

UNIVERSITÉ DE LILLE 2 DROIT ET SANTÉ
FACULTÉ DE MÉDECINE HENRI WAREMBOURG
Année : 2024

THÈSE POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT
DE DOCTEUR EN MÉDECINE GÉNÉRALE

**Intérêt pédagogique de la tenue du journal de bord selon les internes de
médecine générale de la faculté de Lille**

Présentée et soutenue publiquement le 03 avril 2024 à 16h00
au Pôle Formation

par Axèle SAMUT

JURY

Président :

Madame le Professeur Florence RICHARD

Assesseurs :

Madame le Docteur Gabrielle LISEMBARD

Monsieur le Docteur Thibaut DESCAMP

Directeur de thèse :

Monsieur le Docteur Maurice PONCHANT

 	Listing	
UFR3S-MEDECINE	Professeurs et Maîtres de conférences	Version applicable au 09/02/2024

DIRECTION UFR3S

Doyen :	Dominique LACROIX
1 ^{er} Vice-Doyen et Vice-Doyen RH, SI et Qualité	Hervé HUBERT
Vice-Doyenne Recherche :	Karine FAURE
Vice-Doyen Finances et Patrimoine :	Damien CUNY
Vice-Doyen Coordination pluri-professionnelle – Formations sanitaires :	Sébastien DHARANCY
Vice-Doyenne Formation tout au long de la vie :	Caroline LANIER
Vice-Doyen Territoire-partenariats :	Thomas MORGENROTH
Vice-Doyenne Vie de campus :	Anne-Laure BARBOTIN
Vice-Doyen Santé numérique & Communication :	Vincent SOBANSKI
Vice-Doyen International :	Vincent DERAMECOURT
Vice-Doyen Etudiant :	Valentin ROUSSEL

DIRECTION UFR3S-MEDECINE

Doyen :	Marc HAZZAN
Assesseur Pédagogie :	Patrick TRUFFERT
Assesseur PASS-L.AS :	Steve LANCEL
Assesseur 3 ^{ème} cycle :	Éric WIEL
Coordonnateur Med2-Med3 :	Sébastien AUBERT
Coordonnateur Stages :	Sébastien PREAU

**Professeurs des Universités-Praticiens Hospitaliers (PU-PH) ;
 Professeur des Universités de Médecine Générale (PU MG) ;
 Maîtres de Conférences des Universités-Praticiens Hospitaliers (MCU-PH) ;
 Maîtres de Conférences des Universités de Médecine Générale (MCU MG)**

NOM	PRENOM	GRADE	SPECIALITE MEDICALE	NOMINATION
ABOU KAIS	RABIH	PU-PH	NEUROCHIRURGIE	2023
ALIDJINOUC	ENAGNON KAZALI	MCU-PH	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE ; HYGIENE HOSPITALIERE	2020
ALLART	ETIENNE	PU-PH	MEDECINE PHYSIQUE ET DE READAPTATION	2023
AMAD	ALI	PU-PH	PSYCHIATRIE D'ADULTES ; ADDICTOLOGIE	2022
AMOUYEL	PHILIPPE	PU-PH	EPIDEMIOLOGIE, ECONOMIE DE LA SANTE ET PREVENTION	1994
AMOUYEL	THOMAS	MCU-PH	CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE ET TRAUMATOLOGIQUE	2022

 	Listing	
UFR3S-MEDECINE	Professeurs et Maîtres de conférences	Version applicable au 09/02/2024

ARTRU	FLORENT	MCU-PH	GASTROENTEROLOGIE	2023
ASSAKER	RICHARD	PU-PH	NEUROCHIRURGIE	2002
AUBERT	SEBASTIEN	PU-PH	ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES	2012
AUMAR	MADELEINE	MCU-PH	PEDIATRIE	2023
BALDACCI	SIMON	MCU-PH	PNEUMOLOGIE	2023
BARBOTIN	ANNE-LAURE	MCU-PH	HISTOLOGIE, EMBRYOLOGIE ET CYTOGENETIQUE	2019
BAUTERS	CHRISTOPHE	PU-PH	CARDIOLOGIE	1996
BAYEN	SABINE	MCU MG	MEDECINE GENERALE	2021
BENLIAN	PASCALE	MCU-PH	BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE	1996
BESSON	REMI	PU-PH	CHIRURGIE INFANTILE	1999
BEUSCART	JEAN-BAPTISTE	PU-PH	GERIATRIE ET BIOLOGIE DU VIEILLISSEMENT	2019
BIARDEAU	XAVIER	MCU-PH	UROLOGIE	2020
BOLESLAWSKI	EMMANUEL	PU-PH	CHIRURGIE GENERALE	2014
BORDET	REGIS	PU-PH	PHARMACOLOGIE FONDAMENTALE	2001
BOULANGER	ERIC	PU-PH	GERIATRIE ET BIOLOGIE DU VIEILLISSEMENT	2009
BOUTRY	NATHALIE	PU-PH	RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICALE	2009
BUISINE	MARIE-PIERRE	PU-PH	BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE	2016
CAIAZZO	ROBERT	PU-PH	CHIRURGIE GENERALE	2014
CALAFIORE	MATTHIEU	MCU MG	MEDECINE GENERALE	2016
CANAVESE	FEDERICO	PU-PH	CHIRURGIE INFANTILE	2012
CARTON	LOUISE	MCU-PH	PHARMACOLOGIE FONDAMENTALE ; PHARMACOLOGIE CLINIQUE ; ADDICTOLOGIE	2022
CHANTELOT	CHRISTOPHE	PU-PH	CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE ET TRAUMATOLOGIQUE	2006
CHAZARD	EMMANUEL	PU-PH	BIO STATISTIQUES, INFORMATIQUE MEDICALE ET TECHNOLOGIES DE COMMUNICATION	2018
CHEN	YAOHUA	MCU-PH	GERIATRIE ET BIOLOGIE DU VIEILLISSEMENT	2021
CHENIVESSE	CECILE	PU-PH	PNEUMOLOGIE	2018
CHEVALIER	DOMINIQUE	PU-PH	OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE	1997
CHOURAKI	VINCENT	MCU-PH	EPIDEMIOLOGIE, ECONOMIE DE LA SANTE ET PREVENTION	2017
COISNE	AUGUSTIN	PU-PH	CARDIOLOGIE	2023
COPPIN	LUCIE	MCU-PH	BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE	2019
CORDONNIER	CHARLOTTE	PU-PH	NEUROLOGIE	2012
CORNU	MARJORIE	MCU-PH	PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE	2020
CORTET	BERNARD	PU-PH	RHUMATOLOGIE	2003

		Listing	
UFR3S-MEDECINE		Professeurs et Maîtres de conférences	Version applicable au 09/02/2024

CORTOT	ALEXIS	PU-PH	PNEUMOLOGIE	2014
COSSON	MICHEL	PU-PH	GYNECOLOGIE - OBSTETRIQUE	2005
COTTEN	ANNE	PU-PH	RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICALE	1997
COTTENCIN	OLIVIER	PU-PH	PSYCHIATRIE D'ADULTES ; ADDICTOLOGIE	2009
DALMAS	SERGE	MCU-PH	ANESTHESIOLOGIE - REANIMATION	
DANZE	PIERRE-MARIE	MCU-PH	BIOCHIMIE	1990
DARTUS	JULIEN	MCU-PH	CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE ET TRAUMATOLOGIQUE	2023
DAUCHET	LUC	MCU-PH	EPIDEMIOLOGIE, ECONOMIE DE LA SANTE ET PREVENTION	2010
DEBARGE	VERONIQUE	PU-PH	GYNECOLOGIE - OBSTETRIQUE	2009
DEFEBVRE	LUC	PU-PH	NEUROLOGIE	2002
DELVAL	ARNAUD	PU-PH	PHYSIOLOGIE	2018
DEMONDION	XAVIER	PU-PH	ANATOMIE	2006
DEMOULIN	SILVIA	MCU-PH	BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE	
DEPLANQUE	DOMINIQUE	PU-PH	PHARMACOLOGIE CLINIQUE	2012
DERAMBURE	PHILIPPE	PU-PH	PHYSIOLOGIE	1998
DERAMECOURT	VINCENT	PU-PH	ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES	2015
DERVAUX	BENOIT	MCU-PH	EPIDEMIOLOGIE, ECONOMIE DE LA SANTE ET PREVENTION	2014
DESREUMAUX	PIERRE	PU-PH	GASTROENTEROLOGIE	2002
DESSEIN	ANNE-FREDERIQUE	MCU-PH	BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE	2010
DESSEIN	RODRIGUE	PU-PH	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE	2020
DEVOS	DAVID	PU-PH	PHARMACOLOGIE CLINIQUE ; NEUROLOGIE	2015
DEZOTEUX	FREDERIC	MCU-PH	DERMATO-VENEREOLOGIE	2023
DHAENENS	CLAIRE-MARIE	PU-PH	BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE	2022
DHARANCY	SEBASTIEN	PU-PH	HEPATOLOGIE	2009
DRIZENKO	ANTOINE	PU-PH	ANATOMIE	2003
DUBOS	FRANCOIS	PU-PH	PEDIATRIE	2015
DUBUCQUOI	SYLVAIN	PU-PH	IMMUNOLOGIE	2016
DUPLOYEZ	NICOLAS	MCU-PH	HEMATOLOGIE ; TRANSFUSION	2020
DUQUENNOY	VERONIQUE	PU-PH	CHIRURGIE PLASTIQUE, RECONSTRUCTRICE ET ESTHETIQUE	1997
EL AMRANI	MEHDI	MCU-PH	CHIRURGIE VISCERALE ET DIGESTIVE	2021
ERNST	OLIVIER	PU-PH	RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICALE	2000
ESPIARD	STEPHANIE	MCU-PH	ENDOCRINOLOGIE, DIABETE ET MALADIES METABOLIQUES	2018
EVENO	CLARISSE	PU-PH	CHIRURGIE DIGESTIVE	2020

 	Listing	
UFR3S-MEDECINE	Professeurs et Maîtres de conférences	Version applicable au 09/02/2024

FACON	THIERRY	PU-PH	HEMATOLOGIE	2000
FANTONI	SOPHIE	PU-PH	MEDECINE ET SANTE AU TRAVAIL	2012
FAURE	EMMANUEL	MCU-PH	MALADIES INFECTIEUSES ; MALADIES TROPICALES	2021
FAURE	KARINE	PU-PH	MALADIES INFECTIEUSES	2010
FAVORY	RAPHAEL	PU-PH	THERAPEUTIQUE	2011
FAYOUX	PIERRE	PU-PH	OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE	2012
FERRI	JOEL	PU-PH	STOMATOLOGIE ET CHIRURGIE MAXILLO-FACIALE	1997
FICHEUR	GREGOIRE	PU-PH	BIostatistiques, Informatique Médicale et Technologies de Communication	2020
FLIPO	RENE-MARC	PU-PH	RHUMATOLOGIE	1994
FOVET	THOMAS	MCU-PH	PSYCHIATRIE D'ADULTES ; ADDICTOLOGIE	2022
FRIMAT	MARIE	PU-PH	NEPHROLOGIE	2022
FROGUEL	PHILIPPE	PU-PH	ENDOCRINOLOGIE, DIABETE ET MALADIES METABOLIQUES	2011
GAILLOT	OLIVIER	MCU-PH	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE ; HYGIENE HOSPITALIERE	2000
GARABEDIAN	CHARLES	PU-PH	GYNECOLOGIE - OBSTETRIQUE	2019
GAUDET	ALEXANDRE	MCU-PH	MEDECINE INTENSIVE- REANIMATION	2022
GAUTIER	SOPHIE	PU-PH	PHARMACOLOGIE FONDAMENTALE ; PHARMACOLOGIE CLINIQUE	2021
GENIN	MICHAEL	MCU-PH	BIostatistiques, Informatique Médicale et Technologies de Communication	2020
GERMAIN	NICOLAS	MCU-PH	BIOLOGIE CELLULAIRE	2023
GHEsqUIERE	LOUISE	MCU-PH	GYNECOLOGIE - OBSTETRIQUE	2021
GHOUMID	JAMAL	PU-PH	GENETIQUE	2022
GIBIER	JEAN-BAPTISTE	MCU-PH	ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES	2021
GIRARD	JULIEN	PU-PH	CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE ET TRAUMATOLOGIQUE	2012
GLOWACKI	FRANCOIS-XAVIER	PU-PH	NEPHROLOGIE	2016
GNEMMI	VIVIANE	PU-PH	ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES	2021
GODART	FRANCOIS	PU-PH	CARDIOLOGIE	2008
GOSSET	DIDIER	PU-PH	MEDECINE LEGALE ET DROITS DE LA SANTE	1991
GOTTRAND	FREDERIC	PU-PH	PEDIATRIE	1997
GUERRESCHI	PIERRE	PU-PH	CHIRURGIE PLASTIQUE, RECONSTRUCTRICE ET ESTHETIQUE	2017
HACHULLA	ERIC	PU-PH	MEDECINE INTERNE	1995
HAMROUN	AGHILES	MCU-PH	EPIDEMIOLOGIE, ECONOMIE DE LA SANTE ET PREVENTION	2023
HAZZAN	MARC	PU-PH	NEPHROLOGIE	2008

 	Listing	
UFR3S-MEDECINE	Professeurs et Maîtres de conférences	Version applicable au 09/02/2024

HEDOUIN	VALERY	PU-PH	MEDECINE LEGALE ET DROITS DE LA SANTE	2000
HERBAUX	CHARLES	MCU-PH	HEMATOLOGIE ; TRANSFUSION	2017
HOBER	DIDIER	PU-PH	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE	2004
HORN	MATHILDE	PU-PH	PSYCHIATRIE D'ADULTES ; ADDICTOLOGIE	2023
HUGLO	DAMIEN	PU-PH	BIOPHYSIQUE ET MEDECINE NUCLEAIRE	2010
HUIN	VINCENT	MCU-PH	BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE	2018
HULO	SEBASTIEN	PU-PH	MEDECINE ET SANTE AU TRAVAIL	2021
JARDRI	RENAUD	PU-PH	PEDOPSYCHIATRIE	2014
JONARD-CATTEAU	SOPHIE	PU-PH	GYNECOLOGIE MEDICALE	2015
JOURDAIN	MERCEDES	PU-PH	REANIMATION MEDICALE	2007
JUTHIER	FRANCIS	PU-PH	CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIO-VASCULAIRE	2016
KERBAGE	YOHAN	MCU-PH	GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE	2023
KIPNIS	ERIC	PU-PH	ANESTHESIOLOGIE - REANIMATION	2015
KLUG	DIDIER	PU-PH	CARDIOLOGIE	2009
KUCHCINSKI	GREGORY	MCU-PH	RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICALE	2020
LABALETTE	MYRIAM	PU-PH	IMMUNOLOGIE	2011
LABALETTE	PIERRE	PU-PH	OPHTALMOLOGIE	2003
LACROIX	DOMINIQUE	PU-PH	CARDIOLOGIE	2000
LAMBERT	MARC	PU-PH	THERAPEUTIQUE	2014
LAMBLIN	NICOLAS	PU-PH	CARDIOLOGIE	2013
LARTIGAU	ERIC	PU-PH	CANCEROLOGIE-RADIOTHERAPIE	1999
LAUNAY	DAVID	PU-PH	MEDECINE INTERNE	2011
LE GUERN	REMI	MCU-PH	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE ; HYGIENE HOSPITALIERE	2023
LE ROUZIC	OLIVIER	PU-PH	PNEUMOLOGIE	2023
LEBOUVIER	THIBAUD	PU-PH	NEUROLOGIE	2022
LEBUFFE	GILLES	PU-PH	ANESTHESIOLOGIE - REANIMATION	2005
LECLERC	JULIE	MCU-PH	BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE	2011
LEFEVRE	GUILLAUME	MCU-PH	IMMUNOLOGIE	2015
LEJEUNE	JEAN-PAUL	PU-PH	NEUROCHIRURGIE	1995
LEJEUNE GAUDET	STEPHANIE	MCU-PH	PEDIATRIE	2021
LEMESLE	GILLES	PU-PH	CARDIOLOGIE	2017
LEROY	ARNAUD	MCU-PH	PSYCHIATRIE D'ADULTES	2021
LEROY	HENRI-ARTHUR	MCU-PH	NEUROCHIRURGIE	2019
LEROY	XAVIER	PU-PH	ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES	2006
LEROYER	ARIANE	MCU-PH	MEDECINE ET SANTE AU TRAVAIL	2000
LETEURTRE	EMMANUELLE	PU-PH	ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES	2006

 	Listing	
UFR3S-MEDECINE	Professeurs et Maîtres de conférences	Version applicable au 09/02/2024

LETEURTRE	STEPHANE	PU-PH	PEDIATRIE	2011
LEY	DELPHINE	MCU-PH	PEDIATRIE	2019
LOPES	RENAUD	MCU-PH	BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE	2023
LOUVET	ALEXANDRE	PU-PH	HEPATOLOGIE	2014
MANIER	SALOMON	PU-PH	HEMATOLOGIE ; TRANSFUSION	2022
MARCHETTI	PHILIPPE	PU-PH	BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE	2007
MATHURIN	PHILIPPE	PU-PH	HEPATOLOGIE	2003
MAURAGE	CLAUDE-ALAIN	PU-PH	CYTOLOGIE ET HISTOLOGIE	2005
MAYNOU	CARLOS	PU-PH	CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE ET TRAUMATOLOGIQUE	2001
MEDJKANE	François	PU-PH	PEDOPSYCHIATRIE	2020
MERIAUX	CHRISTELLE	PU-PH	PHYSIOLOGIE	2015
MESSAADI	NASSIR	PU MG	MEDECINE GENERALE	2023
MIGAUD	HENRI	PU-PH	CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE ET TRAUMATOLOGIQUE	1997
MONTAIGNE	DAVID	PU-PH	PHYSIOLOGIE	2016
MOREAU	CAROLINE	PU-PH	NEUROLOGIE	2019
MORSCHHAUSER	FRANCK	PU-PH	HEMATOLOGIE	2013
MORTIER	LAURENT	PU-PH	DERMATO-VERERELOGIE	2010
MORTUAIRE	GEOFFREY	PU-PH	OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE	2020
MOUNIER-VEHIER	CLAIRE	PU-PH	MEDECINE VASCULAIRE	2003
NECTOUX	ERIC	MCU-PH	CHIRURGIE INFANTILE	2016
NGUYEN THE TICH	SYLVIE	PU-PH	PEDIATRIE	2010
NICOT	ROMAIN	MCU-PH	CHIRURGIE MAXILLO-FACIALE ET STOMATOLOGIE	2018
NINNI	SANDRO	MCU-PH	CARDIOLOGIE	2020
NISSE	CATHERINE	MCU-PH	MEDECINE ET SANTE AU TRAVAIL	1993
NOTREDAME	CHARLES-EDOUARD	MCU-PH	PSYCHIATRIE D'ADULTES ; ADDICTOLOGIE	2020
NSEIR	SAADALLA	PU-PH	REANIMATION MEDICALE	2014
OLIVIER	JONATHAN	MCU-PH	UROLOGIE	2022
OUK	THAVARAK	MCU-PH	PHARMACOLOGIE FONDAMENTALE ; PHARMACOLOGIE CLINIQUE	2013
PACCOU	JULIEN	PU-PH	RHUMATOLOGIE	2017
PASQUIER	DAVID	MCU-PH	CANCEROLOGIE-RADIOTHERAPIE	2019
PASQUIER	FLORENCE	PU-PH	NEUROLOGIE	1998
PASQUIER	GILLES	PU-PH	CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE ET TRAUMATOLOGIQUE	2009
PATTOU	FRANCOIS	PU-PH	CHIRURGIE GENERALE	2002
PENEL	NICOLAS	PU-PH	CANCEROLOGIE	2017
PETIT	FLORENCE	PU-PH	GENETIQUE	2020
PIESSEN	GUILLAUME	PU-PH	CHIRURGIE DIGESTIVE	2013
PIGNY	PASCAL	PU-PH	BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE	2007

 	Listing	
UFR3S-MEDECINE	Professeurs et Maîtres de conférences	Version applicable au 09/02/2024

POISSY	JULIEN	PU-PH	MEDECINE INTENSIVE-REANIMATION	2018
PONTANA	FRANCOIS	PU-PH	RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICALE	2020
POTTIER	NICOLAS	PU-PH	BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE	2023
PREAU	SEBASTIEN	PU-PH	MEDECINE INTENSIVE-REANIMATION	2020
PREUDHOMME	CLAUDE	PU-PH	HEMATOLOGIE	2003
PROD'HOMME	CHLOE	MCU-PH	MEDECINE PALLIATIVE	2023
PRUVO	JEAN-PIERRE	PU-PH	RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICALE	1992
PUECH	PHILIPPE	PU-PH	RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICALE	2015
PUISIEUX	FRANCOIS	PU-PH	GERIATRIE ET BIOLOGIE DU VIEILLISSEMENT	2001
PUTMAN	SOPHIE	MCU-PH	CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE ET TRAUMATOLOGIQUE	2018
QUESNEL	BRUNO	PU-PH	HEMATOLOGIE	2003
RAOUL	GWENAEL	PU-PH	CHIRURGIE MAXILLO-FACIALE ET STOMATOLOGIE	2013
RAUCH	ANTOINE	PU-PH	HEMATOLOGIE ; TRANSFUSION	2023
REMY	MARTINE	PU-PH	RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICALE	1991
RENARD	JEAN-MARIE	MCU-PH	BIO STATISTIQUES, INFORMATIQUE MEDICALE ET TECHNOLOGIES DE COMMUNICATION	2000
REYNS	NICOLAS	PU-PH	NEUROCHIRURGIE	2015
RICHARD	FLORENCE	PU-PH	EPIDEMIOLOGIE, ECONOMIE DE LA SANTE ET PREVENTION	2016
ROBIN	GEOFFROY	MCU-PH	GYNECOLOGIE MEDICALE	2018
ROBIN	EMMANUEL	MCU-PH	ANESTHESIOLOGIE - REANIMATION	2014
ROBINEAU	OLIVIER	PU-PH	MALADIES INFECTIEUSES ; MALADIES TROPICALES	2023
ROCHE	CATHERINE	PU-PH	GENETIQUE	2016
ROULAND	JEAN-FRANCOIS	PU-PH	OPHTALMOLOGIE	1991
RUBOD DIT GUILLET	CHRYSTELE	PU-PH	GYNECOLOGIE - OBSTETRIQUE	2016
SALLE	DELPHINE	PU-PH	DERMATO-VENERELOGIE	2013
SANGES	SEBASTIEN	MCU-PH	MEDECINE INTERNE	2021
SCHERPEREEL	ARNAUD	PU-PH	PNEUMOLOGIE	2008
SCHRAEN	SUSANNA	MCU-PH	BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE	1999
SEGUY	DAVID	PU-PH	NUTRITION	2014
SEMAH	FRANCK	PU-PH	BIOPHYSIQUE ET MEDECINE NUCLEAIRE	2008
SENDID	BOUALEM	PU-PH	PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE	2011
SENNEVILLE	ERIC	PU-PH	MALADIES INFECTIEUSES	2012

 	Listing	
UFR3S-MEDECINE	Professeurs et Maîtres de conférences	Version applicable au 09/02/2024

SHARMA	DYUTI	MCU-PH	CHIRURGIE INFANTILE	2019
SMIRNOV	VASILY	MCU-PH	OPHTALMOLOGIE	2023
SMOL	THOMAS	MCU-PH	GENETIQUE	2020
SOBANSKI	VINCENT	PU-PH	MEDECINE INTERNE	2020
SOBASZEK	ANNIE	PU-PH	MEDECINE ET SANTE AU TRAVAIL	2001
SOBOCINSKI	JONATHAN	PU-PH	CHIRURGIE VASCULAIRE	2018
SOQUET	JEROME	MCU-PH	CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIO-VASCULAIRE	2020
STORME	LAURENT	PU-PH	PEDIATRIE	1999
SUBTIL	DAMIEN	PU-PH	GYNECOLOGIE - OBSTETRIQUE	2003
SUSEN	SOPHIE	PU-PH	HEMATOLOGIE	2012
TAVERNIER	BENOIT	PU-PH	ANESTHESIOLOGIE - REANIMATION	2001
THOMAS	PIERRE	PU-PH	PSYCHIATRIE D'ADULTES	1999
TIFFREAU	VINCENT	PU-PH	MEDECINE PHYSIQUE ET DE READAPTATION	2018
TITECAT	MARIE	MCU-PH	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE ; HYGIENE HOSPITALIERE	2022
TRUANT	STEPHANIE	PU-PH	CHIRURGIE GENERALE	2016
TRUFFERT	PATRICK	PU-PH	PEDIATRIE	2004
TURPIN	ANTHONY	MCU-PH	CANCEROLOGIE-RADIOTHERAPIE	2022
VAIVA	GUILLAUME	PU-PH	PSYCHIATRIE D'ADULTES	2006
VAN BELLE	ERIC	PU-PH	CARDIOLOGIE	2001
VANBERGUE	ANNE	PU-PH	ENDOCRINOLOGIE, DIABETE ET MALADIES METABOLIQUES	2007
VANTYGHEM	MARIE-CHRISTINE	PU-PH	ENDOCRINOLOGIE, DIABETE ET MALADIES METABOLIQUES	2011
VENISSAC	NICOLAS	PU-PH	CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIO-VASCULAIRE	2008
VERMERSCH	PATRICK	PU-PH	NEUROLOGIE	1996
VILLERS	ARNAULD	PU-PH	UROLOGIE	2002
VINCENT	CHRISTOPHE	PU-PH	OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE	2005
VINCENT	FLAVIEN	MCU-PH	CARDIOLOGIE	2021
VINCENTELLI	ANDRE	PU-PH	CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIO-VASCULAIRE	2008
WIEL	ERIC	PU-PH	MEDECINE D'URGENCE	2007
WILS	PAULINE	MCU-PH	GASTROENTEROLOGIE	2023
YAKOUB-AGHA	IBRAHIM	PU-PH	HEMATOLOGIE	2008
YELNIK	CECILE	MCU-PH	THERAPEUTIQUE	2019
ZEPHIR	THI HELENE	PU-PH	NEUROLOGIE	2017
ZERBIB	PHILIPPE	PU-PH	CHIRURGIE GENERALE	2010

 	Listing	
UFR3S-MEDECINE	Professeurs et Maîtres de conférences	Version applicable au 09/02/2024

**Professeurs Associés (PA) ;
Maîtres de conférences associés (MCA)**

NOM	PRENOM	GRADE	DISCIPLINE
BARAN	JAN	MCA	MEDECINE GENERALE
BAYEN	MARC	PA	MEDECINE GENERALE
BODEIN	ISABELLE	MCA	MEDECINE GENERALE
CAREMELLE	YANNICK	MCA	MEDECINE GENERALE
DELEPLANQUE	DENIS	PA	MEDECINE GENERALE
DESCHILDRE	ANTOINE	PA	PEDIATRIE
OLLIVON	JUDITH	MCA	MEDECINE GENERALE
PONCHANT	MAURICE	MCA	MEDECINE GENERALE
QUERSIN	FRANCOIS	MCA	MEDECINE GENERALE
TILLY-DUFOUR	ANITA	PA	MEDECINE GENERALE
WILLEMS	LUDOVIC	MCA	MEDECINE GENERALE
WYTS	DAVID	MCA	MEDECINE GENERALE

 	Listing	
UFR3S-MEDECINE	Professeurs et Maîtres de conférences	Version applicable au 09/02/2024

**Professeurs des Universités (PU) ;
Maîtres de Conférences des Universités (MCU)**

NOM D'USAGE	PRENOM	GRADE	DISCIPLINE
ABDERRAHMANI	AMAR	PU	BIOLOGIE CELLULAIRE
BARON	MORGANE	MCU	BIOLOGIE CELLULAIRE
BASIRAT	ANAHITA	MCU	PSYCHOLOGIE ET ERGONOMIE
CAET	STEPHANIE	MCU	SCIENCES DU LANGAGE
CAUFFIEZ	CHRISTELLE	PU	BIOLOGIE CELLULAIRE
CHAPUIS	JULIEN	MCU	BIOLOGIE CELLULAIRE
COLIN	MORVANE	MCU	BIOLOGIE CELLULAIRE
COUTURIER	CYRIL	MCU	BIOLOGIE CELLULAIRE
DE NADAI	PATRICIA	MCU	PERSONNELS ENSEIGNANTS-CHERCHEURS DE PHARMACIE EN SCIENCES BIOLOGIQUES, FONDAMENTALES ET CLINIQUES
DEGUIL	JULIE	MCU	PERSONNELS ENSEIGNANTS-CHERCHEURS DE PHARMACIE EN SCIENCES DU MEDICAMENT ET DES AUTRES PRODUITS DE SANTE
DEVINANT	JULIEN	MCU	PHILOSOPHIE
D'HONDT	FABIEN	MCU	NEUROSCIENCES
DONDAINE	THIBAUT	MCU	NEUROSCIENCES
DOURLEN	PIERRE	MCU	NEUROSCIENCES
DUJARDIN	KATHY	PU	NEUROSCIENCES
DUPRES	VINCENT	MCU	BIOLOGIE CELLULAIRE
FRADIN	CHANTAL	MCU	BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE
FURLAN	ALESSANDRO	MCU	BIOLOGIE CELLULAIRE
HALLIEZ	SOPHIE	MCU	NEUROSCIENCES
HAMDANE	MALIKA	PU	BIOLOGIE CELLULAIRE
HECQUET	MYRIAM	PU	LANGUES ET LITTERATURES ANCIENNES
HUBERT	THOMAS	MCU	PHYSIOLOGIE
KLUZA	JEROME	PU	BIOLOGIE CELLULAIRE
LANCEL	STEVE	PU	BIOLOGIE CELLULAIRE
LEFEBVRE	BRUNO	MCU	BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE
LENOBLE	QUENTIN	MCU	NEUROSCIENCES
LEPTOURGOS	PANTELIS	MCU	NEUROSCIENCES
MACCHI	LUCIE	MCU	PSYCHOLOGIE ET ERGONOMIE
MARCEAU	MICHAEL	MCU	BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE
MARION	SABRINA	MCU	BIOLOGIE CELLULAIRE
MAROT BRIEND	GUILLEMETTE	MCU	MATHEMATIQUES APPLIQUEES
MAROUSEZ	LUCIE	MCU	PHYSIOLOGIE
MEJIAS	SANDRINE	MCU	PSYCHOLOGIE ET ERGONOMIE
PATTOU	JULIE	PU	BIOLOGIE CELLULAIRE
PELAYO	SYLVIE	MCU	PSYCHOLOGIE ET ERGONOMIE
PERRAIS	MICHAEL	MCU	BIOLOGIE CELLULAIRE

		Listing	
UFR3S-MEDECINE		Professeurs et Maîtres de conférences	Version applicable au 09/02/2024

PLUQUET	OLIVIER	MCU	BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE
SAPONARO	CHIARA	MCU	PERSONNELS ENSEIGNANTS-CERCHEURS DE PHARMACIE EN SCIENCES BIOLOGIQUES, FONDAMENTALES ET CLINIQUES
SHARIF	ARIANE	MCU	NEUROSCIENCES
TAYMANS	JEAN-MARC	MCU	NEUROSCIENCES
TESSIER	FREDERIC	PU	BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE
TRAN	THI MAI	PU	SCIENCES DU LANGAGE
VAXEVANOGLOU	XENOPHON	MCU	PSYCHOLOGIE ET ERGONOMIE
VIGNAL	CECILE	MCU	PERSONNELS ENSEIGNANTS-CERCHEURS DE PHARMACIE EN SCIENCES BIOLOGIQUES, FONDAMENTALES ET CLINIQUES

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. »

TABLE DES MATIÈRES

LISTE DES ABREVIATIONS	15
RÉSUMÉ	16
I. INTRODUCTION	17
A. DES DE MEDECINE GENERALE	17
1. <i>Définition de la médecine générale</i>	17
2. <i>Réforme de 2004</i>	18
3. <i>Réforme de 2017</i>	18
4. <i>Réforme de 2023</i>	19
B. PARADIGME CONSTRUCTIVISTE	19
1. <i>L'apprentissage par compétences</i>	19
2. <i>L'évaluation authentique</i>	20
C. CERTIFICATION DES COMPETENCES EN MEDECINE GENERALE	21
1. <i>Référentiel de compétence</i>	21
2. <i>Outils de certification</i>	22
II. MATÉRIELS ET MÉTHODES	25
A. TYPE D'ETUDE	25
B. POPULATION ETUDIEE	25
C. CONSTRUCTION ET CONTENU DU QUESTIONNAIRE	25
D. RECRUTEMENT ET DEROULEMENT DE L'ETUDE	26
E. ASPECT ETHIQUE	27
F. ANALYSE STATISTIQUE	27
III. RÉSULTATS	28
A. ANALYSE DESCRIPTIVE	28
1. <i>Caractéristiques de la population étudiée</i>	28
2. <i>Analyse descriptive par critère pédagogique</i>	30
3. <i>Analyse des suggestions des internes</i>	34
B. ANALYSE INFERENTIELLE	36
IV. DISCUSSION	39
A. PRINCIPAUX RESULTATS ET INTERPRETATIONS	39
B. ATOUTS ET FAIBLESSE DE L'ETUDE	40
1. <i>Validité interne</i>	40
2. <i>Généralisabilité de l'étude</i>	41
C. PERSPECTIVES D'AMELIORATION DU JOURNAL DE BORD	42
V. CONCLUSION	43
BIBLIOGRAPHIE	44
ANNEXES	46

LISTE DES ABREVIATIONS

CHU : Centre Hospitalo-Universitaire

DES : Diplôme d'Études Spécialisées

DESMG : Diplôme d'Études Spécialisées de la Médecine Générale

DMG : Département de Médecine Générale

DPO : Déléguée de Protection des Données

ECN : Épreuves Classantes Nationales

EHS : Enseignement Hors Stage

FUMG : Filière Universitaire de la Médecine Générale

GEP : Groupes d'Echanges de Pratiques

GNE : Groupe National d'Experts

NGE : Groupe National des Généralistes Enseignants

GRE : Groupe Régional d'Experts

JDB : Journal De Bord

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

RSCA : Récit de Situation Complexe Authentique

SASPAS : Stage Ambulatoire en Soins Primaires en Autonomie Supervisée

STROBE : Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology

WONCA : World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians

RÉSUMÉ

Introduction : L'entrée dans le troisième cycle des études médicales exige l'assimilation d'un nouveau modèle d'apprentissage introduit par l'utilisation du portfolio rendu obligatoire par la réforme de 2017. Fondé sur le paradigme constructiviste, l'apprentissage par compétences repose, entre autres, sur une évaluation authentique, à la fois formative et certificative, permise par des outils pédagogiques que nous cherchons à améliorer. Cette étude vise à réévaluer l'intérêt pédagogique du journal de bord du point de vue des internes de Lille.

Méthode : Étude quantitative observationnelle qui a ciblé les internes de médecine générale de la faculté de Lille. Le recueil des données s'est fait au moyen d'un auto-questionnaire basé sur l'échelle de Likert. L'analyse inférentielle a été réalisée à l'aide des tests paramétriques de Student, Chi-2 et ANOVA.

Résultats : Selon les internes, le journal de bord ne leur permet pas de s'approprier le concept d'apprentissage par compétences. Cependant, l'étude révèle une incompréhension globale du paradigme d'apprentissage et de l'ensemble des traces d'apprentissage. Les internes justifient leur désintérêt dans la tenue du journal de bord notamment par l'insuffisance des rétroactions pédagogiques de leurs tuteurs.

Conclusion : Il semble nécessaire de repenser le journal de bord, en particulier dans son déroulé pédagogique, et d'identifier les facteurs qui influencent négativement la perception des internes à son égard.

I. INTRODUCTION

A. DES de Médecine Générale

1. Définition de la médecine générale

Longtemps dénigrée et reléguée au statut de discipline médicale de second plan, la médecine générale était considérée jusqu'au début du XXI^e siècle comme la base des connaissances médicales minimales de tout médecin. Le clivage entre la médecine ambulatoire et hospitalière s'est accentué suite à la réforme Debré du 30 décembre 1958 (1) qui a favorisé la création de Centres Hospitaliers Universitaires (CHU), et a entraîné le rapatriement des spécialistes vers les hôpitaux.

A ce stade, et comme le soulignent les travaux menés par White en 1961 (2) (ANNEXE 1), l'enseignement dispensé par les CHU aux étudiants en médecine ne concerne que 0,1 % des cas de problèmes de santé observés dans la population générale. Par conséquent, bien que les médecins étaient diplômés, leur formation était jugée insuffisante.

Progressivement, une reconnaissance académique de la médecine générale a émergée, notamment avec la création du Collège des Généralistes Enseignants en 1983. Cela a conduit à l'instauration du stage ambulatoire obligatoire en médecine générale en 1997, suivi du SASPAS (Stage Ambulatoire en Soins Primaires en Autonomie Supervisée) en 2004.

En 2002, l'OMS et la WONCA (3) parviennent à un consensus pour définir la spécialité de la médecine générale :

« La médecine générale, médecine de famille, est une discipline scientifique et universitaire, avec son contenu spécifique de formation, de recherche de pratique clinique, et ses propres fondements scientifiques. C'est une spécialité clinique orientée vers les soins primaires. »

2. Réforme de 2004

Le décret n°2004-67 du 16 janvier 2004 (4) permet une reconnaissance officielle de la médecine générale en tant que spécialité universitaire, dotée de son propre diplôme d'études spécialisées (DES), élevant ainsi les médecins généralistes au statut de spécialistes en soins primaires. À cette époque, la durée de l'internat était fixée à trois ans. Il englobait un enseignement théorique général et spécifique, ainsi qu'une formation pratique par la réalisation de six semestres de stage.

La réforme a également ouvert la voie à l'implication des médecins généralistes dans la formation des étudiants en instaurant la Filière Universitaire de la Médecine Générale (FUMG), en 2008.

3. Réforme de 2017

L'arrêté du 12 avril 2017 (5) relatif à l'organisation du troisième cycle des études de médecine divise l'internat en deux phases, marquant la fin de l'obligation du stage en CHU :

- Une première phase, appelée « socle », implique la réalisation d'un stage agréé en médecine générale de niveau 1 ainsi qu'un stage hospitalier agréé « urgences ».
- Une seconde phase, nommée « d'approfondissement », comporte des stages agréés en médecine polyvalente, en santé de la femme (ambulatoire ou hospitalier), en santé de l'enfant (ambulatoire ou hospitalier), et enfin le stage de médecine générale de niveau 2, le SASPAS.

La réforme concerne également l'enseignement avec l'obligation du tutorat pédagogique individuel et du portfolio. Cependant, les modalités de l'enseignement théorique sont laissées libres pour les différents DMG.

4. Réforme de 2023

L'arrêté du 3 août 2023 (6) remodèle la maquette du DES de médecine générale, en introduisant une quatrième année, désignée comme « phase de consolidation ». Cette année supplémentaire vise à renforcer l'insertion professionnelle des internes en leur conférant le statut de Docteur Junior.

B. Paradigme constructiviste

1. L'apprentissage par compétences

En réponse aux impératifs de l'OMS, et à la quête d'efficacité dans le processus d'apprentissage du troisième cycle des études médicales, l'enseignement en médecine a adopté, avec la réforme de 2004, une approche constructiviste de l'apprentissage, promouvant l'acquisition de compétences au sein d'un processus dynamique. Cette approche constructiviste de l'apprentissage a supplanté le paradigme de l'empreinte, axé sur l'acquisition passive de connaissances.

Le terme de « compétence » s'articule autour de la mise en œuvre du savoir, le « savoir agir », impliquant l'acquisition d'une capacité d'efficacité, de contextualisation et de structuration des processus cognitifs mobilisés. L'objectif sous-jacent à cet apprentissage par compétences est d'inciter les étudiants à adopter une posture réflexive en construisant des savoir-faire plus efficaces à partir de situations professionnelles authentiques et complexes.

L'apprentissage réflexif, hérité de la pédagogie des adultes, courant développé par Malcom Knowles, positionne l'enseignant en tant qu'accompagnateur, visant à structurer et organiser l'apprentissage tout en favorisant le développement de l'autonomie de l'étudiant.

Quatre postulats émergent de la pédagogie constructiviste, en particulier dans le contexte de l'évaluation des compétences en médecine générale (7) :

- 1) L'apprentissage découle d'un traitement actif de l'information et de construction de sens
- 2) Les interactions humaines jouent un rôle essentiel dans la construction des connaissances

- 3) Les étudiants élaborent progressivement leurs connaissances et compétences en partant de ce qu'ils savent déjà.
- 4) Les situations d'apprentissage conditionnent la transférabilité des connaissances.

2. L'évaluation authentique

La remise en question de la validation du DES de médecine générale remonte à 1995, marquant un tournant significatif dans la réflexion autour des méthodes d'évaluation. Le dispositif d'évaluation antérieur reposait sur la validation de l'ensemble des stages conformes à la maquette du troisième cycle, l'accomplissement d'un mémoire durant le semestre de stage obligatoire en médecine générale, et sur la participation à au moins deux tiers des enseignements théoriques. Face aux exigences du nouveau paradigme d'apprentissage, l'évaluation approfondie des transformations cognitives et métacognitives opérées par l'étudiant devient impérative. Dans cette perspective, le concept d'évaluation authentique introduit par Wiggins en 1989, a émergé comme un cadre pertinent. Cette approche se caractérise par plusieurs aspects fondamentaux (8) : l'autoévaluation, la connaissance préalable des tâches et des exigences avant l'élaboration de la trace d'apprentissage, la collaboration avec les pairs, l'évaluation de tâches contextualisées et la prise en considération des stratégies cognitifs et métacognitives à partir de problématiques complexes.

L'évaluation des internes dans le modèle d'apprentissage par compétences doit concilier les objectifs formatifs et certificatifs, évitant ainsi de se limiter à une évaluation purement sanctionnante. Comme le souligne P. Le Mauff (9), l'évaluation formative vise à diagnostiquer et réguler l'apprentissage, tant du point de vue de la formation que de la qualité de l'apprentissage. Tandis que l'évaluation certificative atteste de la conformité des apprentissages aux critères établis.

Cette approche a favorisé l'émergence de nouveaux dispositifs expérimentaux d'évaluation certificative.

C. Certification des compétences en médecine générale

La certification des compétences en médecine générale à la fin de troisième cycle représente une exigence fondamentale, répondant à des impératifs à la fois déontologiques et sociaux. Elle garantit le niveau de compétence des futurs médecins et nécessite le développement d'outils pédagogiques adaptés, permettant d'observer les actions entreprises et les processus cognitifs engagés par les internes lors de leur processus d'apprentissage en situation authentique.

1. Référentiel de compétence.

Dans le modèle d'apprentissage par compétences, il est nécessaire de définir des niveaux de compétence permettant d'évaluer de manière précise les acquis des internes. En 2009, un groupe national d'experts (GNE), a initié la création d'un référentiel de compétences, qui a ensuite été développé et adapté par des groupes régionaux d'experts (GRE). Ce référentiel a été conçu en harmonie avec les compétences définies par la WONCA en 2006.

Il identifie six compétences transversales génériques qui englobent l'ensemble des fonctions attendues du médecin généraliste (compétences génériques, compétences décisionnelles spécifiques et compétences liées à l'activité professionnelle) (10) :

- Approche globale, complexité
- Premier recours, urgences
- Education, prévention,
- Continuité, suivi et coordination
- Relation, communication, approche centrée sur le patient
- Professionnalisme

Une représentation graphique des compétences du médecin généraliste est proposée aux internes sous la forme de « marguerite des compétences » (ANNEXE 2).

Après avoir défini et décrit les niveaux de compétences, il était nécessaire de recenser les situations cliniques auxquelles les internes devront être confrontés durant leur DES, afin d'acquérir les savoir-agir nécessaires à leur futur exercice médical. On répertorie ainsi onze grandes familles de situations cliniques établies à partir d'un

consensus non formalisé d'experts et pour lesquelles l'interne doit être capable de poser un diagnostic selon le modèle bio-psycho-social (ANNEXE 3).

2. Outils de certification

L'évaluation des compétences dans le cadre de l'approche par compétences, selon L. Compagnon, évolue de façon continue. Elle débute comme une évaluation formative, visant à guider l'apprentissage jusqu'à ce qu'il soit conforme aux attentes, puis revêt une valeur certificative. Ce qui souligne l'importance d'une évaluation intégrée tout au long du processus d'apprentissage, et d'utiliser des outils d'analyse répondant à des critères de validité, de reproductibilité et de faisabilité.

a) Le tutorat

Au cours de son questionnement sur la qualité pédagogique des stages cliniques, Vierset souligne le rôle crucial du tutorat dans le soutien des apprentissages. En guidant l'étudiant dans son autoévaluation et dans sa résolution de situations complexes, il favorise le développement de ses compétences et de son identité professionnelle.

Ce soutien se matérialise à travers plusieurs rôles fondamentaux :

- Le Coaching, qui favorise l'émergence des compétences et de l'identité professionnelle.
- Le Scaffolding, qui offre un soutien ponctuel au cours d'entretiens, notamment lorsque l'étudiant aborde un niveau de complexité croissante
- Le Modeling, qui encourage la démarche réflexive de l'étudiant par la verbalisation du raisonnement du superviseur pendant un acte clinique.
- Le Fading, qui consiste en un retrait graduel de la supervision.

Bien que le tutorat pédagogique individuel des internes soit obligatoire depuis 2017, son application reste variable d'une faculté à une autre. Une formation facultative est proposée à l'échelle nationale pour former les tuteurs à l'accompagnement des étudiants dans le modèle d'apprentissage par compétences.

b) Portfolio

Rendu obligatoire depuis la réforme de 2017, le portfolio est défini comme une collecte organisée et cumulative de travaux écrits et de réflexions de l'étudiant, désignés comme des « traces d'apprentissage ». Consignées sur une plateforme numérique en ligne, ces traces d'apprentissage témoignent de la confrontation à une compétence et à une famille de situations. Parmi les différentes formes de traces écrites d'apprentissage proposées par le Groupe National des Généralistes Enseignants (GNGE), les récits de situations complexes authentiques (RSCA) et les vignettes cliniques, recueillis à Lille par l'entretien d'un journal de bord (JDB), sont les plus courantes. De plus, les rapports de stage y sont également consignés.

Le portfolio est évalué semestriellement par le tuteur et est considéré comme un prélude à la re-certification des futurs médecins généralistes.

c) Journal de bord

Le journal de bord ou carnet de bord, tel que décrit par L. Compagnon (11), se présente comme un outil d'évaluation authentique fiable et pertinent pour suivre la progression des internes au cours de leur DES. Il pourrait jouer un rôle central dans le cadre du portfolio. Cet outil permet de consigner de manière régulière et chronologique les données relatives aux situations cliniques rencontrées par l'étudiant, et ce à travers un travail dactylographié d'une durée attendue de 1 à 3 heures. En outre, il permet de vérifier l'acquisition et la pertinence des ressources internes de l'étudiant, ainsi que leur mobilisation en situation. Le contenu du JDB comprend généralement l'établissement du contexte de la situation clinique, la formulation de la problématique en lien avec la famille de situation clinique, une réponse contextualisée à la situation, et se conclut par un résumé des apprentissages ainsi que des ressources externes mobilisées, notamment bibliographiques.

Plusieurs formes de JDB ou carnet de bord ont été instaurées. Cependant, il n'existe pas d'harmonisation du JDB à l'échelle nationale, il n'a pas été adopté par toutes les facultés.

Rendu obligatoire en 2017 par l'intermédiaire du portfolio, la validation du JDB à Lille repose sur un critère quantitatif puisqu'elle nécessite un nombre minimal de 4 vignettes cliniques pour chacune des onze grandes familles de situations cliniques (ANNEXE 5). Afin d'améliorer l'adhésion des internes lillois, l'ergonomie et le déroulé pédagogique du journal de bord ont été revisités en 2022 (ANNEXE 4). Le JDB est

introduit lors de la présentation du portfolio et du paradigme d'apprentissage au cours du premier enseignement dispensé aux internes (EHS).

L'objectif principal de notre étude est d'évaluer le vécu des internes de Lille depuis l'adoption du JDB dans le portfolio. En outre, nous cherchons à identifier si le journal de bord répond aux critères pédagogiques énoncés par L. Compagnon et P. Le Mauff. Secondairement, nous cherchons à dégager les axes d'amélioration de cet outil pédagogique.

II. MATÉRIELS ET MÉTHODES

A. Type d'étude

L'étude entreprise est une quantitative observationnelle transversale-monocentrique. Le recueil des données a été effectué au moyen d'un auto-questionnaire publié en ligne par le biais de la plateforme LimeSurvey. Les recherches bibliographiques ont été menées via des moteurs de recherche divers tels que Pépité, PubMed, Lillocat, Google Scholar, et par le biais de la revue médicale Exercer. Les mots clés utilisés pour les recherches étaient : « journal de bord », « pédagogie du troisième cycle », « internat de médecine générale », « réforme de l'enseignement en médecine générale ». La veille bibliographique s'est effectuée sur une période allant de février 2023 à avril 2023. Afin d'assurer la qualité méthodologique de notre étude nous avons suivi les principes de l'échelle STROBE (Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology) ANNEXE 6.

B. Population étudiée

La population cible s'est vue recrutée au sein de la faculté de médecine de Lille Henri Warembourg. Elle était constituée des internes de médecine générale, sans distinction de semestre. Plus spécifiquement, cette recherche s'est concentrée sur la promotion ayant passé l'Examen Classant National (ECN) au cours des années 2020, 2021 et 2022.

C. Construction et contenu du questionnaire

Le questionnaire a été élaboré en étroite collaboration avec le Docteur Maurice Ponchant, directeur de thèse, et Madame Julia Draoui, menant simultanément un travail de thèse sur le ressenti des tuteurs du Département de Médecine Générale (DMG). Cette concertation a enrichi la conception du questionnaire, alignant les objectifs de notre étude sur les conclusions de travaux de thèses antérieures et intégrant les critères pédagogiques définis par Laurence Compagnon à partir des travaux de P. Le Mauff.

L'auto-questionnaire, spécifiquement élaboré pour les internes de médecine générale, comprend un ensemble de seize questions.

Afin d'évaluer le ressenti des internes quant à la pertinence pédagogique du journal de bord, indispensable à la validation de leur portfolio, les questions ont été structurées selon l'échelle de Likert, permettant une nuance dans les réponses :

- « Pas du tout d'accord »
- « Pas d'accord »
- « Ni d'accord, ni en désaccord »
- « D'accord »
- « Tout à fait d'accord »

Le questionnaire est structuré en trois parties (ANNEXE 7) :

- Les critères sociodémographiques, exprimés en variables descriptives (A1 à A8)
- Le ressenti des internes, exprimé en variables quantitatives élaborées via l'échelle de Likert (B1 à B13)
- Une question qualitative proposant un champ libre de réponse (B14)

Toutes les réponses des participants ont été traitées de manière anonyme, garantissant une confidentialité ainsi que leur liberté d'expression.

D. Recrutement et déroulement de l'étude

Le questionnaire a été rendu accessible aux participants par le biais d'un lien numérique hébergé sur le serveur LimeSurvey, accessible à l'adresse suivante : <http://www.cemg-lille.fr/limesurvey/index.php/444893?lang=fr>

La diffusion du questionnaire a été effective le 10 octobre 2023, orchestrée par le secrétariat du Département de Médecine Générale (DMG) et adressée à l'ensemble des internes de médecine générale, toutes promotions confondues. Cette diffusion a été rendue possible grâce à l'approbation du Professeur Marc Bayen.

Afin de maximiser la participation des internes, des relances ont été effectuées à travers les réseaux sociaux, physiquement au sein de la faculté en intervenant pendant les groupes d'échanges de pratiques (GEP), auprès des internes rencontrés sur les différents sites de stage et directement auprès de certains tuteurs avec la demande de relancer leurs tutorés.

Une relance par e-mail a été réalisée le 14 décembre 2023 par le secrétariat du DMG. Le recrutement s'est étalé sur une période allant du 10 octobre 2023 au 5 janvier 2024. L'objectif fixé était de 10 réponses par question soit un objectif de 160 réponses. L'objectif a donc été atteint avec 199 réponses, représentant un taux de réponse de 35,66%

E. Aspect éthique

Les informations traitées n'étant pas à caractère personnel, une demande d'exonération au règlement général sur la protection des données était nécessaire. Cette dernière a été soumise au registre des traitements de l'Université de Lille sous le numéro LS 1118. L'attestation d'exonération de déclaration au règlement général sur la protection des données a été délivrée le 26 septembre 2023 par le Délégué de Protection Des Données (DPO) Monsieur Jean-Luc Tessier (ANNEXE 8).

F. Analyse statistique

L'étude réalisée est une étude quantitative. Les données recueillies sur Limesurvey ont été exportées sous forme de fichier Excel. L'analyse descriptive a été réalisée à partir des logiciels Microsoft EXCEL ® 15.26 et JAMOVI ® 2.4.12.0.

Les variables qualitatives ont été décrites en effectifs et pourcentages, à travers l'utilisation de tableaux dynamiques croisés. Les variables quantitatives ont été exprimées en moyenne et écart-type. Pour évaluer les variables qualitatives, le test du Chi-2 a été appliqué, avec un niveau de signification de 5% (risque d'erreur alpha de 5%), et une valeur de p significative si inférieure à 0,05. Pour comparer les moyennes entre différents groupes pour une variable quantitative, le test ANOVA (analyse de variance) a été utilisé. De plus le test de Student pour échantillons indépendants a été employé pour comparer les moyennes entre deux groupes distincts. Les analyses ont été considérées comme significatives si la valeur p était inférieure à 0,05, indiquant ainsi une différence statistiquement significative.

III. RÉSULTATS

A. Analyse Descriptive

1. Caractéristiques de la population étudiée

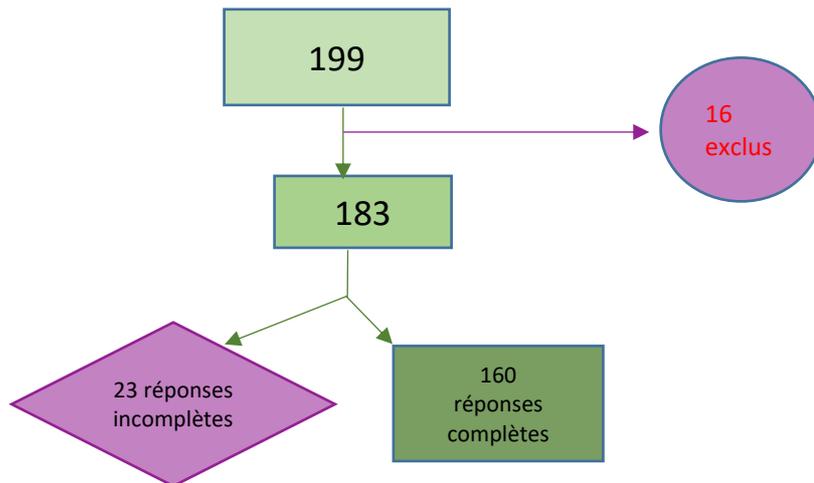
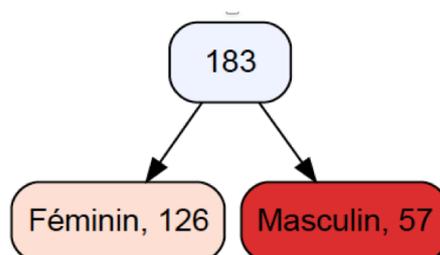


Diagramme de flux

Le questionnaire a été publié en octobre, ne permettant pas le recrutement des néo-internes en 1^{er} semestre.

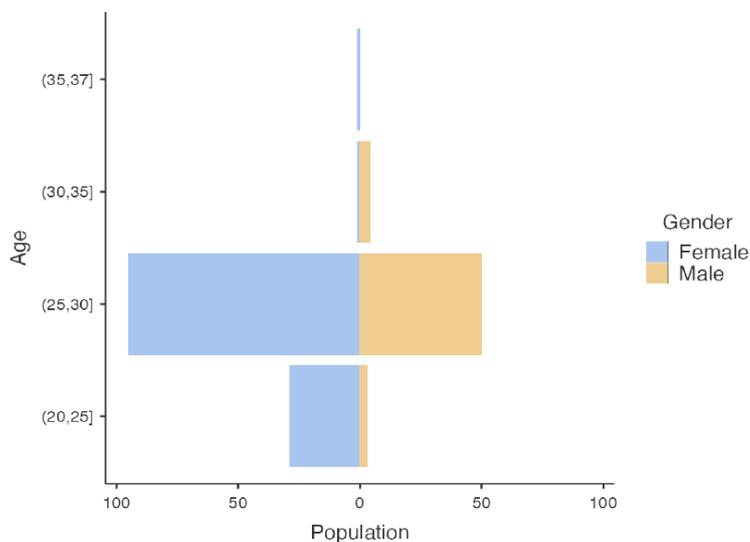
Sur les 558 internes de médecine générale de la faculté de médecine de Lille, 199 internes ont répondu au questionnaire, soit un taux de réponse de 35,66%. Parmi eux, 160 questionnaires ont été complets, soit 28,67% de l'effectif contacté.

Seuls les étudiants qui avaient renseigné leur âge et leur genre ont été intégrés à l'étude (n=183).



Notre population d'étude était majoritairement féminine, soit composée de 68,85% de femmes (n=126).

Age Pyramid



Graphique de la répartition des âges des internes

L'âge moyen des participants était de 26,8 ans avec un écart type de 1,7 an. Parmi les internes, 96,71% avaient moins de 30 ans, et parmi eux, 79,23% se situaient dans la tranche d'âge de 25 à 30 ans.

Statistiques descriptives

	Statut Familial	GENRE	N
AGE	Avec Enfant	Féminin	0
		Masculin	1
	En Couple	Féminin	94
		Masculin	35

Répartition des internes selon leur statut familial

Concernant le statut familial, parmi les 183 participants, 70,49% étaient en couple (n=129).

Statistiques descriptives

	4) Semestre en cours ?	GENRE	N	Moyenne	Médiane	Ecart-type	Minimum	Maximum
AGE	2	Féminin	30	25.7	26.0	1.119	24	30
		Masculin	5	27.4	27	3.362	24	33
	3	Féminin	18	25.5	25.0	0.857	24	27
		Masculin	9	27.3	26	2.693	25	34
	4	Féminin	36	26.4	26.5	0.773	25	28
		Masculin	18	27.2	27.0	1.200	25	30
	5	Féminin	19	27.2	27	1.344	26	31
		Masculin	4	27.8	26.5	2.872	26	32
	6	Féminin	22	27.8	27.0	2.245	26	37
		Masculin	17	27.9	28	1.317	26	32
	7	Féminin	1	28.0	28	NaN	28	28
		Masculin	3	28.7	28	1.155	28	30

Répartition des internes selon leur ancienneté

146 internes étaient en phase d'approfondissement, ce qui représente 79,78% du total, contre 21,35% en phase socle (n=35).

Nombre de rencontres	N=	%
1	70	0,55
2	24	0,19
3	8	0,06
4	16	0,12
5	5	0,03
6	2	0,01
11	1	0,007
Total général	126	1

Nombre de rencontres avec le tuteur

Les internes ont été interrogés sur la fréquence de leurs rencontres avec leur tuteur. Parmi les 181 internes ayant répondu à cette question, 130 (soit 71,82%) avaient déjà rencontré leur tuteur. Parmi eux, une petite fraction, soit 25,4%, l'avait rencontré plus de deux fois.

2. Analyse descriptive par critère pédagogique

Afin de simplifier l'analyse, les réponses proposées selon l'échelle de Likert ont été codées de la manière suivant :

- Les réponses « Pas du tout d'accord » et « Pas d'accord » ont été codées respectivement par les chiffres « 1 » et « 2 »

- La réponse « Ni d'accord, ni en désaccord » a été codé par le chiffre « 3 »
- Les réponses « D'accord » et « Tout à fait d'accord » ont été codées, respectivement par les chiffres « 4 » et « 5 ».

Aussi, après exclusion des données manquantes, nous avons analysé les critères pédagogiques pour un échantillon de 172 internes ayant répondu à tous les critères.

Apprentissage par compétences							Moyenne item	Médiane item
1	2	3	4	5	Total général			
74	42	33	21	2	172	2,04	2	
43,02%	24,42%	19,19%	12,21%	1,16%	100,00%			
Acquis de compétences							Moyenne item	Médiane item
1	2	3	4	5	Total général			
68	58	14	31	1	172	2,06	2	
39,53%	33,72%	8,14%	18,02%	0,58%	100,00%			
Chronophage							Moyenne item	Médiane item
1	2	3	4	5	Total général			
55	69	24	21	3	172	2,12	2	
31,98%	40,12%	13,95%	12,21%	1,74%	100,00%			
Fréquence de remplissage								
Hebdomadaire		Mensuelle		Semestrielle		Total général		
7	36			129		172		
4,07%	20,93%			75,00%		100,00%		
Aide aux traces écrites d'apprentissage							Moyenne item	Médiane item
1	2	3	4	5	Total général			
74	64	20	14	0	172	1,85	2	
43,02%	37,21%	11,63%	8,14%	0,00%	100,00%			
Ressources externes							Moyenne item	Médiane item
1	2	3	4	5	Total général			
66	50	18	35	3	172	2,18	2	
38,37%	29,07%	10,47%	20,35%	1,74%	100,00%			
Echanges avec le tuteur							Moyenne item	Médiane item
1	2	3	4	5	Total général			
84	39	19	26	4	172	1,99	2	
48,84%	22,67%	11,05%	15,12%	2,33%	100,00%			
Rétroaction pédagogique							Moyenne item	Médiane item
1	2	3	4	5	Total général			
74	51	23	22	2	172	1,99	2	
43,02%	29,65%	13,37%	12,79%	1,16%	100,00%			
Réflexivité							Moyenne item	Médiane item
1	2	3	4	5	Total général			
60	37	42	31	2	172	2,29	2	
34,88%	21,51%	24,42%	18,02%	1,16%	100,00%			
Marguerite des compétences							Moyenne item	Médiane item
1	2	3	4	5	Total général			
71	46	39	16	0	172	2,00	2	
41,28%	26,74%	22,67%	9,30%	0,00%	100,00%			
Intérêt pédagogique							Moyenne item	Médiane item
1	2	3	4	5	Total général			
73	45	29	24	1	172	2,04	2	
42,44%	26,16%	16,86%	13,95%	0,58%	100,00%			
					MOYENNE GLOBALE	2,06	MÉDIANE GLOBALE	2

Apprentissage par compétences

Lorsque l'on a demandé aux internes si le travail autour du journal de bord leur permettait de s'approprier ce nouveau modèle pédagogique d'apprentissage par compétences, 19,19% ont exprimé un avis neutre (n=33), tandis que 67,44% ont manifesté un désaccord (n=116).

Chronophage

À la question sur la charge de travail imposée par JDB, 72,1% des internes estimaient que ce dernier était chronophage et n'encourageait pas son remplissage régulier (n=124). En effet, 75% des internes déclaraient le remplir de manière semestrielle (n=129).

Aide aux traces écrites d'apprentissage

Les internes ont également été interrogés sur l'impact du travail lié au JDB sur l'élaboration de leurs traces écrites, notamment dans celle de leurs RSCA.

Près de 80% des internes ont indiqué que cela ne les aidait pas (n=138).

Ressources externes pertinentes

Dans notre enquête, 67,44% des internes interrogés ont exprimé leur opinion selon laquelle le JDB ne facilite pas l'accès à des ressources externes pertinentes (n=116).

Echanges avec le tuteur

Pour 71,51% des internes (n=), le travail autour du JDB ne favorise pas les échanges avec le tuteur pédagogique.

Rétroaction pédagogique

De même, 72,67% des internes participant estiment que le travail autour du JDB ne contribue pas à améliorer la qualité des rétroactions pédagogiques, que celles-ci proviennent de l'interne ou du tuteur (n=125).

Réflexivité

Lorsqu'on a demandé si le travail lié aux JDB favorisait leur posture réflexive, 24,42% des internes qui ont répondu ont exprimé un avis neutre (n=42), tandis que 56,39% ont exprimé leur désaccord (n=97).

Marguerite des compétences

Pour 68,02% des participants (n=117), le JDB n'a pas été perçu comme un outil permettant de progresser sur la marguerite des compétences.

Intérêt pédagogique

D'après 68,6% des internes interrogés (n=118), la tenue du JDB ne présente pas d'intérêt pédagogique, tandis que 16,86% ont exprimé un avis neutre.

Intérêt pédagogique en fonction du score global

INTÉRÊT PÉDAGOGIQUE	N=	% DU TOTAL
Neutre	77	44,77%
Non	94	54,65%
Oui	1	0,58%
Total général	172	100,00%

Pour évaluer l'intérêt pédagogique global du journal de bord de manière plus objective, nous avons calculé un score total sur 50 en additionnant les réponses de chaque interne pour chacun des critères pédagogiques évalués, en excluant les données manquantes.

Selon nos critères d'évaluation, il a été déterminé ce qui suit pour chaque participant :

- Une absence d'intérêt pédagogique pour le JDB si score total était inférieur ou égal à 20.
- Un avis neutre si score était compris entre 20 et 39.
- Un intérêt pédagogique si score total était supérieur ou égal à 40.

Selon l'analyse statistique, la moyenne du score global était de 20,57, avec une médiane de 19. Ainsi, sur l'ensemble des réponses obtenues (n=171), 54,65% ne trouvaient pas d'intérêt pédagogique au JDB et 44,77% exprimaient un avis neutre.

Seul un interne (0,58%) affirmait que le journal de bord présentait un intérêt pédagogique.

3. Analyse des suggestions des internes

REPRODUCTIVITÉ	N=	% DU TOTAL
Non	168	97,67%
Oui	4	2,33%
Total général	172	100,00%

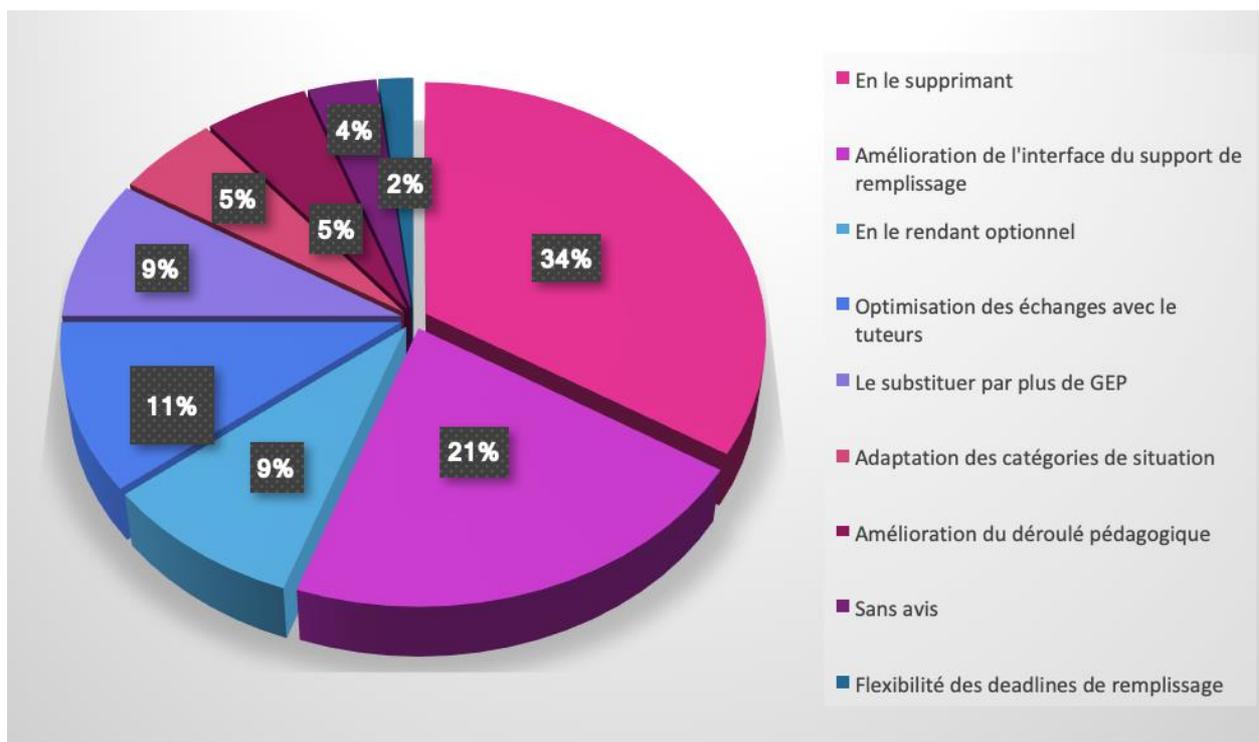
Il a été demandé aux internes s'ils envisageaient de conserver le JDB dans leur pratique future. Sur l'ensemble des réponses, 97,67% ont affirmé que non (n=168).

CONSERVATION DANS LE PORTFOLIO ?	N=	% DU TOTAL
Non	136	79,53%
Oui	35	20,47%
Total général	171	100,00%

De plus, nous leur avons demandé s'il était nécessaire de conserver le JDB dans le portfolio. A cette question 79,53% des internes s'accordaient à répondre que non (n=136).

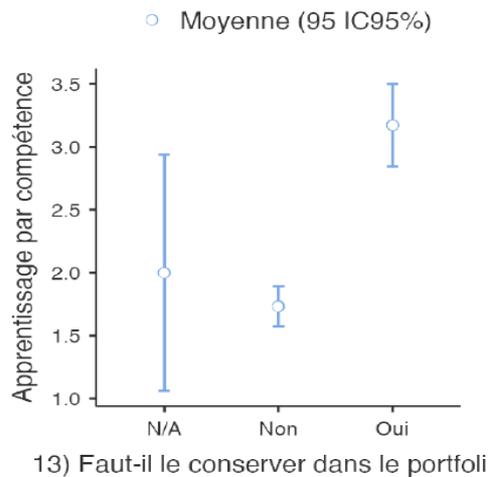
Analyse des suggestions des internes pour l'amélioration du journal de bord

L'analyse des réponses libres recueillies à la fin du questionnaire auprès des internes sur les axes d'amélioration du JDB révèle plusieurs suggestions récurrentes parmi les 56 réponses obtenues. Les propositions les plus fréquemment citées sont les suivantes (ANNEXE 9) :



- En le supprimant prétendant qu'il n'y avait là aucun axe d'amélioration pour 33,92% des internes qui ont répondu (n=19).
- Amélioration de l'ergonomie et de l'interface du support de remplissage du journal de bord pour 21,42% (n=12).
- Mises en place de retours et de rétroactions des tuteurs plus réguliers sur les situations rapportées pour 10,71% (n =6).
- 8,92% des internes qui ont répondu ont proposé de le rendre optionnel (n=5).
- Utilisation de formats plus interactifs, en favorisant les groupes d'échange de pratiques (GEP) avec présentation de situations cliniques pour 8,92% (n=5).
- Révision des catégories de situations pour les adapter à tous les stages réalisés pendant le DESMG, diminuer les exigences de situation à rapporter pour 5,35% (n=3).
- Amélioration de la présentation du travail autour du journal de bord et de son intérêt pour 5,35% des réponses (n=3).
- 3,57% des internes ont indiqué ne pas savoir (n=2).
- Flexibilisation des deadlines de remplissage pour correspondre à la réalité du terrain et des stages pour 1,78% (n=1).

B. Analyse Inférentielle



Test ANOVA unidirectionnelle de la différence dans les moyennes des groupes selon la perception de l'apprentissage par compétences

La valeur F obtenue à partir de l'ANOVA est de 30,2. La valeur p associée au test ANOVA unidirectionnel est inférieure à 0,001 indiquant une différence significative entre au moins deux des moyennes des groupes. Pour le groupe « Apprentissage par compétence », la moyenne est de 2,00 avec un écart-type de 0,894 et une erreur standard de 0,3651. Pour le groupe « Non », la moyenne est de 1,23 avec un écart-type de 0,940 et une erreur standard de 0,0809. Pour le groupe « Oui », la moyenne est de 3,17 avec un écart-type de 0,0954 et une erreur standard de 0,1613.

En résumé, cette analyse suggère qu'il existe une différence significative entre les moyennes des groupes « Apprentissage par compétence », « Non » et « Oui ». La décision de conserver l'élément dans le portfolio semble donc être influencée par la perception selon laquelle le journal de bord favoriserait ou non l'apprentissage par compétences.

Selon la Phase

Test t pour échantillons indépendants

		Statistique	ddl	p
Apprentissage par compétence	t de Student	3.31 ^a	169	<.001
Chronophage	t de Student	2.40	169	0.009
Aide pour le RSCA	t de Student	4.13 ^a	169	<.001
Ressouces Externes Pertinentes	t de Student	5.24	169	<.001
Retroaction	t de Student	4.27	169	<.001
Progression sur la Marguerite des Coméptences	t de Student	2.92	169	0.002

Note. $H_0: \mu_{\text{Phase Socle}} > \mu_{\text{Phase d'approfondissement}}$

^a Le test de Levene est significatif ($p < 0.05$), suggérant une violation de la condition d'égalité des variances

Test de Student unidirectionnel des critères pédagogiques selon l'ancienneté des internes

Nous avons effectué un test de Student pour échantillons indépendants afin de comparer les moyennes entre la phase socle et la phase d'approfondissement concernant les différents critères d'évaluation du journal de bord. Les résultats révèlent des différences significatives entre les phases pour tous les critères étudiés.

Plus spécifiquement, les moyennes de la phase d'approfondissement étaient significativement supérieures à celles de la phase socle pour les critères d'apprentissage par compétence ($t=3,31$, $ddl=169$, $p < 0,001$), d'aide pour le RSCA ($t=4,13$, $ddl=169$, $p < 0,001$), de rétroaction ($t=4,27$, $ddl=169$, $p < 0,001$), de ressources externes pertinentes ($t=5,24$, $ddl=169$, $p < 0,001$), et de progression sur la Marguerite des Compétences ($t=2,92$, $ddl=169$, $p=0,002$). Pour le critère chronophage, bien que la différence soit significative, elle est moins prononcée ($p = 0,009$).

Hypothèses

Test d'homogénéité des variances (test de Levene)

	F	ddl	ddl2	p
Apprentissage par compétence	5.20	1	169	0.024
Chronophage	3.16	1	169	0.077
Aide pour le RSCA	8.99	1	169	0.003
Ressouces Externes Pertinentes	2.09	1	169	0.150
Retroaction	3.49	1	169	0.064
Progression sur la Marguerite des Coméptences	2.95	1	169	0.088

Note. Une valeur p faible suggère une violation de la condition d'égalité des variances

Par ailleurs, le test de Levene pour évaluer l'homogénéité des variances a révélé des résultats significatifs pour les critères d'apprentissage par compétence ($p=0,024$), d'aide pour le RSCA ($p=0,003$), et la progression sur la Marguerite des Compétence ($p=0,088$). Suggérant une violation de la condition d'égalité des variances pour ces critères. Cependant, malgré ces violations, nous avons interprété les résultats du test

de Student, car les échantillons étaient de taille suffisante pour assurer la robustesse du test.

INTÉRÊT PÉDAGOGIQUE DU JDB			
	RENCONTRE AVEC LE TUTEUR		TOTAUX
	Non	Oui	
Non	31	63	94
Oui	0	1	1
TOTAUX	31	64	95
	30,67	63,32	
	0,32	0,67	
			p=0,48413796

Test du Chi-2 : Intérêt pédagogique du journal de bord en fonction de la rencontre avec le tuteur

Nous avons utilisé un test du Chi-2 pour évaluer l'association entre l'intérêt pédagogique du journal de bord et le fait d'avoir rencontré son tuteur parmi les internes. Les résultats indiquent qu'il n'y a pas de différence significative dans l'intérêt pédagogique pour le journal de bord entre les internes qui ont rencontré leur tuteur et ceux qui ne l'ont pas fait (p=0,484).

IV. DISCUSSION

A. Principaux résultats et interprétations

L'analyse de l'appréciation de l'intérêt pédagogique du journal de bord, révèle une tendance marquée à la désapprobation chez les internes. En effet, une majorité des internes interrogés (54,65%) ne considérait pas le JDB comme un outil pédagogique pertinent, le décrivant comme chronophage, peu pratique et ne répondant pas aux critères pédagogiques établis par L. Compagnon et P. Le Mauff.

Une proportion importante d'internes (44,77%) exprimait une neutralité d'opinion sur le sujet, ce qui suggère une certaine incompréhension globale du modèle pédagogique. Pour illustration, près de 25% des internes avaient un avis neutre lorsqu'ils ont été interrogés sur la posture réflexive. Il paraît donc difficile à l'étudiant de s'approprier de manière cohérente les méthodes et outils du paradigme d'apprentissage.

Une analyse plus approfondie des critères pédagogiques du JDB révèle des différences significatives en fonction de l'ancienneté de l'interne. Les internes de phase socle montrent un intérêt plus marqué pour le JDB que ceux en phase d'approfondissement, ce qui pourrait indiquer une lassitude ou un manque d'appréciation du changement de paradigme d'apprentissage au fil du temps.

Par ailleurs, nous savons que l'intérêt du JDB est étroitement lié à la régularité du remplissage. Or, la grande majorité des internes déclarent remplir le JDB de manière semestrielle, probablement au dernier moment, ce qui soulève des questions sur l'efficacité de cet outil dans son utilisation pratique.

Les suggestions formulées par les internes mettent en avant la nécessité de supprimer le JDB ou de le rendre optionnel, ainsi que l'importance d'une rétroaction pédagogique plus qualitative. Bien que la plupart des internes interrogés aient rencontré leur tuteur moins de trois fois, nos résultats suggèrent que ces rencontres n'influencent pas significativement leur intérêt pour le JDB en tant qu'outil pédagogique. Cela pourrait indiquer que d'autres facteurs, tels que la conception du JDB ou le niveau d'engagement personnel des internes, ont un impact plus important sur leur perception de cet outil.

Enfin, malgré le rôle potentiel du portfolio dans la re-certification des futurs médecins généralistes, une grande majorité des internes (98%) affirme qu'ils ne conserveront pas le JDB dans leur pratique future, soulignant ainsi l'importance de repenser cet outil dans le cadre de leur formation médicale continue.

B. Atouts et faiblesse de l'étude

1. Validité interne

L'étude présente plusieurs points forts qui renforcent sa validité interne. Tout d'abord, elle suit les critères recommandés par l'échelle de STROBE, avec 15 des 22 critères remplis (ANNEXE 6).

De plus, ce travail est mené sous la forme d'une étude de cohorte transversale, ce qui confère un niveau de preuve solide (niveau 2).

Concernant la population d'étude, le taux de participation élevé de 35,66% parmi les internes, avec une représentation significative des femmes à hauteur de 68,85%, reflète fidèlement la tendance actuelle de féminisation de la population des étudiants en médecine générale.

Le recueil de données standardisé par le biais d'un questionnaire informatisé anonymisé contribue à limiter les biais liés à l'investigateur, tandis que l'envoi du questionnaire par le DMG par courriel électronique sur l'adresse mail universitaire des internes réduit le biais de sélection.

Cependant, malgré ces points forts, l'étude présente également plusieurs faiblesses. Tout d'abord, le questionnaire étant diffusé en octobre, les internes de premier semestre n'ont pas pu être inclus ce qui limite la généralisation des résultats, car elle introduit un biais de sélection en comparant uniquement les internes des phases socle et d'approfondissement.

De plus, le calcul du score global pour l'intérêt pédagogique ne tient compte que des réponses complètes et réduit l'échantillon étudié.

Étant donné que le journal de bord à Lille a été revisité en 2022, l'étude ne permet pas de distinguer si l'évaluation de l'interne reflète son expérience avec l'ancien ou le

nouveau JDB, créant ainsi un biais de confusion potentiel dans l'interprétation des résultats.

Enfin la thèse, étant dirigée par le Docteur. Maurice Ponchant initiateur du nouveau format du JDB à Lille, pose un conflit d'intérêt et soulève des préoccupations éthiques qui pourraient influencer la perception de la validité de l'étude.

2. Généralisabilité de l'étude

La généralisation des résultats de cette étude doit être examinée à la lumière des recherches antérieures et de l'évolution du contexte pédagogique.

En 2009, une étude qualitative menée par focus-group s'est intéressée au vécu des internes suite à l'instauration du JDB en stage ambulatoire à Lille (12). Les retours des internes étaient ambigus. Bien que perçu comme un outil pédagogique intéressant, le journal de bord était considéré comme redondant par rapport aux travaux écrits requis dans le portfolio. Cette perception suggère une compréhension limitée des objectifs du JDB à l'époque. Alors que le JDB était reconnu comme une trace d'apprentissage et un stimulateur de recherche, les internes ont parallèlement exprimé un manque de motivation pour son remplissage, le trouvant peu ergonomique. Ils ont également souligné le besoin d'une meilleure implication des tuteurs.

Depuis la réforme de 2017 et l'intégration du JDB dans le portfolio, aucune nouvelle étude n'a été réalisée pour réévaluer les perceptions des internes lillois.

Secondairement, il convient de souligner que notre étude complète une étude réalisée concomitamment sur le point de vue des tuteurs du DMG de Lille, qui met en évidence des avis moins tranchés sur le JDB. Selon cette étude, l'opinion des tuteurs concernant l'intérêt pédagogique du journal de bord est globalement neutre. Il ressort que le rythme de rétroaction, la fréquence des entretiens d'évaluation, et la fréquence de remplissage influencent de manière significative l'intérêt pédagogique du journal de bord du point de vue des tuteurs.

C. Perspectives d'amélioration du journal de bord

L'étude a mis en lumière une incompréhension globale des internes quant au modèle d'apprentissage par compétence ainsi que les objectifs du journal de bord.

Une piste de recherche future consiste à explorer la manière dont ce modèle pédagogique est introduit aux internes au début de leur internat et à identifier les freins à son appropriation afin d'améliorer le déroulé pédagogique du JDB auprès des internes lillois.

Par ailleurs, ce travail a révélé une évolution de la perception du JDB chez les internes au fil du temps. Il serait donc pertinent de réaliser une étude approfondie des facteurs qui influencent négativement cette perception. Une étude qualitative longitudinale permettrait de suivre cette évolution tout au long de la formation des internes et d'évaluer son impact à long terme sur leur pratique médicale.

Selon les commentaires libres des internes, il semble y avoir un lien entre l'appropriation du JDB par les internes et l'investissement dans la rétroaction pédagogique de la part des tuteurs. Il serait donc intéressant de renforcer l'évaluation authentique par les tuteurs, notamment à travers la systématisation des entretiens d'évaluation, mais également en enrichissant les grilles d'évaluation par des critères qualitatifs, permettant ainsi une évaluation plus holistique des acquis de compétences.

V. CONCLUSION

Le journal de bord utilisé par certains DMG pour évaluer les internes dans le cadre du paradigme d'apprentissage par compétences, semble ne pas remplir ses objectifs à Lille, selon les retours des internes. Ces derniers mettent en lumière une incompréhension du concept d'apprentissage par compétences et du rôle des traces d'apprentissage. Cette incompréhension contribue au désintérêt croissant des internes pour le journal de bord au fil de leur progression. Leurs commentaires soulignent également un lien entre leur perception négative du journal de bord et la qualité des retours pédagogiques des tuteurs. Bien que la plupart des internes préconisent la suppression du journal, il est plus pertinent de comprendre les obstacles qui entravent leur appropriation du nouveau modèle d'apprentissage, afin d'en optimiser le déroulé pédagogique.

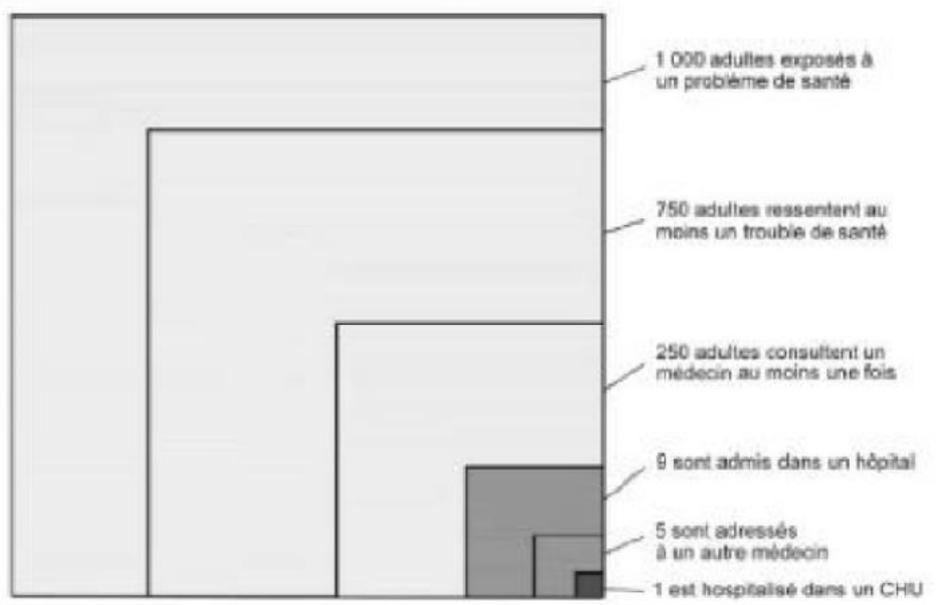
BIBLIOGRAPHIE

1. Rougeron C. La médecine générale en France de la Révolution à aujourd'hui : la métamorphose. *Ethics Med Public Health*. avr 2015;1(2):283-8.
2. White KL, Williams TF, Greenberg BG. The Ecology of Medical Care. *N Engl J Med*. 2 nov 1961;265(18):885-92.
3. WONCA Europe. WONCA European-Définition européenne de la médecine générale - Médecine de famille. 2022;52.
4. Décret n°2004-67 du 16 janvier 2004 relatif à l'organisation du troisième cycle des études médicales [Internet]. 2004-67, MENS0302822D janv 16, 2004. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000000781658>
5. Arrêté du 12 avril 2017 portant organisation du troisième cycle des études de médecine.
6. Arrêté du 3 août 2023 portant modification de la maquette de formation du diplôme d'études spécialisées de médecine générale.
7. Chartier S, Breton JL, Ferrat E, Compagnon L, Attali C, Renard V. L'évaluation dans l'approche par compétences en médecine générale. 24.
8. Mauff PL, Bail P, Gargot F, Garnier F, Guyot H, Honnorat C, et al. L'évaluation des compétences des internes de médecine générale.
9. Le Mauff P, Pottier P, Goronflot L, Barrier J. Evaluation d'un dispositif expérimental d'évaluation certificative des étudiants en fin de troisième cycle de médecine générale. *Pédagogie Médicale*. août 2006;7(3):142-54.
10. Compagnon LC, Bail P, Huez JF, Stalnikiewicz B, Ghasarossian C, Zerbib Y, et al. Définitions et descriptions des compétences en médecine générale. *Exercer*. 2013;24(108):148-55.
11. Laurence Compagnon, Renard V, Hicheur BE, Adeline-Duflot F, Neagoe M, Fabre J. Le journal de bord : un outil de formation des futurs médecins généralistes dans une approche par compétences. *Rev Exerc*. mars 2022;(181):3.
12. Ndrianasy S, Cadwallader JS, Stalnikiewicz B, Leruste S. Instauration du journal de bord en stage ambulatoire à Lille : le vécu des internes. *EXERCER*. 2011;5.
13. JOUQUAN J, BAIL P. A quoi s'engage-t-on en basculant du paradigme d'enseignement vers le paradigme d'apprentissage ? *Pédagogie Médicale*. 2003;163-75.
14. Mager RF. Chapitre 1. Les Objectifs. In: Comment définir des objectifs pédagogiques [Internet]. Paris: Dunod; 2020. p. 7-11. (Éducation Sup). Disponible sur: <https://www.cairn.info/comment-definir-des-objectifs-pedagogiques--9782100808120-p-7.htm>

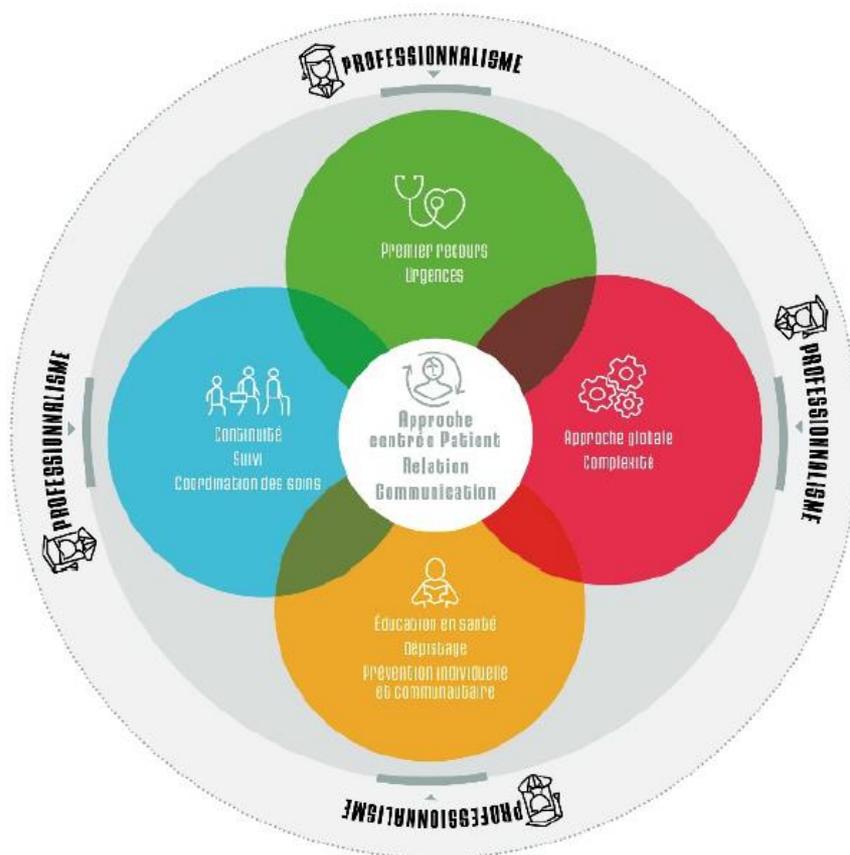
15. Attali C, Bail P, Magnier AM, Beis JN, Ghasarossian C, Gomes J, et al. Compétences pour le DES de médecine générale. Rev Exerc. (Janvier/Février 2006 n°76-32):2.
16. ZERBIB DD. Etat des lieux sur la réforme du D.E.S (position au 30/04/2017) [Internet]. 2017 [cité 30 janv 2023]. Disponible sur: <http://cgeupd.fr/etat-des-lieux-sur-la-reforme-du-d-e-s-position-au-30042017/>
17. Lepiller F. Étude du ressenti des internes de médecine générale rouennais relatif au journal de bord [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Rouen Normandie; 2021.
18. Rumeur M. L'enseignement médical en France: quelle évolution au cours des siècles? Quelle place pour la médecine générale? [Rouen]: Faculté mixte de médecine et de pharmacie de rouen; 2016.
19. Kaufman DM. L'éducation centrée sur l'enseignant ou centrée sur l'apprenant :une fausse dichotomie. Pédagogie Médicale. août 2002;3(3):145-7.
20. Tardif J. L'évaluation dans le paradigme constructiviste. 1993;8.
21. Naccache N, Samson L, Jouquan J. Le portfolio en éducation des sciences de la santé : un outil d'apprentissage, de développement professionnel et d'évaluation. Pédagogie Médicale. mai 2006;7(2):110-27.
22. Attali C, Huez JF, Valette T, Lehr-Drylewicz AM. Les grandes familles de situations cliniques. 2013;24(108):165-9.
23. Ordonnance n°58-1373 du 30 décembre 1958 relative à la création de centres hospitaliers et universitaires, à la réforme de l'enseignement médical et au développement de la recherche médicale. [Internet]. déc 30, 1958. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000000886688>
24. Blanchard S. P., Perrenoud. Développer la pratique réflexive dans le métier d'enseignant. Orientat Sc Prof [Internet]. 15 mars 2002 [cité 7 janv 2023];(31/1). Disponible sur: <https://journals.openedition.org/osp/4894>
25. Colson Rémi. Perception de l'e-portfolio nécessaire à la validation du DESMG par les internes de médecine générale de la faculté de médecine de Caen. 2021.
26. Vierset V, Frenay M, Bédard D. Quels critères utiliser pour questionner la qualité pédagogique des stages cliniques ? Rev Int Pédagogie L'enseignement Supér [Internet]. 1 juill 2015 [cité 3 janv 2023];31(2). Disponible sur: <http://journals.openedition.org/ripes/976#tocto2n1>
27. Renoux C, Lebeau JP, Potier A, Lehr-Drylewicz AM. Un référentiel de compétences pour une évaluation formative des internes en stage de premier niveau en médecine générale. 2013;24(108):185-92.

ANNEXES

ANNEXE 1 – Carré de White



ANNEXE 2 – La marguerite des compétences



ANNEXE 3 – Les 11 familles de situations cliniques

1	Situations autour de patients souffrant de maladies chroniques, multi morbidité à forte prévalence		
1.1	Diagnostiquer et suivre des patients atteints de pathologies chroniques organiques et psychologiques de toute nature, diagnostiquer et suivre des patients poly pathologiques à psychologiques de toute nature, diagnostiquer et suivre des patients poly pathologiques à		
1.2	Repérer et suivre des patients asymptomatiques qui présentent des facteurs de risque dont le contrôle a montré son efficacité sur la probabilité de survenue d'évènements morbides à court, moyen et long terme		
1.3	Maintenir à domicile des patients souffrant de déficiences motrices, sensitives, cognitives entraînant des pertes d'autonomie (problèmes locomoteurs, neurologiques, sensoriels.		
1.4	Accompagner les patients souffrant de problèmes d'addiction, de dépendance et de mésusage		
1.5	S'investir auprès de patients présentant des pathologies chroniques très graves, de patients en soins palliatifs et de patients en fin de vie		
1.6	Dépister et accompagner les patients souffrant de pathologies psychiatriques chroniques prévalentes (dépression, anxiété généralisée, troubles bipolaires....)		
1.7	D'accompagner les patients présentant des douleurs chroniques		
2	Situations liées à des problèmes aigus/ non programmés/ fréquents/exemplaires		

2.1	entendre et répondre aux plaintes médicalement inexplicables/ plaintes d'origine fonctionnelle/ plaintes somatiques inexplicables		
2.2	Plaintes dont l'origine micro et macro traumatiques est probable		
2.3	Patients présentant des problèmes infectieux courants		
2.4	Patients présentant des lésions du revêtement cutané et muqueux		
3	Situations autour de problèmes de santé concernant les spécificités de l'enfant et de l'adolescent		
3.1	Faire le suivi de nourrissons et d'enfants dans les consultations systématiques de surveillance en s'assurant de leur développement global, de leur prévention vaccinale et du dépistage de leurs troubles sensoriels et psycho comportementaux.		
3.2	Accompagner les parents inquiets des troubles de leur nourrisson et de développer une conduite adaptée devant les pathologies les plus fréquentes du nourrisson		
3.3	Accueillir et suivre un adolescent en intégrant une exploration somatique et psychique et une attitude permettant à la fois d'établir une relation de confiance, un rôle préventif et éducatif, et une place de		
4	Situations autour de la sexualité et de la génitalité : l'interne devra avoir été mis en situation		
4.1	De prescrire une contraception, en assurer le suivi, informer et éduquer pour toutes les formes de contraception en situation commune, à risque, et en		

4.2	D'informer autour d'un projet de grossesse. Suivre une grossesse normale dans sa dimension médicale, mais aussi affective en y intégrant la consultation préconceptionnelle, aider la femme à réduire ses risques (produits psychoactifs, tabac, alcool), repérer et orienter les grossesses à risque quel qu'en soit le terme		
4.3	De suivre une femme en périménopause puis ménopausée, analyser le risque et le bénéfice d'un traitement hormonal substitutif, intégrer les demandes de la femme à une stratégie de suivi, de dépistage et de prévention. Evaluer le risque ostéoporotique et proposer une stratégie adaptée. Répondre à la plainte concernant		
4.4	De répondre à une demande d'IVG dans le cadre réglementaire L'interne prend en compte la demande d'IVG en respectant le devoir d'information et la clause de conscience		
4.5	de répondre de façon adaptée dans le cadre du premier recours à une demande urgente ou non d'une femme présentant une plainte indifférenciée dont l'origine gynécologique est probable		
4.6	Assurer et informer sur le dépistage des cancers mammaires et génitaux en fonction des niveaux de		
5	Situations autour de problèmes liés à l'histoire familiale et à la vie de couple		
6	Situations de problèmes de santé et /ou de souffrance liés au travail		

7	Situations dont les aspects légaux, , déontologiques et ou juridiques sont au premier plan		
8	Situations avec des Patients difficiles/ exigeants		
9	Situations où les problèmes sociaux sont au premier plan		
10	Situations avec des patients d'une autre culture		
11	Situations liées à des problèmes aigus/ non programmés/ dans le cadre des urgences réelles ou ressenties		
11.1	Gérer des Patients qui présentent des plaintes urgentes de nature somatique (Défaillances des fonctions vitales ou risque des défaillances de ces fonctions et urgences ressenties) (Anaphylactique, cardiogénique, pulmonaire, hypo-volémique hémorragique ou non, neurogénique, septique), soulagement symptomatique,		
11.2	Patients présentant des crises aiguës de nature psychiques/ relationnelles (patient très agressif)		
11.3	Patients présentant des problèmes médico sociaux aigus		

ANNEXE 4 – Journal de bord à Lille

MENU

Rétroaction soit par vous,
par votre MSU ou votre
réfèrent dans le stage

nom

prénom

promo

Journal de bord - TUTEUR

EXCEL

Exposition de la situation

27/01/2023[Sem]1[Stu8]11 Demande de Certificat initial

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

Familles de situations*

Date* H F Semestre* 1 Age 11

Demanded de Certificat initial

Motif(s) de consultation*

Diagnostic émis

Déclinaison(s) et explication(s)

Adolescente de 11 ans venant accompagnée de sa mère pour demande de certificat initial.

Elle rapporte : des agressions verbales par une élève de sa classe depuis novembre. Elle a développé une anxiété de ce fait, des troubles du sommeil avec des insomnies et des délais très long d'endormissement, avec également une aggravation de son eczéma (vu d'ailleurs plusieurs fois pour ce motif par ma MSU auparavant).

Pas d'idées noires, pas d'automutilation, pas de perte d'appétit, pas d'autres symptômes. Une plainte est en cours d'ou cette demande de certificat.

Examen clinique sans particularité hormis effectivement une aggravation post de son eczéma au niveau des plis des coudes et des genoux. Pas de coups à noter.

Certificat réalisé au terme de la consultation

Mes commentaires libres

Au cours de ma rédaction ma MSU m'a repris en me demandant de changer le terme "harcèlement" par "agressions verbales" dans le dossier ainsi que lors de la rédaction du certificat.

Rétroaction

Effectivement après rétro-action avec ma MSU, elle m'a expliqué que le terme d'"harcèlement" est trop connoté qu'il fallait préférer le terme d'"agressions verbales". Nous sommes donc revenu sur les points concernant la rédaction de certificats initiaux : ne pas écrire directement les faits mais bien mentionner que ces derniers nous sont rapportés, ne pas affirmer la responsabilité d'un tiers ... Après mes recherches je suis tombée sur cette fiche regroupant tout ces points https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2012-01/reco2clics_certificat_medical_initial_personne_victime_violences.pdf

brouillon

déposée en attente

Non validée

Validée

ENREGISTRER

SUPPR

cliquer pour envoyer au tuteur

27/01/2023

Commentaires tuteur

Ici commentaires du tuteur

VALIDER

SUIVANTE

NON VALIDER

ANNEXE 5 – Grille critériée d'évaluation du portfolio



UNIVERSITE DE LILLE - DROIT ET SANTE
FACULTE DE MEDECINE «HENRI WAREMBOURG»
DEPARTEMENT DE MEDECINE GENERALE

Évaluation semestrielle du portfolio électronique Et rapport tutorat

Promotion ECN 2018 « Quesnay »
Nom et prénom de l'interne :
Semestre d'évaluation :

Date de dépôt dans le portfolio : ... / ... / ...

Évaluation quantitative

RSCA	sur 1 ou 2
Rapport de stage	sur 1
Journal de bord	sur 1

Validation quantitative : oui non

Évaluation qualitative

RSCA	RSCA 1			RSCA 2		
	I	A	P	I	A	P
Pertinence						
Situation complexe						
Récit narratif et structure du RSCA						
Analyse et définition des axes d'apprentissage						
Recherche						
Synthèse						
Evaluation globale du RSCA						

I : insuffisant, A : améliorable, P : pertinent

Acquisition des compétences selon le(s) RSCA	Novice	Intermédiaire
1. Relation, communication, approche centrée patient		
2. Continuité, suivi, coordination des soins autour du patient		
3. Premier recours, incertitude, soins non programmés et urgence		
4. Approche globale, complexité		
5. Education en santé, dépistage, prévention, santé individuelle et communautaire		
6. Professionnalisme		

Pour valider la phase socle, l'interne doit avoir le niveau intermédiaire dans les compétences 1, 3 et 4

Pour valider la phase d'approfondissement, l'interne doit avoir le niveau intermédiaire dans toutes les compétences

Rapport de stage	Oui	Non
Formulation des objectifs de stage		
Pertinence des objectifs		
Réalisation des objectifs		
Formulation des nouveaux objectifs de formation		

Journal de bord : familles de situations cliniques rencontrées	Rencontrées	
	oui	non
1. Situations autour de patients souffrant de maladies chroniques, polymorbidité à forte prévalence		
2. Situations liées à des problèmes aigus / non programmés / fréquents / exemplaires		
3. Situations liées à des problèmes aigus / non programmés / dans le cadre des urgences réelles ou ressenties		
4. Situations autour de problèmes de santé concernant les spécificités de l'enfant et de l'adolescent		
5. Situations autour de la sexualité, de la génitalité		
6. Situations autour de problèmes liés à l'histoire familiale et à la vie de couple		
7. Situations de problèmes de santé et/ou de souffrance liés au travail		
8. Situations dont les aspects légaux, déontologiques et/ou juridiques / médicolégaux sont au premier plan		
9. Situations avec des patients difficiles / exigeants		
10. Situations où les problèmes sociaux sont au premier plan		
11. Situations avec des patients d'une autre culture		

Pour valider la phase socle, l'interne doit avoir été confronté aux familles de situations 1, 2, 3 et 10

Pour valider la phase d'approfondissement, l'interne doit avoir été confronté à toutes les familles de situations

Date de Rencontre avec le Tuteur :

Présentielle ou audiovisuelle

Problèmes et ou difficultés rencontrés par l'interne au cours de son cursus :

Avancées du travail de thèse :

Validation du travail semestriel : oui non

Commentaires sur l'évaluation semestrielle :

Rencontre avec le DMG souhaitable : oui non

Date :

Nom du tuteur :

Signature :

ANNEXE 6 – Echelle de STROBE

Dossier

M. Gedda

Traduction de dix lignes directrices pour les articles de recherche

Tableau I. Traduction française originale de la liste de contrôle STROBE.

Item N° Recommandation	
Titre et résumé	1 (a) Indiquer dans le titre ou dans le résumé le type d'étude réalisée en termes couramment utilisés (b) Fournir dans le résumé une information synthétique et objective sur ce qui a été fait et ce qui a été trouvé
Introduction	
Contexte/justification	2 Expliquer le contexte scientifique et la légitimité de l'étude en question
Objectifs	3 Citer les objectifs spécifiques, y compris toutes les hypothèses <i>a priori</i>
Méthodes	
Conception de l'étude	4 Présenter les éléments clés de la conception de l'étude en tout début de document
Contexte	5 Décrire le contexte, les lieux et les dates pertinentes, y compris les périodes de recrutement, d'exposition, de suivi et de recueil de données
Population	6 (a) <i>Étude de cohorte</i> – Indiquer les critères d'éligibilité, et les sources et méthodes de sélection des sujets. Décrire les méthodes de suivi <i>Étude cas-témoin</i> – Indiquer les critères d'éligibilité, et les sources et méthodes pour identifier les cas et sélectionner les témoins. Justifier le choix des cas et des témoins <i>Étude transversale</i> – Indiquer les critères d'éligibilité et les sources et méthodes de sélection des participants (b) <i>Étude de cohorte</i> – Pour les études appariées, indiquer les critères d'appariement et le nombre de sujets exposés et non exposés <i>Étude cas-témoin</i> – Pour les études appariées, indiquer les critères d'appariement et le nombre de témoins par cas
Variables	7 Définir clairement tous les critères de résultats, les expositions, les facteurs de prédiction, les facteurs de confusion potentiels, et les facteurs d'influence. Indiquer les critères diagnostiques, le cas échéant
Sources de données/mesures	8* Pour chaque variable d'intérêt, indiquer les sources de données et les détails des méthodes d'évaluation (mesures). Décrire la comparabilité des méthodes d'évaluation s'il y a plus d'un groupe
Biais	9 Décrire toutes les mesures prises pour éviter les sources potentielles de biais
Taille de l'étude	10 Expliquer comment a été déterminé le nombre de sujets à inclure
Variables quantitatives	11 Expliquer comment les variables quantitatives ont été traitées dans les analyses. Le cas échéant, décrire quels regroupements ont été effectués et pourquoi
Analyses statistiques	12 (a) Décrire toutes les analyses statistiques, y compris celles utilisées pour contrôler les facteurs de confusion (b) Décrire toutes les méthodes utilisées pour examiner les sous-groupes et les interactions (c) Expliquer comment les données manquantes ont été traitées (d) <i>Étude de cohorte</i> – Le cas échéant, expliquer comment les perdus de vue ont été traités <i>Étude cas-témoin</i> – Le cas échéant, expliquer comment l'appariement des cas et des témoins a été réalisé <i>Étude transversale</i> – Le cas échéant, décrire les méthodes d'analyse qui tiennent compte de la stratégie d'échantillonnage (e) Décrire toutes les analyses de sensibilité
Résultats	
Population	13* (a) Rapporter le nombre d'individus à chaque étape de l'étude – par exemple : potentiellement éligibles, examinés pour l'éligibilité, confirmés éligibles, inclus dans l'étude, complètement suivis, et analysés (b) Indiquer les raisons de non-participation à chaque étape (c) Envisager l'utilisation d'un diagramme de flux
Données descriptives	14* (a) Indiquer les caractéristiques de la population étudiée (par exemple : démographiques, cliniques, sociales) et les informations sur les expositions et les facteurs de confusion potentiels (b) Indiquer le nombre de sujets inclus avec des données manquantes pour chaque variable d'intérêt (c) <i>Étude de cohorte</i> – Résumer la période de suivi (par exemple : nombre moyen et total)

Traduction de dix lignes directrices pour les articles de recherche

Tableau I. Traduction française originale de la liste de contrôle STROBE (suite).

	Item N°	Recommandation
Données obtenues	15*	<i>Étude de cohorte</i> – Rapporter le nombre d'évènements survenus ou les indicateurs mesurés au cours du temps <i>Étude cas-témoin</i> – Reporter le nombre de sujets pour chaque catégorie d'exposition, ou les indicateurs du niveau d'exposition mesurés <i>Étude transversale</i> – Reporter le nombre d'évènements survenus ou les indicateurs mesurés
Principaux résultats	16	(a) Indiquer les estimations non ajustées et, le cas échéant, les estimations après ajustement sur les facteurs de confusion avec leur précision (par exemple : intervalle de confiance de 95 %). Expliciter quels facteurs de confusion ont été pris en compte et pourquoi ils ont été inclus (b) Indiquer les valeurs bornes des intervalles lorsque les variables continues ont été catégorisées (c) Selon les situations, traduire les estimations de risque relatif en risque absolu sur une période de temps (cliniquement) interprétable
Autres analyses	17	Mentionner les autres analyses réalisées—par exemple : analyses de sous-groupes, recherche d'interactions, et analyses de sensibilité
Discussion		
Résultats clés	18	Résumer les principaux résultats en se référant aux objectifs de l'étude
Limitations	19	Discuter les limites de l'étude, en tenant compte des sources de biais potentiels ou d'imprécisions. Discuter du sens et de l'importance de tout biais potentiel
Interprétation	20	Donner une interprétation générale prudente des résultats compte tenu des objectifs, des limites de l'étude, de la multiplicité des analyses, des résultats d'études similaires, et de tout autre élément pertinent
« Généralisabilité »	21	Discuter la « généralisabilité » (validité externe) des résultats de l'étude
Autre information		
Financement	22	Indiquer la source de financement et le rôle des financeurs pour l'étude rapportée, le cas échéant, pour l'étude originale sur laquelle s'appuie l'article présenté

*Indiquer l'information séparément pour les cas et les témoins dans les études cas-témoins et, le cas échéant, pour les groupes exposés et non-exposés dans les études de cohorte et les études transversales.

Remarque : Un article d'élaboration et d'explication traite chaque item de la liste de contrôle et indique le cadre méthodologique de référence accompagné d'exemples publiés dont la rédaction est claire. La liste de contrôle STROBE s'utilise mieux à l'aide de cet article (disponible gratuitement sur les sites Web de PLoS Medicine - <http://www.plosmedicine.org/>, Annals of Internal Medicine - <http://www.annals.org/>, et Epidemiology - <http://www.epidem.com/>).

Une relecture d'ensemble a ensuite été réalisée à des fins d'harmonisation. La traduction obtenue a ensuite été comparée à d'autres grilles.

Enfin, la traduction a été soumise simultanément à deux professionnels anglophones indépendants pour validation externe ; leurs propositions ont été intégrées et adressées séparément l'une à l'autre lorsqu'elles étaient contradictoires, pour être confrontées, discutées et régulées ; en cas de discordance persistante l'auteur décidait en privilégiant les principes de fidélité au texte initial et de conformité aux usages francophones. Le résultat obtenu a été soumis à un méthodologiste expérimenté pour relecture finale.

Il n'a pas été effectué de traduction inversée (*back-translation*) par défaut de traducteur subsidiaire maîtrisant suffisamment les subtilités méthodologiques de ces contenus spécifiques.

• Commentaires particuliers

Bien qu'inexistant dans la langue française, le terme « généralisabilité » a été repris de la traduction francophone initiale de la grille CONSORT par Tournoux *et al.* [14], pour signifier le potentiel de généralisation des résultats de l'étude (validité externe).

Déclaration d'intérêts

L'auteur déclare ne pas avoir de conflits d'intérêts en relation avec cet article.

Remerciements

Jacques BÉNICHOU, CHU Rouen
Natalie CLAIROUX, Université de Montréal
Cyrille DUCLOS, Université de Montréal
Hannah FRANCE, Montreuil-sur-Mer
Francis GUILLEMIN, INSERM, CHU de Nancy
Michel LAURENCE, Haute Autorité de Santé
Benjamin RICHE, Université Lyon 1, CNRS
Joannah ROBERTSON, CHU de Nantes

RÉFÉRENCES

- [1] Moher D, Altman D, Schulz K, Simera I, Wager E. Guidelines for Reporting Health Research: A User's Manual. BMJ Books 2014 [344 p.].
- [2] von Elm E, Altman DG, Egger M, Pocock SJ, Gøtzsche PC, Vandenbroucke JP. The Strengthening of Reporting of



A7. 6) Avez-vous effectuer votre externat à Lille ?

Oui

Non

A8. Utilisez-vous une portfolio ?

Oui

Non

Partie B: Intérêt pédagogique du journal de bord

B1. 1) Le journal de bord est un outil vous permettant de vous approprier ce nouveau paradigme d'apprentissage par compétences, spécifique du 3e cycle de vos études ?

Pas du tout d'accord

Pas d'accord

Ni d'accord, ni en désaccord

D'accord

Tout à fait d'accord

B2. 2) Le travail autour du journal de bord favorise votre posture réflexive et vous permet d'acquérir de nouvelles compétences ?

Pas du tout d'accord

Pas d'accord

Ni d'accord, ni en désaccord

D'accord

Tout à fait d'accord

B3. 3) Le travail autour du journal de bord vous semble peu chronophage, ce qui vous incite à le remplir régulièrement ?

Pas du tout d'accord

Pas d'accord

Ni d'accord, ni en désaccord

D'accord

Tout à fait d'accord

B4. 4) Quelle est votre fréquence de remplissage ?

Quotidienne

Hebdomadaire



Mensuelle

Semestrielle

B5. 5) Le travail autour du journal de bord vous aide dans l'élaboration de vos travaux d'écriture (RSCA, Thèse, etc.) ?

Pas du tout d'accord

Pas d'accord

Ni d'accord, ni en désaccord

D'accord

Tout à fait d'accord

B6. 6) Trouvez-vous un intérêt pédagogique à la tenue du journal de bord ?

Pas du tout d'accord

Pas d'accord

Ni d'accord, ni en désaccord

D'accord

Tout à fait d'accord

B7. 7) Le travail autour du journal de bord vous incite-t-il à solliciter des ressources externes pertinentes ?

Pas du tout d'accord

Pas d'accord

Ni d'accord, ni en désaccord

D'accord

Tout à fait d'accord

B8. 8) Le travail autour du journal de bord favorise -t-il les échanges avec votre tuteur ?

Pas du tout d'accord

Pas d'accord

Ni d'accord, ni en désaccord

D'accord

Tout à fait d'accord

B9. 9) Améliore-t-il la qualité des rétroactions pédagogiques, favorisant ainsi votre progression ?

Pas du tout d'accord



Pas d'accord

Ni d'accord, ni en désaccord

D'accord

Tout à fait d'accord

B10. 10) Le journal de bord favorise-t-il votre réflexivité ?

Pas du tout d'accord

Pas d'accord

Ni d'accord, ni en désaccord

D'accord

Tout à fait d'accord

B11. 11) Le travail autour du journal de bord permet, selon vous, de progresser sur la Marguerite des compétences ?

Pas du tout d'accord

Pas d'accord

Ni d'accord, ni en désaccord

D'accord

Tout à fait d'accord

B12. 12) Vous serviriez-vous du journal de bord dans votre pratique ultérieure ?

Oui

Non

B13. 13) Faut-il le conserver dans le portfolio ?

Oui

Non

B14. 14) Comment l'amélioriez-vous ?

ANNEXE 8 – Attestation d'exonération



RÉCÉPISSÉ

ATTESTATION DE DÉCLARATION

Délégué à la protection des données (DPO) : Jean-Luc TESSIER

Responsable administrative : Yasmine GUEMRA

La délivrance de ce récépissé atteste que vous avez transmis au délégué à la protection des données un dossier de déclaration formellement complet.

Toute modification doit être signalée dans les plus brefs délais: dpo@univ-lille.fr

Traitement exonéré

Intitulé : Intérêt pédagogique du journal de bord selon les internes
Responsable chargé de la mise en œuvre : M. Maurice PONCHANT Interlocuteur (s) : Mme Axèle SAMUT

Votre traitement est exonéré de déclaration relative au règlement général sur la protection des données dans la mesure où vous respectez les consignes suivantes :

- Vous informez les personnes par une mention d'information au début du questionnaire.
- Vous respectez la confidentialité en utilisant un serveur Limesurvey mis à votre disposition par l'Université de Lille.
- Vous garantissez que seul vous et votre directeur de thèse pourrez accéder aux données.
- Vous supprimez l'enquête en ligne à l'issue de la soutenance.

Fait à Lille,

Jean-Luc TESSIER

Le 26 septembre 2023

Délégué à la Protection des Données

SUGGESTIONS DES INTERNES SUR LES AXES D'AMÉLIORATION DU
JOURNAL DE BORD

- « L'idée de base est bonne, mais en pratique c'est tout l'inverse. »
- « Je me retrouve plus souvent à essayer de me souvenir de situations pouvant rentrer dans telle ou telle catégorie, sans pour autant avoir eu de problème nécessitant de réaliser des recherches par la suite. Il faut bien comprendre que notre formation s'y prête peu. On rencontre une situation pouvant rentrer dans une catégorie, aux urgences, en hospitalisation, mais il est très rare que cela nous pose un problème nécessitant de faire des recherches bibliographiques par la suite pour y répondre. Ce n'est pas la réalité concrète de notre vécu en stage. »
- « En le retirant »
- « On ne peut pas améliorer une merde »
- « En le rendant optionnel »
- « L'éliminer et ne conserver que le RSCA »
- « Une approche moins scolaire et plus souple que "il faut trouver 4 situations dans chaque catégories »
- « Rien à sauver »
- « chronophage et inutile, pas de rétroaction dessus, perte de temps +++
Je ne vois pas comment lister des consultations peut améliorer la pratique »
- « rétroaction immédiate et direct en stage ou au plus tard dans le mois avec un MSU ou réfèrent ce qui se passe dans la pratique courante avec tous les mois des groupes de pairs pour parler de cas clinique complexe »
- « Je trouve le journal de bord inutile à notre formation, il faudrait le supprimer »
- « Je pense que c'est inutile car en tant que futur praticien nous avons la responsabilité d'effectuer ces recherches dans notre pratique si une situation nous l'impose. Devoir le faire dans des "familles de situations " revient à inventer des récits pour faire plaisir à la bureaucratie »
- « En le supprimant. Plutôt favoriser la lecture d'un article de revue scientifique. »

- « Améliorer dans un premier temps le site/support pour remplir le journal de bord avec des cases plus concrètes »
- « En revoyant les catégories qui ne sont pas du tout adaptées à d'autres stage que la médecine générale. En n'imposant pas de nombre de cas par famille. En encourageant sa tenue sur les 3 ans d'internat sans rendre sanctionnant le fait de ne pas le remplir à chaque semestre (car dans certains stages on est très loin des 48h réglementaires, ce qui ne laisse pas beaucoup de temps pour le faire sérieusement). En changeant les colonnes que nous devons remplir (retour du msu, etc.) »
- « Arrêt du remplissage après 2 ou 3 semestres car situations redondantes »
- « En le supprimant »
- « En le supprimant. »
- « Faire des GEP avec présentation de cas comme réalisé souvent en ville »
- « le journal de bord devrait simplement être une rencontre en physique avec son tuteur et une discussion autour des familles de situations que l'étudiant aurait préparé en fonction de ce qu'il a vécu en stage. Ainsi le tuteur validerait ou non le JDB »
- « Faire plus de GEP et moins d'écriture pour moi »
- « Faire plus de gestes pratiques aussi »
- « Plus de cours diversifié (santé femme, psy ...) »
- « Je supprimerais le JdB, complètement inutile. »
- « Je trouve le journal de bord pas vraiment utile pour ma part. »
- « J'ai moi-même un carnet où je note mes réflexions et prises en charge délicates. Je ne ressens pas le besoin de devoir faire un journal de bord en plus. Chacun a sa manière de fonctionner pour retenir les informations. Cela devrait être un travail libre de chacun, sans avoir l'obligation de remplir un tableau et de le rendre à une date précise. »
- « Moins long à remplir, avec une vraie utilité pour notre pratique future, réelle rétroaction. Pour moi ça a peut d'intérêt en globalité, autant le rsca ça me paraît bénéfique, autant le journal de bord je n'arrive pas à voir l'apport que ça peut avoir sur notre pratique. »
- « Moins de situations. Par exemple juste 4 situations par stages, avec un mode de remplissage plus facile (menu déroulant) et plus ergonomique. Inclure ces 4 situations dans l'évaluation de stage pour que le responsable de stage puisse

interagir avec l'étudiant sur ces situations par exemple. Faire en sorte que cet exercice crée des interactions à un moment, et soit moins pénible à compléter, moins lourd. »

- « Le format sur le portfolio n'est pas ergonomique, il faudrait envisager un autre moyen de le remplir. Il faudrait également que les tuteurs y soient plus formés ou a minima se sentent plus concernés car je n'y vois pas l'intérêt actuellement, en dehors d'être chronophage et d'inventer des situations car on ne se sent pas soutenus dans le remplissage. De plus, il faudrait comme lors de la première année avoir des deadlines de remplissage, car cela passe totalement dans l'oubli dans la phase d'approfondissement. »
- « Aucun intérêt à mon sens de retranscrire des situations difficiles, le RSCA est là pour ça et permet d'effectuer des recherches, que l'on ne fait pas dans le journal de bord »
- « Journal de bord oral plutôt qu'écrit, pour favoriser le dialogue et la rétroaction du tuteur »
- « Moins d'exigence de situations, moins d'obligation de temps pour le remplir »
- « Pour moi, le journal de bord est sans intérêt, l'améliorer ne changerait rien »
- « Le supprimer. A la rigueur les RSCA sont plus intéressants. »
- « Le supprimer »
- « En l'enlevant »
- « Meilleure présentation de l'outil au début de l'internat. Explications sur les 3 cas à remplir, car difficile de savoir faire la différence entre la 2ème et la 3ème »
- « Nécessité d'avoir un avis de notre tuteur sur les situations décrites afin d'avoir un avis sur la prise en charge. Nous expliquer en amont l'intérêt pédagogique de ce travail qui peut vraiment en avoir un en cas de rétroaction effective et de retour de notre tuteur »
- « Pas de pression de la faculté pour remplir ce journal avec des cases précises. Parfois les situations rencontrées ne collent pas avec ce qui est proposé. »
- « Le rendre plus simple à remplir. Le rendre utile »
- « Le supprimer, aucune utilité mise à part savoir chercher à acquérir un objectif de 4 situations par famille au moins. Peut-être serait-il intéressant de développer l'élaboration de présentations (powerpoint par exemple) auprès de notre tuteur chaque semestre sur l'une de ces familles, situations que nous

aurions rencontrées lors de nos stages. Cependant, tous les tuteurs ne sont pas forcément disponibles pour nous recevoir je pense. »

- « Je n'en vois pas l'intérêt. »
- « Rendre cela plus facile à remplir sur le portfolio (nouvelle version TRÈS chronophage) c'était mieux en Excel. »
- « En le supprimant »
- « Je l'arrêterai »
- « Moins de situations à compléter par semestre »
- « Je demanderais moins de situations par famille mais peut être une petite recherche selon une problématique par situation à la manière d'un GEP en plus court »
- "La notation D/R/T/O et la partie apport/rétroaction MSU n'a, pour moi, aucun intérêt. Je reverrai le format plutôt comme des minis RSCA, il faut qu'il y ai des une réflexivité derrière à domicile qui entraine l'apprentissage d'une notion, même toute petite soit-elle. Format : 1 situation clinique décrite (comme c'est déjà le cas : âge, motif consult, résultats consultation/ explication) Ensuite Pour moi a partir de là il faut changer le format, on vire DRTO et rétroaction et on remplace par : Question principale que je me suis posée/notion/information que j'ai apprise / Source de mon information Les familles de situations sont-elles, pertinentes. »
- « Pas d'idée. Bonne alternative au mémoire fait par les autres spé. Parfois plusieurs catégories pour une situation »
- « Je n'ai pas d'idée »
- « Suppression de ce fichier où il s'agit de remplir des cases pour coller à l'évaluation requise. Pas d'intérêt pour la formation puisque celle-ci se fait au travers des rétroactions avec les MSU en ambulatoire ou avec les séniors à l'hôpital. Le JdB n'a une vocation que de raconter ces situations d'échanges avec les séniors pour contenter la faculté. »
- « Ne pas en faire »
- « Actuellement remplissage avec validation du tuteur : aucune discussion, presque aucun retour sur ce qu'on écrit, ne favorise pas les échanges, pas d'influence sur les recherches personnelles, utilité probablement tuteur dépendant...Pourquoi pas en mettant, en fonction de la spé du semestre, une liste de situations qu'il est possible de rencontrer / d'actes qu'il serait possible

de réaliser/ autres, et en les cochant (exemple : "Réalisation d'un FCV" en gynéco, ou "Prise en charge d'une bronchiolite non grave" en Pédiatrie) »

- « Le retirer car il ne sert à rien »
- « Aucune idée je ne vois pas l'intérêt de ce journal »
- « Infantilisation et outil très scolaire trop scolaire qui apporte peu voire rien à la pratique quotidienne. »

AUTEUR(E) : Nom : SAMUT

Prénom : Axèle

Date de soutenance : 02 mars 1994

Titre de la thèse : Intérêt pédagogique de la tenue du journal de bord selon les internes de médecine générale de la faculté de Lille

Thèse - Médecine - Lille « 2024 »

Cadre de classement : *Pédagogie*

DES + FST/option : *Médecine générale*

Mots-clés : Journal de bord, Traces d'apprentissage, Portfolio, Apprentissage par compétences, Posture réflexive, Évaluation authentique, Certification des connaissances

Résumé :

Introduction : L'entrée dans le troisième cycle des études médicales exige l'assimilation d'un nouveau modèle d'apprentissage introduit par l'utilisation du portfolio rendu obligatoire par la réforme de 2017. Fondé sur le paradigme constructiviste, l'apprentissage par compétences repose, en autres, sur une évaluation authentique, à la fois formative et certificative, permise par des outils pédagogiques que nous cherchons à améliorer. Cette étude vise à réévaluer l'intérêt pédagogique du journal de bord du point de vue des internes de Lille.

Méthode : Étude quantitative observationnelle qui a ciblé les internes de médecine générale de la faculté de Lille. Le recueil des données s'est fait au moyen d'un auto-questionnaire basé sur l'échelle de Likert. L'analyse inférentielle a été réalisée à l'aide des tests paramétriques de Student, Chi-2 et ANOVA.

Résultats : Selon les internes, le journal de bord ne leur permet pas de s'approprier le concept d'apprentissage par compétences. Cependant, l'étude révèle une incompréhension globale du paradigme d'apprentissage et de l'ensemble des traces d'apprentissage. Les internes justifient leur désintérêt dans la tenue du journal de bord notamment par l'insuffisance des rétroactions pédagogiques de leurs tuteurs.

Conclusion : Il semble nécessaire de repenser le journal de bord, en particulier dans son déroulé pédagogique, et d'identifier les facteurs qui influencent négativement la perception des internes à son égard.

Composition du Jury :

Président : Professeur Florence RICHARD

Assesseurs : Docteur Gabrielle LISEMBARD - Docteur Thibaut DESCAMPS

Directeur de thèse : Docteur Maurice PONCHANT

