



HAL
open science

Autonomie et supervision en stage praticien de niveau 1 en aquitaine : favoriser la communication entre l'interne et le maître de stage

Pauline Villain

► **To cite this version:**

Pauline Villain. Autonomie et supervision en stage praticien de niveau 1 en aquitaine : favoriser la communication entre l'interne et le maître de stage. Médecine humaine et pathologie. 2020. dumas-02972883

HAL Id: dumas-02972883

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02972883>

Submitted on 20 Oct 2020

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.

UNIVERSITE de BORDEAUX

Collège Santé

UFR DES SCIENCES MEDICALES

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

Spécialité MEDECINE GENERALE

Présentée et soutenue publiquement par

Pauline VILLAIN

née le 12/02/1991 à Versailles

le 02 juillet 2020

**AUTONOMIE ET SUPERVISION EN STAGE PRATICIEN DE NIVEAU 1 EN
AQUITAINE : FAVORISER LA COMMUNICATION ENTRE L'INTERNE ET LE MAÎTRE
DE STAGE**

Directrice de thèse :

Madame le Docteur Céline LAJZEROWICZ

Rapporteur de thèse :

Monsieur le Professeur William DURIEUX

Jury :

Président du jury Monsieur le Professeur Jean-Philippe JOSEPH

Rapporteur Monsieur le Professeur William DURIEUX

Monsieur le Professeur Philippe CASTERA

Monsieur le Docteur Victor CARRÉ

REMERCIEMENTS

Aux membres du jury,

A Madame le Docteur Céline LAJZEROWICZ,

Pour me faire l'honneur d'avoir accepté la direction de ma thèse. Merci de m'avoir guidée tout au long de ce travail. Merci pour votre bienveillance, votre disponibilité et votre adaptabilité pour ce travail réalisé dans son ensemble à distance dans des conditions souvent exceptionnelles !

A Monsieur le Professeur Jean-Philippe JOSEPH,

Pour me faire l'honneur de présider le jury de ma thèse.

A Monsieur le Professeur William DURIEUX,

Pour me faire l'honneur d'être le rapporteur de ma thèse. Merci pour votre relecture attentive et vos corrections.

A Monsieur le Professeur Philippe CASTERA,

Pour avoir accepté de juger ma thèse. Merci de m'avoir suivie avec bienveillance et d'avoir relu mes travaux tout au long de mon parcours de DES, jusqu'à l'autre bout du monde ! C'est un honneur de vous compter dans les membres du jury.

A Monsieur le Docteur Victor CARRÉ,

Pour avoir accepté de juger ma thèse. J'ai eu la chance de vous avoir comme maître de stage. Vous m'avez montré une médecine générale bienveillante, qui m'a encouragée à poursuivre dans cette voie. Vous avez toute ma reconnaissance.

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

Pour votre implication. Soyez assurés de ma plus grande reconnaissance.

A ma famille et à mes amis,

A mes parents, pour votre présence constante à mes côtés durant ces longues années. J'ai fini par y arriver, et vous y êtes pour beaucoup ! A Maman, merci de tes conseils avisés et de ta bienveillance. A Papa, merci de ton écoute et ta patience proverbiales !

A mes frères et sœurs, pour m'avoir supportée toutes ces années ! A Juliette, merci de ton soutien et de m'avoir emportée dans tes valises à chacun de tes voyages qui m'ont aéré l'esprit durant ces études. A Simon, merci de ton soutien et de ton humour toujours aérien et subtil.

A mes grands-parents, vous qui m'avez tant apporté ! A Mamoune et Mamy, vous êtes dans mon coeur. A mon Pierrot, merci de ton soutien et de ta tendresse.

A Baptiste, pour ton soutien et ton amour. Merci d'être là et de m'accompagner dans les méandres de nos esprits. A notre vie d'aventures !

A mes amis, pour votre soutien et votre présence à mes côtés malgré mes pérégrinations !

Table des matières

Liste des abréviations.....	6
1. Introduction.....	7
1.1. Introduction.....	7
1.2. Le SN1.....	8
1.3. Faiblesses dans l'application du cadre pédagogique.....	9
1.4. Pistes pour améliorer la qualité pédagogique du SN1.....	10
1.5. Objectifs de l'étude.....	11
2. Méthodes.....	12
2.1. Population.....	12
2.2. Création du questionnaire guidant la réunion de mi-stage.....	12
2.3. Randomisation.....	13
2.4. Intervention.....	13
2.5. Evaluation de l'intervention.....	13
2.6. Analyse statistique.....	14
2.7. Objectifs secondaires.....	14
2.8. Cadre légal.....	15
3. Résultats.....	16
3.1. Description de l'étude.....	16
3.1.1. Description de l'échantillon initial.....	16
3.1.2. Déroulé de l'étude.....	17
3.1.3. Description des IMG et MSU ayant répondu au questionnaire de fin de stage.....	18
3.2. Description de la réunion de mi-stage.....	19
3.2.1. Répartition des trois phases de stage.....	19
3.2.2. Commentaires des MSU concernant la répartition des phases.....	20
3.2.3. Estimation de la fréquence de la rétroaction.....	21
3.2.4. Souhait de l'IMG quant à la fréquence de la rétroaction.....	21
3.2.5. Commentaires des MSU concernant la rétroaction.....	22
3.2.6. Estimation du degré d'autonomie.....	22
3.2.7. Souhait de l'IMG quant à la modification de leur degré d'autonomie.....	23
3.2.8. Commentaires des MSU concernant l'autonomie.....	23
3.2.9. Commentaires des MSU en conclusion générale de la réunion de mi-stage.....	23
3.3. Evaluation de l'intervention.....	24
3.3.1. Critère de jugement principal.....	24
3.3.1.1. Notes attribuées par les IMG.....	24
3.3.1.2. Analyse en intention de traiter.....	28
3.3.1.3. Analyse per protocole.....	28
3.3.1.4. Analyse de sous-groupes au sein du groupe test.....	30
3.3.1.5. Avis des IMG concernant leur sentiment d'amélioration de la qualité pédagogique globale du SN1 après la tenue de la réunion guidée.....	30
3.3.2. Faisabilité de la réunion guidée.....	30
4. Discussion.....	32
4.1. Rappel des résultats.....	32
4.2. Points forts et limites de l'étude.....	32
4.2.1. Méthodologie.....	32
4.2.1.1. Puissance de l'étude.....	32
4.2.1.2. Population d'IMG.....	32

4.2.1.3. Les dates clés de l'étude	32
4.2.1.4. Le protocole de contact et de relance.....	34
4.2.1.5. Taux de participation.....	34
4.2.2. Intervention.....	34
4.2.2.1. Le questionnaire de mi-stage	34
4.2.2.2. Evaluation quantitative de la rétroaction	35
4.2.3. Evaluation.....	35
4.2.3.1. Le questionnaire de fin de stage.....	35
4.2.3.2. Avis des IMG sur l'efficacité de la réunion guidée.....	35
4.3. Analyse des résultats	36
4.3.1. Lien entre la réalisation d'une réunion guidée et la satisfaction des IMG quant à la qualité pédagogique du stage.....	36
4.3.2. Observation du cadre pédagogique à mi-stage	37
4.3.2.1. La répartition des trois phases.....	37
4.3.2.2. L'autonomie	39
4.3.2.3. La rétroaction	40
4.3.3. Compréhension de l'objectif de la réunion centrée sur l'aspect pédagogique du stage ..	42
4.3.4. Faisabilité de la réunion.....	43
4.3.4.1. Mise en place	43
4.3.4.2. Contenu	45
4.4. Propositions d'amélioration	47
4.4.1. La formation des MSU à la rétroaction	47
4.4.2. Favoriser la position d'apprentissage chez l'IMG.....	47
4.4.2.1. Agir auprès des MSU	47
4.4.2.2. Agir auprès des IMG.....	48
4.4.3. Favoriser l'alliance pédagogique pendant le stage	51
4.4.4. Sensibiliser à l'évaluation de l'enseignement par les étudiants (EEE)	51
4.4.5. Organiser des groupes de pairs de MSU.....	52
4.4.6. Accompagnement des terrains de stage présentant des difficultés	52
4.5. Ouvertures	53
4.5.1. Travail qualitatif complémentaire en cours	53
4.5.2. Problématiques à explorer	53
4.5.2.1. L'élaboration d'outils de support	53
4.5.2.2. Une réunion de mi-stage guidée améliore-t-elle les compétences des IMG ?.....	53
4.5.2.3. Etude qualitative de la rétroaction en SN1	54
4.5.2.4. Etude qualitative sur l'acceptation de l'EEE chez les MSU aquitains	54
4.5.2.5. Auto-évaluation des MSU concernant le cadre pédagogique	54
4.6. Conclusion.....	54
5. Bibliographie.....	56
6. Annexes.....	59
6.1. Annexe 1 : Le questionnaire guidant la réunion de mi-stage	59
6.2. Annexe 2 : Questionnaire Googleforms de fin de stage, groupe contrôle.....	64
6.3. Annexe 3 : Questionnaire Googleforms de fin de stage, groupe test	68

Liste des abréviations

CGELAV : Collège des Généralistes Enseignants de Loire Atlantique et Vendée

CNIL : Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés

DES : Diplôme d'Études Spécialisé

DMG : Département de Médecine Générale

EEE : Évaluation des Enseignements par les Étudiants

IMG : Interne de Médecine Générale

MSU : Maître de Stage des Universités

OA : phase d'Observation Active

SD : phase de Supervision Directe

SI : phase de Supervision Indirecte

SN1 : Stage chez le praticien de Niveau 1

1. Introduction

1.1. Introduction

Le Stage chez le praticien de Niveau 1 (SN1), d'une durée de 6 mois, occupe une place éminente dans la maquette du Diplôme d'Études Spécialisé (DES) de Médecine Générale depuis sa création en 2004. Il est obligatoire dans le troisième cycle de Médecine Générale depuis 1997 (1). Jusqu'à la réforme du troisième cycle en 2017, il constituait l'unique stage ambulatoire obligatoire de la maquette. Depuis 2017, il est intégré au sein de la phase socle du DES de Médecine Générale, et est réalisé au cours de la première année d'internat.

Deux outils pédagogiques fondamentaux sont à l'œuvre pour permettre à l'Interne de Médecine Générale (IMG) le développement de ses compétences en médecine générale : la rétroaction et l'autonomie progressive (2). Ils s'articulent autour de trois phases de supervision de deux mois théoriques chacune :

- la phase d'Observation Active (OA), lors de laquelle l'IMG observe activement la consultation réalisée par le Maître de Stage des Universités (MSU) ;
- la phase de Supervision Directe (SD), lors de laquelle l'IMG effectue tout ou partie de la consultation en étant observé par le MSU ;
- la phase de Supervision Indirecte (SI), lors de laquelle l'IMG effectue seul la consultation.

Ces trois phases de supervision sont constituées d'un débriefing systématique avec le MSU, appelé rétroaction, que celle-ci soit immédiate ou différée à court terme.

Les MSU bénéficient d'une formation initiale à la pédagogie appliquée à l'accueil d'IMG (3). Une hétérogénéité est pourtant constatée dans l'encadrement du SN1, les IMG rapportent que l'encadrement pédagogique en termes d'autonomie et de rétroaction ne correspond pas toujours à leurs attentes (4) (5) (6).

La réalisation d'une réunion de mi-stage entre l'IMG et le MSU est encouragée par plusieurs Départements de Médecine Générale (DMG) en France (2) (7) (8) (9). La plupart du temps, elle consiste en une évaluation des compétences de l'IMG et non en une discussion autour des besoins de l'interne concernant le cadre pédagogique. Les réunions de mi-stage n'ont pas fait l'objet d'évaluation à notre connaissance.

Une évaluation formative de l'enseignement par l'étudiant concernant la rétroaction et l'autonomie à la moitié du stage semble être une option pour tenter d'améliorer la qualité pédagogique du stage (6). Nous nous sommes donc demandé si une réunion de mi-stage guidée par un questionnaire portant sur le cadre pédagogique du stage aurait une efficacité sur la satisfaction des IMG quant à la qualité pédagogique de leur stage.

1.2. Le SN1

Déroulement du SN1

Le SN1 permet à l'IMG de commencer à pratiquer la médecine générale ambulatoire en étant supervisé par un MSU au sein de son propre lieu d'exercice.

C'est un stage d'une durée de 6 mois. Il est obligatoire dans le troisième cycle des études de médecine générale depuis 1997, au cours du résidanat de médecine générale (créé en 1982), puis du DES de Médecine Générale créé en 2004 (5). Le cadre pédagogique de ce stage est explicité par le DMG de la faculté de Bordeaux dans le Livret du MSU (3) et comporte trois phases :

- la phase d'Observation Active (OA) : l'IMG observe le MSU dans son exercice. Ils échangent sur les différentes situations rencontrées. C'est la première phase du stage, l'IMG se familiarise avec son environnement. Le MSU et l'IMG vont apprendre à se connaître.
- la phase de Supervision Directe (SD) : le MSU observe l'IMG en situation (consultation entière ou consultation « à 4 mains »), et effectue une rétroaction sous forme d'échange pour permettre à l'IMG d'analyser et d'améliorer sa pratique. La prise de responsabilité s'effectue progressivement en présence du MSU. La supervision directe permet de développer l'apprentissage de la prise de décision directement supervisée de l'IMG.
- la phase de Supervision Indirecte (SI) : arrivé au terme de sa progression vers l'autonomie, l'IMG va pouvoir effectuer seul des actes. La prise de décision est faite en autonomie sur le temps de la consultation qui s'effectue en dehors de la présence physique du MSU, mais toujours sous sa responsabilité. La supervision indirecte permet de développer l'apprentissage à travers l'expérience autonome de l'IMG. Le MSU est joignable en cas de problème, et effectue une rétroaction quotidienne à partir des situations cliniques de la journée, exposées par l'IMG.

L'évolution de ces phases ne se fait pas sur un mode linéaire : elles se chevauchent et ne sont individualisées que pour des raisons didactiques. Cette démarche pédagogique est indispensable et doit être systématique, la supervision en est l'élément essentiel.

Qu'est-ce que la supervision ?

La supervision désigne l'intervention pédagogique d'un enseignant clinicien lorsque celui-ci fournit une rétroaction à un étudiant après l'avoir directement observé dans une tâche professionnelle (SD), ou à partir d'un résumé de la situation qu'en fait l'étudiant (SI) (10).

La rétroaction est un moment de débriefing où le MSU guide l'IMG dans l'analyse de son raisonnement clinique et de sa prise de décision. Le MSU apporte son expertise et invite à la discussion en mettant en avant la diversité des réponses devant une situation clinique donnée. Le MSU indique l'accès à des ressources complémentaires et évoque d'autres stratégies possibles. Ce temps permet également de faire des prescriptions pédagogiques (prescriptions de recherches ciblées suite à une rétroaction) (2).

Le concept de rétroaction est issu du terme anglais « feedback », apparu en pédagogie médicale dans les années 1970. Il désigne le « feedback » formatif, qui diffère du « feedback » sommatif. Le « feedback » formatif, tout comme l'entraînement sportif, est fourni tout au long du cheminement vers le but. A l'opposé, le « feedback » sommatif est utilisé aux fins d'attribution de notes, de rang de mérite, de certification ou pour délivrer un droit d'exercice. Utilisé isolément, le « feedback » sommatif prive l'étudiant de l'opportunité de modifier ses pratiques dans le cadre d'un processus continu (8). La rétroaction permet donc à l'étudiant d'améliorer sa gestion des situations cliniques, elle le renseigne sur ses forces et ses limites, le guide vers les stratégies et ressources adéquates pour répondre à ses besoins : elle lui permet de développer ses compétences de médecin généraliste.

Ces temps de rétroaction permettent de réguler le degré d'autonomie proposé à l'IMG. L'autonomie permet de développer la capacité de l'IMG à prendre des décisions et à les argumenter, en s'appuyant sur des connaissances valides, issues de résultats de recherche ou de données probantes (11). Le concept d'autonomie de l'IMG rentre tout à fait dans le cadre pédagogique du SN1, avec une supervision systématique fondée sur les échanges. Le développement des capacités de l'IMG grâce à l'autonomie vers l'acquisition de compétences est le but du SN1 (3). L'autonomie est à différencier de l'indépendance. L'indépendance est l'absence de relation de sujétion, de cause à effet ou de coordination entre deux entités. Ce n'est pas l'objectif recherché au cours du SN1, dont le principe est l'apprentissage suscité par les interactions entre IMG et MSU.

1.3. Faiblesses dans l'application du cadre pédagogique

Le cadre pédagogique est souvent peu compris et peu investi par les MSU et les IMG, comme le montre une étude de la faculté de Nantes publiée en 2018 (6). Les IMG essaient d'exercer comme l'aurait fait le MSU, ce qui permet d'échapper au contrôle ou aux remarques négatives. Cet exercice par mimétisme constitue la principale limite du modèle de rôle, qui est par ailleurs bénéfique tant que le modèle est explicite. Autrement dit, l'IMG ne développe pas ses compétences de façon adéquate lorsqu'il imite sans réfléchir son aîné pour lui être agréable. Pour encourager la réflexivité, il est nécessaire que le MSU explique ses actions, et échange à ce sujet avec l'IMG. Ce dialogue est favorisé par le cadre pédagogique théorique proposé pour le SN1. Cette étude montre qu'il n'est pas correctement assimilé par les IMG et les MSU, entraînant des insuffisances dans la supervision et donc un défaut d'acquisition de compétences de l'IMG.

Depuis une dizaine d'années, plusieurs études internationales en éducation médicale ont démontré que la rétroaction est souvent problématique en raison des divergences, voire des tensions, entre les superviseurs et les stagiaires quant à la fréquence de la rétroaction, sa qualité, sa pertinence et son efficacité (12) (13) (14) (15).

1.4. Pistes pour améliorer la qualité pédagogique du SN1

L'alliance pédagogique

En 2015, une revue systématique de la littérature réalisée par la faculté de médecine de l'Université de la Colombie Britannique au Canada (16) a proposé la notion d'« alliance pédagogique » comme cadre conceptuel pour mieux comprendre la rétroaction axée sur le dialogue lors de la supervision. Les auteurs décrivent une tendance grandissante à la reconceptualisation de la rétroaction en tant que processus de dialogue dans lequel le contexte et la relation sont des facteurs dominants rendant possible le changement comportemental. Ils ont également effectué une revue ciblée de la littérature en psychiatrie sur les origines de la notion d'« alliance thérapeutique » et de la recherche s'y référant, pour proposer la notion d'« alliance pédagogique » (« educational alliance » dans la version originale) qui sous-tend et étend la reconceptualisation de la rétroaction au domaine de l'éducation médicale. Ils considèrent que pour qu'il y ait un réel dialogue lors de la rétroaction, l'alliance pédagogique doit être de qualité, ce qui signifie que le superviseur et le stagiaire aient une compréhension commune des objectifs de la rétroaction, qu'ils soient d'accord sur les moyens de les atteindre et qu'ils développent un lien de confiance pendant la rétroaction.

La présence de problèmes relationnels jugés significatifs par l'un ou l'autre des partenaires peut fragiliser cette alliance et même mener à sa rupture, en raison de divers facteurs personnels, interactionnels et contextuels (17).

Le processus de gestion des alliances pédagogiques insatisfaisantes des étudiants et de leurs superviseurs peut aboutir au renoncement à la communication au sujet de ces difficultés, comme le montre une étude de la faculté de Médecine de Laval au Québec (18). Cet abandon peut être motivé par l'évaluation par l'individu de trois critères : l'importance perçue des difficultés relationnelles et de leur impact en supervision, le rapport coût-bénéfice d'en discuter ouvertement ou non avec le superviseur ou le stagiaire, ainsi que la durée du stage et la fréquence des rétroactions.

Des outils pour améliorer l'alliance pédagogique

Des stratégies sont élaborées pour venir à bout des insuffisances constatées, et plusieurs exemples peuvent être rapportés :

- Le DMG de Bordeaux a édité un Livret du MSU qui a pour but d'informer les MSU sur les principes et modalités organisationnels et pédagogiques de l'accueil d'un IMG en stage. Ce livret comporte notamment une charte que chaque MSU signe, par laquelle il s'engage à assurer une supervision des IMG et à suivre des formations pédagogiques.
- La thèse de C. Andreu de la faculté de Bordeaux (19) teste l'efficacité d'un outil qui permet d'accompagner chaque séance de rétroaction pour favoriser la démarche réflexive en médecine générale. L'outil s'avère efficace et apprécié des IMG. Néanmoins, l'utilisation d'un tel outil présuppose qu'il existe une communication de bonne qualité entre IMG et MSU, permettant ce type de démarche.

- On peut aussi citer le travail du Collège des Généralistes Enseignants de Loire Atlantique et Vendée (CGELAV) qui propose aux MSU accueillant un IMG en SN1 un document qui établit des repères communs en vue de favoriser l'homogénéisation des pratiques pédagogiques, les IMG ayant exprimé le souhait de cette homogénéité. Trois réunions de trinôme sont encouragées lors du semestre. Au cours de la réunion de mi-stage, une fiche d'évaluation orientée sur l'aspect pédagogique du stage est remplie par l'IMG. Les réponses sont ensuite discutées au sein du trinôme (2). Ce document est issu d'une réflexion des MSU et IMG suite à une étude qualitative s'intéressant à l'utilisation du cadre pédagogique du SN1, mais aucune étude quantitative n'a été réalisée pour tester son efficacité en pratique.

1.5. Objectifs de l'étude

On constate donc des difficultés dans l'application du cadre pédagogique, tant pour les IMG que pour les MSU. La communication, et par extension la qualité de l'alliance pédagogique, semble être la clé de la résolution de ces problèmes. Une solution pourrait être l'élaboration d'un outil efficace qui permettrait aux IMG et aux MSU d'échanger sur l'application de la démarche pédagogique au sein du binôme.

Nous n'avons pas retrouvé dans la littérature d'étude testant l'efficacité d'une réunion de mi-stage guidée par un document portant sur le cadre pédagogique.

Nous nous sommes donc demandé si une réunion de mi-stage guidée par un questionnaire portant sur l'aspect pédagogique du SN1 améliorerait la qualité pédagogique du stage. L'objectif principal était d'évaluer l'impact d'une telle réunion sur la satisfaction des IMG quant à la qualité pédagogique du stage. Les objectifs secondaires étaient de décrire l'encadrement pédagogique à la moitié du SN1, de recueillir l'auto-évaluation de la satisfaction des IMG concernant cet encadrement, et d'évaluer la faisabilité de mise en place d'une telle réunion.

2. Méthodes

2.1. Population

Nous avons inclus dans cette étude les IMG en SN1 au cours du semestre d'été 2019 (mai 2019 à octobre 2019) dans la région Aquitaine. Les MSU inclus correspondaient aux MSU des terrains de stage de ces IMG. Aucun critère de non-inclusion ou d'exclusion n'a été retenu.

2.2. Création du questionnaire guidant la réunion de mi-stage

L'intervention testée dans cette étude consistait en une réunion de mi-stage guidée par un questionnaire.

Nous avons créé le questionnaire utilisé en nous inspirant de la grille d'évaluation MSU praticien niveau 1 du CGELAV. Il nous a semblé pertinent d'utiliser cette grille car elle portait sur l'évaluation de la dimension pédagogique du SN1. Nous avons repris dans notre questionnaire les éléments clés de l'évaluation que sont la rétroaction et l'autonomie, ainsi que l'estimation des proportions des trois phases de supervision théoriques du SN1.

Concernant le mois précédant la réunion, il a été demandé aux IMG d'évaluer dans les parties qui leur était réservées :

- la proportion des trois phases de supervision ;
- la fréquence de la rétroaction, et de déterminer s'ils souhaitaient la voir diminuer ou augmenter ;
- leur degré d'autonomie, et de déterminer s'ils souhaitaient le voir diminuer ou augmenter.

Des encarts ont été prévus pour que les MSU notent manuellement le résultat de leur discussion avec l'IMG concernant chaque sous-partie du questionnaire. Nous avons décidé d'utiliser cette méthode afin de s'assurer que la réunion avait bien lieu, les deux participants devant signer le questionnaire à la fin.

Ce questionnaire a subi plusieurs modifications suite à une phase de test auprès de 3 IMG volontaires de janvier à mars 2019 durant leur propre SN1. Nous avons rajouté une description concise des trois phases, ainsi qu'une définition du concept de rétroaction qui a semblé mal compris par les IMG. Un encart réservé à une conclusion globale de la réunion a également été ajouté.

2.3. Randomisation

Nous avons mis en place une étude randomisée en deux groupes : un groupe contrôle auquel nous n'avons pas demandé de mettre en place une réunion de mi-stage et un groupe test auquel il a été demandé de réaliser la réunion de mi-stage guidée par le questionnaire.

La randomisation a été faite par tirage au sort en deux groupes au sein de l'échantillon initial grâce au site randomlists.com.

2.4. Intervention

Les IMG du groupe test ont été contactés par téléphone au mois de juin 2019 pour leur expliquer la teneur de l'étude et recueillir leur adhésion. En cas d'absence, un deuxième appel était réalisé un autre jour. En cas d'absence renouvelée, un message vocal était laissé sur le répondeur de l'interne, lui expliquant rapidement le déroulé de l'étude.

Le questionnaire a été envoyé par mail aux IMG et MSU du groupe test au cours des deux premières semaines de juillet 2019.

Il devait ensuite être imprimé par chaque binôme et rempli par l'IMG. Un temps pour une réunion de mi-stage devait ensuite être dégagé par chaque binôme, afin de discuter des réponses de l'IMG, et de faire remplir par le MSU les encadrés de conclusion.

Le questionnaire devait enfin être retourné par mail à l'investigateur, avant une première date butoir fixée au 31 juillet 2019.

Les IMG n'ayant pas renvoyé le questionnaire une semaine avant le 31 juillet 2019 ont reçu un mail de rappel. Une relance a été effectuée fin août 2019, par le biais d'appels téléphoniques. En cas d'absence, un message vocal était laissé sur le répondeur de l'IMG, lui rappelant les principes de l'étude.

Le dernier questionnaire a été renvoyé à l'investigateur le 7 octobre 2019.

2.5. Evaluation de l'intervention

Le critère de jugement principal était la satisfaction de l'IMG quant à la qualité pédagogique globale, la rétroaction et l'autonomie du SN1 avec chaque MSU. Il était évalué par des échelles numériques allant des 0 (pas satisfait.e) à 10 (très satisfait.e).

L'évaluation a été recueillie grâce à un questionnaire Googleforms en ligne envoyé aux IMG du groupe test et du groupe contrôle. Deux versions de ce questionnaire ont été élaborées : une version pour le groupe contrôle et une version pour le groupe test :

- La version du questionnaire destinée au groupe contrôle recueillait leur satisfaction vis-à-vis de la qualité pédagogique globale, de la rétroaction et de l'autonomie pour chacun de leur MSU lors du SN1. Le but de l'étude leur était succinctement expliqué à la fin du questionnaire afin que celui-ci ne les influence pas dans leur réponse.
- La version du questionnaire destinée au groupe test recueillait leur satisfaction vis-à-vis de la qualité pédagogique globale, de la rétroaction et de l'autonomie pour chacun de leur MSU lors du SN1. Ensuite, pour chaque MSU, si la réunion avait été effectuée, il leur était demandé de décrire les éventuelles difficultés rencontrées pour la réalisation de la réunion, et d'évaluer l'amélioration de la qualité pédagogique de leur stage après la réunion. Si la réunion n'avait pas été effectuée, il leur était demandé de décrire les raisons.

A partir du 15 octobre 2019, le questionnaire en ligne a été envoyé par mail aux IMG du groupe test et du groupe contrôle.

Un premier rappel a été effectué par mail pour les IMG non répondants au 31 octobre 2019, leur précisant qu'en cas de non-réponse ils seraient susceptibles d'être contactés sur leur numéro de téléphone personnel.

Un SMS contenant le lien du questionnaire a été envoyé aux IMG non-répondants au 11 novembre 2019.

La dernière réponse a été reçue le 30 novembre 2019.

2.6. Analyse statistique

Concernant le critère de jugement principal, nous avons tout d'abord voulu vérifier si les variables obtenues avaient une distribution normale. Nous avons donc passé ces résultats au crible du test de Kolmogorov-Smirnov qui comparait leur distribution à une distribution normale. Il s'est avéré que la plupart des variables n'avaient pas de distribution normale, et qu'aucun des tests que nous voulions réaliser ne comparait deux variables à distribution normale. Nous avons donc utilisé pour toutes les analyses le test non paramétrique de Wilcoxon-Mann-Whitney.

Les variables sont donc décrites en utilisant la médiane et l'écart interquartile, et non la moyenne et l'écart type.

2.7. Objectifs secondaires

Nous avons en parallèle décidé d'observer le cadre pédagogique du SN1 effectif à mi-stage, de recueillir l'avis des IMG concernant l'amélioration de la qualité pédagogique du stage après réalisation de la réunion guidée, et enfin d'évaluer la faisabilité de la réunion de mi-stage.

2.8. Cadre légal

L'étude a fait l'objet d'une déclaration à la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL) sous le numéro 2211488 v 0.

Les questionnaires de fin de stage étaient anonymisés, seule l'adresse mail nous permettant d'éviter d'éventuels doublons dans les réponses.

Seule l'investigateur avait accès aux données permettant d'identifier les participants.

3. Résultats

3.1. Description de l'étude

3.1.1. Description de l'échantillon initial

Le nombre d'IMG en SN1 au semestre d'été 2019 était de 102, soit 259 binômes IMG-MSU. Nous avons donc randomisé les IMG en deux groupes de 51 individus (dont les caractéristiques sont montrées dans le tableau 1), soit 130 binômes IMG-MSU dans le groupe contrôle et 129 binômes IMG-MSU dans le groupe test.

Groupes	Groupes contrôle (n=51)	Groupes test (n=51)
Sexe		
Femmes (%)	31 (60,8)	32 (62,7)
Hommes (%)	20 (39,2)	19 (37,3)
Régime d'internat		
Nouveau régime (%)	46 (90,2)	43 (84,3)
Ancien régime (%)	5 (9,8)	8 (15,7)
Nombre de MSU par terrain de stage		
2 (%)	25 (49)	26 (51)
3 (%)	24 (47,1)	23 (45,1)
4 (%)	2 (3,9)	2 (3,9)

Tableau 1 : Caractéristiques de l'échantillon

Concernant les MSU, le groupe contrôle comprenait 130 MSU dont 50 femmes et 80 hommes (soit 61,5 % d'hommes). Le groupe test comprenait 129 MSU dont 42 femmes et 87 hommes (soit 67,4 % d'hommes).

3.1.2. Déroulé de l'étude

Le déroulé de l'étude est décrit dans le diagramme de flux présenté dans la figure 1.

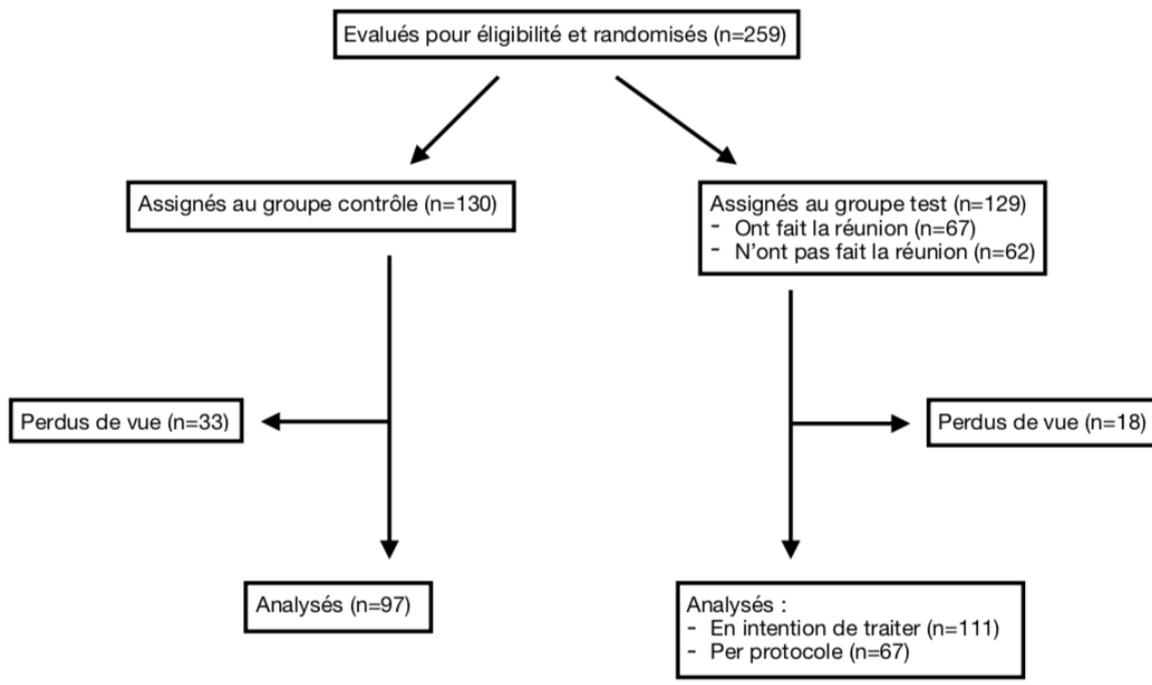


Figure 1 : Diagramme de flux (où n est le nombre de binômes IMG-MSU)

Parmi les 51 IMG du groupe test, 31 IMG ont répondu à l'appel téléphonique de présentation de l'étude, et 100 % d'entre eux ont accepté de participer à l'étude selon les termes du protocole. 19 IMG n'ont pas répondu à l'appel téléphonique, et n'ont pas essayé de recontacter l'investigateur par la suite. Pour un IMG, le numéro de téléphone fourni par la faculté était non attribué.

Parmi les 31 IMG ayant donné leur accord de participation à l'étude, 22 IMG ont renvoyé au moins un questionnaire. Parmi les 20 IMG pour lesquels aucun accord n'a pu être recueilli, 12 IMG ont renvoyé au moins un questionnaire.

Au total, parmi les 51 IMG du groupe test, 34 IMG ont renvoyé 67 questionnaires complétés au cours de réunions de mi-stage, soit un taux de réponse de 52 %. Parmi ces 34 IMG, 22 IMG ont effectué la réunion de mi-stage avec l'ensemble de leurs MSU, et 12 IMG ont effectué la réunion de mi-stage avec une partie seulement de leurs MSU. Au total, 67 MSU ont donc effectué la réunion de mi-stage.

3.1.3. Description des IMG et MSU ayant répondu au questionnaire de fin de stage

Dans le groupe contrôle, 39 IMG ont rempli le questionnaire de fin de stage. Dans le groupe test, 45 IMG ont rempli le questionnaire de fin de stage. Leurs caractéristiques sont présentées dans le tableau 2.

La distribution des âges des IMG ne suivait pas une loi normale dans les deux groupes. Nous avons comparé ces deux distributions à l'aide d'un test de Wilcoxon-Mann-Whitney. Nous n'avons pas trouvé de différence significative entre les deux groupes ($p = 0,3$).

Groupe	Groupe test (n=45)	Groupe contrôle (n=39)
Sexe		
Féminin (%)	24 (61,5)	29 (64,4)
Masculin (%)	15 (38,5)	16 (35,6)
Âge (en années)		
Moyenne	26,8	25,8
Médiane	26	26 ($p=0,3$)
Ecart-type	3,3	1,6
Semestre		
S1 (%)	0 (0)	1 (2,2)
S2 (%)	35 (89,8)	34 (75,7)
S3 (%)	0 (0)	1 (2,2)
S4 (%)	2 (5,1)	2 (4,4)
S5 (%)	0 (0)	1 (2,2)
S6 (%)	2 (5,1)	6 (13,3)
Régime d'internat		
Nouveau régime (%)	37 (94,9)	37 (82,2)
Ancien régime (%)	2 (5,1)	8 (17,8)

Tableau 2 : Caractéristiques des IMG ayant rempli le questionnaire de fin de stage (IMG non perdus de vue)

Concernant les MSU, ils étaient 67 à avoir effectué la réunion guidée, dont 24 femmes et 43 hommes (soit 64,2 % d'hommes).

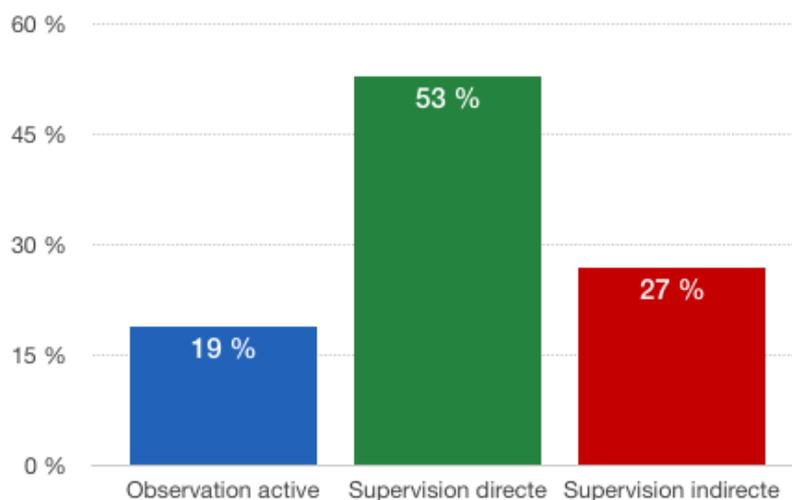
3.2. Description de la réunion de mi-stage

3.2.1. Répartition des trois phases de stage

Il était demandé aux IMG d'estimer sur le mois précédant la réunion le pourcentage de consultations répondant aux critères de chacune des trois phases :

- l'observation active (OA)
- la supervision directe (SD)
- la supervision indirecte (SI)

La répartition des trois phases sur le mois de stage précédant la réunion est représentée sur la figure 2.



*Figure 2 : Répartitions moyennes des différents types de consultations
En abscisses : 3 différents types de consultation
En ordonnées : proportion moyenne des consultations*

Des phases étaient absentes pour certains binômes IMG-MSU. Chez 22 % d'entre eux, il n'y avait pas eu de consultation en OA. Chez 3 %, il n'y avait pas eu de consultation en SD. Enfin, chez 12 % d'entre eux, il n'y avait pas eu de consultation en SI.

Les IMG devaient ensuite estimer pour chaque phase le pourcentage de consultations ayant donné lieu à une discussion autour du cas pour la phase d'OA ou à une rétroaction pour les phases de SD et de SI. Les résultats sont montrés dans la figure 3.

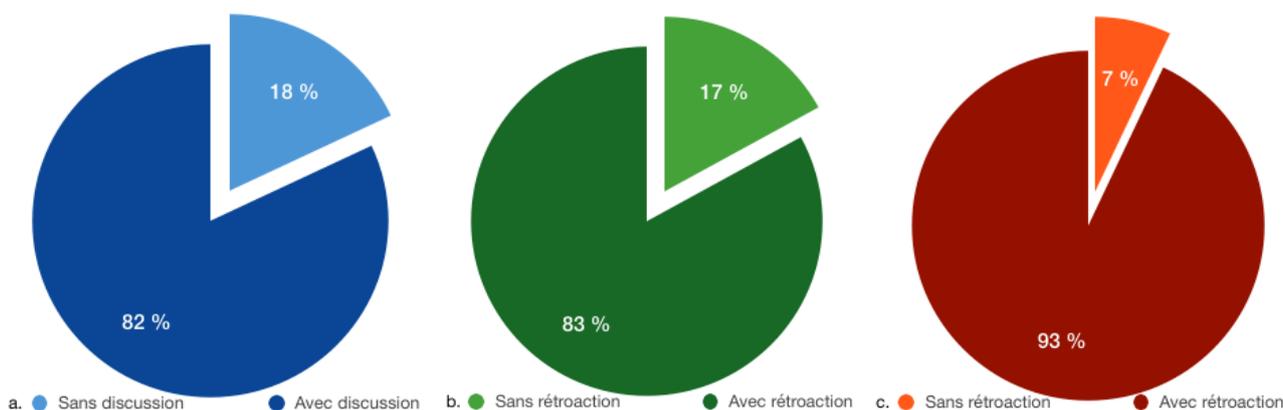


Figure 3 : Proportion des consultations ayant mené à une discussion/réaction en :
 a. Observation active
 b. Supervision directe
 c. Supervision indirecte

3.2.2. Commentaires des MSU concernant la répartition des phases

Les IMG et MSU devaient ensuite discuter de ces résultats, et les MSU devaient écrire la conclusion de cette discussion sur le questionnaire.

Ces commentaires traduisent chez 29 binômes un dialogue présent entre IMG et MSU au sujet de la répartition des phases dans le stage (« *Discussion régulière, d'accord avec l'interne.* »). Dix MSU pointent des difficultés rencontrées lors de la phase de supervision directe, tant du point de vue de la mise en œuvre que du positionnement du MSU et de l'IMG (« *Supervision directe pas facile à mettre en place car médecin a tendance à intervenir, patient s'adresse au médecin, et interne pas à l'aise. A améliorer !* », « *SD : elle n'est jamais complète et directe : relation triangulaire difficile (patient, médecin, interne).* »).

Cinq MSU font mention de problèmes logistiques pour la phase de SI (« *La supervision indirecte n'a pas été possible au vu de la configuration du cabinet.* »). Pour 3 MSU, des problèmes de temps sont présents (« *Le principal frein pour la supervision c'est le manque de temps.* »).

A noter que 2 MSU expliquent n'effectuer une rétroaction qu'en cas de patient « complexe » (« *La rétroaction est importante quand - diagnostic difficile - patient difficile.* »). 7 commentaires étaient écrits sur un mode d'évaluation de l'IMG (« *Bonne intégration du stagiaire dans l'activité du cabinet avec implication personnelle et dynamique.* »), sans commenter la discussion au sujet de la répartition des phases comme demandé.

3.2.3. Estimation de la fréquence de la rétroaction

Les IMG devaient évaluer la fréquence des rétroactions au cours du dernier mois de stage en choisissant parmi cinq descriptions : absente, peu fréquente, concerne la moitié des consultations, fréquente ou systématique. Les résultats sont montrés dans la figure 4.

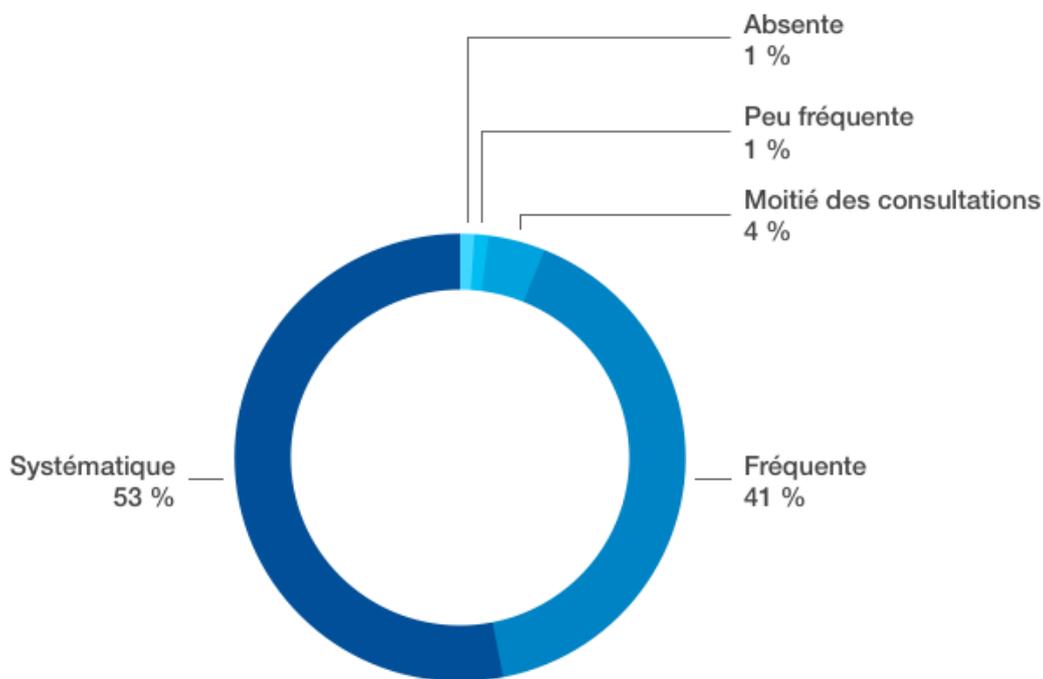


Figure 4 : Estimation de la fréquence de la rétroaction (en pourcentage des binômes IMG-MSU)

3.2.4. Souhait de l'IMG quant à la fréquence de la rétroaction

Les IMG devaient exprimer leur souhait de modification ou non de la fréquence des rétroactions en choisissant parmi trois propositions : moins, autant ou plus. Les résultats sont présentés dans la figure 5. A noter qu'aucun IMG ne souhaitait de rétroactions moins fréquentes.

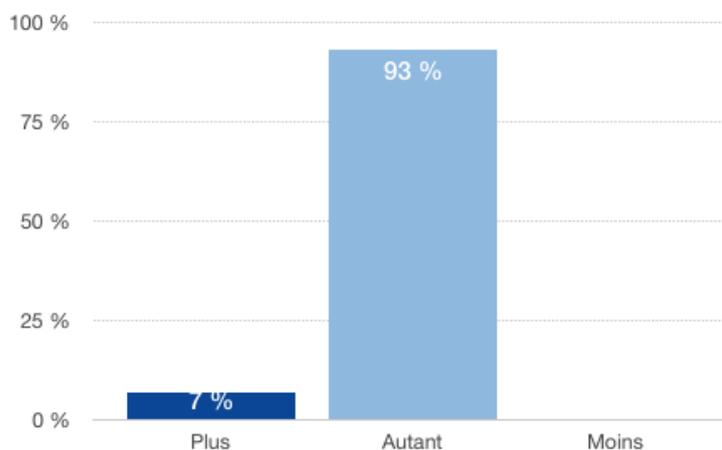


Figure 5 : Souhait des IMG quant à l'évolution de la fréquence de la rétroaction

3.2.5. Commentaires des MSU concernant la rétroaction

Dans les commentaires, 36 binômes faisaient état d'une rétroaction systématique, et présentaient la rétroaction comme un moment enrichissant tant pour l'IMG que pour le MSU, avec un dialogue présent (« *Rétroaction nécessaire afin de vérifier et éventuellement discuter des prises en charge. Autant intéressant pour l'IMG que le pour le MSU.* »). Sept MSU ont précisé n'effectuer de rétroaction qu'à la demande de l'IMG et/ou que pour les cas complexes (« *Rétroaction réalisée si souci rencontré ou si demande de l'interne.* »). Deux MSU ont évoqué un manque de temps pour effectuer la rétroaction (« *Rétroaction non systématique jusque-là, par contrainte de temps.* »).

3.2.6. Estimation du degré d'autonomie

Les IMG devaient estimer leur degré d'autonomie au cours du mois précédant la réunion en choisissant parmi cinq descriptions : aucune, peu, intermédiaire, beaucoup ou totale. Les résultats sont présentés dans la figure 6. A noter qu'aucun IMG n'a estimé n'avoir aucune autonomie.

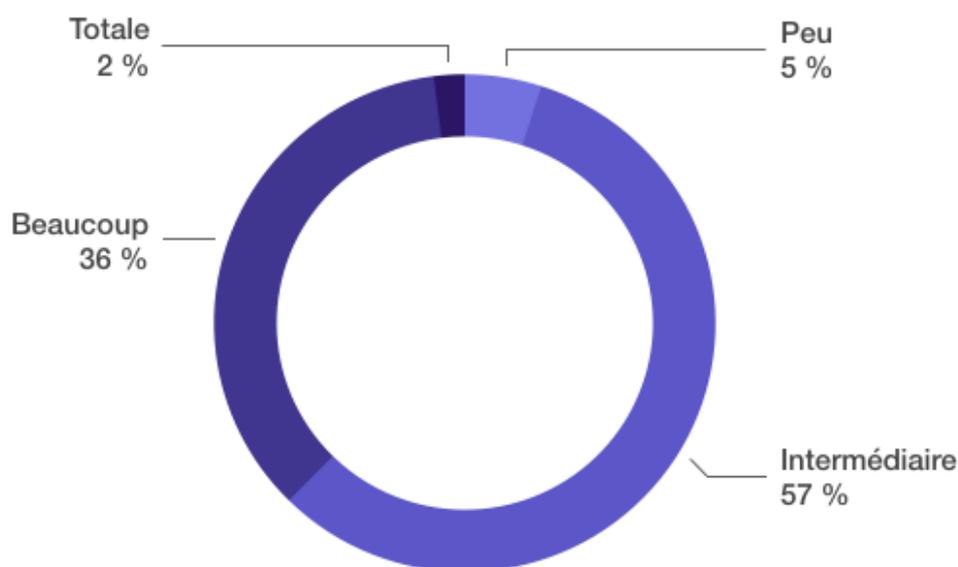


Figure 6 : Estimation du degré d'autonomie (en pourcentage des binômes IMG-MSU)

3.2.7. Souhait de l'IMG quant à la modification de leur degré d'autonomie

Les IMG devaient exprimer leur souhait de modification ou non du degré d'autonomie en choisissant parmi trois propositions : moins, autant ou plus. Les résultats sont présentés dans la figure 7. A noter qu'aucun IMG ne souhaitait moins d'autonomie.

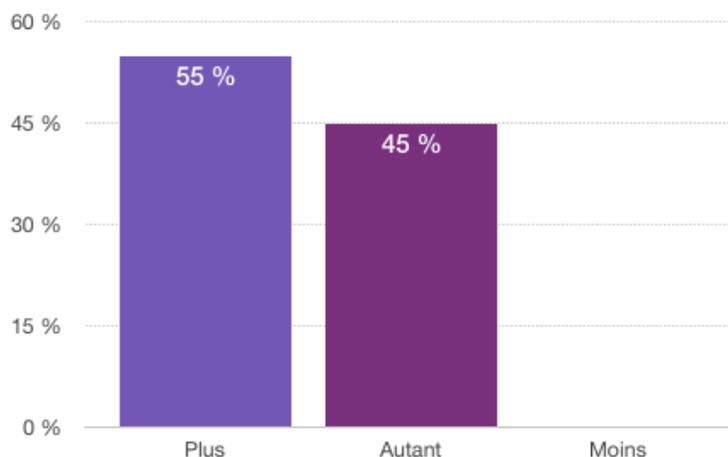


Figure 7 : Souhait des IMG quant à l'évolution de leur autonomie

3.2.8. Commentaires des MSU concernant l'autonomie

12 MSU faisaient des remarques d'ordre général sur l'autonomie, sans aller plus loin dans la réflexion (« *L'autonomie est l'objectif à atteindre.* »). L'autonomie était assimilée pour 7 MSU uniquement à la SI, et souvent assimilée à la diminution voire l'absence de rétroaction (« *Supervision nécessaire au début du stage pour établir une relation entre MSU et interne. SD permet de sécuriser l'interne et de bien appréhender la médecine générale. Envie de l'interne d'avoir plus d'autonomie et passer à la SI au bout de 2-3 mois.* »). Dix MSU ont rempli cet encadré par une évaluation de l'IMG (« *Bonne autonomie, à améliorer encore.* »). 16 MSU notaient le souhait de l'IMG d'une augmentation de l'autonomie mais restaient prudents pour sa mise en œuvre (« *A adapter selon la demande de l'interne et l'évaluation de la capacité de l'interne par le médecin.* »).

3.2.9. Commentaires des MSU en conclusion générale de la réunion de mi-stage

14 commentaires traduisaient un intérêt des MSU pour un échange sur l'aspect pédagogique du stage (« *Très intéressant de débriefer aussi la pédagogie, cela me donne un miroir de mon enseignement et permet à l'interne d'exprimer ses souhaits.* »). 26 commentaires sont écrits sur un mode d'évaluation de l'IMG (« *Bon début de stage. Bon contact patient. Attente de plus d'autonomie dans la prise de décision.* »). Au total, on remarque que 29 questionnaires comportent un commentaire sur un mode d'évaluation de l'IMG, soit 43 % des questionnaires. On retrouve 29 commentaires évoquant un dialogue présent et une bonne entente entre IMG et MSU (« *Echanges réciproques fructueux et enrichissants.* »). Neuf MSU ont évoqué des modifications pédagogiques qu'ils allaient mettre en

place suite à la réunion (« *Consacrer le temps de repas de midi à la rétroaction.* »). Trois MSU mentionnent l'utilité d'un échange régulier autour du cadre pédagogique, et pas seulement à mi-stage (« *Utilité de faire régulièrement un « inventaire » de ce déroulement de stage. Pas seulement à mi-parcours mais tout au long du stage.* »).

3.3. Evaluation de l'intervention

3.3.1. Critère de jugement principal

3.3.1.1. Notes attribuées par les IMG

Le critère de jugement principal était les évaluations de fin de stage par les IMG selon trois angles : la qualité pédagogique globale, la rétroaction et l'autonomie lors de leur SN1. Ils ont donné à chacun de ces trois critères une note allant de 0 (pas satisfait.e) à 10 (très satisfait.e).

Les répartitions des notes attribuées par les IMG pour les trois critères sont présentées dans les figures 8 à 11, pour :

- le groupe contrôle (figure 8) ;
- le groupe test pour :
 - l'analyse en intention de traiter (figure 9) ;
 - l'analyse per protocole (figure 10) ;
 - le sous-groupe des binômes n'ayant pas réalisé la réunion de mi-stage (figure 11).

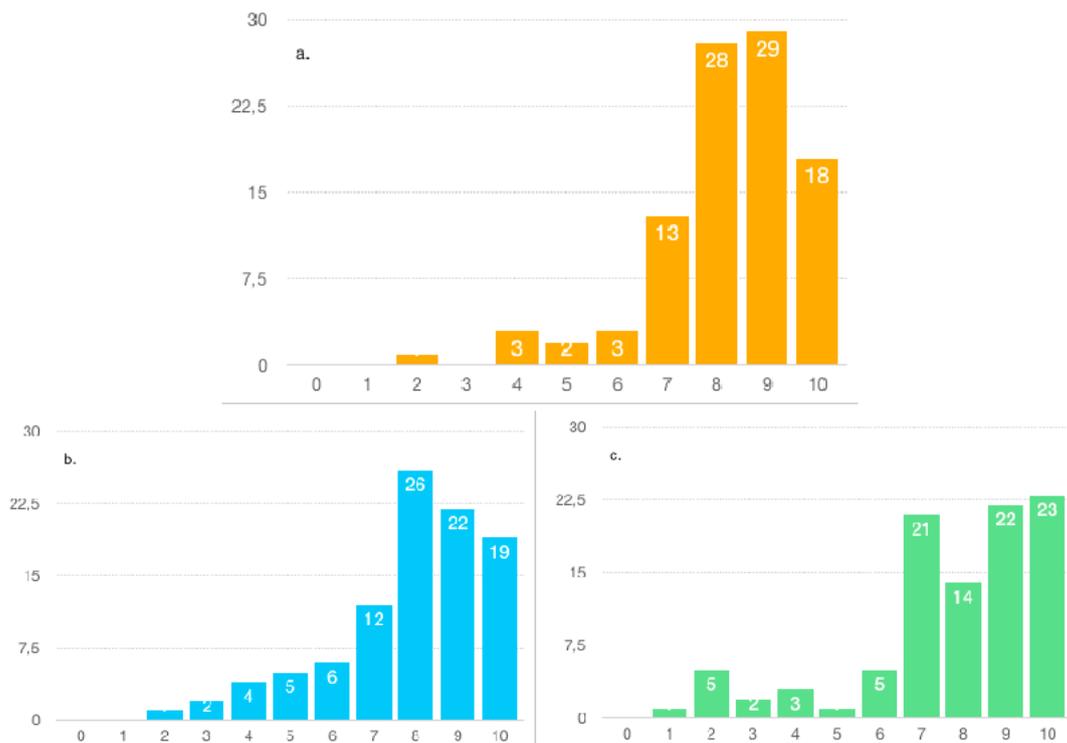


Figure 8 : Répartition des notes attribuées par les IMG du groupe contrôle (abscisses : note ; ordonnées : nombre d'IMG) concernant :

- a. La qualité pédagogique globale (médiane : 8 ; écart interquartile : 1)
- b. La rétroaction (médiane : 8 ; écart interquartile : 2)
- c. L'autonomie (médiane : 8 ; écart interquartile : 2)

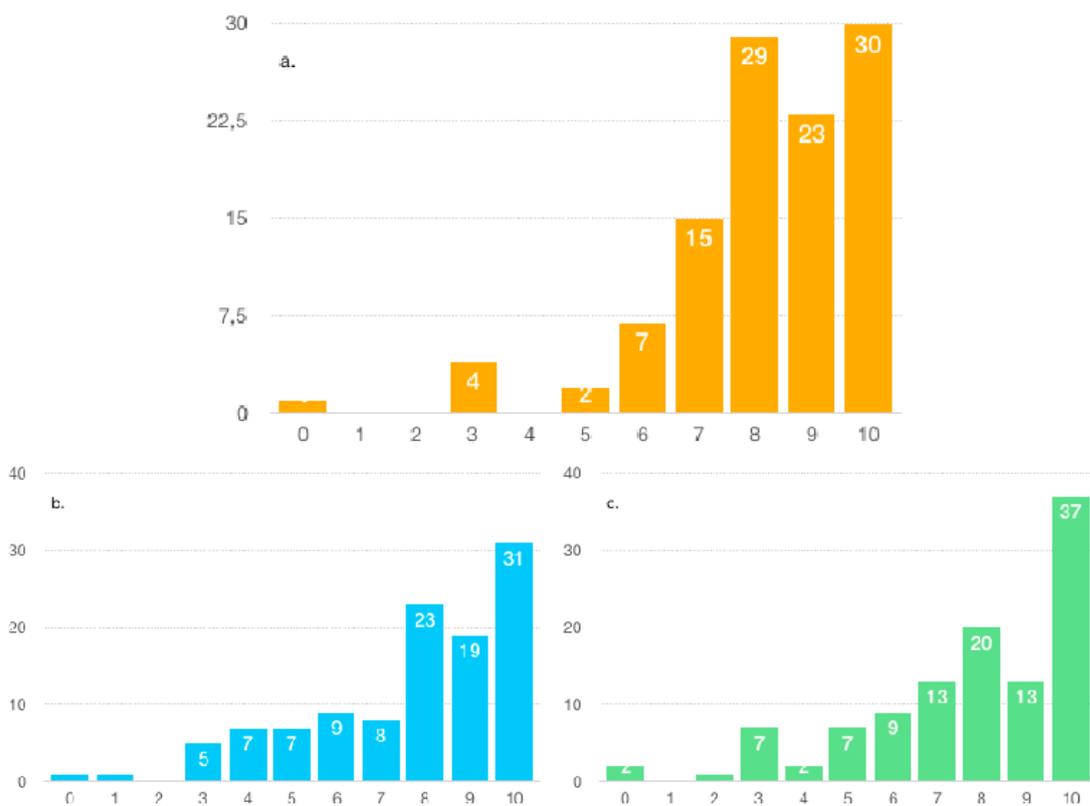


Figure 9 : Répartition des notes attribuées par les IMG du groupe test (abscisses : note ; ordonnées : nombre d'IMG) concernant :

- a. La qualité pédagogique globale (médiane : 8 ; écart interquartile : 3)
- b. La rétroaction (médiane : 8 ; écart interquartile : 4)
- c. L'autonomie (médiane : 8 ; écart interquartile : 4)

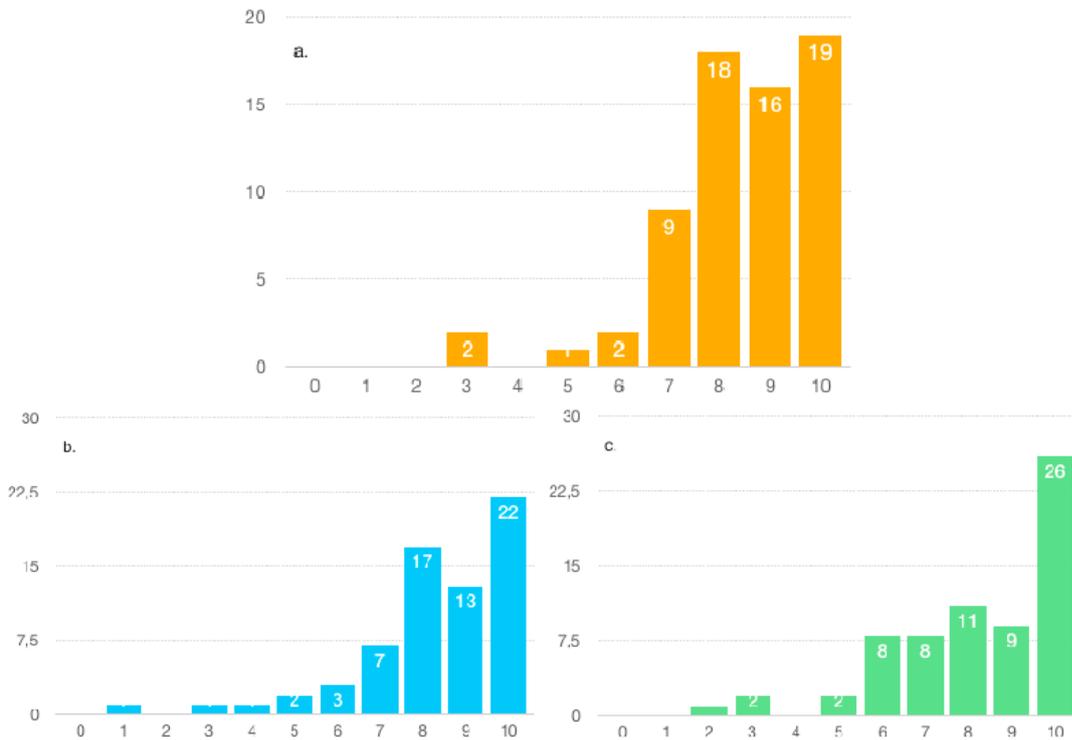


Figure 10 : Répartition des notes attribuées par les IMG du groupe test ayant fait la réunion de mi-stage (abscisses : note ; ordonnées : nombre d'IMG) concernant :

- a. La qualité pédagogique globale (médiane : 9 ; écart interquartile : 2)
- b. La rétroaction (médiane : 9 ; écart interquartile : 2)
- c. L'autonomie (médiane : 9 ; écart interquartile : 3)

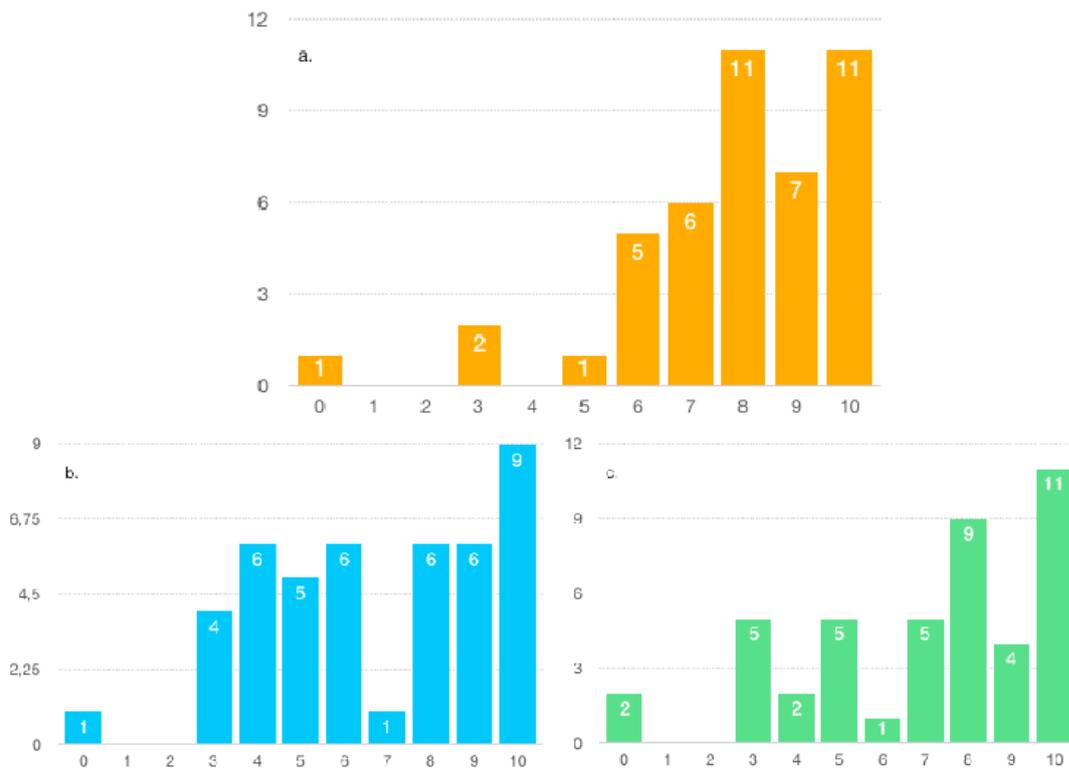


Figure 11 : Répartition des notes attribuées par les IMG du groupe test n'ayant pas fait la réunion de mi-stage (abscisses : note ; ordonnées : nombre d'IMG) concernant :

- a. La qualité pédagogique globale (médiane : 8 ; écart interquartile : 2,5)
- b. La rétroaction (médiane : 6,5 ; écart interquartile : 4,5)
- c. L'autonomie (médiane : 8 ; écart interquartile : 4,5)

3.3.1.2. Analyse en intention de traiter

Les résultats de l'analyse en intention de traiter sont présentés dans le tableau 3.

Concernant les trois critères (qualité pédagogique globale, rétroaction et autonomie), l'analyse en intention de traiter ne retrouve pas de différence significative entre les deux groupes.

	Groupe contrôle : médiane (écart interquartile)	Groupe test : médiane (écart interquartile)	Valeur p
Qualité pédagogique globale	8 (1)	8 (3)	0,84
Rétroaction	8 (2)	8 (4)	0,95
Autonomie	8 (2)	8 (4)	0,74

Tableau 3 : Comparaison des notes médianes (écarts interquartiles) obtenues dans les deux groupes pour les trois critères de jugements principaux, analyse en intention de traiter

3.3.1.3. Analyse per protocole

Les résultats de l'analyse per protocole sont présentés dans le tableau 4.

Concernant les trois critères (qualité pédagogique globale, rétroaction et autonomie), l'analyse per protocole ne retrouve pas de différence significative entre les deux groupes.

	Groupe contrôle : médiane (écart interquartile)	Groupe test : médiane (écart interquartile)	Valeur p
Qualité pédagogique globale	8 (1)	9 (2)	0,36
Rétroaction	8 (2)	9 (2)	0,08
Autonomie	8 (2)	9 (3)	0,16

Tableau 4 : Comparaison des notes médianes obtenues dans les deux groupes pour les trois critères de jugement principaux, analyse per protocole

3.3.1.4. Analyse de sous-groupes au sein du groupe test

De façon rétrospective, nous avons estimé qu'il était intéressant de comparer, au sein du groupe test, le sous-groupe des binômes ayant fait la réunion de mi-stage au sous-groupe des binômes n'ayant pas fait la réunion de mi-stage. Nous avons donc réalisé une analyse entre ces sous-groupes.

Les résultats de cette analyse sont présentés dans le tableau 5.

Nous avons observé une différence significative entre les deux sous-groupes pour la rétroaction et l'autonomie lors de cette analyse.

	Sous-groupe n'ayant pas fait la réunion : médiane (écart interquartile)	Sous-groupe ayant fait la réunion : médiane (écart interquartile)	Valeur p
Qualité pédagogique globale	8 (2,5)	9 (2)	0,16
Rétroaction	6,5 (4,5)	9 (2)	0,002
Autonomie	8 (4,5)	9 (3)	0,02

Tableau 5 : Comparaison des notes médianes obtenues dans les deux sous-groupes du groupe test pour les trois critères de jugement principaux

3.3.1.5. Avis des IMG concernant leur sentiment d'amélioration de la qualité pédagogique globale du SN1 après la tenue de la réunion guidée

Il était demandé aux IMG de noter leur sentiment d'amélioration de la qualité pédagogique globale du stage avec un MSU donné après réalisation de la réunion de mi-stage (0 = pas d'amélioration, 10 = amélioration majeure). La distribution de la variable obtenue ne suivait pas la loi normale. La note médiane obtenue était de 6/10, avec un écart interquartile de 3.

3.3.2. Faisabilité de la réunion guidée

Il était demandé aux IMG d'explicitier les difficultés qu'ils avaient rencontrées pour la réalisation de la réunion de mi-stage, ou, le cas échéant, les raisons qui les avaient empêchés de la réaliser. Ces commentaires révèlent plusieurs notions.

La difficulté principale rapportée pour 24 binômes était la contrainte temporelle (« *Difficile de libérer un temps dédié à cette réunion.* », « *On avait des journées très intenses et pas forcément le temps de le faire.* »).

Certains IMG rapportaient un manque de motivation de leur MSU pour réaliser la réunion guidée (11 binômes concernés) (« *Manque d'envie et d'intérêt par la prat pour remplir le questionnaire +++* », « *Désintérêt du maître de stage "on ne va pas répondre, on va voir ce que la fac nous dit"* »).

Un IMG soulève le problème de l'impact de la réunion sur la relation IMG-MSU (« *Je n'ai pas rencontré de difficultés majeures mais il m'a semblé difficile de pouvoir parler franchement sans "vexer" le praticien.* »). Une IMG mentionne une mauvaise entente avec ses MSU (« *L'ambiance du stage n'a pas été des plus sereines. On m'a reproché d'être en second semestre et de ne pas être autonome, de ne pas connaître toutes les posologies et princeps par coeur, ou encore toutes les prises en charge en cabinet de médecine générale.* »).

Deux IMG n'ont pas reçu le mail initial, et deux IMG ont oublié de faire la réunion. A noter que parmi les binômes ayant fait la réunion de mi-stage, 56 n'ont rencontré aucune difficulté.

4. Discussion

4.1. Rappel des résultats

Nous n'avons pas pu prouver qu'une réunion de mi-stage guidée par un questionnaire portant sur l'aspect pédagogique du SN1 influençait favorablement le ressenti des IMG quant à la qualité pédagogique globale de leur stage, la rétroaction et l'autonomie. Cette réunion ne semble pas disposer d'une acceptabilité suffisante chez l'ensemble des IMG et MSU. Les IMG sont d'avis que la réunion a un impact modéré sur la qualité pédagogique du stage.

4.2. Points forts et limites de l'étude

4.2.1. Méthodologie

4.2.1.1. Puissance de l'étude

Cette étude a été réalisée sur un seul semestre et était mono-centrique (faculté de Bordeaux uniquement). Afin d'augmenter la puissance, il aurait fallu multiplier le nombre de semestres, et réaliser l'étude sur plusieurs universités. Les différences obtenues entre les deux groupes sont néanmoins si faibles qu'il paraît peu probable qu'une augmentation de la puissance réussisse à mettre en évidence une différence.

4.2.1.2. Population d'IMG

Les IMG ayant participé à cette étude étaient majoritairement au moins en deuxième semestre. Cela signifie qu'ils avaient déjà réalisé au moins un stage antérieur au SN1. Ceci peut constituer un biais dans l'interprétation de nos résultats. Nous pouvons émettre l'hypothèse que pour des IMG de premier semestre en SN1 nous aurions pu retrouver des résultats différents car ils n'auraient pas acquis le même niveau d'autonomie préalable à cause de l'absence de stage antérieur. Ce stage antérieur est censé leur avoir donné une certaine autonomie, par exemple en stage aux urgences, et une démarche d'apprentissage pratique qui nivelle potentiellement les résultats vis-à-vis du groupe témoin. Il faudrait mener une étude similaire chez des IMG en premier semestre en SN1.

4.2.1.3. Les dates clés de l'étude

Nous avons décidé de proposer la réalisation de la réunion de mi-stage au cours du mois de juillet, soit après 2 à 3 mois de stage. Cela permet de laisser au binôme le temps de prendre ses marques dans le stage, tout en réalisant la réunion suffisamment précocement pour profiter d'éventuels effets sur la deuxième moitié du stage.

La date de fin d'étude a été positionnée à la fin du mois de novembre, volontairement proche de la fin du stage afin de limiter le biais de mémoire.

4.2.1.4. Le protocole de contact et de relance

Le protocole de contact a été planifié a priori pour trouver un équilibre entre un accompagnement insuffisant et une communication intrusive, risquant tous deux de diminuer le taux de participation. Ce protocole de contact a permis de recueillir l'adhésion des IMG par téléphone avant le début de l'étude, ce qui permettait également d'explorer l'acceptabilité et la faisabilité de cette étude, la réunion étant proposée et non imposée.

4.2.1.5. Taux de participation

Malgré un protocole de contact et de relance dense, le taux de participation à l'étude était moins élevé qu'attendu (taux de réponse de 52 %). Néanmoins, compte tenu de la nature lourde de l'intervention en termes d'investissement temporel et relationnel, ce taux de réponse est très satisfaisant.

4.2.2. Intervention

4.2.2.1. Le questionnaire de mi-stage

L'objectif de ce questionnaire était de guider la réunion de mi-stage afin d'aborder des questions relatives au cadre pédagogique du stage. Le questionnaire a bien permis une discussion sur la pédagogie, comme le montrent les commentaires libres.

Le questionnaire a été testé avant le début de l'étude auprès de 3 binômes IMG-MSU volontaires, ce qui a permis de vérifier la compréhension des différents items et de l'ajuster. Nous avons notamment inséré une définition de la rétroaction, et un bref rappel de la nature des trois phases de supervision. Nous n'avons néanmoins pas utilisé de questionnaire validé pour guider la réunion de mi-stage. Cette absence de validation auprès des IMG et des MSU a pu impacter négativement le taux de participation, ainsi que l'évaluation de l'efficacité de l'outil.

On peut noter que cette étude est une étude originale, car nous n'avons pas retrouvé d'étude testant l'efficacité d'un outil pour guider une discussion centrée sur la cadre pédagogique d'un stage.

4.2.2.2. Evaluation quantitative de la rétroaction

S'agissant de la rétroaction, celle-ci était évaluée de façon quantitative. Cette étude n'explorait pas le versant qualitatif, ce qui semble pourtant être un point important. A cela on peut répondre que ce n'était pas le but de cette étude que d'entrer dans les détails de la nature de la rétroaction. Nous nous sommes intéressés à sa fréquence. L'objectif n'était donc pas de décrire la rétroaction et éventuellement son évolution qualitative après une réunion de mi-stage. Cela pourrait faire l'objet d'un travail ultérieur.

4.2.3. Evaluation

4.2.3.1. Le questionnaire de fin de stage

Le questionnaire de fin de stage a été réalisé en ligne, ce qui permettait d'y répondre facilement. Par ailleurs, nous avons choisi comme modalité d'évaluation des différents critères une note sur 10, ce qui était facile à comprendre et intuitif pour les IMG.

La principale critique contre notre système d'évaluation est la subjectivité d'une telle note. Par ailleurs, les résultats d'une évaluation classique en termes de satisfaction permettent de préciser si les stagiaires sont satisfaits ou non à l'issue de la formation et sur quels points ils le sont. En tant que tels, ces résultats n'indiquent pourtant ni si la formation est de qualité ou non, ni s'il faut l'améliorer, ni quelles modifications effectuer, et ce d'autant que l'évaluation est ponctuelle (20). Afin d'obtenir un marqueur moins subjectif, on aurait pu évaluer les compétences de l'IMG avant et après la réunion guidée par exemple. Les connaissances et compétences acquises par l'étudiant sont des indicateurs intéressants pour évaluer l'efficacité d'une formation, comme exposé dans un article du Centre de recherche, éducation et formation de l'université de Nanterre (21). Mais il faut garder à l'esprit qu'il s'agirait d'une intervention lourde à mettre en place, avec une incertitude forte concernant les critères étudiés.

4.2.3.2. Avis des IMG sur l'efficacité de la réunion guidée

Les IMG devaient évaluer sur une échelle de 0 (pas d'amélioration) à 10 (amélioration majeure) le degré d'amélioration de la qualité pédagogique de leur stage après la tenue de la réunion guidée.

L'outil de mesure utilisé paraît rétrospectivement peu efficace pour juger de ce critère. En effet, il s'agissait d'une échelle unilatérale qui ne permettait pas à l'IMG d'exprimer une éventuelle

dégradation de la qualité de son stage, ce qui orientait d'emblée les réponses. De plus, le spectre des réponses possibles était probablement trop large, ce qui pouvait pousser les IMG à répondre au hasard.

4.3. Analyse des résultats

4.3.1. Lien entre la réalisation d'une réunion guidée et la satisfaction des IMG quant à la qualité pédagogique du stage

Cette étude n'a pas permis de prouver l'efficacité d'une réunion guidée portant sur l'aspect pédagogique du SN1 pour des IMG de deuxième semestre au moins

Notre hypothèse n'est donc pas confirmée. Cela pourrait s'expliquer par les biais dans le design de l'étude, relevés plus haut, que ce soit le défaut de puissance, le biais de mesure constitué par le choix de notre critère principal d'évaluation ou le biais de sélection lié à la population d'IMG en deuxième semestre au moins. Mais les chiffres obtenus sont presque égaux, ce qui nous pousse à poursuivre notre réflexion. Afin de formuler une deuxième hypothèse pour tenter d'expliquer ce résultat, nous avons utilisé le concept d'alliance pédagogique, décrit en introduction de ce travail.

Comme décrit dans une étude qualitative de l'Université de Laval au Canada portant sur l'alliance pédagogique en supervision clinique (18), une alliance pédagogique de qualité a des impacts pédagogiques majeurs en supervision. La qualité de la relation entre le superviseur et le stagiaire figure parmi les principaux facteurs contribuant à la confiance qu'accorde le superviseur au stagiaire. La crédibilité des superviseurs perçue par les stagiaires repose non seulement sur l'expertise clinique de leur superviseur, mais aussi sur la perception de leur contribution au développement d'une alliance pédagogique positive lors de la rétroaction. La qualité de l'alliance pédagogique influence positivement la perception que les stagiaires en médecine ont de la rétroaction.

Cela présuppose un travail quotidien, une construction au fur et à mesure de la relation, comme le suggèrent 3 MSU en conclusion de leur questionnaire en arguant que ces moments d'échange au sujet du cadre pédagogique entre IMG et MSU doivent se faire régulièrement, et non pas uniquement ponctuellement à mi-stage. Ceci ne concorde pas avec l'objectif de notre étude qui était d'améliorer la qualité pédagogique du stage grâce à une intervention ponctuelle. Nos résultats viennent donc renforcer l'idée d'une absence d'efficacité d'une intervention ponctuelle.

L'intervention a reçu des avis positifs

14 des questionnaires de mi-stage rapportent des avis enthousiastes des MSU concernant notre idée d'un échange autour du cadre pédagogique du stage. Bien que la réunion n'ait pas prouvé son efficacité, on peut dire qu'une partie des MSU paraît la trouver utile.

Lorsque l'on demandait aux IMG si la réunion de mi-stage avait amélioré la qualité pédagogique du stage et dans quelle mesure, ces derniers répondaient plutôt favorablement, avec une note médiane de 6/10. Ce résultat vient nuancer notre résultat principal.

On constate la différence entre une étude transversale « ici/ailleurs » constituée par notre analyse principale (comparaison de deux groupes ayant bénéficié ou pas de l'intervention) et cette étude transversale « avant/après » (comparaison du même groupe avant et après l'intervention). On peut supposer que cela traduit, en l'absence d'amélioration statistiquement constatée, une amélioration subjective de la satisfaction des IMG. Le simple fait d'avoir tenu cette réunion, d'avoir réfléchi sur la thématique de la pédagogie, a pu agir sur le ressenti des IMG, l'objectif annoncé de la réunion étant d'améliorer la qualité pédagogique du stage.

Ceci constitue un biais cognitif connu sous le nom de biais de confirmation de l'hypothèse, que R. Monvoisin, docteur en Didactique des disciplines scientifiques à l'université Grenoble-Alpes, définit dans sa thèse (22) comme « *un travers psycho-cognitif qui fait que tout individu cherche activement et accorde un poids plus grand aux preuves qui confirment ses hypothèses, et par conséquent est capable d'occulter les contre-exemples qui contredisent sa théorie.* » Cela peut expliquer le sentiment d'amélioration de la qualité pédagogique, effet qui rentrerait ici dans le cadre des effets contextuels.

L'intervention n'a pas touché le public visé

L'analyse entre les sous-groupes que nous avons effectuée au sein du groupe test retrouve quant à elle une différence significative des notes médianes données par les IMG pour la rétroaction (différence de 2,5 points, $p=0,002$) et pour l'autonomie (différence d'1 point, $p=0,02$), et ce alors même que l'intervention n'a pas prouvé son efficacité. La différence observée ne peut donc pas s'expliquer par la tenue de la réunion, il s'agissait donc d'une différence pré-existante à notre intervention. On voit ici se dégager la constatation que les MSU ayant de base les meilleures évaluations des IMG sont aussi ceux qui ont accepté de faire la réunion de mi-stage. Inversement, les MSU qui ont de moins bonnes évaluations n'ont pas consenti à faire cette réunion. Notre intervention n'a donc pas touché le public qu'elle visait, c'est-à-dire les binômes qui en auraient eu le plus besoin.

Notre étude ne retrouve donc pas d'efficacité intrinsèque de la réunion de mi-stage proposée. Il semble qu'une intervention ponctuelle ne suffise pas à améliorer l'alliance pédagogique d'un binôme IMG-MSU, qui doit se construire quotidiennement, au fur et à mesure du stage, et ce d'autant plus que notre intervention n'a manifestement pas réussi à être acceptée des binômes qui en auraient eu le plus besoin. On peut émettre l'hypothèse que la réalisation d'une telle réunion produit un effet positif sur les IMG, de l'ordre de l'effet contextuel, les amenant à ressentir une amélioration de la qualité de leur stage là où nous n'avons pas pu en déceler statistiquement. Une petite partie des MSU a également apprécié cette réunion. Cela ne suffit pourtant pas à recommander la réalisation d'une telle réunion de mi-stage.

4.3.2. Observation du cadre pédagogique à mi-stage

4.3.2.1. La répartition des trois phases

Les trois phases du SN1 étaient réparties inégalement sur la première partie du stage. La phase la plus représentée était la phase de SD, ce à quoi on pouvait s'attendre, la réunion survenant environ à la moitié du stage. Cette phase semblait mettre en difficulté une partie des IMG et des MSU, comme on le retrouve dans les commentaires laissés par les MSU. Ils ne se sentaient pas à l'aise d'exercer sous le regard l'un de l'autre, et certains MSU avaient du mal à ne pas intervenir.

Les difficultés de la consultation à 3 constituent une problématique connue, comme le montre une étude du Département de Médecine Générale de l'Université de Nantes (5) : *« La phase de supervision directe semble la phase la plus difficile du stage, tant pour le MSU que pour l'IMG. Elle est la plus difficile à mettre en pratique : difficulté pour les MSU de rester silencieux, difficulté pour les IMG d'être regardés, avec la crainte d'être jugés. Pourtant, elle est aussi la plus riche du point de vue pédagogique. »*.

Cela fait l'objet d'un paragraphe dans le Livret du MSU de la faculté de Médecine de Bordeaux (3) : *« La présence du stagiaire peut occasionner une certaine gêne, surtout au début, et il convient de se familiariser avec la consultation à trois. La consultation du patient a toujours été construite autour du « colloque singulier », rapport duel et contractuel construit sur la confiance mutuelle et sur lequel se fonde la relation médecin-patient. L'introduction d'une tierce personne dans cette relation est de nature à bouleverser la consultation médicale. Il faut donc tout mettre en œuvre pour transformer ce qui pourrait être un inconvénient, en un bénéfice pour les trois protagonistes (risque d'exclusion d'un des participants). Pour l'éviter, une bonne information et une bonne communication sont nécessaires. Notamment il est nécessaire d'afficher dans la salle d'attente les horaires de présence de l'interne pendant les consultations, de laisser le choix aux consultants, de le présenter aux patients et de faciliter sa participation à la consultation en lui trouvant une place favorable. L'expérience montre qu'à part quelques « patients récalcitrants » et quelques situations nécessitant plus de confidentialité dans la consultation, la présence d'un tiers est bien acceptée par les patients et non préjudiciable au bon déroulement de la consultation. »*. Ce paragraphe met en lumière également les difficultés inhérentes à l'adhésion des patients au fonctionnement de la consultation à trois.

Une autre difficulté présente est celle liée au fait d'exercer sous le regard d'un autre professionnel. Pour l'IMG, qui exerce sous le regard de son superviseur, et pour le MSU, qui exerce sous le regard d'un médecin en formation, certes, mais un confrère néanmoins. Il ne faut donc pas négliger la difficulté éprouvée par l'individu lors de ces consultations en binôme, qui aspire à ce que sa performance soit perçue comme adéquate et conforme aux attentes du binôme, en vue de transmettre une image extérieure de compétence, comme le montre un article de la faculté de médecine de l'université de Sherbrooke au Canada (23). C'est en tout cas la position qu'adopte un individu lorsqu'il est en position d'évaluation, et il conviendrait dans ce cas de développer plutôt une position d'apprentissage. Il s'agit d'un positionnement qui se caractérise par une attitude d'ouverture, confiante, propice à expérimenter, à réfléchir et à tirer profit du partage de l'expérience disciplinaire et relationnelle des personnes ressources.

L'adoption d'une position d'apprentissage par l'IMG dépend en partie de lui-même. Il doit adopter des attitudes personnelles d'ouverture facilitant l'apprentissage et discuter de ses préoccupations quant aux fluctuations normales de son sentiment de compétence. Il incombe également au MSU d'induire cette position d'apprentissage en instaurant un climat bienveillant de confiance et d'apports mutuels. Une bonne relation MSU-IMG, fondée sur la communication et l'absence de jugement, est donc nécessaire pour l'épanouissement du binôme IMG-MSU en situation de supervision directe.

4.3.2.2. L'autonomie

Cette étude a montré que les IMG souhaitaient avoir plus d'autonomie pour la deuxième partie du stage.

En tenant compte des problématiques développées dans le paragraphe précédent, on peut supposer qu'un tel souhait découle en partie d'une volonté de ne plus exercer sous le regard du MSU. Cela amène les IMG à être parfois en désaccord avec les MSU, qui préfèrent attendre d'être sûrs des capacités des IMG pour leur laisser plus d'autonomie, comme retrouvé en commentaires de notre questionnaire de mi-stage. L'IMG souhaitait plus d'autonomie dans 37 des questionnaires de mi-stage qui nous ont été renvoyés. En opposition à ce résultat, les MSU souhaitaient temporiser cette majoration de l'autonomie dans 16 des commentaires. On peut voir ici une habitude ancrée chez les IMG d'exercer avec une impression d'autonomie plus prononcée, comme ils le font lors des stages hospitaliers depuis le début de leur externat.

Le SN1 diffère des stages hospitaliers en ceci qu'il est par définition plus cadré et parfois moins souple. Dans un service de médecine, l'IMG a plusieurs superviseurs, il est en contact avec l'équipe soignante, il est mis en autonomie rapidement avec une sécurité assurée par la présence des patients pendant plusieurs jours au sein du service. Il y a donc une diversité des interlocuteurs de l'IMG, ainsi qu'une supervision facilitée pour les superviseurs. En SN1 tout est différent : l'IMG découvre l'exercice de la médecine générale, avec peu de place pour une autonomisation dès le départ, et des temps observationnels. L'interlocuteur est unique. Il faut avoir à l'esprit que l'étude portait sur le semestre d'été, donc les IMG interrogés avaient tous réalisé au moins un stage aux urgences avant le SN1. Plusieurs MSU ont rapporté que le début de stage, et notamment la phase d'OA, était « ennuyeuse » pour ces IMG passés par les urgences auparavant. Certains MSU abrégèrent la phase d'observation active, voire ne la mettaient pas du tout en place. Ces observations pourraient être différentes s'il s'était agi d'IMG de premier semestre.

Par ailleurs, le MSU peut être freiné dans l'autonomisation de l'IMG car il peut redouter l'erreur de l'IMG, une difficulté à « laisser la main » que l'on retrouve dans les commentaires des MSU, ainsi que dans la thèse de P. Eon-Dehais de la faculté de Nantes (24), et dans la thèse de M. Hahusseau de la faculté de Tours (25). Ce risque est différent dans les services hospitaliers car les patients restent sur place après avoir été vus par l'IMG. Cette crainte peut venir du fait que l'acquisition de l'autonomie par l'IMG a pu être assimilée chez certains MSU à une diminution des rétroactions, comme retrouvé dans les commentaires du questionnaire de mi-stage. Dans leur volonté de faire progresser l'autonomie de l'IMG, certains MSU s'astreignent à diminuer la supervision, confondant comme expliqué en introduction autonomie et indépendance.

4.3.2.3. La rétroaction

Les IMG satisfaits de la rétroaction à mi-stage

La majorité des IMG semblaient quantitativement satisfaits de la rétroaction dont ils ont bénéficié lors de la première partie du SN1. Seuls les IMG de 5 binômes en demandaient plus, et c'est au sein de ce sous-groupe de binômes que l'on retrouvait ceux (2 binômes) qui déclaraient bénéficier d'une rétroaction pour moins de la moitié des consultations. Ces résultats sont cohérents avec ceux retrouvés dans la thèse de E. Arno-Moreau de la Faculté de Nice (4), dans laquelle « 85,6% des terrains de stages étaient considérés comme satisfaisants par les internes en termes de supervision continue », ainsi que dans la thèse de C. Chambefort et S. Sarfati de la Faculté de Grenoble (26), dans laquelle le taux de supervision dans chaque phase correspondait aux souhaits des IMG.

Ce résultat est plus élevé que ce à quoi nous nous attendions, car un des problèmes identifié dans la littérature de pédagogie médicale semblait être la fréquence de la rétroaction. Notre surprise est partagée avec C. Chambefort et S. Sarfati, qui retrouvent dans les souhaits émis par les IMG une fréquence moins élevée que prévu de la rétroaction :

- en phase « *semi-active* » ou de SD : « 58,6% des internes n'ont pas eu de supervision différée simple, ce qui semble correspondre à leurs souhaits » ;
- en phase « *active* » ou de SI : « 40,3% des internes n'ont pas eu de supervision différée simple, ce qui semble correspondre aussi à leurs attentes ».

Compréhension de la notion de rétroaction

Ces constatations nous amènent à nous demander si la notion de rétroaction a bien été comprise par les IMG et les MSU, question que se sont également posée C. Chambefort et S. Sarfati. Dans notre étude, un IMG a par exemple répondu qu'il bénéficiait d'une rétroaction systématique, pourtant dans l'encadré correspondant à cette question, son MSU a noté qu'il discutait avec l'IMG uniquement des consultations lui ayant posé un problème.

La question : « A quelle fréquence avait lieu la rétroaction ? » a donc pu être comprise « A quelle fréquence le MSU fournissait-il des éléments de réponses lorsqu'il était sollicité ? ». On retrouve cette notion d'une rétroaction uniquement sur demande de l'IMG dans les questionnaires de plusieurs binômes. La supervision est alors comprise comme une présence, une sécurité en cas de problème identifié par l'IMG uniquement.

Cela pose plusieurs problèmes. L'IMG peut se retrouver dans une situation qu'il n'identifie pas comme problématique alors qu'elle l'est. Dans ce cas, il ne sollicitera pas le MSU, et n'apprendra donc pas de son erreur (par ailleurs, l'erreur sera commise à l'insu du MSU et au détriment du patient). Une deuxième problématique est celle du retour positif. La rétroaction concernant les erreurs et difficultés d'un stagiaire est capitale pour qu'il apprenne et ne les reproduise pas. La rétroaction concernant les prises en charge adaptées est également importante pour qu'elles soient identifiées comme telles, permettant une validation de l'action et donc une consolidation des acquis. Cela permet également la valorisation de l'étudiant.

On retrouve la notion de valorisation dans le cadre de la technique de l'entretien motivationnel, notion utile en pédagogie, conceptualisée par W.R. Miller et S. Rollnick dans leur livre éponyme (27) : « *La valorisation peut jouer plusieurs fonctions positives pour améliorer la relation (soignant-patient, et par extension ici superviseur-supervisé). Elle est d'un grand service pour l'engagement dans la relation, en ce sens que son caractère positif est contagieux. Un superviseur qui reconnaît et soutient les capacités du supervisé aura face à lui un individu plus disposé à passer du temps avec lui, à lui faire confiance, à l'écouter, à adopter une attitude ouverte. La valorisation permet ainsi de faciliter le maintien dans la relation pédagogique. Elle peut diminuer également les attitudes défensives.* ».

Rétroaction pour les situations problématiques versus rétroaction systématique

Le fait d'avoir une rétroaction systématique non limitée uniquement aux cas ayant posé problème permet d'améliorer le sentiment de compétence des IMG, avec un résultat statistiquement significatif comme montré dans la thèse de C. Lajzerowicz (28) qui s'est intéressée au lien entre pratiques de supervision et acquisition des compétences professionnelles de l'IMG pendant le stage ambulatoire en soins primaires en autonomie supervisée (SASPAS). Cette notion ne semble pas être comprise de tous, IMG comme MSU, au vu de nos résultats.

A cela certains binômes présentaient des explications. L'insuffisance de temps, le rythme effréné des consultations sont les principales retrouvées. Certains MSU expliquaient également ne pas voir l'intérêt d'une rétroaction systématique, arguant qu'une augmentation de l'autonomie de l'IMG allait de pair avec une raréfaction des moments de rétroaction. On met ici en évidence la même incompréhension mentionnée plus haut. Comme explicité en introduction, il y a ici confusion entre autonomie et indépendance. L'indépendance est l'objectif des études de médecine : l'IMG acquiert au cours de ses études les compétences nécessaires à son indépendance une fois diplômé. L'autonomie est un outil qui permet à l'IMG de développer sa capacité à prendre seul des décisions et à auto-évaluer son action grâce aux interactions avec son MSU. Le MSU permettra à l'IMG d'identifier les situations où il a mis en jeu un savoir et les situations où il a mis en jeu une croyance. L'IMG peut également être amené à poser une question à laquelle le MSU ne s'attendait pas, entraînant une réflexion conjointe. La supervision en SN1 consiste donc en une interaction, un échange, avec des apports mutuels, loin du concept d'indépendance.

Philippe Meirieu, professeur en Sciences de l'éducation à l'université de Lyon 2, définit comme suit le terme de situation d'apprentissage (29) : « *Il s'agit d'un dispositif qui met en projet un sujet pour qu'il accomplisse une tâche. À l'occasion de la réalisation de cette tâche, le sujet doit rencontrer un obstacle : pour qu'il puisse franchir cet obstacle, on lui fournit des consignes et un ensemble de contraintes et de ressources. En faisant jouer les consignes sur les contraintes et ressources, le sujet « opère » mentalement et construit un savoir nouveau : l'objectif d'apprentissage. Ce savoir, une fois identifié, peut, en principe, être réinvesti dans la tâche.* ».

Cette définition du concept de situation d'apprentissage met en lumière l'inséparabilité de l'autonomie et de la supervision. L'objectif de l'IMG est l'acquisition des compétences du médecin généraliste. L'autonomie et la supervision sont les moyens d'y parvenir. Elles permettent deux choses : premièrement, le cadre fourni par le MSU constitue les ressources de l'IMG pendant son stage, les matériaux lui permettant de surmonter l'obstacle, fourni également par le MSU qui expose

l'IMG à sa patientèle. Deuxièmement, la rétroaction effectuée par le MSU permet à l'IMG de distinguer ce qu'il a fait (la tâche) de ce qu'il a acquis et maîtrisé (ou pas), et d'identifier la compétence qu'il a construite. L'IMG pourra par la suite développer sa capacité à réutiliser cette compétence dans d'autres tâches grâce à la mise en autonomie.

4.3.3. Compréhension de l'objectif de la réunion centrée sur l'aspect pédagogique du stage

Le réflexe d'évaluation de l'IMG

Une proportion importante des binômes (39 % des binômes répondants) semble avoir assimilé le questionnaire à une évaluation de l'IMG. 26 des commentaires laissés en conclusion générale du questionnaire par les MSU abondent dans ce sens. On peut se demander si les IMG et MSU ont bien compris l'objectif de la réunion centrée sur l'aspect pédagogique du stage. Ces MSU se prononçaient par exemple sur les capacités d'autonomie de l'IMG, et non sur leur propre propension à permettre à l'IMG de construire son autonomie. On remarque néanmoins qu'une partie des MSU (14 d'entre eux) a trouvé intéressant de discuter du cadre pédagogique avec l'IMG et semblait vouloir réitérer l'expérience à l'avenir.

Malgré la phase test du questionnaire préalablement à l'étude, et les reformulations des questions pour plus de clarté, nous n'avons manifestement pas réussi à expliquer de façon concise dans chaque question du questionnaire qu'il s'agissait de l'état des lieux de la structure pédagogique proposée par le MSU que l'on cherchait à établir, et non d'une évaluation des capacités de l'IMG. Les questions ont donc pu laisser place au doute quant à leur objectif.

L'évaluation l'IMG semble être un réflexe chez beaucoup de MSU. Ceci laisse à penser que si l'on avait proposé une réunion de mi-stage sans support pour centrer la discussion sur le cadre pédagogique, celle-ci aurait probablement consisté dans une majorité des cas en une évaluation de l'IMG.

Paradigme d'enseignement et paradigme d'apprentissage

Cela pourrait aussi traduire une habitude très ancrée des MSU et des IMG à être évalués, et par extension à évaluer. Un questionnaire proposé par le DMG via une thèse serait donc automatiquement assimilé à une évaluation. Partant avec cet a priori, IMG et MSU ont pu ne pas comprendre comme nous les entendions les questions posées. C'est la problématique du passage du paradigme d'enseignement au paradigme d'apprentissage en pédagogie, comme l'explique une publication de l'université de Brest (30) :

- Dans le paradigme d'enseignement, les savoirs sont transmis aux étudiants par les professeurs. Seuls les étudiants sont considérés comme apprenants. Le professeur est perçu avant tout comme un dispensateur de savoirs et comme un examinateur. C'est le mode de fonctionnement traditionnel dans l'enseignement, notamment lors des premier et deuxième cycles des études de médecine.

- Dans le paradigme d'apprentissage, a contrario, les étudiants construisent leurs connaissances à partir des questions qu'ils se posent, en interaction avec leurs professeurs et avec leurs pairs. Les professeurs et les étudiants apprennent ensemble. Le professeur est perçu avant tout comme un facilitateur des apprentissages et comme un modèle de rôle explicite. Les chercheurs brestois observent que ce modèle a suscité, et suscite encore, beaucoup de réserves voire de l'hostilité de la part de certains enseignants. Certains n'y voient aucune réelle avancée, considérant de bonne foi qu'ils se sont toujours préoccupés de favoriser les meilleurs apprentissages possibles de la part de leurs étudiants. D'autres se sentent sincèrement menacés par ce qu'ils perçoivent comme une forme de perte de contrôle des enseignants.

C'est en favorisant la position d'apprentissage chez l'IMG grâce à l'interaction superviseur-supervisé qu'on peut trouver une solution à cette problématique, comme l'explique l'étude de la faculté de médecine de l'université de Sherbrooke au Canada (23) déjà mentionnée plus haut. Y sont présentées des stratégies visant à développer le sentiment de compétence du résident et à optimiser la position d'apprentissage. Elles mettent l'accent sur les dimensions suivantes : la stimulation des questions chez le résident et des temps réservés pour y répondre, le processus d'auto-évaluation et de réflexion du résident, la discussion ouverte à propos de l'évolution et des fluctuations normales du sentiment de compétence, la clarification des attentes du superviseur, les ingrédients d'une rétroaction constructive comme soutien à l'auto-évaluation, le soutien et l'encouragement à l'autonomie, et l'alternance des rôles d'observé et d'observateur.

Notre réunion centrée sur le cadre pédagogique du SN1 a donc été comprise par une partie importante des binômes comme une évaluation des compétences de l'IMG. A cela nous proposons plusieurs hypothèses d'explication. Premièrement, les questions manquaient peut-être de clarté sur le thème de réflexion. Deuxièmement, nous supposons la présence d'un biais chez les MSU comme chez les IMG induit par le paradigme d'enseignement omniprésent dans les études médicales. L'évaluation sommative est une habitude ancrée dans les esprits. Le changement de démarche pédagogique vers le paradigme d'apprentissage est nécessaire pour entreprendre des interventions telles que celle proposée dans notre étude. Les IMG doivent être sensibilisés à l'adoption d'une position d'apprentissage, processus dans lequel la relation superviseur-supervisé joue un rôle important.

4.3.4. Faisabilité de la réunion

4.3.4.1. Mise en place

Dans les commentaires du questionnaire de mi-stage, on s'aperçoit que certains MSU n'avaient pas organisé le stage en ménageant des créneaux pour discuter avec l'IMG, les échanges se faisant en présence du patient ou rapidement entre deux consultations. Il y avait aussi des cas où il n'y avait que peu d'échanges, voire pas d'échange du tout. Dans ces cas, trouver un moment pour organiser une réunion de mi-stage s'est avéré complexe. La réalisation d'une réunion de ce type implique donc que le stage soit organisé avec des temps dédiés aux échanges entre MSU et IMG.

Faible acceptabilité d'une évaluation de l'enseignement par les étudiants

La répartition des notes attribuées à la qualité pédagogique des stages effectués chez les MSU ayant réalisé la réunion guidée et la répartition des notes attribuées à la qualité pédagogique des stages effectués chez les MSU du groupe test n'ayant pas réalisé la réunion guidée n'étaient pas comparables, avec des notes significativement plus élevées pour le sous-groupe ayant réalisé la réunion. On peut y voir un effet de l'acceptabilité faible de notre réunion guidée, qui trouve une explication dans le degré d'acceptation des MSU d'une Évaluation de l'Enseignement par les Étudiants (EEE).

L'EEE est un concept relativement récent en France, et globalement peu apprécié et incompris des enseignants, comme le montrent les études décrites ci-dessous. Pourtant, s'agissant de notre étude, le point de vue du stagiaire serait particulièrement important lors de l'évaluation de l'alliance pédagogique, car celui-ci est l'objet de la rétroaction (18).

Une étude de l'Université de médecine de Laval à Montréal (31) montre que les cliniciens enseignants sont réservés vis-à-vis de cette évaluation, estimant que les étudiants ne devraient pas être les seuls juges, et craignant que l'évaluation soit une occasion de défoulement. Ils reconnaissent par ailleurs que les étudiants ont la compétence nécessaire pour les évaluer, et que cette évaluation peut être constructive.

Concernant la France, une étude réalisée à l'IUT de l'Université d'Auvergne (32) retrouve ces résultats réservés. Près de la moitié des enseignants interrogés considéraient que le dispositif d'évaluation de l'enseignement par les étudiants était potentiellement menaçant. Une légère majorité estimait que ce type d'évaluation pouvait contribuer à améliorer la formation, et près de la moitié estimait que les étudiants n'avaient pas été honnêtes dans leurs évaluations.

Un article du professeur Fave-Bonnet de l'université de Nanterre (21) explorant les difficultés de mise en œuvre de l'évaluation des formations en France retrouve ce rejet de l'idée d'évaluation des enseignements. Elle l'explique par des arguments culturels : en France, historiquement, l'enseignement supérieur n'est pas l'objet d'une inspection pédagogique comme les enseignements primaires et secondaires. L'acte pédagogique y est considéré comme un acte privé. Traditionnellement, un universitaire (et par extension ici un MSU) n'a pas, dans ses missions, à évaluer le résultat de son enseignement. Et pourtant, la médecine est le champ universitaire par excellence où l'évaluation des étudiants et des enseignements est fondamentale, car les formations sont soumises à une exigence de qualité du fait des responsabilités des professionnels formés : c'est le concept de responsabilité sociale des facultés de médecine. Il existe depuis 2011 un consensus mondial sur la responsabilité sociale des facultés de médecine (33), qui indique plusieurs directions stratégiques pour rendre une faculté de médecine plus « socialement responsable ». L'axe 7 particulièrement, qui porte sur l'amélioration continue de la qualité en éducation, recherche et prestation de services, comporte la mention suivante : « *La faculté de médecine soutient fermement l'utilisation systématique et périodique d'outils de mesure pour son évaluation et sa démarche de qualité.* ».

On peut faire l'hypothèse que la différence observée lors de l'analyse en sous-groupes est explicable par cette incompréhension de l'utilité et de l'application de l'EEE par une partie des MSU. On peut penser que les MSU davantage investis dans la pédagogie sont exposés à ces notions, et sensibilisés à l'intérêt de l'EEE. Ils n'y verraient donc pas une évaluation de l'enseignant en lui-même, contrairement aux autres MSU, qui pourraient se sentir menacés, comme le montre ces études. Il paraît acceptable de penser que ces MSU ayant un intérêt particulier pour la pédagogie sont ceux recueillant en dehors de toute intervention les meilleures appréciations des IMG. La réunion guidée passerait donc à côté de sa vocation initiale, en paraissant inappropriée voire menaçante pour les MSU non exposés au concept d'EEE. Ces derniers, qui pourraient profiter des retours des IMG et modifier leurs habitudes d'enseignements, seraient donc majoritairement les MSU qui n'ont pas réalisé la réunion guidée. Cette différence entre les deux sous-groupes traduit la mauvaise acceptabilité de la réunion guidée parmi les MSU dont l'enseignement pourrait en bénéficier le plus.

Serait-il pour autant efficace d'imposer l'utilisation d'un tel outil ?

Outre le fait que cet outil en particulier n'a pas montré d'efficacité, on peut se demander si l'utilisation d'un outil similaire efficace pourrait être imposée.

Nous avons constaté qu'une partie des binômes (48 % des binômes du groupe test) n'a pas réalisé notre réunion de mi-stage, et une autre partie (39 % des binômes répondants, soit 20 % des binômes du groupe test) l'a utilisée comme une évaluation de l'IMG. Au total, 68 % des binômes ne se sont donc pas approprié cet outil. Cette faible acceptabilité est un argument de poids pour ne pas imposer l'utilisation d'un tel outil.

Par ailleurs, cela pourrait mettre certains binômes dans une position inconfortable, comme le décrit une IMG : « *Il m'a semblé difficile de pouvoir parler franchement sans "vexer" le praticien.* ». Cela rejoint le thème de la gestion des relations superviseur-supervisé défaillantes exposée dans une étude de l'université de Laval au Québec (18). Lorsque l'on s'intéresse aux critères décisionnels ayant mené superviseur et supervisé à ne pas communiquer au sujet d'une situation problématique, on s'aperçoit que leurs difficultés ont probablement été perçues comme importantes et ayant un impact fort sur la supervision, et qu'ils ont probablement évalué une balance bénéfice-risque négative dans le fait d'en parler ouvertement. La durée restante du stage joue également un rôle. Si la relation IMG-MSU ne permet pas un dialogue ouvert tout au long du stage, imposer une telle réunion alors que les participants ne le souhaitent pas pourrait s'avérer délétère pour une relation déjà fragile. D'un autre côté, cela pourrait également être une opportunité de désamorcer une situation tendue, mais cela semble un pari risqué tant que la mesure n'est sollicitée ni par l'IMG ni par le MSU.

4.4. Propositions d'amélioration

Au total, l'intervention testée dans notre étude n'est pas efficace, et ce résultat trouve finalement des explications dans nos données qualitatives et dans les données de la littérature :

- L'alliance pédagogique ne saurait se résumer en une seule intervention, elle se travaille au quotidien ;
- Cette alliance nécessite un changement de paradigme de l'éducation médicale qui n'est pas encore acquis ;
- L'intervention n'a pas su toucher le public visé du fait de sa faible acceptabilité ;
- L'évaluation de l'enseignement par les étudiants est encore un concept sensible pour une partie des MSU.

Nous proposons donc à la lumière de ces éléments quelques pistes de travail visant à améliorer la communication au sein des binômes IMG-MSU.

4.4.1. La formation des MSU à la rétroaction

Notre étude met en lumière une incompréhension fréquente de la notion de supervision, cristallisée par une compréhension biaisée du concept de rétroaction. La rétroaction a pour vocation d'être systématique, comme montré dans la thèse de C. Lajzerowicz (28). Cette caractéristique systématique de la rétroaction n'entrave pas, comme semble le croire certains MSU, la progression de l'IMG en autonomie. L'acceptation de la contrainte temporelle et organisationnelle d'une rétroaction quotidienne systématique doit être prise en compte lors de la décision de devenir MSU. Il paraît donc nécessaire d'agir à la source, en s'assurant que ces concepts sont assimilés lors de la formation des MSU.

4.4.2. Favoriser la position d'apprentissage chez l'IMG

4.4.2.1. Agir auprès des MSU

Pour développer cette proposition nous nous appuyerons sur l'article de M. Giroux et G. Girard de la faculté de Médecine de l'Université de Sherbrooke au Canada paru dans la revue *Pédagogie Médicale* en 2009 (23). Au cours de leur étude, les auteurs ont mis en place des ateliers qui visaient initialement à convaincre les apprenants des bénéfiques à attendre de l'adoption d'une position davantage orientée par les apprentissages. Il s'avère que cet objectif n'a pas pu être atteint sans que les superviseurs en soient eux-mêmes convaincus et participent activement à établir un dialogue pédagogique

bienveillant et constructif avec les apprenants. Les auteurs ont pu à l'issue de leur étude proposer 20 stratégies de supervision priorisées favorisant l'adoption d'une position d'apprentissage et le développement du sentiment de compétence du supervisé, présentées dans le tableau 6. Nous proposons de majorer la sensibilisation des MSU à ces stratégies lors de leur formation.

4.4.2.2. Agir auprès des IMG

En parallèle, il faudrait également sensibiliser les IMG au concept de position d'apprentissage. Nous proposons donc l'organisation d'une formation sur ce sujet, qui aurait lieu au début de l'internat de médecine générale, et s'inspirerait des ateliers élaborés par les auteurs. Le tableau 6 montre également les 20 stratégies que peuvent utiliser les IMG afin d'induire chez eux-mêmes une position d'apprentissage.

20 stratégies de supervision priorisées favorisant l'adoption d'une position d'apprentissage et le développement du sentiment de compétence du résident	
Formulations du résident (R)	Formulations du superviseur (S)
1. Identifier périodiquement avec mon S où j'en suis dans ma formation , partager mes inquiétudes et préciser mes buts et mes attentes d'encadrement, car c'est ma formation.	1. Identifier périodiquement avec le R où il en est dans sa formation en l'amenant à partager ses inquiétudes et à préciser ses buts et ses attentes d'encadrement, car c'est sa formation.
2. Demander à mon S de verbaliser ses attentes par rapport à ma performance tenant compte de mon niveau de formation ; cela peut être bien différent des perceptions que j'ai de ses attentes.	2. En tant que S, énoncer au résident mes attentes en termes de performance attendue tenant compte de ses propres attentes et des objectifs de son niveau de formation.
3. Profiter des cas discutés pour énoncer au S une ou deux questions que je me pose et y répondre conjointement .	3. Profiter des cas supervisés pour inciter le R à énoncer une ou deux questions qu'il se pose et à y répondre avec notre aide .
4. Négocier avec le S des temps protégés réalistes précis pour discuter de questions à approfondir.	4. Réserver des temps protégés réalistes précis pour discuter d'une question à approfondir.
5. Identifier à quel point je me sens compétent (e) dans les diverses activités de mon stage et discuter avec mon S du prochain pas à franchir pour me sentir plus compétent(e).	5. Vérifier auprès du résident son sentiment de compétence dans les diverses activités de son stage et discuter de ce qui pourrait l'aider à se sentir plus compétent.
6. Désactiver les pressions que je m'impose sur le plan des connaissances à acquérir et des tâches à accomplir et, au besoin, discuter avec mon S de ce qui est important à mon niveau de formation.	6. Désactiver les pressions que s'impose le R au niveau des connaissances à acquérir et des tâches à accomplir, en partageant notre propre vécu de R et en soulignant l'important à son niveau de formation.
7. Avant de demander un <i>feedback</i> , procéder d'abord à une auto-évaluation de mon travail et la communiquer au S.	7. Avant de livrer un <i>feedback</i> , inciter d'abord le R à procéder à l'auto-évaluation de son travail , puis la faire nuancer à l'aide de questions.
8. Me faire confiance ! Me féliciter de mes bons coups ! Les valider avec mon S.	8. Souligner explicitement les bons coups du R et ses points à améliorer de manière à ce qu'il ne perçoive pas uniquement ces derniers.

<p>9. En fin de supervision, discuter du point à améliorer en terme d'objectif à travailler lors de la prochaine supervision.</p> <p>10. Entendre les points positifs, pas seulement les points négatifs lors des supervisions et discuter en quoi le feedback reçu modifie mon auto-évaluation.</p> <p>11. Lorsqu'une interaction s'annonce difficile avec un patient, convenir avec mon S avant l'entrevue d'un objectif ou d'un plan d'intervention (pré-coaching) et discuter des ajustements effectués en cours d'entrevue.</p> <p>12. Suite à une consultation serrée dans le temps où j'ai éprouvé un sentiment d'incompétence avec un patient difficile, revoir ce que je suis parvenu(e) à couvrir lors de cette rencontre.</p> <p>13. Demander au S de l'observer en situations d'entrevue avec des patients difficiles de manière à percevoir mes compétences et les faire ressortir au moment d'une discussion après l'entrevue.</p> <p>14. Lorsque le S et le R voient conjointement les patients (ex. : tournées à l'hôpital), alterner les rôles d'observateur et d'intervenant avec retour critique sur les entretiens et discussion des questions litigieuses.</p> <p>15. Utiliser le vidéo pour m'observer en entrevue et le visionner avec mon S pour identifier mes forces et des façons d'améliorer ma performance.</p> <p>16. Présenter mon cas au S avec un souci de synthèse comme si je transférais le dossier à un collègue. Au besoin, résumer le cas par écrit en spécifiant les questions que je me pose.</p> <p>17. Apprendre l'efficacité dans la gestion de mon temps : discuter avec le S de la façon dont j'aurais pu gagner du temps avec tel patient, comment j'aurais pu couper dans mon questionnaire ou mon examen.</p> <p>18. Me voir comme le « médecin traitant » du patient et considérer le S comme un « coach » et un collègue de travail plutôt que simplement comme un évaluateur.</p> <p>19. Lorsque RII, utiliser la technique des deux piles de dossiers : une première pile à réviser rapidement et une seconde à revoir à partir de questions que je me pose sur les cas.</p> <p>20. Donner un feedback au S par rapport à l'activité de supervision en regard de mes propres attentes. Synthèse des énoncés : Éline Blanchard, résidente, et Gilles Girard.</p>	<p>9. En fin de séance de supervision, transformer le point à améliorer en terme d'objectif à travailler lors de la prochaine supervision.</p> <p>10. Suite au feedback, vérifier ce que le R entend au sujet de ses points forts et de ses points à améliorer et en quoi le feedback reçu modifie son auto-évaluation.</p> <p>11. Faire de la supervision anticipatoire (pré-coaching) en révisant avec le R son plan d'action ou des points importants à considérer avant qu'il rencontre le patient et discuter par la suite des ajustements effectués en entrevue.</p> <p>12. Suite à une consultation serrée dans le temps où le R a éprouvé un sentiment d'incompétence avec un patient difficile, revoir avec lui ce qu'il a réussi à accomplir lors de cette rencontre.</p> <p>13. Permettre au R d'observer comment nous nous débrouillons dans les situations difficiles de manière à ce qu'il perçoive ses compétences et les faire ressortir dans une discussion après l'entrevue.</p> <p>14. Lorsque le R et le S voient conjointement les patients (ex. : tournées à l'hôpital), alterner les rôles d'observateur et d'intervenant avec retour critique sur les entretiens et discussion des questions litigieuses.</p> <p>15. Utiliser le vidéo pour que le R observe ses forces, qu'il voit comment s'améliorer et qu'il prenne une saine distance par rapport à sa performance.</p> <p>16. Pour aider le R à percevoir ses compétences de synthèse, lui demander de résumer son cas et ses questions par écrit avant d'en discuter comme s'il transférait le dossier à un collègue.</p> <p>17. Enseigner l'efficacité dans la gestion du temps : montrer au R comment il aurait pu gagner du temps avec tel patient, comment il aurait pu couper dans son questionnaire ou son examen.</p> <p>18. Proposer au RII de vivre les prochaines semaines comme s'il était médecin autonome et de me voir comme un coach ou un collègue de travail avec qui il échange pour améliorer sa performance.</p> <p>19. Avec le RII, utiliser la technique des deux piles de dossiers : une première pile à réviser rapidement et une seconde à revoir à partir des questions du R.</p> <p>20. Demander au R du feedback par rapport à ma supervision.</p>
--	---

RII : Résident de deuxième année

Tableau 6 : Stratégies de supervision favorisant la position d'apprentissage chez le supervisé (23)

4.4.3. Favoriser l'alliance pédagogique pendant le stage

L'adoption de la position d'apprentissage par l'IMG amène à la création ou au renforcement d'une alliance pédagogique de qualité entre IMG et MSU. Comme le montre une étude de l'Université de Laval publiée en 2018 (18), cela est possible en agissant sur les quatre points définissant l'alliance pédagogique :

- *« Collaboration/partenariat/équipe : le superviseur et le stagiaire travaillent activement et en complémentarité à l'atteinte d'objectifs cliniques et pédagogiques partagés ;*
- *Confiance mutuelle : le stagiaire reconnaît l'expertise du superviseur et son désir de l'aider, alors que le superviseur reconnaît la motivation du stagiaire à progresser et à demander de l'aide lorsque c'est plus difficile ;*
- *Respect mutuel : même si la relation est hiérarchique sur le plan pédagogique, elle est égalitaire sur le plan humain. L'écoute, l'ouverture au point de vue de l'autre et la politesse sont jugés essentiels ;*
- *Communication : les messages sont clairs, autant les points positifs sur la performance que les aspects à améliorer. Le superviseur et le stagiaire sont honnêtes dans leurs échanges. ».*

On peut également ajouter deux éléments clés s'ajoutant à ces facteurs :

- L'habileté du superviseur à échanger de la rétroaction constructive, c'est-à-dire qui est utile à l'apprentissage ;
- L'ouverture du stagiaire aux commentaires du superviseur.

4.4.4. Sensibiliser à l'évaluation de l'enseignement par les étudiants (EEE)

Une étude de N. Younès de l'université d'Auvergne (32) caractérise l'EEE comme : *« un vecteur stratégique pour amener les enseignants à expliciter et à débattre de leurs enseignements pour qu'un savoir pédagogique universitaire se constitue rationnellement et collectivement à partir des données disciplinaires mais aussi à partir des données d'expérience qui peuvent être partagées. Toutefois, pour que les enseignants s'y engagent, plusieurs conditions sont à établir aussi bien au niveau institutionnel que socio-cognitif, à savoir un objectif formatif clairement distingué d'un objectif administratif de contrôle, une meilleure connaissance de l'EEE, l'acceptation négociée d'un dispositif informatif et de la diffusion des résultats, un engagement des acteurs dans un processus de réflexivité collective, la prise au sérieux des points de vue des étudiants sans que cela implique qu'ils soient les seuls à évaluer l'enseignement, des ressources pédagogiques pour accompagner les enseignants dans l'évolution de leur enseignement. ».*

Une des piste d'amélioration que nous proposons au vu des résultats de notre étude concerne l'EEE, et comporte plusieurs facettes :

- l'institutionnalisation d'une évaluation de l'activité pédagogique des MSU par les IMG au cours du SN1 avec un retour fait aux MSU afin de les amener à réfléchir sur leurs pratiques pédagogiques et à les modifier le cas échéant ;
- l'intégration dans la formation initiale des MSU d'un module de présentation de l'EEE, de ses bénéfices attendus, et une sensibilisation à cette démarche bénéfique et non menaçante ;
- un accompagnement des MSU pour les soutenir dans l'accomplissement d'éventuelles modifications nécessaires mise en évidence par l'évaluation.

Il paraîtrait également intéressant d'accompagner les MSU dans une auto-évaluation de leur activité pédagogique, les étudiants n'étant pas les seuls à pouvoir évaluer l'enseignement comme mentionner plus haut.

Pour les mêmes raisons qui nous poussent à proposer une sensibilisation accrue des MSU à l'EEE, il nous semble pertinent d'y sensibiliser également les IMG. Les étudiants sont de manière générale plus enclins à adopter l'EEE (32). Néanmoins, il nous semble important de mieux les préparer à évaluer leurs superviseurs, afin de produire des évaluations constructives, sans tomber dans le défoulement. Nous proposons donc l'organisation d'une présentation du SN1 à l'intention des IMG avant leur prise de fonction, présentant les cadres pédagogique et légal du stage, et les critères qui seront à évaluer lors de l'EEE.

4.4.5. Organiser des groupes de pairs de MSU

Il pourrait être intéressant pour les MSU de s'organiser en groupes de pairs centrés sur les questions de pédagogie. Une étude de la faculté de Médecine de l'université de Laval au Québec publiée en 2013 (10) a évalué très positivement l'efficacité d'un tel dispositif. Il s'agissait d'une communauté de pratique (équivalent d'un groupe de pairs) de cliniciens enseignants ayant pour thème « Être un clinicien enseignant modèle de rôle auprès des étudiants ». Elle visait deux objectifs principaux : 1) définir ce que signifie pour soi « être un clinicien enseignant modèle de rôle auprès des étudiants » ; 2) s'approprier des stratégies pédagogiques afin d'agir de manière intentionnelle et explicite en tant que modèle de rôle auprès d'eux. Globalement, l'étude a montré que cette communauté a eu des retombées très positives autant pour les participants que pour leurs étudiants.

4.4.6. Accompagnement des terrains de stage présentant des difficultés

Le DMG, en tant que garant de la qualité de la formation des IMG, intervient auprès des MSU qui ne respecteraient par la charte du MSU (3) qu'ils ont signée avant leur prise de fonction. Celle-ci comporte, entre autres, les mentions suivantes relatives à notre objet d'étude :

- Le MSU s'engage à respecter les recommandations pédagogiques élaborées notamment par le DMG, rappelées dans le Livret de Maître de stage, et à suivre les formations pédagogiques proposées par le DMG, le Collège National des Généralistes Enseignants (CNGE Formation) ou le Collège des Généralistes Enseignants d'Aquitaine (CGEA) ;
- Le MSU assure l'accompagnement pédagogique de l'IMG. Il contribue à sa progression et à sa mise en autonomie lors du SN1 ;
- Une SD est réalisée pour tous les actes effectués par l'IMG en présence du MSU (consultations, visites, actes d'urgence, gestes techniques) dans le cadre de la phase semi-active. Une SI est régulièrement assurée de manière différée, pour les actes effectués en autonomie, dans le cadre de la phase active du SN1.

4.5. Ouvertures

4.5.1. Travail qualitatif complémentaire en cours

Ce travail soulève la question de la communication entre IMG et MSU concernant les besoins pédagogiques de l'IMG. Cette problématique est en cours d'approfondissement dans une double thèse qualitative qui fait suite à ce travail, explorant le ressenti des IMG et MSU lors de la réunion de mi-stage et leurs attentes respectives en terme de communication au cours du SN1.

4.5.2. Problématiques à explorer

4.5.2.1. L'élaboration d'outils de support

La poursuite de la conception et de l'évaluation d'outils de support à la communication lors du SN1 (et par extension lors d'autres stages) semble essentielle. Notre étude était originale en cela qu'elle présentait un outil centré sur la communication autour du cadre pédagogique. Pourrait-on imaginer un outil qui puisse s'utiliser au quotidien, plutôt que ponctuellement lors de la réunion de mi-stage ?

4.5.2.2. Une réunion de mi-stage guidée améliore-t-elle les compétences des IMG ?

Une étude similaire utilisant comme critère de jugement la compétence des IMG plutôt que leur satisfaction pourrait être envisagée. La thèse de L. Labat (34) soutenue en 2013 à la Faculté de Médecine de Toulouse fournit un test des compétences intéressant, élaboré suite à un séminaire pédagogique par 20 MSU, en présence de représentants d'internes, en tenant compte du Référentiel

Métier et Compétences des Médecins Généralistes (35), du Guide de l'Entrevue Médicale Calgary-Cambridge (36).

4.5.2.3. Etude qualitative de la rétroaction en SN1

Notre étude explore la rétroaction à mi-stage de façon quantitative (observation de la fréquence rapportée par l'IMG puis souhait de l'IMG quant à l'évolution de cette fréquence). Il serait intéressant d'explorer le versant qualitatif de cette rétroaction, et dans le cas d'un protocole similaire au notre, d'évaluer son amélioration (ou non) après une réunion guidée.

4.5.2.4. Etude qualitative sur l'acceptation de l'EEE chez les MSU aquitains

Il serait intéressant d'explorer qualitativement l'avis des MSU concernant l'EEE. Comment entendent-ils ce concept ? Peuvent-ils se sentir menacés par l'évaluation des IMG ? Trouvent-ils les IMG à même d'être des évaluateurs fiables de leur enseignement ? De quelles informations pensent-ils avoir besoin pour améliorer leurs pratiques de superviseurs ?

4.5.2.5. Auto-évaluation des MSU concernant le cadre pédagogique

Les différentes thèses retrouvées lors de notre revue de la littérature sur le sujet du cadre pédagogique sont majoritairement portées sur l'avis des IMG. Mais qu'en est-il de celui des MSU ? Dans notre étude, un des MSU suggérait ce type de travail : « *Il aurait été intéressant (peut être pas pour sujet de thèse...) de demander et confronter les avis d'évolution aussi du MSU sur échelles analogiques... (que point de vue évolution IMG...) -> renforcement positif... (ou pas...)* ». ».

4.6. Conclusion

La réunion de mi-stage guidée par un questionnaire portant sur le cadre pédagogique du SN1 testée dans notre étude n'a pas montré d'efficacité. Ce résultat s'avère insuffisamment expliqué par les biais relevés dans cette étude. Nous avons proposé plusieurs explications à ce résultat. L'alliance pédagogique entre IMG et MSU ne saurait s'améliorer en une seule intervention, elle se travaille au quotidien tout au long du stage. Elle nécessite par ailleurs un changement de paradigme, du paradigme d'enseignement vers le paradigme d'apprentissage, qui n'est pas encore acquis. Nous avons également pu constater que l'intervention n'a pas su touché le public visé, son acceptabilité s'avérant faible : certains IMG pouvaient appréhender les retombées négatives de l'exercice sur leur relation avec le MSU, et l'évaluation de l'enseignement par les étudiants s'avérait être encore un concept sensible pour une partie des MSU. Nous avons pu également mettre en évidence dans cette étude un

défaut d'appropriation du cadre pédagogique du SN1 par certains IMG et MSU, centré sur une compréhension biaisée de la notion de rétroaction, assimilée à une assistance de l'IMG en cas de besoin seulement.

Il semble donc qu'une intervention externe ponctuelle ne soit pas la réponse à des difficultés communicationnelles au sein du binôme IMG-MSU au cours du SN1. On peut faire l'hypothèse qu'il est préférable d'agir à la source : sur la formation des MSU, en travaillant sur la notion de rétroaction afin qu'elle soit mieux comprise ainsi qu'en diffusant le concept d'évaluation de l'enseignement par les étudiants, et sur la formation des IMG, en sensibilisant à la position d'apprentissage et à ses déterminants. Développer par la suite un outil de support à la communication sur le cadre pédagogique au cours du SN1 semble être une piste à poursuivre également.

La problématique de la communication entre IMG et MSU en Aquitaine est en cours d'approfondissement dans une thèse qualitative qui fait suite à ce travail, explorant le ressenti des IMG et MSU lors de la réunion de mi-stage et leurs attentes respectives en terme de communication au cours du SN1.

5. Bibliographie

1. Historique du CNGE [Internet]. [cité 24 févr 2020]. Disponible sur: https://www.cnge.fr/le_cnge/historique_du_cnge/
2. CGELAV. Le stage Praticien Niveau 1 - Outils et repères pour les Maîtres de Stage Universitaires et les internes [Internet]. 2016 [cité 4 janv 2020]. Disponible sur: <https://www.cgelav.fr/devenir-msu/les-stages-en-mg/internat-niveau-1/>
3. Livret du MSU - Université de Bordeaux [Internet]. [cité 4 janv 2020]. Disponible sur: https://www.medecinmsu.fr/doc/bordeaux/livret_du_msu.pdf
4. Arno-Moreau E. Évaluation du stage chez le praticien par les internes de médecine générale niçois [Thèse d'exercice]. Faculté de Médecine de Nice; 2016.
5. Pagano R. Évaluation du stage de médecine ambulatoire de niveau 1 sur la période Mai 2005 à Novembre 2009 à l'UFR Paris Diderot [Thèse d'exercice]. Faculté de Médecine Paris Diderot; 2014.
6. Van Cleef A, Prott F, Mauduit J, Vanwassenhove L. Utilisation du cadre pédagogique du stage de médecine générale de niveau 1. *Exercer*. 2018;146:374-7.
7. Modalités de stage [Internet]. [cité 16 avr 2020]. Disponible sur: <http://www.cmge-faclibre.fr/pages/utilitaires-eca/sap/modalites-de-stage.html>
8. CLGE. Guide pédagogique Maîtres de stage universitaires Stages ambulatoires en médecine générale [Internet]. 2016 [cité 18 mars 2020]. Disponible sur: <http://clge.fr/>
9. DMG de Marseille. Le carnet de stage de niveau 1 chez le MSU [Internet]. 2015 [cité 5 avr 2020]. Disponible sur: <https://medecine.univ-amu.fr/fr/diplome/diplome-detudes-specialisees-medecine-generale>
10. Côté L, Perry GN, Cloutier P. Développer son modèle de rôle en formation pratique : la contribution d'une communauté de pratique de cliniciens enseignants. *Pédagogie Médicale*. 2013;14(4):241-53.
11. Siebert C, Raynal M. Chapitre 2 : clarification du rôle de l'étudiant. In: *Stage infirmier en soins de courte durée*. Elsevier Masson. 2017.
12. Teunissen P, Stapel D, Van des Vleuten C, Scherpbier A, Boor K, Scheele F. Who wants feedback? An investigation of the variables influencing residents' feedback-seeking behavior in relation to night shifts. *Acad Med*. 2009;84:910-7.
13. Mann K, Van der Vleuten C, Eva K, Armson H, Chesluk B, Dornan T, et al. Tensions in informed self-assessment: how the desire for feedback and reticence to collect and use it can conflict. *Acad med*. 2011;86:1120-7.
14. Eva K, Armson H, Holmboe E, Lockyer J, Loney E, Mann K, et al. Factors influencing responsiveness to feedback: on the interplay between fear, confidence, and reasoning processes. *Adv Health Sci Educ Theory pract*. 2012;17:15-26.

15. Watling C. Cognition, culture, and credibility : deconstructing feedback in medical education. *Perspect Med Educ*. 2014;3:124-8.
16. Telio S, Ajjawi R, Regehr G. The « educational alliance » as a framework for reconceptualizing feedback in medical education. *Acad Med*. 2015;90(5):609-14.
17. 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):184-91.
18. Côté L, Breton E, Boucher D, Déry É, Roux J-F. L'alliance pédagogique en supervision clinique : une étude qualitative en sciences de la santé. *Pédagogie Médicale*. 2017;(18):161-70.
19. Andreu C. Création et analyse d'un outil pour favoriser la démarche réflexive en médecine générale [Thèse d'exercice]. Faculté de Médecine de Bordeaux; 2018.
20. Gilibert D, Gillet I. Revue des modèles en évaluation de formation : approches conceptuelles individuelles et sociales. *Pratiques Psychologiques*. 2009;16(3):217-38.
21. Fave-Bonnet M-F. La difficile mise en oeuvre de l'évaluation des formations dans les universités en France : culture française, culture universitaire ou cultures disciplinaires ? *Evaluations et cultures*. 2005;(13):95-104.
22. Monvoisin R. Pour une didactique de l'esprit critique - Zététique et utilisation des interstices pseudoscientifiques dans les médias [Thèse de Doctorat]. Université Joseph-Fourier - Grenoble I; 2007.
23. Giroux M, Girard G. Favoriser la position d'apprentissage grâce à l'interaction superviseur-supervisé. *Pédagogie Médicale*. 2009;(10):193-210.
24. Eon-Dehais P. Encadrement pédagogique des maîtres de stage des universités en médecine générale : entretiens semi-dirigés auprès de 19 médecins généralistes de la faculté de médecine de Nantes [Thèse d'exercice]. Faculté de Médecine de Nantes; 2013.
25. Hahusseau M. Les internes influencent-ils la pratique professionnelle de leurs maîtres de stage ? [Thèse d'exercice]. Faculté de Médecine de Tours; 2017.
26. Chambefort C, Sarfati S. Le stage chez le praticien de premier niveau en troisième cycle de médecine générale à Grenoble : entre attentes et réalités [Thèse d'exercice]. Faculté de Médecine de Grenoble; 2008.
27. Miller WR, Rollnick S. L'entretien motivationnel - Aider la personne à engager le changement. *Interéditions*. 2013.
28. Lajzerowicz C. Le SASPAS en Aquitaine en 2016 : enquête auprès des internes sur les pratiques de supervision et l'acquisition des compétences professionnelles pendant le stage [Thèse d'exercice]. Faculté de Médecine Bordeaux; 2017.
29. Meirieu P. Master 1 de sciences de l'éducation, Apprentissages et didactiques des disciplines scolaires, Séquence 8 : De l'acquisition au transfert. Université Lyon 2 [Internet]. [cité 12 févr 2020]. Disponible sur: <https://www.meirieu.com>

30. Jouquan J, Bail P. A quoi s'engage-t-on en basculant du paradigme d'enseignement vers le paradigme d'apprentissage ? *Pédagogie Médicale*. 2003;4(3):163-75.
31. Normand S, Bernard H. Les professeurs cliniciens se prononcent sur l'évaluation de l'enseignement. *Pédagogie Médicale*. 2002;(3):202-9.
32. Younes N. À quelles conditions l'évaluation formative de l'enseignement par les étudiants est-elle possible en France ? *Revue française de pédagogie Recherches en éducation*. 2007;(161):25-40.
33. Consensus mondial sur la responsabilité sociale des facultés de médecine - Contribution collective de la conférence pour le consensus mondial sur la responsabilité sociale des facultés de médecine. *Pédagogie Médicale*. 2011;12(1):37-48.
34. Labat L. Evaluation des compétences acquises par les internes de médecine générale à la fin du stage chez le praticien de niveau 1 : à partir d'une étude réalisée sur trois semestres de stage en Midi-Pyrénées [Thèse d'exercice]. Université Toulouse III - Paul Sabatier; 2013.
35. Matillon Y. Référentiels métiers et compétences (Médecins généralistes, sages-femmes et gynécologues-obstétriciens). Berger Levrault. 2010.
36. Richard C, Lussier M-T, Kurtz S. Une présentation et adaptation de l'approche Calgary-Cambridge. In: *La communication professionnelle en santé*. ERPI Médecine. 2016.

6. Annexes

6.1. Annexe 1 : Le questionnaire guidant la réunion de mi-stage

REUNION DE MI-STAGE

Ce semestre, le Département de Médecine Générale de Bordeaux expérimente un questionnaire qui a pour objectif de servir d'outil pour une réunion de mi-stage, afin d'améliorer la communication entre interne de médecine générale (IMG) et maître de stage universitaire (MSU). Cette expérimentation est une étude sur laquelle sera basée ma thèse de médecine générale.

Dans le cadre de cette étude, l'IMG doit rencontrer chacun de ses MSU en ayant pré-rempli le questionnaire au format papier, et entamer une discussion avec chacun d'entre eux (**il y a donc autant de questionnaires à remplir par interne qu'il a de MSU**).

Les conclusions de chaque partie doivent être rédigées par le MSU.

Ce questionnaire doit être retourné (scanné ou photographié) à l'adresse mail :

these_pauline.v@yahoo.com

En vous remerciant de votre participation,

Pauline Villain

→ Petit rappel concernant le déroulé du stage chez le praticien de niveau 1 à l'intention des MSU et des internes :

La phase d'observation active : l'IMG observe le MSU dans son exercice, ils échangent sur les diverses situations rencontrées.

La phase de supervision directe : le MSU observe l'IMG en situation (consultations entières ou consultation « à 4 mains »), et effectue une rétroaction* (ou débriefing) sous forme d'échange pour permettre à l'IMG d'analyser et d'améliorer sa pratique, et de trouver sa propre façon d'exercer.

La phase de supervision indirecte : l'IMG effectue des consultations en autonomie. Le MSU est joignable en cas de problème, et effectue une rétroaction* quotidienne (débriefing) à partir des situations cliniques de la journée, exposées par l'IMG.

NB : l'évolution des 3 phases (observation active, supervision directe et supervision indirecte) ne se fait pas sur un mode linéaire : elles se chevauchent et ne sont individualisées que pour des raisons didactiques.

* Rétroaction : Moment de débriefing où le MSU guide l'IMG dans l'analyse de son raisonnement clinique et de sa prise de décision. Le MSU apporte son expertise et invite à la discussion en mettant en avant la diversité des réponses devant une situation clinique donnée. Le MSU indique l'accès à des ressources complémentaires et évoque d'autres stratégies possibles. Ce temps permet également de faire des prescriptions pédagogiques (prescriptions de recherches ciblées suite à une rétroaction).

QUESTIONNAIRE

Nom de l'interne :

Adresse mail de l'interne :

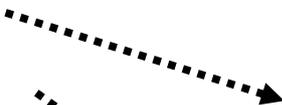
Nom du MSU :

1. Concernant le dernier mois de stage, à quel pourcentage estimes-tu la proportion de consultations en :

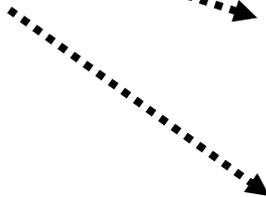
Observation active %
Supervision directe %
Supervision indirecte %
TOTAL	100 %



Avec discussion après le départ du patient %
Sans discussion %
TOTAL	100 %



Avec rétroaction %
Sans rétroaction %
TOTAL	100 %



Avec rétroaction %
Sans rétroaction %
TOTAL	100 %

Conclusion de la discussion entre IMG et MSU à propos de cette répartition durant cette première partie de de stage, **à remplir par le MSU :**

2. Globalement, à quelle fréquence avait lieu la rétroaction* durant ce dernier mois, que ce soit pour les consultations en supervision directe ou indirecte ? (coche une case)

————— ————— ————— —————

Absente Peu fréquente Concerne environ la moitié des actes Fréquente Systématique

3. Souhaiterais-tu plus ou moins de rétroaction* pour la suite du stage ? (coche une case)

————— —————

Moins Autant Plus

Conclusion de la discussion entre IMG et MSU concernant la rétroaction* durant cette première partie de stage, **à remplir par le MSU** :

4. Comment décrirais-tu ton autonomie durant ce dernier mois, que soit pour les consultations en supervision directe ou indirecte ? (coche une case)

————— ————— ————— —————

Aucune autonomie Peu d'autonomie Autonomie intermédiaire Beaucoup d'autonomie Autonomie totale

5. Souhaiterais-tu plus ou moins d'autonomie pour la suite du stage ? (coche une case)

————— —————
Moins Autant Plus

Conclusion de la discussion entre IMG et MSU concernant l'autonomie durant cette première partie de stage, **à remplir par le MSU** :

Conclusion générale de la réunion de mi-stage et commentaire libre concernant le déroulement de cette première partie de stage, **à remplir par le MSU** :

Ce questionnaire doit être retourné (scanné ou photographié) à l'adresse mail **these_pauline.v@yahoo.com**.

Fait à le

Signature de l'interne :

Signature du MSU :

6.2. Annexe 2 : Questionnaire Googleforms de fin de stage, groupe contrôle

Qualité pédagogique du Stage chez le praticien de niveau 1 en Aquitaine, semestre d'été 2019

Bonjour à toi ! Dans le cadre de mon travail de thèse, je demande quelques minutes de ton temps pour remplir ce court questionnaire de satisfaction quant au stage que tu viens d'effectuer chez le praticien.

Merci du fond du coeur pour ta participation !

A bientôt,

Pauline Villain, these_pauline.v@yahoo.com

*** Required**

1. J'ai besoin de ton adresse mail afin d'éviter les doublons. Ne t'inquiète pas, les informations contenues dans ce questionnaire ne seront vues que par moi- même. *

Renseignements généraux

2. Es-tu...

Une femme

Un homme

3. Quel âge as-tu ?

4. En quel semestre étais-tu pendant ce semestre d'été 2019 ? *

S1

S2

S3

S4

S5

S6

Autre :

Maître de stage A

*Pour rappel, la notion de rétroaction peut se définir comme suit : Moment de débriefing où l'interne expose à un maître de stage les situations cliniques de la journée. Le maître de stage exprime en retour et argumente sa façon de voir, et invite à la discussion en mettant en avant la diversité des réponses devant une situation clinique donnée. Le maître de stage indique l'accès à des ressources complémentaires et évoque d'autres stratégies possibles. Ce temps permet également de faire des prescriptions pédagogiques (prescriptions de recherches ciblées suite à une rétroaction).

5. Quel est le nom de ton maître de stage A (ordre arbitraire) ? *

6. Quelle est ta satisfaction par rapport à la qualité pédagogique globale de ton stage avec le maître de stage A ? *

(Pas satisfait.e) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Très satisfait.e)

7. Quelle est ta satisfaction par rapport à la rétroaction* dont tu as bénéficié durant ce stage avec le maître de stage A ? *

(Pas satisfait.e) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Très satisfait.e)

8. Quelle est ta satisfaction par rapport à l'autonomie dont tu as bénéficié durant ce stage avec le maître de stage A ? *

(Pas satisfait.e) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Très satisfait.e)

9. As-tu un ou plusieurs autres maîtres de stage ? *

Oui (*redirection vers la question 10*)

Non (*redirection vers la question 24*)

Maître de stage B

*Pour rappel, la notion de rétroaction peut se définir comme suit : Moment de débriefing où l'interne expose à un maître de stage les situations cliniques de la journée. Le maître de stage exprime en retour et argumente sa façon de voir, et invite à la discussion en mettant en avant la diversité des réponses devant une situation clinique donnée. Le maître de stage indique l'accès à des ressources complémentaires et évoque d'autres stratégies possibles. Ce temps permet également de faire des prescriptions pédagogiques (prescriptions de recherches ciblées suite à une rétroaction).

10. Quel est le nom de ton maître de stage B (ordre arbitraire) ? *

11. Quelle est ta satisfaction par rapport à la qualité pédagogique globale de ton stage avec le maître de stage B ? *

(Pas satisfait.e) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Très satisfait.e)

12. Quelle est ta satisfaction par rapport à la rétroaction* dont tu as bénéficié durant ce stage avec le maître de stage B ? *

(Pas satisfait.e) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Très satisfait.e)

13. Quelle est ta satisfaction par rapport à l'autonomie dont tu as bénéficié durant ce stage avec le maître de stage B ? *

(Pas satisfait.e) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Très satisfait.e)

14. As-tu un ou plusieurs autres maîtres de stage ? *

Oui (*Redirection vers la question 15*)

Non (*Redirection vers la question 24*)

Maître de stage C

*Pour rappel, la notion de rétroaction peut se définir comme suit : Moment de débriefing où l'interne expose à un maître de stage les situations cliniques de la journée. Le maître de stage exprime en retour et argumente sa façon de voir, et invite à la discussion en mettant en avant la diversité des réponses devant une situation clinique donnée. Le maître de stage indique l'accès à des ressources complémentaires et évoque d'autres stratégies possibles. Ce temps permet également de faire des prescriptions pédagogiques (prescriptions de recherches ciblées suite à une rétroaction).

15. Quel est le nom de ton maître de stage C (ordre arbitraire) ? *

16. Quelle est ta satisfaction par rapport à la qualité pédagogique globale de ton stage avec le maître de stage C ? *

(Pas satisfait.e) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Très satisfait.e)

17. Quelle est ta satisfaction par rapport à la rétroaction* dont tu as bénéficié durant ce stage avec le maître de stage C ? *

(Pas satisfait.e) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Très satisfait.e)

18. Quelle est ta satisfaction par rapport à l'autonomie dont tu as bénéficié durant ce stage avec le maître de stage C ? *

(Pas satisfait.e) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Très satisfait.e)

19. As-tu un ou plusieurs autres maîtres de stage ? *

Oui (*Redirection vers la question 20*)

Non (*Redirection vers la question 24*)

Maître de stage D

*Pour rappel, la notion de rétroaction peut se définir comme suit : Moment de débriefing où l'interne expose à un maître de stage les situations cliniques de la journée. Le maître de stage exprime en retour et argumente sa façon de voir, et invite à la discussion en mettant en avant la diversité des réponses devant une situation clinique donnée. Le maître de stage indique l'accès à des ressources complémentaires et évoque d'autres stratégies possibles. Ce temps permet également de faire des prescriptions pédagogiques (prescriptions de recherches ciblées suite à une rétroaction).

20. Quel est le nom de ton maître de stage D (ordre arbitraire) ? *

21. Quelle est ta satisfaction par rapport à la qualité pédagogique globale de ton stage avec le maître de stage D ? *

(Pas satisfait.e) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Très satisfait.e)

22. Quelle est ta satisfaction par rapport à la rétroaction* dont tu as bénéficié durant ce stage avec le maître de stage D ? *

(Pas satisfait.e) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Très satisfait.e)

23. Quelle est ta satisfaction par rapport à l'autonomie dont tu as bénéficié durant ce stage avec le maître de stage D ? *

(Pas satisfait.e) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Très satisfait.e)

Merci pour ta participation !

PLUS D'INFO

Pour cette étude, la moitié des internes chez le prat de niveau 1 de ce semestre ont effectué une réunion de mi-stage guidée par un questionnaire avec chacun de leurs prats. Le but de mon étude est d'évaluer l'efficacité de cette réunion de mi-stage sur le sentiment des internes quant à la qualité pédagogique de leur stage.

24. Veux-tu recevoir les résultats de l'étude par mail à l'adresse indiquée en début de questionnaire ?

Oui

Non

6.3. Annexe 3 : Questionnaire Googleforms de fin de stage, groupe test

Qualité pédagogique du stage chez le praticien de niveau 1 en Aquitaine, semestre d'été 2019

Bonjour à toi ! Dans le cadre de mon travail de thèse, je demande quelques minutes de ton temps pour remplir ce court questionnaire de satisfaction quant au stage que tu viens d'effectuer chez le praticien. Merci du fond du coeur pour ta participation !

A bientôt,

Pauline Villain, these_pauline.v@yahoo.com

* Required

1. J'ai besoin de ton adresse mail pour éviter les doublons. Ne t'inquiète pas, les informations contenues dans ce questionnaire ne seront vues que par moi-même. *

Renseignements généraux

2. Es-tu...

Une femme

Un homme

3. Quel âge as-tu ?

4. En quel semestre étais-tu pendant ce semestre d'été 2019 ? *

S1

S2

S3

S4

S5

S6

Autre :

Maître de stage A

5. Quel est le nom de ton premier maître de stage ? (ordre arbitraire) *

6. As-tu réalisé avec ce maître de stage A une réunion de mi-stage guidée par le formulaire que je t'ai envoyé cet été ? *

Oui (*Redirection vers la question 13*)

Non (*Redirection vers la question 19*)

Maître de stage B

7. Quel est le nom de ton deuxième maître de stage ? (ordre arbitraire) *

8. As-tu réalisé avec ce maître de stage B une réunion de mi-stage guidée par le formulaire que je t'ai envoyé cet été ? *

Oui (*Redirection vers la question 24*)

Non (*Redirection vers la question 30*)

Maître de stage C

9. Quel est le nom de ton troisième maître de stage ? (ordre arbitraire) *

10. As-tu réalisé avec ce maître de stage C une réunion de mi-stage guidée par le formulaire que je t'ai envoyé cet été ? *

.Oui (*Redirection vers la question 35*)

Non (*Redirection vers la question 41*)

Maître de stage D

11. Quel est le nom de ton quatrième maître de stage ? (ordre arbitraire) *

12. As-tu réalisé avec ce maître de stage D une réunion de mi-stage guidée par le formulaire que je t'ai envoyé cet été ? *

Oui (*Redirection vers la question 46*)

Non (*Redirection vers la question 51*)

Tu as réalisé une réunion de mi-stage avec ton maître de stage A

*Pour rappel, la notion de rétroaction peut se définir comme suit : Moment de débriefing où l'interne expose à un maître de stage les situations cliniques de la journée. Le maître de stage exprime en retour et argumente sa façon de voir et invite à la discussion en mettant en avant la diversité des réponses devant une situation clinique donnée. Le maître de stage indique l'accès à des ressources complémentaires et évoque d'autres stratégies possibles. Ce temps permet également de faire des prescriptions pédagogiques (prescriptions de recherches ciblées suite à une rétroaction).

13. Quelle est ta satisfaction par rapport à la qualité pédagogique globale de ton stage avec ce maître de stage A ? *

(Pas satisfait.e) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Très satisfait.e)

14. Quelle est ta satisfaction par rapport à la rétroaction* dont tu as bénéficié pendant ce stage avec ce maître de stage A ? *

(Pas satisfait.e) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Très satisfait.e)

15. Quelle est ta satisfaction par rapport à l'autonomie dont tu as bénéficié pendant ce stage avec ce maître de stage A ? *

(Pas satisfait.e) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Très satisfait.e)

16. Dans quelle mesure penses-tu que la réunion de mi-stage guidée par mon questionnaire à amélioré la qualité pédagogique globale du stage avec ce maître de stage A ? *

(Aucune amélioration) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Amélioration majeure)

17. As-tu rencontré des difficultés à la réalisation de cette réunion de mi-stage guidée par mon questionnaire avec le maître de stage A ? Si oui, peux-tu détailler ? *

18. As-tu un ou plusieurs autres maîtres de stage ? *

Oui (Redirection vers la question 7)

Non (Redirection vers la question 55)

Tu n'as pas réalisé de réunion de mi-stage avec ton maître de stage A

*Pour rappel, la notion de rétroaction peut se définir comme suit : Moment de débriefing où l'interne expose à un maître de stage les situations cliniques de la journée. Le maître de stage exprime en retour et argumente sa façon de voir et invite à la discussion en mettant en avant la diversité des réponses devant une situation clinique donnée. Le maître de stage indique l'accès à des ressources complémentaires et évoque d'autres stratégies possibles. Ce temps permet également de faire des prescriptions pédagogiques (prescriptions de recherches ciblées suite à une rétroaction).

19. Quelle est ta satisfaction par rapport à la qualité pédagogique globale de ton stage avec ce maître de stage A ? *

(Pas satisfait.e) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Très satisfait.e)

20. Quelle est ta satisfaction par rapport à la rétroaction* dont tu as bénéficié pendant ce stage avec ce maître de stage A ? *

(Pas satisfait.e) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Très satisfait.e)

21. Quelle est ta satisfaction par rapport à l'autonomie dont tu as bénéficié pendant ce stage avec ce maître de stage A ? *

(Pas satisfait.e) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Très satisfait.e)

22. Quelles sont les difficultés qui t'ont empêché.e de réaliser cette réunion de mi-stage avec le maître de stage A ? *

23. As-tu un ou plusieurs autres maîtres de stage ? *

Oui (*Redirection vers la question 7*)

Non (*Redirection vers la question 55*)

Tu as réalisé une réunion de mi-stage avec ton maître de stage B

*Pour rappel, la notion de rétroaction peut se définir comme suit : Moment de débriefing où l'interne expose à un maître de stage les situations cliniques de la journée. Le maître de stage exprime en retour et argumente sa façon de voir et invite à la discussion en mettant en avant la diversité des réponses devant une situation clinique donnée. Le maître de stage indique l'accès à des ressources complémentaires et évoque d'autres stratégies possibles. Ce temps permet également de faire des prescriptions pédagogiques (prescriptions de recherches ciblées suite à une rétroaction).

24. Quelle est ta satisfaction par rapport à la qualité pédagogique globale de ton stage avec ce maître de stage B ? *

(Pas satisfait.e) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Très satisfait.e)

25. Quelle est ta satisfaction par rapport à la rétroaction* dont tu as bénéficié pendant ce stage avec ce maître de stage B ? *

(Pas satisfait.e) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Très satisfait.e)

26. Quelle est ta satisfaction par rapport à l'autonomie dont tu as bénéficié pendant ce stage avec ce maître de stage B ? *

(Pas satisfait.e) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Très satisfait.e)

27. Dans quelle mesure penses-tu que la réunion de mi-stage guidée par mon questionnaire à amélioré la qualité pédagogique globale du stage avec ce maître de stage B ? *

(Aucune amélioration) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Amélioration majeure)

28. As-tu rencontré des difficultés à la réalisation de cette réunion de mi-stage guidée par mon questionnaire avec le maître de stage B ? Si oui, peux-tu détailler ? *

29. As-tu un ou plusieurs autres maîtres de stage ? *

Oui (*Redirection vers la question 9*)

Non (*Redirection vers la question 55*)

Tu n'as pas réalisé de réunion de mi-stage avec ton maître de stage B

*Pour rappel, la notion de rétroaction peut se définir comme suit : Moment de débriefing où l'interne expose à un maître de stage les situations cliniques de la journée. Le maître de stage exprime en retour et argumente sa façon de voir et invite à la discussion en mettant en avant la diversité des réponses devant une situation clinique donnée. Le maître de stage indique l'accès à des ressources complémentaires et évoque d'autres stratégies possibles. Ce temps permet également de faire des prescriptions pédagogiques (prescriptions de recherches ciblées suite à une rétroaction).

30. Quelle est ta satisfaction par rapport à la qualité pédagogique globale de ton stage avec ce maître de stage B ? *

(Pas satisfait.e) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Très satisfait.e)

31. Quelle est ta satisfaction par rapport à la rétroaction* dont tu as bénéficié pendant ce stage avec ce maître de stage B ? *

(Pas satisfait.e) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Très satisfait.e)

32. Quelle est ta satisfaction par rapport à l'autonomie dont tu as bénéficié pendant ce stage avec ce maître de stage B ? *

(Pas satisfait.e) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Très satisfait.e)

33. Quelles sont les difficultés qui t'ont empêché.e de réaliser cette réunion de mi-stage avec ton maître de stage B ? *

34. As-tu un ou plusieurs autres maîtres de stage ? *

Oui (*Redirection vers la question 9*)

Non (*Redirection vers la question 55*)

Tu as réalisé une réunion de mi-stage avec ton maître de stage C

*Pour rappel, la notion de rétroaction peut se définir comme suit : Moment de débriefing où l'interne expose à un maître de stage les situations cliniques de la journée. Le maître de stage exprime en retour et argumente sa façon de voir et invite à la discussion en mettant en avant la diversité des réponses devant une situation clinique donnée. Le maître de stage indique l'accès à des ressources complémentaires et évoque d'autres stratégies possibles. Ce temps permet également de faire des prescriptions pédagogiques (prescriptions de recherches ciblées suite à une rétroaction).

35. Quelle est ta satisfaction par rapport à la qualité pédagogique globale de ton stage avec ce maître de stage C ? *

(Pas satisfait.e) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Très satisfait.e)

36. Quelle est ta satisfaction par rapport à la rétroaction* dont tu as bénéficié pendant ce stage avec ce maître de stage C ? *

(Pas satisfait.e) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Très satisfait.e)

37. Quelle est ta satisfaction par rapport à l'autonomie dont tu as bénéficié pendant ce stage avec ce maître de stage C ? *

(Pas satisfait.e) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Très satisfait.e)

38. Dans quelle mesure penses-tu que la réunion de mi-stage guidée par mon questionnaire à amélioré la qualité pédagogique globale du stage avec ce maître de stage C ? *

(Aucune amélioration) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Amélioration majeure)

39. As-tu rencontré des difficultés à la réalisation de cette réunion de mi-stage guidée par mon questionnaire avec le maître de stage C ? Si oui, peux-tu détailler ? *

40. As-tu un ou plusieurs autres maîtres de stage ? *

Oui (*Redirection vers la question 11*)

Non (*Redirection vers la question 55*)

Tu n'as pas réalisé de réunion de mi-stage avec ton maître de stage C

*Pour rappel, la notion de rétroaction peut se définir comme suit : Moment de débriefing où l'interne expose à un maître de stage les situations cliniques de la journée. Le maître de stage exprime en retour et argumente sa façon de voir et invite à la discussion en mettant en avant la diversité des réponses devant une situation clinique donnée. Le maître de stage indique l'accès à des ressources complémentaires et évoque d'autres stratégies possibles. Ce temps permet également de faire des prescriptions pédagogiques (prescriptions de recherches ciblées suite à une rétroaction).

41. Quelle est ta satisfaction par rapport à la qualité pédagogique globale de ton stage avec ce maître de stage C ? *

(Pas satisfait.e) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Très satisfait.e)

42. Quelle est ta satisfaction par rapport à la rétroaction* dont tu as bénéficié pendant ce stage avec ce maître de stage C ? *

(Pas satisfait.e) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Très satisfait.e)

43. Quelle est ta satisfaction par rapport à l'autonomie dont tu as bénéficié pendant ce stage avec ce maître de stage C ? *

(Pas satisfait.e) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Très satisfait.e)

44. Quelles sont les difficultés qui t'ont empêché.e de réaliser cette réunion de mi-stage avec ton maître de stage C ? *

45. As-tu un ou plusieurs autres maîtres de stage ? *

Oui (*Redirection vers la question 11*)

Non (*Redirection vers la question 55*)

Tu as réalisé une réunion de mi-stage avec ton maître de stage D

*Pour rappel, la notion de rétroaction peut se définir comme suit : Moment de débriefing où l'interne expose à un maître de stage les situations cliniques de la journée. Le maître de stage exprime en retour et argumente sa façon de voir et invite à la discussion en mettant en avant la diversité des réponses devant une situation clinique donnée. Le maître de stage indique l'accès à des ressources complémentaires et évoque d'autres stratégies possibles. Ce temps permet également de faire des prescriptions pédagogiques (prescriptions de recherches ciblées suite à une rétroaction).

46. Quelle est ta satisfaction par rapport à la qualité pédagogique globale de ton stage avec ce maître de stage D ? *

(Pas satisfait.e) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Très satisfait.e)

47. Quelle est ta satisfaction par rapport à la rétroaction* dont tu as bénéficié pendant ce stage avec ce maître de stage D ? *

(Pas satisfait.e) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Très satisfait.e)

48. Quelle est ta satisfaction par rapport à l'autonomie dont tu as bénéficié pendant ce stage avec ce maître de stage D ? *

(Pas satisfait.e) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Très satisfait.e)

49. Dans quelle mesure penses-tu que la réunion de mi-stage guidée par mon questionnaire à amélioré la qualité pédagogique globale du stage avec ce maître de stage D ? *

(Aucune amélioration) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Amélioration majeure)

50. As-tu rencontré des difficultés à la réalisation de cette réunion de mi-stage guidée par mon questionnaire avec le maître de stage D ? Si oui, peux-tu détailler ? * (Redirection vers la question 55)

Tu n'as pas réalisé de réunion de mi-stage avec ton maître de stage D

*Pour rappel, la notion de rétroaction peut se définir comme suit : Moment de débriefing où l'interne expose à un maître de stage les situations cliniques de la journée. Le maître de stage exprime en retour et argumente sa façon de voir et invite à la discussion en mettant en avant la diversité des réponses devant une situation clinique donnée. Le maître de stage indique l'accès à des ressources complémentaires et évoque d'autres stratégies possibles. Ce temps permet également de faire des prescriptions pédagogiques (prescriptions de recherches ciblées suite à une rétroaction).

51. Quelle est ta satisfaction par rapport à la qualité pédagogique globale de ton stage avec ce maître de stage D ? *

(Pas satisfait.e) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Très satisfait.e)

52. Quelle est ta satisfaction par rapport à la rétroaction* dont tu as bénéficié pendant ce stage avec ce maître de stage D ? *

(Pas satisfait.e) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Très satisfait.e)

53. Quelle est ta satisfaction par rapport à l'autonomie dont tu as bénéficié pendant ce stage avec ce maître de stage D ? *

(Pas satisfait.e) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Très satisfait.e)

54. Quelles sont les difficultés qui t'ont empêché.e de réaliser cette réunion de mi-stage avec ton maître de stage D ? *

Merci de ta participation !

PLUS D'INFO

Pour cette étude, la moitié des internes en stage chez le praticien de niveau 1 devaient réaliser une réunion de mi-stage guidée par un questionnaire avec chacun de leurs maîtres de stage. Le but est d'évaluer l'efficacité de cette réunion de mi-stage sur l'amélioration du sentiment des internes quant à la qualité pédagogique de leur stage.

55. Veux-tu recevoir les résultats de cette étude par mail à l'adresse indiquée en début de questionnaire ? *

Oui

Non

RESUME en français : Contexte : Le stage chez le praticien de niveau 1 (SN1) est le premier stage ambulatoire de la maquette du Diplôme d'études spécialisé (DES) de Médecine Générale. L'interne de médecine générale (IMG) développe ses compétences grâce à une mise en autonomie progressive et une rétroaction systématique. Des insuffisances sont retrouvées dans l'appropriation de ces principes pédagogiques. Une communication optimisée entre l'IMG et le maître de stage des universités (MSU) pourrait améliorer l'application de ce cadre pédagogique. **Objectif :** L'étude contrôlée randomisée évaluait l'efficacité d'une réunion de mi-stage, guidée par un questionnaire portant sur le cadre pédagogique, sur la satisfaction des IMG quant à la qualité pédagogique globale du SN1, la rétroaction et l'autonomie dont ils bénéficiaient. **Méthodes :** Il a été proposé au groupe test d'organiser avec leurs MSU une réunion de mi-stage, guidée par un questionnaire axé sur la rétroaction et l'autonomie. L'évaluation de la satisfaction des IMG concernant le critère de jugement a été recueillie en fin de stage chez les IMG des deux groupes, et comparée. **Résultats :** L'étude n'a pas prouvé qu'une réunion de mi-stage guidée par un questionnaire portant sur le cadre pédagogique influençait favorablement le ressenti des IMG quant à la qualité pédagogique du SN1. Cette réunion ne disposait pas d'une acceptabilité suffisante chez les IMG et MSU. Les IMG étaient d'avis que la réunion avait un impact modéré sur la qualité pédagogique du stage. **Conclusion :** Une intervention externe ponctuelle ne permet pas d'améliorer la qualité pédagogique du SN1. Une action sur la formation des MSU, en travaillant sur les concepts de rétroaction et d'évaluation de l'enseignement par les étudiants, et sur la formation des IMG, en sensibilisant à la position d'apprentissage et à ses déterminants, pourrait être bénéfique. Développer un outil de support à la communication sur le cadre pédagogique au cours du SN1 est une piste à poursuivre.

TITRE et RESUME en anglais : Independence and supervision during the internship at the family doctor's practice level 1 in Aquitaine : supporting the communication between the intern and the supervisor

Background : The internship at the family doctor's practice level 1 (SN1) is the first ambulatory internship during the residency of french family doctors (DES). The family doctor trainee (IMG) improves their skills by being progressively push to independence and thanks to automatic feedback. Faults were found in the seizing of these educational principles. An optimized communication between the IMG and the supervisor (MSU) could improve the application of this educational framework. **Objectives :** This controled randomized trial assessed the efficiency of a mid-internship meeting, leaded by a questionnaire concerning the educational framework, on the satisfaction of the IMG regarding the global educational quality of SN1, the feedback and the independence which they were given. **Methods :** The test group was given the possibility to organize with their supervisors a mid-internship meeting leaded by a questionnaire about the feedback and the independence. The assessment of the IMG's satisfaction concerning the outcome was collected for the IMG in both groups, and compared. **Results :** The trial did not prove that a mid-internship meeting leaded by a questionnaire concerning the educational framework had a positive effect on the perception of the IMG regarding the global educational quality of SN1. This meeting had not a sufficient acceptability among IMGs and MSUs. The IMG felt that this meeting had a modest impact on the educational quality of their internship. **Conclusions :** An external punctual intervention can not improve the educational quality of SN1. An action on the MSU's formation, working on the concepts of feedback and of assessment of the formation by the students, and on the IMG's formation, developing the IMG's recognition of the learning position and its determinance, could be beneficial. To build up a tool as an assistance for the communication about the educational framework during SN1 is a solid track to follow.

DISCIPLINE : Médecine Générale

MOTS-CLES : Formation ; Médecine générale ; Interne ; Stage chez le praticien ; Outil pédagogique ; Supervision ; Rétroaction ; MeSH : Training ; General practice, family medicine ; Students, internship and residency ; Teaching material ; Feedback

INTITULE ET ADRESSE DE L'U.F.R. : UFR des Sciences de la Santé de Bordeaux

146 rue Léo Saignat
Espace Santé Case 16
33076 Bordeaux