



**HAL**  
open science

# Exploration de la communication entre les maitres de stage universitaire et les internes de médecine générale en aquitaine au cours du stage praticien niveau 1 : étude qualitative

Alice Bryszkowski, Barbara Dumonet

## ► To cite this version:

Alice Bryszkowski, Barbara Dumonet. Exploration de la communication entre les maitres de stage universitaire et les internes de médecine générale en aquitaine au cours du stage praticien niveau 1 : étude qualitative. Médecine humaine et pathologie. 2020. dumas-02994584

**HAL Id: dumas-02994584**

**<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02994584>**

Submitted on 7 Nov 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.

**U.F.R. DES SCIENCES MEDICALES**

Année 2020

Thèse n° 107A et B

THESE POUR L'OBTENTION DU  
**DIPLOME D'ETAT de DOCTEUR EN MEDECINE**

Présentée et soutenue publiquement

Par BRYSZKOWSKI Alice

et

DUMONET Barbara

Le 12/10/2020

**EXPLORATION DE LA COMMUNICATION ENTRE LES  
MAITRES DE STAGE UNIVERSITAIRE ET LES INTERNES DE  
MEDECINE GENERALE EN AQUITAINE AU COURS DU STAGE  
PRATICIEN NIVEAU 1 : ETUDE QUALITATIVE.**

Sous la direction de : Céline LAJZEROWICZ

Membres du jury :

Mr JOSEPH Jean-Philippe

Mr DURIEUX William

Mr CASTERA Philippe

Mme ARRIVE Jeanne

Président

Rapporteur

Examineur

Examinatrice

**Titre :** Exploration de la communication entre les Maîtres de Stage Universitaires et les Internes en Médecine Générale en Aquitaine au cours du stage praticien niveau 1 : étude qualitative.

**Résumé :**

Contexte : Le stage praticien de niveau 1 doit permettre à l'interne de médecine générale (IMG) de développer ses compétences grâce à une mise en autonomie progressive et une rétroaction systématique. Ce cadre pédagogique est souvent peu investi par les IMG et les maîtres de stage universitaire (MSU). En 2019, une étude n'a pas prouvé que la mise en place d'une réunion de mi-stage entre l'IMG et le MSU influençait favorablement le ressenti des IMG quant à la qualité pédagogique du stage. Objectif : L'étude propose une évaluation du vécu de la réunion de mi-stage par les IMG et les MSU et une exploration de la communication entre eux. Méthodes : Une double étude qualitative par entretiens individuels semi-dirigés a été menée auprès des IMG et des MSU ayant réalisé la réunion de mi-stage. Une analyse thématique de contenu a été menée. Résultats : La qualité des échanges lors de la réunion dépendait de la qualité de l'alliance pédagogique pré-existante au sein du binôme. Les IMG expriment peu d'attentes concernant leur encadrement pédagogique. Les MSU évaluent les besoins de l'IMG de façon informelle et intuitive. Discussion : L'étude comporte des biais de sélection et de mémoire. Sa force réside dans l'exploration conjointe du ressenti des IMG et des MSU. Une sensibilisation des IMG à la position d'apprentissage et des MSU à une activité pédagogique réflexive sont des pistes à poursuivre.

**Mots clefs :** Éducation, Médicale, Médecine Générale, Communication

---

**Title :** Exploration of the communication between Family Physician Supervisor and Family Physician Resident in Aquitaine during the level 1 practitioner internship : qualitative study.

**Abstract :**

Context: The Level 1 Practitioner Internship is designed to allow the General Practitioner Resident (GPR) to develop his or her skills through progressive self-sufficiency and systematic feedback. This pedagogical framework is often poorly invested by GPR and General Practitioner Supervisors (GPS). In 2019, a study did not prove that the introduction of a mid-term meeting between the GPR and the GPS had a positive impact on the GPRs' perception of the pedagogical quality of the internship. Objective: The study proposes an evaluation of the experience of the mid-term meeting by GPR and GPS and an exploration of communication between them. Methods: A double qualitative study by semi-directed individual interviews was conducted with the GPR and GPS that had conducted the mid-term meeting. A thematic content analysis was conducted. Results: The quality of the exchanges during the meeting depended on the quality of the pre-existing pedagogical alliance within the pair. The GPR expressed few expectations regarding their pedagogical support. GPS assess GPR needs informally and intuitively. Discussion: The study involves selection and memory bias. Its strength lies in the joint exploration of GPR and GPS perceptions. Raising GPRs' awareness of the learning position and GPSs' awareness of a reflective pedagogical activity are avenues to be pursued.

**Keywords :** Education, Medical, General practice, Communication

# REMERCIEMENTS :

## Remerciements communs:

À monsieur le Professeur JOSEPH Jean-Philippe : Merci d'avoir accepté de présider notre jury de thèse. Merci également pour votre implication et votre investissement au sein du Département de Médecine Générale de médecine générale. Soyez assuré de notre respect et de notre reconnaissance.

À monsieur le Professeur DURIEUX William : Merci d'avoir accepté de juger notre travail. Merci également pour votre implication et votre investissement au sein du Département de Médecine Générale de médecine générale. Soyez assuré de notre respect et de notre reconnaissance.

À monsieur le Professeur CASTERA Philippe : Merci d'avoir accepté de participer à notre jury de thèse. Merci également pour votre implication et votre investissement au sein du Département de Médecine Générale de médecine générale. Soyez assuré de notre respect et de notre reconnaissance.

À madame le Docteur ARRIVE Jeanne : Merci d'avoir accepté de participer à notre jury de thèse.

À notre directrice de thèse, madame le Docteur LAJZEROWICZ Céline: Merci de nous avoir accompagné dans ce travail qui nous tenait à cœur. Merci pour tes précieux conseils, ta patience, ta disponibilité et ta bienveillance.

A madame le Docteur VILLAIN Pauline : Merci de nous avoir embarqué dans cette aventure !

## Les remerciements d'Alice :

À Barbara, ma partenaire de thèse, avec qui la communication a toujours été de qualité :) Merci d'avoir tout donné, dans ce contexte si particulier. On y est arrivé !

À ma Maman. Merci. Pour tout.

À VsLove : Alice, Anaïs, Célia, Débo, Germain, Hugo, Marie, Paulo, Pauline, Sarah, Toto, Vivi. Mes Amours, merci. Merci pour ces milliers de fou-rires et de gueules de bois, pour cette complicité et cette cohésion à toute épreuve durant 6 mois. Et merci pour les 6 mois suivants, et ceux encore d'après, et tous ceux à venir. On a signé, pour le meilleur et pour le pire. Le pire, c'est déjà fait, et sans vous je n'en serais jamais sortie. Alors maintenant, ne partageons que le meilleur ! Je vous aime. Merci.

À toutes les belles rencontres que j'ai faites en Aquitaine, aux copines, colocs, partenaires de confinement : Merci. A Bella et Nawal, merci pour votre incroyable enthousiasme et votre bonne humeur. Vous avez ensoleillé ces sombres années d'internat. A Ben, Dédé, Lenouchka, Maëlle, Marion, Roch, Sarah et Vincent pour m'avoir fait tant rire mais aussi et surtout pour votre soutien, votre bienveillance et votre franchise. J'ai aimé partager tous ces petits moments du quotidien avec vous. Et encore merci à mes co-détenus pour m'avoir organisé la plus belle soirée de fin d'internat, en plein confinement. Vous êtes incroyables.

## **Les remerciements de Barbara :**

À ma partenaire, Alice, avec qui réaliser ce laborieux travail, dans un contexte si particulier, aura finalement été un réel plaisir; je suis heureuse que nous ayons terminé, mais je crois bien que nos discussions vont me manquer !

À Maxime, mon pilier... merci d'avoir été là, d'être là, et de rester là, pour moi, pour nous. Merci d'être le conjoint que tu es, mais aussi et surtout le papa exceptionnel que tu es devenu !

À Gustave et à Blanche, vous ne vous en souviendrez probablement pas, mais ce travail nous aura volé quelques moments précieux. Merci pour vos sourires, vos bisous et vos câlins qui sont le carburants de mes journées !

À Donapaleu, merci à tous ceux que j'y ai rencontré depuis maintenant un peu plus de trois ans. De la secrétaire qui me gardait une place à côté d'elle spéciale « haute concentration », à mes différents chefs, hospitaliers comme libéraux, qui ont su m'accompagner, en passant par les équipes de soignants et d'agents d'entretien, sans oublier mes co-internes (mention spéciale pour Philou qui semble s'accrocher lui aussi au lieu...), vous m'avez offert un Internat de qualité plein de beaux souvenirs, je vous en remercie. Potta pour tous !

Aux membres de la MSP de Sauveterre de Béarn, Yann, Isabelle, Sylvie, l'Équipe des IDE avec un grand « E », merci pour votre soutien et pour les nombreux cafés que vous m'avez offerts, sans lesquels cette thèse n'aurait pas pu voir le jour ! Je suis heureuse d'avoir la chance de travailler avec vous!

« Soyons aussi exigeants en matière d'éducation médicale et de formation clinique que nous le sommes quand il s'agit du contenu biomédical de notre pratique clinique. »

Van Der Vleuten C, Dolmans D, Scherpbier A. The need for evidence in education. Med Teach. 2000;246-50.

# SOMMAIRE

LISTE DES ABREVIATIONS .....	8
1.Introduction.....	9
2.Contexte.....	10
2.1.Le SN1.....	10
2.2.Les maîtres de stage universitaire.....	11
2.3.Attentes et besoins des IMG.....	11
2.4.Position d'apprentissage et alliance pédagogique.....	12
2.5.La communication.....	12
2.5.1.Théorie de la communication.....	12
2.5.2.La communication entre l'IMG et le MSU.....	14
2.6.La thèse de P. Villain (11).....	14
2.6.1.La réunion de mi-stage.....	15
2.6.2.Le cadre pédagogique.....	15
2.6.3.Perspectives.....	16
3.Méthode.....	16
4.Résultats.....	17
4.1.Réunion à mi-stage entre l'IMG et le MSU.....	17
4.1.1.Le questionnaire.....	17
4.1.2.Deux profils de réunion.....	18
4.1.2.1.Communication déjà aisée, réunion facilement réalisée (profil majoritaire).....	18
4.1.2.2.Difficultés préexistantes, réunion de mauvaise qualité (profil minoritaire).....	18
4.1.3.La réunion, un temps dédié apprécié.....	18
4.1.4.L'impact de la réunion.....	18
4.1.5.Les conditions nécessaires pour une réunion utile.....	19
4.1.6.Un ressenti différent des IMG et des MSU concernant l'intérêt de cette réunion.....	19
4.2.La communication entre l'IMG et le MSU.....	20
4.2.1.La communication avec les IMG selon les MSU.....	20
4.2.2.La communication avec les MSU selon les IMG.....	20
4.2.2.1.Profil de binôme où la communication est aisée et satisfaisante (profil majoritaire) .....	21
4.2.2.2.Profil de binôme qui présente des difficultés de communication (profil minoritaire) .....	21
Figure 1: Deux profils de communication selon les IMG.....	22
4.2.3.Gestion des situations difficiles.....	22
4.3.Évaluation des besoins et des attentes de l'IMG lors du SN1.....	23
4.3.1.Les attentes et besoins des IMG en termes d'encadrement pédagogique lors du SN1... ..	23
4.3.1.1.Les IMG connaissent mal leurs attentes .....	23
4.3.1.2.Une interrogation approfondie fait émerger certains besoins des IMG.....	24
4.3.2.Une évaluation régulière et informelle.....	25
4.3.3.Les limites d'une évaluation formalisée.....	25
4.3.4.La discussion se fait aussi entre les différents MSU.....	26
4.3.5.Un modèle de communication de qualité permettant la mise en place d'un cadre pédagogique adapté.....	26
5.Discussion.....	27
5.1.Limites de l'étude.....	27
5.2.Points forts de l'étude.....	28
5.3.Principaux résultats.....	28
5.4.Analyse des résultats.....	29

5.4.1.La réunion de mi-stage a peu d'impact.....	29
5.4.2.Les IMG en position d'évaluation.....	30
5.4.2.1.Les étudiants ont peu conscience de leurs besoins d'encadrement.....	30
5.4.2.2.Un manque de sensibilisation à la position d'apprentissage.....	30
5.4.2.3.Une formation pouvant être cause de souffrance.....	31
5.4.3.Les MSU.....	31
5.4.3.1.La réussite ou l'échec de l'alliance pédagogique selon les deux profils .....	31
5.4.3.2. Un manque de réflexivité sur les compétences pédagogiques.....	32
5.4.4.La communication.....	32
5.4.4.1.Les IMG renoncent à exprimer leurs difficultés.....	33
5.4.4.2.Les MSU renoncent à exprimer leurs difficultés.....	33
5.4.4.3.La communication professionnelle en santé, une compétence insuffisamment enseignée.....	33
5.4.4.4.Modélisation de la relation pédagogique au service des apprentissages.....	34
Figure 2: La relation au service des apprentissages.....	35
5.5.Propositions d'améliorations et ouverture.....	35
5.5.1.Favoriser le paradigme d'apprentissage dès le deuxième cycle.....	35
5.5.2.Former les IMG aux concepts d'éducation médicale.....	36
5.5.3.Encourager la formation continue des MSU.....	36
5.5.4.Améliorer les compétences en communication du binôme.....	37
5.5.5.Promouvoir l'alliance pédagogique entre MSU et IMG.....	37
5.5.6. Affirmer l'exigence de la qualité des terrains de stage.....	37
5.5.6.1.Améliorer et standardiser les méthodes d'évaluation des MSU.....	37
5.5.6.2.Diversifier les terrains de stage et améliorer le recrutement des MSU.....	38
5.5.7.Accompagner et soutenir les IMG.....	39
6.Conclusion.....	39
BIBLIOGRAPHIE.....	40
ANNEXE 1 : Questionnaire proposé au cours de la thèse de P. Villain .....	44
ANNEXE 2 : SERMENT D'HIPPOCRATE.....	49



## **LISTE DES ABREVIATIONS**

DES : Diplôme d'études spécialisées

DMG : Département de médecine générale

IMG : Interne de médecine générale

OA : Observation active

MSU : Maître de stage universitaire

SD : Supervision directe

SI : Supervision indirecte

SN1 : Stage ambulatoire de niveau 1

ECN : Examen classant national

iECN : Examen classant national informatisé

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

# 1. Introduction

En France, les étudiants en cours de diplôme d'études spécialisées (DES) de médecine générale bénéficient durant leur internat d'un stage ambulatoire de niveau 1 (SN1) d'une durée de 6 mois, rendu obligatoire en 1997. Il a pour objectif une mise en autonomie progressive de l'interne de médecine générale (IMG). Il s'organise autour de 3 phases pédagogiques intriquées : observation, supervision directe et supervision indirecte. L'autonomisation de l'IMG est permise grâce à la mise en place de séances de supervision indirecte (ou rétroaction) entre l'IMG et son maître de stage universitaire (MSU). Lors du SN1, le MSU doit adapter l'enseignement aux acquis et aux besoins de l'IMG, afin de permettre le développement de ses compétences cliniques (1,2). En pratique, ce cadre pédagogique n'est pas toujours appliqué et son manque d'appropriation peut être source d'insatisfaction pour l'IMG et le MSU (3).

Afin que l'organisation du SN1 soit adaptée à l'IMG et à ses besoins, IMG et MSU devraient pouvoir échanger ensemble à propos de l'encadrement pédagogique et de son évolution au cours du stage (3).

La rétroaction est un moment clé de la supervision clinique. Elle est recherchée et appréciée des IMG en formation : ils se sentent encadrés et rassurés. Ils attendent de ce moment de partage un échange global sur leur pratique, et non pas une évaluation de leurs connaissances (2,4,5). Le temps de rétroaction est également un moment privilégié pour les MSU qui, pour la plupart, sont devenus MSU afin de partager leurs expériences avec les jeunes médecins et de les accompagner vers l'acquisition de leurs propres compétences. Ils souhaitent améliorer leur pratique via cet échange (6).

Ces constats ont donné naissance au terme « d'Alliance Pédagogique » : la supervision et la rétroaction ne sont plus perçues comme un processus unidirectionnel de transmission d'information mais comme un dialogue entre l'IMG et le MSU. Ce dialogue repose sur la confiance mutuelle entre IMG et MSU et permet d'aborder l'évolution de l'IMG, ses objectifs d'apprentissage et les moyens envisagés pour les atteindre (7).

L'alliance pédagogique est souvent insatisfaisante du fait d'un désaccord entre les IMG et les MSU sur la conception de la supervision et sur sa qualité (7-9). Cela peut avoir un impact émotionnel sur les IMG mais aussi un retentissement sur les choix de carrière de ces futurs jeunes médecins généralistes (8,10).

Durant le semestre d'été 2019, et dans le cadre d'une thèse d'exercice, P. Villain a proposé aux IMG d'Aquitaine en SN1 de réaliser une réunion de mi-stage avec leurs MSU. Cette réunion avait pour support un questionnaire orienté sur le cadre pédagogique (Annexe 1) devant servir de base au dialogue entre l'IMG et le MSU. Le but était d'améliorer la communication entre IMG et MSU, et donc l'alliance pédagogique. L'étude n'a 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 semblait pas disposer d'une acceptabilité suffisante chez l'ensemble des IMG et MSU. P. Villain conclue qu'une intervention ponctuelle ne permet pas d'améliorer la qualité du SN1 (11).

Nous proposons une étude qualitative qui s'inscrit dans la continuité de l'étude de P. Villain. A partir du vécu des IMG et des MSU de la réunion de mi-stage, l'objectif de cette étude est d'explorer la communication entre ces deux partenaires et de comprendre comment ils s'accordent sur leurs attentes et leurs besoins en terme d'encadrement pédagogique lors du SN1.

## 2. Contexte

### 2.1. Le SN1

Le stage internat niveau 1 est le premier stage de médecine générale lors du DES de médecine générale. Il permet aux IMG de découvrir la pratique de la médecine générale en ambulatoire et d'acquérir une autonomie progressive.

Les objectifs principaux du SN1 sont (12) :

- Acquérir les compétences nécessaires à une activité de soins de santé primaires ambulatoires
- Comprendre les modalités de gestion du cabinet médical
- Accéder à l'autonomie en fin de stage pour réaliser des actes seul, en tenant compte des acquis et de la progression au cours du stage.

Depuis la réforme du 3ème cycle de 2017, le SN1 fait partie de la phase socle, c'est à dire de la première année de DES. Le SN1 a lieu en premier ou en deuxième semestre du DES (13).

Le SN1 est décrit en trois phases pédagogiques (12) :

- Observation Active (OA): l'IMG observe la consultation, il se familiarise avec l'environnement. Cette phase permet à l'IMG et au MSU d'apprendre à se connaître.
- Supervision Directe (SD): l'IMG effectue la consultation en présence du MSU. Un temps de rétroaction pédagogique a lieu après la consultation. La consultation à trois est parfois un exercice difficile. Pour permettre une phase de SD de bonne qualité, une bonne information des patients et une bonne communication entre les trois intervenants sont fondamentales.
- Supervision Indirecte (SI): l'IMG effectue seul la consultation. Le MSU n'est pas physiquement présent mais doit être joignable. Il y a un temps de rétroaction pédagogique après la consultation. Cette phase permet à l'IMG de prendre des décisions en autonomie, tout en étant supervisé a posteriori.

Ces différentes phases ne se suivent pas de façon linéaire mais se chevauchent afin de permettre une évolution progressive de l'IMG et de son autonomisation durant le SN1. C. Chambefort et S. Sarfati n'ont pas réussi à mettre en évidence de répartition idéale de ces différentes phases, peut-être parce qu'elle n'existe pas. En revanche, elles ont pu conclure que les IMG souhaitaient que cette répartition soit adaptée et adaptable à leurs besoins (3).

La rétroaction pédagogique est une composante essentielle de l'éducation en milieu clinique. Elle permet à l'IMG d'avoir un retour du MSU sur ses actions et leurs potentielles conséquences. Cette réflexion permet à l'IMG de modifier et d'adapter sa pratique tout au long du stage (14).

Ce cadre pédagogique doit s'adapter à l'IMG, à ses connaissances et à sa pratique. Pour cela, le MSU doit réaliser régulièrement des rencontres pédagogiques avec l'IMG et les autres MSU (1).

La réussite de ce stage dépend de l'implication des IMG et des MSU.

## **2.2. Les maîtres de stage universitaire**

Les MSU sont des médecins de ville et des praticiens généralistes agréés. Leur rôle est d'accompagner la nouvelle génération en transmettant leur savoir et leurs compétences. Ils permettent aux étudiants de découvrir la richesse et la réalité de leur futur exercice en ambulatoire. Ce rôle leur permet d'améliorer leur pratique, de se remettre en question et de mettre à jour leurs connaissances. C'est aussi un moyen de lutter contre l'épuisement professionnel en sortant de la routine et en étant moins isolé (15). Le MSU doit justifier d'une formation initiale à la pédagogie et participer à des formations pédagogiques de façon régulière (12).

La majorité des MSU sont satisfaits de leur expérience. Ils constatent une amélioration de la relation médecin-patient, une amélioration de leur organisation, une amélioration de la prise en charge des patients. C'est un enrichissement professionnel et personnel (16).

Les points négatifs abordés par les MSU sont essentiellement un manque de temps et une surcharge de travail (17).

## **2.3. Attentes et besoins des IMG**

Au cours de sa formation, l'IMG doit acquérir des compétences du médecin généraliste, qui sont de trois types : cognitives, professionnelles, et réflexives.

Les compétences cognitives correspondent aux connaissances théoriques. Les compétences professionnelles regroupent les capacités de travail en collaboration, de coordination, de gestion d'entreprise, l'éthique, etc. Les compétences réflexives sont des capacités d'auto-évaluation, d'auto-critique et d'auto-formation (3).

C. Chambefort et S. Sarfati ont montré que les IMG attendaient essentiellement du SN1 l'acquisition de compétences professionnelles, peu acquises auparavant. Elles l'expliquent par le fait que les stages précédents sont réalisés en milieu hospitalier spécialisé alors que ces compétences sont spécifiques à la médecine générale et à l'exercice libéral (3).

La mise en autonomie progressive et la supervision sont les moyens mis à disposition de l'IMG pour acquérir ces compétences.

Les études concernant l'évaluation des attentes des IMG en matière de supervision présentent des résultats contrastés. Deux études ont fait le constat que les IMG sont encore nombreux à ne pas souhaiter de rétroaction systématique (3,11). S. Telio et al. estiment quant à eux que les supervisés souhaitent une rétroaction fréquente et constructive, tout en appréhendant la critique, la rétroaction pouvant avoir un impact émotionnel sur le supervisé (7). Ils constatent que les supervisés ont besoin de réassurance. La qualité de la relation avec le superviseur, et la confiance qu'ils ont en lui, sont essentielles pour une rétroaction de qualité.

## **2.4. Position d'apprentissage et alliance pédagogique**

Pour acquérir ces compétences, l'étudiant doit adopter une position d'apprentissage où

l'évaluation est perçue comme formative. M. Giroux et al. ont décrit les notions de position d'apprentissage et de position d'évaluation (18) :

- Position d'apprentissage : l'étudiant est centré sur l'objectif de devenir « un bon médecin ». Il profite de chaque opportunité d'apprentissage et cherche des solutions aux difficultés rencontrées, qu'il aborde ouvertement.
- Position d'évaluation : le comportement de l'étudiant est guidé par les activités d'évaluation. Il veut donner une bonne image de lui-même et évite les situations où il peut avoir des lacunes.

Position d'apprentissage et position d'évaluation coexistent et s'inscrivent dans un continuum où l'étudiant se déplace en fonction de ses interactions avec son superviseur, de la situation d'apprentissage, de ses émotions et de ses expériences antérieures (18).

J. Jouquan et P. Bail ont élaboré une description du concept de « paradigme d'apprentissage » centré sur l'apprentissage de l'étudiant, qui se démarque du « paradigme d'enseignement ». Pour s'inscrire dans ce concept (19) :

- L'apprenant construit ses connaissances à partir des questions qu'il se pose (auto-évaluation) en interaction avec son superviseur.
- Le superviseur n'est plus perçu comme un dispensateur de savoirs ou comme un examinateur, mais devient un facilitateur des apprentissages. Lui-même est apprenant.

M. Giroux et G. Girard ont constaté que la position d'apprentissage qui, initialement, était abordée comme étant la responsabilité de l'apprenant, dépend également des stratégies de supervision utilisées par le superviseur et de la relation entre les deux intervenants (20).

En 2015, S. Telio et al. ont réalisé une revue systématique de la littérature. Ils décrivent la rétroaction comme un processus de dialogue, où le contexte et la relation sont des facteurs déterminants du changement comportemental. Ils proposent la notion « d'Alliance Pédagogique » : le superviseur et le supervisé doivent avoir une compréhension commune des objectifs de la rétroaction, être d'accord sur les moyens de les atteindre et développer un lien de confiance (7).

Selon l'étude observationnelle de KE. Hauer et al, où la rétroaction est vue comme un processus interactionnel complexe et collaboratif, une alliance pédagogique de qualité permet de « *soutenir le stagiaire dans le développement de ses compétences en l'aidant à identifier des objectifs réalistes pour progresser* ». Les éléments clefs pour une alliance pédagogique de qualité sont, selon les auteurs : une relation horizontale, de confiance, une communication de qualité et un stagiaire ouvert aux commentaires du superviseur (21).

## **2.5. La communication**

### **2.5.1. Théorie de la communication**

L'école de Palo Alto est un courant de pensée du début des années 1950 qui s'intéresse à la communication et à la relation entre les individus. Il propose une théorie de la communication qui part du postulat qu'« *on ne peut pas ne pas communiquer* » : tout comportement transmet un message, il est impossible de ne pas avoir de comportement. Même refuser de communiquer est un comportement qui a valeur de communication (22,23).

De ce postulat découlent 4 grands principes (22–25) :

- Deux aspects de la communication : le contenu et la relation.

Chaque message transmet une information et induit un comportement. Le contenu est l'information. La relation est la manière dont on entend le contenu. Une relation saine et spontanée donne priorité au contenu du message, tandis qu'une relation perturbée entraîne de la confusion au contenu, qui passe alors au second plan.

- Deux modes de communication : analogique et digitale.

La communication digitale (ou verbale) est liée à un langage et à un code. Pour communiquer selon ce mode les interlocuteurs doivent employer un code commun (même langue). La communication analogique (ou non verbale) est liée à la gestuelle, la mimique et la posture. Ce mode de communication intuitif reste compréhensible même en l'absence de code commun. La communication analogique définit la relation. Elle est intuitive mais peut s'avérer ambiguë, elle dépend de la perception de l'interlocuteur. Pour lever l'ambiguïté propre à ce mode de communication, il est nécessaire de le traduire, c'est-à-dire passer de l'analogique au digital (11).

- La ponctuation.

La ponctuation correspond à la suite des échanges dans une communication et au regard que chacun porte sur le comportement de l'autre.

A partir de l'exemple d'un couple: « *Lui s'enferme dans le bureau parce que sa femme râle; elle râle parce qu'il s'enferme dans son bureau.* » Peu importe de savoir qui a raison ou tort, l'important est de comprendre que chacun « ponctue » son échange pour maintenir le système dans cet équilibre. *Le mari s'enferme parce qu'il présuppose que sa femme va râler ou la femme râle parce qu'elle présuppose que son mari va s'enfermer.* » (22).

- Les interactions symétriques et complémentaires.

« *Tout échange de communication est symétrique ou complémentaire, selon qu'il se fonde sur l'égalité ou la différence.* » (25).

La relation complémentaire est définie par une répartition de rôles différenciés. L'un des interlocuteurs occupe la position dite "Haute" et l'autre la position "Basse". Le premier commande et l'autre obéit selon le rapport hiérarchique établi. Lorsqu'elle est fonctionnelle, c'est le type de relation qui convient à une action efficace. Lorsqu'elle est dysfonctionnelle, chacun se confine dans son rôle et les partenaires s'éloignent.

La relation symétrique est une relation d'égalité, de symétrie fonctionnelle : « Égaux mais différents » pourrait en être la devise. Les opinions, les idées, les caractères et les comportements peuvent être différents, mais ils sont respectés par chacun des partenaires. C'est le mode relationnel le plus adapté pour la discussion, la négociation, la créativité, la recherche commune de solutions équitables à des difficultés. Elle est motivée par le désir de comprendre le point de vue de l'autre, de l'intégrer comme un élément important de la situation.

### **2.5.2. La communication entre l'IMG et le MSU**

L'évaluation des attentes et besoins des IMG et des MSU en termes de communication n'a a

priori pas fait l'objet d'étude. Seuls les attentes, besoins et connaissances des médecins généralistes en termes de communication médecin-patient ont fait l'objet d'une thèse observationnelle (26). B. Sala a montré que les praticiens considèrent la communication comme une part importante de la pratique en médecine générale. Ils estiment que sa place est primordiale dans la relation médecin-patient afin d'instituer une alliance thérapeutique de qualité et favoriser un succès des stratégies thérapeutiques. Cependant, B. Sala constate que ces praticiens n'utilisent pas d'outils ou de techniques de communication, et ne désirent pas de formation complémentaire. Les médecins considèrent que cette discipline s'inscrit dans une démarche purement instinctive et évolue selon l'expérience.

On peut supposer que ces résultats sont extrapolables à la communication entre IMG et MSU.

Selon S. Gachoud et al, l'interaction en milieu clinique est un élément clé de l'apprentissage. Il fait souvent défaut du fait d'un manque de temps ou d'intérêt. Les auteurs proposent des stratégies de communication visant à structurer le dialogue entre le médecin en formation et son superviseur, afin d'optimiser le temps mis à disposition et l'efficacité de l'apprentissage (27).

Ils présentent des principes de communication à appliquer pour améliorer la qualité de l'interaction au décours de la rétroaction (27) :

- Le moment choisi pour l'interaction est important : il doit être proche de l'événement observé et il est préférable de planifier des séances régulières, de durée limitée, plutôt qu'une longue séance à la fin d'une période d'observation. Cela permet de ne pas surcharger l'apprenant d'informations et de lui laisser un temps d'analyse.
- Le contenu doit être formulé de façon non évaluative, sans jugement de valeur sur la personnalité. Il cherche à expliquer ce qui a été bien fait et ce qui doit être amélioré. L'évaluation positive est importante : elle renforce et donne confiance. Le correctif informe et permet de s'améliorer. Il faut éviter l'usage du « mais » pour passer du positif au correctif, qui a tendance à dévaloriser, voire annuler, la partie positive qui est alors perçue comme un enrobage artificiel pour adoucir une critique. Le superviseur doit solliciter l'apprenant pour qu'il soit à l'origine d'une auto-évaluation de sa performance et des moyens d'amélioration qu'il a à sa disposition. Ceci permet de construire la rétroaction sur les points que l'apprenant juge lui-même importants, ce qui l'implique davantage dans le processus d'amélioration, rejoignant ainsi les concepts de position d'apprentissage et d'alliance pédagogique (8,18,20).

Si les modalités d'une rétroaction efficace ont été décrites, il n'y a pas de conceptualisation de la communication superviseur-supervisé sur les besoins d'encadrement pédagogique de l'étudiant.

## **2.6. La thèse de P. Villain (11)**

Après avoir constaté des difficultés dans l'application du cadre pédagogique lors du SN1, P. Villain, dans le cadre de sa thèse d'exercice, a proposé aux IMG et aux MSU d'Aquitaine de réaliser une réunion de mi-stage guidée par un questionnaire portant sur l'aspect pédagogique du SN1. 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'évaluation de la satisfaction des IMG concernant cet encadrement, et d'évaluer la faisabilité de mise en place d'une telle réunion.

L'étude était quantitative et randomisée en deux groupes : un groupe contrôle qui n'a pas réalisé de réunion de mi-stage et un groupe test auquel il a été demandé de réaliser la réunion de mi-stage guidée par le questionnaire. Les IMG inclus étaient 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.

### **2.6.1. La réunion de mi-stage**

L'étude n'a 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 semblait pas disposer d'une acceptabilité suffisante chez l'ensemble des IMG et MSU. Les IMG étaient d'avis que la réunion avait un impact modéré sur la qualité pédagogique du stage.

Les hypothèses avancées par P. Villain concernant ce résultat sont :

- 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.

On note également une probable incompréhension du questionnaire et de l'objectif de la réunion chez certains MSU qui ont réalisé une évaluation des compétences de l'IMG. La majorité des binômes n'a pas su s'approprier l'outil pour guider la réunion.

P. Villain conclue qu'une intervention ponctuelle ne semble pas être la solution à des difficultés relationnelles entre IMG et MSU. Elle peut même être délétère si la relation du binôme est déjà fragile.

### **2.6.2. Le cadre pédagogique**

L'étude met en évidence une mauvaise appropriation du cadre pédagogique du SN1 par certains binômes, centrée sur une compréhension biaisée de la notion de rétroaction, assimilée à une assistance de l'IMG en cas de besoin seulement.

Il existe une 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. L'autonomie est liée à la supervision, qui consiste en une interaction, un échange, avec des apports mutuels, en cela l'autonomie est différente de l'indépendance.



### 2.6.3. Perspectives

Les hypothèses et ouvertures proposées par P. Villain suite à son étude sont :

- Agir sur la formation des MSU et des IMG en les sensibilisant au concept d'évaluation de l'enseignement par les étudiants et au paradigme d'apprentissage.
- Développer un outil de support à la communication sur le cadre pédagogique au cours du SN1.

Cette étude soulève la question de la communication entre IMG et MSU concernant les besoins pédagogiques de l'IMG, que nous allons explorer par une étude qualitative.

## 3. Méthode

Les participants ont été recrutés parmi les IMG et les MSU ayant réalisé la réunion de mi-stage proposée par P. Villain dans le cadre de sa thèse.

La première partie des entretiens a été menée en face à face. Suite à l'épidémie de COVID et au confinement, la deuxième moitié a été menée par visioconférence ou par téléphone.

L'étude réalisée est qualitative par entretiens individuels semi-dirigés. Cette « méthode de la découverte » est une approche compréhensive et inductive. Il existe un continuum entre la collecte et l'analyse des données.

Deux guides d'entretien différents ont été réalisés, un pour les IMG et un pour les MSU. Ces guides évoluaient au fur à mesure de l'émergence d'hypothèses à explorer. Ils devaient amener l'IMG et le MSU à raconter leur vécu de la réunion réalisée à mi-stage, puis évaluer la qualité de la communication entre eux. Chez les IMG, le guide explorait quelles étaient leurs attentes et leurs besoins en termes de communication et d'encadrement pédagogique lors du SN1. Chez les MSU, il explorait comment ces derniers évaluaient ces attentes et ces besoins.

Les participants ont donné leur consentement oral avant chaque entretien.

Chaque entretien a été retranscrit sous forme de verbatim. La retranscription était anonymisée avant son analyse. Chaque verbatim a été analysé puis codé. Le logiciel N'Vivo a été utilisé pour l'analyse et le codage. Afin de limiter les biais de préconception, nous avons effectué un double-codage. Enfin, un codage transversal a été réalisé afin de donner du sens aux différents thèmes émergents.

L'étude devait atteindre la saturation des données, c'est à dire qu'aucun élément nouveau ne devait émerger de l'analyse des données au cours des trois derniers entretiens avec les IMG et avec les MSU.

Les fichiers ont été déclarés à la CNIL.

## 4. Résultats

Vingt entretiens individuels semi-dirigés (dix MSU et dix IMG) ont été menés durant la période du 20 janvier au 10 mai 2020. Au total, 17 MSU et 18 IMG ont été sollicités par téléphone, 1 MSU a refusé de réaliser l'entretien, 6 n'ont pas donné suite aux messages laissés au secrétariat, 8 IMG n'ont pas donné suite aux messages laissés sur leur boîte vocale.

10 femmes (8 IMG et 2 MSU) et 10 hommes (2 IMG et 8 MSU) ont été interrogés.

La durée des entretiens des est de 25 minutes en moyenne pour les MSU et de 45 minutes en moyenne pour les IMG. L'analyse du verbatim s'est déroulée de janvier à juin 2020. La saturation des données a été atteinte. Aucun nouveau code n'a émergé lors des trois derniers entretiens des MSU et des IMG.

Les axes explorés sont les suivants :

- Réunion à mi-stage entre l'IMG et le MSU
- Communication entre l'IMG et le MSU
- Évaluations des besoins et des attentes de l'IMG lors du SN1

### 4.1. Réunion à mi-stage entre l'IMG et le MSU

Les MSU interrogés ont peu de souvenirs de la réunion et ont peu d'avis sur le questionnaire proposé par P. Villain Dans ce contexte, il était difficile d'évaluer le vécu et le ressenti des MSU quant à cette réunion et le sujet a été abordé sous un angle hypothétique.

Les IMG se souviennent bien de cette réunion. Ils l'ont réalisée le plus souvent pour contribuer à une thèse, rarement pour améliorer la communication ou l'organisation du stage. Ils en avaient peu d'attentes.

#### 4.1.1. Le questionnaire

Les IMG estiment que le questionnaire est adapté pour cadrer la réunion bien que certaines questions soient apparues trop précises, entraînant des difficultés de réponse.

IMG 08 « *j'avais du mal à faire rentrer dans les cases* »

MSU et IMG s'accordent à dire qu'un questionnaire permet d'orienter la discussion et d'aborder plus facilement les besoins de l'IMG.

IMG 05 « *c'est vrai que sinon on ose pas forcément en parler* »

MSU 05 « *Le fait d'avoir le support peut permettre d'échanger là dessus, alors que ça vient peut-être pas forcément naturellement dans la conversation.* »

Pour la plupart des MSU, un support ne serait utile que face à un IMG qui a du mal à s'exprimer.

MSU 09 « *peut être que quand la relation est mauvaise, un support obligerait quoi. Mais [...] j'ai jamais ressenti ça depuis 20 ans que je suis MSU, la nécessité d'un support.* »

MSU 04 « *C'est pour faire parler l'interne qui n'arrive pas à parler, c'est ça ?* »

#### **4.1.2. Deux profils de réunion**

Deux profils de réunions se dégagent et sont le reflet de la qualité de la communication préexistante entre MSU et IMG.

IMG 09 « *c'était un peu à l'image de mon semestre avec eux !* »

##### **4.1.2.1. Communication déjà aisée, réunion facilement réalisée (profil majoritaire)**

IMG 03 « *il a joué le jeu à fond, on a vraiment échangé [...] Après on communiquait déjà beaucoup* »

Ce profil est peu impacté par la préparation du questionnaire en amont ou non, les IMG estiment avoir pu aborder tous les sujets souhaités.

IMG 07 « *Je ne me suis pas senti freiné [...] je pouvais dire tout ce que je pensais* »

On note que les IMG concernés par ce modèle sont le plus souvent satisfaits du déroulement de leur SN1 et estiment qu'il n'y a rien à changer dans l'organisation du stage.

##### **4.1.2.2. Difficultés préexistantes, réunion de mauvaise qualité (profil minoritaire)**

IMG 01 « *avec elle, très mal, mais... comme beaucoup dans mon stage* »

Dans cette situation, la préparation du questionnaire en amont est nécessaire pour que l'IMG puisse aborder les difficultés éventuelles.

IMG 09 « *le remplir à deux, ça me laissait pas ma place à moi* »

« *peut-être que j'aurais plus osé mettre mes réponses et qu'on en discute* »

Devant un rapport coût-bénéfice jugé défavorable par l'IMG ou devant la crainte d'entraîner une mauvaise entente, l'IMG opte pour un renoncement à la communication.

IMG 9 « *moi j'ai pris le parti de me taire en fait* »

#### **4.1.3. La réunion, un temps dédié apprécié**

IMG et MSU s'accordent à dire que la réunion permet une ouverture de la discussion en libérant un temps d'échange, ce qui n'est toujours pas permis par le rythme du stage.

IMG 07 : « *ça a été peut-être un peu plus utile parce qu'on n'avait jamais vraiment l'occasion de discuter* »

MSU 07 « *La réunion c'est bien parce qu'on fait un peu le point, on est un peu le nez dans le guidon alors [...] c'est bien de se poser une fois dans le stage* »

MSU 01 « *Ça permet de recadrer un peu, de mieux écouter les attentes de l'interne.* »

#### **4.1.4. L'impact de la réunion**

Dans l'ensemble, les MSU et les IMG trouvent que l'intervention a eu un impact faible sur la suite du stage.

MSU 07 « *c'est bien de pouvoir parler mais ça n'a pas fait de changement majeur quand même.* »

Selon les IMG, le faible impact est lié soit à une absence de difficultés durant le stage, soit à une réunion qui n'a pas permis d'ouvrir une réelle discussion.

IMG 02 « *étant donné qu'on n'a pas trop discuté du questionnaire, ça n'a pas eu d'impact* »

Quelques IMG notent une majoration de l'autonomie après la réunion.

IMG 02 « *je voulais un peu plus d'autonomie, et après coup on a complètement changé, et il y a eu en effet un impact* »

Bien que ce n'était pas l'objectif de la réunion, certains IMG ont bénéficié d'une évaluation et ont apprécié avoir un retour sur leurs compétences à la moitié du stage.

IMG 03 « *c'est bien d'avoir un retour [...] sur ce qu'on fait, heu... autre qu'en fin du stage* »

Pour certains, cela a entraîné une majoration de leur confiance en eux.

#### **4.1.5. Les conditions nécessaires pour une réunion utile**

Les IMG soulignent la nécessité de réaliser la réunion suffisamment tôt pour avoir le temps de mettre en place des modifications.

IMG 07 « *si y a des points à modifier d'un côté ou de l'autre, qu'on puisse avoir le temps de les régler et de changer les choses* »

Les MSU et les IMG pensent que réaliser la réunion à la moitié du stage n'est pas adapté à l'évolution du stage, ils proposent d'en réaliser deux, une à chaque changement de phase.

MSU 03 « *pas le prévoir comme un truc de mi-stage, mais plutôt comme une réunion de changement de phase* »

IMG 04 « *à chaque fois qu'on change d'étape je dirais, d'autonomie* »

Quelques IMG pensent que si cette réunion n'est pas obligatoire, elle risque de n'intéresser que les MSU déjà attentifs à la formation de l'IMG.

IMG 06 « *j'me dis que les praticiens qui vont être réceptifs à ce genre de truc [...] sont ceux qui sont plus tournés vers la pédagogie* »

IMG et MSU se rejoignent sur la nécessité de pouvoir faire intervenir un tiers en cas de difficulté lors de la réunion.

MSU 06 « *Qu'est ce qui sera fait de ces questionnaires derrière ?* »

« *C'est à dire que s'il y a des difficultés qui sont mentionnées par l'interne, et qu'il y a pas de réponse apportée par le MSU, et que personne ne s'en préoccupe derrière... Ben ça a peu d'intérêt.* »

#### **4.1.6. Un ressenti différent des IMG et des MSU concernant l'intérêt de cette réunion**

Les IMG pensent qu'il est toujours intéressant de réaliser une réunion avec le MSU, sur tous les terrains de stage, même s'ils ne rencontrent pas de difficulté.

IMG 06 « *c'est toujours intéressant de faire un point de mi-stage mais [...] ça devrait être fait dans n'importe quel stage en fait !* »

Les MSU y voient surtout un intérêt en cas de difficulté ou face à des IMG qui ont du mal à s'exprimer.

MSU 06 « *Peut-être que ça pourra amener sur des internes un peu plus timides, qui n'osent pas...*

*Critiquer... Un espace de discussion où ils se sentiraient un peu plus légitimes. »*

Contrairement aux IMG, ils n'évoquent pas la nécessité de réaliser des réunions lorsqu'ils considèrent que le stage se passe bien.

## **4.2. La communication entre l'IMG et le MSU**

### **4.2.1. La communication avec les IMG selon les MSU**

Les MSU considèrent que la médecine est un métier de communication, qu'ils sont compétents dans ce domaine, et qu'ils ont le temps nécessaire durant le SN1 pour instaurer une relation de qualité.

MSU 03 « *on fait tous un boulot où on communique, où normalement on sait communiquer »*

MSU 09 « *Je trouve qu'on peut faire la relation qu'on peut ou qu'on veut, et on a largement le temps de la faire. »*

Les MSU décrivent qu'une grande partie de la communication se fait entre deux consultations, lors des moments partagés hors travail (repas, covoiturages), mais évoquent peu ou pas la communication avec l'IMG durant les consultations.

MSU 10 « *elle mangeait avec nous, et là on avait le temps d'échanger, de discuter »*

Les MSU jugent que dans la majorité des cas, la communication avec l'IMG est de bonne qualité, mais certains perçoivent des facteurs limitants à une bonne communication au sein du binôme, notamment lorsqu'il s'agit d'aborder des difficultés.

MSU 04 « *Des fois [...] ça touche le cœur des gens, ça touche un peu en direct sur notre personnalité etc. Donc c'est pas évident. »*

Certains MSU considèrent que ces difficultés sont liées à un manque de formation pédagogique.

MSU 03 « *c'est difficile parce qu'encore une fois [...] on n'a pas de diplôme de pédagogie »*

Ils notent aussi que la hiérarchie entre IMG et MSU peut limiter la communication.

MSU 05 « *y'a toujours un côté rapport de MSU à stagiaire qui met une hiérarchie qui est peut-être difficile pour certaines personnes à franchir pour ouvrir le dialogue »*

Certains MSU pensent donner suffisamment la parole à l'IMG, mais aimeraient que ce dernier s'exprime plus librement et plus facilement.

MSU 04 « *En général personne me répond (mime l'interne qui n'arrive pas à parler, rires), ils doivent avoir peur »*

Les MSU constatent que les IMG ayant plus d'expérience ont plus de facilité à exprimer leurs attentes et que les IMG en premier semestre ont plus de difficultés à s'exprimer.

MSU 05 « *un début de premier semestre ou une fin de quatrième semestre c'est pas forcément... aussi facile de dire les choses »*

### **4.2.2. La communication avec les MSU selon les IMG**

Les IMG décrivent distinctement deux profils de binôme en termes de communication : un profil où elle est aisée et satisfaisante, et un profil où il existe des difficultés de communication.

#### **4.2.2.1. Profil de binôme où la communication est aisée et satisfaisante (profil majoritaire)**

Selon les IMG et les MSU, une bonne communication va de pair avec une bonne entente.

IMG 08 « *quand il y a une bonne ambiance tout passe, même s'il y a des problèmes d'organisation, tu arrives à en parler* »

Dans ce contexte, les IMG se sentent libres d'aborder leurs difficultés.

IMG 03 « *je me suis senti assez libre de pouvoir dire quand ça ne m'allait pas* »

Un facteur important, selon les MSU et les IMG, est d'avoir une relation de confiance, d'échange, d'écoute mutuelle et de compagnonnage.

MSU 04 « *qu'il y ait surtout un échange entre le MSU et l'interne, comme un compagnonnage* »

IMG 01 « *qu'il y ait une démarche d'entraide et d'écoute, parce que je pense qu'ils ont beaucoup à nous apporter mais aussi inversement* »

Les IMG communiquent plus facilement lorsqu'ils sentent que le MSU se remet en question, qu'il est ouvert aux critiques et s'intéresse au vécu de l'IMG.

IMG 03 « *il se remet beaucoup en question dans sa pratique, dans ses échanges avec nous* »

Les IMG adoptent plus facilement une position d'apprentissage lorsque leur MSU adopte lui-même une position d'apprenant :

- Lorsque MSU et IMG explorent ensemble de nouvelles compétences cliniques.

IMG 05 « *Ils étaient totalement [...] ouverts, à se dire « bah ça sert à ça d'avoir un interne ça sert aussi à nous remettre à jour ». [...] on regardait ensemble les dernières recos* »

- Lorsque le MSU adopte une position d'apprenant en termes de compétences pédagogiques.

IMG 05 « *j'avais l'impression de lui apprendre à devenir un maître de stage* »

Selon certains IMG, les MSU adoptent plus souvent cette position d'apprenant lorsqu'ils débutent dans la maîtrise de stage. Elle permet une meilleure évaluation des attentes de l'IMG.

IMG 04 « *c'était leur première interne donc [...] elles voulaient vachement avoir mon ressenti et savoir si c'était bien comment elles faisaient* »

#### **4.2.2.2. Profil de binôme qui présente des difficultés de communication (profil minoritaire)**

Les IMG n'osent pas toujours exprimer leur avis.

IMG 01 « *même si des fois il pense tendre des perches, je trouve ça un peu compliqué de remettre en cause une pratique ou une façon de former* »

Souvent, l'IMG n'arrive pas à aborder ses difficultés du fait d'un manque de disponibilité du MSU, lorsque l'IMG ne se sent pas consulté, ou encore du fait d'un manque de temps. Certains MSU sont conscients de ces difficultés.

IMG 02 « *lui m'a un peu plus imposé sa manière de faire [...] j'avais pas trop mon mot à dire [...] sur l'organisation* »

MSU 03 « *c'est vrai que selon le tempérament qu'on a, selon l'heure de la journée, selon ce qu'on a fait de la journée, on est plus ou moins...* »

Les IMG rapportent que le MSU utilise des questions rhétoriques qui n'offrent pas la possibilité à l'IMG de répondre librement.

IMG 09 « *il avait toujours une manière de me faire approuver les choses "tu es d'accord hein?!" tu*

vois quand quelqu'un te dit "t'es d'accord" c'est hyper compliqué... en fait à t'as pas le choix [...] on sait très bien que l'autre n'attend pas vraiment de réponse, il attend juste un "oui"! On n'aura pas envie [...] de détailler »

Les IMG qui ont fait part d'une communication difficile avec leur MSU, décrivent une relation asymétrique avec ce dernier.

IMG 01 « un rapport de force, [...] je suis le maître de stage et tu es le petit élève [...] c'était pas confraternel »

IMG 10 « c'était... le vieux médecin généraliste dans ses principes et avec son expérience [...] Et puis moi interne, où pour lui [...] j'avais tout à apprendre [...] pas sur un pied d'égalité »

Les deux profils de communication et leur impact sur la réunion de mi-stage sont schématisés sur la figure 1.

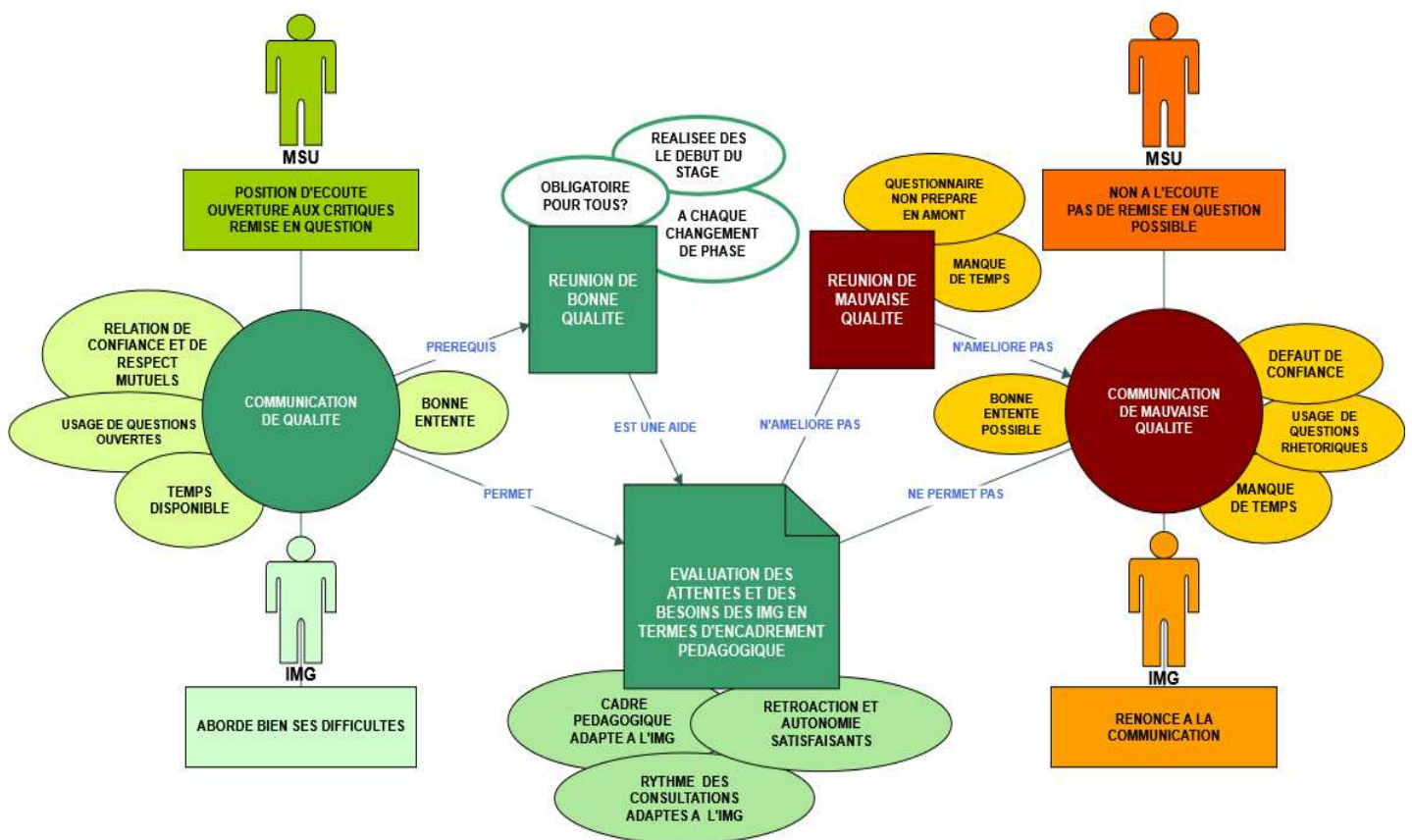


Figure 1: Deux profils de communication selon les IMG

#### 4.2.3. Gestion des situations difficiles

D'après les MSU, les situations difficiles avec les IMG sont rares.

Quand ils y sont confrontés, on note trois façons de gérer la situation :

- La passivité : MSU 10 « On l'a laissé tranquille »
- La discussion (avec l'IMG, avec les autres MSU) :

MSU 09 « Je remets l'ouvrage sur le tapis jour après jour. »

MSU 09 « *Quand on a eu le cas difficile avec l'interne, on en a parlé avec l'autre MSU au téléphone* »

- La réprimande : MSU 08 « *Je lui ai foutu quelques engueulots !* »

Parfois, certains MSU se sont retrouvés confrontés à une relation avec l'IMG de mauvaise qualité qu'ils n'ont pas réussi à améliorer.

MSU 09 « *J'ai réussi à mener le stage au bout hein c'est déjà pas mal (rires), mais je n'ai pas réussi à en faire une bonne relation d'estime réciproque.* »

En parallèle, les IMG ont le plus souvent renoncé à la discussion devant un rapport coût-bénéfice qu'ils jugeaient défavorable.

Certains MSU ont conscience de ce renoncement.

MSU 04 « *ça veut pas dire que tout va bien quand on dit que tout va bien. Ça veut dire que bon on est fatigués, ça veut dire qu'on veut rentrer aussi à la maison, ça veut dire qu'on n'a pas envie d'étaler...* »

Certains IMG se résignent notamment lorsqu'ils pensent que le MSU ne se remet pas en question et qu'un changement est impossible.

IMG 08 « *j'ai eu l'impression que [...] il s'en foutait de ce que je pensais* »

IMG 09 « *lui était tellement sûr de lui que je me voyais pas lui dire [...] ça n'aurait rien changé...* »

Parfois, les IMG optent pour une communication non verbale en adoptant une attitude fermée.

IMG 08 « *j'allais en stage, je faisais les trucs, je tirais un peu plus la tronche que d'habitude* »

### **4.3. Évaluation des besoins et des attentes de l'IMG lors du SN1**

#### **4.3.1. Les attentes et besoins des IMG en termes d'encadrement pédagogique lors du SN1**

##### **4.3.1.1. Les IMG connaissent mal leurs attentes**

Ce n'est souvent qu'en progressant dans l'entretien que les IMG interrogés ont pris conscience de leurs besoins et de leurs attentes. Plusieurs IMG ont estimé initialement que leur stage s'était bien passé, puis l'entretien a fait émerger des difficultés importantes quant à l'application du cadre pédagogique.

IMG 10 « *globalement, ça s'est bien passé... C'était un bon stage [...] j'avais un peu l'impression d'être un SASPAS [...] ou même des fois limite de faire des remplacements [...] il cherchait pas à savoir ce que j'avais fait [...]. Si je me débrouillais, je me débrouillais [...]. J'ai pas été traumatisé du stage, mais C. il avait quand même pour moi au final un peu plus de défauts que de qualités* »

Les IMG s'adaptent aux situations rencontrées et ont souvent peu d'exigence.

Trois IMG présentent une tolérance importante au non respect du cadre pédagogique par leur MSU.

IMG 08 « *Là je faisais avec* »

IMG 01 « *c'était pas grave, j'ai survécu* »



#### 4.3.1.2. Une interrogation approfondie fait émerger certains besoins des IMG

Tous les IMG n'ont pas les mêmes souhaits en termes d'autonomie en fonction de leur parcours, mais tous souhaitent pouvoir moduler le cadre pédagogique qui leur est proposé, en adaptant l'organisation des différentes phases à leurs besoins.

IMG 07 « *c'est vraiment à adapter à chaque situation, à chaque interne... à chaque prat* »

Certains IMG souhaitent pouvoir remplacer la phase de SD par une phase de SI avec un debriefing en fin de chaque consultation, essentiellement lorsque l'IMG n'arrive pas à trouver sa place au cours de la SD.

IMG 07 « *le fait de pas l'avoir forcément à coté, mais de pouvoir rendre des comptes, présenter le cas juste après, c'était un bon compromis...* »

Les IMG attendent du MSU qu'il adapte sa pratique à la présence de l'IMG : planning adapté, durées de consultations suffisantes, espace de travail disponible pour l'autonomie de l'IMG.

IMG 10 « *un planning de consult' qui soit adapté à comment l'interne bosse* »

Le MSU doit être prêt à laisser la main à l'IMG et doit être en mesure d'informer ses patients que l'IMG les recevra seul en consultation.

IMG 04 « *savoir lâcher sa patientèle et savoir laisser de la place aussi à l'interne* »

IMG 04 « *que déjà on nous présente bien au niveau des patients, que les patients soient au courant que ça peut être nous aussi qui [...]les recevions* »

Bien qu'un faible nombre d'IMG n'ait pas compris l'intérêt du débriefing et de la rétroaction, les IMG souhaitent majoritairement que les moments de debriefing et de rétroaction soient systématiques pour toutes les consultations, sur des temps dédiés, et qu'ils soient réalisés rapidement après les consultations.

Ils considèrent que ces moments doivent être l'occasion d'obtenir une évaluation à valeur formative de la part du MSU, et ils y voient l'occasion d'améliorer leurs compétences réflexives et cognitives.

IMG 06 « *avec les points positifs, les points négatifs, ce qu'il pense qu'il aurait fallu que j'améliore, ce qu'il pense qui était bien...* »

IMG 03 « *c'est chouette d'être confronté un peu, bousculé, questionné* »

Les IMG proposent également de mettre en place un briefing, une préparation des consultations prévues dans la journée.

Les IMG recherchent principalement l'acquisition de compétences professionnelles propres à la médecine générale et à l'exercice libéral.

IMG 07 « *on est plus habitué à des prises en charges hospitalières [...] ce qui est très, très, très différent en cabinet* »

L'IMG attend de son MSU qu'il soit impliqué dans son rôle de MSU, disponible, et qu'il lui fasse partager son mode d'exercice et son expérience dans un esprit de compagnonnage.

IMG 07 « *plutôt en compagnonnage avec un maître de stage qui montre à l'interne [...] le monde de la médecine générale, qui lui montre comment lui il fonctionne* »

Les MSU pensent que la principale attente des IMG lors du SN1 est la mise en autonomie.

### 4.3.2. Une évaluation régulière et informelle

IMG et MSU considèrent que la discussion entre eux se fait de façon régulière et non formelle. Les MSU disent questionner régulièrement l'IMG sur ses attentes et besoins. Certains définissent des temps dédiés à la communication avec l'IMG, mais majoritairement dans un contexte de débriefing et de rétroaction.

MSU 06 « *je vais me préoccuper de l'intérêt que l'interne trouve dans le stage.* »

IMG 07 « *on faisait déjà des points, on abordait déjà les sujets de manière assez régulière [...] quasiment toutes les semaines...* »

La majorité des MSU évaluent les attentes, les besoins et les difficultés des IMG de façon instinctive, au feeling.

MSU 05 « *Mais ça se fait surtout au quotidien, au feeling.* »

MSU 08 « *Bon après on sent les choses quand même.* »

Même si certains d'entre eux doutent de la qualité de leur évaluation.

MSU 04 « *Ben parce qu'on oublie des choses, parce que peut-être qu'on évalue pas bien comme il faut [...] Un peu d'inertie là dedans peut-être.* »

Les IMG ont communiqué avec leur MSU au sujet de leur évolution durant le SN1, mais de façon variable, allant de l'IMG qui donne uniquement son consentement à l'IMG qui initie la demande.

IMG 10 « *ils m'ont dit [...] tu vas faire les consultations toute seule [...] et j'ai pas dit non* »

IMG 03 « *je leur ai demandé, enfin j'ai insisté quoi !* »

Les IMG et les MSU ont conscience que les attentes de l'IMG évoluent au cours du stage, et doivent être réévaluées régulièrement.

MSU 06 « *il faut que les internes [...] puissent exprimer leurs attentes du stage, et à différents moments [...] parce que leurs attentes elles évoluent.* »

### 4.3.3. Les limites d'une évaluation formalisée

Pour les IMG, en cas de difficulté, formaliser l'échange sur les besoins de l'IMG est nécessaire, même si en pratique ce n'est pas toujours efficace ni suffisant.

IMG 08 « *quand ça se passe bien je pense que ça peut se faire un peu au feeling [...] quand [...] ça se passe mal [...] s'il n'y a rien d'imposé le problème c'est que les maîtres de sages pourront [...] ne jamais en parler* »

Les MSU éprouvent des difficultés et des réticences pour formaliser l'évaluation des attentes et des besoins des IMG, par manque de temps ou parce qu'ils n'en ressentent pas la nécessité.

MSU 09 « *Parce que ça s'enclenche mal dans nos plannings, c'est un peu par négligence aussi [...] Et puis parce que je ne suis pas sûr qu'on en ressent l'utilité* »

Pour certains MSU, formaliser cette évaluation serait une contrainte inacceptable lors du SN1.

Les MSU peuvent éprouver des difficultés pour questionner l'interne sur son encadrement pédagogique car c'est une remise en question de leur pratique et de leur pédagogie.

MSU 05 « *Parce que ça demande aussi du recul sur soi et que l'interne nous juge* »

#### 4.3.4. La discussion se fait aussi entre les différents MSU

Certains MSU communiquent avec leurs collègues sur l'évolution de l'IMG dans le stage.

MSU 05 « *Et on fait de la même manière, on discute de l'interne, on dit tiens voilà ce qui s'est passé, ou on discute des difficultés qu'on peut avoir ou qu'on peut anticiper* »

Certains IMG ont perçu qu'une discussion entre leurs MSU a permis une meilleure compréhension de leurs attentes.

IMG 09 « *Je sais qu'ils en ont parlé mes deux prats ensemble au téléphone [...] l'autre prat lui avait dit "ben non, avec moi y'a pas de soucis [...]" et je crois que d'ailleurs c'est à ce moment là [...] qu'il m'a filé l'autre bureau* »

#### 4.3.5. Un modèle de communication de qualité permettant la mise en place d'un cadre pédagogique adapté

Les IMG considèrent qu'avoir une relation et une communication de qualité avec le MSU sont des points essentiels.

IMG 03 « *c'est l'entente avec le praticien je pense que c'est vraiment la base* »

Mais si une bonne entente dans le binôme est nécessaire, elle n'est pas toujours suffisante.

Les facteurs nécessaires à une communication de qualité concernant l'encadrement pédagogique selon les IMG sont :

- Que le MSU ait du temps dédié pour échanger avec l'IMG.

IMG 09 « *Ben du temps hein... Franchement moi je pense que c'est la réponse [...] que chaque jour l'interne sente qu'il peut parler [...] avec son prat... et dans l'attitude aussi !* »

- Que le MSU encourage l'expression de l'interne, en initiant la discussion sur son ressenti et en posant des questions ouvertes permettant à l'IMG de répondre librement.

IMG 07 « *avec des questions sur pas que le plan médical, mais effectivement, le comment se sent l'interne dans ce stage ?* »

IMG 09 « *que ce soit pas une question qui soit posée en l'air* »

Les MSU rejoignent les IMG sur la nécessité d'avoir et de prendre le temps nécessaire pour communiquer.

L'une des IMG interrogés a proposé comme piste pour améliorer la communication entre l'IMG et son MSU, qu'au cours du SNI, ils aient à réaliser ensemble un apprentissage commun, sur le principe du développement professionnel. Elle proposait une formation en ligne ou encore une présentation orale qu'ils auraient à réaliser ensemble.

IMG 06 « *peut-être avoir un petit projet comme ça à côté ça peut être intéressant, [...] ça peut permettre à l'interne et au maître de stage de réfléchir ensemble sur un sujet médical et éventuellement ça peut aussi améliorer la communication* »

## 5. Discussion

### 5.1. Limites de l'étude

L'étude n'a pas comporté de triangulation de méthodes (elle aurait pu être complétée par un groupe de discussion focalisée). Les résultats n'ont pas été soumis à validation des participants.

L'étude comporte plusieurs biais :

- Biais de sélection : Les participants ont été sélectionnés parmi une liste définie communiquée par P. Villain (11). Ils sont tous rattachés à l'Université de Bordeaux et avaient tous réalisé la réunion de mi-stage. Il n'y avait pas d'IMG de premier semestre, ils avaient tous déjà effectué au moins un stage aux urgences. Certains MSU ont refusé l'entretien, on peut supposer que ces MSU sont peu concernés par l'aspect pédagogique du SN1, et que ceux ayant répondu s'y intéressent déjà.
- Biais de mémoire : La majorité des MSU avaient peu de souvenirs de la réunion de mi-stage.
- Biais de désirabilité sociale : On peut supposer que certains participants voulaient donner une bonne image d'eux-même et de leur pratique, et qu'ils ont peut-être adapté leurs réponses en fonction.

Les investigatrices ont parfois constaté une mauvaise compréhension des questions, qu'elles avaient la nécessité de reformuler. Elles ont surtout constaté des difficultés pour les personnes interrogées à s'exprimer sur le sujet de la communication. La majorité des participants considéraient la communication comme quelque chose de naturel, voire instinctif, et avaient du mal à prendre du recul et à rendre explicite leur propre façon de communiquer.

Au fil de leurs recherches bibliographiques au sujet de la communication, les investigatrices ont perçu leur propre méconnaissance du sujet, avec notamment la découverte tardive du concept de métacommunication, qui est défini comme un échange d'informations qui a pour objet la communication en elle-même ou la relation entre les deux personnes communiquant. C'est-à-dire une communication sur la communication (25). L'action de métacommuniquer revient donc à prendre du recul par rapport au contenu de l'échange pour observer la relation, le contexte de l'échange et les différents signes non-verbaux émis au cours de l'échange.

Il aurait été intéressant de présenter aux personnes interrogées les grands principes de la communication selon la théorie de Palo Alto (22) avant de débiter l'entretien, afin de leur permettre d'approfondir leur propre réflexion, puisqu'au cours de l'entretien il était parfois difficile pour les investigatrices d'améliorer la pertinence des réponses sans être trop subjectives.

Les investigatrices étaient novices concernant les entretiens et l'analyse qualitative. L'investigatrice qui interrogeait les IMG a constaté une amélioration de la pertinence des réponses obtenues au fur et à mesure des entretiens. L'investigatrice qui interrogeait les MSU n'a pas constaté d'amélioration de la pertinence des réponses de ces derniers malgré des modifications du guide d'entretien et elle a parfois ressenti des difficultés pour orienter les MSU lors des entretiens du fait de sa position d'IMG.

Bien que les participants n'étaient pas habitués à prendre du recul sur leur communication, on peut supposer que des investigateurs habitués aux entretiens, avec de meilleures connaissances et

compétences dans le domaine de la communication, auraient pu obtenir des réponses plus pertinentes.

## **5.2. Points forts de l'étude**

Le sujet de notre étude est original. La communication entre l'IMG et le MSU au sujet des besoins d'encadrement pédagogique de l'IMG n'a, à notre connaissance, pas donné lieu à d'autre étude qualitative.

L'étude s'inscrit dans un projet de recherche plus large, elle fait suite et est complémentaire à l'étude de P. Villain (11). L'approche qualitative a permis de mieux comprendre et expliquer les résultats de cette étude quantitative.

Nous avons effectué un double-codage qui permet de limiter le biais d'interprétation subjective du chercheur. Ce double codage était d'autant plus pertinent qu'il permettait de mettre en parallèle certains participants IMG et MSU et de confronter les entretiens de ces binômes.

Une triangulation des données a été réalisée en interrogeant les deux populations.

La saturation des données a été atteinte, ce qui renforce la validité des résultats.

## **5.3. Principaux résultats**

L'étude avait pour objectif d'explorer la communication entre les IMG et les MSU et de comprendre comment ils s'accordent sur leurs attentes et leurs besoins en termes d'encadrement pédagogique lors du SN1.

Les MSU pensent que dans la majorité des cas, la communication avec l'IMG est de bonne qualité. La médecine étant un métier de communication, ils considèrent qu'ils sont compétents dans ce domaine. Ils ressentent parfois des difficultés lorsqu'il s'agit d'exprimer une critique à l'IMG, et ils perçoivent également que la hiérarchie peut être un facteur limitant à une communication de qualité.

L'avis des IMG est plus contrasté, ils décrivent deux profils de binôme concernant la communication :

- Un profil où la communication est aisée et satisfaisante. Dans ce profil on note une bonne entente dans le binôme avec une relation symétrique, d'échange et de compagnonnage. Le MSU est capable de se remettre en question et d'adopter une position d'apprenant.
- Un profil où la communication est difficile. Ce profil se rencontre lorsque les MSU manquent de temps et de disponibilité pour communiquer avec l'IMG, et ne se remettent pas en question. L'entente n'est pas forcément mauvaise dans le binôme mais la relation ne permet pas à l'IMG de s'exprimer librement.

Quelque soit le profil de binôme, la réunion de mi-stage n'a pas apporté de changements im-

portants. Ainsi au sein des binômes où la communication était déjà de bonne qualité, les IMG ne trouvaient pas d'amélioration après la réunion, mais avaient apprécié pouvoir confirmer le bon déroulé du stage. En revanche au sein des binômes pour lesquels il existait des difficultés au préalable la réunion n'avait pas permis d'amélioration, car l'IMG n'avait pas réussi à exprimer ses difficultés au cours de la réunion.

L'évaluation des attentes et des besoins des IMG lors du SN1 se fait majoritairement de façon régulière et informelle. On note une forte réticence de la part des MSU à la formaliser, même si certains doutent de la qualité de leur évaluation. Les IMG, eux, considèrent que formaliser l'échange devrait être systématique, d'autant plus en cas de difficulté, même si en pratique ce n'est pas toujours efficace ni suffisant.

Les résultats importants de cette étude sont que les IMG connaissent mal leurs besoins et ont peu d'attentes en termes d'encadrement pédagogique lors du SN1, et que les MSU font preuve de peu de réflexivité quant à leurs compétences pédagogiques, avec une approche souvent qualifiée de « au feeling ».

## **5.4. Analyse des résultats**

### **5.4.1. La réunion de mi-stage a peu d'impact**

En concordance avec les résultats de l'étude quantitative de P. Villain (11), on constate que la réunion de mi-stage centrée sur le cadre pédagogique a eu peu d'impact sur la qualité du SN1, de la communication dans le binôme et du cadre pédagogique.

P. Villain a expliqué ce résultat par le fait qu'une intervention ponctuelle ne suffit pas à améliorer l'alliance pédagogique d'un binôme IMG-MSU, et que l'intervention n'a pas touché le public visé, c'est-à-dire les binômes ayant des difficultés pour communiquer. Elle a également noté une faible acceptabilité de l'intervention. Elle a émis l'hypothèse d'une faible acceptabilité de l'évaluation de l'enseignement par les étudiants, pouvant être perçue comme menaçante par certains MSU. D'après son analyse, la prédominance du paradigme d'enseignement a pu détourner la réunion de son objectif initial en faveur d'une évaluation des compétences de l'étudiant au dépend de l'évaluation de ses besoins d'encadrement pédagogique (11).

Notre étude permet d'apporter un éclairage supplémentaire, bien qu'elle ne concerne que les binômes ayant réalisé la réunion de mi-stage. D'après les IMG, la qualité de cette réunion était dépendante du profil de MSU et donc de la communication pré-existante dans le binôme. La qualité de l'intervention dépendait également de la capacité du MSU à accepter une remise en question de sa pratique pédagogique. Certains MSU ont d'ailleurs abordé cette difficulté au cours des entretiens. De plus, IMG et MSU s'accordaient à dire qu'instaurer plusieurs réunions au cours du SN1 serait plus adapté qu'une intervention unique.

L'étude soulève un autre obstacle à l'efficacité de la réunion de mi-stage. Les IMG considéraient cette intervention comme nécessaire mais insuffisante en cas de difficultés lors du SN1. Ils s'accordaient avec les MSU sur la nécessité de faire intervenir un tiers lors de ces réunions en cas de difficultés. Le tiers mentionné ici aurait un rôle de médiateur ou conciliateur (28). Ce rôle vise à apaiser les conflits, en prenant compte des différents points de vue en ouvrant un espace d'expression argumentée, et il offre l'opportunité d'une réflexion a posteriori sur les pratiques

constatées. Le tiers pourrait être un autre MSU ou un membre du DMG par exemple.

## **5.4.2. Les IMG en position d'évaluation**

### **5.4.2.1. Les étudiants ont peu conscience de leurs besoins d'encadrement**

Les IMG interrogés avaient peu d'attentes et d'exigences vis à vis de l'encadrement pédagogique qui leur était proposé.

Cela pourrait provenir du fait qu'ils n'y avaient pas réfléchi avant. Ce n'est souvent qu'en progressant dans l'entretien qu'ils s'interrogeaient pour la première fois sur leurs besoins et précisaient leurs attentes.

Les MSU constataient que les IMG avec plus d'expérience arrivaient mieux à définir leurs besoins et à exprimer leurs attentes, probablement parce qu'ils avaient déjà rencontré diverses situations pédagogiques qui leur offraient un support à la réflexion.

Peu habitués à exprimer leurs besoins devant un rapport coût-bénéfice qu'ils jugeaient défavorable, il est également possible que les IMG ne s'autorisaient pas à avoir d'exigence concernant leur encadrement pédagogique au cours du SN1.

En concordance avec les résultats de la thèse de P. Villain, les investigatrices ont constaté que la majorité des IMG interrogés avait une vision faussée du principe de rétroaction. Parmi eux, la plupart pensait que la rétroaction n'est qu'un débriefing des situations difficiles qui se fait à la demande de l'IMG. Ce constat souligne que les IMG sont mal informés sur l'encadrement pédagogique des stages qu'ils réalisent.

### **5.4.2.2. Un manque de sensibilisation à la position d'apprentissage**

En France, les étudiants en médecine sont habitués à une position d'évaluation plutôt qu'à une position d'apprentissage. En effet, le deuxième cycle présente un cadre pédagogique strict et dominé par la préparation des ECNi, seule évaluation prise en compte, qui prépare peu aux objectifs du troisième cycle. En effet la préparation des ECNi détermine l'ensemble de la démarche pédagogique, rendant les innovations difficiles et décourageant parfois l'investissement des étudiants en stage (29). Leur encadrement et leur évaluation en stage sont assez lâches et souvent empiriques, leur place dans l'équipe clinique et leur statut au sein des services hospitaliers sont flous, très hétérogènes d'un terrain de stage à l'autre (29). Ce contexte conduit à promouvoir exclusivement les acquisitions théoriques et techniques et constitue selon le rapport de 2017 de la Coordination Nationale des Collèges d'Enseignants en Médecine une véritable « *fracture entre les objectifs et la réalité du deuxième cycle* » qui théoriquement a pour objectif l'acquisition de connaissances et de compétences génériques communes à tout médecin quel que soit son exercice futur, et qui devrait également faciliter l'individualisation des parcours de formation dans le cadre de la préparation d'un projet professionnel personnalisé à chaque étudiant (29).

Le second cycle des études médicales ne favorise pas, tel qu'il est actuellement, l'acquisition de compétences réflexives (29). C'est seulement à partir du 3ème cycle que les IMG vont commencer à les développer. Libérés de l'évaluation sanctionnante des ECNi, les IMG devraient pouvoir adopter une position d'apprentissage. Mais pour cela, ils doivent être capables de comprendre les changements de cadre pédagogique qui s'opèrent lors de cette transition, et être convaincus de l'inté-

rêt d'une rétroaction systématique.

Au cours des entretiens, les IMG ont été nombreux à souhaiter une évaluation plus fréquente de leurs compétences, la plupart estimaient qu'être évalué fréquemment est indispensable pour progresser et améliorer leur sentiment d'efficacité personnelle. Aucun IMG n'a évoqué le fait de discuter avec son MSU d'une auto-évaluation de ses compétences, pourtant ces capacités d'auto-critique et d'auto-évaluation constituent un des fondements de la position d'apprentissage (18,19). On peut supposer que l'appropriation de cette attitude favorisant la discussion avec le MSU pourrait également avoir un impact sur l'attitude pédagogique du MSU.

#### **5.4.2.3. Une formation pouvant être cause de souffrance**

Il est étonnant de constater qu'au cours des entretiens, 4 IMG sur 10 ont utilisé spontanément le champ lexical du traumatisme. « Ne pas être traumatisé » peut devenir un but en soi lors des stages d'internat.

Pour rappel, l'Enquête de Santé Mentale chez les Jeunes Médecins réalisée en 2017 retrouvait chez les étudiants en médecine et les jeunes médecins : 66,2% d'anxiété, 27,7% de dépression et 23,7% d'idées suicidaires (à titre de comparaison, entre 3,7 et 4% des femmes et 2,6 et 3,7% des hommes âgés de 20 à 34 ans ont des idées suicidaires dans la population générale) (31).

Ce mal-être des étudiants en médecine est également décrit à l'étranger. Lors d'une étude réalisée à l'université de Sherbrooke en 2003, M. Giroux et D. Bergeron se sont penchés sur le sujet du stress et de la détresse des résidents en médecine. Leurs recherches les ont amenés à considérer de nombreux articles portant sur la souffrance des étudiants, dont certains évoquent la relation avec le superviseur comme source de souffrance. Une relation de mauvaise qualité peut avoir des impacts négatifs sur l'estime de soi, la motivation à apprendre et à poursuivre une carrière médicale, et l'habileté à donner des soins appropriés aux patients. Les auteurs ont ainsi proposé un code de conduite du superviseur dans sa relation avec le supervisé lors de la formation clinique en médecine (32).

### **5.4.3. Les MSU**

#### **5.4.3.1. La réussite ou l'échec de l'alliance pédagogique selon les deux profils**

Au vu des résultats de l'étude et de la littérature, on constate qu'alliance pédagogique et communication de qualité sont liées.

L'alliance pédagogique est définie comme un processus de dialogue où le superviseur et le supervisé ont une compréhension commune des objectifs de la rétroaction, sont d'accord sur les moyens de les atteindre et développe un lien de confiance (7).

Dans le premier profil, les IMG décrivaient une relation de confiance, d'échange et d'écoute mutuelle dans le binôme. Ils se sentaient libres d'aborder d'éventuelles difficultés. On peut qualifier cette relation de symétrique : les deux partenaires sont différents mais ils se respectent mutuellement et communiquent sur un pied d'égalité. (24,25). Dans ce profil, la réunion de mi-stage a été facilement réalisée et les IMG étaient le plus souvent satisfaits de leur encadrement pédagogique, on peut donc dire que l'alliance pédagogique était de bonne qualité.



Dans le deuxième profil, les IMG constataient un manque de disponibilité de la part du MSU et une relation que les investigatrices ont qualifiée d'asymétrique, qui pourrait correspondre à une relation complémentaire dysfonctionnelle selon l'école de Palo Alto : les IMG sont en position « Basse » et les MSU en position « Haute » selon la hiérarchie établie. Chacun se confine dans son rôle et cela crée un éloignement entre les deux membres du binôme (22,25). Les IMG présentaient alors des difficultés pour s'exprimer, il n'y avait pas d'échange et l'encadrement pédagogique ne correspondait pas à leurs attentes. On peut parler d'échec de l'alliance pédagogique dans ce profil.

Conformément à la théorie de l'école de Palo Alto sur la communication (22), la symétrie des interactions dans le binôme jouent un rôle dans la qualité de la communication et de l'alliance pédagogique. Lors du SN1 la relation superviseur-supervisé est asymétrique, en raison du rôle d'évaluateur et du pouvoir de sanction qu'a l'enseignant (30). Il incombe donc aux deux partenaires, IMG et MSU, de réussir à créer une relation qui se rapproche le plus d'une relation d'égalité en respectant cette asymétrie.

#### **5.4.3.2. Un manque de réflexivité sur les compétences pédagogiques**

La majorité des MSU considèrent qu'être pédagogue est une compétence innée, implicite. Il en va de même pour l'évaluation des attentes et des besoins de l'IMG, qui se fait « au feeling ».

Un parallèle peut être fait avec l'activité clinique. Lorsqu'il s'agit de prendre en charge un patient, si le MSU fonctionne au feeling et n'a pas conscience des choix qu'il fait, il ne peut pas les rendre explicites. Ce fonctionnement, qualifié de « pilotage automatique » dans une étude canadienne de 2013, est d'ailleurs un frein à l'apprentissage des IMG car il les prive du modèle de rôle explicite (31). Concernant leur activité pédagogique, on constate qu'il peut de la même façon, exister un fonctionnement en « pilotage automatique » où le MSU n'est pas en capacité d'explicitier les choix de son action pédagogique.

On peut émettre l'hypothèse que l'activité pédagogique n'est pas considérée comme une activité professionnelle à part entière, requérant des compétences et donc un apprentissage. Pourtant lors des entretiens, certains MSU ont émis des doutes sur la qualité de leur formation pédagogique.

Les IMG interrogés au cours de l'étude constatent une différence d'encadrement pédagogique en fonction de l'expérience du MSU. Plusieurs hypothèses peuvent expliquer ce constat : les jeunes MSU ont vécu un internat de médecine générale similaire à celui d'aujourd'hui avec de la même façon un stage de 6 mois chez le praticien. En plus de la différence d'âge moindre, les jeunes MSU pourraient avoir plus de facilités à se mettre à la place de l'IMG et donc à évaluer ses attentes et ses besoins pédagogiques. Un MSU plus jeune pourrait être moins confiant à propos de ses compétences pédagogiques et donc avoir plus tendance à être en position d'apprenant. Les jeunes médecins ont été formés avec un objectif de réflexivité sur la pratique médicale (avec la mise en place du portfolio notamment). Cela pourrait favoriser l'adoption d'une attitude réflexive également au cours des activités pédagogiques.

#### **5.4.4. La communication**

De façon générale, on peut considérer que la communication entre deux personnes est de bonne qualité lorsqu'elle leur permet d'aborder et de résoudre les problèmes qu'ils rencontrent. Sur ce point, on constate que les deux parties se trouvent souvent en difficulté.

#### **5.4.4.1. Les IMG renoncent à exprimer leurs difficultés**

Les IMG n'arrivent pas toujours à exprimer leur avis, parfois du fait d'un manque d'occasion pour l'exprimer et souvent du fait d'un rapport coût-bénéfice qu'ils jugent défavorable :

- Soit parce que le coût leur semble trop important : il existe une crainte de vexer le MSU ou de provoquer un jugement défavorable de sa part. Cela montre que le rapport hiérarchique est bien présent dans l'esprit des IMG. Cette crainte pourrait être diminuée si les MSU étaient plus habitués à être évalués par les étudiants et sollicitaient leurs étudiants pour avoir un retour sur leur activité pédagogique (32).
- Soit parce que le bénéfice attendu est jugé trop faible : certains IMG pensent que leur MSU ne se remet pas en question et ne peut pas changer. D'autres IMG n'ont pas suffisamment conscience du bénéfice pédagogique auquel ils renoncent en n'exprimant pas mieux leurs attentes et besoins à leurs MSU.

Ce manque de conscience de la perte d'intérêt pédagogique d'un stage provient d'un manque de compréhension du cadre pédagogique et d'un manque de réflexion des IMG au sujet de leurs besoins et de leurs attentes.

Parfois, ce renoncement à la communication prend les caractéristiques d'un refus de discussion avec le MSU, et l'IMG adopte une attitude fermée ou une communication non verbale. D'après les IMG, sur les trois MSU confrontés à cette situation, un seul a été réceptif à cette communication non verbale.

Ce renoncement à la communication est d'autant plus fréquent que les IMG n'ont pas à disposition d'outils pour faciliter la communication avec leur MSU.

#### **5.4.4.2. Les MSU renoncent à exprimer leurs difficultés**

Au cours des entretiens, les investigatrices ont rencontré des difficultés pour amener les MSU à exprimer leurs habitudes de communication avec les IMG. La majorité d'entre eux considère la communication comme quelque chose de naturel, et non pas comme une compétence à développer. La majorité des MSU interrogés ne présentaient pas une attitude réflexive vis à vis de leur façon de communiquer.

Certains évoquent cependant des difficultés dans la communication avec l'IMG, notamment lorsqu'ils n'osent pas critiquer négativement l'interne, de peur de le blesser, ou du fait de la situation de hiérarchie. Face à une situation difficile, la plupart d'entre eux ne parvient pas à améliorer la situation, que ce soit en utilisant la discussion, la réprimande ou le renoncement. Face à ce constat, certains MSU se montrent résignés, d'autres jugent qu'ils sont insuffisamment formés.

#### **5.4.4.3. La communication professionnelle en santé, une compétence insuffisamment enseignée**

La communication est une compétence essentielle en matière de relation médecin-patient. Elle l'est tout autant en matière de pédagogie médicale puisqu'elle est le support de la relation IMG-MSU.

Tout comme les compétences pédagogiques, les compétences communicationnelles des

médecins étaient historiquement considérées à tort comme innées et ne font encore aujourd'hui que peu l'objet d'enseignement au cours des études médicales, bien qu'elles fassent l'objet de consensus dans l'éducation médicale (33–35).

En France, la communication reste peu enseignée au cours du cursus médical. C. Hocry au cours de sa thèse, a fait l'état des lieux de la formation à la communication et à la relation médecin-patient dans les différentes universités françaises en 2012-2013. Cet enseignement était hétérogène et ne représentait en moyenne que 11% de l'enseignement théorique en 3e cycle (36). Il est effectué sans faire référence à un modèle étayé par un cadre conceptuel solide, en dehors d'une approche pédagogique rigoureuse, et s'affranchit d'une obligation de résultat, puisqu'il ne fait l'objet d'aucune évaluation (37).

Il est pourtant aujourd'hui bien établi que les compétences communicationnelles peuvent être enseignées et apprises (38).

Pour l'instant, seul l'impact d'une formation en communication dans le cadre de la relation médecin-patient a été évaluée, elle a permis de mettre en évidence une amélioration significative des compétences en communication médecin-patient dans le groupe ayant suivi une formation par rapport au groupe témoin (39). Par ailleurs, C. Larapidie a pu mettre en évidence au cours de sa thèse que les internes interrogés étaient favorables à une formation à la communication dans la relation médecin-patient au cours du 3e cycle et qu'ils estimaient que les médecins généralistes étaient légitimes pour leur apporter cette formation (40).

Millet et al. parlent quant à eux d'une « communication professionnelle efficace dans le domaine de la santé » qui regroupe différentes facettes de la communication et qui doit permettre aux médecins de communiquer tant avec les patients qu'avec leur famille, ainsi qu'avec plusieurs autres intervenants : collègues, professionnels, étudiants, gestionnaires, etc. (37). Cette notion de communication professionnelle dans le domaine de la santé vient ainsi, comme le proposait T. Craig, décloisonner les différents champs d'application de la communication, afin d'en faire un lieu commun à tous, qu'ils agissent dans les soins ou dans l'enseignement (41).

Cette formation des IMG à la communication professionnelle efficace dans le domaine de la santé, ne peut se faire sans des MSU eux-mêmes formés et convaincus du rôle qu'ils ont à jouer dans cet apprentissage. Les universités de médecine ne pourront pas former d'excellents communicateurs si, suite à un atelier sur la communication, les étudiants ne peuvent pas confronter leur théorie à la pratique au cours des stages, et la voir évaluée et critiquée pour l'améliorer. De façon similaire, les milieux de formation ne parviendront pas à faire accepter le message que la communication est une compétence incontournable qui doit s'enseigner si les médecins enseignants sont absents de ces formations et n'y jouent qu'un rôle secondaire (37).

#### **5.4.4.4. Modélisation de la relation pédagogique au service des apprentissages**

La figure 2 modélise les paramètres intervenant dans la relation pédagogique entre IMG et MSU ainsi que leurs interactions. Elle reprend les résultats de l'étude auxquels sont ajoutées les notions développées dans la discussion. Une attitude réflexive chez les deux partenaires du binôme et un temps dédié à la communication sont nécessaires pour permettre un apprentissage de qualité.

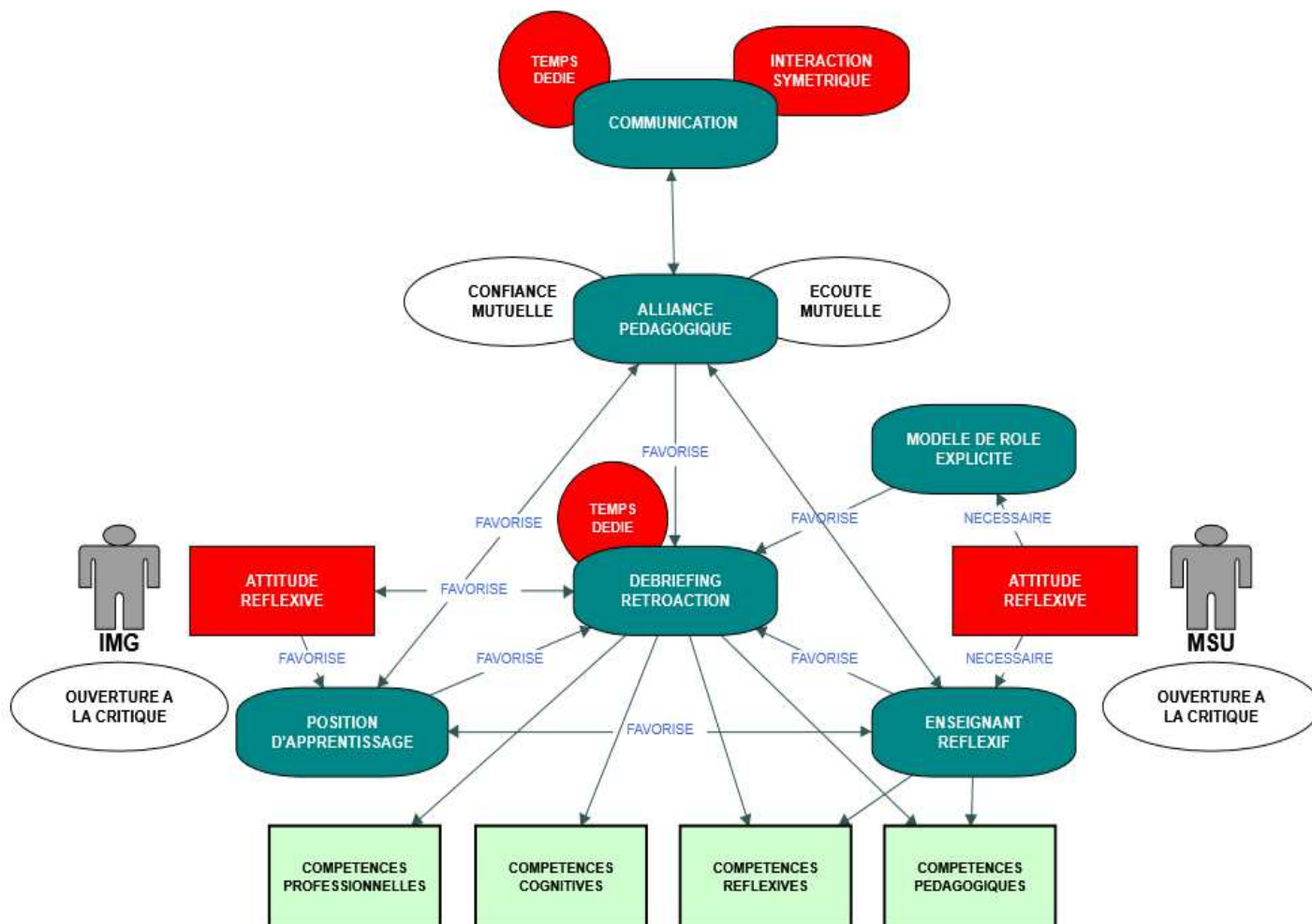


Figure 2: La relation au service des apprentissages

## 5.5. Propositions d'améliorations et ouverture

### 5.5.1. Favoriser le paradigme d'apprentissage dès le deuxième cycle

Les étudiants qui débutent le troisième cycle des études médicales ne sont pas assez préparés à l'acquisition d'une attitude réflexive nécessaire à leur pratique future. Pour faciliter cette transition du second au troisième cycle, il semble important d'agir dès l'externat. C'est ce que préconise le Rapport Mission deuxième cycle, qui propose treize recommandations, parmi lesquelles, la suppression des ECNi au profit d'une régulation en « matching » qui permet une prise en compte du projet professionnel de l'étudiant. Ainsi que la modification des référentiels pédagogiques au profit d'une généralisation de la pédagogie inversée, c'est à dire centrée sur l'apprenant, qui devrait permettre une augmentation du temps consacré à l'apprentissage des compétences professionnelles (29).

### **5.5.2. Former les IMG aux concepts d'éducation médicale**

On peut supposer que le fait que les IMG aient peu connaissance des concepts fondateurs du cadre pédagogique qui leur est proposé leur en limite la compréhension et l'appropriation. Il serait donc intéressant de leur proposer une formation aux concepts fondateurs d'éducation médicale, pour les aider à adopter une posture d'apprentissage.

Chaque IMG devrait pouvoir bénéficier d'une formation initiale lui rappelant ses droits et ses devoirs au cours des différents stages, mais aussi ce qu'il doit attendre du cadre pédagogique (rétroaction et autonomie) et à quels moyens il peut recourir en cas de difficulté. Cette formation pourrait être d'autant plus pertinente si elle était faite conjointement avec les MSU. On peut même envisager qu'améliorer la compréhension du cadre pédagogique par les IMG puisse entraîner à long terme une amélioration de la formation des MSU à la pédagogie dans la mesure où les IMG d'aujourd'hui sont les MSU de demain.

Le collège des médecins de famille du Canada présente sur son site internet plusieurs guides qui ont été rédigés par les résidents à l'intention des résidents, dans le but d'améliorer leur investissement. Ils présentent par exemple des moyens pour obtenir une rétroaction efficace (42), et les éléments à favoriser pour une posture tournée vers les apprentissages (Quality Improvement Education dans le texte original) (43). Ces documents pourraient servir de base à la rédaction d'un livret d'information à l'intention des IMG.

### **5.5.3. Encourager la formation continue des MSU**

L'Université de Montréal, partant du postulat que les compétences professionnelles des cliniciens ne sont pas suffisantes pour en faire de bons enseignants, a développé ces dernières années un curriculum enseignant qui s'apparente à un apprentissage continu, afin de développer les compétences pédagogiques des superviseurs (44,45). Ainsi, les enseignants cliniciens sont obligés de suivre chaque année diverses formations afin d'améliorer leurs compétences pédagogiques.

Afin de guider la réflexion de l'enseignant clinicien, le Collège des médecins de famille du Canada propose un référentiel des activités pédagogiques fondamentales en médecine familiale, qui fournit une feuille de route pour guider l'enseignant clinicien dans son rôle d'accompagnateur pédagogique et de superviseur. Ce guide propose notamment de transformer les « occasions d'enseignement » de tous les jours en « occasions d'apprentissage » pour le superviseur (46).

Dans l'idée de transformer les occasions d'enseignement en occasions d'apprentissage et d'amélioration de ses compétences pédagogiques, une étude de type recherche-action a été développée au Québec auprès de cliniciens enseignants. Les auteurs y ont montré les bienfaits de l'instauration d'une communauté de pratique centrée sur les questions de pédagogie dans cette population (31). Cette communauté a eu des retombées très positives, autant pour les enseignants que pour leurs étudiants. Les cliniciens ont démontré qu'ils comprenaient mieux le sens d'être un modèle de rôle explicite et qu'ils s'étaient approprié cette notion en l'intégrant à leur bagage de connaissances et de savoirs pratiques en supervision. De plus, ils ont consolidé leur répertoire de stratégies pédagogiques, dont une utilisation accrue de la démonstration pratique auprès des étudiants.

Ces différentes modalités d'amélioration des compétences pédagogiques des enseignants cliniciens visent toutes à améliorer la réflexivité des enseignants cliniciens, qui doivent être en mesure d'auto-évaluer leur activité pédagogique pour pouvoir l'améliorer.

Il serait intéressant de réaliser une étude de type recherche-action auprès des MSU en France, en instaurant une formation continue à la pédagogie ou un groupe de pairs centrée sur la pédagogie et la communication, pour évaluer l'impact d'une intervention de ce type chez les MSU, chez les IMG, et dans la relation IMG-MSU.

#### **5.5.4. Améliorer les compétences en communication du binôme**

Les compétences communicationnelles des futurs médecins généralistes dépendent en partie de celles de leurs MSU, former les uns indépendamment des autres semble sous optimal. Pour améliorer les performances des IMG, l'accompagnement par un MSU qui possède les outils de communication et de pédagogie nécessaires est indispensable.

Il pourrait être intéressant de proposer aux binômes IMG-MSU des formations appliquées à la communication médecin-patient, qu'ils pourraient suivre ensemble, et dont ils pourraient mettre les principes en application par la suite au cours du stage. L'intérêt d'une formation à la communication commune pourrait être double : premièrement améliorer les compétences communicationnelles de l'IMG et du MSU, et deuxièmement MSU et IMG se retrouveraient tous deux en position d'apprentissage, la relation et la communication entre eux pourraient en être améliorées.

#### **5.5.5. Promouvoir l'alliance pédagogique entre MSU et IMG**

Au cours des entretiens, un seul des MSU interrogés (et aucun IMG) a spontanément utilisé le terme « d'alliance pédagogique », et on peut considérer que ce concept est encore peu connu des MSU et des IMG. Les résultats d'une étude réalisée au Canada en 2018 confirment cette hypothèse : en interrogeant des superviseurs et des supervisés sur la signification du terme « d'alliance pédagogique », les auteurs ont constaté que cette notion était nouvelle pour la très grande majorité des participants (8).

L'alliance pédagogique est en lien avec la rétroaction, qu'elle définie comme un processus collaboratif influencé par divers facteurs dont la relation superviseur-supervisé et la qualité de la communication dans le binôme (7). Il serait intéressant de promouvoir ce concept chez les IMG dès le début de leurs études, ainsi que chez les MSU. Cela a été fait à Sherbrooke en 2003, où dans le cadre de leur étude, les auteurs ont réalisé un travail de sensibilisation et de promotion auprès des enseignants et des étudiants afin de supporter une culture institutionnelle valorisant un sain climat d'apprentissage. Il serait intéressant que les facultés françaises réalisent ce travail de sensibilisation également (30).

#### **5.5.6. Affirmer l'exigence de la qualité des terrains de stage**

##### **5.5.6.1. Améliorer et standardiser les méthodes d'évaluation des MSU**

L'enseignement de la médecine est soumis à une exigence de qualité du fait des responsabilités des professionnels formés : c'est le concept de responsabilité sociale des facultés de médecine. Depuis 2011, un consensus mondial, indique plusieurs directions stratégiques pour rendre une faculté de médecine plus « socialement responsable » (47). L'axe 7 porte sur

l'amélioration continue de la qualité en éducation, et indique que : « *La faculté de médecine soutient fermement l'utilisation systématique et périodique d'outils de mesure pour son évaluation et sa démarche de qualité* ». De même, le rapport de la WONCA préconise l'évaluation systématique et standardisée des superviseurs, afin de permettre une amélioration de la qualité pédagogique des enseignements dispensés (33).

Dans le monde anglo-saxon, l'évaluation de l'enseignement se pratique depuis une trentaine d'années dans les universités principalement sous la forme d'évaluation de l'enseignement par les étudiants. Son développement est relativement récent en France. Selon Younès N. l'évaluation de l'enseignement par l'étudiant est : « *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* » (32). Malgré un but formatif, cette modalité d'évaluation est globalement peu appréciée et peu comprise des enseignants comme le montrent certaines études (32,48).

Pourtant, les entretiens ont montré que les MSU étaient souvent demandeurs d'accéder aux évaluations des IMG les concernant afin d'améliorer leurs compétences pédagogiques.

Il serait intéressant de formaliser 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 ou à les modifier le cas échéant. La mise en place systématique d'une évaluation de l'enseignement par l'étudiant nécessite que MSU et IMG aient été préalablement informés et sensibilisés à cette démarche formative (32).

Il serait également intéressant d'accompagner les MSU dans une démarche d'auto-évaluation de leurs compétences pédagogiques afin de promouvoir chez eux également l'acquisition d'une attitude réflexive propice aux améliorations.

#### **5.5.6.2. Diversifier les terrains de stage et améliorer le recrutement des MSU**

Au cours des entretiens, la majorité des IMG qui étaient satisfaits de leur SN1 avançaient comme principale raison une diversité et une complémentarité des MSU qu'ils rencontraient. Certains ont même précisé qu'avoir plusieurs MSU dans une même maison de santé ne leur semblait pas judicieux. Ainsi, il serait intéressant de veiller à bien associer des MSU dont les profils diffèrent (âge, exercice rural/urbain, cabinet de groupe/activité isolée...).

Concernant le recrutement des MSU, il existe de grandes disparités entre les différentes régions françaises. Certaines universités sont parvenues à accroître le nombre de terrains de stage disponibles, permettant aux étudiants de réaliser trois voire 4 stage en ambulatoire (49), alors que d'autres universités peinent à recruter le nombre de MSU nécessaire. Ces difficultés de recrutement peuvent être également à l'origine du manque de sélection des MSU, parfois critiqué par les IMG interrogés. (15). Les facultés devraient systématiquement s'assurer de certifier des MSU dont les compétences pédagogiques sont suffisantes pour assurer un stage de qualité pour les IMG.

#### **5.5.7. Accompagner et soutenir les IMG**

L'étude a montré qu'en cas de communication de mauvaise qualité au sein du binôme, une

intervention ponctuelle pour favoriser le dialogue n'est ni efficace ni suffisante. Dans ces conditions, l'intervention d'un tiers est une option à envisager, un membre du DMG par exemple.

Au cours des entretiens, il est ressorti que les IMG comme les MSU attendaient du DMG qu'il assure le suivi de l'IMG. Il serait intéressant que le DMG et l'Université aient plus de ressources à leur disposition pour assurer le suivi du parcours de l'IMG, de son évolution professionnelle, de sa condition psychologique, et soient capables d'intervenir de façon adaptée en cas de difficulté.

Depuis la réforme de l'internat de 2017, l'Université de Bordeaux a mis en place un tutorat des IMG (50). Les tuteurs sont des médecins généralistes formés au tutorat, qui s'assurent que leurs tutorés disposent de toutes les informations nécessaires à la réalisation de leur cursus dans de bonnes conditions. Ils ont également pour rôle de dépister les éventuelles difficultés rencontrées par les tutorés et faire le lien avec le DMG. Il serait intéressant d'avoir un retour sur ce dispositif et d'évaluer s'il existe une amélioration du suivi et des conditions de formation des IMG suite à son instauration.

## 6. Conclusion

L'étude avait pour objectif d'explorer la communication entre les IMG et les MSU et de comprendre comment ils s'accordent sur leurs attentes et leurs besoins en termes d'encadrement pédagogique lors du SN1.

Selon les IMG, deux profils de MSU se sont dégagés de cette étude : un profil où la communication est aisée et satisfaisante, l'alliance pédagogique est alors de qualité, et un profil où la communication est difficile et où on ne retrouve pas d'alliance pédagogique au sein du binôme.

L'évaluation des attentes et des besoins des IMG lors du SN1 se fait majoritairement de façon régulière et informelle et on note une réticence de la part des MSU à la formaliser. Les IMG, eux, considèrent que formaliser l'échange devrait être systématique, d'autant plus en cas de difficulté, même si en pratique ce n'est pas toujours efficace ni suffisant.

La communication est perçue comme une aptitude innée et implicite par la majorité des MSU, qui se considèrent compétents dans ce domaine, ce qui limite la réflexivité dans son activité pédagogique et donc sa capacité à se remettre en question et à progresser.

En parallèle, les IMG connaissent mal leurs besoins et ont peu d'attente en termes d'encadrement pédagogique, car ils adoptent une position d'évaluation plutôt que d'apprentissage.

Des difficultés persistent donc dans les relations de binôme IMG – MSU et dans l'application d'un cadre pédagogique adapté et de qualité.

Il serait souhaitable d'accompagner les IMG et les MSU dans un parcours centré sur la pédagogie et la communication, afin de permettre une meilleure formation des IMG lors du DES de Médecine Générale.



## BIBLIOGRAPHIE

1. Département de Médecine Générale de l'Université de Bordeaux. Charte du Praticien Agrégé-Maître de stage des Universités [Internet]. [cité 21 juin 2020]. Disponible sur: <https://www.medecinmsu.fr/doc/bordeaux/Charte%20MdS.pdf>
2. Van Cleef A, Mauduit J, Vanwassenhove L, Prott F. Utilisation du cadre pédagogique du stage de médecine générale de niveau 1 Qu'en disent les internes et leurs maîtres de stage ? *Exercer*. 2018;146:374-7
3. Chambefort C. et Sarfati S. Le stage chez le praticien de premier niveau en troisième cycle de médecine générale à Grenoble : entre attentes et réalités. Thèse de médecine. Université de Grenoble ; 2008.
4. Teunissen P, Stapel D, Van der Vleuten A, Scherpbier A. Who Wants Feedback? An Investigation of the Variables Influencing Residents' Feedback-Seeking Behavior in Relation to Night Shifts. *Academic medicine: journal of the Association of American Medical Colleges*. 2009.
5. Obisi M. En route vers l'autonomie Stage chez le praticien de premier niveau et Stage Ambulatoire en Soins Primaires en Autonomie Supervisée : quelle perception par les internes de médecine générale ? Thèse de médecine. Université de Lorraine; 2017.
6. Eon-Dahais P. Encadrement pédagogique des maîtres de stage des université en médecine générale: entretiens semi-dirigés auprès de 19 médecins généralistes de la faculté de médecine de Nantes. Thèse de médecine. Université de Nantes; 2013.
7. Telio S, Ajjawi R, Regehr B. The « Educational Alliance » as a Framework for Reconceptualizing Feedback in Medical Education [Internet]. *Acad Med*. 2015. Vol: 90(5). [cité 21 juin 2020]. Disponible sur: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25406607/>
8. Côté L. Réflexion sur une expérience de supervision clinique sous l'angle de l'alliance pédagogique. *Pédagogie Médicale*. 2015;16(1):79-84.
9. Hauer K, Ten Cate O, Boscardin C. Understanding Trust as an Essential Element of Trainee Supervision and Learning in the Workplace. *Adv Health Sci Educ Theory Pract* 2014; (3);1573-1677.
10. Oude Engberink A, Amouyal M, David M, Bourrel G. Étude qualitative du sentiment « d'être prêt à exercer » la médecine générale chez des internes et de jeunes médecins généralistes. *Pédagogie Médicale*. 2011;12(4):199-212.
11. Villain P. Autonomie et supervision en stage praticien de niveau 1 en aquitaine: Favoriser la communication entre l'interne et le maître de stage. Thèse de médecine. Université de Bordeaux; 2020.
12. Département de Médecine Générale de l'Université de Bordeaux. Livret du MSU. 2016. [Internet]. [cité 26 juill 2020]. Disponible sur: [https://www.medecinmsu.fr/doc/bordeaux/livret\\_du\\_msu.pdf](https://www.medecinmsu.fr/doc/bordeaux/livret_du_msu.pdf)
13. InterSyndicale Nationale Autonome Représentative, des Internes de Médecine Générale. La

Réforme du 3ème cycle des études médicales en 3 minutes! (ou presque...). 2017. [Internet]. [cité 21 juin 2016]. Disponible sur: <https://www.isnar-img.com/wp-content/uploads/R3C-en-3-min-ISNAR-IMG.pdf>

14. O'Brien HV, Marks MB, Charlin B. Le feedback (ou rétro-action) : un élément essentiel de l'intervention pédagogique en milieu clinique. *Pédagogie Médicale*. 2003;4(3):184-91.
15. Vandebaviere A. Devenir MSU - Maître de Stage des Universités [Internet]. [cité 26 juill 2020]. Disponible sur: <http://www.medecinmsu.fr/devenir-ma%C3%A9tre-de-stage-des-universit%C3%A9s>
16. Bufala M. Maîtrise de stage et développement professionnel continu: influence de la fonction de maître de stage universitaire sur le développement des compétences d'un médecin généraliste. Thèse de médecine. Université de Nice; 2015.
17. Nicolas F. Impacts de la maîtrise de stage sur l'exercice professionnel des maîtres de stage universitaire en médecine générale, en région Haute-Normandie. Thèse Médecine. Université de Rouen ; 2014.
18. Giroux M, Saucier D, Cameron C, Rheault C. La position d'apprentissage: Un incontournable pour le développement des compétences. *Can Fam Physician*. 2016;62(1):86.
19. 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.
20. Giroux M, Girard G. Favoriser la position d'apprentissage grâce à l'interaction superviseur-supervisé. *Pédagogie Médicale*. 2009;10(3):193-210.
21. Hauer K, Oza, Kogan J, Stankiewicz C, Stenfors-Hayes S-H. How Clinical Supervisors Develop Trust in Their Trainees: A Qualitative Study. *Med educ*. 2015.
22. Institut Pluridisciplinaire d'Etude en Communication. Palo Alto [Internet]. [cité 21 juin 2020]. Disponible sur: <https://www.communicationorale.com/les-differentes-approches-de-la-communication-orale/palo-alto/>
23. Piquemal J. Théorie de la communication [Internet]. [cité 21 juin 2020]. Disponible sur: <https://www.ipec-formation.fr/jp-piquemal/theorie-de-la-communication>
24. Piquemal J, Schwab T. Pratiques de la psychothérapie et psychopathologie clinique. Approche systémique. Institut pluridisciplinaire d'études sur la communication Forcaldier; 2017. [Internet]. [cité 21 juin 2020]. Disponible sur: [https://www.ipec-formation.fr/images/approche\\_systemique/pratiques-de-la-psychotherapie-et-psychopathologie-clinique.pdf](https://www.ipec-formation.fr/images/approche_systemique/pratiques-de-la-psychotherapie-et-psychopathologie-clinique.pdf)
25. Watzlawick P, Beavin J-H, Jackson D. Une logique de la communication. Edition du Seuil. Paris; 1981.
26. Sala B. Stratégies de communication des médecins généralistes dans la relation médecin-patient. Médecine humaine et pathologie. 2018. dumas-01996482. Thèse de médecine. Université de Nice; 2018.
27. Gachoud D, Félix S, Monti M. Stratégies de communication au service de la formation :

quelques outils pratiques. Rev Med Suisse. 2015;11. 2058-2063.

28. Hintermeyer P. Les tiers, au cœur de la dynamique conflictuelle. *Négociations*. 2015;24(2):131-42.
29. Duboiss-Rande J-L, Hennon-Imbault Q. Rapport: Mission deuxième cycle des études de médecine Coordination Nationale des Collèges d'Enseignants en Médecine; 2017. [Internet]. [cité 1 août 2020]. Disponible sur: [https://cncem.fr/sites/default/files/documents\\_en\\_ligne/Rapport2emeCycle2018%281%29\\_0.pdf](https://cncem.fr/sites/default/files/documents_en_ligne/Rapport2emeCycle2018%281%29_0.pdf)
30. Giroux M, Bergeron D. Un code de conduite du superviseur dans sa relation avec le supervisé lors de la formation clinique en médecine. *Pédagogie Médicale*. 2003;4(4):202-7.
31. Côté L, Perry G, Cloutier P-H. 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.
32. Younes N. À quelles conditions l'évaluation formative de l'enseignement par les étudiants est-elle possible en France ? *Rev Fr Pédagogie Rech En Éducation*. 2007;(161):25-40.
33. World Organization of Family Doctors. WONCA Global standards for postgraduate family medicine education 2013. [Internet]. [cité 26 juill 2020]. Disponible sur: [http://www.globalfamilydoctor.com/site/DefaultSite/filesystem/documents/Groups/Education/WONCA%20ME%20stds\\_edit%20for%20web\\_250714.pdf](http://www.globalfamilydoctor.com/site/DefaultSite/filesystem/documents/Groups/Education/WONCA%20ME%20stds_edit%20for%20web_250714.pdf)
34. Makoul G. Essential elements of communication in medical encounters: the Kalamazoo consensus statement. *Acad Med J Assoc Am Med Coll*. 2001;76(4):390-3.
35. Simpson M, Buckman R, Stewart M, Maguire P, Lipkin M, Novack D, et al. Doctor-patient communication: the Toronto consensus statement. *BMJ*. 1991;303(6814):1385-7.
36. Hocry C. État des lieux de l'enseignement théorique de la Relation/Communication médecin-malade au cours du 3ème cycle de médecine générale dans les facultés en France en 2012-2013. Thèse de médecine. Université de Reims Champagne-Ardenne; 2014.
37. Millette B, Lussier M-T, Goudreau J. L'apprentissage de la communication par les médecins : aspects conceptuels et méthodologiques d'une mission académique prioritaire. *Pédagogie Médicale*. 2004;5(2):110-26.
38. Aspegren K. BEME Guide No. 2: Teaching and learning communication skills in medicine-a review with quality grading of articles. [Internet]. [cité 29 juill 2020]. Disponible sur: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21281175/>
39. Yedidia M-J, Gillespie C, Kachur E. Effect of Communications Training on Medical Student Performance. *JAMA*. 2003.
40. Larapidie C. Évaluation des attentes des internes de médecine générale de Midi-Pyrénées concernant une formation à la communication dans la relation médecin-patient. Thèse de médecine, Faculté de Toulouse.; 2018. [Internet]. [cité le 29 juill 2020]. Disponible sur: <http://thesesante.ups-tlse.fr/2122/1/2018TOU31001.pdf>

41. Craig RT. La communication en tant que champ d'études. *Commun Rev Commun Soc Publique*. 2009;(1):1-42.
42. Collège des Médecins de famille du Canada. Guide to Effective Feedback in Family Medicine Residency. Developed by Residents for Residents. 2018. [Internet]. [cité 26 juill 2020]. Disponible sur: [https://portal.cfpc.ca/resourcesdocs/uploadedFiles/Directories/Sections/Section\\_of\\_Residents/GIFT\\_HandoutforRes\\_ENG\\_RevMay18\\_Web.pdf](https://portal.cfpc.ca/resourcesdocs/uploadedFiles/Directories/Sections/Section_of_Residents/GIFT_HandoutforRes_ENG_RevMay18_Web.pdf)
43. Collège des Médecins de famille du Canada. Guide to Quality Improvement Education in Family Medicine Residency. Developed by Residents for Residents. 2019. [Internet]. [cité 26 juill 2020]. Disponible sur: [https://portal.cfpc.ca/ResourcesDocs/uploadedFiles/Directories/Sections/Section\\_of\\_Residents/SOR-GIFT-OnePager-2018.pdf](https://portal.cfpc.ca/ResourcesDocs/uploadedFiles/Directories/Sections/Section_of_Residents/SOR-GIFT-OnePager-2018.pdf)
44. Centre de Pédagogie Appliqué aux Sciences de la Santé de l'Université de Montréal. Curriculum clinicien-enseignant [Internet]. [cité 26 juill 2020]. Disponible sur: [https://www.cpass.umontreal.ca/formation/description-des-formations/formation-en-presentiel/developpement\\_professoral/](https://www.cpass.umontreal.ca/formation/description-des-formations/formation-en-presentiel/developpement_professoral/)
45. Centre de Pédagogie Appliqué aux Sciences de la Santé de l'Université de Montréal. Politique de développement professoral 2019. [Internet]. [cité 26 juill 2020]. Disponible sur: [https://www.cpass.umontreal.ca/wp-content/uploads/sites/4/2019/08/4\\_PolitiqueDevProfessoral\\_FacMed\\_corr\\_20191017.pdf](https://www.cpass.umontreal.ca/wp-content/uploads/sites/4/2019/08/4_PolitiqueDevProfessoral_FacMed_corr_20191017.pdf)
46. Collège des Médecins de famille du Canada. Activités pédagogiques fondamentales en médecine familiale : Un référentiel pour le développement professoral 2015. [Internet]. [cité 26 juill 2020]. Disponible sur: [https://portal.cfpc.ca/resourcesdocs/uploadedFiles/Education/\\_PDFs/FTA\\_GUIDE\\_MC\\_FRE\\_Apr\\_REV.pdf](https://portal.cfpc.ca/resourcesdocs/uploadedFiles/Education/_PDFs/FTA_GUIDE_MC_FRE_Apr_REV.pdf)
47. 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.
48. Normand S, Bernard H. Les professeurs cliniciens se prononcent sur l'évaluation de l'enseignement. *Pédagogie Médicale*. 2002;(3):202-9;
49. Département Universitaire de Médecine Générale de Toulouse. les stages hospitaliers et chez le praticien. [Internet]. [cité 4 août 2020]. Disponible sur: <https://dumg-toulouse.fr/>
50. Collège santé de l'Université de Bordeaux. Tutorat [Internet]. [cité 26 juill 2020]. Disponible sur: <https://sante.u-bordeaux.fr/Espace-etudiant/Tout-sur-vos-etudes/Medecine/DES-de-Medecine-generale/Tutorat>

# ANNEXE 1 : Questionnaire proposé au cours de la thèse de P. Villain

## REUNION DE MI-STAGE

Dans le cadre de mon travail de thèse, je teste ce 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).

Pour cela, 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) le **31 juillet 2019** au plus tard à l'adresse mail :



Merci beaucoup 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 :

.....

- **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** :

- **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

- **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** :



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

—————  —————  —————  —————

- **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 [img@univ-lyon1.fr](mailto:img@univ-lyon1.fr) le **31 juillet 2019** au plus tard.



Fait à ..... le .....

Signature de l'interne :

Signature du MSU :

## ANNEXE 2 : SERMENT D'HIPPOCRATE

### SERMENT MEDICAL

Au moment d'être admis(e) à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer leurs consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera.

Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admis(e) dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me sont confiés. Reçu(e) à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses : que je sois déshonoré(e) et méprisé(e) si j'y manque.