

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

VASSALLO Jeanne
Née le 30/06/1986 à Nantes (44)

Présentée et soutenue publiquement le 4 décembre 2014

Notes de synthèse des tuteurs : état des lieux
en vue de la certification des internes de médecine générale
à la faculté de Tours

Jury

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

Membres du jury : Madame le Docteur Cécile RENOUX
Monsieur le Professeur Laurent BRUNEREAU
Monsieur le Professeur Alain CHANTEPIE
Monsieur le Professeur Alain POTIER

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des Maîtres de cette Faculté,
de mes chers condisciples
et selon la tradition d'Hippocrate,
je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur
et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent,
et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail.

Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux
ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira
les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas
à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.

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

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

Remerciements

À ma directrice de thèse, le Docteur Cécile RENOUX,
Merci pour ton investissement, ta disponibilité, ta rigueur tout au long de ce travail. Merci de m'avoir pris sous ton aile pendant ces 3 années de DES. J'ai appris énormément à ton contact et je suis honorée de débiter ma vie professionnelle à tes côtés.

À Madame le Professeur LEHR-DRYLEWICZ,
Merci de me faire l'honneur de présider ce jury de thèse.

À Messieurs les Professeurs BRUNEREAU, CHANTEPIE et POTIER
Merci d'avoir accepté de juger mon travail.

À mes maîtres de stage, les Docteurs GRATEAU, LOISON et MOREL,
Merci de m'avoir fait progresser en me faisant partager votre conception de la médecine générale.

À ma famille,
Merci pour votre soutien inconditionnel.

À Romain,
Merci pour ta patience inestimable, et ta présence si précieuse pendant toutes ces années.

À Augustin.

Résumé

Contexte : Depuis 2004, chaque interne en DES de médecine générale à Tours est suivi par un tuteur qui l'aide à construire son portfolio, en cohérence avec la pédagogie d'apprentissage par compétence. Le passage du suivi individuel au suivi en groupe dès 2010 a pérennisé le tutorat. À l'issue des 3 ans du DES, les tuteurs fournissent une note de synthèse, reflétant la progression de l'interne et attestant ses acquisitions de compétences pour la commission de validation. La forme et le contenu de ces notes, laissés à l'appréciation des tuteurs, apparaissaient très hétérogènes.

Objectif : Recueillir et décrire toutes les notes de synthèse de tutorat écrites entre octobre 2012 et mai 2014.

Méthode : Recueil exhaustif des notes lors de 6 sessions de validation. Méthode mixte avec analyse quantitative de la prévalence des notes au fil des commissions, en fonction du mode de tutorat et de la population de tuteurs et analyse qualitative thématique de contenu avec catégorisation des notes.

Résultats : 87 notes ont été analysées. La prévalence des notes était plus importante en tutorat en groupe et dans la population de tuteurs ayant testé les 2 formes de tutorat. Les notes étaient très hétérogènes tant sur le fond que dans la forme. Outre la fonction évaluative sanctionnante, la note avait une fonction de témoin du suivi tutorial et de bilan, utile à l'interne. A la lumière des différents critères et supports utilisés, l'évaluation des compétences était très inégale parfois inexistante mais augmentait dans le temps. 6 catégories de notes ont été identifiées : 3 notes étaient « inclassables » ; les notes type « certificat » et « fiche de suivi » ainsi que celles « où le tuteur ne pouvait se prononcer » avaient tendance à diminuer au profit des notes « centrées sur l'acquisition de compétences » et des « nouvelles notes » d'auto-évaluation de l'interne.

Conclusion : Les notes évoluent au fil des commissions vers la certification. La place de l'autoévaluation dans ce processus, soulevée par l'émergence de nouvelles notes, mérite d'être questionnée. Explorer les attentes des tuteurs et des membres de la commission valoriserait sans doute cette note et renforcerait son impact lors de la validation.

Mots-clés : tutorat, acquisition de compétences, certification, auto-évaluation

Abstract

Tutor's summary notes : descriptive study in view of General practice interns' certification in the university of Tours.

Background : Since 2004, each resident in General practice in Tours has been monitored by a tutor in his portfolio's building, consistent with a skill approach. The transition from individual monitoring to one in group has perpetuated tutoring since 2010. At the end of the 3 years of training, tutors write a summary note reflecting the trainee's progression and his skills acquisition for the graduation. Form and content of those notes, left to tutor's judgment, looked very heterogeneous.

Objective : To collect and to describe all summary notes written between october 2012 and mai 2014.

Method : exhaustive collection of notes during 6 graduation sessions. Dual method with a quantitative analysis of notes' prevalence in the course of commissions, according to tutoring programm and tutors' population, and a qualitative thematic analysis of content with categorising of notes.

Results : 87 notes were analysed. Summaries' prevalence increased with the group-tutoring and by the tutors who tested both tutoring programmes. Notes were very heterogeneous so on the content as in the shape. Besides the evaluative function, note testified to the tutor monitoring and had a function of assessment, useful to trainees. In the light of different criteria and stands, skill evaluation was unequal even missing but improved with the time. 6 notes' categories were identified : 3 summaries were « unclassifiable », ; type as « certificate » and « monitoring record » as well as those where « the tutor couldn't give an opinion » tended to decline in favour of notes « skills evaluation-centred » and « new notes » with intern's self-assessment.

Conclusion : Notes evolve to the certification with the time. Status of self-assessment, raised by new notes' emergence, must be interrogated. To explore tutors' and graduation members' expectation could probably value this note and give it more impact on the graduation.

Key words : tutoring, skills acquisition, certification, self-assessment

Table des matières

Remerciements.....	7
Résumé.....	8
Abstract.....	9
Table des matières.....	10
Table des figures et tableaux.....	11
Introduction.....	12
Méthode.....	14
Recueil de données.....	14
Analyse qualitative.....	14
Analyse quantitative.....	15
Résultats.....	16
A) Caractéristiques de la population étudiée.....	16
B) Analyse qualitative.....	20
I) Description des notes.....	20
II) Les différentes fonctions de la note de synthèse.....	21
III) Les critères de l'évaluation.....	24
IV) Les supports de l'évaluation.....	28
C) Différents types de notes.....	34
Exemples.....	35
Répartition des notes par catégorie.....	41
D) Evolution des notes.....	42
Discussion.....	44
A propos de la méthode.....	44
A propos des résultats.....	45
Conclusion.....	50
Bibliographie.....	51
Annexe 1 : glossaire.....	53
Annexe 2 : la marguerite des compétences du médecin généraliste.....	55
Annexe 3 : les niveaux de compétence du médecin généraliste.....	55
Annexe 4 : la « boucle pédagogique » d'apprentissage.....	61
Annexe 5 : Les grandes familles de situations cliniques.....	62
Annexe 6 : Le processus de certification.....	64

Table des figures et tableaux

Diagramme 1 : Répartition des internes dans les différentes promotions.....	16
Diagramme 2 : Présence de notes parmi les internes convoqués en commission	17
Diagramme 3 : Répartition des fonctions des tuteurs dans les 2 populations de tuteur.....	17
Diagramme 4 : Avis des tuteurs sur la validation de DES.....	19
Graphique 1 : Part des internes suivis en groupe au fil des sessions de commission.....	16
Graphique 2 : Présence de note de synthèse en fonction du mode de tutorat.....	18
Graphique 3 : Présence de note de synthèse en fonction de la population de tuteurs.....	18
Graphique 4 : Présence de notes en fonction des sessions de validation.....	19
Graphique 5 : Répartition des différents types de notes.....	41
Graphique 6 : Répartition des 2 populations de tuteurs par type de note.....	41
Graphique 7 : Nombre de notes en fonction des sessions de validation.....	42
Graphique 8 : Proportion de chaque type de note par session.....	43
Graphique 9 : Le mot « compétence » dans les notes au fil du temps.....	43
Tableau 1 : Répartition des notes analysées en fonction du mode de tutorat.....	20
Tableau 2 : Répartition des notes en fonction de la population de tuteurs.....	20
Tableau 3 : Représentativité des différentes commissions dans l'analyse des notes.....	20
Tableau 4 : les 3 avis possibles sur la validation pour le tuteur.....	23
Tableau 5 : Les critères réglementaires.....	24
Tableau 6 : Compétences en médecine générale évaluées par les tuteurs.....	26
Tableau 7 : Les différents types d'échange entre tuteur et interne.....	28
Tableau 8 : Fréquence des contacts entre tuteur et interne.....	29
Tableau 9 : Appréciation qualitative des RSCA.....	31
Tableau 10 : Critères de qualité des RSCA cités.....	32
Tableau 11 : L'interne et ses choix.....	33
Figure 1 : La marguerite des compétences « déformée ».....	25

INTRODUCTION

En 2004, lors de la mise en place du DES de médecine générale, le département universitaire de médecine générale (DUMG) de Tours, soucieux de former des professionnels compétents, autonomes et réflexifs, a fait le choix de basculer du paradigme d'enseignement* vers le paradigme d'apprentissage*^{1,2}. À sa sortie du 2nd cycle, l'interne doit abandonner un enseignement basé jusque là sur la transmission de savoirs et devenir acteur de sa propre formation afin d'acquérir les compétences* nécessaires à son activité professionnelle future^{3,4,5}. C'est dans ce contexte qu'a été instauré le tutorat*, fil rouge de cette pédagogie constructiviste*⁶. Chaque interne se voit attribuer un tuteur qui suit son évolution tout au long du DES, l'aide lors de ses apprentissages à développer ses compétences et à construire son portfolio.

Le portfolio* est la compilation de l'ensemble des travaux réalisés par l'interne au cours du DES⁷. 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... toute trace écrite pertinente pour l'interne et rendant compte d'une boucle pédagogique d'apprentissage⁸. 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.

Pour prétendre à valider son DES, l'interne doit répondre aux critères réglementaires fixés par les textes nationaux : avoir réalisé la maquette de formation pratique et validé 200 heures d'enseignement⁹.

Au moment de la validation, l'interne doit surtout 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. Il s'agit d'une note libre qui « peut », selon les consignes initiales données au tuteur, préciser quelles compétences en médecine générale ont été validées, au cours de quel travail, pour quelle situation ; quelles compétences doivent encore être travaillées, la position du tuteur sur la validation du DES de médecine générale¹⁰. Le tuteur a donc également un rôle d'évaluateur, en tant que témoin principal de la progression de l'interne. Il utilise le portfolio de l'interne et ses échanges avec lui comme support de l'évaluation. En vue de la certification prochaine des compétences et de l'impact de la validation de futurs professionnels de santé, l'évaluation des étudiants doit se baser, au mieux, sur des critères positifs, référencés, hiérarchisés, écrits et conservés dans le portfolio^{4,8}.

Depuis sa création il y a 10 ans, le tutorat à Tours s'inscrit dans une démarche constante d'évaluation et d'amélioration. Lors de sa mise en place, le tutorat était classiquement individuel selon les préceptes pédagogiques. Une trentaine de tuteurs ont été spécifiquement formés, sur 2 jours, au suivi des internes et à l'utilisation des outils pédagogiques comme le portfolio. Chaque interne avait la possibilité de rencontrer son tuteur (choisi en début du DES) lors de rencontres singulières non

obligatoires aussi souvent qu'il le souhaitait. Comme dans de nombreux autres DUMG, plusieurs difficultés ont rapidement entravé le bon fonctionnement du tutorat¹¹. 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). 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.

Face à ce constat, des rencontres trimestrielles entre tuteurs, appelées rencontres tutoriales, ont été créées en 2009 à Tours. Elles avaient pour objectifs de réfléchir aux difficultés rencontrées, imaginer des solutions locales possibles, remobiliser les tuteurs et consolider leur formation. De ces rencontres est né le tutorat en groupe, expérimenté à partir de novembre 2010. Devant les bons retours immédiats, il fut généralisé à l'ensemble des promotions suivantes dès novembre 2011. La nouvelle population de tuteurs s'est resserrée autour d'une quinzaine d'enseignants : les tuteurs les plus motivés des rencontres tutoriales ainsi que quelques tuteurs nouvellement formés.

Un même tuteur a désormais en charge le suivi d'un petit groupe de 4 à 5 internes d'une même promotion pendant les trois ans de leur DES. Cette forme de tutorat est basée sur des rencontres semestrielles obligatoires. Pendant ces rencontres, chaque interne s'exprime sur son parcours, les difficultés éventuelles qu'il rencontre en stage hospitalier ou ambulatoire, et présente les traces d'apprentissage qu'il a compilées dans son portfolio. En marge de ces rencontres collectives, chaque tuteur peut solliciter auprès de son tuteur un entretien individuel. L'objectif de cette nouvelle forme de tutorat était d'améliorer le nombre de contacts entre tuteurs et tutorés et de créer une dynamique de groupe favorisant les échanges et la production de traces d'apprentissage, objectifs remplis selon les résultats des évaluations réalisées^{12,13}. Le tutorat semble être, pour le moment, pérennisé à Tours.

Il reste néanmoins d'autres défis pédagogiques à relever pour le tutorat, notamment la certification future des compétences des internes, enjeu futur majeur pour le DUMG de Tours⁵.

Lors de la commission de validation de DES, les membres du jury prennent leur décision sur la prestation orale du candidat, le contenu du portfolio et la note du tuteur en une demi-heure. Quand on prend une décision à fort impact comme une validation de cursus ou une certification, on ne peut se contenter d'une décision assise sur une évaluation ponctuelle⁸. Les tuteurs portent la charge de fournir une synthèse argumentée sur l'acquisition des compétences des internes, reflet du travail réellement effectué au cours des 3 années passées et de la progression. L'avis du tuteur à travers la note de synthèse dépasse donc le simple cadre formel et a un poids important au moment de la validation. Cependant, en l'absence de trame imposée lors de leur mise en place, le contenu de ces notes apparaît très hétérogène d'un tuteur à l'autre, souvent peu informatif, voire inexistant bien qu'une évolution récente ait été constatée.

Dans ce contexte, l'objectif principal de ce travail était de recueillir et décrire toutes les notes de synthèse de tutorat écrites entre octobre 2012 et mai 2014. Les objectifs secondaires étaient de comparer ces notes de synthèse entre tuteurs individuels et tuteurs de groupes et d'évaluer une éventuelle progression dans leur contenu.

METHODE

Recueil de données

Un recueil exhaustif des notes de synthèse a été réalisé pour chaque commission de validation de DES ayant eu lieu entre octobre 2012 et juin 2014.

Ces notes sont la propriété du DUMG. Elles ont été récupérées par le directeur de thèse auprès du secrétariat qui les avait archivées systématiquement après chaque commission. En tant que membre du DUMG, le directeur de thèse garantissait l'anonymat des internes vis à vis de l'enquêteur.

La période d'étude a intéressé 6 sessions de commission de validation entre octobre 2012 et mai 2014, correspondant approximativement aux internes des promotions 2009 et 2010. Plusieurs internes des promotions 2008 ou 2007, convoqués lors de ces sessions, ont été inclus dans l'étude : internes décalés dans leur cursus pour grossesse, maladie, disponibilité et internes non validés et/ou absents lors de sessions précédentes. Tous les internes convoqués en commission ont été inclus dans l'analyse quantitative, y compris les internes absents et les internes qui s'étaient présentés sans note de synthèse. Le recueil des notes s'est fait de manière rétrospective pour l'année 2012 et début 2013 puis de manière prospective au fur et à mesure des commissions de validation réalisées.

Avant l'analyse par le thésard, la directrice de thèse a anonymisé chaque note de synthèse, afin que les internes ne soient pas identifiables. Dans le fichier d'anonymisation apparaissaient un numéro correspondant à chaque interne convoqué avec l'année d'intégration dans le DES, le nom du tuteur, le mode de tutorat (en groupe TG ou individuel TI) et la présence ou non d'une note de synthèse. Les cas de non-validation étaient connus et répertoriés (internes absents ou s'étant présentés mais n'ayant pas été validés, sans distinction entre les 2 cas).

L'étude a intéressé 2 populations de tuteurs : un premier groupe ayant testé exclusivement le tutorat individuel (TI seul) et un 2^{ème} groupe (TI + TG) de tuteurs ayant expérimenté les 2 formes de tutorat (individuel initialement puis en groupe à partir de novembre 2010).

Analyse qualitative

Dans un premier temps, une étude qualitative* descriptive des notes de synthèse a été menée jusqu'à saturation des données*. Le codage* ouvert et l'analyse thématique de contenu* ont été réalisés par le thésard et le directeur de thèse qualifié en recherche qualitative.

Chacune des notes a été parcourue au moins une fois afin de s'imprégner du contenu et du style. Au début du recueil de données, les notes étaient analysées une par une. Lorsque le pool de notes s'est étoffé, elles ont été sélectionnées afin d'offrir la meilleure diversité possible de la population d'étude, jusqu'à saturation des données. Une fois l'ensemble des notes recueillies, l'enquêteur veillait à ce que chaque tuteur soit représenté au moins une fois. Chaque session de commission devait être représentée de manière équitable dans le temps afin d'évaluer l'évolution des notes. Les notes d'un même tuteur devaient se répartir dans les différentes commissions.

Chaque chercheur a commencé par repérer, en aveugle, dans les documents écrits de synthèse, des mots ou un groupes de mots signifiant constituant un code. Les codes similaires ou apparentés ont été regroupés en thèmes pour être catégorisés*. Les chercheurs se sont accordés sur les thèmes

pertinents pour être exhaustifs, tout en répondant aux objectifs de recherche. Ces thèmes ont ensuite été articulés entre eux en sous-thèmes, dans une arborescence* d'analyse du contenu. Cette troisième opération permettait d'avoir une représentation structurée du contenu analysé. Le chercheur a procédé ainsi pour chacune des notes de synthèse et enrichi progressivement son arborescence jusqu'à saturation des données. Dans cette étude, la thématisation* était continue, c'est-à-dire que chacune des notes était analysée linéairement, du début à la fin, pour permettre une identification progressive et exhaustive des thèmes. Le codage était ouvert car les chercheurs n'avaient pas d'hypothèse préalable sur le contenu thématique.

Au décours de cette analyse, plusieurs profils de notes de synthèse ont été dégagés pour secondairement les classer. L'étape suivante a donc consisté à « catégoriser » les différents types de notes. Les critères de chaque catégorie ont été élaborés de manière à faciliter un classement rapide. Pour chaque type de note, un exemple « type » a été sélectionné afin d'en illustrer les caractéristiques.

Analyse quantitative

La prévalence des notes remplies a été étudiée en comparant le tutorat en groupe et le tutorat individuel puis en fonction des différentes commissions. Les pourcentages ont été comparés au moyen d'un test de Chi² avec correction de Yates. La répartition des avis des tuteurs sur la validation a été décrite.

Toutes les notes de synthèse ont été relues et analysées afin de les classer dans une des catégories identifiées. Pour les notes difficiles à classer, une deuxième lecture a été réalisée par le directeur de thèse afin de procéder au classement définitif.

La répartition des différentes notes a été analysée, sur l'ensemble du temps d'étude, pour les deux populations de tuteurs puis par session de commission afin de mettre en évidence une éventuelle évolution dans le temps.

RESULTATS

A. Caractéristiques de la population étudiée

1) Les internes

L'étude concernait 125 passages en commission dont 4 internes convoqués 2 fois. La répartition des internes dans les promotions est décrite dans le diagramme 1.

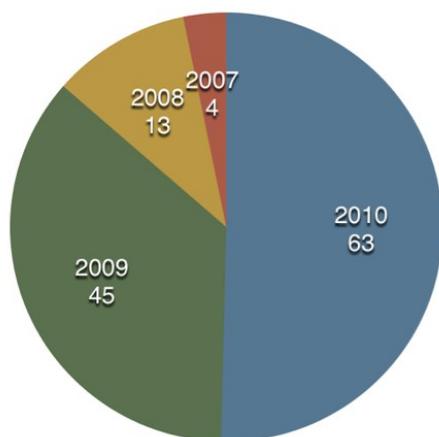
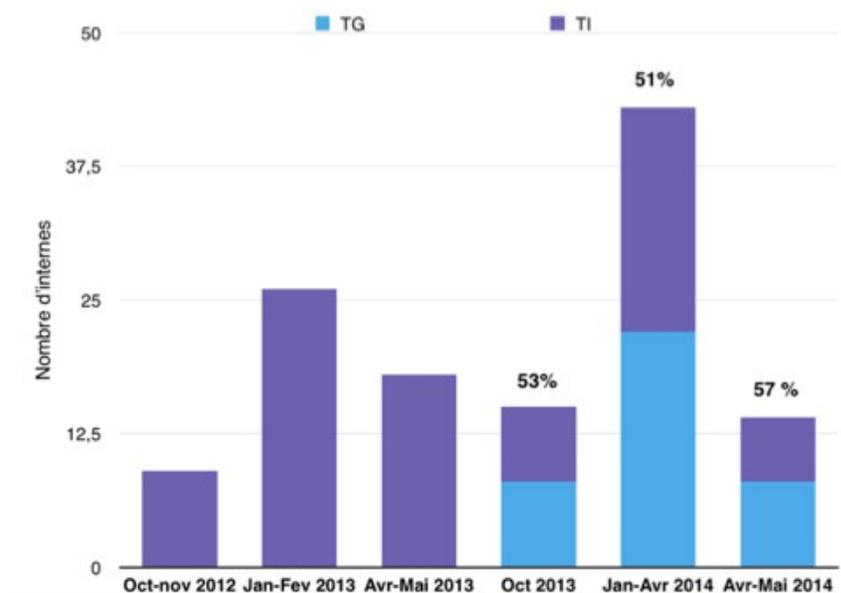


Diagramme 1 : Répartition des internes dans les différentes promotions

La première commission de validation concernant des internes suivis en groupe (promotion 2010) était celle d'octobre 2013. La part des 2 types de suivi tutorial (TG et TI) parmi les internes convoqués en commission est présentée sur le graphique 1.



Graphique 1 : Part des internes suivis en groupe au fil des sessions de commission

Sur 125 internes, 87 notes de synthèse (70%) au total ont été fournies. 10 internes n'ont pas été validés, dont un interne 2 fois. Parmi les 38 internes sans note de synthèse, on retrouvait 100 % des internes non validés comme décrit dans le diagramme 2.

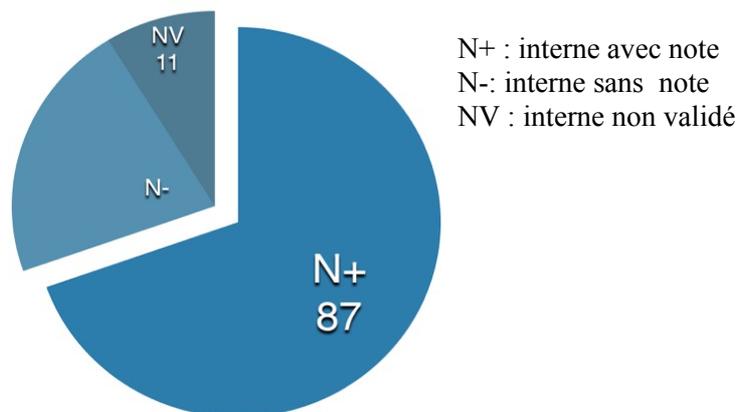


Diagramme 2 : Présence de notes parmi les internes convoqués en commission

2) Les tuteurs

L'étude concernait 28 tuteurs : 19 tuteurs en tutorat individuel exclusif (TI seul) et 9 tuteurs ayant expérimenté les 2 formes (TI+TG). 3 tuteurs sur les 19 TI n'étaient pas représentés au sein des notes. Un des tuteurs du TI est décédé au cours du suivi tutoral. Les fonctions exercées par ces tuteurs pour le DUMG sont décrites dans le diagramme 3.

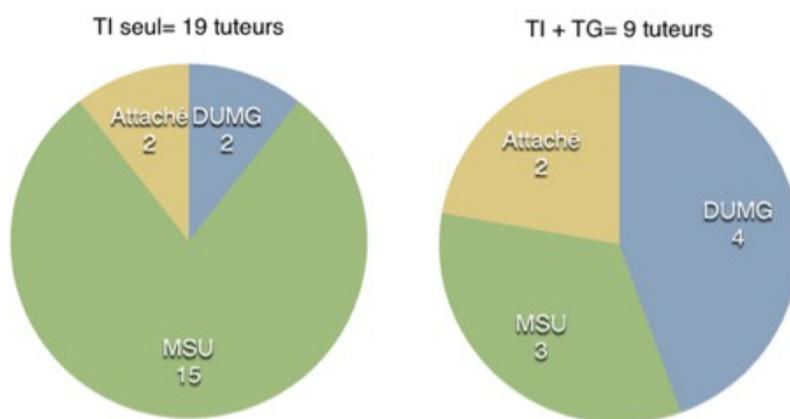
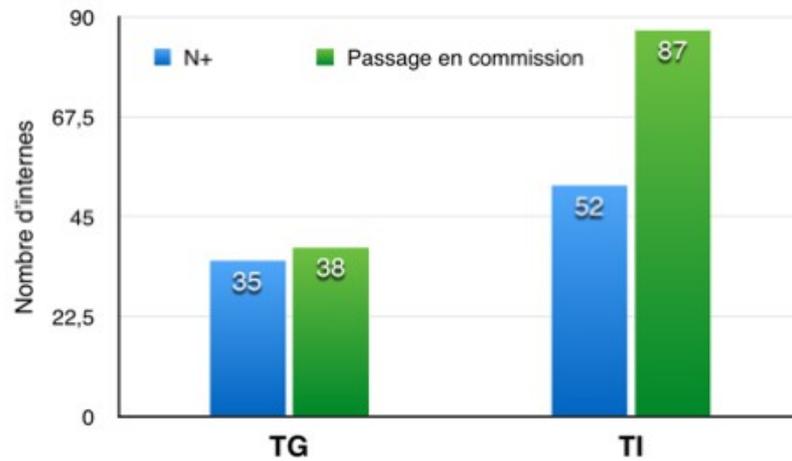


Diagramme 3 : Répartition des fonctions des tuteurs dans les 2 populations de tuteur

MSU : maître de stage universitaire Attaché : Attaché ou chargé d'enseignement DUMG : membre du DUMG

3) Les notes

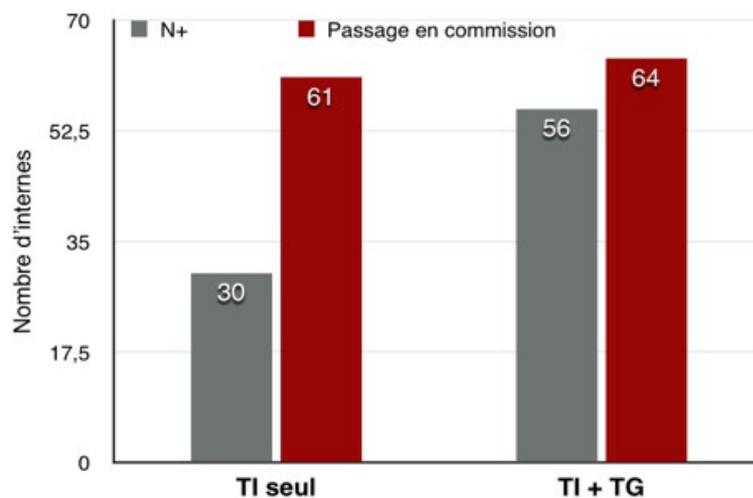
40,2 % des notes concernaient le tutorat en groupe. La proportion de notes récupérées N+ en fonction du mode de tutorat est décrite dans le graphique 2. 92,1 % des internes suivis en groupe avaient fourni une note de synthèse contre 59,7 % des internes suivis en tutorat individuel ($p=0,0006$).



Graphique 2 : Présence de note de synthèse en fonction du mode de tutorat

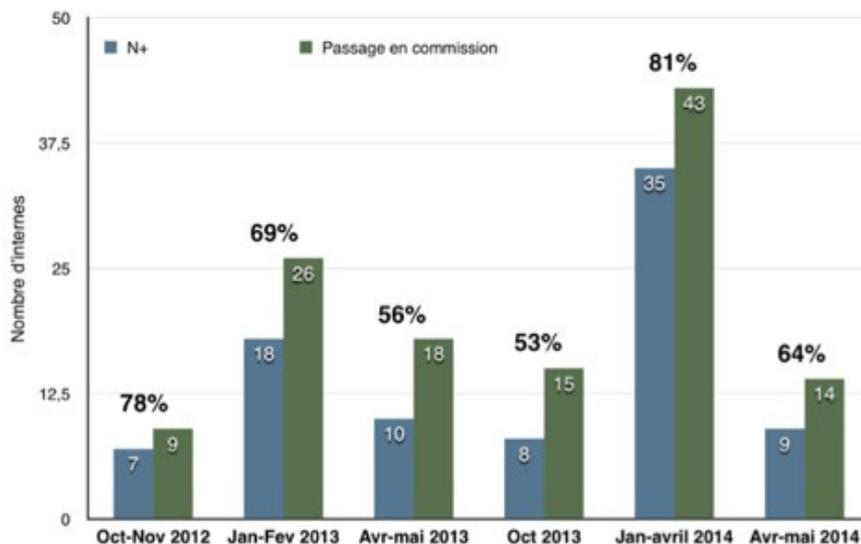
TI= Tutorat individuel TG= Tutorat en groupe N+ = note fournie par l'interne

La proportion de notes récupérées N+ en fonction de la population de tuteurs est détaillée dans le graphique 3. 50 % des internes suivis par des tuteurs du groupe TI seul avaient fourni une note de synthèse contre 87,5 % des internes suivis par des tuteurs TI + TG ($p < 0,0001$).



Graphique 3 : Présence de note de synthèse en fonction de la population de tuteurs

La proportion de notes fournies en fonction de la session de validation est illustrée dans le graphique 4. Elle n'augmentait pas au fil du temps et variait entre 53 % et 81 % en fonction des commissions.



Graphique 4 : Présence de notes en fonction des sessions de validation

La répartition des avis des tuteurs sur la validation de DES est décrite dans le diagramme 4. Parmi les 87 notes, 75 rendaient un avis favorable sur la validation. 11 ne pouvaient se prononcer (NPSP). Dans un seul cas, l'avis était défavorable : l'interne concerné a été validé.

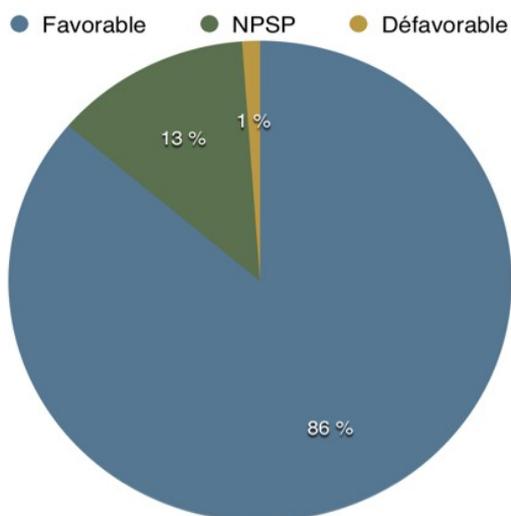


Diagramme 4 : Avis des tuteurs sur la validation de DES

B. Analyse qualitative

Les notes étaient très hétérogènes tant sur le fond que dans la forme. Sous format mail, certificat manuscrit ou note dactylographiée, le contenu allait de quelques lignes à plusieurs pages.

1) Description des notes

Au total, 69 notes sur les 87 fournies (79%) ont été analysées. La saturation des données a été atteinte dès la 58^{ème} note. L'analyse a été poursuivie afin de confirmer la saturation et d'intéresser les différentes périodes de commission et les différents tuteurs. Les tableaux 1 et 2 présentent respectivement la répartition des notes analysées en fonction du mode tutorat et en fonction de la population de tuteurs : TI seul et TI + TG. 36 % des notes analysées concernaient le tutorat en groupe (alors qu'elle représentaient 40 % de l'ensemble des notes).

	Mode de tutorat
69 notes analysées	Individuel : 44 (64%)
	En groupe : 25 (36%)

Tableau 1 : Répartition des notes analysées en fonction du mode de tutorat

			Nombre de notes analysées	Moyenne des notes analysées par tuteur
25 tuteurs représentés	TI seul	16	27	1,68
	TI +TG	9	42	4,6

Tableau 2: Répartition des notes en fonction de la population de tuteurs

3 tuteurs du groupe TI seul n'avaient écrit qu'une seule note.

Les différentes commissions étaient représentées de manière équilibrée, comme décrit dans le tableau 3.

Session de validation	Nb de notes analysées /nb total de notes
Octobre-Novembre 2012	6 /7
Janvier-février 2013	13/18
Avril-mai 2013	9/10
Octobre 2013	8/8
Janvier-avril 2014	28/35
Avril-mai 2014	5/9

Tableau 3 : Représentativité des différentes commissions dans l'analyse des notes

II) Les différentes fonctions de la note de synthèse

1) Un témoin du suivi tutorial

La note de synthèse était tout d'abord un témoin du suivi tutorial, à destination des membres de la commission de validation du DES : «*j'ai pu avoir des contacts réguliers avec Mr... tout au long de son cursus d'internat* »(104)« *durant les 3 années* »(72) « *dès le début de son DES* » (2). Le tuteur précisait s'il s'agissait d'un suivi en groupe « *... appartient à ma première promotion de tuteurs ayant intégré un groupe tutorial* » (63) ou individuel : «*j'ai vu... en rencontre tutoriale individuelle* »(41). Dans les suivis en groupe, le tuteur mentionnait si l'interne avait demandé à le rencontrer en entretien particulier en dehors des « *réunions tutoriales organisées tous les 6 mois à la faculté* » (84) : «*j'ai vu très régulièrement... en rencontre tutoriale individuelle mais aussi rencontre de groupe* »(27), «*...fait partie des internes suivis en groupe. Elle ne m'a jamais rencontré en entretien individuel en dehors de notre dernière rencontre* »(80).

Dans plusieurs cas, l'interne avait changé de tuteur en cours de cursus, ce qui avait écourté la durée du suivi :« *je n'ai rencontré qu'... qu'à partir de sa seconde année de DES car elle a changé de tuteur* »(30)

Le but pour le tuteur était de faire la preuve au DUMG d'«*un suivi pédagogique régulier* »(9), de justifier du travail d'encadrement pédagogique : « *vous trouverez en annexe copie de mes notes d'entretien* »(104) et de renseigner les membres de la commission de validation sur la légitimité de la note : «*j'ai pu ainsi l'évaluer tout à fait objectivement* » (125). Le tuteur se présentait alors comme une interface avec le DUMG : « *contacts par mails selon les préconisations du bureau du DUMG pour les étudiants éloignés (voir liste en annexe des rendez-vous et contacts mail)* »(104). D'autres se revendiquaient accompagnateur : «*j'ai accompagné... comme tuteur au long de son 3^e cycle*»(34), guide mais pas moteur de la progression de l'interne : «*je suis resté à ce moment là un tuteur discret*»(8).

2) Une fonction de bilan

A l'issue des 3 ans, le tuteur dressait le bilan du cursus : «*nous avons pu refaire un point individuel*»(82), «*nous discutons de l'ensemble de sa formation*»(43).

Il faisait d'abord la **synthèse des acquisitions** : «*synthèse sur ses compétences*»(88), «*dans le cadre de sa soutenance de DES, comme tuteur, il m'est demandé de donner un avis sur l'acquisition de compétence de*»(39).

La note de synthèse était le plus souvent rédigée à l'issue d'un dernier entretien individuel, ayant pour but de préparer la soutenance : «*notre dernière rencontre pour préparer sa validation*»(80). Il s'agissait d'«*affiner les points nécessaires à la validation du DES*»(68) de l'interne et de «*travailler sa présentation*»(72) : le tuteur orientait l'interne dans son choix de RSCA ou corrigeait le diaporama : «*nous avons discuté ensemble... du choix d'un RSCA à présenter lors de la validation de son DES*»(74).

La note dressait également un **bilan de ce qu'il restait à travailler, des améliorations à apporter** : «*cela a permis de pointer les situations encore imparfaitement maîtrisées et qu'elle saura parfaire*»

(82). En cela elle s'adressait au moins autant à l'interne qu'aux membres de la commission de validation : « Cette note se veut utile à ses 2 destinataires : aux membres du jury pour faciliter leur prise de décision mais surtout à... pour qu'elle puisse identifier les éléments qu'elle pourra faire évoluer lors de ses premières années de pratique » (80). Le tuteur pointait les lacunes : « encore quelques difficultés pour appréhender avec concision les demandes multiples » (17) et précisait les améliorations attendues : « encore quelques problèmes de posture et surtout de communication. Elle est bien consciente de cela et devra s'y astreindre prochainement » (80). Parmi les améliorations à apporter, le manque de confiance revenait fréquemment : « Encore besoin de prendre de l'assurance » (87), « un certain manque de confiance et d'assurance par rapport au regard du patient et du maître de stage » (85). Pour s'améliorer l'interne pouvait compter sur les conseils du tuteur : « si elle prend en compte mes propositions » (80) et l'expérience : « avec l'expérience elle devrait pouvoir corriger ce défaut » (67).

Ensuite, la note de synthèse était l'occasion de faire un **bilan sur la thèse** : « Elle vient de passer sa thèse. Son sujet était... » (50). Le tuteur avait un rôle de conseil : « thèse sur laquelle elle m'a souvent demandé mon avis » (57), émettait un avis sur la pertinence de la thèse pour la médecine générale : « sa thèse sur... apportera des éléments utiles à la profession » (67). Dans un certain nombre de cas, le tuteur était aussi le directeur de thèse : « je dirige la thèse de... Elle a réalisé une étude qualitative sur... elle en est au stade des entrevues » (37) ou avait fait partie du jury de thèse : « j'ai assisté à sa soutenance de thèse, qui est un gros travail, très sérieux et complet » (98).

Enfin la note faisait le **point sur le projet professionnel** : « elle a prévu de s'installer dans le Cher dans un cabinet de groupe avec deux autres jeunes médecins » (57), « elle a prévu d'effectuer des remplacements dans le Cher » (37). Quand l'interne avait choisi de réaliser un DESC, le tuteur le rappelait : « elle est en train de passer son DESC d'urgence » (50). Il s'inscrivait dans une relation d'aide tournée vers la construction du projet : « nous avons eu plusieurs échanges centrés sur ce projet pour l'aider à définir ses conditions d'installation » (109) « j'ai pu... adapter les apprentissages à sa future installation » (107). Là encore, le tuteur s'adressait à l'interne, en l'encourageant indirectement dans son projet : « je lui souhaite tout le bien possible pour son exercice futur » (109). Dans une note, le tuteur s'adressait même directement à l'interne : « bravo pour votre parcours (...) que vos projets en médecine du sport aboutissent » (20). Comme d'autres tuteurs, il envisageait l'avenir en se positionnant comme un futur confrère : « la prochaine fois que je vous contacterai ce sera en tant que médecin de second recours en médecine du sport » (20).

Le bilan était fait par l'interne lui-même en auto-évaluation dans certaines notes : « ... a produit un document de synthèse qui trace ses parcours et montre l'importance du travail accompli au cours des 3 ans du DES. » (68)

3) Une fonction évaluative validante

L'objectif affiché de la note était l'évaluation : « Ainsi j'ai pu évaluer » (67). Il s'agissait d'une **évaluation argumentée** : « me permettent d'affirmer » (26), « témoigne de » (81). Le propos était illustré par des exemples ou des figures « comme il est possible de le voir dans ce tableau récapitulatif » (125), « par exemple » (90). La dimension argumentative se retrouvait aussi dans les connecteurs logiques : « donc » (86), « néanmoins » (81) « malgré » (81) « par contre » (80)...

La finalité de la note était d'émettre un avis sur la validation de DES. Les avis des tuteurs sont illustrés dans le tableau 4.

	Exemples	
L'interne doit être validé		<p>« avis favorable pour validation DES »(23)(17) « m'associer à la validation de son DES »(88) « doit pouvoir passer sa soutenance »(79) « en vue de quoi je pense qu'elle peut soutenir son dossier de fin de DES »(72) « mérite d'être validé de son DES » (112) « peut prétendre sans retenue à la validation de son DES de médecine générale »(66)</p>
		<p>DEGRE de VALIDATION :</p> <p>« aucun problème pour valider »(64)</p> <p>« Je me prononce donc en faveur de sa validation de DES de médecine générale sans réserve »(94)</p> <p>« je donne un avis favorable à sa validation »(34)</p> <p>« avis très favorable » (85) « un avis tout à fait favorable »(104)</p> <p>« je suis totalement favorable à la validation du DES de »(57)(120)(91)(37)(50)</p>
		<p>SOUS CONDITION : « s'il poursuit ses efforts » (112) « à la condition d'un exposé en accord avec ce parcours » (68)</p>
Ne se prononce pas	<p>« il revient au jury de DES de médecine générale de se prononcer au vu de l'exposé proposé à la session de validation (14) « aucune opinion quant à la validation éventuelle de son DES »(18) « il m'est totalement impossible de me prononcer car..»(39) « je suis dans l'incapacité de fournir un avis objectif et éclairé à la commission de validation »(62)</p>	
L'interne ne doit pas être validé	<p>« du fait de nos récents échanges et en l'état actuel de mes évaluations, je ne suis pas favorable à sa validation. Je laisse le soin aux membres du jury quant à la validation de son DES aux vues des éléments de sa soutenance et de son dossier »(4)</p>	

Tableau 4 : Les 3 avis possibles sur la validation pour le tuteur

Régulièrement le tuteur n'émettait pas d'avis sur la validation et donnait une autre conclusion équivalente : « me paraît apte à exercer la médecine générale » (107) valorisant le critère principal d'évaluation pour lui : « présente donc les niveaux de compétence requis pour exercer la médecine générale » (2)

III) Les critères de l'évaluation

1) La progression pédagogique

L'évaluation de fin de cursus se faisait à la lumière du « suivi de la progression pédagogique »(51) (71). Le tuteur prenait du recul : « je mesure le chemin parcouru en 3 ans »(74). Les progrès se mesuraient essentiellement au travers des RSCA : « évolution dans la structure des écritures »(14), « il semble que la pertinence du questionnement se soit développée »(14). Le tuteur concluait à une « progression dans son approche clinique, ses recherches diagnostiques et démarches thérapeutiques » (62). L'objectif affiché était surtout d'estimer « la progression dans le temps... et en termes de compétences »(81), par exemple un interne avait « amélioré ses compétences de communication »(51) (71). Les tuteurs jugeaient l'évolution « spectaculaire »(30) ou « régulière »(90) : « évolue doucement mais sûrement »(101). Les progrès étaient d'autant plus appréciés que les « débuts » avaient été « hésitants »(90) : « pour.. c'est un grand, grand travail »(64). Dans un cas, le tuteur estimait les efforts insuffisants : « la progression à laquelle elle aurait pu prétendre n'a pas été pleinement réalisée »(14)

2) Les critères réglementaires

La plupart des tuteurs veillaient à ce que les critères réglementaires soient remplis par l'interne (cf tableau 5)

Formation pratique	Maquette de stage	« a réalisé l'ensemble des obligations de sa maquette »(4)(37)(50)
Formation théorique « a validé 200 heures d'enseignement théorique »(4)	Séminaires	« a fait son quota d'enseignements facultaires »(10) « séminaires organisés par le DUMG 128h »(51)(71) « participation aux séminaires organisés par le DUMG : 15 dont 4 obligatoires »(105)
	Groupes de pratique	« quota de groupe de pratique »(107) « groupe de pratique 25H »(51) « participation aux groupes de pratique : 3 semestres validés »(105)
	Groupes Balint	« groupe Balint sur 6 mois à Blois »(85)
	FMC	« elle ne s'est pas contentée des formations proposées par le DUMG »(65) « FMC 40h (congrès de médecine générale »(51) « participé à des séances de FMC de l'Ampel et à des Journées de Septembre »(81)
	Revue	« abonnement à la revue Prescrire »(86) « test de lecture Prescrire : lecteur émérite 2013 » (85) « test de lecture de la revue Exercer 20H »(51)

Tableau 5 : Les critères réglementaires

Au delà de l'aspect réglementaire, la formation continue semblait nécessaire pour de nombreux tuteurs permettant à l'interne de « *tenir ses compétences à jour* »(80) et « *obtenir les dernières données actuelles de la science* »(80). Cela valait aussi bien pour la période de l'internat que pour la suite du cursus professionnel : « *elle continuera à se former régulièrement* »(27). Certains tuteurs étaient irrités quand leur interne n'était « *abonnée à aucune revue* »(80) ou ne connaissait « *ni Médecine ni Exercer* »(4). Ce dernier tuteur regrettait aussi que l'interne ne soit « *pas en mesure de citer un autre organisme de FMC que le département de la FMC de la faculté* » et ne connaisse « *pas le système de formation agréé et indemnisé des médecins généralistes* »(4)

Un des tuteurs ne disposait « *pas d'élément pour juger de la validation des heures d'enseignement théoriques et de la maquette des stages* ». Quelques tuteurs détaillaient la maquette : « *parcours sur 3 ans= (détail de la maquette)* »(35). Un tuteur avait demandé à l'interne de faire le bilan de ses différents stages : « *nous avons fait le tour dans un premier temps de ses différents stages d'internat : premier semestre : Médecine interne à (...) Ressenti de ce premier stage : très bon stage pour un débutant, diversifié, pathologies multiples, plus ou moins encadré cependant...* »(85)

3) L'acquisition de compétences

Au delà du cadre de « *l'expertise biomédicale* »(108), l'interne développait au cours de sa formation des « *compétences professionnelles* »(34) ou « *compétences d'exercice* »(35). En acquérant ces compétences, il passait « *du statut d'apprenant à celui de professionnel* »(108). L'enjeu de la formation que devait véhiculer et transmettre le tuteur était d' « *intégrer la notion d'apprentissage par acquisition de compétences* »(9), « *se poser des questions sur les compétences à acquérir pour exercer la médecine générale* »(26). Dans certains cas, les compétences n'étaient ni détaillées ni explicitées. « *je soussigné,..., certifie qu'au cours de son internat de médecine générale, elle a acquis les compétences nécessaires à l'exercice de la médecine générale* » (46) constituait la seule phrase d'une des notes de synthèse. Lorsqu'elles étaient détaillées c'était le plus souvent sous la forme d'une liste avec validation compétence par compétence. Une des notes de synthèse (60) se réduisait à la liste des compétences détaillées sans autre commentaire du tuteur. Certains tuteurs mettaient l'accent sur une ou deux compétences seulement.

Lorsque les tuteurs utilisaient une **liste de compétences**, leur référence de départ était « *les 12 compétences génériques de la définition européenne de la médecine générale-médecine de famille de la WONCA Europe* »(93)¹⁴.

Par rapport à la marguerite des compétences (cf annexe 2), utilisée ensuite, certaines compétences étaient peu ou pas représentées et d'autres hypertrophiées (cf figure 1).

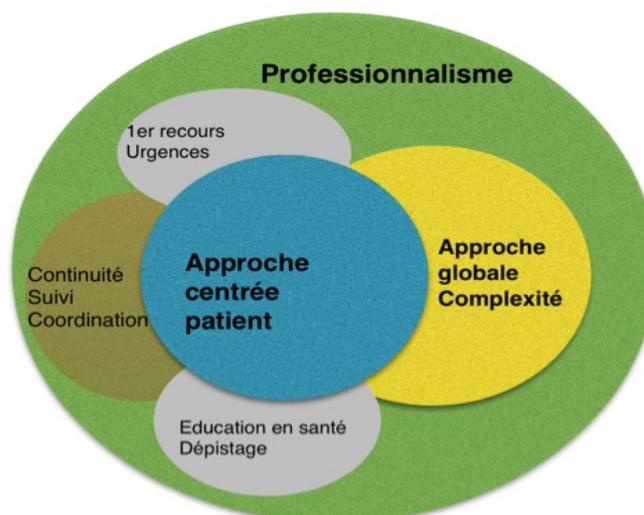


Figure 1 :
La marguerite des compétences« déformée »

Le tableau 6 illustre les différentes compétences précitées.

COMPETENCES	EXEMPLES
Approche centrée-patient/ Relation/ communication	« a une réelle démarche centrée sur le patient »(57) « elle prend en considération le patient et son environnement dans ses décisions »(51)(71) « le questionnement est centré problème ou maladie et non centré patient »(4)
	« éléments de communication »(81) « à l'écoute de ses patients »(27) « une bonne qualité d'écoute et de communication avec le patient et son entourage »(67) « quelques questionnements très pertinents dans la champ de la posture du médecin»(4)
	« La relation médecin-malade » (4) « esprit d'empathie »(8) « avec le souci permanent de la relation médecin-malade »(105) « tendance à la relation de sympathie, c'est à dire laisser le patient envahir le champ du médecin au point de voir affaibli son objectif de soin »(14)
Approche globale/ complexité	« elle a su développer une approche globale du patient »(67) « un souci permanent de la prise en charge du patient dans sa globalité »(105) « de l'ordre du savoir agir complexe » (88) « décoller du biomédical » (10) « une bonne réactivité face aux situations diverses auxquelles elle a été confrontée en particulier les plus complexes»(94) « appréhender avec concision les demandes multiples des patients pour savoir ce qu'il faut répondre et ce que l'on peut repousser »(17)
Professionalisme	« implication dans la prise en charge des patients me paraît adéquate »(87) « beaucoup de professionnalisme »(57)(37) « désir de se mettre le plus rapidement possible au service de la discipline »(8) « j'ai apprécié la conscience professionnelle de... qui a toujours souhaité améliorer ses compétences »(34) « me paraît être de la catégorie rare des médecins qui ont intégré dans leur métier une vision sociétale et un engagement professionnel à la fois dans son activité de médecin généraliste et dans la société civile » (93) « raisonnement éthique au dessus de la moyenne d'un étudiant en fin de cycle»(43)
Premier recours/urgences	« l'angoisse suscitée par les situations urgentes l'amène parfois à ne pas prendre en compte tous les éléments utiles à une décision » (67)
Continuité/ Suivi/ Coordination	« une bonne collaboration avec le réseau de proximité » (67) « collaborer avec les autres professionnels de santé »(108)
Éducation en santé/ prévention/ dépistage	« propension...à éduquer les patients et enfin à participer à la promotion de la santé » (108)

Tableau 6 : Compétences en médecine générale évaluées par les tuteurs

S'est imposé ensuite dans le temps le **référentiel des niveaux de compétence**¹⁵ (annexe 3) évaluant chacune des compétences en précisant un niveau¹⁶ : « *Les niveaux de compétence selon le CNGE donnent les résultats suivants* »(98), « *en se référant au référentiel des niveaux de compétence, voici l'évaluation permise* »(112). Certains tuteurs jugeaient cette tâche trop complexe : « *au travers de ces traces, la plupart des compétences ont été évaluées. Il n'est néanmoins pas possible de préciser le niveau atteint dans chacune* »(81). Une interne était « *largement au dessus du niveau compétent, pour certaines compétences elle est au niveau expert* »(98)

De nombreux tuteurs s'attachaient au caractère exhaustif de l'acquisition de compétences même s'ils ne les détaillaient pas une par une : il s'agissait de « *vérifier toutes les compétences* »(31), de « *vérifier si le travail d'acquisition* » avait « *été mené sans scotome* »(68). Dans certains cas, le tuteur était satisfait : « *l'ensemble des compétences du portfolio est pour moi acquis* »(43). D'autres constataient que « *tout* » n'avait « *pas été encore exploré* »(82). Un tuteur avait réussi à « *vérifier toutes les compétences sauf celle sur le professionnalisme* »(31). L'évaluation de certaines compétences était parfois impossible faute d'information : « *compétence : je n'ai pas suffisamment d'élément pour l'évaluer* »(50). Les tuteurs ne se justifiaient pas forcément : « *compétence non évaluée* » (80). Dans un cas, la justification était probante : « *il n'avait pas apporté son portfolio et je n'ai pas pu évaluer de traces d'apprentissage* »(4).

Un des tuteurs insistait sur un point : c'était à l'interne d'apporter la preuve de son acquisition de compétence : « *compétence non démontrée* »(14). Ce même tuteur encourageait l'auto-évaluation : « *ce point a été auto-évalué par* » (14), « *elle a fait par une auto-évaluation pertinente le bilan de ce qui lui reste à faire pour prétendre à l'exhaustivité du programme du DES* »(68).

La majorité des tuteurs donnaient un avis global sur l'acquisition de compétences, que celles-ci aient été ou non listées, détaillées ou critériées : « *sans être critériées, les compétences de médecine générale ont été acquises et améliorées au cours de ces 3 ans* »(68) . La plupart du temps, cet avis était clairement positif : « *présente donc pour son tuteur les niveaux de compétence requis pour exercer la médecine générale* »(2). L'avis pouvait être présenté de manière moins affirmative : « *les compétences semblent acquises* »(85) ou plus nuancée : « *toutes les compétences n'ont pu être évaluées ou validées. Pour autant je n'ai pas de réelle inquiétude sur les compétences non évaluées... si elle prend en compte mes propositions* »(81). Dans un nombre non négligeable de cas, le tuteur ne se prononçait pas : « *concernant l'acquisition des compétences, il m'est totalement impossible de me prononcer* »(30), « *je n'ai donc aucune idée des compétences acquises par...* »(18) Dans un seul cas, l'avis était négatif : « *en tant que tutrice je ne suis pas actuellement en mesure de valider les compétences en MG de* »(4). **L'évaluation des compétences était parfois inexistante.**

C'était essentiellement l'acquisition des compétences qui conditionnait la validité des apprentissages, toutefois d'autres critères ou « *qualités nécessaires à l'exercice de la médecine générale* »(9)(106) apparaissaient au sein des notes de synthèse.

Parmi ces qualités, on retrouvait la notion de réflexivité , c'est-à-dire la capacité à s'interroger sur sa pratique et à mettre en œuvre les ressources internes et externes pour y répondre. Plusieurs exemples l'illustraient : « *attitude réflexive par rapport à sa pratique* »(71), « *elle se remet en cause lorsque les consultations ne suivent pas le rythme qu'elle pensait* »(43), « *capacité à expliciter ses actions et à se poser des questions pertinentes pour la pratique généraliste* »(14). A l'inverse, l'absence d'esprit critique était pointée du doigt : « *peu de remise en cause... ou de critiques des informations trouvées* »(80) « *sans analyse critique* »(76).

Peu de tuteurs faisaient référence au niveau de connaissance des internes : « *ses décisions reposent sur des connaissances solides* » (67), « *a acquis l'ensemble des connaissances nécessaires à un médecin généraliste en exercice* »(43).

Un des tuteurs donnait un critère d'évaluation personnel : l'aptitude de l'interne à exercer la médecine générale dépendait de sa capacité à le remplacer « *...me remplace régulièrement et est très appréciée par la patientèle. Elle est donc apte à exercer la médecine générale et à obtenir sa validation de DES* »(3).

Enfin quelques tuteurs rappelaient la finalité de la validation du DES, à savoir certifier l'aptitude à exercer la médecine générale : « *pas de doute quant à ses capacités d'exercer la médecine générale* »(5), en mettant en relief les spécificités de la spécialité « *elle a bien identifié les difficultés et les points importants en soins primaires* »(105). Dans l'idéal, le tuteur voyait en ce futur professionnel « *un médecin généraliste efficace* »(27) ou un « *bon spécialiste de Médecine Générale* »(8) pouvant prétendre à « *un exercice de qualité et confortable* »(34). Dans un cas, le tuteur trouvait d'ailleurs « *dommage* » que son interne ayant choisi de réaliser un DESC « *ne se destine pas à la médecine générale* » (98).

IV) Les supports de l'évaluation

Un des tuteurs résumait : « *Pour réaliser cette synthèse j'ai tenu compte de mes notes personnelles recueillies à l'issue des réunions tutoriales..., des échanges autour des traces d'apprentissage dans son portfolio* » (84). L'évaluation s'articulait autour de trois principaux outils : les échanges entre l'interne et son tuteur, le portfolio et les traces d'apprentissage. Les tuteurs tenaient également compte des appréciations de stage et d'autres paramètres, détaillés ci-dessous.

1) Les échanges

Le mode d'échange entre tuteurs et internes était très varié (cf tableau 7).

Forme des échanges	« <i>discussions</i> »(87) « <i>rencontres</i> »(91) « <i>de longues conversations</i> »(93)
Moyens de communication	« <i>par mails, textos ou téléphone</i> »(86) « <i>réécits échangés et travaillés par courriel</i> »(14) « <i>avec des contacts physiques et par mails</i> »(104) « <i>lors de nos réunions</i> »(55) « <i>nous avons utilisé le portfolio électronique</i> »(72)
Lieux d'échange	« <i>j'ai rencontré à mon cabinet</i> »(86) « <i>nous nous sommes rencontrés une fois au DUMG</i> »(4) « <i>quelques rencontres à la faculté</i> »(88)
Moment	« <i>lors de séminaires</i> »(88) « <i>lorsqu'elle était en stage...et lors des remplacements</i> »(91) « <i>lors des groupes de pratique</i> »(57) « <i>à l'issue des réunions tutoriales</i> »(84)

Tableau 7 : Les différents types d'échange entre tuteur et interne

Les échanges étaient plus ou moins formels : « nous nous sommes rencontrés formellement tous les 6 mois depuis 3 ans mais aussi de façon individuelle et informelle »(74). La formalisation d'un cadre semblait parfois nécessaire : « ces compétences n'ont pu être abordées que grâce à l'échange verbal (entretien semi-directif et d'explicitation) »(14), mais la plupart du temps « ces réunions et des échanges informels » étaient suffisants pour « mesurer la progression »(63).

La fréquence de ces contacts était également très variable (cf tableau 8).

	<p>« ne m'a jamais rencontré »(80)</p> <p>« j'ai vu occasionnellement »(41), « je l'ai rencontrée 2 ou 3 fois » (30)</p> <p>« régulièrement »(87) , « une à deux fois par an » (87), « tous les six mois à la faculté »(88)</p> <p>« très régulièrement »(86)</p>
---	---

Tableau 8 : Fréquence des contacts entre tuteur et interne

Parfois les tuteurs déploraient le faible nombre de contacts avec l'interne : « j'aurais aimé que nos échanges soient plus réguliers »(41). Dans un cas toutefois : « malgré l'absence physique de tutorat, les traces d'apprentissage disponibles » avaient permis au tuteur « de donner un avis favorable pour la validation »(81). Le constat était présenté sur un ton neutre : « nous ne nous serons rencontrés que 2 fois »(85), « le suivi en tutorat est resté embryonnaire »(85) ou ironique : « nous nous sommes croisés de façon inattendue et informelle pour la première fois en juin 2012 et n'avons pas eu l'occasion de nous revoir depuis ...»(18). Pour les internes ayant un suivi individuel, le suivi pédagogique était parfois entravé par l'éloignement des lieux de stage : « comme son cursus s'est déroulé sur l'Indre » (36) « je n'ai pas pu régulièrement le rencontrer »(23). La prise de contact se faisait le plus souvent à l'initiative de l'interne : « je l'ai vu en entretien tutoré à sa demande »(4). Plus rarement, à l'initiative du tuteur : « n'a pas pris contact... avec moi malgré mes relances »(4).

Le contenu des échanges était invariant. Il s'agissait d'« échanger autour du portfolio »(107), d'« échanges autour des traces d'apprentissage »(84). Un des tuteurs rapportait également « de longues conversations » avec son interne « sur sa vision de son métier »(93).

Peu de tuteurs s'exprimaient sur la qualité des échanges : tantôt positifs « lors de ces échanges elle était présente, réactive et intéressée »(61), tantôt décevants « l'échange fut peu informatif concernant son acquisition de compétences »(4).

2) Le Portfolio

Les traces d'apprentissage de l'interne étaient « colligées dans son portfolio »(88). La majorité des tuteurs faisait référence au portfolio pour justifier du travail pédagogique de l'interne : « bon travail sur le portfolio »(64), « nous avons exploré son portfolio qui semble réunir suffisamment de traces

d'apprentissage »(57). Certains internes « *avaient utilisé le portfolio électronique* »(72), d'autres l'avait « *laissé en dépôt durant trois mois environ* » à leur tuteur afin qu'il puisse l'analyser. A l'issue de cette analyse, les tuteurs émettaient un avis sur de qualité du portfolio : « *portfolio...complet mais un peu difficile à réutiliser car un peu fouillis* »(55), « *portfolio complet, équilibré* »(17).

Un tuteur analysait le portfolio du tuteur par comparaison à un autre de ses tuteurs : « *s 'anime (le portfolio) non pas comme celui de ...[autre interne] mais bon !* » (101).

3) Les traces d'apprentissage

Parmi « *les traces d'apprentissage disponibles* »(81), les **RSCA apparaissaient comme la référence**. Cités dans la plupart des notes, ils s'imposaient dans l'argumentaire des tuteurs comme les traces d'apprentissage les plus pertinentes : « *je suis en mesure de dire, après l'analyse de récits de situations cliniques authentiques* »(93), « *j'ai eu plusieurs RSCA qui m'ont permis de* »(41). Toutefois il arrivait que ces « *récits de situation clinique* »(8) ne soient pas formalisés en RSCA : « *elle a écrit tout un tas de cas cliniques... sans forcément le réécrire en type RSCA* »(43).

En dehors des RSCA, **peu d'autres types de traces étaient citées**, à l'exception de « *la production d'un journal de bord au cours de son SASPAS* »(71) et de « *synthèses sur des séminaires* »(80).

Le plus souvent, les tuteurs quantifiaient le nombre exact de RSCA « *neuf RSCA* »(81) mais parfois ils ne donnaient pas de précision : « *les RSCA sont nombreux* »(37)(50). Ils faisaient la part entre les traces analysées, corrigées et celles non présentées : « *elle en a écrit 9. J'en ai revu 5* »(76). D'un tuteur à l'autre, le nombre minimum de RSCA souhaitable variait. Pour l'un « *les récits... n'ont pas été nombreux : au total, (...) en a écrit six* »(14) alors qu'un autre estimait les « *traces d'apprentissage tout à fait conséquentes ... aurait fait 6 ou 8 RSCA* »(85). Parfois ce nombre était clairement insuffisant : « *j'ai vu un RSCA... écrit lors de son premier stage. Rien depuis* »(39). Exceptionnellement les traces étaient inexistantes « *il m'a dit en avoir peu écrites et qu'elles étaient manuscrites et inachevées, raison pour laquelle il ne voulait pas me les montrer* » (4)

Les thèmes abordés ou « cas cliniques rencontrés »(90) étaient divers : « *présentation d'un malade chronique* »(74), « *situations de soins palliatifs* »(67) « *RSCA sur les AVK* »(104)... Le caractère exclusivement biomédical du contenu était relevé par de nombreux tuteurs qui appréciaient que les problèmes soient... « *parfois décentrés du champ exclusif bio-médical* »(8) et souhaitaient voir l'interne « *décoller du biomédical* »(10) pour découvrir d'« *autres aspects* »(81).

Plusieurs tuteurs faisaient allusion aux familles de situation, référencées par le CNGE¹⁷ (cf annexe 5) : « *nous avons fait une évaluation des compétences en utilisant les 11 familles de situation définies par le CNGE* » (97). Tantôt listées et détaillées, voire illustrées dans un cas par les différentes traces d'apprentissage produites (note 82), elles étaient le plus souvent simplement citées « *dans tous les onze domaines de situations qui se devaient d'être abordés au cours de son cursus* »(90).

Dans tous les cas, c'était « *la diversité des traces, des situations exemplaires mises en jeu, des situations pédagogiques en question* »(68) qui renforçait la validité du travail de construction des compétences.

Tous les niveaux de qualité de RSCA étaient cités (cf tableau 9).

	<p>« début de RSCA...qu'on pourrait qualifier de prometteur... »(18)</p> <p>« un RSCA (pas mal mais inabouti) »(30)(39)</p> <p>« les écritures présentées étaient correctes »(65)</p> <p>« RSCA de bonne qualité »(50)</p> <p>« RSCA d'une excellente qualité »(62)</p>
---	---

Tableau 9 : Appréciation qualitative des RSCA

A travers « *les traces d'apprentissage disponibles* »(81), le tuteur évaluait « *l'utilisation des outils de l'écriture* »(14) et « *certaines compétences mises en jeu par l'explicitation des récits présentés* »(14). Davantage que les thèmes abordés, ou le nombre des RSCA, c'était la qualité qui importait aux yeux des tuteurs (cf tableau 10).

Structure de la narration	<p>« <i>narrations... claires et vivantes</i> »(81)</p> <p>« <i>de grande qualité narrative, avec une problématique bien formulée</i> »(105)</p> <p>« <i>la structure de l'écriture renseigne mal sur les compétences abordées</i> »(14)</p>
Pertinence du questionnement	<p>« <i>questions...pertinentes</i> »(90) « <i>les cas sont bien décrits, les questions sont intéressantes</i> » (76)</p>
La recherche bibliographique	<p>« <i>la recherche bibliographique est succincte</i> »(4)</p> <p>« <i>la recherche documentaire est très souvent en adéquation avec la problématique de la situation</i> »(105)</p> <p>« <i>elle maîtrise la recherche documentaire et son analyse</i> »(34)</p> <p>« <i>ressources documentaires déconnectés d'une histoire clinique</i> »(14)</p>
Pertinence des réponses	<p>« <i>au travers de ces traces on peut évaluer les différentes compétences</i> »(37)</p> <p>« <i>réponses de type livresque</i> »(76) « <i>sans analyse critique</i> »(76)</p> <p>« <i>les réponses trouvées sont transposables à des situations courantes</i> »(51)</p>
Pertinence des sources	<p>« <i>La pertinence des sources n'a pas été abordée</i> »(4)</p>

Tableau 10 : Critères de qualité des RSCA cités

Les RSCA avaient parfois nécessité des corrections : « *quelques corrections à effectuer* »(23) ou des conseils de la part du tuteur : « *je lui demande de toujours bien préciser ses sources avec les dates des articles ou recos...* »(85) ; sans être forcément suivis d'effet : « *dommage que les RSCA envoyés n'aient pas été complétés suite aux remarques faites* »(55)

4) Les appréciations de stage

Un des tuteurs précisait qu'ils n'avait « pas tenu compte des appréciations de stage qui ne sont pas connues des tuteurs »(84).

Pourtant la plupart des tuteurs semblaient y avoir accès, probablement via l'interne, qu'il s'agisse des évaluations de stage hospitalier : « les évaluations toutes très positives des chefs de services »(81) ou de stage ambulatoire « avec de bonnes appréciations de ses MSU »(85). Pour certains tuteurs, ces appréciations de stage se révélaient précieuses en complétant une évaluation lacunaire des compétences : « au travers des traces produites et de nos entretiens toutes les compétences n'ont pu être évaluées . Les évaluations des stages de niveau 1 et 2 renseigneront ces champs » (118) même s'ils déploraient ne pas avoir « eu de contacts directs avec les évaluateurs les plus proches de l'action » (84) de l'interne.

Dans un grand nombre de cas, ce problème disparaissait quand le tuteur avait reçu l'interne en stage « étant également son maître de stage niveau 1 et niveau 2 »(107) voire pendant l'externat : « est venu dans mon cabinet... en qualité d'externe » (8). L'évaluation à l'issue du SASPAS semblait très contributive : « après 6 mois de SASPAS, je pense que »(43). L'interne était évalué directement en situation : « avoir été tuteur et maître de stage SASPAS de... Elle a présenté de réelles capacités d'investissement personnel, une bonne réactivité face aux situations diverses auxquelles elle a été confrontée »(94) ou indirectement auprès des autres maîtres de stage :« j'ai été son 3^{ème} MSU ce qui m'a permis de savoir auprès des deux autres MSU qu'elle avait bien progressé... et de juger de ses compétences à la fin du stage »(37)

5) Autres paramètres de l'évaluation

Il s'agissait de facteurs d'évaluation relatifs à l'interne ou aux rapports avec son tuteur. Bien que non critériés, ces éléments semblaient influencer la décision.

Les choix faits par l'interne, son caractère, comptaient aux yeux du tuteur et pesaient dans la validation (cf tableau 11). En conclusion de sa note, un des tuteurs disait « je suis favorable à la validation du DES de Médecine générale. Son investissement dans sa formation et au sein de GRACE-IMG ont été importants » (118)

Caractère de l'interne	« timide »(87), « réservé »(87)« interne un peu effacée »(82) « c'est une jeune femme très émotive »(64) « personnalité volontaire »(64)« étudiante curieuse, réactive, présente et dynamique »(55)
Motivation pour la médecine générale	« très forte motivation à exercer la médecine générale »(63) « je n'ai pas su si le choix de la MG avait été fait délibérément aux ECN »(4)

Investissement dans sa formation	<p>« intérêt porté au travail pédagogique »(68)</p> <p>« son implication dans sa formation »(31)</p> <p>« l'authenticité et le sérieux du travail de Mme » (68)</p>
Choix de la maquette/ diversité des apprentissages	<p>« son parcours d'enseignement théorique est varié et riche »(26)</p> <p>SASPAS : « elle a fait le choix de ne pas réaliser de SASPAS. Choix que j'ai regretté sur le moment »(80)</p> <p>« a choisi sa maquette en fonction de son projet professionnel futur d'installation dans le département du Cher. Elle a réalisé 2 SASPAS successifs dans le 18, ce qui lui a permis... de se créer une file active de patients »(109)</p> <p>« avait au départ un projet de DESC de médecine légale, projet qu'elle a abandonné pendant son cursus, sans regret a priori » (118)</p>
Recherche	<p>« sa participation aux journées interrégionales de recherche témoigne de son interrogation par rapport à un projet de recherche »(71)</p>
Vie syndicale	<p>« membre du bureau du syndicat des internes de médecine générale de la région Centre »(105)</p> <p>« organisation des journées d'accueil des nouveaux internes »(105)</p> <p>« elle s'est investie dans GRACE-IMG en prenant la présidence »(118)</p>

Tableau 11 : L'interne et ses choix

La nature de la relation entre tuteur et interne était aussi prise en compte. Plusieurs indices révélaient la proximité entre le tuteur et l'interne : «... est mon interne tutorée »(68) ou au contraire la distance : « j'ai reçu le... un mail de M^{lle}... me demandant de me rencontrer »(85). Un tuteur déclarait cette proximité à dessein : « je la connais extrêmement bien ayant été en plus de sa tutrice, sa maître de stage en niveau 1 puis en niveau 2 puis sa directrice de thèse »(120). Il prouvait qu'il connaissait bien l'interne et légitimait ainsi son avis. Ce même tuteur annonçait cependant ce qui « pourrait être considéré comme un conflit d'intérêt »(120) : il avait pour projet de s'installer prochainement avec cet interne. On relevait dans quelques notes une participation affective du tuteur : « je tiens à évoquer la rencontre chaleureuse et le bonheur que j'ai eu à retrouver régulièrement cet étudiant »(84). Son objectivité pouvait même être remise en cause : « j'ai été séduit »(84), « j'ai observé cet étudiant passionnant... Je suis persuadé »(8).

C) Différents types de notes

Les catégories :

Six catégories de notes ont été identifiées. Elles sont détaillées ci-dessous et illustrées par un exemple.

1) Les « certificats »: (Cf exemple 1)

« Je soussigné, certifie... »

Notes très concises calquées sur le modèle du certificat médical, elles pouvaient conclure à l'acquisition de compétences mais sans justification.

2) Les notes « justificatives » du suivi de l'interne : (Cf exemple 2)

Centrées sur l'évaluation des critères réglementaires, l'analyse des supports et/ou le suivi, elles ne renseignaient pas sur l'acquisition ou le niveau de compétence de l'interne.

Elles justifiaient le travail de l'interne, mais aussi le travail du tuteur afin de montrer au DUMG qu'il avait tenu son rôle d'enseignant.

3) Les notes centrées sur l'acquisition de compétences : (Cf exemple 3)

Elles témoignaient d'une réelle démarche d'évaluation des compétences, soit parce que le tuteur utilisait une liste de compétence soit parce qu'il mettait en valeur et/ou détaillait plusieurs compétences (au moins deux).

La validation était conditionnée par l'acquisition des compétences en médecine générale.

4) Les « Nouvelles notes » faisant intervenir l'auto-évaluation de l'interne (Cf exemple 4)

Elles faisaient intervenir l'auto-évaluation de l'interne, selon 2 approches différentes :

- soit une approche compétence par compétence au fil des stages de la maquette,
- soit une approche par famille de situation,
- soit les deux approches à la fois.

Une note, récente, présentait un tableau à double entrée (compétences/familles de situation) : aux intersections des 2 entrées, l'interne remplissait les cases avec des preuves de traces d'apprentissage, dans le but de faire apparaître d'éventuelles lacunes dans la formation.

5) Les notes des tuteurs qui ne pouvaient se prononcer (Cf exemple 5)

Les tuteurs n'avaient pas rencontré l'interne ou pas suffisamment pour pouvoir conclure. (On retrouve dans la catégorie 3 les notes des tuteurs qui ne pouvaient conclure malgré l'analyse de plusieurs traces d'apprentissage et/ou rencontres avec l'interne, estimant que celui-ci n'avait pas suffisamment fait la preuve de son acquisition de compétence.)

6) Les « inclassables »

Une note était un mail adressé directement du tuteur à l'interne. (Cf exemple 6.1)

Une autre note, présentée sur un mode affectif, dressait un tableau de la personnalité de l'interne mais n'apportait pas d'information sur le niveau de compétence ni même sur les critères réglementaires ou supports de l'évaluation. (Cf exemple 6.2)

Une dernière note retranscrivait un échange de mails entre le tuteur et l'interne dans les jours précédents la commission de validation : le tuteur avait tenté de stimuler l'interne à s'auto-évaluer mais cette tentative s'était finalement soldée par un échec. (Cf exemple 6.3)

Exemple 1 : Note type « certificat »

le 9.12.12

Je soussigné, Docteur ..., certifie que M^{elle} ... me remplace régulièrement et est très appréciée par la patientèle.

Elle est donc apte à exercer la médecine générale et à obtenir sa validation de DES.

Signature

Exemple 2 : Note type « fiche justificative de suivi »

Je suis le tuteur de... que j'ai suivi au long de son cursus de DES de médecine générale.

Je l'ai vu régulièrement au cours de son internat, 1 à 2 fois par an. J'ai eu également l'occasion d'échanger avec lui par téléphone ou par mail.

L'analyse de son portfolio avec lui m'a permis de faire la point sur sa maquette.

Ce qui m'a permis de vérifier la validité de celle-ci quant à ses heures d'enseignement et la répartition de ses stages. Il a également colligé dans celui-ci des traces d'apprentissage concernant des travaux, des RSCA.

Son suivi, au cours de son cursus m'a permis de constater ses progrès. Timide et réservé au début, il a appris progressivement à s'affirmer et à développer des compétences dans différents domaines. Il a encore besoin de prendre de l'assurance, ce qu'il pourra faire idéalement au cours de remplacements.

Son implication dans la prise en charge des patients me paraît adéquate à la lecture de ses RSCA et au décours des discussions que nous avons pu avoir autour de ceux-ci.

Aussi, ... me paraît apte à exercer la médecine générale.

Exemple 3 : Note type « acquisition de compétence »

NOTE DE SYNTHÈSE DE TUTORAT

En date du

...a pris contact avec moi très rapidement dans son cursus. Les échanges entre nous ont été nombreux par mail et en entretien.

Concernant son parcours en général et sa maquette :

...a réalisé l'ensemble des obligations de sa maquette de stage.

Elle a géré sa maquette pour valider l'ensemble des stages nécessaires en fin de 4^e semestre. Elle a réalisé 2 SASPAS successifs dans le 37, choix guidé par l'envie d'approfondir ses connaissances dans la discipline et de ne pas retourner à l'hôpital.

Concernant ses compétences en médecine générale (évaluées au travers des traces d'apprentissage et rencontres) :

Les RSCA ont été nombreux et globalement de bonne qualité. Ils ont été longtemps très biomédicaux. (...) aborde les choses de manière très consciencieuse et est capable de trouver les données biomédicales nécessaires à son activité. Elle manque peut-être encore un peu de recul sur sa pratique, de prise de distance lui permettant de réfléchir à sa posture, aux problèmes de communication et d'éducation thérapeutique, malgré la réalisation d'un semestre de groupe Balint et quelques groupes de pratique. Elle se fie beaucoup aux autorités sanitaires et a encore du mal à remettre éventuellement en cause des recommandations de bonnes pratiques, même si elles se doivent de l'être. Ses abonnements à Prescrire et Exercer, qu'elle poursuivra je l'espère, lui permettront probablement d'avancer dans cette démarche.

Je n'ai pas à ma disposition d'autres traces d'apprentissage que des RSCA mais j'en ai consulté dans son portfolio lors d'entretiens.

Au travers de ces traces, la plupart des compétences ont été évaluées.

1. Adapter son raisonnement et ses décisions au contexte de soins primaires pour résoudre efficacement des problèmes de santé : **compétence validée.**
2. Prendre une décision adaptée en situation d'incertitude/ d'urgence : **compétence validée**
3. Exécuter avec sécurité les gestes techniques les plus fréquents et utiles en médecine générale ambulatoire : **non évalué**
4. Communiquer de façon appropriée avec le patient et son entourage (mener un entretien, informer, négocier, tenir compte de ses émotions et de celles du patient...) : **compétence validée.**
(...) devra approfondir son travail de réflexion sur sa posture face au patient et sur les

techniques de communication adaptées.

5. Eduquer le patient à la gestion de sa santé et de sa maladie : **compétence validée** (...)

6. entreprendre des actions de santé publique (...): **compétence validée**.

7. Travailler en équipe et/ou en réseau lors de situations complexes, aiguës et chroniques.
Coordonner les soins autour du patient (addictions, fin de vie...) : **compétence validée**

8. Assurer le suivi au long cours et la continuité des soins lors des problèmes et pathologies les plus fréquentes en médecine générale (...) : **compétence validée**

9. Appliquer les dispositions réglementaires dans le respect des valeurs éthiques (...) : **non évalué**

10. Assurer la gestion de l'entreprise médicale (fiscalité, comptabilité...) : **non évalué**

11. Entretenir ses compétences : évaluer sa pratique, organiser et maintenir sa formation professionnelle : compétence validée partiellement. (...) n'a pas encore fréquenté d'organismes de FMC agréés en dehors de la faculté. Elle devra réfléchir aux modalités futures de sa FMC.

Concernant son projet professionnel :

(...) effectuera dans un premier temps des remplacements fixes en médecine générale.

Concernant son projet de thèse : je dirige la thèse qui sera soutenue en avril (...)

Conclusion :

Je suis favorable à la validation de DES de Médecine Générale de (...) qui a fait la démonstration des compétences nécessaires. Je n'ai pas d'inquiétude sur les compétences non évaluées, ni sur sa capacité à améliorer rapidement sa posture si elle poursuit une formation continue basée sur l'échange entre pairs sur les pratiques. Je lui souhaite tout le bien possible pour son exercice futur.

Exemple 4 : « Nouvelle note » avec auto-évaluation de l'interne

Note de synthèse de Madame

Le lundi ... 2014

L'accompagnement tutoral permet de rendre compte de la progression des acquisitions de compétences en médecine générale au cours des 3 ans du DES.

Il demande un effort continu de la part du tuteur dans le travail d'élaboration de ses traces d'apprentissage contrôlé de proche en proche par son tuteur qui n'est pas le moteur mais le guide de l'action.

Cet effort est illustré par le document de synthèse présenté par Madame

Ce document montre une approche double :

- par la chronologie avec le parcours semestre par semestre avec les compétences mises en jeu,
- par situation exemplaire permettant de faire le point sur les éventuels scotomes de formation. Il essaie de fournir des clés de lecture (mode pédagogique, identification de traces d'apprentissage). On y retrouve par exemple peu de rétroactions des consultations des stages de niveau 1 et des situations de stage hospitaliers.

Début du document :

MON PARCOURS D'INTERNE EN MEDECINE GENERALE

(description semestre par semestre des compétences travaillées, traces d'apprentissage à l'appui)

Synthèse de l'interne à la fin de cette première partie :

« le fait d'écrire tout ça m'a permis de prendre du recul sur le chemin parcouru et de voir mon évolution dans les différentes compétences.(...) Je pense que c'est un très bon outil d'accompagnement et qu'il faut le faire dès le début du parcours d'interne et le retravailler constamment »

2^e partie de l'autoévaluation : **MON PORTFOLIO**

Détail des apprentissages dans les onze familles de situation référencées par le CNGE

Synthèse de la 2^e partie : « Le portfolio est un très bon accompagnement du cursus d'interne. Il permet de prendre du recul sur notre progression, notre apprentissage et nos difficultés ou échecs.

Il m'a permis de surmonter de nombreuses difficultés (...) »

Fin du document de synthèse :

Madame... est mon interne tutorée depuis novembre 2010. Les échanges pédagogiques ont été principalement ceux des 6 contacts obligatoires augmentés d'un échange récent pour préparer la validation du DES. J'ai noté 20 échanges par courriel sur divers sujets dont un aller et retour sur le premier RSCA. J'ai eu à connaître 4 récits dont celui destiné à être présenté au cours de la session de validation.

On regrette toujours que les rétroactions significatives entre l'interne et l'évaluateur au plus près de l'action soient si difficiles à obtenir. Les éléments obtenus perdent certainement ici de leur valeur.

Le contact récent effectué à l'occasion de la préparation à la validation du DES a permis de mettre en lumière une compréhension très affirmée des modes d'acquisition des compétences en médecine générale. Cependant, celle-ci arrive tard. C'est probablement pour cette raison que les productions utiles (véritables traces d'apprentissage) sont peu fréquentes en dehors des habituels récits de situation. Pour autant, on peut raisonnablement observer que les compétences de communication, professionnalisme, premier recours, approche globale centrée patient ont largement dépassé le stade « novice ».

C'est pourquoi le travail effectué, la prise de conscience des modes d'apprentissage augurent de sa capacité à acquérir et entretenir les compétences de la discipline.

Madame...atteint ici le niveau exigé pour valider son DES de médecine générale.

Exemple 5 : note où le tuteur ne pouvait se prononcer faute de suivi

Rapport de tutorat

Madame...

Date

Dans le cadre de sa soutenance de DES, comme tuteur, il m'est demandé de donner un avis sur l'acquisition de compétence detout au long de son DES.

Sauf erreur de ma part, je l'ai rencontrée en février 2010. Pas depuis.

Je ne dispose pas d'éléments pour juger de la validation des heures d'enseignement théoriques et de la maquette des stages.

Concernant son acquisition des compétences, il m'est totalement impossible de me prononcer car j'ai vu un RSCA (pas mal mais inabouti) écrit lors de son premier stage en 2008. Rien depuis.

Exemple 6.1 : note « inclassable »

Date : Sun, 13 jan 2013

From :

Subject : re : FW : synthèse tuteur

Bonjour..., bravo pour votre parcours !

je n'ai rien à ajouter, vous faites parti des internes qui n'ont pas besoin de tuteur (et c'est un très bon signe!)

je souhaite que vos projets en médecine du sport aboutissent, vous pouvez bien sur communiquer de mail au DUMG ;

je reste à votre disposition si vous avez besoin d'autre chose mais pour ma part, je n'ai pas besoin de vous rencontrer.

Encore bravo,

Je pense que la prochaine fois que je vous contacterai ce sera avec le plus grand plaisir en tant que médecin de second recours en médecine du sport.

Bien cordialement

Dr ...

Exemple 6.2 : note « inclassable »

De :

objet : ...validation tuteur

à : marine.perrigouard@univ-tours.fr

Pour ..., c'est un début difficile, du genre poète de la médecine;;;mais souvent les poètes n'aiment ni les conflits ni les orties alors un petit coup de remontée de bretelles et voilà un portfolio qui s'anime non pas comme celui de (autre interne) mais bon !

Quand l'artiste oublie le clair de lune il y a une bonne production. Une bonne réflexion s'organise au fur et à mesure et voilà que notre ancien externe de Clermont évolue doucement mais sûrement... Bonne chance à... qui sera capable de sortir une grand-mère d'un mauvais OAP sans oublier de remettre de l'eau dans le vase de cette rose qui se fripe déjà.

Exemple 6.3 : note « inclassable »

Validation de DES ; note de synthèse du tuteur

Le ...janvier 2013

... a été intégrée au DES de médecine générale à Tours le 1^{er} novembre 2009. Je suis son tuteur pédagogique depuis cette date.

Le 3 décembre 2012, je recevais un courriel : «Pr ...bonjour. Je viens vers vous pour la validation de mon DES en janvier. Je sais bien que nous nous sommes rencontrés seulement trois fois et qu'il va être difficile pour vous d'évaluer l'acquisition de mes compétences... Comment pouvons-nous faire, voulez vous me rencontrer pour faire le point? Merci beaucoup de votre réponse, bonne, journée, ..., votre tutorée. »

Je répondais le 6 décembre : Bonjour, je n'ai en effet RIEN vous concernant dans mes dossiers de suivi.

Il me sera donc difficile d'avoir un avis argumenté sur votre progression des acquisitions.

Pour vous rendre service avant de se voir si nous décidons qu'il y a matière, je vous propose :

- que vous fassiez le point de votre parcours facultaire de stage et formation facultaire
- que vous fassiez le point sur les situations vécues qui vous ont interrogé. Vous verrez en lien (www.dumg-tours.fr/IMG.....) les familles de situation exemplaires pages 9.
- que vous essayiez de voir dans ces situations si vous avez travaillé un trace (...)

Ce n'est qu'avec tous ces éléments que nous pourrions échanger efficacement sur les arguments d'acquisition de vos compétences en médecine générale.

Merci donc de me fournir une synthèse de tous ces éléments pour juger de la nécessité de notre rencontre. Ce document de synthèse sera de toute manière utile à la validation de votre DES. Bon travail. Cordialement

Le 16 décembre je recevais un premier travail accompagné du courriel suivant : « Bonjour, Je vous joins mon travail pour la validation de DES ainsi que l'ensemble de mes heures de formation théorique. (...) »

Des remarques sur le travail ont été fournies en temps utiles par courriel :

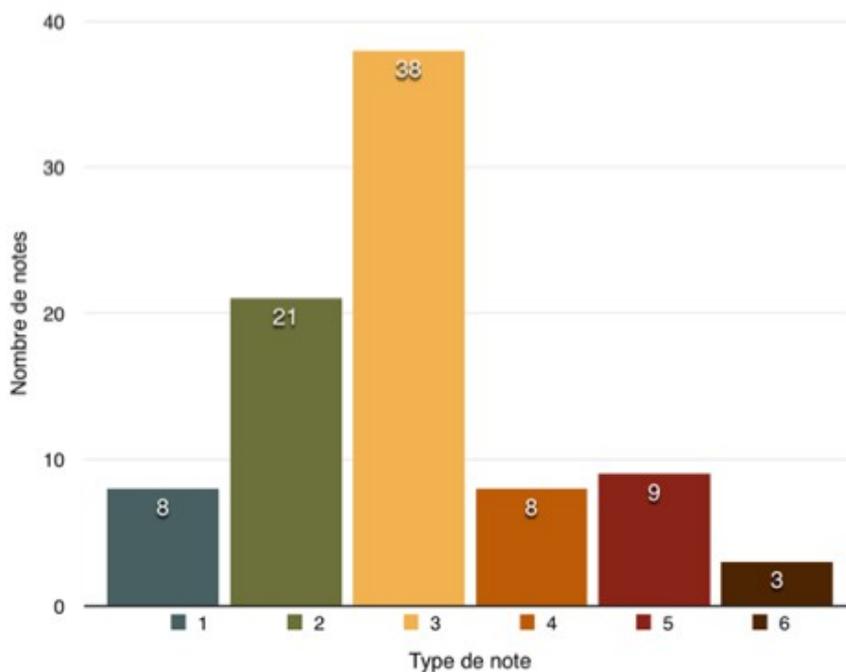
« Bonjour, un document joint avec quelques commentaires. Merci de retravailler de récit qui montre à quel point il est difficile sans un guide pour vos apprentissages, d'analyser correctement vos pratiques(...).

Au total le récit est utilisable pour l'exploration des compétences en médecine générale mais l'outil de l'écriture n'est pas utilisé, compris. Cette écriture ne renseigne pas sur le travail des compétences en médecine générale et apporte peu de renseignements sur la capacité de... à se poser les questions pertinentes face à une situation de médecine générale.

Récemment, j'ai pu constater que... faisait partie des lecteurs émérites 2013 de la Revue Prescrire. Cela indique son souci d'utiliser des sources valides pour répondre aux questionnements concernant les soins primaires. Cependant l'état du suivi pédagogique ne me permet pas de me prononcer sur ses acquisitions de compétences en médecine générale.

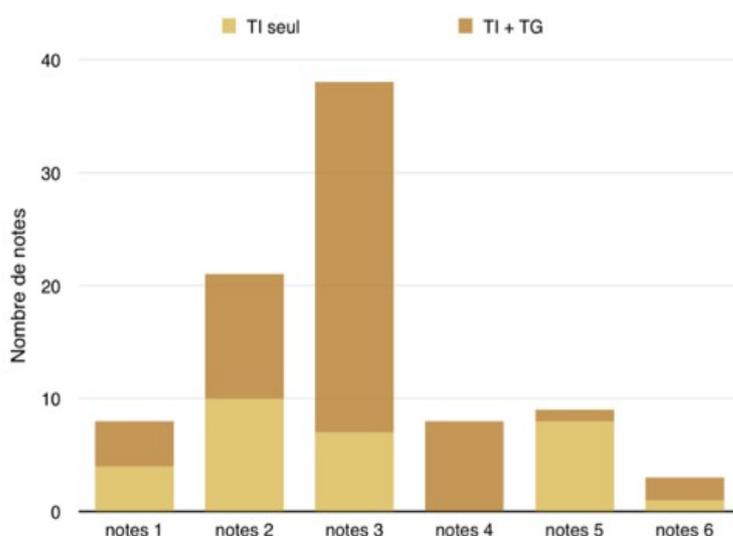
Répartition des notes par catégorie

Les notes de type 2 et 3 étaient les plus représentées. Le graphique 5 décrit la répartition des différents types de notes.



Graphique 5 : Répartition des différentes types de notes

Parmi les notes de type 5 où le tuteur ne pouvait se prononcer, dans un seul cas sur 8 l'interne était suivi en groupe. 81 % des notes de type 3 et 100 % des notes de type 4 avaient été écrites par des tuteurs du groupe TI + TG. Pour les « certificats » de type 1 et les notes « fiche de suivi » de type 2, la répartition se faisait équitablement entre les 2 populations de tuteurs comme décrit dans le graphique 6.



Graphique 6 : Répartition des 2 populations de tuteurs par type de note

D) Évolution des notes

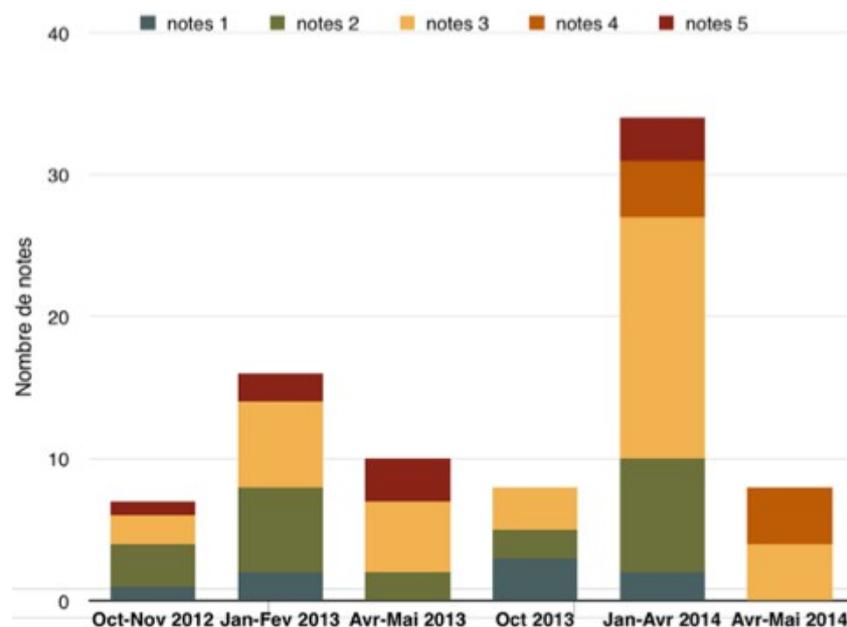
C'est à partir de janvier 2014 que les principaux changements se sont opérés.

Les familles de situation sont apparues dans 10 notes au total. Dans 4 notes, les familles de situation étaient citées en référence, dans 6 elles étaient détaillées et servaient de support à l'auto-évaluation de l'interne.

L'apparition des niveaux de compétence est également notée. Le niveau pour chacune des grandes compétences de la marguerite était évalué dans 6 notes. Ces notes avaient été écrites par 3 tuteurs différents, tous membres du DUMG.

C'est lors de cette période qu'ont été créées les premières notes d'auto-évaluation de type 4.

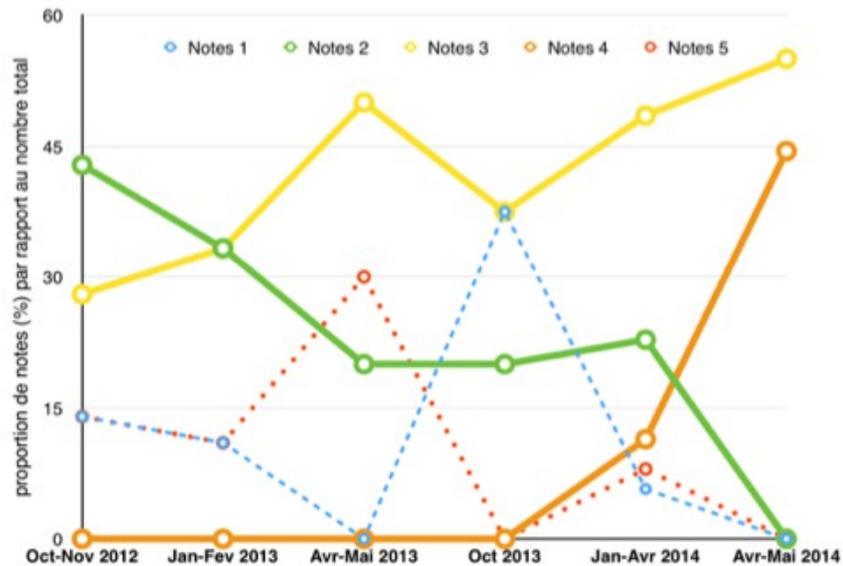
Le nombre de notes de chaque type (hormis le type 6 : « inclassable ») est reporté pour chaque session de validation dans le graphique 7.



Graphique 7 : Nombre de notes en fonction des sessions de validation

Lors de la dernière session, deux types de notes subsistaient : les notes centrées sur l'acquisition de compétences (type 3) et les nouvelles notes d'auto-évaluation (type 4). Lors de cette session d'avril-mai 2014, 8 notes sur 9 ont été écrites par des tuteurs membres du DUMG ayant testé les 2 formes de tutorat.

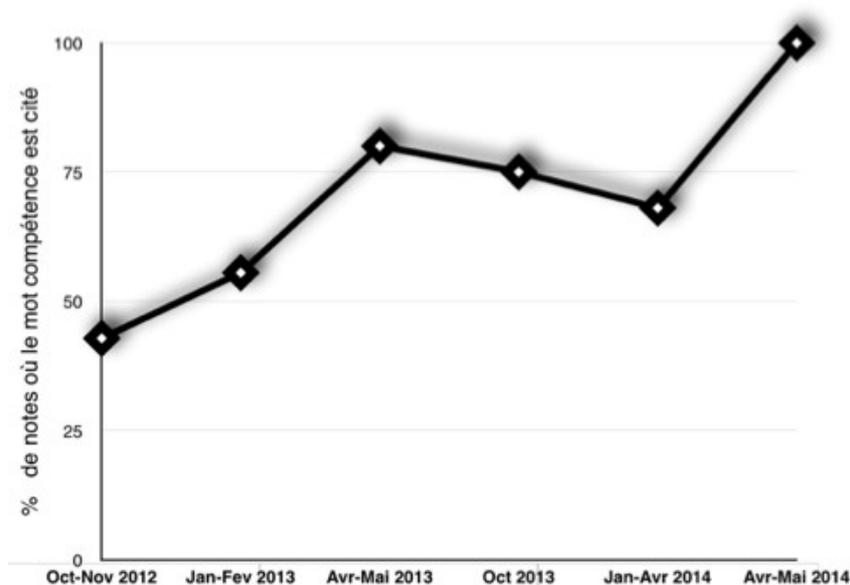
Tandis que les notes de type 3 augmentaient progressivement, les notes type « fiche de suivi » (type 2) ont diminué (diminution de moitié lors de la 3^e session de validation) puis disparu. Les « certificats » (type 1) ont également disparu, alors qu'ils représentaient plus de 30 % des notes en octobre 2013. Le graphique 8 montre la part de chaque type de note (hormis le type 6) au sein du nombre total de notes recueillies lors des différentes sessions.



Graphique 8 : Proportion de chaque type de note par session

La présence d'une trame d'écriture dans la note n'évoluait pas dans le temps. Au total 24 notes possédaient une trame. 2 tuteurs représentaient à eux seuls 15 notes sur 24. Ils utilisaient systématiquement la même trame pour rédiger.

Le mot compétence était cité dans 60 notes (69%). Le graphique 9 montre la proportion de notes faisant référence au terme compétence au fil des sessions de validation. Lors de la première session d'étude, elles ne représentaient que 43 % du nombre total de notes pour atteindre 100 % lors de la dernière session d'avril-mai 2014.



Graphique 9 : Le mot « compétence » dans les notes au fil du temps

DISCUSSION

Cette étude avait pour objectif de recueillir et décrire toutes les notes de synthèse des tuteurs écrites entre octobre 2012 et mai 2014. 87 notes ont été recueillies correspondant à 70 % des internes convoqués en commission. Le passage du tutorat individuel au tutorat en groupe s'est accompagné d'une augmentation du nombre de notes de synthèse. La prévalence des notes était supérieure dans la population de tuteurs ayant expérimenté les 2 formes de tutorat, individuel et en groupe. Le contenu des notes était très hétérogène. Les notes ont été classées dans 6 catégories différentes. La répartition de ces catégories a évolué au fil des sessions de commission. Les « certificats » et les notes type « fiche de suivi » ont diminué pour disparaître, de même que les notes où le tuteur ne pouvait se prononcer faute de suivi. Elles ont fait place aux « notes centrées sur l'acquisition de compétences » qui ont augmenté progressivement et aux « nouvelles notes d'auto-évaluation de l'interne » apparues à partir de janvier 2014. Ces évolutions vont dans le sens de la certification des compétences.

A propos de la méthode

L'utilisation d'une méthode mixte a répondu à l'objectif de décrire dans son ensemble les notes de synthèse du tutorat. En l'absence de données bibliographiques, la démarche exploratoire* qualitative a décrit le contenu des notes, les objectifs des tuteurs et débouché sur l'identification de plusieurs catégories de notes qui ont été répertoriées et comparées.

L'exhaustivité du recueil de notes sur les 18 mois est un gage de représentativité des données. La saturation des données* a été bien vérifiée puisque 79% des notes ont été codées et analysées. La poursuite de l'analyse sur 11 notes supplémentaires a renforcé la saturation des données.

L'ensemble des tuteurs de médecine générale de la région Centre étaient représentés sur la période d'étude, écartant ainsi un biais de sélection. La séparation des tuteurs en 2 populations distinctes semblait correspondre à une réalité : la population de tuteurs ayant expérimenté le tutorat en groupe TI + TG correspondait aux enseignants les plus motivés et les plus concernés par l'amélioration de la pédagogie à Tours. Cette hypothèse s'est confirmée par la suite au niveau de la prévalence des notes et de leur répartition dans les différentes catégories : ces tuteurs semblaient effectivement plus investis avec davantage de notes rédigées et une proportion plus importante de notes axées sur l'acquisition de compétences.

La population d'internes concernait plusieurs promotions de 2007 à 2010. Jusqu'en 2009, les internes étaient forcément suivis en individuel. Lors de la création du tutorat en groupe en 2010, les internes n'ont pas été randomisés dans les groupes TI et TG : ils choisissaient leur tuteur, et de ce fait leur mode de tutorat, au début de leur DES en fonction de leur rang de classement.

Les populations d'internes et de tuteurs n'étant pas comparables, les différences mises en évidence doivent être interprétées avec beaucoup de réserve.

L'anonymisation des résultats garantissait le respect de l'éthique et une certaine objectivité de la part de l'enquêteur amené à analyser les notes de synthèse d'internes de sa promotion. A l'inverse, pour les quelques notes dont le classement n'était pas immédiatement évident, par exemple intermédiaires entre une note de type 2 ou de type 3 : le fait de connaître le nom du tuteur pouvait orienter le classement dans l'une ou l'autre catégorie.

Les notes n'étaient pas destinées à être analysées au moment de leur rédaction. Les écrits analysés puis

interprétés ne comportaient donc pas la même intention que lors d'un recueil de données par entretien. Le matériel d'analyse était figé au moment du recueil. Les intentions des tuteurs ne pouvaient qu'être interprétées au travers des écrits.

Le codage* a été réalisé, en grande partie, par une seule personne (l'enquêteur) peu expérimentée. La thématization puis le choix des critères de catégorisation* des notes comportaient une part de subjectivité. La validité* des résultats est, de ce fait, critiquable. Néanmoins le codage a été supervisé, à toutes les étapes, par le directeur de thèse qualifié en recherche qualitative.

Une partie du recueil de données s'est fait de manière prospective : la directrice de thèse étant elle-même tutrice, cela aurait pu modifier ses pratiques dans la rédaction des notes de synthèse suivantes. L'analyse séparée de ses notes n'a toutefois pas montré de modification notable hormis l'apparition de l'évaluation des niveaux de compétence.

Aucune triangulation* des données n'a été réalisée. L'avis de l'interne aurait apporté un éclairage concernant la valeur de la note. Une note critériée, axée sur l'acquisition de compétences pouvait ne pas refléter la réalité. Le tuteur connaissait-il l'interne ? La note était-elle réellement personnalisée ? L'interne approuvait-il le bilan dressé par le tuteur et l'avis sur la validation ? Il aurait été intéressant d'avoir le contrepoint de l'interne sur ces sujets. L'avis du tuteur intervenait aussi sur cette note de synthèse dans la triangulation du recueil des données. Or les résultats n'ont pas été soumis aux tuteurs : la validité interne de l'étude n'a pas été corroborée.

L'évolution des notes était présentée par session de validation et non par promotion. Cette approche chronologique reflétait davantage la réalité de la progression des concepts pédagogiques. En effet, l'interne était évalué à un instant t et un même tuteur pouvait changer ses habitudes au fil du temps : ainsi 2 internes d'une même promotion suivis par un même tuteur pouvaient avoir des types de notes différentes en fonction de la session de validation. L'étude de l'évolution des notes chez un même tuteur a été abandonnée car elle semblait difficile à retranscrire vu le faible nombre de tuteurs. L'anonymisation en aurait été perdue. D'autre part, elle aurait pu être stigmatisante.

A propos des résultats

Prévalence des notes de synthèse

Seulement 70 % des internes convoqués en commission avaient fourni une note de synthèse.

La prévalence des notes était significativement supérieure pour les internes suivis en groupe par rapport aux internes suivis en individuel. Les résultats de 2 thèses sur l'évaluation par les internes du tutorat à Tours (au début¹⁰ et à la fin¹¹ de leur DES) montraient des contacts tuteur-tutoré plus nombreux et de meilleure qualité en tutorat en groupe qu'en individuel. Existe-t-il un lien entre fréquence/qualité des contacts et prévalence des notes de synthèse ? Pour y répondre, de nouvelles études seraient nécessaires.

La différence entre les 2 populations de tuteurs TI seul et TI+TG était plus significative encore ; laissant penser que c'est davantage le tuteur et ses aspirations pédagogiques que le mode du tutorat qui influençaient la rédaction de la note. Encore une fois, les populations étant différentes, ces interprétations sont à prendre avec beaucoup de réserves. La prévalence des notes n'augmentait pas au fil du temps : la composition de chaque commission était en effet très hétérogène en terme de promotion, nombre et population de tuteurs, mode de tutorat. La valeur de ce critère quantitatif est à

relativiser ; il n'est pas le reflet de la qualité du suivi tutorial.

Hétérogénéité des notes de synthèse

La grande hétérogénéité des notes pressentie s'est confirmée avec une saturation tardive des données. Cette diversité garantissait la richesse des données. Les notes étaient hétérogènes tant sur la forme que sur le fond.

Cette hétérogénéité s'explique très certainement par l'absence de « règle » ou de « trame » édictée par le DUMG au départ. Elle peut être perçue comme un manque de rigueur lors de la mise en place du tutorat et être critiquée. Pour autant, elle a laissé la possibilité aux tuteurs d'imaginer leur note de synthèse, laissant place à une diversité effectivement riche en informations ainsi qu'à une évolution possible des notes. Sans cette liberté, les nouvelles notes basées sur l'autoévaluation ne seraient peut-être pas apparues, pourtant sources actuellement de réflexions pédagogiques.

Cette hétérogénéité fait aussi réfléchir sur l'intérêt ou non d'imposer une trame pour la rédaction, qui « standardiserait » l'évaluation. Ne risquerait-on pas de stériliser les idées nouvelles ? Maintenant que le cadre pédagogique pour le DES de médecine générale est fixé et les outils d'évaluations publiés, ne devrait-on pas laisser les tuteurs s'approprier eux mêmes le contenu des futures notes de synthèse en accord avec tout cela ?

Les fonctions de la note de synthèse

La note avait plusieurs fonctions : celles de témoin du suivi tutorial, de bilan et d'évaluation à visée validante. A travers leur différentes fonctions, les notes illustraient les rôles du tuteur (définis par les internes et les tuteurs eux-mêmes lors d'études qualitatives^{18,19}). En utilisant la note comme un témoin du suivi tutorial, les tuteurs apparaissaient comme des enseignants et des représentants du DUMG : ils justifiaient alors des obligations de l'interne et de leur propre mission auprès du DUMG. Toutefois les tuteurs se voyaient d'abord comme des évaluateurs¹⁸ : la fonction évaluative, peut-être sous estimée par les internes¹⁹, était pourtant très présente dans les notes. Elle avait pour finalité de se positionner sur la validation et se faisait à l'issue du bilan des acquisitions.

La fonction de bilan illustre aussi le rôle de guide/d'accompagnateur si cher aux internes¹⁸. La note faisait le point sur la thèse, le projet professionnel. Sur ces sujets le tuteur avait parfois conseillé ou orienté l'étudiant. Ces quelques « notes-bilan » se destinaient d'ailleurs autant à l'interne qu'au DUMG. Elles étaient le prétexte à une dernière rencontre tutoriale permettant en fait de préparer la validation de DES et pointaient les améliorations à apporter, sorte de « prescription pédagogique » pour la pratique de ce futur professionnel. Qu'en pensait l'interne ? Trouvait-il ces conseils utiles ? Ces derniers intervenaient-ils opportunément ou trop tardivement au sein de l'évaluation formative ? Il s'agit d'une autre piste de recherche.

Les critères d'évaluation

L'évaluation s'appuyait sur la progression pédagogique, les critères réglementaires et l'acquisition de compétences. La validation reposait rarement sur des critères personnels comme l'aptitude à remplacer le tuteur. On peut d'ailleurs s'interroger sur la pertinence de ce critère. A la fois, c'est un critère global, probant et efficace ; il traduisait la confiance qu'avait le tuteur en son interne/remplaçant : il lui confiait sa patientèle, c'est donc que l'interne était apte à exercer. Pour autant, ce critère peut sembler arbitraire : il sous-entend que le tuteur est un modèle auquel l'interne devrait idéalement pouvoir se substituer. Les interactions humaines jouent un rôle essentiel dans la

construction des connaissances et l'interne se projette prioritairement dans son tuteur⁴, mais le tuteur/médecin remplacé est-il forcément le modèle du médecin généraliste compétent à suivre, surtout si l'on considère que l'acquisition des compétences se poursuit tout au long de la vie professionnelle ?

Le plus souvent les tuteurs utilisaient des critères validés : grille de compétences et obligations réglementaires. La certification des compétences conditionne l'octroi du permis d'exercice professionnel. Le tuteur est le seul à avoir une vision complète, dynamique de la progression et des compétences acquises par l'interne²⁰. Pourtant, l'évaluation des compétences au sein des notes était très inégale. Tantôt critériée grâce à une liste de compétences à valider, tantôt fondée sur une ou 2 compétences, elle était inexistante dans 30 % des cas. La mention du terme compétence augmentait cependant au fil des commissions, laissant présupposer l'imprégnation progressive par les tuteurs de cette approche par compétence.

Les supports de l'évaluation

Les traces d'apprentissage ont pour point commun de favoriser la réflexivité, qualité recherchée par nos tuteurs. Parmi les travaux d'écriture cités, les RSCA apparaissaient largement en tête. Première trace implantée au DUMG de Tours, leur évaluation est aussi guidée par une grille critériée fournie aux tuteurs ce qui facilite leur utilisation. Face aux RSCA, les autres types de traces étaient sous-représentées. Elles sont probablement méconnues des internes et ignorées par certains tuteurs étant considérées comme de bas niveau de complexité par rapport aux RSCA³.

Pourtant, en ce qui concerne l'utilité des traces d'apprentissage, les évolutions pédagogiques récentes ont montré que, davantage que la structure ou la forme du travail, c'est le contenu qui importait. En particulier, c'est la réalisation d'une « boucle pédagogique d'apprentissage » qui devait être vérifiée (cf annexe 3). Toute trace sans relation avec ce travail métacognitif aurait peu de chance de renseigner les évaluateurs sur la progression des apprentissages⁷.

En cas de compréhension insuffisante du sens global du modèle, la tentation est grande de ne s'attacher qu'au résultat final que constituent les traces écrites et non au processus qui a présidé à leur élaboration. L'attachement des tuteurs à l'aspect quantitatif en est la preuve. Au delà du simple dénombrement -les quantités exigées étaient d'ailleurs très variables- c'est bien la qualité de la méthode de construction des compétences qui était interrogée. Dans un objectif de certification, il faut s'assurer que chaque interne a couvert le champ disciplinaire des compétences et familles de situation : cela ne dépend pas du nombre de traces. Comment se détacher de cet aspect quantitatif, plus simple pour les évaluateurs ? L'enjeu pour le DUMG est sans doute d'aider les internes et les acteurs de l'évaluation, à identifier ce qu'est une trace d'apprentissage signifiante, exploitable pour la formation, l'évaluation et la certification. Des solutions sont expérimentées dans d'autres facultés comme la « cellule-tutorat » à Paris Est Créteil destinées à aider les internes mais aussi les tuteurs⁵. Pourquoi ne pas envisager des outils équivalents pour faciliter l'adhésion pédagogique des tuteurs à Tours ?

L'analyse de ces traces ne constituait pas une évaluation suffisante de l'interne à elle seule. Elle constituait un préalable aux échanges tuteur-tutoré et complétait l'évaluation des performances de l'interne en situation. Les tuteurs, à moins de faire de la supervision directe ou indirecte en tant que MSU, évaluaient généralement l'interne hors situation. Pour avoir une idée précise et objective des acquisitions, l'évaluation devrait dans l'idéal être partagée par tous les acteurs pédagogiques dans une stratégie de triangulation des données. Dans cette optique, les évaluations de stage manquaient à certains tuteurs.

Les critères liés à l'interne

Un professionnel agit avec sa personnalité et son caractère. Ses pratiques dépendent de ses croyances et représentations personnelles. Ce champ fait partie de l'évaluation des compétences et il était abordé par les tuteurs. Les tuteurs sont des médecins généralistes habitués à une évaluation globale des situations, ils transféraient cette compétence dans leur activité pédagogique : au delà des traces, de l'évaluation rigoureuse, le contexte et le caractère de l'interne comptaient pour une évaluation globale, plus humaine que formelle.

D'autre part les promoteurs de la pédagogie par apprentissage, insistent sur la nécessité d'un suivi longitudinal personnalisé³. Si certaines notes donnaient ainsi une évaluation impersonnelle qui aurait pu s'appliquer à n'importe quel interne, d'autres notes étaient beaucoup plus personnalisées faisant apparaître le caractère de l'interne, ses choix de formation, ses engagements. Puisque le tuteur est le seul évaluateur qui suit l'interne tout au long des 3 ans de DES, il devrait en effet prouver qu'il connaît l'interne suffisamment : cela garantirait une certaine légitimité à la note. Une trop grande proximité entre tuteur et tuteuré pourrait cependant être un frein. Dans certaines notes, l'implication affective du tuteur semblait prendre le pas sur l'évaluation objective des compétences. Une relative subjectivité est tolérée, mais réduite en incluant l'avis de l'évalué dans la procédure d'évaluation⁶. C'est ce concept d'auto-évaluation qu'ont proposé certains tuteurs avec l'apparition de nouvelles notes de type 4.

Ces éléments sur les supports de l'évaluation rappellent à quel point, c'est finalement le jugement humain multiple et agrégé qui évalue au plus juste une compétence particulière de l'interne. Le tuteur doit absolument être le réceptacle de toutes les informations pertinentes concernant l'interne : traces, échanges, évaluations de stage, entretiens avec les différents MSU... Il reste tout un chantier dans les DUMG pour que ce soit effectivement le cas. Il reste notamment des questions en suspens⁶. Comment conclure à un niveau de compétence estimé en intégrant une éventuelle dispersion des retours évaluatifs ? Le nombre d'internes suivis par chaque tuteur ne représente-t-il pas une trop grande charge de travail et de responsabilité ?

Évolution des notes

L'évolution des notes dans le temps était le reflet de l'évolution du tutorat et de la pédagogie au DUMG de Tours entre octobre 2012 et mai 2014.

Dans les suites de la publication du numéro spécial certification de la revue exercer en août 2013, les tuteurs ont été davantage sensibilisés au concept de certification des compétences et à l'utilisation de nouveaux outils tels que les familles de situation et les niveaux de compétences.

Sous l'égide d'un groupe d'expert du CNGE, six compétences génériques transversales et leur composantes ont été décrites¹⁵(cf annexe 2) pour recouvrir l'ensemble des tâches et fonctions du médecin généraliste. Pour chacune des six compétences trois niveaux ont été déclinés¹⁶ : novice, intermédiaire et compétent précisant le niveau attendu en fin de DES (cf annexe 3). Parallèlement, plusieurs groupes d'enseignants ont produit une liste de 11 familles de situations exemplaires¹⁷. (Cf annexe 4). Travailler dans l'espace de ces situations permet aux internes d'aborder l'ensemble des compétences de médecine générale et d'acquérir les savoir-agir leur permettant de remplir les missions que la société attend d'eux¹³. Ces situations structurent à présent le parcours de formation des internes depuis 2013 et constituent leur programme de formation. Ils doivent s'auto-évaluer sur ces situations.

Le changement de pédagogie n'est pas sans poser problème, induisant des résistances individuelles. L'appropriation est lente et progressive. Les notes de type 1 et 2 en étaient la preuve. : les tuteurs qui maîtrisaient encore mal ces concepts, étaient tentés de se réfugier derrière les critères

réglementaires ou les éléments du suivi, plus factuels. Les notes type « certificats », calqués sur le modèle du certificat médical avaient tout sauf une fonction certifiante. Le certificat émane d'une seule personne ayant autorité et sans nécessité de justification. A l'inverse, dans le concept de certification l'évaluation repose sur des outils critériés qui permettent d'affirmer la réalité et la qualité des apprentissages³. D'autre part la certification est une procédure finale qui s'appuie sur différentes validations (cf annexe 6) : bien que la centralisation des validations soit effectuée par les tuteurs, tous les enseignants participent à la validation des apprentissages pour assurer la fiabilité du système dans ce modèle.

Les notes 1 et 2 ont eu tendance à diminuer globalement au fil des commissions au profit des notes 3 et 4. On peut penser que les notes 3 et 4 étaient un bon reflet de l'acquisition (voire du niveau) de compétence en médecine générale des internes. Les notes de type 5 où le tuteur ne pouvait se prononcer semblaient quant à elle disparaître avec le temps. La fonction certificative de la note de synthèse s'est améliorée au fil du temps puisque les notes 3 et 4 représentaient à elles seules l'ensemble des notes lors de la dernière session de validation. Ce profil mérite d'être vérifié sur les notes suivantes. Dans 8 cas sur 9, ces notes avaient été écrites par un « noyau dur » de tuteurs membres du DUMG : ils représentaient un groupe plus homogène, maniant plus facilement les concepts pédagogiques et les nouveaux outils. L'imprégnation se fait d'abord sur les membres au plus près du DUMG puis vers les autres tuteurs... Cette évolution traduit tout de même un changement de pratique des tuteurs ce qui rassure sur l'implantation de ces nouveaux outils et la réflexivité de la population des tuteurs. A l'issue de ce travail, il apparaît nécessaire de diffuser largement les outils facilitant le travail des tuteurs.

Enfin la place des nouvelles notes de type 4 questionne : innovant, ce modèle de note est-il amené à se généraliser parmi les tuteurs ? On peut penser qu'elles représentent un progrès en incluant l'avis de l'évalué dans l'évaluation mais si les notes de synthèses se résument seulement à une auto-évaluation de l'interne sans le regard extérieur et validant du tuteur, quel est alors le rôle du tuteur ? Celui de guide, d'évaluateur ou les deux ? Peut-on se fier à l'autoévaluation des internes, alors que la validité de l'autoévaluation est remise en cause par la bibliographie pédagogique^{21,22} ?

Validité externe de l'étude

Les modalités du tutorat varient énormément en fonction des Départements de Médecine générale (DMG). Dans beaucoup de facultés les notes de synthèse n'existent pas, il n'y a d'ailleurs aucune référence bibliographique sur l'étude de notes. L'extrapolation des résultats de ce travail à la communauté des tuteurs en médecine générale est donc impossible.

CONCLUSION

L'objectif de ce travail était de faire un état des lieux des notes de synthèse. En dépit d'une grande hétérogénéité, une évolution récente a été constatée : au fil des commissions, les tuteurs ont délaissé le caractère simplement formel des notes pour se focaliser sur l'acquisition de compétences. Cette évolution rassure quant à l'objectif futur de certification des compétences des internes en fin de DES.

Perspectives

L'impact de la note de synthèse dans le processus de validation de DES n'a pas été étudié. Une donnée interpelle toutefois : le seul interne ayant eu un avis défavorable a été validé. Sur quels critères les membres de la commission prennent-ils leur décision : essentiellement sur la présentation orale de l'interne au moment de la soumission ? Dans quelle mesure la note de synthèse pèse-t-elle sur la validation ? Cela dépend-il du tuteur ? Du projet professionnel de l'interne ? Valoriser la fonction certificative de la note de synthèse lui donnerait-elle davantage d'impact au moment de la validation ? Il semblerait important d'interroger les membres du DUMG à ce sujet afin de préciser leurs attentes.

Depuis la fin de l'étude, la population de tuteurs de la faculté de Tours s'est encore modifiée : elle a réintégré des tuteurs qui appartenaient au TI seul et s'est étoffée avec des enseignants nouvellement formés. Les observations de cette étude ne peuvent être généralisées à la population actuelle de tuteurs. Toutefois avec cette évolution de la population des tuteurs et à la lumière de ce travail, il serait intéressant d'explorer l'opinion des tuteurs sur ces notes, leurs difficultés éventuelles à les rédiger.

Plus largement, ce travail pourrait faire naître une réflexion des différents acteurs de la validation du DES (tuteurs, membres de la commission voire internes) sur leur place dans le processus de certification. Il serait en effet constructif d'évaluer comment valoriser la fonction certificative des notes de synthèse et faciliter leur rédaction par les tuteurs, en étudiant les attentes des membres de la commission de validation d'une part, et des tuteurs d'autre part.

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. Kaufman DM. L'Education centrée sur l'enseignant ou centrée sur l'apprenant : une fausse dichotomie. *Pédagogie Médicale* 2002;3:145-7.
3. Chartier S, Ferrat E, Djassibel M, et al. Mise en œuvre d'un programme d'apprentissage dans une logique de compétence dans le 3e cycle de médecine générale : difficultés et proposition. *exercer* 2012;103:169-74.
4. Chartier S, Le Breton J, Ferrat E, Compagnon L, Attali C, Renard V. L'évaluation dans l'approche par compétences en médecine générale: des fondements théoriques à la pratique. *exercer* 2013;108:171-7.
5. 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.
6. Tardif J. L'évaluation dans le paradigme constructiviste. In: Hivon R. *L'évaluation des apprentissages. Réflexions, nouvelles tendances et formation*. Sherbrooke : Editions du CRP, 1993:27-56.
7. 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.
8. Potier A, Robert J, Ruiz C, Lebeau J-P, Renoux C. Un portfolio pour certifier les compétences : des concepts à la pratique. *exercer*. 2013;24(108):178-84.
9. Arrêté du 22 septembre 2004 relatif à l'organisation, au déroulement et à la validation des stages des étudiants en troisième cycle des études médicales appelés internes ou résident. JO du 14 octobre 2004.
10. Modalités de la validation du DES en Médecine Générale à Tours à l'intention des internes et des enseignants de médecine générale, en lien sur le site www.dumg-tours.fr
11. Renoux C, Potier A. Former les internes à la médecine générale: un long fleuve tranquille? *exercer*. 2010;21(90):15-9.
12. 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.
13. Renoux C, Ettori I. Evaluation du tutorat en groupe au Département Universitaire de Médecine Générale de Tours : bilan en fin de Diplôme d'Etudes Spécialisée [Thèse de médecine] Tours, oct 2014
14. Allen J, Gay B, Crebolder H, Heyrman J, Svab I, Ram P. La définition européenne de la médecine générale-médecine de famille. Wonca Europe, 2002. Disponible sur <http://www.woncaeurope.org>
15. Compagnon L, Bail P, Huez JF, et al. Définitions et descriptions des compétences en médecine générale. *exercer* 2013;108:148-55.
16. Compagnon L, Bail P, Huez JF, B. et al. Les niveaux de compétence. *exercer* 2013;108:156-64.
17. Attali C, Huez JF et al. Les grandes familles de situations cliniques. *exercer* 2013;108 :165-9
18. 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.
19. Basileu T, Renoux C. Tutorat individuel et tutorat en groupe : représentation des internes de la région Centre. *exercer*. 2014;25(111):40-6.

20. Le Mauff P, Bail P, Gargot F, Garnier F, Guyot H, Honnorat C et al. L'évaluation des compétences des internes de médecine générale. *exercer*. 2005;73:63-9.
21. Norman Geoffrey R. The adult learner : a mythical species. *Academic médecine* 1999 ;74(8) : 886-9
22. Valérie Dory, Thérèse de Foy et Jan Degryse. L'auto-évaluation : postulat préalable, finalité de la mission éducative ou utopie pédagogique ? Clarifications conceptuelles et pistes pour une application en éducation médicale. *Pédagogie Médicale* 2009;10(1):41-

Annexe 1: Glossaire

Analyse thématique de contenu :

Examen systématique d'un texte consistant à identifier et regrouper des thèmes et à coder, classifier et développer des catégories, puis établir des correspondances entre celles-ci.

Arborescence d'analyse de contenu :

objectif de l'ultime étape d'analyse thématique de contenu, qui consiste à articuler entre eux les thèmes et sous-thèmes sous forme d'un arbre thématique.

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.

Etude qualitative :

Travail de construction signifiante, progressant par approximations successives. Le témoignage de l'acteur n'est jamais totalement évident, il n'existe pas de mécanique simple ni de limpidité discursive. L'analyse qualitative ne correspond ni à l'application d'une technique ni à la simple recherche de récurrences, mais plutôt à un cheminement progressif de question en question.

Catégorisation :

Opération intellectuelle qui permet de déduire un sens plus général d'un ensemble d'éléments bruts du corpus ou d'éléments déjà codifiés, sous la forme de catégories. Il s'agit d'un début de théorisation scientifique, qui met en œuvre le(s) paradigme(s) de référence du chercheur, mais en principe sans grille théorique et conceptuelle a priori.

Codification/ codage :

Opération intellectuelle qui consiste à transformer des données brutes (faits observés, paroles recueillies, etc.), en une première formulation signifiante (code), dont le sens reste cependant banal et proche du sens commun.

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.

Démarche exploratoire :

Approche ne reposant pas exclusivement sur des hypothèses ou des idées préconçues, utilisée lorsque le terrain est peu connu ou, au contraire, déjà tellement étudié que des vues pratiquement stéréotypées se sont imposées. La recherche exploratoire peut être utilisée pour mieux définir un problème, suggérer des hypothèses à vérifier ultérieurement, générer des idées de nouveaux services, recueillir des réactions sur un concept émergent, ou pré-tester un questionnaire. Cette approche est généralement flexible et non rigide ment structurée.

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.

Saturation (des données)

Terme théorique du développement d'une catégorie conceptuelle à partir duquel aucune propriété, dimension ou relation nouvelle n'émerge plus au cours de l'analyse.

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.

Triangulation

Utilisation combinée de différentes méthodes de recherche, incluant plusieurs sources d'information, principalement pour contrôler la validité interne des résultats d'une étude. On peut distinguer la triangulation des données (temporelle, spatiale, par combinaison de niveaux), la triangulation du chercheur, la triangulation théorique et la triangulation méthodologique. La validation par les enquêtes peut aussi être considérée comme une forme de triangulation.

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.

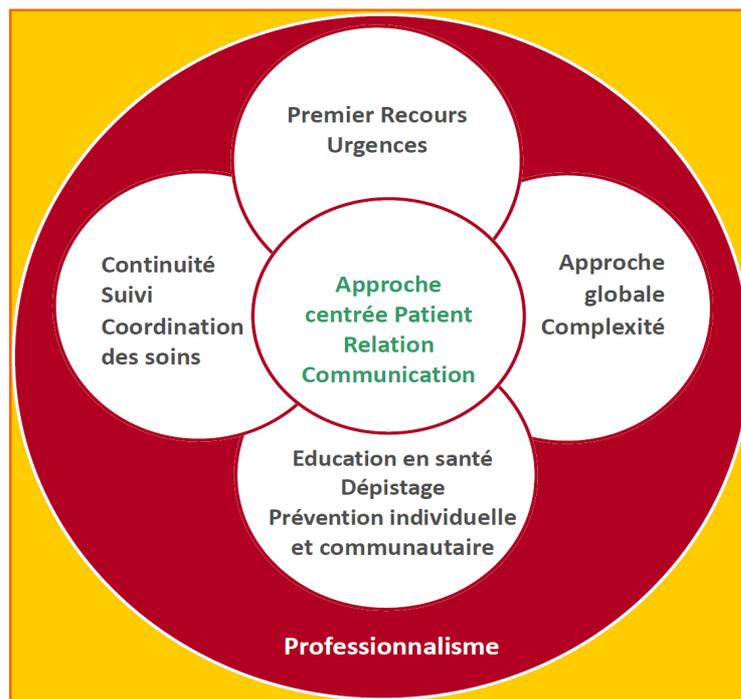
Tutoré :

Interne bénéficiant d'une formation par tutorat.

Validité (des résultats)

En recherche qualitative, les éléments suivants permettent de limiter le risque d'interprétation subjective des résultats : la saturation des données, la triangulation des données, la congruence avec les données de la littérature, ainsi que la confirmation ultérieure des résultats apportée par des données proches dans de nouvelles enquêtes.

Annexe 2 : la marguerite des compétences du médecin généraliste¹⁵



Annexe 3 : les niveaux de compétence du médecin généraliste¹⁶

Les niveaux génériques	
Niveau générique	Attribut des internes
<p>L'interne Novice</p> <p><i>De l'entrée dans le D.E.S à la moitié du stage de niveau 1</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> • Possède des notions sur les spécificités de la discipline et les compétences nécessaires à acquérir pour exercer la MG • Accepte a minima le projet proposé • A conscience qu'il opère sur l'être humain • Est apte à supporter une part d'incertitude • A conscience de la difficulté (complexité) des problèmes auxquels il va être confronté • Envisage qu'il va devoir couvrir l'ensemble du champ de la discipline (champ et fonctions) • Montre un début de questionnement sur sa pratique antérieure et actuelle
<p>L'interne Intermédiaire</p> <p><i>De la moitié du stage de niveau 1 au milieu du SASPAS</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> • Est en mesure de faire le lien entre théorie enseignée et la pratique observée et /ou exercée (identifie les capacités, connaissances, habiletés nécessaires à l'exercice de la compétence) • A pris conscience de ce qui est demandé et participe activement à son propre développement • Améliore sa capacité d'autonomie en s'appuyant sur une meilleure confiance en soi (prenant progressivement de l'assurance)
<p>L'interne Compétent</p> <p><i>Fin de cursus/après le SASPAS</i></p>	<p>Dans les situations courantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Agit en autonomie et assume ses responsabilités • Collabore efficacement avec les autres intervenants • Possède une approche centrée patient • S'interroge sur sa pratique

COMPETENCE : RELATION, COMMUNICATION, APPROCHE CENTREE PATIENT

Définition : Capacité à construire une relation avec le patient, son entourage, les différents intervenants de santé, ainsi que les institutionnels, en utilisant dans les différents contextes les habiletés communicationnelles adéquates, dans l'intérêt des patients.

Niveau	Description du niveau
Novice	<ul style="list-style-type: none"> • Accepte l'idée qu'il doit entrer en relation avec le patient pour exercer la médecine générale • Connait quelques fondements théoriques de la communication, la différence entre relation et communication • Connaît les caractéristiques fondamentales de la relation médecin malade. • Identifie les difficultés inhérentes à la mise en pratique des habiletés relationnelles et communicationnelles et repère que l'acquisition des compétences et des capacités dans le domaine de la relation et de la communication doivent faire l'objet d'une formation. • Mène un entretien directif, interprète les données avec une grille de lecture majoritairement de nature « bio médicale », y perçoit des limites en termes de perception et de compréhension de la situation clinique. • Utilise principalement une communication verbale • Explique les décisions et espère obtenir l'adhésion du patient • Communique avec l'entourage des patients à partir de ce qu'il pense être important pour le patient. • Communique avec différents intervenants en utilisant différents médias
Intermédiaire	<ul style="list-style-type: none"> • Identifie les données communicationnelles et relationnelles qui participent à la démarche décisionnelle • Dans l'analyse d'une consultation, peut utiliser certaines notions de psychologie médicale afin de mieux comprendre le patient et le sens de ses réactions. (voir aussi approche globale et complexité) • Dans les situations courantes, construit une relation en s'appliquant à utiliser les habiletés d'une communication centrée patient. • Accepte l'idée que l'on ne peut tout aborder et tout régler dans le temps d'une seule consultation • Repère et exprime ses difficultés relationnelles et communicationnelles • Communique avec l'entourage du patient, en utilisant les mêmes habiletés qu'avec le patient, en étant attentif au secret médical • Met en œuvre une relation avec les intervenants (y compris paramédicaux et médicosociaux) en adaptant les moyens de communication et d'information à la situation et à l'intervenant avec lequel il communique
Compétent	<ul style="list-style-type: none"> • En dehors des situations très complexes, mène en autonomie un entretien centré patient et structure ce dernier. • Dans les conditions habituelles, de complexité modérée, est capable de gérer les émotions, de rester empathique et respectueux. • Dans les conditions habituelles, de complexité modérée, est capable de mettre en place une relation de soutien, à effet psychothérapeutique bénéfique pour le patient • Lors de situations et/ou de relations qui posent problème (agressivité, séduction, sympathie, rejet etc.) construit et tente de maintenir la relation tout en se questionnant sur la nature de celle-ci • Communique sur ses erreurs en tenant compte de l'avis du patient et en acceptant d'être remis en cause. • Dans les conditions habituelles, réfléchit à sa capacité communicationnelle avec le patient et son entourage. • Met en œuvre avec les intervenants médicaux, médicosociaux et l'entourage du patient, une relation opérationnelle dans l'intérêt du patient.

APPROCHE GLOBALE, PRISE EN COMPTE DE LA COMPLEXITE

Définition : Capacité à mettre en œuvre une démarche décisionnelle centrée patient selon un modèle global de santé (EBM, Engels etc.) quel que soit le type de recours de soins dans l'exercice de Médecine Générale.

Niveau	Description du niveau
Novice	<ul style="list-style-type: none"> Explore certains aspects de la situation clinique en les segmentant de façon analytique et en privilégiant l'aspect bio médical aux dépens des aspects psycho sociaux. Utilise le temps de la consultation et de l'examen clinique pour le recueil des données principalement bio médicales. Entrevoit qu'il existe des données psycho sociales, culturelles, éthiques, juridiques et administratives dans la démarche décisionnelle et qu'il est nécessaire de les prendre en compte. Accepte l'idée que s'occuper du patient ne se réduit pas à se centrer sur sa maladie mais que cette démarche n'est pas évidente pour lui. Cherche à améliorer ses connaissances pour trouver la bonne réponse à une situation.
Intermédiaire	<ul style="list-style-type: none"> A conscience qu'une situation clinique ne peut pas se réduire au diagnostic médical et qu'il est nécessaire d'intégrer d'autres aspects pour comprendre et gérer cette situation clinique. Tente de passer du diagnostic médical à un diagnostic qui intègre une partie du contexte sans pour autant qu'il s'agisse d'un diagnostic de situation (voir le référentiel métier compétence). Lors d'une consultation il peut utiliser certaines notions de psychologie médicale afin de mieux comprendre le sens de ses propres réactions et celles du patient dans le but d'aider ce dernier Est en mesure de réévaluer une situation, de changer d'analyse de cette situation lors des recours suivants pour intégrer de nouvelles données après réflexion. Change de registre pour comprendre mieux la situation et modifie sa posture initiale si besoin. A conscience qu'il existe des temporalités différentes entre le médecin et le patient dans toutes les situations, en particulier en cas de discordance (temps nécessaire à chaque patient). Accepte l'idée qu'il existe plusieurs réponses acceptables en fonction des différentes analyses possibles. De ce fait, prend en compte une partie de la complexité en situation. Reconnaît la place de l'incertitude dans la démarche décisionnelle.
Compétent	<ul style="list-style-type: none"> Dans les situations habituelles, tient compte des données émanant de plusieurs champs et de plusieurs sources, tente de les intégrer dans une décision centrée patient. Prend le temps nécessaire et suffisant pour explorer une situation. Laisse le temps au patient de métaboliser. Gère simultanément plusieurs problèmes de nature différente en les hiérarchisant. Utilise le temps comme allié, comme une aide à la décision en adéquation avec la situation du patient. En fonction des situations, est en mesure de modifier sa posture. Dans les conditions habituelles, de complexité modérée, est capable de mettre en place une relation de soutien, à effet psychothérapeutique bénéfique pour le patient Fait la différence entre incertitude personnelle et incertitude professionnelle

EDUCATION, PREVENTION, DEPISTAGE, SANTE INDIVIDUELLE ET COMMUNAUTAIRE

Définition : Capacité à accompagner « le » patient dans une démarche autonome visant à maintenir et améliorer sa santé, prévenir les maladies, les blessures et les problèmes psychosociaux dans le respect de son propre cheminement, et donc à intégrer et à articuler dans sa pratique l'éducation et la prévention.

Niveau	Description du niveau
Novice	<ul style="list-style-type: none"> • Accepte la place et l'importance des différentes composantes de cette grande compétence dans l'activité du généraliste, • Définit ce que recouvrent les 3 niveaux de prévention de l'OMS, primaire, secondaire et tertiaire, • Possède des notions de ce que recouvre l'éducation du patient avec ses 3 niveaux d'activité, du plus général au plus spécifique : l'éducation pour la santé du patient, l'éducation du patient à sa maladie et l'éducation thérapeutique du patient (se reporter aux définitions dans le mode d'emploi). • Se sent responsable de la gestion de la santé du patient. • Argumente ses propositions dans le but d'obtenir l'adhésion du patient, par une approche logique centrée sur son propre raisonnement et sans tenir compte des représentations du patient
Intermédiaire	<ul style="list-style-type: none"> • Réalise des consultations dédiées à la prévention en les intégrant aux soins à partir de la demande du patient et de ses contraintes de médecin, • Réalise les démarches et gestes de prévention dans les situations les plus simples, • Repère et exprime ses difficultés à changer de posture de soignant, • Cherche la collaboration et le soutien de l'entourage familial pour aider le patient, • Travaille avec d'autres intervenants impliqués dans la prévention et l'éducation du patient
Compétent	<ul style="list-style-type: none"> • Intègre couramment dans son activité de soins et dans la durée des moments dédiés à la prévention individuelle, au dépistage organisé et à l'éducation du patient, • Accompagne le patient dans une démarche d'éducation à sa santé (posture d'éducateur), • Clarifie les tensions entre enjeux individuels et collectifs de la prévention pour rechercher l'adhésion du patient, • Collabore activement avec d'autres intervenants impliqués dans la prévention et l'éducation du patient

CONTINUITE, SUIVI, COORDINATION DES SOINS AUTOUR DU PATIENT

Définition : Capacité à assurer la continuité des soins et la coordination des problèmes de santé du patient engagé dans une relation de suivi et d'accompagnement.

Niveau	Description du niveau
Novice	<ul style="list-style-type: none"> • Accepte l'idée qu'il va être amené à revoir les patients • Utilise le dossier médical • Fait volontiers appel à d'autres intervenants sur des critères décisionnels centrés sur le biomédical et le médecin • Transmet les informations nécessaires à la continuité des soins • Utilise et prend en compte les informations des autres intervenants • Met en place une relation médecin malade basée sur une posture expert « haute » et perçoit ses limites • Se rend disponible pour la permanence des soins.
Intermédiaire	<ul style="list-style-type: none"> • Utilise le temps dans la démarche décisionnelle dans certaines situations • Prend en compte les problèmes et les plaintes afin d'organiser le suivi • Construit une relation dans le temps en essayant de faire participer le patient à la décision et à la démarche. • Utilise et renseigne le dossier médical dans une optique de suivi • Fait le lien entre les différents moments ponctuels de recours • Met en œuvre une relation avec les intervenants, en particulier paramédicaux et médicosociaux, en adaptant les moyens de communication et d'information à la situation et à l'intervenant avec lequel il communique (cf. communication)
Compétent	<ul style="list-style-type: none"> • Conçoit que le patient a une histoire personnelle et une vie qui déterminent ses traits de caractère et qui influencent le type de suivi • Hiérarchise les plaintes et les problèmes et établit un suivi centré patient • Utilise le temps comme allié, comme une aide à la décision en adéquation avec la situation du patient • Choisit les intervenants en accord avec le patient selon des critères bio-psycho-sociaux • Analyse les avis des différents intervenants, les synthétise pour prendre une décision centrée patient • Utilise le dossier médical pour programmer un suivi dans une perspective, de promotion de la santé au niveau individuel et collectif, de prévention et de dépistage. • Collabore à la continuité et la coordination du maintien à domicile • Participe à l'organisation de l'accessibilité aux soins y compris lors de ses absences

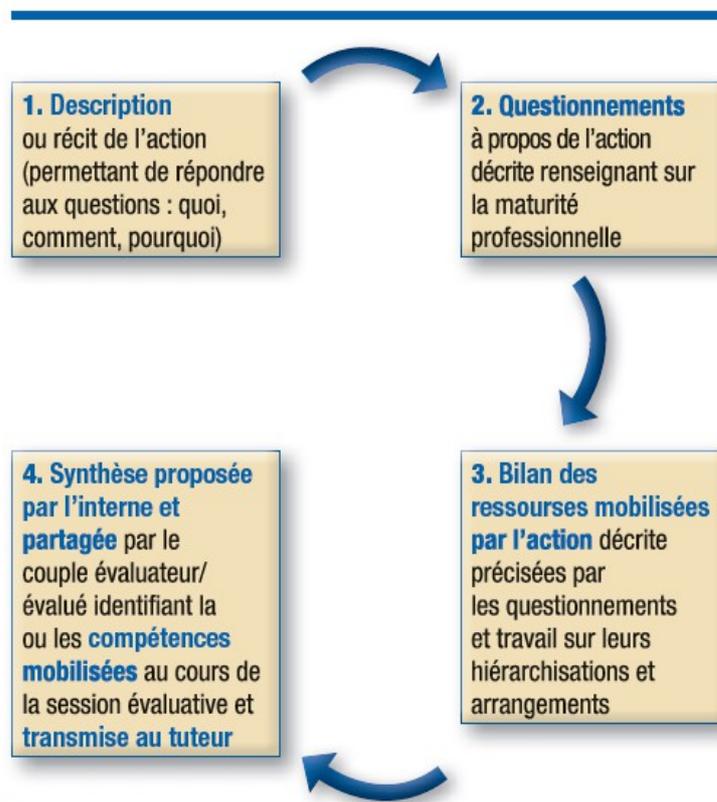
PREMIER RECOURS, URGENCES

Définition : capacité à gérer avec la personne les problèmes de santé indifférenciés, non sélectionnés, programmés ou non, selon les données actuelles de la science, le contexte et les possibilités de la personne, quelque soit son âge, son sexe, ou toutes autres caractéristiques, en organisant une accessibilité (proximité, disponibilité, coût) optimale..

Niveau	Description du niveau
Novice	<ul style="list-style-type: none"> • Accepte toutes les plaintes qui lui sont faites, en particulier du champ biomédical. • Evoque et identifie les grandes urgences vitales et sait prévenir les structures d'urgences pour les adresser dans les services adéquats. • Prend conscience de l'amplitude du champ d'activités possibles en exercice ambulatoire et s'interroge sur ses capacités à y faire face.
Intermédiaire	<ul style="list-style-type: none"> • Recueille, accepte sans rejeter et analyse les demandes explicites les plus fréquentes, tente de les gérer en repérant la demande réelle en essayant de les hiérarchiser dans une vision centrée maladie plus que patient et tenant compte des prévalences liées au contexte. • Fait des tentatives de repérer la demande réelle derrière la plainte alléguée, en essayant d'intégrer les antécédents et le contexte de vie du patient ; mais peine à élargir sa vision centrée maladie et a besoin de soutien sous la forme de supervision pour se centrer patient. • Décide sans avoir systématiquement obtenu un diagnostic de maladie et accepte d'en parler au patient. • Accepte l'idée que les demandes urgentes recouvrent aussi des urgences ressenties. • Etend peu à peu le champ de ses capacités interventionnelles et fait bénéficier de façon pertinente les problèmes ou situations de patients qui nécessitent une intervention extérieure. • Elargit le contenu de la consultation à la prise en compte d'autres problèmes de santé
Compétent	<ul style="list-style-type: none"> • Fait face aux plaintes les plus prévalentes de premier recours en mobilisant des ressources internes et externes permettant leurs résolutions. • S'organise pour faire face aux plaintes les plus prévalentes de premier recours en participant aussi à la permanence de soins. • Fait des diagnostics de situations • Evoque les stades précoces des maladies et en dehors des situations d'urgence se donne le temps (cf suivi). • Evoque la possibilité de symptômes bio médicalement inexplicables (SBI) • Elargit le champ de la consultation aux autres dimensions de la consultation et aux autres problèmes de santé en programmant éventuellement des actions de prévention en accord avec le patient. • Gère les urgences ressenties par le patient. • Collabore avec les autres intervenants et assume ses responsabilités.

PROFESSIONNALISME	
Définition : capacité à assurer l'engagement envers la société et à répondre à ses attentes, de développer une activité professionnelle en privilégiant le bien être des personnes par une pratique éthique et déontologique, d'améliorer ses compétences par une pratique réflexive dans le cadre de la médecine basée sur des faits probants, d'assumer la responsabilité des décisions prises avec le patient.	
Niveau	Description du niveau
Novice	<ul style="list-style-type: none"> • Entrevoit un projet professionnel • Accepte son rôle d'interne • Présente un engagement altruiste envers le patient • Participe aux formations théoriques et pratiques du D.E.S
Intermédiaire	<ul style="list-style-type: none"> • Manifeste un engagement pour la médecine générale • S'occupe du patient avec altruisme, honnêteté, dans le respect des règles déontologiques • Prend conscience de besoin d'acquisition permanente de nouvelles connaissances afin d'améliorer ses compétences. • Définit des objectifs de formations en fonction de son projet professionnel. • Organise son temps de travail
Compétent	<ul style="list-style-type: none"> • Assume sa responsabilité envers le patient et la société • Collabore avec les autres soignants • Organise son outil et son temps de travail • Améliore ses compétences • Prend en charge le patient avec altruisme • S'implique dans le rayonnement de la discipline

Annexe 4 : la « boucle pédagogique » d'apprentissage ⁸



Annexe 5 : Les grandes familles de situations cliniques ¹⁷

1. Situations autour de patients souffrant de pathologies chroniques, polymorbidité à forte prévalence

Ces situations peuvent être rencontrées dans les stages en médecine ambulatoire de niveau 1 et 2, et dans les stages hospitaliers de médecine polyvalente.

L'interne devra avoir été mis en situation de gérer :

- des situations de patients atteints de pathologies chroniques organiques et psychologiques de toute nature, à tous les âges de la vie ;
- des situations de patients asymptomatiques qui présentent des facteurs de risque dont le contrôle a montré son efficacité sur la probabilité de survenue d'événements morbides à court, moyen et long terme ;
- des situations de maintien à domicile de patients souffrant de déficiences motrices, sensitives, cognitives entraînant une perte d'autonomie (problèmes locomoteurs, neurologiques, sensoriels) ;
- des situations de patients souffrant de problèmes d'addiction, de dépendance et de mésusage de substances psychoactives ;
- des situations de patients présentant des pathologies chroniques très graves, de patients en soins palliatifs et de patients en fin de vie ;
- des situations de patients souffrant de pathologies psychiatriques chroniques ou récurrentes prévalentes (dépression, anxiété généralisée, troubles bipolaires, psychoses) ;
- des situations de patients présentant des douleurs chroniques ou récurrentes.

2. Situations liées à des problèmes aigus/ non programmés/fréquents/exemplaires

Ces situations peuvent être rencontrées dans les stages en médecine ambulatoire de niveau 1 et 2, et dans les stages hospitaliers de médecine polyvalente et d'urgence.

L'interne devra avoir été mis en situation de gérer :

- des situations de patients présentant des plaintes médicalement inexplicables/plaintes d'origine fonctionnelle/ plaintes somatiques inexplicables.

Caractéristiques de ces situations : le patient présente de nombreux symptômes physiques sans explication nette ; il est inquiet au sujet d'une maladie physique.

Des symptômes associés d'anxiété et/ou de dépression sont courants. L'exploration médicale et les examens complémentaires sont souvent inutiles et fréquemment négatifs ;

- des situations de patients qui présentent des troubles somatiques, en particulier les pathologies prévalentes de toutes natures, à tous les âges de la vie.

3. Situations liées à des problèmes aigus/ non programmés/dans le cadre des urgences réelles ou ressenties

Ces situations peuvent être rencontrées dans les stages en médecine ambulatoire de niveau 1 et 2, et dans les stages hospitaliers de médecine polyvalente et d'urgence.

Caractéristique de ces situations : les présentations des situations urgentes ne sont pas univoques. Il peut s'agir d'urgences « vraies » ou « ressenties », d'urgences où le risque vital est évident ou au contraire où ce risque n'est pas évident à première vue, nécessitant une analyse globale de la situation clinique. Il existe aussi des urgences psychiatriques et des urgences médicosociales pour lesquelles la démarche décisionnelle est par nature différente.

L'interne devra avoir été mis en situation de gérer :

- des situations de patients qui présentent des plaintes ou états urgents de nature somatique médicaux : défaillances des fonctions vitales ou risque de défaillances de ces fonctions ;
- des situations de patients qui présentent des plaintes ou états urgents de nature chirurgicale ;
- des situations de patients qui présentent des plaintes du domaine des urgences ressenties ;
- des situations de patients présentant des crises aiguës de nature psychiatrique ou psychique/ou relationnelle (patient très agressif) ;

Caractéristiques de ces situations : situations dans lesquelles la relation thérapeutique peut être perturbée par la symptomatologie psychique. Le MG peut intervenir sans l'accord du patient. La demande de soins peut venir de l'entourage ou de la société. Le MG peut courir un danger personnel, et le patient peut courir un risque vital. Le MG risque de s'impliquer hors de son rôle habituel de médecin ;

- des situations de patients présentant des problèmes médico-sociaux aigus nécessitant une réponse rapide.

4. Situations autour de problèmes de santé concernant les spécificités de l'enfant et de l'adolescent

Ces situations peuvent être rencontrées dans les stages en médecine ambulatoire de niveau 1 et 2, et dans les stages hospitaliers de pédiatrie et d'urgence.

L'interne devra avoir été mis en situation de gérer :

- des situations concernant les nourrissons et les enfants dans les consultations systématiques de surveillance ;
- des situations de parents inquiets des plaintes et symptômes de leur nourrisson ;
- des situations concernant des adolescents sur le plan somatique et psychique, préventif, éducatif et relationnel.

5. Situations autour de la sexualité et de la génitalité

Ces situations peuvent être rencontrées dans les stages en médecine ambulatoire de niveau 1 et 2, dans les stages ambulatoires femme/enfant et dans les stages hospitaliers de gynécologie.

L'interne devra avoir été mis en situation de gérer :

- des situations de prescription, suivi, information et éducation pour toutes les formes de contraception en situation commune, à risque, et en situation d'urgence ; en abordant la sexualité en fonction du contexte ;
- des situations autour d'un projet de grossesse, suivre une grossesse normale dans toutes ses dimensions, de repérer et orienter les grossesses à risque quel qu'en soit le terme ;
- des situations concernant des femmes en périménopause puis en ménopause, analyser avec la patiente les risques et bénéfices des traitements ; d'aborder la sexualité dans ce contexte ;
- des situations de demandes d'IVG dans le cadre réglementaire ;
- des situations de demande programmée ou non d'une femme présentant une plainte indifférenciée dont l'origine gynécologique est probable ;
- des situations de dépistage des cancers mammaires et génitaux en fonction des niveaux de risque de la femme.

6. Situations autour de problèmes liés à l'histoire familiale et à la vie de couple

Ces situations peuvent se rencontrer dans tous les stages, mais essentiellement dans les stages ambulatoires.

Caractéristiques de ces situations : le médecin généraliste, médecin de plusieurs membres de la famille en situation de conflit peut se trouver dans une situation déontologique délicate. L'interne devra être mis en situation de gérer :

- des situations où la dynamique familiale est perturbée ;
- des situations de conflits intrafamiliaux aigus ou pérennes ;
- des situations de violences et d'abus intrafamiliaux actuels ou anciens.

7. Situations de problèmes de santé et /ou de souffrance liés au travail

Ces situations peuvent se rencontrer dans tous les stages, mais essentiellement dans les stages ambulatoires.

Caractéristiques de ces situations : ces situations entraînent très souvent des conflits ouverts ou larvés avec les employeurs. Dans l'intérêt du patient, la collaboration avec le médecin du travail, lorsqu'elle est possible, doit se faire en respectant le secret professionnel.

L'interne devra être mis en situation de gérer :

- des situations de patients présentant des troubles physiques et/ou psychiques liés directement ou indirectement au travail ;
- des situations de patients présentant des problèmes de reconnaissance de pathologies liées au travail (accident de travail, harcèlement et maladie professionnelle) ;
- des situations de patients posant des problèmes d'aptitude ou de reprise de travail ou d'aptitude à leur poste.

8. Situations dont les aspects légaux, déontologiques et ou juridiques/ médicolégaux sont au premier plan

Ces situations peuvent se rencontrer dans tous les stages, mais essentiellement dans les stages ambulatoires.

Caractéristiques de ces situations : la demande initiale peut émaner du patient ou d'une institution. Il peut exister une obligation éventuelle de signalement.

L'interne devra être mis en situation de gérer :

- des situations dans lesquelles le secret médical peut être questionné ;
- des situations de demande de certificats ou de documents médico-légaux ou assurantiels ;
- des situations de désaccord profond ou de conflit entre les soignants ;
- des situations où la sécurité du patient n'est pas respectée ;
- des situations d'erreurs médicales, en connaissant les différents temps successifs d'une démarche

permettant une culture positive de l'erreur.

9. Situations avec des patients difficiles/ exigeants

Ces situations peuvent se rencontrer dans tous les stages, mais essentiellement dans les stages ambulatoires.

Caractéristiques de ces situations : devant des patients agressifs ou des patients qui mettent le médecin constamment en échec, le risque de rejet ou de banalisation des plaintes est fréquent et le risque d'erreur toujours possible.

L'interne devra être mis en situation de gérer :

- des situations de patients ou de familles affichant un mode relationnel agressif ;
- des situations de patients ou de familles dont les demandes sont abusives ou irrecevables d'un point de vue médical, réglementaire, éthique, juridique ou déontologique ;
- des situations de patients ou de familles pour lesquels toutes les tentatives d'intervention, de quelques natures qu'elles soient, se soldent par des échecs.

10. Situations où les problèmes sociaux sont au premier plan

Ces situations peuvent se rencontrer dans tous les stages, mais essentiellement dans les stages ambulatoires.

Caractéristiques de ces situations : elles posent le problème de la limite du champ médical et du champ social. Dans le modèle biopsychosocial, ces situations sont au moins en partie dans le champ de la médecine.

Elles nécessitent une collaboration avec des travailleurs sociaux.

L'interne devra être mis en situation de gérer :

- des situations dans lesquelles les problèmes sociaux entraînent des inégalités de santé ;
- des situations de patients en précarité ;
- des situations de rupture professionnelle et ou familiale avec risque de désocialisation.

11. Situations avec des patients d'une autre culture

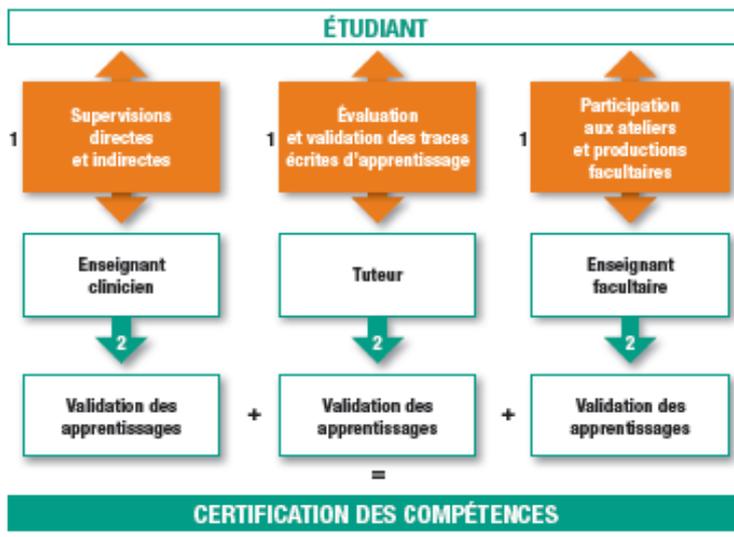
Ces situations peuvent se rencontrer dans tous les stages, mais essentiellement dans les stages ambulatoires.

Caractéristiques de ces situations : dans ces situations, le risque d'incompréhension est majeur (incompréhension liée à la langue mais aussi à des représentations auxquelles le MG n'a pas accès facilement). Des problèmes psychosociaux peuvent aggraver ces situations.

L'interne devra être mis en situation de gérer :

- des situations de patients migrants en situation irrégulière/ précaire ;
- des situations de patients migrants voyageurs (qui retournent régulièrement dans leur pays d'origine) ;
- des situations de patients et familles d'une autre culture qui sont installés durablement en France.

Annexe 6 : Le processus de certification⁵



Vu, le Directeur de Thèse

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

RESUME

Contexte : Depuis 2004, chaque interne en DES de médecine générale à Tours est suivi par un tuteur qui l'aide à construire son portfolio, en cohérence avec la pédagogie d'apprentissage par compétence. Le passage du suivi individuel au suivi en groupe dès 2010 a pérennisé le tutorat. À l'issue des 3 ans du DES, les tuteurs fournissent une note de synthèse, reflétant la progression de l'interne et attestant ses acquisitions de compétences pour la commission de validation. La forme et le contenu de ces notes, laissés à l'appréciation des tuteurs, apparaissaient très hétérogènes.

Objectif : Recueillir et décrire toutes les notes de synthèse de tutorat écrites entre octobre 2012 et mai 2014.

Méthode : Recueil exhaustif des notes lors de 6 sessions de validation. Méthode mixte avec analyse quantitative de la prévalence des notes au fil des commissions, en fonction du mode de tutorat et de la population de tuteurs et analyse qualitative thématique de contenu avec catégorisation des notes.

Résultats : 87 notes ont été analysées. La prévalence des notes était plus importante en tutorat en groupe et dans la population de tuteurs ayant testé les 2 formes de tutorat. Les notes étaient très hétérogènes tant sur le fond que dans la forme. Outre la fonction évaluative sanctionnante, la note avait une fonction de témoin du suivi tutorial et de bilan, utile à l'interne. A la lumière des différents critères et supports utilisés, l'évaluation des compétences était très inégale parfois inexistante mais augmentait dans le temps. 6 catégories de notes ont été identifiées : 3 notes étaient « inclassables » ; les notes type « certificat » et « fiche de suivi » ainsi que celles « où le tuteur ne pouvait se prononcer » avaient tendance à diminuer au profit des notes « centrées sur l'acquisition de compétences » et des « nouvelles notes » d'auto-évaluation de l'interne.

Conclusion : Les notes évoluent au fil des commissions vers la certification. La place de l'autoévaluation dans ce processus, soulevée par l'émergence de nouvelles notes, mérite d'être questionnée. Explorer les attentes des tuteurs et des membres de la commission valoriserait sans doute cette note et renforcerait son impact lors de la validation.

Mots-clés : tutorat, acquisition de compétences, certification, auto-évaluation

Faculté de Médecine de TOURS

VASSALLO Jeanne, VASSALLO-MOUSSU

Thèse n°

64 pages – 11 tableaux – 1 figure – 9 graphiques – 6 annexes

Résumé :

Contexte : Depuis 2004, chaque interne en DES de médecine générale à Tours est suivi par un tuteur qui l'aide à construire son portfolio, en cohérence avec la pédagogie d'apprentissage par compétence. Le passage du suivi individuel au suivi en groupe dès 2010 a pérennisé le tutorat. À l'issue des 3 ans du DES, les tuteurs fournissent une note de synthèse, reflétant la progression de l'interne et attestant ses acquisitions de compétences pour la commission de validation. La forme et le contenu de ces notes, laissés à l'appréciation des tuteurs, apparaissaient très hétérogènes.

Objectif : Recueillir et décrire toutes les notes de synthèse de tutorat écrites entre octobre 2012 et mai 2014.

Méthode : Recueil exhaustif des notes lors de 6 sessions de validation. Méthode mixte avec analyse quantitative de la prévalence des notes au fil des commissions, en fonction du mode de tutorat et de la population de tuteurs et analyse qualitative thématique de contenu avec catégorisation des notes.

Résultats : 87 notes ont été analysées. La prévalence des notes était plus importante en tutorat en groupe et dans la population de tuteurs ayant testé les 2 formes de tutorat. Les notes étaient très hétérogènes tant sur le fond que dans la forme. Outre la fonction évaluative sanctionnante, la note avait une fonction de témoin du suivi tutorial et de bilan, utile à l'interne. A la lumière des différents critères et supports utilisés, l'évaluation des compétences était très inégale parfois inexistante mais augmentait dans le temps. 6 catégories de notes ont été identifiées : 3 notes étaient « inclassables » ; les notes type « certificat » et « fiche de suivi » ainsi que celles « où le tuteur ne pouvait se prononcer » avaient tendance à diminuer au profit des notes « centrées sur l'acquisition de compétences » et des « nouvelles notes » d'auto-évaluation de l'interne.

Conclusion : Les notes évoluent au fil des commissions vers la certification. La place de l'autoévaluation dans ce processus, soulevée par l'émergence de nouvelles notes, mérite d'être questionnée. Explorer les attentes des tuteurs et des membres de la commission valoriserait sans doute cette note et renforcerait son impact lors de la validation.

Mots clés : - tutorat
- acquisition de compétences
- certification
- auto-évaluation

Jury :

Président : Madame le Professeur Anne-Marie LEHR-DRYLEWICZ

Membres : Monsieur le Professeur Laurent BRUNEREAU

Monsieur le Professeur Alain CHANTEPIE

Monsieur le Professeur Alain POTIER

Madame le Docteur Cécile RENOUX

Date de la soutenance : 4 décembre 2014

