HAL
open science

Étude du ressenti des internes de médecine générale rouennais relatif au journal de bord

Florian Lepiller

To cite this version:

Florian Lepiller. Étude du ressenti des internes de médecine générale rouennais relatif au journal de bord. Médecine humaine et pathologie. 2021. dumas-03335817

HAL Id: dumas-03335817

https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03335817v1

Submitted on 6 Sep 2021

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

UFR SANTE ROUEN NORMANDIE

22, Boulevard Gambetta
76183 ROUEN CEDEX
Téléphone : 02 35 14 84 15

DOSSIER DE SOUTENANCE DE THESE

DOCTORAT D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE

SCOLARITE – 3ème CYCLE

Dossier suivis par :
Mlle KLEIN Alexandra
Tél : 02 35 14 84 15
Email : alexandra.klein@univ-rouen.fr

UFR DE SANTE DE ROUEN NORMANDIE

ANNÉE 2021 **N°**

THESE POUR LE DOCTORAT EN MEDECINE

(Diplôme d'État)

Par

LEPILLER Florian

NÉ LE 17 SEPTEMBRE 1993 A HARFLEUR

PRESENTEE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE 10 JUIN 2021

ETUDE DU RESSENTI DES INTERNES DE MÉDECINE GÉNÉRALE ROUENNAIS RELATIF AU JOURNAL DE BORD

PRESIDENT DU JURY : Pr Jean-Loup HERMIL

DIRECTEUR DE THESE : Dr Emmanuel HAZARD

MEMBRE DU JURY : Pr Emmanuel LEFEBVRE

ANNEE UNIVERSITAIRE 2020 - 2021

U.F.R. SANTÉ DE ROUEN

DOYEN : **Professeur Benoît VEBER**

ASSESSEURS : **Professeur Loïc FAVENNEC**

Professeur Agnès LIARD

Professeur Guillaume SAVOYE

I - **MEDECINE**

PROFESSEURS DES UNIVERSITES – PRATICIENS HOSPITALIERS

Mr Frédéric **ANSELME**	HCN	Cardiologie
Mme Gisèle **APTER**	Havre	Pédopsychiatrie
Mme Isabelle **AUQUIT AUCKBUR**	HCN	Chirurgie plastique
Mr Jean-Marc **BASTE**	HCN	Chirurgie Thoracique
Mr Fabrice **BAUER**	HCN	Cardiologie
Mme Soumeya **BEKRI**	HCN	Biochimie et biologie moléculaire
Mr Ygal **BENHAMOU**	HCN	Médecine interne
Mr Jacques **BENICHOU**	HCN	Bio statistiques et informatique médicale
Mr Olivier **BOYER**	UFR	Immunologie
Mme Sophie **CANDON**	HCN	Immunologie
Mr François **CARON**	HCN	Maladies infectieuses et tropicales
Mr Philippe **CHASSAGNE**	HCN	Médecine interne (gériatrie)
Mr Moïse **COEFFIER**	HCN	Nutrition
Mr Vincent **COMPERE**	HCN	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale
Mr Jean-Nicolas **CORNU**	HCN	Urologie
Mr Antoine **CUVELIER**	HB	Pneumologie
Mr Jean-Nicolas **DACHER**	HCN	Radiologie et imagerie médicale
Mr Stéfan **DARMONI**	HCN	Informatique médicale et techniques de communication
Mr Pierre **DECHELOTTE**	HCN	Nutrition

Mr Stéphane **DERREY**	HCN	Neurochirurgie
Mr Frédéric **DI FIORE**	CHB	Cancérologie
Mr Fabien **DOGUET**	HCN	Chirurgie Cardio Vasculaire
Mr Jean **DOUCET**	SJ	Thérapeutique - Médecine interne et gériatrie
Mr Bernard **DUBRAY**	CHB	Radiothérapie
Mr Frank **DUJARDIN**	HCN	Chirurgie orthopédique - Traumatologique
Mr Fabrice **DUPARC**	HCN	Anatomie - Chirurgie orthopédique et traumatologique
Mr Eric **DURAND**	HCN	Cardiologie
Mr Bertrand **DUREUIL**	HCN	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale
Mme Hélène **ELTCHANINOFF**	HCN	Cardiologie
Mr Manuel **ETIENNE**	HCN	Maladies infectieuses et tropicales
Mr Thierry **FREBOURG**	UFR	Génétique
Mr Pierre **FREGER** *(surnombre)*	HCN	Anatomie - Neurochirurgie
Mr Jean François **GEHANNO**	HCN	Médecine et santé au travail
Mr Emmanuel **GERARDIN**	HCN	Imagerie médicale
Mme Priscille **GERARDIN**	HCN	Pédopsychiatrie
M. Guillaume **GOURCEROL**	HCN	Physiologie
Mr Dominique **GUERROT**	HCN	Néphrologie
Mme Julie **GUEUDRY**	HCN	Ophtalmologie
Mr Olivier **GUILLIN**	HCN	Psychiatrie Adultes
Mr Claude **HOUDAYER**	HCN	Génétique
Mr Fabrice **JARDIN**	CHB	Hématologie
Mr Luc-Marie **JOLY**	HCN	Médecine d'urgence
Mr Pascal **JOLY**	HCN	Dermato – Vénéréologie
Mme Bouchra **LAMIA**	Havre	Pneumologie
Mme Annie **LAQUERRIERE**	HCN	Anatomie et cytologie pathologiques
Mr Vincent **LAUDENBACH**	HCN	Anesthésie et réanimation chirurgicale
Mr Hervé **LEFEBVRE**	HB	Endocrinologie et maladies métaboliques
Mr Thierry **LEQUERRE**	HCN	Rhumatologie
Mme Anne-Marie **LEROI**	HCN	Physiologie
Mr Hervé **LEVESQUE**	HCN	Médecine interne
Mme Agnès **LIARD-ZMUDA**	HCN	Chirurgie Infantile
Mr Pierre Yves **LITZLER**	HCN	Chirurgie cardiaque
M. David **MALTETE**	HCN	Neurologie
Mr Christophe **MARGUET**	HCN	Pédiatrie
Mme Isabelle **MARIE**	HCN	Médecine interne

Mr Jean-Paul **MARIE**	HCN	Oto-rhino-laryngologie
Mr Loïc **MARPEAU**	HCN	Gynécologie - Obstétrique
Mr Stéphane **MARRET**	HCN	Pédiatrie
Mme Véronique **MERLE**	HCN	Epidémiologie
Mr Pierre **MICHEL**	HCN	Hépato-gastro-entérologie
M. Benoit **MISSET** *(détachement)*	HCN	Réanimation Médicale
Mr Marc **MURAINE**	HCN	Ophtalmologie
Mr Christian **PFISTER**	HCN	Urologie
Mr Jean-Christophe **PLANTIER**	HCN	Bactériologie - Virologie
Mr Didier **PLISSONNIER**	HCN	Chirurgie vasculaire
Mr Gaëtan **PREVOST**	HCN	Endocrinologie
Mr Jean-Christophe **RICHARD** *(détachement)*	HCN	Réanimation médicale - Médecine d'urgence
Mr Vincent **RICHARD**	UFR	Pharmacologie
Mme Nathalie **RIVES**	HCN	Biologie du développement et de la reproduction
Mr Horace **ROMAN** *(détachement)*	HCN	Gynécologie - Obstétrique
Mr Jean-Christophe **SABOURIN**	HCN	Anatomie – Pathologie
Mr Mathieu **SALAUN**	HCN	Pneumologie
Mr Guillaume **SAVOYE**	HCN	Hépato-gastrologie
Mme Céline **SAVOYE–COLLET**	HCN	Imagerie médicale
Mme Pascale **SCHNEIDER**	HCN	Pédiatrie
Mr Lilian **SCHWARZ**	HCN	Chirurgie Viscérale et Digestive
Mr Michel **SCOTTE**	HCN	Chirurgie digestive
Mme Fabienne **TAMION**	HCN	Thérapeutique
Mr Luc **THIBERVILLE**	HCN	Pneumologie
Mr Hervé **TILLY** *(surnombre)*	CHB	Hématologie et transfusion
M. Gilles **TOURNEL**	HCN	Médecine Légale
Mr Olivier **TROST**	HCN	Anatomie -Chirurgie Maxillo-Faciale
Mr Jean-Jacques **TUECH**	HCN	Chirurgie digestive
Mr Benoît **VEBER**	HCN	Anesthésiologie - Réanimation chirurgicale
Mr Pierre **VERA**	CHB	Biophysique et traitement de l'image
Mr Eric **VERIN**	Les Herbiers	Médecine Physique et de Réadaptation
Mr Eric **VERSPYCK**	HCN	Gynécologie obstétrique
Mr Olivier **VITTECOQ**	HC	Rhumatologie
Mr David **WALLON**	HCN	Neurologie
Mme Marie-Laure **WELTER**	HCN	Physiologie

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES – PRATICIENS HOSPITALIERS

Mme Najate **ACHAMRAH**	HCN	Nutrition
Mme Elodie **ALESSANDRI-GRADT**	HCN	Virologie
Mme Noëlle **BARBIER-FREBOURG**	HCN	Bactériologie – Virologie
Mr Emmanuel **BESNIER**	HCN	Anesthésiologie - Réanimation
Mme Carole **BRASSE LAGNEL**	HCN	Biochimie
Mme Valérie **BRIDOUX HUYBRECHTS**	HCN	Chirurgie Vasculaire
Mr Gérard **BUCHONNET**	HCN	Hématologie
Mme Mireille **CASTANET**	HCN	Pédiatrie
Mme Nathalie **CHASTAN**	HCN	Neurophysiologie
M. Vianney **GILARD**	HCN	Neurochirurgie
Mr Serge **JACQUOT**	UFR	Immunologie
Mr Joël **LADNER**	HCN	Epidémiologie, économie de la santé
Mr Jean-Baptiste **LATOUCHE**	UFR	Biologie cellulaire
M. Florent **MARGUET**	HCN	Histologie
Mme Chloé **MELCHIOR**	HCN	Gastroentérologie
M. Sébastien **MIRANDA**	HCN	Chirurgie Vasculaire
Mr Thomas **MOUREZ** *(détachement)*	HCN	Virologie
Mr Gaël **NICOLAS**	UFR	Génétique
Mme Muriel **QUILLARD**	HCN	Biochimie et biologie moléculaire
Mme Laëtitia **ROLLIN**	HCN	Médecine du Travail
Mme Pascale **SAUGIER-VEBER**	HCN	Génétique
M. Abdellah **TEBANI**	HCN	Biochimie et Biologie Moléculaire
Mme Anne-Claire **TOBENAS-DUJARDIN**	HCN	Anatomie
Mr Julien **WILS**	HCN	Pharmacologie

PROFESSEUR AGREGE OU CERTIFIE

Mr Thierry **WABLE**	UFR	Communication
Mme Mélanie **AUVRAY-HAMEL**	UFR	Anglais

ATTACHE TEMPORAIRES D'ENSEIGNEMENT ET DE RECHERCHE à MI-TEMPS

Mme Justine **SAULNIER**	UFR	Biologie

II - PHARMACIE

PROFESSEURS DES UNIVERSITES

Mr Jérémy **BELLIEN** (PU-PH)	Pharmacologie
Mr Thierry **BESSON**	Chimie Thérapeutique
Mr Jean **COSTENTIN** (Professeur émérite)	Pharmacologie
Mme Isabelle **DUBUS**	Biochimie
Mr Abdelhakim **EL OMRI**	Pharmacognosie
Mr François **ESTOUR**	Chimie Organique
Mr Loïc **FAVENNEC** (PU-PH)	Parasitologie
Mr Jean Pierre **GOULLE** (Professeur émérite)	Toxicologie
Mme Christelle **MONTEIL**	Toxicologie
Mme Martine **PESTEL-CARON** (PU-PH)	Microbiologie
Mr Rémi **VARIN** (PU-PH)	Pharmacie clinique
Mr Jean-Marie **VAUGEOIS**	Pharmacologie
Mr Philippe **VERITE**	Chimie analytique

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

Mme Cécile **BARBOT**	Chimie Générale et Minérale
Mr Frédéric **BOUNOURE**	Pharmacie Galénique
Mr Thomas **CASTANHEIRO MATIAS**	Chimie Organique
Mr Abdeslam **CHAGRAOUI**	Physiologie
Mme Camille **CHARBONNIER (LE CLEZIO)**	Statistiques
Mme Elizabeth **CHOSSON**	Botanique
Mme Marie Catherine **CONCE-CHEMTOB**	Législation pharmaceutique et économie de la santé
Mme Cécile **CORBIERE**	Biochimie
Mme Nathalie **DOURMAP**	Pharmacologie
Mme Isabelle **DUBUC**	Pharmacologie
Mme Dominique **DUTERTE- BOUCHER**	Pharmacologie
Mr Gilles **GARGALA** (MCU-PH)	Parasitologie
Mme Nejla EL **GHARBI-HAMZA**	Chimie analytique
Mme Marie-Laure **GROULT**	Botanique

Mr Chervin **HASSEL**	Biochimie et Biologie Moléculaire
Mme Maryline **LECOINTRE**	Physiologie
Mme Hong **LU**	Biologie
Mme Marine **MALLETER**	Toxicologie
M. Jérémie **MARTINET** (MCU-PH)	Immunologie
M. Romy **RAZAKANDRAINIBÉ**	Parasitologie
Mme Tiphaine **ROGEZ-FLORENT**	Chimie analytique
Mr Mohamed **SKIBA**	Pharmacie galénique
Mme Malika **SKIBA**	Pharmacie galénique
Mme Christine **THARASSE**	Chimie thérapeutique
Mr Frédéric **ZIEGLER**	Biochimie

PROFESSEURS ASSOCIES

Mme Cécile **GUERARD-DETUNCQ**	Pharmacie officinale
Mme Caroline **BERTOUX**	Pharmacie

PAU-PH

M. Mikaël **DAOUPHARS**

PROFESSEUR CERTIFIE

Mme Mathilde **GUERIN**	Anglais

ASSISTANTS HOSPITALO-UNIVERSITAIRES

Mme Alice **MOISAN**	Virologie
M. Henri **GONDÉ**	Pharmacie

ATTACHES TEMPORAIRES D'ENSEIGNEMENT ET DE RECHERCHE

Mme Soukaina **GUAOUA-ELJADDI**	Informatique
Mme Clémence **MEAUSOONE**	Toxicologie

ATTACHE TEMPORAIRE D'ENSEIGNEMENT

Mme Ramla **SALHI**	Pharmacognosie

LISTE DES RESPONSABLES DES DISCIPLINES PHARMACEUTIQUES

Mme Cécile **BARBOT**	Chimie Générale et minérale
Mr Thierry **BESSON**	Chimie thérapeutique
Mr Abdeslam **CHAGRAOUI**	Physiologie
Mme Elisabeth **CHOSSON**	Botanique
Mme Marie-Catherine **CONCE-CHEMTOB**	Législation et économie de la santé
Mme Isabelle **DUBUS**	Biochimie
Mr Abdelhakim **EL OMRI**	Pharmacognosie
Mr François **ESTOUR**	Chimie organique
Mr Loïc **FAVENNEC**	Parasitologie
Mr Michel **GUERBET**	Toxicologie
Mme Martine **PESTEL-CARON**	Microbiologie
Mr Mohamed **SKIBA**	Pharmacie galénique
Mr Rémi **VARIN**	Pharmacie clinique
M. Jean-Marie **VAUGEOIS**	Pharmacologie
Mr Philippe **VERITE**	Chimie analytique

III – MEDECINE GENERALE

PROFESSEUR MEDECINE GENERALE

Mr Jean-Loup **HERMIL** (PU-MG)	UFR	Médecine générale

MAITRE DE CONFERENCE MEDECINE GENERALE

Mr Matthieu **SCHUERS** (MCU-MG)	UFR	Médecine générale

PROFESSEURS ASSOCIES A MI-TEMPS – MEDECINS GENERALISTE

Mr Pascal **BOULET**	UFR	Médecine générale
Mr Emmanuel **LEFEBVRE**	UFR	Médecine Générale
Mme Elisabeth **MAUVIARD**	UFR	Médecine générale
Mr Philippe **NGUYEN THANH**	UFR	Médecine générale
Mme Yveline **SEVRIN**	UFR	Médecine générale

MAITRE DE CONFERENCES ASSOCIE A MI-TEMPS – MEDECINS GENERALISTES

Mme Laëtitia **BOURDON**	UFR	Médecine Générale
Mme Elsa **FAGOT-GRIFFIN**	UFR	Médecine Générale
Mr Emmanuel **HAZARD**	UFR	Médecine Générale
Mme Lucile **PELLERIN**	UFR	Médecine générale

ENSEIGNANTS MONO-APPARTENANTS

PROFESSEURS

Mr Paul **MULDER** (phar)	Sciences du Médicament
Mme Su **RUAN** (med)	Génie Informatique

MAITRES DE CONFERENCES

Mr Sahil **ADRIOUCH** (med)	Biochimie et biologie moléculaire (Unité Inserm 905)
Mme Gaëlle **BOUGEARD-DENOYELLE** (med)	Biochimie et biologie moléculaire (UMR 1079**)**
Mme Carine **CLEREN** (med)	Neurosciences (Néovasc)
M. Sylvain **FRAINEAU** (med)	Physiologie (Inserm U 1096)
Mme Pascaline **GAILDRAT** (med)	Génétique moléculaire humaine (UMR 1079)
Mr Nicolas **GUEROUT** (med)	Chirurgie Expérimentale
Mme Rachel **LETELLIER** (med)	Physiologie
Mr Antoine **OUVRARD-PASCAUD** (med)	Physiologie (Unité Inserm 1076)
Mr Frédéric **PASQUET**	Sciences du langage, orthophonie
Mme Anne-Sophie **PEZZINO**	Orthophonie
Mme Christine **RONDANINO** (med)	Physiologie de la reproduction
Mr Youssan Var **TAN**	Immunologie
Mme Isabelle **TOURNIER** (med)	Biochimie (UMR 1079)

DIRECTEUR ADMINISTRATIF : M. Jean-Sébastien **VALET**

HCN - Hôpital Charles Nicolle

CB - Centre Henri Becquerel

CRMPR - Centre Régional de Médecine Physique et de Réadaptation

HB - Hôpital de BOIS GUILLAUME

CHS - Centre Hospitalier Spécialisé du Rouvray

SJ – Saint Julien Rouen

Par délibération en date du 3 mars 1967, la faculté a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

UNIVERSITÉ DE ROUEN NORMANDIE

Normandie Université

UFR Santé

SERMENT D'HIPPOCRATE

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.

SOMMAIRE

SOMMAIRE **15**

ABREVIATIONS **16**

PRÉAMBULE : **17**

I. INTRODUCTION **18**

A. DES DEPUIS 2004 18
1. Présentation de la réforme 18
2. Enseignement 20
3. Évaluation de l'étudiant 22
B. LE DES DE MEDECINE GENERALE A ROUEN 25
1. Présentation de la réforme à la rentrée : 25
2. Description du portfolio avec les traces d'apprentissage 27
3. Description du journal de bord 27
C. OBJECTIF DE L'ETUDE 28

II. MATERIEL ET METHODE **29**

A. LA METHODE QUALITATIVE[16] 29
B. ÉLABORATION DU GUIDE D'ENTRETIEN ET DU QUESTIONNAIRE QUANTITATIF 30
C. PROTECTION DES DONNEES 30
D. POPULATION ET RECRUTEMENT 30
E. CONSENTEMENT 31
F. LES ENTRETIENS INDIVIDUELS 31
1. Lieu 31
2. Matériel 32
3. Déroulement 32
G. TRANSCRIPTION 32
H. ANALYSE 33

III. RÉSULTATS **34**

A. ENTRETIENS 34
B. ANALYSE DES ENTRETIENS 35
1. A propos de la rédaction des vignettes 35
2. Au sujet des vignettes 43
3. La nouvelle méthode pédagogique 45
4. Le lien tuteur-tuteuré 49
5. Les améliorations suggérées 54

IV. DISCUSSION **57**

A. RAPPEL DES PRINCIPAUX RESULTATS 57
B. FORCES ET FAIBLESSES DU TRAVAIL 57
C. MISE EN PERSPECTIVE AVEC LA LITTERATURE EXISTANTE 58
D. LES CHANGEMENTS OBSERVES DEPUIS LA FIN DU TRAVAIL 64

CONCLUSION **66**

BIBLIOGRAPHIE : **67**

ANNEXE 1 : MARGUERITE DES COMPETENCES **69**

ANNEXE 2 : LES NIVEAUX DE COMPETENCES **70**

ANNEXE 3 : GUIDE D'ENTRETIEN **77**

ANNEXE 4 : QUESTIONNAIRE QUANTITATIF **78**

ANNEXE 5 : FORMULAIRE DE CONSENTEMENT **79**

ANNEXE 6 : CARACTERISTIQUES DES PARTICIPANTS **80**

RESUME **81**

ABREVIATIONS

CNGE : Collège National des Généralistes Enseignants
DES : Diplôme d'Etudes Spécialisées
DMG : Département de Médecine Générale
DU : Diplôme Universitaire
ECA : Enseignant Clinicien Ambulatoire
ECN : Examen Classant National
ECOS : Examens Cliniques Objectifs et Structurés
FST : Formation Spécialisée Transversale
GEP : Groupe d'Echanges de Pratiques
SN1 : Stage de Niveau 1
SASPAS : Stage Ambulatoire en Soins Primaires en Autonomie Supervisée
TCS : Test de Concordance de Script
WONCA : World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians

PRÉAMBULE :

Tout au long de l'internat, la réforme fut un sujet de discussion entre co-internes.
En effet, cette dernière a bouleversé la vision initiale et les attentes que l'on pouvait avoir du diplôme d'études spécialisées de médecine générale à Rouen.

Cette réforme a apporté de nouveaux moyens pédagogiques, issus du paradigme d'apprentissage. L'apport de ces outils pédagogiques devait bien avoir une justification. Explorer les justifications de cette réforme a été ma principale motivation à travailler sur ce sujet.

Albert Einstein disait : « *l'enseignement devrait être ainsi : celui qui le reçoit le recueille comme un don inestimable mais jamais comme une contrainte pénible* ».

Ce travail s'intéresse au vécu des étudiants relatif à une partie de cette réforme.
L'objectif étant d'analyser ce vécu et pouvoir proposer des solutions aux contraintes perçues.

I. INTRODUCTION

A. DES depuis 2004

La médecine générale est devenue une spécialité médicale depuis la réforme de 2004. Le diplôme d'études spécialisées (DES) de médecine générale s'étend depuis sur une période de 3 ans, comprenant un enseignement pratique et théorique.
L'enseignement pratique est composé de six semestres à valider en milieu hospitalier et en milieu ambulatoire. Les modalités de l'enseignement théorique étaient laissées libres aux différents départements de médecine générale (DMG). La certification se faisait par la validation de 200 crédits de cours, sous différentes formes : cours magistral, groupe d'échanges de pratiques (GEP), enseignements dirigés (ED), examens cliniques objectifs et structurés (ECOS) …

Dans une volonté d'harmoniser la formation des internes sur le territoire, et devant garantir aux patients un haut niveau de compétences des professionnels de santé, la commission nationale de l'internat et du post-internat (CNIPI) fit plusieurs propositions aboutissant à la réforme de 2017[1].

1. Présentation de la réforme

L'ensemble des DES s'est vu divisé en trois phases : une phase socle d'une durée d'un an, une phase d'approfondissement s'étendant de 2 à 3 ans et une phase de consolidation durant 1 à 2 ans.

Le DES de médecine générale a été maintenu à 3 ans, comprenant la phase socle et la phase d'approfondissement de deux ans. En 2017, les capacités pédagogiques ne permettaient pas la mise en place d'une phase de consolidation par manque de terrains de stage en ambulatoire auquel s'ajoutait un faible ratio enseignant/étudiant. Un autre frein à la mise en place de cette dernière phase était l'absence d'accord avec les représentants des étudiants sur la rémunération de l'interne en fin de cursus.

Le contenu de la formation du DES se répartit alors ainsi :
La partie pratique de la phase socle, qui comprend 2 semestres à effectuer en :

- Médecine d'urgence adulte ;
- Cabinet de médecine générale (stage de niveau 1).

Lors de la phase d'approfondissement, la réalisation de 4 semestres se fait :

- Dans un service de médecine polyvalente/gériatrie ;
- Dans un service de santé de la femme ;
- Dans un service de santé de l'enfant ;
- En soins premiers en autonomie supervisée (SASPAS ou niveau 2).

Le stage libre, présent avant la réforme et choisi selon les objectifs professionnels de l'interne, ne figure plus parmi les terrains de stage.

Les DES complémentaires ont été supprimés. Les formations spécialisées transversales (FST) sont une nouveauté, qui donnent la possibilité à l'interne d'acquérir des connaissances et compétences spécialisées supplémentaires.
L'ensemble des FST est accessible aux internes de médecine générale mais certaines sont reconnues d'utilité pour la spécialité :

- Addictologie
- Douleur
- Soins palliatifs
- Médecine du sport
- Médecine scolaire
- Médecine légale et expertises médicales

La partie théorique était l'une des principales motivations à la réforme du DES de médecine générale. Le collège national des généralistes enseignants (CNGE) souhaitait en effet que l'ensemble des DMG utilisent de manière prédominante le paradigme d'apprentissage comme méthode pédagogique[2].

2. Enseignement

Il a été démontré que l'élève « empli de savoirs » peut se trouver incapable de les réactiver pour agir en situation réelle [3]. Les premier et deuxième cycles des études médicales utilisent principalement le paradigme d'enseignement. Le but étant l'acquisition de savoirs disciplinaires, en dehors de leurs contextes d'application. Une quantité importante de savoirs théoriques est dispensée par les divers enseignants. Les étudiants reçoivent ces informations de manière passive et les intègrent pour faire face aux examens sanctionnant.

Cependant, l'action en situation de soins nécessite d'intégrer la complexité du contexte et du patient, en mobilisant des ressources variées. Les méthodes pédagogiques centrées sur l'enseignement ont laissé place à celles centrées sur les apprentissages dans une logique de compétence. Cette transition s'est faite progressivement au cours des deux dernières décennies, notamment au niveau universitaire.

Dans une tribune en 2002, Kaufman[4] explique les différences entre la pédagogie centrée sur l'enseignant et celle centrée sur l'apprenant. Il développe la méthode pédagogique centrée sur l'apprentissage de l'étudiant. Ce paradigme est décrit comme intermédiaire, où « *les objectifs éducationnels, les processus d'apprentissage et les méthodes d'évaluation deviennent une responsabilité commune destinée à l'amélioration de l'apprentissage* ».

Jouquan et Bail[5] exposent en 2003 l'application du paradigme d'apprentissage au résidanat de médecine générale. Les principales différences entre les deux courants pédagogiques sont décrites dans le tableau 1.

ENSEIGNEMENT	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 d'apprentissage
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 standardisés	Les apprentissages sont appréciés directement à partir de performances, de projets réalisés, de travaux personnels, de portfolio

Tableau 1 : Caractéristiques comparatives du paradigme d'enseignement et du paradigme d'apprentissage

Le paradigme d'apprentissage est le fruit de plusieurs courants conceptuels. Les deux premiers sont la **psychologie humaniste** postulant « *que chaque individu connait ce qui est nécessaire à son cheminement* » et la **pédagogie chez l'adulte** décrivant « *l'adulte apprenant comme une personne impliquée dans un processus de construction sociale et professionnelle, qui devient le moteur essentiel de ses apprentissages* ».

Le troisième courant est celui de la **perspective constructiviste**. Initiée et développée par plusieurs chercheurs dont Tardif[6], la perspective constructiviste se base sur plusieurs principes :

- Le premier principe stipule que l'apprentissage est un processus actif et constructif. Devant une situation, l'élève sélectionne une partie des informations. La sélection permet d'intégrer celles-ci et de rejeter les parties qui lui semblent non nécessaires. Ce processus ne se fait donc pas passivement.
- Le deuxième principe explique que l'apprentissage est l'établissement de liens entre de nouvelles informations et les connaissances antérieures. L'apprentissage est ainsi considéré comme un processus cumulatif.
- Le troisième principe du paradigme constructiviste, au regard de l'apprentissage, concerne le fait que l'apprentissage requiert l'organisation constante des connaissances. Ces dernières sont organisées et hiérarchisées en mémoire à long terme.
- Le quatrième principe indique que l'apprentissage concerne plusieurs champs de connaissances : celles théoriques (déclaratives), celles utilisables au moment d'une action et les étapes pour réaliser celle-ci (procédurales) et les connaissances conditionnelles : le quand et pourquoi des actions. L'ensemble de ces catégories de connaissances doit être pris en compte lors de l'enseignement pour pouvoir apprendre et agir significativement.

L'objectif de cette méthode pédagogique est double : l'acquisition par l'étudiant d'une autonomie d'apprentissage et d'une pratique réflexive, qu'il pourra par la suite mettre en application dans sa formation continue. La pratique réflexive étant définie comme la prise en compte de ses difficultés face à une situation vécue, le travail de recherche qui en découle pour répondre à ses interrogations initiales.

3. Évaluation de l'étudiant

A l'heure où le domaine médical et les professionnels de santé font l'objet de certification et d'évaluation par les patients, la validation du DES doit garantir l'acquisition d'un haut niveau de compétences de l'interne.

Selon Tardif, « seules les tâches <u>complètes</u>, <u>complexes</u> et <u>signifiantes</u> pour l'élève peuvent constituer une situation valide d'évaluation sur le plan cognitif ».

Une situation signifiante, ou authentique, prend du sens pour l'étudiant car les situations d'apprentissage lui sont familières. Cela lui permet d'établir des liens entre ses connaissances antérieures et les nouvelles.

Une tâche complexe est définie comme une situation où la réponse n'est pas disponible d'emblée et celle-ci ne peut être donnée avec un haut degré de certitude : elle n'est pas standardisée. Dans cette situation, l'étudiant va devoir apprendre à construire et argumenter une solution raisonnable parmi plusieurs possibles, en fonction de son expérience, de ses savoirs codifiés et de la situation vécue.

L'évaluation dans le paradigme d'apprentissage se fait dans une approche par compétences. Selon le contexte, les compétences se manifestent différemment. Elles ont tendance à être décomposées lors de l'évaluation. La perspective constructiviste souligne l'intérêt de prendre en compte les interactions entre les composantes d'une compétence.

Une compétence a été définie par Tardif[7] comme un « savoir-agir complexe qui prend appui sur la mobilisation et la combinaison efficace d'une variété de ressources internes et externes à l'intérieur d'un ensemble de situations données ».

L'organisation mondiale des médecins de famille (WONCA : World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians) a établi en 2002[8], par l'intermédiaire de sa branche européenne, la définition de la médecine générale et les compétences requises pour un médecin généraliste.

En Amérique du Nord, le collège des médecins de famille du Canada adaptait le cadre des compétences en 2009, basé sur le CanMEDS 2005. Plusieurs mises à jour de celui-ci ont été faites pour aboutir au CanMEDS-MF 2017[9], référentiel de compétences pour les médecins au Canada.

En France, le CNGE a listé les compétences acquises par la validation du DES de médecine générale en 2006[10]. Ces compétences ont été mises à jour suite au travail d'un groupe national d'experts [11], issu de plusieurs départements de médecine

générale. Six compétences génériques transversales pour l'exercice de la médecine générale ont été élaborées entre 2009 et 2010. Celles-ci recouvrant la totalité des tâches et fonctions du médecin généraliste. Le DES vise à certifier l'ensemble des six compétences, en interaction les unes avec les autres, formant la marguerite des compétences (Annexe 1) :

- Premier recours, urgence
- Relation, communication, approche centrée patient
- Approche globale, prise en compte de la complexité
- Éducation, prévention, santé individuelle et communautaire
- Continuité, suivi, coordination des soins autour du patient
- Professionnalisme

L'interne en médecine générale devra évoluer du niveau novice au niveau compétent dans chacune des compétences au cours des 3 années d'internat. Chaque compétence est définie par des critères spécifiques, précisés dans l'annexe 2.

Un interne compétent est défini de façon générale par les actions suivantes :

- Agit en autonomie et assume ses responsabilités ;
- Collabore efficacement avec les autres intervenants ;
- Possède une approche centrée patient ;
- S'interroge sur sa pratique.

Il devra également faire face à plusieurs situations au cours de son DES. Un second groupe d'experts[12] a listé de manière consensuelle l'ensemble des familles de situations. Chacune d'elle étant divisée en sous-famille :

- Famille n°1 : pathologie chronique et polymorbidité à forte prévalence
- Famille n°2 : problèmes aigus, non programmés, fréquents, exemplaires
- Famille n°3 : problèmes aigus, non programmés, dans le cadre des urgences réelles ou ressenties
- Famille n°4 : problèmes de santé concernant les spécificités de l'enfant et de l'adolescent
- Famille n°5 : autour de la sexualité et de la génitalité
- Famille n°6 : autour de problèmes liés à l'histoire familiale et à la vie de couple
- Famille n°7 : problèmes de santé et/ou de souffrance liés au travail

- Famille n°8 : les aspects légaux, déontologiques et ou juridiques/médicolégaux sont au premier plan
- Famille n°9 : avec des patients difficiles/exigeants
- Famille n°10 : problèmes sociaux au premier plan
- Famille n°11 : patients d'une autre culture

La trace d'apprentissage permet d'attester la confrontation à une compétence et à une famille de situations. Elle est définie comme un écrit attestant d'un apprentissage et a pour but la formation, l'évaluation et la certification de l'étudiant dans le paradigme d'apprentissage.

Plusieurs traces écrites d'apprentissage existent, les principales étant les récits de situation complexe authentique (RSCA) et les vignettes cliniques (ou scripts cliniques, situations cliniques questionnantes).

Ces traces d'apprentissage sont collectées dans un portfolio. Le portfolio est défini[13] comme une « collection organisée et cumulative de travaux et de réflexions d'un étudiant, qui rassemble des informations sur les compétences qu'il a développées au cours d'une période plus ou moins longue d'apprentissage ».

B. Le DES de médecine générale à Rouen

1. Présentation de la réforme à la rentrée :

La réforme du DES de médecine générale a été présentée lors du séminaire « accueil et présentation ». L'approche par compétences a été détaillée à ce moment et les modalités de validation du DES précisées.

Le tutorat individuel est une nouveauté apparue à Rouen. Auparavant, le tutorat était partagé par les maîtres de stage universitaires et l'enseignant des groupes d'échange de pratique. A la fin du séminaire d'accueil, chaque interne devait prendre contact avec son tuteur.

Un séminaire « écriture » obligatoire s'est déroulé dans le mois suivant le début de l'internat. La promotion a été scindée en plusieurs groupes et des précisions sur les traces d'apprentissages étaient fournies. Un exemple de RSCA leur a été exposé.
La validation du DES de médecine générale à Rouen nécessitait pour la promotion iECN 2017 :

- La validation de la maquette de stage
    - Devant le manque de praticiens ambulatoires, il était possible de réaliser un stage libre ou un stage couplé santé de la femme et santé de l'enfant.
    - Chaque compétence évaluée en SASPAS devait comporter une majorité d'items côtés niveau compétent et aucun niveau novice.
- La validation de crédits d'activité pédagogique[14][15], visibles sur le portfolio, se répartissant en :
    - Crédits d'activités obligatoires
        - 30 crédits correspondant à 3 RSCA validés
        - 38 à 39 crédits correspondant aux vignettes du journal de bord (selon le dernier semestre réalisé en hospitalier ou en ambulatoire)
        - Validation de 5 allers-retours en GEP
        - Validation du module TCS (réussite à l'examen et présence à l'atelier « raisonnement clinique »)
        - Validation d'au moins une présence à un atelier communication
        - Validation d'au moins une présence à un séminaire Gestes Pratiques
        - Validation d'un compte-rendu d'entretien avec le tuteur, réalisé chaque semestre
    - Crédits d'activités optionnelles (50) comprenant des présentations effectuées en stage, la participation à des congrès, des FMC, des tests de lecture de revue médicale (*Prescrire*, *Exercer, Médecine*)
- La présentation d'un résumé du portfolio à un jury de généralistes enseignants pour certifier l'acquisition du niveau compétent pour au moins 4 des 6 compétences génériques.

La validation du DES est indépendante de la soutenance de thèse, l'étudiant pouvant soutenir sa thèse jusqu'à 6 ans après le début du DES.

2. Description du portfolio avec les traces d'apprentissage

Chaque étudiant de la promotion iECN 2017 utilisait un portfolio numérique hébergé sur Google Drive. Il s'agissait d'un portfolio sélectif, défini par la présence uniquement de traces d'apprentissage attendues par le DMG.

Les autres personnes pouvant accéder au portfolio de l'étudiant étaient son tuteur et l'administrateur.

3. Description du journal de bord

Le portfolio intègre le journal de bord. Il a pour objectif d'attester la confrontation de l'interne aux situations cliniques les plus fréquentes en médecine générale, tout en faisant appel à une des six compétences. Les traces d'apprentissage recueillies par le journal de bord sont nommées « vignettes cliniques » à Rouen.

Le journal de bord permet ainsi à l'interne d'acquérir des apprentissages issus de situations authentiques, en collaboration avec le tuteur et le maître de stage. Il lui permet également de faire preuve de sa pratique réflexive à travers les vignettes.

Chaque vignette du journal de bord doit contenir 4 grandes parties :

- Le récit de la situation ;
- La problématisation, en adéquation avec les tâches et fonctions de la médecine générale ;
- L'auto-formation ou travail de recherche permettant de répondre à la question ;
- La synthèse.

Le tuteur supervise la production de l'étudiant et évalue/valide chaque étape.

C. Objectif de l’étude

Ce travail vise à explorer le vécu, les perceptions et attentes relatifs au journal de bord des internes de médecine générale rouennais afin de trouver des pistes d’amélioration du dispositif actuel.

II. MATERIEL ET METHODE

A. La méthode qualitative[16]

Dans le domaine de la recherche, deux grandes méthodes sont présentes : la recherche qualitative et la recherche quantitative. Celles-ci ne sont pas opposables mais complémentaires. Elles n'explorent pas le même champ de connaissance : la recherche quantitative va chercher à mesurer ou quantifier quand la recherche qualitative va chercher à répondre aux questions de type « pourquoi ? » ou « comment ? ».

Différentes méthodes d'analyse existent en recherche qualitative : phénoménologique, théorie ancrée, analyse du discours, analyse de contenu …

Le recueil de données se fait principalement par entretiens de groupe, appelés *focus-groups*, ou par entretiens individuels.

Les entretiens de groupe réunissent une dizaine de sujets en présence d'un modérateur de séance et d'un observateur. La dynamique de groupe permet de soulever de nombreux sujets. L'enregistrement de la séance concerne plus souvent l'audio mais parfois un enregistrement vidéo est utilisé pour transcrire les éléments non verbaux. Le modérateur pose les questions et oriente la discussion quand le groupe s'écarte du sujet initial. L'observateur, quant à lui, va transcrire le langage non verbal.

Les entretiens individuels peuvent être réalisés de différentes façons. Les entretiens structurés sont composés de questions fermées auxquelles on ne peut répondre que par oui ou non. L'ordre des questions ne peut être modulé. Les entretiens semi-structurés se réalisent avec un guide d'entretien. Les questions sont ouvertes avec une pré-formulation, l'ordre des questions est arrangé au fil de l'entretien. Si au cours de l'entretien, un thème inconnu est soulevé, d'autres questions non préparées peuvent-être posées. Le dernier type d'entretien est l'entretien ouvert, sans guide.

La technique de recueil initialement choisie pour répondre à la question était celle des *focus-groups*. Les entretiens de groupe devaient être réalisés à la faculté de médecine de Rouen lors de séance de groupe d'échanges de pratiques. Le modérateur devait être un membre du département universitaire de médecine générale. L'observateur devait être le chercheur. Compte-tenu du contexte de pandémie de la COVID-19 avec la fermeture des universités lors des confinements, les entretiens individuels ont été préférés.

B. Élaboration du guide d'entretien et du questionnaire quantitatif

Le guide d'entretien débutait par un court exposé du contexte de l'étude. Il était constitué de six questions ouvertes (cf. Annexe 3). Il a été élaboré à partir de la bibliographie réalisée sur les sujets du paradigme d'apprentissage et des traces d'apprentissage. Les questions ont été présentées au directeur de cette thèse, qui a apporté des modifications complémentaires. Le guide d'entretien n'a pas été testé au préalable mais a été modifié suite aux trois premiers entretiens.

L'avis d'autres enseignants chercheurs du département de médecine générale n'a pas été demandé.

Le questionnaire quantitatif (Annexe 4) a permis d'obtenir les caractéristiques de la population étudiée.

C. Protection des données

Une demande auprès de la déléguée à la protection des données (DPO) de l'université de Rouen a été faite. Un avis favorable a été émis pour les focus-groups. Le changement de méthode de recueil a été signalé et pris en compte par la DPO.

D. Population et recrutement

La population étudiée doit présenter des caractéristiques communes et homogènes en lien avec le sujet de recherche. Le critère d'inclusion était l'appartenance à la population des internes de médecine générale de Rouen de la promotion iECN 2017. Les étudiants devaient avoir validé au moins 5 semestres et être toujours inscrits à la

faculté en attente de validation de leur thèse (T4) ou de leur DES (fin de T3). Les critères d'exclusion étaient le refus de participer à l'étude ou l'absence de réponse lors de la prise de contact.
Les internes ont été contactés par le biais du mail universitaire ou par l'intermédiaire du groupe Facebook de la promotion où figurent tous les internes.

Certains participants connaissaient l'interne avant l'entretien. Le sujet de l'étude n'était pas connu précisément.

L'échantillonnage s'est déroulé de deux façons, par effet boule de neige et de façon dirigée. Plusieurs critères pouvant avoir un retentissement sur le vécu ou la réalisation des vignettes ont été choisis, permettant d'obtenir des réponses avec le plus de diversité possible sur le thème étudié :

- La réalisation de l'externat à Rouen ou dans une autre faculté. Certaines facultés de médecine utilisent des moyens pédagogiques du paradigme d'apprentissage lors du deuxième cycle ;
- La réalisation d'un diplôme universitaire en parallèle ;
- La situation familiale (célibataire ou en couple, avec ou sans enfant) ;
- Le logement à l'internat ou au domicile personnel ;
- L'éloignement entre le domicile et le lieu de stage ou la faculté de médecine ;
- Le rang de classement ECN ;
- L'activité syndicale.

E. Consentement

Un formulaire de consentement (annexe 5) a été envoyé à l'interne lors de la présentation du sujet de l'étude. Le consentement oral des participants était recueilli et enregistré au début de l'entretien.

F. Les entretiens individuels

1. Lieu

Du fait de la pandémie COVID-19, les entretiens ont été réalisés de plusieurs façons : en présentiel chez l'auteur ou chez l'interne et en distanciel lors d'un appel téléphonique ou en visioconférence.

2. Matériel

Pour chaque entretien, le matériel utilisé était le suivant :

- Application dictaphone sur le téléphone du chercheur ;
- Guide d'entretien ;
- Feuilles blanches et stylo pour la prise de notes et revenir sur certains thèmes a posteriori.

3. Déroulement

La date et le moment de l'entretien étaient fixés en amont par l'échange de messages. L'auteur de la thèse venait de terminer son internat de médecine générale et était novice dans la réalisation d'entretien.

Après une brève présentation des objectifs de la thèse, l'enregistrement des données, la garantie de l'anonymisation et le recueil du consentement oral, l'entretien débutait avec la première question du guide.

G. Transcription

Chaque participant a été désigné après anonymisation par la lettre « I » et par un nombre correspondant à l'ordre chronologique des entretiens.

Les enregistrements ont été transcrits via le logiciel Microsoft Word. La retranscription s'est faite mot à mot. Les pauses et les hésitations ont été notées.

L'ensemble des enregistrements a été écouté plusieurs fois dans le but de corriger de possibles erreurs de transcription. La transcription prenait en moyenne le quadruple de la durée de l'entretien.

Les transcriptions ont été retournées systématiquement aux participants pour commentaire et/ou correction.

Les enseignants et les internes non présents, cités dans les entretiens, ont bénéficié d'une anonymisation sous la forme (fonction de la personne citée).

H. Analyse

La transcription écrite de l'enregistrement audio est appelée verbatim.

L'étape suivant la transcription est appelée codage axial. Il correspond à l'identification des idées exprimées par les participants, de manière objective. Le codage s'est fait par le biais de Microsoft Excel.

Le codage des premiers verbatims a été réalisé en parallèle par le directeur de thèse. La triangulation des données a permis de comparer le codage de chaque chercheur dans le but de s'assurer de la bonne réalisation du codage axial.

Le codage se fait à mesure de la lecture. Ces idées de base sont ensuite regroupées par thème et sous-thème formant un plan structuré. La théorie est construite à partir de l'analyse des données qualitatives. Cette méthode est inspirée de l'approche par théorisation ancrée, développée par Glaser et Strauss.

III. RÉSULTATS

A. Entretiens

Parmi les seize étudiants contactés, deux ont refusé l'entretien et deux n'ont pas répondu.

Treize entretiens ont été réalisés entre novembre 2020 et mars 2021. La suffisance des données a été obtenue au bout de onze entretiens. Deux entretiens supplémentaires ont été enregistrés dans le but de confirmer cette suffisance des données.

Deux internes ont souhaité modifier une phrase chacun dans la transcription afin de préserver leur anonymat.

Trois entretiens ont été réalisés lors d'une rencontre avec l'investigateur, neuf lors d'un appel téléphonique et deux par visio-conférence. Les entretiens ont duré en moyenne dix-neuf minutes. Sept des participants étaient de sexe masculin. Les participants avaient en moyenne vingt-huit ans au moment de l'entretien [min 26 - max 33]. Cinq participants avaient validé ou suivaient un diplôme universitaire.

Les participants avaient réalisé leur deuxième cycle dans quatre facultés différentes dont une utilisant le portfolio au cours de l'externat. La spécialité de médecine générale était le premier choix pour douze étudiants par volonté de pratiquer en ambulatoire. Une des participantes avait choisi la médecine générale car ce DES lui permettait de réaliser son projet professionnel par l'intermédiaire d'un DIU (diplôme inter-universitaire).

Les caractéristiques des participants se trouvent dans l'annexe 6.

B. Analyse des entretiens

1. A propos de la rédaction des vignettes

a. Les composantes de la vignette

Le format rédactionnel avec un récit, une problématique, une synthèse et la bibliographie, était discuté par certains : I4 « *Mais je trouve que le format n'est pas du tout adapté* ». La rédaction était parfois décomposée dans l'attente de la validation du tuteur : I6 « *Mais globalement, elle (tutrice) voulait que je fasse le récit et la problématique, puis qu'elle corrige ça avant que je me lance dans les recherches* ». Concernant le récit en lui-même, les avis étaient partagés. Ils allaient de l'absence de difficultés : I2 « *L'écriture du récit ça allait globalement* » à la complexité de retranscrire une situation vécue : I9 « *Le problème de l'expérience c'est quelque chose qui est … intransmissible mais essentielle. Donc intransmissible c'est extrêmement dur de l'écrire sur un papier en fait. Mais en même temps c'est quelque chose qui peut te marquer à vie* ». L'intérêt de la description du ressenti n'était pas compris : I5 « *Après je pense que des fois c'est un petit peu trop, trop poussé dans le côté … ressenti, émotions, psychologie, qui ne sont pas forcément la source de nos problèmes.* », I13 : « *On est obligé de donner son ressenti mais c'est du blabla pour moi* », tout comme le fait de devoir rédiger des dialogues I4 : « *Tu vois le récit, devoir mettre des dialogues, je trouve que c'est complètement débile, ça ne nous sert absolument à rien* »

Au sujet de la problématique, celle-ci pouvait poser des difficultés : I2 « *J'ai eu des difficultés à trouver les problématiques* ». Elle pouvait être personnelle, secondaire à une situation vécue : I5 « *réfléchir sur des problèmes que l'on a eus nous en consultation, effectivement, je pense que c'est plus intéressant que du global* » ou être orientée par le tuteur : I2 « *Et souvent, la problématique sur laquelle je travaillais différait quand même de la problématique qui m'avait vraiment posé problème en pratique* » ; I9 « *D'ailleurs ça c'était un problème aussi, la définition de qu'est-ce qui peut entrer dans une vignette. Parce que des fois on te disait « oh mais là c'est vraiment du cours » et puis des fois on te disait « oh mais là c'est vraiment trop précis ». Donc en gros, il y avait même un problème par rapport à trouver la question* ».

La synthèse des recherches était la seule partie bénéfique pour certains : I4 « *Il y a juste les recherches, la biblio et la synthèse qui sont intéressantes* » mais des difficultés à synthétiser étaient décrites par plusieurs internes : I1 « *je n'avais pas tout saisi de ce qu'on nous demandait de tirer de mes recherches* » ; I2 « *C'était plutôt sur l'écriture de nos recherches en elles-mêmes … moi j'ai un peu tâtonné. Je sais que j'ai eu tendance à en faire beaucoup plus que ce qui était nécessaire* » ; I11 « *pour moi apprendre des connaissances et savoir les retranscrire dans une rédaction, ça c'est la plus grosse difficulté mais ça je pense que c'est personnel* »

Les participants exprimaient des difficultés à trouver des sources fiables dans le domaine extrascientifique : I7 « *Il y a même des sujets, en particulier la psycho, j'abandonnais finalement les vignettes parce que je n'avais pas assez de matière scientifique et d'articles pour compléter mes vignettes* ». Concernant le domaine biomédical, un interne avait conservé ses sources précédentes : I3 « *J'avais un problème et je cherchais des réponses dans les protocoles, aussi dans des collèges, comme pendant l'externat* ». La découverte de sources fiables a pu se faire par l'intermédiaire des vignettes pour certains : I13 « *je sais … grâce justement un peu aux vignettes quels sites quelles sources privilégiées etc* ».

b. Au sujet de la rédaction en elle-même

Les participants pouvaient rédiger leur vignette lors de la journée de formation mais également sur leur temps libre : I1 « *partagé entre le jeudi et le week-end* » ; I3 « *Dès que je pouvais en général c'était le soir ; quand c'était frais dans mon esprit. Après quand j'avais trop de trucs c'était quand j'avais du temps* » ; I8 « *Alors les stages où j'avais mes jeudis, j'essayais de les faire les jeudis* » ; I9 « *Moi je me suis très souvent retrouvé à utiliser mon temps personnel pour faire les vignettes* » ; I10 « *Non je les faisais le week-end, je les faisais sur les dimanches, je les faisais sur les samedis* ».

Le nombre de pages était variable : I3 « *en moyenne j'étais à 7-8 pages par vignette* » ; I7 « *Les pages c'était variable, mais je dirais il y avait souvent 4 pages* » mais plusieurs étudiants évoquaient une modification de la longueur au cours de l'internat : I2 « *Au début, j'étais environ à quatre pages et à la fin j'avais des vignettes plus longues, je dirais à 8 pages* » ; I10 « *Au début c'était peut-être 8 pages et à la fin je faisais tenir*

sur un recto-verso ». Le changement de tuteur au cours de l'internat pouvait influencer la longueur des vignettes : I13 « *En termes de pages au début c'était très long je faisais des trucs hyper longs et j'ai changé du coup en changeant de tuteur il m'a appris à être plus concis. Au final ça demandait plus de travail mais j'étais beaucoup plus concis et j'étais aux alentours de 3 pages* ».

La durée de rédaction variait également selon les participants, s'étalant le plus souvent sur une demi-journée : I3 « *En moyenne, ça dépend. Au début c'était 4-5 heures avec la correction* » ; I6 : « *Au début franchement j'y passais pas mal de temps, oui je dirais peut-être quatre heures par vignette. Oui franchement j'y mettais du temps* » ; I8 « *En calculant tous les aller-retours, je ne sais pas, peut-être 3-4 heures* » ; I12 « *En moyenne par vignette, je ne sais pas j'aurais dit …. Huit heures* » ; I2 « *En moyenne, ça me prenait… Je pense que ça me prenait trois demi-journées de formation par vignette, je dirais ça* ».

Plusieurs étudiants ont décrit l'apport de détails dans la situation à la demande du tuteur : I2 « *J'ai l'impression que moi il me poussait un peu parfois sur certaines choses que je mettais en avant, « oui mais vous tenez cette information d'où ? » et moi ça me faisait aller un peu plus loin dans mes recherches* » ; I3 « *C'est qu'en fait mon tuteur, sur la même question, me reposait une question différente* » ; I8 « *Après oui elle (tutrice) était assez pointilleuse, donc elle me demandait à chaque fois d'étoffer toujours un peu plus, même dans mon récit ou dans mes réponses, que ce soit toujours plus important, plus détaillé* » ; I11 « *Après j'ai eu des corrections qui s'éternisaient parfois contrairement à d'autres internes avec qui je peux parler et du coup c'est vrai que ça m'a fait prendre du retard parfois* »

Certains participants avaient perçu une modification des attentes de leur tuteur au cours de l'internat : I6 « *En fait ça, ça a un peu changé au cours de notre internat. Au début les vignettes je pense qu'elles faisaient 5-6 pages et puis à la fin ils nous en demandaient que 2 ou 3* » ; I9 « *Et il y a eu un gros problème d'ailleurs à ce niveau-là. Ils ont envoyé un mail à tous les maîtres de stages pour dire : les vignettes sont trop longues, les étudiants ne savent pas ce qu'on leur demande* ». En prenant de l'expérience, la rédaction semblait plus aisée pour plusieurs internes : I7 « *Alors la rédaction, je l'ai un peu améliorée au fur et à mesure du temps* » ; I8 « *Non ça a été.*

C'était plus facile au fur et à mesure des semestres » ; I10 « *Mais sinon après la rédaction elle m'a parue quand même assez facile sur la fin* ».

Le choix d'une situation avait différentes motivations. L'intérêt pour une situation ou la problématique soulevée par celle-ci concernaient la majorité des étudiants : I1 « *Je repensais aux consultations que j'avais eu dans la journée en me disant laquelle pourrait être intéressante à travailler* » ; I9 « *Moi je choisissais une situation qui m'avait posé problème et qui me semblait importante pour la suite. Et en fait ça c'était pour la plupart de mes vignettes* » ; I7 « *Alors, il y avait le critère de quand j'avais vraiment rencontré le problème et je n'avais pas réussi à répondre sur l'instant à ma question* ». Chez plusieurs étudiants, le choix a par la suite été orienté en fonction du tableau de synthèse : I3 « *Après j'essaie de remplir les cases de voir ce qu'il me manquait sur la fin et puis après je me dis voilà ça je ne l'ai pas fait donc là j'étais plus en recherche de quelque chose qui pouvait coller avec la compétence ou la situation qu'il me manquait* » ; I8 « *Et à la fin c'était plutôt essayer de remplir les cases que je n'avais pas remplies* » ; I10 « *après j'ai essayé d'être un peu plus stratège parce qu'effectivement il y avait des familles de situation auxquelles on était moins souvent confronté ».* Certaines situations ont pu être inventées dans le but de fournir la preuve d'une confrontation avec les familles de situations ou les compétences manquantes : I4 « *Et puis c'était souvent des trucs inventés aussi* » ; I13 « *soit il fallait faire des vignettes et j'inventais un truc … Pour rentrer dans les cases des compétences pour pouvoir faire chaque compétence etc. j'ai inventé plein de trucs. Parce que forcément il faut remplir toutes les compétences donc si on n'y est pas confronté on fait des recherches par rapport à ça* ». Parfois, la situation pouvait être orientée en fonction de l'avis du tuteur : I4 « *un truc qui pouvait faire plaisir à ma tutrice et qu'elle ne m'embête pas à me dire que ça ne servait à rien* » ; I5 « *moi j'ai eu l'impression que ce qui comptait, c'était plus de faire des choses qui allaient l'intéresser lui, que de m'intéresser moi ou sur mes problèmes* » ; I9 « *le problème c'est que : entre nous ce qu'on voulait raconter et ce que les tuteurs voulaient que l'on raconte, on n'était pas forcément en adéquation* ». Un des internes avait parfois fait le choix de situations compliquées vécues en stage dans le but d'exposer les difficultés présentes sur le terrain : I9 « *surtout à ce moment là où j'ai choisi celle-là, c'était parce que je voulais faire comprendre à (mon tuteur) que … on vivait des trucs importants et graves en*

stage, et que tout le monde se foutait de ce qui pouvait nous arriver émotionnellement par rapport à ça ».

c. Le vécu de la rédaction

La présentation lors du séminaire écriture a été appréciée par un étudiant : I3 « *La théorie, ça m'avait beaucoup plus : on trouve un sujet avec lequel on a eu des difficultés, puis on fait des recherches en fonction, donc j'ai trouvé ça vachement intéressant* ». Plusieurs étudiants ont mal vécu la partie rédactionnelle du journal de bord : I5 « *Pas très bien. J'ai trouvé que c'était beaucoup de sources de conflits, source de désaccords* » ; I6 « *Je n'ai jamais trop adhéré au format au final moi* » ; I8 « *Pas très bien on va dire. Franchement je n'ai pas trouvé de plaisir à rédiger des vignettes* ». Ce vécu s'est amélioré pour certains au fil de l'internat : I8 « *Oui mon vécu s'est modifié au cours de l'internat* » ; I10 « *Sur les dernières années ça m'a paru facile en fait. Au début ça me paraissait insurmontable et finalement je me le suis bien approprié et ça ne m'a pas paru très difficile sur la fin* ».

Le travail rédactionnel a été vécu comme trop scolaire par certains participants : I2 « *C'était intéressant mais je trouvais que c'était un travail assez scolaire* » ; I4 « *à nous dire si tu n'as pas fait ça, tu vas redoubler. Comme au lycée, vraiment* » ; I7 « *A la fin je l'ai plutôt mal vécu parce que j'avais l'impression de retourner vraiment à l'école et qu'on nous tapait sur les doigts si on ne faisait pas comme il fallait* » ; I9 « *le côté scolaire était tellement fort* ».

Le temps passé à rédiger a été considéré comme trop important selon les participants : I1 « *en fait c'est surtout sur le temps que ça me prenait. Ça me prenait énormément de temps* » ; I2 « *Moi mon ressenti c'est que ça m'a vraiment été chronophage. J'ai trouvé que c'était beaucoup de temps de travail* » ; I12 « *Très chronophage. Moi j'ai trouvé que c'était … la partie rédactionnelle était toujours très chronophage. C'est pas tant le travail de recherche qui me prenait du temps c'est vraiment le travail de synthèse et de rédaction qui m'a pris énormément de temps* ». Ce temps consacré à la rédaction de la vignette a pu être considéré comme un frein à l'avancement de la thèse : I7 « *Je n'ai pas eu beaucoup le temps. En fait, je priorisais les vignettes et les RSCA et ensuite je prenais du temps sur ma thèse* » ; I10 « *Je pense qu'effectivement*

le travail universitaire qu'on nous a demandé était assez conséquent et que ça a pu nous retarder un petit peu dans l'élaboration de la thèse » ; I12 « *Oui pour moi c'était clairement un frein c'était assez chronophage. Donc ça m'a demandé quand même du temps vu le nombre que l'on avait. Donc oui ça a été un frein pour moi par rapport à l'avancement de la thèse par exemple* ».

La rédaction de quarante vignettes sur l'ensemble du DES a été jugée comme trop importante : I6 « *Les vignettes, je trouvais qu'ils nous en demandaient peut-être un peu trop* » ; I9 « *Après c'est vrai qu'il y a eu tellement de vignettes qui ont été demandées en termes de nombre* » ; I12 « *c'était déjà quelque chose que je trouvais très chronophage alors en faire quarante* ». Un des participants a soulevé le fait que le nombre plus important de vignettes attendues en ambulatoire était surprenant : I9 « *Le stage de ville en fait moi j'ai senti que c'était trop bizarre que l'on nous demande plus de vignettes parce qu'en fait il y avait plus de travail. Finalement on finissait plus tard dans certains stages, en plus il y avait la route et tout … et oui certes tu as plus de questions en médecine générale, mais tu as encore plus de trucs à intégrer parce que c'est là où tu vas vraiment intégrer les choses qui vont te servir pour plus tard* ».

Les travaux supplémentaires en cas de retard ont été mal acceptés : I6 « *Moi je sais qu'en plus j'en ai eu une de retard, donc derrière on en a deux. Je ne trouvais pas ça super* » ; I9 « *chez certaines personnes, c'est le tuteur qui avait refusé de valider les vignettes et qui obligeait la personne à faire 6 mois de redoublement* ». Le stage était « *subordonné à la réalisation des vignettes* » selon l'interne 9, car « *pendant les 6 mois de redoublement, c'était pas 6 mois de redoublement à faire chez soi des vignettes, c'était 6 mois de redoublement à faire un stage* ». Le caractère punitif des travaux supplémentaires en cas de retard était critiqué, d'autres solutions étaient proposées : I11 « *Et ils devraient nous accompagner et justement nous faire des travaux mémo on va dire sur des difficultés plutôt que de faire quelque chose de punitif* ».

La rédaction des vignettes était placée au second plan, après les stages hospitaliers : I3 « *C'était le début de l'internat, t'es plus concentré sur le début du stage. Les vignettes, c'est venu un petit peu à part donc c'est passé un peu à la trappe* » ; I7 « *c'était intéressant d'avoir nos recherches à faire, mais qu'au final, on avait à gérer à la fois notre début d'internat qui allait être compliqué, et de rendre des choses* ».

Parmi les autres difficultés rédactionnelles rencontrées par les étudiants, plusieurs d'entre eux ont évoqué le manque d'inspiration pour aborder certains thèmes : I6 « *Parfois clairement, je manquais un peu d'inspiration dans certaines familles, certaines compétences. Je ne trouvais pas toujours d'inspiration* » ; I12 « *Il y a des vignettes en fait que je trouvais moins stimulantes du coup j'ai mis un peu de temps à voir quand il fallait remplir* ». La rédaction d'une situation problématique vécue posait problème pour certains : I7 « *Ce que je trouvais difficile c'est que parfois, il y a des problèmes qui nous ont tenu à cœur et c'est compliqué de se remettre dedans et de le réécrire, des moments on a plus trop envie d'y penser* » ; I11 « *c'est difficile de discuter d'une situation que tu retranscris avec quelqu'un qui ne l'a pas vécue* » mais le fait de l'écrire pouvait avoir un effet thérapeutique : I7 « *Mais ça a aussi un effet bénéfique parce que le fait de l'écrire on l'extériorise aussi, ce moment où l'on a été en difficultés* ».

d. Poursuite du journal de bord

Les participants renonçaient majoritairement à la poursuite du journal de bord après le DES : I4 « *Jamais. Alors là, non ... Absolument pas* » ; I5 « *Ah non ! J'attends avec impatience la soutenance du DES pour ne plus jamais en faire* » ; I13 « *Absolument pas* ». Pour certains, la poursuite sous une autre forme était évoquée : I1 « *Non pas sous cette forme … quelque chose de plus condensé* » ; I6 « *Mais formaliser par écrit, ça dépend des sujets. Ce sera peut-être sous forme de fiche mémo pour la pratique quotidienne au cabinet mais est-ce que ce sera vraiment un journal de bord je ne pense pas* » avec comme argument principal une forme moins chronophage : I1 « *qui me prenne moins de temps* ».

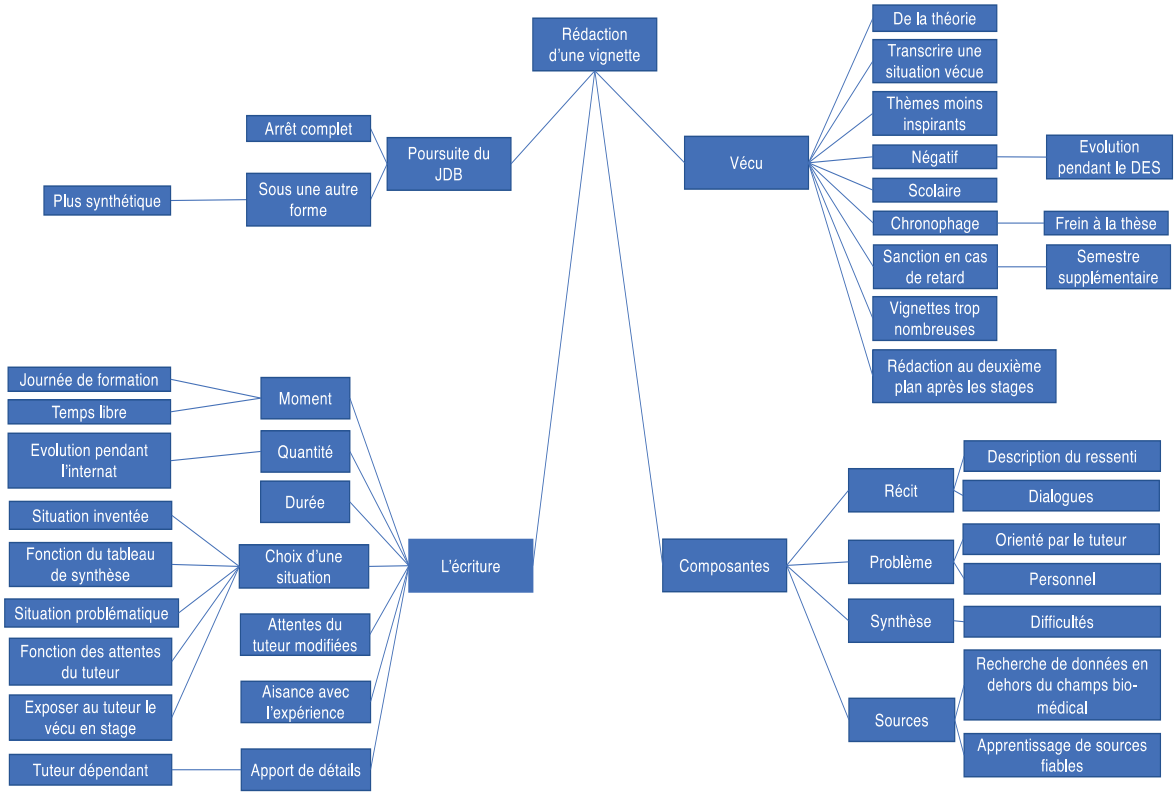


Figure 1. Arbre de codage concernant la rédaction des vignettes.

2. Au sujet des vignettes

Le journal de bord était perçu par certains étudiants comme éloigné de leur pratique en stage : I10 « *Je pense que on a zappé complètement le côté médical, le niveau de l'étudiant au final* ». Le travail solitaire des vignettes a été mis en avant par quelques étudiants : I6 « *tout seul devant son ordinateur, avec un tuteur qui n'est pas toujours très répondant* » ; I13 « *Parce que travailler tout seul dans mon coin … je ne suis pas un gros gros travailleur du coup c'est pas adapté à moi en fait* ».

La place des vignettes dans la validation du DES paraissait démesurée pour plusieurs internes : I9 « *Je trouve qu'il y a eu une dévalorisation des stages à cause du portfolio… Et le portfolio a remplacé la validation des stages* » ; I11 « *ça reste quand même quelque chose de très utile, (mais cela) prend une place trop importante dans la validation du DES* ». Pour un des internes, la réalisation des vignettes était « *complètement inutile et pas du tout appropriée en fait* » I4. Ce travail était considéré par I5 comme « *sources de conflits et de désaccord* » et ayant « *nuit à l'utilité de formation que ça pouvait avoir* ». Le fait que la validation dépende d'un tuteur était mal perçu : I11 « *Après ça reste quand même quelque chose de très subjectif et personne dépendant, et en soi ça, c'est difficile* » ; I12 « *on est quand même laissé beaucoup en autonomie et c'est très tuteur dépendant derrière* ».

La réalisation des vignettes a permis à l'étudiant d'acquérir des connaissances : I7 « *Alors il y a eu des fois où c'était très bien, c'était très intéressant, j'avais l'impression d'apprendre beaucoup de choses* » ; I9 « *Alors il y a certaines vignettes qui m'ont aidé* » ; I13 « *Qu'est-ce que je tire des vignettes ?... J'ai quand même appris pas mal de chose* ». Cela a permis de travailler sur différents thèmes : I2 « *Il y a eu des recherches qui étaient à la fois scientifiques et … d'autres qui étaient un peu moins scientifiques, plus axées sur le relationnel, le communicationnel donc c'était intéressant* » ; I6 « *ça nous oblige quand même à travailler des choses que l'on aurait pu laisser de côté en temps normal* » et notamment des sujets non travaillés en stage : I3 « *je pense notamment à tout ce qui a été administratif, que l'on ne voit pas du tout à la fac et peu en stage, on peut faire une vignette dessus, pour préparer tout ce qui est aspect administratif, financier, vie d'un cabinet, gestion d'une patientèle* ».

La progression de l'étudiant a été remarquée : I2 « *ça permet de progresser et d'acquérir des compétences* » et notamment sur l'apport des vignettes dans la recherche bibliographique : I1 « *Maintenant je maîtrise mieux les moteurs de recherche, les mots-clés pour mes recherches* » ; I8 « *je me suis rendu compte que d'avoir rédigé des vignettes, ça aidait déjà à savoir où chercher, comment chercher* » ; I13 « *je sais … grâce justement un peu aux vignettes quels sites quelles sources privilégiées etc* ». La prise de recul sur certaines situations et l'aide dans la synthèse ont été citées plusieurs fois : I5 « *oui, ça m'a permis, sur certaines choses … de prendre du recul sur certaines situations* » ; I11 « *Je pense que ça te permet quand même de prendre du recul sur les situations où tu as eu un problème* » ; I12 « *Ça peut apporter le fait de savoir faire un travail de synthèse dans ses recherches* ».

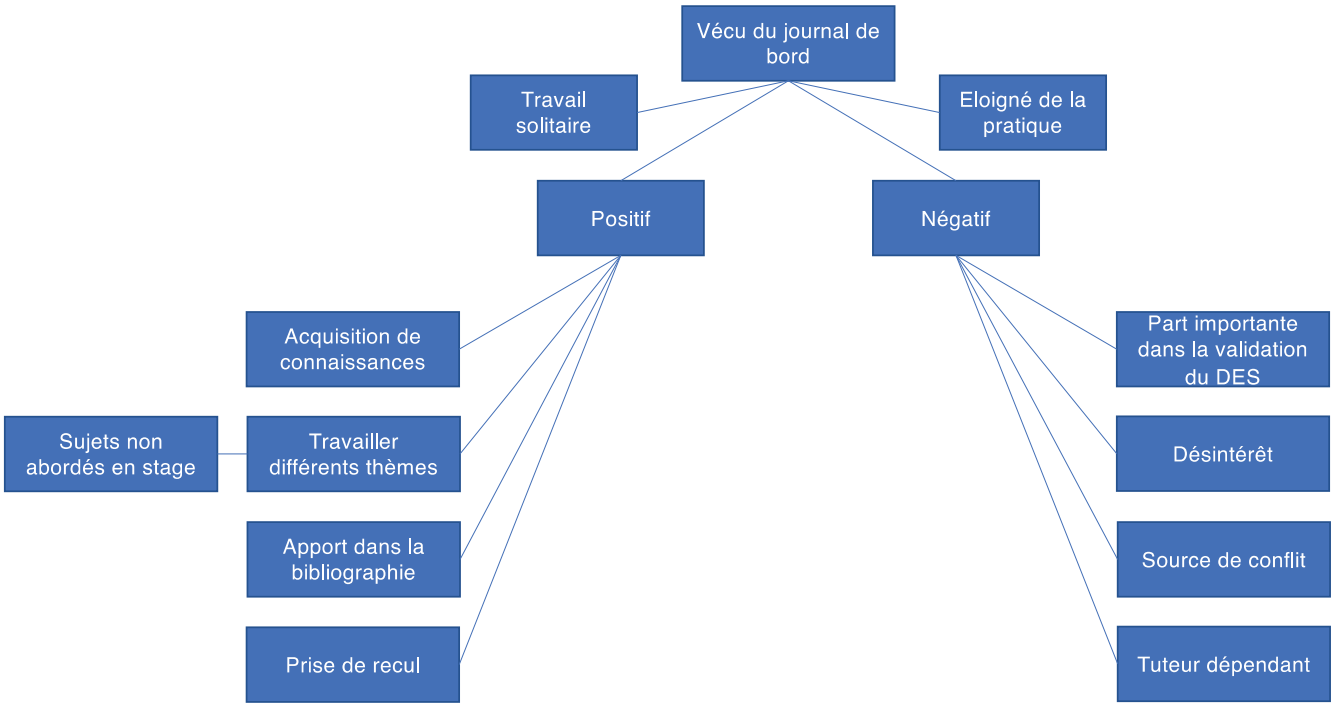


Figure 2. Arbre de codage concernant le vécu du journal de bord.

3. La nouvelle méthode pédagogique

a. Le paradigme d'apprentissage

Le changement de méthode pédagogique a été constaté par l'ensemble des participants : I2 « *Je comprenais qu'on ne nous demandait pas la même chose qu'auparavant* » ; I9 « *la formation est passée d'une formation sur des cours magistraux à une auto-formation par les vignettes, on est passé d'une formation qui était donnée par un expert à un non-sachant, à une formation où le non-sachant allait chercher lui-même les informations* ». Le fait que la démarche de formation soit active était apprécié par certains étudiants : I3 « *Mais sinon je trouve que c'est une bonne façon, on est moins passif à écouter un cours. On est actif de sa formation ça c'est bien* ». Le principe de la pratique réflexive était compris : s'interroger sur une situation vécue : I5 « *de réfléchir sur des problèmes que l'on a eus nous en consultation* » avec un auto-apprentissage : I6 « *que l'on apprenne un peu par nous-même* » lié aux recherches personnelles : I7 « *qu'on demandait une recherche plus personnelle* ». Cette recherche personnelle pouvait induire un biais selon I9 « *une formation où le non-sachant allait chercher lui-même les informations, avec tous les biais possibles et imaginables que ça pouvait impliquer. Et tira lui-même ses propres conclusions* »

b. L'appropriation du concept

Pour une partie des étudiants, l'appropriation fut facile : I9 « *Oui c'était pas terriblement compliqué en effet. Le concept était assez clair* » ; I10 « *le fonctionnement était finalement assez simple* ». D'autres ont perçu des difficultés initialement : I4 « *Je trouvais le concept un peu flou, et très très mal expliqué* » mais l'appropriation a pu se faire plus tard après la rédaction de quelques vignettes : I13 « *je pense quand j'ai commencé à faire mes premières vignettes j'ai commencé à comprendre* ».

c. Le vécu

Plusieurs étudiants ont relevé le manque de cours présentiels dans cette nouvelle méthode pédagogique : I10 « *j'étais déçue qu'il n'y ait plus du tout de cours magistraux, ça manquait pas mal au début de l'internat je trouve* » et donc y

associaient un manque de pédagogie : I6 « *ça manque un peu de pédagogie quand même, on est un peu livré à nous même* ». Certains se sentaient « *un peu déstabilisé* » - I1 ; I9 « *Après c'était plus dans la méthodologie que ça semblait un peu étrange* ». L'intérêt de ce type de pédagogie interrogeait certains participants : I5 « *enfin je n'ai toujours pas saisi l'intérêt de ce type de* formation » et un des internes pensait que c'était dans le but de dispenser les enseignants de cours à la faculté : I4 « *eux ça les dédouanait de devoir nous faire des cours à la fac, de préparer des trucs* ».

Parmi les participants, certains attendaient du DES une formation au métier de médecin généraliste : I11 « *Moi ce que j'attendais de la fac pendant l'internat, c'est vraiment qu'on ait un accompagnement dans les cas qu'on peut rencontrer tous les jours en médecine générale, que ce soit d'un point de vue médical, d'un point de vue communication et d'un point de vue logistique aussi. Pour moi … j'attendais de la fac qu'on ait une préparation à l'après* » ; I12 « *Je pensais vraiment avoir des formations gestion de cabinet en fait. Ça en fait ça se fait sur le tas au final* ». Un des internes souhaitait réaliser des vignettes à ce sujet mais a été freiné par son tuteur : I9 « *Moi j'aurais voulu faire beaucoup plus de vignettes sur la gestion du cabinet, qui pour lui (tuteur), n'était pas nécessaire* ».

Le sentiment de devoir justifier leur travail était présent chez certains : I4 « *Et du coup c'était vraiment pour nous fliquer* » ; I9 « *Ça me permettait de prouver que je travaillais* ». L'auto-évaluation a été mal perçue par un des participants : I10 « *Moi j'ai mal vécu le fait que l'on doive s'autoévaluer* ».

Ce type de formation était jugé comme prenant : I2 « *Dans la formation, c'était assez prenant j'ai trouvé* » ; I10 « *Parce que ça représentait quand même pas mal de contraintes et un temps de travail assez conséquent* », avec un investissement en dehors du stage hospitalier : I6 « *Se dire qu'il fallait travailler le jeudi en dehors de l'hôpital, ça c'était un peu nouveau* ». Le temps investi par vignette ne permettait pas l'intégration profonde des connaissances selon certains participants : I1 « *je n'en tirai pas beaucoup de souvenirs derrière, donc ça ne m'a pas fixé les connaissances* » ; I6 « *Oui je pouvais y passer une après-midi entière, deux semaines après j'ai l'impression que je ne m'en souvenais plus* ».

En acquérant de l'expérience au cours de l'internat, le vécu de cette méthode pédagogique changeait selon certains participants : I2 « *à la fin de l'internat, je trouvais que c'était plus enrichissant le portfolio* ». La formation était considérée comme plus personnalisée : I5 « *Il y en a certains qui ne vont pas avoir de difficultés avec certaines choses, d'autres qui vont en avoir. Et donc, que l'on puisse se former par nous-même sur nos besoins c'est bien* ».

d. Réutilisation

Quelques étudiants pensaient utiliser les vignettes comme des fiches synthétiques à consulter en cas de doute sur une situation : I7 « *Mon objectif c'était de me faire ma petite trousse à outils, et de pouvoir avoir des choses pratiques que je puisse utiliser après, facilement, sur les questions que je m'étais posées* » ; I11 « *Justement je pensais qu'une vignette serait une fiche mémo, que je m'en servirai comme une fiche mémo mais je crois que j'ai eu … je me suis jamais resservi d'une de mes vignettes pour l'instant* ». Beaucoup de participants ne consultaient pas leur vignette une fois validée par le tuteur : I1 « *Ça ne m'a pas été utile dans la mesure où je ne m'en suis pas resservi derrière* » ; I5 « *Après oui si j'avais un doute, je recherchais sur une source directement* » ou alors utilisaient seulement la partie conclusion : I12 « *Je vais directement juste à ma partie conclusion pour revérifier les points que j'ai à revérifier* ». Un des internes avait rédigé des fiches pour les patients au sein de ses vignettes et s'en servait encore après la fin de l'internat : I13 « *j'ai fait une fiche patient sur l'obésité des enfants par exemple. Là pour le coup j'y vais, je l'imprime et je la file à mes patients* ».

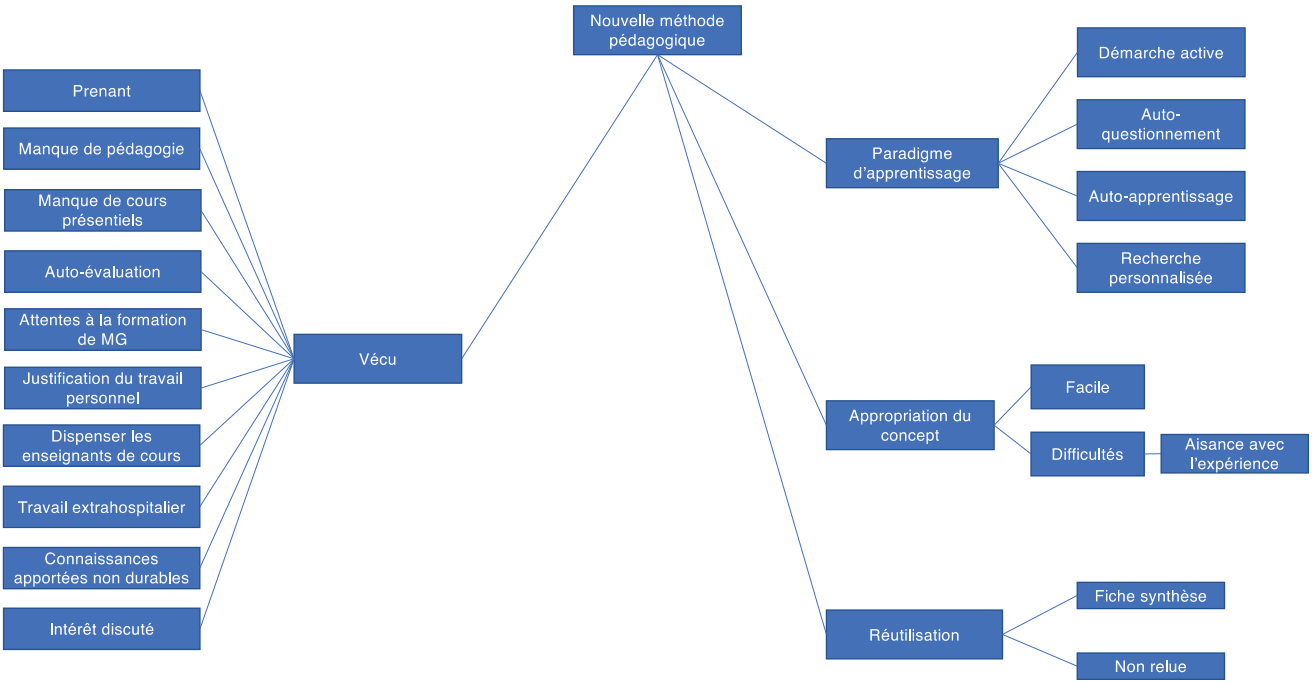


Figure 3. Arbre de codage concernant la nouvelle méthode pédagogique.

4. Le lien tuteur-tuteuré

a. Les corrections apportées par le tuteur

Selon le tuteur, les corrections des vignettes pouvaient se faire rapidement : I2 « *c'était rapide … la réponse était rapide pour me dire si c'était correct ou pas* » ; I7 « *Oui des réponses rapides* » mais également demander un certain délai : I3 « *très très tardivement. En général c'était souvent sur la fin (du semestre)* » ; I8 « *Sinon ma première tutrice, elle me répondait peut-être au bout de 3-4 mois, parfois c'était très long* ». Parfois, les corrections se faisaient en fonction de l'emploi du temps du tuteur : I6 « *Des périodes où elle avait moins le temps pour s'occuper de ça, après des périodes où elle corrigeait ça plus facilement* ».

Concernant le vécu des corrections, ces dernières ont pu se faire sans difficultés : I1 « *Globalement ça s'est bien passé* » ; I7 « *Non il n'y a pas eu de soucis* ». Chez certains participants, la correction était bien perçue : I11 « *On va dire que j'ai eu une tutrice qui est rigoureuse et qui souhaite que je m'améliore. Donc en soi c'est quelque chose de très positif* » ; I12 « *Tout s'est toujours bien passé cordialement et … comme elle était toujours de bon conseil et c'était quand même agréable de l'avoir comme tutrice* » avec parfois un apport à la pratique : I9 « *Au niveau des points positifs, ce qui était intéressant … les points positifs de la rétroaction du tuteur je dirai c'est intéressant d'avoir l'avis d'un autre médecin généraliste, qui lui n'a pas forcément la même génération médicale que toi* ». A l'inverse, la correction a été mal vécue par plusieurs internes : I3 « *En tout cas il était dans son truc, dans sa version des choses et il ne s'adaptait pas du tout à moi c'était à moi de changer enfaite* » ; I4 « *Ça ne s'est pas très bien passé avec cette personne* » et source de désaccord : I6 « *C'est difficile parce que dans les corrections je n'étais pas toujours d'accord* » ; I12 « *même si on n'a pas toujours été d'accord sur tout* ».

Un des participants exprimait comme difficulté d'être jugé sur la forme de la vignette plutôt que sur son contenu : I9 « *la personne va juger à la fois ton orthographe et quelque part un peu le reste. C'est-à-dire que la syntaxe, la façon dont tu vas rédiger, la construction de ta vignette* ».

b. *Échanges avec le tuteur*

Les échanges se faisaient principalement par mails interposés : I7 « *On communiquait beaucoup par mail* » avec une organisation propre à chaque binôme : I7 « *Oui, surtout les modalités d'organisation, comment on communiquait, ce qu'elle attendait de moi exactement* ». Les rencontres physiques avec le tuteur étaient jugées comme redondantes avec les échanges par mail pour certains : I3 « *Moi en fait les entretiens avec le tuteur ça me faisait perdre plus de temps parce qu'au final il me disait la même chose que ce qu'il avait écrit en correction* » ou permettaient de discuter d'autres sujets vécus par l'interne : I13 « *Après les entretiens tuteurs c'était différent et du coup c'est plus des échanges savoir comment ça allait comment se passaient les stages etc. c'était plus enrichissant que l'échange par l'intermédiaire des vignettes* ».

Le vécu de ces échanges était contrasté selon les participants, allant d'un ressenti négatif : I3 « *Et puis il me donnait très peu de conseils* » ; I6 « *parce que je trouve qu'il n'y avait pas énormément d'échanges avec le tuteur, qu'on cherche un peu dans notre coin* » à une vision plus positive : I10 « *et puis en fait c'est surtout les échanges avec le tuteur qui sont vraiment intéressants parce que ça nous aiguille … J'ai vraiment bien apprécié, on avait des échanges intéressants et puis elle répondait rapidement donc ça permettait d'avancer aussi rapidement* ». Pour un des participants, les échanges ont été bénéfiques dans l'appréciation des vignettes : I7 « *Et je la prévenais quand il y avait quelque chose qui était en cours, qui allait bientôt arriver, comme ça elle pouvait aussi se préparer. Elle me disait aussi quand est-ce qu'elle aurait le temps de les lire. La communication ça a été un peu la clé pour gérer les vignettes* ».

Certains internes avaient des attentes vis-à-vis de leur tuteur, comme la validation des premières vignettes afin de savoir si celles-ci se faisaient de la bonne façon : I3 « *Et voilà quand tu es jeune semestre, tu as besoin de savoir si c'est bien ce que tu fais, que l'on te guide* » ou recueillir le vécu de l'étudiant pendant des moments difficiles : I9 « *je ne sais pas pourquoi on ne nous a jamais demandé pour le premier confinement comment ça s'était passé tu vois ? … C'est abusé* »

c. *Rôles du tuteur*

En rapport avec le journal de bord, plusieurs rôles étaient attribués au tuteur. La supervision était citée à plusieurs reprises : I12 « *C'est d'avoir une vérification aussi parce que pour le coup même si elle était très impliquée mais au moins elle vérifiait ce que je faisais* » ; I13 *« Je ne sais pas. En vrai c'était juste de me dire si mes vignettes étaient bien dans la forme qu'il fallait* ». Parfois, la transmission des connaissances se faisait de manière horizontale avec une collaboration tuteur-tuteuré : I2 « *On a retravaillé les problématiques ensemble* » ; I7 « *me donner des conseils s'il y avait des choses auxquelles je n'avais pas pensé* ». Cette collaboration n'a pas été ressentie par certains participants : I9 « *le côté scolaire était tellement fort que l'on n'arrivait pas à avoir une recherche ensemble* ».

Certaines sources ont été découvertes par le biais du tuteur : I2 « *ça m'est arrivé qu'il me soumette des idées d'articles* » et celui-ci pouvait apporter de l'aide dans la rédaction : I2 « *Il canalisait ma recherche et ma rédaction qui étaient trop fournies* » ; jugée comme bénéfique pour la suite et notamment lors de la thèse : I11 « *Et pour le coup rédactionnel qui pourra m'aider pour mes travaux futurs et la thèse* ».

Le versant surveillance du tuteur était évoqué par certains : I3 « *Je ne sais pas trop quel rôle pour moi il a eu en fait à part m'embêter* » ; I4 « *A part me fliquer et m'embêter rien* » avec parfois le sentiment d'être ralenti dans leur progression : I5 « *Me mettre des bâtons dans les roues* » ; I9 « *chez certaines personnes, c'est le tuteur qui avait refusé de valider les vignettes* ». Pour quelques internes, leurs besoins d'apprentissage se retrouvaient réorientés par le tuteur : I4 « *En fait c'était à moi de décider quels besoins d'apprentissage j'avais, et pas du tout à elle* » ; I8 « *Oui, elle considérait que c'était plutôt du deuxième cycle. Moi ce qui m'a surtout posé problème pendant l'internat c'était plutôt la thérapeutique, certaines prises en charge, et elle ne considérait pas du tout que c'était des problématiques à traiter en vignette* ».

En dehors des rôles concernant les traces d'apprentissage, une des participantes avait perçu le rôle joué par son tuteur dans l'acceptation de la réforme : I10 « *C'était quand même de nous aider initialement à nous approprier la réforme. Je pense qu'ils ont été quand même facilitateurs dans l'acceptation de cette réforme qui au début était …*

enfin je pense qui a été assez mal perçue par pas mal d'internes ». L'aide apportée à certains participants sur le plan professionnel a été mentionnée : I6 « *Moi je pense que ma tutrice, elle m'a plus aidé globalement sur l'internat, sur les projets professionnels, sur mes choix de stage, que vraiment sur les vignettes du journal de bord* » ; I8 « *pour moi, son rôle, c'était de nous accompagner durant l'internat, dans toutes nos interrogations, pas seulement dans notre journal de bord mais dans notre pratique professionnelle. De répondre à nos questions, de nous aider sur notre projet professionnel* ».

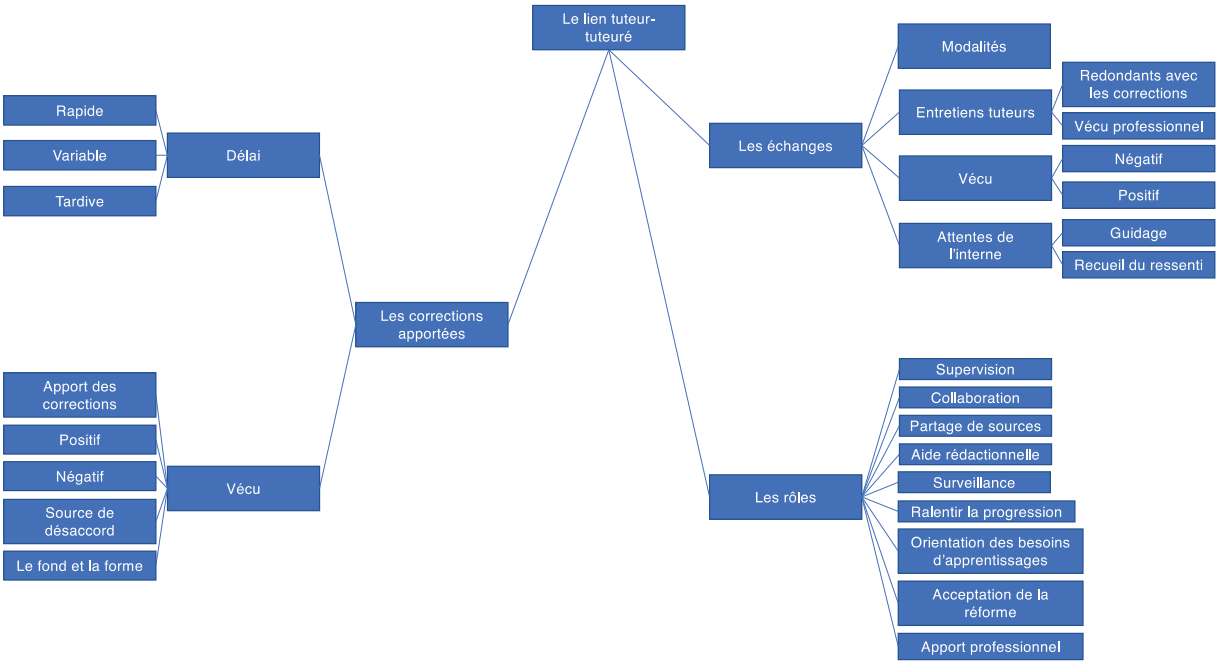


Figure 4. Arbre de codage concernant le lien tuteur-tuteuré.

5. Les améliorations suggérées

Une présentation plus approfondie des vignettes était attendue par certains étudiants : I2 « *Peut-être mieux expliquer au début ce qu'on attend des étudiants … Notamment si on leur demande de ne pas dépasser un certain nombre de pages d'écriture, je pense qu'il faut que ce soit stipulé assez rapidement* » ; I3 « *Et aussi au début de la formation, bien nous expliquer comment ça marche* », avec une proposition de réaliser un séminaire dédié aux vignettes : I3 « *Et puis peut-être faire une session un peu à part dédiée aux vignettes, sur comment ça se passe, comment faire* » ou mieux être informé par le tuteur : I3 « *et puis bien voir avec le tuteur aussi. Voir ce qu'il attendait des vignettes* ».

Les étudiants souhaitaient des modifications dans la rédaction des vignettes et notamment dans le contenu de celles-ci : I12 « : *Déjà un autre format rédactionnel de la vignette, peut-être juste une question, question réponse très synthétique très courte* » ; I13 « *je réduirais au maximum … au max du max quitte à en faire plus. Faire juste une contextualisation mais ridicule et juste répondre à la question en cinq lignes et c'est terminé* ». Plusieurs participants attendaient moins de remarques au sujet de la description du ressenti dans le récit : I5 « *Moins être toujours pointilleux sur les émotions, les ressentis, les choses comme ça* » et étaient ouverts à l'idée de faire plus de vignettes à condition de moins rédiger : I13 « *quitte à faire plus de problématiques et des réponses plus brèves des trucs qui vont vite à faire, des trucs qui prennent cinq minutes* ». A l'inverse, un des étudiants souhaitait une rédaction plus longue à condition de réduire le nombre de vignettes : I2 « *Si on réduit le nombre de vignettes, laisser des vignettes plus longues pour que les recherches puissent être plus fournies, pour ceux qui le souhaitent* »

Concernant le nombre de vignettes attendues au cours du DES, les propositions divergeaient. Certains réclamaient une diminution : I6 « *Oui à mon goût il y en avait peut-être un peu trop, mais je pense que si on veut brosser un bon panel de sujets, de compétences, c'est surement ce qui est nécessaire aussi* » quitte à avoir plus de cours présentiels : I8 « *je trouvais que ça aurait été quand même assez intéressant d'avoir des cours magistraux en plus, peut-être moins de vignettes et des cours à côté* ». Le souhait d'avoir autant de vignettes à rédiger en ambulatoire qu'à l'hôpital était soumis

par un des participants : I9 « *Et que ce soit cinq vignettes ... je pense qu'il faut que ce soit le même nombre entre l'hôpital et le stage de ville* ». Cette proposition a été appliquée pour les promotions suivantes et une des internes a pu en bénéficier : I5 « *Je pense que cinq par semestre, c'est bien … En plus moi j'ai bénéficié de la réforme du coup j'en ai cinq à faire en SASPAS* ». Un des internes trouvait que le nombre n'était pas un problème : I11 « *Je pense que c'est pas le nombre qui est important. Je pense qu'il faut quand même qu'on travaille énormément de choses et qu'on a beaucoup de difficultés sur certains points* ».

Une transition au cours de l'internat était proposée de plusieurs façons. L'interne évoluant pendant les trois années d'internat, une transition des vignettes vers les RSCA était suggérée par I3 « *Pourquoi pas en faire plus au début de l'internat et moins à la fin mais avec plus de RSCA par exemple. Pour faire une espèce de transition en fait. Au début ça nous aide à chercher des sources, par exemple ça nous aide à rédiger, à mettre des idées sur le papier pour ensuite en faire quelque chose de plus complexe, global, dans des RSCA par la suite* ». Partant du même constat, I5 proposait une modification du nombre attendu « *Je pense que les contraintes ne sont pas les mêmes, quand là finalement on en a cinq à faire, ça se fait quand même assez rapidement et ça passe bien, alors qu'en avoir cinq à faire au premier semestre, quand on est aux urgences, où on découvre l'internat, on est un peu crevé* ».

Plusieurs propositions concernant le tutorat ont été évoquées. Le souhait d'avoir une liberté dans le choix du thème de la vignette est revenu à plusieurs reprises : I5 « *Je pense qu'il faut … nous laisser plus libre sur les thèmes que l'on a envie d'aborder* ». Devant les différences ressenties entre les internes, l'homogénéisation dans la pratique des tuteurs était attendue : I7 « *Peut-être d'homogénéiser les pratiques au niveau des tuteurs* » ; I11 « *et que ce soit pas tuteur dépendant* ». L'idée d'avoir un tuteur n'était pas remise en question mais un des internes proposait que le tuteur soit un interne plus expérimenté : I9 « *autant faire de la formation horizontale et demander aux internes des années supérieures qui sont dans la phase de finalisation, de faire faire… des travaux de vignettes avec les internes de la phase socle ? Finalement on pourrait demander aux internes de la phase de finalisation de ne plus avoir de vignettes à faire pour eux même, mais ils auraient des tuteurés et ils s'occuperaient des vignettes de leurs tuteurés. Un interne pour un interne tu vois* ».

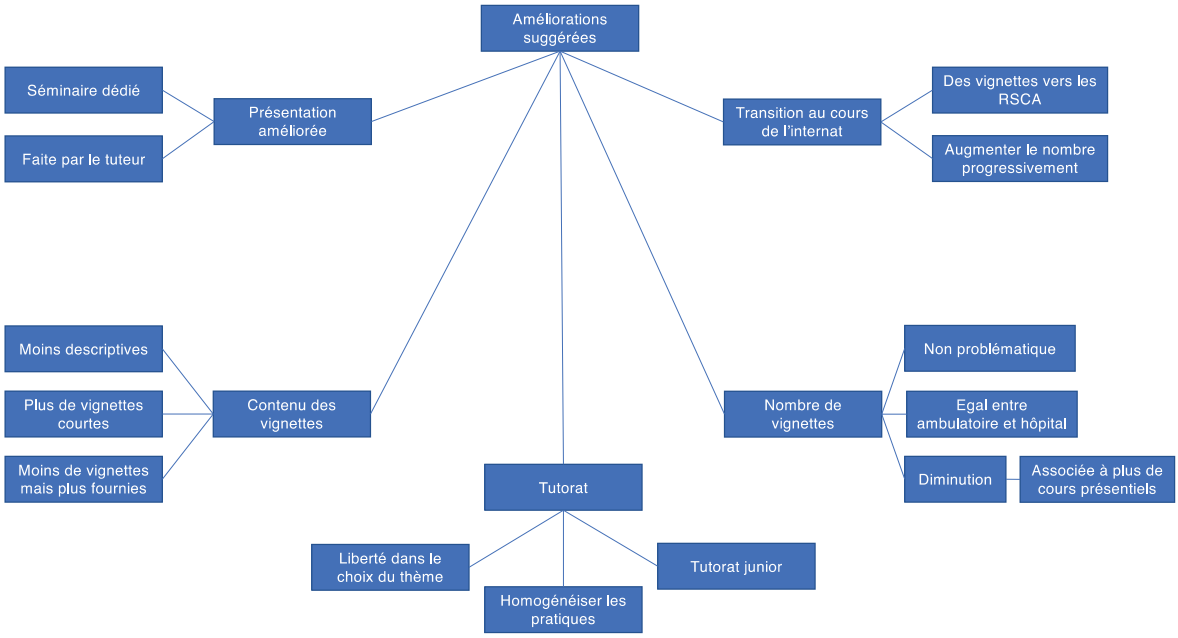


Figure 5. Arbre de codage concernant les améliorations suggérées par les étudiants.

IV. DISCUSSION

A. Rappel des principaux résultats

Ce travail a permis d'explorer le vécu des internes relatif au journal de bord du DES de médecine générale. Le paradigme d'apprentissage a dans l'ensemble été compris par les participants. Cette méthode pédagogique a été vécue comme personnalisée mais nécessitait un temps d'adaptation. Certaines attentes des étudiants relatives à la formation du métier de médecin généraliste, dans sa partie extra-médicale, n'étaient pas développées par cette méthode pédagogique. Le manque de cours présentiels était décrié. Le journal de bord en lui-même a permis l'acquisition de connaissances, dans le domaine médical mais également dans la recherche bibliographique. Concernant la rédaction des vignettes, la description du ressenti dans le récit a été vivement critiquée. Le lien étroit entre le journal de bord et le tuteur était mis en évidence. Celui-ci orientait plutôt négativement le vécu de l'étudiant. Les participants ont proposé plusieurs solutions pour améliorer l'acceptation du journal de bord et le rendre encore plus utile. Ces améliorations concernaient la présentation des vignettes, une modification de leur contenu et du nombre attendu. L'autre axe d'amélioration concernait le tutorat.

B. Forces et faiblesses du travail

A ce jour, ce travail est le seul à avoir étudié le vécu des internes relatif aux vignettes du journal de bord depuis la réforme de l'internat en 2017.

L'enquête qualitative, notamment l'entretien semi-dirigé, était la méthode la plus à même de recueillir des réponses intimes et explicites. La peur du jugement d'autrui ne limitait pas le témoignage des participants.

Le recrutement concernait au départ des internes dans l'entourage de l'investigateur. Il existait un biais de sélection initial, les participants pouvaient avoir le même avis que l'auteur. L'échantillonnage par effet boule de neige et de façon dirigée a permis par la suite de recruter des participants n'ayant eu aucun contact avec l'auteur de la thèse au cours du DES.

Concernant le recueil des données, le guide d'entretien n'avait pas été essayé au préalable dans une autre étude. Aucun enseignant du département de médecine générale en dehors du directeur de thèse n'a relu le guide. Ces deux éléments ont pu être contrebalancés par l'évolution du guide au cours des entretiens et comme tout entretien semi-dirigé, certaines questions ne figurant pas dans le guide ont pu être posées.

Les entretiens ont été réalisés après la validation du DES ou lors du dernier semestre de certains participants, limitant ainsi le biais de mémoire. Ils bénéficiaient d'un recul suffisant pour évaluer cette trace d'apprentissage. L'investigateur était novice dans le recueil de données par entretien individuel, ce qui a pu induire au départ un biais d'investigation. La répétition des entretiens et l'apport de références bibliographiques des techniques d'entretien ont permis l'acquisition de compétences dans ce domaine et ont pu limiter ce biais par la suite.

Le codage des entretiens était également une tâche nouvelle pour l'auteur. Le recours au double codage et à la triangulation des données avec un enseignant du DUMG sur les premiers entretiens ont permis également de palier à ce manque d'expérience.

L'investigateur de cette thèse faisait partie de la promotion de médecine générale iECN 2017. Cela a pu engendrer des conflits d'intérêt avec le sujet de cette thèse. Cependant, il a essayé de faire abstraction de ses avis et opinions au cours de la rédaction dans le but de fournir un résultat le plus objectif possible.

C. Mise en perspective avec la littérature existante

Une étude qualitative réalisée en 2009[17], par *focus-groups* avait recueilli le vécu d'internes lillois relatif à l'instauration d'un journal de bord en stage ambulatoire.

Les principaux résultats retrouvés étaient en accord avec ceux de ce travail. La situation clinique était choisie par l'interne, seul ou avec l'aide de son enseignant clinicien ambulatoire (ECA). Le journal de bord favorisait l'apprentissage d'une pratique réflexive. Les internes interrogés avaient perçu un manque de motivation de la part de leur superviseur et celle-ci pouvait induire un désintérêt de l'interne vis-à-vis

de l'outil. Le format du journal de bord était également critiqué et les internes souhaitaient une amélioration de celui-ci. A la différence de cette thèse, le journal de bord n'était pas considéré comme chronophage mais colliger le travail de recherche l'était. Les internes lillois souhaitaient poursuivre le journal de bord pour leur formation continue, à savoir garder une trace écrite des questions/réponses rédigées dans le but de s'y référer en cas de doute ou de situation similaire vécue.

Plusieurs différences notables étaient présentes avec le journal de bord rouennais. D'une part, c'était le maître de stage qui supervisait les travaux. Cette supervision pouvait biaiser l'appréciation des traces selon les relations MSU-internes. Le ratio tuteur-tuteuré était proche de 1. A l'instauration de la réforme, plusieurs tuteurs rouennais supervisaient jusqu'à cinq étudiants par promotion, soit jusqu'à quinze étudiants sur la troisième année du DES. Cette charge de travail pouvait influencer négativement l'évaluation de l'étudiant par son tuteur ainsi que leur relation. L'augmentation du nombre de tuteurs formés pourrait être une piste d'amélioration à l'acceptation de ce dispositif par les internes.

D'autre part, leur journal de bord se présentait sous forme d'un tableau à 4 colonnes. La date de la situation clinique et sa description succincte se faisaient respectivement dans la première et la deuxième colonne. L'analyse de la situation et la rétroaction de l'ECA étaient rédigées dans la troisième colonne. La définition des axes d'apprentissages et la synthèse des recherches se trouvaient dans la dernière colonne. Aucune description du ressenti de l'étudiant n'était attendue, ce qui peut expliquer la différence de perception dans la durée de rédaction d'une vignette.

Les internes lillois exprimaient la possibilité de s'auto-évaluer par rapport à leur niveau antérieur. En comparaison, un seul participant rouennais a énoncé son auto-évaluation par les vignettes. Ce point pourrait faire l'objet de précision lors de la présentation initiale.

En 2011, Paula[18] a étudié l'évaluation des enseignements du DES de médecine générale rouennais lors de *focus-groups.* La population étudiée concernait les internes de médecine générale rouennais en troisième année. A cette période, le DMG utilisait déjà le paradigme d'apprentissage comme approche pédagogique. D'autres moyens

pédagogiques étaient utilisés pour certifier l'acquisition de compétences de l'interne. Les enseignements étaient composés de séminaires, d'Unités Pédagogiques Locales (UPL) et d'enseignements dirigés (ED). La validation de la partie théorique du DES se faisait par la participation à un minimum de deux tiers des enseignements proposés et la réussite de l'examen terminal d'évaluation des compétences. Les deux outils d'évaluation étaient le Test de Concordance de Script (TCS) et l'Examen Clinique Objectif Standardisé (ECOS).

Plusieurs résultats de notre travail vont dans le sens de cette étude de 2011. Malgré les cours présentiels dont bénéficiaient les internes, ces derniers souhaitaient augmenter leur nombre mais de manière plus orientée vers la pratique de médecin généraliste.

Les participants de la promotion iECN 2017 souhaitaient également augmenter le nombre de séances en petits groupes comme les GEP. Cette technique de travail permet d'écouter le raisonnement de ses co-internes, tout en discutant de l'application de recommandations hospitalo-centrées à la médecine générale. Les situations cliniques sont préparées en amont et permettent de s'autoévaluer sur ses propres compétences. La présentation aux autres internes et la discussion qui en découle permettent de répondre aux problématiques soulevées lors de ces séances. Le fait d'être en petit groupe rend le travail plus dynamique et permet un partage d'expérience, inspiré du groupe Balint[19].

Plusieurs participants de 2011 expliquaient que certaines connaissances n'avaient pu se faire par le biais de cours théoriques. Les stages pratiques permettent de parfaire l'apprentissage de certains domaines du métier de médecin généraliste, à savoir la thérapeutique, le versant administratif, la communication. Ce vécu était similaire chez la promotion iECN 2017. La pratique réflexive était bien prise en compte.

Le rapport enseignant-enseigné était également pointé du doigts en 2011. A ce moment, les internes ne bénéficiaient pas d'un tutorat individuel. Ce tutorat était partagé entre les MSU et les enseignants d'ED. Les étudiants ressentaient pourtant un sentiment d'infantilisation de la part de leurs enseignants généralistes lors des cours. Ce sentiment était également évoqué dans notre étude. Le rôle théorique du

tuteur selon le paradigme d'apprentissage est celui d'un facilitateur d'apprentissage. En pratique, ils n'étaient pas décrits ainsi par la promotion iECN 2017. Ceci peut être expliqué par les difficultés de la formation professionnalisante des adultes. La théorie énoncée plus haut précise que l'apprenant adulte deviendrait autonome et forcément impliqué dans un processus de construction sociale et professionnelle. Cependant, une ancienne revue de la littérature, faite par Gordon[20] en 1991, montrait que les étudiants en médecine étaient peu performants en matière d'auto-évaluation et d'auto-direction de leur apprentissage. L'autonomie dans l'apprentissage et l'auto-évaluation doivent donc être considérées comme des objectifs à atteindre au cours du DES.

Une étude quantitative de 2014 par Cathalan[21] a évalué les opinions des internes de médecine générale français concernant différentes propositions d'évolution vers un DES de médecine générale considéré comme idéal. Il s'agissait d'un questionnaire comportant 26 questions orientées sur les opinions vis-à-vis de la maquette et une partie plus courte sur la partie enseignement théorique. Le nombre de répondants était de 3 366, correspondant à un taux de participation de 23,2%.

Concernant le versant théorique de la formation « idéale », les travaux d'écriture clinique n'étaient considérés comme utiles que par 24,2% de cette population. Le type de trace d'apprentissage n'était pas décrit dans ce travail. Cette enquête a permis de mettre en avant le désintérêt d'une majorité d'étudiants sans expliquer le « pourquoi ». Par le biais des entretiens, notre travail a exploré le ressenti centré sur le journal de bord. Pour une partie des internes interrogés, le désintérêt était également constaté pour des raisons rédactionnelles ou d'ordre relationnel avec le tuteur. Au sujet du tutorat individuel, 41,3% de la population interrogée le considérait comme utile. Les résultats de cette étude quantitative vont également dans le sens de notre travail. Le journal de bord est dépendant de la relation tuteur-tuteuré. Différentes améliorations suggérées pourraient faire évoluer ce vécu positivement.

Les participants souhaitaient plus de cours magistraux en petits groupes et plus de GEP, correspondant au vécu des internes interrogés dans notre travail. Il existe donc un paradoxe entre la volonté d'être autonome de la part des internes et le souhait d'assister à des cours présentiels. Cela peut être expliqué par un passage trop brutal

du paradigme d'enseignement au paradigme d'apprentissage lors du changement de cycle des études médicales.

Brou[22] a évalué en 2019 le vécu des internes strasbourgeois de première année de DES de médecine générale concernant la réforme de 2017. La méthode utilisée était celle des entretiens semi-dirigés. Avant la réforme, le DES de médecine générale utilisait les mêmes méthodes pédagogiques de validation que celles utilisées à Rouen : le mémoire, les TCS et les ECOS.

Au sujet du vécu de la formation hors stage, les internes décriaient un changement trop brutal de méthode pédagogique entre le deuxième cycle et le troisième cycle. Le paradigme d'apprentissage était perçu positivement mais nécessitait un temps d'adaptation et un temps d'appropriation. Ces sentiments étaient partagés par les internes rouennais. L'acquisition d'un nouveau statut, les responsabilités qui en découlent et pour certains internes un changement de région peuvent participer à la perte de repères au début de l'internat.

Le tutorat strasbourgeois était bien perçu par les participants. Ses rôles couvraient la correction des traces d'apprentissage, le vécu des stages et le vécu personnel. Il permettait aussi d'établir un lien entre les internes alsaciens et le DMG. Ces différents rôles étaient également perçus par certains participants rouennais, mais n'étaient pas présents chez tous les tuteurs. Pour plusieurs internes, la supervision des traces d'apprentissage prédominait sur les autres rôles du tuteur voir même le seul et unique rôle du tuteur. Lors d'un entretien, l'un des participants rouennais a mentionné des difficultés ressenties en stage et pendant la période du confinement. Celles-ci n'ont pas fait l'objet d'échange avec le tuteur qui, selon lui, ne se concentrait que sur les traces d'apprentissage. Le tutorat étant un des piliers du paradigme d'apprentissage, la sensibilisation des tuteurs aux difficultés rencontrées par leur interne dans leur pratique pourrait être un levier d'amélioration de cette relation tuteur-tuteuré.

L'outil portfolio, servant à déposer les traces d'apprentissages, était mal compris des participants strasbourgeois. Le manque d'informations à ce sujet et le manque d'aide dans la réalisation des traces d'apprentissage étaient également perçus dans ce travail. Une autre similitude avec notre enquête était le constat d'un manque de

compréhension de l'outil par les tuteurs eux-mêmes. Des tuteurs n'avaient pas encore donné de retour sur les traces écrites de leur tuteuré six mois après leur réalisation, comme décrit par des participants rouennais. Cette réforme touche tant la fonction de l'enseignant que celle de l'enseigné : les deux parties présentent des interrogations initiales. Ce constat a été fait également lors de l'instauration du journal de bord par le DMG de Paris-Est Créteil en 2010[23]. L'appropriation du concept et l'uniformisation des pratiques ont permis aux enseignants rouennais d'acquérir les compétences nécessaires de facilitateur d'apprentissage.

Deux autres constats ont été faits par les étudiant strasbourgeois : le manque de cours magistraux durant leur DES et l'utilisation du portfolio comme un contrôle des apprentissages par le DMG. Ces deux éléments vont de pair avec le changement de méthode pédagogique entre le deuxième cycle et le troisième cycle. Depuis le début de sa scolarité, l'étudiant reçoit les connaissances de l'enseignant et le contrôle de ces connaissances s'effectue par le biais d'examens sanctionnant. Ce changement radical entre les deux méthodes pédagogiques pourrait se faire de manière plus progressive. La diminution des cours magistraux au cours du DES laisserait place à un apprentissage par l'interne lui-même en s'auto-questionnant sur les situations problématiques qu'il a rencontrées.

Gosselin[24] a étudié cette année le point de vue des étudiants de 3ème cycle de médecine générale à Rouen au sujet de la réforme dans son ensemble.
L'évaluation du degré de satisfaction s'est faite par un questionnaire utilisant une échelle de Likert de 0 à 10 sur l'ensemble des méthodes pédagogiques utilisées depuis la réforme de 2017. Ce questionnaire a été diffusé sur la page Facebook des trois promotions par le SIREHN-IMG, syndicat des internes de médecine générale de Rouen. Un mail universitaire a également été envoyé aux trois promotions par la plateforme du DUMG. La population concernée par le recrutement était les promotions iECN de 2017, 2018 et 2019. Le taux de participation était de 37.5%.

Ses principaux résultats concernant la formation et la certification par les vignettes sont en accord avec notre travail. La formation par les vignettes obtenait une moyenne de 3.46 avec plus de la moitié des participants jugeant leur satisfaction avec une note inférieure à trois. Il existait cependant une différence significative entre les 3

promotions. Cette différence peut être expliquée par la diminution du nombre de vignettes exigées par semestre suite aux annonces du DMG en 2020. Au sujet de la certification, par les vignettes, des compétences attendues pour un médecin généraliste, la moyenne des taux de satisfaction était de 2.95 avec 66% des participants attribuant une note inférieure à 3. Le journal de bord semblerait ne pas convenir aux étudiants de troisième cycle, autant sur la partie formative que certificative. Cette insatisfaction peut être expliquée par un apprentissage et une transcription écrite de ces derniers jugés chronophages. En effet, la réalisation d'une seule vignette nécessitait en moyenne 4.85 heures d'après cette thèse quantitative. Cette durée d'une demi-journée de formation a été citée plusieurs fois dans notre travail.

Une différence notable entre notre travail et les résultats de cette enquête concerne la formation par le tutorat et la validation des traces d'apprentissage par le tuteur. Le taux de satisfaction de la formation par le tutorat individuel obtenait une moyenne de 5.99 avec presque 49% des internes interrogés l'évaluant à plus de sept. En revanche, il n'existait pas de différence significative entre les promotions sur ce thème. La validation des traces par le tuteur était notée à 5.22. La première hypothèse de cette différence entre les deux thèses pourrait être la non-représentativité de notre échantillon par rapport à la population étudiée. L'autre hypothèse serait que la prise d'expérience des tuteurs, associée aux différentes formations d'homogénéisation, ont permis la pleine acquisition des compétences de formation attendues dans le paradigme d'apprentissage.

D. Les changements observés depuis la fin du travail

Pendant la réalisation de cette thèse, les DUMG rouennais a modifié les conditions de validation du DES. Cette modification s'est faite suite aux retours des différents étudiants et tuteurs. Le journal de bord ne concerne maintenant que les stages réalisés en ambulatoire et le semestre aux urgences en phase socle. Cinq vignettes sont attendues par semestre pendant le SN1 et le SASPAS, accompagnées d'un RSCA. Lors des stages hospitaliers, seul un RSCA doit être validé. L'augmentation du nombre de tuteurs formés à cette nouvelle méthode pédagogique va probablement modifier la perception des étudiants.

Il serait intéressant de réaliser une nouvelle étude qualitative sur le ressenti des nouvelles promotions concernées par ce changement. L'évaluation du ressenti des tuteurs pourrait également faire l'objet d'un travail afin d'étudier certains freins à cette méthode pédagogique.

Il n'existe pas, à notre sens, de modèle pédagogique idéal pour l'apprentissage des étudiants. A la manière de la relation centrée-patient dans les décisions prises en médecine générale, la relation tuteur-tuteuré devrait être personnalisée. Cette personnalisation pourrait permettre d'obtenir une collaboration sur les traces écrites d'apprentissage tout en assurant les autres rôles attendus par les étudiants.

CONCLUSION

Cette étude s'est intéressée au vécu, aux perceptions et attentes des internes rouennais relatifs aux vignettes du journal de bord. L'hypothèse était que cet outil était peu apprécié par les étudiants. Le changement de paradigme était compris par la plupart des participants mais ne faisait pas l'unanimité. Plusieurs d'entre eux déploraient le manque de cours présentiels. La partie rédactionnelle était vécue négativement et jugée comme chronophage, pouvant être un frein aux divers projets de l'interne. Néanmoins, les vignettes ont permis l'acquisition de connaissances dans les champs bio-psycho-social mais également dans la recherche bibliographique. Les internes ont indiqué qu'ils ne poursuivraient pas le journal de bord sous cette forme dans leur future pratique. La place des vignettes dans l'évaluation de l'interne était considérée comme trop importante. Le lien étroit entre le journal de bord et le tuteur orientait plutôt négativement le vécu de l'étudiant. L'hétérogénéité entre les attentes des différents tuteurs a été également évoquée. L'objectif secondaire était de pouvoir trouver des pistes d'amélioration au dispositif actuel. Les participants ont proposé plusieurs solutions pour favoriser l'acceptation du journal de bord et le rendre encore plus utile. Ces améliorations concernent la présentation initiale des vignettes avec la proposition d'un séminaire dédié, une modification de leur contenu et du nombre attendu. Une transition au cours de l'internat était également proposée. L'autre axe d'amélioration concerne le tutorat où une homogénéisation dans la pratique des tuteurs était souhaitée. Pendant la réalisation de ce travail, le nombre de vignettes attendu a été diminué. Des formations ont été proposées aux différents tuteurs dans le but de réduire l'hétérogénéité perçue par les étudiants dans les corrections. Il serait intéressant d'étudier le vécu des nouvelles promotions suite à ces changements et le ressenti des tuteurs relatifs au journal de bord dans le but de perfectionner cet outil.

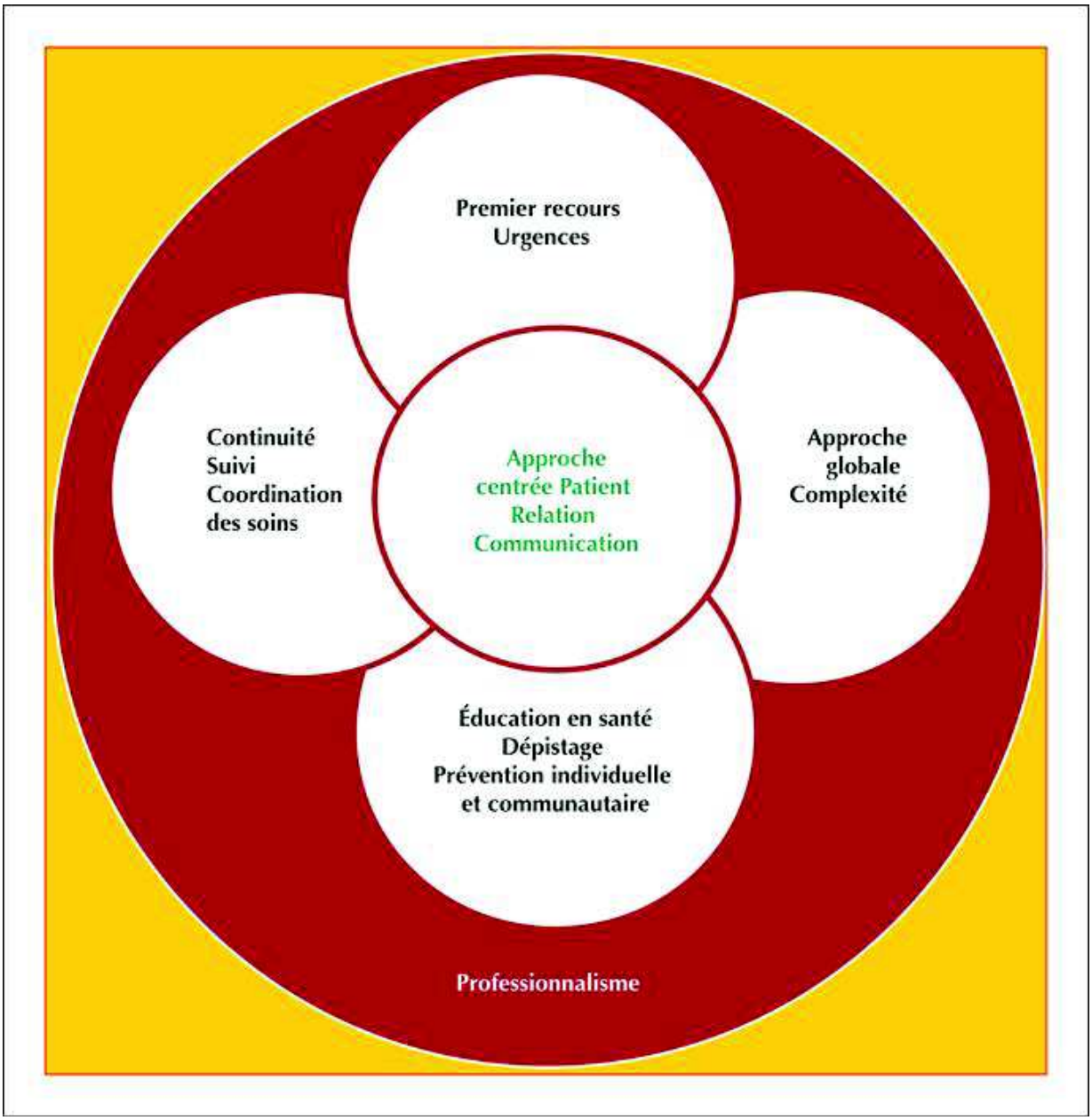
BIBLIOGRAPHIE :

1. Legifrance. Arrêté du 12 avril 2017 portant organisation du troisième cycle des études de médecine [En ligne]. https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000034419758 Consulté le 18/11/2020
2. Collège national des généralistes enseignants. Concepts et principes pédagogiques. Mars 2013. [En ligne] https://www.cnge.fr/la_pedagogie/concepts_et_principes_pedagogiques/ Consulté le 4 avril 2021.
3. Romainville M. L'évaluation des acquis des étudiants dans l'enseignement universitaire. Paris : avis du Haut Conseil de l'évaluation de l'école, 2002. [En ligne]. https://www.vie-publique.fr/rapport/26016-levaluation-des-acquis-des-etudiants-dans-lenseignement-universitaire. Consulté le 04/01/2020.
4. Kaufman D. L'éducation centrée sur l'enseignant ou centrée sur l'apprenant : une fausse dichotomie. Pédagogie médicale. 2002 [En ligne]. https://www.pedagogie-medicale.org/articles/pmed/pdf/2002/03/pmed20023p145.pdf Consulté le 29 avril 2021.
5. Jouquan J, Bail P. A quoi s'engage-t-on en basculant du paradigme d'enseignement vers le paradigme d'apprentissage ? Pédagogie médicale. 2003;4(3):163-75.
6. Tardif J. L'évaluation dans le paradigme constructiviste. In: Hivon R. (Dir.) L'évaluation des apprentissages. Réflexions, nouvelles tendances et formation. Sherbrooke : Éditions du CRP; 1993:27-56 passim. [En ligne] https://parisouest.cnge.fr/doc/Tardif.pdf Consulté le 24 septembre 2020
7. Université de Sherbrooke. Définition de la compétence par Jacques Tardif. Décembre 2018. [En ligne] https://www.usherbrooke.ca/ssf/veille/perspectives-ssf/numeros-precedents/decembre-2018/le-fin-mot-competence-selon-tardif/ Consulté le 13/02/2021
8. WONCA Europe, Définition européenne de la médecine générale – médecine de famille. 2002. [En ligne]. https://www.woncaeurope.org/file/afaa93f5-dc46-4b0e-8546-71ebf368f41c/WONCA%20definition%20French%20version.pdf Consulté le 14 avril 2021.
9. Shaw E, Oandasan I, Fowler N, éds. CanMEDS-MF 2017 : Un référentiel de compétences pour les médecins de famille dans tout le continuum de formation. Mississauga, ON : Collège des médecins de famille du Canada ; 2017 [En ligne]. https://portal.cfpc.ca/resourcesdocs/uploadedFiles/Resources/Resource_Items/Health_Professionals/CanMEDS-Medecine-familiale-2017-FR.pdf Consulté le 14 avril 2021.
10. Attali C, Bail P, Magnier AM, Beis JN, Ghasarossian C, Gomes J et Al. Compétences pour le DES de médecine générale. Exercer 2006;76:31-32. [En ligne]. https://parisouest.cnge.fr/doc/Attali_Bail.pdf Consulté le 14 avril 2021

11. Compagnon L, Bali P, Huez JF, Stalnikiewicz B, Ghasarossian C, Zerbib Y et Al. Définitions et descriptions des compétences en médecine générale. Exercer 2013;108:148-55.
12. Attali C, Huez JF, Valette T, Lehr-Drylewicz AM. Les grandes familles de situations cliniques. *Exercer* 2013;108:165-9.
13. Naccache N, Samson L, Jouquan J. Le portfolio en éducation des sciences de la santé : un outil d'apprentissage, de développement professionnel et d'évaluation. Pédagogie médicale 2006;7:110-27. [En ligne] https://www.cnge.fr/media/docs/cnge_site/cnge/Naccache_Portfolio_1.pdf Consulté le 27/03/2021
14. DES Médecine Générale à Rouen – Mode d'emploi étudiant;2017
15. Département universitaire de Médecine Générale de Rouen. Validation du DES - Promotion iECN 2017. [En ligne] https://dumg-rouen.fr/ Consulté le 04/04/2021
16. Aubin-Auger I, Mercier A, Baumann L, Lehr-Drylewicz, Imbert P, Letrilliart L et Al. Introduction à la recherche qualitative. Exercer. 2008;84:142-145.
17. Ndrianasy S, Cadwallader JS, Stalnikiewicz B, Leruste S. Instauration du journal de bord en stage ambulatoire à Lille : le vécu des internes. Exercer 2011;98:136-40
18. Paula Palma S. Evaluation des enseignements du DES de médecine générale de Rouen : une étude qualitative par focus-group. [Thèse d'exercice de médecine générale]. Rouen;2011, 123p.
19. Cairn. Le groupe Balint, une autre façon de penser le soin. 2009. [En ligne] https://www.cairn.info/revue-le-journal-des-psychologues-2009-7-page-29.htm Consulté le 08/04/2021
20. Gordon MJ. A review of the validity and accuracy of self-assesments in health professions training. Acad Med *1991;66:762-9.* [En ligne] https://journals.lww.com/academicmedicine/Abstract/1991/12000/A_review_of_the_validity_and_accuracy_of.12.aspx. Consulté le 8 mai 2021
21. Cathalan T, Ferrat E, Compagnon L, Chasarossian C, Gocko X, Boulet P et Al. Opinions des internes sur les modifications à apporter au DES de médecine générale pour en faire un DES « idéal ». Exercer 2017;131:131-9.
22. Brou C. La réforme du troisième cycle de médecine générale : vécu de la première année par les internes de médecine générale en Alsace. [Thèse d'exercice de médecine générale]. Faculté de médecine de Strasbourg;2019.53p
23. Chartier S, Ferrat E, Djassibel M, Bercier S, Compagnon L, Mollereau-Salviato ML. Mise en œuvre d'un programme d'apprentissage dans une logique de compétence : difficultés et propositions. Exercer 2012;103:169-74.
24. Gosselin E. Évaluation de la mise en place de la reforme 2017 du point de vue des étudiants de 3e cycle de médecine générale à Rouen. [Thèse d'exercice de médecine générale]. Faculté de médecine de Rouen;2021,79p

ANNEXES :

Annexe 1 : Marguerite des compétences



Annexe 2 : Les niveaux de compétences

COMPETENCE : RELATION, COMMUNICATION, APPROCHE CENTREE PATIENT	
<u>Définition</u> : Capacité à construire une relation avec le patient, son entourage, les différents intervenants de santé, ainsi que les institutionnels, en utilisant dans les différents contextes les habiletés communicationnelles adéquates, dans l'intérêt des patients.	
Niveau	**Description du niveau**
Novice	• Accepte l'idée qu'il doit entrer en relation avec le patient pour exercer la médecine générale • Connait quelques fondements théoriques de la communication, la différence entre relation et communication • Connaît les caractéristiques fondamentales de la relation médecin malade. • Identifie les difficultés inhérentes à la mise en pratique des habiletés relationnelles et communicationnelles et repère que l'acquisition des compétences et des capacités dans le domaine de la relation et de la communication doivent faire l'objet d'une formation. • Mène un entretien directif, interprète les données avec une grille de lecture majoritairement de nature « bio médicale », y perçoit des limites en termes de perception et de compréhension de la situation clinique. • Utilise principalement une communication verbale • Explique les décisions et espère obtenir l'adhésion du patient • Communique avec l'entourage des patients à partir de ce qu'il pense être important pour le patient. • Communique avec différents intervenants en utilisant différents médias
Intermédiaire	• Identifie les données communicationnelles et relationnelles qui participent à la démarche décisionnelle • Dans l'analyse d'une consultation, peut utiliser certaines notions de psychologie médicale afin de mieux comprendre le patient et le sens de ses réactions. (voir aussi approche globale et complexité) • Dans les situations courantes, construit une relation en s'appliquant à utiliser les habiletés d'une communication centrée patient. • Accepte l'idée que l'on ne peut tout aborder et tout régler dans le temps d'une seule consultation • Repère et exprime ses difficultés relationnelles et communicationnelles • Communique avec l'entourage du patient, en utilisant les mêmes habiletés qu'avec le patient, en étant attentif au secret médical • Met en œuvre une relation avec les intervenants (y compris paramédicaux et médicosociaux) en adaptant les moyens de communication et d'information à la situation et à l'intervenant avec lequel il communique

Compétent	• En dehors des situations très complexes, mène en autonomie un entretien centré patient et structure ce dernier. • Dans les conditions habituelles, de complexité modérée, est capable de gérer les émotions, de rester empathique et respectueux. • Dans les conditions habituelles, de complexité modérée, est capable de mettre en place une relation de soutien, à effet psychothérapeutique bénéfique pour le patient • Lors de situations et/ou de relations qui posent problème (agressivité, séduction, sympathie, rejet etc.) construit et tente de maintenir la relation tout en se questionnant sur la nature de celle-ci • Communique sur ses erreurs en tenant compte de l'avis du patient et en acceptant d'être remis en cause. • Dans les conditions habituelles, réfléchit à sa capacité communicationnelle avec le patient et son entourage. • Met en œuvre avec les intervenants médicaux, médicosociaux et l'entourage du patient, une relation opérationnelle dans l'intérêt du patient.

APPROCHE GLOBALE, PRISE EN COMPTE DE LA COMPLEXITE	
<u>Définition</u> : Capacité à mettre en œuvre une démarche décisionnelle centrée patient selon un modèle global de santé (EBM, Engels etc.) quel que soit le type de recours de soins dans l'exercice de Médecine Générale.	
Niveau	**Description du niveau**
Novice	• Explore certains aspects de la situation clinique en les segmentant de façon analytique et en privilégiant l'aspect bio médical aux dépens des aspects psycho sociaux. • Utilise le temps de la consultation et de l'examen clinique pour le recueil des données principalement bio médicales. • Entrevoit qu'il existe des données psycho sociales, culturelles, éthiques, juridiques et administratives dans la démarche décisionnelle et qu'il est nécessaire de les prendre en compte. • Accepte l'idée que s'occuper du patient ne se réduit pas à se centrer sur sa maladie mais que cette démarche n'est pas évidente pour lui. • Cherche à améliorer ses connaissances pour trouver la bonne réponse à une situation.
Intermédiaire	• A conscience qu'une situation clinique ne peut pas se réduire au diagnostic médical et qu'il est nécessaire d'intégrer d'autres aspects pour comprendre et gérer cette situation clinique. • Tente de passer du diagnostic médical à un diagnostic qui intègre une partie du contexte sans pour autant qu'il s'agisse d'un diagnostic de situation (voir le référentiel métier compétence). • Lors d'une consultation il peut utiliser certaines notions de psychologie médicale afin de mieux comprendre le sens de ses propres réactions et celles du patient dans le but d'aider ce dernier • Est en mesure de réévaluer une situation, de changer d'analyse de cette situation lors des recours suivants pour intégrer de nouvelles données après réflexion. • Change de registre pour comprendre mieux la situation et modifie sa posture initiale si besoin. • A conscience qu'il existe des temporalités différentes entre le médecin et le patient dans toutes les situations, en particulier en cas de discordance (temps nécessaire à chaque patient). • Accepte l'idée qu'il existe plusieurs réponses acceptables en fonction des différentes analyses possibles. De ce fait, prend en compte une partie de la complexité en situation. Reconnaît la place de l'incertitude dans la démarche décisionnelle.
Compétent	• Dans les situations habituelles, tient compte des données émanant de plusieurs champs et de plusieurs sources, tente de les intégrer dans une décision centrée patient. • Prend le temps nécessaire et suffisant pour explorer une situation. Laisse le temps au patient de métaboliser. • Gère simultanément plusieurs problèmes de nature différente en les hiérarchisant. • Utilise le temps comme allié, comme une aide à la décision en adéquation avec la situation du patient. • En fonction des situations, est en mesure de modifier sa posture. • Dans les conditions habituelles, de complexité modérée, est capable de mettre en place une relation de soutien, à effet psychothérapeutique bénéfique pour le patient • Fait la différence entre incertitude personnelle et incertitude professionnelle

EDUCATION, PREVENTION, DEPISTAGE, SANTE INDIVIDUELLE ET COMMUNAUTAIRE	
<u>Définition</u> : Capacité à accompagner « le » patient dans une démarche autonome visant à maintenir et améliorer sa santé, prévenir les maladies, les blessures et les problèmes psychosociaux dans le respect de son propre cheminement, et donc à intégrer et à articuler dans sa pratique l'éducation et la prévention.	
Niveau	**Description du niveau**
Novice	• Accepte la place et l'importance des différentes composantes de cette grande compétence dans l'activité du généraliste, • Définit ce que recouvrent les 3 niveaux de prévention de l'OMS, primaire, secondaire et tertiaire, • Possède des notions de ce que recouvre l'éducation du patient avec ses 3 niveaux d'activité, du plus général au plus spécifique : l'éducation pour la santé du patient, l'éducation du patient à sa maladie et l'éducation thérapeutique du patient (se reporter aux définitions dans le mode d'emploi). • Se sent responsable de la gestion de la santé du patient. • Argumente ses propositions dans le but d'obtenir l'adhésion du patient, par une approche logique centrée sur son propre raisonnement et sans tenir compte des représentations du patient
Intermédiaire	• Réalise des consultations dédiées à la prévention en les intégrant aux soins à partir de la demande du patient et de ses contraintes de médecin, • Réalise les démarches et gestes de prévention dans les situations les plus simples, • Repère et exprime ses difficultés à changer de posture de soignant, • Cherche la collaboration et le soutien de l'entourage familial pour aider le patient, • Travaille avec d'autres intervenants impliqués dans la prévention et l'éducation du patient
Compétent	• Intègre couramment dans son activité de soins et dans la durée des moments dédiés à la prévention individuelle, au dépistage organisé et à l'éducation du patient, • Accompagne le patient dans une démarche d'éducation à sa santé (posture d'éducateur), • Clarifie les tensions entre enjeux individuels et collectifs de la prévention pour rechercher l'adhésion du patient, • Collabore activement avec d'autres intervenants impliqués dans la prévention et l'éducation du patient

PREMIER RECOURS, URGENCES	
<u>Définition</u> : capacité à gérer avec la personne les problèmes de santé indifférenciés, non sélectionnés, programmés ou non, selon les données actuelles de la science, le contexte et les possibilités de la personne, quelque soit son âge, son sexe, ou toutes autres caractéristiques, en organisant une accessibilité (proximité, disponibilité, coût) optimale..	
Niveau	**Description du niveau**
Novice	• Accepte toutes les plaintes qui lui sont faites, en particulier du champ biomédical. • Evoque et identifie les grandes urgences vitales et sait prévenir les structures d'urgences pour les adresser dans les services adéquats. • Prend conscience de l'amplitude du champ d'activités possibles en exercice ambulatoire et s'interroge sur ses capacités à y faire face.
Intermédiaire	• Recueille, accepte sans rejeter et analyse les demandes explicites les plus fréquentes, tente de les gérer en repérant la demande réelle en essayant de les hiérarchiser dans une vision centrée maladie plus que patient et tenant compte des prévalences liées au contexte. • Fait des tentatives de repérer la demande réelle derrière la plainte alléguée, en essayant d'intégrer les antécédents et le contexte de vie du patient ; mais peine à élargir sa vision centrée maladie et a besoin de soutien sous la forme de supervision pour se centrer patient. • Décide sans avoir systématiquement obtenu un diagnostic de maladie et accepte d'en parler au patient. • Accepte l'idée que les demandes urgentes recouvrent aussi des urgences ressenties. • Etend peu à peu le champ de ses capacités interventionnelles et fait bénéficier de façon pertinente les problèmes ou situations de patients qui nécessitent une intervention extérieure. • Elargit le contenu de la consultation à la prise en compte d'autres problèmes de santé
Compétent	• Fait face aux plaintes les plus prévalentes de premier recours en mobilisant des ressources internes et externes permettant leurs résolutions. • S'organise pour faire face aux plaintes les plus prévalentes de premier recours en participant aussi à la permanence de soins. • Fait des diagnostics de situations • Evoque les stades précoces des maladies et en dehors des situations d'urgence se donne le temps (cf suivi). • Evoque la possibilité de symptômes bio médicalement inexpliqués (SBI) • Elargit le champ de la consultation aux autres dimensions de la consultation et aux autres problèmes de santé en programmant éventuellement des actions de prévention en accord avec le patient. • Gère les urgences ressenties par le patient. • Collabore avec les autres intervenants et assume ses responsabilités.

CONTINUITE, SUIVI, COORDINATION DES SOINS AUTOUR DU PATIENT	
Définition : **Capacité à assurer la continuité des soins et la coordination des problèmes de santé du patient engagé dans une relation de suivi et d'accompagnement.**	
Niveau	**Description du niveau**
Novice	• Accepte l'idée qu'il va être amené à revoir les patients • Utilise le dossier médical • Fait volontiers appel à d'autres intervenants sur des critères décisionnels centrés sur le biomédical et le médecin • Transmet les informations nécessaires à la continuité des soins • Utilise et prend en compte les informations des autres intervenants • Met en place une relation médecin malade basée sur une posture expert « haute » et perçoit ses limites • Se rend disponible pour la permanence des soins.
Intermédiaire	• Utilise le temps dans la démarche décisionnelle dans certaines situations • Prend en compte les problèmes et les plaintes afin d'organiser le suivi • Construit une relation dans le temps en essayant de faire participer le patient à la décision et à la démarche. • Utilise et renseigne le dossier médical dans une optique de suivi • Fait le lien entre les différents moments ponctuels de recours • Met en œuvre une relation avec les intervenants, en particulier paramédicaux et médicosociaux, en adaptant les moyens de communication et d'information à la situation et à l'intervenant avec lequel il communique (cf. communication)
Compétent	• Conçoit que le patient a une histoire personnelle et une vie qui déterminent ses traits de caractère et qui influencent le type de suivi • Hiérarchise les plaintes et les problèmes et établit un suivi centré patient • Utilise le temps comme allié, comme une aide à la décision en adéquation avec la situation du patient • Choisit les intervenants en accord avec le patient selon des critères bio-psycho-sociaux • Analyse les avis des différents intervenants, les synthétise pour prendre une décision centrée patient • Utilise le dossier médical pour programmer un suivi dans une perspective, de promotion de la santé au niveau individuel et collectif, de prévention et de dépistage. • Collabore à la continuité et la coordination du maintien à domicile • Participe à l'organisation de l'accessibilité aux soins y compris lors de ses absences

PROFESSIONNALISME	
<u>Définition</u> : capacité à assurer l'engagement envers la société et à répondre à ses attentes, de développer une activité professionnelle en privilégiant le bien être des personnes par une pratique éthique et déontologique, d'améliorer ses compétences par une pratique réflexive dans le cadre de la médecine basée sur des faits probants, d'assumer la responsabilité des décisions prises avec le patient.	
Niveau	**Description du niveau**
Novice	• Entrevoit un projet professionnel • Accepte son rôle d'interne • Présente un engagement altruiste envers le patient • Participe aux formations théoriques et pratiques du D.E.S
Intermédiaire	• Manifeste un engagement pour la médecine générale • S'occupe du patient avec altruisme, honnêteté, dans le respect des règles déontologiques • Prend conscience de besoin d'acquisition permanente de nouvelles connaissances afin d'améliorer ses compétences. • Défini des objectifs de formations en fonction de son projet professionnel. • Organise son temps de travail
Compétent	• Assume sa responsabilité envers le patient et la société • Collabore avec les autres soignants • Organise son outil et son temps de travail • Améliore ses compétences • Prend en charge le patient avec altruisme • S'implique dans le rayonnement de la discipline

Annexe 3 : Guide d'entretien

Questions et thèmes abordés

1- Comment vous a-t-on présenté le journal de bord ?

- *Vécu de l'introduction du journal de bord*
- *comment vous a-t-on présenté les objectifs et le mode d'emploi ?*
- *Est-ce que ce fut facile de s'approprier le concept ?*
- *Connaissance sur le paradigme d'apprentissage versus paradigme d'enseignement ?*

2- Quel est, pour vous, l'objectif du journal de bord ?

- *Évalue la place du journal de bord dans leur formation :*
- *autoformation ?*
- *par rapport au portfolio ?*
- *par rapport aux travaux de recherche ? Thèse ? Diplôme universitaire ?*

3- Comment vivez-vous la rédaction du journal de bord ?

- *Place du vécu de l'interne*
- *Sur quels critères choisissez-vous une situation ?*
- *Quand ?*
- *Place de la recherche personnelle ?*
- *Durée et quantité de rédaction d'une vignette ?*

4- Quel est, selon vous, le rôle de votre tuteur ? Quelle est sa fonction ?

- *Sur le choix de la situation ? Pour la définition de l'axe d'apprentissage ?*
- *Sur les rétroactions orale et écrite (doublon ou complémentaire ? Délai de réponse ?)*
- Autres rôles ?

5- Avez-vous ressenti des difficultés dans l'élaboration du journal de bord ?

Devenir du journal de bord

- *Pensez-vous que les vignettes ont été utiles pour votre formation de futur praticien ?*
- *Pensez-vous poursuivre le journal de bord dans vos pratiques ultérieures ?*
- *Si non, pourquoi ?*

6- Avez-vous des améliorations à suggérer ?

Annexe 4 : Questionnaire quantitatif

Questionnaire quantitatif

- Âge :
- Sexe :
- Faculté d'origine avant passage ECN :
- Utilisation d'un portfolio pendant l'externat :
- Formations optionnelles (FST/DIU) :
- Choix de la médecine générale
    - La MG était mon 1er choix car je voulais être médecin généraliste avec une pratique ambulatoire ;
    - La MG était mon 1er choix car ce DES me permettait de réaliser mon projet professionnel (FST, DIU …) ;
    - La MG n'était pas mon 1er choix, je désirais faire une autre spécialité ;
    - La MG était un choix contraint, seule option dans l'inter-région désirée ;
    - Autre raison :
- Vie personnelle
    - Célibataire ou en couple :
    - Enfants :
    - Logement personnel ou vie à l'internat :
    - Distance domicile – hôpital :
    - Distance domicile – Faculté de médecine :

Annexe 5 : Formulaire de consentement

UNIVERSITÉ DE ROUEN NORMANDIE | Normandie Université | dpo Déléguée à la protection des données

INFORMATIONS RELATIVES A LA PARTICIPATION A UNE ETUDE

Madame, Monsieur,

Interne de médecine générale à l'Université de Rouen, je réalise ma thèse sur le vécu des vignettes par les internes de médecine générale de la Faculté de Rouen. A ce titre, je vous sollicite pour participer à une séance de focus-group visant à recueillir votre ressenti à ce sujet.

Afin de vous contacter, j'ai obtenu vos noms et coordonnées auprès du département de médecine générale de Rouen sur la base juridique de la mission d'intérêt public (recherche scientifique) dont est investie l'Université de Rouen Normandie. Ces données seront supprimées à l'issue de la séance de focus-group si vous consentez à y participer, ou lorsque vous m'aurez notifié votre refus d'y participer.

Au sujet des données personnelles vous concernant issues de la séance de focus, leur utilisation est basée sur votre consentement. Vous pouvez le retirer à tout moment sans porter atteinte à la licéité du traitement effectué avant le retrait. Si vous refusez que vos données personnelles soient utilisées, vous ne pourrez pas participer à cette étude.

Avec votre accord, notre entretien fera l'objet d'un enregistrement audio qui sera détruit dès retranscription écrite. Les données issues de ces entretiens seront, quant à elles, supprimées ou anonymisées dans un délai maximum de trois mois suivant la soutenance de ma thèse.

La seule personne, autre que moi-même, susceptible d'accéder aux données vous concernant est mon directeur de thèse, Dr Emmanuel HAZARD. Aucune information directement identifiante vous concernant ne figurera dans la thèse produite.

Vous disposez de droits sur vos données, vous pouvez ainsi :

- Demander l'accès aux données à caractère personnel vous concernant
- Demander la rectification ou l'effacement de ces données
- Vous opposer au traitement
- Demander la portabilité de vos données
- Définir des directives relatives au sort des données après votre mort

Ces droits peuvent être exercés auprès du Délégué à la protection des données (DPO) de l'Université de Rouen qui peut être contacté :

par mail à l'adresse dpo@univ-rouen.fr

par courrier à l'adresse Délégué à la protection des données,
Direction des affaires juridiques et statutaires,
Université de Rouen Normandie,
1 rue Thomas Becket,
76821 MONT SAINT AIGNAN.

Si vous estimez que vos droits n'ont pas été respectés, vous avez également la possibilité d'introduire une réclamation auprès d'une autorité de contrôle. En France, cette autorité est la CNIL.

Annexe 6 : Caractéristiques des participants

Tableau résumant les caractéristiques des participants

Participant	Âge	Sexe	Faculté d'origine	Durée entretien	Entretien	Formations optionnelles (FST/DIU)	Célibataire ou en couple	Enfants	Logement personnel ou vie à l'internat	Distance domicile - hôpital :	Distance domicile - faculté de médecine :
1	28	F	ROUEN	13min36	Physique	DU Gynécologie médicale	En couple	0	Logement personnel	20	90
2	28	M	ROUEN	21min52	Physique	DU Initiation à l'acupuncture	En couple	0	Logement personnel	20	90
3	27	M	ROUEN	22min30	Physique	NON	En couple	0	Logement personnel	15	100
4	26	M	ROUEN	11min46	Appel	NON	Célibataire	0	Internat et logement personnel	0,3	0,3
5	29	F	CAEN	17min03	Visio-conférence	NON	En couple	2	Logement personnel	20	90
6	29	F	UPEC	14min32	Appel	DIU Accueil des urgences en service de pédiatrie	En couple	0	Logement personnel	15	1
7	27	F	ROUEN	16min10	Appel	NON	En couple	0	Logement personnel	15	90
8	28	F	ROUEN	10min47	Appel	NON	Célibataire	0	Logement personnel	50	5
9	29	M	ROUEN	43min32	Visio-conférence	NON	Célibataire	0	Logement personnel	45	1
10	33	F	ROUEN	15min10	Appel	DU Gynécologie médicale	En couple	0	Logement personnel	20	1
11	28	M	ROUEN	27min49	Appel	NON	En couple	0	Logement personnel	50	1
12	28	M	ROUEN	20min	Appel	DIU Médecine Manuelle Ostéopathie	En couple	0	Logement personnel	25	1
13	29	M	AMIENS	19min26	Appel	NON	En couple	0	Logement personnel	40	2

RESUME

Introduction : Le passage du deuxième au troisième cycle des études médicales est synonyme d'évolution du mode d'apprentissage depuis la réforme de 2017. L'approche centrée sur l'apprentissage fait suite à celle centrée sur l'enseignement. Ce travail s'est intéressé au vécu des internes de médecine générale rouennais concernant l'un des outils pédagogiques de ce nouveau paradigme : le journal de bord.
Méthode : Etude qualitative inspirée de l'approche par théorisation ancrée. Le recueil s'est fait par des entretiens individuels. Les participants de fin de troisième année de DES ont été recrutés par effet boule de neige et de façon dirigée.
Résultats : L'outil en lui-même a permis l'acquisition de nouvelles connaissances. La pratique réflexive, issue du paradigme d'apprentissage, a été globalement appréciée. Les internes percevaient négativement la rédaction des vignettes du journal de bord et notamment le lien trop étroit entre le tuteur et la validation de ces traces d'apprentissage. Plusieurs améliorations ont été suggérées dans le but d'améliorer la perception du journal de bord.
Conclusion : le journal de bord ne doit pas être figé tel qu'il est mais évolutif avec une prise en compte du vécu des étudiants dans le but de le parfaire.

Mots-clés : Journal de bord, Vécu des internes, Portfolio, Paradigme d'apprentissage, Pratique Réflexive, Réforme 2017, Etude qualitative

ABSTRACT

Intro: The transition between the second to third cycle of medical studies was different due to the reform of 2017, in which the teaching-centered approach had been replaced by a learning-centered approach. This work was interested in the experiences of general practitionner trainees in Rouen, regarding one of the educational tools of this new paradigm: the logbook.

Method: Qualitative research using grounded theory. The collection of data was done through individual interviews. The participants at the end of the third year of GP residency were recruited by snowballing and purposeful sampling.

Results: The tool itself enabled the acquisition of new knowledge. Reflective practice, resulting from the learning paradigm, was generally appreciated. The interns negatively perceived the writing of the logbook and, in particular, the close link between the tutor and the validation of these methods of learning. Several improvements have been suggested in order to improve the perception of the logbook.

Conclusion: The logbook should become a living document which continues to take student experiences into account. This will produce an increasingly precise record.

Key-words: Logbook, trainees perception, Portfolio, learning-centered approach, Reflexive practice, 2017's reform, qualitative research