

Université de Poitiers

Faculté de Médecine et Pharmacie

ANNEE 2015

Thèse n°

THESE **POUR LE DIPLOME D'ETAT** **DE DOCTEUR EN MEDECINE** **(décret du 16 janvier 2004)**

présentée et soutenue publiquement
le 9 juillet 2015 à Poitiers
par Melle Elodie LASSALLE

**Validité conceptuelle de l'accompagnement tutoral des internes de
médecine générale par les jeunes diplômés :
étude bibliographique et analyse**

Président : Monsieur le Professeur José GOMES DA CUNHA

Membres : Madame le Professeur Marie-Christine PERAULT
Monsieur le Professeur Xavier DUFOUR
Monsieur le Docteur David TOUGERON

Directeur de thèse : Monsieur le Docteur Pascal AUDIER

LISTE DES ENSEIGNANTS DE MEDECINE

Professeurs des Universités-Praticiens Hospitaliers

1. AGIUS Gérard, bactériologie-virologie
2. ALLAL Joseph, thérapeutique
3. BATAILLE Benoît, neurochirurgie
4. BRIDOUX Frank, néphrologie
5. BURUCOA Christophe, bactériologie - virologie
6. CARRETIER Michel, chirurgie générale
7. CHEZE-LE REST Catherine, biophysique et médecine nucléaire
8. CHRISTIAENS Luc, cardiologie
9. CORBI Pierre, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
10. DEBAENE Bertrand, anesthésiologie réanimation
11. DEBIAIS Françoise, rhumatologie
12. DROUOT Xavier, physiologie
13. DUFOUR Xavier, Oto-Rhino-Laryngologie
14. EUGENE Michel, physiologie (**surnombre jusqu'en 08/2016**)
15. FAURE Jean-Pierre, anatomie
16. FRITEL Xavier, gynécologie-obstétrique
17. GAYET Louis-Etienne, chirurgie orthopédique et traumatologique
18. GICQUEL Ludovic, pédopsychiatrie
19. GILBERT Brigitte, génétique
20. GOMBERT Jean-Marc, immunologie
21. GOUJON Jean-Michel, anatomie et cytologie pathologiques
22. GUILHOT-GAUDEFFROY François, hématologie et transfusion
23. GUILLET Gérard, dermatologie
24. GUILLEVIN Rémy, radiologie et imagerie médicale
25. HADJADJ Samy, endocrinologie et maladies métaboliques
26. HAUET Thierry, biochimie et biologie moléculaire
27. HERPIN Daniel, cardiologie
28. HOUETO Jean-Luc, neurologie
29. INGRAND Pierre, biostatistiques, informatique médicale
30. IRANI Jacques, urologie
31. JABER Mohamed, cytologie et histologie
32. JAAFARI Nematollah, psychiatrie d'adultes
33. JAYLE Christophe, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
34. KARAYAN-TAPON Lucie, cancérologie
35. KEMOUN Gilles, médecine physique et réadaptation
(**en détachement 2 ans à compter de janvier 2014**)
36. KITZIS Alain, biologie cellulaire
37. KRAIMPS Jean-Louis, chirurgie générale
38. LECRON Jean-Claude, biochimie et biologie moléculaire
39. LEVARD Guillaume, chirurgie infantile
40. LEVEZIEL Nicolas, ophtalmologie
41. LEVILLAIN Pierre, anatomie et cytologie pathologiques
42. MACCHI Laurent, hématologie
43. MARECHAUD Richard, médecine interne
44. MAUCO Gérard, biochimie et biologie moléculaire
45. MEURICE Jean-Claude, pneumologie
46. MIGEOT Virginie, santé publique
47. MILLOT Frédéric, pédiatrie, oncologie pédiatrique
48. MIMOZ Olivier, anesthésiologie - réanimation
49. MORICHAU-BEAUCHANT Michel, hépato-gastro-entérologie
50. NEAU Jean-Philippe, neurologie
51. ORIOT Denis, pédiatrie
52. PACCALIN Marc, gériatrie
53. PAQUEREAU Joël, physiologie
54. PERAULT Marie-Christine, pharmacologie clinique
55. PERDRISOT Rémy, biophysique et médecine nucléaire
56. PIERRE Fabrice, gynécologie et obstétrique
57. POURRAT Olivier, médecine interne
58. PRIES Pierre, chirurgie orthopédique et traumatologique
59. RICCO Jean-Baptiste, chirurgie vasculaire
60. RICHER Jean-Pierre, anatomie
61. RIGOARD Philippe, neurochirurgie
62. ROBERT René, réanimation
63. ROBLOT France, maladies infectieuses, maladies tropicales
64. ROBLOT Pascal, médecine interne
65. RODIER Marie-Hélène, parasitologie et mycologie
66. SENON Jean-Louis, psychiatrie d'adultes (**surnombre jusqu'en 08/2017**)
67. SILVAIN Christine, hépato-gastro-entérologie
68. SOLAU-GERVAIS Elisabeth, rhumatologie
69. TASU Jean-Pierre, radiologie et imagerie médicale
70. TOUCHARD Guy, néphrologie
71. TOURANI Jean-Marc, cancérologie
72. WAGER Michel, neurochirurgie

Maîtres de Conférences des Universités-Praticiens Hospitaliers

1. ALBOUY-LLATY Marion, santé publique
2. ARIES Jacques, anesthésiologie - réanimation
3. BEBY-DEFAUX Agnès, bactériologie - virologie
4. BEN-BRIK Eric, médecine du travail
5. BILAN Frédéric, génétique
6. BOURMEYSTER Nicolas, biologie cellulaire
7. CASTEL Olivier, bactériologie - virologie - hygiène
8. CATEAU Estelle, parasitologie et mycologie
9. CREMNITER Julie, bactériologie - virologie
10. DAHYOT-FIZELIER Claire, anesthésiologie - réanimation
11. DIAZ Véronique, physiologie
12. FAVREAU Frédéric, biochimie et biologie moléculaire
13. FRASCA Denis, anesthésiologie - réanimation
14. HURET Jean-Loup, génétique
15. LAFAY Claire, pharmacologie clinique
16. SAPANET Michel, médecine légale
17. SCHNEIDER Fabrice, chirurgie vasculaire
18. THILLE Arnaud, réanimation
19. TOUGERON David, hépato-gastro-entérologie

Professeur des universités de médecine générale

GOMES DA CUNHA José

Professeurs associés de médecine générale

BINDER Philippe
VALETTE Thierry

Maîtres de Conférences associés de médecine générale

BIRAULT François
BOUSSAGEON Rémy
FRECHE Bernard
GIRARDEAU Stéphane
GRANDCOLIN Stéphanie
PARTHENAY Pascal
VICTOR-CHAPLET Valérie

Enseignants d'Anglais

DEBAIL Didier, professeur certifié
PERKINS Marguerite, maître de langue étrangère
SASU Elena, enseignant contractuel

Professeurs émérites

1. DORE Bertrand, urologie (08/2016)
2. FAUCHERE Jean-Louis, bactériologie – virologie (08/2015)
3. GIL Roger, neurologie (08/2017)
4. MAGNIN Guillaume, gynécologie-obstétrique (08/2016)
5. MARCELLI Daniel, pédopsychiatrie (08/2017)
6. MENU Paul, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire (08/2017)

Professeurs et Maîtres de Conférences honoraires

1. ALCALAY Michel, rhumatologie
2. BABIN Michèle, anatomie et cytologie pathologiques
3. BABIN Philippe, anatomie et cytologie pathologiques
4. BARBIER Jacques, chirurgie générale (ex-émérite)
5. BARRIERE Michel, biochimie et biologie moléculaire
6. BECQ-GIRAUDON Bertrand, maladies infectieuses, maladies tropicales (ex-émérite)
7. BEGON François, biophysique, Médecine nucléaire
8. BOINOT Catherine, hématologie - transfusion
9. BONToux Daniel, rhumatologie (ex-émérite)
10. BURIN Pierre, histologie
11. CASTETS Monique, bactériologie - virologie – hygiène
12. CAVELLIER Jean-François, biophysique et médecine nucléaire
13. CHANSIGAUD Jean-Pierre, biologie du développement et de la reproduction
14. CLARAC Jean-Pierre, chirurgie orthopédique
15. DABAN Alain, cancérologie radiothérapie (ex-émérite)
16. DAGREGORIO Guy, chirurgie plastique et reconstructrice
17. DESMAREST Marie-Cécile, hématologie
18. DEMANGE Jean, cardiologie et maladies vasculaires
19. FONTANEL Jean-Pierre, Oto-Rhino Laryngologie (ex-émérite)
20. GOMBERT Jacques, biochimie
21. GRIGNON Bernadette, bactériologie
22. GUILLARD Olivier, biochimie et biologie moléculaire
23. JACQUEMIN Jean-Louis, parasitologie et mycologie médicale
24. KAMINA Pierre, anatomie (ex-émérite)
25. KLOSSEK Jean-Michel, Oto-Rhino-Laryngologie
26. LAPIERRE Françoise, neurochirurgie (ex-émérite)
27. LARSEN Christian-Jacques, biochimie et biologie moléculaire
28. MAIN de BOISSIERE Alain, pédiatrie
29. MARILLAUD Albert, physiologie
30. MORIN Michel, radiologie, imagerie médicale
31. POINTREAU Philippe, biochimie
32. REISS Daniel, biochimie
33. RIDEAU Yves, anatomie
34. SULTAN Yvette, hématologie et transfusion
35. TALLINEAU Claude, biochimie et biologie moléculaire
36. TANZER Joseph, hématologie et transfusion (ex-émérite)
37. VANDERMARCO Guy, radiologie et imagerie médicale

REMERCIEMENTS

A Monsieur le Professeur José GOMES DA CUNHA,

Vous me faites l'honneur de bien vouloir présider mon jury. Soyez assuré de ma gratitude et de mon profond respect.

A Madame le professeur Marie-Christine PERAULT,

Vous me faites l'honneur de participer à mon jury de thèse. Je vous remercie d'avoir bien voulu juger mon travail et vous exprime toute ma gratitude.

A Monsieur le Professeur Xavier DUFOUR,

Vous avez bien voulu me faire l'honneur de juger mon travail. Veuillez trouver ici l'expression de ma respectueuse gratitude.

A Monsieur le Dr David TOUGERON,

Je suis honorée de votre présence dans ce jury. Je vous remercie de l'intérêt que vous avez porté à mon travail et vous assure de ma reconnaissance.

A mon directeur de thèse, le Docteur Pascal AUDIER,

Merci de l'intérêt que tu portes à mon travail depuis mon mémoire de DES jusqu'à cette thèse. Je te remercie pour ton aide, ton soutien et ta patience mais aussi pour m'avoir fait faire mes premiers pas en médecine générale. Je t'exprime toute ma respectueuse gratitude.

Aux Docteurs Jacques BERNAT, Stéphane GIRARDEAU, Quitterie GARNAUD et Marine ANDRIEUX,

Vous m'avez accueillie dans votre cabinet et m'avez toujours fait confiance. Je vous remercie profondément et suis fière de poursuivre mon chemin avec vous.

A ma famille,

Vous avez toujours été présents pour moi et m'avez soutenue dans les bons moments comme les plus difficiles. J'espère vous rendre fiers de moi.

A mon compagnon, Ludovic,

Mon plus grand soutien. Tu as été à mes côtés tout au long de ce travail et m'a aidé à aller toujours de l'avant. Je t'aime.

A Fantine,

Mon petit rayon de soleil qui illumine ma vie chaque jour et me pousse à donner le meilleur de moi-même. Je t'aime très fort.

SOMMAIRE

1. INTRODUCTION	8
2. MATERIEL et METHODE.....	13
2.1 Outils de recherches	13
2.2 Recherche de modèles de tutorat dans des cursus universitaires autres que celui de la médecine.....	14
2.2.1 Education nationale	14
2.2.2 Universités et grandes écoles	14
2.2.3 Enseignements supérieurs de santé	15
2.3 Recherche du modèle de tutorat dans le DES de médecine générale.....	16
2.3.1 Modèle pédagogique dans le cadre du DES de médecine générale.....	16
2.3.2 Organisation actuelle du tutorat du DES de médecine générale dans les facultés de médecine de France	17
2.3.3 Compétences nécessaires au tuteur	18
2.3.4 Attentes des internes	18
3. RESULTATS.....	19
3.1 Le tutorat dans les autres domaines d'enseignements supérieurs	19
3.1.1 Education nationale	19
3.1.2 Universités et les grandes écoles	21
3.1.3 Enseignement supérieur de santé.....	23
3.1.3.1 Etude d'infirmier et d'aide-soignant	23
3.1.3.2 Etudes de sage-femme	24
3.1.3.3 Etudes de masseur-kinésithérapeute.....	25
3.2 Modèle pédagogique incluant le tutorat et utilisé lors de l'internat de médecine générale	26
3.2.1 Passage du paradigme d'enseignement au paradigme d'apprentissage	26
3.2.1.1 Différences pédagogique entre les deux paradigmes.....	26
3.2.1.2 L'évaluation en fonction du modèle pédagogique : différences entre le paradigme d'enseignement et le paradigme d'apprentissage	29
3.2.2 Compétences du médecin généraliste à acquérir dans le cadre du modèle d'apprentissage par compétences.....	31
3.2.3 Bénéfices pédagogiques du tutorat dans le modèle d'apprentissage par compétences.....	33

3.3	Le tutorat dans les facultés de médecine.....	34
3.3.1	Modalités à la faculté de Poitiers.....	34
3.3.2	Etat des lieux du tutorat dans les autres facultés de médecine.....	37
3.3.2.1	Tutorat collectif et individuel.....	37
3.3.2.2	Tutorat uniquement individuel.....	38
3.3.2.3	Tutorat uniquement collectif.....	38
3.3.2.4	Aucun tutorat.....	38
3.4	Missions et compétences du tuteur.....	40
3.4.1	Missions du tuteur.....	40
3.4.2	Compétences du tuteur.....	41
3.4.2.1	Concept général du tutorat selon Claire Marchand.....	41
3.4.2.2	Conceptualisation de notre modèle de tutorat selon Moust et Baudrit () : la congruence cognitive.....	42
3.4.2.3	L'empathie.....	44
3.4.3	Les attentes des internes.....	45
3.5	Modèles de tutorat par les très jeunes diplômés dans le cadre du DES de médecine générale dans d'autres facultés de médecine françaises.....	46
4.	DISCUSSION.....	48
4.1	Démarche générale de notre travail.....	48
4.2	Formes de tutorat retrouvées dans les autres cursus d'enseignement supérieur et comparaison à notre modèle.....	49
4.3	Analyse conceptuelle du tutorat par les jeunes diplômés.....	50
4.4	Formes de tutorat du DES de médecine générale et modèles de tutorat par les jeunes diplômés dans les autres facultés de France.....	54
5.	CONCLUSION : le modèle poitevin.....	56
	BIBLIOGRAPHIE.....	58
	RESUME.....	62
	SERMENT.....	63

GLOSSAIRE

BMP : Bilan à Mi Parcours

CAFIPEMF : Certificat d’Aptitude aux Fonctions d’Instituteurs et de Professeur des Ecoles
Maitre-Formateur

CASSF : Collectif des Associations et de Syndicats de Sages-Femmes

CHU: Centre Hospitalier Universitaire

CNGE : Collège National des Généralistes Enseignants

CPE : Conseiller Principal d’Education

DDA : Dossier D’Apprentissage

DDR : Dossier De Réussite

DES : Diplôme d’Etudes Spécialisées

DMG : Département de Médecine Générale

DPC : Développement Professionnel Continu

DUT : Diplôme Universitaire de Technologie

EBM: Evidence Based Medicine

ECN : Examen Classant National

GEAPI : Groupe d’Echange et d’Analyse de Pratiques entre Internes

GEAPIT : Groupe d’Echange et d’Analyse de Pratiques d’Internes Tuteurés

GEP : Groupe d’Echange des Pratiques

IMG : Internes de Médecine Générale

IUT : Institut Universitaire de Technologie

J.C : Jésus Christ

MSU : Maître de Stage Universitaire

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

RIT : Rencontre Individuelle avec le Tuteur

RSCA : Récit de Situation Complexe et Authentique

SASPAS : Stage Ambulatoire en Soins Primaires en Autonomie Supervisée

UFR : Unité de Formation et de Recherche

WONCA: World Organization of National Colleges and Academics

1. INTRODUCTION

Etymologiquement, le mot tuteur vient de la racine latine « tueri » exprimant l'idée de « protéger », « veiller à », « prendre soin ». Le tuteur est quelqu'un qui veille sur une autre personne et s'assure qu'elle ne manque de rien, il a donc un rôle protecteur.

On peut décrire deux grandes catégories de tutorat. Un tutorat par les « pairs » que l'on rencontre lorsqu'un élève ou un étudiant plus avancé dans son cursus et donc bénéficiant d'une expérience scolaire ou universitaire plus importante et de compétences académiques avérées prend en charge un étudiant plus jeune. Un tutorat par des enseignants possédant une expertise et des compétences professionnelles avérées.

Parallèlement à cela, Sarbin¹ en 1976 a différencié deux types de statuts sociaux. Un statut « admis » lorsque des aptitudes personnelles de bienveillance et de protection sont mises en avant pour exercer une activité (il prend en exemple le rôle de la mère qui est associé à des qualités de protection, d'assistance et d'attention) et un statut « acquis » lié à la maîtrise de compétences spécifiques faisant l'objet d'une certification et que l'on retrouve chez les enseignants puisqu'ils passent des formations diplômantes pour exercer leur métier. Ainsi, le statut acquis se rapprocherait du tutorat par les enseignants et le statut admis du tutorat par les pairs. D'ailleurs, pour Sarbin, le tutorat est plutôt associé au statut admis. En fait, nous verrons par la suite que pour être le plus compétent possible, le tuteur doit disposer de ces deux statuts.

Comme l'explique Baudrit¹, le tutorat a évolué au fil du temps pour passer du préceptorat au monitorat puis au tutorat. Deux publications de 1990, Gordon et Gordon² et Wagner³ relatent l'histoire du tutorat et permettent de se rendre compte que cette pédagogie présente des origines très lointaines.

Dès 7000 avant J.C, les enfants de l'aristocratie étaient éduqués par des prêtres ou des tuteurs royaux afin de leur transmettre les traditions religieuses, de leur faire connaître la loi ou encore de les initier à l'écriture. Il existait également à Rome un rôle de « tutela » ou

encore dans la Grèce antique. Les enfants apprenaient alors la philosophie, la peinture, le grec, etc. de tuteurs choisis de manière très sélective pour enseigner aux enfants des familles de l'aristocratie. Ces formules étaient plus proches du préceptorat que du tutorat.

Au Vème siècle avant J.C., Confucius expliquait : « on apprend mieux de ses pairs que de ses maîtres ». Quintilien, grand maître romain à la tête d'une école de rhétorique au 1^{er} siècle après J.C, soulignait quant à lui : « celui qui vient d'apprendre est le meilleur des enseignants, et qu'il est l'un des mieux placés pour rendre l'enseignement plus humain, plus moral, plus pratique et plus profond. »

Plus tard, cette méthode d'enseignement tutoral va prendre de l'ampleur, notamment à l'époque médiévale, période durant laquelle le rôle de l'Eglise dans l'éducation des enfants va s'affirmer et où de nombreuses pratiques tutorales vont se propager dans les monastères et abbayes d'Angleterre et d'Irlande. Par la suite, au XVIIIème siècle, le mouvement va s'amplifier et on retrouve alors au Royaume-Uni l'expansion du « monitoral système » ayant pour but d'alphabétiser le plus grand nombre d'élèves. Andrew Bell et Joseph Lancaster ont chacun organisé des méthodes de tutorat dans lesquelles les élèves les plus intelligents et les plus sages dispensaient les enseignements aux élèves les moins bons. Il s'agit alors d'un monitorat et non plus d'un préceptorat.

Cette méthode d'éducation va aussi se développer progressivement en Amérique du nord et en Europe dans le système scolaire. En France, on parle alors « d'enseignement mutuel » dans lequel les élèves aidants ont un statut de moniteurs. Soit de moniteurs généraux c'est-à-dire d'adjoints du maître, soit de moniteurs particuliers, choisis pour leurs compétences et dispensant à des groupes d'une dizaine d'élèves l'enseignement de la lecture, l'écriture et le calcul. Cet enseignement mutuel connu un vif succès pendant un demi siècle, c'est-à-dire jusqu'au milieu du XVIIIème siècle où il va être abandonné à cause de plusieurs facteurs. Il est reproché aux maîtres de ne plus être des enseignants mais des directeurs faisant enseigner. Parallèlement à cela, la loi Guizot obligea toutes les communes à avoir une école, réduisant ainsi considérablement les effectifs des classes. Surtout, on commence à s'interroger sur le fait que les moniteurs ne sont peut être pas suffisamment formés et compétents et pourraient induire en erreur les tuteurés.

Après pratiquement un siècle d'oubli, le tutorat réapparaît dans les écoles américaines. On parle alors de tuteur et non plus de maître qui dispensait le savoir alors que le tuteur va devenir un véritable auxiliaire pédagogique. Dans les années mille neuf cents soixante-dix, toujours aux Etats- Unis, le tutorat se développe dans le secteur privé afin de rendre plus performantes des équipes de professionnels peu expérimentés. Il est introduit dans les années quatre-vingt-dix dans les professions paramédicales (infirmières) puis médicales. De la même façon, le tutorat est très rependu au Royaume-Uni depuis les années 1990 dans les facultés de médecine. En effet, une étude réalisée en 1993⁴ sur 31 facultés du pays montre que 83% des étudiants ont un tuteur personnel.

En France, c'est dans les années 1980 que le concept de tutorat trouve sa place dans les organismes par le développement des formations par alternance. En effet, les apprentis ont alors nécessairement un tuteur dans l'entreprise qui les accueille. Dans les facultés de médecine françaises, le tutorat va se développer dans les années 2000 notamment sous l'impulsion du CNGE (Collège National des Généralistes Enseignants) en 2004 suite au décret n°2004-67 du 16 janvier 2004⁵ qui fait de la médecine générale une spécialité médicale et donne donc aux étudiants un statut d'interne travaillant pour l'obtention du DES (Diplôme d'Etudes Spécialisées) de médecine générale. Il s'opère alors un changement de pédagogie avec le passage d'une approche centrée sur l'enseignant à une approche centrée sur l'étudiant dans lequel l'enseignant n'est plus celui qui transmet le savoir à un étudiant passif mais devient celui qui l'aide à acquérir et développer ses compétences. La colonne vertébrale de ce modèle pédagogique est justement le tutorat. En 2008, le congrès du CNGE⁶ promeut un tutorat « obligatoire » centré sur l'évaluation des compétences des internes de médecine générale par le tuteur qui prend le rôle d'un accompagnateur et évaluateur des pratiques professionnelles sur toute la durée du DES.

Si le tutorat est déjà mis en place dès le début des années 2000 dans plusieurs facultés de médecine comme celle de Brest (2000), de Créteil (2001) ou encore de Toulouse (2002), à Poitiers, il est obligatoire pour tous les IMG (Internes de Médecine Générale) depuis 2004. Dès 2003 un virage avait commencé et les deux paradigmes cohabitaient avec un enseignement classique associé à une introduction à la pédagogie par apprentissage des

compétences et ceci jusqu'en 2009 où nous avons vu disparaître le paradigme d'enseignement au profit d'une approche pédagogique centrée sur l'étudiant. En 2013, le DMG (Département de Médecine Générale) de Poitiers a de nouveau modifié son programme à partir des 6 compétences du CNGE. D'individuel, le tutorat devient à la fois individuel et collectif. En effet, le couple tuteur-tuteuré se rencontre lors de RIT (rencontre individuelle avec le tuteur) 2 fois par an la première année puis une fois par an mais aussi lors de GEAPIT (Groupe d'Echange et d'Analyse de Pratiques d'Internes Tuteurés) réunissant alors plusieurs tuteurs et leurs tuteurés respectifs une fois par an.⁷

Jusqu'à maintenant, le tuteur doit être MSU (Maître de Stage Universitaire) et pour cela avoir déjà 3 années d'expérience professionnelle. Il doit également avoir suivi une formation au tutorat

Récemment, le DMG de la faculté de Poitiers a souhaité élargir le tutorat en le proposant à des jeunes diplômés de la discipline. Cette décision a été prise pour pallier au manque de tuteurs et ne pas être obligé comme certaines facultés d'abandonner le tutorat ou de le réduire à un simple tutorat de groupe, d'autant qu'il a été retrouvé une motivation des internes en fin de formation pour la fonction de tuteur.

Le DMG a donc proposé à de très jeunes diplômés d'être tuteurs mais sous plusieurs conditions : la validation du mémoire de DES (obligatoire pour être diplômé) et la participation au séminaire de formation proposé par le CNGE (DPCP4) au plus tard pendant leur première année de tutorat.

On voit donc que dans notre sujet d'étude, nous nous trouvons dans une situation intermédiaire entre le tutorat par les pairs étudiants et le tutorat par les enseignants. En effet, la notion de pair perd de son sens puisque le tuteur est diplômé. Il a validé son DES et de fait il possède un certain nombre de compétences ayant trait à la médecine générale, mais il ne s'agit ni d'un enseignant ni d'un professionnel expérimenté.

Devant cette volonté de rendre accessible la fonction de tuteurs à de jeunes diplômés, nous avons recherché les aspects plutôt positifs et ceux plutôt négatifs de ce type d'accompagnement tutorial afin de savoir si, malgré leur peu d'expérience professionnelle, ils

pouvaient remplir cette tâche de façon pertinente. Il nous semble important de savoir si cette mission peut leur être confiée car si c'est le cas, cela permettrait d'impliquer très tôt les jeunes diplômés dans l'accompagnement des étudiants et de pérenniser notre modèle pédagogique dont la colonne vertébrale est le tutorat.

2. MATERIEL et METHODE

Afin de pouvoir répondre à notre hypothèse de travail, nous avons entrepris une étude de la littérature.

2.1 Outils de recherches

Pour notre travail, nous avons utilisé plusieurs fois la même méthode de recherche. Celle-ci consistait à prendre comme point de départ une base bibliographique en notre possession afin de trouver de nouvelles données bibliographiques. Pour ces recherches scientifiques et spécifiques, nous avons utilisé des bases données nous permettant un accès à une littérature pertinente d'articles validés, mais aussi de thèses. Ainsi les principales ressources dont nous disposons ont été retrouvées puis recoupées sur plusieurs bases de données tels que Sudoc, Doc'Cismef mais aussi Pubmed et science direct qui nous ont surtout été d'une grande utilité pour les ressources étrangères.

Nous nous sommes également servi du moteur de recherche google scholar (moteur de recherche universitaire plus pertinent que google) notamment lorsque nous n'arrivions pas à retrouver de littérature sur les autres bases.

Par ailleurs, nous nous sommes servi, pour la recherche dans les domaines autres que la médecine, de moteurs de recherches généralistes comme google ou yahoo permettant d'accéder aux sites internet des universités et autres écoles mais aussi de sites gouvernementaux (légifrance, éducation nationale). C'est par ces mêmes moteurs de recherches que nous avons pu accéder aux sites des différents DMG afin d'avoir les contacts nécessaires.

Nous avons commencé par rechercher s'il existait des modèles similaires à celui que nous étudions, à savoir un tutorat par de très jeunes diplômés de la discipline dans d'autres secteurs d'études supérieures. Nous voulions connaître leur contexte d'apparition ainsi que leurs modalités pratiques. Surtout, nous voulions savoir si ce fonctionnement a été évalué afin de connaître son impact chez les tuteurés.

2.2 Recherche de modèles de tutorat dans des cursus universitaires autres que celui de la médecine

2.2.1 Education nationale

Nos recherches se sont tout d'abord portées sur le site de l'éducation nationale (www.education.gouv.fr). Nous savions déjà qu'il existe dans ce cursus une année de stage comprenant un tutorat et ces recherches nous ont permis de retrouver toutes les informations concernant les modalités du tutorat dans ce domaine car il existe un cadre réglementaire pour chaque type de stage et du tutorat qui l'accompagne.

2.2.2 Universités et grandes écoles

Nous avons ensuite voulu connaître les possibilités de tutorat qui peuvent exister dans les facultés ou encore dans les grandes écoles.

Sur le site de légifrance (www.legifrance.gouv), nous avons pu retrouver plusieurs types de tutorat régis par une réglementation officielle, celle du code du travail, dans le cadre des cursus technologique retrouvées dans les IUT ou encore dans le cadre de la formation par alternance, en particulier pour la licence professionnelle.

En ce qui concerne les filières dites générales, nous avons effectué nos recherches sur les moteurs généraux pour avoir accès aux sites des universités. Nous avons essayé de limiter nos recherches à un échantillonnage représentatif, c'est-à-dire en prenant un ou deux exemples de faculté pour chaque type d'enseignement proposé (facultés de sciences, de lettres, de droit) car il existe une grande diversité des cursus proposés dans les études

supérieures en France ainsi qu'un nombre important d'universités recensées sur le territoire. Nous avons retrouvé dans certaines facultés un modèle de tutorat individuel ou collectif par des enseignants et proposé aux étudiants sur la base du volontariat.

De la même façon que précédemment, nous avons essayé de rechercher sur les sites de grandes écoles (école de commerces, école nationale supérieure d'ingénieurs Poitiers, Polytechnique, Skema Business School) via google. Dans ce type d'études supérieures on retrouve aussi un nombre important de grandes écoles et chacune a sa propre politique pour organiser les études de ses élèves. Ainsi, nous n'avons pas pu rechercher toutes les écoles supérieures de France mais nous avons pu retrouver un exemple sur le site internet de l'une d'entre elles (www.skema-bs.fr). La recherche de littérature dans ce domaine s'est également retrouvée infructueuse même en passant par des moteurs de recherches universitaires (google scholar) et les bases de données bibliographiques (Doc'Cismef). Nous n'avons pu retrouver qu'une source évoquant le tutorat dans les grandes écoles se rapprochant du tutorat du 3ème cycle des études médicales en médecine générale mais pas par les jeunes diplômés.

2.2.3 Enseignements supérieurs de santé

Par la suite, nous voulions nous rapprocher du domaine médical en explorant les domaines paramédicaux.

Nous avons débuté nos recherches sur les sites officiels du gouvernement notamment celui de légifrance (www.legifrance.gouv) via des moteurs de recherches généraux (google, yahoo), afin de préciser la législation actuelle qui encadre les études d'infirmiers, d'aides soignants, de sages-femmes et de kinésithérapeutes. Dans cette même optique, nous avons poursuivi sur les sites comme celui l'OMS²⁴ mais aussi sur ceux des conseils de l'ordre de chacune de ces professions car nous n'avons trouvé un cadre réglementaire que pour les diplômes d'état d'infirmier et d'aide soignant.

Une fois ce cadre réglementaire défini, nous avons poursuivi nos recherches à l'aide du moteur de recherche universitaire google scholar mais aussi des bases de données bibliographiques Science Direct et Doc'Cismef afin de retrouver d'éventuels ouvrages ou

articles parus sur le modèle du tutorat et son organisation dans les écoles d'infirmier, d'aide-soignant, de sage-femme et de kinésithérapeute.

Toutefois après avoir effectué ces premières recherches nous n'avons pas retrouvé de modèle identique à celui du tutorat par les jeunes diplômés du DES de médecine générale et donc d'éléments directs venant appuyer notre hypothèse. Cependant, nos recherches n'ont peut être pas été suffisamment exhaustives et il faut aussi préciser que nous ne nous sommes concentré que sur les modèles d'enseignements rencontrés en France. Il est donc tout à fait possible qu'à l'étranger il existe des méthodes de tutorat semblable à celui de notre question de recherche.

Nous avons donc décidé de nous concentrer plutôt sur des recherches concernant les missions et les compétences du tuteur nécessaires pour assurer sa fonction de manière pertinente. Nous avons postulé qu'à partir de ces éléments déterminants la qualité du tutorat nous pourrions déterminer si les très jeunes diplômés pouvaient assurer la fonction de tuteur dans le cadre du DES de médecine générale.

2.3 Recherche du modèle de tutorat dans le DES de médecine générale

2.3.1 Modèle pédagogique dans le cadre du DES de médecine générale

Dans un premier temps, nous avons voulu rechercher comment le modèle pédagogique englobant le tutorat s'est installé dans le troisième cycle des études médicales et particulièrement dans le cadre du DES de médecine générale.

Nous avons pris comme point de départ de nos recherches sur la pédagogie une bibliographie que possédait mon directeur de thèse sur ce sujet, puis nous avons complété les recherches en se référant aux différentes bibliographies contenus dans les articles recommandés. Pour cela nous avons là aussi utilisés les bases de données bibliographiques Pubmed et doc'Cismef et Science Direct. Nous avons privilégié, pour les recherches d'articles étrangers, les bases Pubmed et Science Direct alors que doc'Cismef nous a été plus utile

pour les articles francophones. Nous nous sommes également servis du catalogue Sudoc pour compléter nos recherches.

2.3.2 Organisation actuelle du tutorat du DES de médecine générale dans les facultés de médecine de France

Dans un second temps, nous avons voulu faire le point sur le tutorat à l'heure actuelle dans les facultés de médecine. Pour cela, il nous a fallu lister les facultés de médecine de France et retrouver pour chacune les sites internet de leur département universitaire de médecine générale. Pour la plupart, nous avons ainsi pu retrouver les coordonnées des responsables soit du tutorat, s'ils existaient, soit de la pédagogie. Pour d'autres en revanche, les coordonnées n'étant pas disponibles sur leur site internet, nous avons contacté directement le département par téléphone afin de nous faire préciser les renseignements nécessaires pour entrer en contact avec les responsables pédagogiques. Nous avons envoyé un courrier électronique expliquant le sujet de notre travail ainsi que le contexte qui l'a fait naître, c'est-à-dire la mise en place d'un tutorat par les très jeunes diplômés au sein du DMG de la faculté de médecine de Poitiers. Nous demandions alors des précisions sur le type de tutorat proposé (individuel, collectif, les deux ou encore aucun tutorat) afin de confirmer les informations retrouvées sur les sites internet. Nous leur expliquions ensuite que nous aurions voulu savoir si un modèle similaire au notre avait été mis en place au sein de leur UFR (Unité de Formation et de Recherche) et dans l'affirmative, de nous expliquer comment et pourquoi cela a été mis en place, quels sont le mode de recrutement de ces tuteurs et la formation qui leur est proposée mais aussi comment se déroule ce tutorat, c'est-à-dire s'il est aménagé (moins de tuteurés par tuteur, par exemple) ou encore s'il existe une supervision par des tuteurs plus expérimentés. Nous avons reçu 12 réponses au sein desquelles seulement 4 facultés proposent un modèle de tutorat par de très jeunes diplômés.

Puis, nous avons, par l'intermédiaire du catalogue Sudoc, rechercher les thèses existant sur ce sujet mais aussi à partir des bases de données que nous avons déjà utilisées c'est-à-dire dans un premier temps les bases comme Pubmed et Doc'Cismef puis sur le moteur de recherche universitaire google scholar. Nous avons même élargie nos recherches en passant par des moteurs de recherches généraux tels que yahoo et google.

2.3.3 Compétences nécessaires au tuteur

Ce travail effectué, nous avons les bases de la pédagogie intégrant le tutorat mais aussi une vision globale de ce qui existe actuellement dans les facultés de France. Nous avons alors concentré nos recherches sur les éléments permettant au tuteur d'assurer au mieux son rôle.

Tout d'abord nous avons essayé de définir les missions du tuteur en nous renseignant sur les différents sites des DMG. Après avoir défini ces missions nous nous sommes intéressés aux compétences dont doit disposer le tuteur afin de créer une bonne relation tutorale.

Nous avons procédé de la même façon que pour nos recherches sur la pédagogie, en commençant par nos bases de données habituelles. Nous avons pu retrouver de nombreuses ressources mais beaucoup d'entre elles n'étaient malheureusement pas consultables en ligne notamment en ce qui concerne les ouvrages de la littérature.

Ensuite, nous avons pris comme point de départ de nos recherches des bases bibliographiques de ressources que nous possédions déjà, et nous avons effectué des recherches plus approfondies en utilisant la même méthode de recherche que nous avons utilisée plusieurs fois c'est-à-dire en recherchant d'abord sur les bases de données scientifiques (Science Direct, Doc'Cismef et Pubmed) puis en élargissant sur les moteurs de recherche universitaire (google scholar) et enfin sur les moteurs de recherches généraux (google , yahoo). Ces derniers ne nous ayant pas fournies de réponses utiles. Ici, nous avons pris comme point de départ des références que nous avons en notre possession car nos premières recherches ont fait émerger un certain nombre de compétences que nous avons en fait déjà rencontrées lors des recherches effectuées sur le tutorat dans les autres domaines d'études supérieures.

2.3.4 Attentes des internes

Pour savoir quel est le regard des internes vis-à-vis du tutorat et des tuteurs, nous sommes passés par le catalogue Sudoc afin de rechercher les travaux effectués dans le cadre de thèses de médecine par des étudiants de médecine générale.

3. RESULTATS

3.1 Le tutorat dans les autres domaines d'enseignements supérieurs

Le but de ces recherches était de savoir comment le tutorat se développe dans les domaines autres que la médecine et s'il existe des modèles similaires à notre sujet d'étude.

3.1.1 Education nationale

Après obtention de leur concours, les enseignants stagiaires de premier (professeur des écoles) et second (professeur en collège ou lycée) degré effectuent une année de stage durant laquelle ils ont le titre de professeur stagiaire. Pendant cette période ils sont accompagnés par un tuteur. Le but de cette année de stage est d'acquérir les compétences nécessaires pour assurer leur fonction. L'arrêté du 12 mai 2010⁸ décrivait les compétences à acquérir par les professeurs, documentalistes et conseillers principaux d'éducation pour l'exercice de leur métier.

Par la suite, un référentiel des compétences professionnelles des métiers du professorat et de l'éducation a été mis en place par l'arrêté du 1^{er} juillet 2013⁹. Il vise à affirmer que tous les personnels concourent à des objectifs, à reconnaître la spécificité des métiers du professorat et de l'éducation et à identifier les compétences professionnelles attendues

Les missions du tuteur des stagiaires peuvent être décrites par 5 verbes¹⁰:

- Accueillir : Il contribue fortement à construire les premières représentations de l'Institution, de l'établissement, des collègues. Il doit favoriser son intégration dans l'établissement et dans les équipes pédagogiques, le familiariser avec l'établissement, l'introduire dans les équipes constituées et lui permettre de s'approprier le matériel, les outils et les dossiers. Le professeur tuteur élabore un contrat de collaboration avec le professeur stagiaire négocié et évolutif.
- Former et accompagner : Il l'aide à adopter une posture d'enseignant et à acquérir les compétences, les démarches et les outils pour enseigner

- Observer : l'observation a pour but de structurer le stage et débouche sur l'un des critères d'évaluation du professeur stagiaire.

- Formuler des conseils

- Evaluer l'acquisition des compétences : ici on retrouve les deux types d'évaluation des apprentissages. Une évaluation formative, qui prend en compte le travail du professeur stagiaire tout au long du stage et une évaluation sommative, qui intervient lors de l'évaluation finale du stage par le biais d'une grille d'évaluation et d'un rapport écrit et qui peut être sanctionnante.

Un sixième rôle s'ajoute à cela, celui d'alerter en cas de difficulté du professeur stagiaire.

Les conditions pour être tuteur sont définies en fonction du degré d'enseignement¹¹. Pour le premier degré, le choix se portera principalement sur les maîtres-formateurs mais il pourra faire appel aux maîtres d'accueil temporaire. Un maître-formateur est un professeur des écoles possédant le CAFIPEMF⁸ (certificat d'aptitude aux fonctions d'instituteurs et de professeur des écoles maître-formateur). L'examen du CAFIPEMF est ouvert aux instituteurs ou professeurs des écoles titulaires et justifiants d'au moins cinq années de services effectifs d'enseignement à temps complet. Un maître d'accueil temporaire est un enseignant volontaire pour accueillir à titre temporaire dans sa classe des étudiants pour des stages d'observation et de pratique accompagnée⁸. Ces maîtres d'accueil temporaire sont désignés pour l'année par l'inspecteur d'académie, sur proposition de l'inspecteur chargé de circonscription. Pour le second degré, le tutorat fait appel aux enseignants tuteurs et aux CPE tuteurs. Les collèges et lycées qui accueilleront des personnels stagiaires disposent d'enseignants expérimentés et volontaires qui s'engageront dans le tutorat. Pour disposer d'un réseau de tuteurs confirmés, les établissements s'appuient sur les chefs d'établissement et les corps d'inspection¹².

3.1.2 Universités et les grandes écoles

Il existe un tutorat très développé dans l'ensemble des universités françaises qui est un tutorat par les pairs. En première année de médecine, les étudiants peuvent avoir des tuteurs de 2^{ème} ou 3^{ème} année. C'est le cas dans les autres domaines. A l'université de La Sorbonne, un tutorat est proposé à tous les étudiants de licence et est assuré par des doctorants. De multiples exemples existent dans lesquels il s'agit d'un tutorat pour les étudiants de première année réalisé par des étudiants de master ou de doctorat. Dans ce contexte il s'agit surtout de favoriser l'intégration de l'étudiant ainsi que sa réussite aux examens. Il permet également d'acquérir plus vite une autonomie nécessaire à la poursuite ses études. A côté de ce tutorat par les pairs, il existe trois autres formes de tutorat.

On retrouve le premier dans la pratique des projets tuteurés. Ces projets se retrouvent dans les IUT (Institut Universitaire de Technologie)¹³ pour l'obtention des DUT (Diplôme universitaire de Technologie), mais aussi dans le cadre de la licence professionnelle¹⁴, proposées dans les universités et certaines grandes écoles (école nationale supérieure d'ingénieurs Poitiers, Polytechnique, écoles de commerces,...). Les objectifs de ce type de projet sont décrits dans l'article 9 de l'arrêté du 20 avril 1994 : « les projets faisant l'objet d'un tutorat sont destinés à faciliter l'acquisition de la pratique et le maniement des concepts enseignés dans le cadre de la formation encadrée. Ils sont individuels ou collectifs ». Le projet est donc utilisé comme un moyen de développement des qualités d'initiative personnelle, d'autonomie et de communication, ainsi que pour favoriser l'acquisition de méthodes de travail. En pratique, un projet tuteuré est une réalisation concrète organisée sous la forme d'une mission dans le cadre des études. Cette définition appelle une double précision¹⁵:

- Un projet est un travail de terrain que l'étudiant est appelé à réaliser pour une entreprise, une collectivité locale, un commerçant, un artisan ou encore une association.
- L'action est ensuite tuteurée dans la mesure où dans cet exercice, l'étudiant peut s'appuyer sur l'aide d'un enseignant/tuteur. Les tuteurs sont donc ici des enseignants.

Une autre forme de tutorat se retrouve dans l'alternance. En effet, de nombreuses écoles mais aussi des universités (dans le cadre de la licence professionnelle¹⁴) proposent

désormais une formation par alternance. En fonction des écoles, l'alternance peut se faire sur 1, 2 ou 3 ans, sous forme de contrat d'apprentissage ou de professionnalisation et suivre des rythmes différents (1 semaine/3, 1mois/2,...). Que ce soit sous la forme de contrat d'apprentissage ou de professionnalisation, l'étudiant bénéficie d'un tuteur de stage (appelé aussi maître de stage). La loi régit les conditions d'accès au tutorat. Dans le contrat de professionnalisation, l'article D6325-6¹⁶ (modifié par le décret n°2014-969 du 22/08/14) le définit comme un « salarié volontaire et justifiant d'une expérience professionnelle d'au moins deux ans dans une qualification en rapport avec l'objectif de professionnalisation visé ». Dans le contrat d'apprentissage, le maître de stage doit soit : (article L117-4)¹⁷

- posséder un diplôme ou un titre relevant du domaine professionnel correspondant à la finalité du diplôme ou du titre préparé et posséder deux années d'expérience d'une activité professionnelle en relation avec la qualification visée ou le titre préparé

- posséder trois années d'expérience professionnelle en relation avec la qualification visée.

En ce qui concerne les missions du tuteur, il s'agit tout d'abord d'accueillir l'apprenti dans l'entreprise en lui présentant le personnel et les activités de celle-ci et en l'informant des règles et usages internes. Ensuite, il accompagne l'apprenti dans la découverte du métier en organisant son poste de travail et en lui permettant d'acquérir le savoir professionnel nécessaire.

Enfin, un troisième type de tutorat se retrouve actuellement dans les grandes écoles (comme l'Ecole Normale Supérieure de Rennes, l'Ecole Supérieure de Commerce de Rennes¹⁸ ou encore la Skema Business School¹⁹) mais aussi dans certaines facultés (faculté libre de droit Lille-Paris-Toulouse, faculté des arts, lettres, langues et sciences humaines Aix-Marseille, faculté des sciences du sport de Strasbourg). Il s'agit d'un accompagnement par un tuteur durant toute la durée du cursus ou pour une seule année (celle de Licence 1, dans le modèle de la faculté des sciences du sport de Strasbourg). On retrouve sensiblement les mêmes objectifs que dans le tutorat par les pairs pour les élèves de première année (faciliter l'intégration de l'étudiant, lui apprendre l'autonomie, le responsabiliser dans son travail et l'appuyer dans ses recherches) mais il s'agit ici de tuteurs enseignants.

Il existe donc plusieurs formes de tutorat dans les études supérieures. Cependant, dans ces contextes, les tuteurs sont soit des pairs étudiants plus avancés dans leur cursus, soit des professionnels de l'enseignement, soit des professionnels de terrain expérimentés (2 années d'expérience).

3.1.3 Enseignement supérieur de santé

3.1.3.1 Etude d'infirmier et d'aide-soignant

Les études d'infirmier ont été complètement modifiées par l'arrêté du 31 juillet 2009 relatif au diplôme d'état infirmier²⁰. Dans ce contexte, il y a eu également un basculement vers une approche par compétences. Les étudiants infirmiers doivent acquérir 10 compétences indispensables pour exercer leur métier. Ainsi, le tuteur de stage a fait son apparition dans ce domaine où il a comme fonction d'accompagner l'étudiant, de le suivre sur le terrain en lui apportant aide et soutien mais aussi d'évaluer l'acquisition des compétences notamment à l'aide du portfolio.

Pour Petiot²¹ : « le soignant (tuteur) est choisi en fonction de l'expertise qu'il possède, en effet les tuteurs novices avec peu d'expertise dans un service ne sont alors pas sollicités pour encadrer les étudiants ». De la même façon, Adam et Bayle²² notent « Il convient de préciser que le tuteur de l'étudiant est avant tout un professionnel infirmier. Ensuite, il est préférable que le tuteur ne soit pas novice dans l'unité de soins. Il doit en effet posséder les bases du métier, l'organisation de l'unité de soins et ses techniques spécifiques, les compétences évaluables dans l'unité et le contenu du référentiel de formation. »

Dans ce domaine, le tutorat se rapproche donc beaucoup dans ses objectifs et son organisation de celui rencontré en troisième cycle des études médicales à la différence qu'il ne s'agit pas d'un tutorat transversal sur l'ensemble des études mais seulement d'un tutorat de stage. Cela explique d'ailleurs pourquoi il est demandé aux tuteurs une expertise du « métier » mais aussi une expertise du « terrain », chaque service fonctionnant de manière singulière et autonome en fonction des spécialités.

Les études d'aide-soignant ont été elles aussi modifiées par l'arrêté du 31 juillet 2009²⁰ et le tutorat se développe progressivement dans ce domaine également. Ainsi l'institut de formation des aides-soignants du CHU de Poitiers propose dans son catalogue 2013²³ une formation au tutorat aide-soignant à des aides-soignants volontaires disposant d'un minimum d'un an d'expérience professionnelle.

3.1.3.2 Etudes de sage-femme

Dès l'année 2000, l'OMS publiait une « *Stratégie européenne de l'OMS pour la formation des infirmières et des sages-femmes* »²⁴ dans laquelle était exprimé que la formation de ces professionnels devait être basée sur l'acquisition de compétences. En 2010, le Collectif des Associations et Syndicats de Sages-femmes (CASSF) avec la participation du Conseil National de l'Ordre des Sages femmes constituait le premier référentiel métier et compétences des sages-femmes²⁵. Il a été choisi de développer les compétences de la sage-femme à travers huit situations types de la profession qui, même si elles ne sont pas exhaustives, sont considérées comme particulièrement représentatives de la profession.

Ces situations types sont les suivantes :

Situations-types	Caractéristiques
Conduire une consultation prénatale	Prise en charge dans la continuité / 7 consultations par femmes / Orientation et prévention
Organiser et animer une séance collective de préparation à la naissance et à la parentalité	Education à la santé / 8 séances par femme et par grossesse
Assurer une consultation d'urgence pour douleurs abdominales au cours du 3ème trimestre	Urgence Travail en collaboration
Diagnostiquer et suivre le travail, réaliser l'accouchement et surveiller ses suites (pour une grossesse à terme a priori normale)	Urgence et non urgence/ Prise en charge dans la continuité / 821 000 naissances en 2009
Diagnostiquer et prendre en charge l'hémorragie de la délivrance (quel que soit le lieu et au-delà du post partum immédiat)	Urgence Travail en collaboration
Assurer un suivi mère-enfant dans les suites de couches jusqu'à la visite post natale	Prise en charge dans la continuité/ prévention / Education à la santé
Réaliser une consultation de contraception et de suivi gynécologique de prévention	Education à la santé/ Orientation Prévention / Prise en charge dans la continuité
Réaliser une réanimation néo-natale	Urgence Travail en collaboration

Parallèlement à cela, il est décrit des compétences transversales de la sage-femme.

Dans ce cadre de formation, le tuteur est là aussi un tuteur de stage qui est responsable de l'encadrement de l'étudiant et assure son accompagnement pédagogique (il reçoit l'étudiant et évalue sa progression, il le forme au métier et à l'autonomie, il réalise des entretiens réguliers et des moments de réflexions avec l'étudiant, il répond aussi à ses questions). Bien sur, il assure l'évaluation des compétences acquises et identifie les points forts et les lacunes, il aide l'étudiant à s'auto-évaluer, il suit la progression de l'étudiant, il donne des objectifs de progression, il permet à l'étudiant d'évoluer dans la démarche réflexive et clinique à travers les situations obstétricales complexes²⁶.

D'après la Commission Tutorat CASSF 2010-11²⁷, le tutorat est sous tendu par deux concepts, le professionnalisme et le modèle de rôle. Ce dernier est défini par Chamberland et Hivon²⁸ en 2005: « Un modèle de rôle en maïeutique est une sage-femme qui, dans le contexte de son exercice professionnel, influence l'apprentissage des étudiants avec qui elle est en contact ». Les caractéristiques de ce modèle de rôle sont, l'expertise clinique, essentielle mais non suffisante, les habiletés d'enseignant et les qualités personnelles. Ce rôle nécessite donc des compétences professionnelles, relationnelles et pédagogiques. Il s'agit ici d'un tutorat de stage dont la formation est ouverte aux sages-femmes cliniciennes.

3.1.3.3 Etudes de masseur-kinésithérapeute

De la même façon que pour les autres professions paramédicales, les études ont été modifiées et se basent sur l'acquisition des 10 compétences retrouvées dans leur référentiel métier et compétences²⁹. Le tuteur de stage accompagne le stagiaire dans une démarche d'analyse et de compréhension par rapport à sa pratique et à ses manques pour arriver à être compétent dans une situation donnée. Il amène également le stagiaire à réfléchir et transférer ses compétences sur une situation de soins différente. L'évaluation est permanente et formative pour permettre à l'étudiant de réajuster son savoir et sa pratique. Il s'agit là aussi d'un tutorat de stage.

3.2 Modèle pédagogique incluant le tutorat et utilisé lors de l'internat de médecine générale

Suite au décret N°2004-67 du 16 janvier 2004⁵ la médecine générale est devenue une spécialité à part entière avec la mise en place d'un DES de médecine générale et d'un internat. Le tutorat est lui aussi apparu à cette période car il a fallu repenser le mode de validation et d'accompagnement des étudiants.

3.2.1 Passage du paradigme d'enseignement au paradigme d'apprentissage

3.2.1.1 Différences pédagogique entre les deux paradigmes

Même si pour Kaufman³⁰, il s'agit d'une fausse dichotomie et qu'il plaide pour sa part en faveur d'une pédagogie impliquant une responsabilité partagée entre l'enseignant et l'étudiant, de nombreux auteurs sont en faveur du passage des méthodes d'instructions centrées sur l'enseignant vers des méthodes centrées sur l'étudiant.

Cette pédagogie centrée sur les apprentissages (paradigme³¹ d'apprentissage) a pour objectif le développement et l'acquisition de compétences par l'étudiant. C'est ce que l'on nomme également l'apprentissage par compétences (APC). Dans ce modèle pédagogique, les objectifs sont établis par les deux parties (étudiant et enseignant) et le processus d'apprentissage ainsi que l'évaluation sont partagés alors que dans un modèle centré sur l'enseignant, les objectifs sont définis uniquement par l'enseignant qui dirige seul le processus d'apprentissage et réalise l'évaluation.

Pour Jouquan et Bail³², il est considéré, de manière didactique (et donc forcément réductrice), que trois courants ont contribué à l'élaboration des principes du paradigme d'apprentissage :

- La psychologie humaniste :

incarnée par Rogers³³, elle part du principe que chaque individu connaît ce qui est nécessaire à son cheminement et que l'apprentissage est une découverte personnelle. Ainsi, même un environnement peu contrôlé, s'il est riche et varié, permet à l'étudiant de choisir ce qui est nécessaire à son développement. Ici, l'enseignant est surtout là pour créer un climat favorable, aider l'étudiant à clarifier ses buts et mettre à sa disposition les ressources adéquates.

- La pédagogie d'adulte :

ce courant développé par Knowles³⁴ s'inscrit dans la continuité du précédent. Il met en avant l'idée que l'adulte apprenant est fondamentalement une personne impliquée dans un processus de construction sociale et professionnelle, qui devient le moteur essentiel de ses apprentissages. Il postule que l'adulte apprenant possède une totale capacité d'auto-direction. La pédagogie d'adulte a permis de souligner la nécessité chez les étudiants de percevoir la pertinence des activités d'apprentissage qui leur sont proposées. Dans le cadre de la formation du troisième cycle de médecine générale, l'autonomie d'apprentissage ne doit pas être postulée mais être un objectif à atteindre puisque les premiers et deuxièmes cycles (centrés enseignants) n'ont pas permis aux étudiants d'être performants en matière d'auto-évaluation et d'auto-direction de leurs apprentissages³⁵.

- La perspective constructiviste :

courant le plus moderne en psychologie de l'apprentissage, il postule que l'apprentissage est un processus actif et constructif. Les étudiants construisent graduellement leurs connaissances à partir de ce qu'ils savent déjà et les contextes d'enseignement et d'apprentissage, au sein desquels les interactions sociales jouent un rôle essentiel, conditionnent la transférabilité des connaissances. Un environnement caractérisé par sa forte authenticité, faisant appel à des tâches complexes, complètes et signifiantes, doit dès lors engager l'étudiant à apprendre en profondeur à partir de ses connaissances antérieures et à aller au delà de l'information nouvelle fournie, en établissant de nombreux liens

Tableau 1 : Caractéristiques comparatives du paradigme d'enseignement et du paradigme d'apprentissage	
Paradigme d'enseignement	Paradigme d'apprentissage
• Les savoirs sont transmis aux étudiants par les professeurs	• Les étudiants construisent leurs connaissances à partir des questions qu'ils se posent, en interaction avec leurs professeurs et avec leurs pairs
• Les étudiants reçoivent passivement l'information	• Les étudiants traitent activement l'information à l'occasion d'activités de recherche, d'analyse critique, de résolution de problèmes, de conduite de projets...
• Les connaissances sont acquises sans lien avec leur contexte prévisible de réutilisation	• Les connaissances sont construites prioritairement à partir des contextes (professionnels) authentiques
• Le professeur est conçu avant tout comme un dispensateur de savoirs et comme un examinateur	• Le professeur est conçu avant tout comme un facilitateur des apprentissages et comme un modèle de rôle explicite
• L'enseignement, l'apprentissage et l'évaluation sont séparés	• L'évaluation est enchâssée dans les activités d'enseignement et d'apprentissage
• L'évaluation est utilisée essentiellement pour mesurer la quantité des apprentissages	• L'évaluation est utilisée pour promouvoir et diagnostiquer les apprentissages
• L'évaluation privilégie l'obtention de la bonne réponse	• L'évaluation se préoccupe autant du processus que du résultat et exploite les erreurs pour développer les apprentissages
• Les apprentissages sont mesurés indirectement grâce à des tests plus ou moins standardisés	• Les apprentissages sont appréciés directement à partir de performances, de projets réalisés, de travaux personnels, de portfolios
• Seuls les étudiants sont considérés comme apprenants	• Les professeurs et les étudiants apprennent ensemble

Tableau 1 : comparatif des caractéristiques des paradigmes d'enseignement et d'apprentissage³⁶

3.2.1.2 L'évaluation en fonction du modèle pédagogique : différences entre le paradigme d'enseignement et le paradigme d'apprentissage

Basculer d'un paradigme d'enseignement à un paradigme d'apprentissage, va également inciter une remise en question en matière d'évaluation.

Le paradigme d'enseignement a favorisé le développement de nombreux programmes d'études basés sur les objectifs pédagogiques. Ainsi, au moment de l'évaluation, les preuves des apprentissages d'un étudiant sont recherchées dans la quantité d'informations retenues. L'enseignant formule des questions ou des consignes et attend les bonnes réponses ou les bons comportements, en accordant d'avantage de crédit au résultat plutôt qu'au processus ayant permis son élaboration. La non-atteinte d'un objectif traduit donc l'absence de l'apprentissage prévu. Ces différentes orientations sont très convergentes avec la perspective docimologique de l'évaluation, qui s'appuie prioritairement sur une théorie de la mesure et qui privilégie, comme outils de recueil des informations, les procédures (tests, épreuves, examens,...) fournissant des informations dont l'interprétation peut être standardisée. Cette approche postule que les compétences sont décomposables en connaissances élémentaires qui sont des entités fixes et stables et qui se manifestent toujours de la même manière, indépendamment du contexte où elles s'expriment et de la compétence à l'intérieur de laquelle elles sont mobilisées. Ici, les évaluations sont organisées à la fin de séquences autonomes, par matières ou par disciplines, ce qui conduit à séparer complètement les moments d'évaluation des moments d'enseignement et d'apprentissage³¹. Ce type d'évaluation est celui que l'on retrouve dans l'enseignement scolaire primaire et secondaire mais aussi lors des premiers et deuxièmes cycles des études médicales.

Le paradigme d'apprentissage inspire quant à lui les approches pédagogiques qui privilégient « le rôle de l'étudiant qui apprend de façon individuelle, à partir des questions qu'il s'est posées en interaction avec le professeur ». En cohérence avec cette perspective, le courant de l'évaluation dite « authentique » considère que les moments et les contextes où se produisent les apprentissages des étudiants constituent le cadre privilégié permettant le recueil des informations à leur sujet. Il plaide alors pour qu'il n'y ait plus de clivage entre les

situations d'enseignement et d'apprentissage et celles d'évaluation. Cette approche admet que la non manifestation d'un apprentissage n'est pas obligatoirement synonyme de son absence chez l'apprenant mais qu'elle peut aussi signifier que le contexte ne permet pas sa révélation. Ce que l'étudiant doit connaître est ainsi défini à partir de tâches réelles et complexes qui sont nécessaires à l'exercice d'un rôle ou d'une fonction. Cette approche accepte également que l'auto évaluation fasse partie de l'évaluation.

Dans le cadre de l'APC, même s'il persiste une évaluation sommative (ou certificative) représentée par la soutenance du mémoire de DES, l'évaluation est surtout formative, a une fonction diagnostique et vise à réguler les apprentissages. Il s'agit de donner à l'étudiant et à l'enseignant des informations objectives sur la nature et la valeur des apprentissages réalisés afin que l'un et l'autre ajustent, respectivement, leurs stratégies d'apprentissage ou leurs interventions pédagogiques. C'est la fonction pédagogique de l'évaluation des apprentissages.

L'évaluation des apprentissages dans une approche par compétences conduit donc à un renouveau en matière d'évaluation car elle insère les situations d'évaluation à l'intérieur des situations d'enseignement et d'apprentissage. Il ne s'agit en aucun cas d'un processus standardisé. C'est un exercice difficile qui juge autant le résultat de l'action, la performance accomplie, que le raisonnement et les arguments qui sous tendent l'action.

3.2.2 Compétences du médecin généraliste à acquérir dans le cadre du modèle d'apprentissage par compétences

Le changement pédagogique qui s'est opéré à partir de 2004 a fait rentrer le troisième cycle des études médicales dans une pédagogie centrée sur l'apprentissage par compétences. De nombreuses définitions des compétences ont été proposées. Ainsi, Le Parlement européen et le Conseil de l'Europe³⁷ ont défini la compétence comme « *une combinaison de connaissances, d'aptitudes et d'attitudes appropriées à une situation donnée* ».

Le ministère de l'Éducation du Québec³⁸ l'a défini pour sa part de la manière suivante: « *une compétence est un savoir-agir qui fait suite à l'intégration, à la mobilisation d'un ensemble de ressources (capacités, habilités et connaissances) utilisées efficacement, dans des situations similaires* ».

Le CNGE³⁹ a, quant à lui, retenu cette définition de la compétence : « *c'est un savoir agir complexe, en lien avec le contexte d'apprentissage ou d'exercice, qui intègre plusieurs types de ressources et qui permet, à travers une famille de situations, non seulement l'identification de problèmes, mais également leur résolution par une action efficace et adaptée à un moment donné* ».

Les compétences spécifiques du médecin généraliste, sont au nombre de onze et ont d'abord été définies par la World Organization of National Colleges and Academics (WONCA)⁴⁰ :

- Soins Primaires : premier recours, incidence et prévalence spécifiques
- Relation d'aide personnalisée : communiquer de façon appropriée
- Coordination des soins : Travailler en équipe ou en réseau
- Continuité des soins : assurer le suivi et la continuité des soins
- Démarche EBM
- Urgences : Prendre une décision adaptée en contexte d'urgence et/ou en situation d'incertitude
- Gestes techniques : Exécuter avec sécurité les gestes techniques
- Santé publique : Entreprendre des actions de santé publique

- Éducation : Eduquer le patient à la promotion et à la gestion de sa santé
- Gestion de l'entreprise médicale : assurer la gestion de l'entreprise médicale
- Actualisation des compétences : Réfléchir à ses actions professionnelles, évaluer sa pratique

Depuis 2009, le CGNE a défini six compétences génériques, suffisamment globales pour recouvrir l'ensemble des tâches et fonctions de médecin généraliste⁴¹. Ces six compétences génériques bien décrites dans le référentiel de niveau de compétence⁴² sont :

- Professionnalisme
- Continuité, suivi et coordination des soins
- Approche globale, prise en compte de la complexité
- Premier recours, urgences
- Éducation-prévention-dépistage, santé individuelle et communautaire
- Approche centrée sur le patient, relation-communication

Plus tard, en 2013, un groupe d'expert du CNGE a établi une liste de famille de situations⁴³. Il semblait nécessaire de lister les situations auxquelles les internes devront être confrontés durant leur DES afin d'acquérir les savoir-agir leur permettant de remplir les missions que la société attend d'eux. Cet outil pratique permet donc de travailler sur les compétences du médecin généraliste à partir de situations concrètes fréquemment rencontrées en médecine générale. Ils ont ainsi défini 11 familles de situation :

- Situations autour de patients souffrant de pathologies chroniques, polymorbidité à forte prévalence
- Situations liées à des problèmes aigus/ non programmés/fréquents/exemplaires
- Situations liées à des problèmes aigus/ non programmés/dans le cadre des urgences réelles ou ressenties
- Situations autour de problèmes de santé concernant les spécificités de l'enfant et de l'adolescent
- Situations autour de la sexualité et de la génitalité
- Situations autour de problèmes liés à l'histoire familiale et à la vie de couple

- Situations de problèmes de santé et/ou de souffrance liés au travail
- Situations dont les aspects légaux, déontologiques et ou juridiques/ médicolégaux sont au premier plan
- Situations avec des patients difficiles / exigeants
- Situations où les problèmes sociaux sont au premier plan
- Situations avec des patients d'une autre culture

La maquette de DES de médecine générale à la faculté de Poitiers était basée sur les 11 compétences de la WONCA puis à partir de 2013 elle s'est basée sur celles, plus génériques, du CNGE et sur les 11 familles de situations.

3.2.3 Bénéfices pédagogiques du tutorat dans le modèle d'apprentissage par compétences

Dans son dictionnaire de l'éducation, Legendre⁴⁴ décrit les avantages du tutorat. Il permet :

- un haut degré d'individualisation de l'enseignement, dans la mesure où il est possible mais non nécessaire que les objectifs, le contenu, les exigences soient différents et adaptés aux caractéristiques de chaque étudiant.
- un enseignement personnalisé, dans la mesure où, lors des entrevues que constituent la « pierre d'angle » de cette formule, il s'établit entre le tuteur et l'étudiant une relation « de personne à personne ».
- une participation active de la part de l'étudiant.
- une attention particulière à la méthode de travail de l'étudiant.
- une gamme très variée d'objectifs pédagogiques d'apprentissages.
- un développement de l'autonomie, du sens des responsabilités et de l'esprit d'initiative chez l'étudiant.
- une remise en question constante de l'étudiant mais aussi du tuteur.

3.3 Le tutorat dans les facultés de médecine

3.3.1 Modalités à la faculté de Poitiers⁷

Avant 2003, l'enseignement reposait uniquement sur une pédagogie d'enseignement. Puis après 2003 et ce jusqu'en 2009, on a pu voir l'apparition de la pédagogie par apprentissage et du tutorat mais les deux paradigmes cohabitaient. A partir de 2009, il y eu un abandon de la pédagogie d'enseignement au profit de l'approche par compétence avec promotion de l'auto-formation, et du tutorat. C'est à ce moment que les premiers GEAPIT et RIT sont apparus. En 2013, le programme a de nouveau été révisé à partir des 6 compétences du CNGE.

Actuellement le tutorat est organisé autour des RIT et GEAPIT :

- Rencontres Individuelles avec Tuteur (RIT) :

La première a lieu lors du premier semestre d'internat (vers janvier). Elle permet d'expliquer le rôle du tuteur et les différentes tâches obligatoires à rédiger pendant les trois ans d'internat. Elle est l'occasion de faire le point sur le 1er semestre en cours (tâches, acquisitions, difficultés, projet professionnel, compétences) mais aussi sur les éventuels RSCA ou autres traces d'écriture et sur les objectifs de formation (carnet d'autoévaluation des compétences en fonction du lieu de stage).

Les deux suivantes ont en général lieu lors des deuxième et quatrième semestres (mois d'octobre de la première et de la deuxième année). C'est alors l'occasion de faire à nouveau le point sur les traces d'apprentissage et sur les semestres précédents. Cette rencontre permet également d'évaluer l'atteinte des objectifs et de définir de nouveaux objectifs de formation. C'est à ce moment aussi que les projets de mémoire voire de thèse sont abordés.

La quatrième et dernière rencontre se déroule soit au cinquième soit au sixième semestre. Le couple tuteur-tuteuré effectue à cette occasion le bilan des trois ans de DES (tâches effectuées ou restant à faire, acquisitions, difficultés, évolution du projet professionnel, évolution des compétences). Il finalise le mémoire et fait un point sur la thèse

- GEAPIT : un par an (en Avril soit lors des semestres 1,3 et 5).

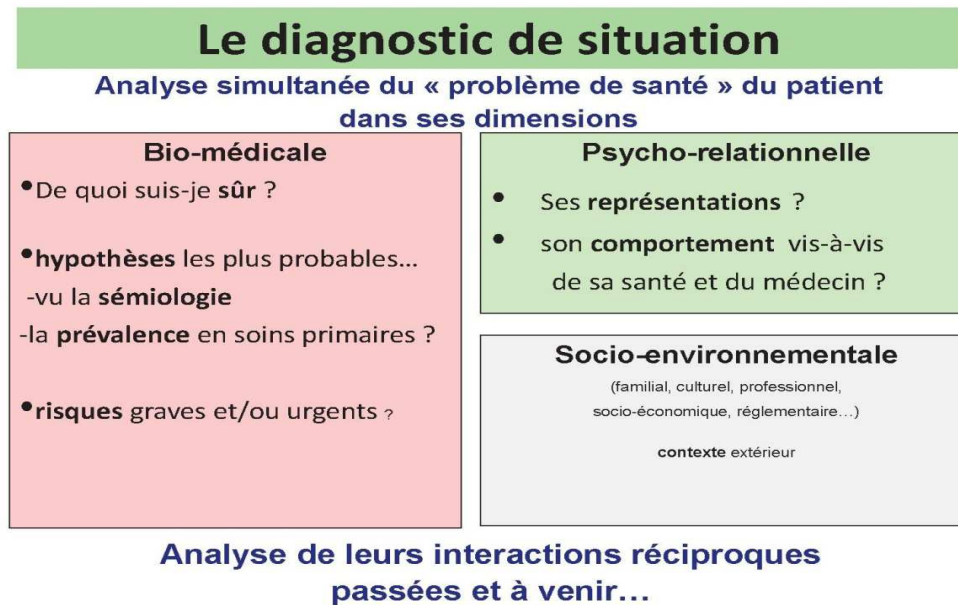
Il réunit plusieurs tuteurs et leurs tuteurés. L'objectif de ces groupes d'échange est d'évoquer les difficultés en stages, de réfléchir sur les traces écrites, le mémoire voire la thèse.

Les traces d'apprentissages ainsi que les rencontres avec le tuteur (individuelles ou en groupe) sont consignées et validées par le tuteur sur le DDA (Dossier D'Apprentissage) numérique qui a remplacé le portfolio. Il est défini par Tardif⁴⁵ comme un « échantillon de preuves sélectionnées par l'étudiant dans le but de rendre compte fidèlement de ses apprentissages au cours d'une période ou au terme de cette période »

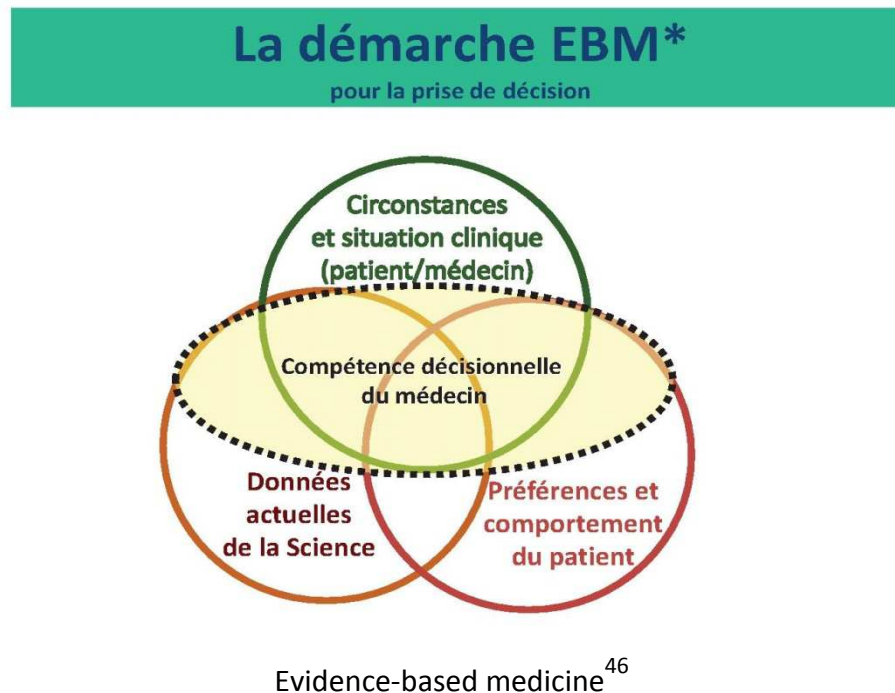
L'accès au tutorat est possible pour les jeunes diplômés après la validation de leur DES et leur engagement à participer au séminaire tutorat au plus tard durant le premier semestre de tutorat. Il n'existe pas de critères de recrutement pour les jeunes diplômés tuteurs hormis leur motivation, qui a été évaluée par la remise d'un questionnaire lors de leur soutenance de mémoire de DES, et leur engagement de suivre leurs tuteurés pendant les 3 ans de leur DES (un seul tuteuré par an). Il est souhaitable également, sur le plan pédagogique, qu'ils maîtrisent :

- Les 6 compétences du médecin généraliste (CNGE), à travers le référentiel niveau de compétences

- le diagnostic de situation (bio-psycho-social) :



- la prise de décision selon l'EBM :



3.3.2 Etat des lieux du tutorat dans les autres facultés de médecine

Depuis son apparition dans les facultés de médecine, le tutorat ne s'est pas développé de manière uniforme. En effet, il n'est pas apparu au même moment ni ne prend la même forme en fonction des facultés. Les modèles de tutorat qui existe dans les facultés de médecine de France sont les suivants (tableau 2) :

3.3.2.1 Tutorat collectif et individuel

A Poitiers, il s'est développé très rapidement après la réforme du troisième cycle des études médicales et est à la fois un tutorat collectif et individuel.

D'autres facultés avaient déjà adopté ce modèle d'accompagnement plus tôt. En effet, la faculté de Brest a mis en place dès l'année 2000 un tutorat obligatoire (individuel dans un premier temps puis collectif + individuel par la suite). L'année suivante, en 2001, celle de Créteil⁴⁷ a aussi développé un tutorat obligatoire et composé d'entretiens individuels mais aussi collectifs. A Lyon⁴⁸, le couple tuteur- tuteuré se rencontre de manière individuelle obligatoirement 2 fois lors des trois années d'internat (une première fois au premier semestre et une dernière au sixième semestre) mais des rencontres supplémentaires peuvent être organisées sur demande du tuteuré ou du tuteur. Parallèlement, s'organisent des GEP (Groupe d'Echange des Pratiques) réunissant le tuteur et l'ensemble de ses tuteurés. Le tuteur est un médecin généraliste enseignant expérimenté, formé et agréé par la DMG. Cependant, depuis cette année, la faculté a développé des tuteurs « juniors », qui sont en fait des internes de troisième année, tutorant des internes de première année faisant parti du même groupe d'échange. Il s'agit en fait d'un tutorat par les pairs ayant pour objectif d'aider les internes T1 en les guidant sur le port folio, son intérêt et son contenu (appropriation des concepts), la maquette, la thèse. C'est aussi le cas de la faculté Paris-Descartes⁴⁹ avec une rencontre par semestre, 4 à 6 réunions de groupes par an ainsi qu'un bilan de mi-parcours organisé au mois de juin de la deuxième année d'internat. L'enseignant

doit être un médecin généraliste, ayant une expérience de maîtrise de stage et dont les compétences pédagogiques ont été remarquées par le DMG.

3.3.2.2 Tutorat uniquement individuel

D'autres facultés ont fait le choix de n'instaurer qu'un tutorat individuel. C'est le cas de la faculté de Rennes⁵⁰ où le couple s'engage à se voir régulièrement (au moins une fois par semestre). Ici aussi, le tuteur est un enseignant de médecine générale, maître de stage universitaire. Un autre exemple de ce tutorat individuel se retrouve à la faculté de Toulouse dont le DMG a complètement modifié son système de tutorat cette année. En effet, il a été créé des groupes pédagogiques de proximité dans chaque bassin de santé avec un tutorat sur chaque semestre. Ainsi, les internes auront un tuteur différent à chaque semestre sauf s'ils décident de rester dans le même bassin de santé. Cette mesure a été mise en place car il s'agit de la plus grande région de France avec des distances importantes entre les différents sites de stages mais aussi entre le site de stage et le lieu d'exercice du tuteur ce qui peut entraîner une baisse de l'assiduité et de la relation tuteur-tuteuré.

3.3.2.3 Tutorat uniquement collectif

Un dernier modèle de tutorat existe, il s'agit d'un tutorat uniquement collectif. C'est celui choisi par la faculté de Nîmes-Montpellier⁵¹ et qui est une nouveauté de l'année universitaire 2013/2014. Un tuteur a en charge un groupe d'interne qui se réunit à 6 reprises lors de GEPT (Groupe d'Echange de Pratique Tuteurés) à raison d'une fois par mois lors du semestre d'hivers. Pour le moment, les tuteurs sont des MSU mais cela s'explique par le fait qu'il s'agit du lancement du tutorat dans cette faculté.

3.3.2.4 Aucun tutorat

Enfin, certaines facultés ne proposent pas de tutorat aux IMG comme celles d'Amiens et de Strasbourg ou seulement pour ceux qui présentent des difficultés comme à Rouen.

INDIVIDUEL	COLLECTIF	INDIVIDUEL et COLLECTIF	AUCUN (ou non retrouvé)
- Rennes : 1 RIT par semestre - Paris VII (Diderot) : 1 RIT par semestre - Paris XIII (L. De Vinci) : 1 RIT par semestre - Toulouse : tutorat organisé par semestre - Lille : 1 RIT par semestre - Grenoble : 1 RIT par an - Clermont-Ferrand : 3h par an - Angers : 1 RIT par semestre (un ou deux tuteurs en même temps) - Limoges	- Tours : 2 réunions par an - Bordeaux : possibilité d'une aide individuelle la première année pour l'écriture des traces d'apprentissage - Montpellier-Nîmes : mise en place du tutorat année scolaire 2014/2015 - Besançon : 3 réunions par	- Poitiers -Paris V (Descartes) : 4 à 6 réunions de groupe par an - Lyon : rencontre collectives : 6 par an en TCEM1, 3 en TCEM 2 et 2 en TCEM3 1 RIT en premier semestre en 1 en sixième semestre - Reims : alternance lors de chaque semestre d'entretiens individuel et collectif -Paris VI (P. et M. Curie) - Paris XII (Créteil) - Brest	- Rouen : tutorat proposé uniquement aux internes en difficulté - Amiens : pas de tutorat - Strasbourg : pas de tutorat Non retrouvé : - Aix- Marseille - Caen - Nice - Dijon - Amiens - Paris île de france

Tableau 2 : modalités du tutorat en fonction des facultés

3.4 Missions et compétences du tuteur

3.4.1 Missions du tuteur

Afin de savoir quelles compétences sont nécessaires pour exercer la fonction de tuteur, il faut tout d'abord savoir quel est le rôle du tuteur d'IMG.

Le tuteur a pour missions de⁷ :

- guider le plan de formation afin qu'il soit adapté au projet professionnel
- orienter et coordonner le cursus, les stages, faire le point sur les enseignements théoriques
- accompagner la rédaction des différentes traces d'apprentissage et la construction du DDA
- soutenir en permanence le tuteuré et surtout en cas de difficultés (voire en référer au DMG)
- évaluer les traces d'apprentissage, le DDA
- valider pédagogiquement les traces obligatoires du DDA numérique (tous les 6 mois)
- diriger le mémoire de validation et aborder la thèse
- donner un avis consultatif pour la validation certificative du DES

Le tuteur a donc pour missions d'accompagner son tuteuré en le guidant et en l'évaluant mais aussi en le soutenant. C'est un évaluateur des acquisitions de son tuteuré qui a pour objectif de le faire progresser dans le domaine de la médecine générale mais aussi dans son projet professionnel tout en gardant un regard bienveillant et en l'aidant dans ses difficultés. Pour cela, il doit connaître le cursus de l'étudiant, les différents outils pédagogiques proposés et être capable de créer une relation de confiance.

Lors du DES de médecine générale, on retrouve trois types d'intervenants dans la formation. Le tuteur, le maître de stage et les enseignants. Les enseignants interviennent lors de cours théoriques et sont multiples. Le maître de stage, intervenant essentiel de terrain, crée une relation étroite avec son interne et juge de ses acquisitions professionnelles mais cela sur un seul semestre. Ce dernier peut être en relation avec le tuteur notamment s'il détecte des difficultés. On retrouve donc la position centrale du tuteur qui est le référent de l'interne

pendant toute la durée de son DES, il est le pilier de la formation lui permettant de bénéficier d'une vision globale de l'évolution et des acquisitions du tuteuré du début à la fin de l'internat alors que les autres intervenants, bien qu'essentiels, n'interviennent que par période courte.

3.4.2 Compétences du tuteur

Afin d'assurer au mieux ces différentes missions, le tuteur doit posséder un certains nombres de compétences.

3.4.2.1 Concept général du tutorat selon Claire Marchand⁵²

Elle en a défini 3 types :

- Les compétences organisationnelles :

il s'agit d'organiser des temps d'apprentissage spécifique et des temps d'auto formation (déterminer des situations propices), d'utiliser les opportunités pour l'apprentissage (savoir les repérer et s'y arrêter pour en faire des moments d'apprentissage forts et signifiants), de mettre en place un partenariat avec l'institution de formation et d'analyser les contraintes institutionnelles et en tenir compte

- Les compétences pédagogiques :

encore décrites par certains auteurs comme des compétences techniques, elles consistent à déterminer les compétences et objectifs d'apprentissage, mettre en œuvre les principes favorisant l'apprentissage (s'appuyer sur les expériences et connaissances antérieures des apprenants), utiliser l'erreur comme source d'apprentissage, avoir recours au modèle de rôle (verbaliser ses propres modes de pensée et de décision), proposer différentes modalités d'apprentissage, favoriser la pratique réflexive, la prise de conscience, mettre en place des techniques et outils d'auto évaluation, analyser les résultats des évaluations (mettre en œuvre une rétro information sur l'évolution des apprentissages).

- Les compétences relationnelles :

ces compétences peuvent également être qualifiées de compétences affectives. Il est nécessaire de partager ses expériences et sa vision de la profession, favoriser la

communication, mettre en œuvre les conditions favorables à l'entretien, pratiquer l'écoute active, lui faire verbaliser l'apprenant, reconnaître ses attitudes spontanées et leur influence, lui faire exprimer ses doutes, ses émotions.

Il apparaît que ces compétences caractérisent un tuteur qui serait aussi maître de stage et enseignant. On a beaucoup rencontré ce modèle de tutorat mais il ne correspond pas à celui du DES de médecine générale.

Il était donc nécessaire de rechercher des concepts plus proches de notre étude.

3.4.2.2 Conceptualisation de notre modèle de tutorat selon Moust et Baudrit () : la congruence cognitive

La congruence cognitive est une notion que l'on doit à Moust⁵³ qui en 1993 a mené une enquête sur la relation tutorale à l'université de Limbourg à Maastricht sur des étudiants en médecine et en droit. Il a étudié les différences de comportements entre les étudiants-tuteurs et les enseignants-tuteurs. Il a alors fait ressortir cette notion de congruence cognitive c'est-à-dire la capacité chez le tuteur de s'exprimer dans le langage des tuteurés, en des termes compréhensibles par eux et de faire usage de notions et de concepts qui leur sont familiers. Pour Moust, cette attitude n'est possible qu'à deux conditions, que le tuteur maîtrise suffisamment les contenus enseignés et qu'il se montre capable de s'intéresser aux autres, de se préoccuper des acquisitions de ses étudiants.

Ainsi, la congruence cognitive se décrit comme la résultante de deux dimensions : la congruence sociale et le niveau d'expertise. Ces deux dimensions sont difficiles à coordonner puisque la première privilégie une proximité entre le tuteur et son tuteuré alors que la seconde marque une certaine distance entre les protagonistes.

- La congruence sociale

La congruence sociale se définit par la volonté des tuteurs d'établir une relation informelle avec le tuteuré, d'être perçus comme « des étudiants parmi d'autres », et d'être bienveillants. Il ressort de cette étude comparative sur l'intervention tutorale entre les étudiants-tuteurs et les enseignants-tuteurs que ces derniers font plus usage de leurs

compétences académiques et sont plus autoritaires mais sont moins cognitivement et socialement congruents, recherchant peut être moins la réussite de leurs tuteurés.

- L'expertise

Dans notre sujet, nous avons pu différencier trois types d'expertise :

- ° L'expertise « du terrain » c'est-à-dire la connaissance des modalités de l'internat: cursus, traces d'apprentissages, stages, enseignements, mémoire, thèse, outils pédagogiques
- ° L'expertise « pédagogique », par la maîtrise des principaux concepts et outils.
- ° L'expertise « professionnelle » soit l'expérience du métier de médecin généraliste.

La recherche de Hay⁵⁴ (1997) sur des étudiants en première année d'ergothérapie montre que les attentes des étudiants (cibler les objectifs, parfaire leurs connaissances, atteindre un bon niveau) ne peuvent être satisfaites que si les tuteurs disposent d'un niveau d'expertise avérée, s'ils maîtrisent suffisamment les connaissances et savoirs inhérents à la formation suivie.

Par ailleurs, Berzin⁵⁵ décrit en 2009 la notion d'interaction de tutelle comme « un processus d'assistance de sujets plus expérimentés à l'égard de sujets moins expérimentés, susceptible d'enrichir les acquisitions de ces derniers ». La notion d'expertise est donc ici sous entendue dans le terme expérimenté. D'abord définie dans le cadre de la relation parent-enfant comme une interaction entre un adulte et un enfant grâce à laquelle l'adulte essaie d'amener l'enfant à résoudre un problème qu'il ne sait pas résoudre seul, l'interaction de tutelle est maintenant reconnue comme un mécanisme d'acquisition majeure aussi bien dans le milieu scolaire que dans celui de la formation.⁵⁵

En 2008, Bail et Le Mauff⁵⁶ se sont interrogés sur l'expertise pédagogique à travers l'évaluation des compétences des internes par l'analyse de traces écrites et notamment du RSCA. Mission importante du tuteur, cette évaluation formative permet de se renseigner sur la valeur des apprentissages et ainsi de réajuster sa stratégie. Elle ne peut être sanctionnante contrairement à l'évaluation certificative que fait le tuteur à travers l'avis final donné sur son tuteuré et pris en compte dans la validation de son DES. Il ressort de leur recherche que ce travail du tuteur nécessite une exigence en terme d'expertise pédagogique, pouvant s'acquérir par des formations spécifiques et se développant avec

l'expérience (de tuteur). Ils notent qu'il doit rester centré sur les écrits de l'interne et que l'expertise professionnelle (du métier de médecin généraliste), si elle peut lui permettre d'illustrer des alternatives, ne doit pas lui faire porter de jugement (ni occulter l'expertise « de terrain » et l'expertise pédagogique). De même, selon Baudrit⁵⁷, le tuteur ne peut pas être qu'un expert professionnel. Il est important que l'expert ne se substitue pas au tuteur car cela pourrait faire disparaître la relation d'aide caractérisant l'intervention tutorale. Le niveau d'expertise même s'il est important n'est pas le déterminant majeur dans l'accompagnement tutorial. Cette notion est partagée par d'autres auteurs et on la retrouve même sur le site du DMG de Rennes⁵⁰ où il est décrit qu'il est possible d'accompagner un étudiant à développer son expertise dans un domaine sans pour autant être à la pointe de l'expertise soi-même.

Pour Baudrit⁵⁸ encore, le profil du tuteur idéal est à rechercher dans l'association de compétences académiques (l'expertise) et de qualités personnelles (la congruence sociale). Ce savant mélange dote la personne d'une qualité incontournable : la congruence cognitive.

3.4.2.3 L'empathie

Il existe une position antinomique entre la mission d'évaluateur et l'empathie nécessaire aux tuteurs. En effet, le tuteur a pour mission de faire surmonter à son tuteuré les difficultés rencontrées, l'amener à progresser dans le domaine où il évolue mais pas à porter un jugement. Cela se retrouve dans la thèse de F. Anselme⁵⁹ dans laquelle on peut voir que le statut d'évaluateur est mal vécu par les tuteurs. En effet, il apparaît difficile de créer une relation de confiance dans laquelle tous les sujets peuvent être abordés lorsque l'interne craint une sanction.

L'empathie est une compétence importante du médecin vis-à-vis de ses patients mais elle est également primordiale dans les pratiques tutorales. Pour Vial et Capparro-Mencacci⁶⁰ il s'agit d'essayer de « comprendre le vécu de quelqu'un d'autre, de capter les significations personnelles des paroles de l'autre ». Selon Rogers⁶¹ « percevoir de manière empathique,

c'est percevoir le monde subjectif d'autrui « comme si » on était cette personne.» Pour Baudrit⁵⁷, cette attitude doit amener le tuteur à se mettre à la place des tuteurés en évitant toute relation fusionnelle. Toujours selon cet auteur, cette posture complexe est plus facile à adopter si avant de se mettre à la place de l'autre, la personne a été à sa place. Les tuteurs ayant eux-mêmes été des tuteurés ont été confrontés aux problèmes que leurs actuels tuteurés peuvent rencontrer, ce qui implique qu'ils sont bien placés pour leur venir en aide et les aider à surmonter ces problèmes. D'autre part, la position de tuteuré leur a permis de côtoyer et de voir un tuteur en action, de se faire une idée du rôle qui est le sien, d'apprécier son soutien et sa disponibilité.

Baudrit⁵⁷ explique également que les professions de santé sont fortement imprégnées par la culture du don. Pour lui, on peut faire un parallèle entre la relation tutorale et ce que Mauss a décrit comme le don/contre don. Ainsi, ce qui est reçu (le don) correspondrait à la position de tuteuré et ce qui est rendu (le contre don) serait lié à celle de tuteur. Il en découle que les anciens tuteurés auraient plus aisément l'envie, la motivation pour devenir tuteurs. Ils rendraient ce qu'on leur a donné.

3.4.3 Les attentes des internes

Un point important à éclaircir est de savoir ce que souhaitent les étudiants. En effet, pour qu'ils adhèrent totalement à la pratique du tutorat, il nous faut savoir ce qu'ils en attendent. Un travail de thèse a été réalisé dans ce sens à la faculté de médecine de Grenoble par Praly-Foucault et Dutrop en 2012⁶². Il en ressort que les internes voient le tuteur comme une aide dans l'élaboration d'un projet global de l'internat. Ils attendent de leur tuteur une présence, un soutien. Ils envisagent également leur tuteur comme un exemple auquel s'identifier, qui saurait allier vie privée et travail et qui pourrait les aider lors de la transition entre la fin de l'internat et les remplacements ou l'installation.

En ce qui concerne l'évaluation des internes par leur tuteur, les avis sont partagés. Le travail de N. Muzard⁶³ réalisé à la faculté de Paris Descartes en 2010 montre que certains internes sont plus favorables à un tutorat d'accompagnement alors que d'autres considèrent qu'il est le mieux placé pour les évaluer. Une autre étude réalisée à la faculté de Paris sud par E.

Joëts⁴⁷ fait ressortir que globalement, les internes sont défavorables à l'évaluation par leur tuteur.

L'image du tuteur a été très commentée par les internes dans la thèse de Praly-Foucault et Dutrop⁶². Elle est hétérogène. Les internes souhaitent fonder une relation de confiance, ce qui implique une proximité du couple. Cette proximité est possible par l'identification à un mode d'exercice, par une compatibilité de caractère mais aussi par le partage du vécu (par un interne en fin de cursus ou un jeune installé). S'il a été démontré dans différentes études⁶⁴ que la non concordance de sexe ou d'ethnie dans le binôme tuteur-tuteur ne diminue pas le bénéfice de la relation, une identification sur le mode d'exercice ou encore un appariement du couple par affinité limite les situations de désaccords et permet une meilleure adhésion au projet de tutorat de la part des internes. Certains internes ont conclu sur l'intérêt d'avoir deux tuteurs : un médecin expérimenté et un très jeune, voire un interne en fin de cursus.

3.5 Modèles de tutorat par les très jeunes diplômés dans le cadre du DES de médecine générale dans d'autres facultés de médecine françaises

Nous avons contacté les différents DMG de France et envoyé des courriels aux responsables du tutorat de chaque DMG afin de savoir si certains proposent un tutorat par les jeunes diplômés.

Depuis 2 ans, le tutorat à la faculté de Paris V (Descartes) est ouvert à de jeunes médecins dans le cadre du co-tutorat. Cette décision a été prise pour pallier le manque de tuteurs mais aussi car le DMG trouvait que la fonction de tuteurs était inadaptée aux plus « anciens » notamment car ils n'avaient pas connu la formation actuelle des internes. Les étudiants sont identifiés lors de leur internat et lorsqu'ils entrent en dernière année, on leur propose de devenir tuteurs. Il s'agit donc d'un tutorat par les pairs étudiants la première année puis cette fonction se poursuit après la validation de leur DES (jeunes diplômés). Les tuteurs sont choisis par le DMG en fonction de leurs compétences, retrouvées à travers leur portfolio, le

BMP (Bilan à Mi Parcours) et l'avis des maitres de stage. Lors de leur première année dans cette fonction, ils attribuent à ces tuteurs des internes bien classés à l'ECN, en supposant que ceux-ci seront plus faciles à encadrer, facilitant ainsi la mission des tuteurs. Pour être aidés dans leur mission, ces tuteurs sont accompagnés par un tuteur expérimenté « superviseur ». Il n'existe pas de rôles prédéfinis de ces tuteurs référents, leur fonction étant essentiellement d'être présent en cas de difficulté rencontrée par les plus jeunes.

La faculté de Paris XII (Créteil) a également développé un tutorat par des tuteurs jeunes depuis deux à trois ans en recrutant des internes en fin de formation ayant démontré de bonnes capacités d'apprentissage et de réflexivité mais aussi un niveau de compétence suffisant selon l'avis de leur tuteur.

De la même façon, la faculté de Paris VII (Diderot) propose aussi ce type de tutorat, lors de la soutenance du DES, aux internes dont le port folio semble démontrer une bonne compréhension des principes pédagogiques de la formation des IMG. S'ils acceptent cette mission, et après avis du tuteur voire des maîtres de stage du « candidat », le DMG leur attribue un tuteuré par an.

Une autre faculté, celle de Reims, vient de débiter cette année un tutorat par des tuteurs « juniors » qui ont validé leur DES et qui sont motivés par le tutorat. Ils leurs sont alors attribués 2 tuteurés par an.

Un point commun de ces différents modèles de fonctionnement est la formation. En effet, tous les tuteurs reçoivent la formation CNGE sur le tutorat.

Comme à Poitiers, on voit bien dans tous ces exemples qu'il existe des modèles de tutorat par les jeunes diplômés dans d'autres DMG, avec la même orientation même si les modalités diffèrent.

4. DISCUSSION

4.1 Démarche générale de notre travail

Le tuteur d'internes de médecine générale possède un profil particulier autant dans ses missions que par son positionnement. Il accompagne et guide son tuteuré dans sa formation et dans son cursus afin qu'ils soient adaptés à son projet professionnel et lui permettent l'acquisition des compétences nécessaires. Il est aussi son évaluateur principal tout en étant son plus grand soutien. Contrairement aux maîtres de stage et aux enseignants de cours théoriques qui lui sont complémentaires, son intervention se déroule sur toute la durée du DES de médecine générale, conférant ainsi au binôme une relation particulière de confiance.

Dans un premier temps nous avons voulu savoir si des modèles de tutorat identiques à celui du troisième cycle des études médicales existaient dans d'autres cursus d'études supérieures. Notre objectif était de trouver des profils similaires de tuteurs jeunes diplômés afin de connaître les motivations du développement d'un tel tutorat ainsi que leurs modalités de fonctionnement. Nous voulions surtout savoir si suite à leur mise en place, des évaluations de ce concept avaient été entreprises afin de prouver sa pertinence.

N'ayant pas pu trouver de modèles similaires déjà développés et évalués, nous avons décidé d'effectuer une analyse conceptuelle de notre modèle de tutorat afin de déterminer les éléments permettant une bonne mission tutorale et savoir s'ils sont transposables à un tutorat par de jeunes diplômés moins expérimentés. Enfin, nous avons recherché ce type de tutorat dans les départements de médecine générale des autres facultés de médecine pour connaître leur modalité de recrutement, de formation et de fonctionnement.

4.2 Formes de tutorat retrouvées dans les autres cursus d'enseignement supérieur et comparaison à notre modèle

Plusieurs types de tutorat sont retrouvés dans l'enseignement supérieur car il s'est beaucoup développé dans la plupart des domaines. Les différentes formes de tutorat que l'on retrouve dans les domaines généraux ne sont cependant pas identiques au notre soit dans leurs objectifs soit dans les missions du tuteur soit dans leur organisation car beaucoup sont des tutorats de stage. On retrouve par contre dans chacun la notion de soutien.

Dans le cadre des projets tuteurés, le but pour l'étudiant est d'acquérir une méthode de travail. Le tuteur est un superviseur du travail et a une mission d'évaluation certificative, validante. Dans les tutorats récents que l'on voit dans certaines grandes écoles et facultés, le tuteur a un rôle d'accompagnateur mais il est principalement là pour l'aide aux recherches. Pour ce qui est de l'alternance, les missions du tuteur se rapprochent plus de celles de nos maîtres de stage. Un point commun à toutes ces formes de tutorat est qu'il n'existe pas de rôle d'évaluation des compétences sous forme d'évaluation formative.

Les exemples dans lesquels les missions se rapprochent le plus du tutorat des internes du DES de médecine générale se retrouvent dans l'éducation nationale mais il s'agit encore d'un tutorat de stage pour des étudiants déjà diplômés.

Mais c'est surtout dans les domaines paramédicaux que l'on retrouve des modèles assez similaires. Cela s'explique facilement par le fait que ces études ont subies récemment de grandes modifications avec, comme pour le troisième cycle des études médicales, un passage au modèle d'apprentissage par compétences. On retrouve donc beaucoup de similitudes dans les missions des tuteurs infirmiers ou sage-femmes avec celles des médecins généralistes. Cependant, il s'agit de tutorat par des professionnels possédant une expérience contrairement aux tuteurs jeunes diplômés. Même s'il existe en parallèle des maîtres de stages, ce tutorat se rapproche aussi de la maîtrise de stage. Par ailleurs, dans ce tutorat de durée plus courte, l'évaluation des acquisitions se fait sur un temps restreint et fait appel à plusieurs tuteurs successifs tout au long de la formation. Il est donc moins transversal que celui du DES de médecine générale et cela peut être à l'origine d'une relation moins forte

entre tuteur et tuteuré que pour les internes de médecine générale qui tissent des liens pendant 3 ans avec leur tuteur, leur permettant ainsi de créer une solide relation de confiance, à condition bien sûr qu'ils se rencontrent régulièrement

4.3 Analyse conceptuelle du tutorat par les jeunes diplômés

Le modèle de tutorat par les jeunes diplômés se développe progressivement dans différents départements de médecine générale des facultés de médecine mais n'est pas retrouvé dans les autres domaines d'enseignements supérieurs. Pour cette raison, il était important d'étudier ce modèle tutorial à travers une analyse conceptuelle.

- La congruence cognitive

Le concept essentiel de la fonction de tuteur est la congruence cognitive c'est-à-dire la capacité qu'il a de s'exprimer dans un langage compréhensible par les tuteurés et d'utiliser des notions qui leur sont familières.

Ce concept regroupe deux dimensions :

La congruence sociale, volonté d'établir une relation bienveillante et informelle pour devenir un étudiant parmi les étudiants. Elle marque donc une proximité du binôme. Les jeunes diplômés apparaissent plus socialement congruents que leurs aînés. En effet, l'étude de Moust⁵³ fait ressortir que les étudiants-tuteurs font plus usage de cette compétence. Dans notre sujet d'étude, les tuteurs jeunes diplômés ne sont, par définition, plus des pairs étudiants mais ils sont plus proches du statut d'étudiant qu'ils viennent de quitter que de celui d'enseignants expérimentés.

L'expertise, qui dans notre modèle est de trois types.

La connaissance du terrain (internat de médecine générale) par le tuteur est primordiale car elle lui permet de guider et d'orienter le cursus de l'interne. Sa connaissance des différents outils lui permet d'être efficace dans la rédaction et l'évaluation de leurs traces d'apprentissage ainsi que dans la direction du mémoire. Il est évident que le jeune diplômé possède un avantage dans ce domaine. Il est celui qui connaît le mieux les outils

pédagogiques qu'il a utilisé pendant trois ans. Il connaît aussi, par son expérience personnelle ou par le partage de vécu avec ses co-internes, les différents terrains de stages ce qui lui permet d'être très efficace pour coordonner le cursus et les stages du tuteuré. Un autre aspect bénéfique de cette expertise de l'internat par le jeune diplômé est qu'il a intégré conceptuellement et pédagogiquement le paradigme d'apprentissage (approche par compétence).

Une expertise pédagogique est aussi nécessaire à travers la connaissance et la maîtrise de certains outils pédagogiques et notamment le référentiel niveaux de compétences de la médecine générale. L'expertise pédagogique s'acquiert, selon Bail et Le Mauff⁵⁶, par la formation et se développe grâce à l'expérience de tuteur. Tous les tuteurs reçoivent la même formation indépendamment de leur expérience professionnelle et de leur âge. Les jeunes diplômés seront donc au même niveau que leurs aînés dans ce domaine.

L'expertise du métier (la médecine générale) a également une place dans les missions d'évaluation des traces d'apprentissage et de direction du mémoire. Cependant, comme nous avons pu le retrouver chez certains auteurs et même au sein du DMG de Rennes⁵⁰, elle n'est pas le déterminant majeur. Il apparaît que cette expertise professionnelle est moins nécessaire chez le tuteur qu'elle peut l'être chez le maître de stage ou l'enseignant. Le MSU doit avoir une certaine expérience (3 ans) car il évalue sur le terrain les acquisitions de l'interne à travers des situations cliniques réelles, l'enseignant pour être chargé de cours théoriques doit aussi obligatoirement posséder une expérience professionnelle avérée.

En formant les jeunes diplômés à la connaissance du référentiel niveaux de compétences utilisé aussi par les maîtres de stages, cela pourrait permettre de compenser en partie leur manque d'expérience professionnelle mais aussi pédagogique puisqu'il s'agit d'un outil pédagogique primordial dans l'évaluation du niveau d'acquisition des compétences de médecine générale.

Ainsi, les jeunes diplômés sont plus congruent socialement, plus performant en terme d'expertise du terrain que leurs aînés et leur plus faible niveau d'expertise du métier peut

être améliorée par la connaissance de certains outils pédagogiques. Ils seront donc aussi voire plus compétents en matière de congruence cognitive.

- L'empathie

Une autre compétence retrouvée chez le médecin généraliste et chez les tuteurs est l'empathie. Elle permet au tuteur de comprendre le vécu et les émotions des internes afin de le soutenir, de veiller sur lui et de l'aider à surmonter ses difficultés. On retrouve ici la signification étymologique du mot « tuteur » et son rôle protecteur. Les résultats de nos recherches dans ce domaine montrent que les jeunes diplômés éprouvent plus de facilité à faire preuve d'empathie vis-à-vis de leur tuteuré grâce à leur statut d'anciens internes. Avoir vécu le même cursus, traversé les mêmes difficultés et avoir pu se rendre compte des bénéfices de l'action tutorale de leur propre tuteur, permet de se mettre plus aisément à la place des tuteurés.

- L'évaluation

Il s'agit d'une mission importante du tuteur⁶. Nous avons vu qu'elle est de deux types dans la pédagogie d'apprentissage par compétence. La première est formative et relève selon Bail et Le Mauff⁵⁶ de l'expertise pédagogique. Grâce à leur expertise du terrain qui leur confère une connaissance des outils pédagogiques essentielle à cette mission, les jeunes diplômés sont favorisés dans ce domaine. L'expertise pédagogique, déjà étudiée ci-dessus s'acquiert par des formations et peut être améliorée par la maîtrise du référentiel niveaux de compétence. Elle se développe par la suite avec l'expérience de tuteur. Si l'expertise professionnelle peut être utile dans ce domaine pour illustrer des alternatives à l'acte réalisé cela est avant tout le travail du maître de stage (enseignement pratique) et de l'enseignant (enseignement théorique).

En matière d'évaluation formative les jeunes diplômés possèdent les compétences nécessaires pour être efficaces.

Contrairement à cela, l'évaluation certificative, qui n'est toutefois que rarement et très indirectement sanctionnante, paraît plus compliquée pour les jeunes diplômés. En effet, on est en droit de se demander si un tuteur n'ayant que quelques années de plus que son

tuteuré possède suffisamment de recul pour donner un avis objectif mais surtout s'il a la distance nécessaire pour cela car rappelons que les jeunes diplômés sont plus socialement congruent et plus compétent en terme d'empathie. Afin de faciliter l'implication des tuteurs jeunes diplômés dans ce domaine, ils pourraient peut-être être supervisés dans cette mission par un tuteur plus expérimenté. Une piste semblable proposée par F. Anselme⁶⁰ est celle d'un tuteur-correcteur qui aiderait à la validation des traces pédagogiques (participant ainsi à l'avis final) afin de conserver la relation de confiance intacte. Cela permettrait également le partage des connaissances entre les tuteurs et sans doute une harmonisation de leurs compétences. Le DMG de Paris Descartes a déjà mis en place un système de co-tutorat par des tuteurs-superviseurs expérimentés sans que leur mission soit clairement définie. Cette complexité à évaluer son tuteuré est également ressentie par les internes puisque plusieurs thèses réalisées sur le tutorat montrent qu'ils sont plutôt contre l'évaluation de leurs traces d'apprentissage par leur tuteur de peur de perdre la relation de proximité qui existe, ceci d'autant plus pour des jeunes tuteurs.

- Les attentes des internes

Savoir ce qu'attendent les internes du tutorat est nécessaire pour le faire évoluer et en améliorer l'adhésion des internes. Les jeunes tuteurs semblent mieux correspondre à l'image « idéale » que s'en font les internes car ils éprouvent une plus grande facilité à se retrouver en eux et à créer une proximité dans leur relation. Si l'idée d'un tutorat partagé entre un médecin expérimenté professionnellement et un jeune diplômé a été proposée, d'autres internes ont envisagé un tutorat par un jeune diplômé ou un vieil interne. Dans les propositions faites par les internes pour mieux retrouver ce profil du tuteur améliorant la relation dans le couple et pour pallier au manque de tuteurs, on retrouve à chaque fois l'intervention de jeunes diplômés.

4.4 Formes de tutorat du DES de médecine générale et modèles de tutorat par les jeunes diplômés dans les autres facultés de France

On retrouve différentes formes de tutorat des internes de médecine générale en fonction des facultés. Ainsi certaines ont privilégié un tutorat à la fois collectif et individuel alors que d'autres ont instauré un tutorat uniquement collectif ou à l'inverse uniquement individuel. D'autres n'ont pas mis en place de tutorat.

Poitiers n'est pas la seule faculté à avoir impliqué des tuteurs jeunes diplômés, mais il existe des différences quant aux modalités (nombre de tuteurs par tuteurs, recrutement après le DES ou lors de la dernière année d'internat) et au mode de recrutement. Le seul critère de recrutement des jeunes diplômés à Poitiers est leur motivation à devenir tuteur à la fin de leur cursus, c'est ce que l'on retrouve aussi à la faculté de Reims qui a débuté cette année un tutorat par les jeunes.

La faculté de Paris Diderot recrute des internes dont le portfolio montre une bonne compréhension des principes de leur formation et donc de l'apprentissage par compétence. Il s'agit ici de critères de sélection en rapport avec des compétences pédagogiques que peuvent posséder les internes.

Les facultés de Paris Descartes et Paris Créteil recrutent leurs tuteurs en fonction de la valeur de leurs traces d'apprentissage, ce qui permet d'évaluer leur niveau de compétences professionnelle et pédagogique. Cela peut permettre de valider certaines compétences nécessaires aux jeunes diplômés pour le tutorat.

Par contre, le DMG de Paris Descartes choisi les internes des nouveaux jeunes tuteurs en fonction de leur résultat à l'ECN ce qui ne nous paraît pas en phase avec le modèle d'apprentissage par compétences car il s'agit d'étudiants possédant des connaissances théoriques qui ne présument pas de leur future implication ou assiduité lors de leur internat. Cela revient à une sélection par connaissance et non par compétences.

Quoiqu'il en soit, malgré les différentes modalités et modes de recrutement, le tutorat par les jeunes diplômés commence à s'implanter logiquement dans plusieurs DMG dont celui de Poitiers.

5. CONCLUSION : le modèle poitevin

L'idée du DMG de Poitiers de prendre pour tuteurs de jeunes diplômés a pour but d'augmenter le nombre de tuteurs afin de maintenir un modèle pédagogique incontournable, étant donné l'importance de la charge de travail des tuteurs actuels et le niveau de motivation pour le tutorat d'un grand nombre de jeunes diplômés. Nous avons voulu savoir si ces jeunes diplômés étaient susceptibles de remplir la fonction de tuteur dans les meilleures conditions. Ce travail a été réalisé dans le but de valider la généralisation de l'accès au tutorat par les jeunes diplômés motivés.

Comme Quintilien (1^{er} siècle après J.C) qui précisait: « celui qui vient d'apprendre est le meilleur des enseignants », les résultats de notre travail montrent que les jeunes diplômés peuvent complètement assurer la mission de tuteur dans le cadre du DES de médecine générale. L'accompagnement tutoral nécessite que le tuteur soit proche de son tuteuré tout en respectant une certaine distance nécessaire à son objectivité. Nous avons pu voir que les jeunes diplômés sont plus compétents en matière de congruence sociale et d'empathie ce qui leur permet la proximité nécessaire à leur accompagnement. D'ailleurs, pour les internes, la solution pour obtenir une proximité dans la relation tutorale est d'avoir des tuteurs jeunes. Cela montre bien une cohérence conceptuelle dans le choix des jeunes diplômés comme tuteurs.

Cependant, l'évaluation certificative qui peut devenir sanctionnante ressort comme la mission la plus compliquée pour ces jeunes diplômés du fait de leur manque d'expertise professionnelle et pédagogique. Afin de compenser cela il semble important de bien orienter la formation proposée aux tuteurs sur leur positionnement notamment en tant qu'évaluateurs et sur une connaissance approfondie du référentiel niveaux de compétences. Un autre axe possible d'amélioration de cette fonction d'évaluation, déjà mis en place au DMG de Paris Descartes, consiste en une supervision des jeunes tuteurs par des tuteurs plus expérimentés pédagogiquement (par leur expérience du tutorat) et professionnellement. Le mode de recrutement des jeunes tuteurs par le DMG de Poitiers sur leur motivation est également cohérent puisque lors des premiers séminaires de formation avec ces jeunes

tuteurs on s'est aperçu que les internes les plus motivés par le tutorat correspondent pratiquement tout le temps à ceux qui sont les plus compétents pédagogiquement et professionnellement pour assurer une bonne mission tutorale. Cependant, ce modèle de choix des tuteurs pourrait être amélioré par une validation du niveau de compétences pédagogiques et professionnelles à travers l'évaluation des traces d'apprentissages des potentiels futurs jeunes tuteurs comme le font les DMG de Paris Descartes et Paris Créteil.

En 2008, le congrès du CNGE⁶ concluait en reprenant les propos de Barnier⁶⁵ : « Les bons tuteurs de demain seront les tuteurés d'aujourd'hui ». Il ressort que les très jeunes diplômés de la profession peuvent de façon pertinente remplir la fonction de tuteurs car ils possèdent les compétences requises.

Ainsi, notre modèle poitevin pourrait servir d'exemple pour d'autres facultés de médecine dans le cadre du DES de médecine générale en sachant qu'il pourrait être éventuellement amélioré dans la fonction évaluative par une supervision des jeunes tuteurs par des tuteurs plus expérimentés en tant que médecins et tuteurs et peut être aussi en associant au choix des tuteurs par leur seule motivation, une validation d'un bon niveau d'acquisition de compétences professionnelles et pédagogiques à travers l'évaluation de leurs traces d'apprentissages d'internes.

BIBLIOGRAPHIE

1. Baudrit A. Le tutorat : un enjeu pour une pratique pédagogique devenue objet scientifique ? Revue française de pédagogie. 2000 ;132(132):125-153
2. Gordon EE, Gordon EH. Centuries of tutoring: A history of alternative education in America and Western Europe. 1992;32(3):379-381
3. Wagner L. Social and historical perspectives on peer teaching in education. In Foot HC, Morgan MJ, Shute RH (eds). Children helping children. New York: John Wiley and Sons; 1990, 21-42
4. Cole C. Support for medical students in the United Kingdom. Med educ. 1993; 27: 186-187
5. Décret n° 2004-67 du 16 janvier 2004 relatif à l'organisation du troisième cycle des études médicales. JO 18 janvier 2004
6. Le Mauff P. Tutorat pédagogique : Quelles évolutions ? 8^{ème} congrès national du CNGE : Angers ; 2008
7. Valette T, Grandcolin S. Le MSU/tuteur. Département de médecine générale Faculté de médecine et pharmacie de Poitiers ; 2013-2014
8. Ministère de l'éducation nationale. Bulletin officiel n° 29 du 22 juillet 2010. [en ligne]. <http://www.education.gouv.fr/pid24256/n-29-du-22-juillet-2010.html>. Consulté le 11 février 2015
9. Ministère de l'éducation nationale. Bulletin officiel n°30 du 25 juillet 2013. [en ligne]. http://www.education.gouv.fr/pid25535/bulletin_officiel.html?cid_bo=73066 . Consulté le 11 février 2015
10. ISFEC Aquitaine (Institut Supérieur de Formation de l'Enseignement Catholique). Guide du tuteur. 2014-2015.
11. Ministère de l'éducation nationale. Bulletin officiel n°20 du 19 mai 2011. [en ligne]. <http://www.education.gouv.fr/pid25360/n-20-du-19-mai-2011.html>. Consulté le 11 février 2015.
12. Ministère de l'éducation nationale. Bulletin officiel n°13 du 1er avril 2010. [en ligne]. <http://www.education.gouv.fr/pid23892/n-13-du-1er-avril-2010.html>. Consulté le 11 février 2015.
13. Arrêté du 20 avril 1994 relatif au diplôme universitaire de technologie. [en ligne]. <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000531063>. Consulté le 13 février 2015
14. Arrêté du 17 novembre 1999 relatif à la licence professionnelle. [en ligne]. <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000397481>. Consulté le 13 février 2015.
15. Gherzouli K. La pratique projets tuteurés dans les DUT de formation tertiaire - Université de Rouen (CREGO)

16. Code du travail. Article D6325-6. Modifié par le décret n°2014-969 du 22 août 2014 - art. 3. [en ligne].
<http://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?idArticle=LEGIARTI000029408683&cidTexte=LEGITEXT000006072050>. Consulté le 13 février 2015.
17. Code du travail. Article L117-4. [en ligne].
<http://legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?idArticle=LEGIARTI000006645775&cidTexte=LEGITEXT000006072050>. Consulté le 13 février 2015
18. Tutorat : les Grandes écoles s'y mettent aussi. [en ligne].
<http://www.studyrama.com/vie-etudiante/se-defendre-vos-droits/tutorat/tutorat-les-grandes-ecoles-sy-mettent-aussi-24850>. Consulté le 13 février 2015
19. Le tutorat Skema. [en ligne].
<http://www.skema-bs.fr/programmes/bachelors/les-points-forts>. Consulté le 13 février 2015
20. Ministère de la Santé et des sports. Arrêté du 31 juillet 2009 relatif au diplôme d'Etat d'infirmier. JO du 7 août 2009. [en ligne].
<http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000020961044>. Consulté le 13 février 2015.
21. Petiot B. tutorer des étudiants en soins infirmiers : un don pour un contre don ? TER de master 1 de sciences de l'éducation. Université Victor Segalen Bordeaux 2. 2010 ; 55
22. Adam R, Bayle I., Le tutorat infirmier. Accompagner l'étudiant en stage. Paris: de boeck estem ; 2012, 128 p.
23. Formation tutorat aide-soignant. CHU de Poitiers. [en ligne]
http://www.chu-poitiers.fr/wp-content/uploads/84_Tutorat_AS.pdf. Consulté le 13 février 2015.
24. Infirmières et sages-femmes pour la santé. Stratégie européenne de l'OMS pour la formation des infirmières et des sages-femmes. 2000.
25. Référentiel métier et compétences des sages femmes 2012. Ordre des sages-femmes Conseil national. Janvier 2010.
26. Arcangely-Belgy MT. maître de stage, tuteur, une alternative pour les sages-femmes « cliniciennes ». Les entretiens de Bichat. 2012 ;20-22.
27. Mesnil-Gasparovic N, Gaudez M. LE TUTORAT: résumé première commission et apports des formations. Commission Tutorat CASSF 2010-11
28. Chamberland M, Hivon R. Les compétences de l'enseignant clinicien et le modèle de rôle en formation clinique. Pédagogie Médicale. Mai 2005; 6(2):98-111
29. Référentiel du métier et des compétences des masseurs-kinésithérapeutes. Ordre des masseurs-kinésithérapeute.
30. Kaufmann D. L'éducation centrée sur l'enseignant ou centrée sur l'apprenant : une fausse dichotomie. Pédagogie Médicale. Août 2002 ; 3(3):145-147
31. Jouquan J. L'évaluation des apprentissages des étudiants en formation médicale initiale. Pédagogie Médicale. Fév 2002 ;3(1):38-52.

32. Jouquan J, Bail P. A quoi s'engage-t-on en basculant du paradigme d'enseignement vers le paradigme d'apprentissage. *Pédagogie Médicale*. Août 2003 ;4(3):163-175 .
33. Rogers C. *Freedom to learn*. Columbus (OH): Merrill Pub ; 1969 , 368 p.
34. Knowles M. *The adult learner: a neglected species*. Houston (TX): Gulf publishing; 1973, 207 p.
35. Norman G. *The adult learner: a mythical species*. *Acad Med* 1999 ; 74 : 886-9
36. Huba ME, Fred JE: *learner-centered assessment on college campuses ; shifting the focus from teaching to learning*. Boston (MA): Allyn and Bacon; 2000.
37. Parlement européen. Résolution législative du Parlement européen sur la proposition de recommandation du Parlement européen et du Conseil sur les compétences clés pour l'éducation et la formation tout au long de la vie. Bruxelles ; 26 septembre 2006
38. ISNAR-IMG. *Guide de l'apprentissage par compétences ou comment mieux appréhender les évaluations du DES de médecine générale*. Avril 2013
39. Attali C, Ghasarossian C, BAIL P *et al*. La certification de la compétence des internes de médecine générale : mode d'emploi. *Exercer*. Sept 2005 ; 74:96-102
40. www.woncaeurope.org
41. Attali C. *Guide pratique du MSU ECA : maitre de stage des universités en médecine générale, enseignant clinicien ambulatoire*. Paris: Scientifique L et C; 2012
42. Bail P, Compagnon L, Ghasarossian C. *et al*. *Référentiel des niveaux de compétence en médecine générale*. Groupe national d'expert du CNGE.
43. Attali C, Huez JF, Valette T *et al*. *Les grandes familles de situations cliniques*. *Exercer*. 2013; 108 :165-169.
44. Legendre R .*Dictionnaire actuel de l'éducation*. 2^{ème} éd. Montréal: Guerin; 1993, 1077 p.
45. Tardif J. *L'évaluation des compétences: documenter le parcours du développement*. Chenelière Éducation ; 2006, 384 p.
46. Haynes B, Desvereaux J, Gordon G *et al*. *Clinical expertise in the era of evidence-based medicine and patient choice*. *Evidence based medicine*. 2002;7:36-8.
47. Joets E. *Le tutorat en troisième cycle de médecine générale à la faculté de Paris-sud , : évaluation de la première année de sa mise en place*. Thèse pour le doctorat de médecine. Université Paris XI Faculté de médecine Paris sud; 2005, 103 p.
48. *Guide tutorat 2014-2015*. [en ligne].
http://clge.fr/IMG/pdf/2014-15_Guide_tutorat.pdf. Consulté le 15 février 2015
49. DMG Paris-Descartes. [en ligne].
<http://dmg.medecine.parisdescartes.fr/enseignants/tuteur/>. Consulté le 15 février 2015.
50. *Diplôme d'études spécialisées en médecine générale: Guide de l'interne*. DMG Rennes. Année universitaire 2013-2014.
51. DMG Montpellier-Nîmes. [en ligne].
<http://dmg-montpellier-nimes.edu.umontpellier.fr/enseignant/tuteur-de-sept/>. Consulté le 15 février 2015.
52. Marchand C. *Former des tuteurs médicaux et paramédicaux, leur donner des outils*. 23ème colloque national des CESU. Annecy 2010.

53. Moust JHC. On the role of tutors in problem-based learning: contrasting student-guided with staff-guided tutorials. University Press of Maastricht, 1993.
54. Baudrit A. Le tutorat Richesses d'une méthode pédagogique. De Boeck Supérieur ; 2003, 170 p.
55. Berzin C. Tutorat et apprentissages scolaires. Carrefour de l'éducation. 2009 ;27:3-6.
56. Bail P., Le Mauff P. Comment réussir une évaluation formative des compétences des internes en étant centré sur leurs processus cognitifs d'apprentissage ?. exercer 2008;83:104-10.
57. Baudrit A. Être aujourd'hui tuteur d'étudiants en soins infirmiers : une mission complexe et pérenne ?. Recherche en soins infirmiers. Décembre 2012 ;111 :6-12.
58. Baudrit A. L tutorat dans les universités anglo-saxonnes : des idées pour les universités francophones ?. Paris : L'Harmattan ; 2000, 192 p.
59. Anselme F. Évaluation du tutorat du DES de médecine générale à l'UFR de Poitiers en 2013. Thèse pour le diplôme d'état de docteur en médecine. Université de Poitiers Faculté de médecine et pharmacie; 2013, 126 p.
60. Vial M, Caparros-Mencacci N. L'accompagnement professionnel ? Méthode à l'usage des praticiens exerçant une fonction éducative. Bruxelles: De Boeck Supérieur; 2007, 340 p.
61. Rogers C, Kinget GM. Psychothérapie et relation humaine. Presses universitaires de Louvain. 1962
62. Praly-Foucault C, Dutrop CM. Analyse qualitative des attentes des internes en début de DES de médecine générale au sujet du tutorat. Thèse pour l'obtention du doctorat de médecine. Université Joseph Fournier Faculté de médecine; 2012, 77 p.
63. Muzard L. Evaluation du tutorat du DES de médecine générale de la faculté de Paris Descartes. Thèse pour l'obtention du doctorat de médecine. Université de Paris Descartes ;2010.
64. Sambunjak D, Straus S E, Marujic A et al. Mentoring in academic medicine, A systematic review. JAMA 2006 ; 296:1103-1115
65. Barnier G. Le tutorat dans l'enseignement et la formation. Paris: L'Harmattan; 2001,297 p

RESUME

Introduction : Méthode pédagogique d'excellence depuis des siècles, le tutorat a été mis en place dans les études de médecine générale avec l'apparition du DES. Elément incontournable du paradigme d'apprentissage, sa pérennité pourrait être mise en danger par manque de tuteurs. Le DMG de Poitiers a ainsi décidé de proposer cette mission à de jeunes diplômés motivés. Cependant, nous nous interrogeons quant à la pertinence de confier le rôle de tuteur à des professionnels peu expérimentés.

Matériel et Méthode : Nous avons entrepris une étude de la littérature mais nous n'avons pas trouvé un modèle de tutorat identique dans l'enseignement supérieur. Nous nous sommes alors orientés sur l'étude conceptuelle des missions et compétences du tuteur pour savoir si les jeunes diplômés pouvaient assumer ce rôle.

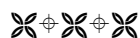
Résultat : Dans l'enseignement supérieur, les modèles les plus proches du notre sont ceux retrouvés dans les études paramédicales mais il s'agit surtout d'un tutorat de stage. Au contraire, le tutorat des IMG est transversal sur les 3 années du DES et complémentaire de la maîtrise de stage et des enseignements théoriques avec des missions et compétences spécifiques. Pour ce faire, la congruence cognitive paraît être une des clés de la relation tutorale. Elle associe la congruence sociale qui permet une relation de proximité et une triple expertise « du terrain », pédagogique et professionnelle nécessaire à ses missions d'accompagnement, de formation et d'évaluation. Si on y ajoute l'empathie, tout ceci va dans le sens de la préférence des internes pour les jeunes tuteurs.

Discussion : Si nous n'avons pas trouvé de modèles similaires dans les autres domaines de l'enseignement supérieur, il en existe dans d'autres DMG même si leurs modalités diffèrent des nôtres. Du fait de leur récente expérience d'interne et de tuteuré, les jeunes diplômés paraissent plus compétents en termes d'empathie et de congruence sociale mais aussi en ce qui concerne l'expertise du « terrain » dont leur connaissance des outils leur permettra de développer plus facilement leur expertise pédagogique. Ainsi leur mission d'évaluation formative paraît très accessible au contraire de l'évaluation certificative et de l'expertise professionnelle mais ceci peut être compensé par une bonne maîtrise du référentiel niveaux de compétences.

Conclusion : Les jeunes diplômés possèdent les compétences nécessaires pour assurer une bonne mission tutorale même si quelques aménagements dans leur formation et une supervision par un tuteur expérimenté faciliteraient encore leur implication notamment évaluative.

Mots-clés : médecine générale, DES, tutorat, jeunes diplômés, compétences, paradigme d'apprentissage.

SERMENT



En présence des Maîtres de cette école, de mes chers condisciples et devant l'effigie 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 !

