

Obstacles à la supervision indirecte en SASPAS à Grenoble : identification par les maîtres de stage et perspectives d'amélioration

Elise Petite

▶ **To cite this version:**

Elise Petite. Obstacles à la supervision indirecte en SASPAS à Grenoble : identification par les maîtres de stage et perspectives d'amélioration. Médecine humaine et pathologie. 2010. dumas-00629741

HAL Id: dumas-00629741

https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-00629741

Submitted on 6 Oct 2011

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

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

UNIVERSITÉ JOSEPH FOURIER
FACULTÉ DE MÉDECINE DE GRENOBLE

Année 2010 **N°**

OBSTACLES À LA SUPERVISION INDIRECTE EN SASPAS À GRENOBLE : IDENTIFICATION PAR LES MAÎTRES DE STAGE ET PERSPECTIVES D'AMÉLIORATION

THÈSE PRÉSENTÉE POUR L'OBTENTION DU DOCTORAT EN MÉDECINE

DIPLÔME D'ÉTAT

Elise PETITE
Née le 02 Août 1981 à Montbéliard (25)

THÈSE SOUTENUE PUBLIQUEMENT À LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE GRENOBLE*

Le 20 Janvier 2010

DEVANT LE JURY COMPOSÉ DE

Président du jury :
M. le Professeur Jean-Paul ROMANET

Membres :
M. le Professeur Jean-Philippe VUILLEZ
M. le Professeur Jacques LEBEAU
M. le Professeur Gérard ESTURILLO, directeur de thèse.

**La Faculté de Médecine de Grenoble n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les thèses ; ces opinions sont considérées comme propres à leurs auteurs.*

FACULTE DE MEDECINE
DE GRENOBLE

01/09/2007

LISTE DES PROFESSEURS D'UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

ARVIEUX	**Catherine**	CLINIQUE DE CHIRURGIE ET DE L'URGENCE	CHU
BACONNIER	**Pierre**	BIOSTATISTIQUES ET INF. MED.	CHU
BAGUET	**Jean-Philippe**	SERVICE DE CARDIOLOGIE ET HYPERTENSION ARTERIELLE	CHU
BALOSSO	**Jacques**	RADIOTHERAPIE	CHU
BARRET	**Luc**	MEDECINE LEGALE	CHU
BAUDAIN	**Philippe**	RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICALE	CHU
BEANI	**Jean-Claude**	DERMATOLOGIE-VENEREOLOGIE	CHU
BENHAMOU	**Pierre Yves**	ENDOCRINOLOGIE	CHU
BENSA	**Jean Claude**	CENTRE DE TRANSFUSION SANGUINE	CHU
BERGER	**François**	ONCOLOGIE MEDICALE	CHU
BESSARD	**Germain**	PHARMACOLOGIE FACULTE	CHU
BLIN	**Dominique**	CHIR. THORACIQUE ET CARDIOVASC.	CHU
BOLLA	**Michel**	RADIOTHERAPIE	CHU
BONAZ	**Bruno**	HEPATO-GASTRO- ENTEROLOGIE	CHU
BOSSON	**Jean-Luc**	BIOSTATISTIQUES ET INF. MED.	CHU
BOUGEROL	**Thierry**	PSYCHIATRIE D'ADULTES	HOPITAL SUD
BRAMBILLA	**Elisabeth**	PATHOLOGIE CELLULAIRE	CHU
BRAMBILLA	**Christian**	PNEUMOLOGIE	CHU
BRICHON	**Pierre-Yves**	CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIO-VASCULAIRE	CHU
CAHN	**Jean-Yves**	DEP. DE CANCEROL. ET HEMATOLOGIE	CHU
CARPENTIER	**Patrick**	MEDECINE VASCULAIRE	CHU
CARPENTIER	**Françoise**	THERAPEUTIQUE	CHU
CESBRON	**Jean-Yves**	IMMUNOLOGIE	FACULTE
CHABRE	**Olivier**	ENDOCRINOLOGIE	CHU
CHAFFANJON	**Philippe**	CHIRUGIE VASCULAIRE	CHU
CHAVANON	**Olivier**	CHIRURGIE CARDIAQUE	CHU
CHIQUET	**Christophe**	CLINIQUE OPHTALMOLOGIQUE	CHU
CHIROSSEL	**Jean-Paul**	ANATOMIE	FACULTE
CINQUIN	**Philippe**	BIOSTATISTIQUES ET INFORMATIQUE MEDICALE	CHU
COHEN	**Olivier**	DISPO	
COULOMB	**Max**	**(Surnombre)**	**CHU**
COUTURIER	**Pascal**	CLINIQUE DE MEDECINE GERIATRIQUE	CHU
DE GAUDEMARIS	**Régis**	MEDECINE DU TRAVAIL	CHU
DEBILLON	**Thierry**	MEDECINE NEONATALE	CHU
DEMONGEOT	**Jacques**	BIOSTATISTIQUES ET INFORMATIQUE MEDICALE	CHU
DESCOTES	**Jean-Luc**	UROLOGIE	CHU
DUPRE	**Alain**	CHIRURGIE GENERALE	CHU
DYON	**J.François**	**(surnombre)**	CHU
ESTEVE	**François**	CENTRAL DE RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICALE UNITE IRM	CHU
FAGRET	**Daniel**	BIOPHYSIQUE ET TRAIEMENT DE L'IMAGE	CHU
FAUCHERON	**Jean-Luc**	CHIR GENERALE, CHIR. DIGESTIVE	CHU
FAVROT	**Marie Christine**	CANCEROLOGIE	CHU

FACULTE DE MEDECINE
DE GRENOBLE

01/09/2007

LISTE DES PROFESSEURS D'UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

FERRETTI	Gilbert	RADIOLOGIE CENTRALE	CHU
FEUERSTEIN	Claude	PHYSIOLOGIE	CHU
FONTAINE	Eric	NUTRITION PARENTERALE	CHU
FRANCO	Alain	GERIATRIE E. CHATIN	CHU
FRANCOIS	Patrice	EPIDEMIO ECONOMIE SANTE ET PREVENTION	CHU
GARNIER	Philippe	PEDIATRIE	CHU
GAUDIN	Philippe	RHUMATOLOGIE	CHU
GAY	Emmanuel	NEUROCHIRURGIE	CHU
GIRARDET	Pierre	(surnombre)	CHU
GUIDICELLI	Henri	(surnombre)	CHU
HALIMI	Serge	NUTRITION	CHU
HOMMEL	Marc	NEUROLOGIE	CHU
JOUK	Pierre-Simon	BIOLOGIE DU DEVELOPPEMENT ET DE LA REPRODUCTION	CHU
JUVIN	Robert	RHUMATOLOGIE	HOPITAL SUD
KAHANE	Philippe	POLE PSYCHIATRIE ET NEUROLOGIE	CHU
KRACK	Paul	NEUROLOGIE	CHU
LE BAS	Jean-François	UNITE IRM	CHU
LEBEAU	Jacques	CHIR. MAXILLO-FACIALE	CHU
LECCIA	Marie-Thérèse	DERMATOLOGIE	CHU
LEROUX	Dominique	GENETIQUE	CHU
LEROY	Vincent	CLINIQUE D'HEPATO GASTRO ENTEROLOGIE	CHU
LETOUBLON	Christian	CHIRURGIE DIGESTIVE	CHU
LEVERVE	Xavier	THERAPEUTIQUE	CHU
LEVY	Patrick	PHYSIOLOGIE FACULTE	CHU
LUNARDI	Joël	BIOCHIMIE ADN	CHU
MACHECOURT	Jacques	CARDIOLOGIE CHU	CHU
MAGNE	Jean-Luc	CHIRURGIE THORACIQUE VASCULAIRE CHU	CHU
MAITRE	Anne	Médecine du travail EPSP/DPT DE BIOLOGIE INTEGREE 4E ETAGE	JEAN ROGET FACULTE
MALLION	J. Michel	(surnombre)	CHU
MASSOT	Christian	MEDECINE INTERNE	CHU
MAURIN	Max	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE CHU	CHU
MERLOZ	Philippe	CHIR. ORTHOPEDIE ET TRAUMATOLOGIE CHU	CHU
MORAND	Patrice	Bactériologie-Virologie DPT DES AGENTS INFECTIEUX	CHU
MOREL	Françoise	BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE CHU	CHU
MORO-SIBILOT	Denis	ONCOLOGIE THORACIQUE	CHU
MOUSSEAU	Mireille	CANCEROLOGIE	CHU
MOUTET	François	CHIR. PLASTIQUE ET RECONSTRUCTRICE ET ESTHETIQUE	CHU
PASQUIER	Basile	(surnombre)	CHU
PASSAGIA	Jean-Guy	ANATOMIE	CHU

FACULTE DE MEDECINE
DE GRENOBLE

01/09/2007

LISTE DES MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

ARTIGNAN	Xavier	Cancérologie et hématologie	CHU
BOTTARI	Serge	Biologie Cellulaire	CHU
BOUTONNAT	Jean	Département de Biologie et Pathologie de la Cellule	CHU
BRENIER-PINCHART	M.Pierre	Parasitologie	CHU
BRICAULT	Ivan	Radiologie et imagerie médicale	CHU
CALLANAN	Mary	Génétique	IAB
CARAVEL	Jean-Pierre	Biophysique et Traitement de l'Image	CHU
CRACOWSKI	Jean Luc	Laboratoire de Pharmacologie	CHU
CROIZE	Jacques	Bactériologie-Virologie	CHU
DEMATTEIS	Maurice	Lab. Exploration fonctionnelle cardio-respiratoire	CHU
DERANSART	Colin	Neurologie LAPSEN	UFR BIOLOGIE
DROUET	Christian	Immunologie	CHU
DUMESTRE-PERARD	Chantal	Immunulogie SUD	CHU
FAURE	Anne-Karen	Département de génétique et procréation	CHU
GARBAN	Frédéric	Hématologie Clinique	CHU
GAVAZZI	Gaëtan	Médecine gériatrique et communautaire	CHU
GRAND	Sylvie	Radiologie et Imagerie Médicale (I.R.M.)	CHU
GUERIN-EYSSERIC	Hélène	Médecine Légale	CHU
HENNEBICQ	Sylviane	Biologie du développement et de la reproduction	CHU
HOFFMANN	Pascale	Gynécologie Obstétrique	CHU
JACQUOT	Claude	Anesthésiologie et Réanimation Chirurgicale	CHU
KAHANE	Philippe	Physiologie	CHU
LABARERE	José	Dépt. de Veille Sanitaire	CHU
LANTUEJOUL	Sylvie	Pathologie Cellulaire	CHU
LAPORTE	François	Biochimie et Biologie Moléculaire	CHU
LARDY	Bernard	Laboratoire d'enzylologie 6 ème étage	CHU

FACULTE DE MEDECINE
DE GRENOBLE

01/09/2007

LISTE DES MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

LAUNOIS-ROLLINAT	Sandrine	Lab. explor. fonct. cardio-respiratoires	CHU
MALLARET	Marie-Reine	Epidémiologie, économie de la Santé (Mal. Inf.)	CHU
MORAND	Patrice	Bactériologie-Virologie	CHU
MOUCHET	Patrick	Physiologie	CHU
PASQUIER	Dominique	Anatomie et Cytologie Pathologiques	CHU
PELLETIER	Laurent	Biologie Cellulaire	CHU
PERNOD	Gilles	Hématologie	CHU
RAY	Pierre	Génétique.BDR	CHU
RENVERSEZ	J.Charles	Biochimie et Biologie Moléculaire	CHU
RIALLE	Vincent	Information et informatique Médicale	CHU
RINGEISEN	François	Départ. de Cancérologie et d'Hématologie	CHU
ROSIER	Virginie	Radiologie et Imagerie médicale	CHU
PACLET	Marie-Hélène	Biochimie et Biologie moléculaire	CHU
PALOMBI	Olivier	Clinique de Neurochirurgie	CHU
SATRE	Véronique	Génétique chromosomique	CHU
STANKE-LABESQUE	Françoise	Laboratoire de Pharmacologie	CHU
STASIA	Marie-Josée	Biochimie et Biologie Moléculaire	CHU
TAMISIER	Renaud	Physiologie	CHU
TOUSSAINT	Bertrand	Biochimie et Biologie Moléculaire	CHU
WEIL	Georges	Biostatistiques et Informatique Médicales	CHU

FACULTE DE MEDECINE
DE GRENOBLE

01/09/2007

LISTE DES PROFESSEURS D'UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

PAYEN DE LA GARANDERIE	Jean-François	ANESTHESIOLOGIE	CHU
PELLOUX	Hervé	PARASITOLOGIE, MYCOLOGIE	CHU
PEPIN	Jean-Louis	LAB. EXPLORATION FONCTION. CARDIO-RESP.	CHU
PERNOD	Gilles	CLINIQUE DE MEDECINE VASCULAIRE	CHU
PISON	Christophe	PNEUMOLOGIE	CHU
PLANTAZ	Dominique	PEDIATRIE CHU	CHU
POLACK	Benoît	HEMATOLOGIE	CHU
POLLAK	Pierre	NEUROLOGIE	CHU
PONS	Jean-Claude	GYNECOLOGIE -OBSTETRIQUE	CHU
RAMBEAUD	J Jacques	UROLOGIE	CHU
RAPHAËL	Bernard	(surnombre)	CHU
REYT	Emile	O.R.L.	CHU
ROMANET	J. Paul	OPHTALMOLOGIE	CHU
ROUSSEAUX	Sophie	DPT DE GENETIQUE ET PROCREATION	CHU
SARAGAGLIA	Dominique	CHIR. ORTHOPEDIQUE ET TRAUMATOLOGIE	CHU
SCHAAL	Jean-Patrick	GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE ET MED. REPROD.	CHU
SCHMERBER	Sébastien	O.R.L.	CHU
SEIGNEURIN	Daniel	HISTOLOGIE, EMBRYOLOGIE, CYTOGENETIQUE	CHU
SEIGNEURIN	Jean-Marie	BACTERIOLOGIE, VIROLOGIE, HYGIENE	CHU
SELE	Bernard	BIOLOGIE DU DEVELOPPEMENT ET DE LA REPRODUCTION	CHU
SESSA	Carmine	CHIRURGIE THORACIQUE VASCULAIRE CHU	CHU
SOTTO	Jean-Jacques	(surnombre)	CHU
STAHL	Jean-Paul	MALADIES INFECTIEUSES	CHU
TIMSIT	Jean-François	REANIMATION MEDICALE	CHU
TONETTI	Jérôme	CLINIQUE D'ORTHOPEDIE ET DE TRAUMATOLOGIE	CHU
VANZETTO	Gérald	CARDIOLOGIE ET MALADIES VASCULAIRES	CHU
VIALTEL	Paul	NEPHROLOGIE	CHU
VUILLEZ	Jean-Philippe	BIOPHYSIQUE ET TRAITEMENT DE L'IMAGE	CHU
ZAOUI	Philippe	NEPHROLOGIE CHU	CHU
ZARSKI	Jean-Pierre	HEPATO-GASTRO-ENTEROLOGIE	CHU

Serment d'Hippocrate

En présence des Maîtres de cette Faculté, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'HIPPOCRATE,

je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je donnerai mes soins gratuitement à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Je ne participerai à aucun partage clandestin d'honoraires.

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

Je ne permettrai pas que des considérations de religion, de nation, de race, de parti ou de classe sociale viennent s'interposer entre mon devoir et mon patient.

Je garderai le respect absolu de la vie humaine.

Même sous la menace, je n'admettrai pas de faire usage de mes connaissances médicales contre les lois de l'humanité.

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

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses.

Que je sois couvert d'opprobre et méprisé des mes confrères si j'y manque.

REMERCIEMENTS

À NOTRE JURY DE THÈSE

Mr le Professeur Jean-Paul Romanet

Il s'agit d'un travail relatif à la pédagogie. Nous connaissons votre intérêt et vos compétences en ce domaine. Merci de nous faire le très grand honneur de présider notre jury de thèse.

Mr le Professeur Jean-Philippe Vuillez

A travers vos fonctions au sein de la Faculté de Médecine, vous pouvez éclairer notre travail par votre expérience. Vous avez accepté de consacrer de votre temps pour participer à mon jury de thèse. Je vous en suis très reconnaissante.

Mr le Professeur Jacques Lebeau

Nous sommes très sensibles à l'honneur que vous nous faites en acceptant de juger notre travail. Qu'il soit l'occasion de vous exprimer notre plus grand respect.

Mr le Professeur Gérard Esturillo, directeur de thèse

Déjà lors de mon stage à Saint-Pierre-d'Albigny j'avais apprécié votre disponibilité permanente à mon égard. Tout au long de ce travail, j'ai pu être témoin de la passion et de l'énergie que vous déployez pour l'amélioration de la qualité de l'enseignement de la Médecine Générale.
Merci pour toutes nos discussions, votre accompagnement et pour tout ce que vous m'avez transmis.
Veuillez trouver ici l'expression de notre profond respect.

REMERCIEMENTS PERSONNELS

A mes parents, Marie-Jeanne et Joël

Comment vous dire en quelques mots... J'ai probablement voulu reproduire le modèle qui était sous mes yeux petite fille...Votre investissement pour la Médecine Générale et dans la « quête de la qualité » ne peut que m'inspirer. Vous croyez en moi. Merci pour votre présence et votre amour...Je vous aime tant.

A mon Grand-Père, Norbert

Sans toi, je ne serais pas là. J'aurais tant aimé partager d'autres moments forts avec toi. D'ici-bas, je murmure au creux des arbres toute ma tendresse et tout mon amour pour toi.

A mes frères, Matthieu et Jean-Baptiste et leurs compagnes

Merci d'être vous. Merci d'être là. Je vous souhaite le meilleur, entourés de tous ceux que vous aimez.

Merci à tous les médecins autour de moi et mes maîtres de stage

Pierrette, François, Catherine...petite je voulais tant vous ressembler...si je fais un savant mélange des qualités de chacun d'entre vous, peut-être deviendrai-je le « meilleur des médecins de toute la terre »???

Merci à Christian Cohendet, Isabelle Riera, Anne- Laure Credoz, Phillippe Vittoz et Jean-Luc Bonhomme et à tous les médecins et équipes médicales rencontrés lors de mes stages : vous avez été présents dans mon parcours d'étudiante, vous m'avez permis d'apprendre à mieux me connaître et me définir en tant que médecin. Et la tâche n'est pas terminée!

Merci à tous mes amis, passés, présents et à venir!

Vous êtes là...et je suis bien heureuse des liens qui se créent toujours plus...

Merci à Julien...et à notre petit Simon

Julien, Julien...merci pour ce bonheur quotidien...Nous tissons petit à petit notre histoire et je suis si heureuse d'avancer à tes côtés. Je t'aime.
Notre petit bébé est là aujourd'hui. Nous lui donnerons tout notre amour.

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION....11

MÉTHODE....12
Une méthode qualitative....12
Définition des participants et mode de recrutement....12
La grille d'entretien....12
Le verbatim et le codage....13

RÉSULTATS....14
Les participants....14
Synthèse : explorer et décrire....14
La connaissance et l'exercice de la supervision indirecte....14
Les obstacles à la supervision indirecte....16
Les stratégies réactionnelles face aux difficultés rencontrées....18
Le ressenti des maîtres de stage face à la supervision indirecte....19
Les perspectives d'amélioration....20

DISCUSSION....21
À propos de la méthode....21
Les avantages de l'étude qualitative et du focus group....21
Les limites de notre étude....21
À propos des résultats....21
La définition de la supervision indirecte....22
Les objectifs de la supervision indirecte....23
Le rôle de l'enseignant....23
Les outils pédagogiques....25
L'organisation et le problème du temps dédié à la supervision indirecte....26
Le ressenti des maîtres de stage....26
Les perspectives d'amélioration....27

BIBLIOGRAPHIE....31

ANNEXES....36
ANNEXE A....36
La recherche qualitative....36
Méthode d'analyse inspirée de Huberman, Miles et Dey....36
Le focus group....37
L'entretien semi-dirigé ou semi-structuré....37
ANNEXE B : La grille d'entretien....38
ANNEXE C : Le dictionnaire des thèmes....39
ANNEXE D : La transcription / le verbatim....41
ANNEXE E : Les occurrences....74
ANNEXE F : Tableau de fréquence d'apparition des thèmes et des sous-thèmes....83
ANNEXE G : Analyse non verbale et étude de la dynamique de groupe....85
Groupe 1 (médecins 9 à 15)....85
Groupe 2 (médecins 1 à 8)....86
ANNEXE H : Synthèse concernant le rapport du groupe Nemitz et la circulaire du 26 avril 2004....87
ANNEXE I : Le paradigme d'apprentissage....90

LEXIQUE....91

INTRODUCTION

La Médecine Générale s'organise aujourd'hui pour définir sa spécificité, en particulier par la mise en place d'un enseignement adapté et novateur qui doit permettre l'acquisition des compétences reconnues nécessaires à son exercice.

Depuis plus de cinq ans, le Stage Autonome en Soins Primaires Ambulatoires Supervisé (SASPAS*) a cette vocation en s'adressant à des étudiants en fin de cursus universitaire. Il permet une approche nouvelle de l'apprentissage, notamment en offrant la possibilité aux internes, confrontés à la pratique de la Médecine Générale dans leur quotidien, de gérer seul les problèmes des consultations. Le maître de stage qui l'encadre doit être disponible, en particulier pour les moments de supervision indirecte, véritable pilier pédagogique de ce semestre professionnalisant.

Des études extraites de travaux de thèses ont eu pour objet l'évaluation du SASPAS* : elles effectuent majoritairement une analyse de données quantitatives. Leurs résultats confirment l'impact positif de ce stage dans la formation des internes qui le plèbiscitent. Toutefois, ils font aussi apparaître la nécessité d' améliorer certains paramètres dont la supervision indirecte qui ne donne pas entière satisfaction dans plus de 40% des cas[60].

Étudiants et maîtres de stage doivent établir une nouvelle relation pédagogique à travers ce temps dédié à l'évaluation formative. C'est la garantie de la redevance pédagogique nécessaire pour différencier le SASPAS* d'un remplacement.

Nous avons ainsi souhaité déterminer les obstacles de réalisation de la supervision indirecte par les maîtres de stage de la Faculté de Grenoble.

Pour ce faire, une méthode d'analyse qualitative nous a paru le moyen le plus adapté pour approfondir les problématiques rencontrées par ces acteurs de l'enseignement de Médecine Générale et cibler leurs besoins spécifiques.

Au final, il s'agit d'améliorer la qualité de la formation des internes en Médecine Générale au sein de la Faculté de Grenoble.

MÉTHODE

Une méthode qualitative

Pour explorer la problématique, nous avons choisi d'utiliser une méthode d'analyse qualitative inspirée des travaux de **Huberman, Miles[32] et Dey** (Annexe A).
Pour recueillir les données, nous avons organisé des réunions sous forme de **focus group** (Annexe A).

Définition des participants et mode de recrutement

Les participants sont tous maîtres de stage. Ils exercent dans le département universitaire rattaché à la Faculté de Grenoble.

La liste des **maîtres de stage en SASPAS* pour le semestre de Novembre 2008 à Avril 2009** a été communiquée par le secrétariat de la Faculté de Médecine en Octobre 2008.
Leur nombre était de 72 au total. Comme nous espérions au départ mettre en place au minimum deux réunions de 10 personnes, 40 ont été choisis dans cette liste, de façon aléatoire[19], pour être conviés à participer au focus group et ce dans l'optique de recevoir au moins 50 % de réponses positives. 20 personnes volontaires étaient donc attendues et nous espérions pouvoir réunir 2 fois 10 personnes (les maîtres de stage qui nous avaient encadrée lors de notre SASPAS* ont été exclus du choix).
En Décembre 2008, les participants potentiels ont reçu un courrier d'invitation expliquant le thème qui serait abordé. Ils devaient renvoyer une réponse par courrier postal ou e-mail pour spécifier leur intérêt concernant une réunion sous forme de focus group.
Fin janvier, sur 12 courriers reçus, nous comptions :

- 4 réponses positives
- 8 réponses négatives.

Il n'a donc pas été possible de mettre en place les réunions souhaitées avec si peu de participants et nous avons changé notre stratégie pour leur recrutement.
Ainsi, avec l'aide du DMG* de Grenoble, deux entretiens de groupes ont pu être réalisés de façon concomitante, le samedi 21 Mars 2009. Ils ont été intégrés au sein du programme de formation des maîtres de stage organisé par le DMG*, auquel les généralistes enseignants participent régulièrement. Un des ateliers de la journée consistait à la participation au focus group.
Les médecins étaient ainsi volontaires et ils ne connaissaient pas le thème précis de la réunion.

La grille d'entretien

Après avoir accueilli les participants dans chaque groupe et les avoir informés du thème de l'étude ainsi que des modalités de la rencontre, les animateurs ont débuté l'entretien aidés de la grille d'entretien préparée à l'avance. Elle était constituée de cinq questions permettant d'explorer le thème de la supervision indirecte en SASPAS*, telle qu'elle est pratiquée par les maîtres de stage interviewés (Annexe B).

Le verbatim et le codage

Les entretiens des deux séances ont été enregistrés à l'aide du logiciel Audacity et intégralement transcrits manuellement. Ils constituent la base de données exploitée appelée verbatim (Annexe D).

Les occurrences significatives (Annexe E) ont été relevées puis codées, sans support informatique. Le dictionnaire des codes / thèmes (Annexe C) avait été pré-établi mais il a été révisé au fur et à mesure de l'avancement du traitement des données.

La fréquence des différents codes a été reportée manuellement dans les tableaux de synthèse des thèmes et sous-thèmes, visibles en Annexe F.

L'analyse a pu ainsi débuter à travers la connexion et la confrontation de l'ensemble des catégories thématiques émergentes.

RÉSULTATS

Les participants

- Focus Group 1 :

Il est constitué de sept participants avec un animateur et un observateur.
Le sex ratio est de 3 femmes pour 4 hommes.
L'âge des participants est assez homogène avec une fourchette de 48 à 55 ans (âge moyen : 51 ans).
Six participants sur les sept ont bénéficié d'une formation antérieure à la maîtrise de stage et ils ont débuté l'encadrement de SASPAS* entre 2000 et 2008 (deux en 2000, trois en 2005 et deux récemment en 2008).
L'exercice est principalement un exercice de groupe.

- Focus Group 2 :

Il est constitué de sept participants avec un animateur et un observateur.
Le sex ratio est de 2 femmes pour 5 hommes.
L'âge des participants s'échelonne de 32 ans à 62 ans (âge moyen : 47 ans).
Tous ont déclaré avoir participé à des formations antérieures à la maîtrise de stage et ont débuté en 2004 pour quatre d'entre eux et 2007 pour les autres.
Deux personnes seulement exercent en cabinet séparé.

Synthèse : explorer et décrire

Voici les thèmes retrouvés à travers la lecture et le codage de la transcription des deux entretiens :

- Thème 1 : La connaissance et l'exercice de la supervision indirecte
- Thème 2 : Les difficultés de réalisation de la supervision indirecte
- Thème 3 : Les stratégies réactionnelles face aux difficultés rencontrées
- Thème 4 : Le ressenti des maîtres de stage face à la supervision indirecte
- Thème 5 : Les perspectives d'amélioration

La connaissance et l'exercice de la supervision indirecte (SI*)

Tout au long des entretiens, on retrouve des éléments permettant de mieux cerner la perception des maîtres de stage (MDS*) concernant la supervision indirecte.

- Le **contenu** de la SI (19 occurrences) et son **organisation pratique** (7 occurrences)

Pour tous les maîtres de stage, la base du travail au cours des moments de supervision reste la revue des consultations qui approfondissent les consultations « à problèmes » pour l'interne. La relecture de chaque dossier est pratiquée en début de stage mais progressivement, les discussions se concentrent sur les « dossiers à problèmes » ou pris au hasard.
Chaque MDS* s'organise en fonction des contraintes de son cabinet médical. Certains effectuent une supervision différée et à distance avec un délai d'environ une semaine entre les consultations et la SI. Pour d'autres, on retrouve des supervisions beaucoup plus proches des vacations de l'interne avec des temps pédagogiques en mi-journée ou le soir-même.

- Les **objectifs pédagogiques** (14 occurrences) et la **notion d'évaluation** (6 occurrences)

La notion d'apprentissage du suivi des malades, d'investissement au sein du cabinet médical dans lesquels ils travaillent et de responsabilisation sont récurrentes. Il semble fondamental pour chacun des MDS* de donner le goût pour la médecine générale et de tendre vers l'amélioration des pratiques par des échanges interactifs.
Pour la plupart, l'évaluation apparaît en filigrane dans les entretiens mais n'est pas souvent explicitement citée. Il semble pourtant que le temps de supervision indirecte soit utilisé par chacun des MDS* pour faire émerger les difficultés de l'interne (les « scotomes ») et donc, par extension d'en faire son évaluation. C'est principalement par des discussions avec l'interne que les MDS* s'assurent de ses compétences, d'une manière relativement subjective. Mais la notion d'évaluation questionne les MDS*. En effet, certains ne s'estiment pas « assez compétents pour évaluer la compétence de quelqu'un d'autre ».

- Le **rôle du MDS*** (15 occurrences)

Même si cela ne semble pas évident pour tous les MDS*, la fonction d'enseignant est fondamentale au sein de ce stage. Ils doivent encadrer un échange constructif centré sur l'interne et l'orienter dans le but d'améliorer les pratiques cliniques de l'étudiant.
Le terme « enseignant accréditeur » est utilisé par un des MDS* : il conforte l'idée de l'importance de son rôle dans l'évaluation de l'interne.
Des visions contradictoires apparaissent pourtant dans la lecture de la transcription : lorsque certains évoquent leur rôle de parrain dans le sens compagnonnage, d'autres évoquent une relation plus structurée enseignant-apprenant qui justifie une certaine distance relationnelle. La reconnaissance de l'interne comme un pair à part entière n'est pas partagée par tous.
Par contre, le rôle de contrôle et de surveillance est un fait établi.

- La **méthode** (6 occurrences) et les différents **types de supervision indirecte** (6 occurrences)

Les MDS* utilisent les dossiers médicaux sur lesquels les internes ont travaillé pour animer leur discussion. D'autres évoquent la possibilité de cibler des thèmes choisis par l'interne et proposent des travaux de recherche spécifiques pour les séances de supervision suivantes. Seul l'entretien d'explicitation est évoqué mais n'est que très peu utilisé.
D'autre part, les MDS* identifient d'autres modalités de supervision, à savoir : les groupes de pairs auxquels les internes participent, les groupes d'internes encadrés par leurs MDS*, l'utilisation du RSCA* ou autre travail écrit et les réunions pédagogiques ponctuelles avec tous les MDS*.

- La **réglementation** (8 occurrences)

La notion du cadre réglementaire pour l'application de la supervision indirecte n'est pas abordée directement. Il s'agit plus d'évoquer l'obligation de rendre un travail écrit (mémoire RSCA* en particulier) pour la validation du DES* de Médecine Générale. Par contre, comme nous verrons plus loin, les MDS* abordent le rôle important de la faculté pour instaurer un cadre plus structuré et assurer le caractère obligatoire de la SI.

- La **sémantique** (6 occurrences)

On retrouve le terme « debriefing » régulièrement pour évoquer la SI.
Le terme de -supervision- ne paraît pas soulever de problème de compréhension aux MDS*. C'est le terme -indirecte- qui est explicité au cours de l'entretien des groupes.
Par contre, la supervision sous-entend pour tous « contrôle », « surveillance » puis « échange » et répond de cette manière à la définition littéraire du terme.

- Le **milieu /** l'**environnement** (1 occurrence)

Il n'est que très peu abordé par les MDS*.
L'animateur du groupe 1 évoque plusieurs démarches de formation des MDS* mises en place au sein du DMG* ; ces éléments sont repris par d'autres, mais il ne s'agit pas à proprement parler de la définition de la SI.

Les obstacles à la supervision indirecte

C'est le thème clé de l'étude, à savoir la recherche des difficultés exprimées par les MDS*.
On peut regrouper certains sous-thèmes et en faire l'analyse comme suit.

- La **pédagogie**

Il s'agit du **rôle du MDS*** (9 occurrences), de la notion d'**évaluation** (11 occurrences), de la **méthodologie** (8 occurrences) et de la définition des **objectifs pédagogiques** (5 occurrences).

Pour certains MDS*, la fonction d'enseignant au sein du SASPAS* n'est pas investie : la position de référent dans le cadre de l'enseignement de la Médecine Générale n'est pas intégrée dans leur pratique ce qui induit un décalage entre les objectifs pédagogiques et la réalité de la SI.
Certains doutent même de l'intérêt des échanges avec l'interne, en particulier « quand le débat n'arrive pas à se créer ».
Un des MDS* utilise le terme de « remplacement » au sujet du SASPAS* ce qui entretient la confusion du rôle qu'il doit jouer au sein de ce stage.
D'autres évoquent leur rôle et leur besoin d'une surveillance permanente de l'interne, justifiant cela par leur responsabilité légale en médecine de ville (en opposition à l'hôpital) ou leur exercice particulier.

Tous les MDS* expriment des difficultés à évaluer l'interne en formation soit de façon explicite, soit à travers leur réticence à les laisser pratiquer seuls.
Certains estiment qu'ils n'ont pas les compétences pour juger celles de l'interne.
La notion d'évaluation est souvent subjective. Des supports explicites ne sont pas mentionnés. Seul le « retour des patients » qui est un élément fondamental pour certains (et impossible à utiliser pour d'autres en raison du type de patientèle) et quelques supports (comme le RSCA*) sont mentionnés. Et ces derniers sont plutôt utilisés comme matériel de base pour la SI. Il existe visiblement trop de contraintes (du côté des internes mais aussi des MDS*) pour les utiliser comme support d'évaluation.

En ce qui concerne la pédagogie, nous retiendrons aussi des obstacles méthodologiques avec des techniques non maîtrisées (l'entretien d'explicitation), difficiles à mettre en place et/ ou peu variées. Certes les formations permettent de collecter différents types d'outils de SI mais s'approprier ces techniques reste délicat. Et certains MDS* les abandonnent.
Malgré tout, l'absence d'entretiens structurés ne satisfait pas les MDS* : les discussions semblent « superficielles » et le côté informel ne permet pas de répondre aux objectifs pédagogiques.

Ceux-ci sont d'ailleurs longuement discutés. La plupart des MDS* déplorent leur difficulté à les définir, les formuler précisément et se sentent limités dans leur démarche pédagogique.

- Les **caractéristiques de l'interne** (16 occurrences)

Dans les deux groupes, elles se révèlent sources de difficultés pour la réalisation de la SI. Ce n'est pas la personnalité propre de l'interne qui pose le plus de problèmes. Il s'agit plutôt de sa motivation et de son enthousiasme pour la SI qui peuvent paraître insuffisants aux yeux des MDS*.
Cela est très « interne dépendant » comme le souligne un des MDS* et l'investissement ou la disponibilité de l'interne ne sont pas toujours à la hauteur des espérances des enseignants.
Pour certains MDS*, c'est aussi le comportement face à la supervision qui pose question. Les internes « qui savent tout », ceux qui restent passifs, ou qui n'« ont pas conscience de leur limite ». La difficulté se situe alors dans la gestion de ces comportements divers et l'adaptation permanente dont il faut faire preuve.
Le sexe et l'âge de l'interne sont cités aussi à deux reprises comme éléments de difficultés. Pour un MDS*, un interne homme serait plus réfractaire à la SI qu'une femme mais cet avis n'est pas partagé par tous. Deux autres évoquent la difficulté de mettre en place une SI quand les deux protagonistes ont un âge similaire.

- Les **facteurs limitants**

Il s'agit du **manque de temps** (11 occurrences), des **difficultés d'organisation** (5 occurrences) et de l'**impact parfois négatif de la SI** sur le cabinet (2 occurrences).

Le temps est incompressible : composer entre les obligations professionnelles et familiales est un obstacle à la SI pour tous les participants. Que ce soit le temps nécessaire pour effectuer une SI ou le temps nécessaire pour s'y former, c'est un élément essentiel à prendre en compte pour comprendre les difficultés de sa mise en place.

Du côté organisationnel, le moment choisi pour la supervision n'est pas toujours idéal : le soir même, après la journée de travail, les internes « sont fatigués » (ainsi que les MDS*) ce qui limite parfois la durée de SI.
Les contraintes de fonctionnement du cabinet, les demandes pressantes de rendez-vous, les formations diverses qui se déroulent parfois sur plusieurs jours limitent la disponibilité du MDS*. Le temps à consacrer à la SI se réduit pour répondre aux autres obligations professionnelles des MDS*.

- Le **contexte externe** (8 occurrences)

Le type de quartier et de patientèle, l'éloignement géographique, les conditions météorologiques en particulier en montagne et l'hiver limiteraient la pratique de la SI.
La culture française est aussi abordée, en comparaison à d'autres universités de médecine rencontrées par certains MDS* : en effet, il semblerait que la pratique de la supervision et donc de l'évaluation soit compliquée à mettre en place auprès des étudiants français qui ne « sont pas habitués à critiquer...à évaluer ».
Les obligations de chaque MDS* (familiales ou autres) sont aussi mentionnées, ce qui rejoint les difficultés d'ordre organisationnel vues plus haut.

- Le **contexte relationnel** (12 occurrences)

Nous évoquerons les **problèmes de convergence** de points de vue entre l'interne et le MDS* (6 occurrences) ainsi que certaines **difficultés relationnelles** qui en découlent (2 occurrences). Les **caractéristiques propres au MDS*** (4 occurrences) sont incluses dans ce paragraphe.

Certains MDS* semblent gênés par le fait que l'interne n'exprime pas toujours ses besoins, paraît réservé face à l'évaluation de son stage comme s'il existait une sorte de non-dit entre l'étudiant et l'enseignant.
L'implication des internes pour s'imprégner de la Médecine Générale est rapidement jugée par le MDS* : si celui-ci ne sent pas chez l'étudiant un attrait suffisant pour elle, il peut s'avérer difficile de créer des temps de supervision enrichissants pour l'un et l'autre et des difficultés relationnelles peuvent surgir. C'est l'expérience d'un MDS*. Mais un autre exprime l'idée contraire : un interne peu enclin à poursuivre la Médecine Générale en a retrouvé le goût grâce aux supervisions.
Quoi qu'il en soit, il paraît plus facile d'établir une relation propice à la formation lorsque les deux intervenants partagent une « vision commune ». Grâce à cela, le MDS* qui peut se sentir parfois démotivé, investira plus sereinement le temps nécessaire à la SI.

- Le **statut de l'interne** en stage (7 occurrences)

Il représente une réelle difficulté pour quelques MDS* et cela influe sur la relation entre l'enseignant et l'étudiant. Pour certains, la place de l'interne au sein du cabinet est simple : il participe pleinement au fonctionnement, c'est un « pair » à part entière. Pour d'autres, l'interne ne peut et ne doit pas se positionner de la sorte. Il leur est nécessaire d'affirmer une distance plus marquée pour que le rôle d'enseignant puisse s'établir.

- Le **rôle du cadre universitaire** dans les difficultés d'application de la SI (4 occurrences)

Selon les MDS*, la place de la Médecine Générale dans le cursus universitaire ne favorise pas l'échange entre les praticiens libéraux et les internes.
En effet, leur rencontre se fait tardivement et nous ressentons une réelle frustration pour certains. Cela entraine des incompréhensions entre l'apprenant (en quelque sorte formé à l'hôpital) et l'enseignant de médecine libérale. De plus, certains MDS* ne semblent pas connaître le cursus habituel des internes et les formations qu'ils reçoivent, ce qui peut être source de difficultés pour répondre au mieux aux besoins de l'interne.
La faculté aurait son rôle à jouer pour la formation des MDS* et un de ceux-là, impliqué dans ce domaine souligne les difficultés à organiser ce partenariat.
Aussi, les MDS* déplorent un manque de soutien par le DMG* pour leur exercice d'enseignants.

Les stratégies réactionnelles face aux difficultés rencontrées

Pour la plupart des problématiques rencontrées par les MDS*, des solutions individuelles ont été adaptées pour répondre en partie aux besoins de chacun.
Certaines d'entre elles sont d'ordre pédagogique : la recherche de nouveaux supports (8 occurrences), une méthodologie enrichie par des techniques nouvelles (3 occurrences) pour l'évaluation de l'interne (5 occurrences).
Elles sont aussi organisationnelles (9 occurrences).
Chaque MDS* tente de mettre en place une SI de qualité et c'est avec la formation individuelle (7 occurrences) qui modifie le comportement de chacun (9 occurrences) que certains MDS* trouvent un appui pour la réalisation de « leur » SI.

- Les **stratégies pédagogiques**

C'est surtout dans le cadre d'un échange oral que les MDS* travaillent avec l'interne. Il peut être parfois enrichi de techniques d'entretiens spécifiques parmi lesquelles l'entretien d'explicitation. Celui-ci est abordé par certains MDS* qui tentent de le mettre en pratique après l'avoir découvert au cours des formations.
Pour d'autres, des supports tels que des documentations bio-médicales de référence ou des livres sont utilisés au moment des SI pour appuyer leur réflexion.
La majorité des MDS* demandent un travail écrit compémentaire, qu'il s'agisse du mémoire exigé par la faculté ou d'une autre trace écrite. Cette démarche permet de diversifier la SI « pour ne pas que ce soit lassant ».
Pour répondre à la difficulté d'évaluation des internes, les MDS* utilisent l'échange oral qui s'appuie sur le dossier médical des patients vus par l'interne mais aussi sur le retour des patients qui semble servir de baromètre d'appréciation du travail de l'interne.

- Les **stratégies organisationnelles**

L'organisation du cabinet médical nécessite une adaptation pour permettre la bonne conduite de la SI. Chacun tente d'adapter la situation en fonction de son expérience et son contexte professionnel. Mais pour tous les participants, le temps de SI doit être institutionnalisé.
Certains MDS* expliquent qu'il leur manque cette rigueur mais tous la considèrent comme le point d'ancrage de la bonne réalisation de la SI dans le sens où l'interne prend conscience qu'il existe un temps dédié à sa formation. Cela oblige aussi les deux protagonistes à se consacrer du temps l'un à l'autre.
Plusieurs trouvent intéressant de mettre en place la SI le matin, en décalage d'une semaine avec la consultation de l'interne : chacun est rendu plus disponible pour échanger. Malgré tout, pour le suivi des malades, les MDS* semblent attachés à réaliser la SI le jour même de la vacation de l'interne.

- La **formation des MDS***

Tous les MDS* n'ont pas la même expérience dans le domaine de la formation mais il semble qu'il y ait un consensus pour l'intérêt d'une formation ciblée sur la SI. Le rôle de telle formations a été bénéfique pour les MDS* qui ont pu y participer. Elles offrent des pistes de réflexion pour chacun, des outils et des techniques pédagogiques pour la réalisation de la SI. Elles aident à structurer l'échange avec l'interne et donnent la possibilité de modifier certains comportements face à des difficultés spécifiques. Ainsi, les MDS* se donnent les moyens de répondre aux objectifs pédagogiques et apprennent à se positionner comme enseignants.
Les objectifs du SASPAS* sont aussi rappelés lors des formations et ce rappel semble nécessaire pour les MDS*.
Le gain de ces formations paraît évident même si, comme nous l'avons vu plus haut, les contraintes de temps peuvent limiter la participation des enseignants à de telles rencontres.

- La **modification des comportements individuels**

Chaque obstacle ouvre la voie à une modification du comportement des MDS*.
Ils rechercheront un complément de formation comme outil d'aide à l'élaboration d'une SI plus formelle.
Ils modifieront l'organisation pratique de la SI par exemple en dédoublant ce temps pour effectuer un « contrôle » préalable des dossiers dans le but d'alléger la SI et de répondre à une certaine inquiétude.
Ces adaptations comportementales répondent aussi au désir de transmettre un certain plaisir à travailler dans le domaine de la Médecine Générale.
L'acquisition d'une certaine expérience et le fait d'apprendre à mieux se connaître en tant qu'enseignant semble faciliter la structuration de la SI ainsi que la relation avec l'apprenant.

Le ressenti des maîtres de stage face à la supervision indirecte

- Le ressenti positif (38 occurrences)

La supervision apparaît comme un véritable **moteur** dans la recherche permanente d'une certaine qualité de travail, au niveau de la connaissance scientifique et de la relation.
Tous estiment que le **dynamisme** apporté par ces moments d'enseignement est stimulant et bénéfique pour leur pratique clinique personnelle.

Le terme **échange** est récurrent : il est « constructif » et essentiel pour la formation. Les internes sont pour la plupart investis, « intéressés et assidus ». Ils répondent ainsi à l'investissement des MDS* qui participent activement à l'enseignement.
Le positionnement en tant qu'enseignant paraît **valoriser** certains MDS* qui ne s'autorisaient pas à prendre cette place singulière. Et la **reconnaissance mutuelle** de l'interne et du MDS* est source de **plaisir.**

- Le ressenti négatif (15 occurrences)

Il s'agit le plus souvent d'une **frustration** face aux difficultés organisationnelles (manque de temps et impact parfois négatif sur le fonctionnement du cabinet). Cette frustration peut même aboutir à un sentiment de **contrariété** que nous percevons chez certains MDS* quant à la motivation jugée insuffisante des internes.

D'autres expriment une certaine **lassitude** lors des supervisions mais cela semble liée aux types de supports choisis (revue de dossiers). De plus, au fur et à mesure que les années avancent, certains se sentent de plus en plus désamparés face aux besoins des internes. Une piste de réflexion est alors donnée par le groupe : avec le temps, « plus on se forme, plus on a besoin de se former... ».

Pour finir, nous constatons une réelle **angoisse** chez certains MDS*. La question du contrôle et de la surveillance de l'interne en formation est alors omniprésente et chacun tente d'y répondre à sa façon. Tous

identifient une évolution positive grâce à l'expérience acquise au fur et à mesure des semestres d'encadrement mais laisser l'interne en autonomie pose encore bien des difficultés à certains.

Les perspectives d'amélioration

Les MDS* s'accordent sur plusieurs points clés pour ce qui est d'améliorer la SI.

- L'**organisation** (4 occurrences)

Tous les MDS* n'ont pas encore institué un **temps dédié à la SI**. Pour favoriser ce temps d'échange, l'interne doit être impliqué dans cette démarche et le MDS* doit impérativement fixer un moment pour la réaliser.
Néanmoins, les MDS* ne définissent pas de moment précis pour la SI : le jour même ou en décalage d'une semaine, il n'y a pas de réponse unanime.
Il est aussi proposé de mettre en place plus formellement des réunions d'évaluation en milieu de stage.

- La **pédagogie** (3 occurrences)

Les pistes d'amélioration de la SI concernent aussi la **diversification des supports pédagogiques** : les MDS* proposent des travaux écrits par les internes, mensuels, moins exigeants que le mémoire obligatoire mais qui permettraient de collecter des traces écrites (très appréciées par les MDS*) pour évaluer la progression des internes.
Il semble nécessaire pour cela de « **formaliser les objectifs** » pour obtenir un travail plus structuré et augmenter la qualité de la formation de l'interne.

- La **formation des MDS*** (4 occurrences) et le **rôle d'enseignant** (3 occurences)

Chacun exprime la nécessité de se familiariser à de nouveaux outils, les objectifs pédagogiques du SASPAS* devant être rappelés. Au préalable, tous les MDS* doivent prendre conscience de leur rôle et leur fonction d'enseignant. En effet, pour pouvoir conduire un échange constructif et interactif, le MDS* doit accepter la fonction d'enseignant. « L'équilibre est à trouver » et c'est par le biais des formations que le MDS* peut prétendre intégrer ce nouveau rôle à sa pratique.

- Des **pratiques nouvelles pour la SI** (6 occurrences)

Outre le travail écrit mensuel et une éventuelle « grille de travail » pour le SI, les MDS* portent beaucoup d'intérêt à la mise en place de « groupes de pairs pédagogiques » c'est-à-dire la réunion d'internes encadrés par plusieurs enseignants. Les notions de groupes de pairs ou de Groupes d'Echange et d'Analyse de Pratique, en quelque sorte tutorés, donneraient la possibilité de varier la forme de la supervision trop souvent échange duel pour lequel quelques MDS* ressentent une certaine lassitude. Maîtres de stage et internes seraient de plus moins isolés et probablement rassurés dans leur progression.
Certains MDS* souhaiteraient vivement obtenir un retour sur leur travail de superviseur. Les internes paraissent s'y opposer par crainte de mauvaises évaluations finales. Pourtant, la plupart des MDS* expriment une certaine frustration à ne pas pouvoir connaître leur propre évaluation : « on ne peut pas s'améliorer si on n'a pas de critiques ». Il s'agit aussi de valoriser leur travail à travers une évaluation reconnue par le DMG*.

- La **place de l'université et du Département de Médecine Générale** (4 occurrences)

Elle est essentielle pour aider à la construction d'une SI de qualité. Les MDS* souhaitent qu'un encadrement des enseignants soit mis en place (interlocuteur privilégié, documentations) mais aussi que le temps de SI qui est obligatoire soit rappelé aux internes. Les obligations facultaires sont réelles et les MDS* ont besoin de se sentir moins isolés. D'autant plus que le sentiment « d'arriver tard » dans le cursus des internes est toujours au cœur de la problématique de la formation en Médecine Générale.

DISCUSSION

À propos de la méthode

Les avantages de l'étude qualitative et du focus group

La qualité de la supervision indirecte (SI*) ne peut se restreindre à une étude de paramètres quantifiables du type durée, fréquence, matériel utilisé ou contenu puisqu'il s'agit tout d'abord d'une rencontre entre deux individus. Dès lors, il semblait qu'une approche qualitative correspondait mieux à notre démarche pour analyser le thème choisi.

En plus de l'intérêt d'appréhender une nouvelle méthodologie de recherche (détaillée en Annexe A), le focus group permet de recueillir de multiples données en un temps relativement court.

Les limites de notre étude

Ici, pour des raisons pratiques, seuls deux focus group ont été réalisés. La saturation du sujet, signifiant la redondance de l'information recueillie[19, 45] n'a probablement pas été obtenue. Il est vraisemblable qu'avec un troisième, voire un quatrième focus group des éléments nouveaux puissent apparaître. Toutefois, le sujet de l'étude faisant référence aux différents ressentis et pratiques pouvant être mis en œuvre dans la maîtrise de stage, atteindre la saturation du sujet semble particulièrement difficile.

Ensuite, pour des raisons pratiques, nous avons réalisé deux focus group simultanés ce qui limite la réactivité du chercheur dans l'adaptation et l'amélioration attendues de la grille d'entretien entre deux réunions.

Enfin, nous pouvons reconnaître plusieurs biais de sélection et de recrutement.
Initialement, il était question de réunir des maîtres de stage volontaires en dehors de toutes formations organisées par le DMG* qui sélectionnent par nature un certain public. Hors nous n'avons pas eu la possibilité de mettre en place de telles rencontres. C'est pourquoi les deux focus group ont été « greffés » sur une journée de formation proposée par la faculté.
De plus, un des animateurs était le directeur du DMG* : peut-être que son statut a eu quelques répercussions au niveau des réponses de certains autres maîtres de stage mais l'analyse de l'entretien n'a pas mis en évidence d'impact négatif. L'ambiance était détendue comme le montre l'analyse non verbale des entretiens (Annexe G) et, dans la mesure où plusieurs maîtres de stage se connaissaient déjà, cet élément n'a pas semblé être un frein à la discussion.
Certains participants étaient également impliqués dans la formation à la maîtrise de stage. Malgré le fait de retrouver un leader dans le premier groupe, il semble que cela a avant tout enrichi le débat qui s'est crée. Il a permis l'expression d'expériences diverses et multiples.

À propos des résultats

À partir de l'exploration des données recueillies au cours de cette enquête, nous nous apercevons des limites de la connaissance de la définition de la SI par les MDS*, en partie responsable des difficultés de mise en application.

La méconnaissance des objectifs, du rôle de l'enseignant et des différents outils de SI expliquent certains obstacles à sa réalisation.

La question de l'organisation et de la formation des MDS* est par ailleurs essentielle pour comprendre la problématique de la réalisation de la supervision indirecte.

Les MDS* ont déjà recherché de manière individuelle des pistes d'amélioration adaptées à leur fonctionnement propre. Toutes leurs idées sont pertinentes et peuvent se compléter. Chaque individualité doit être respectée et nous ne devons pas chercher à imposer un modèle rigide de SI.
Chacun peut trouver sa place, dans ce nouveau type de relation pédagogique, ainsi que ses méthodes propres. Par contre, l'orientation générale doit être commune.

La définition de la supervision indirecte (SI*)

L'analyse du verbatim montre une sémantique assez pauvre et les MDS* n'estiment pas avoir de difficultés à définir la SI. Ils la réduisent en partie à un « debriefing » et concentrent leur réflexion sur son côté « indirect », notion expliquée dans les définitions classées par ordre chronologique de Cécile Mari[65].

Certes il n'existe pas de définition théorique et pratique officielle de la SI. Seul le rapport du groupe Nemitz[27] (Annexe H), à l'origine d'une circulaire officielle[14], donne des indications sur la SI. Toutefois, nous pouvons reprendre la définition élaborée par Marion Durand[60] qui propose un modèle logistique mais aussi pédagogique de ce moment privilégié.

C'est « **une démarche centrée sur le résident, ayant pour but d'améliorer ses compétences professionnelles. Elle est basée sur un entretien, planifié, aux objectifs prédéfinis, au cours duquel le résident, aidé par le maître de stage et dans un climat de confiance, fournit un travail d'analyse et de positionnement à partir de rapports standardisés de certaines de ses consultations en autonomie, aboutissant à l'identification de nouveaux objectifs pédagogiques[60]** ».

Cette définition ne fait pas appel à la notion de contrôle du travail de l'interne comme l'évoque la définition littéraire du terme :
Superviser, de l'anglais, *to supervise* lui-même du latin s*upervidere* (super : au dessus / videre : voir, remarquer, prendre des mesures pour...)
- *effectuer un contrôle sur l'activité d'une ou plusieurs personnes* (Dictionnaire Wikipédia)
- *contrôler, réviser, vérifier un travail, sans rentrer dans les détails* (Dictionnaire de la langue française)

Elle ne propose pas non plus différentes modalités pratiques de supervision indirecte hormis l'entretien d'explicitation[13]. Par contre, la SI devient un véritable **outil pédagogique centré sur l'apprenant**, où « évaluation et formation »[51] doivent se mêler. Cette r**encontre pédagogique** se construit autour de l'**apprentissage de l'étudiant**.

Dans la littérature médicale à proprement parler, nous avons retrouvé peu de modèles explicites de la supervision indirecte. Les données émanent la plupart du temps de travaux issus des domaines de recherche des sciences de l'éducation :
- « *analyse, recherche de compréhension et de pistes d'action avec l'aide d'une personne externe (expert, professionnel) en rapport avec une situation vécue »,* définition retrouvée sur www.mieuxvivre.espacedoc.net
- « Supervision : Usually a formal one-to-one relationship, focussed around professional conversations to help the supervisee develop reflective professional practice, learning and skills with the aim of improving patient care » traduit comme suit : habituellement, la supervision est un face-à-face formel, centré sur des conversations professionnelles afin d'aider le supervisé à développer un exercice professionnel réflexif, un apprentissage et des aptitudes dans le but d'améliorer les soins prodigués au patient.

Cette définition est issue des travaux d'Helen Halpern, enrichis du travail de John Launer écrit en 2006[31].
En pratique, superviser est un exercice difficile qui demande la participation de l'enseignant et de l'apprenant, dans une relation de confiance et de respect mutuels[26].
La supervision nécessite une certaine maîtrise des techniques pédagogiques puisqu'elle s'appuie sur le principe de **feed back ou rétro-action**[57]. Il s'agit d'une réflexion orale et/ou écrite au sujet d'un cas, toujours différée par rapport à la consultation où l'interne se trouvait en situation d'autonomie. Elle permet surtout l'exploration de la **démarche réflexive** de l'étudiant. Et plus que de vérifier les éléments cliniques, elle s'attache à extraire un processus mental aboutissant à une prise de décisions[46].

Les objectifs de la supervision indirecte

Les objectifs pédagogiques généraux de la SI sont en partie méconnus des MDS*. Ils ne les verbalisent pas, et reconnaissent ne pas toujours bien les appréhender.
De plus, ils évoquent leurs façons personnelles de conduire les temps de supervision sans jamais avoir défini au préalable un objectif à atteindre. De ce fait, la SI reste souvent informelle, manque de structure et n'est donc pas toujours fonctionnelle. C'est probablement pourquoi, le maître de stage et l'étudiant ressentent parfois une certaine insatisfaction voire une incompréhension mutuelle au sein de leur relation pédagogique.

La formation à travers une démarche réflexive, la vérification de l'acquisition de compétences et leurs évaluations sont d'autant plus difficiles qu'il n'y a pas de vraie prise de conscience des objectifs pédagogiques à atteindre. Il semble donc nécessaire de donner aux MDS* une information et une formation précises à leurs sujets puisqu'on sait que le SASPAS* est un terrain de stage pertinent pour acquérir des compétences en Médecine générale[65]. La supervision indirecte est le moment privilégié et l'outil actuellement reconnu pour chercher à les authentifier.

Ces compétences sont en corrélation avec les « compétences de base, fondamentales » éditées par la WONCA Europe[37]. Elles sont aussi définies par le nouveau référentiel métier Médecine Générale [16].

Le rôle de l'enseignant

Deux points essentiels que les MDS* demandent à mieux appréhender :

- **INVESTIR LE RÔLE D'ENSEIGNANT**

La conception du rôle d'enseignant est très variable selon les MDS*. Et plusieurs MDS* ont du mal à se positionner en tant que tel. Investir le rôle d'enseignant est une démarche préalable pourtant essentielle pour permettre une SI optimale. Tous les MDS* en ont convenu.
Accéder à cette fonction est primordial : si le MDS* ne prend pas la place de guide pédagogique, souvent par humilité, l'étudiant présentera des difficultés dans l'analyse de ses comportements et de ses savoirs (Savoirs, Savoir être et Savoir faire).
D'autre part, la supervision doit être centrée sur les besoins de l'étudiant. Pour en connaître la nature, il est nécessaire que le MDS* induise l'émergence d'une réflexion en prenant pleinement sa place. Le cheminement intellectuel est plus aisé quand nous laissons la possibilité à un tiers d'y participer.

D'une manière générale, les MDS* soulignent leur désir de transmettre le plaisir voire le privilège qu'ils ont à exercer leur métier, tant celui-ci est riche par ses côtés scientifiques et humains. L'enseignant, par son

expérience, a toutes les chances de pouvoir créer cette émulation s'il guide l'étudiant vers un questionnement constant et systématique de ses compétences pour tendre vers un exercice d'excellence.

- **APPREHENDER LE PARADIGME D'APPRENTISSAGE[36]**

Pour faire « mieux apprendre », il faut former les internes et les MDS* à cette nouvelle approche (Annexe I).
Des stratégies d'apprentissage peuvent être proposées, pour aider les étudiants à obtenir un « apprentissage significatif[18], c'est-à-dire consistant à ELABORER et à ORGANISER, tout en tenant compte du contexte (organisationnel, décisionnel et émotionnel).

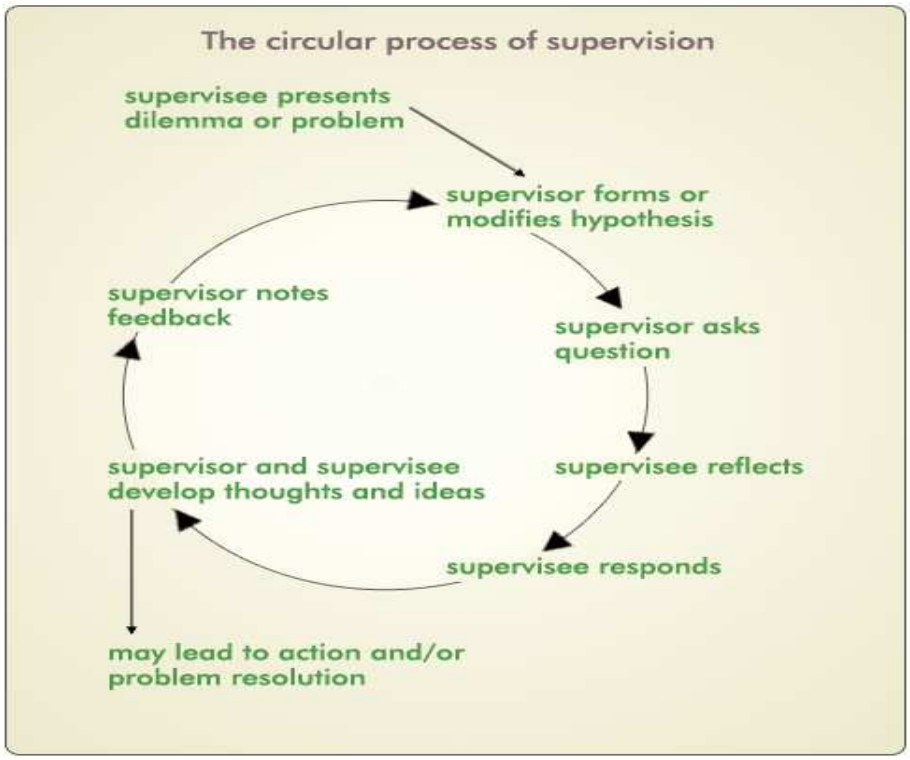
Un des enjeux primordial de la supervision est de permettre d'explorer le raisonnement clinique de l'interne et donc sa capacité de **réflexivité**. Ainsi, on lui permet d'acquérir des outils de formation au travers d'une **évaluation formative**. Évaluation et formation sont donc intimement reliées[51]. Et c'est bien quand elles coexistent qu'elles permettent d'apporter une qualité d'échanges entre le maître de stage et l'interne.

Au cours de la SI et de la lecture d'un cas, il faut favoriser la transformation de données factuelles en « constructions schématiques »[46] pour avoir une vision synthétique du problème et ainsi « contrôler la progression vers la solution du cas »[46].
L'efficience d'un clinicien est définie par sa capacité à « relire » sa démarche diagnostique, point par point, de justifier les hypothèses de départ et donc le recueil de données qui ont abouti ensemble à une prise en charge spécifique. Cette capacité de réflexion sur les mécanismes décisionnels ajoute une sorte de « plus value » aux compétences exigées par la profession.

Aussi, le rôle du superviseur peut être précisé selon les principes suivants :
« -établir des liens avec les connaissances antérieures
-faciliter le raisonnement hypothético-déductif
-favoriser l'usage de processus analytiques et non analytiques
-favoriser le transfert de connaissances
-favoriser l'organisation et l'activation des connaissances
-favoriser un recueil de données cliniques pertinentes et discriminantes. »[46]

C'est par l'intermédiaire du **feed back**[57] réalisé par le superviseur que l'étudiant peut s'interroger de façon pertinente sur ses compétences cliniques. Et c'est la redevance pédagogique qui lui est due.
Donner un feed back n'est pas inné : il faut apprendre à le concrétiser. Cette intervention pédagogique permet de donner un retour sur les comportements (cliniques, éthiques...) de l'étudiant en soulignant les points forts et les points faibles. Ensuite, il propose des « suggestions de changement »[57].

Le schéma ci-après, élaboré par Halpern et Mckimm[31] modélise le principe du feed back.



Dans le cadre d'une supervision différée indirecte, le superviseur n'est pas présent et doit travailler sur les données sélectionnées par l'étudiant. Certains MDS* se sentent mal à l'aise face à cette réalité. C'est dans ce sens que d'autres support de supervision pourront être proposées, en particulier la vidéo.

Les outils pédagogiques

Nous remarquons que les outils pédagogiques utilisés par les MDS* comme supports de SI sont peu variés. Ce qui semble être responsable d'une certaine lassitude et d'un manque d'intérêt pour ces moments de formation.
Cette donnée fait écho au besoin de formation exprimé par les MDS* pour aborder de nouvelles techniques d'apprentissage, diversifiées et applicables au quotidien.

L'entretien d'explicitation[13, 43], les grilles de lecture de cas[17, 54], l'enregistrement vidéo[17.1], les cartes conceptuelles[17.2, 18] sont des outils de supervision proposés aux enseignants lors des formations, qu'il conviendrait d'étudier précisément pour s'assurer de leur impact pour l'acquisition des compétences.

L'utilisation du réferentiel métier de Médecine Générale[16] peut aussi être envisagé comme support à la supervision. Il établit les savoirs et les compétences nécessaires à la bonne pratique du métier de généraliste, dans toutes ses dimensions. Il peut devenir un instrument de lecture de la démarche d'analyse décisionnelle d'un étudiant.

Dans chacun des groupes de focus, nous avons pu voir l'intérêt porté aux groupes de pairs entre internes, supervisés par plusieurs maîtres de stage. Le groupe de pairs en quelque sorte tutoré permet effectivement un temps de réflexion hors de l'isolement habituel de l'entretien duel au cours d'une supervision.
Il s'agit d'un outil très attendu par les maîtres de stage interrogés, prêts à encadrer ensemble des groupes

d'internes qui pourront travailler de manière conjointe à la lecture et l'analyse de cas cliniques vécus lors de leurs consultations en autonomie.
La richesse des groupes de pairs n'est plus à prouver, il semble nécessaire de favoriser la création de ces nouveaux moments de supervision des internes en SASPAS*.

L'organisation et le problème du temps dédié à la supervision indirecte

De réelles difficultés d'organisation sont ressenties par les maîtres de stage et cet élément semble expliquer en partie l'insatisfaction concernant la supervision indirecte. Mais tous les facteurs limitants soulignés par les MDS* peuvent être reliés à un problème d'organisation générale, en particulier la question du temps à investir pour la SI.

Les enseignants évoquent le lien entre le volume horaire de travail et leur disponibilité limitée (ou celle de l'interne d'ailleurs). Le manque de temps est le critère principal pour expliquer des SI restreintes. Les contraintes du cabinet, la pression de la patientèle, les formations de chacun semblent rendre difficile l'application systématique de la supervision.
Certes, nous ne pouvons pas proposer de solutions implacables devant la multiplication des activités de certains médecins, investis dans la prise en charge de leur patients, dans l'enseignement, la FMC*...Toutefois, le temps dédié à la supervision ne semble pas encore institutionnalisé par tous.
Il convient de devenir systématique dans le rythme donné aux SI pour que leurs régularités s'inscrivent sur le long terme dans l'organisation générale d'un cabinet.
Choisir un temps dédié pour la SI, le programmer, l'anticiper avec la définition d'objectifs et son mode d'élaboration, prévoir une réunion bien à l'avance avec tous les MDS* pour des évaluations intermédiaires...tous ces éléments simples à établir permettent souvent de passer outre des obstacles d'organisation qui peuvent parfois ressembler à des problèmes de motivations.
De plus, le temps où l'étudiant travaille dans le cabinet de son MDS* permet tout de même à celui-ci de libérer un créneau pour se former, lire des dossiers, etc.

Il s'agit aussi du problème de reconnaissance du travail d'enseignant en médecine libérale. Dégager du temps pour la supervision signifie que le médecin n'est pas disponible pour d'autres occupations professionnelles. Pour lui permettre d'avoir un temps dédié à la supervision qu'il rajoute souvent à un emploi du temps déjà chargé, il faut que le MDS* intègre dans son mode de fonctionnement la présence de l'interne. Encore faut-il lui en donner les moyens.

Il est nécessaire d'inclure l'interne dans les difficultés d'organisation autour de la SI puisqu'il joue un rôle important pour l'application de « sa » supervision.
S'il est acteur de sa formation, comme le souhaitent la plupart des MDS*, il donne une certaine dynamique à son enseignement et souvent, les difficultés d'organisation cèdent.
La passivité de l'interne souvent mal vécue par les MDS* semble être un frein tout d'abord à la réalisation de la supervision mais aussi à la qualité de la relation enseignant-apprenant.
Si l'interne participe pleinement à sa concrétisation, la SI devient plus simple à mettre en place. Cela permet d'éviter les incompréhensions réciproques et petit à petit, les rencontres pédagogiques prennent de la valeur.

Pour tout cela, le statut de chacun doit être clairement défini.

Le ressenti des maîtres de stage

L'analyse des données de l'étude confirme la satisfaction globale des MDS* concernant leur investissement dans le SASPAS*.
Même s'il existe des contraintes et des difficultés d'ordre relationnel parfois, l'expérience de l'encadrement du SASPAS* est positive pour tous les maîtres de stage rencontrés. Ils souhaitent poursuivre la démarche d'enseignement et sont en demande de formation pour améliorer leurs pratiques.
Participer à la construction d'un savoir (Savoirs, Savoir être et Savoir faire) est un véritable moteur pour chacun et plus l'investissement est important, plus la demande de perfectionnement semble pressante. Ces données ont été retrouvées dans les travaux des internes d'autres DMG*[60].

Ce sentiment positif est essentiel pour rebondir et tenter d'apporter des réponses ciblées et adaptées aux différents problèmes exposés.

Les perspectives d'amélioration

Elles vont dans le sens des stratégies déjà mises en place par les MDS* qu'il faut encourager et soutenir dans leurs initiatives.

Deux éléments émergent de l'analyse : la formation des maîtres de stage et l'organisation de la supervision indirecte. À eux seuls, ces deux paramètres recouvrent une grande partie des problématiques soulevées par les MDS* pour la réalisation de la SI.

La place du DMG* est prépondérante puisqu'il a pour fonction d'orienter la formation des MDS* et coordonne l'organisation des stages. Il donne l'impulsion nécessaire aux différents acteurs de la formation et doit soutenir les initiatives de chacun quand elles répondent aux besoins de l'enseignement.
Il se doit de définir les tâches précises de chacun ainsi que ses cibles d'action privilégiées, sous réserve de lui en donner les moyens, humains et financiers.

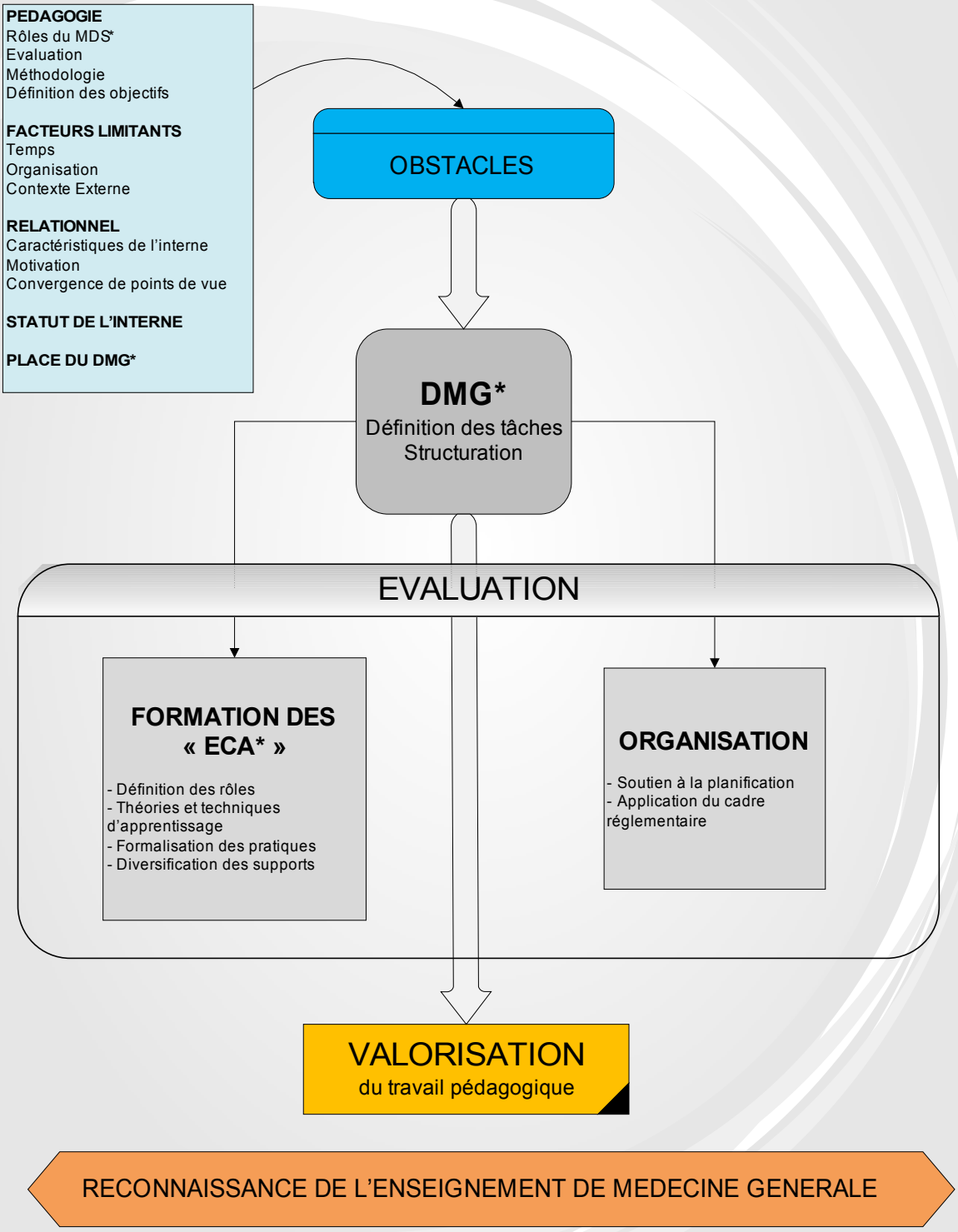
Une évaluation régulière de la formation des enseignants et de l'organisation des stages paraît essentielle pour certifier[6] la qualité de l'enseignement offert aux internes.

La valorisation des MDS* et donc du travail pédagogique est un point clé sur lequel il est important de travailler pour que chacun trouve sa place et investisse son rôle de formateur auprès des étudiants.

C'est grâce à cette démarche que l'enseignement de la Médecine Générale continuera à être reconnu au sein des instances universitaires.

Le diagramme suivant permet de réaliser une synthèse des différents obstacles à la SI et propositions d'amélioration.

Diagramme : Obstacles à la supervision indirecte en SASPAS à Grenoble et perspectives d'amélioration



CONCLUSIONS

Le SASPAS* est un semestre extrêmement intéressant pour la formation des futurs médecins généralistes souhaitant exercer en premier recours, au plus proche de la population. Il exige la mise en pratique de nouvelles techniques d'apprentissage, en particulier au moment de la supervision indirecte, qui en est son véritable pilier pédagogique.
Les études antérieures évaluant l'impact du SASPAS* et notre expérience au sein de ce stage ont démontré la nécessité d'améliorer les temps de supervision. Ceux-ci permettent une évaluation formative qui tend à garantir l'acquisition des compétences de l'interne.
L'étudiant fait partie intégrante de ce nouveau type d'apprentissage dans la mesure où il doit intégrer une démarche réflexive pour son autoévaluation et la définition de nouveaux besoins de formation. Il est pour cela guidé par le maître de stage.

L'objectif de notre étude était d'identifier les obstacles à la mise en pratique de la supervision indirecte auprès des enseignants encadrant les SASPAS* à Grenoble.
Ainsi avons-nous pu cibler leurs besoins en vue de l'optimisation de la formation des internes.

Par le biais d'une méthode qualitative et d'entretiens sous forme de focus group, nous avons confirmé l'existence de diverses difficultés rencontrées par les maîtres de stage pour la mise en pratique de la supervision indirecte.
Elles concernent la pédagogie avec la méconnaissance des objectifs à atteindre. Les méthodes et les supports d'apprentissage centrés sur l'interne ne sont pas maîtrisés, peu diversifiés voire inconnus. La fonction d'enseignant n'est toujours pas investie par certains maîtres de stage.
L'organisation pratique et d'autres facteurs limitent la structuration de ce temps dédié à la formation.
Certains paramètres d'ordre relationnel sont responsables de phases de supervision non abouties, d'autant que le statut des deux acteurs principaux n'est pas toujours clair.

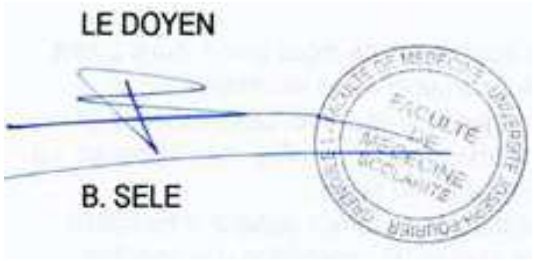
Aussi, les maîtres de stage ont exploré de nombreuses pistes d'amélioration adaptées à leur exercice professionnel pour satisfaire aux exigences de supervision indirecte. Ils restent très demandeurs de soutien dans leurs démarches et notre étude a confirmé leur motivation à poursuivre cette aventure pédagogique malgré les difficultés rencontrées.

Finalement,deux pistes principales d'amélioration se dégagent après l'analyse de nos données.
La formation des maîtres de stage et une aide à l'organisation pratique de ces temps dédiés deviennent des étapes incontournables pour assurer la redevance pédagogique due aux internes en SASPAS*. En agissant sur ces deux notions, nous espérons aplanir en grande partie les difficultés ressenties par les maîtres de stage.

Le rôle du DMG* est prépondérant car il définit la structure du cadre d'application du SASPAS* et de la supervision indirecte, précise les tâches de chacun et devient le référent dans la formation de ses enseignants. Nous pouvons penser que, par son impulsion, le rôle d'enseignant joué par les maîtres de stage en Médecine Générale ambulatoire sera valorisé et pleinement reconnu par les instances universitaires.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER
Grenoble, le 9.12.2009

LE DOYEN



B. SELE

LE PRESIDENT DE THESE

PROFESSEUR JP ROMANET

BIBLIOGRAPHIE

1. Abrecht R. L'évaluation formative, une analyse critique. Pédagogie en développement. 1e édition, 3e tirage. Département De Boeck Université, 1991.

2. ANAES. Méthodes et outils dans la démarche qualité pour les établissements de santé. Juillet 2000.

3. Andreani J-C, Conchon F. Méthodes d'analyse et d'interprétation des études qualitatives : état de l'art en marketing, Institut INSEMMA. Disponible à partir de : URL : http://www.escp-eap.net/conferences/marketing/2005_cp/Materiali/Paper/Fr/ANDREANI_CONCHON.pdf [consulté le 10/02/09]

4. Arrêté du 19 octobre 2001 modifiant l'arrêté du 29 avril 1988 modifié relatif à l'organisation du 3ème cycle des études médicales. Publié au JORF n° 250 du 27 octobre 2001.

5. Arrêté du 22 septembre 2004 relatif à l'organisation, au déroulement et à la validation des stages des étudiants en troisième cycle des études médicales appelés internes ou résidents (annexe V). Publié au JORF du 14 octobre 2004.

6. Attali C. Les Traces d'apprentissage. Certifier la Compétence, DES de Médecine Générale. Coordination Ile de France. Juin 2000.

7. Barrier J-H, Brazeau-Lamontagne L, Colin R,Quinton A, Llorqa G, Ehua FS, CIDMEF. La formation au professionnalisme des futurs médecins Recommandations du Conseil Pédagogique de la CIDMEF. Pédagogie Médicale. 2004 ; 5 : 75-81.

8. Bernier J, Colin C. L'enseignement en milieu ambulatoire, une vision d'avenir. Université de Montréal Mai 2006.

9. Borgès Da Silva G. La recherche qualitative : un autre principe d'action et de communications. Revue Médicale de l'Assurance Maladie. 2001 ; 32, 2 : 117-21.

10. Comité National d'Évaluation des établissements publics à caractère scientifique, culturel et professionnel. Le 3°cycle de médecine générale dans les universités françaises. 1998. Disponible à partir de : URL : http://www.cne-evaluation.fr/WCNE_pdf/Bulletin25.pdf [consulté le 09/12/08]

11. Chamberland M. Comment exploiter les résultats de la recherche pour améliorer nos activités d'enseignement et d'apprentissage du raisonnement clinique? Pédagogie Médicale. 2005 ; 6 : 197-199.

12. Chamberland M. Les compétences de l'enseignant clinicien et le modèle de rôle en formation clinique. Pédagogie Médicale 2005 ; 6 : 98-111.

13. Chauvet A. Dossier Documentaire Entretien d'Explicitation. CIRFFI, centre de ressources. Octobre 2005.

14. Circulaire DGS/DES/2004/n°192 du 26 avril 2004 relative à l'organisation du stage autonome en soins primaires ambulatoire supervisé.
15. Circulaire DGS/DES/ 2006-05-25 relative à l'organisation du projet professionnel.

16. Collège National des Généralistes Enseignants (CNGE). Référentiel métier et compétences des médecins généralistes. Mars 2009.

17. 8° Congrès national du CNGE à la Faculté d'Angers. Le DES de Médecine Générale, Enseigner et exercer la Médecine Générale. Travaux divers dont :
17.1 Audetat MC, Laurin S. La supervision, une occasion privilégiée pour apprécier le raisonnement clinique. Université de Montréal. Présentation Power Point
17.2 Vanwassenhove L, Le Mauff P. Utilisation de la carte heuristique en supervision.

18. Côté Daniel J, Bellavance C, Chamberland M, Graillon A. Un programme pour aider les étudiants en médecine à développer leurs stratégies d'apprentissage. Pédagogie Médicale. 2004 ; 5 : 95-102.

19. Davister et al. Les groupes focalisés, fiches méthodologiques. Université de Liège (APES-Ulg). Février 2004. Disponible à partir de : URL : http.//www.apes.be [consulté le 15/12/08]

20. Décret n° 81-364 du 15 avril 1981, organisant le stage chez le praticien conformément à l'article L-359.1 du code de la Santé Publique. Publié au JORF du 17 avril 1981.

21. Décret n° 88-321 du 7 avril 1988 fixant l'organisation du 3ème cycle de médecine générale. Publié au JORF du 8 avril 1988.

22. Décret n° 97-494 du 16 mai 1997 modifiant le décret n° 88-321 du 7 avril 1988 fixant l'organisation du troisième cycle des études médicales. Publié au JORF du 18 mai 1997.

23. Décret n°99-930 du 10 novembre 1999 modifié fixant le statut des internes et des résidents en médecine, des internes en pharmacie et des internes en odontologie. Publié au JORF n° 262 du 11 novembre 1999.

24. Décret n° 2001-64 du 19 janvier 2001 modifiant le décret n° 88-321 du 7 avril 1988 fixant l'organisation du troisième cycle des études médicales. Publié au JORF n° 22 du 26 janvier 2001.

25. Décret n° 2004-67 du 16 janvier 2004 relatif à l'organisation du 3ème cycle des études médicales. Publié au JORF n°15 du 18 janvier 2004.

26. Giroux M, Bergeron D. Un code de conduite du superviseur dans sa relation avec le supervisé lors de la formation clinique en médecine. Pédagogie Médicale. 2003 ; 4 : 202-207.

27. Groupe de travail sur le 6e semestre du 3e cycle de médecine générale. Disponible à partir de : URL : http://old.isnar-img.com/DOCUMENTS/030725-CR-final-groupe-travail-remis-conseillers.pdf ou http://www.snjmg.org/doc_pdf/rapGT6.pdf [consulté le 09/12/08]

28. Guide à l'usage des futurs maîtres de stage en Picardie Faculté de Médecine d'Amiens. Juin 2008.

29. Guide de l'interne en SASPAS. Département de Médecine Générale. Faculté de Médecine d'Amiens. 2006-2007.

30. Guide pédagogique pour les maîtres de stage. Département de Médecine Générale, Université Claude Bernard Lyon 1. 2007.
31. Halpern H Mckimm J. Principles underpinning effective supervision. Disponible à partir de : URL :

http://www.londondeanery.ac.uk/facultydevelopment/e-learning [consulté le 22/10/08]

32. Huberman, A.M., Miles M.B. Analyses de données qualitatives - recueil de nouvelles méthodes. De Boeck Université. 1991. 480 p.

33. Idheap, Institut de Hautes Etudes en Administration Publique. Introduction aux méthodes de recherche en administration publique, module M2. Disponible à partir de : URL : http://www.idheap.ch [consulté le 15/12/2008]

34. Isabelle J. Consulting Weblog. Organiser un focus group. Février 2008. Disponible à partir de : URL : http://www.econsulting.wordpress.com [consulté le 27/09/08]

35. Jacquet JP. La supervision indirecte différée (SID), une méthode pédagogique adaptée aux stages en médecine générale du troisième cycle [lettre à l'éditeur]. Pédagogie Médicale. 2003 ; 4 : 199-201.

36. Jouquan J, Bail P. En quoi s'engage-t-on en basculant du paradigme d'enseignement vers le paradigme d'apprentissage ? Exemple d'une révision curriculaire conduite en résidanat de médecine générale. Pédagogie Médicale. 2003 ; 4 : 163-175.

37. Les définitions européennes des caractéristiques de la discipline de médecine générale, du rôle du médecin généraliste et une description des compétences fondamentales du médecin généraliste – médecin de famille. WONCA EUROPE, WHO Europe Office, 2002. Disponible à partir de : URL : http://www.woncaeurope.org/Web documents/European Definition of family medicine/WONCA definition French version.pdf [consulté le 08/10/08]

38. Liste de Compétences des Internes pour le DES de Médecine Générale. UFR Médecine Pharmacie Grenoble.

39. Loi n° 87-588 du 30 juillet 1987, dite loi BARZACH, portant sur diverses mesures d'ordre social, Titre III. Publiée au JO du 31 juillet 1987.

40. Mari C, Bail P, Le Reste J-Y. Premiers SASPAS : enquête sur la perception des internes à propos de la supervision mise en place. La Revue du Praticien Médecine Générale. 2006 ; 722-23 : 252-256.

41. Martineau B, Girard G, Boule R. Interventions en supervision directe pour développer la compétence du résident : une recherche qualitative. Pédagogie Médicale. 2008 ; 1 : 19-31.

42. Mercat F-X. Rapport de la commission nationale permanente adopté lors des Assises du Conseil National de l'Ordre des Médecins du 5 juin 1999. Le stage des étudiants en médecine chez le praticien. Disponible à partir de : URL : http://www.web.ordre.medecin.fr/rapport/stagepraticien.pdf [consulté le 05/01/09]

43. Metté C, Besançon A-M, Gagnayre R, Marchand Claire. Avantages et limites de la technique d'explicitation dans la formation des auxiliaires de puériculture : étude exploratoire. Pédagogie Médicale. 2006 ; 7 : 91-100.

44. Metté C, Leroux C, Gagnayre R. Détermination de critères/indicateurs d'évaluation de la compétence pédagogique par une enquête d'opinion auprès d'enseignants chercheurs de l'UFR de médecine de Bobigny (Université Paris 13). Pédagogie Médicale. 2005 ; 6 : 32-41.
45. Moreau A. S'approprier la méthode des focus group. La Revue du Praticien Médecine Générale.

2004 ; 18 : 645.

46. Nendaz M, Charlin B, Leblanc V, Bordage G. Le raisonnement clinique : données issues de la recherche et implications pour l'enseignement. Pédagogie Médicale. 2005 ; 6 : 235-254.

47. Organisation pratique du SASPAS, année universitaire 2007-2008. Département de Médecine Générale, Faculté de Médecine de Montpellier-Nîmes.

48. Parent F, Ndiaye M, Coppieters Y, Deme S, Sarr O, Lejeune C, Lemenu D, De Ketele JM. Utilisation originale de l'approche par compétences en supervision formative en Afrique subsaharienne. Pédagogie Médicale. 2007 ; 8 : 156-76.

49. Ponçot C. VII° Congrès National de la Médecine Générale du XXI° siècle. Le 6e semestre, bilan et perspectives. Atelier 2 - Tours, 2006.

50. Propositions ISNAR-IMG. Le 6e semestre ou projet professionnel. Validées en Conseil d'Administration, à Rouen, le 25 Mars 2006.

51. Renard V. Le SASPAS. Document pédagogique. Séminaire Octobre 2008, à l'Isle d'Abeau.

52. Saubesty-Vallier C. ATER à l'IUT de Perpignan, Laboratoire DMSP. Quels apports du codage des données qualitatives ? XV ° conférence internationale de management stratégique. Annecy/Genève, 13-16 juin 2006.

53. Schneider D.K. Balises de méthodologie pour la recherche en sciences sociales. Matériaux de cours en plusieurs modules dont le module III : les méthodes qualitatives (partie A) – planification. Université de Genève. 2004. Disponible à partir de : URL : http://tecfa.unige.ch/guides/methodo/IDHEAP/

54. Supervision Indirecte (phase 3) Autoévaluation post consultation (grille n°5). Faculté de Médecine de Créteil, Département de Médecine Générale.

55. Tardif J. L'évaluation des compétences Documenter le parcours de développement. Lu pour Vous. Pédagogie Médicale. 2007; 8 : 55-57.

56. Vallée J, Charles R. Approche pédagogique des erreurs médicales au cours de l'internat de médecine générale. Revue Exercer. 2008 ; 83 : 111-6.

57. V O'Brien HV, B Marks M, Charlin B. Le feed back (ou rétro-action) : un élément essentiel de l'intervention pédagogique en milieu clinique. Pédagogie Médicale. 2003 ; 4 : 184-191.

THÈSES

58. BENECH RIOPEL Élise. Évaluation du premier semestre de stage ambulatoire en soins primaires en autonomie supervisée (SASPAS) à l'Université de Créteil Paris XII Université de Paris-Val-de-Marne. 2005.

59. DANQUIGNY Marie-Hélène. Le SASPAS : enquête qualitative par interviews semi-dirigées auprès de résidents en Languedoc-Roussillon. 2005.
60. DURAND Marion. Évaluation de la supervision indirecte en SASPAS en Aquitaine de Mai à Octobre

2004. 2006.

61. GANDON SHANKLAND Sophie. Bilan du premier semestre du stage autonome en soins primaires ambulatoire supervisé (SASPAS) à la Faculté de Médecine de Paris Sud. 2008.

62. HUNEAU Karine. Conseils au voyageurs : études de la représentation et du vécu des médecins généralistes de Loire Atlantique par la méthode du focus group. Université de Nantes. 2008.

63. LARUE Carine. Particularités pédagogiques du SASPAS : enquête auprès des étudiants de Lariboisière Saint Louis. 2006.

64. LE FLAO-BRETO Gaëlle. Le recours au spécialiste : qu'en pense le généraliste? Étude à partir d'un focus group. Université de Nantes. 2007.

65. MARI-TURRET Cécile. SASPAS : enquête nationale sur le vécu des internes de Médecine Générale en stage de Novembre 2003 à Avril 2004. 2005.

66. MOLLET Vincent. Prescriptions des hypnotiques et anxiolytiques hors recommandations. Étude des représentations et des pratiques des médecins vendéens par la méthode de focus group. Université de Nantes. 2006.

67. PETIT Laurent. Évaluation du SASPAS au sein de cabinets de Médecine Générale en Franche comté. 2006.

68. PONCOT Céline. Évaluation du SASPAS en 2006 : enquête nationale auprès des internes de Médecine Générale. 2006.

69. RENAUDIER GILIBERT Carol. Évaluation du SASPAS à Lyon : étude descriptive de Mai 2004 à Mai 2006. 2008.

70. ROSIER Lionel. Stage ambulatoire en soins primaires en autonomie supervisée (SASPAS) en Champagne-Ardenne : première évaluation. 2005.

71. THOMAS Samy. Évaluation du semestre Novembre 2004-Avril 2005 des SASPAS de la région Ile-de-France. 2006.

ANNEXES

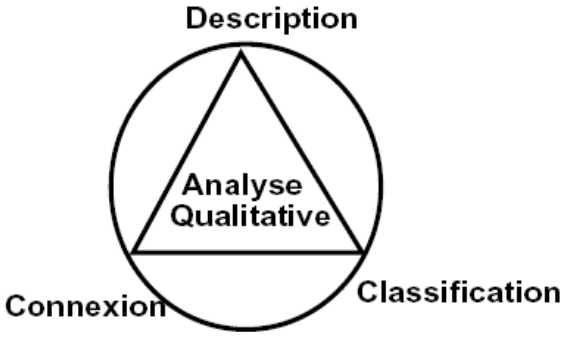
ANNEXE A

La recherche qualitative

La méthode d'enquête qualitative, interprétative, permet de saisir toute la complexité d'un thème choisi pour une étude. Elle développe des hypothèses, identifie des mécanismes et permet la participation des sujets à la construction de leurs besoins(33).
A la différence d'une enquête quantitative, où l'on recherche des corrélations et une certaine représentativité statistique pour des éléments mesurables, la recherche qualitative permet d'étudier les comportements et essaie de mettre en lumière des relations de causes à effets.

Méthode d'analyse inspirée de Huberman, Miles(32) et Dey (1993)

On peut nommer trois grands principes dans le processus d'une étude qualitative.
Selon Dey, on retrouve une phase de description des données, une phase de classification où le codage permet une réduction des données et pour terminer une phase de connexion des données qui permet une mise en rapport des « catégories » permettant l'analyse.
C'est le triangle **Description - Classification - Connexion**(53).



- La description des données

Elle peut se présenter sous différentes formes et nous ne parlerons que de la transcription, technique utilisée pour notre étude.
Elle consiste en l'enregistrement des entretiens et de leurs transcriptions au plus juste sous forme de texte narratif nommé verbatim. Il sert de base de données, support du codage.

- Modalités de traitement des données : le codage

Véritable processus de traitement des données interactives, l'étude de Saubesty(52) montre que le codage « est un véritable processus d'apprentissage des données et de co-construction de la question de recherche ». Ainsi, en plus de faciliter l'analyse des données, il permet d'enrichir la question et de mieux appréhender le thème.

Devant la nécessité de condenser les données et d'initier l'analyse, un codage thématique à deux niveaux peut être choisi. Il rend l'analyse plus puissante et permet de ne pas tronquer le discours du répondant en prenant en compte tout le contenu de son propos.
Les codes de premier niveau sont des étiquettes qui désignent des unités de signification pour l'information

descriptive de l'étude. Chaque unité de signification peut être un mot, une phrase ou une séquence de phrases formant un paragraphe et montrer un caractère plus ou moins conceptuel.
Par la suite, les codes de deuxième niveau, thématiques, permettent de condenser les données en thèmesou pattern explicatifs, « éléments conceptuels plus synthétiques »[32]. C'est la **catégorisation** en thèmes principaux.
La question principale de recherche et les sous-questions sont toujours les éléments structurants la codification.

- La connexion

Il s'agit de l'étape d'analyse des données.
La fréquence d'apparition des codes de différents niveaux est étudiée ainsi que les interconnexions révélées. Des liens hypothétiques sont alors formulés pour tenter de dégager un sens dans les relations des catégories émergentes.

Le focus group

Cette méthode de collecte de données est née dans les années 40, à l'initiative de Robert Merton, économiste américain, « dans le but de faire émerger les attitudes et les croyances qui sous-tendent les comportements »[19]. Par la suite, c'est le marketing commercial et social qui ont utilisé cette méthode d'analyse particulièrement en éducation pour la santé.

Cette méthode a été décriée par certains (manque d'objectivité, non représentativité, nombreux biais...) et reste encore peu représentée dans les revues médicales[9]. Malgré tout, la Haute Autorité de Santé la promeut[2]. C'est pour cela qu'il est nécessaire de respecter certaines règles permettant d'assurer un maximum de « validité et de scientificité »[32] aux données recueillies. Ainsi, celles-ci peuvent être transformées en résultats.

Le focus group collecte les informations sur un thème prédéfini, les cerne, les analyse et relève les solutions émises par le groupe. Il ne cherche pas de consensus mais reste ouvert sur chaque point de vue émis. Il est efficient car plusieurs points de vues sont pris en compte lors d'une seule séance.
Quant à son déroulement, le focus group réunit entre 6 et 12 personnes, nombre suffisant pour faire naître une dynamique de groupe et permettre à chacun de trouver sa place en évitant ainsi des débordements. Ces groupes-cibles, homogènes, permettent de faire resurgir les divergences (attitudes, comportements, points de vue) au sujet du thème choisi[19].
Un modérateur anime le débat, suivant la ligne directrice du guide ou grille d'entretien. Il recentre sur le sujet, permet d'approfondir certaines discussions et coordonne la progression de la réunion.
Un observateur est présent : il enregistre, prend des notes sur tous les éléments non verbaux susceptibles d'apparaître et d'enrichir l'analyse.

L'entretien semi-dirigé ou semi-structuré

Cette méthode d'acquisition des données est souvent utilisée lors des séances de focus group car elle permet d'orienter les questions et de cadrer le débat tout en laissant une grande liberté aux participants.
Il peut être préparé à l'avance : c'est la grille d'entretien, véritable ligne directrice de la discussion.

ANNEXE B : La grille d'entretien

- La question n°1 a pour objectif de faire le point sur les connaissances théoriques de la définition de la supervision et d'en appréhender sa représentation ainsi que sa réalisation pratique.
  Pouvez-vous définir ce qu'est la supervision indirecte au cours du SASPAS* et expliquer votre rôle de superviseur?
  (contenu et conditions organisationnelles, formations antérieures, aspects réglementaires, sémantique ...)

- La question n°2 permet de recueillir les difficultés pratiques rencontrées au cours de leur exercice de maître de stage :
  Rencontrez-vous des difficultés pour la réalisation de la supervision de vos internes? En quoi consistent-elles?

- La question n°3 fait le point sur les stratégies mises en œuvre pour pallier les difficultés rencontrées :
  Les difficultés et les obstacles énoncés, comment faites-vous en pratique? Quel support utilisez-vous?

- La question n°4 fait appel au ressenti des maîtres de stage :
  Comment vivez-vous les moments de supervision?
  Comment vivez-vous les erreurs de l'interne? Comment vous percevez-vous en tant que maître de stage? Qu'est-ce-qui a motivé le choix de devenir maître de stage?

- La question n°5 ouvre sur la possibilité d'améliorer la supervision :
  Quelles pourraient-être les pistes d'amélioration de la supervision?

ANNEXE C : Le dictionnaire des thèmes

1. CONNAISSANCES ET EXERCICE DE LA SUPERVISION INDIRECTE (SI*)

CONT/CONN	Contenu de la supervision indirecte, base de travail
ORG/CONN	Organisation pratique de la supervision indirecte
METH/CONN	Méthode appliquée pour la SI
OBJ-PED/CONN	Objectifs pédagogiques retenus par les MDS* au travers de la SI
EVAL/CONN	Notion d'évaluation ou auto-évaluation par la SI
ROL-MDS/CONN	Rôles de l'enseignant, statut et positionnement par rapport à l'étudiant
TYP/CONN	Types de SI : formes prises par la SI
REGL/CONN	Réglementation, textes officiels relevant des obligations d'application de la SI
SEM/CONN	Sémantique : expression caractérisant la SI
MIL/CONN	Contexte et environnement universitaire dans lequel la SI se met en place.Ce qui relève du cadre et du milieu universitaire

2. OBSTACLES ET DIFFICULTES A LA REALISATION DE LA SI

ROL/DIFF	Problèmes liés à la définition ou à la conception du rôle d'enseignant
EVAL/DIFF	Problèmes relatifs à l'évaluation
METH/DIFF	Problèmes liés à la méthode et à la méthodologie
OBJ-PED/DIFF	Problèmes liés aux caractéristiques des objectifs pédagogiques
CARACT-INT/DIFF	Problèmes liés aux caractéristiques propres de l'interne dont la motivation
FACT-LIM/DIFF	Facteur limitant la SI dont le temps ou la pratique particulière des enseignants
ORG/DIFF	Problèmes liés aux procédures organisationnelles
IMPACT/DIFF	Problèmes liés à l'impact de la SI (fonctionnement, ressenti des patients)
CONV/DIFF	Problèmes de convergence entre l'enseignant et l'apprenant
REL/DIFF	Problèmes liés au relationnel (liens informels)
CARACT-MDS/DIFF	Problèmes liés aux caractéristiques propres de l'enseignant
MIL/DIFF	Problèmes liés au contexte externe d'application de la SI (démographie, géographie, politique)
STATUT/DIFF	Problèmes de définition des statuts des intervenants
UNIV/DIFF	Problèmes liés au cadre universitaire

3. STRATEGIES REACTIONNELLES

SUPP-PED/STRA	Supports pédagogiques, utilisation d'outils d'aides à la SI
METH/STRA	Utilisation ou modification de la méthodologie pour la SI
EVAL/STRA	Techniques d'évaluation mises en place au sein de la SI
ORG/STRA	Stratégies organisationnelles
FORM/STRA	Formation des enseignants
COMPTT/STRA	Modification des comportements individuels relatifs à la pratique de la SI
UNIV/STRA	Participation du milieu et du cadre universitaire

4. RESSENTI ET VECU DE LA SI

EMOTIONS POSITIVES

ECHAN/RESS	Échange constructif et interactions bénéfiques
VALO/RESS	Valorisation
RECON/RESS	Reconnaissance
INVEST/RESS	Investissement
IMPACT +/RESS	Impact positif sur la qualité du travail
PLAISIR/RESS	Plaisir
CROY+/RESS	Croyances positives

EMOTIONS NEGATIVES

FRUST/RESS	Frustration
CONTRA/RESS	Contrariété
IMPACT-/RESS	Impact négatif sur la qualité du travail
LASSIT/RESS	Lassitude
ANGOISSE/RESS	Angoisse
CROY-/RESS	Croyances négatives

5. PERSPECTIVES D'AMELIORATION

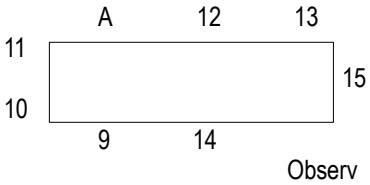
ORG/PERSP	Procédures organisationnelles
PED/PERSP	Techniques, supports et méthodes d'apprentissage
FORM/PERSP	Formation des enseignants
ROLE/PERSP	Place des intervenants et positionnement de l'enseignant et de l'apprenant pour la formation
INNOV/PERSP	Approches innovantes de la SI
UNIV/PERSP	Rôle du milieu et du cadre universitaire

ANNEXE D : La transcription / le verbatim

Balises :
[tx] : toux () : rupture de discours (xxx) : élision, forme réduite [rires] : rires du locuteur et entourage [pi] : paroles inintelligibles [pif] : paroles inaudibles faibles [pf] : soupirs [b+ xxx] : bruit décrit [conv] : conversations dans le fond

Focus Group n° 1

A : animateur
Observ : observateur
9 à 15 : médecins enseignants



A : bien, alors...donc précisément , ben la première question je vais vous demander , chacun d'entre vous , de justement si vous pouvez définir ce que c'est que la supervision indirecte au cours du saspas et d'expliquer ensuite à partir de là , comment vous voyez votre rôle de superviseurs.

[rires]

11 : euh , je dirais , oui...c'est une supervision à distance et différée. c'est pas en même temps... l'interne travaille. encore que on peut avoir des moments où l'interne au moment où il travaille nous interpelle parce qu'il a une difficulté et que on doit pouvoir répondre immédiatement. mais en général c'est quand même des moments différés où on se met ensemble où on parle des dossiers soit qui nous préoccupent mais la plupart du temps qui préoccupent l'interne. et des fois quand on a le temps , on passe carrément tout en revue. ça m'arrive, , hein. reprendre. mais tiens aujourd'hui t'as eu ça et ça et ça... on a le temps v, on regarde rapidement tous les malades qui ont été vus. si on a pas le temps on prend les gros dossiers , les dossiers qui ont posés des difficultés. euh...après il y a un nombre d'heures qu'on peut y accorder. je pense que ça dépend du fonctionnement de chacun...

A: bon , ça on va peut-être l'aborder après. les autres , est-ce que vous avez la même définition , comment vous procéder?...

13 : alors , moi je dirais je procède en trois temps. d'une part on reprend les dossiers de la semaine précédente qui ont pu poser des problèmes pour le suivi en fait des patients , parce que c'est toujours intéressant et ils aiment j'ai l'impression avoir un suivi

14 : des nouvelles

13 : oui , des nouvelles ou des examens , oui , moi je ressors systématiquement les courriers que j'ai pu recevoir des patients qu'ils ont vus. Alors , **(il)** y a des questions qui se sont posées on essait d'y répondre. **(il)** y a pas eu de réponses sur le plan scientifique...des recommandations. on repasse en revue aussi toutes les consultations de la journée , avec...en voyant plus précisément celles qui ont pu poser problème. puis je dirais parfois , ça sert un petit peu de debriefing. parce qu' ils ont eu des difficultés relationnelles à un moment et c'est vrai que ça c'est un peu leur crainte. sur le plan technique ils se débrouillent pas mal , ceux qu'on a eu étaient relativement autonomes. certains avaient remplacé. mais sur le plan relationnel des fois, on avait l'impression que c'était là où...c'était un peu le grand vide et en en discutant , en posant les choses , ça permettait d'avancer. et notamment , on a un interne qui a eu des difficultés lors d'un stage et puis au bout de quelques semaines il m'a dit bon moi... j'aurais pas eu de...il s'était engager pour des remplacements suite à son stage , il prenait un semestre sabbatique. il m'a dit j'aurais pas eu ce semestre j'arrêtais. et le fait de rediscuter de reprendre les choses sur le plan relationnel avec les patients ben maintenant il est...il vient avec plaisir. je ne sais pas s'il continuera , ce qu'il fera... mais ça a permis d'avancer.

A : d'accord.

13 : et on passe beaucoup de temps

A : tes trois temps , tu peux les formuler précisément pour voir si les autres...

13 : ben je dirais déjà un premier temps je liste les patients que j'ai pu revoir après ses consultations , pour lesquels j'ai pu recevoir des courriers , les questions qui se sont posées lors de la précédente séance où on n'a pas pu apporter de réponse soit par les documents ou qu'on peut avoir rapidement sous la mains style Prescrire ou les recommandations de l'HAS. deuxième temps , on reprend les consultations une pas une , ben là c'est lui qui les reprend et il me dit ce qu'il a fait , je dis ce que j'en pense...euh ce que j'aurais fait moi aussi ou pas fait. et puis le troisième temps , on reprend quelques consultations si problème il y a eu dans la journée. et un exemple , la dernière consultation de ce mercredi ben...il me dit , j'ai eu l'impression que je n'ai pas donné de réponse à la personne qui...et il s'attendait de...

A : d'accord...les autres?

9 : chez moi , la supervision , ça évolue au fur et à mesure du stage , enfin, la forme que ça prend évolue au fur et à mesure du

stage. au début on a plutôt tendance à revoir toutes les consultations...euh parce que**(il)** y a des choses à débrouiller je dirais. on s'est pas exactement quand les internes arrivent en SASPAS ce qu'ils savent. donc chez certains il faut reprendre les choses de base...comme est-ce qu'on met des vasoconstricteurs quand les nez coulent...des choses comme ça , donc au départ , en début de stage on revoit toutes les consultations. et puis petit à petit , ça se modifie dans un délais qui dépend de l'interne et à ce moment-là ça se passe plutôt en deux temps. d'abord , on voit , on parle des consultations qui lui ont posé des questions ou des problèmes que ce soit sur le plan du contenu ou sur le plan du suivi comme tu dis pour en reparler à distance ou sur le plan relationnel et comportemental. et puis ça c'est quelque chose qu'on a mis en place au fur et à mesure du temps , après dans un deuxième temps , on prend une consultation au hasard qu'on décortique de A jusqu'à Z parce qu'en fait si on s'occupe seulement de ce qui lui a posé problème et bien il y a des choses qui n'apparaissent pas. donc on se dit , tiens on prend la quatrième d'hier et puis on prend le dossier et on regarde si **(il)** y a le numéro de téléphone , si il y a la consommation déclarée d'alcool euh...ce qu'il sait des antécédents , ce qu'il a fait , quel suivi il a mis en place , si il a regardé euh...quand est-ce qu'était le denier ECG de l'hypertendu etc...et en fait je me suis rendu compte au fur et à mesure du temps que ça permettait de mettre à jour des choses qui a priori lui semblaient ne pas poser de problème mais qu'on n'aurait pas abordé si on n'avait pas pris quelque chose au hasard...

13 et 14 : un peu à la manière des groupe de pairs

9 : oui, mais plus...tu vois , dans un groupe de pairs on ne va pas aller voir...

A : plus à la recherche des scotomes de l'interne

9 : plus à la recherche des scotomes, voilà , voilà c'est ça.

14 : moi je revois en général tous les dossiers le soir mais assez rapidement pour les choses qui ne posent pas de problème et puis on développe un peu plus les pathologies qui lui posent plus de problèmes. c'est vrai que ça évolue aussi au fil du temps. au début on voit vraiment tout , à la fin les choses vraiment sans problème on les cite et voilà. et puis il y a le groupe de pairs je pense que c'est aussi une supervision indirecte différée qui est à mon avis assez intéressant pour eux puisque ça permet de connaître leurs problèmes et puis les nôtres aussi. de voir que nous aussi on se pose des questions sur nos consultations. et en début de semaine d'après on revoit rapidement aussi les résultats que j'ai pu avoir , le devenir des gens qu'elle a pu hospitaliser...les examens...voilà.

11 : ouais...je me retrouve un petit peu dans tout ce qui a été dit. je pense qu'il y a une euh...à la fois la supervision différée euh...moi je l'utilise , enfin...on est beaucoup dans la supervision en continu , permanente..

9 : directe.

11: oui , euh...ça tient peut-être à notre mode fonctionnement qui est assez ouvert , on n'a pas de cabinet fermé...on travaille même au sein de notre propre cabinet souvent à plusieurs , ce qui fait qu'on discute assez...je dirai presque patient par patient au fur et à mesure de la journée. après on a des...des entretiens euh...tout au long de la journée sur des sujets , de grands sujets...comme tu disais...des consultations typiques...enfin façon de...d'échange permanent là-dessus. après il y a également la reprise à la fois de dossiers de...de consultations...je dirais...ça se fait...euh...dans la semaine disons qui suit les consultations. on reprend ensemble la consultation , éventuellement le patient a été revu à plusieurs reprises enfin...on rediscute les courriers qui reviennent quand les patients ont été hospitalisés...voila , donc euh...je dirais que je suis enfin...on est beaucoup dans la supervision directe effectivement...et euh...mais tout en faisant quand même...même pendant la supervision directe on reparle de dossiers précédents où on revient dans de grands groupes de....des....de grands problèmes de la consultation.

A : sur des sujets qui sont prévalents dans votre exercice , à un moment donné vous dites là-dessus on va faire un travail plus spécifique...enfin une réflexion plus spécifique... à propos d'une consultation. c'est ce que tu veux dire?!...

15 : nous c'est un peu plus...euh...avec les internes au début , on est toujours avec lui...on discute , on regarde les dossiers ensemble. voilà. on leur demande d'avoir une vision critique sur les dossiers la tenue de nos dossiers...parce que on connait les patients depuis vingt ans on ne met pas forcément les trucs à jour euh...pour nous c'est évident on a tout dans la tête et voila. je leur demande une position critique parce que quand on les prend en consultations il se rend compte on parle de justement « et vous votre machin , votre traitement pour ci pour ça...ils nous apportent un regard sur notre manière dont on travaille. donc au début on est ensemble tout le temps. je leur demande quand ils arrivent de lister ce qui leur pose problème. par exemple le premier interne il m'a dit c'est les adénopathies **[rires]** ben trouver des...celui qui est là en ce moment c'est tout ce qui est contractures...points douloureux au niveau du dos...enfin des choses comme ça... enfin je leur demande de faire un listing , ça nous permet de...on met des rendez-vous , on donne rendez-vous à quelqu'un...moi j'ai deux demi-journées où l'interne est avec moi et j'ai en tête qu'Élodie elle a tel truc qu'elle aimerait bien voir et je peux aussi coller des rendez-vous...voila. ensuite l'interne travaille euh...c'est lui qui fait plus souvent les consultations et nous on est à côté puis ensuite on travaille tous comme ça , par demi-journée , la première partie de la demi-journée , c'est l'interne tout seul , pour l'instant on fait nos visites on fait autre chose...on revient..on passe une demi heure où on voit tous les dossiers de consultations et ensuite on termine la demi-journée ensemble. puis effectivement , à la fin de la demi-journée on voit les anciens dossiers **[pif]** leurs problématiques sur les dossiers. et je trouve qu'ils sont très intéressés par la gestion relationnelle de la consultation. à ce moment-là **[pif]** quand **(il)** y en a d'autres qui se plantent devant eux qui disent pas un mot...enfin c'est une heure qui...je ne sais pas si je réponds à la question...

A : d'accord. euh...peut-être je vais vous...bon , vous venez d'expliquer... comment vous exercer votre rôle. est-ce que vous avez fait ça un peu comme Monsieur Jourdain...vous l'avez

découvert ou vous vous êtes dit que ça doit être comme ça qu'il fait faire ou est-ce que vous avez des notions , étiez formés...lu des choses là-dessus...?

14 : moi je n'avais pas eu de formation avant de commencer. j'avais un petit fascicule mais je n'ai pas souvenir qu'il y avait grand chose dessus donc je pense que ça a été d'adaptation progressive avec les internes...la première formation que j'ai faite c'est hier...

A : d'accord.

12 : moi j'avais...euh... j'ai pas eu le temps de dire tout à l'heure...

A : ah oui!...vas-y...va va...

12 : enfin c'était à peu près ce que tout le monde a dit. **[pi]**
enfin de compte j'ai dû faire , je pense pas ...depuis le début à la louche , c'était très dur je trouve en supervision indirecte parce que ça ressemblait quand même beaucoup à une sorte de remplacement , d'essayer de savoir ce qu'il se passait après , on ne savait pas comment contrôler. et puis je suis allé me former. donc j'ai fait le stage S7S8...un truc comme ça , je ne sais plus comment il s'appelle...

9 : supervision indirecte je crois! **[rires]**

12 : il y a quelques années et là j'ai eu quelques idées pour faire la supervision indirecte qui étaient très intéressantes...c'était un peu long deux jours , je pense que on aurait pu faire beaucoup plus court mais c'était très intéressant...des outils. parce que nous on pratique un peu comme vous faites...c'est-à-dire qu'on a institutionnalisé une période qu'on appelle débriefing d'ailleurs qui est en une ou deux fois qui dure une bonne heure à chaque fin de journée. il est rare qu'on la décale parce que c'est un peu gênant pour le suivi mais ça arrive que quand ils sont pressés et qu'ils on envie de faire autre chose...

14 : puis nous aussi !

12 : oui nous aussi d'ailleurs! et en deux fois c'est pas mal pour ça. donc on revoit les consultations plus ou moins rapidement , sans parler du début du stage , hein , et puis souvent on s'arrête sur une consultation où plutôt on va chercher un peu non pas la médecine mais la façon de faire et la façon dont ça s'est fait. pour savoir comme il sentait les choses et comment il s'est senti dans la consultation. a la fin l'interne fait une petite liste de toutes les personnes qu'il a vues dans la semaine grâce à l'ordinateur assez rapide et puis on revoit les dossiers de la semaine précédente... des semaines précédentes qui ont posé problème pour lesquels il y a un suivi qui est nécessaire. et puis on peut...souvent on liste quelques hypothèses de travail , si **(il)** y a des choses qu'ils veulent travailler. souvent , comme dit Françoise , au début il ne savent pas trop ce qu'il veulent travailler. si! ils veulent travailler ce qu'ils aiment bien mais c'est pas forcément ce qu'ils ont besoin. mais bon , l'outil du stage c'était bien.

A : c'est bon, t**(u)** as pu dire ce que...

12 : oui , très bien.

11 : je voudrais rajouter quelque chose?

A : vas-y

11 : euh...mais c'est peut-être parce que chez nous c'est un peu particulier , on est très nombreux. on est huit médecins généralistes dont trois maîtres de stage et l'interne est en permanence sur place. donc elle est toute la semaine avec nous...bon , on fait parfois un peu plus quand on a des vacances bon , en gros elle est là toute la semaine. et euh en tout cas moi je fonctionne comme ça et je pense mes collègues aussi...c'est vrai que au début , les premiers quinze jours elle est avec moi et après je lâche très vite si je vois que ça colle. ça dépend du niveau des internes. et je trouve souvent le niveau est excellent. euh...par contre moi , ce que j'essaie de faire , c'est vraiment de les faire suivre mes malades. ça veut dire , c'est pas forcément moi qui revoit les malades sauf si il y a eu un problème et que la personne ne veut pas. en général ça se passe bien et on a des malades qui sont suivis pendant les six mois par l'interne...des gros dossiers des gens chroniques. et quand ça se passe bien...ils savent que l'interne peut nous appeler en permanence , qu'on est au courant et ça se passe bien. l'interne a une vraie prise en charge des gens. tous les courriers et tous les résultats d'analyse que l'interne a demandés tu lui remets systématiquement...c'est elle qui gère , c'est elle qui gère les INR tout ça...bon on regarde un peu derrière...et c'est vrai que c'est là que c'est intéressant qu'elle est tout le temps avec nous...je dis elle parce que c'est souvent des femmes.

14 : c'est vrai

11 : et avec nous et aussi qu'on est disponible. c'est vrai celle qu'on a , elle aime bien posé des questions...ça arrive qu'on est dérangé une fois dans une consultation , deux fois , trois fois...ça fait rien. je suis chez moi , elle m'appelle , elle me pose des questions. Euh...mais bon je trouve c'est bien...on a des internes qui ne posent jamais de questions...je trouve ça c'est affreux...on a l'impression qu'ils passent à coté de leur stage. euh..mais c'est ce côté d'être responsables des malades de les suivre de ne pas faire que le ponctuel. je pense c'est vrai , c'est plus difficile de le faire quand l'interne n'est là que deux demi-journées par semaine. comment gérer ça , je ne sais pas.

14 : mais même , quand les internes sont là qu'un jour par semaine , moi j'ai des patients des fois, je vois en salle d'attente, ça fait longtemps que je ne les ai pas vus...et j'ouvre le dossier et ...je...en fait , il s'est installé un suivi et ça fait six mois que c'est plus que l'interne qui le voit le mercredi...tu dis , tiens...

A : et dans ces cas là , vous...quand même , vous assurez derrière...vous retravailler là-dessus?

14 : oui le soir, on avait revu le dossier mais je ne m'étais pas rappelée qu'elle était venue..

9 : moi ce que j'ai appris dans les formations , c'est...ben quand ce n'est pas évident...parce que finalement ce qu'on fait au

feeling...je veux dire , si on fait de l'enseignement c'est bien qu'on a un feeling pour ça...ce qu'on fait au feeling , ça marche pas si mal sommes toute...euh...sauf que parfois **(il)** y a des internes qui ont l'impression qui savent tout...comment on contourne ça? les internes qui ont l'impression qui ne savent rien alors qu'ils savent plein de choses...comment on contourne ça? les internes qui ont des problèmes avec leurs connaissances , des internes qui ont des problèmes avec leur ressentis...et moi , ce que j'ai acquis dans les formations ce sont des techniques pour tous ces cas particuliers qui sont des techniques qu'on utilise en relation médicale avec nos patients , mais comme les formations sont adaptées à la relation pédagogique , eh ben , je dirais que les formations nous font gagner du temps. je n'aurais peut-être pas réinventer la poudre en 15 ou 20 ans de maîtrise de stage , mais les formations m'ont fait gagner du temps sur des techniques...l'entretien d'explicitation adapté à la pédagogie...sur des choses qui me permettent de contourner des difficultés spécifiques de certains internes. voilà.

A : d'accord...bon , le lien a été fait. donc je pense qu'on va pouvoir passer. tu veux rajouter quelque chose...

10 : ouais...c'est un petit peu dans ton sens...j'ai l'impression que c'est...**[pf]**...je me rends compte de la difficulté , j'ai l'impression que c'est de plus en plus difficile au fur et à mesure des années. ce que j'ai réalisé cette année...on arrive quand même très tard dans le cursus de la formation de l'étudiant. on a l'impression qu'on apporte quelque chose , mais je me rends compte au fur et à mesure des mois passés avec l'interne qu'on a énormément de difficultés pour modifier des façons d'appréhender la médecine générale. et euh...j'ai vraiment de plus en plus l'impression que ...en fait ils sont formés par les spécialistes et nous on arrive derrière. et...ça a été en fait cette année avec l'interne qui est chez nous , ça devient presque le sujet principal de nos supervisions. on essaie de replacer la médecine générale dans la...

13 : le système de soins

10 :**[e]** la relation avec le patient. on a essayé de le faire au travers de livres....récemment j'ai lu un livre assez intéressant de John Berger sur un médecin généraliste. on a essayé de discuter , j'ai essayé de trouver d'autres supports que simplement les consultations. j'ai l'impression que ça devient de plus en plus difficile.

9 : quand on se pose plus de questions! finalement!

11 : moi, je ne suis pas d'accord avec ça...

A : ok. ce que tu dis d'important , c'est qu'effectivement du fait de l'organisation de la formation actuelle des étudiants, dans la supervision , tu sors du simple...des consultations et de leurs bonnes prises en charge pour aborder le rôle des médecins généralistes et leur place dans la société... on peut peut-être...oui...sauf si vous avez quelque chose à rajouter par rapport à cela...

11 : moi je n'ai pas du tout cette expérience là...moi j'ai l'impression qu'ils sont justement très avides à apprendre qu'est-ce que c'est que la médecine générale parce qu'ils l'ont pas eu...comme nous , parce que nous on avait pas tout ça , malheureusement. et c'est vrai que je les trouve très ouverts à un changement d'attitude par rapport à la médecine de ville...moi...euh...et je vois le changement en 6 mois aussi au niveau des prescriptions qui sont très...au début , c'est des bilans ça n'arrête plus...et peu à peu on arrive à la fin à cadrer pas mal... comment aborder les gens puisque nous nous sommes dans des quartiers défavorisés c'est encore très très très très différent...quand les gens ne parlent pas français , quand ils sont illettrés etc...et au contraire ils sont très ouverts...même ceux qui croient de tout savoir...là-dessus ils sont très ouverts...
[**rires]**

A : d'accord.

10 : mais quand même quand tu récupères quelque qu'un que tu as eu en UPL et qui est repassé à l'hôpital , malheureusement , mais tu vois que tu es reparti en arrière et qu'il y a du travail à refaire...

A : bien , comme vous l'avez déjà un petit peu entamé , la transition est relativement simple. la question maintenant c'est...un petit peu... est-ce que vous rencontrez des difficultés pratiques pour réaliser cette supervision de vos internes...en gros comment vous le faites et comment vous solutionnez...quelles solutions vous apporter à ces difficultés d'ordre pratique...vous avez à peu près entamé en disant on fait ça ça et ça....**[silence]**
quelles sont les difficultés pour la faire?

11 et 15 : le temps

A : le temps.

14 : et puis quelque fois quand on reprend tous les dossiers comme ça , sans effectivement approfondir , on a l'impression que quelque fois c'est un peu superficiel quoi...peut-être besoin de techniques pour approfondir un peu les choses , peut-être d'outils pour euh...pour aller plus à fond dans certaines choses.

15 : je ne sais pas comment vous faites...mais moi...si vous reprenez le dossier de manière technique , mais moi je demande à l'interne de me raconter la consultation...je veux dire...je dis vas y raconte moi. il me décrit la consultation. et puis après alors OK... et puis après je lui demande quel était l'objectif de la consultation parce qu'en fait...parfois l'objectif pour moi , ce n'est pas d'être très performant au niveau du soin , enfin tout de suite au niveau du soin mais c'est créer une relation...enfin c'est de créer une relation de confiance , de pouvoir accrocher à quelqu'un je sens ne va pas très bien et je vais devoir revoir...on parle de l'objectif de consultation pour...en médecine générale pour accompagner quelqu'un dans sa globalité, sa difficulté. et puis je lui dis , quand elle m'a raconté sa consultation , je lui dis ouais ben bon...moi, j'aurais fait comme ça...voila. moi j'aurais fait comme toi ou moi j'aurais fait comme ça...c'est à dire que ..c'est pas forcément très technique sur le bilan l'examen clinique...bien sûr on parle de ça mais c'est sur l'ensemble de la consultation...j'essaie de...mais c'est vrai que ça prend du temps.

13 : oui , mais tu fais ça sur une consultation tirée au hasard? sur une consultation? tu ne le fais pas sur toutes?

15 : en début d'après-midi de 14h à 16h elle fait des consultations toute seule , elle n'en voit jamais cinquante...je veux dire...

13 : elle fait que deux heures de consultation seule?
ah ouais...

15 : oui , c'est-à-dire...ensuite on revient , on fait un debriefing , on retravaille les dossiers et on termine la journée tout seul. en fait , on est 4 médecins. trois dans le cabinet , un en extérieur. et on travaille tous les 4 de la même manière avec l'interne. et pour cette réunion , j'ai contacté l'interne et les autres...je leur ai demandé et ils ont tous dit qu'il y a un truc qu'on voudrait pas changer , c'est ce rythme là. on aime bien ce rythme là. **(il)** y a des demi-journées...des samedis matins de temps en temps. ils sont tous seuls tous seuls...mais ...

A : d'accord donc euh...OK...vous évoquez des problèmes de temps...pour la réaliser...ça veut dire , concrètement...et puis qu'est-ce qu'il y a comme difficultés pour la réaliser?

11 : ça déborde souvent , ça déborde...c'est déjà , par exemple bon , je les fais en fin de matinée deux fois par semaine ...mes collègues ça doit être à peu près pareil...mais déjà

A : c'est-à-dire que vous fixez un temps précis , inscrit dans le planning?

11 : voilà...c'est marqué dans les planning souvent , hop , voila , ça déborde et on finit notre supervision en mangeant...en gros...ça arrive. actuellement j'ai un collègue malade donc il faut le remplacer plus ou moins donc... je suis énormément en formation donc je ne sais plus comment faire parce que je ne suis pas beaucoup au travail donc on fait les supervisions par téléphone...**[rires]** des trucs comme ça...après on se débrouille. c'est ça quand je dis le temps. des fois , il y a énormément de gens il y a des urgences en plus...voilà comment on fait donc à ce moment là...nous on adapte comme ça. et c'est aussi beh...tiens on mange ensemble le soir on parle de tel malade...c'est le soir et tiens j'ai vu un tel...ça devient plus informel à ce moment là.

15 : c'est peut-être ça pour nous la difficulté...c'est un peu trop informel. enfin on a ce temps qui est prévu mais on devrait euh...on ne se pose pas assez de manière exigeante lorsque l'interne arrive. c'est-à-dire nous , on est tout content on l'accueille comme un collègue quoi... en formation mais en fait je pense qu'on n'est peut-être pas assez...poser un cadre précis dans le fonctionnement et...

A : donc , dans les améliorations que tu verrais , ça serait de poser ce cadre précis

15 : oui voilà c'est comme ça , c'est comme ça **[b+ tape sur la table]** on attend ça de toi...là c'est terminé on fait la supervision là on fait comme ci on fait comme ça. je veux dire on est plus dans...on a un cadre qui est extrêmement souple et on se rend compte qu'en fonction de l'interne des difficultés du cabinet de l'absence d'un collègue de ci de ça d'un coup de bourre ou autre...**[pf]** les choses se déstructurent...et p**(u)**is après il faut qu'on restructure...

9 : plus les années avancent , plus on structure en fait. euh... parce que ben..on a tous de plus en plus de travail ça s'est...on en est tous là...on a tous de plus en plus de travail et si ce n'est pas marqué dans le planning. de telle heure à telle heure , c'est le travail avec l'interne... le travail pédagogique avec l'interne et ben on se laisse envahir. alors je ne dis pas que des fois ça foire pas encore. inévitablement...euh voilà , **(il)** y a le collègue , il est parti pour faire autre chose , il faut bien gérer. mais on essaie vraiment que ça soit bloqué dans les planning , que tout le monde sache que là on n'est pas disponible , y compris pour le téléphone et d'avoir vraiment un temps qui lui est destiné , qui est destiné à l'interne...et qu'il sache que quoiqu'il se passe il aura ce temps là pour lui et pour son enseignement.

13 : ah moi , je fonctionne un peu comme ça. il est à mon cabinet le mercredi toute la journée. quand il a fini en fin de journée il m'appelle et après on a du temps...

9 : le temps qu'il faut

13 : le temps qu'il faut. ça a duré des fois jusqu'à 21h/22h. fallait tout voir. bon là on a une activité un peu moindre mais on a le temps.

9 : on le prend

14 : nous on prend le soir...c'est le mercredi soir

15 : il y a quelqu'un d'autre au cabinet?

13 : non non je suis tout seul alors...

15 : il est tout seul au cabinet

13 : il est tout seul au cabinet. il peut me joindre , mes collègues c'est pareil. en fait on est 4 et on est 4 cabinets séparés. on fait tous le même chose. si un de nous n'est pas joignable **(il)** y en a un autre prend le relais. donc ça a été exceptionnel mais c'est arrivé qu'un collègue me dise , je suis en formation , si **(il)** y a un problème...ben **(il)** ya pas de soucis. et la supervision , on la fait tous , mes collègues aussi , on la fait tous en fin de mi-journée ou de journée avec le temps qui...finalement on a le temps. je ne suis pas bloqué par la suite du planning...

14 : sauf que quand je finis à 21h30 c'est pas toujours évident..mais je fais la même chose que toi. **[pf]**

13 : oui mais lui il termine plus tôt. volontairement...il n'a pas de planning qui va jusqu'à 21h30.

14 : non mais 21h30 après...pour le debriefing quoi...oui.

13 : ah...oui...ben je n'ai pas les mêmes obligations familiales que toi! **[rires]**

[silence/gêne]

14 : non mais je fais la même chose que toi...mais...c'est compliqué

A : ça veut dire que toi le moyen pratique c'est de mettre à la fin des consultations de l'interne avec une activité un peu moindre que la nôtre et de te rendre disponible pour ça.

13 : tout à fait. pareil son planning je l'adapte aussi...en fonction de l'activité en fonction des cas aussi que je vois...des patients qui vont poser problème je lui laisse un peu plus de temps au niveau des ses consultations...ce qui fait qu'après...mais le debriefing c'est sûr...ça dure des fois longtemps...

9 : j'ai pas la sensation que les internes tournent le nez. quoi...hier j'étais en formation et j'assurais la supervision indirecte pour une collègue qui vient d'accoucher et que j'allège un petit peu. je suis arrivée c'était 20h , il était là...je ne l'ai pas senti se dandiner sur sa chaise hein! moi j'avais plus envie de rentrer à la maison que lui j'avais l'impression! **[rires]**

13 : je n'ai jamais eu de problème à ce niveau là...jamais...

A : en terme de motivation de l'interne c'est pas un gros problème...

9 : pour la supervision indirecte ils sont ravis

A : quand on le fait...correctement

9 : la plupart...

12 : **(il)** y a toujours des exceptions...c'est là que ça pose un problème

9 : **(il)** y a toujours les limites de la courbe de Gauss
comme dans tout domaine !

A : on reviendra après sur les difficultés...

13 : j'avais une interne qui était très amoureuse...ça posait problème

9 : mais est-ce un problème...tant que ce n'est pas de toi!**[rires]**

14 : là ça pose problème!

A : est-ce que vous voyez la part donc de ces problèmes...de mise en place pratique , de temps et d'organisation...est-ce qu'il y a d'autres types de difficultés que vous ()

9 : moi , la pire des difficultés c'est les internes qui savent tout! c'est le plus dur. parce que... travailler là-dessus...euh...

11: ils ne savent pas tout! c'est souvent ceux qui ()

9 : ben évidemment! **[rires]** ceux qui pensent qui savent tout...c'est le plus dur , le plus dur à gérer

13 : il faut contourner le problème en trouvant leur faille et...

9 : beh...

12 : c'est pas évident...nous on a eu un interne qu'on appelait le professeur...c'est nous qu'il débriefait!

[rires]

11 : ah non , c'est vrai nous aussi on a eu un interne comme ça c'est le seul qui avait dit trop d'heures de supervisions , en général tout le monde est demandeur mais lui à la fin du stage quand on lui a demandé qu'est-ce que tu as pensé du stage? il a dit trop d'heures de supervision. et...il avait...il connaissait beaucoup de choses , mais **(il)** y avait des trucs vraiment... il fallait remettre en place des connaissances qui étaient erronées...et c'était très difficile...et c'est plus dur avec les hommes.

9 : **[rires]** peut-être pour nous peut-être Élisabeth!...

11 : ah non on est deux hommes, je n'étais pas seule...on était tous les trois du même avis , on a eu presque que des filles et deux hommes...et...les deux c'était beaucoup plus...scatch scatch j'y vais , je connais tout et les filles c'était beaucoup plus posé...

9: je n'ai pas repéré ça moi...

11 : ah oui...on en a eu deux , c'est pas non plus statistiquement très valable... c'était très étonnant...

Observ : vous ne voyez pas d'autres types de difficultés...pour vous , l'entretien...euh... ne pose pas de souci...enfin vous pensez qu'il y a une interaction qui est riche...sur la gestion de l'entretien...?

15 : moi je pense , un peu comme tout le monde ces séances là pourraient être plus structurées...et si elles étaient plus structurées elles seraient peut-être plus riches...on ne laisserait peut-être pas passer...par exemple...je disais tout à l'heure on raconte la consult...mais c'est vrai que...on aurait une grille de travail...

A : tu aurais besoin d'outils

14 : d'outils...c'est ce que je disais tout à l'heure

A : c'est la transition pour la troisième question...chacun son tour

12 : on en a donné en formation des outils et sur le tas je trouve c'est très dur à utiliser..

9 : ça doit s'approprier

14 : c'est qu'ils ne sont pas adaptés...

12 : à part l'entretien d'explicitation c'est la façon peut-être la plus facile , les autres outils je ne l'ai ai jamais utilisés , je suis désolé...

9 : mais l'objectif des outils qui sont donnés en formation c'est de donner des idées pour fabriquer les siens propres...comme dans toutes les formations du monde...c'est des pistes de travail

12 : tout à fait...

A : parmi la réalisation pratique **(il)** y en a une...j'y reviens...parce que c'est un peu lié aux outils...Michelle l'a évoquée...c'est la supervision différée en groupe. est-ce que vous avez l'expérience d'avoir intégré vos internes en groupe ou d'avoir créer carrément des groupes pédagogiques?...

11 : la nôtre elle vient quand elle peut...mais malheureusement le soir elles ont souvent autre chose et j'arrive à tirer l'interne une fois dans les six mois voire deux en groupe de pairs. c'est rarement plus , mais c'est par manque de disponibilité de l'interne. elles ont toujours autre chose à faire. c'est peut-être le jour qui tombe mal , je ne sais pas. mais elles aiment pourtant venir...

14 : moi , les internes que j'ai eus ils ont toujours été très assidus au groupe de pairs. même si certains venaient de loin...des fois j'ai été admirative...

9 : on a un groupe de pairs qui balbutie un peu sur le plateau et les collègues qui ne sont pas maîtres de stage ne veulent pas que l'interne vienne

14 : ah bon?...

9 : non non! ils disent ben , groupe de pairs c'est entre pairs. et l'interne n'est pas notre pair. point barre.

15 : on a eu la même discussion...

9 : mais c'est un groupe de pairs qui est très jeune , qui est en cours de constitution...et peut-être que c'est lié à ça...peut-être que si ça roulait ...je ne sais pas...

14 : ben nous on a un groupe qui est très jeune au niveau de la formation , puisqu'il fonctionne depuis combien de temps...

A : un an et demi deux ans

14 : oui voilà...et on l'a formé par rapport à ça donc **(il n')** y a pas de souci de ce côté-là...

11 : c'est vrai qu'on évite d'amener plusieurs internes en même temps...parce que dans mon groupe de pairs **(il)** y a plusieurs maîtres de stage et parce qu'après ça devient...

A : en fait **(il)** y a deux types...ce que vous évoquez , c'est deux choses différentes. **(il)** y a la participation de votre interne à un groupe de pairs déjà constitué...de vrais pairs puis là **(il)** y a la création d'un groupe de pairs pédagogique entre deux ou trois unités pédagogiques...et ça ça fait partie de la supervision différée.

9 : ça je pense que ça a un intérêt majeur moi , j'aimerais vraiment mettre ça en place

A : vous pensez que ça peut être une des pistes?

11 : ça peut être intéressant

15 : est-ce qu'il y en a qui font...qui réunissent tous les maîtres de stage de l'interne avec l'interne?

9 : ah oui! très régulièrement.

11 : de faire quoi?

9 : nous , trois ou quatre fois dans le stage on se réunit avec tous les maîtres de stage de l'interne pour travailler au début sur son projet à lui et puis voilà...transmettre...un peu comme disait Michelle. ben oui , moi , j'ai jamais vu d'incision de poussée hémorroïdaire...ah ben tiens tu pourras le voir chez moi...donc ça c'est un truc qu'on partage à six...après on fait un point à deux mois , systématiquement...entre six semaines et huit semaines...après celui à quatre mois , ça dépend des internes...quand ça roule on ne le fait pas, on le fait que quand il y a des difficultés particulières...et puis...un bilan en fin de stage. et ça c'est institutionnalisé...toujours toujours toujours...

15 : nous c'est un peu informel...

9 : nous on en fait un au départ et un à la fin et c'est assez informel...

9 : et puis ces réunions permettent de faire le planning aussi...parce que comme on est six...

11 : exactement...

A : voilà j**(e)** voulais dire est-ce que ces réunions ne sont pas plus d'ordre pratique et d'organisation plutôt que des séquences de supervision?

9 : la première est d'ordre plus pratique et puis quand même préparation du projet pédagogique , enfin son projet à lui...les trois suivantes par contre c'est de la supervision de groupe. par contre ce n'est pas encore ce que vous avez mis en place vraiment d'un groupe d'échange de pratique entre plusieurs internes et tout...ça moi , j'ai vraiment très très envie de le mettre en place...au moins trois quatre internes et puis quelques maîtres de stage...je pense qu'il se fabrique d'autres choses que dans des réunions de structure....

14 : ah! ben ça n'a rien à voir...on parle pas du tout de...de fonctionnement...

9 : voilà...

A : c'est de la supervision

14 : oui , ça c'est de la supervision

9 : d'ailleurs , si **(il)** y a des gens qui ont envie de fabriquer ça , je suis preneuse...je sais bien qu'on est un peu loin mais on

bougera!

A : de mettre en place un groupe de ce type là...de supervision en groupe différée

14 : les internes participent en général pas mal...

9 : vous le faites en soirée?

14 : oui.

11 : mais **(il)** y a pas aussi un groupe entre internes?

14 : si...mais c'est...

A : mais ça c'est dans le cadre de la faculté...mais pas quand ils sont en SASPAS...c'est un peu l'inconvénient...

11 : c'est quand? avant?

A : c'est quand ils sont en stage hospitalier

14 : ce qui est intéressant c'est qu'on à la fois des premier stage et des deuxième stage...donc...(il) y a des échanges qui se font...

A : alors est-ce que dans ces rencontres avec tous les maîtres de stage...est-ce qu'il y a des choses à faire , un travail?...euh...

9 : alors nous ils font forcément... obligatoirement un RSCA...toujours. pour la plupart c'est leur mémoire de DES mais pour ceux soit qui l'ont déjà fait soit qui ont un autre projet de mémoire de DES , et c'est un d'entre nous qui est plus particulièrement chargé de l'encadrement de ça. et ça fait aussi partie des choses dont on parle au sein de l'ensemble des maîtres de stage. c'est-à-dire qu 'il y a en a un dont c'est la fonction d'encadrer ça mais à chaque fois qu'il y a une rédaction de faite il transmet à tous les maîtres de stage par mail et on donne des suggestions par mail. donc ça c'est un travail écrit qu'on lui demande...systématiquement. que ce soit dans une optique facultaire ou pas...et puis des fois on détermine si dans une réunion de groupe on a détermine qu'il avait un problème particulier sur...euh du typique parce que ça revient souvent...les vertiges parce que moi c'est un truc où je suis très mauvaise même après avoir lu quinze fois...ben écoute tu vas nous faire un petit travail de recherche et puis nous le présenter à nous les résultats...ou bien la prise en charge des troubles du sommeil ou bien...mais ça c'est un peu comme ça tombe dans le travail qu'on fait avec lui...écoute...ça fait quinze fois que tu te plantes sur tel truc peut-être qu'il faut le formaliser un peu plus et puis voilà...

14 : nous , ça va être plus des recherches au niveau du groupe de pairs...

9 : oui! parce que vous avez cet outil

14 : ça peut être l'interne qui fait des recherches sur...chute de la personne âgée...Je ne me souviens plus des autres thèmes...

11 : nous on fonctionne un petit peu comme ça sauf qu'on arrive pas...[rires] oui! c'est malheureux...on essaie justement de faire travailler l'interne sur une situation complexe mais il a déjà...en général , on choisit un dossier un peu lourd...mais que l'interne connait un peu le malade. et souvent il faut deux trois mois pour voir ben tiens , celui là n'est plus là , je ne peux pas le prendre...ou **(il)** y a ceci cela...et on arrive en fin de stage et pouf pouf pouf...c'est toujours pas fait et c'est vrai , en général on nous le pose sous le nez on a à peine le temps de le lire pour en discuter. et maintenant vu qu'il y a le même travail pour le mémoire de DES...ben , le dernier, il en a profité pour le présenter...très bien , et maintenant notre interne actuelle elle m'a dit qu'elle allait le présenter à l'automne donc elle a même pas commencer. donc effectivement on va la revoir après le stage mais tout compte fait on le fait pas pendant son stage et elle n'a même pas choisi le dossier qu'elle veut...parce qu'elle ne sait pas...

9 : alors nous on a résolu ça en mettant des dates...à telle date, tu dois avoir choisi ton dossier et puis **(il)** y a un d'entre nous qui est chargé de ça

14 : nous aussi , on a fait pareil mais on **(n')** y arrive pas...toujours un truc qui...elle a hésité mais...ah ben non...c'est surtout le choix du dossier qui pose problème. je pense que c'est ça le plus difficile pour les internes

9 : c'est-à-dire maintenant , comme c'est une obligation facultaire le SASPAS c'est quand même le meilleur endroit pour le mettre en place...

A : vous êtes...bon les internes ont obligatoirement un mémoire à présenter en fin de cursus et ce mémoire doit être de la discipline...c'est un mémoire de médecine générale. donc **(il)** y a différents formats...on a évoqué les situations. il est important qu'ils prennent la situation en médecine générale à l'occasion de stage. donc...est-ce que vous pensez...bon là **(il)** y a déjà des expériences de présentation de mémoire en groupe de pairs...est- ce que vous pensez que cet outil là peut être intéressant pour vous pour améliorer la supervision... lui donner un cadre...est-ce que ça vous paraît quelque chose à développer?

11 : c'est autre chose que la supervision...

A : en profitant de l'utilisation facultaire...j'entends bien mais est-ce que vous ()

11 : ah ben...c'est intéressant

9 : c'est une méthode de travail parmi d'autres

14 : oh ça fait quand même partie de la supervision. c'est quand même des cas très concrets. et puis bon , ils racontent...

11 : c'est comme faire tout un travail de bibliographie...

14 : oui c'est plus complet. mais **(il)** y a quand même toute la première partie qui est la description de la consultation , qui est la démarche diagnostique , la démarche de prise en charge...ça c'est quand même de la supervision...

11 : oui, mais on choisit des dossiers que l'interne suit cette personne ...ça devient quand même un peu gros hein...

14 : toute la démarche bibliographique c'est ...oui...

A : tout à l'heure quelqu'un a dit , c'est parfois un peu superficiel notre révision de dossier. et là tu dis c'est peut-être plus ambitieux...est-ce qu'il n'y a pas une contradiction?...

11 : **(il)** y en a qu'un comme ça!

A : oui **(il)** y en a qu' un mais est-ce qu'on se limite à un...est-ce qu'on ne peut pas utiliser un petit peu...sans aller voir quelque chose d'aussi ..abouti...élaboré...est-ce qu'il n'y a pas là...je ne sais pas...

12 : oui moi je trouve que c'est ambitieux et c'est un gros travail...j'en ai lu un ça m'a paru...je pense que si il n'y a pas quelque chose à faire entre deux...quelque chose qu'on pourrait faire une fois par mois...qui va moins loin dans les recherches...

9 : on a des collègues qui leurs demandent quelque chose qu'il appelle un script qui est un peu à mi-chemin...un peu plus court...il existe sûrement des outils à mi-chemin...ils doivent exister...faut arrêter de réinventer l'eau chaude! ça vaudrait le coup de creuser ça...effectivement

12 : pour avoir quelque chose plus court et qui peut être fait...nous avec les UPL on se donne chacun...ben tiens on a vu le suivi de la femme enceinte...ou utilisation des crèmes en dermato...et ben on va faire ça tous les deux...et on va voir ce qu'on trouve...on pourrait faire pareil...quelque chose de plus short...

13 : ça revient un peu au groupe de pairs...on consulte **(il)** y a un problème...

14 : oui

A : oui mais dans la mesure où vous n'avez pas tous de groupes de pairs **(il)** y a une diversité...

9 : et vous le faites à quelle fréquence?

14 : une fois par mois

9 : et les gens viennent?

14 : **[rires]** on est trois...maîtres de stage de trois groupes de pairs et trois internes...on est rarement tous , mais c'est relativement bien fréquenté...

11 : et vous présentez des dossiers aussi?

14 : oui oui on présente des dossiers aussi. je pense que c'est important. et il y a une ancienne interne qui fait des remplacements sur le secteur qui revient aussi. les gens sont plutôt demandeurs...**[pi] (il)** y en a une qui venait du fin fond de la Haute-Savoie...qui avait deux heures de route pour rentrer le soir...

9 : ça c'est sûrement un outil intéressant parmi d'autres

Observ : vous pensez qu'il faut des traces...des écrits ?

12 : moi j'aime bien les écrits

9 : oui

A : pour la faculté c'est intéressant on va agir pour valider leur cursus...leur demander...on leur demande déjà ce qu'ils ont fait. c'est le document de synthèse. ce qu'ils font chez vous ça fait partie des choses et les formations qu'ils suivent avec vous... qu'ils mettent dans le document de synthèse. on a d'autres ambitions mais pour l'instant...

9 : c'est important que l'on n'oublie pas ça chacun d'entre nous...

A : vous êtes de l'institution facultaire!...c'est important

9 : c'est un peu la schizophrénie dans nos têtes...au quotidien. on se dit , c'est important qu'il sache ça...ouais OK. mais en même temps , je suis enseignant...un jour je vais devoir valider un DES. c'est bon il sait le faire...ouais! mais si il l'écrit en plus ce sera une trace pour sa validation de DES. et au quotidien c'est un truc qu'on est obligé de se redire nous dans notre tête...là je suis enseignant je ne suis pas simplement...c'est n'est pas simplement du compagnonnage...je suis enseignant et il faut qu'il puisse attester de ce qu'il a appris là...et les traces écrites ça sert à ça...mais c'est une contrainte les traces écrites...même pour nous , des fois on se dit c'est bon , OK je le sais...et puis voilà...mais c'est une contrainte pour tout le monde...certains avec plaisir d'autres sans plaisir...mais c'est un truc qu'il faut tenir au quotidien. je ne suis pas sûre que ce soit bien notre culture...

15 : notre difficulté , enfin je pense pour notre groupe de se positionner comme enseignant. on n'est pas là-dedans...dans notre relation...on est dans un accompagnement , dans le désir de partager avec eux notre enthousiasme notre passion notre savoir faire...de plein de choses... et on n'est pas là-dedans. voilà je suis enseignant...espèce de rigueur qui nous aiderait peut-être à structurer les supervisions à structurer l'organisation des semaines...ou de faire des bilans de temps en temps...pas de manière autoritaire mais rigoureuse...voilà...en même temps si on est trop enseignant...c'est....euh , je ne sais pas ...

9 : c'est un équilibre à trouver

15 : sans doute. les progrès que l'on a à faire dans notre groupe c'est effectivement d'aller un peu plus vers ça. je pense qu'on partage plein de choses avec eux , avec le patient...enthousiasme....ils font vraiment partie du cabinet mais on ne se positionne pas vraiment et je crois que peut-être mes collègues encore moins que moi...comme ayant des responsabilités...pédagogiques...de formations , d'enseignant tout ça...on se sent...et là pour moi , en écoutant tout le monde , c'est la première réunion à laquelle je participe...je me sens petit à petit au cours de la réunion autorisé ()

A : autorisé...! autorisé à...!

15 : autorisé par la faculté à me positionner comme ça. euh...alors que...voilà... je le ressens comme ça. c'est ce que je vais essayer de faire passer à mes collègues. il faut qu'on arrive à se mettre dans notre rôle...et il faut que je le dise à mes collègues que si on accueille des internes, c'est parce que on attend ça de nous au niveau de la faculté et que les choses soient plus établies...parce que ça nous aide quand on est investi...pas d'un pouvoir mais...

14 : d'une fonction!

15 : d'une fonction , d'un rôle un peu officiel...et je pense que ça peut...ça va sans doute nous aider à nous positionner de manière plus...et moi vis-à-vis de nos collègues leurs dire les mecs! on va essayer de...nous on fait une réunion au début pour accueillir l'interne tous ensemble , après on communique dans le cabinet...mais on pourrait établir que effectivement on fait une réunion d'évaluation en milieu de stage...on pourrait établir les choses...

A : d'accord **(il)** y a un changement d'état d'esprit...

15 : oui oui! mais c'est important , je le ressens comme ça...

11 : est-ce qu'on ne peut pas aussi s'imaginer...dans un groupe , on est tous différents...hein ...que **(il)** y a des maîtres de stage qui ont plus une tendance à bien structurer les choses à demander les écrits...moi je suis gâtée de ce côté-là. on est trois maîtres de stage très différents et l'interne apprécie ça aussi. **(il)** y en a un qui est très structuré...un autre qui aborde les choses de façon très différentes , moi encore une...et du coup ça va. pour certains c'est pas évident de tout écrire...ça dépend de notre manière d'être aussi je crois...peut-être parmi ses collègues trouver...

15 : non! mais c'est plus dans le fonctionnement de ce qu'on peut offrir à l'interne

14 : c'est pas le fonctionnement du cabinet c'est le fonctionnement du stage

15 : évidemment on est tous les quatre différents avec des modes d'approches différents de consultation...mais avant de s'installer que la personne puisse voir plein de pratiques différentes et...

11 : moi je ne parle pas que de la pratique je parle aussi de l'encadrement de l'interne. on a des manières différentes d'encadrer...ce n'est pas que notre pratique. je parle surtout de la prise en charge. **(il)** y en a qui aime bien de tout structurer...et d'autres c'est différent. si on arrive à trouver des maîtres de stages qui sont un peu complémentaires de ce côté-là c'est plus facile aussi...si on est tous bordélique c'est l'horreur! **[rires]** si on est tous structuré ça peut être aussi...!

9 : on peut au fil du temps se la fabriquer , la structurer en fonction de qui on est aussi ...

14 : du temps qu'on peut à partir , de la difficulté géographique...

9 : voilà , tout ça et ce qui correspond au feeling qu'on a...
et encore une fois la structuration elle aide pour les gens qui sont à la limite...les gens pour lesquels ça roule,, ça roulera toujours...qu'on soit bordélique structuré...ça ira toujours...la structuration , elle aide pour les gens qui sont à la limite d'un bord ou d'un autre. ceux qui savent tout , ceux qui ont l'impression qui savent rien , les grands anxieux , les...etc...la structuration ben... ça aide dans...p**(u)**is **(il)** y a des gens on se dit là , cette réunion elle était un peu de trop...finalement , quand ça roule ça roule somme toute. la structuration elle aide quand ça roule pas en fait...il me semble.

Observ : mais peut-être le fait de ne pas se sentir enseignant...je pense que c'est aussi...qu'est-ce que vous pensez des objectifs précis de la supervision , de l'interne en SASPAS? est-ce que vous sauriez bien les authentifier? les objectifs de formation de l'interne en SASPAS? c'est une piste...tant qu'on n'est pas au clair par rapport à ca on ne peut pas se positionner en tant que pédagogue...est-ce qu'on peut revenir peut-être sur cette notion?

A : j'allais y revenir...

12 : tout à l'heure , je voulais intervenir là-dessus. je suis allé faire la formation SASPAS après avoir eu un interne incontrôlable. **[rires]** je ne savais pas comment m'en sortir et je m'en suis mal sorti. pendant la formation , un on a eu les objectifs , on a compris un peu à quoi ça servait...petit à petit , je me suis senti investi de cette fonction d'enseignant...petit à petit...et qu'on avait des responsabilités et des choses à faire...par rapport à ce que la fac demandait. je faisais à la louche...c'était important de voir qu'il y avait un cadre des obligations , qu'il y avait des horaires...et que avec le fameux interne avec qui il y a eu un problème...on n'était pas les seuls...mais on a laissé sortir un interne qui ne tenait peut- être pas la route et qui était peut-être dangereux...donc on a fait quelque chose qu'on ne ferait pas avec des patients...on n'a pas fait notre rôle...tu vois. Donc après on a beaucoup plus formaliser en faisant des écrits...c'est pour ça que j'aime bien les écrits...lister les consultations...pour avoir le dossier du DESC après , savoir qu'ils ont fait tant de consultations tout seul , qu'ils ont travaillé sur tel ou tel sujet , qu'ils ont fait un RSCA...**(il)** y aurait peut-être mieux valu faire plusieurs récits plus synthétiques...mais la formation ça donne cette responsabilité cette petite fonction d'enseignant accréditeur...

A : pourquoi petite?

12 : non mais je ne la ressens pas comme petite parce que je pense qu'on peut leur apprendre beaucoup de choses mais on n'est pas enseignant à la fac...on ne donne pas des cours devant un amphi...mais on fait comme un enseignant à la fac

A : vous êtes enseignants à la fac

12 : oui...on est enseignant à la fac

[pif] [rires]

12 : en fait , la formation m'a beaucoup apporté...même si tout à

l'heure j'ai critiqué la durée parce que ça prenait beaucoup de temps mais sur le fond , sur la forme , ça m'a apporté beaucoup de choses.

A : la question tout à l'heure c'était peut-être que tout le monde ne connaissait pas très bien les objectifs qui étaient ceux du stage

14 : ça c'est certain!

A : peut-être il y aurait des besoins complémentaires de...

14 : hum... d'informations des maîtres de stage

11 : **(il)** y a pas une liste là-dessus

9 : **(il)** y a des formations.

A : **(il)** y a des listes , des formations , des textes officiels...

14 : si on me demandait de définir les objectifs du SASPAS , j'en serais bien incapable!...

9 : c'est l'objectif des formations.

A : il y a un besoin de formations sur les objectifs des...

15 : il doit y avoir un texte officiel un document...qui au moins sert de repère

A : ben...les textes officiels ils ne sont pas si compliqués que ça...

12 : ce qu'il y a faut s'investir pour partir deux jours quelque part...une journée c'est plus facile

A : oui, le format est calqué sur ()

9 : surtout qu'aujourd'hui , on ne peut plus faire la formation SASPAS si on n'a pas fait la formation supervision indirecte avant...de toute façon...parce que les gens maintenant qui font SASPAS et qui n'ont pas fait supervision indirecte , il faut déjà leur expliquer ce qu'est la supervision indirecte avant et ils font reculer tout le groupe. donc aujourd'hui , ça s'est beaucoup plus structurer...bon ce n'est pas le sujet du focus group mais ceux qui veulent en discuter aujourd'hui je suis disponible toute la journée pour vous parler de ça et quelles sont les possibilités...par contre l'intérêt qu'il y a maintenant c'est que c'est tout indemnisé depuis l'année dernière...donc ...

11 : sauf pour les salariés!

9 : sauf pour les salariés...et oui puisque c'est l'OGC...

11 : c'est pas pour nous! c'est pour l'employeur...quand nous ne sommes pas là **(il n')** y a pas d'argent qui rentre...

A : dans la mesure où il existe une convention entre la faculté et vos organismes de gestion...euh...quelque part...dans le cadre de la formation professionnelle , ils devraient vous...

11 : ce n'est pas pour nous , **(il n')** y a pas de souci...nous on est salarié. c'est pour notre association que ça pose un problème...

9 : ça fait partie des choses dont il faut parler avec le collège...qui peut faire un effort financier pour les salariés...on a peut-être des solutions...

A : on a peut-être des solutions...bon! est-ce qu'on passe à la question suivante qui a dû déjà être abordée...qui est un peu votre ressenti...comment vous vivez ces moments de supervision...entre autre comment vous réagissez au regard de l'interne sur votre pratique? est-ce que ça vous pose problème...vous avez évoqué les internes qui savent tout , ceux qui croient ne rien savoir , ceux qui font des erreurs...comment vous vivez ca? je parle de ressenti là...

15 : c'est très internes dépendants. moi , j'avais une sorte d'appréhension au début...on prenait un dossier...ils sortent de la fac , ils savent tout...et en fait très rapidement , j'ai été rassuré sur le fait que...**[pif]** finalement je trouve que ça se passe bien...mais on a eu nous que des internes supers donc...**[pif]** la supervision c'est un moment de convivialité et de reconnaissance mutuelle de son travail , de son savoir , de savoir être...du service qu' il nous rend et puis c'est aussi un moment de reconnaissance nous concernant puisqu'effectivement on se rend compte de notre position de superviseur , d'enseignant...c'est un moment que j'aime bien et les internes aussi...

14 : je suis tout à fait d'accord avec ce que tu dis...pour l'instant on a toujours eu des internes supers aussi mais la seule chose qui me manque c'est que je n'ai pas de retour...ce n'est même pas que de la supervision c'est de l'ensemble...bon l'interne va nous dire oui c'était sympa , c'était ceci cela...mais...n'ayant pas d'idées d'objectifs au départ , c'est peut-être plus difficile pour moi de savoir si je les ai remplis à la fin...mais j'aimerais bien avoir un retour sur...quand tu dis que les internes ont été déçus par les supervisions , tu l'as dit au début , j'ai été très surprise. je n'ai jamais eu de retour comme ça...

9 : mais tu fais tout bien!!

14 : non non non! c'est ce qui m'intéresserait de savoir...**(il)** y a un côté très convivial , on discute , on rigole des fois...mais c'est peut- être comme je disais tout à l'heure , peut-être que je n'ai pas d'idées d'objectifs au départ...mais c'est dommage qu'on n'est pas de rendu de ça...je ne sais pas sous quelle forme...

11 : bon souvent , ils n'osent pas dire mais nous , on leur pose la question. c'est pour ça , on se réunit trois ou quatre fois , avec eux , les trois et on pose...qu 'est-ce qui ne va pas? qu'est-ce que tu aimerais voir et que l'on n'a pas vu? qu'est-ce qui ne te convient pas dans notre fonctionnement? qu'est-ce qui ne va pas dans notre supervision? est-ce que tu aimerais que l'on change quelque chose? Alors c'est vrai , il faut oser dire les choses...il faut déjà poser la question...

14 : oui peut-être...

11 : mais si on a de bonnes relations , je pense qu'ils osent dire

un peu les choses

9 : ben je ne sais pas...moi , j'ai l'impression qu'ils disent toujours que tout va bien et que c'est pas forcément ce qu'ils disent entre eux

14 : moi ce qui me surprend beaucoup , c'est que tu as commencé en disant que les internes n'étaient pas forcément satisfaits des supervisions...

Observ : c'est dans les thèses que j'ai lues...ça a été évalué selon certains critères. durée fréquence types de contenu...c**(e n')** est pas forcément au niveau relationnel...

14 : oui c'est au niveau contenu , est-ce que ça leur a apporté quelque chose?...

Observ : **(il)** y a une date aussi , c'est souvent des évaluations qui ont été faites entre 2004 et 2005...c'est au début de la mise en place du SASPAS...c'est peut-être un biais...il n'y a aucune thèse de Grenoble...

9 : mais est-ce que la vie a beaucoup changé depuis 2004 sommes toute?

14 : le côté convivial je ne pense pas que ce soit vraiment le souci...

11 : peut-être il y a aussi les étudiants qui font ce petit fascicule qu'on nous avait montré une fois gentiment...on débutait on n'y était pas , depuis on ne l'a plus vu...**[rires]**

9 : je ne sais pas si ça parle de supervision...

11 : non justement...ça serait peut-être intéressant que les internes...en dehors du fait , est sympa ça coûte cher pour y aller pour se loger... qu'ils fassent quelque chose dans ce sens-là , de la qualité de l'enseignement et peut-être qu'il y ait un retour vers les enseignants...il faut peut-être en discuter avec eux...

15 : on a eu une discussion , il y a un an...et les internes qui étaient là , pas question qu'il y ait de retour parce que...ils avaient peur d'être mal évalués...de ne pas être validés...

11 : non mais justement , en différée...

9 : non mais maintenant ça a changé...est-ce que c'est prévu que l'évaluation retourne aux maîtres de stage? je sais que vous avez prévu de nouvelles évaluations...

A : peut-être qu'on n'en parlera après , c'est un peu en dehors du focus

14 : oui c'est en dehors...mais tu me demandais mon ressenti des supervisions , moi mon ressenti c'est de ne pas avoir de retour à la fin

A : mais c'est important ce que tu dis...

11 : oui , et si on veut s'améliorer on ne peut pas s'améliorer si on n'a pas de critiques

14 : oui. pourquoi on ne roulerait pas encore des années comme ça...

13 : moi je fais comme toi , je leur demande régulièrement si il n'y a pas de choses à changer...en laissant la porte ouverte...

9 : mais est-ce qu'il y en a qui t'ont déjà dit il faut que tu changes ça?

13 : non.

14 : voilà...

11: si nous **(il)** y en a un qui nous a dit il y a trop de supervision!!

10 : j'ai l'impression qu'ils ne sont pas habitués à critiquer...

9 : à évaluer

10 : je reçois depuis plusieurs années des externes du Québec...et on fait des évaluations que l'ont fait plusieurs fois dans la durée du stage , qui sont extrêmement détaillées...et on a un retour...**(il)** y a un esprit critique qui est établi. moi, je me rends compte qu'effectivement les cinq internes que l'on a eus dans les cinq ans ça s'est toujours bien passé...ils sont plus ou moins communicants...mais la grosse difficulté c'est que l'esprit critique n'est pas très...il n'y a pas d'esprit critique.

15 : on revient à ce qu'on disait tout à l'heure sur la formation de spécialité dans un service hospitalier...ils n'ont jamais entendu un chef de service leur demander d'avoir un regard critique sur la façon dont les patients sont pris en charge...

14 : ou toi tu es pris en charge dans le service...

15 : on leur demande de faire...voilà et de la fermer. ils n'ont pas l'habitude...l'important...les inviter en le accueillant , d'avoir un peu ce regard...si ils ont des suggestions des critiques des propositions à nous faire...

A : donc dans l'état actuel des choses , vous vivez bien les moments de supervision parce que les internes ne sont pas très exigeants...

9 : non non! ce n'est pas positif...

14 : non. je te dis moi , ça ronronne.

A : vous aimeriez être un peu plus dérangés

14 : peut-être

10 : nous , on se supervise les uns les autres au sein du cabinet , quotidiennement....et on a des critiques plus ou moins virulentes violentes...et on essaie d'intégrer les internes...et ça prend du temps. on sent qu'ils n'ont pas du tout cette culture. c'est euh...et du coup , sur la durée du stage on passe beaucoup de temps à inculquer cet esprit critique. Globalement ce qui fait

la satisfaction du stage c'est à la fin quand le débat porte là-dessus et pas tellement sur le fond de la médecine quoi... globalement le ressenti d'échec quand il y a ressenti d'échec c'est quand le débat n'arrive pas à se créer...

9 : je suis assez d'accord avec ça. parce que quand ils nous trouvent géniaux...bien sûr ça fait quelque part plaisir mais en même temps t**(u)**as le doute... sur les deux extrêmes quoi...
tu te dis ben oui il ne dit rien...ben...

14 : est-ce que je lui ai vraiment apporté quelque chose...

9 : qu'est-ce qu'on a fait là...c'est vrai que la culture d'analyse , d'évaluations...et puis on a l'impression ils découvrent tellement, même encore en SASPA, même quand ils ont fait un UPL...qu'ils découvrent une autre façon...on a l'impression qu'il y a ...comment dire ça...tellement de choses , c'est tellement plein...presque à la limite , critiquer c'est trop...tellement de trucs nouveaux tellement une autre vie,presque un autre métier que celui qu'on leur a appris à l'hôpital...si en plus il faut se positionner. quoi.....pfff...voilà...**[rires]** c'est l'impression que j'ai quelques fois...et c'est vrai que c'est un peu frustrant. moi , je trouve ça un peu frustrant.

A : donc ressenti de frustration

Observ : il faut que les internes apprennent en effet à participer à leur formation. vous avez l'impression...c'est quelque chose qui est en train de se mettre en place mais en effet c'est un peu...

14 : oui

9 : ils sont encore un peu passifs

10 : ils participent à la vie du cabinet , ils font les consultations...tout ça...mais...

A : d'accord.

11 : moi je ne sais pas , je n'ai pas cette impression là...

A : oui?

9 : moi je me souviens une fois...d'un interne... il faut dire aussi qu'il avait dix ou quinze ans de plus que les autres , il avait 40 ans environ , il est arrivé un jour à une réunion...voilà les troubles du sommeil je ne sais pas faire. je suis allé chercher , j'ai fait ça , qu'est-ce que vous en pensez? comment ça peut s'appliquer? ah!! le plaisir quoi! **[rires**] le plaisir! tu te dis , il est ailleurs dans sa formation ce gars là...

11 : je ne sais pas...même des plus jeunes , j'ai eu aussi ce genre d'initiatives...peut-être pas exactement pareil...je n'ai pas du tout cette critique à faire...

9 : et ben super.

11 : alors peut-être chez nous , ils viennent dans des quartiers défavorisés...c'est peut--être un choix un peu différent.

A : oui en effet , vous n'avez pas n'importe quel interne...

11 : probablement...

A : oui. alors , peut-être la question...qu'est-ce qui a fait que vous êtes devenus maîtres de stage? qu'est-ce qui vous a motivé en vous? votre choix personnel...?

13 : moi , c'est madame Mathieu qui m'en a parlé pendant quinze ans...

[rires]

15 : tu as mis du temps à te décider!

13 : elle m'en a beaucoup parlé et j'ai eu comme remplaçant Olivier Marchand et son épouse avait besoin d'un stage...on a craqué et puis après c'était partie...

A : c'est-à-dire que craquer devant Dania...ce n'est pas difficile...

9 : tu coupes là!

14 : moi je m'étais un peu intéressée **(il)** y a très longtemps , et puis après j'ai fait autre chose...plus familial on va dire et puis je suis rentrée par hasard il y a quelques années...dans un groupe de trois où **(il)** y en avait un qui arrêtait , donc...ils sont venus me demander et comme mes obligations familiales me permettaient de me lancer dans autre chose j'ai accepté de le faire et je ne regrette pas.

A : pourquoi tu ne regrettes pas?

14 : parce que c'est très stimulant pour nous...

11 : pour nous au centre de santé...on n'avait pas le droit d'être maître de stage parce qu'on était salarié. cette interdiction il y a quelques années j'ai baigné dans cette atmosphère là par mes collègues et je voyais ça un peu naturellement. mes jeunes collègues ne veulent pas faire ça parce qu'ils ne se sentent pas et ça fait trop peu de temps qu'ils sont là mais je me suis dit...c'était intéressant de donner envie aux autres de faire de la médecine générale. c'est un métier génial même si ce n'est pas toujours facile. j'avais envie de transmettre ça. moi personnellement je regrette de ne pas avoir eu ca. c'était une galère monstre de débuter pour notre génération avec peu de connaissances pratiques du terrain...j'ai remplacé des médecins qui n'avaient pas de dossier....ils utilisaient des seringues qu'ils nettoyaient avec du Merfen...horrible...c'était archaïque...

9 : on dirait que nous tu parles d'un autre siècle...

11 : c'était en 82 , c'est pas si loin que ça...j'ai envie de participer à leur formation...ils sont beaucoup mieux formés que moi , c'est un plaisir de voir ça!

15 : pareil , sous l'incitation de madame Matthieu...au départ une réticence...on se dit qu'il y a quelqu'un qui va avoir un regard sur notre pratique...on était un peu...très individuel on discute parfois de temps en temps c'est une histoire de culture...mais...on s'est

posé la question par rapport aux patients et une de mes collègues nous a dit...qu'elle connaissait un groupe qui accueillait un interne qui les...soulagent.

11 et 14 : bien sûr...

15 : ca les soulage , c'est dynamisant et de temps en temps , ça rend service quand même. on a mis trois ans quand même pour se décider. une personne du cabinet a dit ben moi , je ne fais pas partie du groupe , puis deux jours après bon allez , je viens...

10 : moi je viens d'une petite faculté , la faculté de Nîmes...où on n'était pas très très nombreux , où on avait déjà une formation assez rapprochée...je n'ai pas connu les services où il y avait quinze externes par service...peut-être ça m'a donné le goût de ce travail au contact. et après j'ai démarré dans un cabinet où il y avait déjà le plus ancien qui avait beaucoup de rôles dans la formation...on a toujours reçu beaucoup de stagiaires d'externes d'internes étrangers...d' infirmiers de manip radio...il y a toujours eu du passage...et à un moment donné , on s'est dit qu'on allait le formaliser...et je m'en suis beaucoup occupé. on a chacun des fonctions différentes mais...**(il)** y a pas eu de moment où on s'est dit on va le faire...et j'avais fait des échanges avec des médecins étrangers en Hollande et en Angleterre et on avait rencontré...des cabinets de médecins généralistes enseignants de médecine générale. et c'est très enthousiasmant. et ça a probablement contribué...

12 : c'était aussi pour leur dire que j'aimais bien ce que je faisais...un eu vendre mon métier dans le bon côté...et le coté libéral...même s'il n'est plus trop libéral mais on a une certaine liberté...ils peuvent avoir un petit sens critique alors ça me force un peu aussi à faire mieux mon travail

9 : j'ai été le première génération de résidents qui a fait deux années de résidanat et on avait des machins le soir qu'on appelait les rencontres cliniques...et c'est là que j'ai rencontré des gens comme GM qui sont des personnes incroyables...et donc évidemment leur fonction a évolué des rencontres cliniques à la maîtrise de stage...je me suis laissée embarquée là-dedans. et moi j'ai la sensation que je ne serais pas du tout le même médecin que je suis si je n'avais pas fait ça. j'ai vraiment cette sensation là...de théoriser...**(il)** y a plein de gens qui y arrivent autrement...par des activités syndicales ou parce que c'est des scientifiques dans l'âme...voilà. mais moi , c'est vraiment la maîtrise de stage qui m'a permis ce cheminement de théorisation , ce travail au quotidien...j'ai vraiment la sensation que je **(ne)** serais pas le même médecin que je suis. je ne sais pas si je serais mieux ou plus mal mais en tout cas , pas celui là! si je n'étais pas maître de stage...

A : ce que vous dites c'est...plus on s'est trouvé dans une ambiance d'enseignement , au contact de gens qui faisaient ça...plus on a acquis cet état d'esprit de se sentir enseignant. et plus on le fait , plus on ressent que c'est difficile et qu'on a besoin d'améliorer , d'avoir sans arrêt des outils de recherche..et en même temps , au niveau professionnel et personnel on s'y retrouve quelque part...est-ce que c'est ça que vous avez exprimé?

14 : par rapport à ce que tu dis...j'ai fait le stage deux jours de maître de stage de deuxième cycle...et ce qui a impressionné tout le monde c'est qu'il y a avait plein de jeunes médecins qui venaient de s'installer ou certains qui n'étaient même pas installés et qui s'intéressaient à la maîtrise de stage...et on leur demandait pourquoi et ils ont dit mon stage c'était super. c'est fait plaisir ça! même si ils n'étaient pas chez toi! dans le sens c'est parce qu'on a baigné là-dedans et bien on le fait!

A : toute la discipline s'est construite autour de ces grands maîtres qui nous ont...enfin voilà...alors est-ce qu'on termine...on arrive à la dernière question...quelles sont les pistes que vous verriez pour améliorer la supervision?

14 : la formation des enseignants

11 : formaliser les objectifs...

14 : ça rentre dans la formation

11 : et ça paraît une piste intéressante de leur faire faire un travail une fois par mois un petit travail sur un dossier , une petite synthèse d'une page...un truc qu'ils peuvent faire sans que ça leur prenne des jours et qu'on peut lire sans que ça nous prenne des jours et des jours...pour voir un peu leur esprit de synthèse...pas la rhino du gamin qui n'a jamais rien mais un dossier un peu plus complexe...je pense que ça peut être intéressant.

15 : j'ai demandé aux trois internes qu'on a eus...ils ne l'ont jamais eu mais je n'ai jamais été derrière eux non plus pour l'exiger...c'était quand ils voyaient que la semaine suivante il y a avait un dossier intéressant c'était de prendre une heure pour regarder le dossier et le travailler avant de recevoir le patient....éventuellement le mettre à jour...et pour commencer la consultation avec une connaissance du dossier. j'avais envie moi , ce n'est pas un travail écrit , mais...

A : pour bien se l'approprier...

15 : peut-être que ça enrichira...on pourra découvrir des trucs...on aura un regard critique sur des machins , des trucs...je l'ai demandé à chacun d'entre eux...mais ne me sentant pas enseignant je n'ai pas essayé de...

11: je reviens un peu en arrière...mais est-ce que vous rester à côté de l'interne au début? est-ce que c'est l'étudiant qui consulte et est-ce que vous êtes à côté?

15 : je leur dis tu ne sais pas comment je suis , qui je suis , comment je suis avec les patients....pendant les quinze premiers jours ou le premier mois , il est à côté et c'est lui qui fait les consult.

A : c'est un stage en autonomie...normalement ils ont déjà fait ça dans le premier niveau...à la décharge des maîtres de stage ils disent souvent qu'ils ne savent pas comment étaient leurs internes à la fin...

9 : c'est un stage de deuxième niveau ça peut être deux trois

jours , un mois c'est beaucoup!

14 : si ils viennent une fois par semaine un mois , ça fait quatre jours...

11 : est-ce que c'est l'inverse qui se pose. l'étudiant qui travaille et toi qui est à côté?

15 : une fois que l'étudiant...qu'on a fait connaissance...qu'il ait fait connaissance avec les patients...nous on le vit comme ça...c'est important aussi qu'on soit aussi à l'aise pour laisser les patients à l'interne...on a envie qu'il comprenne comment chacun d'entre nous fonctionne avec nos patients. ensuite moi je suis à côté et il consulte puis après une demi-journée d'autonomie...

A : ça c'est les objectifs des enseignements du premier stage. est- ce que tu ne penses pas...non non! je ne porte pas de jugement...je dis simplement que est-ce que quand vous accueilliez un interne? est-ce que vous avez bien la perception que c'est quelqu'un qui a fait un cursus...à la fin du deuxième cycle , les connaissances théoriques sont acquises...ils savent tout normalement.

9 : ils devraient...

A : ils devraient. c'est écrit , textuellement. ils ont fait un début de troisième cycle avec un certains nombres de stages , ils sont censés avoir acquis des compétences...que vous les vérifiez ça paraît effectivement indispensable. après la modalité et la durée...bon là , on sort un peu de notre cadre , mais je lance des pistes...plus on est récent dans la maîtrise de stage , moins on laisse l'interne en autonomie...plus on avance , plus on les laisse.

9 : nous ils sont une journée avec nous et après...ils sont en autonomie...

Observ : il y a certains travaux de thèses justement qui ont montré que le temps de 10 -15 j au départ c'était indispensable...il y avait une qualité de la relation entre le maître de stage et l'interne qui...permettait une qualité de supervision en fait ça rassurait en fait...

A : c'est un débat qu'on peut avoir et on n'a pas de réponse...

15 : en fait , les internes nous ont dit que c'était bien comme ça...ils se sentaient rassurés...

A : on n'a pas dit...

9 : mais tu vois...

11 : ce n'est pas dans ce sens-là que je l'ai posée...

A : vas-y...

11 : c'est en fait par rapport aux patients...moi j'ai toujours évité que les patients prennent l'interne pour un étudiant proprement dit...ça , ils n'ont pas confiance...en général on les prend avec nous deux trois jours , on leur montre un peu comment ça fonctionne , ils vont rester six mois...et d'ailleurs on les appelle nos assistants...après quand les gens nous demandent des détails je leur dis que c'est quelqu'un qui a fini ses études et qui reste pour approfondir la médecine générale. et peu à peu... maintenant on dit nos assistants changent tous les 6 mois...et rester à côté de lui et lui travaille...je trouve que c'est un peu trop...ça fait je te surveille...c'était par rapport aux patients...

9 : et tu vois je trouve que c'est très intéressant ce que tu dis parce qu'on a un peu les deux extrêmes...toi il reste un mois en passif , c'est peut-être un peu trop long. moi ils restent un jour c'est peut-être un peu trop court...mais dans les deux cas ils trouvent que c'est super. parce que nous aussi on leur demande, et ils disent qu'il ne faut rien changer...alors la parole de ça...

A : non mais , on a bien entendu

15 : mais...

14 : on trouve toujours quelque chose à faire , je ne reste pas à le regarder sans rien faire...

13 : nous, il vient , on lui explique comment ça fonctionne. on est joignable. et il se débrouille.

14 : et ils trouvent que c'est super.

13 : voilà.

[rires]

13 : et je fonctionne sur rendez-vous. et je mets peu de rendez-vous la première fois. ça permet de tester...ils appellent quand ils ont besoin...et ça marche...

12 : de rester un peu avec eux , c'est quand même un peu intéressant. quand tu vois que l'interne prend la consultation en main...

11 : tester un tout petit peu...parce que si on tombe sur quelqu'un un peu de travers...ça peut arriver...

9 : oui ça peut arriver!

Observ : enfin c'est écrit nulle part qu'il faille laisser l'interne seul dès le début...personne n'a tort personne n'a raison.

9 : chacun fait comme il sent...mais ce qui est écrit par contre c'est que l'interne doit faire majoritairement de la consultation seul.

A : en synthèse il fallait un temps dédié. il fallait la formation des maîtres de stage et un changement d'état d'esprit. qu'il fallait des outils....écrits...des traces...la supervision en groupe différée , ça peut être intéressant à certains moments. est-ce qu'il y a d'autres choses?

15 : moi je pense des repères , des objectifs...pour l'interne et le formateur. ses rôles , ses responsabilités... un truc un peu cadré...qui nous serve de...une petite fiche...

A : que le département élabore un document...

15 : les internes ont telles et telles fonctions...même juridique en fait...

14 : j'ai été très contente dans les deux jours que j'ai fait de réapprendre à quel niveau on se trouvait dans le cursus...c'était pas aussi clair pour moi puisque nous on ne l'a pas vécu comme ça.

9 : la difficulté c'est l'articulation entre l'organisme de formation et la faculté et c'est quelque chose sur lequel on travaille et c'est très très très complexe...mais sachez quand même que ces formations même si elles sont un peu lourdes...mais on se forme tous...elles sont...

A : alors c'est...je sais que ça pose un problème à la fac et il y a peut-être de manque d'informations voire même parfois de désinformations...bon les choses elles sont très simples. on a un DMG...c'est facultaire...voilà. je participe à toutes les instances officielles qui en définissent les règles...et pour former nos personnels la faculté ne prévoit rien. il y a un DU de pédagogie médicale , d'ailleurs je vous invite à vous y inscrire mais vous n'y trouveriez aucune réponse aux questions que vous vous posez là.

9 : ceci dit , c'est bien , c'est cool!

A : non mais c'est bien mais vous ne trouverez pas de réponses à ce que vous faites là...là nous sommes dans des séances d'échanges de pratique entre nous , d'informations...après il existe un prestataire de service. actuellement...ben ce prestataire de service vous l'utilisez vous l'utilisez pas , c'est votre problème...après moi , on est un peu obligé de vous dire que ...en étant un peu plus formé , ça risque d'aller mieux...

15 : en fait, **(il n')** y a pas de formations de la faculté.

A : ça ne peut pas exister...

9 : c'est une société savante ...mais c'est le cas pour toutes les autres spécialités...

A : c'est le cas pour tous...c'est une société savante. c'est le CNGE ...ce n'est pas un syndicat...c'est une société savante parmi la SFMG...

9 : ce n'est pas spécifique...les neurologues les cardiologues...ont leur société savante.

A : voilà. on a saturé peut-être...

Observ : ou vous pourrez continuer...mais on va arrêter l'enregistrement. merci à tous.

Focus group n° 2

A : Animateur
Observ : observateur
1 à 7 : médecins enseignants

La disposition autour de la table n'est pas spécifiée par l'observateur.

A : la première question à laquelle je vais vous demander de réfléchir , de répondre et pour cela on va commencer par un tour de table c'est , pouvez-vous expliquer ce qu'est la supervision indirecte au cours du SASPAS et expliquer votre rôle de superviseur? c'est votre vision personnelle de la chose...
on va commencer par Nadège?

1 : [**rires] [silence]** qu'est-ce que la supervision indirecte? à mon avis , la supervision indirecte c'est déjà indirecte , c'est-à-dire que ça sous-entend qu'on n'était pas là...que l'interne avait une liberté absolue dans ce qu'il faisait au moment où il l'a fait dans son exercice. euh...et que justement notre rôle à ce moment-là il est de deux sortes c'est d'abord entre guillemets de surveiller ce qu'il a fait...puisque c'est quand même nous qui sommes responsables de la chose et un interne qui n'a pas fini son cursus n'est pas forcément censé maîtriser toutes les ficelles de notre métier. déjà un rôle de surveillance. ensuite un rôle d'échange sur la façon dont il a perçu les choses et son expérience à lui à mettre en commun avec notre expérience à nous. voilà... et après éventuellement un rôle une ouverture vers une recherche , vers une interrogation , une recherche vers une amélioration et de sa pratique et la nôtre. voilà. je définirais ça comme ça. notre rôle , ce n'est pas un rôle de pair...c'est pas un échange de pairs c'est quand même avant tout en premier lieu une supervision où on a rôle d'enseignant dans l'histoire. même si c'est un échange de pratique avant tout...je ne sais pas si on doit s'arrêter sur les détails pratiques...

A : c'est un tour de table , ça ne veut pas dire qu'on s'arrêtera...tu pourras reparler , hein!

2 : moi je vois aussi les choses de la même façon...moi j'ai l'impression quand même que dans les échanges que j'ai avec l'interne en SASPAS par rapport aux échanges que j'ai avec l'interne en UPL d'être plus dans un échange de pairs presque...il me semble...sinon , je crois que je suis d'accord avec ce qui a été dit avant...

A : tu es d'accord avec quoi?

2 : avec ce que vient de dire ma consœur , je vois les choses de la même façon...

3 :[**silence]** euh...tu as dit à peu près l'essentiel...moi ce que je trouve intéressant par rapport à des UPL , c'est euh...que déjà dans leur fonctionnement , ces internes ont beaucoup de bases...comme un peu dans un groupe de pairs...mais **(il)** y a..j'ai l'impression que ça travaille plus sur le savoir être...moi ce qui se passe dans la pratique , souvent en fin de journée les internes relèvent plutôt les difficultés qu'ils ont eues de type relationnel. c'est de temps en temps moi qui suit obligée de forcer pour parler plus de la pédagogie ou plus de la conduite à tenir face à telle pathologie...parce qu'ils sont beaucoup plus sur les problèmes re relationnel. c'est vrai que le quartier où je travaille est un peu particulier parce que le quartier Mistral , c'est une cité où il y a pas mal d'agressivité , certains patients ne sont pas très agréables avec les jeunes...qui tentent de faire les gros bras...ça fausse un peu et c'est pas...toujours facile justement de les lâcher...moi j'ai plusieurs fois à intervenir et mettre des patients dehors. ça fausse un peu les choses et je regrette qu'on n'ait pas plus de temps pour parler de médecine...voilà. et à mon avis ça devrait s'améliorer aussi puisque moi ça ne fait pas longtemps que j'ai des internes , il faut que le maître de stage il trouve sa place dans ce qu'il veut faire...moi pour mon prochain stage , ce que j'aimerais faire c'est prendre plus de temps justement ...pas que ça soit que quand il y a des problèmes relationnels...qui prennent tout le temps justement...

4 : on a des internes à caractère très différent et donc on s'adapte un petit peu à leur sensibilité...on essaie de revoir tous les patients qu'ils ont vus dans la journée et de voir les difficultés qu'ils ont eues...d'éventuellement si on n'est pas d'accord de rappeler les patients....parfois , ça se fait...comment dire...**[pf]**... sinon moi , je n'ai pas l'impression que nos stagiaires aient de gros problèmes...ils se débrouillent très bien. on est là plus pour des gestes complémentaires , disons des lacunes en thérapeutique. de médecine générale...et voilà, je ne sais pas, je trouve que ca se passe très bien avec eux...et j**(e n')**ai pas trop de soucis...je ne sais pas quoi dire de plus...

A : sur ton rôle de superviseur?

4 : ben je donne mon avis...vérifier un petit peu de temps en temps quand on n'est pas d'accord , on vérifie les données...et on peut même faire des recherches sur certains points qui nous posent problème à tous les deux...effectivement c'est un échange c'est pas qu'un enseignement...moi aussi j'apprends des choses...

5 : pour moi la supervision...je prends un peu le contrepied...c'est déjà du plaisir. et je ne comprends pas pourquoi tes vieux collègues ils s'arrêtent parce que c'est justement pour moi...si je ne faisais pas ça je pense que je porterais pas vraiment la médecine...parce que soigner des angines et des croisés...c'est pas tellement...euh...on a fait un peu le tour quand même...moi c'est vraiment quelque chose qui me fait du bien. en fait le matin...moi je le fais le matin je ne le fais pas le soir , on revoit les dossiers que l'interne a vus la semaine d'avant.

4 : c'est le plaisir de revoir...voilà...

5: effectivement je suis d'accord avec toi , au départ c'est vraiment on regarde les cas cliniques...quasiment de façon exhaustive...**(il)** y a des trucs qui vont vite puis petit à petit...ça aussi ça devient lassant...les rhinopharyngites les angines...bon ben voilà...puis **(il)** y a plein de choses qu'ils savent mieux que nous à la limite...et on voit tout de suite qu'ils sont à niveau. une fois qu'on sait qu'ils sont à niveau moi ce que je trouve passionnant c'est quand on parle de la relation avec eux...et moi je dirais le contraire de toi c'est que souvent ils ont envie de rester dans le médical , voilà j'ai fait ça j'ai fait ça j'ai fait ça...bon! c'est bien...et au fait madame machin tu l'as trouvé comment? et comment tu as été avec elle?...j'ai eu...je ne vais pas en parler parce que c'est personnel avec l'interne...je pense qu'il ne faut pas...ne pas rentrer dans le détail...en fait l'interne avait un problème personnel avec quelqu'un de sa famille et la première... il me raconte ça un jour...la première patiente qu'il voit , elle lui expose le même cas...ben qu'est-ce que je fais moi? je n'avais rien à lui dire?...c'était passionnant ça...c'était...c'est plus le côté relationnel avec le patient qui est important...et ce gars-là il a changé complètement...au début du stage il était tire au flanc...enfin tire au flanc un peu limite quoi et là...

6 : supervision indirecte , je trouve que c'est difficile. c'est beaucoup plus facile la supervision directe. les internes aiment bien parce que parfois je prends une heure pour revenir un peu avec eux dans la journée et une ou deux consultations où je suis présent...ça leur permet d'échanger en direct. j'ai du mal...d'abord parce qu'ils viennent de loin alors si je leur rajoute encore trois quart d'heures le soir pour débriefer...enfin on le fait en partie. on le fait quand c'est possible entre une heure et deux heures parce qu'on mange ensemble...bon c'est un repas où on leur coupe l'appétit mais enfin bon c'est un repas où on discute de ce qui s'est passé , les patients qu'ils ont vus et comme nous on les connait on voit un peu pourquoi ils sont venus et comment ils ont géré la consultation...et le rôle du maître de stage c'est le retour sur activité avec discussion de la façon dont ils ont géré la consultation les difficultés qu'ils ont pu avoir...euh la manière parfois universitaire qu'ils ont de gérer avec beaucoup de paraclinique...avec pas mal d'examens cliniques mais enfin ça rassure beaucoup de faire pas mal d'examens paracliniques même si ça ne sert pas toujours...donc ça on en discute un petit peu. on appréhende bien comment ils conduisent la consultation, on essait d'avoir un œil critique. on a effectivement pour le SASPAS , alors que l'UPL il découvre la médecine générale et la pathologie qu'on peut voir en cabinet de médecine générale qui va de la bobologie à ce qui va à l'hôpital , le SASPAS il a déjà une certaine expérience donc on a aussi des échanges interactifs
pour discuter de ce qui est intéressant. moi j'ai toujours l'habitude de leur dire que ce qui me plait en médecine générale c'est le côté relationnel avec le malade et le coté scientifique. j'avoue que la rhino ça ne me passionne pas , donc j'essaie de faire du relationnel comme tout le monde. c'est des gens qu'on aime bien, on essait de les éduquer justement pour ne pas qu'ils reviennent trop pour la bobologie...on a une part d'échanges interactifs qui est intéressant et on essait de leur faire découvrir la façon dont on gère notre activité , parce qu'en ville et en campagne c'est différent...quand on arrive à la maison...quand on mange ensemble...et puis que je leur dit t**(u)**as pensé à mettre le répondeur? des trucs comme ça...**(il)** y a une continuité du soins qui s'installe notamment en médecine rurale , de montagne...comme on le fait nous où on gère aussi les accidents on est vraiment en premier recours...voilà ce qu'on essait de leur faire découvrir...puis **(il)** y a des pièges tardifs...on ne regarde pas les 15 ou 20 consultations qu'ils ont faites une par une et puis de temps en temps le problème...ça m'est arrivé après la fin du stage oh ben tiens! il avait fait ça...et je ne peux plus lui dire parce que je retombe sur le dossier...et tiens! ça a été géré par tel interne et tiens! Ça on aurait pu faire différemment...je ne pense pas qu'on peut être exhaustif en fin de consultation à 19h30 ou 20 h alors qu'ils ont encore une demi heure ou trois quart d'heures de route , on ne peut pas faire le tour...c'est pour ça que j'essaie de caler entre une heure et deux heures et passer un petit moment...l'interne qu'on a en ce moment aime bien aussi qu'on vienne parce qu'elle était dans un autre type de cabinet avant qui était moins rural donc **(il)** y a des choses qui ne se faisaient pas comme on le fait nous et elle aime bien savoir en direct comment on aurait fait sur tel truc. mais c'est très aléatoire...je passe une petite heure avec elle et après je la laisse tranquille...et je reviens en fin de consult , de temps en temps ça peut être aussi la fois d'après au début...on reprend quelques dossiers mais on ne peut pas tout couvrir...

5 : oui moi...enfin...je trouve...c'est intéressant de commencer par ça parce que le soir ils sont fatigués...une journée de travail c'est plus fatiguant pour eux que pour nous , puis pour nous aussi on commence à être vieux...

6 : c'est vrai , c'est une technique intéressante.

5 : le matin , on est frais...

1 : oui ça a été un gros problème...ce que...on a certains internes qui n'ont pas la motivation de rester tard...on finit plus tard qu'eux et... j'ai eu beaucoup de mal certains...à obtenir qu'ils restent pour qu'on ait ce temps-là et il m'a fallu réorganiser parce que c'était trop dur de...de faire ça en fin de journée parce que systématiquement ça passait à l'as...parce qu'en j'avais fini une consult et ben...hop! ils n'étaient pas là!

2 : moi ce que je voulais dire la supervision indirecte faite d'une semaine sur l'autre avec certains internes ça se passe bien , ils se souviennent bien et puis d'autres il faut rouvrir à chaque fois le dossier...ah oui! c'était celui là! ah oui effectivement! j'ai fait ci j'ai fait ça j'ai fait ça. **(il**) y en a chez qui ça revient très facilement sauf si il y a eu un gros soucis un problème relationnel important des choses comme ça , où là effectivement ça leur revient facilement en mémoire mais je préfère le faire soit en demi journée comme tu le fais toi soit en fin de journée...même si c'est parfois un petit peu difficile parce qu'effectivement la journée pour eux ça leur paraît effectivement un petit peu long mais des fois une semaine après...moi j'ai eu quand même parfois avec certains internes des difficultés à les remettre dans le dossier et là du coup ça reprend plus de temps...ah ben oui! c'était ça...oui! je me rappelle...enfin oui , c**(e n')**est pas évident...

5 : ben...mais c'est ce qui est important parce que...bon.()

[silence]

(l'animateur coupe n° 5 pour que 7 réponde)

A : alors...

7 : **[rires] [gêne]** j**(e n'**)ai pas eu beaucoup de problème avec la supervision indirecte parce que je pense ()

A : on **(ne)** parle pas des problèmes..la question c'est donc qu'elle est pour vous la définition de la supervision indirecte et quel est votre rôle...je rappelle la question parce que ce que vous avez commencé à aborder , ça va faire l'objet d'autres questions.

7: alors oui la supervision indirecte ne me pose pas beaucoup de problème parce qu'avant elle était directe puisqu'on a toujours eu des étudiants de premier stage...médecine générale... où...on...suivait à la lettre l'activité passive , activo passive et active. ça s'échelonnait sur 6 mois et on fait toujours ça même avec le SASPAS. c'est-à-dire que , il est passif pendant deux trois jours avec chaque médecin pour qu'il se rende compte exactement de la façon de fonctionner de chaque médecin. on a chacun notre personnalité pour pas qu'il soit...qu'il ait encore sa personnalité à lui , qu'il s'adapte à notre façon de faire , à nos patients puisqu'il va nous remplacer à certains moments...puis en phase activo-passive on le regarde faire et on discute avec lui sur chaque action qu'il a eue. on assiste bien sur...une qualité pour nous qui est primordiale , c'est la conscience professionnelle en ce sens que...il nous regarde vivre il nous regarde nous demander mutuellement des conseils et on ne cherche pas à...on cherche avant tout l'intérêt du malade et non pas le nôtre. et ne pas hésiter à laisser de côté sa fierté et demander aux camarades ce qu'ils en pensent. donc on essait de lui enlever la peur de demander qui doit faire partie quand même de l'activité médicale...et puis après on le laisse partir on le laisse...là on parle de la médecine générale quand on est à peu près sûr de lui...quand on est sûr qu'il va nous demander si il ne sait pas. ça c'est pour nous c'est capital. et chaque fois que on fait de la traumatologie , c'est une activité un peu particulière , on le prend dans la mesure du possible on lui demande de nous regarder et quand on le sent...on le sent prêt , on lui fait faire certains actes qui peuvent être importants comme un réduction de poignet un cruro-pédieux sur une jambe cassée d'un adulte...toujours sous surveillance parce qu'il ne faut pas oublier que l'on travaille en libéral et non pas à l'hôpital et donc on est responsable. Voilà **(il n')** y a pas tellement de...et on a eu la chance de tomber toujours sur des étudiants qui ne posaient aucun de problème de conscience professionnelle de confiance tout court...parce que j'ai des camarades qui sont tombés sur des...mais bon...et voilà...donc euh...

A : et la supervision indirecte alors? parce que là dans ton expérience , tu nous as parlé beaucoup de supervision directe. mais indirecte?

7 : ben elle est indirecte à partir du moment où on le laisse tout seul!

A : voilà...

7 : mais ça en médecine on le laisse tout seul très vite...au bout de 15 jours une fois qu'il s'est imprégné de la façon dont on fonctionnait. après il...il choisissait. notre rôle aussi est de développer ses qualités propres. je pense. et de lui faire prendre conscience de sa valeur et de lui donner confiance à la fois en lui tout en se méfiant des erreurs qu'on peut tous faire. mais surtout de bien développer ses qualités propres ses qualités de...énergétiques...je sais que ce n'est pas très politiquement correct mais enfin malheureusement j'ai l'impression que la supervision c'est donner beaucoup d'énergie. **(il)** y a de la science , **(il)** y a A plus B égal A B...mais **(il)** y a aussi un passage de quelque chose qui ressemble à de l'énergie. dans un...voilà. et c'est la supervision indirecte...on regarde la tête des gens qui partent...on discute avec lui de cas qui lui ont posé des problèmes...ou qui nous pose à nous des problèmes...on voit comment il fonctionne. Voilà. c'est comme ça qu'on s'en rend compte. **[silence]** et on est trois à avoir des idées. bientôt quatre et ça nous donne à nous une assurance sur un jugement...un jugement oui...qui **(n')** est pas...qui est forcément partagé.

A : bien , on va aborder à la deuxième question. vous avez déjà commencé...**[b+]** alors , rencontrez-vous des difficultés dans la réalisation de cette supervision indirecte avec vos internes et en quoi consistent-elles? là pour l'instant , on s'occupe de faire émerger toutes les difficultés qu'on peut rencontrer...quelles qu'elles soient.

1 : moi les difficultés...la première que j'ai rencontrée avec une interne en particulier a été la motivation de l'interne. parce que...parce qu'un interne qui n'a pas envie de rester...euh...qui...ne veut pas dégager aussi dut temps pour ça...ben après on a une relation qui est différente. quand on oblige de rester pour une supervision ben forcément on a une relation qui n'est pas la même. donc...c'est vrai que...ça m'a obligée à me poser la question de comment l'aborder d'une façon moins fastidieuse pour les internes parce que quand ils sont motivés , même si c'est un peu fastidieux ils le font quand même. quand ils ne sont pas motivés ben là ça ne marche plus. donc effectivement j'ai aussi changer d'organisation sur des horaires qui ne rajoutent pas une lourdeur à la journée et puis...je fais une partie de la supervision maintenant seule. c'est-à-dire que la partie de surveillance dont je parlais au début euh... je suis assez systématique c'est-à-dire que moi-même le soir je regarde tous les cas qu'il a fait et je vérifie. et je lui ressors que ceux où j'ai eu des soucis. et la partie échange la partie recherche la partie discussion enseignement on le fait ensemble. mais c'est vrai que la partie surveillance j'en fais une partie seule pour alléger cette supervision indirecte.

A : je recentre la question...quels sont les problèmes...je ne vous demande pas les solutions que vous avez mis en œuvre..

1 : et ben le problème , c'est la lourdeur...**[rires]** c'est le temps sur notre activité , sur la leur aussi...et de le rendre plus attrayant pour qu'on soit motivé l'un et l'autre...moi , le temps...c'est un problème.

[silence]

A : là on ne fait plus de tour de table. chacun s'exprime quand il veut. si possible , pas tout le monde en même temps!

3 : personnellement , moi aussi le vrai problème c'est la temps. et je trouve que c'est une bonne idée de suivre de la faire le matin. parce que le soir moi , j'en avais qui repartaient en vélo...qui avaient loin...l'hiver la nuit des fois...c'était abrégé par manque de temps. et je pense que pour le prochain stage , je vais essayer d'installer ça le matin.

A : c'est le temps que les internes avaient pour la faire...c'est le temps de l'interne , c'est ça?

3 : oui et de moi même! euh...moi c'est un peu particulier le fait que je sois salarié...et à 7 h les locaux ferment. euh...et c'est vrai que du coup on était en fin de journée de 6 à 7 et **(il)** y a des fois on se rendait compte que la secrétaire nous a mis deux urgences...une pour l'interne et une pour moi. là j'ai un peu... décidé de le mettre le matin et de l'imposer pour que ce soit régulier. moi c'est le manque de temps et le fait que je n'arrive pas à le faire aussi facilement sur...comme toi , j'aurais plus tendance à discuter avec l'interne et de faire des supervisions indirectes et ne pas reprendre tous les dossiers forcément. mais le problème principal c'est le temps.

5 : moi aussi j'ai eu des difficultés une fois avec un interne en particulier...qui effectivement c'était un mec brillant qui savait tout sur tout et qui le savait bien. c**(e n')**était pas...je sais et ...et chaque fois qu'on discutait sur des problèmes médicaux...sa réponse était bien étayée et pour lui c'était il ne fallait plus poser cette...c'était chiant parce que c'était encore des trucs à faire en plus et...il avait plus envie d'aller dehors que de rester...ou de se lever un peu plus tôt le matin...chaque fois il fallait le chercher pour...ce n'est pas qu'il manquait de motivation pour la médecine générale...ça lui plaisait bien , il travaillait régulièrement même si il n'est pas installé...mais euh...il n'avait pas envie...un peu feignant peut-être **[rires]** il savait tout...

A : il n'avait pas envie ou il n'en ressentait pas le besoin?

5 : il n'en ressentait pas le besoin...pour lui , c'était acquis et en fait maintenant que j'y pense là maintenant...je me demande si il n'avait pas envie de fuir les questionnements sur tout...le relationnel.

3 : le savoir être

5 : ouais voilà...mais je m'en aperçois là maintenant. **[rires]**

6 : oui moi de toute façon...oui , c'est ce qu'on a dit...c'est ce débriefing tardif qui posait problème parce qu'ils ont des déplacements un peu loin donc il faut trouver des solutions pour effectivement **(ne)** pas trop prolonger le soir et les voir à un autre moment. j'ai eu aussi des difficultés liés à l'âge. moi j'ai eu un étudiant qui avait tout juste10 ans de moins que moi et qui avait une autre maturité et qui avait vécu de façon différente ses études par rapport à d'autres étudiants de 27-28 ans et mes collègues des deux UPL d'Albertville, d'Ugine l'appelaient le professeur...parce que c'est presque lui qui nous donnait des conseils. alors c était un gros puits de sciences parce que comme tous les gens qui ont fait leurs études plutôt sur le tard , il avait beaucoup plus bénéficié de ses études que moi quand je me suis inscrit en fac. j'avais 17 ans. mais il lui manquait les 10-15-20 ans de recul qu'on peut avoir dans la boutique. mais on n'a pas eu...moi ça s'est bien passé quand même. on arrivait à discuter des cas...mais c'est vrai on avait une relation particulière. c'était quelqu'un qui avait plus de quarante ans.

1 : là c'est vrai j'ai quand même ce problème là avec notamment une interne...que j'ai pu croiser quand j**(e n')**étais plus étudiante...qui était plus jeune mais avec une différence d'âge pas très importante , et c'est vrai qu'il y a eu une phase où il a fallu que j'installe un rôle d'enseignant...parce qu'effectivement , ce que je lui racontais elle **(n')** en était pas très convaincue quoi...même dans l'échange de pratiques sur le comportement etc , parce que voilà , je pense que ce n'est pas facile...quand on est jeune et qu'il y a pas un rapport qui n'est pas forcément imposé par la différence d'âge...

7 : je n'ai jamais eu ce problème.

5 : tu as toujours été vieux?

[rires]

1 : et effectivement sur deux femmes avec peu de différence d'âge...bon , ça amène d'autres choses...on s'identifie peut-être un peu plus dans la pratique , mais ce problème-là, il n'est pas à négliger.

7 : et un étudiant qui tombe amoureux de toi , ça t'est déjà arrivé?

1 : j**(e n')** ai jamais d'hommes moi...

7 : ça peut arriver quand même

1 : parce que j'ai que de la gynéco et de la pédiatrie et on a des internes femmes et dans leur choix , elles recherchent un cabinet où elles pourront avoir ça...donc je n'ai jamais eu d'hommes.

7 : ah ben oui c'est possible

1 : et d'ailleurs ça va poser problème si jamais un jour **(il)** y a un homme parce que sur la grosse activité de gynéco...les femmes elles disent toutes oui c'est une interne femme ça va...ça aurait été un homme j'aurais refusé!

6 : oui ça , ça peut se discuter...cette nuit j'ai fait un accouchement , ils n'ont pas demandé si le médecin était un homme ou une femme...il était bien venu qu'il arrive!

[rires]

6 : mais non , la supervision donc c'est des modalités pratiques...et ils sont très demandeurs et on voit bien la différence entre les UPL et les SASPAS. le SASPAS il sent qu'il est au bout du cursus donc il est content de cette supervision et de cet échange parce qu'il voit bien qu'il y a des trous...

3 : ils sont angoissés.

6 : oh! non! Ils **(ne)** sont pas angoissés. ils sont tout à fait

conscients...moi j'ai des étudiants superbes. mais surtout les SASPAS...les autres ils sont un peu plus jeunes...je veux dire. ils se trompent sur l'ordonnance...on s'en rend pas forcément compte parce qu'on leur a fait confiance. on s'en rend compte après que sur une ordonnance au lieu de mettre 7 jours **(il)** y avait marqué 7 semaines...parce qu'on n'a pas regardé ce qu'on faisait. bon le pharmacien dans un petit pays , il rectifie le truc...mais...c'est rigolo...et **(il)** y a un ou deux ans de différence hein!...maxi! ils sont au bout du cursus et ils sont très demandeurs...non ça se passe bien...et c'est ce que dit D. pour nous c'est un super échange. **(il)**y a des fois c'est un peu lourd parce qu'on les a sur le dos toute la journée mais c'est un super échange.

4 : moi ça allait...j**(e n')**ai pas eu beaucoup de problèmes sauf avec une qui m'avait dit d'emblée qu'elle ne ferait pas de médecine générale...elle s'est effectivement installée à l'hôpital de Chambéry...donc ça n'a pas été très agréable pendant 6 mois là sinon dans l'ensemble , j'ai eu de très bons stagiaires...

6 : **(il)** y a des réponses à ça...

4 : hein?

6 : **(il)** y a des réponses à ça...t**(u)** es d'accord?

4 : ben...

A : oui mais le fait qu'elle ne veuille pas faire de médecine générale qu'est-ce que ça a changé dans ta supervision?

4 : ben je crois qu'elle n'avait pas envie de grand chose donc...ça n'a pas changé grand chose dans le sens où je lui ai dit à chaque fois ce que j'avais à lui dire au sujet des patients mais...bon c'est vrai que..ce n'est pas tout à fait le même rapport quand même... parce que je sentais que ce n'était pas un futur confrère ou un futur remplaçant...au contraire...**[rires]**...oui enfin contraire...pas généraliste en tout cas...

6 : ça dépend ce qu'elle fait...

4 : hein?

6 : ça dépend ce qu'elle fait

5 : oui enfin c'est un problème...

4 : non mais je veux dire , ça l'intéressait pas trop je dirais la médecin générale...

5 : quelque part c'est l'absence de vision commune. à partir du moment où...vous pouvez avoir des options différentes mais avoir une vision commune...je veux dire travailler ensemble à un moment ou à un autre. c'est un peu le rôle ou le positionnement...

4 : je sais que chaque stagiaire a...son mental , sa façon d'être...là j'en ai une qui ne rechigne pas à rester et même à la limite faudrait que je la pousse dehors à neuf heures et demi du soir parce que ça fait une heure et demi qu'on est en train de superviser...c'est la première que je vois qui demande à tout revoir...qui me regarde même les examens complémentaires à la fin de la journée...elle appelle tous les patients pour les INR et tout...alors que les autres à sept heures...bon allez! au revoir!

1 : elle est amoureuse!

[rires]

4 : démerde-toi!

1 : elle est amoureuse!

7 : **[b+] [pi]** allez, dehors, c'est deux heures...et mon mari va rentrer!!

[rires]

3 : ce qui ressort dans les difficultés , c'est que chaque interne est une personne et que...**(il)** y en a qui on plus ou moins envie de s'impliquer.

A : c'est un problème de motivation.

3 : **(il)** y en a qui font un peu ()

A : la motivation , le temps

4 : on voit bien ceux qui cochent chaque semaine les patients qui les ont intéressés et demandent ce qu'ils sont devenus...bon voilà , je vois bien la différence...et on essait de les intéresser. bon ben là tu coches et puis tu essaies de voir ce qu'ils sont devenus...**(il)** y en a qui le font d'eux mêmes et d'autres il faut les pousser un peu...

7 : dans l'organisation...**(il)** y a qui ont d'autres passions que la médecine hein? et ça on le voit tout de suite...**(il)** y a une chose qui était intéressante dans ce que tu disais tout à l'heure , c'était que tu étais tombé sur une étudiante ou un étudiant qui refusait des relations personnelles...humaines...

5 : non en fait je me posais la question...en fait il ne voulait pas faire de supervision indirecte , de prendre son temps pour discuter des cas parce qu'il avait une vision de la médecine bien étayée et je me pose la question maintenant dans le groupe de me dire...ben en fait est-ce qu'il n'avait pas peur qu'on parle...de...du problème relationnel? de la relation entre lui et les patients...

A : de son comportement...qu'on aborde en supervision.

5 : de son comportement.

7 : ce n'est pas par leur comportement vis-à-vis de toi que tu peux le juger non?

6 : moi , je trouve qu'on a un bon retour des patients...quelle relation il avait les patients?

1 : ah! ca c'est sûr...

6 : quelle relation ils ont eue avec le stagiaire...

5 : et ça il ne voulait pas en parler...je me pose la question aujourd'hui , mais c'était il y a trois ans...je ne me souviens plus très bien.

6 : qu'en pensaient tes patients?

5 : et bien effectivement , les patients avaient...il avait des problèmes...il était un peu abrupte si tu veux donc effectivement , il avait un problème relationnel avec les patients. c**(e n')** était pas enrobé son affaire. c'était un peu brut de décoffrage.

A : et vous n'avez aucune difficulté pour évaluer leurs compétences?

[pf] [silence]

7 : absolument pas.

[b+: brouhaha]

6 : alors...bon , avons-nous la compétence pour évaluer la compétence de quelqu'un d'autre? on a notre évaluation de ce qu'ils font par rapport à ce qu'on fait nous. ça permet aussi de nous remettre en cause...mais je ne pense pas...on a des problèmes d'organisation de ces supervisions parce qu'on ne va pas y repasser deux heures...à refaire la consultation de la journée... donc ça perturbe de temps en temps un peu l'organisation du cabinet....ça c'est une difficulté.

1 : on a quand même beaucoup d'outils. on a l'outil des patients effectivement...les patients , on a un retour qui est quasi immédiat , on a...quand même les dossiers qui est une trace de ce qui a été fait. et puis dans l'échange...oral...on a les moyens je trouve d'avoir un reflet de leur...**[pi]** de comprendre leurs difficultés...

7 : pour moi l'évaluation c'est pas , c'est pas , c'est pas un problème...dans le groupe on a eu un problème si tu veux...pour ceux qui vont à Flumet et aux Contamines ils y vont 15 jours donc comme le maître de stage **(n')** est pas là à ce moment -à...ça l'oblige à revenir et...**(il)** y a un petit peu de difficulté...à être là...et se forcer à faire la supervision. c'est tout...les plus gros problèmes sont organisationnels. chacun a son problème d'organisation parce que c'est un peu différent.

1 : et motivationnels!

7 :**[pf]** oui...non , motivationnels c'était juste sur un. moi c'est organisation...si tu veux ils viennent...ils viennent trois jours dans notre cabinet , on est forcément là le jour où l'autre maître de stage n'est pas là...on peut le voir c'est beaucoup plus facile...tandis que ceux qui sont isolés , ils doivent revenir...ça leur pèse.

6 : c'est vrai que nous on reste disponible...on le dit d'ailleurs aux patients qui mélangent tout qui disent il est où votre remplaçant? non! c'est un étudiant...quand j'ai un remplaçant , moi je ne suis pas là. quand c'est un étudiant je suis disponible derrière. il a mon téléphone...si vraiment il a une urgence je peux revenir...enfin je me débrouille quoi...on a des techniques pour être disponible. la nouveauté que j'ai eue alors c'est...pour moi,...c'est que nous , pour des problèmes de garde le week-end , j'ai demandé au SASPAS qui a fini , qui a une licence de remplacement de faire quelques gardes...donc là il se retrouve...mais je suis quand même présent...parce qu'il y a des problèmes techniques mais qu'il se retrouve tout seul avec des histoires d'urgences comme on a en station c'est-à-dire que l'on passe du nourrisson qui a de la fièvre à la luxation d'épaule qui ne veut pas revenir...moi j**(e n')**ai pas de radio , donc moi je le fais quand même mais bon ils ont moins l'habitude...j**(e n')**ai plus de radio...là ils sont en situation un peu plus stressante mais qui est intéressante aussi dans leur formation...où on a...je fais une petite supervision même si là je les laisse en autonomie parce que c'est leur travail...

A : c'est le service après vente!

[rires]

6 : oui! **(il)** y a un service après vente , comme avec les patients , pareil!

A : on va passer à la troisième question qui a déjà été effleurée par...vos propos. c'est après avoir donc...discerné les difficultés quelles solutions vous avez trouvées pour...à apporter aux difficultés? quels supports utilisez-vous? mais je crois...on en a déjà parlé un petit peu... peut-être que d'autres ont d'autres supports...

6 : support...c'est-à-dire?

1 : le support c'est vrai que...moi...**(il)** y a une partie maintenant que je fais seule c'est l'étude du dossier...et le retour des patients qui est forcément quelque chose de naturel et notamment le taux de retour des patients ceux que je vois dans les jours suivants la consultation avec l'interne. ça , ça varie énormément selon les internes. **(il)** y a des patients que je **(ne)** revois pas , enfin que je revois avec une fréquence normale et d'autres dans les deux jours je les revois....voilà. **(il)** y a l'échange oral...moi j'utilise une fois par stage , j'essaye de mais là **(il)** y a un problème de motivation , un échange écrit...je lui demande un...compte rendu...entre-guillemets une étude écrite...

7 : mais vous ne l'observez pas...vous **(ne)** le regardez pas faire ses consult?

1 : je fais de la supervision directe mais aussi liée aux problèmes de gynéco...c'est-à-dire que pour une pose de stérilet , je **(ne)** peux pas ne pas faire de supervision directe...c'est déjà difficile de trouver une patiente qui accepte de se faire poser un stérilet par un interne...mais euh...en plus si je ne suis pas là , c'est un peu difficile donc je fais de la supervision directe quand même.

7 : mais comment tu peux faire pour voir s'il est apte à poser un stérilet?

1 : ben il vient avec moi avant

7 : il vient?

1 : il vient avec moi avant , on en parle oralement sur la technique et après il le fait devant moi...en direct.

6 : c'est comme les points...ça dépend...

1 : ça c'est la supervision directe , pas indirecte...

A : indirecte, **[pi]** c'est surtout une grossesse pathologique...

[b+] [rires]

6 : le comble c'est l'interne qui sort du pôle gynéco pédiatrie qui met son premier stérilet dans mon cabinet...ça c'est très fort...

1 : moi j'en ai eu aucun qui savait mettre un stérilet en arrivant...en fin de cursus, **(il n')** y en a aucun!

6 : en médecine générale c'est plus rare de vouloir faire...

1 : mais normalement ils l'ont fait leur pôle mère enfant.

[b+ : brouhaha]

7 : mais vous le regardez bien faire...vous le regarder faire!

5 : non mais Antoine...

7 : mais l'indirecte elle dépend de la directe.

6 : tu lui fais confiance.

7 : tu as confiance donc ton indirecte elle est forcément basée sur autre chose que quelqu'un qui est complètement inconnu!

6 : je n'ai jamais eu de SASPAS en qui je n'avais pas confiance. c'est vrai que ça peut arriver que tu le vois en direct pendant quelques jours pour lui montrer le cabinet et tu te dis celui-là je ne pourrais jamais le lâcher! ça m'est arrivé en UPL , **(il)** y en a qu'on a jamais pu lâcher une seule consultation...on les lâchait une heure on revenait et directement on était au point de départ...mais avec des SASPAS, ça ne m'est jamais arrivé...

7 : ils travaillent tous seuls dans leur coin et pis... comment tu fais pour...pour voir...comment ils ont travaillé?

6 : c'est un peu l'assurance...ça m'est arrivé avec l'étudiant qui au départ était un peu trop sûr de lui...mais c'est tout.

3 : sur ce que tu dis , bon au début , on les regarde , on voit si on a confiance...mais...moi je sais souvent que c'est sur le premier mois...après ils sont vraiment en autonomie. je suis à côté dans un bureau ou en visite , si il a un problème , il peut m'appeler...

7 : d'accord...mais quand tu dis on a des retours plus ou moins fréquents...mais nous , on ne les voit plus! ils viennent une semaine et ils se barrent chez eux! donc...il faut bien qu'on leur fasse confiance! parce qu'ils peuvent marquer n'importe quoi! et ils partent et on ne les voit plus!...

1 : ben oui.

5 : mais la question justement Antoine , c'est comment tu fais ...

7 : je pose le problème...nous n'avons pas ce retour...

[b+ : brouhaha]

7 : on fait comme toi , on bouffe sans arrêt avec eux...

6: ils grossissent alors...!

7 : il a pris 4 kilos le dernier!

1 : est-ce que tu regardes les dossiers de façon un peu systématique? pour voir si il y a des erreurs bêtes parfois...

7 : oui , oui oui...je regarde...pas systématiquement...

6 : on regarde la liste et on fait une lecture aléatoire nous...tiens lui , il est venu pour ça , qu'est-ce qu'il t'a dit...mais souvent il y a ceux qui leur ont posé un problème et puis...on va regarder ceux là...puis peut-être qu'on **(ne)** va pas regarder ben non , celui-là il n'a pas posé de problème...puis quand on regarde , ben tiens ça n'a pas été fait et on ne le sait qu'après...

1 : parce que le problème c'est que si on leur demande de parler que de ceux qui ont posé problème...effectivement, ils ne vont parler que de ceux qui ont posé problème...et on s'aperçoit qu'il y a des fois des choses qu'on peut soulever de façon aléatoire dans les dossiers...

7 : comme toi...comme moi...

1: ah ben oui , comme nous! oui oui!

5 : non mais Antoine , à la Clusaz c'est comme chez nous t**(u)**as une population locale.

7 : non mais c'est ridicule...on est 8 médecins , **(il)** y a 2000 habitants...ça fait 250 locaux par médecin...tu vois...c'est pas...je ne peux ausculter...puisque les femmes je les tutoies toutes...c'est toujours emmerdant , on se connait tous...ça fait 35 ans que j'exerce.

6 : c'est pour ça que **[pi]**

[brouhaha] [rires]

6 : la gynécologie...bon effectivement je ne sais pas si je leur laisserais...les gens ne se laisseront jamais mettre un stérilet par le SASPAS si je ne suis pas là...ça je suis d'accord...par contre pour un frottis...c'est facile...**(il)** y a un retour...c'est ce que m'a dit l'anapath avec qui je travaille. t inquiète pas , si un jour **(il)** y a rien sur la lame je te le dirai...donc tant qu'il y a quelque chose...on se le dit d'ailleurs , tiens ben là c'est le frottis que tu as fait...

1 : d'ailleurs dans le choix des femmes **(il)** y a des femmes qui prennent rendez-vous pour des frottis mais jamais pour des poses d'implants ou de stérilet...

6 : oui mais ça c'est normal.

3 : ce qu'il y a c'est que je pense comme tu le disais **(il)** y a la confiance...mais on ne peut jamais être exhaustif sur les actes techniques...comme une pose de stérilet...**(il)** y a des internes elles vont très bien savoir le faire...moi j ai une interne , elle le fait , elle avait fait 6 mois avant et elle en avait posé plein. je suis à côté , mais pas dans la même salle. si elle a un problème , elle m'appelle...**(il)** y en a une autre , moi je n'ai jamais fait de gynéco donc...j'apprendrai avec vous...les actes techniques on ne peut pas toujours...**(il)** y en a qui font très bien les points de suture d'autres pas du tout...

1 : les actes techniques , on peut se rendre compte qu'en supervision directe...sinon , on ne peut pas se rendre compte.

5 : oui voilà...

6 : au début , au début...là tu les vois quand tu les fais...au bout d'un moment , moi ça m'est arrivé...bon si on continue comme ça je ne sais pas si on va arriver à faire trois nœuds dans l'heure...c'était à Paris...désolé , je ne suis pas parisien...

3 : est-ce qu'au début du stage , vous leur demandez là où ils ne se sentent pas bons? d'un coté plus pratique...le savoir faire...là où ils ont des lacunes?

6 : ah ben oui!! si on les envoie chez le spécialiste...ils sont demandeurs et j'essaie de sélectionner...si **(il)** y en a qui connaissent pas trop l'obstétrique...moi j'aime bien de temps en temps je me débrouille pour qu'il y en ait...je leur montre...ou je regarde ce qu'ils font...puis voilà on profite aussi de ça...on liste...là c'est du direct , c'est plus de l'indirect...

1 : on est obligé de passer par le direct...

6 : c'est des outils pour les aider dans ce stage...

7 : mais on doit arriver à passer du direct à l'indirect...nous on a vraiment un problème technique tous les jours...au départ en station , ils arrivent ils ne savent pas examiner un genou...les genoux...ben voilà...à la fin ils regardent leur genou et c'est que si ils ne savent pas...**(il)** y a des jours aussi où nous on ne sait pas...ils disent....tu voudrais pas voir le genou...p**(u)**is on y va...mais...c'est la réduction du nombre de demandes qui nous montre qu'en fait ils deviennent autonomes...alors effectivement après il est reparti à Paris , on sait pas si il a bien diagnostiqué ou pas , mais ils auront aussi une démarche de dire...ben revoyez si besoin un tel ou un tel...

2 : est-ce que les internes qui viennent en montagne viennent pour ça? est-ce que c'est des gens qui sont motivés pour la traumato? parce que nous c'est des internes qui ne sont pas motivés par la traumato! ça c'est sûr...

7 : nous , on en a eu un qui venait en stage d'été parce qu'il voulait faire de la médecine générale...et puis il a vu qu'on faisait un peu de traumato même l'été ben il a voulu revenir en hiver ! donc il ne venait pas pour ça mais il est resté pour ça quand même! on a eu un autre qui venait aussi et puis il ne savait pas ()

1 : concernant les outils...bon , la formation sur la supervision indirecte , on avait abordé la restitution de la consultation sans analyse...c'est-à-dire que l'interne raconte sans jugement sans analyse la façon dont la consultation s'est passée , bon au début j'avoue que j'étais très septique sur le fait de le mettre en pratique...la première fois que j'ai essayé de le mettre en pratique c'était un cas qui ne convenait pas. bon...on s'est aperçu tous les deux que ça allait nous mener à rien...voilà...et en fait je suis revenue dessus dans les problèmes relationnels. c'est-à-dire , lorsqu'un interne m'a dit ben tiens! avec cette personne ça s'est très mal passé , il était très fâché , il est parti en claquant la porte...eh ben pour revoir avec lui pourquoi ça c'est mal passé , si **(il)** y a eu un mot de travers , si **(il)** y a eu une réflexion qui a été mal interprétée...si on lui demande son avis , forcément il interprète d'emblée et on est revenu sur ce type de supervision et j'ai trouvé que c'était pas mal.

6 : une sorte de prose...

1 : voilà... parce qu'on a pu pointer du doigt...tu vois tu lui as dit ça , effectivement moi je serais en face , ça peut être mal interprété...tu n'as pas compris...le message que tu as voulu faire passer...etc...et uniquement dans ce cadre là , ça ne correspond pas à tous les cas de figure...mais ce n'est pas complètement à mettre de côté je trouve...

6 : là on a listé plein d'outils...on a le problème du temps...on n' a pas trouvé parce que ça c'est incompressible. on a ce que fait Dominique , on voit les gens le matin ou une lecture aléatoire des dossiers pour voir...le téléphone pour être derrière ce qui est plus du direct que de l'indirect...le retour patient , le jeu de rôle...mais on n'a pas donné de choses de techniques dues au timing...ou alors à mon avis il faut réduire la consultation...il faut dire que c'est un jour où on arrête la consultation , ce qui est difficile à 6h et demi ou 7h le soir pour avoir une heure avec ou alors on commence à 9h30 le matin pour avoir trois quart d'heures avant pour faire la supervision indirecte soit avant que l'interne se mette au travail par rapport à la précédente consultation qu'il a faite...

5 : mais...**[rires]** quand tu parles avec un associé , qu'est-ce que tu fait avec un dossier...tu fais une supervision indirecte?

1 : non , tu fais un échange de pratiques.

7 : hein?

[pi] [b+ : brouhaha] [tx]

6: malheureusement je n'ai pas d'associé...

7 : c'est un échange de confiance , tu le prends puis voilà...puis on discute de cas difficiles....je ne pense pas que ça pose trop de...toi tu leur fais faire de la traumato et tu ne vérifies pas

derrière...

5 : ah ben...en fin de stage , maintenant non. je ne vérifie pas. j'estime qu'ils sont capables de connaître leurs limites...de dire... **(il)** y a un croisé ou **(il)** y a pas de croisé ou je ne sais pas. c'est tout....c'est ce que je leur demande. et puis la radio...oui pour répondre à ta question...oui maintenant , je leur laisse faire un certain nombre de choses...voilà.

7 : moi si je viens chez Lamy , je veux que ce soit Lamy qui regarde mon genou...

5 : ben non tu t'appelles Dupont , tu viens de ()

1 : petaouchnoc!

7 : c'est la différence entre l'hôpital et toi!

5 : oui mais il vient de M. , il est monté dans l'ambulance qui l'a déposé devant chez moi , il m'a pas demandé...et il voit le docteur G. parce que pour moi...c'est un truc sur lequel je voulais revenir tout à l'heure , c'est que moi je les considère comme des pairs...des pairs en formation mais ce sont des pairs. ce sont des vrais collègues. on les présente comme des collègues , on ne les présente pas comme des étudiants on les présente comme des collègues...déjà pour un problème relationnel parce que si tu dis. ben! le docteur il ne peut pas vous voir , c'est l'interne qui va vous voir!

3 : exact.

5 : c'est un collègue.

6 : nous , c'est médecin stagiaire.

1 : non ben **(il)** y a quand même un rôle d'enseignant! nous on en a eu une qui ne tenait pas du tout la route et on est obligé d'avoir un regard enseignant parce que...bon c'est arrivé qu'une fois mais...

5 : oui je suis d'accord mais je les considère avant toute chose comme un collègue à part entière et qui va travailler avec nous et qui est en formation. ça permet d'avoir une vision...pas...égalitaire mais de les mettre en situation de confiance. pour moi c'est important qu'ils ne soient pas là à se dire...attends! on va me redresser les tords! c'est ...

7 : comment?

5 : redresser les tords...si tu veux , moi j'ai été formé à Nancy dans une espèce de tradition de culpabilisation judéo-chrétienne ...tu sais pas ça petit con! j'ai peut-être pris le schéma inverse et...c'est pour ça que je leur dis on va travailler ensemble et on va parler des cas et je suis plus dans un échange de pratiques même si j'ai une expérience qui fait...j'ai perdu un peu le fil...

2 : c'est vrai que pour la relation médecin / malade c'est mieux de le présenter comme un confrère que comme quelqu'un en formation parce que la relation médecin / malade risque de ne pas se passer au mieux pour le malade...

6 : moi je leur dis vous savez dans trois mois , ils ont fini. ils sont médecins! point! vous avez une chance de vous en sortir mieux!...

2 : oui , voilà...

5 : j'ai retrouvé le fil de ma pensée!

[rires]

6 : c'est toujours l'Aricept°!

[rires]

5 : c'est en fait pour cet étudiant qui ne voulait pas...qui n'était pas très motivé pour ça...qui ne voulait pas trop discuter de ses cas effectivement , tu sais tout et ben! on va discuter de mes cas...pour l'inciter à parler. en fait **(il)** y a plusieurs moyens...c'est pas toujours la revue des cas , même quand c'est aléatoire , ça peut être un peu fastidieux. moi je prends dans la liste qu'ils ont vue...les personnes pour lesquelles il y a des difficultés plutôt relationnelles, parce que ça semble intéressant de voir comment ils ont réagi et puis on va regarder les radios aussi...comme on est numérisé...on reprend les radios...ça peut être on les prend les unes derrière les autres et ça peut être les miens celui de mon associé...et on regarde déjà la technique et on rediscute. est-ce que tu aurais fait ça? et puis on discute.. maintenant ils sont obligés de faire un mémoire parce que le mémoire c'est sur un cas...donc...c'est un cas qu'ils ont creusé...donc **(il)** y a plein de choses qui permettent de diversifier pour que ça ne soit pas lassant en fait...

1 : c'est vrai dans les outils de la supervision indirecte je trouve qu'il y a aussi la supervision indirecte anticipée...c'est-à-dire les mettre avant en situation en disant si tu vois tel cas...quelque chose que tu vois souvent dans ta pratique toi c'est les radios... moi c'est l'examen du nourrisson par exemple...ben voilà tu lui dis t**(u)** as un nourrisson de tel âge , qu'est-ce que tu recherches? quel examen tu fais?...etc...et on le fait avant. et c'est vrai que...c'est pas de la supervision , c'est du contrôle de...la façon dont ça va être abordé avant...parce que je trouve que c'est plus facile...déjà , moi ça m'engage moins parce que je sais qu'après il le fera correctement. donc...et ouais moi je l'utilise aussi...de faire un certain nombre de choses...maintenant j'ai une check-list avant...des choses qu'on aborde avant de le mettre en situation. anticiper.

A : tu as parlé du problème du mémoire...toi un petit peu les quatre contextes de supervision...

1 : ils n'aiment pas...moi je sais que je n'aime pas non plus...

7 : tu vois la supervision en traumatologie je ne vois pas comment tu peux la faire...sauf si tu le laisses regarder en premier accueillir le blessé faire sa radio...tout ça et toujours tu les regardes derrière. je sais que nous-même on fait ça entre nous **(il)** y a toujours une double lecture de la radio...même les plus simples. on est toujours deux médecins au cabinet...plus

l'interne. et l'interne qui regarde...il dit , ben voilà! je crois qu'il a un latéral interne type 2...du deuxième degré et un croisé antérieur...tu vas vérifier...tu dis oui c'est ça ...qu'est-ce que tu fais...ben tu fais ça ça et ça...

1 : je vais venir en stage chez vous je crois! **[rires]**

7 : toujours ils ne font pas de traumato

6 : si tu passes derrière c'est une sorte de supervision indirecte...ils vont en premier , t**(u)** arrives derrière...alors le problème c'est que tu le fais au fur et à mesure...

7 : oui mais le problème je ne les laisse jamais seuls! tu ne peux pas superviser! tu ne peux pas!

6 : **(il)** y a un moment...c'est comme les patrons qui te laissent faire des gestes seuls...au bout d'un moment tu te dis ça va , il a compris! tu files!

7 : attends! moi je trouve quand même qu'on est 300 médecins à faire de la traumato en France sur 200000...sur les 200000...**(il)** y a 1800 centres de traumatologie en France ça fait...2500 mecs qui font de la traumatologie et il faut voir comment elle est faite mais nous on est 300 c'est très très particulier...on ne peut pas former un mec en trois mois!...tu ne peux pas en trois mois lui laisser faire des actes importants en traumatologie...il risque d'être sûr de lui et de faire n'importe quoi...moi je pense.

A : donc tu soulèves le problème de la supervision dans ta pratique à toi.

7 : aucune difficulté! aucune difficulté puisque de toute façon il est supervisé...!

A : mais tu fais de la supervision directe quoi!

1 : mais c'est le problème des actes techniques...

[b+ : brouhaha]
(tout le monde est d'accord sur les actes techniques où la supervision indirecte n'est pas facile à mettre en place)

7 : en médecine un deuxième problème par rapport à vous c'est qu'on ne les revoit plus les gens! la grosse majorité du chiffre d'affaire...du nombre de malades que l'on voit dans la journée c'est des gens qu'on ne revoit plus...et qu'on reverra dans un an , dans deux ans...

1 : mais ça c'est un problème de la supervision...

A : je voulais te demander tout à l'heure...tu avais abordé une question qui semblait intéressante et qui rejoint un peu ce que vous dites...tu disais tout à l'heure que tu faisais des recherches quand vous n'êtes pas d'accord...et comment c'est vécu ces recherches?

4 : ben très bien. **[rires]**

A : ils ne rechignent pas...

4 : sur les internes sur lesquels je suis tombé **(il n')** y a pas de problème...si c'était avec le monsieur en question...ton client le monsieur qui savait tout , ça aurait posé peut-être un problème...mais ils sont au contraire volontaires pour aller chercher...

A : ce sont des prescriptions pédagogiques...

1 : oui oui , moi **(il)** y a celle qui ne voulait pas faire de supervision ...

[**b+] [pif]**

4 : en plus nos stagiaires viennent en groupe de pairs donc on a aussi cette attitude là de se voir une fois par mois...d'exposer le deuxième cas du mardi et de faire des recherches...donc c'est dans leurs habitudes.

A : c'est bien vécu ça?

1 : oui c'est bien vécu.

4 : on n'avait pas les groupes de pairs avant...c'est quelque chose de très intéressant...

A : on va aborder la quatrième question...

5 : tu as raison c'est bien des pairs...on les présente comme des médecins...

1 : j'ai même une interne qui continue à m'envoyer des recherches sur des thèmes qu'on avait abordé ensemble...**[rires]**

A : on va aborder la quatrième question...comment vivez-vous les moments de supervision?

5 : ben bien! hein!

[rires]

A : toi tu leurs poses des questions...

5 : ah oui oui oui!

2 : toi tu prends un malin plaisir à le planter!

5 : ah non justement! tout le truc c'est de lui dire , quand il n'a pas fait comme j'aurais fait...parce qu'en fait grosso modo c'est comme la science l'aurait fait...**(il)** y a toujours des trucs...c'est toujours d'essayer de le valoriser dans ce qu'il a fait...sauf ce garçon qui était un peu trop sûr de lui il fallait le tempérer mais en fait il avait...il voulait montrer qu'il était sûr de lui mais ça cachait une certaine angoisse...on a réussit petit à petit à lui faire prendre conscience de ça tout en le valorisant...ben c'était bien ce que tu fais mais si tu veux on pourrait reparler de ceci...et...en fait...moi ça me fait plaisir de prendre un type et...de lui montrer qu'il sait faire plein de choses et qu'il suffit qu'ils les mettent en pratique et qu'il se fasse plaisir avec ça! voilà...donc euh...j'ai plaisir à ça!

1 : et d'une manière égoïste c'est enrichissant! faire des recherches...prendre du recul sur certains cas on ne le ferait pas forcément si on n'était pas maître de stage.

6 : ah ben oui ce n'est pas un échange confraternel à sens unique...c'est pas moi je sais , toi tu sais pas! mais pas du tout!

5 : oui oui oui , effectivement!

1 : ça nous oblige à prendre un temps qu'on ne prendrait pas forcément.

6 : leur solution est intéressante...ah ben tiens , ça c'est pas mal! moi, je fais comme ça mais...**(il)** y a pas une solution universelle...moi je passe du temps à leur expliquer...on vous a tout appris! vous n'avez pas tout vu en pratique mais en théorie vous avez tout eu...il ne faut pas qu'ils hésitent...parce que ça c'est quelque chose qui les freinent...

5 : bien entendu **(il)** y a des fois je leur demande de rechercher ou je recherche ou on cherche ensemble des trucs pour essayer de répondre à la question...mais...ça c'est...à la limite ils savent le faire...ils savent rechercher. plus que nous...nous,on devait savoir et boum! enfin eux ils savent déjà rechercher!

6 : oui...en UPL là , j'ai une étudiante qui est rigolote...parce qu'elle est très souvent entre deux trucs sur Google...même avant de réfléchir si elle ne l'a pas déjà appris!...ils ont l'outil informatique...c'est la formation de cette faculté pilote!

[**b+ : brouhaha] [rires]**

1 : moi je trouve ça bien...

6 : moi je leur envoies des photos avec le portable...le téléphone...ils ne sont pas là...tiens regarde ce que c'est...ils sont dans le cabinet du collègue...tu leur envoies ça c'est rigolo!

1 : c'est un autre outil de supervision indirecte!

A : comment vous réagissez au regard de l'interne sur votre pratique?

1 : ça c'est...

[silence]

6 : ils n'osent pas trop...je leur demande souvent , surtout en fin de stage...je leur demande souvent...qu'est-ce que tu en penses?

2 : en fait ils trouvent des clientèles différentes par rapport à l'exercice de chaque médecin...ça leur donne des façons de fonctionner différentes...je trouve ça vachement bien pour eux d'avoir justement plusieurs maîtres de stage. puisqu'ils voient des clientèles adaptées à chaque médecin.

4 : en fait le retour qu'ils nous donnent c'est plus sur notre...l'idée qu'ils se font de notre clientèle , comme ils ont perçu notre clientèle par rapport aux stages qu'ils ont fait antérieurement...toi tu fais comme ça...plutôt comme ça...

6 : c'est la façon aussi...ils analysent bien...d'un cabinet à l'autre...je pense que c'est aussi dû au...la patientèle...la demande des patients n'est pas la même selon si on est dans un cabinet d'Albertville de Chambéry de Grenoble...ou au fin fond...d'une vallée...

1 : moi c'est une des raisons pour lesquelles j'aime bien faire ça...c'est pour le retour. c'est justement pour avoir un retour de ma pratique...aussi bien comportemental que ma façon de le faire...et je suis très frustrée quand **(il)** y a des internes qui n'osent pas dire...non non , oui oui , ben c'est bien...parce que c'est un retour que j'attends aussi...c'est très égoïste mais...

6 : c'est intéressant parce que c'est rare...c'est une espèce de supervision sur notre pratique...le SASPAS a la chance d'avoir 6 exercices différents...dont un exercice traumato mais qui n'est pas exclusif donc il voit des choses complètement différent. oui tout à fait c'est intéressant...

1 : **[acquiesce]**

5 : ils ont quand même beaucoup de mal de nous dire à nous...d'apporter une critique quelle qu'elle soit...par contre , c'est assez marrant puisqu'on est 5 dans le groupe de maîtres de stage ben euh...Jean marc, il fait comme ça, Jean pierre il fait différemment...ben oui! c'est à toi de choisir ta façon de faire par rapport à telle situation...Jean pierre Jean marc ou Brigitte...font comme ça...toi, qu'est-ce que tu en penses? quelle est ta...ah ben ! là ils réfléchissent...et après...ils ne donnent pas la réponse...enfin c'est vrai que...moi je trouve...ils ne nous disent pas...putain , t**(u)** as vu ce que t**(u)** as fait c'est pas bien...ou...de façon plus légère...ils sont...mais pour nous ça nous oblige à bien faire... parce qu'on se dit il va peut-être passer derrière moi...je suis fatigué mais je vais quand même bien faire...l'interne il va passer derrière moi et si il voit que j'ai fait n'importe quoi...il va me le reprocher! ça pousse ! c'est un moteur extraordinaire!

1 : oui **(il)** y a même des fois je me justifie moi...**[rires]**

5 : oui oui!

1 : tu sais j'ai fait ça parce que...**[rires]**

6 : c'est ce qui freine...dans tout le parcours de l'étudiant. c'est le regard...parce que le regard du malade...bon on se sent un peu sur notre chaise , on est en position haute par rapport au malade mais quand tu es avec lui à côté , il te regarde faire...il a vu d'autres médecins faire...tiens il prend la tension au-dessus de l'anorak et le pull...**[rires]** c'est peut-être pas très bien...mais bon...voilà...c'est très riche.

A : comment vous réagissez aux erreurs de vos internes?

7 : à coups de poing...

[rires]

1 : eh ben! faut leur dire!

6 : moi je suis très tolérant...parce qu'on en fait aussi...il faut minimiser.

1 : ah ben non! justement!

3 : ça dépend de l'erreur aussi!

6 : non mais quand je dis minimiser...!

[b+ : brouhaha]

A : pas tout le monde en même temps!

1 : moi je trouve qu'on a certains internes qui n'ont pas conscience de leurs limites. je trouve que...moi j'ai envie de leur apprendre que dans notre boulot , notre limite elle est très rapidement atteinte. aucun de nous n'est à l'abri de faire des erreurs...on en fera tous , on en a tous fait...et que les erreurs justement il ne faut pas les minimiser...parce que il faut avoir conscience de ses limites...alors après il ne faut pas qu'on les angoisse non plus , on n'est pas là pour qu'ils sortent comme ça... et qu'ils ne veuillent jamais aller s'installer...mais je trouve que c'est bien aussi parce qu'à l'hôpital ils 'ont pas forcément de retour sur ce qu'ils font et...il y a moins d'aléas...et quelque fois ils n'ont pas conscience de ces limites-là...

7 : tu penses à une erreur en particulier?

6 : moi j'ai jamais vu de grosses erreurs...

7 : ouais! c'est ce que j'allais dire...

4 : moi non plus...

6 : c'est juste des façons de faire qui étaient discutables...c'est souvent des listes d'examens complémentaires qui d'ailleurs diminuent beaucoup au fur et à mesure que le stage avance...on le dirait plus clinique et plus performant sur sa prescription d'examens complémentaires parce qu'au début ça tombe...

7 : qu'est-ce que tu as vu comme erreur?

1 : qu'est-ce que j'ai vu comme erreur?...bon...sur une urgence...complètement paniquée...où...elle a fait un électro...**(il)** y avait un petit sous décalage...elle a donné de l'aspirine...et en fait c'était une perforation d'ulcère...bon c'est une erreur quand même...on ne peut pas non plus passer dessus...

7 : et toi (interpelle n° 5) tu as vu une erreur là? tu penses qu'il y a une erreur?

(n° 7 devient interviewer depuis une dizaine de minutes)

1 : je sais , je veux dire...

6 : je cherche...j'ai pas vu d'erreur...

5 : je ne pense pas à des erreurs mais à des oublis...

6 : c'est des oublis , c'est pas des erreurs!

5 : on en discute puis effectivement il me dit...j'aurais pas dû faire comme ça...

7 : ils n'ont pas eu le temps d'en faire des erreurs...

4 : des erreurs thérapeutiques...

1: oui voilà...une **[pi]** sur une insuffisance rénale...

4 : mettre du Lasilix° chez une patiente qui venait pour la première fois pour une hypertension...comme traitement anti hypertenseur , je ne suis pas tout à fait d'accord quand même...on rappelle la patiente...

2 : oui ou des erreurs de posologie , des durées de traitement...des trucs sur l'ordinateur des erreurs de frappe....mais bon...

6 : oui ça ça arrive sur l'UPL. je l'ai vu je lui ai dit...je lui ai dit de faire attention...ça arrive , on se fait tous piéger. ça m'arrive aussi mais...

A : **[pi]**

6 : mais sur l'étudiant en autonomie j'en ai moins vu...honnêtement c'est rigolo comme le passage UPL / SASPAS **(il)** y a 6 -18 mois d'expérience en plus , ça change les gens...ils se sentent responsables...l'UPL il est encore un peu...coolos , **(il)** y a le patron derrière...comme à l'hôpital!

7 : on se souvient des erreurs qu'on a faites... on en a tous fait parce qu'elles ont eu des conséquences terribles! mais une petite erreur parce qu'il a mis du Tavanic° pour traiter une angine , tu ne la verras jamais...c'est ça que je veux dire...mais on n'en voit pas beaucoup d'erreurs...on voit les erreurs parce que **(il)** y en a qui ont **[pi]** sinon tu ne les vois pas. ou alors tu passes derrière lui...et ça s'appelle de la supervision directe...

1 : ben ouais...moi je regarde les dossiers pour rechercher les erreurs thérapeutiques...

A : c'est ce que tu disais...toi ça fait partie de ta supervision...c'est de...on a un rôle de surveillance...

1 : je ne le fais pas forcément avec lui...

A : de contrôle...parce qu'on est responsable de nos patients...c'est ce que tu disais aussi...

1 : ça m'angoisse...

5 : alors moi,quand j'ai des trucs où je pense qu'il y a eu des manquements ou des erreurs entre-guillemets , je fais retéléphoner au patient par l'interne...c'est lui qui s'en occupe , c'est pas moi qui m'en occupe...c'est euh...

A : tu penses à quoi?

5 : je ne sais plus mais je sais que j'ai fais plusieurs fois téléphoner...et je leur dis qu'est-ce qu'on fait?...et ben je vais téléphoner...et ben retéléphone...

1 : oui , une hypothèse diagnostique qu'ils n'ont pas eue...

5 : et il dit...ben tu leur dis on a rediscuté de votre cas avec le docteur Lamy et euh...on a pensé que ce serait mieux de faire ceci...tu dis pas putain! j'ai fait une connerie!...

[rires] [tx] [conv] [brouhaha]

6 : ce qu'on fait nous effectivement , de réfléchir et de rappeler les gens...je trouve que le SASPAS réfléchit et l'UPL non. c'est que je disais tout à l'heure la différence de maturité entre les deux le fait d'être au bout de l'exercice...eux il leur arrive de rappeler...c'est pas des choses graves en plus...des fois ça les angoisse...ne t'inquiète pas c'est pas très grave!

5 : ils ont vraiment pris l'autonomie quand ils font ça...

6 : quand ils ont des situations d'urgence souvent ils téléphonent quand même...par contre l'urgence tout seul ils n'ont pas trop l'habitude...donc ils passent un coup de téléphone soit tu les laisses gérer soit tu viens et tu donnes les directives. ils font tout seuls...pour apprendre...

1 : oui ça c'est un des problèmes du cabinet de groupe...c'est que nous c'est pareil , c'est que **(il)** y a toujours un médecin sur place...

6 : ça c'est bien...

1 : et je me suis rendu compte et...en les obligeant faut dire ce qui est...de faire une garde ils se retrouvent vraiment seuls dans les locaux...je pense que c'est indispensable parce qu'on fait émerger plein de choses...soit des angoisses qu'ils ont...soit des...

4 : déjà quand on a des remplaçants qui ne veulent pas prendre de gardes c'est qu'ils ont des problèmes....[rires]

6 : oui! ou qu'ils ne veulent pas travailler comme ça...

A : comment vous vous percevez en tant que maîtres de stage et qu'est-ce qui vous a motivé à devenir maîtres de stage?

7 : **[rires]** qu'est-ce qui m'a motivé de devenir maître de stage? ...c'est toujours pareil c'est de recevoir et de donner. **[silence] d**e recevoir de nouvelles connaissances...la jeunesse et de transmettre mon expérience.

2 : tu as tout dit là.

7 : je m'en vais!

3 : tu as tout dit pour nous!

[rires]

6 : non! je me rappelle plus...je suis peut-être le seul à être installé tout seul...c'est ce qui me cassait le plus les pieds quand je me suis installé tout seul...d'être tout seul dans un cabinet...ça s'est présenté comme ça...c'est vrai que d'être avec quelqu'un' un d'autre c'est agréable dans un exercice. même si de temps en temps je le dis...ça va être enregistré...c'est quand même un peu lourd d'avoir quelqu'un de 9 h à 20 h y compris en mangeant...etc... parce que nous on fait tout ensemble et **(il)** y en a qui sont quand même popotes les deux mains dans les poches tout le temps...tu les as au cabinet , faut leur faire à manger , on leur donne pas à manger mais..presque. mais sinon , le côté relationnel dans l'exercice pour discuter avec les patients c'est très agréable.

7 : **[pi]** j'ai eu le fils de **[pif]**

[rires]

6 : et de temps en temps c'est aussi le piège cet échange là...on oublie le malade...on discute du malade avec l'interne et puis on oublie pas mais un peu...si si , c'est agréable...la plupart du temps ils sont très agréables tous...j'ai eu plein d'enfants de médecins. je ne sais pas pourquoi mais depuis trois ans , tous ceux que j'ai eus c'était tous des enfants de médecins !

2 : est-ce que ça change quelque chose?

6 : non. ils le disent au bout d'un moment d'ailleurs...

1 : moi j'ai eu une motivation politique...d'encadrer les internes...c'est de...d'essayer d'améliorer la démographie médicale actuellement avec une motivation de la pratique de médecine générale. notamment de leur montrer que d'être installée en libéral en étant une femme en ayant des enfants sans avoir un mari à la maison c'est possible. euh...et de leur montrer que le système hospitalier c'est pas **[pif]** c'est qu'on peut avoir une pratique , une qualité de vie , du plaisir à la médecine...c'est de la propagande en fait!

7 : ah ben bravo!

1 : non non! mais...voilà c'est une de mes motivations aussi! **[rires]** on a dit qu'on avait pas de tabou aujourd'hui!

6 : à l'inverse j'en ai quelques-uns notamment celui qui avait 40 ans qui m'a dit un jour ah non! moi je ne veux pas faire comme toi! alors je suis allé dans les toilettes **(il)** y a une glace et je me suis regardé...**[rires]** non il parlait de disponibilité je pense...il trouvait qu'on était un peu à l'ancienne...un peu trop disponibles pour tout...pour les gens...avec des horaires pas très cadrés...ça c'est quelque chose qui les a gênés...ils le disent un peu tous hein...ils trouvent ça très bien mais **(il n')** y en a pas beaucoup qui m'ont demandé t**(u)** as pas une petite place pour que je vienne me poser? ça c'est un peu le problème.

1 : oui justement , moi c'est un de mes engagements...c'est de faire changer les mentalités...des patients. c'est pas facile quand on veut leur faire changer leurs façons de vivre...

6 : ben c'est bien quand tu as des associés...

1 : moi je suis à temps partiel et c'est très bien pour les patients en semi-rural et de justement d'essayer de transmettre ce changement de mentalité dans les internes qui arrivent

6 : moi j'aimerais bien être à temps partiel...

[silence]

4 : ça va être l'avenir de la médecine...parce que effectivement si il n'y a que des femmes qui veulent faire du temps partiel...c'est vraiment un problème...

1 : ben quand on voit l'âge de l'installation on s'est bien qu'il y a un problème dès le départ...

5 : moi en fait je voulais passer de la formation culpabilisante à la formation...sereine. mais moi il m'a fallu beaucoup de temps...je ne suis pas un mec rapide...à la cinquantaine je me suis dit mais putain mais pourquoi on t'a toujours culpabilisé? on fait notre boulot c'est quand même marrant...

1 : tu t'es fait ton Mai 68 en fait!!

5 : et donc je me suis dit...il faut voir les choses différemment. et je me suis dit attends! il faut qu'ils sortent de médecine et qu'ils soient heureux de faire médecine. et comme j'étais engagé dans la médecine de montagne je suis secrétaire je me suis dit , il faut qu'on fasse venir des internes en médecine de montagne...

6 : pourtant c'est un exercice très particulier et il y a beaucoup de maîtres de stage quand même...proportionnellement au peu de nombre que nous sommes.

2 : moi je dirais la même chose...je travaille dans une banlieue , une banlieue un peu chaude de l'agglomération...et mon cheminement , c'était un petit peu la même chose. j'estime que...je pense que c'est comme toi aussi...je travaille avec une population un peu particulière et c'est bien aussi de pouvoir montrer aux étudiants qu'il y a du travail à faire avec ces gens-là et que c'est intéressant et même passionnant.

1: donc c'est un peu politique aussi?

3 : pourquoi tu penses toujours à ça en arrière pensée? c'est d'abord une stimulation de prendre quelqu'un qui...

7 : j'ai failli m'associer avec un mec.1m90 , 120 Kilo mais pas de graisse...costaud...il est dans la banlieue de **[pif]** vers Lille...en zone où on ne paye pas d'impôts...il s'est fait cassé 4 fois...et il adore ce qu'il fait...il était un peu fatigué... c'est quand même physique et il voulait venir se reposer un peu à La Clusaz. comme quoi ce que tu fais c'est sûrement plus difficile que ce qu'on fait nous...

[conv] [b+: brouhaha]

2 : **[pi]** banlieue dortoir **[pi]** non, je ne suis pas en zone franche

[conv]

A : et il n'y a personne parmi vous qui avait une motivation qui voulait prendre un petit peu de temps pour lui..?

3 : moi un peu de ça...me redynamiser aussi...parce que je trouve que prendre quelqu'un de jeune c'est...

1 : dans quel sens? parce qu'il faut prendre du temps pour un interne...

A : oui, mais ça te dégage un peu de temps aussi et c'est du temps où tu peux faire autre chose...

1 : ah! dans ce sens là...

6 : j'en profite mais ce n'était pas l'objectif au départ...c'est vrai souvent quand ils sont là parce que je suis aussi médecin de montagne...je suis au bloc à Albertville , le matin je suis au bloc histoire d'endormir un peu des gens pour garder le savoir faire... mais ce n'était pas l'objectif prioritaire...non c'était le parrainage...

5 : ça donne du temps...

1 : peut-être que c'est le cas pour quelqu'un qui a une activité seul...en groupe ton rythme de boulot...il vient se greffer là-dessus...

3 : moi je sais qu'il y avait aussi de se redynamiser et de partager avec la génération qui vient...leur montrer que c'est un métier passionnant. mais **(il)** y avait aussi que **(il)** y a une journée sur les trois où je fais autre chose...mais autre chose dans la médecine...par exemple ça faisait longtemps que je voulais monter une antenne de planning familial et bien je me suis mise sur le dossier de prévention...parce que je voulais pas le faire sur mon temps perso encore à la maison...c'est vrai qu'il y avait un peu de l'égoïsme là-dedans...

A : je ne trouve pas que c'est très égoïste ce que tu fais...moi je pense que ça peut être une bonne motivation...

6 : je pense à quelque chose là pour la supervision indirecte. **(il)** y a des fois je me dis que ce serait bien qu'ils soient là trois jours de suite...parce que régulièrement **(il)** y a quelqu'un que tu vois à un moment donné...lui il est content et toi tu te le repayes trois jours après parce que ça ne va pas du tout...c'est bien qu'on se remette le nez dedans , dans le jus , ça fait partie aussi de la supervision indirecte , c'est de pouvoir tomber justement sur les problèmes qu'on n'a pas réussi à régler...

1 : de la supervision naturelle c'est-à-dire...

6 : oui voilà ...souvent je leur propose trois jours puis le stage passe et on oublie...

5 : c'est vrai nous ils viennent trois jours pas forcément de suite...ils ont une facilité...c'est pour un renouvellement d'ordonnance , je leur prends la tension , pouf! je ne change rien et je mets pour un mois... je ne vais pas mettre pour six mois parce que...mais je leur dis mais tu es docteur ou presque là!?...il faut que tu prennes des décisions...et que tu les revois...et si tu

as un problème tu les reconvoques et tu reprends un rendez-vous avec toi le jour où tu es là...

2 : je suis d'accord avec toi et c'est quelque chose que j'essaie de les pousser à le faire...**(il)** y en a quand même qui le font d'emblée...ils gèrent un problème par exemple la mise en route d'un traitement antidépresseur , on les revoit une semaine après...ben c'est lui qui...si vous pouvez revenir dans une semaine et le jour où c'est moi...là c'est l' interne qui parle en disant ça et il arrive à instituer une relation , quelque chose...**(il)** y en a qui ont une super écoute et ils arrivent à lancer les choses...comme un vrai professionnel...**(il)** y en a il faut pousser les choses...ben écoute celui-là tu aurais peut-être dû lui dire de revenir la semaine prochaine...le même jour où tu y es...comme ça tu prends les choses en main...après je ferai la suite...mais je trouve que c'est pas mal...

A : je vais vous presser un peu...on n'a plus beaucoup de temps...et je vais vous posez la dernière question qui est la plus importante...**[rires]** quelles pourraient être selon vous les pistes d'amélioration de la supervision? qu'est-ce que vous proposez pour améliorer la supervision indirecte? **[silence] c**'est pas la plus facile...

1 : déjà effectivement , je pense qu'organiser des groupes d'échanges de pratiques...c'est pas mal. nous on s'est mis à faire ça...ça ne fait pas toute la supervision indirecte mais quand ils présentent des cas en groupes d'échanges de pratiques il y a forcément une supervision indirecte que l'on fait collectivement , avec les autres maîtres de stage finalement...

4 : c'est les GAC non?

1 : en fait...on a plusieurs unités pédagogiques dans notre secteurs , on est trois unités...on a trois internes...on se réunit une fois par mois avec les maîtres de stage et les trois internes et on fait un échange de groupes de pratiques...comme un groupe de pairs classiques sauf que les internes sont là.

2 : et vous faites l'échange que sur les cas des internes ou...

1 : on présente des cas , eux ils en présentent...

6 : nous , on les invite à nos groupes de pairs...parce qu'il se trouve que les maîtres de stage et le groupe de pairs...c'est les mêmes ...qui sont à la FMC etc...

A : tu avais connu ça dans un de tes stages non?

1 : oui...oui plus ou moins!...c'est un outil de plus. pour ce qui est du temps je n'ai pas trouvé de solution miracle...

5 : pour le temps moi...les internes je leur dis une fois par semaine...tac tac...le problème c'est avec les autres maîtres de stage du groupe ils sont un peu plus...je leur dis c'est à toi , l'interne d'aller sur son carnet de rendez-vous et tu marques...9h - 9h30 supervision...pour la semaine prochaine et voilà , comme ça il est obligé de le faire!

A : la programmer.

5 : oui il faut la programmer et il faut que l'interne soit partie prenante.

6 : souvent je suis là , je les accueille...exceptionnellement quand je suis au bloc parce qu'ils commencent tôt au bloc , encore que...mais sinon , effectivement ça , c'est tout à fait...

A : mais quand tu dis partie prenante c'est que quelque part tu lui demandes son avis sur le moment le plus opportun , sur ce qu'il veut aborder pendant la supervision...tu tiens compte...

5 : ah ben bien sûr...c'est pas...c'est pas un truc qui tombe...le troisième cas de la semaine dernière...c'est très variable...il faut que lui aussi il trouve du plaisir...ils aiment bien en général...et si ils aiment bien ils vont pousser les autres maîtres de stage à le faire aussi. c'est vrai qu'on est tous un peu feignants , et que se mettre ça en plus...c'est du temps qu'on a l'impression de passer en plus...mais en fait ce dont on ne se rend pas compte , c'est que le travail des consultations qu'ils font , eh ben! on ne les fait pas! c'est du temps qu'on a gagné et...là on a gagné vachement de temps...parce que quand on fait une journée de travail...

1 : c'est vrai que quand on a la pression des rendez-vous des gens qu'on ne sait plus où mettre pour les voir...c'est vrai que c'est difficile de bloquer une plage horaire...

6 : il faut peut-être le faire!

1 : oui il faut le faire.

6 : je pense que c'est une des techniques possibles...

5 : si tu prends une demi heure! il voit quand même plus de deux malades ton interne!...donc forcément tu es gagnante! **[rires]**

1 : oui tu as raison...

5 : et puis il y a un moment il faut pouvoir dire au patient ben non! je ne peux pas vous voir...

2 : moi je crois que la supervision , c'est comme un peu comme tout...on a du mal à s'y mettre mais quand on y est dedans , ben finalement on y est bien ...

5 : voilà absolument. c'est ça.

6 : moi c'est vrai que souvent on mangeait ensemble et on repassait **[tx]** au cabinet juste avant qu'il commence...on décalait...on prenait les rendez-vous un peu plus tard...

5 : ça peut être intéressant aussi de parler ensemble...moi des fois je les invite à boire une bière ou je les invite à la maison pour parler aussi un peu de l'ambiance...des trucs. mais ce qui est intéressant aussi c'est de regarder les dossiers...

1 : c'est un outil aussi de les rendre ivres? ça marche mieux la supervision?

5 : oui ça les détend! **[rires]** ils sont sereins , cools! mais quand

tu es devant l'ordinateur , le dossier , c'est vraiment un truc important qu'ils fassent un vrai dossier...mais en général ils savent bien le faire...

2 : ils sont même plus complets que les nôtres en général!

5 : oui! **[rires]** oui, je ne me rappelle plus bien! non...mais il ne faut pas que tu te rappelles d'ailleurs! il faut que tout soit mis pour...qu'il y ait des ()

2 : traces.

7 : des traces pour pour le médecin qui va le voir après suive le raisonnement!

[silence]

A : en résumé les solutions pour améliorer c'est...un temps dédié...que chacun soit d'accord que ça ne soit pas fait à la va-vite en fin de journée...

5 : faut que ce soit dédié , il faut que ce soit personnalisé pour qu'on se mette avec...ils sont différents alors...**(il)** y en a un qui va être sûr de lui on va revenir sur autre chose...et p**(u)**is...diversifié. mais au départ il faut qu'ils y trouvent du plaisir...si **(il n')** y a pas de plaisir c'est sûr qu'il n'y a pas de supervision...

A : donc c'est la pédagogie centrée sur l'apprenant?

5 : ah ben si tu le dis comme ça...

[rires]

4 : moi je dirais qu'à la limite c'est à midi qu'on voit si les gens sont un peu ouverts sur le monde ou pas...si ils sont un peu limités à une partie de l'existence...c'est vrai qu'on a des stagiaires qui sont très différents...qui sont très ouverts et d'autres qui sont fermés sur eux-mêmes...ce n'est pas évident...on s'adapte on n'est pas psychiatre hein...c'est vrai qu'on aime bien en voir qui sont ouverts sur tout...

5 : qu'ils ne sont pas fous!

[silence]

A : d'autres opinions?...il y a un sujet que vous avez abordé tout à l'heure...c'est comment faire effectivement avec quelqu'un qui ne voit pas l'intérêt de la supervision ou quelqu'un qui dit de toute manière je ne veux pas faire de médecine générale...

1 : ben je pense qu'on est quand même dans un cadre scolaire...on a beau dire que c'est un troisième cycle qu'ils sont motivés par eux-mêmes...que...ils sont tous partie prenante etc...c'est pas vrai...moi j'ai eu l'expérience avec une où vraiment jusqu'à la fin ça a été fastidieux parce qu'il a fallu la trainer jusqu'au bout euh...je crois qu'il y a aussi un rôle de la faculté qui est de faire passer des messages...qu'il y ait un interlocuteur facile à la faculté où on peut éventuellement aller discuter... pour qu'il y ait des choses qui soient rappelées quand même...qu'ils ont aussi des obligations...

2 : tu as eu un boulet toi!

1 : oui j'ai eu un boulet! parce que systématiquement à 4h ou à 5h je voyais les grilles de rendez-vous devenues noires pour la secrétaire pour pas qu'elle lui file des rendez-vous. enfin des boulets **(il)** y en a!

6 : ah ouais quand même! c'est chaud! moi je n'ai jamais eu ça...

1 : on n'est pas dans un monde parfait...c'est important aussi qu'il y ait un cadre!

3 : si il y a des problèmes avec l'interne...qu'est-ce qu'on est censé euh...

A : c'est pas l'objet de la question...

1 : oui mais il faut un cadre!

A : dans ta supervision comment tu vas l'amener finalement à partager ce moment avec toi...et que chacun soit...gagnant gagnant...et pour chacun qu'il y ait un intérêt...

1 : non mais , je pense que ...sur un interne qui n'a vraiment pas envie , qu'on n'arrive pas à motiver il faut passer quand même par un cadre. que ce soit inscrit dans la convention de stage qu'on a...ben écoute , je sais que t**(u n')** as pas envie mais c'est obligé , c'est comme ça...et le fait qu'il soit obligé...après arriver à faire passer le message à faire évoluer les choses...en lui donnant envie. mais si on n'a pas de cadre derrière pour l'obliger et qu'il dit la supervision j'en ai rien à foutre...ben**(il)** y a un moment on ne peut pas...ou sinon on jette l'éponge!

6 : c'est un moyen pour positiver la pratique aussi la supervision...toi tu sais ce que tu as fait , ça me semble pas mal...on peut peut-être faire mieux j'en sais rien... aussi de les sécuriser et de les encourager pour leur exercice futur...parce qu'ils se posent des questions...parce qu'ils sont encore encadrés c'est pas tout à fait pareil que quand on se retrouve tout seul...donc ça c'est aussi un moyen de valoriser la supervision! de positiver sur leurs acquis qu'ils ont par rapport aux connaissances qu'ils avaient avant et qu'ils ont mis en pratique...et qu'ils ont bien mis en pratique...parce que je trouve qu'ils sont bons!

1 : humm...

A : oui le but de la supervision c'est quand même ça...de relever les domaines dans lesquels ils ont acquis des compétences...et ()

6 : et on butte sur ce pôle mère enfant...parce que moi je suis défenseur pas de la médecine générale...ça m'énerve comme nom...je vous le dis tout de suite , je parle de médecine de famille. je trouve que c'est quand même plus joli. et je pense qu'il faut défendre cette activité pluraliste où on assume des grossesses des nourrissons...

1 : ils ne sont pas bons là-dedans...

6 : et voilà justement ça manque un peu...**(il)** y a quand même quelques stages qui pêchent et franchement c'est quand même pas sympa de ne pas leur montrer le B A BA de la médecine générale. la médecine générale n'entre pas en concurrence avec les spécialistes...chacun a son niveau de compétences...actuellement on est un peu tiré vers le bas....comme ça c'est simple...je suis peut-être un peu dur...

2 : ouais , un peu là...

6 : les spécialistes font des choses que tu fais c'est pas normal...chacun doit atteindre sa limite et après tu passes la main...

1 : **(il)** y a du deuxième cycle de médecine générale qui ne peut pas être appris par les hospitaliers et qui n'est pas appris notamment sur le pôle mère enfant...sur l'examen du nourrisson ils sont pas bons! sur l'alimentation du nourrisson ils sont pas bons! c'est du deuxième cycle!

6 : ils ne peuvent pas être bons...parce qu'on leur pèse et on leur mesure les nourrissons...alors de temps en temps tu te dis le poids la taille je n'ai pas entendu! ah ben oui j'ai oublié!...il faut peut être commencer par le B A BA!

1 : c'est du deuxième cycle...de médecine générale , de médecine familiale...ils ne sont pas formés. **(il n')** y a pas de formation de deuxième cycle de médecine familiale...

3 : **(il)** y a des lacunes dans d'autres domaines...je trouve qu'ils sont bien formés mais par exemple dans le quartier où je suis...tous les internes que j'ai vus, **(il n')** y en a aucun qui savaient remplir les dossiers APA , MPP HI , les mi-temps thérapeutiques...les machins les bidules...

1 : toute la paperasse!

3 : chiante!

6 : ça c'est nous qui leur apprenons parce qu'à l'hôpital , **(il)** y a beaucoup de praticiens ça leur passent au-dessus...

A : bon , on va peut-être arrêter parce que là on est en train de parler d'autres choses que de supervision...merci à tous.

ANNEXE E : Les occurrences

CONT/CONN
« on parle des dossiers soit qui nous préoccupent mais la plupart du temps qui préoccupent l'interne »
« on passe tout en revue »
« y'a des questions qui se sont posées, on essait d'y répondre »
« on repasse en revue aussi toute les consultations de la journée en voyant plus précisément celles qui ont pu poser problème »
« je liste les patients (...),les questions qui se sont posées la séance précédente où on n'a pas pu apporter de réponse (...), on reprend les consultations une par une (...) et on reprend quelques consultations si problème »
« au début on a plutôt tendance à revoir toutes les consultations »
« on parle des consultations qui ont posé problème (...) puis on prend une consultation au hasard qu'on décortique »
« je revois en général tous les dossiers le soir rapidement pour les choses qui ne posent pas de problème et puis on développe un peu plus les pathologies qui lui posent plus de problèmes »
« reprise des dossiers »
« sujets qui sont prévalents à votre exercice »
« on revoit les consultations plus ou moins rapidement (...), on s'arrête sur une consultation où on va chercher (...) la façon de faire et la façon dont ça s'est fait. »
« les dossiers de la semaine précédente »

« souvent en fin de journée, les internes relèvent plutôt les difficultés qu'ils ont eues de type relationnel »
« on essaie de revoir tous les patients qu'ils ont vus dans la journée et de voir les difficultés qu'ils ont eues »
« on peut même faire des recherches sur certains points qui nous posent problème à tous les deux »
« on revoit les dossiers que l'interne a vus la semaine d'avant »
« une fois qu'on sait qu'ils sont à niveau (...) ce qui est passionnant, c'est quand on parle de la relation avec eux »
« c'est le retour sur activité, avec discussion de la façon dont ils ont géré la consultation, les difficultés qu'ils ont pu avoir »
« on va discuter de mes cas...pour l'inciter à parler »

ORG/CONN
« supervision à distance et différée »
« en début de semaine d'après, on revoit aussi les résultats »
« reprise des dossiers de consultation (...) dans la semaine (...) qui suit les consultations »
« fractionner la journée avec un temps médian pour la discussion des dossiers vus le jour même »
« on a institutionnalisé une période (...) qui est en une ou deux fois qui dure une bonne heure à chaque fin de journée »

« moi, on la fait le matin »
« on le fait quand c'est possible entre une heure et deux heures parce qu'on mange ensemble »

OBJ-PED/CONN
« le fait de rediscuter, de reprendre les choses sur le plan relationnel avec les patients...il vient avec plaisir »
« on leur demande d'avoir une vision critique »
« (la supervision) pour le suivi »
« j'essaie de faire suivre mes malades (...), l'interne a une vraie prise en charge des gens »
« mais c'est ce côté d'être responsable des malades, de les suivre, de ne pas faire que le ponctuel »
« on essait de replacer la médecine générale dans la relation avec le patient »
« on parle de l'objectif de la consultation (...) pour accompagner quelqu'un dans sa globalité, sa difficulté »

« une recherche vers une amélioration et de sa pratique et de la nôtre »
« on a des échanges interactifs et on essait de leur faire découvrir la façon dont on gère notre activité parce qu'en ville et en campagne, c'est différent »
« on insiste sur la conscience professionnelle »
« j'ai eu une motivation politique...d'essayer d'améliorer la démographie médicale »
« c'est bien aussi de pouvoir montrer aux internes qu'il y a du travail à faire avec ces gens-là et que c'est intéressant et même passionnant »
« ça fait partie de la supervision indirecte, c'est de pouvoir tomber justement sur les problèmes qu'on n'a pas pu régler »
« le but de la supervision, c'est quand même ça...de relever les domaines dans lesquels ils ont acquis des compétences »

EVAL/CONN
« ça permet de mettre à jour des choses qui a priori lui semblaient ne pas poser de problème »
« recherche des scotomes de l'interne »
« ça permet de connaître leurs problèmes et les nôtres aussi »
« pour savoir comme il sentait les choses et comment il s'est senti dans la consultation »

« et on voit tout de suite si ils sont à niveau »
« on appréhende bien comment ils conduisent la consultation, on essait d'avoir un regard critique »

ROL-MDS/CONN
« parce qu'ils ont des difficultés relationnelles à un moment et c'est vrai que ça c'est un peu leur crainte »
« je me suis senti investi de cette fonction d'enseignant »
« cette fonction d'enseignant accréditeur »
« c'est très intéressant de donner envie aux autres de faire de la médecine générale »

« notre rôle à ce moment là (...) c'est entre guillemets de surveiller ce qu'il a fait (...) et un rôle d'échange sur la façon dont il a perçu les choses »
« éventuellement, après un rôle vers une ouverture, vers une recherche, une interrogation »
« ce n'est pas un rôle de pairs »
« c'est une supervision où on a un rôle d'enseignant »
« on est plus là pour des gestes complémentaires disons, des lacunes en thérapeutique »
« vérifier quand on n'est pas d'accord, on vérifie les données »
« notre rôle aussi, c'est de développer ses qualités propres »
« le SASPAS il sent qu'il est au bout du cursus donc il est content de cette supervision et de cet échange parce qu'il voit bien qu'il y a des trous »
« on a des techniques pour être disponibles »
« transmettre mon expérience »
« l'objectif prioritaire, c'était le parrainage »

METH/CONN
« je leur demande de faire un listing (NDLR : lister ce qui leur pose problème) (...) je colle des rendez-vous (NDLR : ciblés) »
« on liste des hypothèses de travail »
« il me décrit la consultation et puis...(NDLR : décrit un entretien d'explicitation)
« nous, ils ont forcément un RSCA (...) et c'est l'un d'entre nous qui est chargé plus particulièrement de ça »
« on a déterminé un problème (...) tu vas nous faire un travail de recherche et nous le présenter »
« nous, ce sera plus des recherches au niveau du groupe de pairs »

TYPE/CONN
« il y a le groupe de pairs je pense que c'est aussi une supervision indirecte différée »
« il y a à la fois la supervision différée (...) on est beaucoup plus dans la supervision en continu, permanente »
« la création d'un groupe de pairs pédagogique entre deux ou trois unités pédagogiques...et ça, ça fait partie de la supervision différée »
« on se réunit avec tous les maîtres de stage de l'interne pour travailler au début sur son projet à lui »
« présentation de mémoire en groupe de pairs (...) c'est une méthode de travail parmi d'autres »

« nos stagiaires viennent en groupe de pairs donc on a aussi cette attitude là de se voir une fois par mois »

REGL/CONN
« elle ne fait que deux heures de consultations seule? Ah ouais.... » (désaccord)
«c'est un travail écrit qu'on lui demande...systématiquement, que ce soit dans un optique facultaire ou pas »
« c'est une obligation facultaire » (le travail écrit)
« on va agir pour valider leur cursus : c'est le document de synthèse »
« j'ai senti qu'on avait des responsabilités et des choses à faire par rapport à ce que la fac demandait »
« c'était important de voir qu'il y avait un cadre, des obligations, qu'il y avait des horaires... »
« les textes officiels, ils ne sont pas si compliqués que ça »

« maintenant, ils sont obligés de faire un mémoire »

SEM/CONN :
« debriefing »
« une période qu'on appelle débriefing d'ailleurs »
« débriefing »
« débriefing tardif »

« la supervision indirecte, c'est déjà indirecte : ça sous-entend qu'on n'était pas là, que l'interne avait une liberté absolue dans ce qu'il faisait... »
« c'est un échange, ce n'est pas qu'un enseignement... »
« elle est indirecte à partir du moment où on le laisse tout seul! »

MIL/CONN
« pour la faculté c'est intéressant, on va agir pour valider le cursus : on leur demande déjà ce qu'ils ont fait : c'est le document de synthèse. »

ROL/DIFF
« c'est très dur en supervision indirecte parce que ça ressemblait quand même beaucoup à une sorte de remplacement »
« on a énormément de difficultés pour modifier des façons d'appréhender la médecine générale »
« c'est un peu la schizophrénie dans nos têtes »
« notre difficulté, dans notre groupe, c'est de se positionner comme enseignant , on n'est pas là-dedans »
« on ne se positionne pas vraiment (...) comme ayant des responsabilités...pédagogiques...de formation...d'enseignant... »
« le ressenti d'échec, c'est quand le débat n'arrive pas à se créer »
« est-ce que je lui ai vraiment apporté quelque chose? »

« il est passif pendant quelques jours (...) pour qu'il s'adapte à notre façon de faire ...puisqu'il va nous remplacer à certains moments »
« il est toujours sous surveillance...parce qu'il ne faut pas oublier que l'on travaille en libéral et non pas à l'hôpital, et donc on est responsable »

EVAL/DIFF
« on ne sait pas quand les internes arrivent en SASPAS ce qu'ils savent »
« on ne savait pas comment contrôler »
« je lâche très vite si je vois que ça colle. Ça dépend des internes »
« je suis enseignant...je vais devoir valider un DES.(...) Ce n'est pas simplement du compagnonnage et il faut qu'il puisse attester de ce qu'il a appris là »

« et puis on le laisse (...) quand on est à peu près sûr de lui...Quand on est sûr qu'il va nous demander si il ne sait pas »
« on regarde la tête des gens qui partent »
« on discute avec lui des cas qui lui ont posé problème ou qui nous ont posé problème...on voit comment il fonctionne. Voilà, c'est comme ça qu'on se rend compte »
« on est trois, bientôt quatre (NDLR : MDS) et ça nous donne à nous une assurance sur un jugement (...) qui est forcément partagé »
« ils travaillent tous seuls dans leur coin et pis...comment tu fais pour...pour voir comment ils ont travaillé? »
« je pose le problème : nous n'avons pas de retour (NDLR : de patients dans ce cas précis)
« avons-nous la compétence pour évaluer la compétence de quelqu'un d'autre? »

METH/DIFF
« on a l'impression que quelque fois c'est un peu superficiel »
« ça devient plus informel »
« on ne se pose pas de manière assez exigeante lorsque l'interne arrive »
« ces séances pourraient être plus structurées »
« on en a donné en formation des outils, et sur le tas, je trouve que c'est difficile à utiliser...les autres outils (NDLR : en dehors de

l'entretien d'explicitation), je ne les ai jamais utilisés »
« c'est une contrainte les traces écrites. C'est un truc qu'il faut tenir au quotidien »

« supervision indirecte, je trouve que c'est difficile. C'est beaucoup plus facile en supervision directe »
« j'aurais plus tendance à discuter avec l'interne (...) et ne pas reprendre tous les dossiers... »

OBJ-PED/DIFF
« c'est plus difficile de (faire suivre les malades) quand l'interne n'est là que deux demi-journées par semaine. »
« si on me demandait de définir les objectifs du SASPAS, j'en serais bien incapable »
« je n'ai pas d'idée d'objectifs au départ »
«(en traumatologie) on ne peut pas former un mec en trois mois! »
« je ne les laisse jamais seuls! Tu ne peux pas les superviser! »

CARACT-INT/DIFF
« on a des internes qui ne posent jamais de questions...je trouve c'est affreux »
« y'a des internes qui ont l'impression qu'ils savent tout...comment on contourne ça? »
« moi, la pire des difficultés, ce sont les internes qui savent tout! »
« c'est plus dur avec les hommes »
« c'est par manque de disponibilité de l'interne, elle ont toujours autre chose à faire »
« on arrive en fin de stage et (...) c'est toujours pas fait »
« (NDLR : le ressenti) est très interne-dépendant »
« ils sont encore un peu passifs »

« on a des internes à caractère très différent et donc, on s'adapte un petit peu à leur sensibilité »
« on a certains des internes qui n'ont pas la motivation de rester tard...on finit plus tard qu'eux... »
« les difficultés, la première que j'ai rencontrée avec une interne en particulier a été la motivation de l'interne (...) quand ils ne sont pas motivés, ben là, ça ne marche plus»
« pour lui, c'était chiant, parce que c'était encore des trucs à faire en plus et il avait plus envie d'aller dehors que de rester (...) il n'en ressentait pas le besoin »
« j'ai eu aussi des difficultés liées à l'âge »
« effectivement, deux femmes avec peu de différences d'âge (...) ce problème là, il n'est pas à négliger »
« chaque interne est une personne et (...) y'en a qui ont plus ou moins envie de s'impliquer »
« je trouve qu'on a certains internes qui n'ont pas conscience de leur limite »

FACT-LIM/DIFF
« et des fois quand on a le temps, on passe tout en revue »
« on passe beaucoup de temps »
« supervision en continu, permanente (...) qui tient peut être à notre mode de fonctionnement »
« le temps (NDLR : est une difficulté) »
« ce qu'il y a, faut s 'investir pour partir deux jours quelque part (NDLR : en formation) une journée, c'est plus facile »

« je regrette qu'on n'est pas plus de temps pour parler médecine »
« je ne pense pas qu'on puisse être exhaustif entre 19h30 et 20h alors qu'ils ont encore une demi heure ou ¾ d'heure de route, on ne peut pas faire le tour »
« le soir, ils sont fatigués, une journée de travail, c'est plus fatiguant pour eux que pour nous et puis nous aussi, on commence à être vieux... »
« (NDLR : le = moment de supervision) c'est de le rendre plus attrayant pour qu'on soit motivé l'un et l'autre »
« personnellement, moi aussi le vrai problème c'est le temps »
« moi, c'est le manque de temps »

ORG/DIFF
« c'était un peu long deux jours » (NDLR : la formation)
« (NDLR : le temps de supervision) ça déborde souvent, ça déborde »
« j'ai une collègue malade (...) je suis beaucoup en formation (...) je ne sais plus comment faire »

« les plus gros problèmes sont organisationnels »

« c'est vrai que quand on a la pression des rendez-vous, des gens qu'on ne sait plus où mettre pour les voir, c'est vrai que c'est difficile de bloquer une plage horaire »

IMPACT/DIFF
« le problème c'est la lourdeur...le temps sur notre activité, sur la leur aussi»
« ça perturbe de temps en temps un peu l'organisation du cabinet »

CONV/DIFF
«(certains) internes qui ne posent jamais de question, on a l'impression qu'ils passent à côté de leur stage »
« moi, j'ai l'impression qu'ils disent toujours que tout va bien et que ce n'est pas forcément ce qu'ils disent entre eux »

« c'est de temps en temps moi qui suit obligée de forcer pour parler plus de pédagogie ou plus de la conduite à tenir face à telle pathologie...parce qu'ils sont beaucoup plus sur les problèmes relationnels »
« j'ai pas eu beaucoup de problèmes sauf avec une qui m'avait dit d'emblée qu'elle ne ferait pas de médecine générale (...) donc ça n'a pas été très agréable pendant 6 mois (...) parce que je sentais que ce n'est pas un futur confrère ou un futur remplaçant...au contraire! »
« quelque part, c'est l'absence de vision commune (NDLR : qui pose problème) »
« il trouvait qu'on était un peu trop à l'ancienne...un peu trop disponible pour tout »

REL/DIFF
« quand on oblige un interne de rester pour une supervision, ben...forcément, on a une relation qui n'est pas la même »
« y'en a qui sont quand même « popotes » les deux mains dans les poches tout le temps...tu les as au cabinet, faut leurs faire à manger, on leur donne pas à manger mais...presque »

CARACT-MDS/DIFF
« j'avais plus envie de rentrer à la maison que lui! »
« on a des manières différentes d'encadrer »
« même, à la limite, faudrait que je la pousse dehors à neuf heures et demi du soir parce que ça fait une heure et demi qu'on est en train de superviser! »

« le maître de stage n'est pas là à ce moment-là...ça l'oblige à revenir...et y'a un peu de difficulté...à être là...et se forcer à faire la supervision (...) ceux qui sont isolés, ils doivent revenir, ça leur pèse »
« c'est vrai qu'on est tous un peu feignants et que se mettre ça en plus... »

MIL/DIFF
« je n'ai pas les mêmes obligations familiales que toi! (...) oui, mais c'est compliqué »
« je ne suis pas sûre que ce soit notre culture »
« j'ai l'impression qu'ils ne sont pas habitués à critiquer...à évaluer »

« c'est vrai que la quartier où je travaille est un peu particulier (...) pas mal d'agressivité (...) et c'est pas toujours facile de les lâcher.
« j'ai du mal...d'abord parce qu'ils viennent de loin, alors si je leur rajoute encore ¾ d'heure le soir pour débriefer »
« j'en avais qui repartaient à vélo...qui avaient loin...l'hiver, la nuit, des fois, c'était abrégé par manque de temps »
« c'est le debriefing tardif qui posait problème parce qu'ils ont de déplacements un peu loin »
« nous n'avons pas de retour (NDLR : des patients dans les stations) »

STATUT/DIFF
« l'interne ce n'est pas notre pair »
« ils font vraiment partie du cabinet »
« on les appelle nos assistants »

« c'est pas un échange de pairs »
« j'ai l'impression quand même (...) d'être plus dans un échange de pairs presque »
« ces internes ont beaucoup de bases, comme un peu dans un groupe de pairs »
« moi, je les considère comme des pairs...des pairs en formation mais ce sont des pairs. Ce sont de vrais collègues »

« nous, c'est le médecin stagiaire »

UNIV/DIFF
« on arrive quand même très tard dans le cursus de la formation de l'étudiant »
« mais y'a pas un groupe entre internes? »
« la difficulté, c'est l'articulation entre la formation et la faculté »

« franchement, c'est quand même pas sympa de ne pas leur montrer le B-A-BA de la médecine générale. La médecine générale n'entre pas en concurrence avec les spécialistes »

SUPP-PED/STRA
« documents sous la main style Prescrire ou les recommandations HAS »
« les formations m'ont fait gagner du temps sur des techniques...l'entretien d'explicitation adapté à la pédagogie... »
« on a essayé de (le) faire au travers de livres, (...) j'ai essayé de trouver d'autres supports que les consultations »
« on a des collègues qui leurs demandent quelque chose qu'ils appellent un script »
« il faut qu'il puisse attester de ce qu'il a appris là...et les traces écrites, ça sert à ça »

« j'essaye (...) un échange écrit...je lui demande...un compte rendu...entre guillemets, une étude écrite »
« maintenant, ils sont obligés de faire un mémoire...c'est un cas qu'ils ont creusé...donc y'a plein de choses qui permettent de diversifier pour que ça ne soit pas lassant en fait »
« c'est vraiment un truc important qu'ils fassent un vrai dossier »

METH/STRA
« la structuration, elle aide quand ça roule pas! »
« à part l'entretien d'explicitation, c'est la façon peut-être la plus facile »

« la restitution de la consultation sans analyse »

EVAL/STRA
« on a l'outil des patients »
« je trouve qu'on a un bon retour des patients »
« les dossiers qui sont une trace de ce qui a été fait »
« l'échange oral...on a les moyens d'avoir un reflet de leur...de comprendre leurs difficultés »
« c'est la réduction du nombre de demandes qui nous montre qu'en fait ils deviennent autonomes »

ORG/STRA
« il est rare qu'on décale (NDLR : la supervision) parce que c'est un peu gênant pour le suivi »
« on a institutionnalisé une période »
« c'est marqué dans le planning »
« poser un cadre précis dans le fonctionnement »
« bloquer dans le planning (NDLR : le temps de la SI) »
« avoir un temps qui est destiné »
« on a résolu ça en mettant des dates » (NDLR : pour les travaux écrits)

« c'est pour ça que j'essaie de caler entre une heure et deux heures et passer un petit moment (NDLR : avec l'interne) »
« je trouve, c''est intéressant de commencer par ça parce que le soir, ils sont fatigués (...) le matin, on est frais! »
« il m'a fallu réorganiser parce que c'était trop dur de...de faire ça en fin de journée parce que systématiquement, ça passait à l'as »

FORM/STRA
« et puis je suis allé me former (...) et là, j'ai eu quelques idées pour faire la supervision directe »
« les formations sont adaptées à la relation pédagogique (...) les formations nous font gagner du temps »
« l'outil de la formation, c'est bien »
«(les formations) me permettent de contourner des difficultés spécifiques »

« on a besoin de techniques pour approfondir »
« pendant la formation, on a eu les objectifs, on a compris un peu à quoi ça servait »
« (la définition des objectifs du SASPAS) : c'est l'objectif des formations »

COMPTT/STRA
« ce que j'ai acquis dans les formations, ce sont des techniques pour tous ces cas particuliers »
« poser un cadre précis »
« plus les années avancent, plus on structure en fait »
« qu'il sache que quoiqu'il se passe, il aura ce temps pour lui et pour son enseignement »
« il faut oser dire les choses, il faut déjà poser la question »
« et il faut que je le dise à mes collègues que si on accueille des internes, c'est parce que on attend ça de nous au niveau de la faculté et que les choses soient plus établies »

« il y a aussi la supervision indirecte anticipée (...) c'est du contrôle...déjà, moi, ça m'engage moins parce que je sais qu'après il le fera correctement. Maintenant, je fais une check-list avant...des choses qu'on aborde avant de le mettre en situation. Anticiper »
« ils faut qu'ils y trouvent du plaisir »
«comment l'aborder de façon moins fastidieuse... je fais une partie de la supervision maintenant seule...la partie de surveillance »

EMOTIONS POSITIVES
ECHAN/RESS
« ils nous apportent un regard sur notre manière dont on travaille »
« on est dans le désir de partager avec eux notre enthousiasme, notre passion, notre savoir faire »
« je pense qu'on partage plein de choses avec eux »
«moment de convivialité »

« c'est un échange, ce n'est pas qu'un enseignement...moi aussi j'apprends des choses »
« pour nous c'est un super échange »
« ce n'est pas un échange confraternel à sens unique »
« c'est recevoir et donner »

VALO/RESS
« je me sens autorisé par la faculté à ma positionner comme ça »
« on se rend compte de notre position de superviseur, d'enseignant... »

RECON/RESS
« reconnaissance mutuelle de son savoir, de savoir être »
« c'est un moment de reconnaissance nous concernant »

INVEST/RESS
« si on fait de l'enseignement c'est bien qu'on a le feeling pour ça »
« je ne l'ai pas senti de dandiner sur sa chaise! »
« pour la supervision indirecte, ils sont ravis »
« les internes que j'ai eus, je les trouve très assidus aux groupes de pairs »
« j'aimerais vraiment mettre ça en place (NDLR : groupe de pairs pédagogique)
« c'était aussi pour leur dire que j'aimais bien ce que je faisais : un peu vendre mon métier »

« ils sont très demandeurs »
« mais ils sont au contraire très volontaires pour aller chercher... »

IMPACT +/RESS
« service qu'il nous rend »
« c'est très stimulant pour nous »
« ça les soulage, c'est dynamisant et de temps en temps, ça rend service quand même »
« c'est très enthousiasmant »
« ça me force un peu aussi à faire mieux mon travail »

« c'est vraiment quelque chose qui me fait du bien »
« d'une manière égoïste, c'est enrichissant! »
« ça nous oblige à bien faire (...) c'est un moteur extraordinaire! »
« c'est très stimulant »
« me redynamiser aussi »

PLAISIR/RESS
« c'est un plaisir de voir ça »
« c'était passionnant ça »

« pour moi, la supervision (...) c'est déjà du plaisir »
« moi, ça me fait plaisir de prendre un type et...de lui montrer qu'il sait faire plein de choses »
« mais sinon, le côté relationnel dans l'exercice pour discuter (...) c'est très agréable »

CROY+/RESS
« j'ai l'impression qu'ils sont très avides d'apprendre »
« ils sont très ouverts »

« je trouve que ça se passe très bien avec eux...et j'ai pas trop de souci...je ne sais pas quoi dire de plus »

EMOTIONS NEGATIVES
FRUST/RESS
« ils sont formés par les spécialistes et on arrive derrière »
« la seule chose qui me manque c'est que je n'ai pas de retour »

« je regrette qu'on n'est pas plus de temps pour parler médecine »
« je suis très frustrée quand les internes n'osent pas dire »

CONTRA/RESS
« ça arrive qu'on est dérangé »
« nous, on fonctionne un peu comme ça sauf qu'on y arrive pas....c'est malheureux »

« j'ai eu beaucoup de mal, certains...à obtenir qu'ils restent pour qu'on ait ce temps-là... »

IMPACT-/RESS
« parfois, c'est un peu lourd parce qu'on les a sur le dos toute la journée »

LASSIT/RESS
« j'ai l'impression que c'est de plus en plus difficile au fur et à mesure des années »

« au départ, c'est vraiment on regarde es cas cliniques...quasiment de façon exhaustive (...) ça aussi ça devient lassant »

ANGOISSE/RESS
« une sorte d'appréhension au début »
« plus on est récent dans la maîtrise de stage, moins on laisse l'interne en autonomie...plus on avance, plus on les laisse »

« ils travaillent tous seuls dans leur coin et pis...comment tu fais pour voir comment ils ont travaillé? »
« ça m'angoisse »

CROY-/RESS
« ils sont angoissés »

ORG/PERSP
« on pourrait établir que effectivement on fait une réunion d'évaluation en milieu de stage »
« il faut un temps dédié »

« je pense que pour le prochain stage, je vais essayer d'installer ça le matin »
« c'est à toi l'interne d'aller sur son carnet et tu marques : 9h-9H30 supervision (...) comme ça , on est obligé de la faire! »

PED/PERSP
« quelque chose qu'on pourrait faire une fois par mois...qui va moins loin dans les recherches... »
« ça paraît être une piste intéressante de leur faire faire une travail une fois par mois »
« formaliser les objectifs »

FORM/PERSP
« peut-être il y aurait des besoins complémentaires... d'informations des maîtres de stage »
« plus on a acquis cet état d'esprit de se sentir enseignant,(...) plus on ressent que c'est difficile et qu'on a besoin de s'améliorer, d'avoir sans arrêt des outils, des recherches »
« la formation des enseignants »
« il fallait la formation des enseignants et un changement d'état d'esprit »

ROLE/PERSP
« espèce de rigueur qui nous aiderait peut-être à structurer les supervisions »
« c'est un équilibre à trouver »
« parce que ça nous aide quand on est investi...pas d'un pouvoir mais d'une fonction, d'un rôle un peu officiel »

INNOV/PERSP
« on aurait une grille de travail »
« la supervision différée en groupe »
« le groupe de pairs pédagogique : je trouve que ça a un intérêt majeur »
« on ne peut pas s'améliorer, si on n'a pas de critiques »
« un travail une fois par mois (...) pour voir leur esprit de synthèse »

« effectivement, je pense qu'organiser des groupes d'échanges de pratiques, c'est pas mal »

UNIV/PERSP
« parce que on attend ça de nous au niveau de la faculté »
« il faut que le département élabore un document »

« je crois qu'il y a aussi un rôle de la faculté qui est de faire passer des messages...qu'il y ait un interlocuteur facile à la faculté où on peut facilement aller discuter...pour qu'il y ait des choses qui soient rappelées quand même...qu'ils ont des obligations »
« il faut passer quand même par un cadre, que ce soit inscrit dans la convention de stage qu'on a ... »

ANNEXE F : Tableau de fréquence d'apparition des thèmes et des sous-thèmes

THEME 1	Focus group 1	Focus group 2	Totaux	
CONT/CONN ORG/CONN	12 5	7 2	19 7	(26)
OBJ-PED/CONN EVAL/CONN	7 4	7 2	14 6	(20)
ROL-MDS/CONN	4	11	15	
METH/CONN TYP/CONN	6 5	0 1	6 6	(12)
REGL/CONN	7	1	8	
SEM/CONN	3	3	6	
MIL/CONN	1	0	1	
Totaux	54	34	88	

THEME 2	Focus group 1	Focus group 2	Totaux	
ROLE/DIFF EVAL/DIFF METH/DIFF OBJ-PED/DIFF	7 4 6 3	2 7 2 2	9 11 8 5	(33)
CARACT-INT/DIFF	8	8	16	
FACT-LIM/DIFF ORG/DIFF IMPAC/DIFF	5 3 0	6 2 2	11 5 2	(18)
RELAT/DIFF CONV/DIFF CARACT-MDS/DIFF	0 2 2	2 4 2	2 6 4	(12)
MIL/DIFF	3	5	8	
STATUT/DIFF	3	4	7	
UNIV/DIFF	3	1	4	
Totaux	49	49	98	

THEME 3	Focus group 1	Focus group 2	Totaux
SUPP-PED/STRA	5	3	8
METH/TRA	2	1	3 (16)
EVAL/STRA	0	5	5
ORG/STRA	6	3	9
FORM/STRA	7	0	7
COMPTT/STRA	6	3	9
UNIV/STRA	0	0	0
Totaux	26	14	40

THEME 4	Focus group 1	Focus group 2	Totaux
ECHAN/RESS	4	4	8
VALOR/RESS	2	0	2
RECONN/RESS	2	0	2
INVEST+/RESS	6	2	8 (38)
IMPACT+/RESS	5	5	10
CROY+/RESS	2	1	3
PLAISIR/RESS	2	3	5
FRUST/RESS	2	2	4
CONTRA/RESS	2	1	3
IMPACT-/RESS	0	1	1
LASSIT/RESS	1	1	2 (15)
ANGOISSE/RESS	2	2	4
CROY-/RESS	0	1	1
Totaux	30	23	53

THEME 5	Focus group 1	Focus group 2	Totaux
ORG/PERSP	2	2	4
PED/PERSP	3	0	3
FORM/PERSP	4	0	4 (7)
ROLE/PERSP	3	0	3
INNOV/PERSP	5	1	6
UNIV/PERSP	2	2	4
Totaux	19	5	24

ANNEXE G : Analyse non verbale et étude de la dynamique de groupe

Chacun des deux groupes étaient disposés autour d'une table rectangulaire.
Rappelons que les deux groupes étaient constitués de sept participants et d'un animateur. L'observateur était légèrement en retrait pour ne pas perturber le débat mais suffisamment intégré pour cerner et observer chacun des participants.

- **Groupe 1 (médecins 9 à 15)**

Au départ, nous pouvions noter une certaine timidité dans les réponses mais rapidement, les participants se sont sentis à l'aise pour s'exprimer.
Tous ont écouté de façon respectueuse les autres participants et nous n'avons pas enregistré de confusion dans les propos énoncés.
Chacun a pu prendre la parole qui restait libre, sans ordre établi, hormis au départ où un tour de table a été effectué. Il a permis l'expression de chacun pour la définition de la supervision indirecte.

Nous pouvons remarquer pourtant une vraie disparité dans la fréquence des prises de paroles des différentes personnes.
L'animateur en a comptabilisé le plus grand nombre (fréquence de 89 prises de paroles). Mais son rôle fondamental est de relancer le débat, d'offrir la parole à chacun. Il a participé aux discussions tout en ouvrant des perspectives de questionnements pour la poursuite de la réunion selon la grille d'entretien. Nous pourrons noter que sa situation de directeur du DMG* lui donnait une place et un intérêt particuliers face aux réponses des participants. Mais cet élément n'a pas été pas responsable de réticences de la part des maîtres de stage qui auraient pu se sentir en porte-à-faux vis-à-vis de lui.

Le médecin 9 a comptabilisé aussi un nombre et un temps de parole plus important que les autres (79 prises de parole). Son expérience et son investissement au sein de la formation des maîtres de stage lui ont donné matière à s'exprimer sur le sujet mais ses propos ont pu enrichir le débat sans intimider les autres participants. Nous pouvons la considérer comme leader de la discussion.

Les médecins 11 et 14 ont présenté quasiment le même nombre de prises de parole (60 et 66). Et le trio 9,11 et 14 a fonctionné ensemble la plupart du temps.
Les médecins 12,13 et 15 ont pris la parole respectivement 20, 26 et 37 fois sur des durées relativement courtes. Et en ce qui concerne le médecin 15, il était difficilement audible mais ses interventions ont toujours suscité beaucoup d'intérêt pour le débat en question.

Le médecin 10 était en retrait physiquement et au niveau de sa participation orale tout le long de la discussion avec seulement 8 prises de parole. En effet, il parlait relativement bas et s'était placé en retrait par rapport à la table. Pour autant, nous ne pouvons pas parler d'attitude d'opposition ou de désintéressement : ces prises de parole, concises, se sont révélées être pertinentes et souvent riches en terme de ressenti.

L'observateur a pris la parole 9 fois sur des durées courtes. Son rôle doit habituellement être silencieux et il a pris pour un instant les fonctions d'animateur de la séance ce qui n'a pas semblé perturber le fil de la discussion et a permis d'ouvrir le débat et d'explorer des notions nouvelles.

A noter que trois médecins dont l'animateur se connaissaient bien, pour avoir été formateurs ou participé ensemble à une même unité pédagogique. Mais il ne semble pas que la dynamique de groupe en ait souffert.
Pendant la séance, il y a eu des rires et plaisanteries réactionnelles, des hochements de tête en signe d'acquiescement ou d'opposition, des épisodes de toux qui ont pu perturber légèrement l'auditoire mais peu de bavardage en aparté.

Chacun paraissait détendu et les personnalités de chacun ont pu émerger.
Les discussions ont été riches d'expériences diverses et les participants, en fin de séance, ont évoqué leur satisfaction d'avoir participé à ce type de rencontre.

- **Groupe 2 (médecins 1 à 8)**

Nous avons noté une réelle différence dans l'étude de la dynamique de ce deuxième groupe.
A première vue, la répartition des prises et temps de parole semblait plus homogène mais plusieurs sous-groupes se sont démarqués.

Tout d'abord, le médecin 1 a comptabilisé plus de 90 prises de paroles. Elle s'est exprimée clairement, distinctement et a pris une place privilégiée dans le groupe. Très souvent, c'est la première à répondre aux questions proposées par l'animateur. Elle a partagé la place de leader de la discussion avec le médecin 6 qui a pris la parole 81 fois et qui a régulièrement échangé avec elle.

Ensuite, les médecins 5 et 7 se sont exprimés dans une moyenne de 55 fois et sont intervenus souvent en duo, se répondant l'un à l'autre. Il est vraisemblable qu'ils se connaissaient avant la séance ce qui a favorisé leur partage d'expérience.

Nettement en retrait, on retrouve les médecins 2, 3 et 4 qui ont chacun pris la parole 20 fois. Visiblement, il était moins évident pour eux de s'exprimer en public et l'animateur a veillé tout au long de la séance à ce qu'ils puissent malgré tout participer au débat, même succinctement.

L'animateur occupe une place moins importante dans la discussion en comparaison à l'animateur du groupe 1 mais il joue parfaitement son rôle en distribuant la parole, recadrant le débat, limitant les discussions en aparté ou le brouhaha.

Au milieu de la réunion nous avons pu constater que le médecin 7 a pris le rôle d'interviewer de ses collègues sur une dizaine de minutes. Il a supplée l'animateur qui l'a laissé poursuivre dans le but de laisser des idées nouvelles voir le jour.

Au départ, chacun paraissait relativement réservé. Nous avons noté des rires et une sorte de gêne à l'énoncé de presque chacune des questions de la grille d'entretien. Les MDS* paraissaient alors intimidés. Malgré tout, l'ambiance s'est petit à petit détendue, des plaisanteries ont permis aux participants de décompresser et de ne pas se sentir jugés.
En revanche, il a été plus difficile d'éviter plusieurs épisodes de brouhaha et de discussion en aparté qui ont ralenti le déroulement de la réunion, renforçant le sentiment de « clans » au sein du groupe.

Les médecins ne semblaient pas se connaître, hormis deux et n'avaient jamais travaillé ensemble. Il était question de parler de leur expérience personnelle et de leur manière de fonctionner dans le cadre de la supervision. Cet élément peut expliquer en partie la gêne de départ puis la formation spontanée de sous-groupes. L'âge de chacun des médecins n'a pas semblé intervenir dans la formation des « clans ». En revanche, nous avons retrouvé une sorte de cohésion dans les pratiques d'encadrement des étudiants qui a dû réunir certains.
Chaque individualité a permis l'émergence d'idées et de sentiments divers. Le fait qu'il existait moins de connivence dans ce groupe a probablement enrichi l'analyse de l'étude.

ANNEXE H : Synthèse concernant le rapport du groupe Nemitz[27] et la circulaire du 26 avril 2004[14]

Courant 2002, Monsieur le Professeur Jean François Mattei, Ministre de la santé, demande à la conférence des doyens de réfléchir sur le sixième semestre pour mieux le définir et l'organiser.
Un groupe de travail est alors formé, sous l'égide du doyen de la faculté d'Amiens, le Professeur Nemitz. Le CNGE*, les représentants de la coordination des Départements de Médecine Générale, MG France*, l'UNOF* et la CSMF*, l'ISNAR-IMG* et le président de l'administration universitaire francophone de Médecine Générale participent en mai de cette année à l'élaboration d'un rapport qui servira de base à la **circulaire du 26 avril 2004** qui fixe les modalités et le contenu du stage supplémentaire.

Le groupe de travail a souhaité organiser un sixième semestre, se différenciant du premier stage chez le praticien, dans le but de permettre l'acquisition d'une autonomie plus importante pour l'étudiant.
Différents types de stage sont possibles (nous ne parlerons que du SASPAS*) mais les objectifs pédagogiques y sont communs.

Le groupe de travail définit et préconise le SASPAS* au sein du SUMGA (Service Universitaire de Médecine Générale Ambulatoire), structure reconnue par l'université, réunissant plusieurs médecins généralistes enseignants, rassemblés autour d' un coordonnateur, le directeur d'enseignement clinique.
Les maîtres de stage doivent répondre à des critères particuliers à savoir : ancienneté (3 ans d'exercice), participation à une FMC* reconnue, formation pédagogique validée et acceptation du cahier des charges.
Les internes ont des obligations de service : ils travaillent onze demi journées par semaine dont deux sont consacrées à la formation universitaire, pas plus de deux jours consécutifs chez le même médecin (pour limiter les risques de déviances vers un remplacement déguisé). L'interne peut consulter en lieu et place du médecin titulaire et doit effectuer 1200 actes en moyenne au cours du stage (minimum 900, maximum 1500). Son emploi du temps doit lui permettre de s'intégrer dans la structure tout en lui permettant de valider ses objectifs pédagogiques.

Les objectifs pédagogiques généraux :

Le SASPAS* « doit permettre à l'interne :

- une mise en situation authentique de confrontation réelle aux demandes de soins, de décisions solitaires avec supervision permanente
- une analyse des difficultés rencontrées et des solutions apportées
- une prise en charge des patients nécessitant un suivi au long cours (maladies chroniques, grossesses, nourrissons, maladies évolutives)
- une participation à l'organisation matérielle du cabinet et à la gestion de l'outil de travail en prenant en compte les contraintes administratives et les difficultés de l'exercice quotidien
- l'institution de contacts avec les confrères et une collaboration avec les autres professionnels de santé, en particulier dans le cadre d'un travail en réseau ».

Les objectifs spécifiques au SASPAS* :

Le SASPAS* doit permettre à l'interne de développer ses compétences, en fonction de son projet professionnel concernant :

- l'activité du cabinet

- dans le cadre de différents exercices (rural, semi rural, urbain)
- dans la prise en charge de différents types de patients
- dans l'utilisation de plusieurs types de logiciels de gestion de dossiers et dans la tenue du dossier médical
- dans la gestion du cabinet (matériel pris en charge, personnel, fiscalité)
- dans l'utilisation des formulaires administratifs
- dans le développement des relations avec les organismes de santé (URML, CDOM, URCAM, CPAM, URSSAF, AGA, contrôle médical régional...)

- la gestion des consultations et des visites

- développement de son autonomie
- prise rapide de décisions
- gestion des appels téléphoniques et tenue d'un cahier de rendez-vous
- gestion du temps de consultation
- gestion de la relation avec le patient (relation patient-médecin, famille-médecin, problèmes sociaux, suivi des patients et éducation à la santé)
- prise en charge des patients chroniques (diabète, cancérologie, fin de vie, polymédicamentation, psychiatrie...)

- la réflexion sur sa pratique

- réactivation des connaissances théoriques et pratiques
- participation à la formation médicale continue
- participation aux groupes de pairs, groupe Balint
- révision de dossiers

- l'interdisciplinarité

- gestion de l'organisation de soins
- travail en équipe avec les médecins spécialistes et les paramédicaux (infirmiers, kinésithérapeutes, soins à domicile, assistantes sociales...)
- participation à des actions de santé publique

- la recherche en médecine générale

- participation à des travaux de recherche (recueil de données, élaboration et mise en œuvre de protocoles de recherche...)
- rédaction de publications scientifiques (mémoire, thèse, article...) ».

Le mode de validation au sein du SASPAS* est défini par des étapes d'évaluation d'acquisition des compétences en lien avec les objectifs cités plus hauts. Elle doit être régulière et la validation finale s'effectue par tous les maîtres de stage en présence de l'interne.

En ce qui concerne le recrutement des maîtres de stage, le rapport spécifie qu'il est impératif que les médecins qui s'engagent dans la maîtrise de stage effectuent une formation spécifique pour l'encadrement des internes, dans les deux années suivant leur premier semestre d'enseignant clinicien.
Ils ont obligation de suivre une FMC reconnue par le Département de Médecine Générale et ont des

obligations pédagogiques contractuelles : en effet, la supervision de l'interne doit être assurée « selon des modalités propres à chaque unité » sous forme de « relectures pluri hebdomadaires et de staffs pluri mensuels permettant au médecin d'évaluer les pratiques de l'interne ».
Il s'agit de la redevance pédagogique qui doit s'instituer obligatoirement pour que l'intérêt du stage soit total.

Le groupe de travail a proposé une évaluation régulière des stages SASPAS*, pour mieux répondre à la demande de formation de qualité et « éviter les déviances (remplacements notamment) ». Les modalités pratiques de cette évaluation ne sont pas précisées.

ANNEXE I : Le paradigme d'apprentissage[36]

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

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

adapté d'après ME Huba et JE Freed [2]

LEXIQUE

(*)

CGEA : Collège des Généralistes Enseignants d'Aquitaine

CNGE : Collège National des Généralistes Enseignants

CSMF : Confédération des Syndicats Médicaux Français

DES : Diplôme d'Études Spécialisées

DMG : Département de Médecine Générale

INSAR-IMG : Inter Syndicale Nationales Autonome Représentative des Internes de Médecine Générale

MG France : Médecins Généralistes de France

MDS : Maîtres De Stage

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

RSCA : Récit de Situation Clinique Authentique

SASPAS : Stage Autonome en Soins Primaires Ambulatoires Supervisé

SFMG : Société Française de Médecine Générale

SI : Supervision Indirecte

SUMGA : Service Universitaire de Médecine Générale Ambulatoire

WONCA Europe : World Organization of National Colleges and Academies (and Academic Association of General Practitioners / Family Physicians) in Europe

E. PETITE : Obstacles à la supervision indirecte en SASPAS à Grenoble : identification par les maîtres de stage et perspectives d'amélioration.

THÈSE DE MÉDECINE GÉNÉRALE FACULTÉ DE GRENOBLE Année 2010

RÉSUMÉ : Le SASPAS, Stage Autonome en Soins Primaires Ambulatoires Supervisé permet d'acquérir les compétences nécessaires à la pratique de la Médecine Générale en fin de cursus universitaire. Par l'intermédiaire de la supervision indirecte, véritable pilier pédagogique de ce stage, l'étudiant appréhende la démarche réflexive essentielle à son exercice professionnel futur. Il est orienté pour son autoévaluation par le maître de stage qui joue un rôle prépondérant dans l'élaboration de ce temps dédié à la formation. C'est la notion d'évaluation formative.

Les résultats de travaux de thèses antérieures et notre expérience au sein de ce stage ont confirmé la nécessité d'améliorer la qualité de ce moment si particulier d'apprentissage.
Notre thèse est une étude qualitative qui vise à déterminer les obstacles de réalisation de la supervision indirecte par les maîtres de stage des SASPAS de la Faculté de Grenoble. Deux Focus Group réunissant des enseignants ont été organisés. Par la dynamique de groupe créee et la confrontation de points de vue des participants, des idées pertinentes ont été collectées.

La méthode d'exploration était inspirée par Huberman, Miles et Dey. L'intégralité du contenu des réunions a été transcrite manuellement et l'analyse des thèmes et sous-thèmes explicatifs a été initiée à la suite d'un codage à deux niveaux, pré-établi.

Les obstacles à la réalisation pratique de la supervision indirecte en SASPAS sont nombreux et de plusieurs ordres. Ils concernent d'abord le domaine de la pédagogie avec une méconnaissance par certains maîtres de stage des objectifs à atteindre. Les méthodes et les supports d'apprentissage sont limités et la fonction d'enseignant semble encore trop peu investie.
De plus, des problèmes d'organisation pèsent sur la qualité de la supervision qui perd de son intérêt par son manque de structure. Des difficultés relationnelles peuvent alors émerger et influencer la qualité de la relation pédagogique, d'autant plus que le statut des internes n'est pas encore clair pour certains maîtres de stage.
Malgré tout, les intiatives des enseignants, adaptées à leurs problèmatiques personnelles, sont pertinentes. Et notre étude a montré leur détermination à poursuivre une démarche de perfectionnement.
Plusieurs pistes d'amélioration ont ainsi été proposées par les groupes entretenus. Deux d'entre elles se distinguent :
-la formation des maîtres de stage, très demandeurs pour approfondir les nouvelles théories d'apprentissage et d'accéder par la même, à la place d'enseignant de Médecine Générale à part entière.
-l'aide et le soutien à l'organisation pratique pour encadrer ce temps de redevance pédagogique.

Le Département de Médecine Générale doit jouer un rôle essentiel dans la structuration du cadre d'application de la supervision indirecte et dans l'affirmation des tâches et devoirs de chacun. Nous pouvons penser que, par son impulsion, le rôle d'enseignant en Médecine Générale sera valorisé et pleinement reconnu par les instances universitaires.

MOTS-CLÉS : supervision indirecte, SASPAS, étude qualitative, focus group, maîtres de stage, évaluation formative, démarche réflexive, médecine générale.

JURY :
Président : Professeur Jean-Paul ROMANET
Membres : Professeur Jean-Phillippe VUILLEZ, Professeur Jacques LEBEAU, Professeur Gérard ESTURILLO (directeur de thèse)

DATE DE SOUTENANCE : le 20 Janvier 2010