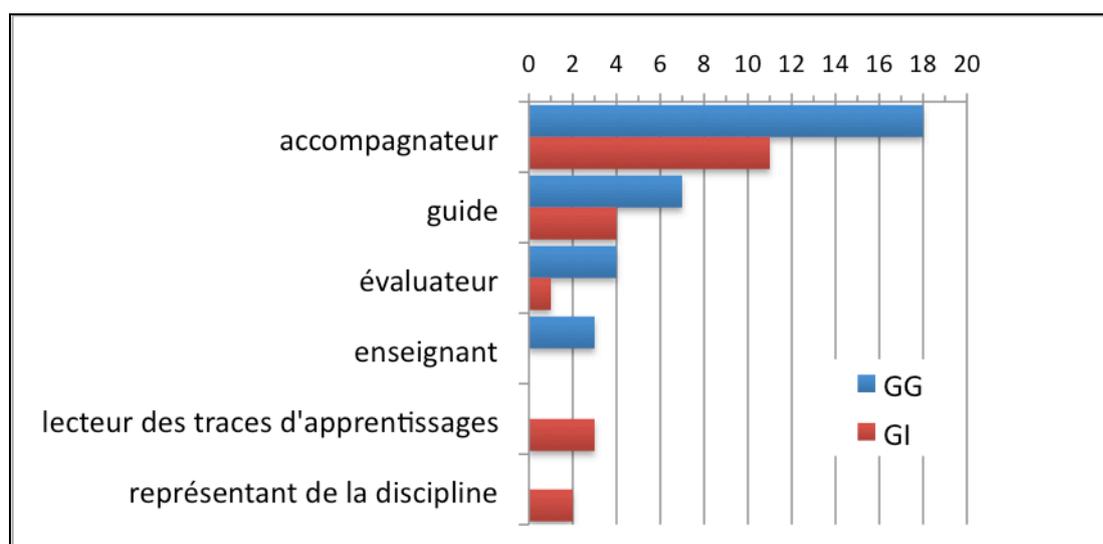
## Rôles du tuteur (figure 10)

Les internes devaient choisir un seul rôle représentant leur tuteur parmi ceux définis au cours de l'étude qualitative (8) :

- accompagnateur (56,2% GG et 52,4% GI),
- guide (21,9% GG et 19,0% GI),
- évaluateur (12,5% GG et 4,8% GI),
- enseignant (9,4% GG et 0% GI),
- lecteur des traces d'apprentissages (0% GG et 14,3% GI),
- représentant de la discipline (0% GG et 9,5% GI).

Il n'y a pas de différence significative entre les 2 groupes (p=0,068).

**Figure 10 : Rôle principal du tuteur pour les internes**



D'autre part, 21 des internes du GG (65,6%) et 8 du GI (38,1%) se sont sentis évalués par leur tuteur (p=0,092, NS).

## RSCA\*

### Nombre de RSCA

En moyenne ( $\pm$  écart type), les internes du GG ont écrit 7,59 ( $\pm$  2,09) RSCA et ceux du GI en ont écrit 7,00 ( $\pm$  4,04) ( $p=0,539$ , NS).

### Qualité des RSCA (tableau 4)

41 RSCA ont été récupérés (25 GG et 16 GI), soit un taux de réponses de 61,1%. Leur répartition était comparable dans les deux groupes. Les RSCA ont été lus et notés une première fois par chaque correcteur. 12 ont été relus et leurs notes rediscutées. Les moyennes des notes attribuées étaient de 34,1/39 pour le GG et de 32,8/39 pour le GI ( $p=0,488$  ; NS). Seule la complexité des RSCA était significativement plus forte dans le GG que dans le GI ( $p=0,041$ ).

**Tableau 4 : Comparaison des éléments de notation des RSCA**

	<b>GG</b>	<b>GI</b>	<b>p</b>
<b>Note finale (/39)</b>	<b>34,1</b>	<b>32,81</b>	<b>0,488</b>
<b>Complexité (/3)</b>	2,78	2,53	<b>0,041</b>
Narration de la situation (/6)	5,78	5,34	0,085
Problématisation et objectifs d'études (/12)	10,48	9,94	0,460
Recherche documentaire (/9)	7,64	7,34	0,527
Synthèse de la situation clinique (/3)	2,38	2,53	0,515
Traces d'apprentissage (/3)	2,40	2,59	0,365
Qualité de la présentation (/3)	2,64	2,53	0,544

### Nombre d'heures de formation théorique

42 relevés d'heures de formation ont été récupérés (26 GG et 16 GI), soit 62,7% de réponses. Leur répartition est comparable dans les deux groupes.

En moyenne ( $\pm$  écart type), les internes du GG ont réalisé 276,92 ( $\pm$ 40,20) heures de formation théorique et ceux du GI 282,12 ( $\pm$ 65,55) heures, sans différence significative ( $p=0,777$ ).

### Compréhension de la formation reçue

Les internes des deux groupes pensaient avoir compris les objectifs de formation du DES à 87,5% dans le GG et 100% dans le GI ( $p=0,143$  ; NS). 68,8% des internes GG et 61,9% des internes GI pensaient avoir compris l'utilisation du portfolio\* ( $p=0,827$  ; NS).

## Satisfaction globale du mode de tutorat

Les internes du GG étaient globalement plus satisfaits du mode de tutorat reçu que les internes du GI ( $p < 0,001$ ). (Tableau 5)

Pour les internes, le tuteur devrait être choisi par tirage au sort (84,9%) plutôt que par rang ECN (15,1%).

**Tableau 5 : Satisfaction du mode de tutorat reçu**

p<0,001	GG	GI
Satisfait	29 (90,6%)	9 (42,9%)
Non satisfait	3 (9,4%)	12 (57,1%)

## Devenir tuteur ou MSU

La majorité des internes serait intéressée pour devenir MSU : 26,4% intéressés et 34% « pourquoi pas ». 18,9% des internes étaient intéressés pour devenir tuteur et 35,8% potentiellement intéressés (« pourquoi pas »).

## Discussion

Cette étude a évalué, à la fin du DES de médecine générale de la promotion 2010, le nouveau système de tutorat en groupe mis en place au DUMG de Tours par rapport au tutorat individuel préexistant. Les internes étaient plus satisfaits du tutorat reçu en groupe. Elle a confirmé les tendances retrouvées au sein des autres travaux du projet, avec une relation entre les tutorés et leurs tuteurs jugée meilleure, une augmentation du nombre de leurs contacts et une diversité des thématiques abordées. Le tuteur était défini comme un accompagnateur, ce qui correspondait au modèle d'apprentissage par compétences\*. Aucun retentissement sur la quantité des RSCA\* écrits ni leur qualité globale n'a été constaté. Le tutorat en groupe semble être un mode de tutorat plus satisfaisant pour les intervenants et répondant à l'augmentation des promotions d'internes de médecine générale.

### Les limites méthodologiques

Le recueil de données a été fait sur l'ensemble d'une promotion d'internes d'une subdivision, soit un échantillon peu important. Le taux de réponses permettait une représentativité pour la population étudiée, même s'il n'était pas maximal malgré de nombreuses relances. L'application des tests statistiques a été possible. Toutefois, l'utilisation du test de Student dans la comparaison de l'évaluation de la qualité relationnelle entre les tuteurs et les tutorés dans les deux groupes pourrait être remise en cause du fait d'une distribution non normale des notes attribuées.

Les internes n'ont pas été randomisés dans les groupes. Le choix du tuteur a eu lieu à la fin du premier mois d'internat. Ils ne connaissaient pas les principes du tutorat et la plupart ont choisi leur tuteur au hasard, ce qui diminue le biais\* de sélection.

Les tuteurs n'ont pas été randomisés non plus. Contrairement aux internes, les tuteurs individuels et de groupe étaient très différents. Les tuteurs de groupe faisaient partie d'un « noyau dur » d'enseignants, investis dans les « rencontres tutoriales » (3) régulières et ayant élaboré le contenu des réunions ensemble. Les concepts pédagogiques étaient probablement plus clairs pour eux. Néanmoins, certains tuteurs individuels faisaient partie du DUMG ou en étaient proches et d'autres se sont formés au tutorat en groupe à partir de 2011, ce qui a aussi changé leur relation avec leurs tutorés individuels.

Cette étude est fondée sur la déclaration des internes avec un biais\* potentiel. Les internes ont peut-être sous- ou surestimé les chiffres. Le recueil de données a été réalisé après la soutenance du DES afin de limiter le biais\* de désirabilité, puisque l'étude était dirigée par un membre du DUMG et pouvait être vécue comme un « contrôle » de leur investissement.

Un biais\* de mémorisation n'est pas exclu : comment mémoriser le nombre de contacts réels avec son tuteur ? Qu'est-ce qu'un contact ? Un courriel de trois lignes ou un envoi de traces d'apprentissage\* ? Les internes déclaraient entre 0 et 6 contacts, ou plus de 10 contacts, mais pas entre 6 et 10 contacts. Peut-on se souvenir d'un nombre exact de contacts au delà d'un certain seuil ?

L'ensemble des RSCA\* récupérés a été évalué par 2 tuteurs confirmés, membres du DUMG, à l'aide d'une grille validée. Le choix a été fait de garder la même méthode que lors de la première évaluation à 1 an (7). Ces tuteurs étaient formés à l'utilisation de la grille validée avec une rapidité de correction des RSCA. Pourtant 12 récits ont été revus, ce qui représentait un taux important. Ces 2 tuteurs étaient volontaires, investis dans le tutorat en groupe et dans les validations de DES. Ils ont lu à ce titre un grand nombre de RSCA de cette promotion d'internes. Ils ont pu reconnaître des travaux, faussant l'anonymat et donc leur notation. Il aurait été intéressant de faire appel à des correcteurs extérieurs, mais leur motivation à participer à ce projet et la connaissance de la grille d'évaluation auraient été moindres. Néanmoins, l'aide d'un 3<sup>e</sup> tuteur confirmé aurait été certainement bénéfique pour les notes discordantes.

La cohérence de ces notes de RSCA ne peut être confrontée à d'autres données bibliographiques pour vérifier la validité externe de ces résultats. En effet, aucune donnée de ce type n'a été retrouvée dans la littérature.

Les critères choisis pour cette évaluation quantitative du tutorat sont critiquables. Les items sont issus des études qualitatives explorant le ressenti des internes(9) et des tuteurs(8) sur ces deux modes de tutorat. Le choix de l'évaluation d'un seul type de trace d'apprentissage, le RSCA, est aussi critiquable. C'est l'outil d'évaluation le mieux connu, mais ce n'est pas le seul et pas forcément le meilleur(4,10,11).

Le meilleur critère d'évaluation serait la certification complète des internes en fin de DES. Actuellement, les outils de cette certification sont encore en cours d'élaboration.

## A propos des résultats

Le nombre de rencontres et de contacts totaux entre tuteurs et tutorés dans le GG était plus important que dans le GI, comme il était pressenti à la fin de la première année de DES (7). Le caractère obligatoire des rencontres en groupe tutoré n'explique pas à lui seul cette augmentation du nombre de contacts, car les contacts dématérialisés (mail, téléphone) étaient aussi plus nombreux. Le fait de se rencontrer augmente certainement le nombre de contacts en initiant une relation entre le tuteur et le tutoré et en facilitant les échanges. L'obligation d'une première rencontre du couple tuteur-tutoré est importante pour la mise en place du tutorat et l'adhésion des internes (12). De plus, le travail pédagogique peut commencer (6,9,13). Bien que les internes en groupe tutoré aient été informés de la possibilité de rencontrer leur tuteur de façon individuelle, une partie d'entre eux n'avait pas souvenir de cette information. Il serait intéressant de leur proposer ces rencontres régulièrement, pas seulement quand le besoin de rencontre supplémentaire a été identifié par le tuteur (8).

Le cadre institutionnalisé des rencontres tutorées, à la faculté pendant 2 heures tous les semestres semblait adapté aux internes et aux tuteurs. Un tiers des internes du tutorat en groupe trouvait les réunions trop espacées. Cette tendance était déjà mentionnée lors des précédents travaux du projet, ainsi que l'idée de proposer une réunion regroupant les différents groupes d'un tuteur avec des internes de différents niveaux d'avancement dans le cursus (8,9). Le rythme des rencontres pourrait être amélioré en proposant trois réunions par an. Plusieurs options sont envisageables : une 3<sup>e</sup> réunion tutorée « classique », une réunion regroupant les internes de niveaux différents d'un même tuteur ou un entretien individuel systématique. Des schémas différents sont possibles en fonction de l'avancée des internes dans le cursus et leurs apprentissages (5). Il serait

intéressant de faire une étude comparative nationale sur le rythme des rencontres tutorées afin de définir le rythme le plus adapté.

Les dates obligatoires fixées à l'avance permettent de s'organiser, d'avoir un suivi régulier, mais entrent parfois en concurrence avec un séminaire. Les internes ayant eu à choisir ont majoritairement préféré se rendre au groupe tutoré. Était-ce par envie ou par contrainte due au caractère obligatoire des rencontres ? Des écueils du tutorat en groupe sont apparus depuis 2011 du fait de l'augmentation des promotions et de la généralisation de ce mode de tutorat. Lors de la mise en place du tutorat en groupe, une date par semestre était entièrement consacrée au tutorat, sans autre activité d'enseignement. Le manque de disponibilité des salles à la faculté sur une seule journée a contraint le DUMG à modifier l'organisation et à programmer les réunions tutorées sur des jours différents. Certaines réunions tutorées ont été décentralisées. Le fait de sortir de la faculté constitue un rapprochement géographique pour certains tuteurs et tutorés, mais est aussi source d'éloignement pour d'autres tutorés, en fonction des lieux de stages répartis sur l'intégralité de la région Centre. L'éloignement géographique étant souvent retrouvé dans les causes d'échec de tutorat (3,5), la satisfaction des étudiants devra être suivie de près afin de ne pas reproduire les écueils passés. De plus, cela enlève le caractère institutionnalisé et formel apporté par la faculté. Ces choix seraient à évaluer dans les prochaines années en terme de satisfaction des tuteurs et de leurs tutorés.

Depuis 2007, une évaluation de mi-parcours, en 3<sup>e</sup> semestre, était obligatoirement faite par le DUMG pour les internes suivis individuellement. Cet entretien entre l'interne et le DUMG permettait un contrôle de l'avancement dans leurs apprentissages et de la réalisation de leur portfolio\* (3). Les internes n'ayant pas ou peu de contacts avec leur tuteur évaluaient leur travail et bénéficiaient d'une aide pour la construction de leurs traces d'apprentissage\*. Cela permettait aussi aux tuteurs d'évaluer si le travail effectué avec leur tutoré suivait le modèle pédagogique et de bénéficier de recommandations pour continuer leur rôle auprès de l'interne. Une évaluation de ce type était systématiquement faite par le tuteur pour les groupes, alors que très peu des internes suivis en individuel en ont bénéficié. Cette absence d'évaluation de mi-parcours par le tuteur venait-elle d'une décharge faite vers le DUMG par le tuteur ou d'un manque de suivi ?

Même si les tuteurs semblaient disponibles dans les deux groupes, la diversité des thématiques abordées dans les groupes tutorés correspondait plus aux attentes des internes. Un quart des internes suivis en individuel n'a pas abordé le suivi du portfolio et des traces d'apprentissage\* avec le tuteur, alors qu'il s'agit d'une des fonctions premières du tutorat (2,5,11,14,15). Plus de la moitié de ces mêmes internes n'a pas non plus parlé des problèmes rencontrés en stage. La thèse a été abordée pour un peu plus de la moitié d'entre eux. Ces thématiques faisaient partie des sujets de discussion attendus par les internes (9,12,16) et ont été largement abordées en tutorat en groupe.

La qualité et le nombre de RSCA\* étaient similaires dans les deux groupes malgré un nombre des contacts plus important dans le GG. Par rapport à l'évaluation en fin de première année (7), une augmentation de 4 points en moyenne sur les notes de RSCA est relevée dans les 2 groupes. Une amélioration attendue de la qualité des RSCA au cours du DES est donc constatée. Cela peut être expliqué par l'avancée des internes dans leur

curus, les explications récurrentes sur les outils à diverses occasions et le passage des internes en stage ambulatoire. Ce stage permet une confrontation à des situations complexes souvent utilisées par les internes comme bases de leurs traces d'apprentissage\* (4). Ils comprennent mieux les outils et gagnent en réflexivité\* lors de cette première expérience ambulatoire (3,17,18). En revanche, très peu d'internes avaient finalisé un RSCA en fin de première année de DES (7), il est donc difficile de conclure à l'augmentation réelle de la qualité des RSCA au cours de la formation. Aucune augmentation individuelle des notes ne peut être affirmée du fait du faible taux de réponses et de l'anonymisation.

Selon les tuteurs, les objectifs du suivi tutorial étaient mieux appréhendés par les tutorés en groupe que par les tutorés individuels (9). Ce point n'est pas retrouvé ici. Les internes déclaraient dans l'ensemble avoir compris les objectifs de la formation reçue et l'utilisation du portfolio\*. Il s'agit toujours de déclaratif car cette compréhension n'a pas été mesurée objectivement. Une question a été posée sur les traces d'apprentissage\* écrites en dehors des RSCA\*, la diversité des réponses nécessiterait une analyse qualitative complète qui n'a pas été réalisée ici. Elle évaluerait ce qui est considéré comme traces d'apprentissage\* par les internes et les confronterait aux définitions théoriques du portfolio afin de mesurer la compréhension réelle de son utilisation (4,10). D'autres travaux montraient une mauvaise compréhension des internes concernant le mode de formation et des outils utilisés par les enseignants, éloignés du modèle d'enseignement reçu en second cycle (12,19). La distribution de guides d'aide à la compréhension du paradigme d'apprentissage\* aux internes en début de DES pourrait améliorer leur compréhension de la formation qu'ils reçoivent et ainsi leur implication (20).

Les enseignants de la faculté de Tours ont développé des outils pour expliquer ce mode de formation et les traces d'apprentissage\* (3). En dehors du tutorat, les étudiants sont confrontés à d'autres situations pédagogiques où ils reçoivent des informations utiles à la compréhension de l'apprentissage par compétences\*. Parmi d'autres, on peut citer le séminaire obligatoire d'écriture des traces, et celui de réflexion sur ce qu'est la médecine générale ainsi que les groupes d'échanges de pratique (21). De plus, de nouveaux types de séminaires ont été créés en 2012, les groupes d'échanges facultaires (GEF), plus proches des concepts pédagogiques d'apprentissage (2). Il s'agit de préparer des récits de situation sur un thème défini à l'avance, qui serviront pour la discussion entre internes. L'enseignant vérifie que tous les champs du thème ont été abordés et peut compléter. Du fait du travail pédagogique réalisé par le DUMG, la place du tuteur dans la compréhension du mode de formation n'est pas cruciale.

D'autre part, on est en droit de se demander si l'évolution des internes est due à la qualité du suivi tutorial et à l'implication du tuteur. A Tours, le DUMG a remarqué l'existence d'une dissociation entre le nombre de contacts avec le tuteur et la qualité des portfolios présentés en commission de validation (3). Le tuteur a-t-il une action réelle sur les apprentissages de ses tutorés ou est-il seulement un observateur/évaluateur ?

Une hypothèse soulevée par les tuteurs pour expliquer cette dissociation était l'existence d'une personne référente « faisant fonction de tuteur » pour les internes ayant eu peu de contact avec leur tuteur (8). La moitié des internes ayant eu une relation médiocre avec leur tuteur déclaraient effectivement avoir eu une autre personne référente.

Le nombre d'heures de formation théorique ne différait pas entre les groupes, mais une analyse plus poussée du type de formations (séminaires, formation médicale continue, congrès, lecture de revues scientifiques...) serait intéressante afin de voir si les internes se sont formés majoritairement au moyen des formations proposées par l'université ou d'une façon plus autonome suivant le modèle constructiviste\* (1,15). Le nombre moyen d'heures réalisées dépassait largement les 200 heures requises par la loi d'environ 80 heures (30%). Il serait intéressant de chercher les raisons de ce surplus de formation : est-ce dû à un investissement important des internes dans leur formation ? à une volonté de multiplication des situations d'échange de pratiques afin d'améliorer leurs compétences\* ? Une autre explication viendrait du fait que les internes doivent attribuer eux mêmes un équivalent d'heures de formation théorique à chaque formation suivie, en fonction des consignes données en début de DES. La peur de se tromper de notation et d'arriver à la soutenance de DES avec un nombre insuffisant d'heures pourrait entraîner une recherche de « marge d'erreur » en augmentant le suivi de formations.

La qualité relationnelle entre le tuteur et le tutoré était meilleure en groupe, ce qui correspondait aux données recueillies lors des précédents travaux (7-9). Les tuteurs envisageaient l'évaluation comme étant leur rôle principal (5,8,14). Les internes se sentaient en effet évalués. Pour autant, ils voyaient leur tuteur plutôt comme un accompagnateur, dans une vision positive du compagnonnage. Cette tendance est retrouvée dans de nombreux travaux français d'évaluation du tutorat en médecine générale (9,12,22).

Pourtant, l'évaluation des internes reste indispensable pour certifier leurs compétences\*. Certains sont conscients que le tuteur est le mieux placé pour les évaluer même si le sentiment d'évaluation pouvait nuire à la relation de confiance (12,22,23). D'autres ont proposé d'avoir deux tuteurs : un médecin expérimenté ayant un rôle d'évaluation et un médecin très jeune, voire un interne en fin de cursus, ayant un rôle d'accompagnement (12,23). Cette solution de parrainage semble difficilement réalisable et inadaptée au modèle pédagogique étant donné que l'évaluation s'inclut dans l'accompagnement de l'interne dans ses apprentissages et son évolution au cours du cursus.

La possibilité d'un tutorat en groupe dans le paradigme d'apprentissage\* est discutée. Un des risques serait de suivre le groupe dans son ensemble plutôt que chaque interne dans son individualité. L'échec des tutorats individuels mis en place, y compris à Tours, venait notamment d'un manque voire d'une absence de rencontres entre tuteurs et tutorés. Une des raisons invoquées était la démotivation progressive des tuteurs (3,5). Près de la moitié des internes suivis en individuel a d'ailleurs jugé la durée des rencontres avec le tuteur trop courtes, ne permettant pas un réel suivi. Pour le suivi en groupe, le nombre le plus adapté se situerait entre 4 et 5 internes par groupe. Ce type de suivi soulève quelques difficultés supplémentaires par rapport au tutorat individuel pour qu'il reste personnalisé. En formant les tuteurs aux techniques d'animations, il est possible d'initier une dynamique de groupe, véritable outil de la pédagogie active (8,21,24). Cette formation est complétée par la poursuite des rencontres tutoriales où les tuteurs se réunissent pour échanger sur leurs pratiques, se tenir informés des outils pédagogiques à leur disposition et harmoniser leur discours auprès des internes. Chaque tuteur peut ainsi trouver comment s'adapter à chacun de ses tutorés pour l'aider et l'évaluer au mieux avec les outils à sa disposition.

## Conclusion

Sur l'ensemble du DES, le tutorat en groupe semblait davantage satisfaire les internes que le tutorat individuel. Les contacts étaient plus nombreux et les thématiques abordées répondaient aux attentes des internes. De plus, ce mode de tutorat n'a pas montré d'infériorité quant à la rédaction des RSCA\*, ni en quantité ni en qualité globale, par rapport au tutorat individuel.

La mise en place du tutorat en groupe s'est faite devant la nécessité de pérenniser le suivi individualisé des internes selon une pédagogie constructiviste\* malgré l'augmentation du nombre d'internes. Des effets intéressants sont déjà observés, comme le recrutement de nouveaux tuteurs et la re-motivation d'anciens tuteurs qui avaient abandonné. Des améliorations sont à prévoir, comme la formation des tuteurs aux techniques d'animation de groupe, ou le rythme des rencontres qui pourrait être augmenté en proposant une 3<sup>e</sup> rencontre annuelle, à définir.

Pour les internes, le tuteur est un accompagnateur. Pourtant, la qualité du tutorat reçu ne semble pas jouer sur la qualité de leur formation au final. Quel est l'impact réel du tuteur sur les apprentissages des internes ? Il s'agit ici d'une évaluation interne du tutorat par les étudiants, et non de l'évaluation du tutorat en tant que méthode pédagogique. Le tuteur est-il là pour favoriser l'apprentissage ou juste pour observer, évaluer la qualité et la progression de ses tutorés afin d'en rendre compte en fin de parcours ? L'évaluation des notes de synthèses rédigées par les tuteurs à destination du jury de soutenance de DES permettra d'appréhender ce rôle d'évaluateur. Un tel travail est actuellement en cours dans le cadre du projet global d'évaluation du tutorat en groupe au DUMG de Tours dont ce travail faisait partie.

## Bibliographie

1. Jouquan J, Bail P. A quoi s'engage-t-on en basculant du paradigme d'enseignement vers le paradigme d'apprentissage ? *Pédagogie Médicale*. août 2003;4(3):163-75.
2. Chartier S, Adeline-Duflot F, Le Breton J, Compagnon L, Bercier S, Ferrat E. La mise en oeuvre d'un programme d'apprentissage dans une logique de compétence : aspects théoriques et retour d'expérience. *Exercer*. 2014;24(111):33-9.
3. Renoux C, Potier A. Former les internes à la médecine générale: un long fleuve tranquille? *Exercer*. 2010;21(90):15-9.
4. Naccache N, Samson L, Jouquan J. Le portfolio en éducation des sciences de la santé : un outil d'apprentissage, de développement professionnel et d'évaluation. *Pédagogie Médicale*. mai 2006;7(2):110-27.
5. Ries G, Jami A, Potier D, Piriou C. Le tutorat individuel face à l'augmentation du nombre d'internes. *Exercer*. 2013;24(106):70-7.
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;19(82):82-6.
7. Renoux C, Robert J, Potier A, Uteza P, Lehr-Drylewicz A-M. Première évaluation du tutorat en groupe au département universitaire de médecine générale de Tours. *Exercer*. 2013;24(106):78-84.
8. Lestrade N, Renoux C. Le tutorat en troisième cycle de médecine générale en région Centre : représentations des tuteurs ayant testé deux formes de tutorat [Thèse de médecine]. Tours; 2013.
9. Basileu T, Renoux C. Tutorat individuel et tutorat en groupe : représentation des internes de la région Centre. *Exercer*. 2014;25(111):40-6.
10. Potier A, Robert J, Ruiz C, Lebeau J-P, Renoux C. Un portefeuille pour certifier les compétences : des concepts à la pratique. *Exercer*. 2013;24(108):178-84.
11. Buckley S, Coleman J, Davison I, S. Khan K, Zamora J, Malick S, et al. Les effets éducatifs des portfolios sur l'apprentissage des étudiants pendant le cursus prégradué : une revue systématique de la collaboration *Best Evidence Medical Education* (BEME). Guide BEME N° 11. *Pédagogie Médicale*. mai 2012;13(2):115-45.
12. Praly-Foucault C, Dutrop C-M, Paumier F. Analyse qualitative des attentes des internes en début de DES de médecine générale au sujet du tutorat [Thèse de médecine]. Grenoble; 2012.
13. Kaufman DM. L'éducation centrée sur l'enseignant ou centrée sur l'apprenant : une fausse dichotomie. *Pédagogie Médicale*. août 2002;3(3):145-7.
14. Le Mauff P, Bail P, Gargot F. L'évaluation des compétences des internes de médecine générale. *Exercer*. 2005;(73):63-9.
15. Jouquan J. L'évaluation des apprentissages des étudiants en formation médicale initiale. *Pédagogie Médicale*. févr 2002;3(1):38-52.
16. Anselme F, Poppelier A. Evaluation du tutorat du DES de médecine générale à l'UFR de Poitiers en 2013 [Thèse de médecine]. Poitiers; 2013.
17. Galam E. Produire des traces d'apprentissage : le RSCA. *La Revue du praticien Médecine Générale*. Tome 22. 29 janv 2008;
18. Chambefort C, Sarfati S, Esturillo G. Le stage chez le praticien de premier niveau en troisième cycle de médecine générale à Grenoble [Thèse de médecine]. Grenoble; 2014.
19. Gonzalez V, Montagne O. Le tutorat en troisième cycle de médecine générale à la Faculté de médecine de Créteil: présentation, enquête de satisfaction et de faisabilité auprès des internes [Thèse de médecine]. Paris Val de Marne; 2006.
20. Allory E, Brabant Y. Comment réconcilier les internes avec le portfolio? *Exercer*. 2014;25(112(suppl1)):16-7.
21. Pailloux A, Renoux C. Les Groupes d'Echange de Pratique en 3ème Cycle de Médecine Générale : Impact Ressenti par les Internes sur leur Attitude Professionnelle [Thèse de médecine]. Tours; 2013.
22. Muzard L. Evaluation du tutorat du DES de Médecine Générale de la faculté Paris Descartes. [Thèse de médecine]. Paris Descartes; 2010.
23. Joëts E, Marie P. Le tutorat en troisième cycle de médecine générale à la faculté de médecine Paris-sud : évaluation de la première année de sa mise en place [Thèse de médecine]. Paris-Sud; 2005.
24. Vanpee D, Godin V, Lebrun M. Améliorer l'enseignement en grands groupes à la lumière de quelques principes de pédagogie active. *Pédagogie Médicale*. 2008;(9):32-41.

## Annexe 1 : Contenu des réunions de tutorat en groupe

Juin 2014

### 1<sup>ère</sup> réunion : prise de contact

- Présentation du tuteur
- Prise de contact et présentation personnelle de chacun, recueil des attentes
- Présentation du portfolio :
  - Finalité : évaluation formative (outil destiné à l'interne, d'abord pour l'interne et sa propre formation, base de son évaluation par le tuteur)
  - Rubriques
  - Justification et explication des rubriques
  - Réponse aux questions le concernant
- Utilisation des différents outils
  - RSCA et sa grille d'évaluation
  - Autres traces d'apprentissage
  - Proposition d'aide dans l'utilisation de ces outils
- Prescription pédagogique : rédiger un RSCA pour la séance suivante.
- Recueil des avis des internes sur cette séance et proposer un suivi individuel par mail ou rencontre.

### 2<sup>ème</sup> réunion : les autres traces d'apprentissage que les RSCA

- Tour de table sur le déroulement des stages, leur vécu, les questions ?
- Faire prendre conscience aux étudiants qu'il existe **d'autres traces d'apprentissage pertinentes pour la formation et moins chronophages qu'un RSCA** (journal de bord, CR d'une FMC ou d'un staff etc). Abolir le mythe du tout RSCA !

**Méthode :** Interpeller les internes en leur demandant s'ils ont fait dans leur service un staff, une revue de dossier, une formation etc. Puis d'expliquer ce qui lui en reste, ce qu'il a retenu, ce qui ne lui a servi à rien. Amener progressivement les internes à comprendre :

- Que ces éléments peuvent être pertinents pour une pratique de MG
- Qu'il peut en faire un résumé très succinct mais informateur
- Qu'il pourra facilement retrouver dans son PF et réutiliser
- Que cela constitue un support différent du RSCA mais qui a toute sa place dans le PF en cas de boucle pédagogique présente
- **Travailler sur les RSCA apportés** en se centrant plus sur la structure que sur le fond (abordé pendant les groupe de pratique) mais les 2 restent indissociables :
  - Débriefing en groupe : récit, questions des autres
  - Discussion autour de la pertinence pour la MG
  - Propositions d'amélioration du récit...
- **Fournir aux internes demandeurs un exemple de RSCA.** Ce n'est pas un modèle. Il n'est pas parfait ! Mais il peut donner des idées du cheminement...
- **Prescription pédagogique :** réaliser et apporter la prochaine fois des traces d'apprentissages variées

### **3<sup>ème</sup> réunion : évaluation à mi-parcours.**

- **Rappel des critères d'évaluation et validation du DES**
- Faire le **point du parcours** de chaque interne en s'aidant, si besoin, de la grille d'évaluation à mi-parcours
  - Maquette
  - Enseignement théorique
  - Groupes de pratique, FMC
  - Thèse ?
  - Présentation d'un RSCA
  - Autres traces d'apprentissage
- Formuler une **prescription pédagogique** pour la suite

### **4<sup>ème</sup> réunion : Explorer les PF et les traces d'apprentissage**

**Tour de table** sur le déroulement des stages, leur vécu, les questions ?

#### **Explorer d'autres traces d'apprentissage que les RSCA**

- On fouille dans les PF et on critique les traces présentes
- Laisser le groupe juge de la validité des traces d'apprentissage : lire les traces et demander aux autres ce que cela leur apporte, qu'ils critiquent ces éléments, leur pertinence etc...

#### **Travail sur les RSCA**

- En utilisant la dynamique de groupe

#### **Intervention brève sur la thèse**

- Y avez vous pensé ou non ? Où en êtes-vous ?
- Réponses aux questions éventuelles

#### **Problématiques individuelles**

- Proposer un entretien individuel à ceux qui le désirent

### **5<sup>ème</sup> réunion : auto-évaluation des compétences par les internes**

- Tour de table : auto-évaluation par les internes de leurs parcours
  - Que pensent-ils de leur parcours ?
  - Qu'on-t-il fait depuis la dernière fois ?
  - Comment évaluent-ils leur compétences ? Quelles compétences ont été travaillées, améliorées ?
  - Dans quelles situations ? Sur quels critères ? D'après leur portfolio ?
  - Dans l'utilisation des outils ?
- Centrer la suite de la réunion sur les points problématiques relevés et le travail sur les RSCA
- Prescriptions pédagogiques : enrichir le portfolio sur le travail d'acquisition de compétences et la démonstration de cette acquisition en vue de la 6<sup>ème</sup> réunion centrée sur la préparation de la commission de validation du DES.

## **6<sup>ème</sup> réunion : auto-évaluation des compétences en vue de la commission de validation du DES**

- Tour de table : auto-évaluation par les internes de leurs parcours
  - Que pensent-ils de leur parcours ?
  - Qu'on-t-il fait depuis la dernière fois ?
  - Comment évaluent-ils leur compétences ? Quelles compétences ont été travaillées, améliorées ?
  - Dans quelles situations ? Sur quels critères ? D'après leur portfolio ?
  - Dans l'utilisation des outils ?
- Centrer la suite de la réunion sur les points problématiques relevés et le travail sur les RSCA

## Annexe 2 : Questionnaire

### Evaluation du tutorat

Voici un questionnaire rapidement remplissable pour évaluer la qualité du tutorat dont vous avez bénéficié au cours de votre DES de Médecine Générale à Tours.

Le but de cette évaluation est d'améliorer la qualité du tutorat pour les promotions futures (et aussi de faire mon travail de thèse).

\*Obligatoire

### Identification

cette partie ne sera pas exploitée, elle me permet juste de savoir qui a répondu, et de ne relancer que ceux qui n'ont pas répondu.

1. **NOM \***
2. **Prénom \***

### Les contacts avec votre tuteur

3. **Combien de contacts avez-vous eu avec votre tuteur ? \***

*Une seule réponse possible par ligne.*

	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	>10
Par mail												
Par téléphone												
En entretien individuel												
En entretien collectif												

4. **Qui a pris contact en premier? \***

*Une seule réponse possible.*

- Vous
- Votre tuteur

5. **Avez vous déjà dû choisir entre assister à un séminaire ou aller en groupe tutoré ? \***

*Une seule réponse possible.*

- oui
- non

6. **Si oui, qu'avez vous choisi?**

*Une seule réponse possible.*

- le séminaire
- le groupe tutoré

7. **Quel a été le lieu du tutorat ? \***

Plusieurs réponses possibles.

à la faculté

au cabinet

Autre : .....

**8. Ce lieu vous semblait-il adapté? \***

Une seule réponse possible.

oui

non

**9. Le temps de rencontre avec votre tuteur vous a-t-il paru : \***

Une seule réponse possible.

adapté

trop court

trop long

**10. Le rythme des rencontres vous a-t-il paru : \***

Une seule réponse possible.

adapté

trop espacé

trop fréquent

**11. De quel type de tutorat avez-vous bénéficié ? \***

Une seule réponse possible.

tutorat de groupe      *Passez à la question 12.*

tutorat individuel      *Passez à la question 17.*

## **Pour ceux ayant eu un tutorat de groupe :**

**12. Combien de réunions tutoriales avez-vous manqué?**

Une seule réponse possible.

0    1    2    3    4    5    6

**13. Saviez-vous que vous pouviez voir votre tuteur en dehors des groupes tutorés?**

Une seule réponse possible.

oui

non

**14. Si oui, l'avez-vous fait?**

Une seule réponse possible.

oui

non

**15. Combien d'internes étaient dans votre groupe? (en vous incluant dans le groupe)**

Une seule réponse possible par ligne.

2 3 4 5 6 7

**16. Ce nombre vous paraît-il ?**

*Une seule réponse possible.*

- trop élevé
- pas assez
- adapté

*Passez à la question 21.*

## **Pour ceux ayant eu un tutorat individuel**

**17. Au cours de quel semestre avez vous contacté votre tuteur pour la première fois?**

*Une seule réponse possible.*

1      2      3      4      5      6

**18. Au cours de quel semestre avez vous rencontré votre tuteur pour la première fois?**

*Une seule réponse possible.*

1      2      3      4      5      6

**19. A quand remonte votre dernier contact/rencontre avec votre tuteur?**

**20. Avez vous eu un contact spécifique pour la préparation de cette soutenance?**

*Une seule réponse possible.*

- oui
- non

## **Les traces d'apprentissages**

**21. Combien avez vous écrit de RSCA? \***

**22. Combien avez vous écrit d'autres traces? (Précisez le type de traces) \***

résumé de formation, notes de congrès, ....

**23. Pensez vous avoir compris les objectifs de formation du DES ? \***

*Une seule réponse possible.*

- oui
- non

**24. Pensez vous avoir compris l'utilisation des outils du portfolio ? \***

*Une seule réponse possible.*

- oui
- non

**25. Si vous deviez évaluer la qualité de votre relation avec votre tuteur, quelle note donneriez vous ? \***

*Une seule réponse possible.*

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Mauvaise

Très bonne

**26. Avez vous rencontrés des difficultés dans le suivi de votre travail par votre tuteur? \***

*Une seule réponse possible*

oui

non

**27. Avez vous eu une évaluation de mi-parcours (3e ou 4e semestre) par votre tuteur? \***

*Une seule réponse possible.*

oui

non

**28. Votre tuteur vous semblait il disponible? \***

*Une seule réponse possible.*

oui

non

**29. Avez vous déjà eu à relancer votre tuteur pour avoir une réponse à un de vos mails?**

**Ou un retour sur une de vos traces? \***

*Une seule réponse possible.*

oui

non

**30. Avez vous abordé avec votre tuteur les thématiques suivantes : \***

*Une seule réponse possible par ligne.*

	OUI	NON
Traces d'apprentissage et portfolio ?		
Thèse ?		
Problèmes rencontrés en stage ?		
Projet professionnel ?		
Formation médicale continue ?		
Problèmes personnels ?		
Maquette de stage ?		

**31. Vous êtes vous senti évalué? \***

*Une seule réponse possible.*

oui

non

**32. Pour vous, le tuteur est il : \***

*Une seule réponse possible.*

un évaluateur

un guide

- un accompagnateur
- un enseignant
- un représentant de la discipline
- un lecteur des traces d'apprentissages

**33. Si vous n'avez pas eu de contact (ou un contact de mauvaise qualité) avec votre tuteur, avez vous eu une personne référente (autre que votre tuteur) qui vous a aidé dans vos apprentissages et la rédaction de vos traces ? \***

*Une seule réponse possible.*

- oui
- non

## **En conclusion**

**34. Etes vous satisfait du mode de tutorat que vous avez eu? \***

*Une seule réponse possible.*

- oui
- non

**35. Comment devrait se choisir le tuteur ? \***

*Une seule réponse possible.*

- par rang ECN
- par tirage au sort

**36. Seriez vous intéressé pour devenir tuteur ?**

(en recevant une formation adaptée, et une période en binôme avec un tuteur expérimenté)

*Une seule réponse possible.*

- oui
- non
- pourquoi pas

**37. Seriez vous intéressé pour devenir MSU ?**

*Une seule réponse possible.*

- oui
- non
- pourquoi pas

**38. Commentaires libres**

## Annexe 3 : Grille d'évaluation des RSCA

Le travail produit par l'interne peut être évalué à l'aide d'une grille, qui comporte différents items; chaque item est coté P, A ou I et correspond à une auto évaluation.

I (insuffisant) correspond à un travail insuffisant devant être repris pour permettre la validation du script

A (améliorable) correspond à un travail acceptable mais avec une marge de progression.

P (pertinent) correspond à un travail pertinent.

<b>GRILLE EVALUATION RSCA</b>	<b>P</b>	<b>A</b>	<b>I</b>
<b>Complexité :</b>			
Diversité des champs abordés (O, P, E)			
<b>Narration de la situation :</b>			
Caractère narratif du récit			
Exposé de la démarche			
<b>Problématisation et objectifs d'étude :</b>			
<b>Pertinence</b> des questions formulées par l'interne			
<b>Adéquation</b> des questions avec les tâches et fonctions de la MG			
<b>Précision</b> de la définition des objectifs d'étude			
<b>Adéquation</b> des objectifs d'étude avec les problèmes posés			
<b>Recherche documentaire</b>			
<b>Adéquation</b> de la recherche avec les objectifs			
<b>Pertinence</b> de la recherche			
<b>Qualité du résumé</b>			
<b>Synthèse de la situation clinique</b>			
<b>Acquisition</b> de nouvelles compétences			
<b>Traces d'apprentissage</b>			
<b>Utilité</b> des traces produites			
<b>Qualité de la présentation</b>			
<b>Sous Total</b>			

<b>Note finale</b>	
--------------------	--

## **Annexe 4 : Aide à la notation**

### **Complexité de la situation**

#### ***1/ Diversité des champs abordés***

**P** La diversité recouvre plusieurs des champs abordés en soins primaires : administratif, biomédical, psycho-relationnel, social mais aussi éthique, réglementaire...

**A** La diversité est relative puisque seules quelques problématiques sont abordées mais ne sont pas exposés les éléments des autres champs de la situation

**I** La situation expose une problématique dans un ou deux champs seulement

### **Narration de la situation**

#### ***1/ Caractère narratif du récit***

**P** Le récit est détaillé prenant en compte les temps de la consultation et les temps en dehors de la consultation, concernant la globalité du patient, produit par un sujet narrateur à la première personne du singulier, relatant la succession dans le temps de l'ensemble des faits marquants, des comportements réels, des sentiments vécus par le narrateur et de l'ensemble des éléments (description physique, présentation, paroles échangées, ton, attitudes, sensations, sentiments ressentis, interactions, transfert...) permettant de suivre la démarche de résolution de problème

**A** La relation est faite par un sujet narrateur plus ou moins impliqué, de séquences marquantes de la situation, avec des manques concernant le vécu de la relation, ne permettant pas d'avoir l'ensemble des éléments concourant finement la démarche de résolution de problème

**I** La situation est similaire à une prise d'observation clinique : description impersonnelle exhaustive, structurée d'un cas clinique sans fait marquant ou incidents critiques, sans analyse et interprétation en vue d'une prise de décision

#### ***2/ Exposé de la démarche***

**P** Les données exploratoires de la plainte initiale ou identifiée sont racontées, aussi bien les éléments sémiologiques que l'ensemble des données permises par le recueil, l'argumentaire de la décision est explicité, la négociation avec le patient et les éléments de la stratégie éducative sont rapportés

**A** Certains champs de données exploratoires sont manquants, la décision n'est pas explicitée en regard de l'ensemble des champs de la situation, des éléments de la stratégie éducative ne sont pas rapportés

**I** Les données exploratoires sont insuffisantes en regard de la situation, les décisions ne sont pas explicitées, les éléments de la négociation et concourant au développement d'une stratégie éducative ne sont pas rapportés

## **Problématisation et objectifs d'étude:**

### ***1/ Pertinence des questions formulées par l'interne :***

**P** Les problèmes sont formulés par des questions précises se rapportant à la résolution de la situation clinique

**A** Les problèmes sont formulés par des questions générales se rapportant plus ou moins à la résolution de la situation clinique

**I** Les problèmes ne sont pas formulés sous forme de question, mais sous forme de sujets généraux d'étude à traiter, ou ne se rapportent pas à la résolution de la situation clinique

### ***2/ Adéquation des questions avec les tâches et fonctions de la MG :***

**P** Les questions sont en adéquation avec les tâches et fonctions de la MG définies par le référentiel métier

**A** Les questions sont parfois en dehors du champ de la médecine générale

**I** Les questions ne concernent pas le champ des soins primaires

### ***3/ Précision de la définition des objectifs d'étude :***

**P** La définition des objectifs est précise en fixant des tâches d'apprentissage précises

**A** La définition est vague sans tâche d'apprentissage clairement identifiée

**I** Il n'y a pas d'objectif d'étude notifié, il n'y a pas de tâche d'apprentissage identifiée

### ***4/ Adéquation des objectifs d'étude avec les problèmes posés :***

**P** Les objectifs sont clairement en adéquation avec les problèmes posés et l'étude permettra d'y répondre

**A** Les objectifs ne sont que partiellement en adéquation avec les problèmes posés

**I** Les objectifs sont discordants avec les problèmes posés et l'étude ne pourra pas y répondre

## **Recherche documentaire**

### ***1/ Adéquation de la recherche avec les objectifs :***

**P** La recherche est en adéquation avec les objectifs d'étude identifiés

**A** Le choix et la recherche des documents considérés sont insuffisamment adaptés en regard des objectifs d'étude

**I** Les documents recherchés ne sont pas adaptés aux objectifs d'étude ou il n'y a pas d'élément documentaire étayant les réponses aux objectifs d'étude

### ***2/ Pertinence de la recherche :***

**P** Le choix des documents est de bon niveau de preuve et permet de répondre aux questions posées

**A** Le choix des documents est de niveau de preuve discutable ou ne permet de répondre que partiellement aux questions posées

**I** Le choix des documents est de niveau de preuve insuffisant ou ne permet pas de répondre aux questions posées

### ***3/ Qualité du résumé :***

**P** Le résumé est clair, concis, identifie les réponses aux questions posées, dont les références sont citées tout au long du texte selon les recommandations en vigueur avec mention du niveau de preuve

**A** Le résumé ne répond pas toujours clairement aux questions précises bien qu'il comprenne des notes d'analyse bibliographique, des résumés des entretiens avec les personnes ressources ou de discussions collégiales, ou n'est pas référencée de manière suffisante ou le niveau de preuve n'est pas mentionné

**I** Le résumé de la recherche ne permet pas de répondre aux questions posées, n'est pas clair, n'est pas référencé

## **Synthèse**

### ***1/ Acquisition de nouvelles compétences :***

**P** La synthèse identifie les solutions aux problèmes posés en comparant les connaissances et compétences antérieures et celles nouvellement mentionnées, en comparant les solutions proposées et celles mises en œuvre dans la situation clinique, avec des éléments de réflexion pour savoir si les éléments nouveaux pourront être mis en œuvre dans des situations comparables

**A** La synthèse explicite insuffisamment les compétences développées pour prendre en charge la situation clinique, apporte des éléments imparfaits rendant compte du processus d'apprentissage et permet de comparer insuffisamment les solutions proposées et celles mises en œuvre

**I** La synthèse est absente ou n'identifie pas les solutions aux problèmes, elle ne rend pas compte de l'apport du travail effectué pour la prise en charge de la situation clinique ou pour la modification des connaissances antérieures

## **Traces d'apprentissage**

### ***1/ Utilité des traces produites :***

**P** Les traces d'apprentissage produites reflètent l'ensemble des travaux effectués et peuvent être facilement conservées et réutilisées par l'étudiant

**A** Les traces d'apprentissage ne reflètent qu'une partie des travaux effectués ou ne sont que moyennement réutilisables par l'étudiant

**I** Les traces d'apprentissage rendent insuffisamment compte des travaux attendus et ne sont pas réutilisables efficacement par l'étudiant

## Annexe 5 : Glossaire

### **Approche par compétences :**

Méthodologie ciblée fixant un référentiel de compétences à atteindre vers la fin d'une formation déterminée. Le référentiel des compétences du médecin généraliste a été défini par le Collège National des Généralistes Enseignants.

### **Biais :**

Modification des résultats d'une enquête en fonction du dispositif d'investigation. On distingue des biais de recrutement, de représentativité, d'observation, d'interaction, etc. Les biais étant inévitables, la démarche scientifique consiste à les identifier et à discuter leur impact potentiel.

### **Compétence :**

Ensemble de connaissances, de savoir-faire et de savoir-être que l'étudiant doit pouvoir mobiliser pour répondre à un ensemble de situations professionnelles données.

La compétence ne s'apprend pas, elle est la résultante de la réflexivité du sujet face à une situation dans un contexte précis.

### **Etude descriptive :**

Etude de cohorte ou d'étude transversale, utilisée pour connaître l'importance d'une pathologie et/ou d'une exposition.

### **Etude observationnelle :**

Recueil d'informations sur une population donnée sans intervention, pour répondre à une question précise et principale. On y inclut les évaluations des pratiques professionnelles.

### **Grille d'évaluation qualitative critériée :**

Grille de notation séparant différents critères d'évaluation. Les notes sont données par critères en fonction d'indicateurs ou niveaux de performance. Ces grilles permettent de réduire la subjectivité de l'enseignant lors de l'interprétation des rendus des étudiants.

### **Paradigme d'apprentissage :**

Modèle d'enseignement centré sur l'apprenant, inspiré de la pédagogie d'adulte. Les principes du paradigme d'apprentissage privilégient les compétences contextualisées, appréciées à partir de tâches professionnelles complètes, complexes et signifiantes, en enchâssant l'évaluation au sein des activités d'enseignement et d'apprentissage et en mobilisant autour des apprentissages des étudiants la communauté des enseignants.

### **Pédagogie constructiviste :**

Affirmation du caractère individuel et actif de tout apprentissage, lequel provoque une modification des représentations du sujet, le centrage de l'enseignement sur l'apprenant, qui est l'acteur de la construction de ses connaissances.

Le modèle souhaité est celui d'un praticien réflexif, expert de sa discipline, capable de répondre pertinemment aux problèmes de santé multiples, et complexes qui se poseront à lui, dans une société en perpétuel mouvement.

**Portfolio :**

Collection organisée et cumulative de travaux et de réflexions d'un étudiant, qui rassemble des informations sur les compétences qu'il a développées au cours d'une période plus ou moins longue d'apprentissage. Le portfolio peut être utilisé comme soutien systématique du processus d'apprentissage et comme source d'information dans le cadre de la démarche évaluative.

**Récit de situation complexe et authentique (RSCA) :**

Récit d'une situation vécue par l'interne, explorant tous les champs de la complexité. L'étudiant doit se poser des questions sur cette situation, repérer ses lacunes et trouver des réponses pertinentes à ses problèmes. Suite à des recherches, il conclut sur l'évolution de ses compétences grâce à ce travail.

**Réflexivité :**

La réflexivité est provoquée par un événement qui induit un doute, une perplexité ou une incertitude et qui conduit un individu à rechercher une explication et des solutions.

**Traces d'apprentissage :**

Toute trace écrite liée à une situation d'apprentissage pour l'interne. L'ensemble des traces est à colliger dans le portfolio. Différentes traces d'apprentissage sont attendues : RSCA, notes de rencontre avec le tuteur, journal de bord, carnet de stage, récit d'incidents critiques, compte rendu de supervision ainsi que toute trace écrite jugée pertinente par l'interne.

**Tutorat :**

Relation formative entre un enseignant, le tuteur et un apprenant, une personne (ou un petit groupe de personnes) en apprentissage. Il se distingue de l'enseignement classique impliquant professeurs et élèves par une formation individualisée et flexible. Le rôle du tuteur n'est pas d'apporter des réponses aux problèmes posés mais de guider l'apprentissage.

**Tutoré :**

Interne bénéficiant d'une formation par tutorat.

# 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.

**Vu, la Directrice de Thèse**

**Vu, le Doyen  
de la Faculté de médecine de TOURS**

## RESUME

**Contexte :** En 2004, le DUMG de Tours a choisi de basculer dans le paradigme d'apprentissage et l'approche par compétences. Chaque interne de médecine générale est suivi par un tuteur qui l'aide à construire son portfolio. En 2010, un nouveau dispositif a été mis en place afin de pallier aux difficultés rencontrées en tutorat individuel. Les tuteurs continuent à suivre l'évolution de chaque interne mais au sein d'un groupe de 4 à 5 tutorés, réunis au moins une fois par semestre.

**Objectifs :** A l'issue du DES, évaluer le suivi tutorial reçu en comparant les deux modes de tutorat coexistant : en groupe et individuel. L'objectif secondaire était de mesurer la qualité relationnelle avec le tuteur dans chaque groupe.

**Méthode :** Etude observationnelle descriptive et comparative menée auprès de 67 internes de la promotion 2010 de DES de médecine générale.

**Résultats :** Les internes étaient plus satisfaits du tutorat reçu en groupe qu'en individuel. La relation entre les tuteurs et leurs tutorés était jugée meilleure. Le nombre de contacts était plus important et la diversité des thématiques abordées répondait plus aux attentes des internes. Le tuteur était défini comme un accompagnateur plus qu'un évaluateur. Aucun retentissement sur la quantité et la qualité des RSCA écrits n'a été relevé.

**Conclusion :** Le tutorat en groupe semble plus satisfaire les internes, sans améliorer la qualité de leur formation et de leurs apprentissages. Ce système permet de pérenniser le tutorat et le suivi individuel des internes.

**Faculté de Médecine de TOURS**

**AJASSE Isabelle, ETTORI-AJASSE**

**Thèse n°**

50 pages – 5 tableaux – 10 figures – 5 annexes

**Résumé :**

**Contexte :** En 2004, le DUMG de Tours a choisi de basculer dans le paradigme d'apprentissage et l'approche par compétences. Chaque interne de médecine générale est suivi par un tuteur qui l'aide à construire son portfolio. En 2010, un nouveau dispositif a été mis en place afin de pallier aux difficultés rencontrées en tutorat individuel. Les tuteurs continuent à suivre l'évolution de chaque interne mais au sein d'un groupe de 4 à 5 tutorés, réunis au moins une fois par semestre.

**Objectifs :** A l'issue du DES, évaluer le suivi tutorial reçu en comparant les deux modes de tutorat coexistant : en groupe et individuel. L'objectif secondaire était de mesurer la qualité relationnelle avec le tuteur dans chaque groupe.

**Méthode :** Etude observationnelle descriptive et comparative menée auprès de 67 internes de la promotion 2010 de DES de médecine générale.

**Résultats :** Les internes étaient plus satisfaits du tutorat reçu en groupe qu'en individuel. La relation entre les tuteurs et leurs tutorés était jugée meilleure. Le nombre de contacts était plus important et la diversité des thématiques abordées répondait plus aux attentes des internes. Le tuteur était défini comme un accompagnateur plus qu'un évaluateur. Aucun retentissement sur la quantité et la qualité des RSCA écrits n'a été relevé.

**Conclusion :** Le tutorat en groupe semble plus satisfaire les internes, sans améliorer la qualité de leur formation et de leurs apprentissages. Ce système permet de pérenniser le tutorat et le suivi individuel des internes.

**Mots clés :**

- Tutorat
- Apprentissage
- Acquisition de compétences

**Jury :**

**Président de Jury :** Monsieur le Professeur PERROTIN Dominique

**Membres du jury :** Madame le Docteur RENOUX Cécile

Madame le Professeur LEHR-DRYLEWICZ Anne-Marie

Monsieur le Professeur MORINIÈRE Sylvain

**Date de la soutenance : 02 octobre 2014**