

Le SASPAS en Aquitaine en 2016 : enquête auprès des internes sur les pratiques de supervision et l'acquisition des compétences professionnelles pendant le stage

Céline Lajzerowicz

▶ **To cite this version:**

Céline Lajzerowicz. Le SASPAS en Aquitaine en 2016 : enquête auprès des internes sur les pratiques de supervision et l'acquisition des compétences professionnelles pendant le stage. Médecine humaine et pathologie. 2017. dumas-01568551

HAL Id: dumas-01568551

https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01568551

Submitted on 25 Jul 2017

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 de Bordeaux
U.F.R. des sciences médicales

Année 2017 Thèse n°63

Thèse pour l'obtention du
DIPLOME d'ETAT de DOCTEUR EN MEDECINE

Présentée et soutenue publiquement par

Céline LAJZEROWICZ

Née le 8 aout 1990 à SAINT MARTIN D'HERES (38)

Le 13 juin 2017

Etude AquiSI

Le SASPAS en Aquitaine en 2016 : Enquête auprès des internes sur les pratiques de supervision et l'acquisition des compétences professionnelles pendant le stage.

Directeur de thèse

Professeur William DURIEUX

Membres du Jury

Professeur Jean-Philippe JOSEPH	Président
Docteur Marco ROMERO	Rapporteur
Professeur Patrick DEHAIL	Juge
Professeur François PETREGNE	Juge
Docteur Jean-Philippe PECASTAING	Juge

REMERCIEMENTS

Aux membres du jury,

A Monsieur le Professeur William DURIEUX,

Pour me faire l'honneur d'avoir accepté la direction de ma thèse. Merci de m'avoir guidée tout au long de ce travail, et d'avoir partagé votre expertise dans le domaine de la pédagogie. J'espère que nous aurons l'occasion de travailler ensemble de nouveau.

A Monsieur le Professeur Jean-Philippe JOSEPH,

Pour me faire l'honneur de présider le jury de ma thèse. Merci pour l'intérêt que vous portez à ce travail. Merci pour votre engagement, votre disponibilité et votre gentillesse.

A Monsieur le Docteur Marco ROMERO,

Pour me faire l'honneur d'être le rapporteur de ma thèse. Merci pour l'intérêt que vous portez à ce travail. Merci pour votre relecture attentive et vos corrections.

A Monsieur le Professeur Patrick DEHAIL,

Pour avoir accepté de juger ma thèse. Compte tenu de votre engagement dans la formation des étudiants en médecine de Bordeaux, c'est un honneur de vous compter dans les membres du jury. Merci pour l'intérêt que vous portez à ce travail.

A Monsieur le Professeur François PETREGNE,

Pour avoir accepté de juger ma thèse. Compte tenu de votre engagement dans les enseignements du DES de Médecine Générale, c'est un honneur de vous compter dans les membres du jury. Merci pour l'intérêt que vous portez à ce travail.

A Monsieur le Docteur Jean-Philippe PECASTAING,

Pour avoir accepté de juger ma thèse. J'ai eu la chance de vous avoir comme maître de stage. Vous avez confirmé mon souhait d'enseigner à mon tour, mais avant tout celui d'être médecin généraliste. Vous avez toute ma reconnaissance. Ce travail vous rend hommage et c'est un honneur pour moi de vous le présenter.

A tous les Médecins et Universitaires qui ont accompagné ma formation,

A mes maîtres de stage, depuis le service de médecine polyvalente de Pau, jusqu'au cabinet de médecine générale avec les Docteurs JP PECASTAING, JB PECASTAING et ETCHETO, et aujourd'hui les Docteurs MONTARIOL et GELLIE.

Au Professeur Pierre DUBUS, Doyen de l'Université de Médecine de Bordeaux, pour sa bienveillance.

Au Professeur Thierry PELACCIA, Directeur du Master de Pédagogie de Strasbourg, pour cette formation de grande qualité, qui m'a permis d'enrichir ce travail.

A tous les internes ayant accepté de participer à l'étude,

Pour votre implication et votre disponibilité. Sans vous, ce travail n'aurait pas pu être réalisé. Soyez assurés de ma plus grande reconnaissance.

Au SIMGA et à ses membres actifs,

A leur engagement exceptionnel pour améliorer le quotidien des internes de Médecine Générale

A ma famille et à mes amis,

A mes parents, pour m'avoir toujours assurée de leur confiance. A ma mère, pour sa finesse d'esprit et son courage que j'admire. A mon père, pour sa disponibilité et l'optimisme qu'il m'a transmis.

A ma sœur, ma complice, dans toutes les épreuves de la vie.

A mes grands-parents, pour avoir éveillé ma curiosité scientifique dès le plus jeune âge, et pour y contribuer encore aujourd'hui.

A mes amis de l'internat, à mes coloc', à mes co-internes, avec qui j'ai partagé l'ivresse de cette deuxième jeunesse.

A ma formidable team de nanas d'un caractère terrible et d'une bienveillance infinie.

A ma sous colleuse, à ce que nous avons accompli.

A mes amis de la fac, à mes amis de l'asso, avec qui l'aventure commençait.

A mes amis du lycée, au chemin parcouru depuis toutes ces années, à notre amitié toujours.

A mes amis du quartier, ma deuxième famille, avec qui j'ai grandi.

A mon étoile, là-haut.

A mon Zouzou, au bonheur partagé chaque jour. A notre bel avenir. A sa famille, qui m'a si bien accueillie.

AVANT PROPOS

A propos de l'éducation médicale fondée sur les preuves,

« L'éducation médicale fondée sur les preuves place la prise de décision de l'enseignant dans le contexte de la meilleure preuve disponible sur le moment.

En médecine et dans les autres domaines académiques, il est inquiétant de constater que les activités d'enseignement sont considérées comme secondaires par rapport aux activités de recherche. Il existe un besoin reconnu d'améliorer l'image de l'enseignement et de mieux valoriser la grande diversité d'activités dans lesquelles les enseignants sont impliqués. Un engagement actif des enseignants pour l'utilisation des données issues de la recherche, c'est-à-dire la pratique de l'éducation médicale fondée sur les preuves, pourrait permettre d'améliorer la situation.

L'éducation médicale fondée sur les preuves a beaucoup à apporter aux enseignants, aux étudiants, à la profession médicale et au grand public. »

Extrait de « BEME Guide N°1 : Best Evidence Medical Education ». R.M. Harden & al. Medical Teacher 1999;21(6):553-62.

Table des matières

LISTE DES ABREVIATIONS 8
INTRODUCTION 9
CONTEXTE 10
1 - Les compétences du Médecin Généraliste 10
2 - Le SASPAS (Stage en Autonomie en Soins Primaires Ambulatoires Supervisé) 10
3 - La supervision indirecte : Pilier pédagogique du SASPAS 11
4 - La formation des MSU (Maîtres de Stage Universitaire) 12
5 - Le SASPAS, entre bilan positif et difficultés rencontrées 12
6 - Objectifs de l'étude 13
MATERIEL ET METHODE 14
1 - Type d'étude 14
2 - Population 14
3 - Recueil de données 14
4 - Critères de jugement et analyse 14
4.1. Les compétences (questionnaire en ANNEXE 1) 14
4.2. La supervision (questionnaire en ANNEXE 2) 15
4.3. Lien entre acquisition de compétence et supervision 17
5 - Critères de confidentialité 17
RESULTATS 18
1 - Participation 18
2 - Caractéristiques de la population 18
3 - Acquisition des compétences de médecine générale 19
3.1. Présentation par compétence 19
3.2. Présentation par interne 28
4 - Supervision indirecte 29
4.1. Charge de travail 29
4.2. Disponibilité du MSU 30
4.3. Présence d'une supervision indirecte 31
4.4. Déroulement de la supervision indirecte 32
4.5. Contenu de la supervision indirecte 34
4.6. Satisfaction concernant la supervision indirecte et commentaires libres 37

4.7. Comparaison de la supervision entre les internes faisant leur premier SASPAS et les internes ayant déjà fait un SASPAS 38
5 - Lien entre qualité de la supervision et la progression des compétences 40
5.1. Lien entre la charge de travail et la progression des compétences 40
5.2. Lien entre la présence d'une rétroaction et la progression des compétences 40
5.3. Lien entre la durée de la rétroaction et la progression des compétences 41
5.4. Lien entre le pourcentage de patients revus en supervision indirecte et la progression des compétences 43
5.5. Lien entre le nombre de thèmes abordés et la progression des compétences 43
5.6. Lien entre la prescription pédagogique et la progression des compétences 44
5.7. Lien entre la satisfaction et la progression des compétences 44
5.8. Groupe d'internes de supervision insuffisante 45
6 - Principaux résultats 46
DISCUSSION 48
1- Points forts et limites de l'étude 48
1.1. Points forts de l'étude 48
1.2. Limites de l'étude 49
1.3. Choix méthodologiques à prendre en compte dans l'interprétation des résultats 50
2 – Analyse des résultats 54
2.1. Lien entre acquisition des compétences et supervision 54
2.1. Progression des compétences 56
2.2. Caractéristiques de la supervision 58
3 - Propositions d'amélioration 66
3.1. Le SASPAS obligatoire : une réforme à accompagner 66
3.2. Affirmer le rôle pédagogique du MSU 66
3.3. Organiser la gestion des terrains de stage en difficulté 69
3.4. Officialiser une évaluation des stages à destination des MSU 69
3.5. Approfondir l'apprentissage de la gestion de l'outil professionnel 70
4 – Perspectives de recherche 72
4.1. Un travail complémentaire en cours explorant l'aspect qualitatif de la supervision indirecte 72
4.2. Suggestions de problématiques pour des études potentielles 72
5 – Diffusion du travail 73
CONCLUSION 74
BIBLIOGRAPHIE 75
ANNEXES 78
Annexe 1 : Questionnaire d'auto-évaluation des compétences 78

Annexe 2 : Questionnaire sur la supervision indirecte : 82
Annexe 3 : Stratégie pour atteindre 100% de participation 85
Annexe 4 : Plaquette MSU 87
SERMENT D'HIPPOCRATE 91

LISTE DES ABREVIATIONS

ARS : Agence Régionale de Santé

CHU : Centre Hospitalo-Universitaire

CNGE : Collège National des Généralistes Enseignants.

DES : Diplôme d'Enseignement Spécialisé

DMG : Département universitaire de Médecine Générale

GEAP : Groupe d'Echange et d'Analyse de Pratique

ISPED : Institut de Santé Publique, d'Epidémiologie et de Développement

MSU : Maître de Stage Universitaire

SASPAS : Stage en Autonomie en Soins Primaires Ambulatoires Supervisé

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

INTRODUCTION

La Médecine Générale est devenue une spécialité en 2004, avec la création d'un D.E.S. (Diplôme d'Enseignement Spécialisé) (1)

Ce troisième cycle professionnalisant fait constamment l'objet d'évaluation et de réflexion concernant la formation du futur généraliste, avec notamment le développement de l'apprentissage par compétences (2) en contexte authentique. L'objectif est de former des professionnels compétents dès la sortie de l'internat.

Pour ce faire, le D.E.S. de Médecine Générale doit permettre aux internes d'identifier, d'acquérir et de mettre en œuvre des compétences spécifiques et transversales face aux situations rencontrées en soins primaires.(3)

Afin de favoriser l'apprentissage de ces compétences, il a été démontré la nécessité pour les futurs professionnels d'être formés dans un environnement authentique, autrement dit « sur le terrain », en Médecine Générale ambulatoire. L'interne se retrouve ainsi en situation d'apprentissage dans son milieu d'exercice futur.

Au cours du D.E.S., l'interne effectue obligatoirement un stage en Médecine Générale ambulatoire, qu'on appelle le stage chez le praticien de niveau 1.

Le SASPAS (Stage en Autonomie en Soins Primaires Ambulatoire Supervisée) ou stage en Médecine Générale de niveau 2, pour l'instant facultatif, se différencie du stage du niveau 1 en plaçant l'interne en situation d'autonomie pendant tout le stage, celui-ci restant supervisé par des maîtres de stage agréés.

L'intérêt du SASPAS se justifie donc par ses deux caractéristiques principales :

- L'interne est formé dans son futur milieu professionnel
- L'interne évolue en autonomie, tout en étant supervisé.

Ainsi, le SASPAS réunit en théorie, plus que les autres types de stage, les caractéristiques permettant à l'interne d'acquérir les compétences nécessaires à l'exercice de la Médecine Générale à la fin de ses études. De ce fait, la réforme du troisième cycle de novembre 2017 va le rendre obligatoire.

En pratique, les études réalisées sur le SASPAS montrent un bilan globalement positif mais la qualité du stage, notamment la supervision, a été présentée comme variable et parfois insuffisante (4–8). En Aquitaine, les évaluations de stage organisées par le syndicat étudiant montrent chaque semestre des disparités concernant la qualité des SASPAS sur le territoire.

C'est pourquoi nous avons voulu recueillir des données objectives sur la qualité de la supervision en SASPAS en Aquitaine.

Notre objectif est de démontrer qu'il existe un lien entre la qualité de la supervision et la progression des compétences de l'interne.

CONTEXTE

1 - Les compétences du Médecin Généraliste

On définit la compétence comme un savoir agir complexe qui prend appui sur la mobilisation et la combinaison de ressources internes et externes pour répondre à un ensemble de situations professionnelles données.(9)

Devant la nécessité d'être en mesure de certifier les futurs professionnels, le CNGE (Collège National des Généralistes Enseignants) a édité en 2006 un référentiel de compétences (10) que doit acquérir l'interne pendant le DES (Diplôme d'Enseignement Spécialisé) à partir des compétences définies par la WONCA[1] dans sa branche européenne en 2002 (11). Elles sont regroupées en 6 catégories :

- Premier recours, Incertitude, Soins non programmés et Urgence ;
- Relation, Communication, Approche centrée patient ;
- Continuité, Suivi, Coordination des soins autour du patient ;
- Prise en charge globale, Complexité ;
- Education en santé, Dépistage, Prévention, Santé individuelle et communautaire ;
- Professionnalisme.

Ces compétences s'exercent dans trois champs d'activité : La démarche clinique, la communication avec le patient et la gestion de l'outil professionnel.

2 - Le SASPAS (Stage en Autonomie en Soins Primaires Ambulatoires Supervisé)

Encore aujourd'hui, la maquette des stages (12) du D.E.S. de Médecine Générale est à prédominance hospitalière. Elle s'organise sur 3 ans en 6 stages de 6 mois. 4 stages sont obligatoires : Le service des urgences, la « médecine adulte » (Gériatrie, médecine polyvalente ou médecine interne), le stage en médecine générale de niveau 1, le stage de gynéco-pédiatrie (en ambulatoire ou en hospitalier). Enfin, un de ces stages doit être effectué au CHU. Pour compléter leur maquette, les internes peuvent effectuer un stage libre en milieu hospitalier ou un SASPAS.

Le SASPAS (Stage en Autonomie en Soins Primaires Ambulatoires Supervisé), ou stage en Médecine Générale de niveau 2, a été mis en place en 2004. L'objectif est de proposer aux internes en cinquième et sixième semestre (dernière année) de D.E.S., un deuxième stage en cabinet de Médecine Générale, en situation d'autonomie supervisée (définition donnée ci-dessous, chapitre 3)

<u>Les objectifs du stage :</u>

D'après la circulaire DGS-DES du 26 avril 2004 (13), ce stage doit notamment permettre aux internes de médecine générale :

[1]WONCA = World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians, souvent abrégé en World Organization of Family Doctors) est l'Organisation Mondiale des Médecins Généralistes

- *D'être confrontés aux demandes de prise en charge en médecine ambulatoire et aux décisions qu'elles impliquent,*
- *De se familiariser avec l'analyse des difficultés rencontrées et l'élaboration des solutions qui permettent d'y remédier,*
- *De prendre en charge des patients dont la situation relève d'un suivi au long cours (affections chroniques, affections évolutives, grossesses, nourrissons...),*
- *De participer à l'organisation matérielle d'un cabinet et à sa gestion, d'appréhender son contexte administratif et les exigences qui en découlent dans l'exercice quotidien,*
- *D'établir des contacts avec les confrères et une collaboration avec les autres professionnels de santé, en particulier dans le cadre de réseaux de soins*
- *De participer à l'organisation d'actions collectives de prévention en médecine scolaire, PMI…*

D'après le texte, l'interne doit effectuer entre 6 et 12 actes par demi-journée. L'objectif est de fixer un minimum d'actes afin que l'interne soit confronté à un nombre suffisant de situations pour se former, mais aussi un maximum afin qu'il ait le temps, dans le cadre de son stage, de réfléchir sur sa pratique.

Les outils pédagogiques :

Lors du SASPAS, l'interne réalise seul les consultations et les visites, en lieu et place du praticien enseignant, celui-ci étant le plus souvent absent de son cabinet. Il se retrouve à assumer la pleine responsabilité de ses actes ou décisions, tout en étant supervisé régulièrement et systématiquement durant tout le stage (14). Cette situation d'autonomie permet à l'interne de débuter son exercice professionnel en étant mieux préparé.

D'après le guide MSU édité par le CNGE en 2012 (15), le Maître de Stage Universitaire assure :

- Une séniorisation permanente, c'est-à-dire que le maître de stage peut intervenir à tout moment si nécessaire, par téléphone ou en présentiel.
- Une supervision indirecte, au moyen d'entretiens pédagogiques réguliers (la fréquence exacte n'est pas définie), où sont revus les dossiers des patients que l'interne a pris en charge. Afin d'éviter la perte d'information, la supervision doit être le plus rapprochée possible des consultations réalisées : Si possible le soir, au plus tard dans les 48h, et idéalement quotidienne, d'après le guide du CNGE. La durée est fonction du nombre de patients et des difficultés rencontrées.

Ces modalités différencient clairement le SASPAS d'un stage chez le praticien de niveau 1 ou d'un remplacement.

Par manque de terrains de stage, seul un tiers des internes d'Aquitaine ont accès à un SASPAS dans leur formation en 2016.

Ce stage, pour le moment facultatif, devrait devenir obligatoire pour les internes débutant leur D.E.S. en novembre 2017.

3 - La supervision indirecte : Pilier pédagogique du SASPAS

La supervision pédagogique occupe une place centrale dans l'apprentissage en situation authentique. Elle n'est pas réduite à la simple transmission de données concernant les patients. Le MSU doit guider l'interne dans l'auto-évaluation de ses performances et lui apporter une rétroaction efficace. (15)

La rétroaction (ou feedback) consiste à fournir à l'étudiant un point de vue objectif concernant ses actions et les conséquences prévisibles de ces actions. L'introspection développée par l'étudiant, guidée par l'enseignant, l'aide à comprendre comment ses futures actions devront être modifiées pour produire les résultats désirés. (16)

On distingue :

- La supervision directe : La rétroaction est apportée par le maître de stage après que celui-ci ait directement observé l'interne dans son acte clinique. Cette méthode pédagogique est utilisée lors du stage en médecine générale de niveau 1.
- La supervision indirecte : La rétroaction est menée d'après la présentation par l'interne de la situation et de sa résolution. Guidé par le maître de stage, l'interne rapporte la situation rencontrée, son ressenti et ses difficultés ainsi que l'auto-évaluation de son action.

En autonomie pendant le SASPAS, la supervision indirecte, objet de notre étude, constitue donc le principal outil pédagogique (17).

4 - La formation des MSU (Maîtres de Stage Universitaire)

Le MSU met à disposition de l'interne sa patientèle et son outil professionnel. Il gère l'accueil et la supervision de l'interne. Il est responsable des fonctions de prévention, de diagnostic et de soins de l'interne qui exerce par délégation. Il a donc une double fonction : de pédagogie et de contrôle de la qualité des soins.

A Bordeaux, les internes effectuant un stage en SASPAS ont chacun 2 ou 3 MSU. Ces généralistes enseignants ont été spécifiquement formés à ce type de supervision. Cette formation est dispensée par le CNGE au moyen de séminaires. Les maîtres de stage ont été initialement formés à la maîtrise de stage de niveau 1, puis à la supervision indirecte en stage SASPAS.

L'agrément est donné aux maîtres de stage par l'ARS (Agence Régionale de Santé) après avis favorable du DMG (Département universitaire de Médecine Générale) en l'absence d'opposition de la part de l'Ordre des Médecins.

5 - Le SASPAS, entre bilan positif et difficultés rencontrées

Depuis sa mise en place, de nombreuses études, dans le cadre de thèses, se sont intéressées au SASPAS. Ce stage a été évalué de façon positive par les internes (5,6,8,18,19) et par les maîtres de stage (4,20), dans l'acquisition des compétences professionnelles comparées aux internes n'ayant pas fait de SASPAS et dans la réduction du stress (21). Faire un stage SASPAS favorise le projet d'installation en Médecine Générale (22,23).

Cependant, des difficultés ont également émergé de ces études : Difficulté de mise en place (24), diversité des pratiques de supervision (4,7,8,19), et le risque du remplacement déguisé (6,25). En Aquitaine, les évaluations de stage menées par le syndicat étudiant montrent chaque semestre des disparités concernant la qualité des stages SASPAS sur le territoire.

6 - Objectifs de l'étude

Nous avons voulu effectuer, en région Aquitaine une évaluation du SASPAS, 12 ans après sa mise en place, en répondant aux questions suivantes :

- Le stage SASPAS permet-il une acquisition de l'ensemble des compétences du Médecin Généraliste ?
- Comment est assurée la supervision indirecte par les maîtres de stage des SASPAS en Aquitaine ?
- Existe-t-il une association entre le déroulement de la supervision indirecte et l'évolution des compétences des internes sur un semestre en SASPAS ?

L'objectif principal est :

- Etablir un lien entre la supervision indirecte et la progression des compétences.

L'objectif principal n'a jamais fait l'objet d'une étude auparavant.

Les objectifs secondaires sont :

- Quantifier l'acquisition des différentes compétences de la médecine générale au terme d'un stage de SASPAS ainsi que la progression des compétences,
- Décrire les modalités de supervision indirecte des SASPAS d'Aquitaine, comparées aux recommandations données aux maîtres de stage.

Les objectifs secondaires ont été les sujets d'autres thèses depuis 2004 (4,6,18,21,26), dans d'autres régions de France, avec lesquelles nous confronterons nos résultats.

Nous réaliserons dans un premier temps un état des lieux de l'encadrement pédagogique effectif dans les SASPAS d'Aquitaine et leur efficacité pour former les internes, pour dans un deuxième temps définir les interventions nécessaires en termes d'encadrement des SASPAS et de formation des maîtres de stage.

MATERIEL ET METHODE

1 - Type d'étude

Il s'agit d'une étude descriptive prospective.

2 - Population

L'étude a été menée auprès des 34 internes en SASPAS en Aquitaine lors du semestre de mai à octobre 2016.

Parmi eux, 11 SASPAS validaient le stage de gynéco-pédiatrie car ils prévoyaient une part d'activité hospitalière ou ambulatoire spécialisée dans la gynécologie et/ou la pédiatrie. Cette partie n'était pas explorée dans l'étude.

Les coordonnées des internes ont été obtenues auprès du DMG de Bordeaux.

L'étude a été présentée aux internes présents lors du choix de stage en avril 2016. Les internes ayant choisi un SASPAS ont tous été contactés personnellement par téléphone en avril 2016 afin de leur exposer le projet et de recueillir leur consentement oral.

3 - Recueil de données

Les données ont été recueillies par questionnaire informatique Google Formulaires, entre avril et novembre 2016.

Les liens vers les questionnaires étaient envoyés par mail aux internes.

Les données ont ensuite été éditées avec le logiciel Excel et analysées entre décembre 2016 et février 2017.

4 - Critères de jugement et analyse

4.1. Les compétences (questionnaire en ANNEXE 1)

L'objectif de ce questionnaire était de mettre en évidence l'évolution des compétences au cours du SASPAS, et d'analyser l'acquisition satisfaisante ou insuffisante de chacune des compétences de la médecine générale au terme du stage.

Le questionnaire commençait par le recueil des caractéristiques de l'échantillon :

- Semestre d'internat actuel : 5ème ou 6ème
- Semestre du stage praticien de niveau 1
- Antécédent de SASPAS (certains internes avaient pu faire un premier SASPAS lors du semestre précédent)
- Antécédent de remplacement en Médecine Générale

Puis le niveau de chacune des 43 compétences du médecin généraliste était recueilli par auto-évaluation, à partir de la liste des compétences du médecin généraliste (10). Ce questionnaire avait été utilisé dans la thèse de T.RODIN qui avait comparé en 2010 l'acquisition des compétences entre les internes en SASPAS et non SASPAS (26)

Dans notre travail, cette partie était introduite par : « A ce jour, si vous devez travailler en lieu et place d'un médecin généraliste en cabinet, vous sentez-vous compétent(e) pour (…) ? »

Les internes devaient s'évaluer pour chacune des compétences sur une échelle visuelle analogique allant de 1 (« Pas du tout compétent (e) ») à 10 (« Tout à fait compétent (e) »).

Nous avons auparavant testé ce questionnaire sur des internes en SASPAS au semestre précédent (novembre 2015-avril 2016) et modifié certains énoncés pour les rendre plus compréhensibles. La durée de remplissage a été estimée à 5 minutes.

Le questionnaire d'auto-évaluation des compétences a été envoyé à deux reprises :

- En avril 2016, avant le début du SASPAS
- En octobre 2016, avant la fin du SASPAS

Les participants n'avaient pas accès à leur première auto-évaluation lorsqu'ils remplissaient la deuxième afin que cela n'influence pas leur réponse.

Les mesures des niveaux de compétences perçues ont été exprimées en moyenne pour chaque compétence, avant le début du stage et à la fin du stage.

La différence entre ces deux mesures a été calculée pour chacune des compétences.

Pour l'analyse des données, nous avons admis, qu'une compétence était acquise à partir d'une évaluation supérieure ou égale à 7 points, et qu'une amélioration d'une compétence était notable pour une différence supérieure ou égale à 1.5 point.

Ces seuils, ont été choisis à postériori, après une première lecture des résultats, afin de permettre une catégorisation pertinente des variables.

4.2. La supervision (questionnaire en ANNEXE 2)

L'objectif de ce questionnaire était de recueillir des données objectives sur les modalités de supervision indirecte menée par les maîtres de stage, tant dans l'organisation que le contenu.

Le questionnaire a été construit à partir des recommandations officielles du CNGE et du DMG de Bordeaux sur la supervision en SASPAS(14,15) et d'une précédente étude sur les pratiques effectives (M.BLANCHARD, 2011) (6).

Les internes devaient décrire une journée (ou une demi-journée) de stage et de supervision pour chacun de leur maître de stage. Les jours en question étaient choisis à priori par l'interne selon sa convenance. Il avait pour consigne de remplir le questionnaire en ligne en fin de journée.

Il comportait 4 parties :

1) La description de la journée de stage : temps de travail, nombre de patients vus, disponibilité du maître de stage.

2) Le déroulement de la rétroaction : moment de la journée, durée de la supervision, nombre de patients abordés, sélection des patients abordés.

3) Le contenu de la rétroaction : simples transmissions sur les patients, réflexion sur élaboration d'un projet de soin, discussion sur les compétences et/ou prescription pédagogique[2].

4) Une note de satisfaction concernant la rétroaction du jour, allant de 0 (« pas du tout satisfait(e)») à 10 (« Tout à fait satisfait(e) »)

Il était demandé à la fin de chaque partie si les données du jour étaient représentatives des autres journées de stage.

Des commentaires libres étaient possibles à la fin de chaque partie.

Dans le cas où l'interne n'avait pas eu de supervision, le questionnaire s'arrêtait avant la partie 2.

Dans le cas où l'interne disait être supervisé ultérieurement, les parties 2, 3 et 4 du questionnaire étaient envoyées dans un deuxième temps, et l'interne avait pour consigne de le remplir une fois la supervision faite.

Nous avons auparavant testé ce questionnaire sur des internes en SASPAS au semestre précédent (novembre 2015-avril 2016). La durée de remplissage a été estimée à 3 minutes.

Afin de prendre en compte une possible différence de supervision en début et fin de stage, le recueil sur la description de la supervision a eu lieu à deux reprises :

- Lors de la première moitié du stage, en juin 2016
- Lors de la deuxième moitié du stage, en septembre 2016

Par convention, nous avons défini la qualité de la supervision selon les critères suivants :

- La charge de travail (nombre de patients vus par demi-journée)
- La présence d'une rétroaction
- La durée quotidienne de la rétroaction
- La durée quotidienne globale de la rétroaction, en tenant compte de journée non supervisée (durée nulle)
- Le taux de cas rediscutés en rétroaction
- Le nombre de thème abordés en rétroaction
- La présence d'une prescription pédagogique
- La satisfaction de l'interne concernant la supervision décrite.

[2] Prescription pédagogique : Des indications données par le MSU pour améliorer la pratique de l'interne ou des encouragements à vérifier des connaissances par des recherches bibliographiques. Elle peut donner lieu à une trace d'apprentissage écrite pour le portfolio.

4.3. Lien entre acquisition de compétence et supervision

Nous avons sollicité en avril 2016 une rencontre avec une interne de Santé Publique de l'ISPED dans le cadre du soutien statistique à la thèse de médecine.

Il est difficile de mettre en évidence un lien statistique entre l'acquisition de compétence et la qualité de la supervision compte tenu du faible effectif (34 internes), et compte tenu du fait que chaque interne ait 2 ou 3 MSU avec des pratiques de supervision potentiellement différentes.

Nous avons donc prévu de classer les internes en deux groupes selon l'amélioration de leur compétence et de décrire pour chaque groupe la qualité de la supervision correspondante. Nous avons choisi le seuil de progression moyenne de 1.5 pour séparer deux groupes d'internes : ceux ayant le plus progressé et ceux ayant le moins progressé. Le choix de ce seuil s'est fait à postériori, après une première lecture des résultats, afin de permettre une catégorisation pertinente des variables. Ce seuil correspondait au seuil que nous avions fixé pour catégoriser la progression des compétences.

Les moyennes *m* ont été calculées, pour chaque paramètre d'intérêt, accompagnées de leur écart type σ. L'écart type reflète la dispersion des valeurs autour de la moyenne. A titre indicatif, lorsqu'une distribution de valeur obéit à une loi normale, 68% des valeurs se situent entre $m-\sigma$ et $m+\sigma$. Ainsi, un écart type élevé est le témoin d'une dispersion importante des valeurs.

Nous avons cherché à mettre en évidence une association entre la progression des internes et la qualité de la supervision.

L'analyse statistique a utilisé le tableur Excel® et l'outil BiostaTGV en ligne :

- Le χ^2 pour comparer deux variables qualitatives indépendantes.
- Le test t de Student pour comparer les mesures d'une variable quantitative effectuées sur deux groupes indépendants définis par les modalités de la variable qualitative.
- La corrélation de Pearson pour établir une corrélation entre deux variables quantitatives.

La différence entre deux variables était significative si $p<0.05$.

5 - Critères de confidentialité

Il été demandé une identification partielle (premières lettres des noms et prénoms) au début de chaque questionnaire afin de pouvoir relier les différentes réponses d'un même interne.

Seul l'investigateur principal avait accès aux données permettant l'identification des participants.

Les fichiers ont été déclarés à la CNIL.

Les résultats ont été anonymisés avant analyse.

Les maîtres de stage n'étaient pas au courant de l'investigation au moment de l'étude afin de ne pas influencer leurs pratiques de supervision (excepté le directeur de thèse qui est également MSU de SASPAS, mais qui n'était pas au courant de la date des jours évalués).

RESULTATS

1 - Participation

100% des internes en SASPAS en Aquitaine entre mai et octobre 2016 ont participé (n=34) et répondu à l'ensemble des questionnaires envoyés.

2 - Caractéristique de la population

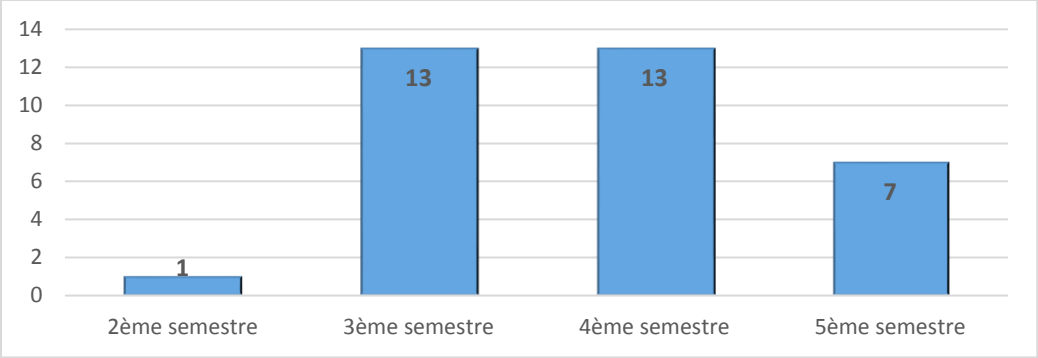
Semestre d'internat

Tous les internes étaient en 6ème semestre entre mai et octobre 2016.

Stage chez le praticien de niveau 1

Le premier stage en Médecine Générale était effectué en majorité au 3ème ou au 4ème semestre de DES.

Figure 1 : Etude AquiSI - Semestre de validation du stage chez le praticien de niveau 1.



Antécédent de SASPAS et de remplacement en Médecine Générale

5 internes avaient validé un premier SASPAS lors de leur 5ème semestre.

11 internes avaient déjà effectué des remplacements.

Figure 2 : Etude AquiSI - Antécédent de stage SASPAS

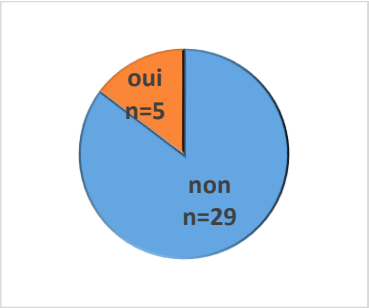
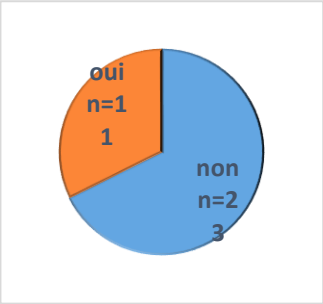


Figure 3 : Etude AquiSI - Antécédent de remplacements



3 - Acquisition des compétences de médecine générale

L'objectif de ce chapitre est de décrire l'évolution des compétences au cours du SASPAS, et d'analyser l'acquisition satisfaisante ou insuffisante de chacune des compétences de la médecine générale au terme du stage. Nous souhaitions aussi classer les internes en deux groupes, selon leur progression plus ou moins importante.

Les 34 internes ont répondu au questionnaire d'auto-évaluation des compétences avant le stage entre le 11 avril et le 3 mai 2016.

Les 34 internes ont répondu au questionnaire d'auto-évaluation des compétences à la fin du stage entre le 10 octobre et le 9 novembre 2016.

3.1. Présentation par compétence

Chaque graphique correspond à une catégorie de compétences. Nous avons représenté, sur une échelle de 0 à 10, la moyenne du niveau de compétence perçu avant le SASPAS, à laquelle nous avons ajouté la progression sur le semestre.

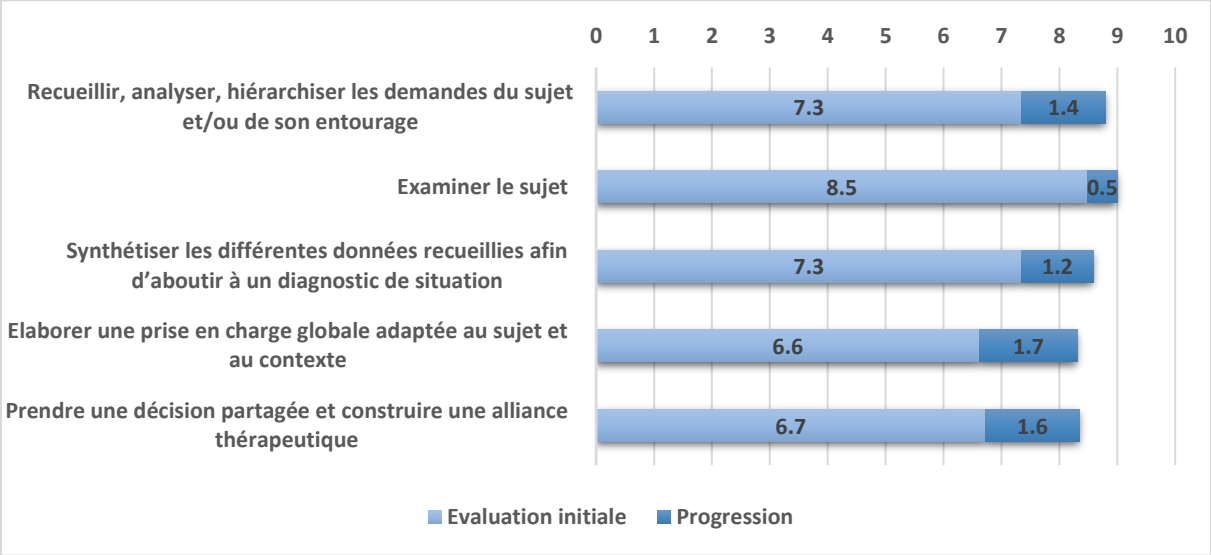
Sont représentés les réponses des 29 internes n'ayant pas fait un premier SASPAS au semestre précédent.

Catégorie 1 : Prendre en charge un problème de santé de première ligne.

7.3 + 1.3 = 8.6

Concernant le domaine de compétence « Prendre en charge un problème de santé de première ligne », les internes estimaient leur niveau de compétence initial à 7.3 points en moyenne, avec une progression moyenne de 1.3 point, pour arriver à un niveau final de 8.6 points.

Figure 4 : Etude AquiSI - Moyenne du niveau de compétence perçue avant le stage et sa progression pour la prise en charge d'un problème de santé de première ligne.

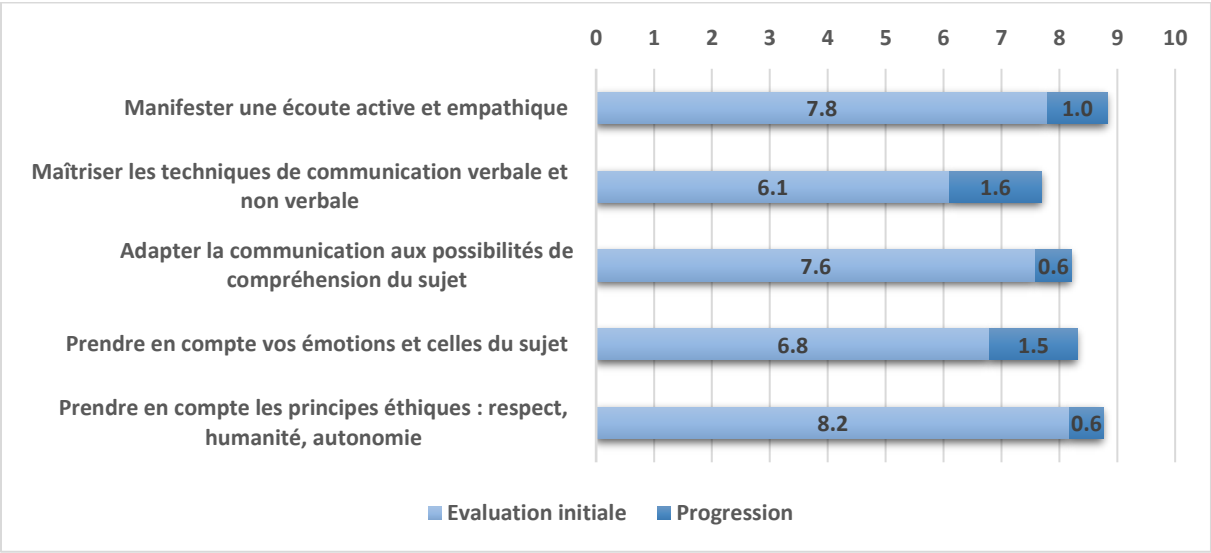


Catégorie 2 : Communiquer avec le sujet et son entourage.

7.3 + 1.1 = 8.4

Concernant le domaine de compétence « Communiquer avec le sujet et son entourage », les internes estimaient leur niveau de compétence initial à 7.3 points en moyenne, avec une progression moyenne de 1.1 point, pour arriver à un niveau final de 8.4 points.

Figure 5 : Etude AquiSI - Moyenne du niveau de compétence perçue avant le stage et sa progression pour la communication avec le sujet et son entourage.

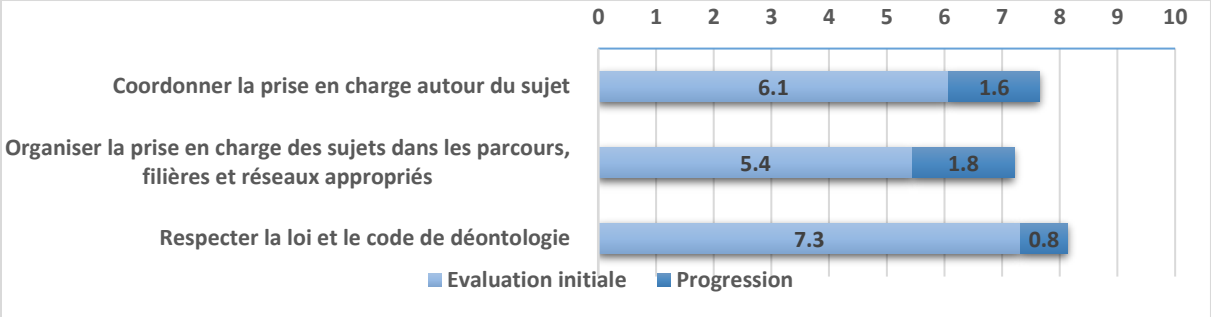


Catégorie 3 : Travailler en équipe au sein du système de santé et de la société.

6.3 + 1.4 = 7.7

Concernant le domaine de compétence « Travailler en équipe au sein du système de santé et de la société », les internes estimaient leur niveau de compétence initial à 6.3 points en moyenne, avec une progression moyenne de 1.4 point, pour arriver à un niveau final de 7.7 points.

Figure 6 : Etude AquiSI - Moyenne du niveau de compétence perçue avant le stage et sa progression pour le travail en équipe au sein du système de santé et de la société.

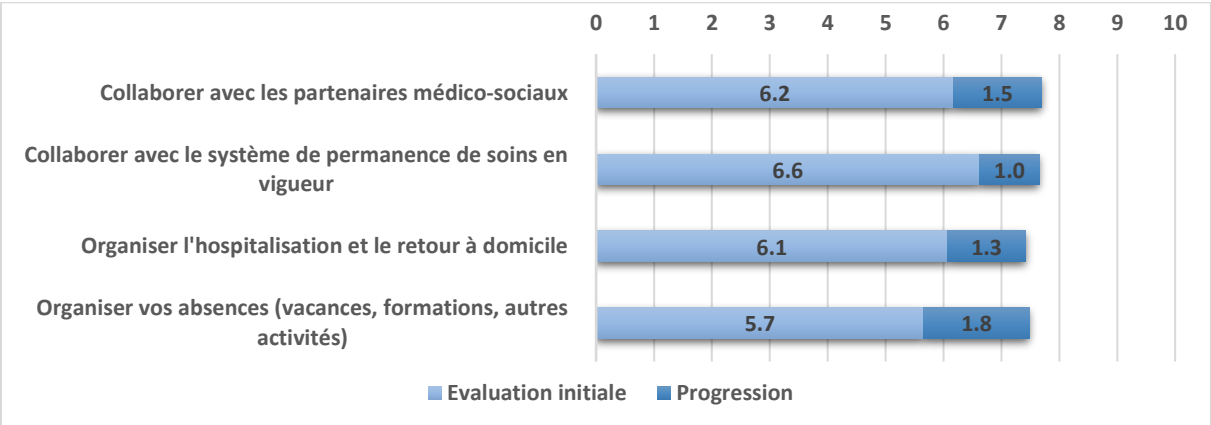


Catégorie 4 : Assurer la continuité de la prise en charge des sujets.

6.2 + 1.4 = 7.6

Concernant le domaine de compétence « Assurer la continuité de la prise en charge des sujets », les internes estimaient leur niveau de compétence initial à 6.2 points en moyenne, avec une progression moyenne de 1.4 point, pour arriver à un niveau final de 7.6 points.

Figure 7 : Etude AquiSI - Moyenne du niveau de compétence perçue avant le stage et sa progression pour assurer la continuité de la prise en charge des sujets.

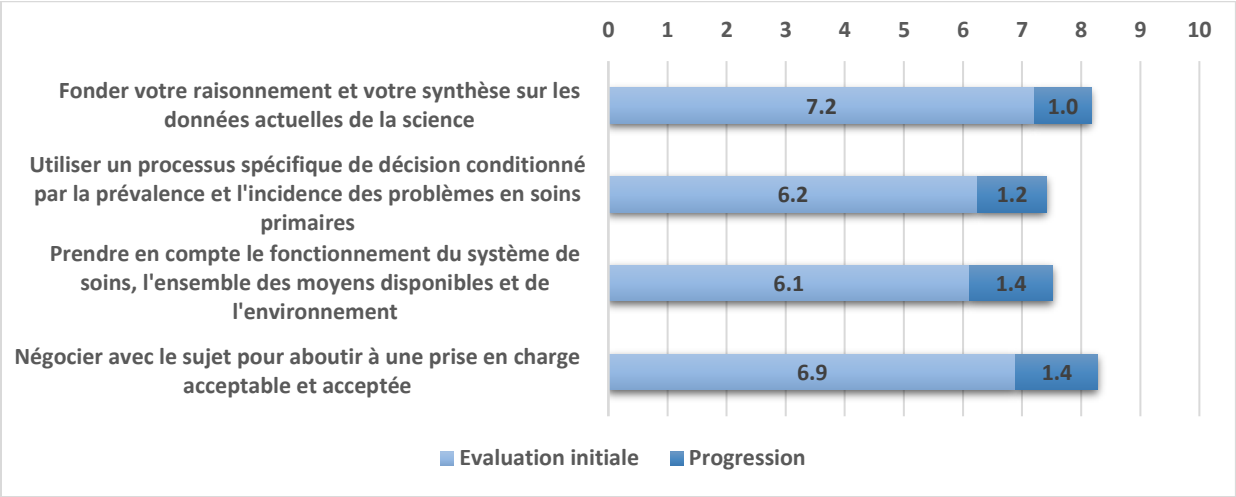


Catégorie 5 : Prendre des décisions fondées sur les données actuelles de la science, adaptées aux besoins et au contexte.

6.6 + 1.2 = 7.8

Concernant le domaine de compétence « Prendre des décisions fondées sur les données actuelles de la science, adaptées aux besoins et au contexte », les internes estimaient leur niveau de compétence initial à 6.6 points en moyenne, avec une progression moyenne de 1.2 point, pour arriver à un niveau final de 7.8 points.

Figure 8 : Etude AquiSI - Moyenne du niveau de compétence perçue avant le stage et sa progression pour prendre des décisions fondées sur les données actuelles de la science, adaptées aux besoins et au contexte.

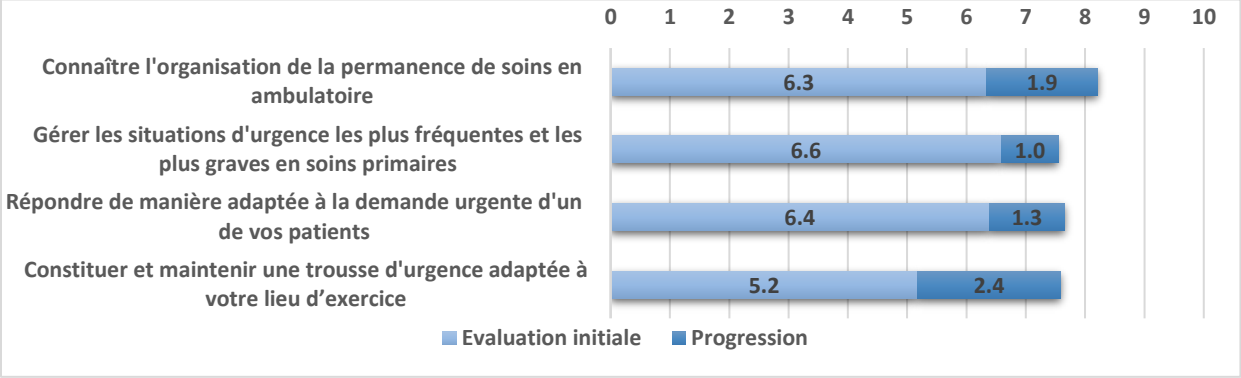


Catégorie 6 : Prendre une décision en situation d'urgence.

6.1 + 1.6 = 7.7

Concernant le domaine de compétence « Prendre une décision en situation d'urgence », les internes estimaient leur niveau de compétence initial à 6.1 points en moyenne, avec une progression moyenne de 1.6 point, pour arriver à un niveau final de 7.7 points.

Figure 9 : Etude AquiSI - Moyenne du niveau de compétence perçue avant le stage et sa progression pour prendre une décision en situation d'urgence

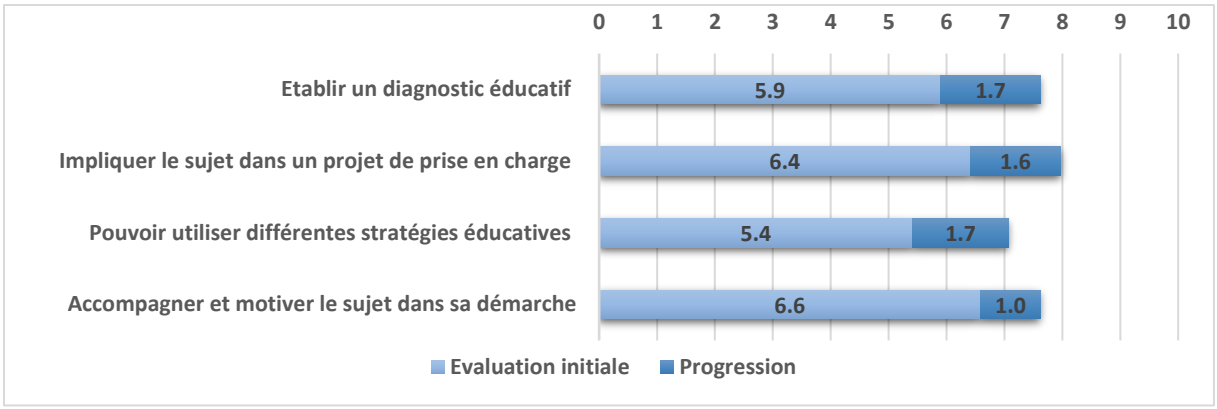


Catégorie 7 : Eduquer le sujet à la gestion de sa santé et de sa maladie.

6.1 + 1.5 = 7.6

Concernant le domaine de compétence « Eduquer le sujet à la gestion de sa santé et de sa maladie », les internes estimaient leur niveau de compétence initial à 6.1 points en moyenne, avec une progression moyenne de 1.5 point, pour arriver à un niveau final de 7.6 points.

Figure 10 : Etude AquiSI - Moyenne du niveau de compétence perçue avant le stage et sa progression pour éduquer le sujet à la gestion de sa santé et de sa maladie

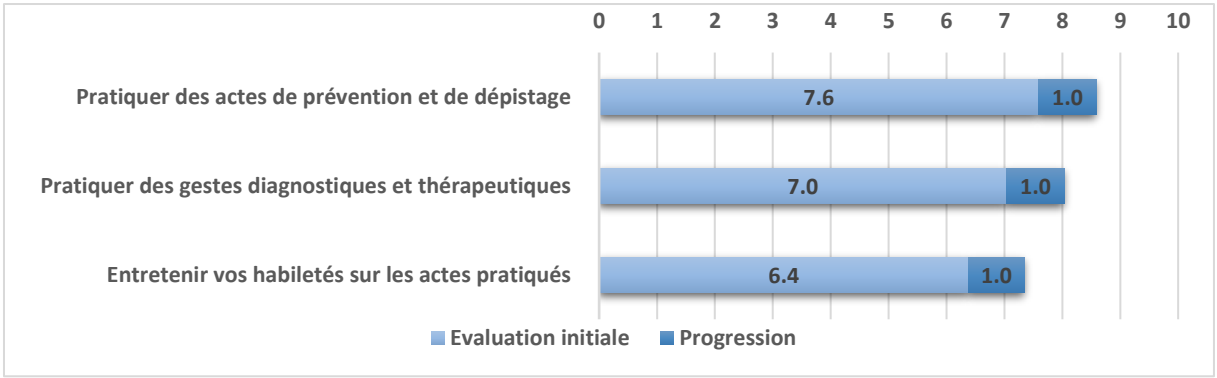


Catégorie 8 : Exécuter les gestes techniques les plus fréquents en soins de première ligne.

7.0 + 1.0 = 8.0

Concernant le domaine de compétence « Exécuter les gestes techniques les plus fréquents en soins de première ligne », les internes estimaient leur niveau de compétence initial à 7.0 points en moyenne, avec une progression moyenne de 1.0 point, pour arriver à un niveau final de 8.0 points.

Figure 11 : Etude AquiSI - Moyenne du niveau de compétence perçue avant le stage et sa progression pour exécuter les gestes techniques les plus fréquents en soins de première ligne.

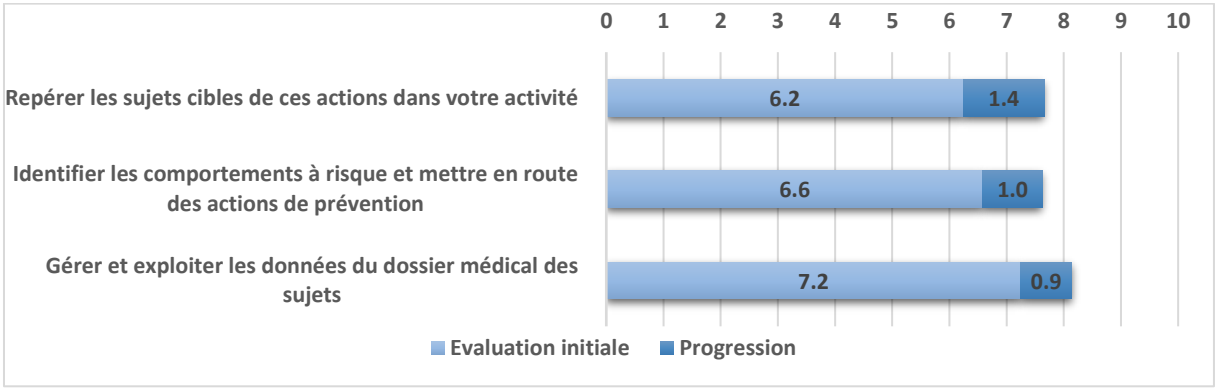


Catégorie 9 : Entreprendre et participer à des actions de santé publique.

6.7 + 1.1 = 7.8

Concernant le domaine de compétence « Entreprendre et participer à des actions de santé publique », les internes estimaient leur niveau de compétence initial à 6.7 points en moyenne, avec une progression moyenne de 1.1 point, pour arriver à un niveau final de 7.8 points.

Figure 12 : Etude AquiSI - Moyenne du niveau de compétence perçue avant le stage et sa progression pour entreprendre et participer à des actions de santé publique.

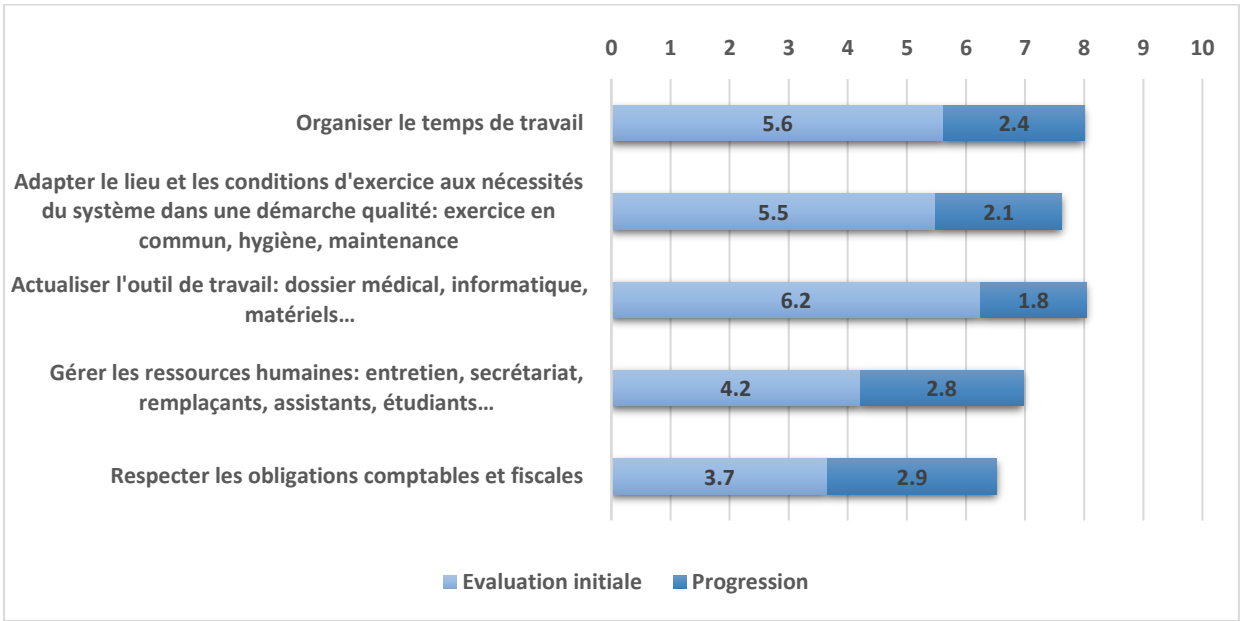


Catégorie 10 : Organiser l'exercice professionnel.

5.0 + 2.4 = 7.4

Concernant le domaine de compétence « Organiser votre exercice professionnel », les internes estimaient leur niveau de compétence initial à 5.0 points en moyenne, avec une progression moyenne de 2.4 points, pour arriver à un niveau final de 7.4 points.

Figure 13 : Etude AquiSI - Moyenne du niveau de compétence perçue avant le stage et sa progression pour l'organisation de son exercice professionnel.

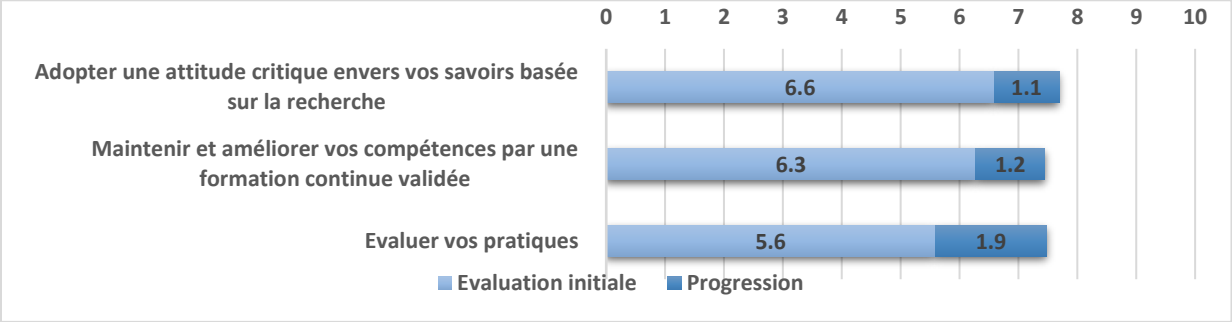


Catégorie 11 : Actualiser et développer ses compétences.

6.2 + 1.4 = 7.6

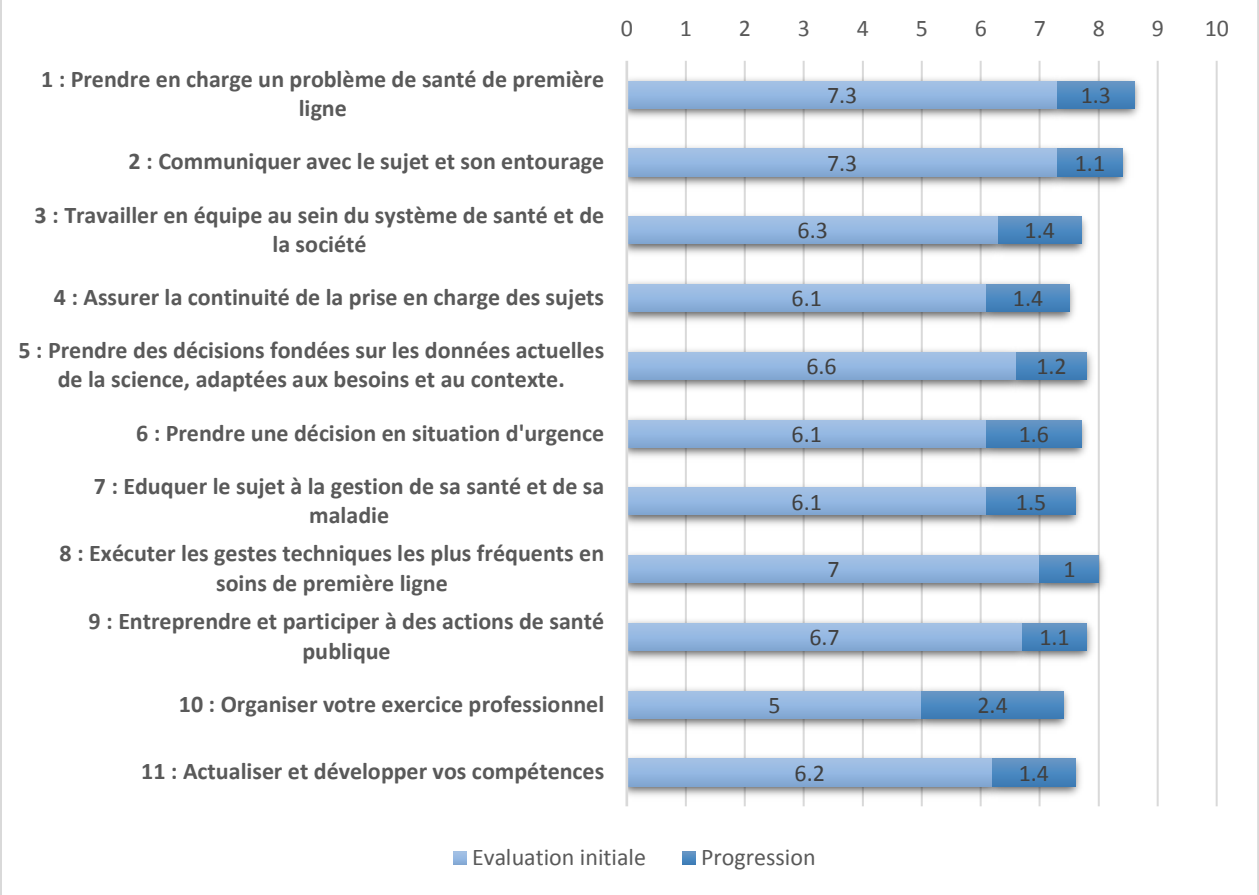
Concernant le domaine de compétence « Actualiser et développer vos compétences », les internes estimaient leur niveau de compétence initial à 6.2 points en moyenne, avec une progression moyenne de 1.4 point, pour arriver à un niveau final de 7.6 points.

Figure 14 : Etude AquiSI - Moyenne du niveau de compétence perçue avant le stage et sa progression pour l'actualisation et du développement des compétences.



Récapitulatif de la progression par catégorie de compétences :

Figure 15 : Etude AquiSI - Moyenne du niveau des catégories de compétence perçue avant le stage et sa progression.

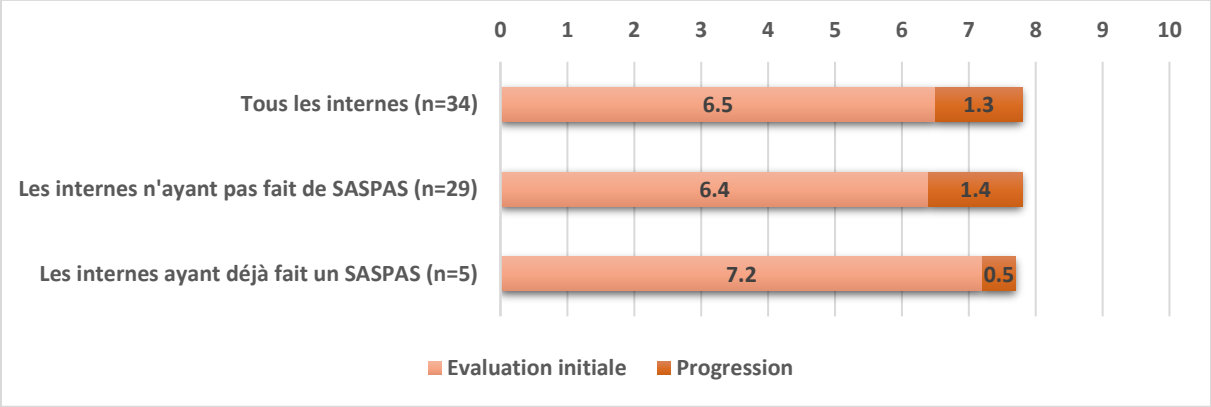


L'ensemble des compétences :

Au total, sur l'ensemble des compétences :

- L'ensemble des internes (n=34) s'étaient en moyenne évalués à 6.5 (σ=0.9) avant le SASPAS et à 7.8 (σ=0.5) après, soit en moyenne 1.3 (σ=0.5) de progression.
- Les internes n'ayant pas fait de SASPAS précédemment (n=29) s'étaient en moyenne évalués à 6.4 (σ=0.9) avant le SASPAS et à 7.9 (σ=0.8) après, soit en moyenne 1.4 (σ =0.8) de progression.
- Les internes ayant fait un SASPAS au semestre précédent (n=5) s'étaient en moyenne évalués à 7.2 (σ=0.8) avant le SASPAS et à 7.7 (σ=0.5) après, soit en moyenne 0.5 (σ=0.3) de progression.

Figure 16 : Etude AquiSI - Moyenne du niveau perçu de l'ensemble des compétences avant le stage et sa progression.



Les internes ayant déjà fait des remplacements (n=11) avait une moyenne initiale de 6.8 (σ =0.9) contre 6.4 (σ =0.9) pour les internes n'ayant jamais fait de remplacements (n=23), mais la différence n'était pas significative (p=0.21)

Pour finir, nous avons classé les compétences dans 3 catégories d'intérêt :

- Les compétences déjà acquises (l'auto-évaluation initiale est supérieure ou égale à 7 points)
- Les compétences pour lesquelles la progression est significative (progression supérieure ou égale à 1.5 point)
- Les compétences insuffisamment acquises au terme du SASPAS (l'auto-évaluation finale est inférieure à 7 points).

Compétences déjà acquises

Chez les internes n'ayant pas fait de SASPAS précédemment (n=29), 11 compétences étaient déjà acquises (auto-évaluation initiale ≥7) :

- Examiner le sujet (8.5)
- Prendre en compte les principes éthiques : respect, humanité, autonomie (8.2)
- Manifester une écoute active et empathique (7.8)
- Adapter la communication aux possibilités de compréhension du sujet (7.6)

- Pratiquer des actes de prévention et de dépistage (7.6)
- Respecter la loi et le code de déontologie (7.3)
- Recueillir, analyser, hiérarchiser les demandes du sujet et/ou de son entourage (7.3)
- Synthétiser les différentes données recueillies afin d'aboutir à un diagnostic de situation (7.3)
- Gérer et exploiter les données du dossier médical des sujets (7.2)
- Fonder votre raisonnement et votre synthèse sur les données actuelles de la science (7.2)
- Pratiquer des gestes diagnostiques et thérapeutiques (7.0)

Compétences avec progression notable

Chez les internes n'ayant pas fait de SASPAS précédemment (n=29), 18 compétences ont progressé de façon notable (différence ≥1,5) :

- Respecter les obligations comptables et fiscales (2.9)
- Gérer les ressources humaines: entretien, secrétariat, remplaçants, assistants, étudiants… (2.8)
- Organiser le temps de travail (2.4)
- Constituer et maintenir une trousse d'urgence adaptée à votre lieu d'exercice (2.4)
- Adapter le lieu et les conditions d'exercice aux nécessités du système dans une démarche qualité: exercice en commun, hygiène, maintenance (2.1)
- Connaître l'organisation de la permanence de soins en ambulatoire (1.9)
- Organiser la prise en charge des sujets dans les parcours, filières et réseaux appropriés (1.8)
- Organiser vos absences (vacances, formations, autres activités) (1.8)
- Actualiser l'outil de travail: dossier médical, informatique, matériels… (1.8)
- Etablir un diagnostic éducatif (1.7)
- Pouvoir utiliser différentes stratégies éducatives (1.7)
- Elaborer une prise en charge globale adaptée au sujet et au contexte (1.7)
- Prendre une décision partagée et construire une alliance thérapeutique (1.6)
- Maîtriser les techniques de communication verbale et non verbale (1.6)
- Coordonner la prise en charge autour du sujet (1.6)
- Prendre en compte vos émotions et celles du sujet (1.5)
- Collaborer avec les partenaires médico-sociaux (1.5)
- Impliquer le sujet dans un projet de prise en charge (1.6)

Compétences insuffisamment acquises au terme du stage

Concernant l'ensemble des internes (n=34), 2 compétences étaient insuffisamment acquises à la fin du stage (auto-évaluation finale < 7) :

- Gérer les ressources humaines: entretien, secrétariat, remplaçants, assistants, étudiants… (6.9)
- Respecter les obligations comptables et fiscales (6.5)

Ces 2 compétences font également partie des compétences ayant progressé de façon significative.

En dehors de ces seuils, les 14 compétences restantes ont montré une progression inférieure à 1.5, passant d'une auto-évaluation initiale inférieure à 7, à une auto-évaluation finale supérieure ou égale à 7.

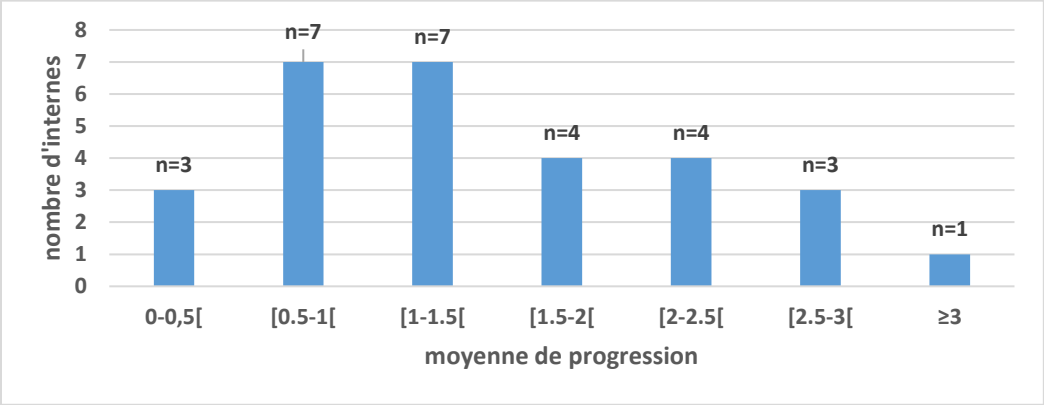
Progressions négatives

Ces résultats de progression sont présentés sous forme de moyennes, toutes positives. Cependant, des progressions négatives (-1 ou -2, exceptionnellement -3 ou moins), concernant un interne pour une compétence donnée, ont été enregistrées. Les progressions négatives étaient minoritaires (146/1462 soit 10% des mesures) mais répandues : Elles concernaient 28/34 internes (82%) et 41/43 compétences (95%).

3.2. Présentation par interne

Parmi les internes n'ayant pas fait de SASPAS précédemment (n=29), les moyennes de progression globale se répartissent de la façon suivante :

Figure 17: Etude AquiSI - Moyenne de progression des internes.



Selon le seuil de progression notable supérieure ou égale à 1.5 point

- 17 internes sont classés dans la catégorie ayant moins progressé (leur évaluation initiale était de 6.9 et leur évaluation finale était de 7.7).
- 12 internes sont classés dans la catégorie ayant plus progressé (leur évaluation initiale était de 5.8 et leur évaluation finale était de 8.1).

Résumé de la partie 3 : La progression des compétences

Tous les internes ont progressé.

Les internes effectuant leur premier SASPAS (n=29), s'étaient en moyenne évalués à 6.4 (σ=0.9) avant le SASPAS et à 7.9 (σ=0.8) après, soit en moyenne 1.4 (σ =0.8) de progression.

17 internes avaient une progression inférieure 1.5 point et 12 internes avaient une progression supérieure ou égale à 1.5 point.

Toutes les compétences ont été améliorées.

Les compétences ayant marqué la plus grande progression sont celles concernant la communication et l'approche centrée patient, la coordination des soins ainsi que la gestion de l'outil professionnel. Pour cette dernière catégorie l'acquisition des compétences reste néanmoins insuffisante.

4 - Supervision indirecte

L'objectif de ce chapitre est de décrire les modalités de la supervision menée par les maîtres de stage : nous décrivons tout d'abord la charge de travail de la journée et la disponibilité du MSU, puis l'organisation et le contenu de la rétroaction, et enfin la satisfaction de l'interne concernant cette rétroaction.

Les stagiaires avaient entre 2 et 4 maîtres de stage chacun : 13 internes avaient 2 MSU, 19 internes avaient 3 MSU, 1 interne avait 4 MSU. A noter qu'un des MSU est parti à la retraite en cours de semestre, 1 interne avait donc 3 MSU puis 2 MSU en deuxième partie du semestre.

Nous avons donc recueilli la description de la supervision des 90 maitres de stage SASPAS d'Aquitaine (89 en fin de semestre) en première partie et en deuxième partie du semestre, soit 179 questionnaires au total.

Les internes ont répondu au questionnaire sur la supervision indirecte

- de la première partie du semestre entre le 1er juin et le 11 juillet 2016.
- de la deuxième partie du semestre entre le 13 septembre et le 24 octobre 2016.

Les internes avaient répondu le jour même dans 67% des cas, et avec un jour de décalage dans 18% des cas. Le décalage entre la journée évaluée et la réponse au questionnaire est représenté dans le tableau ci-dessous.

Tableau 1 : Etude AquiSI - Décalage (en jour) entre la date de la journée évalué et la date de la réponse au questionnaire.

décalage (j)	**0**	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
n	120	32	5	3	7	2	4	1	1	0	0	0	1	1	1	1

4.1. Charge de travail

Les internes avaient la possibilité d'évaluer la journée entière ou seulement le matin ou l'après-midi selon l'organisation de leur stage (certains internes n'avaient pas le même MSU le matin et l'après-midi).

Les 179 questionnaires ont permis de décrire 151 matinées et 162 après-midi.

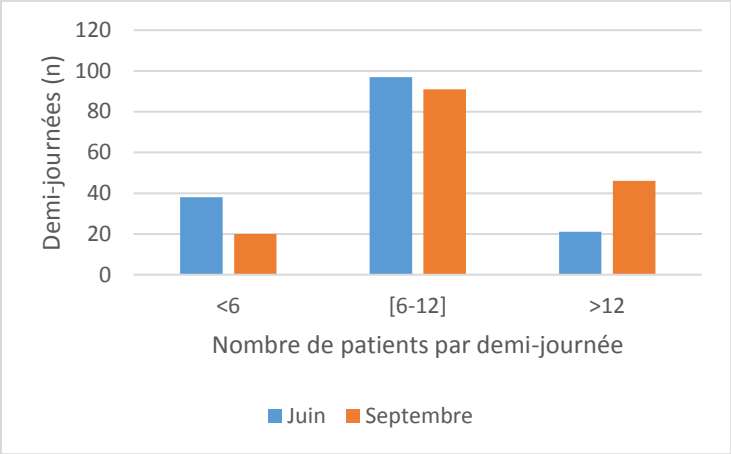
Le temps de travail d'une demi-journée allait de 1h30 à 6h45. Le nombre de patients vus dans une demi-journée allait de 1 à 25. Les moyennes et écarts type sont présentés dans le tableau 2.

Tableau 2 : Etude AquiSI - Moyenne de la durée de travail et du nombre de patients vus

		Juin	**Septembre**	**Juin + Septembre**
Matin	Temps de consultation (h:min)	3:19 (σ=0:58)	3:12 (σ =0:46)	3:16 (σ =0:52)
	Nombre de patients vus	7 (σ=3)	9 (σ =3)	8 (σ =3)
Après midi	Temps de consultation (h:min)	4:06 (σ=1:12)	4:27 (σ =0:53)	4:16 (σ =1:04)
	Nombre de patients vus	10 (σ =4)	13 (σ =5)	11 (σ =5)
Temps de consultation par patient (h:min)		0:32 (σ=0:25)	0:24 (σ=0:09)	0:28 (σ =0:19)

D'après la figure 18, l'interne avait vu entre 6 et 12 patients dans 60% des demi-journées décrites (n=188). Il avait vu moins de 6 patients dans 19% des demi-journées et plus de 12 patients dans 21% des demi-journées décrites.

Figure 18 : Etude AquiSI - Nombre de patients vus par demi-journée



En ce qui concerne le nombre de patients vus par demi-journée, l'interne voyait significativement plus de patients en septembre qu'il n'en voyait en juin ($p<0.05$).

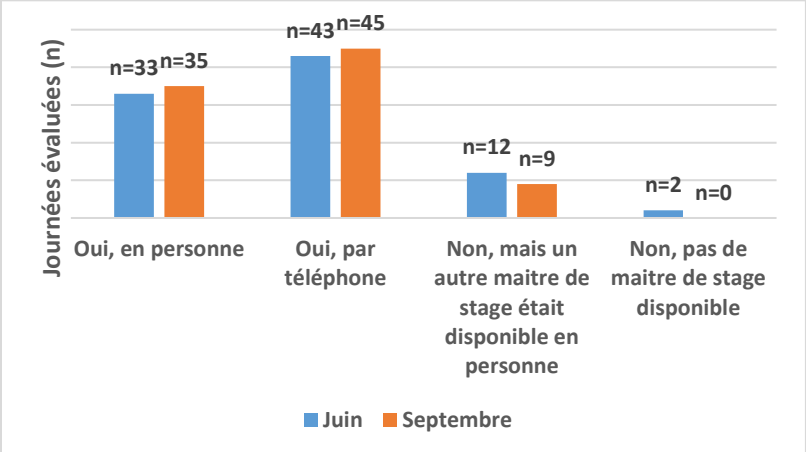
78% des internes (n=139) ont déclaré que les journées et demi-journées décrites étaient représentatives des autres jours.

Les causes de non représentativité étaient : journée plus calme que d'habitude (n=21), journée plus chargée que d'habitude (n=4) et organisation différente en termes d'autonomie ou de rapport visites/consultations (n=14).

4.2. Disponibilité du MSU

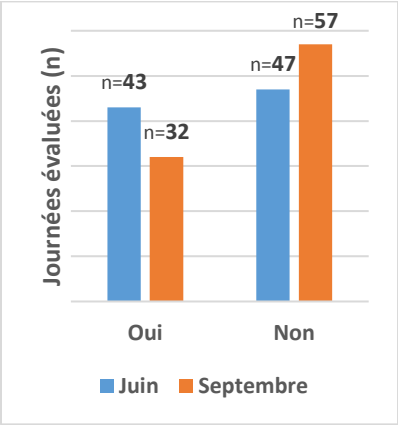
Le maître de stage était joignable dans 87% des cas (n=156), le plus souvent par téléphone (49%, n=88). 2 internes n'avaient pas de maître de stage à qui faire appel lors de la journée décrite. Il n'y avait pas de différence significative entre juin et septembre.

Figure 19 : Etude AquiSI - Disponibilité du maître de stage.



Les internes avaient fait appel à leur maître de stage pendant la consultation dans 42% des cas (n=75), la différence entre juin et septembre n'est pas significative (p=0.1)

Figure 20 : Etude AquiSI - Appel du maître de stage.



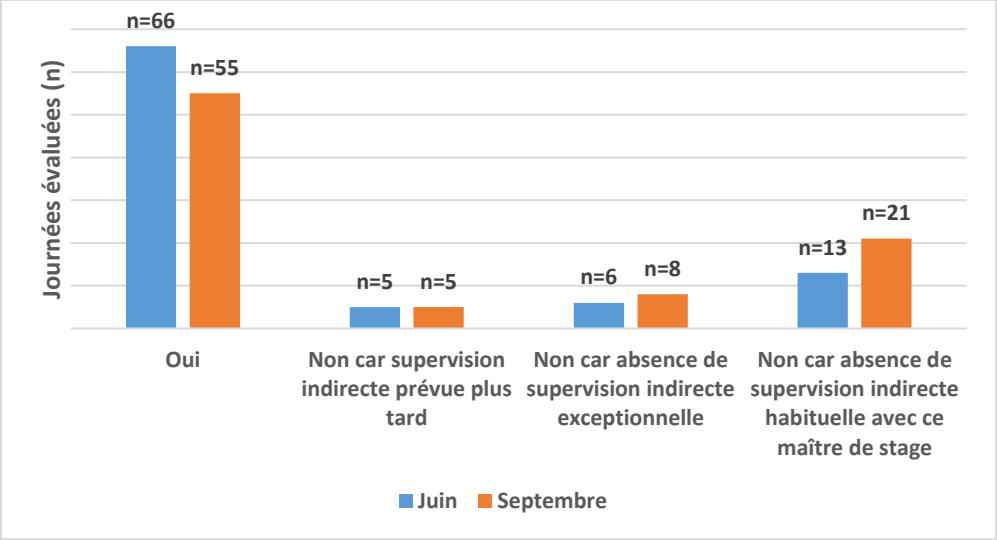
4.3. Présence d'une supervision indirecte

Une supervision indirecte était pratiquée sur 73% (n=131) des journées concernées, dont 92% le jour même (n=121).

Dans 19% des cas (n=34), l'interne déclarait être habitué à ne pas avoir de supervision avec le maître de stage du jour. Cela concernait 13 journées de stage en juin et 21 journées en septembre. Parmi eux, 9 maîtres de stage ne supervisaient habituellement pas en juin ni en septembre.

Au total, la réponse « Absence de supervision indirecte habituelle avec ce MSU » concernait 25 des maîtres de stage, soit 28%.

Figure 21 : Etude AquiSI : Présence ou non d'une supervision indirecte



La différence constatée entre juin et septembre concernant la présence ou non d'une supervision n'était pas significative (p=0.09).

Les 10 supervisions indirectes « prévue pour plus tard », autrement dit différée par rapport à la journée de consultation, ont eu lieu :

- Le lendemain pour la majorité (n=8)
- 3 jours plus tard (n=2)

Suivant la description des 34 journées non supervisées, 13 commentaires libres ont été écrits :

- **Disponibilité du MSU si problème sans qu'il y ait de supervision indirecte établie** (8 commentaires)

  « Pas de supervision indirecte en soi... Mais je lui parle des patients qui ont posé des problèmes si besoin... »
  « Supervision très variable, que si je le demande expressément (si j'ai eu vraiment un souci) donc en général non »
  « J'ai mis non pour la supervision car je la juge trop sommaire quand ça se résume au mieux à "pas de problème?" »

- **Manque d'implication des MSU** (2 commentaires)

  « […] pour ce qui est de l'intérêt de l'apprentissage de nouvelles compétences médicales, cela ne sert à rien, mieux vaut être en stage à l'hôpital, à moins d'avoir un maître de stage impliqué dans la formation de l'interne. Car même si ils ne sont pas de mauvaise foi et plutôt sympas, ils voient le SASPAS comme un remplaçant gratuit et non comme une personne à former ! Je pense que la formation des maîtres de stage est largement insuffisante et l'évaluation de la motivation des maîtres de stage dans la formation de l'interne est très mal évaluée! […] »
  « Me dit chaque jour que l'on fera le point le lendemain mais jamais fait »

- **Supervision directe** (2 commentaires)

  « Pas de bureau supplémentaire avec ce médecin donc supervision directe toute la journée... voire simple scribe du praticien […] »

- **Pas de réponse du praticien malgré des problèmes rencontrés** (1 commentaires)

  « J'ai appelé pour transmettre les dossiers à suivre et pour une question, pas de réponse. J'ai donc envoyé un SMS auquel je n'ai pas eu de réponse non plus »

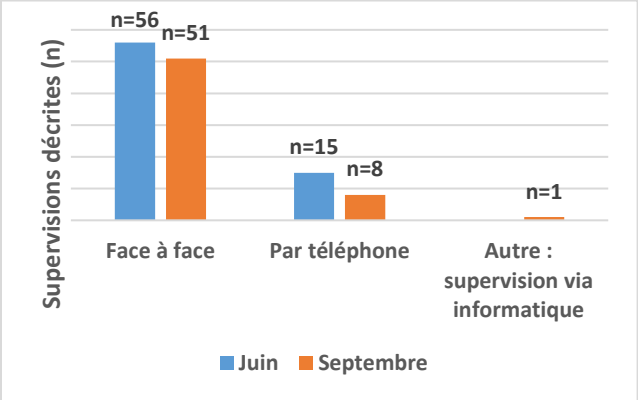
4.4. Déroulement de la supervision indirecte

Ces résultats concernent les 131 journées évaluées où il y a eu une supervision indirecte, le jour même ou différée.

4.4.1. Moyen de la supervision indirecte

La supervision indirecte était menée à 82% en face à face (n=107). Pour les autres, elle avait lieu par téléphone et, dans un des cas, via le logiciel du cabinet. Il n'y avait pas de différence significative entre juin et septembre.

Figure 22 : Etude AquiSI - Moyen de supervision indirecte.

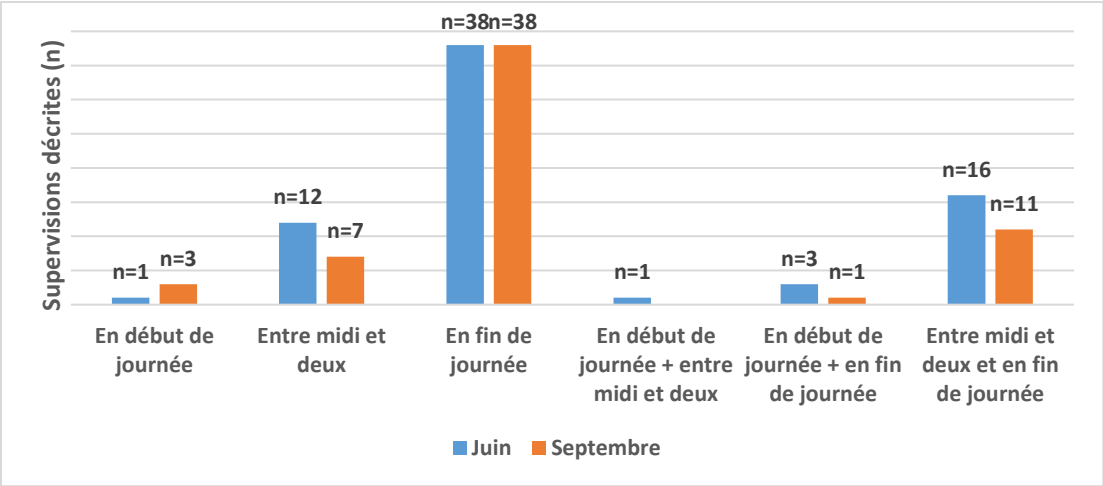


4.4.2. Moment de la supervision indirecte

La supervision indirecte avait lieu en fin de journée dans 58% des cas (n=76).

Dans 25% des cas (n=32), la supervision indirecte avait lieu en deux fois (n=20 en juin et n=12 en septembre). Il n'y avait pas de différence significative entre juin et septembre.

Figure 23 : Etude AquiSI - Moment de la supervision indirecte.



4.4.3. Durée de la supervision indirecte :

En tenant compte seulement des journées supervisées (n=131)

Le temps de supervision était en moyenne de 21 minutes par jour. Les valeurs allaient de 3 minutes à 1h30.

Il n'y avait pas de différence significative entre juin et septembre.

Tableau 3 : Etude AquiSI - Moyenne du temps de supervision indirecte par jour.

	Temps de supervision (h:mm)
Juin	0:21 (σ=0:13)
Septembre	0:22 (σ=0:15)

Remarque : 4 réponses concernant le temps de supervision étaient incorrectes : ils correspondaient au temps de travail. Ces réponses n'ont donc pas été prises en compte.

Lorsque la description portait sur la journée entière (n=104), la durée de la supervision était en moyenne de 21 minutes. Elle était en moyenne de 21 minutes sur une matinée (n=11), et de 24 minutes sur une après-midi (n=24).

Le temps de supervision indirect était plus long en face à face (en moyenne : 24 minutes, σ=15) que par téléphone (en moyenne : 14 minutes σ=7), avec une différence significative (p<0.01).

Le temps de supervision par patient était en moyenne de 3 minutes et 14 secondes. Il n'y avait pas de différence significative entre juin et septembre.

Tableau 4 : Etude AquiSI - Moyenne du temps de supervision par patient

	Temps par patient (mm:ss)
Juin	03:18 (σ=02:14)
Septembre	03:09 (σ=02:53)

En tenant compte des journées supervisées et des journées non supervisées (n=179)

Le temps de supervision globale était en moyenne de 15 minutes par jour. Il n'y avait pas de différence significative entre juin et septembre.

Tableau 5 : Etude AquiSI - Moyenne du temps global de supervision indirecte par jour.

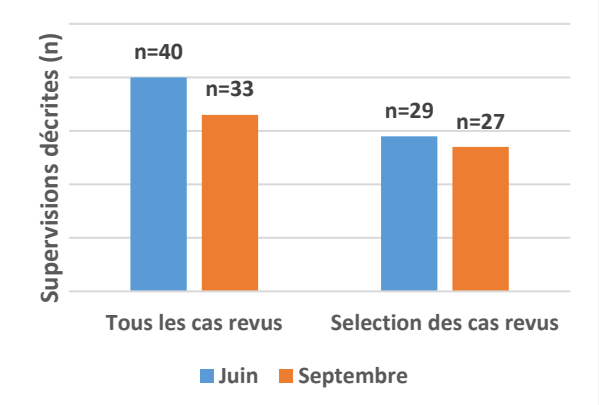
	Temps de supervision (h:mm)
Juin	0:16 (σ=0:14)
Septembre	0:15 (σ=0:16)

4.5. Contenu de la supervision indirecte

4.5.1. Sélection des situations cliniques supervisées

Les consultations ou visites de la journée étaient toutes rediscutées dans 57% des cas (n=75)

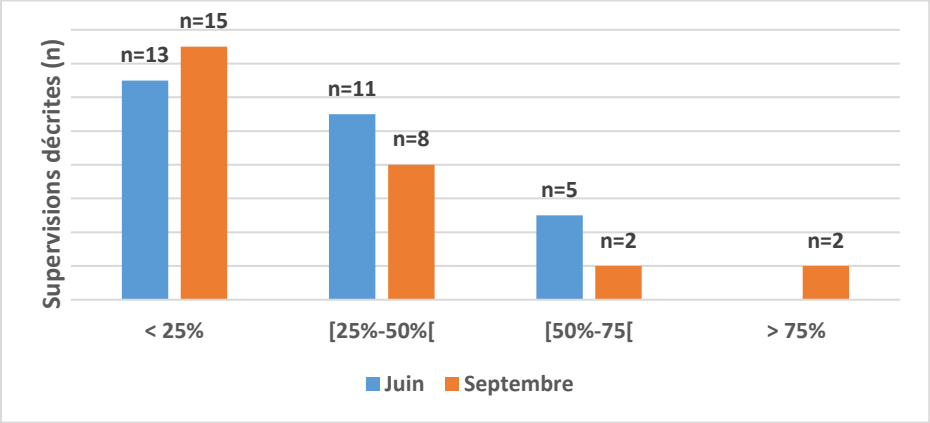
Figure 24 : Etude AquiSI - Sélection des cas revus en supervision



La différence entre juin et septembre concernant la sélection ou pas des patients revus n'est pas significative (p=0.7)

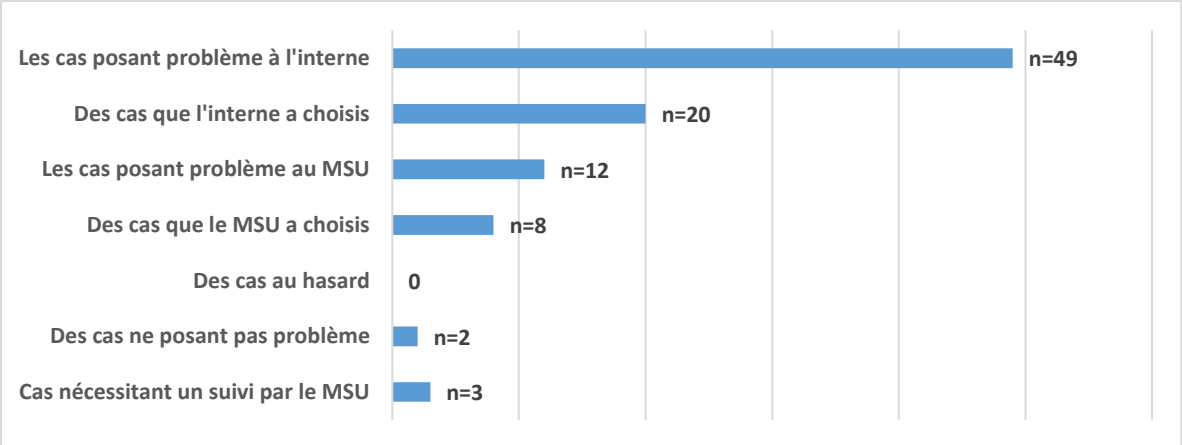
Lorsque les patients n'étaient pas tous passés en revue (43% ; n=56), en moyenne 30% des cas étaient revus (30% en juin et 29% en septembre). La dispersion est représentée dans la figure 25. Il n'y avait pas de différence significative entre juin et septembre.

Figure 25 : Etude AquiSI - Pourcentage des cas revus en supervision



Les cas revus étaient sélectionnés selon les critères présentés dans la figure 26 (plusieurs choix de réponse étaient possibles).

Figure 26 : Etude AquiSI - Critères de sélection des patients



94% des internes (n=123) ont déclaré que le déroulement de la supervision décrite était représentatif des autres jours.

Les causes de non représentativité étaient : une supervision directe habituelle (n=3), supervision indirecte en face à face habituellement (n=1), supervision au téléphone habituellement (n=1), supervision de tous les patients habituellement (n=1), supervision par un autre MSU, (n=1), supervision plus rapide que d'habitude (n=1)

4.5.2. Thèmes abordés en supervision indirecte

Concernant les sujets abordés en supervision indirecte, les items sont classés selon leur occurrence dans les 131 supervisions décrites (plusieurs réponses étaient possibles)

- Une discussion sur les compétences du médecin généraliste, à mettre en œuvre face à ce genre de cas **(n=121) soit dans 92% des supervisions.**

- Des transmissions en vue de la continuité des soins (= échange d'information sur les patients) **(n=111) soit dans 85% des supervisions.**

- Une réflexion sur l'établissement d'un projet de soin pour les prochaines consultations avec les patients **(n=72) soit dans 55% des supervisions.**

- Des « prescriptions pédagogiques » (= des indications pour essayer de faire les choses différemment les prochaines fois ou bien des encouragements à vérifier des connaissances (des recherches bibliographiques, écriture dans le portfolio…) **(n=61) soit dans 47% des supervisions.**

- La remise et l'explication de la comptabilité du jour **(n=38) soit dans 29% des supervisions.**

Plus précisément, les compétences abordées étaient les suivantes :

- La prise en charge d'un problème de santé de première ligne (démarche clinique et prise en charge) **(n=93) soit dans 71% des supervisions.**
- La continuité de la prise en charge et suivi du patient **(n=56) soit dans 43% des supervisions.**
- La communication avec le patient et/ou son entourage **(n=55) soit dans 42% des supervisions.**
- La coordination de la prise en charge (réseaux de santé, hospitalisation, collaboration avec d'autres professionnels) **(n=55) soit dans 42% des supervisions.**
- L'approche globale et complexité (décision en fonction des données de la science, du contexte, du patient) **(n=49) soit dans 37% des supervisions.**
- L'éducation en santé **(n=31) soit dans 24% des supervisions.**
- Les actions de prévention et de dépistage **(n=27) soit dans 21% des supervisions.**
- La gestion de l'urgence **(n=26) soit dans 20% des supervisions.**
- La gestion comptabilité et fonctionnement du cabinet, hygiène, dossier patient **(n=21) soit dans 16% des supervisions.**
- L'auto-évaluation et développement des compétences **(n=20) soit dans 15% des supervisions.**
- Les gestes techniques de première ligne **(n=12) soit dans 10% des supervisions.**

96% des internes (n=126) ont déclaré que le déroulement et le contenu de la supervision décrite était représentatif des autres jours.

Les causes de non représentativité étaient : Plus de sujets abordés d'habitude (n=3), supervision directe habituellement (n=2)

4.6. Satisfaction concernant la supervision indirecte et commentaires libres

La satisfaction de la supervision indirecte, dans les 131 cas où elle avait eu lieu, a été estimée en moyenne à 7.7/10.

La satisfaction était significativement associée à :

- La durée de supervision (coefficient de Pearson = 0.36, $p<0.05$)
- La proportion de patients supervisés (coefficient de Pearson = 0.42, $p<0.05$)
- Le nombre de compétences abordées (coefficient de Pearson = 0.42, $p<0.05$)

25 commentaires ont été écrits suivant la question sur la satisfaction :

- **Appréciation positive de la rétroaction** (7 commentaires) :

« Prend toujours le temps qu'il faut pour débriefer »
« Bon maître de stage impliqué dans la formation de l'interne »
« Supervision très agréable où toutes sortes de sujets peuvent être abordés qu'ils soient en rapport ou non avec les consultations vues »

- **Rétroaction trop longue** (2 commentaires)

« Mais beaucoup trop long comme débriefing »

- **Supervision insatisfaisante : absente ou trop succincte** (9 commentaires)

« Débriefing rapide, un peu expédié »
« Je n'ai aucune pédagogie véritable ou temps d'apprentissage malgré la sympathie et l'absence d'exploitation de ce maitre de stage »
« Demander si il y a eu des problèmes n'est ni nécessaire ni suffisant »
« Aucune aide pour améliorer ma pratique, juste un listing des patients vus »
« Je suis présenté par mon MSU comme son remplaçant aux patients, la supervision est donc très limitée. »
« Je pense qu'il serait nécessaire de former les maitres de stage à ce qu'est vraiment la supervision indirecte »
« Les conseils et remarques de mon MSU relèvent essentiellement de son expérience personnelle et ne répondent pas toujours à mes questions de façon satisfaisante. »

- **Description de l'organisation de la supervision** (6 commentaires)

- Supervision après chaque patient (3 commentaires) : *« Pas de débriefing à la fin de journée mais plutôt entre chaque patient si j'ai eu un souci »*
- Supervision indirecte en plusieurs fois (2 commentaires) : *« Premier point en début de journée avant les premières consultations, puis entre midi et deux heures, en physique. Le soir au téléphone. »*
- Supervision directe (1 commentaire) *« […] un peu biaisé car je n'ai pas fait l'après midi ou la matinée entière à consulter seul. De plus la supervision était presque directe […] »*

- **Demande d'apprentissage de gestion de l'outil professionnel** (1 commentaire)

« J'aimerais avoir plus de notions sur la comptabilité, les impôts et l'administratif »

4.7. Comparaison de la supervision entre les internes faisant leur premier SASPAS et les internes ayant déjà fait un SASPAS

Concernant les caractéristiques de qualité de la supervision, le groupe des internes faisant leur premier SASPAS et le groupe des internes ayant déjà fait un SASPAS étaient comparables.

Tableau 6 : Etude AquiSI - Comparaison de la supervision entre les internes faisant leur premier SASPAS et les internes ayant déjà fait un SASPAS

	Groupe d'internes n'ayant pas fait de SASPAS	**Groupe d'internes ayant déjà fait un SASPAS**	
Charge de travail (moyenne nb de patients/jour)	19	16	p=0.41
Présence d'une rétroaction	74%	67%	p=0.44
Durée moyenne de la rétroaction (h:mm)	0:20	0:23	p=0.62
Durée globale de la rétroaction (h:mm)	0:16	0:18	p=0.76
Pourcentage de patients revus (moyenne)	67%	67%	pas de différence
Nombre de thèmes abordés (moyenne)	3	4	p=0.50
Présence d'une prescription pédagogique	48%	33%	p=0.69
Satisfaction (moyenne)	7.5	7.9	p=0.50

Résumé de la partie 4 : Description de la journée de travail et de la supervision

Charge de travail :

L'interne avait vu entre 6 et 12 patients dans 60% des demi-journées décrites.

Les internes voyaient plus de patients en septembre qu'ils n'en voyaient en juin.

Les moyennes du temps de travail et du nombre de patients vus ont été exprimées avec des écarts types importants, témoignant de la dispersion des valeurs.

Organisation de la supervision :

La supervision avait lieu dans 73% des cas.

La supervision avait lieu à 92% le jour-même et à 82% en face à face.

Quand elle avait lieu, elle durait en moyenne 21 minutes par jour (σ=13min).

28% des MSU ne supervisaient pas l'interne de façon régulière.

Contenu de la supervision :

Tous les patients étaient revus dans 57% des supervisions. Dans les cas contraires, en moyenne 30% des patients étaient revus et ils étaient sélectionnés par l'interne dans la majorité des cas.

La grande majorité des supervisions indirectes incluaient des transmissions en vue de la continuité des soins (85%) et une discussion sur les compétences du généraliste (92%). Les compétences abordées les plus représentées étaient la prise en charge d'un problème de santé de première ligne, la continuité de la prise en charge et le suivi du patient, la communication avec le patient et/ou son entourage, la coordination de la prise en charge.

Une prescription pédagogique avait lieu dans 47% des supervisions.

Satisfaction :

Les internes déclaraient une satisfaction moyenne de 7.7/10 concernant la supervision décrite.

5 - Lien entre qualité de la supervision et la progression des compétences

L'objectif de ce chapitre est d'analyser l'association entre la progression des internes et la qualité de la supervision, représentée par la charge de travail, la présence d'une rétroaction, la durée de la rétroaction, le pourcentage de patients revus, le nombre de thèmes abordés, la présence d'une prescription pédagogique et la satisfaction.

Sont représentés dans ce chapitre les 29 internes n'ayant pas fait un premier SASPAS au semestre précédent.

Nous rappelons qu'à partir du seuil de progression notable supérieure ou égale à 1.5 point :

- 17 internes sont classés dans la catégorie ayant moins progressé.
- 12 internes sont classé dans la catégorie ayant plus progressé.

Nous rappelons que nous avons utilisé :

- Le χ^2 pour comparer deux variables qualitatives indépendantes.
- Le test t de Student pour comparer les mesures d'une variable quantitative effectuées sur deux groupes indépendants définis par les modalités de la variable qualitative.
- La corrélation de Pearson pour établir une corrélation entre deux variables quantitatives.

Pour les variables quantitatives, nous avons utilisé le test t de Student et la corrélation de Pearson et nous avons représenté sur un graphique le paramètre étudié en fonction de la progression pour chaque interne.

5.1. Lien entre la charge de travail et la progression des compétences

En tenant compte de la description des journées entières, le groupe d'internes ayant plus progressé avait vu moins de patients que le groupes d'internes ayant moins progressé (18 vs 21 ; p=0.02)

Tableau 7 : Etude AquiSI - Nombre de patients vus par journée et par demi-journée. Test t de Student.

	Groupe d'internes ayant plus progressé	**Groupe d'internes ayant moins progressé**	
Journée	18 (n=53)	21 (n=60)	p=0,02
Matinée seule	7 (n=4)	7 (n=12)	p=0,48
Après-midi seule	11 (n=7)	12 (n=17)	p=0,68

5.2. Lien entre la présence d'une rétroaction et la progression des compétences

La présence d'une rétroaction était associée à une progression plus importante des compétences (p=0.01)

Tableau 8 : Etude AquiSI - Présence d'une supervision et progression. Test du χ^2.

	Groupe d'internes ayant plus progressé	Groupe d'interne ayant moins progressé
Présence de la supervision indirecte (n)	55	60
Absence de supervision indirecte (n)	10	30

p = 0.01

Remarque : les réponses « Absence de supervision indirecte exceptionnelle » étaient classées dans le groupe « Absence de supervision indirecte ».

5.3. Lien entre la durée de la rétroaction et la progression des compétences

En tenant compte seulement des journées supervisées (n=115)

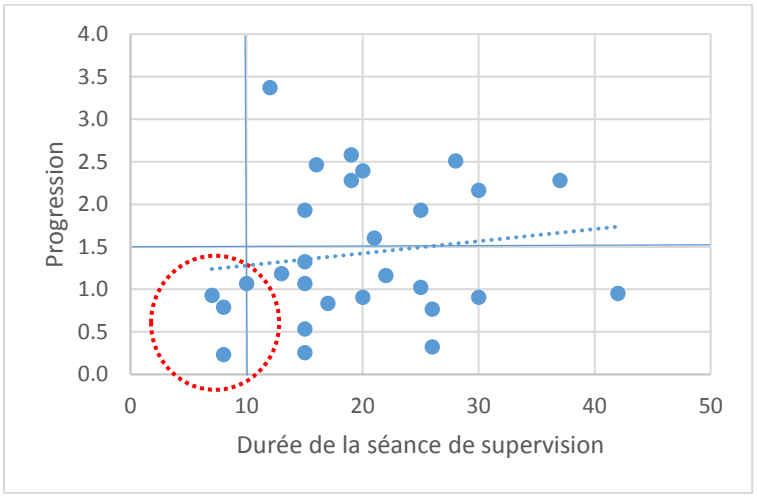
Les internes ayant plus progressé avaient en moyenne 21 minutes de rétroaction par jour, contre 20 minutes pour les internes avant moins progressé. La différence entre les deux groupes n'était pas significative.

Tableau 9 : Etude AquiSI – Temps de rétroaction par jour et progression. Test t de Student.

	Groupe d'internes ayant plus progressé	Groupe d'internes ayant moins progressé	
Temps de rétroaction par jour en moyenne (h:mm)	0:21	0:20	p=0,52

Nous avons représenté la progression en fonction de la durée moyenne de rétroaction par interne. Le coefficient de Pearson n'était pas significatif.

Figure 27 : Etude AquiSI - Progression en fonction de la durée de la rétroaction. Test de corrélation de Pearson.



p=0.43

Nous remarquons sur la figure 27 que les 4 internes ayant eu en moyenne moins de 10 minutes (≤ 10 minutes) de rétroaction sont tous dans le groupe des internes ayant moins progressé.

En tenant compte des journées supervisées et des journées non supervisées (n=155)

Pour les résultats ci-dessous, nous avons pris en compte les journées non supervisées (en leur attribuant une durée de rétroaction nulle) afin d'estimer la durée de rétroaction globale sur le semestre.

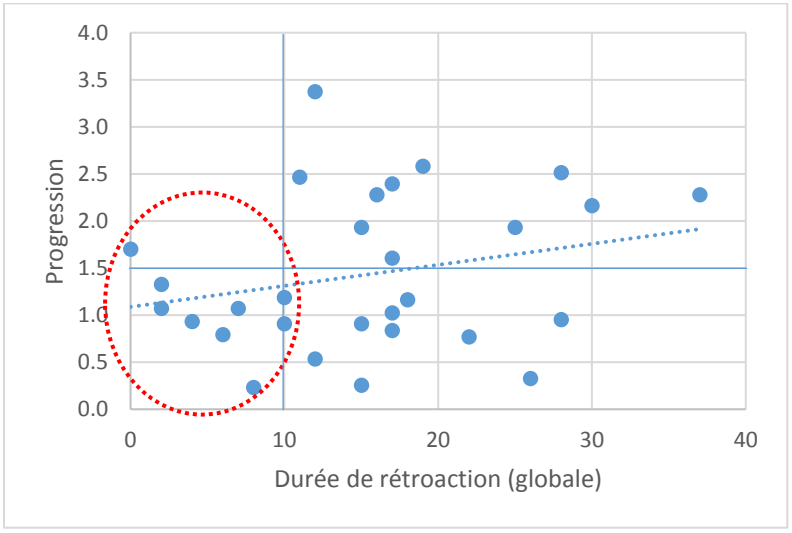
Les internes ayant plus progressé avaient en moyenne 18 minutes de rétroaction par jour, contre 13 minutes pour les internes ayant moins progressé. La différence entre les deux groupes était significative (p=0.04)

Tableau 10 : Etude AquiSI – Temps de rétroaction globale par jour et progression. Test t de Student.

	Groupe d'internes ayant plus progressé	**Groupe d'internes ayant moins progressé**	
Temps de rétroaction globale par jour en moyenne (h:mm)	0:18	0:13	p=0,04

Nous avons représenté la progression en fonction de la durée moyenne de rétroaction globale par interne. Le coefficient de Pearson n'était pas significatif.

Figure 28 : Etude AquiSI - Progression en fonction de la durée de la rétroaction globale. Test de corrélation de Pearson.



p =0.18

Nous remarquons sur la figure 28 que les 9 internes ayant eu en moyenne moins de 10 minutes (≤10 minutes) de rétroaction sont tous dans le groupe des internes ayant moins progressé, excepté un interne avec une progression de 1.7, qui ne rapporte aucune supervision indirecte (4 « absence de supervision habituelle » et 2 « absence de supervision exceptionnelle) donc une durée quotidienne globale nulle.

5.4. Lien entre le pourcentage de patients revus en supervision indirecte et la progression des compétences

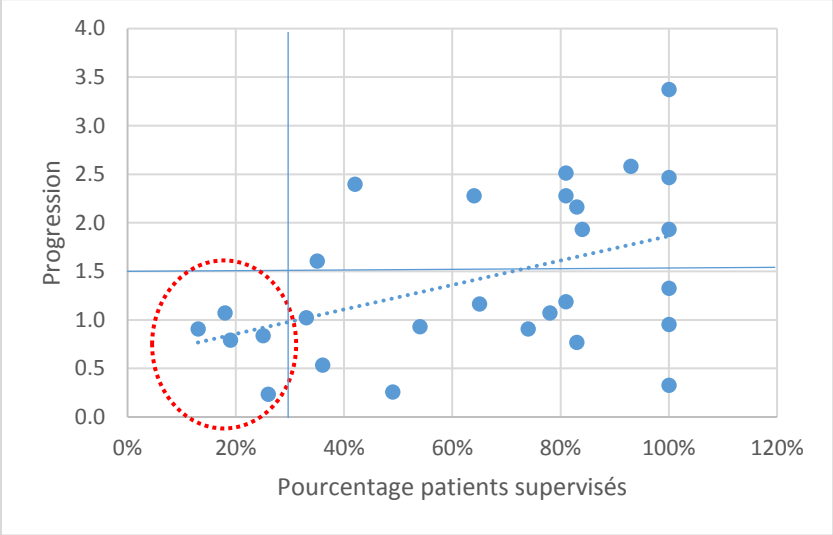
Les internes ayant plus progressé avaient revu un pourcentage de patients plus élevé que les internes ayant moins progressé (79% vs 59%, p<0.01)

Tableau 11 : Etude AquiSI – Pourcentage de patient revus et progression. Test t de Student.

	Groupe d'internes ayant plus progressé	Groupe d'internes ayant moins progressé	
Pourcentage de patients revus	79%	59%	p<0,01

Nous avons représenté la progression en fonction du pourcentage moyen de patients revus en supervision. La progression est significativement associée au pourcentage de patients revus.

Figure 29 : Etude AquiSI - Progression en fonction du pourcentage de patients supervisés. Test de corrélation de Pearson.



p<0.01

Nous remarquons sur la figure 29 que les 5 internes ayant eu en moyenne moins de 30% de patients revus en supervision indirecte sont tous dans le groupe des internes ayant moins progressé.

5.5. Lien entre le nombre de thèmes abordés et la progression des compétences

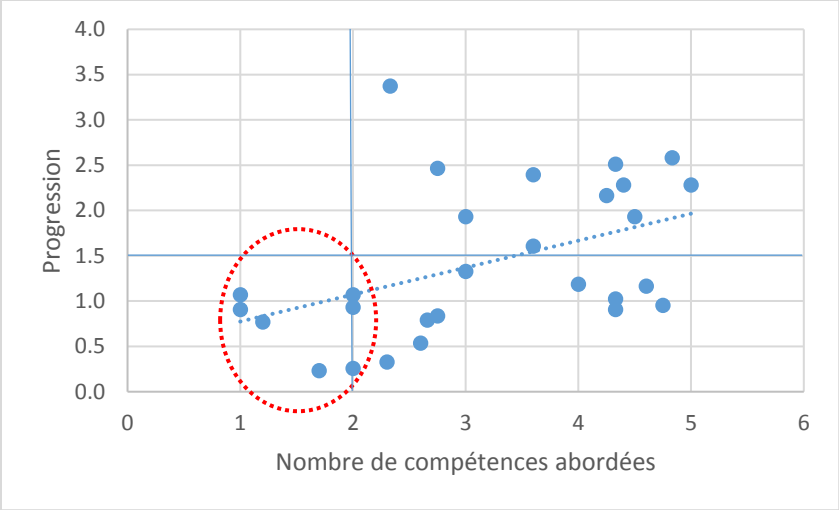
Les internes ayant plus progressé avaient abordé plus de thèmes pendant la rétroaction que les internes ayant moins progressé (4 vs 3 ; p<0.01)

Tableau 12 : Etude AquiSI – Nombre de thèmes abordés et progression. Test t de Student.

	Groupe d'internes ayant plus progressé	Groupe d'internes ayant moins progressé	
Nombre de thèmes abordés	4	3	p<0,01

Nous avons représenté la progression en fonction du nombre de thèmes abordés en rétroaction. La progression est significativement associée au nombre de thèmes abordés (p<0.01).

Figure 30 : Etude AquiSI - Progression en fonction du nombre de thèmes abordés. Test de corrélation de Pearson.



p<0.01

Nous remarquons sur la figure 30 que les 7 internes ayant eu moins de 2 thèmes (≤2 thèmes) abordés en supervision sont tous dans le groupe des internes ayant moins progressé.

5.6. Lien entre la prescription pédagogique et la progression des compétences

Les internes ayant le plus progressé avaient plus fréquemment une prescription pédagogique (dans 55% des supervisions) que les internes ayant moins progressé (40%). L'association entre les deux variables n'était pas significative.

Tableau 13 : Etude AquiSI – Prescription pédagogique et progression. Test du χ^2.

	Groupe d'internes ayant plus progressé	**Groupe d'interne ayant moins progressé**
Présence d'une prescription pédagogique	30	24
Absence d'une prescription pédagogique	25	36

p=0.12

5.7. Lien entre la satisfaction et la progression des compétences

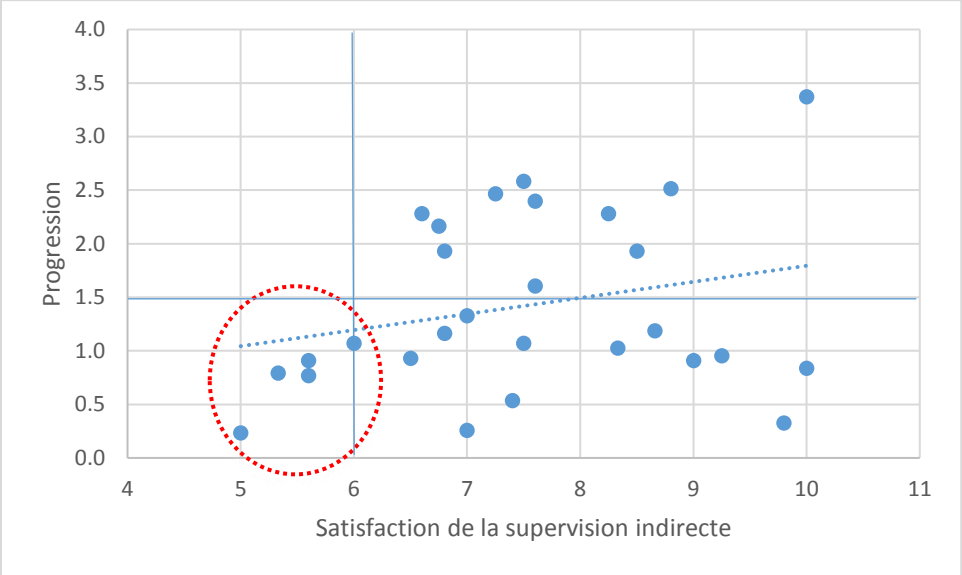
Les internes ayant plus progressé étaient en moyenne plus satisfaits (7.8/10) de leur supervision que les internes ayant moins progressé (7.3/10) mais la différence n'était pas significative (p=0.38).

Tableau 14 : Etude AquiSI – Satisfaction de la supervision et progression. Test t de Student.

	Groupe d'internes ayant plus progressé	**Groupe d'internes ayant moins progressé**	
Satisfaction de la supervision indirecte	7.8	7.3	p=0.38

Nous avons représenté la progression en fonction de la satisfaction de la supervision indirecte. Le coefficient de Pearson n'est pas significatif (p=0.20)

Figure 31 : Etude AquiSI - Progression en fonction de la satisfaction. Test de corrélation de Pearson.



p=0.20

Nous remarquons sur la figure 31 que les 5 internes qui ont déclaré une satisfaction de moins de 6/10 (≤6/10) à propos de la supervision sont tous dans le groupe des internes ayant moins progressé.

5.8. Groupe d'internes de supervision insuffisante

Les internes ayant eu moins de 10 minutes de rétroaction globale (n=8) et/ou moins de 30% des patients revus (n=5) et/ou moins de 2 sujets abordés (n=7) et/ou notant leur supervision à moins de 6/10 (n=5) formaient un groupe de 12 internes dont les caractéristiques sont les suivantes :

- une moyenne d'évaluation initiale à 6.7 contre 6.3 pour le reste du groupe (différence non significative, p=0.23),
- **une progression en moyenne de 0.9 contre 1.8 pour le reste du groupe (différence significative, p<0.01)**
- une moyenne finale de 7.6 contre 8.1 pour le reste du groupe, (différence non significative, p=0.11).

Résumé de la partie 5 : L'association entre la progression et la qualité de la supervision

Il existe une association significative entre la présence d'une supervision et la progression des compétences, ainsi qu'une relation significative entre la progression et le temps global de rétroaction, le pourcentage de cas revus et le nombre de sujets abordés en supervision indirecte.

En deçà d'un certain seuil (≤10 minutes de rétroaction, ou ≤30% des patients revus, ≤2 sujets abordés, ≤6/10 de satisfaction), la supervision est associée de façon significative à une progression plus faible.

6 - Principaux résultats

Le taux de réponse était de 100%.

Une progression de tous les internes et de toutes les compétences

Tous les internes ont progressé.

Les internes effectuant leur premier SASPAS (n=29), s'étaient en moyenne évalués à 6.4 (σ=0.9) avant le SASPAS et à 7.9 (σ=0.8) après, soit en moyenne 1.4 (σ =0.8) de progression.

17 internes avaient une progression de 1.5 point et 12 internes avaient une progression supérieure ou égale à 1.5 point.

Toutes les compétences du médecin généraliste ont été améliorées. Les compétences ayant marqué la plus grande progression sont celles concernant la communication et l'approche centrée patient, la coordination des soins ainsi que la gestion de l'outil professionnel. Pour cette dernière catégorie, l'acquisition des compétences reste néanmoins insuffisante.

Une disparité dans la charge de travail, qui respecte en majorité les recommandations

L'interne avait vu entre 6 et 12 patients dans 60% des demi-journées décrites. Il avait vu moins de 6 patients dans 19% des demi-journées et plus de 12 patients dans 21% des demi-journées décrites.

Les moyennes du temps de travail et du nombre de patients vus ont été exprimées avec des écarts types importants, témoignant de la dispersion des valeurs.

Les internes voyaient plus de patients en septembre qu'ils n'en voyaient en juin.

Une disparité dans la supervision indirecte en termes d'organisation et de contenu, qui respecte en majorité les recommandations.

- L'organisation :

La rétroaction avait lieu dans 73% des cas.

La rétroaction avait lieu pour 92% le jour-même et pour 82% en face à face.

Quand elle avait lieu, elle durait en moyenne 21 minutes par jour (σ=13min).

28% des MSU ne supervisaient pas l'interne de façon régulière.

- Le contenu :

Tous les patients étaient revus dans 57% des supervisions. Dans les cas contraires, en moyenne 30% des patients étaient revus et ils étaient sélectionnés par l'interne dans la majorité des cas.

La grande majorité des rétroactions incluaient des transmissions en vue de la continuité des soins (85%) et une discussion sur les compétences du généraliste (92%). Les compétences abordées les plus représentées étaient la prise en charge d'un problème de santé de première ligne, la continuité de la

prise en charge et le suivi du patient, la communication avec le patient et/ou son entourage, la coordination de la prise en charge.

Une prescription pédagogique avait lieu dans 47% des supervisions.

- La satisfaction

Les internes déclaraient une satisfaction moyenne de 7.7/10 concernant la supervision décrite.

Les modalités de la supervision indirecte étaient comparables entre juin et septembre.

Une association entre la qualité de la supervision et la progression des compétences

Nous avons montré une association significative entre la présence d'une supervision et la progression des compétences, ainsi qu'une relation significative entre la progression et le temps global de rétroaction, le pourcentage de cas revus et le nombre de sujets abordés en supervision indirecte.

En deçà d'un certain seuil (≤10 minutes de rétroaction, ou ≤30% des patients revus, ou ≤2 sujets abordés, satisfaction ≤6/10), la supervision était associée de façon significative à une progression plus faible.

DISCUSSION

Nous abordons premièrement les points forts et les points faibles de l'étude sur le plan de la méthodologie, puis nous discutons des résultats avec l'apport de la littérature sur le sujet. Enfin, nous présentons les perspectives de ce travail.

1- Points forts et limites de l'étude

1.1. Points forts de l'étude

Choix de la méthodologie adaptée à l'objectif

Le recueil de données descriptives de la progression des compétences et de la qualité de la supervision indirecte a permis :

- de répondre à l'objectif principal, qui était de montrer une association entre la qualité de la supervision indirecte et la progression des compétences
- de répondre aux objectifs secondaires de description de la progression des compétences et de la supervision indirecte.

Originalité de l'étude

Il s'agit de la première étude qui cherche à mettre en lien la progression des compétences et la qualité de la supervision indirecte en SASPAS.

Taux de participation de 100%

Le recueil de 100% des réponses sur l'ensemble des questionnaires est un point fort de cette étude.

Chaque interne a répondu à 6, 8 ou 10 questionnaires (2 pour l'auto-évaluation des compétences, et entre 4 et 8 selon le nombre de MSU)

L'objectif des 100% de réponses a été visé dès le début de l'étude. Il s'agissait de répondre précisément à l'objectif de réaliser un état des lieux complet de la supervision des SASPAS de la région Aquitaine. Nous voulions éviter un biais de recrutement pouvant favoriser les réponses des internes mécontents. On pouvait, de la même façon, craindre que ces internes ayant eu une supervision insuffisante ne se sentent pas impliqués, et ne participent pas.

Nous pensons que ce taux de participation a été obtenu en partie grâce à la bonne volonté des internes de faciliter la réalisation de la thèse d'une autre interne, étant eux-mêmes en train de commencer la leur, en cette période de fin d'internat. Néanmoins, une stratégie réfléchie avant et pendant l'étude était nécessaire pour atteindre les 100%.

Le recrutement a donc été effectué selon une organisation rigoureuse, devant permettre la meilleure adhésion possible de la part des internes interrogés. Elle est décrite en **Annexe 3**.

Quelques obstacles ont été rencontrés, notamment la difficulté de joindre certains participants par téléphone. Aussi, quelques réponses ont nécessité de nombreuses relances et 3 participants se sont montrés contrariés par les relances successives. Ils ont tout de même fini par répondre.

Enquête auprès des internes

Toujours à propos du recrutement, le choix d'interroger les internes et non pas les maîtres de stage était pertinent pour répondre à l'objectif de la description de la supervision, en limitant le biais de déclaration, car certains maîtres de stage auraient pu vouloir apporter une information inexacte valorisant leur travail en tant que superviseur.

Une description sur une journée, le soir même.

Nous avons choisi de faire décrire la supervision indirecte d'un maître de stage sur un jour donné, en début et fin de semestre, et non pas sur l'ensemble du semestre. Cette méthode permettait de recueillir des données précises et objectives et d'éviter le biais de mémorisation. Au final, seulement 15% des questionnaires ont été renvoyés plus de 1 jour après la journée évaluée, le biais de mémorisation possible a donc un impact limité.

Notre hypothèse était que les journées de stage et les supervisions se déroulaient globalement de la même façon pour un même maître de stage et cela a été confirmé : Les internes ont déclaré dans la très grande majorité des cas que la journée de travail et la supervision indirecte décrites étaient représentatives des autres jours.

Le choix fait à priori de la journée à décrire permettait une sélection aléatoire. Dans le cas contraire, les internes auraient pu choisir une journée avec une supervision particulière, soit meilleure, soit insuffisante par rapport aux autres jours.

Description objective des caractéristiques quantitatives

Nos questions sur la supervision portaient sur des paramètres objectifs précis comme la présence ou non d'une supervision, le nombre de patients (reçus et revus en supervision), des durées (de travail, de rétroaction) ou encore le nombre de thèmes abordés lors de la supervision.

1.2. Limites de l'étude

Un seul semestre évalué

Des limites concernant le recrutement doivent être discutées : L'étude n'a porté que sur un seul semestre. Ainsi, chaque terrain de stage, a été éprouvé par un seul interne. La progression constatée aurait donc pu être différente pour un même interne dans un autre terrain de stage. On peut également faire l'hypothèse que la supervision aurait pu être différente d'un interne à l'autre pour un même terrain de stage, selon la motivation de l'interne, et sa relation avec son maître de stage.

Une mesure sur plusieurs semestres aurait été nécessaire pour valider l'efficacité d'un terrain de stage. Cela aurait été difficile à réaliser étant donné que cela aurait nécessité une étude sur plusieurs années,

et, d'autre part, l'association des maîtres de stage formant un terrain de stage peut être amenée à changer d'un semestre à l'autre.

Population d'internes ayant fait le choix d'un SASPAS

Il faut également discuter le fait que l'étude porte sur des internes ayant volontairement choisi un stage SASPAS. Nous ne savons pas s'ils sont représentatifs de l'ensemble des internes de médecine générale. Ont-ils choisi un SASPAS car ils se sentaient moins compétents ? Etaient-ils plus ou moins ouverts à la supervision ?

Dans leurs études ayant comparé les internes SASPAS et non-SASPAS, T.RODIN (26) et C.MANJARRES (18) n'avaient pas mis en évidence de profil spécifique des internes SASPAS, comparés aux internes « non SAPSAS ».

Etude mono-centrique

L'enquête ne concernait que les SASPAS d'Aquitaine.

Un plus grand échantillon aurait permis d'améliorer la puissance de l'étude.

D'autres études avec le même objectif, menées dans d'autres villes, voire des études multicentriques, pourraient venir renforcer la validité externe de nos résultats.

Description qualitative insuffisante

Les caractéristiques quantitatives sont bien documentées, mais les données qualitatives manquent.

Le point central de la supervision est de fournir à l'interne une rétroaction qui lui permette de s'améliorer (16). Or, nous n'avons pas interrogé l'interne sur la qualité de la rétroaction et notamment sur la présence d'une évaluation ou d'une auto-évaluation.

Il est difficile de rendre compte de la qualité de la rétroaction avec une étude quantitative. La méthode la plus adaptée aurait été de mener une observation directe de la supervision, mais nous aurions été limités en termes de faisabilité, d'acceptabilité, et nous pouvons penser qu'une supervision soumise à observation se déroulerait différemment.

1.3. Choix méthodologiques à prendre en compte dans l'interprétation des résultats

Auto-évaluation des compétences :

On peut s'interroger sur la capacité des internes à s'autoévaluer. Le niveau de compétences déclaré correspond-il à la réalité ?

En effet, nous connaissons les limites de l'autoévaluation. D'après une revue de la littérature par V.DORY publiée en 2009 dans Pédagogie Médicale (27), l'autoévaluation des professionnels de santé est globalement inexacte. Les bons éléments ont tendance à se sous évaluer, alors que les mauvais éléments ont tendance à se surévaluer.

Or, en reprenant la définition de la compétence, « *savoir agir complexe s'appuyant sur des ressources internes et externes, dans une famille de situations données* », on se rend compte à quel point il est difficile pour un investigateur d'évaluer une compétence. Il faudrait pour cela pouvoir observer le professionnel en action dans ces familles de situations professionnelles, mais également pouvoir interroger le professionnel sur son action.

La personne la mieux placée pour évaluer l'interne est donc son maître de stage, et l'évaluation de l'action est d'ailleurs un élément indispensable de la supervision clinique. Interroger les maîtres de stage sur les compétences de l'interne aurait pu constituer une autre approche, mais qui se serait heurtée à d'autres limites :

- l'incapacité pour le MSU d'évaluer son interne si celui-ci ne le supervisait pas selon les recommandations,
- la difficulté d'évaluer son interne sur l'ensemble des 43 compétences si tous les sujets n'avaient pas été abordés en supervision indirecte,
- la possible non-concordance des évaluations des 2 ou 3 MSU d'un même interne.

Dans la thèse de E.PETITE en 2010 à Grenoble (24), tous les MSU avaient exprimé leurs difficultés à évaluer l'interne. Certains estimaient ne pas avoir la compétence d'évaluer celle des autres.

De la même façon, une bonne supervision est censée améliorer cette capacité d'auto-évaluation mais là encore, les internes avaient des supervisions de qualité variable. On peut donc supposer que les internes n'avaient pas tous la même capacité d'auto-évaluation, et que cette capacité pouvait évoluer au cours du semestre en fonction de la supervision :

- l'auto-évaluation des compétences a plus de chance d'être exacte en fin de stage, après avoir été mis en situation de l'exercice de la médecine générale, et après avoir été évalué par leurs maîtres de stage. On peut aussi penser que les internes ont tendance à se surévaluer en fin d'internat, car ils ont besoin de se sentir compétents pour pouvoir commencer à exercer.

- l'autoévaluation avant le début du stage a plus de risques d'être inexacte, et donc dispersée, car les internes n'ayant pas fait de stage en médecine générale au semestre précédent ne s'étaient pas confrontés ni aux situations professionnelles du métier, ni à l'évaluation d'un généraliste enseignant depuis au moins 6 mois.

En termes de faisabilité, sur une période courte, l'auto-évaluation restait tout de même l'outil le plus adapté.

Expression de la progression en valeur absolue :

Nous avons fait le choix d'exprimer la progression des compétences avec la différence entre l'évaluation avant et après le stage, exprimée en valeur absolue.

En effet, l'évaluation avant et après portait sur les mêmes individus, donc nous avons considéré que, pour un interne, la différence entre la perception des compétences avant et la perception des compétences après le stage est représentative de la progression perçue, pour un même interne.

Pourtant, dans notre réflexion sur l'auto-évaluation, nous concevons que la capacité à s'autoévaluer peut s'améliorer au cours du stage.

Ce choix est également critiquable car la valeur absolue peut représenter des progressions différentes : une progression de 1 point sur 10 n'a pas la même signification lorsqu'on part de 5/10 ou de 8/10. Dans le premier cas, la progression semble insuffisante mais plus signifiante, alors qu'elle semble plus satisfaisante mais moins signifiante dans le deuxième cas. La marge de progression est plus grande lorsque l'on part d'une note plus faible, et elle est plus restreinte lorsque l'on part d'une note déjà élevée.

En effet dans notre étude, le groupe des 12 internes ayant le plus progressé avait une évaluation initiale plus faible (5.8) que les 17 internes ayant moins progressé (6.9).

Nous pouvons faire deux hypothèses pour expliquer cette différence initiale : Soit les internes du groupe initial étaient moins compétents, soit ils se sont sous-évalués. De même pour les internes ayant moins progressé : soit ils étaient initialement plus compétents, soit ils se sont surévalués.

A la fin du stage, les internes ayant le plus progressé arrivaient à une moyenne plus élevée (8.1) que les internes ayant moins progressé (7.7). Dans tous les cas, la progression perçue était donc plus importante pour le premier groupe d'interne.

Nous aurions pu imaginer d'autres méthodes pour chiffrer la progression de l'autoévaluation comme l'évolution relative à la note initiale [(note finale – note initiale)/note initiale] ou l'évolution relative à la marge de progression jusqu'à 10, [(note finale – note initiale)/(10-note initiale)]. Mais ces types de méthodes "relatives" dépendent de l'idée individuelle subjective que l'on peut se faire d'une mauvaise note, d'une bonne note et d'une note parfaite.

Quel objectif du niveau de compétence ?

Toutes les compétences étaient notées sur 10. On peut se demander comment les internes perçoivent ce niveau maximum et si le 10/10 correspond à un niveau de compétence atteignable en auto-évaluation.

Il serait intéressant d'interroger les médecins généralistes en exercice afin de mesurer à quel niveau s'évaluent les médecins généralistes et à quel point le SASPAS permet de se rapprocher de ce niveau.

Dans les perspectives, nous proposons une étude pour répondre à ces questions.

Caractéristiques de la supervision considérées par leur moyenne

Pour les caractéristiques de la supervision, nous avons calculé pour chaque interne les moyennes des 4 à 8 mesures (selon le nombre de MSU).

Or, on peut se poser la question suivante : la qualité globale de la supervision du stage est-elle une addition de la « qualité » de la supervision de chaque maître de stage ? Ou la qualité globale du stage est-elle mieux représentée par la qualité de la supervision du meilleur MSU du binôme ou du trinôme ?

Autrement dit, pour un interne ayant deux MSU, faut-il mieux avoir deux MSU donnant une supervision moyenne ou un MSU donnant une bonne supervision et un autre donnant une supervision insuffisante ?

Caractéristiques de la supervision considérées séparément

Nous avons analysé les différentes caractéristiques de la supervision individuellement.

Nous aurions pu considérer que c'est la synergie entre ces éléments qui en fait l'efficacité.

Cependant, nous faisons l'hypothèse que ces paramètres sont de toute façon liés. En effet, un nombre plus important de patients revus permettrait d'aborder plus de thèmes et la supervision indirecte serait plus longue.

Résumé de la partie 1 : les points forts et les points faibles de l'étude

Points positifs :

- Il s'agit d'une étude originale ayant permis de mettre en lien la qualité de la supervision et la progression des compétences perçues.
- Le taux de réponses est de 100%

Limites :

- L'étude a une faible puissance : un seul semestre évalué et mono centrique
- Les caractéristiques de la supervision indirectes sont quantitatives et ne rendent pas compte de la réalité de la rétroaction.

Choix méthodologiques à considérer dans l'analyse :

- L'auto-évaluation est à interpréter avec précaution
- La progression a été exprimée en valeur absolue, ne tenant pas compte de l'évaluation initiale

2 – Analyse des résultats

Nous discutons tout d'abord des résultats de l'objectif principal puis des objectifs secondaires.

2.1. Lien entre acquisition des compétences et supervision

Association avec la présence d'une rétroaction, la durée globale de la rétroaction, le pourcentage de patients revus et le nombre de thèmes abordés

Nous avons montré une association significative de la progression perçue avec :

- La présence d'une rétroaction
- Le temps global de rétroaction quotidienne, en prenant compte des journées non supervisées (durée égale à zéro), ce qui rejoint l'association avec la présence d'une rétroaction
- Le pourcentage de patients revus
- Le nombre de thèmes abordés en supervision indirecte.

Cela nous permet d'affirmer la nécessité d'une supervision quotidienne, avec la révision d'un nombre suffisant de patients, pas seulement ceux ayant posé problème à l'interne, permettant d'aborder les différents domaines de compétence de la médecine générale

Nous n'avons pas montré d'association significative de la progression perçue avec :

- la durée de la rétroaction, lorsqu'elle avait lieu.
- la présence d'une prescription pédagogique
- la satisfaction

Pour ces trois paramètres, une différence existait mais elle n'était pas significative :

- soit ces paramètres n'influençaient pas la progression des compétences
- soit notre échantillon est trop petit pour montrer une association significative

La question de la durée de la supervision indirecte se pose : la durée de la supervision est-elle garante de sa qualité ? D'après l'analyse des résultats, nous pensons qu'une durée minimum de supervision est tout de même nécessaire (cf **Groupes d'internes avec une supervision insuffisante** ci-dessous)

De l'association à la causalité

Nous avons montré une association statistique entre la progression de compétences et la qualité de la supervision : présence d'une supervision indirecte, durée globale de supervision, pourcentage de patients revus et nombre de thèmes abordés.

La question de la causalité se pose :

1) Les internes ont-ils été mieux supervisés parce qu'ils partaient d'un niveau plus bas ?

2) Ou les internes ont-ils progressé parce qu'ils ont eu une bonne supervision ?

Notre principale hypothèse rejoint la deuxième proposition : une bonne supervision permet une meilleure amélioration des compétences. Autrement dit, les « bons » stages SASPAS offrent aux internes une supervision de qualité quel que soit leur niveau initial, alors que les « mauvais » stage SASPAS supervisent les internes de façon insuffisante, et ce n'est pas le niveau initial de l'interne qui change de façon fondamentale la façon dont il va être supervisé. La supervision dépend surtout du maître de stage.

Cette hypothèse est renforcée par nos résultats qui prouvent l'association statistique, mais qui n'est pas suffisante pour établir le lien de causalité.

D'autres arguments viennent renforcer notre hypothèse :

- **Les internes ayant déjà fait un SASPAS avaient une supervision comparable**

Le groupe des 5 internes ayant déjà fait le SASPAS, avec par conséquent une auto-évaluation initiale élevée à 7.2 (contre 6.4 pour les autres) avait une supervision tout à fait comparable aux internes n'ayant pas fait de SASPAS avant. Autrement dit, alors qu'ils avaient un niveau initial plus élevé, ils n'ont pas été moins supervisés. Cela renforce donc l'idée que la qualité de la supervision ne dépend pas du niveau initial de compétence.

- **Pas d'évolution significative entre juin et septembre**

Les supervisions en juin et en septembre étaient comparables, il n'y a donc pas eu d'évolution majeure au cours du stage. Si la supervision dépendait des compétences de l'interne, alors on aurait attendu une diminution de la qualité de la supervision.

- **Groupes d'internes avec une supervision insuffisante**

En analysant les graphiques de la progression des internes en fonction des variables quantitatives de la supervision (chapitre 5 des résultats), nous avons fait émerger un groupe de 12 internes ayant moins de 10 minutes de rétroaction globale (n=8) et/ou moins de 30% des patients revus (n=5) et/ou moins de 2 sujets abordés (n=7) et/ou notant leur supervision à moins de 6/10 (n=5). Ces 12 internes avaient tous progressé de moins de 1.5 point. Leur évaluation initiale était comparable aux autres internes. Nous pensons donc que ces 12 internes auraient nécessité une supervision de qualité comparable aux autres mais cela n'a pas été le cas.

Cela montre donc que la qualité de la supervision dépendait des MSU, et ne dépendait pas des besoins en formation de l'interne.

Trois groupes d'internes peuvent être individualisés

L'analyse des graphiques du chapitre 5 des résultats, présentant les paramètres de la supervision en fonction de la progression, nous apportent des éléments intéressants :

En première lecture, nous pouvons les interpréter de la façon suivante :

- on ne peut pas affirmer qu'une bonne supervision fait progresser l'interne
- en revanche, nous constatons qu'une supervision de mauvaise qualité ne fait pas progresser.

Avec une analyse plus fine, nous pouvons individualiser 3 groupes d'internes :

- les internes ayant eu une bonne supervision, leur permettant de progresser de façon significative après une auto-évaluation initiale faible (dont nous ne savons pas si elle reflétait bien la réalité)
- les internes ayant eu une bonne supervision, mais qui partaient déjà d'un niveau d'auto-évaluation élevé (dont nous ne savons pas si il reflétait bien la réalité) avec donc une marge de progression moindre.
- les internes ayant eu une mauvaise supervision, ne leur permettant pas de progresser suffisamment.

Association avec la charge de travail

Les internes ayant moins progressé avaient reçu plus de patients par jour que les internes ayant plus progressé (21 contre 18, p=0.02).

Nous interprétons ce résultat de la façon suivante :

- Une charge de travail importante ne laisse pas le temps à l'interne de porter une réflexion à posteriori sur son action, ni d'aller chercher les ressources pour s'améliorer.
- Une charge de travail importante, dépassant le cadre réglementaire, est probablement plus présente avec les MSU qui se servent de l'interne comme d'un remplaçant, sans assumer leur rôle pédagogique de superviseur.

2.1. Progression des compétences

Le stage SASPAS permet la progression des compétences en auto-évaluation

Avec une progression de tous les internes et de toutes les compétences, notre étude montre l'intérêt du SASPAS dans la formation des futurs médecins généralistes.

Indépendamment de la qualité de la supervision, les internes ont progressé du fait de leur pratique de la médecine générale en autonomie.

Cela rejoint les conclusions des études précédentes :

- T.RODIN (26) avait en 2009 mené de la même façon une auto-évaluation des 43 compétences auprès de 63 internes en SASPAS (69% de participation). Il a montré une amélioration de 93% des compétences après le stage, avec une progression moyenne de 0.5 sur le semestre (évaluation initiale de 6.7 et final de 7.2/10).

- F.ROUILLON (21) avait montré une amélioration significative dans 7 des 15 domaines de compétences évalués, avec une auto-évaluation finale de 7.9/10 (n=15, 26% de participation).

Ces deux études avaient montré une meilleure amélioration des compétences en comparaison avec internes n'ayant pas réalisé de SASPAS.

Ces résultats valident donc l'efficacité du SASPAS, ce qui va dans le sens de la réforme de novembre 2017 qui le rendra obligatoire pour tous les internes de médecine générale.

Le niveau de compétence perçu en fin de 5ème semestre : variable selon les domaines

Les internes déclaraient un niveau de compétence de 6.5/10 en moyenne à fin du 5ème semestre.

Certains domaines de compétences étaient déjà perçus avec un niveau élevé : la prise en charge d'un problème de santé de première ligne et la communication avec le sujet et son entourage. Cela semble logique car ce ne sont pas des compétences spécifiques à la médecine générale et ces situations avaient pu être rencontrées auparavant en stages hospitaliers.

A l'inverse, le domaine de l'organisation de l'exercice avait le niveau d'autoévaluation le plus bas (5/10), ainsi que l'organisation des absences et que la constitution de la trousse d'urgence. Ce sont en effet des situations spécifiques à l'exercice libéral de la médecine générale.

Aussi, les internes se sentaient peu compétents dans le domaine de l'éducation du patient.

Enfin, ils se sentaient moins compétents dans l'évaluation de leurs pratiques, alors que l'enseignement facultaire est mené en ce sens, via le portfolio.

Nous remarquons que le niveau des internes ayant déjà fait un SASPAS est plus faible en fin de 5ème semestre (7.2) qu'en fin de 6ème semestre pour les autres internes (7.9). Nous pensons que cela est dû à la différence de perspective entre la fin de 5ème semestre et la fin du 6ème semestre. En effet, en fin de 5ème semestre, les internes savaient qu'il leur restait un stage, de surcroît un SASPAS, pour améliorer leurs compétences avant la fin de l'internat. En fin de sixième semestre, les internes savent qu'ils vont se retrouver en situation de responsabilité quelques semaines plus tard, ils ont donc à ce moment besoin de se sentir compétents. Cela rejoint nos réflexions sur l'auto-évaluation, cette fois dans son rôle de protection narcissique (27).

Progression inégale selon les compétences

Le seuil 7 semble être assez systématiquement dépassé avant et après le stage, mais les compétences ont évolué de façon différente.

Les compétences pour lesquelles la progression était supérieure à 1.5 sont, comme attendu, spécifiques à la médecine générale : il s'agit surtout de la gestion de l'outil professionnel libéral, mais également du travail coordonné au sein du système de soins et de la prise en charge globale du patient. Les compétences dans le domaine éducatif avaient également progressé de façon notable.

De façon individuelle, nous avons enregistré des progressions négatives. Elles étaient minoritaires mais répandues, et ne concernaient pas un profil particulier de compétences, ni un profil particulier d'interne. L'hypothèse la plus probable est que l'interne s'était initialement surévalué, et que la confrontation aux situations lui ont fait revoir son auto-évaluation à la baisse.

Cela nous confirme que le SASPAS permet de se confronter aux situations authentiques et d'ajuster son auto-évaluation. Il permet de prendre conscience de ses forces et de ses faiblesses.

Le niveau de compétence perçu en fin de stage SASPAS est satisfaisant

Le niveau de compétence perçue en fin de stage est satisfaisant puisqu'il s'élève à 7.8/10, taux comparables aux études similaires (T.RODIN : 7.2/10, F.ROUILLON : 7.9/10 et C.MANJARRES 7/10 1 à 2 ans après le stage).

La moyenne du niveau de compétence en fin de stage est exprimée avec un écart type plus petit qu'au début du stage. On peut supposer que le SASPAS permet d'homogénéiser les apprentissages, ou du moins, la perception qu'en ont les internes.

L'apprentissage de la gestion de l'outil professionnel est effectif mais améliorable

Notons tout d'abord l'importante progression perçue des compétences dans ce domaine (5.0+2.4=7.4). Le SASPAS est le terrain de stage privilégié pour l'apprentissage de ces compétences.

Cependant, malgré leur progression notable, les seules compétences ne dépassant pas 7/10 au final appartiennent au domaine de la gestion de l'outil professionnel :

- Gérer les ressources humaines: entretien, secrétariat, remplaçants, assistants, étudiants… (6.9)
- Respecter les obligations comptables et fiscales (6.5)

Ce sujet faisait d'ailleurs l'objet d'un commentaire libre dans notre étude : *« J'aimerais avoir plus de notions sur la comptabilité les impôts et l'administratif »*

Ces mêmes résultats avaient été retrouvés dans les travaux de T.RODIN (26) et de C.MANJARRES (18). T.RODIN nous donne une explication de ces résultats en montrant que les internes en SASPAS sont finalement peu mis en situation de gestion de l'outil professionnel (moins de la moitié des internes déclaraient y avoir été confrontés au cours du stage)

Les difficultés liées à la gestion de l'outil professionnel chez les jeunes médecins, qu'ils aient ou non effectué un SASPAS, sont dénoncées dans l'étude de C.RIOL en 2008 à Lyon (23). Egalement, dans l'enquêtes de l'URML (Union Régionale des Médecins Libéraux) d'Ile de France portant sur les « motifs et freins à l'installation des jeunes médecins » (28) les 2 freins les plus cités sont les charges administratives pour 82% des jeunes installés et la gestion du cabinet pour 77%.

Les internes arrivent donc en fin de stage avec une perception satisfaisante de leur niveau de compétences, hormis dans le domaine de la gestion de l'outil professionnel, et ce dernier point constitue le frein majeur à l'installation des jeunes médecins.

2.2. Caractéristiques de la supervision

Charge de travail respectée dans la majorité des cas

La recommandation de 6 à 12 patients par demi-journée est respectée dans la majorité des cas. Dans 20% des cas, le nombre de patients reçus était supérieur à 12. Dans les études précédentes, C.MARI (7) retrouvait en 2006 un nombre d'actes de 1000 en moyenne sur le semestre, ce qui correspond aux recommandations (entre 900 et 1200 actes par semestre (14)). Dans l'enquête auprès des internes d'Aquitaine en 2004 (4), le nombre d'actes par semestre était de 900, donc à la limite inférieure des recommandations, mais il s'agissait du premier semestre de mise en place du SASPAS.

Nous remarquons d'importantes disparités d'une journée à l'autre. Il serait intéressant d'étudier les déterminants de la charge de travail des internes : Est-elle différente en hiver et en été ? Dépend-elle du mode de fonctionnement de l'interne ? Dépend-elle de la charge de travail du MSU ? Du fait que celui-ci consulte au cabinet en même temps ? Des consignes données aux secrétaires médicales ? Des habitudes des patients ?

Il existe une augmentation significative de la charge de travail entre le début et la fin du stage. Plusieurs raisons peuvent être impliquées :

- L'interne travaille de façon plus efficace, et peut recevoir plus de patients
- Les patients s'habituent à l'interne
- Le MSU compte plus sur l'interne pour recevoir sa patientèle.

L'augmentation du rythme de travail est probablement l'évolution naturelle du stage, et permet à l'interne d'améliorer sa gestion du temps. Cependant, les limites supérieures ont été fixées afin de permettre à l'interne de consacrer du temps à la réflexion sur sa pratique, il parait donc préférable de les respecter.

La supervision indirecte est présente dans la majorité des cas

Elle avait lieu dans 73% des journées évaluées.

La variable « absence de supervision habituelle avec ce maître de stage » concernait au total 25 MSU en juin et/ou en septembre, soit 28% des MSU.

12 ans après la mise en place du SASPAS, il est difficile de se satisfaire du fait que plus d'un quart des MSU puissent ne pas avoir fait bénéficier à leur interne de supervision indirecte, pendant l'ensemble du stage, ou du moins une partie.

Sur les 58 MSU évalués (73% de participation) dans la thèse de M.BLANCHARD en 2011 (6), 47 MSU (81%) pratiquaient une rétroaction quotidienne, et 3 n'en proposaient jamais. Dans la thèse de M.DURAND en 2004 (4) 84% des 81 MSU déclaraient superviser quotidiennement (88% de participation).

Dans notre étude, l'absence de rétroaction était associée à des commentaires négatifs (n=11), dénonçant le sentiment de remplacement déguisé, l'absence de supervision indirecte formalisée, réalisée seulement si l'interne exprimait une difficulté ciblée.

La durée de la rétroaction

Elle est en moyenne de 21 minutes par jour, elle était de 30 minutes dans la thèse de M.BLANCHARD (6), et de 24,8 minutes dans l'enquête auprès des MSU d'Aquitaine en 2004 (4). Ces moyennes sont exprimées là encore avec de grands écarts types, témoignant de la dispersion des valeurs.

Deux points retiennent notre attention :

- le temps moyen de supervision indirecte est de 21 minutes lorsqu'il concerne une journée entière, 20 minutes lorsqu'il concerne une matinée et 24 minutes lorsqu'il concerne une après-midi. Nous aurions pu nous attendre à ce que le temps de rétroaction d'une journée entière soit supérieur, si ce n'est double, au temps d'une demi-journée, en rapport avec le nombre de patients vus.
  Ainsi, superviser deux fois dans la journée permet de passer plus de temps à débriefer.
  On peut aussi faire l'hypothèse que le temps consacré à une séance de rétroaction est limité, et ne s'adapte pas en fonction du nombre de patients vus.

- le temps moyen de supervision indirecte est significativement plus court lorsqu'il a lieu par téléphone. La notion de temps dédié à la rétroaction est donc privilégiée par l'échange en face à face. Nous pouvons également supposer qu'il permet un échange plus approfondi.

D'après l'article de P.MARTINS « 12 conseils pour une supervision clinique efficace, basés sur la revue de la littérature et l'opinion d'experts », publié en 2014 dans Medical Teacher (34), il faut préférer une supervision en face à face, qui favorise l'interaction entre le superviseur et le supervisé pour une rétroaction plus efficace.

Le contenu de la rétroaction

Il est intéressant de constater que, lorsque les patients ne sont pas tous passés en revue, seulement 30% des cas sont abordés. Il y a donc une différence majeure entre la révision systématique de tous les cas et la sélection des cas, sans juste milieu.

Dans le cas où les patients sont sélectionnés, c'est en majorité des cas qui ont posé des difficultés à l'interne. Réduire la rétroaction aux problèmes rencontrés par l'interne est insuffisant, comme le prouvent nos résultats, appuyés par les commentaires des internes.

Certains internes ont estimé ne pas avoir eu de supervision si celle-ci constistait simplement à demander « si l'interne n'avait pas eu de problème », d'autres internes ayant tout de même déclaré avoir été supervisés, regrettaient que celle-ci soit simplement réduite aux cas ayant posé problème.

On constate ici que la définition de la supervision indirecte reste floue pour les internes.

En 2010 à Nantes, les internes déclaraient qu'environ la moitié des MSU passait en revue tous les patients, alors que l'autre moitié sélectionnait les cas posant problème. (6)

Faut-il revoir tous les patients en supervision indirecte ? Voici quelques éléments de réflexion :

- Nous avons montré que la progression des compétences était associée avec le pourcentage de patients revus et qu'une supervision de moins de 30% des patients reçus ne permettait pas une progression satisfaisante. Réduire la rétroaction aux problèmes rencontrés par l'interne est donc insuffisant.

- Qu'est-ce qu'un problème ? Ne pouvons-nous pas trouver un problème, ou du moins une problématique, dans chaque consultation, comme c'est le cas dans les GEAP[3] ?

  Il est peu probable que la question « As-tu eu des problèmes ? », fermée et réductrice, permette à l'interne de parler de ses difficultés, notamment s'il n'a pas rencontré de problème technique majeur. En effet lors des études de médecine, nous ne sommes pas habitués à exprimer nos « faiblesses ». Il faut donc installer un cadre propice à l'échange afin de recueillir le ressenti de l'interne, et non pas se réduire à cette question.

  Un des objectifs de la rétroaction est d'accompagner l'interne dans son auto-évaluation. Ainsi, discuter d'une situation « non-problématique », pourrait l'amener à prendre conscience de difficultés qu'il n'avait pas considérées initialement.

- Nous savons que le temps est un obstacle majeur à l'exhaustivité de la supervision (4,24), il s'agit donc de concilier ces deux éléments.

  Un des moyens de concilier le temps et l'exhaustivité serait d'aborder les patients ayant posé un problème particulier, et choisir des patients au hasard afin de discuter de potentielles problématiques.

  Il faut cependant rester vigilant, le choix des patients « au hasard » risque d'être abandonné au fur et à mesure du semestre, accompagnant la diminution de l'exhaustivité de la supervision.

[3] Le groupe d'échanges et d'analyses de pratiques (GEAP) est une méthode de formation fondée sur l'analyse de situations professionnelles authentiques entre pairs. Lors de la réunion du groupe, chaque praticien rapporte une situation prise au hasard. Les GEAP entre internes constituent la base des enseignements à Bordeaux depuis novembre 2016.

- Nous pensons donc qu'il est utile de mentionner tous les patients et le motif de la venue de façon systématique.

Un support de type fiche pédagogique que l'interne remplit au fur et à mesure de sa journée de consultation peut aider à identifier les problématiques à discuter avec son maître de stage.

Concernant les outils pédagogiques, nous n'avons pas recueilli dans notre étude les informations adéquates nécessaires à l'élaboration de recommandations.

Au vu des résultats des études de E.PETITE (24) et de M.BLANCHARD (6), nous aimerions discuter deux points sur ce sujet :

1) Les techniques pédagogiques « élaborées », retrouvées dans les formations sur la supervision, comme l'entretien d'explicitation[4] et la carte conceptuelle[5], sont perçues comme fastidieuses et sont parfois rapidement abandonnées. Elles doivent donc êtes présentées comme des outils possibles, ne constituant pas la règle.

2) Le support de la supervision est un point important : Dans les autres travaux (4,6,19), nous apprenons que différents supports sont utilisés, associés ou non :

- le listing des patients reçus

- le dossier médical informatique

- la fiche pédagogique standardisée, autrement appelée « journal de bord » (contenant le motif de consultation, la problématique soulevée, la décision médicale, le suivi pédagogique). Ce dernier support est souvent associé aux supervisions de bonne qualité, mais il peut être perçu comme trop laborieux par l'interne qui doit également remplir le dossier médical informatique. Elle est donc recommandée surtout en début de stage.

Une thèse en cours à Bordeaux par Cécile AUDREU propose l'utilisation d'un nouvel outil : une application permettant d'attribuer un feu vert, un feu orange ou un feu rouge à la consultation selon le ressenti de l'interne sur sa performance. L'évaluation de cet outil en termes d'acceptabilité et d'efficacité a donné de bons résultats.

Concernant la technique pédagogique développée dans l'échange, et notamment la façon de mener une **rétroaction** : J.JOUQUAN détaille les cinq étapes d'une supervision clinique d'étudiant en santé dans son article de 2010 « la minute du superviseur » (29) issu de « the one minute preceptor » édité en 1992 par Neher et al (30):

Il s'agit d'une méthode rapide et efficace, permettant de systématiser l'abord d'une situation clinique :

1. *Inviter l'étudiant à prendre position (en formulant une hypothèse diagnostique, en proposant une démarche d'investigation ou une décision thérapeutique)*
2. *Demander à l'étudiant d'argumenter sa position*
3. *Enoncer une règle générale*
4. *Valider les éléments pertinents de la prise en charge proposée par l'étudiant*
5. *Identifier les erreurs et suggérer des solutions alternatives*

[4] L'entretien d'explicitation est une technique de questionnement, qui doit permettre à l'apprenant de décrire avec précision une activité passée. L'objectif pour le superviseur est d'une part de s'informer sur ce qui s'est réellement passé, et d'autre part d'aider l'apprenant à s'auto-informer sur sa manière d'agir.

[5] La carte conceptuelle, ou carte heuristique, est une représentation graphique d'un ensemble de concepts reliés entre eux. Elle permet d'explorer la représentation mentale de l'apprenant à propos d'une situation donnée.

Et enfin, conclure : sur la conduite à tenir, sur une prescription pédagogique.

Ces règles telles qu'énoncées peuvent paraître un peu scolaires, mais articuler la discussion autour d'un cas de cette façon permet de contextualiser, décontextualiser puis re-contextualiser, favorisant ainsi le transfert d'apprentissage (2).

On peut l'adapter à la supervision indirecte en SASPAS de la façon suivante :

1. L'interne présente la situation et sa décision prise en autonomie
2. L'interne argumente sa décision
3. L'interne et le MSU généralisent à partir des données de la science et de leur expérience
4. L'interne et le MSU évaluent la pertinence de la décision de l'interne
5. L'interne et le MSU considèrent les solutions alternatives

En conclusion, ils se mettent d'accord sur la meilleure décision et les éléments sur lesquels l'interne peut progresser, associant une prescription pédagogique.

D'après la revue de littérature de P.MARTINS (34), la rétroaction, souvent sous-utilisée, est pourtant l'aspect le plus important de la supervision. Pour être efficace, la rétroaction doit être *explicite, régulière, spécifique, comprendre à la fois des éléments positifs et des axes d'améliorations, et bienveillante.*

Selon le paradigme d'apprentissage (2), le MSU, doit se positionner en tant que facilitateur du transfert d'apprentissage, et non pas en tant qu'enseignant détenteur du savoir. Ainsi, il accompagne l'interne dans chacune des étapes sans s'imposer.

L'évolution entre juin et septembre

Il existe une tendance, non significative à la baisse des paramètres quantitatifs de la supervision indirecte entre le début et la fin du semestre.

Cette évolution est rapportée de la même façon dans la thèse de M.BLANCHARD (6) : Pour 30% des internes, la durée et le contenu des supervisions indirectes diminuaient au fur et à mesure du semestre.

Il peut s'agir de l'évolution attendue de l'encadrement en stage, il semble logique que la supervision indirecte soit plus exhaustive en début de stage. Cependant, l'interne doit être assuré d'une supervision de qualité correspondant à ses besoins de formation jusqu'à la fin de son stage. Notamment, il y avait plus de journées non supervisées en septembre qu'en juin.

Satisfaction et commentaires des étudiants

La rétroaction, lorsqu'elle avait lieu, était appréciée à 7.7/10 ce qui témoigne d'une très bonne satisfaction des internes lorsque la supervision indirecte a lieu. Une majorité d'évaluations se situent entre 8 et 10. Quelques évaluations expriment une satisfaction moyenne ou faible, à moins de 6.

Notons que le niveau de satisfaction est corrélé au temps de rétroaction, au pourcentage de patients revus et au nombre de thèmes abordés, qui vont dans le sens d'un moment dédié d'une durée suffisante, permettant une diversité des cas et des thèmes abordés.

Les commentaires rédigés en suivant témoignent là des différences entre les supervisions.

Plusieurs commentaires très positifs (n=7) décrivaient un temps dédié, avec un maître de stage impliqué, abordant des sujets variés. Deux autres commentaires, rapportaient un débriefing *« trop long »* et *« trop complet ».* On peut se demander : Qu'est-ce qu'une supervision indirecte excessive ?

Plusieurs commentaires sont très négatifs (n=9) déplorant une rétroaction trop rapide, l'absence d'aspect pédagogique, la discussion centrée uniquement sur les problèmes rencontrés.

Plusieurs catégories de supervision indirecte

Dans les autres travaux sur le sujet, les auteurs retrouvaient également une disparité entre les supervisions.

M.DURAND (4) avait classé les MSU en trois catégories, selon la supervision qu'ils déclaraient pratiquer :

- Supervision indirecte optimale (n=19) : associant au moins 5 minutes de débriefing en tête à tête avec un support pédagogique écrit.
- Supervision indirecte insuffisante (n=13) : avec moins de 5 minutes ou exclusivement par téléphone ou supervision absente.
- Supervision indirecte intermédiaire (n=36) : ne répondant pas aux critères des deux premiers groupes.

M.BLANCHARD (6), après enquête auprès des internes, avait également retenu trois profils de MSU :

- Supervision de bonne qualité (59%) : durée de 30 à 60 minutes, présence d'un support, plus de thèmes abordés, satisfaction plus élevée, bilan de compétences effectué, objectif de formation et de la supervision discuté entre l'interne et le MSU.
- Supervision de mauvaise qualité (21%) : supervision par téléphone de moins de 15 minutes, peu de thèmes abordés, insatisfaction des internes.
- Supervision de qualité moyenne (20%) : Avec des critères intermédiaires, reprenant de façon non systématique ou non élaborée les critères du premier groupe.

Dans notre étude, nous avons identifié les critères d'une supervision insuffisante ne permettant pas de progresser suffisamment (12/29 internes): absence de rétroaction et/ou moins de 10 minutes par jour et/ou moins de 30% des patients revus et/ou moins de 2 thèmes abordés et/ou moins de 6/10 de satisfaction.

Les obstacles à la supervision indirecte

Pour tenter d'expliquer la persistance de ces « supervisions insuffisantes », nous nous appuyons sur deux thèses de 2010 : celle de E.PETITE (24) qui a réalisé deux focus groupes de maîtres de stage afin d'explorer leur difficultés concernant la supervision indirecte en SASPAS et sur la thèse de M.PORTIER (20) qui a mené une enquête qualitative auprès des MSU afin de recueillir leurs ressentis à propos de l'accueil d'un interne en SASPAS.

D'après les maîtres de stage interrogés, les principaux obstacles à la supervision indirecte sont :

- L'organisation d'un temps dédié à la supervision, qui est à concilier avec l'activité de soin et les impératifs personnels des MSU et des internes.

- L'interne : sa motivation et son enthousiasme pour la supervision indirecte. Les MSU citaient aussi les difficultés relationnelles possibles. Existe-t-il différents profils d'internes face à la supervision ? Il serait intéressant d'étudier la question, notamment lorsque le SASPAS sera devenu obligatoire pour tous les internes.

- La pédagogie : certains MSU ne semblaient pas intégrer leur rôle d'enseignant et certains doutaient même de l'intérêt des échanges avec l'interne. Tous les MSU ressentent des difficultés à évaluer l'interne. Les techniques pédagogiques sont peu connues ou mal maîtrisées, et les discussions sont parfois perçues comme superficielles. Les objectifs pédagogiques de la supervision ne sont pas formulés.

Ces difficultés expliquent probablement en partie les supervisions insuffisantes, mais ces études qualitatives ont été menées auprès de maîtres de stage volontaires, donc se sentant concernés par la supervision.

Les terrains de stage en difficulté persistante

Une minorité de maîtres de stage, mais dont la part n'est pas négligeable, semblent avoir abandonné leur rôle pédagogique.

Nous pouvons émettre deux hypothèses :

- Ces MSU sont en difficulté en termes d'organisation et de méthode pédagogique, et donc sont donc démotivés
- Ces MSU n'ont pas l'intention d'assumer leur rôle pédagogique, et profitent de l'interne comme un remplaçant qui leur rapporte de l'argent.

D'où la nécessité d'étudier de façon plus précise ces terrains de stage afin d'y remédier de façon spécifique.

Dans sa thèse en 2004, M.DURAND (4) avait mis en évidence le phénomène suivant : Paradoxalement, les MSU formés à la maîtrise de stage ressentaient plus de difficultés que ceux qui n'était pas formés, et exprimaient un besoin plus important de formation. Pourtant, les médecins moins bien formés pratiquaient une supervision globalement de moins bonne qualité. Elle supposait que les MSU non formés ne portaient pas de réflexion sur leur pratique et donc sur leurs difficultés, et concluait : *« le non désir de formation ne correspond pas à des compétences pédagogiques acquises et mises en pratique mais bien plutôt à une méconnaissance des exigences pédagogiques du stage et à un manque de motivation à les respecter. »*

Résumé de la partie 2 : L'analyse des résultats

Nos résultats sont en faveur d'un lien de causalité entre les caractéristiques de la supervision et la progression des compétences.

L'apprentissage de la gestion de l'outil professionnel est effectif mais améliorable, d'autant que l'incompétence ressentie dans ce domaine constitue un frein à l'installation.

Les caractéristiques des supervisions, globalement satisfaisantes, restent très inégales et plusieurs profils de supervisions émergent : de qualité suffisante, insuffisante et intermédiaire.

Les supervisions « insatisfaisantes » peuvent être expliquées par les difficultés rencontrées par les maîtres de stage :

- L'organisation d'un temps dédié
- La motivation et la personnalité de l'interne
- La non-maîtrise des outils pédagogiques

3 - Propositions d'amélioration

Les propositions visent un objectif précis : améliorer les apprentissages des internes de médecine générale, dont un des moyens est l'amélioration de la qualité de la supervision en SASPAS.

3.1. Le SASPAS obligatoire : une réforme à accompagner

Suite à la réforme du troisième cycle, le SASPAS sera obligatoire pour les internes de médecine générale qui commencent leur DES en novembre 2017. Pour cette promotion, leur dernière année de DES, où ils effectueront leur SASPAS commencera en novembre 2019.

On peut se féliciter que le diplôme de spécialisation en médecine générale, au fur et à mesure des réformes, s'oriente de plus en plus vers la formation en ambulatoire.

En Aquitaine, le nombre de terrains de SASPAS était globalement stable depuis sa création il y a 12 ans (4,19), soit environ une trentaine sur la région, permettant à un tiers d'une promotion d'accéder à ce stage. Ce nombre de terrains de stage va donc devoir être multiplié par 3 en l'espace de 4 ans.

Ce besoin de quantité doit être accompagné par l'assurance de la qualité de nos SASPAS.

Dans sa thèse, M.DURAND met en évidence que *« L'inexpérience en matière de maîtrise de stage est clairement associée à une moindre qualité de l'encadrement pédagogique »*. Une attention particulière doit donc être portée à la formation des nouveaux maîtres de stage et à leur suivi.

Le « virage ambulatoire » qui se dessine pour l'internat de médecine générale est une formidable opportunité pour les futurs médecins. Les internes deviendront-ils indispensables aux cabinets médecine générale comme ils le sont à l'hôpital ? Quoi qu'il en soit, nous nous devons de rester prudents et porter une attention particulière à la qualité des stages proposés.

En SASPAS, la supervision indirecte est le pilier pédagogique du stage. Faisons donc en sorte que tous les MSU soient suffisamment formés pour assurer une supervision indirecte de qualité.

3.2. Affirmer le rôle pédagogique du MSU

Le maître de stage a un rôle central dans le bon déroulement du stage. Il doit être soutenu, accompagné et reconnu dans son rôle pédagogique.

Dans sa thèse sur les difficultés rencontrées par les MSU (24), E.PETITE rapporte : *« Les maîtres de stage 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 supervision indirecte. 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. »*

En effet, il est nécessaire de favoriser l'implication et l'engagement personnel des MSU, plutôt que de leur imposer une façon unique de mener leur supervision. Ainsi, il existe une règlementation et des recommandations, et le maître de stage gère de façon autonome et responsable la façon dont il travaille et évolue au sein de ce cadre.

La démarche pédagogique rejoint la démarche clinique au sens où elle s'applique dans un cadre, avec des recommandations fondées sur les preuves, qui seront mis en balance avec le contexte de l'interne et du MSU.

Le cadre réglementaire : Rendre la supervision quotidienne obligatoire

Il a était défini par circulaire DGS-DES du 26 avril 2004 (13) :

- *La charge de travail : l'interne effectue entre 6 et 12 actes par demi-journée*
- *La supervision indirecte : elle s'effectue selon des séances pluri-hebdomadaires.*

Ce cadre réglementaire est large, il laisse au maître de stage une grande liberté pour l'organisation de la supervision de son interne. La charge de travail préconisée nous semble adaptée.

Ce cadre est également flou et la notion de régularité doit être précisée. Avec la réforme de 2017, cela semble être le bon moment pour réviser la réglementation.

Nous pensons que **la supervision doit être quotidienne**, pour les raisons suivantes :

- Il apparait dans l'étude que les MSU qui ne supervisent pas quotidiennement, ne supervisent presque jamais. Il semble qu'il n'y ait pas de juste milieu entre superviser systématiquement et ne pas superviser.
- En général, l'interne effectue une journée par semaine, voire deux, avec chacun de ses MSU. Si la supervision n'est pas systématique, elle est reportée plusieurs jours après et l'interne risque de ne plus se souvenir des situations rencontrées.
- Il est acceptable que le MSU consacre une supervision à l'interne une à deux fois par semaine.

Des recommandations simples, acceptables et partagées

Des recommandations de pratiques de la supervision peuvent découler de nos travaux :

- **une durée minimum de supervision indirecte** : au moins 20 minutes par jour
- **une révision d'au moins la moitié des dossiers** : les cas ayant posé problème mais également des cas pris au hasard, afin de permettre à l'interne de s'évaluer dans tous les types de situation, et d'aborder plus de thèmes relatifs à la médecine générale
- **une rétroaction en face à face** : le temps dédié à la supervision est dans ce cas plus important
- **une rétroaction le jour même et en deux fois** (midi et soir) : le temps dédié à la supervision est également plus important et la supervision s'effectue au plus près des situations.
- **des prescriptions pédagogiques** proposées de façon régulière.

Ces recommandations concernent surtout des paramètres quantitatifs, à l'image de notre étude. Elles pourront être complétées par des données qualitatives.

Idéalement, les maîtres de stage seront consultés dans l'élaboration de ces recommandations, afin de favoriser le consensus et l'acceptation de ces règles.

La définition d'objectifs communs

L'objectif commun doit viser l'apprentissage des compétences par le stagiaire.

Afin que le MSU et l'interne s'engagent dans une supervision de qualité, il nous semble important que les objectifs de la supervision indirecte, et plus largement du stage, soient partagés :

- L'orientation commune à tous les SASPAS, définie par l'université, comporte le cadre légal et les recommandations de bonnes pratiques de supervision. Il est important d'en informer les internes, car ils en sont les premiers destinataires. Là, encore, il s'agit de privilégier des messages simples et concis, plutôt que des informations en quantité dans un vocabulaire pédagogique peu compréhensible.

- Au sein de ce cadre, l'organisation et le déroulement des supervisions est propre à chaque « couple » d'interne/maître de stage. Plusieurs fois au cours du stage, le MSU doit pouvoir échanger avec son interne à propos de leur façon de mener la supervision afin d'exprimer leurs attentes mutuelles et de s'assurer qu'ils avancent au même rythme et dans la même direction.

Soutenir et motiver les maîtres de stage

Nous proposons quelques éléments de réflexion à partir du modèle de la dynamique motivationnelle de Viau (31)

Concernant une activité donnée, la motivation agit positivement sur :

- La persévérance, malgré les difficultés
- L'engagement
- Le niveau de performance atteint

La dynamique motivationnelle se développe en fonction de la perception relative à ces 3 éléments :

1. La perception de la valeur de la tâche : le MSU perçoit l'intérêt de son rôle pédagogique dans la formation de l'interne
2. Le sentiment d'efficacité personnelle : le MSU se sent compétent dans son rôle d'enseignant.
3. La perception de contrôlabilité : le MSU réalise son activité d'enseignant avec un important degré d'autonomie.

Ainsi, nous pouvons agir sur ces leviers motivationnels afin de rendre les maîtres de stage plus performants dans leur rôle pédagogique :

- En affirmant l'importance du rôle pédagogique du MSU, dans l'apprentissage des compétences des futurs médecins et dans leur projet d'installation

- En informant les MSU des résultats de l'étude : Une bonne supervision favorise l'apprentissage des internes, et la note moyenne de satisfaction des internes vis-à-vis de la supervision est de 7.7/10

- En prévoyant un retour d'évaluation individuel régulier de l'interne vers le MSU, concernant sa supervision

- En permettant au MSU de se former sur la supervision et les techniques pédagogiques, selon ses besoins, et favoriser sa réflexivité à propos de ses pratiques de supervision

- En définissant le cadre, dans lequel le MSU évolue en autonomie et en toute responsabilité.

3.3. Organiser la gestion des terrains de stage en difficulté

Rappel aux MSU du respect nécessaire de leur engagement

La situation des remplacements déguisés reste inacceptable et l'Université ne doit pas abandonner les internes se retrouvant dans ces situations :

- Il est nécessaire de rappeler que la « redevance pédagogique » engage le maître de stage vis à vis de son stagiaire après avoir récupéré les honoraires perçus dans la journée grâce au travail de celui-ci.
- Le cadre réglementaire doit être appliqué et le remplacement déguisé formellement interdit. Il n'y a pas de dérogation possible. Le stage doit être fermé s'il ne respecte pas ses engagements.

Suite à l'enquête de M.BLANCHARD sur les pratiques de supervision (6), le DMG de Nantes avait suspendu l'agrément de deux MSU.

Les internes doivent également être bien informés du cadre réglementaire, afin de pouvoir faire valoir leur « droit à la supervision » et informer l'Université des problèmes rencontrés.

Poursuivre le recrutement des MSU

Face aux terrains de stage de qualité insuffisante, l'Université se heurte à une difficulté majeure : l'impossibilité de fermer des terrains de stage alors qu'il existe un nombre de stage encore insuffisant.

Le recrutement des MSU est une priorité et deux projets dédiés à ce recrutement se sont mis en place au cours de l'année 2016 :

- Au niveau national, l'ISNAR a lancé en 2016 une campagne de recrutement par « flyers » (32)
- Au niveau local, la création et la diffusion du site www.medecinmsu.fr (33)

L'intérêt du recrutement des MSU permettra d'avoir, dans un premier temps le nombre de SASPAS nécessaires pour que tous les internes y accèdent, et dans un deuxième temps, cela permettra de supprimer les terrains de stage de mauvaise qualité.

3.4. Officialiser une évaluation des stages à destination des MSU

L'évaluation des terrains de stage par les internes, avec un retour aux MSU, serait un bon moyen d'impliquer les enseignants.

C'est d'ailleurs une des attentes des MSU exprimées dans la thèse de E.PETITE (24).

D'après P.MARTINS (34), l'évaluation de la supervision est primordiale pour s'assurer de l'efficacité de la supervision : « *Il est recommandé que les supervisés et les superviseurs évaluent régulièrement leurs séances de supervision. Des éléments comme le style de supervision, si la supervision répond aux besoins du supervisé, l'efficacité de la rétroaction et la qualité de la relation, devraient être évalués. Cela devrait amener à des modifications du contrat de supervision si nécessaire* »

Si l'une des missions du maître de stage est d'évaluer les compétences cliniques de son stagiaire, on peut estimer que l'interne est légitime pour évaluer l'efficacité de la supervision dont il est le bénéficiaire.

Des évaluations sont déjà organisées, à destination des internes eux-mêmes, ainsi que du DMG, mais les maîtres de stage n'y ont pas accès.

Nous pourrions imaginer la mise en place d'un retour directement au MSU, ayant pour objectif l'amélioration concertée des pratiques.

Les paramètres évalués devraient associer :

- les caractéristiques quantitatives recommandées, objectives : présence de la supervision, temps minimum de supervision de 20 minutes, rétroaction en face à face, au moins la moitié des patients passée en revue, variété des thèmes abordés.
- des caractéristiques qualitatives, subjectives, prenant en compte la satisfaction, dont les modalités sont à définir, tenant compte de la réticence classique des internes à critiquer leurs terrains de stage.

Il faudrait s'assurer que :

- L'évaluation est menée avec bienveillance dans un objectif d'amélioration des pratiques.
- L'évaluation est acceptée par les MSU et par l'interne, elle n'est pas imposée par l'université.
- Il existe un support écrit servant de référence, que l'interne et le MSU remplissent conjointement.
- L'interne se sent libre d'exprimer sa critique, positive et négative.
- Cette évaluation a lieu plusieurs fois dans le semestre, afin d'ajuster les pratiques si nécessaire.

Dans notre étude, un certain nombre d'internes ont exprimé une insatisfaction à propos de la supervision au début et à la fin du semestre. Avaient-ils parlé avec leur maître de stage de leur insatisfaction ?

3.5. Approfondir l'apprentissage de la gestion de l'outil professionnel

Comment former les internes à la gestion de l'outil professionnel ?

Rappelons d'abord que le SASPAS est l'endroit privilégié pour acquérir une telle compétence, comme en témoigne d'ailleurs les progressions importantes dans ce domaine.

Il est donc important de rappeler aux maîtres de stage que les compétences de l'interne doivent se développer dans ce domaine afin de favoriser leur projet d'installation future.

Au niveau des enseignements théoriques, nous devons nous assurer que les séminaires de formation intervenant en dernière année sur le sujet donnent suffisamment d'outils à l'interne pour lui permettre de débuter son activité libérale sans trop de difficultés.

Résumé de la partie 3 : Les propositions d'amélioration

La supervision indirecte doit être quotidienne

Il est nécessaire de préciser le cadre réglementaire, et de redéfinir les recommandations et les objectifs de la supervision

L'université doit soutenir et motiver les maîtres de stage dans leur rôle pédagogique

Une évaluation officielle doit pouvoir leur être retournée

Les terrains de stage en difficulté persistante doivent être rappelés à leurs engagements

L'apprentissage de la gestion de l'outil professionnel doit être amélioré.

4 – Perspectives de recherche

De même que la médecine, l'éducation médicale doit être fondée sur les preuves, d'où l'importance du développement de la recherche dans ce domaine.

4.1. Un travail complémentaire en cours explorant l'aspect qualitatif de la supervision indirecte

A partir de leur expérience, comment les internes conçoivent-ils la supervision indirecte en SASPAS ?

Actuellement en Master 2 de pédagogie en sciences de la santé à Strasbourg, je réalise une enquête qualitative par entretiens individuels auprès des internes en SASPAS afin d'explorer leur expérience, leur perception et leur conception à propos de la supervision indirecte. L'objectif est faire émerger des notions clés permettant de faciliter le transfert d'apprentissage lors de la rétroaction en SASPAS.

4.2. Suggestions de problématiques pour des études potentielles

Existe-il différents groupes d'internes face à la supervision indirecte en SASPAS ?

Il s'agirait dans ce cas-là, plutôt d'une enquête quantitative, dont les critères de jugement seraient à définir. On pourrait approcher la question du point de vue de l'interne, mais également du point de vue du MSU, celui-ci recevant un certains nombres d'internes au cours de sa carrière d'enseignant généraliste.

Théoriser sur le sujet permettrait au MSU de mieux s'adapter à son interne lors de la supervision indirecte, toujours dans l'objectif de faciliter l'apprentissage.

Quel est le niveau de compétence perçu par les médecins généralistes en exercice ?

Nous pourrions soumettre aux médecins généralistes le même questionnaire d'auto-évaluation de leurs compétences. Un des objectifs serait de connaître le niveau perçu par les généralistes en exercice, afin que cela serve de référence à l'auto-évaluation des internes en fin de cursus.

Mise en place d'une évaluation du superviseur par son stagiaire.

Il s'agirait de construire un outil d'évaluation tel que proposé dans le chapitre 3.4. de la discussion, de le mettre en place puis d'évaluer son efficacité dans l'amélioration des pratiques de supervision.

Les terrains de stage SASPAS de qualité insuffisante : analyse, remédiation et évaluation.

A partir des évaluations de stage de l'université et de l'association des internes, nous pouvons repérer les MSU en difficulté, enquêter sur les causes de ces difficultés, mener une action de remédiation adaptée et un suivi pour évaluer son efficacité. L'étude devrait être réalisée sur plusieurs semestres afin de se défaire du « biais » individuel de l'interne.

5 – Diffusion du travail

Nous souhaitons que ce travail contribue dès maintenant à l'amélioration de la qualité des SASPAS.

Diffusion nationale

Nous allons soumettre ces travaux à publication, dans la revue *Exercer*, rubrique *Education*.

Nous allons proposer une communication au congrès du CNGE de novembre 2017.

Diffusion locale

Un retour d'information est prévu à tous les MSU de SASPAS en Aquitaine, ceux concernés par l'étude au moment de sa réalisation l'été 2016, ainsi que les nouveaux MSU recrutés depuis l'étude.

Cette évaluation sera retournée de façon collective par courrier et e-mail sous forme d'une plaquette :

- Une partie présentant l'étude et ses résultats : l'état des lieux et l'importance de la supervision indirecte dans la progression des compétences
- Une partie avec le rappel du cadre réglementaire et les recommandations sur la supervision indirecte : les messages devront être clairs et concis.
- Le rappel des possibilités de formation via le CNGE et la journée des enseignants de médecine générale organisée par le DMG de Bordeaux.

Nous présentons un modèle en **ANNEXE 4.**

Cette communication doit permettre de favoriser les échanges entre le DMG et les maîtres de stage :

D'une part, elle constituera un renforcement positif pour les MSU ayant de « bonnes pratiques » de supervision, favorisant leur engagement et leur motivation dans leur rôle pédagogique.

D'autre part, elle permettra aux autres MSU de remettre en question leurs pratiques, et de s'ouvrir à une remédiation par la formation.

Nous demanderons à tous de nous faire un retour avec leurs remarques à propos des résultats de l'étude et de nos recommandations. Ce sera l'occasion pour eux d'exprimer leurs difficultés ou au contraire leurs suggestions d'organisation ou de techniques pédagogiques pour assurer la supervision indirecte.

De plus, nous présenterons nos résultats et nos recommandations dans le cadre de la journée des généralistes enseignants, en janvier 2018.

CONCLUSION

La réforme du troisième cycle de médecine générale a pour objectif de promouvoir la formation en ambulatoire. Dans cette perspective, le SASPAS devient obligatoire pour les internes débutant le DES en 2017.

Ce travail est l'occasion de réaffirmer la place du SASPAS dans l'acquisition des compétences de la médecine générale. Cet apprentissage s'appuie d'une part sur le travail en autonomie et d'autre part sur la rétroaction qui en résulte : C'est le principe de la supervision indirecte, principal outil pédagogique du SASPAS.

Notre étude a été menée auprès de la totalité des internes en stage SASPAS en Aquitaine pendant le semestre d'été 2016.

Toutes les compétences ont été améliorées pendant le stage, et notamment celles spécifiques à la médecine générale : le travail coordonné au sein du système de soins, la prise en charge globale du patient ainsi que les compétences dans le domaine éducatif. On note également une importante progression dans la gestion de l'outil professionnel, mais dont l'acquisition reste à améliorer.

Nous avons démontré que l'amélioration des niveaux de compétences autoévalués est associée à des critères de qualité de la supervision indirecte que sont : la présence d'une rétroaction, le temps cumulé qui lui est consacré, le pourcentage de patients revus, la variété des thèmes abordés et la satisfaction du stagiaire.

De grandes différences entre les SASPAS ont été constatées concernant la charge de travail et la supervision. Plus d'un quart des MSU n'effectuaient pas de supervision indirecte régulière.

L'efficacité de ce stage sur l'apprentissage des compétences s'appuie sur la qualité de la supervision indirecte.

Il est donc utile d'établir des recommandations de pratique de supervision qui soient simples et adaptées, afin de favoriser leur mise en pratique : La rétroaction doit être quotidienne, d'une durée d'au moins vingt minutes, portant au minimum sur la moitié des situations cliniques rencontrées, idéalement au terme de chaque demi-journée et en face à face.

L'évaluation, par l'interne, de l'application de ces recommandations doit être mise en œuvre et partagée avec son maître de stage.

Les MSU doivent être reconnus, soutenus et motivés dans leur rôle d'enseignant, mais également s'engager dans une démarche d'amélioration continue de leur action pédagogique.

Les perspectives de développement de la qualité du SASPAS s'appuient sur le dialogue entre les internes, les maîtres de stage et l'université. Les différents acteurs doivent se rassembler autour de la définition d'un cadre commun, dans l'objectif de perfectionner la formation des futurs médecins généralistes.

BIBLIOGRAPHIE

1. Légifrance : Arrêté du 22 septembre 2004 fixant la liste et la réglementation des diplômes d'études spécialisées de médecine.

2. Jouquan J, Bail P. A quoi s'engage-t-on en basculant du paradigme d'enseignement vers le paradigme d'apprentissage ? Pédagogie Médicale. 1 août 2003;4(3):163-75.

3. CNGE. Présentation du D.E.S [Internet]. [consulté le 5 janv 2017]. Disponible sur: http://cnge.fr/la_pedagogie/presentation_du_des/

4. Durand M. Evaluation de la supervision indirecte en SAPSAS (stage ambulatoire en soins primaires en autonomie supervisée) en Aquitaine de Mai à Octobre 2004. Thèse de médecine, Bordeaux: Université de Bordeaux; 2006.

5. Ponçot C, Gaume J-P, Université de Franche-Comté, Faculté de médecine et de pharmacie. Évaluation du stage autonome en soins primaires ambulatoire supervisé (SASPAS) en 2006 enquête nationale auprès des internes de médecine générale. Thèse de médecine, Dijon: Université de Franche-Comté; 2006.

6. Blanchard-Rocheteau M, Vanwassenhove L. La supervision indirecte au cours du SASPAS à Nantes: enquête descriptive auprès des internes. Thèse de médecine, Nantes: Université de Nantes; 2011.

7. Mari C, Bail P, Le Reste J. Premiers SASPAS. Enquêtes nationale sur la perception des internes à propos de la supervision mise en place. La revue du praticien de médecine générale. 2006;20(722/723):252-6.

8. Larue C. Particularités pédagogiques du SASPAS: enquête auprès des étudiants de Lariboisière-Saint Louis. Thèse de médecine, Paris: Université Paris-Diderot – Paris 7; 2006.

9. Tardiff J. L'évaluation des compétences. Documenter le parcours de développement. Chenelière Education. Canada; 2006.

10. Attali, P. Bail, A-M. Magnier, J-N. Beis, C. Ghasarossian, J. Gomes, P. Chevallier, X. Lainé, P. Le Mauff, Y. Zerbib, B. Gay. Compétences pour le DES de médecine générale. Exercer 2006;76: 31-32.

11. Allen J, Gay B, Crebolder H, Heyrman J, Svab I, Ram P. The European definitions of the key features of the discipline of general practice: the role of the GP and core competencies. Br J Gen Pract. juin 2002;52(479):526-7.

12. Légifrance : arrêté du 10 août 2010 modifiant l'arrêté du 22 septembre 2004 fixant la liste et la réglementation des diplômes d'études spécialisées de médecine.

13. Circulaire DGS-DES-2004 n° 192 du 26 avril 2004 relative à l'organisation du stage ambulatoire en autonomie supervisée.

14. Département de Médecine Générale de Bordeaux. Formation pratique : Stage en Autonomie en Soins Primaires Ambulatoires Supervisé. [Internet]. [Consulté le 27 déc 2016]. Disponible sur: http://sante.u-bordeaux.fr/Vos-etudes/Troisieme-cycle-de-medecine-generale/Formation-pratique

15. CNGE. Guide pratique du MSU ECA: maître de stage des universités en médecine générale, enseignant clinicien ambulatoire. Éd. scientifiques L & C; 2012. 283 p.

16. O'Brien HV, Marks MB, Charlin B. Le feedback (ou rétro-action) : un élément essentiel de l'intervention pédagogique en milieu clinique. Pédagogie Médicale. 2003;4(3):184-91.

17. Jacquet J-P. La supervision indirecte différée (SID), une méthode pédagogique adaptée aux stages en médecine générale du troisième cycle. Pédagogie Médicale. 2003;4(4):199-201.

18. Manjarrès C, Renard V. Influence du stage ambulatoire en soins primaire en autonomie supervisée (SASPAS) sur la formation et sur les compétences des jeunes médecins généralistes : étude comparative. Thèse de médecine, Créteil: Université Paris-Est Créteil; 2012.

19. Thillier L. Mise en place du sixième semestre de residanat en Aquitaine: évaluation centrée sur le SASPAS. Thèse de médecine, Bordeaux: Université de Bordeaux; 2005.

20. Portier Lecarpentier M. Quel est le vécu des Maîtres de Stage accueillant un interne en SASPAS ? Thèse de médecine, Paris: Université Paris-Diderot – Paris 7; 2010.

21. Hurtaud A, Rouillon F, Loriot M, Fritsch J-P. Internes en SASPAS : moins de stress et davantage d'assurance dans la maîtrise des compétences professionnelles. Exercer. 2015;(120):182-90.

22. Freche B, Le Grand-Penguilly J, Le Reste JY, Nabbe P, Barais M, Le Floch B. Les débuts et les modalités d'exercice des étudiants de la faculté de Brest sont-ils influencés par le SASPAS ? Exercer. 2011;95:21-4.

23. Riol C. Devenir professionnel des étudiants ayant effectué un SASPAS de novembre 2003 à octobre 2005 à LYON: étude descriptive et comparaison aux autres médecins des mêmes promotions. Thèse de médecine, Lyon: Université Claude Bernard; 2008.

24. Petite E. Obstacles à la supervision indirecte en SASPAS à Grenoble: identification par les maîtres de stage et perspectives d'amélioration. Thèse de médecine, Grenoble; Université Joseph Fourier; 2010.

25. Grégoire C, Zabawa C. Freins à la réalisation du stage autonome en soins primaires ambulatoires supervisé. Exercer 2017;129:32-3.

26. Rodin T. Influence du S.A.S.P.A.S. en 2009 sur l'apprentissage des compétences et le projet professionnel des internes du DES de Médecine Générale, Enquête nationale 59 prospective multicentrique. Thèse de médecine, Paris: Université René Descartes – Paris 5; 2010.

27. Dory V, Foy (de) T, Degryse J. L'autoévaluation : postulat préalable, finalité de la mission éducative ou utopie pédagogique ? clarifications conceptuelles et pistes pour une application en éducation médicale. Pédagogie Médicale 2009;10:41-53.

28. U.R.M.L. (Union Régionale des Médecins Libéraux) Ile de France. Enquête sur les désirs et freins à l'installation en libéral en Ile de France. 2007.

29. Jouquan J. La minute du superviseur La minute du superviseur. Pédagogie Médicale 2010;11(1): 71–72.

30. Neher JO, Gordon KC, Meyer B, Stevens N. A five-step « microskills » model of clinical teaching. J Am Board Fam Pract 1992;5:419-24.

31. Viau, R. La motivation en contexte scolaire. Bruxelles : De Boeck. 2009.

32. Devenez Maître de stage! [Internet]. ISNAR-IMG. 2016 [Consulté le 29 mars 2017]. Disponible sur: https://www.isnar-img.com/devenez-maitre-de-stage/

33. Devenir Maître de Stage des Universités (MSU) - Médecins Généralistes [Internet]. [Consulté le 29 mars 2017]. Disponible sur: http://www.medecinmsu.fr/

34. P. Martin, J. Copley, Z. Tyack. Twelve tips for effective clinical supervision based on a narrative literature review and expert opinion. Med. Teach 2014;36:201-7.

ANNEXES

Annexe 1 : Questionnaire d'auto-évaluation des compétences

Merci de renseigner les deux premières lettres de votre nom et la première lettre de votre prénom.

En quel semestre êtes-vous ?

O 5ème semestre

O 6ème semestre

En quel semestre avez-vous effectué votre stage ambulatoire de niveau 1 ?

O 2ème semestre

O 3ème semestre

O 4ème semestre

O 5ème semestre

Avez-vous déjà effectué un SASPAS ?

O Oui

O Non

Avez-vous déjà effectué des remplacements ?

O Oui

O Non

Auto évaluation des compétences :
A ce jour, si vous devez travailler en lieu et place d'un médecin généraliste en cabinet, vous sentez-vous compétent pour :

1- Prendre en charge un problème de santé de première ligne :
1.1. Recueillir, analyser, hiérarchiser les demandes du sujet et/ou de son entourage :
Pas du tout compétent(e) O 1 O 2 O 3 O 4 O 5 O 6 O 7 O 8 O 9 O 10 Tout à fait compétent(e)

1.2. Examiner le sujet
Pas du tout compétent(e) O 1 O 2 O 3 O 4 O 5 O 6 O 7 O 8 O 9 O 10 Tout à fait compétent(e)

1.3. Synthétiser les différentes données recueillies afin d'aboutir à un diagnostic de situation
Pas du tout compétent(e) O 1 O 2 O 3 O 4 O 5 O 6 O 7 O 8 O 9 O 10 Tout à fait compétent(e)

1.4. Elaborer une prise en charge globale adaptée au sujet et au contexte
Pas du tout compétent(e) O 1 O 2 O 3 O 4 O 5 O 6 O 7 O 8 O 9 O 10 Tout à fait compétent(e)

1.5. Prendre une décision partagée et construire une alliance thérapeutique
Pas du tout compétent(e) O 1 O 2 O 3 O 4 O 5 O 6 O 7 O 8 O 9 O 10 Tout à fait compétent(e)

2- Communiquer avec le sujet et/ou son entourage :
2.1. Manifester une écoute active et empathique
Pas du tout compétent(e) O 1 O 2 O 3 O 4 O 5 O 6 O 7 O 8 O 9 O 10 Tout à fait compétent(e)

2.2. Maîtriser les techniques de communication verbale et non verbale
Pas du tout compétent(e) O 1 O 2 O 3 O 4 O 5 O 6 O 7 O 8 O 9 O 10 Tout à fait compétent(e)

2.3. Adapter la communication aux possibilités de compréhension du sujet
Pas du tout compétent(e) O 1 O 2 O 3 O 4 O 5 O 6 O 7 O 8 O 9 O 10 Tout à fait compétent(e)

2.4. Prendre en compte vos émotions et celles du sujet
Pas du tout compétent(e) O 1 O 2 O 3 O 4 O 5 O 6 O 7 O 8 O 9 O 10 Tout à fait compétent(e)

2.5. Prendre en compte les principes éthiques : respect, humanité, autonomie
Pas du tout compétent(e) O 1 O 2 O 3 O 4 O 5 O 6 O 7 O 8 O 9 O 10 Tout à fait compétent(e)

3. Travailler en équipe au sein du système de santé et de la société :
3.1. Coordonner la prise en charge autour du sujet
Pas du tout compétent(e) O 1 O 2 O 3 O 4 O 5 O 6 O 7 O 8 O 9 O 10 Tout à fait compétent(e)

3.2. Organiser la prise en charge des sujets dans les parcours, filières et réseaux appropriés
Pas du tout compétent(e) O 1 O 2 O 3 O 4 O 5 O 6 O 7 O 8 O 9 O 10 Tout à fait compétent(e)

3.3. Respecter la loi et le code de déontologie
Pas du tout compétent(e) O 1 O 2 O 3 O 4 O 5 O 6 O 7 O 8 O 9 O 10 Tout à fait compétent(e)

4. Assurer la continuité de la prise en charge des sujets :
4.1. Collaborer avec les partenaires médico-sociaux
Pas du tout compétent(e) O 1 O 2 O 3 O 4 O 5 O 6 O 7 O 8 O 9 O 10 Tout à fait compétent(e)

4.2. Collaborer avec le système de permanence de soins en vigueur
Pas du tout compétent(e) O 1 O 2 O 3 O 4 O 5 O 6 O 7 O 8 O 9 O 10 Tout à fait compétent(e)

4.3. Organiser l'hospitalisation et le retour à domicile
Pas du tout compétent(e) O 1 O 2 O 3 O 4 O 5 O 6 O 7 O 8 O 9 O 10 Tout à fait compétent(e)

4.4. Organiser vos absences (vacances, formations, autres activités)
Pas du tout compétent(e) O 1 O 2 O 3 O 4 O 5 O 6 O 7 O 8 O 9 O 10 Tout à fait compétent(e)

5. Prendre des décisions fondées sur les données actuelles de la science, adaptées aux besoins et au contexte:
5.1. Fonder votre raisonnement et votre synthèse sur les données actuelles de la science
Pas du tout compétent(e) O 1 O 2 O 3 O 4 O 5 O 6 O 7 O 8 O 9 O 10 Tout à fait compétent(e)

5.2. Utiliser un processus spécifique de décision conditionné par la prévalence et l'incidence des problèmes en soins premiers
Pas du tout compétent(e) O 1 O 2 O 3 O 4 O 5 O 6 O 7 O 8 O 9 O 10 Tout à fait compétent(e)

5.3. Prendre en compte le fonctionnement du système de soins, les moyens disponibles et l'ensemble de l'environnement
Pas du tout compétent(e) O 1 O 2 O 3 O 4 O 5 O 6 O 7 O 8 O 9 O 10 Tout à fait compétent(e)

5.4. Négocier avec le sujet pour aboutir à une prise en charge acceptable et acceptée
Pas du tout compétent(e) O 1 O 2 O 3 O 4 O 5 O 6 O 7 O 8 O 9 O 10 Tout à fait compétent(e)

6. Prendre une décision en situation d'urgence :
6.1. Connaître l'organisation de la permanence de soins en ambulatoire
Pas du tout compétent(e) O 1 O 2 O 3 O 4 O 5 O 6 O 7 O 8 O 9 O 10 Tout à fait compétent(e)

6.2. Gérer les situations d'urgence les plus fréquentes et les plus graves en soins primaires
Pas du tout compétent(e) O 1 O 2 O 3 O 4 O 5 O 6 O 7 O 8 O 9 O 10 Tout à fait compétent(e)

6.3. Répondre de manière adaptée à la demande urgente d'un de vos patients
Pas du tout compétent(e) O 1 O 2 O 3 O 4 O 5 O 6 O 7 O 8 O 9 O 10 Tout à fait compétent(e)

6.4. Constituer et maintenir une trousse d'urgence adaptée à votre lieu d’exercice
Pas du tout compétent(e) O 1 O 2 O 3 O 4 O 5 O 6 O 7 O 8 O 9 O 10 Tout à fait compétent(e)

7. Eduquer le sujet à la gestion de sa santé et de sa maladie:
7.1. Etablir un diagnostic éducatif
Pas du tout compétent(e) O 1 O 2 O 3 O 4 O 5 O 6 O 7 O 8 O 9 O 10 Tout à fait compétent(e)

7.2. Impliquer le sujet dans un projet de prise en charge
Pas du tout compétent(e) O 1 O 2 O 3 O 4 O 5 O 6 O 7 O 8 O 9 O 10 Tout à fait compétent(e)

7.3. Pouvoir utiliser différentes stratégies éducatives
Pas du tout compétent(e) O 1 O 2 O 3 O 4 O 5 O 6 O 7 O 8 O 9 O 10 Tout à fait compétent(e)

7.4. Accompagner et motiver le sujet dans sa démarche une prise en charge globale adaptée au sujet et au contexte
Pas du tout compétent(e) O 1 O 2 O 3 O 4 O 5 O 6 O 7 O 8 O 9 O 10 Tout à fait compétent(e)

8. Exécuter les gestes techniques les plus fréquents en soins de première ligne :
8.1. Pratiquer des actes de prévention et de dépistage
Pas du tout compétent(e) O 1 O 2 O 3 O 4 O 5 O 6 O 7 O 8 O 9 O 10 Tout à fait compétent(e)

8.2.Pratiquer des gestes diagnostiques et thérapeutiques
Pas du tout compétent(e) O 1 O 2 O 3 O 4 O 5 O 6 O 7 O 8 O 9 O 10 Tout à fait compétent(e)

8.3.Entretenir vos habiletés sur les actes pratiqués
Pas du tout compétent(e) O 1 O 2 O 3 O 4 O 5 O 6 O 7 O 8 O 9 O 10 Tout à fait compétent(e)

9. Entreprendre et participer à des actions de santé publique :

9.1. Repérer les sujets cibles de ces actions dans votre activité

Pas du tout compétent(e) O 1 O 2 O 3 O 4 O 5 O 6 O 7 O 8 O 9 O 10 Tout à fait compétent(e)

9.2. Identifier les comportements à risque et mettre en route des actions de prévention

Pas du tout compétent(e) O 1 O 2 O 3 O 4 O 5 O 6 O 7 O 8 O 9 O 10 Tout à fait compétent(e)

9.3. Gérer et exploiter les données du dossier médical des sujets

Pas du tout compétent(e) O 1 O 2 O 3 O 4 O 5 O 6 O 7 O 8 O 9 O 10 Tout à fait compétent(e)

10. Organiser votre exercice professionnel :

10.1. Organiser le temps de travail

Pas du tout compétent(e) O 1 O 2 O 3 O 4 O 5 O 6 O 7 O 8 O 9 O 10 Tout à fait compétent(e)

10.2. Adapter le lieu et les conditions d'exercice aux nécessités du système dans une démarche qualité: exercice en commun, hygiène, maintenance

Pas du tout compétent(e) O 1 O 2 O 3 O 4 O 5 O 6 O 7 O 8 O 9 O 10 Tout à fait compétent(e)

10.3. Actualiser l'outil de travail: dossier médical, informatique, matériels…

Pas du tout compétent(e) O 1 O 2 O 3 O 4 O 5 O 6 O 7 O 8 O 9 O 10 Tout à fait compétent(e)

10.4. Gérer les ressources humaines: entretien, secrétariat, remplaçants, assistants, étudiants…

Pas du tout compétent(e) O 1 O 2 O 3 O 4 O 5 O 6 O 7 O 8 O 9 O 10 Tout à fait compétent(e)

10.5. Respecter les obligations comptables et fiscales

Pas du tout compétent(e) O 1 O 2 O 3 O 4 O 5 O 6 O 7 O 8 O 9 O 10 Tout à fait compétent(e)

11. Actualiser et développer vos compétences :

11.1. Adopter une attitude critique envers vos savoirs basée sur la recherche

Pas du tout compétent(e) O 1 O 2 O 3 O 4 O 5 O 6 O 7 O 8 O 9 O 10 Tout à fait compétent(e)

11.2. Maintenir et améliorer vos compétences par une formation continue validée

Pas du tout compétent(e) O 1 O 2 O 3 O 4 O 5 O 6 O 7 O 8 O 9 O 10 Tout à fait compétent(e)

11.3. Evaluer vos pratiques

Pas du tout compétent(e) O 1 O 2 O 3 O 4 O 5 O 6 O 7 O 8 O 9 O 10 Tout à fait compétent(e)

Annexe 2 : Questionnaire sur la supervision indirecte :

Merci de renseigner les trois premières lettres de votre nom et la première lettre de votre prénom.

__ _

<u>Votre journée de stage</u>

Date du jour : __

Maitre de stage du jour */conseil : classez vos MSU par ordre alphabétique pour que la numérotation soit reproductible.*

O MSU1 O MSU 2 O MSU 3

Votre maître de stage était-il disponible pour une intervention si nécessaire ?

O Oui, en personne

O Oui, par téléphone

O Non, mais un autre maitre de stage était disponible en personne

O Non, mais un autre maitre de stage était disponible par téléphone

O Non, pas de maitre de stage disponible

Avez-vous fait appel à votre maître de stage pendant les consultations ?

O Oui O Non

Vous avez travaillé ce matin

O Oui O Non

Si oui,

Heure de début des consultations / visites __

Heures de fin des consultations / visites __

Nombre de patients vus ce matin __

Vous avez travaillé cet après-midi

O Oui O Non

Si oui,

Heure de début des consultations / visites __

Heures de fin des consultations / visites __

Nombre de patients vus cet après midi __

Cette journée est-elle représentative des journées habituelles ?

O Oui O Non

Si non, commentaire :

<u>Déroulement de la supervision indirecte</u>

Vous avez bénéficié d'une supervision indirecte (=discussion avec votre maitre de stage après les consultations) ce jour ?

O Oui O Non

Si non, pourquoi :

O Absence de supervision indirecte habituelle avec ce maître de stage / précisez :

O Absence de supervision indirecte exceptionnelle / précisez :

O Supervision indirecte prévue plus tard / précisez :

Si oui,

Par quel moyen ?

O En face à face O Au téléphone O Transmissions écrites O Autre :

A quel moment ?

O en début de journée O entre midi et deux O en fin de journée

Heure de début de la supervision indirecte __

Heure de fin de la supervision indirecte __

Quels patients étaient concernés par la supervision indirecte ce jour (*plusieurs réponses possibles)*

O Les patients de ce jour

O Les patients des jours précédents (préciser : la veille, la semaine…)

Tous les patients vus ont-ils été évoqués ?

O Oui O Non

Si non,

Comment sont sélectionnés les patients évoqués ? (*plusieurs réponses possibles)*

O Les cas me posant problème

O Les cas posant problème au MSU

O Des cas que j'ai choisis

O Des cas que mon MSU a choisis

O Des cas au hasard

O Des cas ne posant pas problème

O Autre :

Combien de patients évoqués ? __

Sur un total de combien de patients vus sur la période concernée par la supervision ? __

Ces modalités sont-elles représentatives des journées habituelles ?

O Oui O Non

Si non, commentaire :

<u>Contenu de la séance supervision indirecte : Lors de l'entretien après les consultations ou visites en quoi consiste votre échange avec votre MSU ?</u> (*plusieurs réponses possibles)*

O La remise et l'explication de la comptabilité du jour

O Des Transmissions en vue de la continuité des soins (= échange d'information sur les patients)

O Une réflexion sur l'établissement d'un projet de soin pour les prochaines consultations avec les patients

O Une discussion sur les compétences du médecin généraliste, à mettre en œuvre face à ce genre de cas : (*plusieurs réponses possibles)*

- La Prise en charge d'un problème de santé de première ligne (démarche clinique et prise en charge)
- La Communication avec le patient et/ou son entourage
- La Coordination de la prise en charge (réseaux de santé, hospitalisation, collaboration avec d'autre professionnel)
- La Continuité de la prise en charge et suivi du patient
- L'Approche globale et complexité (Décision en fonction des données de la science, du contexte, du patient)
- La Gestion de l'urgence
- L'Education en santé
- Les Gestes techniques de première ligne
- Les Actions de prévention et de dépistage
- La Gestion comptabilité et fonctionnement du cabinet, hygiène, dossier patient
- L'Auto-évaluation et développement des compétences

O Des « Prescriptions pédagogiques » (= des indications pour essayer de faire les choses différemment les prochaines fois ou bien des encouragements à vérifier des connaissances (des recherches bibliographiques, écriture dans le portfolio…)

Le contenu de la supervision indirecte ce jour est-elles représentatives des autres jours ?

O Oui O Non

Commentaire

Etes-vous satisfaits du déroulement de la supervision indirecte ce jour ?

Pas du tout satisfait(e) O 1 O 2 O 3 O 4 O 5 O 6 O 7 O 8 O 9 O 10 Tout à fait satisfait(e)

Annexe 3 : Stratégie pour atteindre 100% de participation

Pour atteindre les 100% de réponses, le recrutement a été effectué selon une organisation rigoureuse, devant permettre la meilleure adhésion possible de la part des internes interrogés :

La présentation avant le choix de stage

L'étude a été présentée aux internes lors du choix de stage, c'est-à-dire avant qu'ils choisissent le SASPAS, afin qu'il soit admis que le choix d'un stage SASPAS engageait l'interne dans la participation à l'étude.

Le soutien du DMG

Le soutien du DMG a permis de rendre le projet crédible. Aussi, nous avons pu avoir accès aux coordonnées complètes des internes.

Tous les contacts avec les participants étaient personnalisés

En nommant l'interne sollicité, nous nous adressions au sujet en tant qu'individu, et pas seulement au groupe dont il faisait partie.

Favoriser l'engagement initial

En avril 2016, avant l'envoi du premier questionnaire d'auto-évaluation des compétences, les internes ont tous été contactés par téléphone afin que l'investigateur se présente et explique le déroulé de l'étude sur le semestre, le nombre et la durée des questionnaires auxquels ils allaient répondre. La question « es-tu d'accord pour participer ? » était systématiquement posée, dans le but de recueillir leur accord, mais également de favoriser leur engagement personnel en se prononçant eux-mêmes en faveur de la participation, alors que le choix leur était laissé. Tous ont accepté et la grande majorité s'est montrée enthousiaste à l'idée de participer à l'étude. Le fait d'avoir une conversation téléphonique diminuait très probablement le risque de refus. Une invitation par mail, plus anonyme, aurait pu être plus facilement ignorée ou rejetée.

Privilégier le contact téléphonique

Par la suite, les internes ont été systématiquement contactés par téléphone par l'investigateur avant chaque étape principale de l'étude : l'autoévaluation des compétences en avril, la description de la supervision en juin, la description de la supervision en septembre. Cela avait pour buts d'expliquer le déroulé du questionnaire et son objectif, ainsi que de maintenir le lien d'engagement entre le participant et l'investigateur. Seule la dernière étape, l'auto-évaluation des compétences à la fin du stage, a été initiée par mail, car peu d'explications étaient nécessaires et nous avons considéré que les participants seraient motivés pour répondre au dernier questionnaire après en avoir rempli tous les questionnaires précédents.

Prévoir une relance adaptée

A chaque contact téléphonique, il été demandé au participant « Quand penses-tu pouvoir répondre au(x) questionnaire(s) ? ». Ainsi, la ou les date(s) de réponses attendues étaient notées, et l'investigateur relançait l'interne par téléphone, SMS ou mail après la date dépassée. Cela permettait d'une part d'engager le participant plus concrètement en choisissant lui-même un moment où il serait

disponible pour répondre, et d'autre part d'adapter le délai des relances, afin d'éviter que les participants ne se sentent harcelés par des relances intempestives.

Toutes les relances étaient également personnalisées, cela afin de maintenir de lien et de montrer au participant l'importance de sa participation individuelle.

Faciliter l'accès au questionnaire

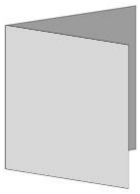
A chaque fois, sauf pour la dernière étape, les liens vers les questionnaires leur été adressés par mail personnalisé. A chaque relance, le lien était de nouveau mis à disposition.

Les questionnaires Google Form pouvant être remplis sur smartphone, cela était précisé aux participants, toujours dans l'optique de faciliter au maximum la participation.

Maintenir l'engagement

Après chaque étape de l'étude, un mail était envoyé aux participants pour les remercier pour leur participation, qui avait permis d'atteindre les 100% de réponses, ainsi que pour les informer de la prochaine étape.

Annexe 4 : Plaquette MSU



A destination des maîtres de stage SASPAS

Etude AquiSI

Résultats et perspectives

Le SASPAS en Aquitaine en 2016 : Enquête auprès des internes sur les pratiques de supervision et l'acquisition des compétences professionnelles pendant le stage.

Dans le cadre du travail de thèse de C.LAJZEROWICZ dirigée par Pr W.DURIEUX.

Objectif

Recueil de données objectives sur la qualité des SASPAS en Aquitaine :

① Le stage SASPAS permet-il une acquisition de l'ensemble des **compétences** du Médecin Généraliste ?
② Comment est assurée la **supervision indirecte** par les maîtres de stage des SASPAS en Aquitaine ?
③ Existe-t-il une **association** entre le déroulement de la supervision indirecte et l'évolution des compétences des internes sur un semestre en SASPAS ?

Méthode

Les **internes en SASPAS en Aquitaine de mai à octobre 2016** ont été interrogés par questionnaire à propos de :

- le niveau de leurs compétences, en auto-évaluation, avant et après le stage,
- la description de la supervision indirecte, anonymisée, de chacun de leur maître de stage sur une journée en juin et en septembre.

Puis nous avons analysé le lien entre les caractéristiques de la supervision et la progression perçue.

Résultats

100% de participation
34 internes – 90 MSU – 179 supervisions décrites

① Une progression de tous les internes et de toutes les compétences

Tous les internes ont progressé.

➔ Moyenne de 6.4/10 avant et 7.9/10 après le stage.

Toutes les compétences du médecin généraliste ont été améliorées.

➔ Notamment celles concernant la communication et l'approche centrée patient, la coordination des soins ainsi que la gestion de l'outil professionnel.

➔ Pour la gestion de l'outil professionnel, l'acquisition des compétences reste néanmoins insuffisante.

② Une disparité dans la charge de travail et dans la supervision

La charge de travail : en moyenne 7 patients par matinée et 11 par après-midi.

La supervision indirecte est comparable entre juin et septembre :

L'organisation de la rétroaction : **présente dans 73% des cas**, réalisée **le jour même** dans 92% des cas, 8 fois sur 10 en **face à face** et durait en moyenne **21 minutes** par jour.

28% des MSU ne supervisaient pas l'interne de façon régulière.

Le contenu : Dans 57% des supervisions, **tous les patients** étaient passés en revue. Dans les cas contraires, en moyenne 30% des patients étaient revus, généralement sélectionnés par l'interne.

Les **thèmes abordés** les plus représentés étaient la prise en charge d'un problème de santé de première ligne, la continuité de la prise en charge et le suivi du patient, la communication avec le patient et/ou son entourage, la coordination de la prise en charge.

Une **prescription pédagogique** avait lieu dans 47% des supervisions.

La satisfaction : Les internes déclaraient une satisfaction moyenne de **7.7/10** concernant la supervision indirecte lorsqu'elle était présente.

③ Une association significative entre la qualité de la supervision et la progression des compétences

La progression des compétences est significativement associée avec :

- la présence d'une supervision
- le temps global de supervision
- le pourcentage de cas revus
- le nombre de sujets abordés

En deçà d'un certain seuil (≤10 minutes de supervision, ou ≤30% des patients revus, ou ≤2 sujets abordés, satisfaction ≤6/10), la supervision était associée de façon significative à une progression plus faible.

Points fort et limites de l'étude :
(+) : Etude originale, 100% de participation, résultats significatifs
(-) : Etude mono centrique, un seul semestre évalué, supervision évaluée sur ses modalités plus quantitatives que qualitatives.

Propositions

A la suite de cette étude, nous souhaitons discuter avec vous de nos propositions

Conclusion : Une supervision de qualité garantit la progression de l'interne vers les compétences attendues d'un généraliste

d'amélioration de la qualité de nos SASPAS.

Rappel du cadre légal (Circulaire DGS-DES-2004 n° 192 du 26 avril 2004)

- Charge de travail **entre 6 et 12 patients par demi-journée** : un minimum d'actes afin que l'interne soit confronté à un nombre suffisant de situations pour se former, un maximum afin qu'il ait le temps, dans le cadre de son stage, de réfléchir sur sa pratique.
- **Supervision indirecte régulière obligatoire**.

➔ Nous pensons qu'**elle doit être systématique, quotidienne.**

Recommandations de bonnes pratiques

Une durée minimum de supervision indirecte : au moins 20 minutes par jour.
Une révision d'au moins la moitié des dossiers : les cas ayant posé problème mais également des cas pris au hasard, afin de permettre à l'interne de s'évaluer dans tous les types de situation, et d'aborder plus de thèmes relatifs à la médecine générale.
Une rétroaction en face à face : car elle est corrélée à un temps dédié à la supervision plus important.
Une rétroaction le jour même et à chaque demi-journée (midi et soir) : car elle assure un temps dédié plus important et une supervision au plus près des situations.
Des prescriptions pédagogiques proposées de façon régulière.

Redéfinir les modalités d'évaluation des SASPAS

Nous proposons d'utiliser les critères qualité de la supervision indirecte pour l'évaluation du SASPAS, à remplir conjointement par l'interne et son MSU, dans un objectif d'amélioration des pratiques de supervision.

Amélioration de l'apprentissage de la gestion de l'outil professionnel

Obligation comptables et fiscales, gestion des ressources humaines… C'est le point faible des internes et des jeunes médecins. Cela constitue un frein à l'installation. La supervision indirecte en SASPAS est le **moment privilégié pour aborder ce champ de compétence.**

Formation à la supervision indirecte

Pour améliorer ses pratiques pédagogiques ? Des formations sont disponibles avec le **CNGE** via l'association régionale : http://www.cgea-asso.fr / http://www.cnge.fr.

Chaque dernier samedi de janvier, le DMG invite les MSU à participer à une **journée d'échanges et de formation**.

Vos retours, vos suggestions

Vous avez des remarques sur les résultats de l'étude ou sur les propositions ? Nous attendons vos retours avec impatience sur : william.durieux@u-bordeaux.fr

L'étude complète vous sera envoyée prochainement

SERMENT D'HIPPOCRATE

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

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

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

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

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

Admise dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés.

Reçue à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

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

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

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

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonorée et méprisée si j'y manque.

Résumé

Contexte et objectif : Lors du DES de Médecine Générale, le SASPAS (Stage en Autonomie en Soins Primaires Ambulatoire Supervisée) favorise l'apprentissage des compétences en plaçant l'interne dans son milieu d'exercice futur, en autonomie supervisée. La supervision indirecte, principal outil pédagogique du stage est décrite comme variable et parfois insuffisante. Notre objectif était de montrer un lien entre les modalités de la supervision indirecte et la progression des compétences.

Méthode : Les 34 internes en SASPAS en Aquitaine de mai à octobre 2016 ont été interrogés par questionnaire sur l'auto-évaluation de leurs compétences avant et après le stage. Ils devaient également décrire les modalités de la supervision indirecte de chacun de leur maître de stage en début et fin de stage. Nous avons analysé le lien entre les caractéristiques de la supervision et la progression perçue.

Résultats : Le taux de réponse était de 100%. Tous les internes avaient progressé et toutes les compétences ont été améliorées, notamment celles spécifiques à la Médecine Générale. La charge de travail et les modalités de supervision étaient très variables. La rétroaction avait lieu dans 73% des cas et durait en moyenne 21 minutes. 28% des MSU n'effectuaient pas de supervision indirecte régulière. Le niveau de progression des compétences perçu est associé de façon significative ($p<0.05$) aux caractéristiques d'une supervision de qualité suffisante : la présence de séances de rétroaction et leur durée cumulée, le pourcentage de patients revus et la variété des thèmes abordés.

Conclusion : Il s'agit, à notre connaissance, du premier travail qui met en évidence un lien statistique entre la qualité de la supervision indirecte et l'acquisition des compétences. L'amélioration de l'efficacité du SASPAS doit s'appuyer sur des recommandations de bonnes pratiques de la supervision indirecte.

Abstract

Background and purpose: As a part of the general practice residency program, the SASPAS (6-months general practice internship in autonomy) fosters skills development, setting the resident in his future practice environment, in "supervised autonomy". Indirect supervision, main educational tool of this internship, has been described as variable and sometimes insufficient. Our aim was to show a relationship between supervision conditions and skills development.

Method: The 34 residents in SASPAS in Aquitaine (France) from May to October 2016 completed a skills self-assessment before and after the internship. They also had to describe the indirect supervision characteristics for each of their supervisors, during the first and the last part of the semester. We analysed the relationship between supervision conditions and perceived skills development.

Results: The response rate was 100%. All of the residents had improved and all of the skills had increased, particularly those specific to general medicine. The workload and the features of supervision were very variable. Feedback happened in 73% of the cases and lasted 21 minutes on average. 28% of the supervisors were not used to provide regular supervision. The perceived level of increase in the skills was statistically related ($p<0.05$) to sufficient standards of supervision: the presence of the feedback and its cumulative duration, the rate of cases reviewed, and the variety of the topics approached.

Conclusion: To our knowledge, this is the first study that proves the statistical relationship between quality of indirect supervision and skills development. Improving the efficiency of the SASPAS must lean on recommendations of best indirect supervision practices.