

UNIVERSITÉ CLERMONT AUVERGNE
UFR DE MÉDECINE ET DES PROFESSIONS PARAMÉDICALES

THÈSE D'EXERCICE
pour le
DIPLOME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE
par

DESQUAIRES Caroline & DARROT Guillaume

Présentée et soutenue publiquement le 12 mai 2022

Perception des internes de médecine générale de leur accompagnement par le tutorat et propositions d'amélioration : étude qualitative par entretiens individuels

Directeur de thèse :

Monsieur CAMBON Benoît, Professeur Associé, Département de médecine générale de Clermont-Ferrand

Monsieur PITHON Maxence, assistant universitaire de médecine générale

Président du jury : Monsieur CLAVELOU Pierre, Professeur et Doyen de l'UFR de Médecine et des Professions Paramédicales de Clermont-Ferrand

Membres du jury :

Monsieur DUTHEIL Frédéric, Professeur, Département médecine et santé au travail de Clermont-Ferrand

Monsieur VORILHON Philippe, Professeur, Département de médecine générale de Clermont-Ferrand

UNIVERSITE CLERMONT AUVERGNE

PRESIDENTS HONORAIRES
UNIVERSITE D'AUVERGNE

: **JOYON** Louis
: **DOLY** Michel
: **TURPIN** Dominique
: **VEYRE** Annie
: **DULBECCO** Philippe
: **ESCHALIER** Alain

PRESIDENTS HONORAIRES
UNIVERSITE BLAISE PASCAL

: **CABANES** Pierre
: **FONTAINE** Jacques
: **BOUTIN** Christian
: **MONTEIL** Jean-Marc
: **ODOUARD** Albert
: **LAVIGNOTTE** Nadine

PRESIDENT DE L'UNIVERSITE et
PRESIDENT DU CONSEIL ACADEMIQUE PLENIER
PRESIDENT DU CONSEIL ACADEMIQUE RESTREINT
VICE-PRESIDENT DU CONSEIL D'ADMINISTRATION
VICE-PRESIDENT DE LA COMMISSION DE LA RECHERCHE
VICE PRESIDENTE DE LA COMMISSION DE LA
FORMATION ET DE LA VIE UNIVERSITAIRE
DIRECTRICE GENERALE DES SERVICES

: **BERNARD** Mathias
: **DEQUIEDT** Vianney
: **WILLIAMS** Benjamin
: **HENRARD** Pierre
: **PEYRARD** Françoise
: **PAQUIS** François



UFR DE MEDECINE ET DES PROFESSIONS PARAMEDICALES

DOYENS HONORAIRES

: **DETEIX** Patrice
: **HAZAL** Jean

DOYEN
RESPONSABLE ADMINISTRATIVE

: **CLAVELOU** Pierre
: **ROBERT** Gaëlle

LISTE DU PERSONNEL ENSEIGNANT

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. BACIN Franck – BEGUE René-Jean - BOUCHER Daniel - BOURGES Michel - BUSSIERE Jean-Louis - CANO Noël - CASSAGNES Jean - CATILINA Pierre - CHABANNES Jacques – CHAZAL Jean - CHIPPONI Jacques - CHOLLET Philippe - COUDERT Jean - DASTUGUE Bernard – DEMEOCQ François - DE RIBEROLLES Charles - ESCANDE Georges - Mme FONCK Yvette - MM. GENTOU Claude - GLANDDIER Gérard - Mmes GLANDDIER Phyllis - LAVARENNE Jeanine - MM. LAVERAN Henri - LEVAI Jean-Paul - MAGE Gérard - MALPUECH Georges - MARCHEIX Jean-Claude - MICHEL Jean-Luc - MM. MOLINA Claude - MONDIE Jean-Michel - PERI Georges - PETIT Georges - PHILIPPE Pierre - PLAGNE Robert - PLANCHE Roger - PONSONNAILLE Jean - MM. RAYNAUD Elie - REY Michel - Mme RIGAL Danièle - ROZAN Raymond - SCHOEFFLER Pierre - SIROT Jacques - SOUTEYRAND Pierre - TANGUY Alain - TERVER Sylvain - THIEBLOT Philippe - TOURNILHAC Michel - VANNEUVILLE Guy - VIALLET Jean-François - Mle VEYRE Annie

PROFESSEURS EMERITES :

MM. - BEYTOUT Jean - BOITEUX Jean-Paul - BOMMELAER Gilles - CHAMOIX Alain - DAUPLAT Jacques - DETEIX Patrice – ESCHALIER Alain - IRTHUM Bernard - JACQUETIN Bernard - KEMENY Jean-Louis – LAFEUILLE Hélène – LEMERY Didier - LESOURD Bruno - LUSSON Jean-René - RIBAL Jean-Pierre

PROFESSEURS DES UNIVERSITES-PRATICIENS HOSPITALIERS

PROFESSEURS DE CLASSE EXCEPTIONNELLE

M. VAGO Philippe	Histologie-Embryologie Cytogénétique
M. AUMAITRE Olivier	Médecine Interne
M. LABBE André	Pédiatrie
M. AVAN Paul	Biophysique et Traitement de l'Image
M. DURIF Franck	Neurologie
M. BOIRE Jean-Yves	Biostatistiques, Informatique Médicale et Technologies de Communication
M. BOYER Louis	Radiologie et Imagerie Médicale option Clinique
M. POULY Jean-Luc	Gynécologie et Obstétrique
M. CANIS Michel	Gynécologie-Obstétrique
Mme PENAULT-LLORCA Frédérique	Anatomie et Cytologie Pathologiques
M. BAZIN Jean-Etienne	Anesthésiologie et Réanimation Chirurgicale

M. BIGNON Yves Jean	Cancérologie option Biologique
M. BOIRIE Yves	Nutrition Humaine
M. CLAVELOU Pierre	Neurologie
M. DUBRAY Claude	Pharmacologie Clinique
M. GILAIN Laurent	O.R.L.
M. LEMAIRE Jean-Jacques	Neurochirurgie
M. CAMILLERI Lionel	Chirurgie Thoracique et Cardio-Vasculaire
M. DAPOIGNY Michel	Gastro-Entérologie
M. LLORCA Pierre-Michel	Psychiatrie d'Adultes
M. PEZET Denis	Chirurgie Digestive
M. SOUWEINE Bertrand	Réanimation Médicale
M. BOISGARD Stéphane	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie
M. CONSTANTIN Jean-Michel	Anesthésiologie et Réanimation
	Chirurgicale
Mme DUCLOS Martine	Physiologie
M. SCHMIDT Jeannot	Thérapeutique

**PROFESSEURS DE
1ère CLASSE**

M. DECHELOTTE Pierre	Anatomie et Cytologie Pathologique
M. CAILLAUD Denis	Pneumo-ptisiologie
M. VERRELLE Pierre	Radiothérapie option Clinique
M. CITRON Bernard	Cardiologie et Maladies Vasculaires
M. D'INCAN Michel	Dermatologie -Vénérologie
Mme JALENQUES Isabelle	Psychiatrie d'Adultes
Mle BARTHELEMY Isabelle	Chirurgie Maxillo-Faciale
M. GARCIER Jean-Marc	Anatomie-Radiologie et Imagerie Médicale
M. GERBAUD Laurent	Epidémiologie, Economie de la Santé et Prévention
M. SOUBRIER Martin	Rhumatologie
M. TAUVERON Igor	Endocrinologie et Maladies Métaboliques
M. MOM Thierry	Oto-Rhino-Laryngologie
M. RICHARD Ruddy	Physiologie
M. RUIVARD Marc	Médecine Interne
M. SAPIN Vincent	Biochimie et Biologie Moléculaire
M. BAY Jacques-Olivier	Cancérologie
M. BERGER Marc	Hématologie
M. COUDEYRE Emmanuel	Médecine Physique et de Réadaptation
Mme GODFRAIND Catherine	Anatomie et Cytologie Pathologiques
M. ROSSET Eugénio	Chirurgie Vasculaire
M. ABERGEL Armando	Hépatologie
M. LAURICHESSE Henri	Maladies Infectieuses et Tropicales
M. TOURNILHAC Olivier	Hématologie
M. CHIAMBARETTA Frédéric	Ophtalmologie
M. FILAIRE Marc	Anatomie – Chirurgie Thoracique et Cardio-Vasculaire
M. GALLOT Denis	Gynécologie-Obstétrique

M. GUY Laurent	Urologie
M. TRAORE Ousmane	Hygiène Hospitalière
M. ANDRE Marc	Médecine Interne
M. BONNET Richard	Bactériologie, Virologie
M. CACHIN Florent	Biophysique et Médecine Nucléaire
M. COSTES Frédéric	Physiologie
M. FUTIER Emmanuel	Anesthésiologie-Réanimation
Mme HENG Anne-Elisabeth	Néphrologie
M. MOTREFF Pascal	Cardiologie
Mme PICKERING Gisèle	Pharmacologie Clinique

**PROFESSEURS DE
2ème CLASSE**

Mme CREVEAUX Isabelle	Biochimie et Biologie Moléculaire
M. FAICT Thierry	Médecine Légale et Droit de la Santé
Mme KANOLD LASTAWIECKA Justyna	Pédiatrie
M. TCHIRKOV Andréï	Cytologie et Histologie
M. CORNELIS François	Génétique
M. DESCAMPS Stéphane	Chirurgie Orthopédique et Traumatologique
M. POMEL Christophe	Cancérologie – Chirurgie Générale
M. CANAVESE Federico	Chirurgie Infantile
M. LESENS Olivier	Maladies Infectieuses et Tropicales
M. RABISCHONG Benoît	Gynécologie Obstétrique
M. AUTHIER Nicolas	Pharmacologie Médicale
M. BROUSSE Georges	Psychiatrie Adultes/Addictologie
M. BUC Emmanuel	Chirurgie Digestive
M. CHABROT Pascal	Radiologie et Imagerie Médicale
M. LAUTRETTE Alexandre	Néphrologie Réanimation Médicale
M. AZARNOUSH Kasra	Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire
Mme BRUGNON Florence	Biologie et Médecine du Développement et de la Reproduction
Mme HENQUELL Cécile	Bactériologie Virologie
M. ESCHALIER Romain	Cardiologie
M. MERLIN Etienne	Pédiatrie
Mme TOURNADRE Anne	Rhumatologie
M. DURANDO Xavier	Cancérologie
M. DUTHEIL Frédéric	Médecine et Santé au Travail
Mme FANTINI Maria Livia	Neurologie
M. SAKKA Laurent	Anatomie - Neurochirurgie
M. BOURDEL Nicolas	Gynécologie-Obstétrique
M. GUIEZE Romain	Hématologie
M. POINCLOUX Laurent	Gastroentérologie
M. SOUTEYRAND Géraud	Cardiologie

PROFESSEURS DES UNIVERSITES

M. CLEMENT Gilles	Médecine Générale
Mme MALPUECH-BRUGERE Corinne	Nutrition Humaine
M. VORILHON Philippe	Médecine Générale

PROFESSEURS ASSOCIES DES UNIVERSITES

Mme BOTTET-MAULOUBIER Anne	Médecine Générale
M. CAMBON Benoît	Médecine Générale

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

MAITRES DE CONFERENCES HORS CLASSE

Mme CHAMBON Martine	Bactériologie Virologie
Mme BOUTELOUP Corinne	Nutrition

MAITRES DE CONFERENCES DE 1ère CLASSE

M. MORVAN Daniel	Biophysique et Traitement de l'Image
Mle GOUMY Carole	Cytologie et Histologie, Cytogénétique
Mme FOGLI Anne	Biochimie Biologie Moléculaire
Mle GOUAS Laetitia	Cytologie et Histologie, Cytogénétique
M. MARCEAU Geoffroy	Biochimie Biologie Moléculaire
Mme MINET-QUINARD Régine	Biochimie Biologie Moléculaire
M. ROBIN Frédéric	Bactériologie
Mle VERONESE Lauren	Cytologie et Histologie, Cytogénétique
M. DELMAS Julien	Bactériologie
Mle MIRAND Andrey	Bactériologie Virologie
M. OUCHCHANE Lemlih	Biostatistiques, Informatique Médicale et Technologies de Communication
M. LIBERT Frédéric	Pharmacologie Médicale
Mle COSTE Karen	Pédiatrie
M. EVRARD Bertrand	Immunologie
Mle AUMERAN Claire	Hygiène Hospitalière
M. POIRIER Philippe	Parasitologie et Mycologie
Mme CASSAGNES Lucie	Radiologie et Imagerie Médicale
M. LEBRETON Aurélien	Hématologie

**MAITRES DE CONFERENCES DE
2ème CLASSE**

Mme PONS Hanaë	Biologie et Médecine du Développement et de la Reproduction
M. JABAUDON-GANDET Matthieu	Anesthésiologie – Réanimation Chirurgicale
M. BOUVIER Damien	Biochimie et Biologie Moléculaire
M. BUISSON Anthony	Gastroentérologie
M. COLL Guillaume	Neurochirurgie
Mme SARRET Catherine	Pédiatrie
M. MAQDASY Salwan	Endocrinologie, Diabète et Maladies Métaboliques
Mme NOURRISSON Céline	Parasitologie - Mycologie

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

Mme BONHOMME Brigitte	Biophysique et Traitement de l'Image
Mme VAURS-BARRIERE Catherine	Biochimie Biologie Moléculaire
M. BAILLY Jean-Luc	Bactériologie Virologie
Mle AUBEL Corinne	Oncologie Moléculaire
M. BLANCHON Loïc	Biochimie Biologie Moléculaire
Mle GUILLET Christelle	Nutrition Humaine
M. BIDEY Yannick	Oncogénétique
M. MARCHAND Fabien	Pharmacologie Médicale
M. DALMASSO Guillaume	Bactériologie
M. SOLER Cédric	Biochimie Biologie Moléculaire
M. GIRAUDET Fabrice	Biophysique et Traitement de l'Image
Mme VAILLANT-ROUSSEL Hélène	Médecine Générale
Mme LAPORTE Catherine	Médecine Générale
M. LOLIGNIER Stéphane	Neurosciences - Neuropharmacologie
Mme MARTEIL Gaëlle	Biologie de la Reproduction
M. PINEL Alexandre	Nutrition Humaine

MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES DES UNIVERSITES

M. TANGUY Gilles	Médecine Générale
M. BERNARD Pierre	Médecine Générale
Mme ESCHALIER Bénédicte	Médecine Générale
Mme RICHARD Amélie	Médecine Générale

REMERCIEMENTS

À Monsieur le Professeur Pierre CLAVELOU, Doyen de la faculté de médecine de Clermont-Ferrand

Vous nous faites l'honneur de présider ce jury. Merci de l'intérêt que vous portez à notre travail. Soyez assuré de notre plus respectueuse considération.

À Monsieur le Professeur Frédéric DUTHEIL, Directeur du département Santé au Travail et Environnement

Nous vous sommes extrêmement reconnaissants d'avoir accepté de participer à ce jury de thèse. Soyez assuré de notre gratitude et de notre profond respect.

À Monsieur le Professeur Philippe VORILHON, Directeur du département de médecine générale

Vous nous faites l'honneur de siéger au jury de notre thèse. Recevez l'expression de nos profonds remerciements.

À Monsieur le Professeur Benoît CAMBON

Nous vous sommes profondément reconnaissants de nous avoir accompagnés et guidés dans la réalisation de notre thèse. Nous vous remercions pour le temps et les conseils avisés qui nous ont permis d'aboutir à ce travail. Soyez assuré de notre sincère gratitude.

À Monsieur le docteur Maxence PITHON

Nous te remercions de l'aide et des nombreux conseils que tu nous as apportés tout au long de la réalisation de ce travail. Merci également pour ton investissement et le temps que tu nous a consacré. Ce fut un plaisir de réaliser cette thèse sous ta direction.

REMERCIEMENTS GUILLAUME

À Caroline pour ton implication. Cette thèse est le résultat d'un beau travail d'équipe.

À tous les internes qui ont donné de leur temps pour participer à cette thèse, merci.

À mes parents, grands-parents ainsi qu'à ma sœur, merci pour votre soutien toutes ces années.

À mes beaux-parents, belles-sœurs et beaux-frères, je vous remercie de m'avoir toujours accueilli comme l'un des vôtres.

Aux Dr Favier, Le Quang, Soula, Bompaka, Hak-Shell, Cibeer, Poumailloux, je vous serai éternellement reconnaissant d'avoir été mes maîtres en apprentissage et d'avoir contribué à faire de moi le médecin que je suis aujourd'hui. Je mesure l'immense privilège que j'ai eu de travailler à vos côtés.

Aux équipes des services hospitaliers avec lesquelles j'ai eu la chance et l'honneur d'œuvrer, merci de votre investissement et de votre dévouement sans faille auprès des patients.

À mes amis, en particulier Caroline, Chloë et Matthieu, merci pour tous ces précieux moments partagés. Puisse notre amitié durer éternellement.

À mon épouse Claire, je n'ai pas les mots pour t'exprimer toute ma reconnaissance et mon amour. J'emprunte donc ces quelques mots à Théophile Gautier: "*Nous devons nous aimer c'était écrit là-haut. Les âmes sœurs finissent par se trouver quand elles savent attendre.*"

À ma fille, tu auras pu assister à ma soutenance "in utero", je n'ai plus qu'une hâte : te rencontrer enfin !

REMERCIEMENTS CAROLINE

À Maxence et Benoît, pour votre soutien.

Aux internes qui ont accepté de participer à cette étude, pour leur temps, leur implication et la confiance qu'ils nous ont donnés.

À Guillaume, merci pour ce partenariat. Sans toi je n'aurais peut-être pas encore commencé !

À toutes les belles rencontres que j'ai pu faire au cours de mon internat, à ces merveilleuses équipes soignantes, passionnées et patientes, qui m'ont formée et soutenue. A ces chefs, humains, bienveillants, qui ont façonné le médecin que je suis aujourd'hui et qui influenceront celui de demain. A Sylvie, Lionel, Géraud, Virginie, Aude et Claire, merci d'avoir partagé votre quotidien, vous contribuez chaque jour à cette empathie, cette dévotion qui font de ce métier une évidence.

À ma famille, parce que, sans soutien et sans amour, on n'avance pas. A mes parents, merci, sans vous je ne serais pas la personne que je suis. A Julien et Hugo, je suis fière de vous. A mes grands-parents, mes oncles et tantes, mes cousins, ma marraine, peu importe la distance, le cœur sait.

À Chloë, Matthieu, Guillaume, Claire et Karen, parce qu'on rencontre des dizaines de personnes chaque jour, mais peu qui seront là le lendemain.

À Marie et Morgane, une vie ne suffira pas.

TABLE DES MATIERES

REMERCIEMENTS	8
REMERCIEMENTS GUILLAUME	9
REMERCIEMENTS CAROLINE	10
LISTE DES ANNEXES, TABLEAUX ET FIGURES	12
LISTE DES ABRÉVIATIONS	12
INTRODUCTION	14
MÉTHODE	17
1. Type d'étude	17
2. Population.....	17
3. Recueil des données	17
4. Analyse des résultats	19
5. Éthique et réglementation.....	19
RÉSULTATS	21
1. Participants	21
2. Perception du tutorat	22
a. Définition :.....	22
b. Rôles du tuteur	23
c. Rôles du GEP.....	24
d. Rôle du tutorat individuel.....	25
3. Relation de confiance tuteur-interne	26
a. Les moteurs de la relation de confiance.....	26
b. Les freins à la relation de confiance	27
4. Tuteur et difficultés des internes.....	28
a. Difficultés.....	28
b. Le repérage des difficultés des internes.....	29
c. Les ressources.....	30
5. Propositions d'amélioration	31
a. Amélioration de l'information.....	31
b. Généraliser le « tour de l'humeur des internes ».....	33
c. Homogénéiser les pratiques des tuteurs.....	33
d. Un autre tuteur en cas de difficulté relationnelle ?	33
DISCUSSION	36
1. La relation de confiance entre l'interne et son tuteur : la base de tout le tutorat	36
2. Le manque d'information : un frein majeur	38
3. Comparaison des points de vue des internes et des tuteurs.....	39
4. Forces et limites de l'étude.....	40
CONCLUSION	42
ABSTRACT	43
SERMENT D'HIPPOCRATE	45
RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES	47

LISTE DES ANNEXES, TABLEAUX ET FIGURES

- **Annexes**

- Annexe I : Schéma organisationnel du DES de médecine générale de Clermont-Ferrand
- Annexe II : Formulaire de non-opposition
- Annexe III : Avis du comité d'éthique
- Annexe IV : Grille COREQ - Traduction française originale

- **Tableaux**

- Tableau I : Guide d'entretien
- Tableau II : Caractéristique d'échantillonnage

- **Figures**

- Figure 1 : Dynamique de la relation de confiance
- Figure 2 : Repérage des difficultés des internes
- Figure 3 : Schéma intégratif représentant la dynamique de la relation de confiance entre l'interne et son tuteur

LISTE DES ABRÉVIATIONS

- **CNGE** : collège national des généralistes enseignants
- **CNIL** : commission nationale de l'informatique et des libertés
- **DES** : diplôme d'études spécialisées
- **DMG** : départements de médecine générale
- **Fig.** : figure
- **GEP** : groupes d'échanges de pratiques
- **RSCA** : récit de situation complexe authentique
- **UCA** : Université Clermont Auvergne

« S'il n'est pas soutenu par un tuteur, le jeune arbre se courbe facilement »

Proverbe chinois

INTRODUCTION

En France, les professionnels de santé sont particulièrement exposés aux risques psychosociaux (1). Ils sont définis comme « *les risques pour la santé mentale, physique et sociale, engendrés par les conditions d'emploi et les facteurs organisationnels et relationnels susceptibles d'interagir avec le fonctionnement mental* » (2).

Les risques psychosociaux ont de nombreuses conséquences, tant pour la santé physique que mentale, par exemple : maladies cardio-vasculaires, troubles musculo-squelettiques, syndromes anxio-dépressifs. Ils nuisent également à l'organisation voire à la qualité du travail (3).

Les internes peuvent être confrontés à différents types de difficultés récurrentes :

- professionnelles : syndrome d'épuisement professionnel, manque d'autonomie, erreur médicale ;
- relationnelles ;
- pédagogiques : désinvestissement pour le diplôme d'études spécialisées (DES), difficultés d'apprentissage ;
- personnelles : souffrance psychologique, addictions, isolement (4, 5).

On retrouvait, en 2017, 66% de symptômes anxieux chez les internes et jeunes médecins, 28% de symptômes dépressifs et 24% d'idées suicidaires, dont 6% au cours du mois précédent (6).

Plusieurs études américaines démontrent que le tutorat a un rôle capital dans l'accompagnement pédagogique de l'interne tout au long de son cursus (7, 8). C'est aussi l'un des principaux moyens de repérage des difficultés que peut connaître un interne. Différents systèmes de tutorat ont été mis en place dans les départements de médecine générale (DMG) des universités

françaises depuis 2004 (9) sous l'impulsion du collège national des généralistes enseignants (CNGE). Une réforme du troisième cycle des études médicales a eu lieu en 2017. Elle instaure une évaluation en fin de première année d'internat, qui permet un suivi plus régulier et un repérage précoce de leurs difficultés (10).

À Clermont-Ferrand, la formation des internes de médecine générale se fait sous forme (*Annexe D*) (11) :

- d'ateliers ;
- de rencontres mensuelles en groupes d'échanges de pratiques (GEP), de neuf à douze internes, dans l'esprit des groupes de pairs et animés par un médecin généraliste ;
- d'un tutorat par entretiens individuels semestriels, permettant d'instaurer une relation privilégiée entre l'interne et son tuteur.

Le tuteur accompagne l'étudiant dans sa formation et facilite son apprentissage pendant ses trois années d'internat. Il est la personne ressource en cas de difficultés ou de questionnements, qu'ils soient professionnels ou personnels. Il a également pour mission d'évaluer la progression de l'interne via des productions écrites (12, 13).

Deux points majeurs influenceraient les représentations des internes sur le tutorat : le manque de compréhension du rôle des traces d'apprentissage dans l'acquisition des compétences et l'importance de la qualité relationnelle avec le tuteur, que ce soit en individuel ou en groupe, qui conditionnerait le reste du suivi (14, 15).

Les stratégies employées par les tuteurs pour accompagner les internes en difficultés, modélisées par Pithon, Brel et al. (16), se structurent en trois étapes :

- repérer les difficultés : à travers les GEP, les traces écrites, les entretiens individuels et les évaluations de stage ;
- les explorer par des échanges entre le tuteur et l'interne ;
- rechercher des solutions avec l'interne en utilisant de façon graduelle les ressources personnelles de l'interne et du tuteur, puis des ressources externes.

Afin de venir compléter ce travail, nous avons souhaité étudier le point de vue des internes.

L'objectif principal de cette étude était d'analyser la perception des internes de médecine générale de Clermont-Ferrand de leur accompagnement par le tutorat. L'objectif secondaire était de proposer des améliorations de ce dispositif pédagogique.

MÉTHODE

1. Type d'étude

Une étude qualitative par entretiens individuels semi-dirigés a été réalisée.

2. Population

Cette étude a été menée auprès des internes de médecine générale de Clermont-Ferrand. Les participants étaient des étudiants inscrits en DES de médecine générale depuis la réforme du troisième cycle des études de médecine générale de 2017. Ils pouvaient être encore internes ou jeunes médecins.

Le recrutement s'est fait sur la base du volontariat : par mail, réseaux sociaux, contacts personnels ou par bouche-à-oreille. Un échantillonnage raisonné homogène par convenance a été réalisé dans un premier temps, complété par un échantillonnage dit « boule-de-neige » dans un second temps.

3. Recueil des données

Les chercheurs étaient deux internes de médecine générale ayant fini leur cursus en novembre 2019. Ils étaient médecins remplaçants au moment de l'étude. Les chercheurs étaient un homme et une femme.

Des entretiens individuels ont permis l'expression libre des internes. Seize entretiens individuels semi-dirigés ont été réalisés, dont cinq au domicile de l'interne, trois au domicile de l'investigateur, sept en visioconférence et un sur le lieu de travail de l'interne. Les entretiens

ont été effectués selon le guide d’entretiens préalablement testé sur des jeunes médecins n’ayant pas bénéficié de la réforme. Il a évolué jusqu’au huitième entretien. La version définitive est retranscrite dans le *Tableau I*. Les entretiens ont été menés individuellement tour à tour et en notant les réponses non verbales. Les entretiens ont duré de vingt minutes à une heure et dix minutes. Ils ont été enregistrés avec deux ou trois dictaphones. Le recueil des données s’est effectué entre les mois d’octobre 2021 et février 2022. La retranscription des entretiens a été faite intégralement par l’interrogateur, les données non verbales ont également été intégrées. Ces données ont ensuite été pseudonymisées et les enregistrements ont été supprimés. Les entretiens ont été poursuivis jusqu’à la saturation des données, obtenue après douze entretiens. Quatre entretiens supplémentaires ont été réalisés afin de confirmer la saturation des données.

Tableau I : Guide d’entretien

Question d’ouverture	Partir d’une situation concrète : <ul style="list-style-type: none"> • Raconte-moi ta dernière rencontre avec ton tuteur
Définition du tutorat	Explorer la définition et leurs idées préconçues : <ul style="list-style-type: none"> • Qu’est ce que le tutorat pour toi ?
Attentes	Préciser leurs attentes : <ul style="list-style-type: none"> • Qu’attends-tu du tutorat ?
Apports du tutorat	Explorer les rôles et apports du tutorat : <ul style="list-style-type: none"> • Que t’apporte le tutorat ?
Accompagnement en cas de difficultés	Quelle place tient le tutorat en cas de difficultés : <ul style="list-style-type: none"> • Tu as connu des difficultés/Tu as probablement connu des internes en difficultés, comment penses-tu que tu es/qu’ils sont accompagné(s) ?
Améliorations	Proposer des améliorations : <ul style="list-style-type: none"> • Comment pourrait-on améliorer le tutorat ?

4. Analyse des résultats

L'analyse a été conduite selon une méthode issue de la théorisation ancrée. À partir des verbatim, un codage longitudinal a été réalisé par deux chercheurs (Caroline Desquaires : CD et Guillaume Darrot : GD). L'ensemble de l'analyse a bénéficié d'une triangulation par la confrontation des résultats des deux chercheurs (CD et GD) à l'avis d'un troisième (Maxence Pithon : MP). Un codage axial a été réalisé à partir des premiers résultats. Une intégration de l'ensemble de ces données (CD et GD) suivi d'une discussion commune (CD, GD, MP et Benoît Cambon) a permis d'aboutir aux résultats finaux. Le tableur Microsoft Excel® a été utilisé pour le codage des verbatim. Les schémas ont été réalisés grâce au logiciel Keynote®.

5. Éthique et réglementation

Un consentement écrit a été signé par tous les participants leur garantissant le respect de leur anonymat durant tout ce travail de thèse (*Annexe II*). Les données ont été recueillies et retranscrites de manière anonyme. Il a été spécifiquement précisé aux participants, en début d'entretien, de ne pas délivrer d'information de nom, de lieu, ni de date permettant d'identifier les situations relatées. Dans le cas où il persistait des données pouvant conduire à l'identification des situations évoquées, celles-ci ont été pseudonymisées à différentes étapes du processus de retranscription, d'analyse et de rédaction. Les caractéristiques d'échantillonnage ont également été pseudonymisées. Les enregistrements audios ont été détruits après retranscription.

L'étude ne comportant pas de données sensibles, une déclaration auprès de la commission nationale de l'informatique et des libertés (CNIL) a été faite auprès du délégué CNIL de l'Université Clermont Auvergne (UCA) selon la MR004. Malgré l'absence d'intervention sur les participants et de données nominatives, nous avons sollicité le comité d'éthique de la

recherche Institutional Review Board-UCA (IRB-UCA) pour une éventuelle publication ultérieure. Celui-ci a rendu un avis favorable le 27/01/2022 (*Annexe III*).

RÉSULTATS

1. Participants

Seize internes ont été interrogés. Les caractéristiques des participants sont détaillées dans le *Tableau II*. Par souci d'anonymat, ils ne figurent pas dans l'ordre de réalisation des entretiens.

Autant d'entretiens avec des hommes qu'avec des femmes ont été réalisés. Onze tuteurs différents accompagnaient ces internes. La durée moyenne des entretiens était de quarante-cinq minutes. Les internes de premier semestre ont été interrogés en dernier afin qu'ils aient bénéficié de plusieurs rencontres avec leurs tuteurs.

Tableau II : Caractéristique d'échantillonnage

Pseudonyme	Sexe	Âge	Semestre	Tuteur	Durée d'entretien	Invalidation d'un semestre
I1	F	26	3 ^{ème}	E	29 min	non
I2	F	28	6 ^{ème}	Z	1 h 03	non
I3	F	29	fin de cursus en 11/20	B	56 min	non
I4	M	31	fin de cursus en 11/21	H	22 min	non
I5	M	34	5 ^{ème}	Z	32 min	non
I6	M	33	3 ^{ème}	W	52 min	non
I7	M	29	fin de cursus en 11/21	Z	1 h 07	non
I8	M	27	4 ^{ème}	G	1 h	oui
I9	F	30	6 ^{ème}	D	41 min	oui
I10	F	26	3 ^{ème}	R	1 h 04	non
I11	F	31	5 ^{ème}	F	28 min	non
I12	F	30	fin de cursus en 11/21	J	57 min	non

I13	M	31	fin de cursus en 11/21	H	1 h 10	non
I14	M	24	1 ^{er}	H	32 min	non
I15	F	27	1 ^{er}	D	31 min	non
I16	M	26	1 ^{er}	O	20 min	non

2. Perception du tutorat

a. Définition :

La définition du tutorat était très variable selon les internes. Seuls 3 internes ont donné la définition académique. Pour beaucoup, le tutorat était assimilé au GEP. Les ateliers étaient parfois aussi inclus. Une fois les premiers entretiens réalisés, et afin de ne pas influencer les réponses suivantes, il a été choisi de ne pas donner la définition officielle du tutorat.

« C : Si je te dis tutorat, qu'est-ce que c'est pour toi ? I : là clairement, je dirais je n'en sais rien ! Est-ce que c'est quand on va à la fac et qu'on a des cours, tu sais avec de la pratique, [...], j'avoue que je ne sais pas vraiment différencier si c'est du tutorat ou si le GEP fait partie du tutorat ou pas. Pour moi c'est un mélange de tout ça ». - I6

Certains internes ont affirmé ne pas inclure le tutorat individuel dans le tutorat.

« [...] Pour moi [le tutorat individuel] c'était le contrôle annuel, ça ne fait pas partie du tutorat ». - I7

b. Rôles du tuteur

Les internes ont exprimé de multiples attentes, indépendamment de leur semestre. Le tuteur était principalement vu comme un référent pédagogique. L'attente principale des internes était d'avoir un soutien personnalisé dans la réalisation de leurs travaux universitaires (RSCA ou récit de situation complexe authentique). Ils envisageaient le tutorat comme une aide pour le passage de la théorie à la pratique.

« Je dirais c'est arriver à amener un étudiant qui a six ans d'études derrière lui, qui a des connaissances un peu dans tous les sens à se recentrer sur la médecine générale et à avoir l'analyse critique qui est nécessaire pour notre bonne pratique ». - I7

Le tuteur était perçu comme un enseignant partageant son expérience, encourageant la réflexion sur sa pratique et motivant à la formation médicale continue. Les internes étaient cependant en demande de davantage de formation théorique médicale et d'actualisation des connaissances et ce, quelle que soit leur avancée dans l'internat.

Peu d'internes percevaient le rôle d'évaluation formative du tuteur. Lorsque ce rôle était ressenti, il ne dégradait pas la relation entre le tuteur et l'interne.

« Il faut arriver à comprendre que la personne qui t'évalue elle veut que tu réussisses et elle veut t'évaluer en te mettant des choses bien, et du coup elle va tout faire pour faire en sorte de pouvoir te mettre des choses bien ». - I14

Le tuteur était également vu comme une source d'information concernant l'orientation professionnelle et l'installation.

« Pour moi voilà le tutorat c'est vraiment ça : essayer de repérer les problématiques de son tuteur et aussi lui offrir, comme son nom l'indique, un

tuteur sur lequel pousser et lui indiquer des ressources pédagogiques, lui indiquer des moyens de progresser et de faire le point sur son projet professionnel ». - I8

Son rôle de repérage et de soutien en cas de difficulté était inégalement perçu et dépendait fortement de la relation entre le tuteur et le tuteuré.

« Le tuteur pour moi c'était quelqu'un qui devait nous aider et surtout nous accompagner pendant les études, sur les questionnements qu'on peut avoir. Je pensais que c'était un référent qui va connaître notre vie d'interne du début jusqu'à la fin, une personne référente qui va nous suivre, c'est ce que je me suis dit ». - I2

Il avait également un rôle d'animateur de GEP.

c. Rôles du GEP

La majorité des internes interrogés incluait le GEP dans leur définition du tutorat. Pour eux, il permettait un retour d'expérience et des échanges autour de situations complexes. Comme le tuteur, le GEP était un accompagnement dans la transition entre le statut d'étudiant et de professionnel de santé. Les GEP avaient un rôle professionnalisant. Certains internes le voyaient comme les prémices de leur futur réseau professionnel. Les internes rapportaient également un rôle de soutien psychologique. Ils le percevaient comme un groupe de confiance auquel ils pouvaient se confier. Le GEP servait alors de catharsis.

« Notre tutrice nous aiguille bien et puis je pense qu'on a un groupe assez dynamique aussi. Y'a du débat, c'est intéressant, chacun peut s'exprimer comme il veut ». - I14

d. Rôle du tutorat individuel

Le tutorat individuel était exclusivement défini comme étant les rendez-vous en entretiens individuels. Il était perçu comme une obligation facultaire, dédiée principalement à l'avancement des traces écrites et au projet professionnel.

« Mais les séances de tutorat en elles-mêmes... bon on échangeait un petit peu mais ça reste superficiel et si tu veux comme on n'avait jamais trop le temps on ne prenait pas le temps de le faire, c'était à la chaîne, donc du coup on restait 5-10 minutes avec le tuteur et c'est pas ça qui m'a le plus aidée quoi. On les faisait un peu parce qu'il fallait les faire si tu veux ». - I12

Toutes les autres interactions entre le tuteur et le tutoré ne rentraient pas dans leur définition du tutorat individuel. La fréquence d'un entretien par semestre n'était pas souvent respectée. Certains internes n'ayant pas eu de difficultés ne voyaient pas l'intérêt du caractère obligatoire des entretiens individuels. Ceux faisant face à des difficultés signalaient qu'il était compliqué de faire la démarche de demander de l'aide. Ces entretiens individuels représentaient pour eux un moment d'écoute privilégié avec leur tuteur.

« Pour toute personne en difficulté je pense que c'est difficile de demander de l'aide donc au moins il y a ce moment obligatoire où là si tu as quelque chose à dire tu peux en parler quoi. Donc oui je pense que ça a quand même un intérêt d'avoir cette rencontre obligatoire et puis de passer un moment seul avec le tuteur plutôt qu'en GEP où ce sera plus difficile de prendre la parole sur un truc difficile ». - I5

Certains internes, en fin de cursus, regrettaient de ne pas avoir su utiliser ces entretiens individuels de manière différente.

3. Relation de confiance tuteur-interne

La relation entre le tuteur et l'interne conditionnait le succès du tutorat. Elle était basée sur la confiance. Différents facteurs avaient un impact sur la construction de cette relation de confiance. Sans cette relation, les internes réduisaient leurs échanges avec leur tuteur à une formalité universitaire.

a. Les moteurs de la relation de confiance

Deux caractéristiques ressortaient particulièrement : l'implication du tuteur et la qualité de la communication. Les tuteurs perçus comme disponibles, accessibles et réactifs permettaient le développement d'une plus grande relation de confiance avec leurs internes. Cet investissement faisait que ceux-ci se confiaient plus facilement à eux. Certaines caractéristiques des tuteurs amélioraient la communication et favorisaient la confiance, notamment l'empathie, l'ouverture d'esprit et le partage de valeurs communes.

« Je pense que ça, voilà l'empathie, c'est une qualité indispensable au tuteur de GEP ». - I13

La communication était favorisée par l'absence de jugement, la confidentialité et la confraternité. Le tuteur était souvent perçu comme un élément extérieur à la faculté, ce qui était ressenti positivement par les internes. Une ambiance conviviale et informelle favorisait le développement d'une relation de confiance : par exemple, une pause autour d'un café pendant le GEP ou une rencontre hors de la faculté.

« La dernière fois en GEP, lui aussi il a fait son tour de moral et le fait que lui aussi se confie à nous ça permet en fait de casser, de briser certaines

portes quoi ... Donc au final il y a un lien qui se crée qui est un peu plus fort que juste professeur élève quoi. Il est plus proche qu'un simple professeur, enfin c'est comme ça que moi je le reçois ». - I6

b. Les freins à la relation de confiance

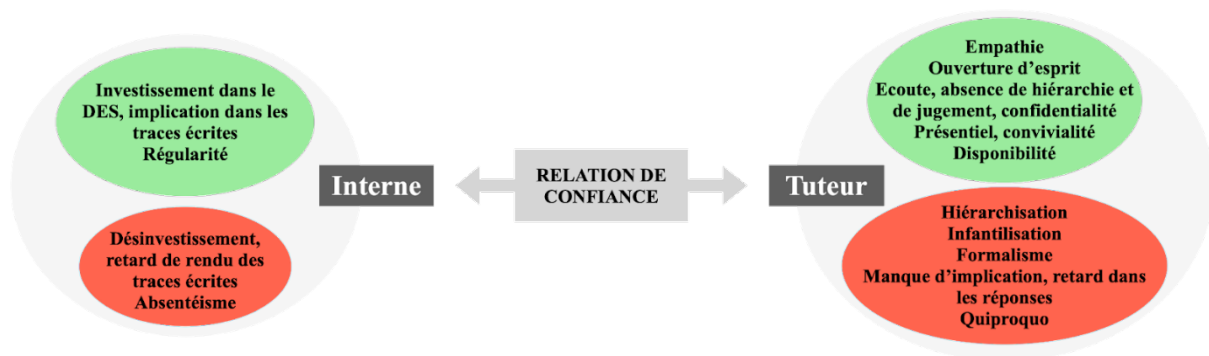
La relation de confiance était détériorée par le manque d'investissement du tuteur et le retard dans les réponses aux traces écrites.

« Enfin je lui avais proposé de voir ma tutrice à telle date pour parler de mon projet de stage. Du coup je lui avais envoyé un mail et elle m'avait dit “très bien ton projet et tout on peut en parler en Visio” [...]. Et à cette date j'étais là sur mon ordi et elle m'a pas recontactée. Enfin tu sais, y a pas trop de communication... Du coup ça ne s'est pas fait. Ça ne s'est pas fait et elle avait pas non plus répondu à mon RSCA ». - I15

Les internes ayant un tuteur perçu comme moralisateur ne développaient pas de relation de confiance. Les échanges impersonnels ne favorisaient pas cette relation. Les relations hiérarchisées étaient mal perçues. Des incompréhensions avaient parfois un impact notable et durable sur cette relation.

« Il y a cette espèce de truc, genre c'est un professeur tu vois, et ses élèves, comme un peu à l'école. Et on a un peu tous cette sensation. [...] Enfin tu sais y' a pas trop de communication ». - I15

Figure 1 : Dynamique de la relation de confiance



4. Tuteur et difficultés des internes

a. Difficultés

Les internes rapportaient différents types de difficultés : professionnelles, pédagogiques personnelles et relationnelles. Les plus fréquentes étaient d'ordre professionnel. Elles étaient en rapport avec le rythme de travail, aggravé par le non-respect des textes réglementaires concernant le temps de travail des internes, et le manque de seniorisation en stage. Pour eux, la majorité des internes aurait souffert d'un syndrome d'épuisement professionnel.

« Et moi le nombre de fois où en garde j'ai fini en pleurs et où j'étais mal et où il fallait que les infirmières et les aides soignantes me calment parce que j'arrivais pas à me reprendre... Enfin à ce que ça aille bien... Enfin c'était compliqué, et ça m'est arrivé plusieurs fois » ! - I10

Les traces écrites étaient une difficulté majeure rapportée par la quasi-totalité des internes. Ceux-ci n'en comprenaient pas l'intérêt et vivaient leur rédaction comme une obligation facultative. Les internes en fin de cursus comprenaient plus facilement leur utilité.

« On nous a pas dit à quoi ça servait. On te dit tu fais ça, tu fais un récit, tu fais des trucs... toi t'es là bah, pourquoi est ce que je me tape des trucs ultrascolaires ça sert à rien ! C'est vécu comme une contrainte ». - I8

L'isolement était une difficulté récurrente, amplifiée par la crise sanitaire. Les internes en premier semestre, en stage ambulatoire, étaient les plus touchés. La gestion de l'équilibre entre la vie privée et professionnelle n'était pas toujours simple à trouver, notamment du fait de l'errance géographique entraînée par les changements réguliers de stage. Devant ce déséquilibre, certains internes remettaient en question leur orientation professionnelle.

b. Le repérage des difficultés des internes

Le repérage de ces difficultés par le tuteur dépendait principalement de la relation de confiance établie entre le tuteur et l'interne.

« On se confie à lui, mais on va pas se confier par exemple à la directrice du DMG. On n'a aucun lien avec elle, on n'a aucune accroche ». - I6

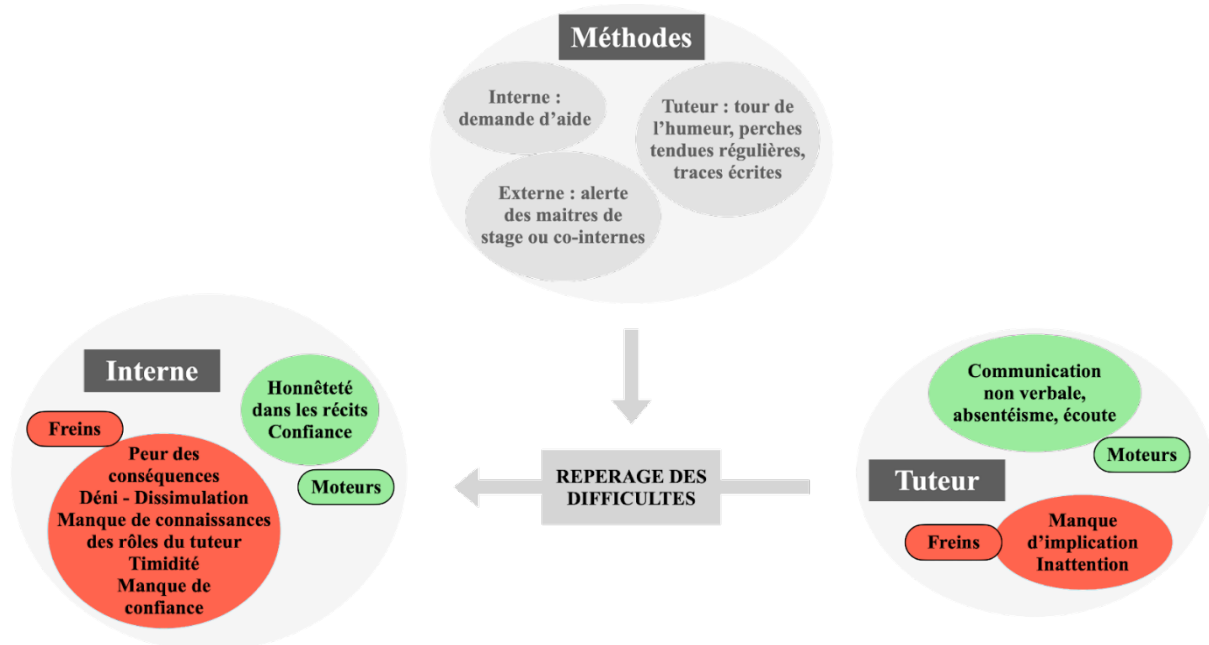
Le repérage débutait souvent en GEP, puis était approfondi en tutorat individuel. Les internes avaient beaucoup de mal à aborder leurs difficultés. Il existait une omerta, parfois même une dissimulation de ces difficultés. La peur des conséquences entraînait une faible remontée de ces difficultés auprès des seniors : les internes s'inquiétaient de possibles retombés négatives sur la suite de leur cursus. Par exemple, les internes osaient difficilement aborder leurs difficultés en entretien de phase socle ou en tutorat individuel.

La majorité des internes a mentionné l'importance des ouvertures faites par le tuteur. Plusieurs tuteurs avaient mis en place un « tour de l'humeur des internes » en début de GEP, invitant

tous les internes à noter leur humeur et à expliciter, s'ils le souhaitent, leur note. Les internes des groupes concernés ont plébiscité cette méthode de repérage.

Les traces écrites n'étaient majoritairement pas perçues comme un moyen de repérage. Les difficultés étaient souvent abordées entre co-internes.

Figure 2 : Repérage des difficultés des internes



c. Les ressources

Globalement, les ressources étaient mal connues. Les internes se tournaient préférentiellement vers leurs proches et leurs co-internes. Le groupe de GEP constituait la principale ressource professionnelle, dans l'esprit d'un groupe de pairs.

« Y'a un groupe qui se crée au fil des trois années, si jamais ça va pas tu sais que tu peux t'appuyer aussi sur ce groupe, c'est des gens de confiance ». - I5

Selon la relation de confiance établie avec leur tuteur, celui-ci pouvait devenir l'interlocuteur privilégié. Du fait d'une mauvaise relation ou d'un manque d'information sur les rôles du tuteur, certains internes n'auraient jamais pensé à aborder leurs difficultés avec celui-ci. En cas de relation dégradée avec le tuteur, certains internes se tournaient directement vers le DMG ou le syndicat des internes. Les psychologues et médecins traitants étaient plutôt utilisés en deuxième recours pour des difficultés importantes.

« Vers mes proches, ma famille, euh, voilà. Aujourd'hui, en tout cas si j'avais un souci dans le cadre professionnel... et ben probablement à deux de mes maîtres de stage de campagne qui sont devenus des amis et que je vois régulièrement en dehors et tout ça. Peut-être eux ou des anciens collègues euh mais pas forcément ma tutrice en première intention parce qu'on se connaît pas beaucoup en fait quoi ». - I1

5. Propositions d'amélioration

a. Amélioration de l'information

Tous les internes se plaignaient d'un manque d'information et de communication : ils ne connaissaient ni la plupart des rôles du tutorat, ni l'intérêt des traces écrites, et en cas de difficultés, ils ignoraient les ressources disponibles ou les recours possibles.

« Si j'avais pas été proche du syndicat je l'aurais jamais su. Il y a un défaut complet d'information, et du coup je rapporte ça au tutorat, y'a un défaut d'information complet ». - I8

Le rôle du tuteur était souvent restreint aux obligations facultaires. Ce manque de compréhension pouvait majorer les difficultés pédagogiques et professionnelles, par exemple : le rôle des traces écrites, l'orientation, la réglementation et la formation.

« Et je comprenais pas pourquoi on était évalué sur un truc écrit qui n'avait rien à voir, mais vraiment rien à voir avec notre qualité d'interne dans les stages et notre vraie formation ». - I10

Pourtant, le DMG organisait une présentation générale du DES et du tutorat. Il apparaît que l'afflux d'informations, à un stade très précoce de l'internat, ne permettait pas l'intégration de ces informations. Des rappels réguliers, tout au long de l'internat, pourraient améliorer son fonctionnement.

Les internes auraient souhaité une formation plus complète sur les risques psychosociaux, avec des rappels réguliers au cours de l'internat. Ils demandaient également une information plus détaillée sur la conduite à tenir en cas de difficulté et les ressources existantes. La plupart décrivait un manque d'information sur les rôles et actions du DMG. Les internes étaient également demandeurs d'explications concernant les traces écrites, afin d'éviter qu'elles ne soient perçues comme une contrainte.

« Parce que la communication avec les tuteurs en fait on n'en sait rien. Pour moi c'est : je lui envoie les récits et puis si j'ai un projet de stage je peux lui en parler tu vois. Mais ça s'arrête là quoi, ça reste très orienté pédagogique ». - I15

- I15

b. Généraliser le « tour de l'humeur des internes »

Le « tour de l'humeur des internes » était décrit comme un moteur important de la dynamique de groupe et de la relation de confiance, entre les internes eux-mêmes, et entre les internes et leur tuteur. Ces internes décrivaient une adhésion franche à cette pratique. Ils n'hésitaient pas à mettre une mauvaise note pour signaler un mal-être. Les tuteurs revenaient quasiment systématiquement sur les notes données qui évoquaient des difficultés et proposaient un tutorat individuel. Les internes n'ayant pas bénéficié de cet outil ont souligné son intérêt. Ils souhaiteraient le généraliser.

« Des fois je pense que c'est dur de tout déballer comme ça de but en blanc, alors que de donner une note sur son humeur bah c'est pas difficile ». - I13

c. Homogénéiser les pratiques des tuteurs

Les internes, dont les tuteurs participaient personnellement au GEP et au « tour de l'humeur des internes », avaient une relation privilégiée avec leur tuteur. Certains tuteurs étaient décrits comme focalisés sur les obligations facultaires, d'autres très investis dans l'accompagnement global de l'interne. Le tutorat était dépeint par tous les internes comme tuteur-dépendant. Plusieurs internes ont suggéré d'homogénéiser leurs pratiques.

d. Un autre tuteur en cas de difficulté relationnelle ?

Les internes ayant une mauvaise relation avec leur tuteur perdaient l'intérêt du tutorat. Ce manque de relation de confiance avec le tuteur pouvait devenir une difficulté.

« Là c'est le professeur qui engueule son élève parce qu'il n'avance pas. Moi à chaque fois le tutorat je le fais avec la boule au ventre parce que je sais que

je vais me faire engueuler pendant 10 minutes. Moi c'est une corvée et je pense que pour elle aussi ce n'est pas agréable, parce que du coup je finis par lui mentir ». - I10

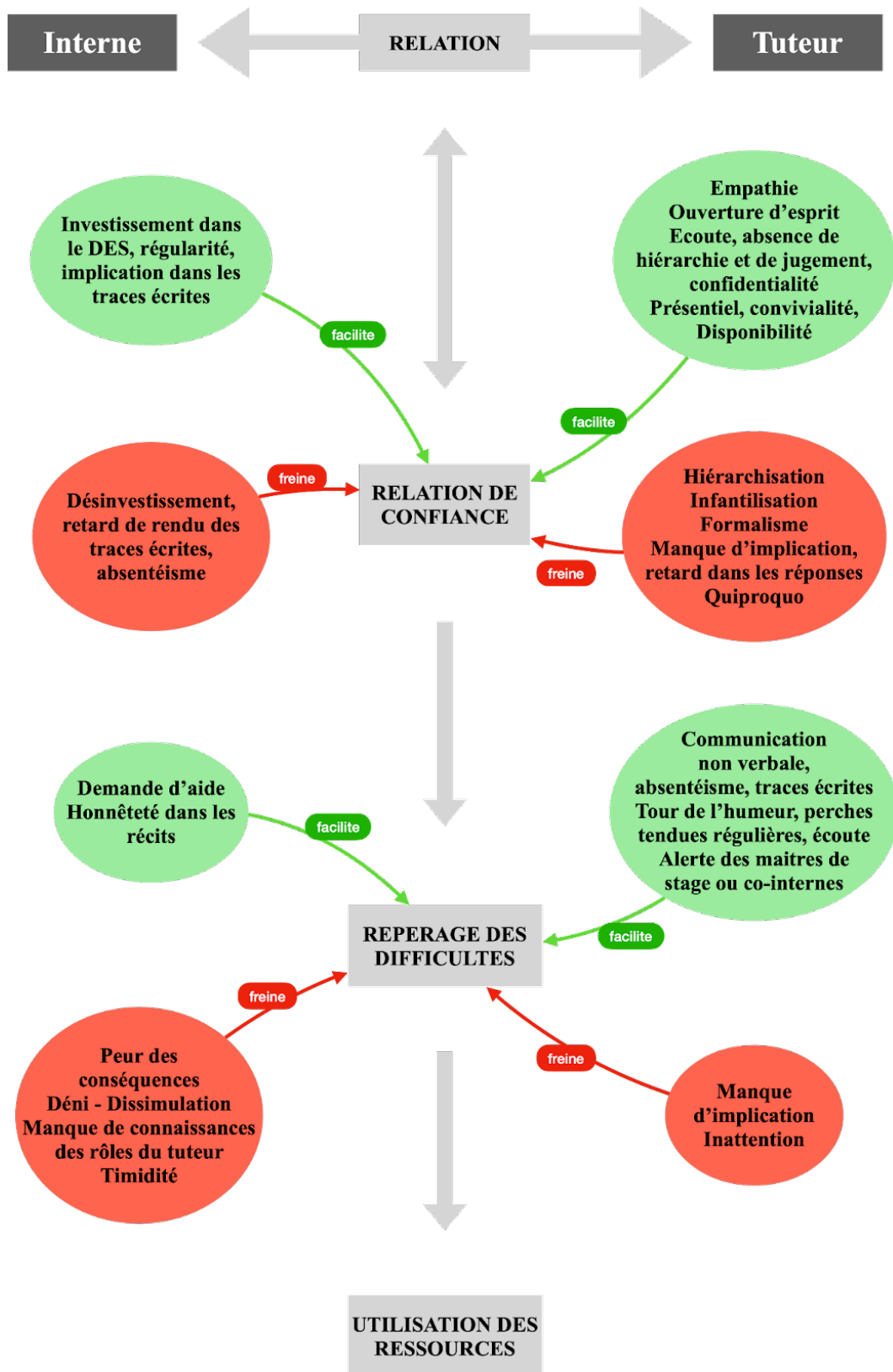
Ils suggéraient un changement de tuteur, tout en étant conscients des difficultés à signaler leurs troubles relationnels. La principale limite de cette amélioration était la peur des conséquences.

« Je pense que ce serait compliqué pour moi de faire la démarche de... de faire le premier pas pour dire : ben écoutez ça ne se passe pas bien entre nous. Un : j'aurais peur de faire du mal à la personne et deux : qu'elle le prenne pas bien, qu'elle se vexe et que du coup ça soit pire après ». - I10

Il apparaissait compliqué de proposer un changement de tuteur, et donc de GEP. En revanche, il serait possible de proposer une rencontre avec un second tuteur. Celui-ci pourrait, par exemple, assurer les entretiens individuels.

L'ensemble de ces résultats a abouti à une modélisation des facteurs influençant cette relation de confiance, qui est le principal moteur du repérage des difficultés des internes (cf. fig.3).

Figure 3 : Schéma intégratif représentant la dynamique de la relation de confiance entre l'interne et son tuteur



DISCUSSION

Les internes de médecine générale de Clermont-Ferrand décrivaient, de manières très diverses, la définition du tutorat, les rôles du tuteur et les traces écrites. Le tuteur était principalement vu comme un soutien pour la réalisation des traces écrites et une personne ressource en cas de difficulté. Le rôle d'évaluateur n'était pas vécu comme une difficulté. Les GEP occupaient une place prépondérante dans l'esprit des internes, qui l'assimilaient fréquemment, et parfois exclusivement, au tutorat. La relation de confiance était la pierre angulaire des interactions entre le tuteur et le tuteur. Le repérage, ainsi que le statut de personne ressource du tuteur, dépendaient avant tout de cette relation. Les principales améliorations souhaitées par les internes étaient une meilleure information des rôles du tutorat, une généralisation du « tour de l'humeur des internes » en GEP, une homogénéisation des pratiques et une solution en cas de difficulté relationnelle avec le tuteur.

1. La relation de confiance entre l'interne et son tuteur : la base de tout le tutorat

Tous les internes interrogés ont eu la même conclusion : le succès du tutorat dépend de la relation entre le tuteur et l'interne. La confiance est le pilier de cette relation et permet des confidences et un repérage des possibles difficultés. C'est uniquement dans ce contexte que le tuteur devient une personne ressource. En l'absence de cette relation de confiance, le tutorat devient une obligation facultative et n'est pas utilisé par les internes en cas de difficultés.

Plusieurs études, dont une revue de littérature nord-américaine, ont montré que le tutorat était une relation complexe basée sur des valeurs communes, personnelles et professionnelles. Sa réussite dépendait, entre autres, de l'investissement du tuteur et du tuteur (*14, 17, 18*).

Ces résultats sont cohérents avec ceux de notre étude, qui vient confirmer l'importance de cette relation. On retrouve les mêmes dynamiques de bon fonctionnement du tutorat dans d'autres domaines, comme celui de l'éducation (19).

Les tuteurs possédant des qualités communicationnelles, formatives et s'impliquant dans le tutorat, construisaient une forte relation de confiance avec leurs tutorés. Il est intéressant de constater que ces qualités, nécessaires à l'établissement de cette relation de confiance, sont communes à celles construisant la relation entre un médecin et son patient. Bien que le tuteur ne soit pas soignant dans sa relation avec l'interne, il semble utiliser les mêmes compétences. Ce parallèle est confirmé par plusieurs études qui montrent l'influence de ces différents facteurs dans la relation du médecin avec son patient (20, 21, 22). Les tuteurs pourraient s'inspirer des fondements de la relation de soin pour poser les bases d'une bonne relation de tutorat.

Le « tour de l'humeur des internes » en début de GEP était plébiscité par les internes en bénéficiant. Cela permettait de développer la relation avec le tuteur, ainsi qu'au sein du groupe, et facilitait un premier repérage de difficultés. Les internes n'en bénéficiant pas, une fois informés de cette pratique, ont tous souhaité la voir mettre en place par leur tuteur. Cette technique de communication est utilisée dans divers domaines tels l'éducation et le management. Elle est également déjà utilisée en médecine (23).

Certains internes ont fait part de relations conflictuelles, d'incompatibilité, voire de défiance envers leur tuteur. Un changement de tuteur leur paraissait intéressant. Cependant, ils étaient tous inquiets de potentielles conséquences négatives et ne se pensaient pas capables de faire cette démarche. La revue de littérature nord-américaine mentionne l'importance d'une

rencontre initiale, afin de choisir au mieux son tuteur (17). Une étude quantitative de 2020 montrait qu'une très nette majorité des étudiants envisageait ce changement (24). Il semblerait intéressant de tester cette proposition. Il serait également possible d'ajouter un deuxième tuteur, chargé des entretiens individuels (25). Cela pourrait permettre de pallier les craintes des internes.

2. Le manque d'information : un frein majeur

Tous les internes interrogés rapportaient un manque de connaissance des rôles, tant du tuteur que du tutorat, du DMG, du syndicat et des structures de soutien existantes. La plupart des ressources disponibles n'étaient pas connues. Cela était majoré par une sous-utilisation de ces ressources par les tuteurs (16). Certains internes réduisaient le tutorat à sa seule dimension pédagogique, par manque d'information. A noter que beaucoup de ces informations ont été transmises par visioconférence depuis 2020. Il est probable que la crise sanitaire ait limité la réception des informations.

Tous souhaitaient améliorer l'accessibilité aux informations, soit via l'espace numérique de travail, soit au cours des séances de GEP. De nombreux internes mentionnaient également un manque de confiance envers le DMG, dû à l'impression d'absence d'écoute de leurs retours. Une fois informés des actions du DMG, ils semblaient plus enclins à passer par lui. Il apparaît important de mettre en avant les actions des tuteurs et du DMG.

Ces résultats sont en corrélation avec les études déjà menées (4,26). L'étude quantitative de 2020 auprès des internes d'Amiens, ainsi qu'un travail en sciences de l'éducation de 2016, confirmaient ce sentiment de manque d'information (24, 27). Le rapport du docteur Donata

Mara insistait sur l'importance de communiquer aux internes l'ensemble des dispositifs d'accompagnement et les parcours de soins existants, afin de prévenir les risques psychosociaux (4).

3. Comparaison des points de vue des internes et des tuteurs

Cette étude a été menée dans les suites d'un travail réalisé auprès des tuteurs de médecine générale de Clermont-Ferrand (16). Dans ce travail, les tuteurs ressentaient une difficulté à concilier leurs rôles d'évaluateur et d'accompagnateur, ainsi que de non-soignant et d'accompagnant. Aucun de ces résultats n'est ressorti auprès des internes. Ils ne percevaient que très peu leur tuteur comme un évaluateur : cela ne constituait pas un frein dans leur relation. Les internes ne voyaient pas non plus leur tuteur comme leur soignant.

En revanche, il ressort de notre étude que la relation de confiance entre le tuteur et l'interne est capitale. Le tuteur serait le principal responsable du succès de cette relation. Ce résultat n'apparaissait pas auprès des tuteurs. Il serait intéressant d'explorer le point de vue des tuteurs quant à la construction de celle-ci. Il semble nécessaire de sensibiliser les tuteurs à l'importance de la communication au cours des premiers GEP et entretiens individuels, afin d'assurer des bases solides à cette relation.

Les tuteurs souhaitaient une homogénéisation de leurs pratiques et un guide d'entretien plus structuré. Nos résultats concordent : en effet, de nombreux internes ont constaté que le tutorat était tuteur-dépendant. Les entretiens individuels semblaient également très fluctuants d'un tuteur à l'autre. En revanche, tous les internes s'accordaient à dire que ces entretiens auraient

pu être mieux utilisés. Ils auraient souhaité qu'ils ne soient pas uniquement dédiés aux traces écrites. D'autres travaux de recherches, réalisés auprès des tuteurs d'autres facultés françaises, ont relevé les mêmes problématiques (28). Il serait intéressant de réunir les internes et les tuteurs, afin de construire une trame d'entretien individuel correspondant aux attentes et besoins des internes et aux exigences du DES.

4. Forces et limites de l'étude

Les chercheurs étaient novices dans le domaine de la recherche ; ils avaient cependant bénéficié d'une formation par le DMG de Clermont-Ferrand. Le statut d'interne des chercheurs a facilité les échanges avec les participants, par leur proximité relationnelle. Ils ont mentionné se sentir libre de parler de leurs difficultés. Certains ont même abordé des sujets très personnels, enrichissant la diversité des réponses obtenues. Un des chercheurs connaissait personnellement trois participants. Il a été choisi de réaliser ces entretiens par le chercheur les connaissant, afin de favoriser les confidences. Ces trois internes ont reconnu s'être confiés plus facilement, jusqu'à aborder des sujets très intimes. Ce chercheur a veillé à ne pas influencer leurs réponses, en gardant une position neutre.

Un score de 28 / 32 a été obtenu à l'aide de la grille COREQ (*Annexe IV*). Ce score traduit la bonne qualité méthodologique de ce travail.

Il a été choisi de réaliser une étude qualitative, inspirée de la théorisation ancrée, ce qui a permis d'obtenir une grande diversité de réponses. La réalisation d'entretiens individuels en tête à tête permettait une libre expression dans le cadre des sujets personnels abordés. Devant l'intimité

des réponses obtenues, il a été décidé de ne pas réaliser de focus group afin de ne pas limiter les confidences. Cela a également permis d'offrir un espace de parole : chaque interne a pu se confier sans avoir à se confronter au regard des autres. L'échantillonnage était homogène, avec un nombre égal d'hommes et de femmes, issus équitablement de chaque promotion de 2017 à 2021, avec des parcours variés. La diversité des profils des internes interrogés est une des forces de cette étude. Le recrutement s'est fait principalement par sollicitations directes et bouche-à-oreille. Nous avons pu réaliser quatre entretiens après obtention de la saturation des données, ce qui a permis de renforcer la validité de l'étude. Trois internes sollicités ont refusé de participer. Ces internes étaient en grande difficulté et, de ce fait, ne souhaitaient pas contribuer aux entretiens.

Certains entretiens ont dû être réalisés en visioconférence, ce qui a pu minimiser l'analyse directe du comportement non verbal des interrogés, et, peut-être, altérer la qualité des entretiens. L'enregistrement vidéo a toutefois permis une analyse plus fine des éléments non verbaux. Au vu de la qualité des réponses obtenues, un seul entretien par interne a été nécessaire. Il a été choisi de ne pas développer d'hypothèses devant les participants, afin de ne pas orienter leurs réponses, ce qui semblait être une force au vu de la grande diversité de celles-ci. La triangulation des données a permis de s'assurer d'avoir correctement interprété les dires des participants.

Dans le contexte de la pandémie de Covid 19, le développement d'une relation de confiance entre les tuteurs et leurs internes a pu être rendu plus difficile, en raison de l'absence de présentiel.

Il paraît possible d'extrapoler ces résultats à l'ensemble des internes de médecine générale français : malgré les différents systèmes de tutorat, la relation reste similaire.

CONCLUSION

Les internes de médecine générale de Clermont-Ferrand percevaient principalement le tutorat comme un accompagnement pédagogique. Ils accordaient tous une plus grande importance aux GEP par rapport au tutorat individuel. Celui-ci était souvent décrit comme anecdotique par manque de compréhension de ses rôles, modalités et objectifs.

Le succès du tutorat apparaissait comme dépendant du développement d'une relation de confiance entre le tuteur et le tuteur. A défaut de cette relation, le rôle de ressource du tuteur en cas de difficultés n'était que faiblement reconnu.

Notre étude a permis de faire des propositions d'améliorations du tutorat. Il serait intéressant de développer de nouvelles stratégies d'information concernant le tutorat et d'homogénéiser les pratiques des tuteurs, notamment en généralisant le « tour de l'humeur des internes » au début de chaque GEP. En cas de dysfonctionnement du couple tuteur-tuteur, il serait également intéressant de proposer une association avec un second tuteur, notamment pour le tutorat individuel.

Nos résultats ont abouti à une modélisation des facteurs influençant cette relation de confiance. En les comprenant mieux, il paraît possible d'améliorer le tutorat, par exemple en faisant le parallèle avec la relation médecin-patient. Une co-construction de la structuration de l'entretien individuel de tutorat par les internes et les tuteurs permettrait d'en améliorer l'efficacité.

Clermont-Ferrand, le 14.11.22
Pierre CLAVELOU
Doyen - Directeur



Clermont-Ferrand, le
Le Président du Jury



Residents' in general medicine perception of their tutoring support and improvement proposals : qualitative study by individual interviews

ABSTRACT

Background : Tutoring is a central part of the resident's pedagogic support all along their studies. The internship tutor is the resource person in case of difficulties. He supports and evaluates the resident's progress. Two major points would influence the residents' representations and would condition their follow up : lack of understanding of learning traces' role and the importance of the quality of the relationship with their tutor. That's why it seems to be interesting to explore the residents' point of view.

Main objective : Analyze the residents' of Clermont-Ferrand perceptions of their tutoring support.

Method : Qualitative study by sixteen semi-directed interviews near residents. After complete transcription, the verbatim have been analyzed according to a method coming from grounded theorizing : longitudinal coding, thematic analysis, categorization, axial coding, integration and triangulation of researchers.

Results : The residents perceived the tutoring in many various ways. First of all, they felt a global lack of information. Moreover, the tutor was mainly seen as a support for the production of the written records and a resource person in case of difficulty. The practice exchange groups played an important part in the residents' minds who assimilated it to the tutoring. The trust relationship was conditioned on the interactions between the resident and their tutor, on which the identification of difficulties and the tutor's resource person status directly depended on. The main improvements wanted by the residents were better information about the tutoring roles, a

generalization of the “residents mood ride” during the practices exchange group and a homogenization of the tutors' practices.

Conclusion : The trust relationship determined the quality of the tutoring. A modeling of the factors influencing this relationship has allowed a better understanding that can improve the quality of the tutoring.

Keywords : *mentoring, mentorship, resident difficulty, problem resident, mentee, burn out, peer groups.*

SERMENT D'HIPPOCRATE

(Conseil National de l'Ordre des Médecins)

Au moment d'être admis(e) à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admis(e) dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçu(e) à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonoré(e) et méprisé(e) si j'y manque.

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des Maîtres de cette FACULTE et de mes chers CONDISCIPLES, 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 je 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.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- 1 - Repérage et prise en charge cliniques du syndrome d'épuisement professionnel ou burnout [Internet]. Haute Autorité de Santé. 2017 [cité 18 août 2021].
- 2 - Gollac M, Bodier M, Mesurer les facteurs psychosociaux de risque au travail pour les maîtriser, Rapport du Collège d'expertise sur le suivi des risques psychosociaux au travail, faisant suite à la demande du Ministre du Travail, de l'Emploi et de la Santé, [Internet]2010, 223p.
- 3 - Risques psychosociaux (RPS). Ce qu'il faut retenir - Risques - INRS [Internet]. [cité 22 oct 2021].
- 4 - Donata Marra. Rapport sur la Qualité de vie des étudiants en santé [Internet]. Paris: Ministère des Solidarités et de la Santé; 2018 avr [cité 20 août 2021] p. 69.
- 5 - Cabannes A, Intérêt de l'identification des différents types de difficulté des internes durant leur DES: du diagnostic pédagogique au plan d'intervention personnalisée, 19ème congrès national 2019 CNGE Collège Académique, [Internet]
- 6 - Grichy L. "Troubles anxio-dépressifs chez les internes en médecine : Prévalence, facteurs de risques et prévention : A propos d'une étude nationale." Thèse de médecine, université Paris Diderot, 2017.
- 7 - Castiglioni A, Bellini LM, Shea JA. Program directors' views of the importance and prevalence of mentoring in internal medicine residencies. *J Gen Intern Med.* 2004;19(7):779-782.
- 8 - Stamm M, Buddeberg-Fischer B. The impact of mentoring during postgraduate training on doctors' career success. *Med Educ* 2011;45:488-96
- 9 - Ministère de la Jeunesse, de l'Éducation Nationale et de la Recherche. Décret n°2004-67 du 16 janvier 2004 relatif à l'organisation du troisième cycle des études médicales. JORF n°15 du 18 janvier 2004 page 1394 texte n° 14 janv 16, 2004
- 10 - Ministre de l'Éducation Nationale, de l'Enseignement Supérieur et de la Recherche. Arrêté du 12 avril 2017 portant organisation du troisième cycle des études de médecine, article 59, [Internet] JORF n°0089 du 14 avril 2017, texte n° 13

- 11- Le tutorat | Département de Médecine Générale de Clermont Ferrand [Internet]. [cité 11 sept 2021].
- 12- Chartier S, Le Breton J, Ferrat E, Compagnon L, Attali C, Renard V. L'évaluation dans l'approche par compétences en médecine générale. *exercer* 2013;108:171-7.
- 13 - Jouquan J, Bail P. A quoi s'engage-t-on en basculant du paradigme d'enseignement vers le paradigme d'apprentissage? *Pédagogie Médicale*. 1 août 2003;4(3):163-75.
- 14 - Basileu T, "Le tutorat en troisième cycle de médecine générale en région Centre : représentations des internes", thèse de Médecine, université de Tours, 2012, 31p.
- 15 - André C, Exploration des besoins et des attentes des internes de médecine générale de l'Océan Indien en matière d'accompagnement à la gestion de leurs émotions en situations professionnelles, thèse de médecine, université de la Réunion, 2020, 79p.
- 16 - Pithon M, Brel B, Bernard P, Vorilhon P, Tanguy G, Cambon B. Stratégies d'accompagnement des étudiants de 3ème cycle de médecine générale en difficulté. *Exercer* 2022; 182:184-190.
- 17 - Sambunjak D, Straus SE, Marusic A. A Systematic Review of Qualitative Research on the Meaning and Characteristics of Mentoring in Academic Medicine. *J Gen Intern Med*. janv 2010;25(1):72-78.
- 18 - Straus SE, Johnson MO, Marquez C, Feldman MD. Characteristics of Successful and Failed Mentoring Relationships: A Qualitative Study Across Two Academic Health Centers. *Acad Med*. janv 2013;88(1):82-89.
- 19 - Ghysel J. Caractériser le tutorat académique dans les formations en alternance : objectifs poursuivis et activités menées par les tuteurs académiques en Institut Universitaire de Technologie. Mémoire de Master "métiers de l'éducation, de l'enseignement et de la formation", 2019, 92p.
- 20 - Ha JF, Longnecker N. Doctor-Patient Communication: A Review. *Ochsner Journal*. 20 mars 2010;10(1):38-43.
- 21 - Honavar SG. Patient-physician relationship – Communication is the key. *Indian J Ophthalmol*. nov 2018;66(11):1527-8.

22 - Steiner-Hofbauer V, Schrank B, Holzinger A. What is a good doctor? Wien Med Wochenschr. 2018;168(15):398-405.

23 - Rat, C., Peteuil, A., Reynaud, M., Millot, I., Carpentier, M., Soudry-Faure, A. & Denis, F.. Un partenariat patients schizophrènes-soignants pour conduire un programme d'éducation en santé orale. *Santé Publique*, 2019; 31, 405-415.

24 - Gesquiere V. "Évaluation du tutorat par des médecins diplômés sur 3 ans, auprès des internes de médecine générale à Amiens", thèse de médecine, université d'Amiens, 2020, 75p.

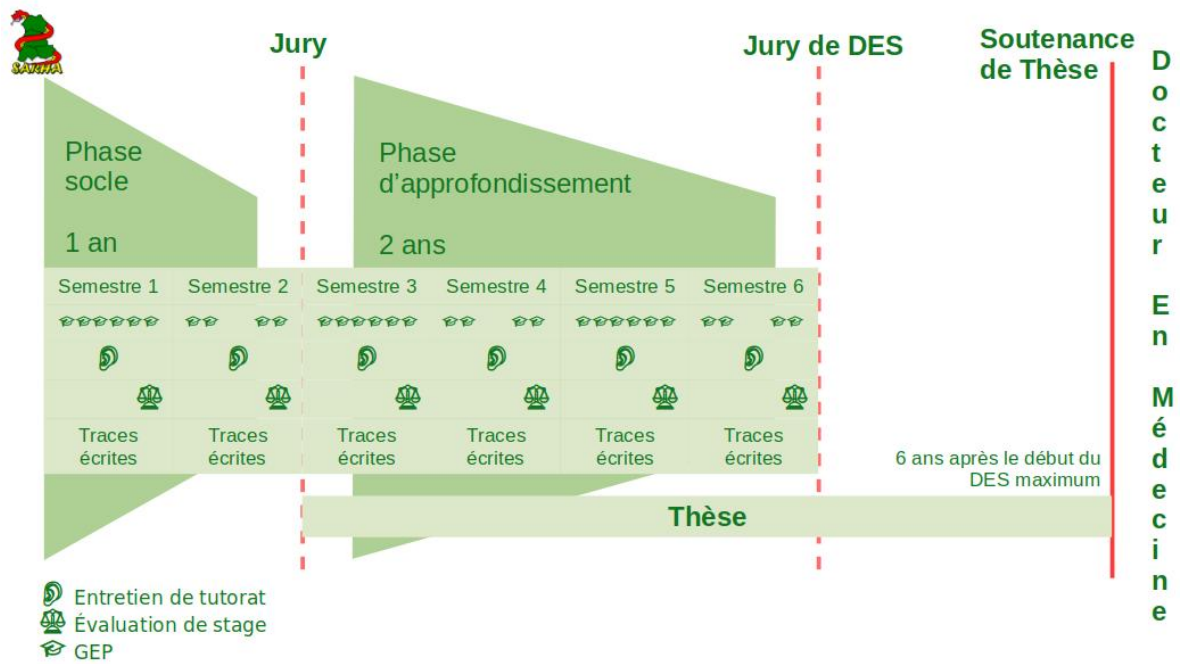
25 - Praly-Foucault C, Dutrop C-M. Analyse qualitative des attentes des internes en début de D.E.S. de médecine générale au sujet du tutorat. 9 oct 2012;78.

26 - Billault H, Madoz J. État des lieux des dispositifs de prévention et de prise en charge de la souffrance psychologique des internes de médecine générale mis en place dans les différentes facultés du territoire français. *Médecine humaine et pathologie*; 2019, 93p.

27 - Pourcelot C, Ben Abid-Zarrouk S. Une estimation « subjective » de l'efficacité du tutorat méthodologique. *Recherches & éducations*. 1 juin 2016;(15):171-88

28 - Nathalie LESTRADE. Le tutorat en troisième cycle de médecine générale en région Centre : représentations des tuteurs ayant testé deux formes de tutorat. 2013;41

Annexe I : Schéma organisationnel du DES de médecine générale de Clermont-Ferrand



Annexe II : Formulaire de non-opposition

Comment les internes de médecine générale de Clermont-Ferrand perçoivent leur accompagnement par le tutorat ? Quelles sont les pistes d'améliorations du dispositif pédagogique ?

Formulaire de non-opposition

L'objectif de l'étude : analyser les attentes des internes concernant le tutorat, ainsi que son rôle dans le repérage et la gestion de leurs difficultés et l'améliorer.

Nous avons donc l'honneur de demander votre non-opposition pour votre participation à cette étude, sachant que vous avez le droit de refuser et d'interrompre votre participation à tout moment.

Dans cette étude, le participant réalise un entretien oral enregistré (audio +/- visio).

S'agissant de recherche fondamentale, les données récoltées seront pseudonymisées et traitées de manière confidentielle.

Pour votre information, cette recherche ne soulève pas de problème éthique particulier pour le Comité d'Ethique de la Recherche IRB-UCA.

Vous êtes libre d'accepter ou de refuser de participer à cette recherche. De plus, vous pourrez, à tout moment, arrêter votre participation à cette recherche. Vous pouvez également demander à tout moment des explications complémentaires sur l'étude.

Conformément à la réglementation relative à la protection des données à caractère personnel en vigueur (règlement européen (UE) 2016/679 du 27 avril 2016 relatif à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel et la loi « Informatique et Libertés » n° 78-17 du 6 janvier 1978 modifiée), vous pouvez exercer vos droits (*d'accès, de rectification, d'opposition, à l'effacement, à la limitation.*), concernant vos données, en contactant l'investigateur de l'étude et/ou la déléguée à la protection des données.

L'Université Clermont Auvergne est le responsable de ce traitement.

Ces données sont conservées pendant dix ans et sont destinées à un nombre restreint de chercheurs directement liés à cette étude.

Par ailleurs, vous serez tenus informés des résultats globaux de cette recherche à la fin de l'étude. *Un rapport de recherche sera disponible sous forme manuscrite ou de fichier pdf fin mai 2022, que vous pourrez consulter à volonté soit auprès de la bibliothèque de la faculté de médecine de Clermont-Ferrand, soit auprès de la banque de données informatiques de thèse.*

Lorsque vous aurez lu cette note d'information et obtenu les réponses aux questions que vous vous posez en interrogeant le méthodologiste, il vous sera proposé de commencer l'étude.

Je soussigné _____ *autorise la captation de mon image / de ma voix et l'utilisation qui en sera faite.*

Fait le / / à

Signature

Thèse dirigée conjointement par le Professeur Benoît CAMBON et le Docteur Maxence PITHON. Thèse rédigée par Caroline DESQUAIRES et Guillaume DARROT

Annexe III : Avis du comité d'éthique

Clermont-Ferrand, le 27 janvier 2022

Mme Caroline DESQUAIRES

M. Guillaume DARROT

UFR Médecine et Professions Paramédicales Université Clermont Auvergne

Nos Réf. : IRB00011540-2021-78

Madame, Monsieur,

Vous nous avez sollicités à propos d'un projet intitulé :

« Analyser les attentes des internes de médecine générale de Clermont-Ferrand concernant leur accompagnement par le Tutorat »

« Proposer des améliorations du dispositif pédagogique »

Vous nous avez précisé que les objectifs de cette étude sont « d'Explorer les attentes des internes de médecine générale de Clermont-Ferrand concernant leur accompagnement par le tutorat, y compris en cas de difficultés, puis les analyser afin de pouvoir proposer des améliorations, tant du tutorat que du repérage et de la prise en charge des difficultés des internes ».

Cette étude ne soulève pas de problème éthique particulier et ne relève pas du domaine d'application de la réglementation régissant les recherches impliquant la personne humaine, au sens de l'Article L.1121-1-1 et l'Article R.1121-1 du code de la santé publique.

Nous attirons néanmoins votre attention sur le fait que, dans ce contexte, du fait de l'enregistrement des différentes données et informations, il vous appartient de vous renseigner auprès du Délégué à la Protection des Données de l'UCA (dpd@uca.fr) sur les obligations liées aux déclarations auprès de la CNIL.

Veillez agréer, Madame, Monsieur, l'expression de nos salutations distinguées.

Sophie Monceau Pour la Directrice du Comité d'Éthique de la Recherche IRB-UCA Anne FOGLI

Comité d'Éthique de la Recherche IRB-UCA 49, Boulevard François Mitterrand - CS 60032
- 63 001 Clermont-Ferrand

Contact : irb@uca.fr

Clermont-Ferrand, on January 27, 2022

Mme Caroline DESQUAIRES

M. Guillaume DARROT

UFR Médecine et Professions Paramédicales Université Clermont Auvergne

Nos Réf. : IRB00011540-2021-78

Madame, Sir

You requested us about a project entitled :

**<< Analyser les attentes des internes de médecine générale de Clermont-Ferrand
concernant leur accompagnement par le Tutorat >>**

« Proposer des améliorations du dispositif pédagogique >>

The French law on biomedical researches (Article L.1121-1-1 and Article R.1121-1 of the public health code) does not apply to this study, however, this one does not present particular ethical problem.

We call nevertheless your attention on the fact that, in this context, because of the recording of various data and informations, it is up to you to inquire about the obligations connected to the statements with the CNIL (NATIONAL COMMISSION FOR INFORMATION TECHNOLOGY AND CIVIL LIBERTIES)), by contacting the Data Protection Officer of the University (dpd@uca.fr).

Best Regards.

Sophie Monceau Pour la Directrice du Comité d'Éthique de la Recherche IRB-UCA Anne FOGLI

Comité d'Éthique de la Recherche IRB-UCA 49, Boulevard François Mitterrand - CS 60032
- 63 001 Clermont-Ferrand

Contact : irb@uca.fr

Annexe IV : Grille COREQ - Traduction française originale.

N°	Item	Guide questions / descriptions	Score
Domaine 1 : Equipe de recherche et de réflexion			
Caractéristiques personnelles			
1.	Enquêteur / animateur	Quel(s) auteur(s) a (ont) mené l'entretien individuel ou l'entretien de groupe focalisé (<i>focus group</i>) ?	1
2.	Titres académiques	Quels étaient les titres académiques du chercheur ? <i>Par exemple : PhD, MD</i>	1
3.	Activité	Quelle était leur activité au moment de l'étude ?	1
4.	Genre	Le chercheur était-il un homme ou une femme ?	1
5.	Expérience et formation	Quelle était l'expérience ou la formation du chercheur ?	1
Relation avec les participants			
6.	Relation antérieure	Enquêteur et participants se connaissaient-ils avant le commencement de l'étude ?	1
7.	Connaissances des participants au sujet de l'enquêteur	Que savaient les participants au sujet du chercheur ? <i>Par exemple : objectifs personnels, motifs de la recherche</i>	0
8.	Caractéristiques de l'enquêteur	Quelles caractéristiques ont été signalées au sujet de l'enquêteur/animateur ? <i>Par exemple : biais, hypothèses, motivations et intérêts pour le sujet de recherche</i>	0
Domaine 2 : Conception de l'étude			
Cadre théorique			
9.	Orientation méthodologique et théorie	Quelle orientation méthodologique a été déclarée pour étayer l'étude ? <i>Par exemple : théorie ancrée, analyse du discours, ethnographie, phénoménologie, analyse de contenu</i>	1
Sélection des participants			
10.	Echantillonnage	Comment ont été sélectionnés les participants ? <i>Par exemple : échantillonnage dirigé, de convenance, consécutif, par effet boule-de-neige</i>	1
11.	Prise de contact	Comment ont été contactés les participants ? <i>Par exemple : face-à-face, téléphone, courrier, courriel</i>	1
12.	Taille de l'échantillon	Combien de participants ont été inclus dans l'étude ?	1
13.	Non-participation	Combien de personnes ont refusé de participer ou ont abandonné ? Raisons ?	1
Contexte			
14.	Cadre de la collecte de données	Où les données ont-elles été recueillies ? <i>Par exemple : domicile, clinique, lieu de travail</i>	1

15.	Présence de non-participants	Y avait-il d'autres personnes présentes, outre les participants et les chercheurs ?	1
16.	Description de l'échantillon	Quelles sont les principales caractéristiques de l'échantillon ? <i>Par exemple : données démographiques, date</i>	1
Recueil des données			
17.	Guide d'entretien	Les questions, les amorces, les guidages étaient-ils fournis par les auteurs ? Le guide d'entretien avait-il été testé au préalable ?	1
18.	Entretiens répétés	Les entretiens étaient-ils répétés ? Si oui combien de fois ?	1
19.	Enregistrement audio/visuel	Le chercheur utilisait-il un enregistrement audio ou visuel pour recueillir les données ?	1
20.	Cahier de terrain	Des notes de terrain ont-elles été prises pendant et/ou après l'entretien individuel ou l'entretien de groupe focalisé (<i>focus group</i>) ?	1
21.	Durée	Combien de temps ont duré les entretiens individuels ou l'entretien de groupe focalisé (<i>focus group</i>) ?	1
22.	Seuil de saturation	Le seuil de saturation a-t-il été discuté ?	1
23.	Retour des retranscriptions	Les retranscriptions d'entretien ont-elles été retournées aux participants pour commentaire et/ou correction ?	1
Domaine 3 : Analyse et résultats			
Analyse des données			
24.	Nombre de personnes codant les données	Combien de personnes ont codé les données ?	1
25.	Description de l'arbre de codage	Les auteurs ont-ils fourni une description de l'arbre de codage ?	0
26.	Détermination des thèmes	Les thèmes étaient-ils identifiés à l'avance ou déterminés à partir des données ?	1
27.	Logiciel	Quel logiciel, le cas échéant, a été utilisé pour gérer les données ?	1
28.	Vérification par les participants	Les participants ont-ils exprimé des retours sur les résultats ?	0
Rédaction			
29.	Citations présentées	Des citations de participants ont-elles été utilisées pour illustrer les thèmes/résultats ? Chaque citation était-elle identifiée ? <i>Par exemple : numéro de participant</i>	1
30.	Cohérence des données et des résultats	Y avait-il une cohérence entre les données présentées et les résultats ?	1
31.	Clarté des thèmes principaux	Les thèmes principaux ont-ils été présentés clairement dans les résultats ?	1
32.	Clarté des thèmes secondaires	Y a-t-il une description des cas particuliers ou une discussion des thèmes secondaires ?	1
Score TOTAL			28