



HAL
open science

Entre rétroactions pédagogiques, évaluations formatives et certificatives : quelle est la pratique effective des MSU de Normandie occidentale accueillant internes de médecine générale en stages ambulatoires ?

Katherine Joseph

► To cite this version:

Katherine Joseph. Entre rétroactions pédagogiques, évaluations formatives et certificatives : quelle est la pratique effective des MSU de Normandie occidentale accueillant internes de médecine générale en stages ambulatoires ?. Médecine humaine et pathologie. 2020. dumas-03162768

HAL Id: dumas-03162768

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03162768>

Submitted on 8 Mar 2021

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

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

UNIVERSITÉ de CAEN - NORMANDIE

UFR de SANTÉ

Année 2020

THÈSE POUR L'OBTENTION
DU GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement le : 23 Septembre 2020

par

Mme JOSEPH Katherine Alice

Né (e) le 21/10/1993 à Lisieux (14)

TITRE DE LA THÈSE :

Entre rétroactions pédagogiques, évaluations formatives et certificatives : quelle est la pratique effective des MSU de Normandie occidentale accueillant internes de médecine générale en stages ambulatoires

Président : Monsieur le Professeur LE BAS François

Membres : Monsieur le Docteur BANSARD Mathieu, Directeur de Thèse
Monsieur le Docteur COUETTE Pierre André, Maître de conférence associé
Madame le Docteur DE JAEGHER Sophie, Maître de conférence associé
Monsieur le Docteur RABIAZA Andry, Chef de clinique

Année Universitaire 2019/2020**Doyen**

Professeur Emmanuel TOUZÉ

Assesseurs

Professeur Paul MILLIEZ (pédagogie)

Professeur Guy LAUNOY (recherche)

Professeur Sonia DOLLFUS & Professeur Evelyne EMERY (3^{ème} cycle)**Directrice administrative**

Madame Sarah CHEMTOB

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

M.	AGOSTINI Denis	Biophysique et médecine nucléaire
M.	AIDE Nicolas	Biophysique et médecine nucléaire
M.	ALLOUCHE Stéphane	Biochimie et biologie moléculaire
M.	ALVES Arnaud	Chirurgie digestive
M.	AOUBA Achille	Médecine interne
M.	BABIN Emmanuel	Oto-Rhino-Laryngologie
M.	BÉNATEAU Hervé	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
M.	BENOIST Guillaume	Gynécologie - Obstétrique
M.	BERGER Ludovic	Chirurgie vasculaire
M.	BERGOT Emmanuel	Pneumologie
M.	BIBEAU Frédéric	Anatomie et cytologie pathologique
Mme	BRAZO Perrine	Psychiatrie d'adultes
M.	BROUARD Jacques	Pédiatrie
M.	BUSTANY Pierre	Pharmacologie
Mme	CHAPON Françoise	Histologie, Embryologie
Mme	CLIN-GODARD Bénédicte	Médecine et santé au travail
M.	DAMAJ Ghandi Laurent	Hématologie
M.	DAO Manh Thông	Hépatologie-Gastro-Entérologie
M.	DEFER Gilles	Neurologie
M.	DELAMILLIEURE Pascal	Psychiatrie d'adultes
M.	DENISE Pierre	Physiologie
Mme	DOLLFUS Sonia	Psychiatrie d'adultes
M.	DREYFUS Michel	Gynécologie - Obstétrique
M.	DU CHEYRON Damien	Réanimation médicale
Mme	ÉMERY Evelyne	Neurochirurgie
M.	ESMAIL-BEYGUI Farzin	Cardiologie

Mme	FAUVET Raffaèle	Gynécologie – Obstétrique
M.	FISCHER Marc-Olivier	Anesthésiologie et réanimation
M.	GÉRARD Jean-Louis	Anesthésiologie et réanimation
M.	GUILLOIS Bernard	Pédiatrie
Mme	GUITTET-BAUD Lydia	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
M.	HABRAND Jean-Louis	Cancérologie option Radiothérapie
M.	HAMON Martial	Cardiologie
Mme	HAMON Michèle	Radiologie et imagerie médicale
M.	HANOUS Jean-Luc	Anesthésie et réa. médecine péri-opératoire
M.	HULET Christophe	Chirurgie orthopédique et traumatologique
M.	ICARD Philippe	Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
M.	JOIN-LAMBERT Olivier	Bactériologie - Virologie
Mme	JOLY-LOBBEDEZ Florence	Cancérologie
M.	JOUBERT Michael	Endocrinologie
M.	LAUNOY Guy	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
M.	LE HELLO Simon	Bactériologie-Virologie
Mme	LE MAUFF Brigitte	Immunologie
M.	LOBBEDEZ Thierry	Néphrologie
M.	LUBRANO Jean	Chirurgie viscérale et digestive
M.	MAHE Marc-André	Cancérologie
M.	MANRIQUE Alain	Biophysique et médecine nucléaire
M.	MARCÉLLI Christian	Rhumatologie
M.	MARTINAUD Olivier	Neurologie
M.	MAUREL Jean	Chirurgie générale
M.	MILLIEZ Paul	Cardiologie
M.	MOREAU Sylvain	Anatomie/Oto-Rhino-Laryngologie
M.	MOUTEL Grégoire	Médecine légale et droit de la santé
M.	NORMAND Hervé	Physiologie
M.	PARIENTI Jean-Jacques	Biostatistiques, info. médicale et tech. de communication
M.	PELAGE Jean-Pierre	Radiologie et imagerie médicale
Mme	PIQUET Marie-Astrid	Nutrition
M.	QUINTYN Jean-Claude	Ophthalmologie
Mme	RAT Anne-Christine	Rhumatologie
M.	RAVASSE Philippe	Chirurgie infantile
M.	REPESSE Yohann	Hématologie
M.	REZNIK Yves	Endocrinologie
M.	ROD Julien	Chirurgie infantile
M.	ROUPIE Eric	Médecine d'urgence
Mme	THARIAT Juliette	Radiothérapie
M.	TILLOU Xavier	Urologie
M.	TOUZÉ Emmanuel	Neurologie
M.	TROUSSARD Xavier	Hématologie

Mme	VABRET Astrid	Bactériologie - Virologie
M.	VERDON Renaud	Maladies infectieuses
Mme	VERNEUIL Laurence	Dermatologie
M.	VIVIEN Denis	Biologie cellulaire

PROFESSEURS ASSOCIÉS DES UNIVERSITÉS A MI-TEMPS

M.	DE LA SAYETTE Vincent	Neurologie
Mme	DOMPMARTIN-BLANCHÈRE Anne	Dermatologie
M.	GUILLAUME Cyril	Médecine palliative
M.	LE BAS François	Médecine Générale
M.	SABATIER Rémi	Cardiologie

PRCE

Mme	LELEU Solveig	Anglais
-----	---------------	---------

PROFESSEURS EMERITES

M.	HURAUULT de LIGNY Bruno	Néphrologie
Mme	KOTTLER Marie-Laure	Biochimie et biologie moléculaire
M.	LE COUTOUR Xavier	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
M.	LEPORRIER Michel	Hématologie
M.	VIADER Fausto	Neurologie

Année Universitaire 2019/2020**Doyen**

Professeur Emmanuel TOUZÉ

Assesseurs

Professeur Paul MILLIEZ (pédagogie)

Professeur Guy LAUNOY (recherche)

Professeur Sonia DOLLFUS & Professeur Evelyne EMERY (3^{ème} cycle)**Directrice administrative**

Madame Sarah CHEMTOB

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

M.	ALEXANDRE Joachim	Pharmacologie clinique
Mme	BENHAÏM Annie	Biologie cellulaire
M.	BESNARD Stéphane	Physiologie
Mme	BONHOMME Julie	Parasitologie et mycologie
M.	BOUVIER Nicolas	Néphrologie
M.	COULBAULT Laurent	Biochimie et Biologie moléculaire
M.	CREVEUIL Christian	Biostatistiques, info. médicale et tech. de communication
M.	DE BOYSSON Hubert	Médecine interne
Mme	DINA Julia	Bactériologie - Virologie
Mme	DUPONT Claire	Pédiatrie
M.	ÉTARD Olivier	Physiologie
M.	GABEREL Thomas	Neurochirurgie
M.	GRUCHY Nicolas	Génétique
M.	GUÉNOLÉ Fabian	Pédopsychiatrie
M.	HITIER Martin	Anatomie - ORL Chirurgie Cervico-faciale
M.	ISNARD Christophe	Bactériologie Virologie
M.	JUSTET Aurélien	Pneumologie
Mme	KRIEGER Sophie	Pharmacie
M.	LEGALLOIS Damien	Cardiologie

Mme	LELONG-BOULOUARD Véronique	Pharmacologie fondamentale
Mme	LEVALLET Guénaëlle	Cytologie et Histologie
M.	MITTRE Hervé	Biologie cellulaire
M.	SESBOÜÉ Bruno	Physiologie
M.	TOUTIRAIIS Olivier	Immunologie
M.	VEYSSIERE Alexis	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie

MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIÉS DES UNIVERSITÉS A MI-TEMPS

Mme	ABBATE-LERAY Pascale	Médecine générale
M.	COUETTE Pierre-André	Médecine générale
Mme	DE JAEGHER Sophie	Médecine générale
M.	PITHON Anni	Médecine générale
M.	SAINMONT Nicolas	Médecine générale
Mme	SCHONBRODT Laure	Médecine générale

MAITRES DE CONFERENCES EMERITES

Mme	DEBRUYNE Danièle	Pharmacologie fondamentale
Mme	DERLON-BOREL Annie	Hématologie
Mme	LEPORRIER Nathalie	Génétique

Remerciements

A Monsieur le Professeur Le Bas François

Je vous remercie sincèrement de me faire l'honneur de présider cette thèse. Je vous suis très reconnaissante pour votre implication dans ce travail. Je suis consciente de l'investissement que cela a demandé. Merci pour votre engagement auprès des étudiants.

Aux Docteurs De Jaegher Sophie, Couette Pierre André et Rabiaza Andry

Je vous remercie d'avoir accepté d'être membres du Jury et pour l'intérêt que vous portez à ce travail. Merci au Docteur Rabiaza pour son analyse en parallèle des résultats. Pour votre implication auprès des internes, je vous suis à tous les trois très reconnaissante.

Au Docteur Bansard Mathieu

Tu as su me guider et m'encourager tout au long de la réalisation de ce travail et tu es resté investi même quand il a fallu changer de cap, pour cela je te remercie infiniment. J'ai été honorée d'avoir un si bon directeur de thèse.

Aux médecins ayant participé à ce travail

Vous m'avez accordée de votre temps et avez répondu à mes questions avec pertinence et sérieux, je vous en remercie.

Au Docteur Bedier Christiane

Merci pour tous tes conseils lors de la relecture de ce travail.

A mes Maitres de stage

Vous m'avez tous accueillie avec bienveillance dans votre cabinet ou votre service hospitalier, vous m'avez aidée à appréhender mon futur métier. Je vous remercie de m'avoir guidée et permise de devenir le médecin que je suis aujourd'hui.

A Florent

Tu as toujours eu à cœur de m'encourager et me soutenir par bon et mauvais temps, tu as toujours su me rassurer quand je doutais et dieu sait que c'est arrivé pendant ces années d'étude. Merci d'avoir cru en moi. Je t'aime.

A ma famille, mes parents, frères et soeur

In France or across the Channel, I'm proud to say that you have always supported and encouraged me. Thank you for broadening my mind and telling me anything is possible. I love you all very much.

A Veronique et André

Merci pour tous ces repas partagés lorsque le temps était compté ces dernières années. C'était toujours une coupure agréable permettant de me vider un peu la tête.

A mes amis

A Amandine, Clotilde, Floriane, Lise et Delphine

Que de bons moments passés ensemble depuis le collège. Merci pour tous ces moments de détente et de rire.

A Hélène, Lucile et Meghan

Nous avons connu les mêmes études, toutes les quatre. Nous avons surmonté les épreuves ensemble en s'aidant mutuellement et même aujourd'hui géographiquement éloignées nous sommes toujours aussi proches. Bon courage pour votre travail de thèse.

A Joanne, Marie, Camille

Je vous remercie de m'avoir aidée dans le recrutement des médecins pour les entretiens. Les retrouvailles le mercredi étaient toujours un plaisir. Bon courage pour votre travail de thèse.

A tous mes autres amis

Abréviations

CNGE : Collège National des Généralistes Enseignants

DES : Diplôme d'Etudes Spécialisées

DPC : Développement Professionnel Continu

DUMG : Département Universitaire de Médecine Générale

GAAP : Groupe d'Apprentissage par Analyse de Pratique

IMG : Interne de Médecine générale

MSU : Maître de stage universitaire

SASPAS : Stage Ambulatoire Supervisé en Soins Primaires en Autonomie Supervisée

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

INDEX Tableaux et figures

Tableau 1 : Caractéristiques de l'échantillon

Tableau 2 : Livre thématique

Table des matières

Introduction.....	1
Matériel et méthode	3
I/ Population étudiée :	3
II/ Elaboration d'un guide d'entretien :	3
III/ Déroulement des entretiens semi-dirigés :	3
IV/ Retranscription des enregistrements :	4
V/ Méthode d'analyse des données :	4
Résultats.....	5
I/ Caractéristiques de l'échantillon :	5
II/ Caractéristiques des enregistrements :	5
III/ Analyse des données :	5
1) Rôle des MSU	5
2) La notion de compétence en médecine générale	8
3) L'aisance à la pratique de la rétroaction et l'évaluation.....	8
4) La rétroaction pédagogique : pratique et freins	9
5) Les évaluations formatives : pratique et freins.....	15
6) Les évaluations certificatives : pratique et freins.....	17
7) Invalidation de stage : pratique et vécu.....	21
8) Suggestions pour l'amélioration des pratiques des évaluations formatives et certificatives	23
9) Posture non verbale durant l'entretien	24
10) Exercice d'introspection apporté par l'entretien.....	25
11) Livre thématique.....	26
Discussion.....	27
I/ Les principaux résultats	27
II/ Les forces et limites de notre étude	27
III/ Supervision clinique versus rétroaction pédagogique	28
IV/ Limites floues entre évaluation formative et interaction pédagogique	31
V/ L'auto-évaluation : l'outil-clé pour une harmonisation ?	32
VI/ Faire évoluer la grille de validation de fin de stage ?	33
VII/ Invalidation de stage : Vécu et place du DUMG	34
Conclusion	35
Bibliographie.....	36
Annexes.....	39
Annexe 1 : Guide d'entretien.....	39
Annexe 2 : Grille de validation de stage fournie par le DUMG de Caen.....	40
Annexe 3 : Verbatims des entretiens.....	41

Introduction

En 2004, le diplôme d'étude spécialisée (DES) de médecine générale voit le jour et son cursus répond au référentiel métier défini par l'organisation mondiale des médecins de famille (WONCA)(1) en 2002. Deux parties composent la formation de l'interne de médecine générale (IMG) : la formation théorique et la formation pratique.

La formation pratique lors des stages hospitaliers et ambulatoires est une entité pédagogique indispensable, permettant l'acquisition de compétence à travers la confrontation des connaissances à divers mises en situations authentiques complexes. Ces stages ambulatoires sont le stage de Niveau 1 (ou premier niveau) où l'objectif est une mise en autonomie progressive de l'IMG et le stage ambulatoire supervisé en soins primaires en autonomie supervisée (SASPAS ou deuxième niveau) qui finalise l'autonomie en fin de cursus.

Les maîtres de stage universitaire (MSU) qui encadrent les internes, ont suivi une formation spécifique et leur statut répond à un cadre législatif défini (arrêté du 04 Février 2011) (2).

Au début des années 2000, le collège national des généralistes enseignants (CNGE) a décidé de basculer la formation des IMG vers le paradigme d'apprentissage(3) dans une approche par compétences.

On peut retenir cette définition de la compétence de Legendre(4): « « savoir agir » modulable, adaptable (non figé), la combinaison (savoir mobiliser, savoir combiner et savoir transposer) de différents types de ressources internes et externes (savoirs, savoir-faire, qualités personnelles, ressources de l'environnement) en vue de résoudre une situation problème ». Ainsi la démarche évaluative prévoit que l'IMG dispose de temps, de contextualisation, de consultations de ressources et de rétroactions pédagogiques entre lui et le MSU pour améliorer ses performances et donc son niveau de compétence.

On comprend donc que l'évaluation couvre deux finalités. Comme l'indique Gardner (5), la première permet la validation ou non d'un stage qui correspond à la notion de certification. La deuxième finalité a pour but une progression dans les niveaux de compétences et forme le socle permettant de cibler les besoins d'apprentissage. Apprentissages et évaluations sont donc indissociables.

Dans la théorie développée par Ericsson et Al.(6) repris par Coté et Belanger(7) dans leur étude d'un dispositif de formation des médecins cliniciens, il estime que le développement de l'expertise dépend d'une part de l'implication de l'IMG dans sa formation mais aussi de la qualité et fréquence de la rétroaction qu'il reçoit. Ainsi ils ont défini la rétroaction pédagogique comme une discussion entre le MSU et l'IMG centrée sur la performance de l'étudiant. Ainsi comme l'a décrit Kilminster et ses collaborateurs (8), il y a d'une part la supervision strictement clinique garantissant la sécurité du patient et la supervision pédagogique en contexte clinique qui vise à mettre en évidence les besoins d'apprentissage.

Les MSU ont un rôle de facilitateur des apprentissages dans cette approche où l'étudiant est l'acteur principale de sa formation (5). Tardiff souligne dans son chapitre consacré au paradigme

d'apprentissage (9) que l'enseignant ne doit pas donner la réponse à l'IMG mais le guider dans sa réflexion pour résoudre une situation complexe puis quand la situation se répète, le laisser faire et mesurer sa capacité d'autonomie et donc son niveau de compétence.

Selon Legendre (4) l'évaluation des apprentissages est un processus plus ou moins formel qui comporte trois étapes : recueil d'information, interprétation du recueil pour porter un jugement et prendre une décision par rapport au jugement porté.

Ainsi l'évaluation repose plus sur un jugement que sur une mesure et nécessite donc des critères précis.

La Marguerite des compétences est donc définie par Compagnon et Al. puis le référentiel des compétences créé en 2013 (10) (11) dans un contexte d'exigence sociale grandissant qu'explique Jouquan (12) : les patients veulent de la transparence quant à la formation médicale et la garanti de médecins compétents.

Différents moyens sont donc mis en œuvre pour l'évaluation des caractéristiques de chaque compétence, notamment: les groupes d'apprentissage par analyse de pratique (GAAP), le Portfolio et surtout la mise en situation authentique lors des stages pratiques et la rétroaction pédagogique avec le MSU (13).

Dans une volonté de plus en plus importante, de faire la part belle aux stages ambulatoires comme démontrée en 2017 par l'instauration du SASPAS obligatoire (14), il paraît indispensable que les MSU généralistes soient formés et sachent pratiquer les rétroactions pédagogiques et évaluations formatives et certificatives des IMG.

Une étude qualitative menée en 2013 par P. Eon-Dehais (15) portant sur l'encadrement pédagogique réalisé par des MSU dépendants de la Faculté de Nantes montrait des disparités dans les pratiques, l'absence d'utilisation d'outils pour la rétroaction pédagogique et des méthodes peu formalisées.

Pour pallier cela, un référentiel de compétence fut notamment créé et testé sous forme de grille auprès de MSU lors d'une thèse en 2013 par Valérie Bamberger (16). Et depuis de nombreuses grilles d'évaluation ont vu le jour dans différentes facultés de France.

Mais, une étude qualitative (17), menée en 2015 par C. Couton auprès de 15 MSU dépendant de la faculté de Tours dont une partie faisait un état des lieux de la pratique de l'évaluation des internes en stage ambulatoire par les MSU, semble confirmer la grande variabilité des pratiques. Certains MSU (une minorité) rapportaient même, ne pas avoir de critères de jugement pour l'évaluation de l'interne ce qui laisse donc une grande part à la subjectivité.

Ainsi qu'en est-il, en 2020, de la pratique des MSU en Normandie Occidentale ?

C'est l'objet de cette étude : Faire un état des lieux de la pratique de la rétroaction pédagogique et de l'évaluation des internes en stage ambulatoire par les MSU de Normandie Occidentale.

Matériel et méthode

Nous avons mené une étude qualitative (18) par entretiens individuels semi-dirigés auprès des MSU de Normandie Occidentale.

I/ Population étudiée :

Nous avons recueilli auprès de la scolarité de la faculté de médecine de Caen la liste des MSU de Normandie Occidentale pour l'année 2019-2020.

Les critères d'inclusion étaient : les médecins généralistes installés en ambulatoire en Normandie Occidentale ayant la fonction de Maître de Stage Universitaire (MSU) et accueillant des internes en SASPAS et stage de niveau 1.

Les critères d'exclusion étaient : les MSU faisant partis ou ayant fait partis du DUMG, les nouveaux MSU n'ayant pas encore reçu d'internes et les MSU recevant exclusivement des externes.

Les méthodes de recrutement utilisées étaient l'effet boule de neige : recrutement de nouveaux MSU orientés par un autre médecin, et aléatoire : en nous aidant de la liste fournie par la scolarité. Le recrutement du MSU suivant était conditionné par les entretiens précédents pour obtenir un échantillon à variation maximale afin de recueillir la plus grande variété de réponses. Nous avons souhaité que les 3 départements de la subdivision Caennaise (Calvados, Manche, Orne) soient représentés.

Les MSU étaient contactés initialement par téléphone. Lorsqu'ils donnaient leur accord pour participer à l'étude, un mail informatif leur était adressé et un rendez-vous était fixé.

II/ Elaboration d'un guide d'entretien :

Un guide d'entretien (annexe 1) fut élaboré à partir de la charte des MSU décrivant les droits et devoirs des MSU et des internes en stage ambulatoire, et des données existantes de la littérature. Ce guide d'entretien est composé de questions ouvertes simples, faciles à comprendre et neutres. Il a évolué entre les séances au fur et à mesure que de nouveaux thèmes émergeaient au cours des entretiens.

Un premier entretien dit exploratoire avec un MSU volontaire a permis de se familiariser avec cet outil pour assurer une meilleure qualité des entretiens suivants, les données recueillies furent retranscrites mais n'ont pas été intégrées aux analyses.

III/ Déroulement des entretiens semi-dirigés :

Les entretiens semi dirigés eurent lieu dans le cabinet de chaque MSU (sauf un MSU pour qui l'entretien s'est déroulé dans les locaux du conseil de l'ordre des médecins de Caen) en face à face afin de recueillir les éléments de communication non verbales des personnes interrogées. Des notes furent prises pendant l'entretiens dans ce but. Les entretiens ont été réalisés par une seule investigatrice.

Le déroulé des entretiens était structuré par le guide d'entretien en annexe 1.

Les entretiens se sont déroulés sur la période du 06/05/2020 au 17/06/2020.

Chaque entretien était précédé d'un rappel bref de l'objectif de l'étude et les principes du déroulement de l'entretien individuel.

L'enregistrement audio de l'entretien fut réalisé au moyen d'un dictaphone numérique après recueil du consentement des MSU.

IV/ Retranscription des enregistrements :

La retranscription était réalisée sur un document Word après anonymisation. Pour chacun des quatorze MSU un numéro d'anonymat leur a été attribué.

Elle a été effectuée avec la méthode verbatim conformément à une volonté de maintenir une richesse des résultats et rapidement après l'enregistrement. Les parties en gras représentent les paroles de l'enquêtrice.

V/ Méthode d'analyse des données :

Les entretiens ont été menés jusqu'à saturation des données.

L'analyse a été réalisée par théorisation ancrée (19). Les enregistrements ont été réécoutés en intégralité, ainsi que les retranscriptions et les notes relues pour cibler les mots clés, les thèmes récurrents et procéder à une extraction de citations au fur et à mesure en codage ouvert. Les thèmes recueillis ont été hiérarchisés manuellement pour chaque entretien puis mis en commun avec repérages de sous-thèmes.

L'arborescence a été construite en s'appuyant sur notre guide d'entretien. Chaque item fut illustré par un extrait du recueil de données le plus approprié.

La triangulation des données fut permise grâce à un codage parallèle en aveugle avec un second chercheur universitaire, formé à l'analyse des entretiens. Ceci permet de croiser les idées obtenues et de valider notre méthode et nos résultats.

Un avis auprès de la CNIL fut pris et nous sommes en attente d'une réponse.

Résultats

I/ Caractéristiques de l'échantillon :

Un échantillon de 14 MSU fut créé, répartis sur 9 cabinets différents dont 4 étaient installés dans le Calvados, 7 dans la Manche et 3 dans l'Orne. Les caractéristiques des MSU inclus ont été décrites dans le tableau 1.

MSU	Durée des entretiens (mins'sec)	Sexe	Année d'installation	Département d'installation	Démographie du lieu d'exercice	Seul ou cabinet de groupe	Durée statut MSU (années)	Coordonateur du terrain de stage	Niveau d'internes accueillis	Formation MSU	Autres fonctions pédagogiques
MSU 1	13'26	F	2013	Manche	Semi Rurale	Groupe	7	Non	1 et SASPAS	Oui	GAAP
MSU 2	17'08	H	1989	Manche	Semi Rurale	Groupe	7	Oui	SASPAS	Oui	
MSU 3	9'42	F	2012	Calvados	Urbaine	Groupe	8	Non	SASPAS	Oui	Externe / Tutrice
MSU 4	15'00	H	2009	Calvados	Urbaine	Groupe	11	Oui	SASPAS	Oui	GAAP/ Externe/ Tuteur
MSU 5	22'32	H	2013	Manche	Semi Rurale	Groupe	5	Non	1 et SASPAS	Oui	Externe / Tuteur
MSU 6	17'05	H	1991	Manche	Urbaine	Groupe	5	Oui	1 et SASPAS	Oui	GAAP /Externe/ Tuteur
MSU 7	17'18	H	1989	Manche	Urbaine	Groupe	5	Oui	1 et SASPAS	Oui	Externe
MSU 8	14'33	F	2010	Manche	Urbaine	Groupe	5	Non	1 et SASPAS	Oui	Externe
MSU 9	12'13	H	1989	Manche	Semi Rurale	Groupe	4	Non	1 et SASPAS	Oui	
MSU 10	16'28	F	1997	Orne	Rurale	Seule	3	Non	1	Oui	
MSU 11	13'34	F	2012	Orne	Urbaine	Groupe	2	Non	SASPAS	Oui	
MSU 12	18'34	F	1990	Orne	Urbaine	Seule	4	Non	1	Oui	
MSU 13	24'01	H	1983	Calvados	Urbaine	Groupe	12	Non	SASPAS	Oui	Externe
MSU 14	16'56	H	1994	Calvados	Semi Rurale	Groupe	15	Oui	1 et SASPAS	Oui	GAAP

Tableau 1 -Caractéristique de l'échantillon
mins : Minutes, sec : Secondes, H : Homme, F : Femme

II/ Caractéristiques des enregistrements :

Aucun des MSU n'a refusé l'enregistrement de l'entretien. Ainsi quatorze enregistrements ont été retranscrits pour analyse.

Le temps d'enregistrement variait de 9 minutes et 42 secondes à 24 minutes et 1 seconde. Le temps moyen d'enregistrement était de : 16 minutes et 16 secondes.

Les retranscriptions ont été réalisées par méthode Verbatim et sont présents en Annexe 3.

III/ Analyse des données :

La saturation des données a été obtenue au terme de treize entretiens. Un entretien supplémentaire a été réalisé pour confirmer la saturation.

Après analyse des données, 8 grands thèmes ont été identifiés.

1) Rôle des MSU

Les MSU se définissaient comme des « conseillers bienveillants ».

- Être MSU était un plaisir qu'ils partageaient tous

Soit lors de l'enregistrement, soit en aparté la quasi-unanimité des MSU avaient souligné leur plaisir à accueillir des internes. Un MSU avait même dit qu'il incitait d'autres confrères à accueillir des internes également.

« et puis bon j'adore faire ça, [...] c'est super » (MSU 9)

Leur plaisir passait par le partage d'informations.

« la transmission hein.. c'est quelque chose de.. de vitale. Parce que, je crois que l'on peut pas faire d'enseignement si on a pas envie de transmettre » (MSU 6)

Ils prenaient également plaisir à faire découvrir leur métier et parfois d'autres domaines de compétences.

« moi je.. je fais plus de médecine du sport, un peu d'ostéo [...] j'en ai un qui a fait de l'ostéo après son passage en stage ici, ça lui avait donné envie de faire de l'ostéo » (MSU 7)

Enfin, ils prenaient également plaisir à s'enrichir mutuellement car ils mettaient en avant le fait que les internes leur apportaient également des connaissances : c'était souvent décrit comme un partage d'expériences dans les 2 sens.

« il y avait une approche plus moderne à voir donc ça c'est très intéressant, ça nous permet de modifier nos pratiques aussi » (MSU 6)

- Modèles versus facilitateurs des apprentissages

Les MSU se définissaient tous comme enseignants. En revanche, il a semblé que les MSU les plus âgés se définissaient davantage comme des modèles et les MSU plus jeunes comme aidants. Cela ne différait pas entre les MSU accueillant des internes de niveau 1 ou des SASPAS.

Un MSU avait même fait une démonstration de transmission de savoir qu'il apporte à ses internes, en expliquant pendant l'entretien comment couper un ongle de pied pour éviter les ongles incarnés.

« il y a des choses c'est vrai qui euh.. qui se transmettent que de bouche de druides à oreilles des druides hein.. (rires) et qui sont pas forcément dans les livres par exemple : comment est-ce qu'on coupe un ongle de pied ? » (MSU 6)

Ce même MSU semblait prôner la transmission du savoir par la démonstration de sa pratique.

« il y a des choses c'est vrai qui euh.. qui se transmettent que de bouche de druides à oreilles des druides » (MSU 6)

Les MSU qui se définissaient plutôt comme facilitateurs des apprentissages disaient être présents pour favoriser la réflexion de l'interne sur son examen clinique, ses prescriptions...

« voilà moi j'essaye de pousser à aller un peu au-delà à savoir pourquoi on prescrit ceci, pourquoi cela, pourquoi ça semble plus adapté que celui-là etc.. » (MSU 4)

- Leur rôle clé était le compagnonnage

Chaque MSU avait pu décrire son rôle auprès des internes et le terme qui se dégageait le plus souvent était compagnonnage / accompagnement : la moitié l'avait évoqué pendant ou après l'enregistrement.

« il y a un aspect compagnonnage : c'est-à-dire on lui fait.. c'est partager nos expériences » (MSU 14)

Pour une partie des MSU, il s'agissait à la fois de réassurance ou de mettre les internes en autonomie, en confiance.

« les rassurer.. en disant que l'on n'a pas la science infuse, que même moi, je continue à apprendre » (MSU 12)

Deux MSU évoquaient un rôle plus modeste, l'un accueille un interne en SASPAS et l'autre un interne de Niveau 1. Mais malgré leur modestie, ils semblaient tous les deux très impliqués auprès des internes qu'ils accueillent.

« *j'espère qu'on est utile ! (rires)* » (MSU 4), « *Je ne sers pas à grand-chose* » (MSU 10)

A cela s'ajoutait dans certains cas, un rôle d'intermédiaire pour assurer une bonne relation médecin-stagiaire /patient.

« *Moi je suis le catalyseur en fait ! [...] Je suis là pour.. euh.. pour que l'interaction entre le patient et [...] le stagiaire médecin, se passe le mieux possible* » (MSU 10)

D'autres disaient qu'ils permettaient à l'interne de consolider ses acquis en sécurité et deux MSU disaient jouer le rôle d'accompagnateur qu'eux auraient aimé avoir lorsqu'ils étaient internes.

« *je trouve ça très bien ce système là, et je regrette de ne pas l'avoir vécu [...] cette possibilité d'exercer pendant 6 mois sous la tutelle de seniors euh.. je trouve que c'est bien* » (MSU 13)

Certains se démarquaient des autres MSU hospitaliers par leurs rôles propres de médecin généraliste ambulatoire et la transmission de la pratique médicale du terrain différente de celle des livres.

« *enfin je pense qu'on est là pour leur apprendre la médecine de terrain* » (MSU 2)

Certains disaient que leur rôle évoluait en fonction des internes : de leur niveau et de leur caractère mais également en fonction du moment du stage.

« *différent entre le premier et deuxième niveau c'est sûr! Et puis, différent selon le moment du stage. Et très différent selon le type d'interne aussi! S'ils ont pas le même niveau.* » (MSU 1)

Certains remettaient en question leur rôle dans des cas précis notamment en supervision directe, estimant que leur présence en consultation pouvait gêner l'interne supervisé.

« *je leur dis [...] tu as l'air beaucoup mieux tout seul, et ils me disent oui oui oui. (rires) ce qui nous rend modeste sur notre rôle quand on est à côté d'eux quoi* » (MSU 6)

Sans le dire de façon explicite, les MSU considéraient qu'ils avaient un rôle à travers l'évaluation et la validation.

« *Je pense que si j'ai pas envie d'évaluer si j'ai pas envie de donner mon avis, je sers à rien du coup, hein* » (MSU 10)

Seul un MSU estimait que la validation ne devait peut-être pas être de son ressort.

« *C'est difficile de l'évaluer hein et puis c'est difficile de juger euh.. un futur confrère ou consœur [...] C'est difficile d'exprimer pourquoi on ne va pas valider quelqu'un. On l'a jamais fait en plus ! Et j'ai envie de dire ce n'est pas notre rôle* » (MSU 5)

- Pour pouvoir exercer leur rôle les MSU avaient des attentes particulières :

D'abord auprès des internes, ils attendaient de la rigueur et du sérieux.

« *il faut être concentré sur ce que l'on fait, hein, si on regarde son téléphone en même temps c'est.. c'est pas la peine* » (MSU 10), « *pour moi ça me semble normal d'arriver à l'heure* » (MSU 12)

Ensuite auprès du DUMG, la majorité comptait sur le DUMG pour une aide lors de difficultés avec un interne et pour fournir des outils pour la validation du stage.

« *alors il faut pouvoir dès le début se rendre compte si il y a un problème dans la pratique et d'en avertir l'UFR* » (MSU 5)

2) La notion de compétence en médecine générale

Un concept encore flou pour quelques MSU, et des avis contraires sur le sujet

- La marguerite des compétences : une notion qui paraissait difficile à utiliser

La notion de compétence en médecine générale avait été abordée seulement avec la moitié des MSU : soit parce qu'ils l'évoquaient spontanément soit parce qu'ils étaient choisis de manière aléatoire plutôt en fonction du temps qu'ils voulaient bien accorder à l'entretien.

Certains n'avaient jamais entendu parler de cette notion.

« vous savez la Marguerite des compétences que l'on a à la faculté de médecine [...], est-ce que vous en avez entendue parler? Non, non » (MSU 13)

D'autres connaissaient le concept à travers des étudiants.

« Oui, oui oui, je me rappelle d'une interne pour qui ça lui sortait par les yeux de la tête, donc elle m'avait expliquée ce que c'était (rires) » (MSU 8)

Aucun n'utilisait cet outil dans leur quotidien de manière formalisée pour interagir avec les internes et les avis étaient partagés quant à l'utilité de cet outil.

Certains estimaient qu'il était intéressant de mettre des mots sur la pratique quotidienne du médecin généraliste mais que cela avait plutôt un intérêt académique.

« On le fait certainement mais pas.. pas de manière formalisée en disant ça, ça va sur telle pétale et ça à tel endroit » (MSU 8), **« c'est toujours passionnant d'intellectualiser, de réfléchir et de théoriser une pratique. »** (MSU 4)

D'autres jugeaient cela inutile.

« C'est une mode [...] C'est en train de faire un gros flop! Et (soupirs) j'ai énormément de mal à adhérer » (MSU 1)

3) L'aisance à la pratique de la rétroaction et l'évaluation

Les MSU étaient pour la majorité mal à l'aise avec la pratique de l'évaluation.

- Les MSU se définissaient comme gentils :

Les MSU avaient une volonté de bien accueillir leur interne et de se montrer bienveillant et à l'écoute. Les MSU soutenaient les internes en difficulté psychologique ou du point de vue des connaissances.

« on va dire qu'on est très très gentil (sourire), et que ni l'un ni l'autre on se voit comme meilleur euh.. que peut l'être un interne. » (MSU 1)

Ainsi ils ne faisaient pas d'évaluations formatives qu'ils jugeaient sévères à l'égard des IMG des deux niveaux. En revanche, c'était lors des interactions, qu'ils allaient suggérer des changements à l'interne.

« Euh.. ce qui veut pas dire que quand c'est pas impeccable euh.. on ne leur met pas la tête sous l'eau : on leur dit bah là il faut.. on peut faire ça ou ça. » (MSU 6)

- L'ensemble des MSU n'avait pas aimé le terme « jugement » dans une des questions du guide d'entretien :

A la question « comment faites-vous pour porter un jugement ? » tous les MSU avaient voulu apporter une nuance, en mettant en avant le fait que le mot jugement les portait à une place qu'ils estimaient ne pas être la leur. En effet, il ne se positionnait pas en tant que juge dans l'évaluation d'un étudiant. « *Je n'aime pas le mot jugement d'abord, je n'aime pas le mot jugement je donne un avis: je donne un avis* » (MSU 13)

Certains mettaient en avant le fait que la position de juge était difficile à adopter par le fait qu'il y ait toujours une part de subjectivité dans leur évaluation puisqu'ils se servaient de leur propre pratique comme élément de comparaison.

« *on est les observateurs par rapport à notre propre pratique ! On euh.. on va les comparer à la façon dont on travaille, nous, mais il y a différentes façons de fonctionner !* » (MSU 5)

- Les évaluations en général n'étaient pas la partie que les MSU préféraient faire mais tous disaient qu'elle était nécessaire

Les MSU n'étaient pas à l'aise avec la pratique de l'évaluation pour différentes raisons.

Un MSU avait même confié être content que ce soit son collègue qui s'occupait de cette partie.

« *Mais non moi sur l'évaluation j'avoue que.. je suis bien contente que ce soit Dr L. qui le fasse en fait, c'est vrai, hein* » (MSU 10)

Beaucoup de MSU ont jugé que ce n'était pas un exercice facile.

« *Bon ce n'est pas forcément là où je me sens le plus à l'aise.. on va dire. [...] on nous donne des des grilles, des choses qui paraissent simples et évidentes à utiliser mais euh.. voilà c'est pas.. en pratique, c'est pas si simple* » (MSU 8)

Plusieurs MSU mettaient en avant le manque de formation spécifiquement pour l'évaluation ou le manque de pratique lors d'utilisation de grilles d'évaluation, par exemple.

« *je pense aussi que c'est parce que je ne les utilise pas régulièrement et que voilà il faudrait euh.. que je prenne le temps aussi peut-être de me les approprier* » (MSU 8)

D'autres estimaient qu'il était difficile d'évaluer un(e) futur(e) confrère/consœur.

« *et puis c'est difficile de juger euh.. un futur confrère ou consœur* » (MSU 5)

Tous étaient d'accord pour dire que les évaluations formatives et certificatives étaient nécessaires pour ne pas laisser l'interne refaire les mêmes erreurs.

« *bah ça me semble bien et ça me semble nécessaire!* » (MSU 3)

Par ailleurs, aucun MSU n'a émis avoir le sentiment d'être mal à l'aise avec la pratique de la rétroaction pédagogique.

4) La rétroaction pédagogique : pratique et freins

Les rétroactions pédagogiques entre interne et MSU passaient par la supervision directe et indirecte.

- Les interactions étaient fréquentes

La majorité des MSU ont donné un exemple d'interaction qui s'était déroulée dans un passé proche : la veille ou la semaine précédente.

« *Oui bah c'était pas plus tard qu'hier* » (MSU 14)

Trois MSU n'avaient pas eu d'interne en stage pendant les 6 mois précédents l'entretien donc ils n'ont pas relaté de fait précis. Deux MSU, pour qui l'entretien fut réalisé au début d'un nouveau semestre n'avaient pas d'internes en stage mais évoquaient des interactions avec leur interne du précédent semestre. Enfin deux MSU n'ont pas précisé la date de la dernière interaction pédagogique.

La majorité des MSU ont détaillé à quelle fréquence les interactions avaient lieu. C'était variable entre internes de Niveau 1 et SASPAS mais quotidiennement pour la grande majorité. Pour le MSU 10 qui accueillait un interne de niveau 1 c'était « *entre deux [patients]* ». Donc tout au long de la journée.

Pour le MSU 8 c'était « *tous les soirs ou en général [...] midi et soir* »

- Les rétroactions se faisaient en face à face avec une durée variable

Après les consultations de la matinée et/ou du soir, MSU et interne se retrouvaient pour faire un « *debriefing* » de la journée. Un seul MSU disait parfois le faire par téléphone quand cela n'était pas possible en présentiel.

« *pour le SASPAS bon j'essaie de.. euh.. de faire soit par téléphone, même si c'est mieux en présentiel quand même* » (MSU 9)

En revanche lors de difficultés en cours de consultation et que le MSU intervenait à la demande de l'interne, cela se fait soit en face à face, soit un autre mode de communication : électronique par exemple indépendamment du niveau de l'interne.

« *on se connecte directement par Skype, de bureau à bureau, ce qui lui permet à ce moment-là de poser des questions en direct et puis d'éviter d'interrompre la consultation* » (MSU 14)

La durée de la supervision n'a été exprimée que par 5 MSU et les réponses étaient diverses. Tous s'accordaient à dire que c'était très variable et dépendant du moment du stage. En effet, ceux qui ont pu donner un créneau horaire précis, disaient passer 30 à 45 mins voire parfois 1h en début de stage et 10 à 15 mins en fin de stage.

« *Ça dépend, (rires) au début du stage [...] ça peut être 1h à peu près et en fin de stage comme ça, c'est plus souvent un quart d'heure en général* » (MSU 4)

Une partie des MSU qui n'avaient pas donné de durée précise, indiquaient avoir des internes de niveau 1 avec qui ils interagissaient de manière rapprochée tout au long de la journée et qu'il était donc difficile de donner une durée précise.

- Les interactions portaient sur tous ou une partie des patients vus par l'interne :

La plupart des MSU réalisait leurs interactions avec l'interne en SASPAS seulement pour les consultations problématiques et dont l'IMG souhaitait avoir un retour. Dans ce contexte, le cas des autres patients vus par l'interne n'était pas supervisé. Les « *debriefing* » se faisaient donc plutôt à la demande de l'interne mais il leur était systématiquement demandé s'ils avaient rencontré des difficultés.

« *moi je ne fais pas beaucoup de debriefing euh.. systématique je fais plutôt du ponctuel euh.. on debrief systématiquement que si elle est en difficulté.* » (MSU 2)

En revanche, certains MSU s'astreignaient à passer en revue avec l'interne tous les dossiers des patients vus en autonomie ce jour-là indépendamment du niveau de l'interne.

« que j'ai la chance de pouvoir parfois suivre les consultations juste en décalage d'une consultation je peux ouvrir le dossier après lui pour revoir ça » (MSU 1)

Pour les internes de Niveau 1, la quasi-totalité des MSU passaient en revue tous les dossiers des patients vus par l'interne au début de la mise en autonomie. Lorsque l'interne de niveau 1 était en phase d'observation ou de supervision directe, la rétroaction n'était faite que pour certaines situations.

« parce qu'on fait les consultations ensemble le mardi, là le soir, on revoit que les dossiers.. parce qu'on était ensemble toute la journée, donc on revoit que les dossiers qui pour X raisons... [nous ont interpellés] » (MSU12)

Le MSU 5 qui accueillait notamment un interne en SASPAS, exprimait que « on peut pas être sur chaque patient à chaque fois avec lui donc euh.. il faut forcément refaire un tour de tous les gens qu'il a vus et s'assurer [...] selon les motifs qu'il a écrit euh.. il n'y ait pas une erreur quoi. »

- Les interactions se présentaient sous forme de supervision :

Pour les internes de niveau 1, globalement les MSU appliquaient les différentes phases du stage qui sont recommandées par le DUMG de Caen (ou CNGE) : Observation, Supervision directe puis supervision indirecte, dans cet ordre.

« c'est moi qui fait le médecin et l'observation, on peut discuter ou c'est l'inverse: moi je m'efface à côté pour ne pas que le patient me parle et euh.. elle reste là (devant l'ordinateur) » (MSU 5) ;
« l'interne de premier niveau puisqu'il est avec moi donc je le laisse faire, je me mets un peu en retrait » (MSU 9) ;

« Avec le premier niveau [...] la première partie du stage : on est à côté, on est en continue et puis après la deuxième partie du stage il commence à s'autonomiser mais je reste là et la troisième partie à ce moment-là je le laisse » (MSU 14)

Un MSU demandait à son interne de faire son auto-évaluation sur sa compétence dans la relation médecin patient lors d'une de ses consultations de la journée pour faire sa rétroaction concernant cette consultation.

« il faut essayer de leur faire dire si ils sont pas contents de ce qu'ils ont fait et euh.. voilà, et faire un peu.. l'analyse de euh.. de leur ressenti. » (MSU 7)

Il pouvait y avoir des obstacles à la pratique des différentes phases du stage pour l'interne de Niveau 1 et parfois il y avait un retour en arrière qui était fait si l'interne présentait des difficultés :
- soit pour la supervision directe

« aussi curieusement [...] quand on prend des T1, [...] tu as des internes qui sont... qui nous paraissent beaucoup moins bons euh.. en doublon avec nous, parce qu'en fait ils sont timides qu'ils n'osent pas et cetera même si on essaie de les mettre à l'aise, et puis ils vont se débrouiller beaucoup mieux en autonomie » (MSU 6)

- soit pour la mise en autonomie

« elle était très inquiète de.. parce qu'elle devait consulter un peu seule à ce moment-là, et là elle était.. elle avait peur » (MSU 12)

Pour les internes de SASPAS, il y avait un petit temps variable de prise en main dans la plupart des cas puis la mise en autonomie complète.

« le SASPAS, ce qui est différent c'est que lui il va être euh.. directement en autonomie » (MSU 5)

« je ne le laisse pas travailler tout seul : on fait une journée avec eux ou une matinée si je pense que ça va bien » (MSU 9)

Pour les internes de SASPAS, le retour à une phase de supervision directe était parfois réalisé quand l'interne était en difficulté mais c'était rare.

« on lui a proposé de.. de refaire du.. du présentiel. [...] la consult accompagnée ! » (MSU 2)

« **est-ce qu'il y a eu de la supervision directe à un moment donné? Non.** » (MSU 3)

- Les supports pour l'interaction étaient divers :

Lors des différentes interactions, les supports utilisés étaient variables lorsqu'il s'agissait de debriefing, de supervision directe ou même pour répondre aux questions des internes.

Les supports servant de base au debriefing étaient relativement similaires d'un MSU à un autre. Pour la plupart des cas, c'était la liste des consultations réalisées au cours de la journée par l'interne seul ou avec le MSU et les dossiers informatiques ou papiers des patients, qui étaient utilisés.

« support de.. du logiciel médical pour reprendre les dossiers de la journée » (MSU 4)

Les supports pour répondre aux questions des internes étaient diverses mais le retour d'expérience et les sites internet avec une base scientifique solide étaient privilégiés.

« **Quel support est-ce que vous utilisez pour faire vos échanges? La parole (rires)** » (MSU 13)

« site « prescrire » pour des recherches thérapeutiques.. euh.., quelques sites de référence » (MSU 4)

Le support clinique était utilisé pour l'interaction quand le MSU était appelé par l'interne pour avoir son avis sur une situation. L'interaction pouvait également passer par la démonstration de différents gestes techniques.

« si il a un patient qu'il veut qu'on regarde euh.. je sais pas une plaie, un truc dermato euh.., un tympan euh.. n'importe quoi » (MSU 8)

« je lui ai expliqué comment on fait un lavage d'oreille » (MSU 10)

Des exemples de leur dernières interactions montraient bien cette diversité :

- Pour le MSU 1 et 4 : c'était de faire la supervision indirecte avec l'interne qui a consulté seul cette journée-là, « on a revu euh.. ensemble le planning de la journée pour un peu refaire euh.. le point sur les éventuelles difficultés qu'il avait rencontré » (MSU 1)

- Pour le MSU 2 : c'était à la demande de l'interne en rapport avec une difficulté lors d'un appel téléphonique avec un patient, « elle fait de la régulation en ce moment, donc c'est [...] un échange sur une régul. »

- Pour le MSU 3 et 13 : c'était une situation clinique qui posait problème lors de la consultation en autonomie, « la problématique qu'elle a eu, c'était sûr [...] un patient avec des symptômes [...] qui pouvaient euh.. en tout cas prétendre à un prélèvement covid. » (MSU 3)

- Pour le MSU 5 : c'était la validation de stage, « La dernière interaction pédagogique, c'était l'évaluation euh.. du stage »

- Pour le MSU 10 : c'était un geste technique « La dernière fois je lui ai expliqué comment on fait un lavage d'oreille »

- Pour le MSU 11 : c'était lors de l'accueil du nouvel interne, « donc on a travaillé ensemble parce qu'elle voulait prendre contact avec le matériel euh.. avec la façon de pratiquer, avec les locaux tout ça »

- Pour le MSU 12 et 14 : C'était lors d'une consultation en supervision directe « , je pensais plutôt à une Céphalo 3. [...] et finalement j'ai dit à J. : « Et bah.. sans problème, on met de l'Augmentin. » » (MSU 12)

- Des obstacles à l'interaction ont été constatés :

L'autonomie accordée au SASPAS pouvait constituer un frein à une interaction régulière. Parfois c'était le MSU qui se disait plus proche de l'interne de niveau 1 car il avait d'avantage d'interaction avec lui.

« l'interne de premier niveau [...] c'est avec celui-là que j'ai le plus de rapports » (MSU 9)

Parfois c'était l'interne qui s'accordait plus d'autonomie que ne le souhaitait le MSU qui l'encadrerait. *« c'était des.. des internes qui étaient très très autonomes, euh.. qui se croyaient bons, et qui ne demandaient pas spontanément d'aide. » (MSU 1)*

Les scotomes pédagogiques de certains IMG qui négligeaient leurs erreurs était un deuxième frein.

« Et quand on voyait qu'il y avait des problèmes dans les dossiers et qu'on essayait de leur suggérer que peut-être euh.. ils auraient pu avoir des difficultés, pareil ils fermaient la porte en disant: "non, non ça va!" et n'enregistraient pas non plus les conseils. » (MSU 1)

La personnalité de l'interne, notamment la timidité, a été souligné par certains MSU comme un obstacle à la rétroaction mais celui-ci n'a souvent été que temporaire, le temps que l'interne s'intègre à l'équipe.

« Parce qu'il y en a qui peuvent être gênés en disant : « je n'ose pas demander ça ». J'essaie d'établir un climat de confiance d'emblée quoi. » (MSU 9)

Un profil décrit comme timide pouvait également être un obstacle à la supervision directe pour les internes de Niveau 1.

« aussi curieusement [...] quand on prend des T1, [...] parce qu'en fait ils sont timides qu'ils n'osent pas et cetera même si on essaie de les mettre à l'aise, et puis ils vont se débrouiller beaucoup mieux en autonomie » (MSU 6)

La délégation de la tâche à d'autres MSU du cabinet constituait un autre frein à la rétroaction. Un MSU rapportait n'interagir avec l'interne que quand ses collègues qui faisaient les débriefings habituellement étaient absents.

« quand le Dr H. n'est pas là, et que le Dr P. n'est pas là: j'interviens » (MSU 13)

La difficulté d'appliquer rigoureusement les rétroactions pédagogiques demandées par le DUMG de Caen était un dernier frein soulevé par un MSU.

« bien sûr qu'il faut être euh.. rigoureux dans la... dans le processus d'apprentissage mais que c'est difficile à appliquer. [...] la façon dont ils nous demandent de l'appliquer » (MSU 11)

- Les objectifs de cette interaction étaient relativement similaires :

Premièrement dans un but pédagogique, les rétroactions pédagogiques permettaient de faire la différence entre un stage et un remplacement. La majorité avait une volonté de transmission qui était le moteur de l'interaction et qui était mise en avant ou qui se ressentait au travers des récits des MSU.

« moi je lui fais part de mes difficultés de quand j'étais plus jeune [...] pour échanger aussi » (MSU 9)

«si on a des anecdotes à raconter parce qu'ils aiment bien qu'on raconte des histoires, les internes » (MSU 6)

D'autres voulaient favoriser la réflexivité de l'interne dans sa pratique.

« apporter voilà, euh.. une réflexion par rapport à ça, à ses euh... à ses prescriptions et à ses habitudes pour pouvoir se remettre en cause régulièrement » (MSU 4)

Un MSU mettait en avant la sollicitation de rétroactions pédagogiques de la majorité des IMG.

« Les internes en plus, enfin.. la plupart en tout cas, euh.. ils sont demandeurs. Ils ont besoin de se sentir encadrés. » (MSU 3)

Deuxièmement, l'interaction servait à répondre à d'éventuelles questions de l'interne et revenir sur des situations cliniques qui avaient posé des difficultés.

« après si il y a un cas particulier qui pose problème : voilà on discute autour » (MSU 8)

Troisièmement, pour la sécurité du patient qui n'a été cité que par quelques MSU.

« dans le but de savoir [...] si le patient euh.. n'a pas été mis en danger » (MSU 9)

Dernièrement, connaître le motif de consultation et les prescriptions faites pour permettre le maintien du suivi par le MSU quand l'interne n'était pas là.

« En premier pour moi, parce que pour.. elle a vu mes patients, je veux savoir pourquoi, qu'est-ce qu'elle a prescrit, parce que moi je risque de les revoir » (MSU 12)

- La formation obligatoire assurée par le DUMG avait fait évoluer le mode d'interaction

Les MSU inclus avaient quasiment tous spontanément évoqué leur participation à une formation obligatoire pour les médecins généralistes accueillant des internes en stage. Cette formation faisait partie du développement professionnel continu (DPC) au contenu national élaboré par le CNGE, organisée pour les MSU de Normandie Occidentale par le DUMG de Caen. Certains avaient évoqué le rôle positif joué par cette formation dans l'évolution de leur mode d'interaction avec les internes en stage.

« surtout qu'on a fait la [...] formation euh.. à la fac. Et donc c'est vrai ça permet de... de mettre le doigt sur ce qui est vraiment important, sur la façon de le faire » (MSU 3)

Certains avaient découvert des outils lors de cette formation qu'ils souhaitaient intégrer à leurs modes d'interaction.

« on a fait la maîtrise de.. de niveau 2 et on s'est aperçu qu'il y avait des évaluations à faire ect.. et Dr B. m'avait dit: "Euh.. bah pour notre prochain interne, j'essaierai de le faire". » (MSU 12)

Un seul MSU, hors enregistrement, avait estimé que cette formation n'était pas utile, il s'agissait du même MSU qui ne pratiquait pas de manière systématique les interactions avec les internes.

Un MSU avait fait la formation avant d'accueillir un interne en stage donc n'avait pas le sentiment que sa pratique avait évolué.

« la formation je l'ai faite avant de commencer à avoir des internes donc il n'y a pas eu d'avant et d'après » (MSU 8)

Deux MSU disaient que leur manière d'interagir avec les internes évoluaient de façon à s'adapter à chaque étudiant et à sa personnalité.

« je dirais que ça varie mais dès le début ça dépend de l'interne quoi [...] on ne va pas se comporter de la même manière. » (MSU 6)

Un MSU, conscient de ses limites, qui accueillait des internes depuis peu, disait *« J'espère que je*

m'améliore mais je ne suis pas sûre (rires) [...] oui j'essaie de m'améliorer pour laisser plus d'autonomie » (MSU 10)

Un MSU avait essayé d'instaurer avec ses collègues une rencontre à mi-parcours entre l'ensemble des MSU et l'interne encadré mais ils avaient finalement changé d'avis.

« Et pour l'interne de niveau 1 euh.. on avait essayé à un moment de faire des euh... mises au point de.. de mi-parcours [...] c'est quelque chose je pense qui nous a déplu à tous et qu'on a laissé tomber! » (MSU 1)

5) Les évaluations formatives : pratique et freins

Très peu de MSU pratiquait l'évaluation formative.

- Une évaluation avant, pendant et après était évoquée par certains mais non appliquée :

La majorité des MSU ne décrivaient pas de pratique de l'évaluation formative en tant que telle mais plutôt *« du questionnement au fil de l'eau »*. (MSU 2)

Certains disaient vouloir essayer de mettre en place des évaluations formatives grâce à des grilles d'évaluation au cours du stage mais il y avait des résistances de leur côté autant que celui des IMG. *« J'ai essayé de.. d'utiliser le.. la fameuse grille « Attali » [...] c'est touffu, c'est long, et euh.. si.. j'ai l'impression plus vécue comme une contrainte » (MSU 4)*

D'autres avaient une idée de ce qui pourrait être fait mais ne l'appliquaient pas dans leur pratique. *« mais moi je ne fais pas de grille.. normalement il faudrait faire une évaluation avant, pendant, après, c'est ça? » (MSU 10)*

Aucune hétéro-évaluation par supervision directe n'était pratiquée pour les internes de SASPAS, un MSU m'avait confié hors enregistrement que d'être assis sur une chaise derrière l'interne à le regarder faire *« l'enquiquinait »* et que ce n'était pas fait pour lui.

Les internes de niveau 1 bénéficiaient de l'hétéro-évaluation par la supervision directe uniquement en début de stage mais de manière non formalisée en général.

Aussi, aucun MSU n'avait évoqué les différents temps pour la pratique de l'évaluation, c'est-à-dire la phase d'observation puis d'analyse et enfin de jugement.

Les MSU estimaient faire les évaluations formatives à l'occasion des interactions en supervisions directes et indirectes et également grâce à des supports extérieurs comme le dossier médical ou les retours des patients.

« on se rend compte comment les choses se passent. Et après on a aussi le retour des.. des patients, et ce qu'ils nous disent » (MSU 8)

- Quatre outils étaient évoqués pour une évaluation formative ponctuelle :

Un seul MSU utilisait un tableau récapitulatif du déroulé d'une consultation standard une ou plusieurs fois par semestre selon les difficultés de l'interne.

« Très ponctuellement [...] à un moment pour que l'interne soit.. prenne conscience des différentes étapes de la consultation, d'abord. Et puis, euh.. deuxièmement [...] parfois quand euh.. il y a des difficultés qu'on a du mal à objectiver, pour les objectiver » (MSU 1)

Ce même MSU avait essayé d'instaurer une évaluation formative à mi-parcours mais sans outil.
« *Et pour l'interne de niveau 1 euh.. on avait essayé à un moment de faire des euh... mises au point de.. de mi -parcours.. en se réunissant nous trois plus l'interne* » (MSU 1)

Un second MSU avait évoqué l'utilisation rare d'une grille nommée « Attali » reprenant les compétences des IMG, jugée trop complexe. « *J'ai essayé de.. d'utiliser le.. la fameuse grille « Attali » [...] c'est touffu* » (MSU 4)

Un autre MSU demandait à l'interne de faire un travail sur un sujet rencontré en stage qui ressemblait à un retour de séance de GAAP. Ce MSU animait par ailleurs, un groupe de GAAP.
« *je leur fais faire un travail sur une question [...] ça permet aussi de voir euh.. comment ils peuvent s'adapter à une demande [...] scientifique et didactique quoi euh.. avec une biblio* » (MSU 6)

Un MSU demandait à son interne de faire son auto-évaluation sur sa compétence dans la relation médecin patient lors d'une de ses consultations de la journée pour faire sa rétroaction concernant cette consultation.
« *il faut essayer de leur faire dire si ils sont pas contents de ce qu'ils ont fait et euh.. voilà, et faire un peu.. l'analyse de euh.. de leur ressenti.* » (MSU 7)

- Plusieurs obstacles à l'évaluation formative avaient été cités :

Premièrement, les MSU disaient manquer de temps, un semestre passait vite.
« *Je n'ai pas le temps* » (MSU 13), « *le stage est vite fait terminé et euh.. on n'a pas tout évalué quoi.* » (MSU 7)

Pour contre-carrer ce manque de temps, un MSU suggérait de fixer une date une fois par mois pour faire un point sur les items à revoir.
« *il faudrait pratiquement une fois par mois qu'on se retrouve les maîtres de stage et qu'on se dise : « ah tiens, qu'est-ce qu'on lui fait faire? » »* (MSU 7)

Deuxièmement, les outils mis à disposition pour les évaluations formatives étaient jugés difficiles à utiliser et chronophage.
« *J'ai essayé de.. d'utiliser le.. la fameuse grille « Attali » euh.. qui est séduisante en théorie, difficile à utiliser en pratique* » (MSU 4)
« *mais je n'ai pas tendance à.. à avoir des outils systématiques parce que je trouve ça un peu fastidieux et long. [...] c'est chronophage quand même* » (MSU 9)

Troisièmement, certains MSU ne voyaient pas l'intérêt d'évaluations intermédiaires quand le stage se passait bien.
« *[l'évaluation] ne vaut que si c'est négatif* » (MSU 2)

Dernièrement, certains internes étaient déjà réticents aux supervisions indirectes que les MSU essayaient de mettre en place, alors ils pensaient que des évaluations formatives seraient peut-être tout aussi difficiles.
« *il y a ceux qui ne veulent pas qu'on s'en mêle et pour lesquels la supervision est un peu difficile. [...] pareil ils fermaient la porte en disant: "non, non ça va!"* » (MSU 1)
Ou bien des internes très réservés pour qui les évaluations étaient jugés comme mal vécus.
« *on en a eu quelques-uns avec lesquels c'était vraiment plus difficile de... de communiquer euh.. ils étaient vraiment introvertis et ils restaient dans leur bureau.* » (MSU 3)

- Au total, 11 grands critères sont évalués au cours des rétroactions par les MSU

Les MSU avaient cité à eux tous 19 critères permettant de définir selon eux qu'un interne était performant. Chaque MSU avait son/ses critère(s) de prédilection.

Ces critères avaient été regroupés en :

- Savoir être : sérieux, ponctuel, correct, investit ont tous été cité 1 fois chacun.
- La relation médecin-patient : être attentif, être concentré, être à l'écoute, faire preuve d'humilité, prendre en compte le facteur humain, ces mots ont été cité 14 fois
- Mener un interrogatoire a été cité une fois
- Elaborer un diagnostic et des diagnostics différentiels ont été cité 6 fois
- Prescrire un traitement adapté a été cité 6 fois
- Tenir un temps de consultation a été cité 1 fois
- Savoir gérer l'urgence a été cité 1 fois
- Avoir acquis une autonomie a été cité 1 fois
- Assurer un suivi et une coordination des soins a été cité 3 fois
- Connaitre l'organisation d'un cabinet a été cité 1 fois
- Avoir acquis des connaissances théoriques a été cité 3 fois

Trois critères assez imprécis avaient également été cités :

« *qui répondent aux euh.. critères d'une vraie consultation, quoi.* » (MSU 9)

« *Bah, tu sais le truc classique médecine* » (MSU 12)

« *on doit retrouver ce que l'on demande à un médecin [...] chez l'interne* » (MSU 13)

Un des MSU inclus estimait que les critères variaient entre les internes eux-mêmes.

« *oui ça dépend des internes. Euh.. c'est-à-dire que si.. en.. en début de stage [...] ça permet de voir un petit peu qu'elles sont les.. les choses... les points sur lesquels on va retravailler pendant les 6 mois après* » (MSU 4)

Certains MSU avaient de nombreux critères d'évaluation, d'autres assez restreints.

« **Et est-ce que vous avez des critères spécifiques que vous cherchez à évaluer?** (silence) *oui oui oui euh.. [...] le relationnel* » (MSU 7)

La plupart reprenait les critères d'évaluation présents sur la fiche de validation de stage fournie par le DUMG de Caen (annexe 2). Le critère « relation patient-médecin » avait été cité par 9 MSU et souvent mis en avant comme le critère le plus important.

Ce qui n'était pas un item d'évaluation pour un MSU, était les acquis théoriques.

« *Donc il y a des connaissances théoriques donc ça je veux dire c'est pas à moi d'évaluer [...] ça fait partie des enseignements théoriques* » (MSU 7)

6) Les évaluations certificatives : pratique et freins

Une seule évaluation certificative était pratiquée : la validation du stage, identique pour tous les MSU qui l'effectuaient.

- Elle était pratiquée pendant le dernier mois de présence de l'interne en stage :

Le date de la validation se situait pendant le dernier mois du stage de l'interne.

« *Je la pratique vraiment à la fin, à la toute fin même on peut dire dans les tous derniers jours de présence de.. de l'interne* ». (MSU 6)

Elle correspondait à peu près au moment où les MSU recevaient une fiche de synthèse envoyée par le DUMG de Caen (annexe 2) sur laquelle le MSU indiquait la validation ou non de l'interne.

- Le plus souvent une appréciation était donnée à l'interne :

En général, une réunion était organisée entre les MSU et l'interne pour lui faire part de sa validation ou non et avoir une discussion avec lui/elle.

« *Alors on la fait à 2 cette évaluation : nous sommes deux maîtres de stage [...] Est-ce que l'interne est présent? Oui* » (MSU 11)

Parfois c'était l'un des MSU, souvent le coordinateur du terrain de stage, qui prenait du temps pour donner une appréciation à l'interne.

« *moi je fais mon petit commentaire tout seul quand je.. je l'ai en stage avec moi* » (MSU 7)

En revanche, un MSU avait confié remplir la grille sans l'interne et ne pas savoir si l'interne avait accès au compte rendu.

« *l'interne a-t-elle accès à cette évaluation? Non, bah après je ne sais pas ce qu'en fait Dr B.* » (MSU 12)

- La validation était effectuée uniquement en remplissant une grille d'évaluation identique en se rapportant à une impression générale du stage :

Les MSU utilisaient la grille d'évaluation fournie par le DUMG de Caen qui figure sous forme d'un tableau avec cinq degrés de maîtrise concernant les onze différents critères à évaluer chez l'interne.

« *Voilà donc on coche les cases* » (MSU 6)

« *c'est assez simple à remplir* » (MSU 14)

Aucun MSU n'utilisait d'outil spécifique pour remplir cette grille, de même pour l'un des MSU lorsqu'il hésitait entre 2 niveaux d'appréciation.

« *il y a un gap entre « satisfaisant » et « excellent » et pareil entre « pas satisfaisant » et « satisfaisant ». [...] quand on dit euh... « satisfaisant » c'est-à-dire qu'il n'y a aucun problème alors que euh.. des fois on voudrait cocher entre les deux quoi* ». (MSU 5)

Les MSU mettaient en avant qu'un frein à l'utilisation d'outils était les IMG eux-mêmes car cette méthode leur déplaisait.

« *Après c'est vrai, la marguerite je l'ai même sur mon bureau [...]. Et ça les agace un petit peu d'ailleurs, les internes, quand on montre ça.* » (MSU 9)

Un MSU soulignait, qu'au sein de son groupe de MSU, ils tombaient toujours d'accord sur l'appréciation de l'IMG et que ceci signalait le caractère objectif de la validation. Ainsi, aucun outil supplémentaire n'était nécessaire.

« *et il en ressort exactement le même.. la.. le même sentiment, donc c'est que ça doit avoir un sens quand même, euh.. c'est que ça ne doit pas être complètement ésotérique ou complètement subjectif* » (MSU 11)

Les MSU pratiquant la validation, s'appuyaient sur les interactions directes et indirectes qu'ils avaient eu avec leur interne tout au long du stage et également sur leurs impressions communes avec les autres MSU, pour statuer sur la validation et pour remplir la grille d'évaluation finale. Les mots « ressenti » ou « feeling » ont été utilisés par la majorité des MSU pour décrire leur méthode d'évaluation.

« je vais me baser sur l'ensemble et l'impression que j'ai déjà eu, ça ne va pas être: je prends tel et tel critères pour voir comment.. c'est basé sur quelque chose de diffus. » (MSU 1)

« j'aime bien que les deux autres donnent leur avis que l'on soit tous les trois pour donner notre avis quoi. » (MSU 7)

Mais cette concertation n'était pas systématiquement pratiquée pour tous.

« en théorie euh.. on doit euh.. prendre avis des autres maîtres de stage, mais ça tombe souvent en période de vacances » (MSU 8)

Aucun MSU ne faisait passer une évaluation finale avec observation d'une mise en situation clinique ou présentation de dossiers ou autres.. à leur interne. Cela se présentait plutôt sous forme d'une discussion entre MSU et interne.

« quand je mets [...] à renforcer ou ce genre de chose, [...] j'en discute avec l'interne, je.. je lui explique pourquoi » (MSU 8)

La majorité disait ne pas rendre formelle la procédure de validation car le caractère formel était associé au jugement, or c'était une notion rejetée par les MSU.

« c'est plutôt informel [...] c'est pas un tribunal. » (MSU 2)

Un MSU regrettait ne pas pratiquer la validation de stage comme demandée par le DUMG car il manquait d'outils précis pour le faire.

« c'est certainement pas aussi rigoureux que le voudrait la faculté [...] Peut-être est-ce que si ils veulent une évaluation encore plus euh.. rigoureuse ils devraient mettre plus d'items dans leur.. dans leur fiche d'évaluation. » (MSU 11)

Un MSU inclus remettait en cause la pratique de la validation par le MSU, il estimait que c'était difficile de porter un jugement sur un futur collègue qui assurait en plus, de par ses consultations en autonomie, une aide à des zones sous dotées en médecins. Il estimait donc qu'il était difficile de rester objectif lors de l'appréciation.

« Et j'ai envie de dire ce n'est pas notre rôle :[...] on n'est pas là pour critiquer ses aptitudes ou ne pas le valider » (MSU 5)

Au contraire, d'autres estimaient être capable de statuer sur le fait qu'un interne puisse être valider ou pas.

« on est capable de dire : « oui celui-là ça va aller, il.. il fera un bon généraliste et puis il aura.. et puis il y en a d'autres on se dit non ce n'est pas possible » (MSU 7)

- Les critères de validation étaient ceux présents sur la grille d'évaluation finale :

Aucun MSU n'avait d'autres critères d'évaluation que ceux présents dans la grille d'évaluation finale fournie par le DUMG.

« Je pense qu'ils nous donnent vraiment, à la fac, les outils hein, pour le faire. » (MSU 11)

Quelques MSU avaient un critère supplémentaire : savoir si l'interne pouvait consulter en autonomie à la fin de son stage.

« *la finalité c'est de savoir [...] Après le stage, l'interne serait-il en capacité dans les mois qui viennent d'exercer seul ?* » (MSU 14)

- La majorité des MSU approuvait l'auto-évaluation mais beaucoup ne la pratiquait pas :

Quasiment la moitié des MSU disait pratiquer plus ou moins formellement l'auto-évaluation.

Un seul utilisait la fiche d'évaluation fournie par le DUMG de Caen comme outil d'auto-évaluation que l'interne remplissait à la fin du semestre, pour rendre son appréciation.

« *moi je me base sur l'auto-évaluation hein, des.. des internes [...] et à partir de leur évaluation euh.. je reprends avec eux les points sur lesquels euh.. je peux être entre guillemets d'accord ou pas d'accord* » (MSU 5)

Pour les autres MSU pratiquant l'auto-évaluation, celle-ci ne se faisait pas à l'aide d'un outil particulier. C'était simplement une discussion entre interne et MSU sur les remises en question personnelles tout au long du stage ou les objectifs personnels fixés en début de stage. Peu de MSU définissaient avec les internes des objectifs en début de stage.

« *avant qu'ils débutent leur stage [...] il y a des questions directes : c'est-à-dire « est-ce que tu penses que tu as des points d'amélioration ? est-ce qu'il y a des choses qui te semble intéressante euh.. dans ce stage en particulier des points sur lesquelles tu voudrais qu'on fouille ?* » (MSU 4)

Un MSU estimait que l'auto-évaluation était faite de manière automatique par l'interne dès lors qu'il y avait une remise en question. Pour un autre MSU, le temps dont disposait l'interne entre les consultations lui permettait de faire son auto-critique sur la consultation précédente.

« *elle se fait automatiquement une auto évaluation euh.. dans le sens où euh.. elle se pose la question euh..: " est-ce que j'ai bien fait de faire ci?"* » (MSU 12)

Six MSU estimaient que l'auto-évaluation était un bon outil mais déploraient ne pas l'utiliser.

« *c'est une très bonne chose, je trouve parce que en plus ça.. je pense qu'ils sont lucides sur leurs capacités [...]Donc oui pourquoi pas* » (MSU 10)

Parmi les six, un MSU avait même confié regretter ne pas y avoir penser avant, il était en fin de carrière mais c'était un outil qu'il aurait volontier utilisé.

« *j'entends parfaitement l'auto-évaluation que vous venez de préciser, cela me semble euh.. je regrette de ne pas avoir eu cette idée là avant! Ouais je trouve ça intéressant!* » (MSU 13)

Un seul MSU qui n'utilisait pas l'auto-évaluation n'en voyait pas forcément l'intérêt et il disait effectuer plutôt une mesure de satisfaction de l'interne.

« *Bah.. comme je l'utilise pas, je n'en pense pas grand-chose ! [...] on a discuté deux minutes, c'est sur que.. il m'a dit que.. c'est sûr qu'il avait beaucoup appris, bon voilà. C'est peut-être ça l'auto-évaluation* » (MSU 9)

Un MSU qui utilisait l'auto-évaluation mettait en avant la limite du jugement que l'interne portait sur sa pratique, il avait remarqué que les internes se sous-estimaient.

« *Mais quand ils sont bons, ils osent pas mettre qu'ils sont bons.* » (MSU 2)

Seul un MSU n'avait pas été interrogé sur la pratique de l'auto-évaluation.

- Mais certains MSU ne pratiquaient pas la validation voire ne donnaient même pas leur avis :

Il y avait tout de même 4 MSU qui disaient ne pas pratiquer la validation du stage : c'est-à-dire qu'il appartenait à un MSU (souvent le coordinateur de leur groupe) de faire la validation.

« *Je ne euh.. fais pas moi-même la validation du stage de niveau 1, mon collègue qui l'a fait pour le stage de niveau 2, a tendance à me filer le bébé* » (MSU 1)

Ceux qui ne la faisaient pas, ne savaient en général pas comment elle se pratiquait.

« *je ne sais pas comment il fait, non je ne sais pas je ne peux pas tellement répondre à cette question.* » (MSU 10)

Ils disaient faire confiance au MSU qui s'occupait de la validation pour leur interne commun.

« *Non je ne sais pas comment il la pratique, j'avoue que je lui fais confiance (rires).* » (MSU 9)

Ils ne savaient pas si le MSU validait l'interne sur les mêmes critères qu'eux ou utilisait des outils spécifiques et parfois ils ne donnaient même pas leur avis à leur collègue.

« *mais je pense pas qu'il utilise d'outil spécifique mais peut-être si.. je ne sais pas.* » (MSU 3)

Un MSU avait même confié être content de ne pas devoir s'occuper de cette tâche.

« *sur l'évaluation j'avoue que.. je suis bien contente que ce soit Dr L. qui le fasse en fait* » (MSU 10)

7) Invalidation de stage : pratique et vécu

Peu de MSU ont expérimenté une invalidation de stage.

- Les internes étaient décrits comme globalement bons par l'ensemble des MSU

Spontanément, la qualité des internes avait été jugée comme bonne par la majorité. Les MSU disaient avoir la chance d'encadrer des internes d'un bon niveau en qui ils avaient confiance pour leur laisser leur patientèle.

« *ce qu'on a remarqué c'est qu'on a quand même la très grande chance d'avoir des bons internes dans notre stage* » (MSU 1)

Un MSU accueillant uniquement des internes en SASPAS soulignaient qu'en général les internes qu'il avait pu recevoir avait un bon niveau grâce à un stage de Niveau 1 de bonne qualité.

« *on a toujours eu des internes quand ils sont arrivés [...] où y avait pas de gros changements à faire ! C'est pour ça que je parlais tout à l'heure de peaufiner.* » (MSU 4)

En revanche, un MSU mettait en garde en soulignant que s'il avait un doute sur la qualité de l'interne qui pourrait conduire à une invalidation de stage, il fallait réagir vite et le dépister au début du stage.

« *De toute manière, une non-validation je pense que ça ne se voit pas à la fin, ça se voit dans les.. les premières semaines voir mois* » (MSU 6)

- Seuls 2 internes avaient eu une invalidation de stage sur l'ensemble des internes ayant fait leur stage chez les MSU inclus

Seul 4 MSU avaient expérimenté une invalidation de stage mais pour 3 MSU cela concernait la même interne sur le même terrain de stage. Les motifs étaient différents pour ces 2 internes.

L'un des internes avait été invalidé d'un commun accord entre lui et le MSU pour des absences répétées à cause de problèmes de santé.

« il avait vraiment de gros soucis de santé. Donc je lui avais demandé de se mettre en arrêt maladie et j'avais téléphoné à Noémie Jardin pour lui dire » (MSU 14)

L'autre interne invalidée fut pour des raisons de personnalité puisqu'elle était entrée en conflit avec l'ensemble des membres du cabinet ainsi que les patients et avait été jugée comme dangereuse par les MSU.

« elle considérait qu'elle avait été mal accueillie [...] c'était pas possible de la garder au sein du cabinet médical parce que il en allait des patients, de tout notre patientèle, parce qu'elle avait envoyé balader des gens aussi, en plus, enfin c'est catastrophique! » (MSU 13)

Il s'agissait de l'interne dont le terrain de stage était commun à 3 MSU inclus dans l'étude. Un des MSU qui avait bien voulu revenir sur cet évènement l'avait décrite comme traumatisante (les autres en avait parlé très brièvement et semblaient ne pas vouloir s'étendre sur le sujet). Il avait également évoqué que sa capacité à accueillir des internes avait été remise en question après l'incident.

« c'est affreux! Affreux! Un entretien saignant! Saignant! (avec l'interne) » (MSU 13)

Tous avaient tout de même continué à accueillir des internes après cet évènement.

Selon un MSU, une invalidation de stage n'était autre qu'une sanction pour l'interne.

« l'invalider ça l'oblige à redoubler [...] parce que c'est une sanction hein, le fait d'invalider! » (MSU 14)

- D'avantage de MSU s'étaient déjà posés la question de l'invalidation d'un stage

Différentes situations avaient amené certains MSU à envisager une invalidation de stage, sans pour autant que l'interne soit invalidé réellement.

Pour certains, c'était un arrêt maladie de longue durée pendant le stage ne dépassant pas les 2 mois réglementaires mais fragilisant les acquis de l'interne.

« Et quand elle a repris après son arrêt [...] elle était très inquiète de.. parce qu'elle devait consulter un peu seule à ce moment-là, et là elle était.. elle avait peur. Alors, on a eu beaucoup de mal, Dr B. et moi à lui faire prendre confiance en elle » (MSU 12)

Pour d'autres, c'était le cas d'un interne ayant des difficultés liées à un parcours particulier notamment un interne étranger.

« c'était un déficit de savoir plutôt par un parcours particulier hein, quelqu'un qui venait de l'étranger qui n'avait pas eu les formations initiales ici euh.. mais qui.. qui était volontaire et il s'est bien rattrapé » (MSU 6)

Pour quelques autres MSU, c'était une interne psychologiquement fragile qui manquait de confiance en elle.

« qui avait beaucoup de connaissances mais qui euh.. qui a traversé une dépression pendant son stage. [...] elle ne se sentait vraiment pas à l'aise avec les patients. On a eu beaucoup de mal à la mettre en autonomie. » (MSU 9)

Et enfin pour un autre MSU, c'était un interne globalement en difficulté.

« c'était surtout au point de vue.. on l'a senti en très très grande difficulté » (MSU 14)

Certains MSU n'avaient pas pris l'initiative de demander de l'aide au DUMG et avaient soutenu l'interne eux-mêmes et essayé de l'aider.

« Alors on l'a validé quand même. Mais on lui a franchement conseillée que il fallait qu'elle fasse un SASPAS, parce que à cette époque le SASPAS n'était pas obligatoire » (MSU 12)

Un MSU disait qu'elle aurait à présent fait autrement en intégrant le DUMG dans la prise en charge. De même, la plupart des MSU avait dit qu'en cas de difficulté avec un interne, ils le signaleraient au DUMG.

« Et aujourd'hui, je pense qu'on appellerait le DMG et on dirait: "voilà il y a cette interne qui est en difficulté". » (MSU 1)

Un MSU s'était posé la question de l'invalidation d'une interne mais sans lui en parler, donc lors de l'entretien de fin de stage l'interne en question avait été surprise.

« donc c'était à la fin du stage: je pense qu'elle a été un petit peu.. je dirais surprise, parce qu'il y en a quelques-uns qui s'imaginent que c'est une formalité il suffit de passer au bout de 6 mois pour que l'on signe en bas » (MSU 14)

Un MSU ayant rapporté des difficultés importantes chez une interne, disait avoir laissé la responsabilité de la validation ou non au DUMG avançant l'hypothèse que cela aurait pu être le terrain de stage qui était en cause.

« je crois [...] qu'une sanction ne se prend pas sur le seul avis d'un stage parce que le stage a très bien pu mal se passer à cause des encadrants, il faut savoir accepter de se remettre en cause » (MSU 14)

8) Suggestions pour l'amélioration des pratiques des évaluations formatives et certificatives

Volonté d'une harmonisation des pratiques de la part des MSU.

- Des outils adaptés à la médecine générale

Certains MSU souhaitaient disposer d'outils de validation plus précis et qui soient spécifiques à l'évaluation des stages ambulatoires. L'homogénéisation des méthodes d'évaluation était souhaitée par l'un d'entre eux.

« Peut-être est-ce que si ils veulent une évaluation encore plus euh.. rigoureuse ils devraient mettre plus d'items dans leur.. dans leur fiche d'évaluation. » (MSU 11)

Un MSU évoquait le souhait d'une continuité pédagogique entre le stage de niveau 1 et le SASPAS : il voulait pouvoir avoir accès aux évaluations du stage de niveau 1 effectué par l'interne qu'il accueillait en SASPAS pour se rendre compte des acquis et des items à retravailler.

« je pense que ce serait pas idiot qu'on ait les évaluations de stage précédentes » (MSU 4)

Baucoup demandait des grilles d'auto-évaluation, car la majorité des MSU était favorable à cette pratique.

« des grilles d'auto-évaluation. Et je crois que ce serait bien ça » (MSU 6)

Un MSU évoquait la possibilité de mettre en place des évaluations par des observateurs extérieurs surtout pour faire la validation du stage.

« *il faudrait qu'il y ait un observateur externe, un médecin euh.. qui fasse euh.. faire à [l'interne], bah je sais pas moi.. un oral, quoi, sur un cas clinique* » (MSU 5)

- Amélioration de la qualité des terrains de stage

Un MSU évoquant la qualité des stages ambulatoires, souhaitait une homogénéisation du temps hebdomadaire passé en stage. En revanche, lui-même ne respectait pas les 9 demi-journées obligatoires en stage car il accueillait un interne sur 7 demi-journées hebdomadaires.

Un autre MSU revendiquait une meilleure qualité de stage lorsque l'interne l'effectuait sur 1 seul site, assurant ainsi un meilleur suivi des patients.

« *C'est-à-dire qu'à chaque fois qu'ils font quelque chose, c'est repris en main par le titulaire parce qu'en fait, l'interne n'est pas là* » (MSU 2)

- L'enseignement à la faculté de certaines compétences

Un MSU souhaitait que la compétence de gestion d'un cabinet médical soit enseigné à la faculté afin que les internes soient mieux préparés pour le stage ambulatoire.

« *l'organisation d'un cabinet, mais comme on leur apprend jamais : on a pas le temps de leur apprendre à organiser un cabinet et à.. et à gérer euh.. un cabinet. Ça par exemple, c'est un truc vraiment qui manque.* » (MSU 2)

9) Posture non verbale durant l'entretien

L'appréhension d'un entretien par certains MSU n'était pas synonyme d'une mauvaise pratique.

- Les MSU réticents à l'entretien étaient ceux qui se sentaient mal à l'aise dans l'évaluation de leur interne

La pratique des entretiens en face à face avait permis de recueillir les comportements non verbaux comme les expressions du regard, les rires ou les silences.

Parmi les 14 entretiens, 3 MSU s'étaient démarqués comme étant assez mal à l'aise. En effet, tous 3 disaient avant que ne débutait l'enregistrement qu'ils n'auraient surement pas grand-chose à partager et il avait fallu les rassurer en leur expliquant qu'ils allaient être guidés au travers de cet entretien.

Ils étaient tous d'accord pour dire qu'ils étaient mal à l'aise avec l'évaluation des internes. Un d'entre eux comparait cette pratique à « *des évaluations enfin, du professeur?! (rires)* » (MSU 3) et par conséquent n'en pratiquait pas.

Parmi les autres MSU, 8 étaient relativement détendus pendant l'entretien, parmi eux 3 n'effectuaient pas d'évaluation et aucun ne se disait franchement mal à l'aise par la pratique de l'évaluation. Et enfin, 3 MSU parmi les 14 se situaient entre les deux attitudes. Et tous les 3 ne se disaient pas à l'aise avec cette pratique et l'un d'entre eux ne la pratiquait pas. Parmi les 6 MSU se définissant mal à l'aise avec la pratique de l'évaluation, il y avait une majorité de femmes.

- Les MSU mal à l'aise avec l'évaluation étaient ceux qui donnaient un feedback à leur interne.

Parmi les 4 MSU mal à l'aise avec la pratique de l'évaluation mais qui l'effectuaient tout de même, 3 d'entre eux expliquaient à l'interne les raisons de chaque appréciation donnée.

Alors que parmi les 5 MSU se disant à l'aise avec l'évaluation, un MSU disait explicitement commenter son évaluation finale avec l'interne, un autre disait faire la validation en entretien face à face avec l'interne. Parmi ceux qui ne faisait pas de commentaire à l'interne, un MSU avait même évoqué une situation d'une interne qu'il avait eu en stage qui avait été surprise d'apprendre à la fin du stage qu'un doute résidait sur sa validation.

10) Exercice d'introspection apporté par l'entretien

L'entretien semblait avoir apporté à certains MSU une introspection sur leurs pratiques

- Permettre de réfléchir à sa propre pratique :

Lors des entretiens, un état des lieux de la pratique du MSU inclus était réalisé et c'était sûrement la première fois que ce genre d'exercice leurs était demandé. Ainsi, certains disaient même ne pas être préparés lors de la première question sur leur dernière interaction pédagogique avec leur interne. Cela avait permis de faire émerger un questionnement chez certains. Un MSU avait confié en fin d'entretien qu'il allait essayer de s'intéresser davantage à la pratique de la validation de stage effectuée par son confrère et dont il ne se préoccupait pas jusque-là.

« c'est vrai l'évaluation je vais peut-être plus m'y intéresser par rapport à ce euh.. à ce que fait Dr R. »
(MSU 9)

Un autre MSU avait fait part de son enthousiasme pour l'auto-évaluation qu'il ne pratiquait pas jusqu'ici car n'avait pas connaissance de cette méthode d'évaluation.

« mais j'entends parfaitement l'auto-évaluation que vous venez de préciser, cela me semble euh.. je regrette de ne pas avoir eu cette idée là avant! Ouais je trouve ça intéressant! » (MSU 13)

Un MSU avait posé à l'investigatrice, des questions sur les pratiques des autres MSU pour pouvoir se situer en comparaison.

« Je ne sais pas comment font les autres ? [...] mais certains appliquent strictement euh.. le modèle de la fac avec euh.. ? » (MSU 11)

11) Livre thématique

Chapitres	thèmes	Sous thèmes
Le statut de MSU	Plaisir	Rencontre Transmission
	Rôle	Conseillé bienveillant Rassurance
	Appréhension	Evaluation/ jugement Validation
Aides à disposition	Formation	Générale Spécifique
	Outils	Marguerite des compétences Niveau de compétences Autres
	Suggestion d'amélioration	Enregistrement vidéo
Pratiques pédagogiques	Observation de la performance	Supervisions Rétroactions pédagogiques
	Types d'évaluations	Evaluation formative Evaluation certificative Auto-évaluation
Freins	Liés au contexte	Temps Géographie
	Liés aux MSU	Caractères Appréhension Réticence
	Liés aux internes	Refus d'aide Caractères

Tableau 2 : Livre thématique

Discussion

I/ Les principaux résultats

Concernant la rétroaction pédagogique, tous les MSU de notre échantillon disaient pratiquer une interaction pédagogique régulière. C'était le contenu de cette interaction et son caractère systématique qui différaient.

Concernant les évaluations formatives, aucun MSU ne disait pratiquer d'évaluations formatives régulières pendant le stage et ils n'utilisaient donc aucun outil spécifique. Ils étaient majoritairement en faveur de l'autoévaluation mais seule une minorité mettaient en pratique cet outil.

Concernant les évaluations certificatives, nous remarquons que certains MSU laissaient leur collègue du même groupe qu'eux faire la certification. Une seule évaluation certificative était pratiquée pendant le dernier mois du semestre de stage en remplissant la grille d'évaluation fournie par le DUMG de Caen. Certains s'aidaient de l'auto-évaluation fournie par l'interne. L'invalidation d'un interne était peu fréquente et associée à un vécu désagréable.

II/ Les forces et limites de notre étude

La méthode de recherche qualitative fut choisie pour notre étude car elle est la seule pouvant nous permettre d'avoir accès aux processus cognitifs expliquant les attitudes et les pratiques des MSU et ainsi de pouvoir les comprendre. Cette méthode de recherche exploratoire ne permet néanmoins pas à elle seule de tirer des conclusions élargies et représentatives des pratiques des MSU de la subdivision.

Une méthode quantitative avec un questionnaire comprenant des items prédéfinis aurait à notre sens restreint la validité des réponses et n'aurait pas permis de donner réellement la parole aux MSU. C'est pourquoi la méthode qualitative semblait plus adaptée pour faire émerger un maximum d'idées. Par ailleurs, la méthode de la théorisation ancrée avait été choisie pour l'analyse des données car adaptée aux études qualitatives.

La méthode des entretiens individuels fut choisie pour recueillir le caractère unique de chaque pratique et limiter le risque d'une généralisation des idées, d'une recherche de la bonne réponse ou d'un éventuel effet « leadership ». L'avantage de ce type d'entretien est la possibilité d'approfondir certains sujets si nécessaire et permet de faire émerger de nouvelles idées. Ici, la parole fut donnée à chaque MSU individuellement et avec la garantie de l'anonymat. Les entretiens individuels furent réalisés en face à face pour recueillir les expressions non verbales et permettre une richesse d'analyse plus importante.

Grâce à notre guide d'entretien, nous avons également pu minorer l'influence de l'investigatrice sur les réponses émises en posant de simples questions de relance ouvertes. Un MSU a d'ailleurs fait la remarque d'une question trop ouverte mais il a quand même pu y apporter une réponse relativement succincte. La première question de notre guide d'entretien faisait appel à la méthode d'explicitation (20) c'est-à-dire la description d'une action menée et avait donc l'avantage d'utiliser la mémoire d'évocation.

En revanche, il est vrai que la pratique d'un entretien semi-dirigé demande beaucoup de concentration de la part de l'investigatrice et n'est pas un exercice facile. Ainsi malgré une préparation rigoureuse, quelques limites sont à noter : par exemple, le manque d'entraînement de l'investigatrice a pu rendre parfois certaines parties d'entretien trop directives au risque d'influencer les réponses des MSU interviewés. Pour y pallier, un premier entretien exploratoire permettait d'assurer une meilleure validité des suivants.

Ce type d'entretien est soumis à la limite de déclaration des MSU qui pourrait vouloir donner la réponse attendue et non la réalité de leur pratique. En revanche, l'investigatrice a veillé à ce que les entretiens se soient déroulés dans un climat de confiance et avec une parole libre grâce aux explications claires au préalable du projet de recherche ainsi que son déroulé et sa finalité. Par ailleurs, les entretiens furent riches malgré un sujet épineux pouvant mettre certains, ayant une personnalité réservée, mal à l'aise et malgré une contrainte de temps évidente.

Les entretiens ont été retranscrits rapidement après avoir été enregistrés ce qui permettait d'améliorer le guide d'entretien en fonction des nouvelles données qui émergeaient et de les incorporer dans les entretiens suivants. Par ailleurs, la retranscription intégrale en appliquant la méthode verbatim a permis de rester fidèle au sens des mots tels que les MSU les ont employés. Ceci avait pour but de pallier la limite d'interprétation, tout comme la réalisation d'une triangulation des données par double analyse en aveugle avec une personne extérieure faisant partie du DUMG.

Le nombre de 13 à 14 entretiens individuels était initialement choisi afin d'atteindre la saturation des données. L'échantillon a été construit pour être le plus diversifié possible pour rechercher la variation maximale. Ainsi, les méthodes de recrutement différentes ont permis d'obtenir un panel large, diversifié et complémentaire, permettant d'accroître le champ des réponses et des pratiques. Nous estimons qu'une force de notre étude est que nous avons respecté la méthode qualitative et que nos entretiens étaient de bonne qualité.

L'originalité de cette étude résidait dans les thèmes abordés avec les MSU. A notre connaissance, il n'y a aucune autre étude décrivant aussi précisément la manière dont les MSU pratiquent leurs rétroactions pédagogiques. De même, à notre connaissance, il n'y aucune autre étude s'intéressant à l'invalidation d'un interne dans sa dimension pratique et émotionnelle.

Nous avons fait le choix de n'interroger que des MSU lors de cette thèse mais il est vrai et comme l'avait souligné l'un des MSU lors d'un entretien, qu'il aurait été intéressant d'avoir une deuxième partie avec des entretiens semi-dirigés auprès d'internes de médecine générale. La confrontation de l'analyse des données de ces deux populations cibles auraient pu être très enrichissante.

Lors de nos entretiens, nous avons remplacé le mot rétroaction pédagogique par interaction pédagogique pour faciliter la compréhension en utilisant un langage simple.

[III/ Supervision clinique versus rétroaction pédagogique](#)

La rétroaction pédagogique telle que constatée dans notre étude semblait passer uniquement par la supervision directe et indirecte. De même, la supervision directe semblait quasi exclusivement réservée aux internes en stage de Niveau 1 ou interne de SASPAS en grande difficulté.

Les freins à la supervision directe étaient les mêmes que ceux retrouvés dans le travail de thèse de Eon-Dehais(15) réalisé en 2013 à Nantes, à savoir la volonté du médecin de reprendre la main sur la consultation ou l'inadéquation avec le caractère du MSU.

En revanche, la supervision indirecte était toujours réalisée par les MSU pour l'ensemble des internes. Son contenu variait grandement : certains MSU ne s'attardaient que sur les situations jugées problématiques par l'interne en autonomie et d'autres s'astreignaient à passer en revue l'ensemble des consultations réalisées par l'interne quel que soit son niveau. On retrouve cette même variabilité dans le travail de Eon-Dehais(15) qui énumère 13 méthodes de supervision indirecte retrouvées chez les MSU interrogés. Cette diversité ne semble pas convenir aux internes qui souhaitaient que la supervision indirecte aborde toutes les situations d'après plusieurs études: Troester J(21) en 2013 et Lajzerowicz C, Vincent Y-M, Jung C. (22) en 2018. Il est théoriquement prévu que l'interne rende compte de tous ses actes à un médecin senior référent. Paradoxalement, nous constatons dans notre étude que la place de la supervision devenait de moins en moins importante au fur et mesure du stage alors même que l'interne était en cours d'autonomisation.

Si nous faisons référence à la définition de la rétroaction pédagogique de Kilminster et ses collaborateurs (8) citée en introduction, nous constatons dans notre étude que les MSU accordaient une part importante de leurs interactions à la supervision clinique et peu à la supervision pédagogique. La supervision clinique est importante pour garantir la sécurité du patient, elle est donc nécessaire. Mais la supervision pédagogique en situation clinique est tout aussi importante comme souligné également dans l'article de O'Brien et Al. (23) consacré au « Feedback ». La rétroaction pédagogique est classée en fonction de son efficacité. L'article stipule que pour obtenir une rétroaction efficace il faut établir un climat de confiance permettant à l'étudiant d'être à l'aise pour exprimer ses difficultés.

Dans le cas de notre étude, les nouvelles connaissances étaient acquises par le biais des rétroactions pédagogiques sur des cas spécifiques à la demande de l'interne lorsque celui-ci avait éprouvé des difficultés. Mais l'évolution du savoir, lui, est uniquement permis par les interactions systématiques en discutant chaque dossier des patients incluant ceux pour lesquels l'interne n'avait pas d'interrogation.

La différence de pratique de la rétroaction pédagogique entre interne de Niveau 1 et SASPAS peut en partie s'expliquer par le fait que le stage de SASPAS est plus récent et que cela demande un temps d'adaptation à la charte de la part des MSU.

Dans une étude traitant le sujet de l'interaction formative notamment (21), les internes semblaient plutôt satisfaits de la supervision (débriefing) à 80% même si seulement 50% des MSU réalisaient des débriefings systématiques de l'ensemble des consultations.

Ceci montre la difficulté d'adhésion au changement de méthode pédagogique, cité par Chartier et Al. (24) dans leur travail sur les freins de l'apprentissage dans une logique de compétence indiquant qu'il y a eu une sous-estimation de la distance entre le modèle pédagogique souhaité et l'enseignement « classique ». Il proposait la mise en place de « cellule d'aide pédagogique et méthodologique » ouverte aussi bien pour les MSU que les internes. L'étude réalisée par le DUMG de Tours menée par Renoux et Potier (25) ont fait le même constat de réticence aux changements mais plutôt de la part des internes.

Dans les travaux de Lajzerowicz C, Vincent Y-M, Jung C. (22) et Eon-Dehais (15), nous constatons que les MSU organisaient leur séance de supervision indirecte sur un temps dédié. D'après le guide du MSU du CNGE(26) et l'article de O'Brien et Al.(23) la séance de supervision indirecte doit être le plus rapprochée des consultations réalisées seules par l'IMG, ce qui était fait par les MSU de notre étude puisque c'était le soir même, en général.

Malheureusement, un frein majeur à la rétraction pédagogique mis en évidence par certains MSU de notre étude était le temps. Ceci est bien connu puisque c'est le frein principal des médecins à devenir

MSU selon une étude menée en 2014 auprès de médecins généralistes par Allainmat J., Foulques M. et Tardy A.(27). De plus, dans cette étude (27) comme dans les travaux réalisés par Bamberger (16), les MSU mettaient en avant l'appréhension et la remise en question des compétences des médecins à encadrer et évaluer un interne. Nous retrouvons également le même sentiment chez certains MSU de notre étude. De même, nous retrouvons les mêmes plaisirs, sous formes de motivations à devenir MSU (27), que dans notre étude à savoir : la transmission, faire découvrir la médecine générale, l'échange mutuel de connaissances.

De même, une étude réalisée par Arno-Moreau en 2013 ayant recueilli l'avis des internes concernant l'évaluation du stage ambulatoire(28), 63.4% des 120 IMG interrogés ont affirmé avoir une relation très satisfaisante avec leur MSU et 21.9% une relation satisfaisante. Ainsi, les efforts fournis par les MSU de notre étude semblent être appréciés des internes, en effet, ils avaient tous à cœur d'être bienveillants envers l'interne accueilli.

Un travail mené sur 15 ans au Canada par Giroux M. et Girard G. publié en 2009(29) montre que grâce au climat de confiance instauré, l'apprenant bascule de la position d'évaluation vers la position d'apprentissage, gage d'une formation médicale de meilleure qualité. Ils ont établi vingt principes favorisant la position d'apprentissage de l'étudiant. Parmi eux figuraient l'auto-évaluation en début de stage avec définition d'attentes particulières de l'interne et l'auto-évaluation en cours de stage rejoignant la définition du bon feedback par O'Brien et Al.(23) . Ceci avait été réalisé uniquement par un faible nombre de MSU inclus dans notre étude. Giroux et Girard indique qu'un feedback doit être réalisé en soulignant les points forts de l'interne et que les points faibles doivent devenir des objectifs pédagogiques.

Les MSU de notre étude interagissaient de manière bienveillante avec un échange actif basé sur des preuves scientifiques avec leur interne ce qui répond à la supervision indirecte idéal selon les internes inclus dans l'étude de Lajzerowicz C, Vincent Y-M, Jung C.(22). De même, l'article de O'Brien et Al.(23) met en avant que la rétroaction donnée doit se fonder sur des pratiques attendues et valides.

Chartier et Al.(24) stipulent dans leur travail sur l'évaluation que la réflexivité est la source des apprentissages de l'interne, or c'est à travers les interactions avec les enseignants cliniciens que naît le questionnement sur sa pratique. Ainsi ils ont défini les rôles des MSU, auxquels les MSU inclus dans notre étude remplissaient la quasi intégralité des critères à savoir : favoriser la réflexivité et guider le questionnement de l'interne, l'aider à choisir des sources scientifiques adaptées et de bon niveau de preuve. En revanche, aucun des MSU n'a évoqué la synthétisation des apprentissages réalisés pour l'application à de nouvelles situations problèmes.

Les MSU inclus dans notre étude n'utilisaient pas d'outils pour la rétroaction pédagogique avec leur interne, ni pour les évaluations formatives. Or selon Chartier et Al.(13), l'évaluation formative doit se baser sur des critères d'évaluation précis définis en début de stage. Ils ont également défini les buts spécifiques de la supervision directe et indirecte. Des difficultés étaient rapportées par certains MSU inclus dans notre étude par rapport à l'évaluation de quelques compétences pour les internes de SASPAS lors de la supervision indirecte. En effet, selon Chartier et Al.(24), les performances communicationnelles et relationnelles sont évaluées spécifiquement par la supervision directe. La supervision indirecte, elle, va servir à estimer le raisonnement de l'interne.

Si des améliorations pouvaient être apportées, plusieurs MSU de notre étude estimaient que les connaissances théoriques devaient être enseignées par les enseignants de la faculté de médecine. Ainsi, faudrait-il ajouter des cours obligatoires dont le contenu serait les pathologies fréquemment rencontrées en médecine générale ? La majorité (77.8%) des IMG sondés par questionnaire dans une enquête réalisée à l'échelle nationale en 2015 par Cathalan T.(30) y serait favorable. Ce travail portait sur l'opinion et l'attente des internes vis-à-vis du « DES » idéal.

Cette méthode pédagogique correspond à l'apprentissage par objectifs, contre-pied du constructivisme et de l'apprentissage par compétence. Ceci semble être le témoin d'un héritage pédagogique ancien et matérialise un réel frein au changement de paradigme d'apprentissage.

IV/ Limites floues entre évaluation formative et interaction pédagogique

La limite entre évaluations formatives et rétroactions pédagogiques semblent un peu floue pour les MSU inclus dans notre étude mais selon Chartier et Al. (13), ce sont les supervisions qui sont les supports des évaluations formatives des internes en stage. De même, qu'il n'y pas de dissociation entre évaluations formatives et certificatives puisque les évaluations formatives sont répétées jusqu'à ce que l'interne ait atteint le niveau de compétence nécessaire. Ainsi, ceci rejoint la pratique des MSU inclus dans notre étude qui réalisaient la validation de stage en s'appuyant sur une appréciation globale de stage.

Par ailleurs, dans l'article de revue de la littérature faite par Kilminster et Joly en 2000 (8), la définition de la supervision n'a pas pu être très claire. Les éléments principaux retrouvés étaient que la supervision devait promouvoir les compétences professionnelles et assurer la sécurité des patients. La supervision est donc définie au travers de son but. Ainsi, les MSU de notre étude répondaient en partie à cette définition.

Lorsqu'interrogé sur le sujet, les MSU inclus dans notre étude ne voyaient pas l'intérêt d'évaluations supplémentaires puisque celles-ci se faisaient de manière implicite en continue.

La comparaison avec les pratiques pédagogiques recueillies auprès des MSU en 1999 par Vidal M. et Al. ne semble montrer aucune évolution des pratiques puisqu'à l'époque « l'attitude pédagogique la plus souvent adoptée par les maîtres de stage est la « discussion explicative » à propos d'un cas ou d'une difficulté diagnostique ou relationnelle. »(31)

Or selon Jouquan (12) l'évaluation formative est définie comme telle « Il s'agit, à des moments variables ou de manière continue, de donner à l'étudiant et à l'enseignant des informations objectives sur la nature et la valeur des apprentissages réalisés, afin que l'un et l'autre ajustent et optimisent, respectivement, leurs stratégies d'apprentissage ou leurs interventions pédagogiques ».

Ainsi, aucun MSU ne pratiquait d'évaluation formative alors que parfois il y avait des situations où ils sentaient l'interne en difficulté. Des évaluations formatives permettraient de faire le point sur les compétences acquises et celles qui doivent encore être à acquérir. Elles permettent aussi de faire un point sur la diversité des situations cliniques aux quelles l'interne a été confronté. Ainsi, les évaluations formatives semblent indispensables pour la réalisation de prescription pédagogique par le MSU.

Un levier pour une application un peu plus systématique du paradigme d'apprentissage serait peut-être l'utilisation du parallèle entre le soin et la pédagogie : observation, écoute, discussion, analyse et jugement des éléments recueillis comme en consultation avec un patient. Puis le MSU pose un diagnostic pédagogique qui débouche sur une prescription pédagogique avec planification et enfin évaluations des apprentissages. Ceci permettrait également une désacralisation du « jugement » qui est placé explicitement dans un objectif vertueux.

D'après un article de Giroux et Girard paru en 2009(29), la progression de l'interne en formation passe par l'adoption d'une position d'apprentissage favorisé par l'instauration d'un climat favorable dans l'interaction entre superviseur et supervisé. Cette position est non seulement nécessaire pour les internes en difficulté mais également bénéfique pour les internes dont les performances sont satisfaisantes. Or ce serait un point faible dans l'interaction des MSU de notre étude puisque la

majorité estiment qu'un interne avec un bon niveau n'aurait pas besoin d'évaluations supplémentaires.

De plus, des alternatives à l'hétéro-évaluation par supervision directe jugée trop stressante pour l'interne pourrait être employées comme, l'enregistrement vidéo de consultations pouvant être visionnée en différé (32).

L'auteur d'une étude réalisée en 2019, Bouchez Z., sur l'utilisation d'un outil numérique pour l'aide à la supervision et l'évaluation de l'interne en stage ambulatoire (33) a semblé mettre en évidence une « satisfaction globale de l'utilisabilité de l'outil à 67,45% » et que « la structure informatique de l'outil numérique permettrait une harmonisation des pratiques pédagogiques des D[U]MG et de l'évaluation des internes, tout en répondant aux contraintes humaines et matérielles des D[U]MG. »

Une autre piste d'amélioration des pratiques serait d'inciter les internes à prendre part d'avantage à leur évaluation formative et combattre les réticences mises en évidence dans l'étude menée par Troester J. sur des internes en SASPAS(21), où aucun des internes interrogés ne remettaient en question le faible nombre de réunion organisée avec leur MSU.

Une dizaine de MSU aux alentours de Grenoble ont été questionnés en 2010 par Petite E. (34) lors d'un travail qualitatif sur les freins de la supervision indirecte et l'évaluation des internes en stage de SASPAS et semblaient faire le même constat que dans notre étude : l'évaluation finale est assurée par une simple discussion entre IMG et MSU et elle est assez subjective, de plus les MSU remettent en question leurs compétences à évaluer les internes (34).

En revanche, Chartier (24) donne un autre rôle aux MSU en plus de ceux plus classiques, il indique que le MSU doit demander à l'interne de rédiger des traces écrites de ses apprentissages qu'ils auraient définis ensemble grâce à la supervision. A partir de ces traces écrites, il évalue l'apprentissage de l'interne grâce à des outils critériés et lui fournit un feedback pédagogique. Ainsi, on constate que les rôles des MSU sont divers et variés, peut être qu'une définition plus concise et homogène aiderait les MSU à mieux investir leur rôle.

V/ L'auto-évaluation : l'outil-clé pour une harmonisation ?

La grande majorité des MSU de notre étude ne pratiquait pas l'auto-évaluation de manière formalisée mais estimait que c'était un bon outil pour la formation. Certains MSU ne la pratiquaient qu'à la fin du stage en même temps que la validation. Dans une étude de Le Mauff et Al. en 2005 (35), ils stipulent que « Dans la pédagogie centrée sur les apprentissages, l'apprenant est le moteur de sa formation, ce qui signifie qu'il est actif dans son processus de formation : il participe à la détermination de ses objectifs (auto-évaluation) et à leur réalisation (autoformation). ». Ainsi, l'intérêt de cet outil semblerait résider dans son utilisation à plusieurs reprises pour apprécier l'évolution du niveau de compétence.

Dans une étude sur l'évaluation du stage par les internes en 2016 de Arno-Moreau E. (28), la détermination avec les MSU des attentes des internes en début de stage était réalisé dans 75,8% des cas. Dans notre étude, seul quelques MSU l'avaient faite mais parfois sans parvenir à concrétiser ces objectifs pendant le stage.

Ce qui se rapproche de notre étude est le fait que des réunions entre les MSU et les internes pour évaluer la progression de l'interne n'étaient réalisés que dans 33,1% des cas contre 0 dans notre étude. Il faut souligner qu'il y avait tout de même eu des tentatives par le MSU 1 mais mis en échec par le coté formalisé de la procédure.

Selon l'étude menée par Giroux et Girard(29) en 2009 sur la position d'apprentissage, les stratégies d'apprentissage passent aussi par l'autoévaluation et notamment en visionnant une vidéo de la consultation que l'interne a effectuée. L'intérêt de la vidéo fut également reconnue dans l'article de Rey-Bellet et Al. en 2008 (32) comme un atout pour mettre en avant les points forts de la consultation et facilitant l'évaluation de la compétence relation médecin- malade. Dans notre étude, certains MSU estimaient qu'il était difficile de déterminer la qualité de la relation avec le patient pour les internes de SASPAS qui étaient en autonomie.

Dans une étude rédigée en 2016 par Arno-Moreau E. (28), les 2 domaines où les internes estimaient avoir le plus progressés étaient la pratique clinique, la prescription et la relation-communication. Cela entre en corrélation avec les objectifs pédagogiques les plus cités par les MSU de notre échantillon. Les internes interrogés dans cette thèse (28) ont répondu qu'ils se sentaient capable de faire des remplacements à la suite de leur stage ambulatoire dans 91.3% des cas. Ainsi, cela entre en adéquation avec le critère de validation de stage d'un des MSU qui était de savoir si l'interne était en capacité de faire des remplacements à l'issue du stage.

Tous les MSU de notre étude avaient le souci de faire progresser leur interne par un rôle décrit comme du compagnonnage. Cela était également le cas dans le travail réalisé par P. Eon-Dehais (15) en 2013 sur l'encadrement pédagogique avec également le souci de transmission et de rassurance. Or le terme compagnonnage fait référence à une théorie de l'apprentissage par l'imitation, bien différente de celle du paradigme d'apprentissage où l'interne est l'acteur principal de sa formation.

VI/ Faire évoluer la grille de validation de fin de stage ?

Certains MSU de notre étude se posaient la question de leur rôle dans les évaluations certificatives. O'Brien et Al. (23), quant à eux, estiment que celui dont le rôle est de faire une évaluation sommative a également la responsabilité de veiller à fournir une rétroaction pédagogique appropriée et suffisante en amont.

La grille de validation actuellement fournie par le DUMG de Caen et utilisée par les MSU de notre étude, comprend 11 items d'évaluation avec 5 niveaux d'appréciation (annexe 2). Comme dans notre travail, une étude portant sur le point de vue des MSU accueillant des internes (36), les MSU s'interrogeaient sur l'intérêt de certains items d'une grille d'évaluation fournie par le DUMG dont ils dépendaient et sur l'applicabilité de certains autres items à la médecine ambulatoire.

L'item hygiène et propreté a été remis en cause par certains MSU de notre travail, car relevant pour certains du bon sens et pour d'autres, l'item semble être mal compris : le confondant avec l'allure vestimentaire plutôt que l'application des règles d'hygiène comme le lavage des mains, par exemple. Est-ce que cet item doit encore faire partie de la grille d'évaluation d'un interne ou est-ce que cela relève plutôt des attentes d'un externe et doit être considéré comme acquis par la suite ? En revanche, il est vrai qu'il est important de veiller à la bonne pratique de l'hygiène et de le faire remarquer quand il fait défaut.

De plus, l'item de la ponctualité a fait débat auprès de certains MSU qui considéraient que cela relevait également du bon sens et que c'était quelque chose qui devait être acquis même avant l'externat. Ces items devraient-ils être réservés aux externes uniquement et être retirés de la grille de validation des internes pour pouvoir laisser la place à des items jugés plus importants ?

Certains MSU inclus dans notre étude ont mis en avant une difficulté d'évaluation du niveau de l'interne lors de la validation de stage car les niveaux proposés sur la grille d'évaluation fournie par le DUMG de Caen leur paraissaient trop imprécis. Or, Compagnon et Al. ont défini en 2013 (37), 3 niveaux de compétences pour le 3ème cycle : novice, intermédiaire et compétent avec une description de chaque niveau pour chacune des 6 compétences en médecine générale. La mauvaise connaissance ou adhésion à la notion de compétence en médecine générale par certains MSU constatée dans notre étude comme dans celle de Chartier (24) constitue un frein à l'utilisation de cet outil.

Les niveaux de compétence sont pour certains, difficiles à utiliser peut-être par manque de précision des items à évaluer. Un MSU suggère de faire des items en « check-point ». Un des MSU inclus dans notre étude souhaitait un continuum entre les évaluations de l'interne en stage de Niveau 1 et ceux en SASPAS car estimait qu'il était difficile de savoir où l'interne se situait dans ses acquisitions en début de stage. Ceci pourrait être possible en définissant par exemple des objectifs prioritaires et secondaires. Cela permettrait de la même manière d'aider les MSU accueillant des internes de Niveau 1, lors de la validation du stage lorsqu'il y a des hésitations : les internes de Niveau 1 devant remplir tous les objectifs prioritaires. Les travaux réalisés au sein du DUMG de Tours en 2013 (10) avaient permis l'élaboration d'un référentiel des compétences adapté à l'évaluation spécifique de l'IMG en stage de Niveau 1 puis un travail sur les critères de validation de la phase socle ont été défini en 2019 par Ariza et Al. (38).

De nombreuses grilles d'évaluation formative et certificative ont été proposées notamment celle de Ruelle et Al. (39) reprenant comme celle d'Attali, les 3 niveaux de compétence. En revanche, elles ne sont pas utilisées car n'ont pas encore pour certaines fait la preuve de leur reproductibilité et leur faisabilité. La grille « Attali », présentée lors de la formation à la faculté de médecine de Caen, a été jugée trop complexe par le seul MSU qui l'a évoquée.

VII/ Invalidation de stage : Vécu et place du DUMG

A notre connaissance, aucune étude ne porte sur le ressenti d'un MSU lors de l'invalidation d'un interne. Or ce serait un sujet très intéressant à traiter qui pourrait venir confronter les résultats que nous avons obtenu dans notre étude.

Nous avons été frappés par les émotions vives associées à cet évènement puisque certains MSU ont sciemment évité le sujet. Un MSU a décrit ce moment comme traumatisant et le vécu dépeint comme affreux et sanglant transpirait à travers le récit qu'il en faisait.

Alors que nous pensions surtout à l'impact de l'invalidation sur l'interne, nous étions loin d'imaginer un tel vécu chez les MSU.

Les MSU savaient quasiment tous qu'ils pouvaient solliciter le DUMG lors de difficultés avec des internes. Le DUMG de Caen semble accessible contrairement aux difficultés de communication avec le DUMG de Nantes mis en avant par le travail de P. Eon-Dehais (15) réalisé en 2013.

Les formations organisées par le DUMG de Caen sont appréciées par la majorité des MSU, occasion de donner des outils de communication notamment. Ceci pourrait également permettre une meilleure compréhension des concepts et termes pédagogiques favorisant ainsi leur utilisation. Le DUMG de Tours, par exemple, organisait depuis 2014 des groupes de pairs pédagogiques dans chacun des départements rattachés.

Conclusion

Ce travail avait pour objectif de faire un état des lieux de la pratique de la rétroaction pédagogique et des évaluations formatives et certificatives des MSU de Normandie occidentale.

Cette étude a permis de souligner une hétérogénéité des pratiques des MSU accueillant autant des IMG de niveau 1 que de SASPAS. Elle démontre des limites floues entre la rétroaction pédagogique et l'évaluation formative, et cette dernière par conséquent n'est pas pratiquée. Elle souligne l'absence d'utilisation d'outil pédagogique ou d'aide à l'évaluation, à l'exception de la grille de validation du stage fournie par le DUMG dont les items sont remis en cause par la majorité. Cependant, elle montre aussi l'intérêt que les MSU portent à la pédagogie et le souci de l'influence des rétroactions et évaluations dans le cursus des internes. Elle fait remarquer que les rôles propres aux MSU ne sont pas clairement connus. Il semblerait qu'une meilleure compréhension des concepts et des termes pédagogiques permettraient aux MSU de mieux appréhender la logique d'apprentissage, d'en respecter les différentes étapes et d'optimiser les rétroactions qu'ils fournissent aux internes. Notre travail permet également une ouverture sur le ressenti d'une invalidation d'interne qui à notre connaissance est un sujet qui n'a jamais été abordé.

Cette étude permettrait un support pour des travaux à venir concernant l'amélioration des pratiques des MSU encadrant des IMG. L'enjeu sera donc de considérer les attentes des MSU en proposant des outils adaptés à leur contraintes et propres à la médecine ambulatoire. Cette étude laisse penser que l'autoévaluation est un outil pédagogique plus accessible qui semble être plus largement utilisé au Canada notamment. Cette étude met en lumière un réel besoin d'harmonisation des pratiques d'évaluation que ce soit au sein d'un même DUMG mais également au niveau national.

Enfin, notons qu'une dynamique vertueuse de formation de l'ensemble des MSU à la pédagogie médicale s'installe durablement au sein de la faculté de Caen. Depuis plusieurs années, le DUMG de Caen organise de nombreuses sessions de formation en partenariat avec le CNGE Formation. Leur contenu qualitatif et progressif, ainsi que la convivialité des échanges rendent ces temps de formation très appréciés des MSU participants. Gageons que celles-ci, stricte application des préceptes de la pédagogie de l'interne, permettront de rendre accessible le vocable pédagogique, sa pratique optimale et la diffusion de ses outils.

Bibliographie

1. WONCA Europe, Allen J, Heyrman J. La définition européenne de la médecine générale- médecine de famille. Barcelone Espagne; 2002 p. 52.
2. Arrêté du 4 février 2011 relatif à l'agrément, à l'organisation, au déroulement et à la validation des stages des étudiants en troisième cycle des études médicales - Article 25. p. JORF n°0033 du 9 février 2011 page 2511.
3. 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):163-75.
4. Legendre R. Dictionnaire actuel de l'éducation. Guérin-Eska. 1993. (Montréal- Paris).
5. Gardner H. Assessment in Context: the Alternative to Standardized Testing. In : Gifford BR, O'Connor MC (eds). *Changing Assessments: Alternative Views of Aptitude, Achievement and Instruction*. Kluwer Academic Publishers. Vol. 77-12. Boston; 1992.
6. Ericsson KA, Charness N, Paul J. Feltovich PJ, Hoffman RR (eds). *The Cambridge Handbook of Expertise and Expert Performance*. Cambridge University Press. New York; 2006.
7. Côté L, Bélanger N. La rétroaction pédagogique en médecine : description et évaluation préliminaire d'un dispositif de formation sur internet pour les médecins cliniciens. *Pédagogie Médicale*. févr 2009;10(1):29-39.
8. Kilminster SM, Jolly BC. Effective supervision in clinical practice settings: a literature review. *Med Educ*. 2000;34(10):827-40.
9. Tardif J, Presseau A. Intégrer les nouvelles technologies de l'information. Quel cadre pédagogique ? Editions sociales françaises. Paris; 1998. 126 p. (ESF).
10. Renoux C, Lebeau JP, Potier A, Lehr-Drylewicz A-M. Un référentiel de compétences pour une évaluation formative des internes en stage de premier niveau en médecine générale. *Exercer*. 2013;(108):185-92.
11. Compagnon L, Bail P, Huez J-F, Stalnikiewicz B, Ghasarossian C, Zerbib Y, et al. Définitions et descriptions des compétences en médecine générale. *Exercer*. 2013;108:148-55.
12. Jouquan J. L'évaluation des apprentissages des étudiants en formation médicale initiale. *Pédagogie Médicale*. févr 2002;3(1):38-52.
13. Chartier S, Breton JL, Ferrat E, Compagnon L, Attali C, Renard V. L'évaluation dans l'approche par compétences en médecine générale. *Exercer*. 2013;24(108):171-7.
14. Arrêté du 21 avril 2017 relatif aux connaissances, aux compétences et aux maquettes de formation des diplômés d'études spécialisées et fixant la liste de ces diplômés et des options et formations spécialisées transversales du troisième cycle des études de médecine. p. JORF n°0100 du 28 avril 2017.
15. Eon-Dehais P. Encadrement pédagogique des maîtres de stage des universités en médecine générale: entretiens semi-dirigés auprès de 19 médecins généralistes de la faculté de médecine de Nantes [Thèse d'exercice: Médecine]. Nantes; 2013.
16. Bamberger V. L'élaboration et évaluation d'un référentiel de compétences en médecine générale pour une évaluation directe et formative des internes en stage de premier niveau [Thèse d'exercice: Médecine]. Tours; 2009.

17. Couton C. Evaluation formative des internes de médecine générale en stage ambulatoire en soins primaires en autonomie supervisée à la faculté de médecine de Tours: bilan de l'expérimentation de deux outils [Thèse d'exercice: Médecine]. Tours; 2015.
18. Aubin-Auger I, Mercier A, Baumann L, Lehr-Drylewicz A-M, Imbert P. Introduction à la recherche qualitative. Rev Exerc. 2008;19(84):142-5.
19. Méliani V. Choisir l'analyse par théorisation ancrée : illustration des apports et des limites de la méthode. Rech Qual. 2013;(15):435-52.
20. Kéradec P. et H. L'entretien d'explicitation, entretien avec Pierre Vermersch. Economie et Management. N°169. oct 2018;64-70.
21. Troester J. Bilan du Stage Autonome en Soins Primaires Ambulatoire Supervisé (SASPAS) en Lorraine: étude qualitative par focus group et entretiens semi-dirigés auprès des maîtres de stage et des internes stagiaires [Thèse d'exercice: Médecine]. Nancy; 2013.
22. Lajzerowicz C, Vincent Y-M, Jung C. La supervision indirecte idéale d'après l'expérience des internes en stage autonome en soins primaires ambulatoires supervisé. Pédagogie Médicale. 1 févr 2018;19(1):27-35.
23. O'Brien HV, Marks MB, Charlin B. Le feedback (ou rétro-action) : un élément essentiel de l'intervention pédagogique en milieu clinique. Pédagogie Médicale. août 2003;4(3):184-91.
24. Chartier S, Ferrat E, Djassibel M, 5 autres. Mise en oeuvre d'un programme d'apprentissage dans une logique de compétence: difficultés et propositions. Exercer. 2012;103:169-74.
25. Renoux C, Potier Alain. Former les internes à la médecine générale: un long fleuve tranquille? Exercer. 2010;(90):15-9.
26. CNGE. Guide pratique du MSU ECA: maître de stage des universités en médecine générale, enseignant clinicien ambulatoire. Paris: Ed. scientifiques L&C, 2012.
27. Allainmat J, Foulques M, Tardy A. Motivations et freins des médecins généralistes à devenir maître de stage: étude auprès de 382 médecins du Maine et Loire, e la Mayenne et de la Sarthe. Angers; 2014.
28. Arno-Moreau E. Évaluation du stage chez le praticien par les internes de médecine générale niçois [Thèse d'exercice: Médecine]. Nice; 2016.
29. Giroux M, Girard G. Favoriser la position d'apprentissage grâce à l'interaction superviseur-supervisé. Pédagogie Médicale. août 2009;10(3):193-210.
30. Cathalan T. Formation des internes de médecine générale : Opinions et attentes des internes vis-à-vis du DES de médecine générale « idéal » [Thèse d'exercice: Médecine]. Paris Est Creteil; 2015.
31. Vidal M, Lauque D, Nicodeme R, Bros B, Arlet P. Les outils pédagogiques pour le stage des résidents au cabinet du médecin généraliste français. Pédagogie Médicale. févr 2002;3(1):33-7.
32. Rey-Bellet S. et Al. Comment commencer l'entretien médical? Réflexions sur la phase sociale à partir d'enregistrements vidéo. Rev Med Suisse. 2008;418-21.
33. Bouchez Z. Création et évaluation d'un outil informatique d'aide à la supervision et à la rédaction de traces d'apprentissage en stage ambulatoire de médecine générale [Thèse d'exercice: Médecine]. Nice; 2019.
34. Petite E. Obstacles à la supervision indirecte en SASPAS à Grenoble : identification par les maîtres de stage et perspectives d'amélioration [Thèse d'exercice: Médecine]. Grenoble; 2010.

35. Le Mauff PL, Bail P, Gargot F, Garnier F, Guyot H, Honnorat C, et al. L'évaluation des compétences des internes de médecine générale. Rev Exerc. avr 2005;(73):63-9.
36. Lecarpentier G. Quel est le vécu des Maîtres de Stage accueillant un interne en SASPAS [Thèse d'exercice: Médecine]. Paris Diderot, Paris 7; 2010.
37. Compagnon L, Bail P, Huez J-F, Stalnikiewicz B, Ghasarossian C, Zerbib Y, et al. Les niveaux de compétences. Exercer. 2013;(108):156-64.
38. Ariza M, Chastang J, Grimault C, Compagnon L. Elaboration d'un outil d'évaluation des compétences de la phase socle chez les internes de médecine générale. Exercer. 2019;156.
39. Ruelle Y, Boulay S, Munck S. Elaboration d'une nouvelle grille d'évaluation des internes en stage de médecine générale. Exercer. 2016;127:42-3.

Annexes

Annexe 1 : Guide d'entretien :

Bonjour, je suis Katherine JOSEPH, interne en médecine générale, je vous remercie de m'accorder un peu de votre temps pour répondre à mes questions dans le cadre de ma thèse portant sur l'évaluation des internes de médecine générale sur les terrains de stage. Celle-ci est un travail préliminaire qui servira de base à un large projet d'amélioration de nos pratiques déjà en cours de réflexion. Je vais donc procéder à l'entretien semi-dirigés avec enregistrement audio si vous me le permettez. Le document retranscrit à partir de l'enregistrement sera anonymisé.

1/ Pour commencer, j'aimerais que vous vous remettiez en tête la dernière interaction pédagogique que vous avez eu avec votre interne et que vous me la décriviez : les circonstances et méthodes employées.

- a) Ces interactions sont-elles systématiques ou qu'en cas de problème ? A quelles fréquences les réalisez vous ?
- b) Quelle est la durée moyenne d'une interaction pédagogique ?
- c) Quel support utilisez vous pour l'interaction ?
- d) Quelle technique d'écoute adoptez vous ?
- e) Pourriez vous me décrire les outils que vous utilisez ?
- f) Dans quel but pratiquez vous cette rétroaction ? Quels sont les critères que vous évaluez ?
- g) Comment faites vous les retours sur performance auprès de l'interne ?
- h) Quelle place faites vous à l'autoévaluation ?
- i) Est-ce que votre modes d'évaluation a changé au fil du temps ?

2/ Pourriez vous me décrire d'autres modes d'interaction que vous utilisez habituellement avec votre interne : les circonstances et les méthodes employées.

- a) Comment observez vous la performance de l'interne ?
- b) Comment analysez vous la performance de l'interne ?
- c) Comment portez vous un jugement sur la performance ?

3/ Pourriez vous me décrire les outils que vous utilisez pour cette rétroaction ?

- a) Comment comprenez vous le concept de compétences en médecine générale ?
- b) Intégrez vous les niveaux de compétence à votre évaluation ?

4/ A nouveau, je vais vous demander de vous rappeler de la dernière évaluation en vue de la validation de stage d'un interne, pourriez-vous me décrire votre façon de faire ?

- a) L'interne est-il présent ? A-t-il accès à cette évaluation ?
- b) Vous concertez vous entre MSU pour la réaliser ?
- c) Vous aidez vous d'un outil d'évaluation ?
- d) Pratiquez-vous une évaluation à mi-parcours pour favoriser l'amélioration de la pratique de l'interne ?

5/ Comment décrieriez vous votre rôle auprès des internes ?

- a) Que pensez vous de la pratique de l'évaluation en tant que MSU ?
- b) Vous sentez vous à l'aise avec la notion de porter un jugement ?

6/ Avez-vous déjà eu des difficultés dans l'interaction avec un interne ? Avez-vous déjà expérimenté l'invalidation d'un interne ? Si oui, comment l'avez-vous vécu ?

7/ Avez-vous des suggestions à faire, des volontés pour améliorer la pratique de l'évaluation ?



**FICHE D'ÉVALUATION PÉDAGOGIQUE ET VALIDATION ADMINISTRATIVE
DE STAGE DE TROISIÈME CYCLE DE MÉDECINE**

Nom de l'étudiant(e) : _____ Prénom : _____

Pour la période de stage du **4 Novembre 2019 au 3 Mai 2020**

Type de stage : **Maîtrise de stage 2^{ème} niveau – SASPAS**

Maître de stage coordonnateur : _____

au titre de : **x de la phase d'approfondissement du DES**

inscrit(e) au DES de : **Médecine générale**

ITEM	A (Excellent)		B (Satisfaisant)		C (Non satisfaisant)		D (Insuffisant)		E (non observé)	
	Interne	Maître de stage*	Interne	Maître de stage*	Interne	Maître de stage*	Interne	Maître de stage*	Interne	Maître de stage*
Assiduité/Ponctualité										
Hygiène/Propreté										
Connaissances théoriques/Capacité à mobiliser ses connaissances théoriques										
Présentation de dossier/Présentation orale en réunion de service										
Relation avec le patient										
Intégration dans l'équipe de soins										
Raisonnement diagnostique										
Raisonnement thérapeutique										
Gestion de l'urgence										
Maîtrise des gestes techniques										
Progression au cours du stage										

* Maître de stage = RTS (responsable médical) ou MSU (maître de stage des universités)

Observations (texte libre) :

1. Points positifs

2. Points à améliorer

Validation administrative :

Stage validé oui non : motifs :

A _____, le _____

Nom et prénom du « Maître de stage »

Signature : _____

A retourner pour le : 13 mars 2020 par courriel : medecine.validation@unicaen.fr ou par courrier

Annexe 3 : Verbatims des entretiens

Les caractères en gras sont les paroles de l'investigatrice.

Les caractères entre parenthèses décrivent les expressions non verbales des MSU.

Entretien 1 (MSU 1)

Donc pour commencer, j'aimerais que vous vous remettiez en tête la dernière interaction que vous avez eu avec votre interne, euh.. une interaction pédagogique, euh.. et que vous me la décriviez: les circonstances, les méthodes employées. Allez-y.

Eh bien, c'était hier soir en fin de journée avec mon interne de premier niveau qui est en phase autonome donc qui fait la grande majorité des consultations seul. Donc, en fin de journée, on a revu euh.. ensemble le planning de la journée pour un peu refaire euh.. le point sur les éventuelles difficultés qu'il avait rencontré et qui n'avait.. qu'on n'avait pas eu le temps de voir en cours de journée ou bien qui demande un peu plus de temps pour s'expliquer. Euh.. on a donc euh.. utilisé le planning pour euh.. comme support pour euh.. se remémorer chaque consultation et puis s'arrêter sur celles où il avait des questions il n'était pas euh.. qui étaient restées en suspens. A noter que c'est pas toujours comme ça que ça se passe c'était cette fois-ci.

Ouais?

C'était cette fois-ci. Euh.. C'est aussi très variable dans l'avancée de l'interne parce que euh.. là il est arrivé à un stade où euh.. il y a beaucoup de choses qui ne sont plus du tout à revoir avec lui par exemple la façon dont il note ses euh.. les euh.. les observations, les choses qu'il note ou qu'il note pas, et plus ce qui est administratif. C'est des choses qui sont plus d'actualité maintenant.

Euh.. donc vous dites que le planning vous sert de support et les dossier.. les dossiers patient également; c'est-à-dire que pour euh.. évaluer un petit peu la performance de votre interne vous allez également voir ce qu'il note dans le dossier, les ordonnances qu'il euh.. qu'il propose?

Oui mais euh... ça c'est en cours de journée, parce que j'ai la chance de pouvoir parfois suivre les consultations juste en décalage d'une consultation je peux ouvrir le dossier après lui pour revoir ça. Et donc moi-même je peux prendre l'initiative de dire: " Ah tiens, tu n'aurais pas eu un problème avec cette ordonnance là?" ou autre. Euh.. mais hier par exemple, il n'y a pas eu ce genre de euh.. de remarque de ma part, donc on est resté sur ses demandes éventuelles à lui.

D'accord. Donc ça c'est actuellement, en phase autonome donc c'est plutôt de la supervision indirecte.

Oui

Et.. est-ce que vous avez d'autres méthodes d'évaluation? que vous avez fait auparavant ou que vous employez toujours actuellement ou pas?

Euh.. Quand euh.. c'est indirect?

Pas forcément, pas forcément.

Euh.. (réfléchit) Bah les méthodes.. la première qui me vient à l'esprit c'est le tableau qu'on nous a donné pour euh.. décomposer une consultation, euh.. c'est ce que j'utilise le plus en début de stage quand j'utilise quelque chose.

Donc ça c'est en début de stage?

Euh.. pas tout début tout début. D'abord euh.. il y a une familiarisation et puis c'est dans un deuxième temps précoce, je vais dire; que je sors ça.

Alors vous avez dit "qu'on m'a donné", euh.. où est-ce que vous vous l'êtes procurer, comment.. est-ce que vous savez comment il s'appelle ce.. ce tableau?

(Réfléchis) On me l'a donné au DMG euh.. lors d'une formation. Il porte le nom de celui qui l'a fait (rires) et non pas de celui qui l'a retouché, et je ne sais, je euh.. je sais pas comment il s'appelle.

D'accord, ok. Euh.. est-ce que les interactions que vous avez avec votre interne, que ce soit de niveau 1 ou de SASPAS, sont systématiques euh.. et fait de manière générale à la fin de chaque journée par exemple?

Non! Euh.. avec le niveau 1 c'est systématique, et c'est plusieurs fois par jour même quand euh.. il est en autonomie, c'est très rapproché. Avec le SASPAS, c'est euh.. très variable d'un étudiant à l'autre: il y a des étudiants qui demandent une validation pour tout ce qu'ils font et puis, il y a ceux qui ne veulent pas qu'on s'en mêle et pour lesquels la supervision est un peu difficile.

Parfois, vous pouvez rencontrer des difficultés donc, avec un interne pour cette supervision?

Ca m'est arrivé avec 2 internes.

D'accord.. est-ce que vous pouvez m'en dire plus?

Euh.. c'était des.. des internes qui étaient très très autonomes, euh.. qui se croyaient bons, et qui ne demandaient pas spontanément d'aide. Qui quand on leur en proposait, n'en voulaient pas. Et quand on voyait qu'il y avait des problèmes dans les dossiers et qu'on essayait de leur suggérer que peut-être euh.. ils auraient pu avoir des difficultés, pareil ils fermaient la porte en disant: "non, non ça va!" et n'enregistraient pas non plus les conseils.

Et est-ce que vous essayez quand même de.. d'instaurer euh.. une interaction avec eux, pédagogique de même ou.. ?

Ben, euh... je dirais que ça a été un échec dans un des deux cas que je vois, où il y a.. je vois bien qu'elle n'a jamais fait attention à ce que je disais... (sourires)

Mais il y avait quand même un échange que vous mettiez en place systématiquement, (Réfléchit)

Pas forcément?

Une fois par semaine mais euh.. (soupirs) ça marchait pas...

D'accord, ok. Et euh.. donc vous avez dit que vous utilisez par exemple, un outil comme un tableau qui décompose une consultation, euh.. est-ce que c'est quelque chose que vous utilisez de manière euh.. tout au long du stage ou alors ponctuellement, ou pour une validation?

Très ponctuellement, juste euh.. pour euh.. à un moment pour que l'interne soit.. prenne conscience des différentes étapes de la consultation, d'abord. Et puis, euh.. deuxièmement pour euh.. parfois quand euh.. il y a des difficultés qu'on a du mal à objectiver pour les objectiver.

Et pour pouvoir euh.. rebondir là-dessus, pour donner des objectifs à l'interne peut-être?

(réfléchis) oui je suppose que, quand euh.. (soupirs)

Comment voyez-vous votre rôle, auprès des internes, en tant que maître de stage Universitaire?

Euh.. différent entre le premier et deuxième niveau c'est sûr! Et puis, différent selon le moment du stage. Et très différent selon le type d'interne aussi! S'ils ont pas le même niveau. Euh, ce qu'on a remarqué c'est qu'on a quand même la très grande chance d'avoir des bons internes dans notre stage et il est vraiment rare qu'on est des difficultés avec un interne. Donc euh.. je dirais que ... mon rôle je le verrai (réfléchis) comme euh...: un conseiller bienveillant.

D'accord. Euh.. et lorsque vous allez faire une évaluation dans un but de validation de stage: est-ce que vous pouvez me décrire les circonstances, les moments, comment vous faites?

Je ne euh.. fais pas moi-même la validation du stage de niveau 1, mon collègue qui l'a fait pour le stage de niveau 2, a tendance à me filer le bébé un petit peu, c'est vrai (rires), mais je ne fais pas d'évaluation euh.. ponctuel, enfin je vais me baser sur l'ensemble et l'impression que j'ai déjà eu, ça ne va pas être: je prends tel et tel critères pour voir comment.. c'est basé sur quelque chose de diffus.

Général?

Oui

D'accord, Et euh.. est-ce que vous faites ça plusieurs fois? Euh.. est-ce que vous vous posez plusieurs fois pour y réfléchir, où est-ce que c'est plutôt quelque chose de progressifs et finalement il n'y a pas vraiment de moment où vous.. vous... évaluez un interne pour le.. le valider?

On a fait plusieurs formules et finalement il n'y a pas de moment! Mais pour l'interne de SASPAS: euh.. on peut discu.. on peut être amené entre nous à discuter du problème qui peut y avoir euh.. on peut aussi.. parler de façon... avec des compliments, tel ou tel trucs que l'on trouve très bien, et ça aide à avoir une idée générale et quand il y a un problème bah qu'on évoque, bien souvent on essaie de réorienter. Mais ça se fait tout en douceur, c'est pas: on va prendre l'interne, on va lui dire il y a un problème, non! C'est... on glisse euh.. gentiment des indices, des soutiens un peu.. un peu plus appuyés. Ca se fait euh.. sans être vu je pense! Et pour l'interne de niveau 1 euh.. on avait essayé à un moment de faire des euh... mises au point de.. de mi -parcours.. en se réunissant nous trois plus l'interne et (soupirs) c'est le côté formelle euh.. prendre un petit peu une place de juge, c'est quelque chose je pense qui nous a déplu à tous et qu'on a laissé tomber!

Est-ce que vous pouvez m'en dire plus sur ce côté-là?

Euh..ça faisait un petit peu trop euh.. (réfléchis + soupirs) de devoir juger quelqu'un euh.. je pense que aucun de nos trois caractères s'accordait à ça! On est.. euh.. le trio de premier niveau que je forme, euh.. on va dire qu'on est très très gentil (sourire), et que ni l'un ni l'autre on se voit comme meilleur euh.. que peut l'être un interne. Et à relativiser nos propres connaissances à pas dire j'ai

raison, donc euh.. on est.. on ne se positionne pas bien pour dire tu devrais faire ci plutôt ça, y a ça que tu fais pas bien...

Et euh.. est-ce qu'il y a eu euh.. des difficultés dans la validation d'un interne? Pas simplement euh... l'évaluation en cours de stage.

Oui! On a eu une interne qui a eu des difficultés et euh.. bah.. c'était une de nos premières internes, si c'est pas la première d'ailleurs et ben.. c'est surtout euh.. elle avait une attitude particulière, elle manquait de confiance en elle, euh.. elle était pas sûr de vouloir faire médecine euh.. donc euh.. on l'a.. on l'a beaucoup soutenu psychologiquement, on va dire. Euh.. on n'était pas sûr qu'elle doive faire médecine. (rires)

Et comment est-ce que vous vous êtes débrouillés?

A l'époque, euh.. je pense qu'on n'a pas fait comme on aurait fait aujourd'hui: c'était notre première interne ensemble. Et aujourd'hui, je pense qu'on appellerait le DMG et on dirait: "voilà il y a cette interne qui est en difficulté". Mais à l'époque, on ne.. on ne l'a pas fait. On l'a suivi. On s'est renseigné sur comment ça se passait dans les stages suivants, on lui apportait... on est resté en contact avec elle. On continuait de la soutenir mais c'était...

D'accord.. Euh.. Une dernière chose, euh.. qu'est-ce que vous pensez du concept de compétences? et de niveau de compétence?

C'est une mode.

Une mode?

C'est pas que à la mode dans le DMG, hein.. je crois qu'ils essaient de développer ça aussi au niveau du collège. C'est en train de faire un gros flop! Et (soupirs) j'ai énormément de mal à adhérer.

Qu'est-ce que vous comprenez? Euh.. enfin, qu'est-ce que ça vous évoque quand on vous parle de compétences euh.. de niveaux de compétences?

De l'intellectualisation à l'extrême.

Merci.

Entretien 2 (MSU 2)

Donc pour commencer j'aimerais que vous vous remettiez en tête la dernière interaction pédagogique vous avez eu avec votre interne euh.. et que vous me la décriviez: les circonstances, les méthodes employées.

La dernière interaction pédagogique? Ouais (sourire) faut.. déjà faut que j'apprenne à parler autre chose que le français...

Donc c'est pas juste boire le café quoi..

Ah mais on boit jamais le café de façon gratuite.

(Sourire) **avec votre interne?**

Mais non (rires)..

Euh.. alors la dernière.. le dernier échange que je vous avais eu avec lui par rapport à des patients ?

Bah là, c'est compliqué.., parce que elle fait de la régulation en ce moment, donc euh.. c'est un échange, un échange sur une régul. Donc voilà..

D'accord, et auparavant sinon...?

Bah avant, c'est ponctuel hein.. c'est.. en fait, moi je ne fais pas beaucoup de débriefing euh.. systématique je fais plutôt du ponctuel euh.. on débrief systématiquement que si elle est en difficulté.

Donc c'est l'interne qui demande plutôt ?

Pour le débriefing systématique. Sinon c'est euh.. un questionnement euh... au fil de l'eau quoi ! En ce moment, évidemment au début, au début du stage il y a plus de.. de systématique et après au fur et à mesure de son.. qu'elle euh.. qu'elle acquiert de l'autonomie bah ça devient voilà, du questionnement au fil de l'eau. Alors c'est... c'est souvent sur des.. des petits.. des petits sujets.

Très bien, et qu'est-ce que vous utilisez comme support pour vous aider?

Euh.. la littérature, les sites internet euh.. des choses comme ça. Je lui demande de retravailler un peu son sujet et d'aller voir sur des sites qu'elle peut visiter elle-même, moi je lui propose pas.

Donc vous lui demandez de faire une petite revue de la littérature également... en évaluation?

Non non non, .. non non c'est trop lourd ça !

Plus simplifier?

Beaucoup plus simple oui oui! Cherche un peu, bah.. je vais prendre un truc complètement débile : antibiogramme, tu regardes et puis voilà la cystite de ta grand-mère eh bien voilà tu l'as là. Un truc simple qui te sert après à la discussion. Juste un petit support de rien, c'est juste pour lancer la discussion.
Et est-ce que vous l'encouragez à faire des choses à domicile que vous rediscutez ensemble ensuite ?

Moi j'avais horreur de ça: faire du travail à domicile ! Donc j'ai pas envie d'être dégrillé, elle a,... en général, ils ont quand même du temps entre chaque consultation à chaque fois, soit pour creuser le sujet après, soit pour euh.. préparer la consultation. Parce qu'ils utilisent nos dossiers qui sont plus ou moins bien remplis mais qui sont quand même remplis et donc euh.. en fait, euh.. quand les gens viennent normalement, euh... le dossier est lu avant, il est préparé quoi. Ca c'est le gros support, c'est le dossier bien sûr.

D'accord et euh.. du coup, pour euh.. l'interaction c'est plutôt du téléphone que vous allez utiliser avec votre interne au moment où ils ont des difficultés ?

Non, non c'est du présentiel, toujours..., enfin c'est jamais, je crois que c'est jamais arrivé au téléphone. Elle tape à la porte et on va voir. Ou alors, c'est entre deux patients dans le couloir ou dans la salle de pause, mais ou voilà ! Mais sinon non.. c'est jamais c'est du présent..., voir au pied du malade, hein ?

Oui bien sûr, si elle vous demande de venir oui, bien sûr. Et, j'ai l'impression que vous faites plus de place à l'auto évaluation ?

(Réfléchit) Bah là si on parle d'évaluation.. (réfléchit) j'avais commencé avant que la fac nous demande de faire..., que les internes fassent leur auto-évaluation en fin de stage. Moi je le fais depuis le début pratiquement, ça fait combien de temps ? 4 à 5 ans.. et ils ont horreur de ça (rires) moi je trouve ça très bien !

Alors, dites-moi en plus.

Ben non, ils ont horreur de ça parce qu'ils osent pas dire qu'ils sont bons ! Ils savent bien quand ils sont pas bons, ça, y a aucun problème. Quand ils sont pas bons, ils savent qu'ils sont pas bons ; ou ils pensent qu'ils sont pas bons, mais ça ils peuvent mettre pas bien. Ca c'est aucun souci ! Mais quand ils sont bons, ils osent pas mettre qu'ils sont bons.

Alors quel rôle est-ce que vous.. vous avez par rapport à ça ?

Ben, on reprend un petit peu le euh.. c'est jamais qu'un questionnaire final. Donc c'est.. ça vaut que dalle quoi ! Ca ne vaut que si c'est négatif. Je ne vois pas la différence, pour un interne, d'être noté hyper bien ou très bien ou bien le seul truc c'est qu'il faut pas qu'il soit nul ou passable. Donc euh.. l'évaluation n'est.. n'a de valeur que quand elle est négative. On va pas leur mettre une bonne note à la fin avec un bon point et une image. C'est débile ! (rires) ça sert à rien.

Et pour cette auto-évaluation, qu'est-ce que vous utilisez comme support ?

Ah bah ça, c'est que de la discussion avec, et puis euh.. l'interrogation.. enfin l'auto-évaluation est.. est euh.. entre guillemets euh... échelonner en fonction du ressenti des.. des trois autres médecins. Donc, on est quatre: moi je suis juste le titulaire, mais bon on discute ensemble, tous, et on finit par sortir bah euh.. c'est du ressenti de toute façon pour nous.

Une vue globale d'ensemble ?

Oui c'est ça. Après, faut qu'on réponde aux questions mais elles sont.. elles sont fermées bon bah voilà c'est pas très intéressant.

D'accord. Par rapport cette fois ci, en vue d'une validation de.. de l'interne, euh.. est-ce que vous employez d'autres méthodes euh.. est-ce que ...comment vous faites ?

Non, c'est la discussion euh.. à 4 surtout. Il y a les.. il y a tout ce qui est connaissance, investissement et, mais il y a aussi euh.. et surtout le facteur humain et ça euh.. c'est vraiment essentiel ! Et ça, pour ça on n'a pas d'outils évidemment. Le facteur humain étant très très important. Et puis, le dernier point c'est l'organisation d'un cabinet, mais comme on leur apprend jamais : on a pas le temps de leur apprendre à organiser un cabinet et à.. et à gérer euh.. un cabinet. Ca par exemple, c'est un truc vraiment qui manque. C'est pas du tout enseigné. Je me contrains à le faire, j'essai de faire.. j'ai fait un petit topo avec euh.. les euh.. les charges d'un cabinet, la façon dont ça fonctionne, les différentes sociétés qu'il faut avoir pour gérer un cabinet, ect.. euh.. les coûts évidemment parce que ça c'est une grande interrogation et puis ce qui va rester au bout quand on s'installe, ça c'est des grandes interrogations mais je suis pas sûr que.. là ils ont l'air de débarquer à chaque fois ! Donc ça, ils ne connaissent pas et ça c'est un manque dans la formation ça. Et ils ont la trouille, ils savent pas.

Donc ça ce serait une suggestion que vous feriez à la fac ?

Alors, il paraît qu'ils ont 2 heures ou 3 heures de formation là-dessus, mais.. (hausse les épaules) et puis c'est enseigné par des « faqueux » donc non ! C'est même pas la peine.

D'accord. (rires)

Un gars qu'est payé par la fac, vous allez lui demander comment on gère un cabinet je pense qu'il va quand même avoir du mal.

Bon vous me parlez de la validation : vous êtes 4, à quel moment incluez-vous l'interne si vous l'incluez ou pas?

Alors, en fait, c'est plutôt informel parce qu'il n'y a pas une réunion EPI comme pour les professionnels. C'est pas ça du tout. C'est.. c'est dans les moments de la validation, on se rencontre, on discute, on.. on parle, on échange euh.. mais c'est pas un tribunal.

Et est-ce que vous avez déjà eu des soucis pour entrer en interaction avec un interne?

(réfléchis) communiquer, ça veut dire entrer en interaction?

Ouais, sur le point de vue pédagogique, ouais.

On a eu.. (réfléchis) on a eu un interne un peu.. un peu compliqué qui instruisait toujours ses dossiers à charge.

C'est-à-dire ?

Eh bien.. il avait décidé que machin, il faisait une embolie pulmonaire. Et donc il faisait une embolie pulmonaire ! Donc euh.. angi scanner et machin et tout jusqu'à ce qu'il trouve l'embolie pulmonaire, et si il trouvait pas il disait : « Ouais mais il y a des embolies pulmonaires qui se voient pas » et voilà.

Et comment avez-vous fait avec cette interne?

Eh ben.. on.. on lui a proposé de.. de refaire du.. du présentiel.

C'est quoi pour vous du présentiel?

Eh ben.. on a fait la.. la consult accompagnée ! Pour pouvoir le restructurer : parce qu'en fait, c'était de l'angoisse hein. Donc on a.. et on n'a pas tout à fait réussi. C'était compliqué parce que il aurait.. (soupirs) ça aurait.. c'était vraiment psychologique. Et.. il était.. il était paniqué, donc à chaque fois il voyait au pire ! C'est comme les étudiants de 2e année qui sont toujours porteurs d'un cancer ou d'un.. ou je sais pas quoi : dès qu'ils ouvrent un bouquin ils sont malades. Eh ben.. il était un peu comme ça, il instruisait tous ces dossiers à charge.

Et a posteriori, est-ce que vous pensez que vous auriez pu faire autrement?

Aller voir un psychologue oui (rires) !

Ou est-ce qu'il aurait fallu euh..vous euh... aider d'autres choses ou..?

Bah, on l'a.. on l'a encadrer : c'est-à-dire qu'à chaque fois.. on l'a beaucoup plus briefé, on a épluché tous les dossiers avec lui ect.. On a décomposé tout son système de.. de pensée. C'était mieux à la fin. Donc il commençait à demander des.. des examens complémentaires euh.. comme jamais on en a demandé. Et finalement, il a choisi de travailler en hôpital, donc il est bien : il est encadré. Et c'est structurel, hein. Je crois que c'était structurel chez lui. Donc là on n'avait pas d'outils : on en discutait un peu,.. je faisais des GAAP à l'époque : j'ai discuté un peu avec les autres euh.. les autres « GAAPeurs », on n'a pas trouvé vraiment euh.. d'idée pour euh.. pour l'aider. Si ce n'est le réencadrer et le.. le remettre en confiance quoi.

Et donc pour vous, quel est votre rôle en tant que maître de stage universitaire? si vous aviez à définir..?

Désapprendre tout ce qu'ils ont appris pendant 6 ans ! (rires)

Expliquez-moi plus.

Bah.. ils apprennent la fac, ils apprennent l'hôpital : le moindre bobo, c'est consult chez le dermato ! Bah oui, mais coco c'est une piqûre de moustique ça. Oui mais quand même, ça pourrait peut-être être le début d'un érythème noueux, oui d'accord ça pourrait.. Bah ça ! C'est à dire déstructuré. Ils ont des connaissances extraordinaires, c'est très bien.. c'est très très bien rempli, hein. Mais en fait, ils ont du mal à.. ils ont du mal à.. euh.. à donner une cohérence entre leurs connaissances et le réel. Et puis, oui un peu tout seul.

Ils se sentent seuls?

Non ! oui, enfin non ! Oui, ils sont.. ils ne se sentent pas seuls puisqu'on est là. Mais ils ont toujours besoin d'une réassurance et donc euh.. ils demandent énormément d'exams complémentaires, énormément de consultations pour euh.. de spécialité, autres que la médecine générale, ils sont très demandeurs. Donc il faut qu'on leur apprenne.. on leur désapprenne ce qu'ils ont appris. Quand on est à l'hosto, tu prends l'ascenseur on va à côté et on va demander au cardiologue un avis. Eh bah là c'est pas ça ! Tu fais ton l'électro, tu le lis ! Après on commence à discuter. Voilà. Et donc ça c'est.. c'est désapprendre tout ce qu'ils ont appris. Parce qu'ils ont appris ça. Bah en revanche, au niveau... au niveau structurel des connaissances enfin.. de.. de la connaissance de base : ils ont.. ils ont une formation qui est importante, qui est quand même assez impressionnante. Ils savent pleins de trucs.

Voilà. Donc l'idée c'est.. nous, enfin je pense qu'on est là pour leur apprendre la médecine de terrain, la médecine euh..

Générale?

Non ! C'est.. oui. On pourrait être pareil dans une autre spécialité, hein. Le mec qui fait dermato, euh.. il est tout seul aussi. Il va.. il va pas téléphoner à.. ou à l'ancien chef de clinique ou à l'ancien.. au professeur Tartempion pour avoir un avis. Il va pas en demander toutes les deux minutes, au bout de trois fois il va se faire jeter, hein ! Donc, il faut qu'ils apprennent l'autonomie. Et l'autonomie de raisonnement et.. ça c'est.. c'est vraiment très important. Deuxième point, on leur apprend la plus.. le plus souvent, c'est mieux, c'est pas mal, on leur apprend le contact avec le patient.

Et Comment vous faites?

Comment on fait ? Bah on leur montre.

Vous leur montrez?

Et puis, comme on est quatre : chacun à sa façon d'aborder. Donc ils prennent ce qui.. ce qui leur plaît. Les dossiers sont pas remplis pareil, les patientèles sont différentes: mais alors rien à voir ! La patientèle du Dr B. ou du Dr C. c'est pas du tout les mêmes que les miens. Complètement différents ! C'est comme mémère et chien chien ça hein? (rires) : grosse bonne femme, gros chiens ! Donc chaque pa.. chaque médecin à sa patientèle. Et puis, alors c'est.. moi je vois un patient ce matin, je sais pas qui c'était, je l'ai eu au téléphone : téléconsult, je me suis dit : « mais ça c'est Dr C., c'est sur ! » Il m'a fait chier au téléphone pendant 20 minutes pour rien, parce que moi, moi je ne savais pas lui répondre. C'était pas du tout ma façon de penser.

Donc vous pensez que à chaque patient finalement euh.. (erreur j'aurais dû dire: médecin) appartient sa patientèle. Le .. le patient ne vient pas voir tel médecin euh.. pour..

Bah, ça bouge quand même heureusement ! Mais c'est quand même assez fixé dans la façon.. la manière de faire.

Et donc c'est ça que vous essayez de faire, transmettre à votre interne : c'est-à-dire euh.. lui faire trouver sa façon de faire, c'est ça?

Voilà et là on est quatre sur le même terrain, ah mais c'est vraiment très important. Et on lui demande de suivre ses patients ! Et ça c'est LE point le plus important.

Suivi de patient.

Donc, ça veut dire que... euh.. il y a des stages euh.. par exemple, sur plusieurs sites où on a du mal. On a l'impression que c'est un peu le « oneshot » quoi. On.. on ferait du SMUR ça serait pareil ! On a l'impression que les internes n'arrivent pas.. euh.. ne peuvent pas suivre leurs patients. C'est-à-dire qu'à chaque fois qu'ils font quelque chose, c'est repris en main par le titulaire parce qu'en fait, l'interne n'est pas là. Il est là une journée après il est.. il est absent enfin il est là une journée ou deux mais c'est pas suffisant.

Donc vous c'est une suggestion aussi que vous aurez à faire, de plutôt, euh.. avoir des internes dans un pôle mais avec plusieurs médecins?

Oui enfin, euh.. c'est pas moi qui ferai la suggestion. C'est que... je pense que les responsables sont assez.. sont assez conscients de ça. Et le suivi : par exemple, une mère qui vient d'accoucher, bah l'interne peut suivre la mère et l'enfant pendant 6 mois. C'est génial ! Voilà. Et c'est pas la consultation d'urgence en pédiatrie, qu'on voit entre deux portes et qu'on reverra jamais. Voilà. Il y a une relation de confiance qui se .. qui s'établit et donc là, l'interne apprend le contact, apprend la façon... Des fois ça se passe pas bien avec un patient, il se fait jeter. Il se fait jeter et puis c'est tout ! C'est pas grave. Moi les patients.. les patients qui m'aiment pas, ils viennent plus me voir. Pareil, ça me dérange pas ! Je préfère avoir ceux qui me plaisent. Donc ça c'est.. ça c'est vraiment essentiel : le.. le suivi de patientèle. Alors, on voit bien ça marche : au début l'interne fait 5 actes et en fin de.. en fin de semestre, il fait 15 des fois 20 actes.

Par jour?

Oui. Oui. Donc on voit bien qu'il y a une progression. Et puis, quand il y a un nouvel interne boum ça redescend ! Et ça recommence. Et donc.. Bon là, ce stage là, il est pourri mais.. (rires) bah si c'est pourri parce qu'on a raté.. on a raté avec le covid, ect..

Ah oui.

C'est pas euh.. non, non J.: il y a pas de problème ! Elle est superbe, elle est très très bien très très bien.

Merci.

Pour commencer, j'aimerais que vous vous remettiez en tête la dernière interaction à visée pédagogique que vous avez eu avec votre interne, et que vous me la décriviez: les circonstances, les méthodes employées.

(rires) Alors, euh... c'est une très bonne question (réfléchit). Ça devait être jeudi, la semaine dernière. Après, enfin, en ce moment notre interne, elle est plutôt à la fin de son semestre, donc en gros euh.. tout.. tout roule! En gros, en fait, le.. la problématique qu'elle a eu, c'était sûr euh.. comment un covid en fait, enfin un patient avec des symptômes euh.. qui n'étaient pas forcément toux et fièvre mais qui pouvaient euh.. en tout cas prétendre à un prélèvement covid. Je pense que c'était ça. Et puis euh.. méthode pédagogique: bah voilà, on discute du cas ensemble, on.. on établit les antécédents, enfin classique quoi: les antécédents exetera.. on voit ce qu'elle.. ce qu'elle a fait comme examen, ce qu'elle a fait comme prescription et puis après voilà euh.. je crois que je lui ai dit euh.. là tu aurais pu faire un prélèvement covid et puis..

Et euh... est-ce que les interactions sont systématiques avec votre interne?

Le soir après le euh.. les consultations oui. On fait le point sur la journée.

D'accord, sur toutes les consultations de la journée?

Alors, au tout début les premiers mois euh.. disons, 3- 4 mois: on revoit tous les dossiers en fait, et puis euh.. là bah.. depuis le confinement en gros euh.. on.. je vais la voir et on ne parle que des cas qui ont posés souci.

D'accord, ok. Et la durée moyenne d'une interaction pédagogique, c'est combien de temps à peu près?

Bah.. euh.. quand on revoit tous les cas, il faut compter trois quart d'heure, quoi.. après euh.. quand euh.. maintenant c'est un peu différent car si elle a un problème elle m'appelle au moment du problème bien sûr. Ou alors, si c'est pas trop urgent on revoit ça après, mais là du coup c'est plus rapide c'est, je sais pas, 10 minutes -un quart d'heure. Voilà

D'accord et qu'est-ce que vous utilisez comme support pour l'interaction?

Oh bah.. le logiciel.

Le dossier du patient?

Oui oui oui, parce qu'on est toujours en présentiel avec elle, en fait, il y a toujours un de nous quatre, donc euh.. Moi par exemple, je fais ça le jeudi et puis le.. euh.. quand je suis là le samedi avec elle. Et puis les autres collègues, ils font les autres jours, enfin, donc euh.. on est toujours là. Donc on fait ça avec le logiciel, avec elle.

Et est-ce que vous avez d'autres méthodes d'interaction euh.. qu'on n'a pas évoqué là?

Euh... non.

Et par rapport à... à des évaluations euh.. est-ce que vous en pratiquez, est-ce que vous utilisez des outils?

Alors, moi les évaluations, non je n'en fais pas! Euh.. enfin euh.. des évaluations vraiment euh.. comment dire euh.. des évaluations enfin, du professeur?! (rires) Des évaluations de fin de stage? ou des évaluations euh.. de sa pratique?

Eh bien, de sa pratique.

Non, bah après c'est vraiment euh.. juste plutôt des conseils qu'on lui donne par rapport à ce que nous on aurait fait, donc enfin, voilà rapport d'enseignant à enseigné.

Donc vous n'utilisez pas forcément de grille ou d'outils pour vous aider?

Non non non

D'accord euh.. je suppose que donc là vous me parlez de.. euh.. de l'interaction enfin l'observation indirecte de ce qu'elle a fait, est-ce qu'il y a eu de la supervision directe à un moment donné?

Non.

D'accord, euh.. et par rapport, donc cette fois-ci à la validation est-ce que là vous utilisez un outil?

Alors la validation, c'est euh.. en fait il n'y en a qu'un de nous quatre qui.. qui le fait, enfin, qui la fait. Et euh.. il faudrait lui demander! C'est le docteur H.! (rires) mais je pense pas qu'il utilise d'outils spécifiques mais peut-être si.. je ne sais pas.

Donc vous en tout cas, vous n'en n'utilisez pas. Et euh.. pour la validation euh.. est-ce que euh.. vous vous concertez euh.. est ce que.. comment ça se passe?

Bah.. en fait, on a des discussions régulières tout au long du semestre euh.. à propos de l'interne entre nous quand on est seul quoi... enfin entre nous. Mais euh.. voilà, c'est tout.

Et euh.. qu'est-ce que vous évaluez chez votre interne?

Bah le.. déjà la.. la facilité de relation avec les patients, la euh.. comment dire la.. la.. capacité à.. à gérer l'urgence, à repérer euh.. bah ce qu'il faut.. ce qui doit être repéré, ce qui est grave, ce qui est sérieux exetera... et puis à faire des prescriptions aussi euh.. surtout à.. comment, adaptées euh.. et basées sur euh.. sur les connaissances et les recommandations.

D'accord, est-ce que au fil du temps ou alors au fil du semestre, vos méthodes d'évaluation, comment, ont changé ou pas? Par rapport par exemple, au début, quand vous aviez vos premiers internes à maintenant?

(Soupir) Oui, peut-être euh.. peut-être un petit peu euh.. parce qu'on a... donc oui par rapport au début ça a peut-être changé un peu, peut être qu'on y passe un peu plus de temps, qu'on est ouais.. surtout qu'on a fait la euh.. comment la.. la formation euh.. à la fac. Et donc c'est vrai ça permet de... de mettre le doigt sur ce qui est vraiment important, sur la façon de le faire..

D'accord et donc qu'est-ce qui a changé pour vous?

Bah, euh.. (réfléchis) plus de temps passer sur chaque dossier, plus de euh.. de euh.. peut-être aussi euh.. quand on... la relation est un peu plus compliqué avec un interne ou.. parce qu'il y en a avec lesquels c'est plus facile de discuter euh.. de parlementer sur.. (sourire) sur les dossiers que d'autres. Euh... voilà, peut-être des mots plus facile à trouver pour lui expliquer euh.. ce qu'elle aurait pu.. ce qu'il ou elle aurait pu faire. Voilà.

Et justement vous avez déjà rencontré des difficultés d'évaluation d'un interne?

C'est arrivé, mais finalement c'était, enfin euh..., c'est très rare

C'est très rare?

C'est très rare. On a eu un problème avec euh.. une interne c'était il y a.. je sais pas, en 2012, je crois, et puis bon elle a fait 3 jours dans le stage et elle est partie! C'était vraiment un gros problème. (rires) Mais après, mais après euh.. bon ils ont tous des personnalités différentes forcément donc euh.. peut-être euh.. on en a eu quelques-uns avec lesquels c'était vraiment plus difficile de... de communiquer euh.. ils étaient vraiment introvertis et ils restaient dans leur bureau.. donc voilà mais sinon globalement ça se passe toujours très bien.

Et il n'y a pas eu de souci de validation de stage pour un interne?

A part pour la personne que j'ai évoqué tout à l'heure, non.

D'accord. Et euh... quand vous faites justement ces validations euh.. comment ça se passe?

Est-ce que l'interne est présent?

Euh.. oui, enfin, encore une fois c'est le docteur H. qui s'en occupe mais euh.. c'est en présence de l'interne.

Et quelle place faites-vous à l'auto-évaluation?

(silence) Je ne sais pas (rires)

Peu?

Peut-être inconsciemment (rires) Non enfin, après c'est peut-être euh.. non je sais pas. Je pense pas.. je pense qu'effectivement que c'est peu. (rires)

Et que pensez-vous de la pratique de l'évaluation en tant que maître de stage universitaire?

Le fait d'évaluer un interne à chaque.. enfin, au fur et à mesure ou alors en fin stage?

N'importe.

N'importe, bah ça me semble bien et ça me semble nécessaire! Les internes en plus, enfin.. la plupart en tout cas, euh.. ils sont demandeurs. Ils ont besoin de se sentir encadrés.

Et euh... comment est-ce que vous décririez votre rôle justement auprès des internes?

Ben c'est ça! C'est... en plus, nous, on a des internes en SASPAS, donc euh.. c'est la fin de leur cursus euh.. ils ont besoin à la fois d'être accompagnés et puis en même temps d'être euh.. mis sur le tremplin pour euh.. prendre son autonomie, quoi. Et donc voilà, euh.. de consolider les acquis (sourire). Ouais.

D'accord et est-ce que vous avez des suggestions à faire? des volontés par rapport.. ou de changer quelque chose éventuellement par rapport à.. à la façon de faire actuelle?

Bah là comme ça non.

Pas de volonté particulière?

Non.

D'accord. Et qu'est-ce que vous.. pensez, qu'est-ce que vous comprenez du concept de compétences en médecine générale?

Euh.. bah.. euh.. de compétences de l'interne?

Oui ou de compétences à acquérir.

C'est vague (rires) Après euh.. bah.. les compétences c'est la faculté, enfin, pour moi c'est.. surtout pour les internes comme pour les médecins en général d'ailleurs, c'est la faculté de euh.. comment

expliquer ça? De.. euh.. de bien soigner ses patients de... de faire au mieux quoi.. de faire au mieux pour eux.

Merci

Entretien 4 (MSU 4)

Pour commencer, j'aimerais que vous vous remettiez en tête la dernière interaction à visée pédagogique que vous avez eu avec votre interne et que vous me la décriviez: les circonstances et les méthodes.

Ok, bah c'était euh.. vendredi dernier donc on va dire il y a 4 jours donc notre interne bon elle est en stage 3 jours et demi par semaine donc tous les soirs il y a une.. un point qui est fait par rapport aux cas de la journée. Donc là, la dernière ça devait être la semaine dernière donc euh.. vendredi probablement ouais.. Euh.. donc là, on est sur une fin de stage pour notre interne donc c'est différent car ça évolue entre le début et la fin, donc là, à la fin du stage : en fait on recap... on fait juste une petite revue des cas qui ont posé question ou qui étaient un peu différents qui ouvraient à la discussion avec.. donc avec C. . Euh.. mais là en l'occurrence (rires) il n'y avait pas grand chose qui posait discussion, rien de particulier dans ses consultations. Donc elle m'a juste présenté les quelques cas qu'elle avait eu dans la journée qui pouvaient éventuellement poser question mais du point de vue de l'interaction, il n'y a pas eu d'objectif pédagogique, il n'y a rien eu sur cette fois-ci.

D'accord, et de manière générale qu'est-ce que vous utilisez comme support pour faire l'interaction?

Je n'utilise pas de support particulier. Euh... pour les interactions de tous les jours, tu veux dire ? Pas pour les évaluations globales etc..? J'utilise pas de support particulier euh.. au-delà du support de.. du logiciel médical pour reprendre les dossiers de la journée évidemment mais je n'utilise pas de grilles particulières pour les... euh.. les choses de tous les jours.

Et la durée moyenne d'une l'interaction pédagogique?

Ca dépend, (rires) au début du stage c'est souvent un peu.. ça peut être 1h à peu près et en fin de stage comme ça, c'est plus souvent un quart d'heure en général. Après tout dépend bien évidemment de la vitesse de la journée.

D'accord et euh..est-ce que... vous m'avez dit que vous n'utilisez pas de support.. est-ce que vous utilisez des outils?

Non. Bah.. hormis les outils que moi je lui donne quand il y a des recherches particulières à faire, type euh.. site « prescrire » pour des recherches thérapeutiques.. euh.., quelques sites de référence etc mais sinon pas de support particulier.

D'accord, donc euh.. ça c'était la dernière interaction pédagogique, est-ce qu'il y a d'autres modes d'interaction que vous utilisez?

Oui, bah.. bien sûr, y a .. il y a l'interaction directe au fur et à mesure de la journée quand elle nous appelle, ah bah.. j'aurais aussi finalement pu parler de ce matin où il y a eu une interaction direct sur un cas qui lui posait question, euh.. un cas clinique en l'occurrence où je suis allé voir avec elle et puis on a discuté de la conduite à tenir.

D'accord. Et par rapport au début de stage, est-ce qu'il y a des modifications euh.. est-ce que vous utilisez d'autres modes d'interaction en début de stage?

Non. Euh.. non c'est juste plus fouillé en début de stage et plus long, parce que euh.. on en profite pour poser les bases de euh.. reposer les bases, mais en principe en SASPAS on.. on peaufine. Donc reposer les bases importantes et puis euh.. réfléchir à sa.. à sa manière d'exercer.

D'accord.

Sinon en outils spécifiques j'ai.. enfin vas-y ça reviendra après.(sourire)

Est-ce que vous euh... cherchez à évaluer des critères précis? Qu'est ce que.. quels sont vos critères?

Non ça dépend.. enfin oui ça dépend des internes. Euh.. c'est-à-dire que si.. en.. en début de stage en général sur le premier mois, voir les 3-4 premières semaines, ça permet de.. enfin j'ai l'impression, d'un point de vue purement subjectif, que euh.. ça permet de voir un petit peu qu'elles sont les.. les choses... les points sur lesquels on va retravailler pendant les 6 mois après. Voilà en gros. Ca peut être sur la thérapeutique, c'est souvent ça, j'ai jamais eu spécialement.. on n'a jamais été confronté à d'autres cas de.. je sais pas, de difficulté de communication ou de choses comme ça. Euh.. mais ça pourrait être le cas éventuellement. Donc, voilà ça c'est vraiment de l'évaluation euh... sur les fins de journée et puis aussi les interactions dans le cabinet quand on se croise dans la journée exetera...

Et comment faites-vous pour porter un jugement, justement, par rapport à ces critères?

Alors déjà, je ne porte pas de jugement ! (rires) Euh.. c'est une évaluation alors.. on est quatre dans le cabinet : les deux qui nous occupons le plus de l'interne donc c'est Émilie que tu as rencontré hier et puis moi et euh.. et donc on en parle aussi entre nous pour savoir si nos.. euh.. notre ressenti est le même sur les internes en général.

Donc vous n'utilisez pas d'outils particuliers.

Non. J'ai essayé de.. d'utiliser le.. la fameuse grille « Attali » euh.. qui est séduisante en théorie, difficile à utiliser en pratique, je trouve et pour nous et pour les internes.

Est-ce que vous pouvez développer un petit peu?

Euh.. oui alors.. euh.. quand on essaie de la présenter aux internes, enfin, l'avantage de la grille « Attali » c'est aussi qu'il y ait une auto évaluation. Euh.. c'est.. c'est comment dire.. c'est touffu, c'est long, et euh.. si.. j'ai l'impression plus vécue comme une contrainte au début que.. comme une aide. Alors peut-être qu'on la présente pas bien, peut être que nous aussi, en tout cas moi, comme euh.. je suis seulement à moitié convaincu de son utilité dans cette formule là en tout cas je parle de la forme globale avec vraiment tous les items exetera ; je la présente pas suffisamment bien et puis.. j'ai commencé à regarder la grille Attali alors que l'on était maître de stage déjà depuis plusieurs années, en fait et finalement l'impression que ça me donner c'est que.. voilà l'on faisait de la grille « Attali » déjà sans le savoir. Après, ça permet de formaliser certainement, probablement, bon.. après à voir! Je crois que c'est une grille qui est réévaluée régulièrement. Je crois qu'il y a des travaux là, justement à la fac pour essayer de la simplifier un peu, voir la mettre pour que ce soit plus clair. Et voilà.

Et vous parliez d'auto-évaluation, quelle place est-ce que euh.. vous faites à l'auto-évaluation?

(Soupirs) Euh.. il y a une place, alors il y a déjà au début, c'est-à-dire la première fois où je rencontre les internes, c'est-à-dire avant qu'ils débutent leur stage quand ils viennent déjà avant pour s'approprier l'outil informatique, voir le cabinet exetera.. Euh.. il y a des questions directes : c'est-à-dire « est-ce que tu penses que tu as des points d'amélioration ? est-ce qu'il y a des choses qui te semble intéressante euh.. dans ce stage en particulier des points sur lesquelles tu voudrais qu'on fouille ? » Et puis, on y revient régulièrement en cours du stage par rapport à cette.. euh.. première euh.. auto-évaluation. Euh.. c'est à peu près ça. De temps en temps, aussi dans.. dans le.. les évaluations du soir, les évaluations qui ne sont pas formalisées encore, c'est plutôt de l'ordre de la discussion, ça peut être d'amener à reposer la question « qu'est-ce que tu penses ? pourquoi tu as géré ou pourquoi pas ? » comme.. comme on fait tous j'imagine. Euh.. et puis en fin de stage, un petit bilan, en tout cas un petit peu avant la fin du stage : c'est-à-dire quand on arrive au dernier mois en gros, parce que ça va vite hein ! tu t'en rends bien compte ; mais bon après 6 mois ça paraît long au début et puis rapidement le 5e mois arrive et on se rend compte qu'il n'y a plus qu'1 mois. Et là, en général, on essaie de refaire un petit point sur les choses qui euh.. du début voilà. Voir si ça a été rempli ou pas. Ce n'est pas toujours le cas.

D'accord. Et donc par rapport justement, à la validation du stage vous la pratiquez à quel moment, comment faites-vous?

On la.. je la pratique en général à peu près.. bah quand on reçoit les courriers de.. de l'Université : un mois et demi à peu près avant la fin du stage. Euh.. je... j'essaie de le faire en général un mois à peu près avant la fin du stage quoi, 1 mois - 3 semaines avant la fin du stage. Ça dépend. Bon là aussi ça a été très perturbé, c'était particulier mais euh.. ouais à peu près 3 semaines sur l'évaluation final.

Et comment est-ce que vous la pratiquez?

En entretien.

En entretien di...?

En entretien direct, à 2: moi et euh.. l'interne

D'accord, vous concertez vous avec les autres maîtres de stage ?

Oui bien sûr ! Surtout encore une fois avec le Dr P. c'est elle qui s'investit le plus dans la formation des internes avec moi.

Et à nouveau, est-ce que vous utilisez un outil particulier ?

Non toujours pas! (rires)

Qu'est-ce que vous pensez du concept de compétences en médecine générale ?

(Réfléchit) Euh.. c'est.. c'est toujours passionnant d'intellectualiser, de réfléchir et de théoriser une pratique. Donc c'est toujours très intéressant. Euh.. après euh.. pour nous, en tant que médecin généraliste, ça.. je pense que ça.. cette notion de compétences que l'on avait pas avant, quand j'étais interne euh.. on avait pas tout ça, donc ça.. euh.. ça formalise les choses qu'on fait. Voilà. Ça théorise ce qu'on fait. Et c'est toujours intéressant. Après pour les internes, euh... je pense que ça évolue au fur et à mesure de l'internat, c'est-à-dire que ça reste certainement très flou au début de l'internat, quand on sort de l'externat, quand on arrive tout nouveau tout beau interne avec plein de

choses à faire etc.. c'est là où on nous présente les notions de compétences euh... qui sont certainement assez floues et au fur et à mesure, j'imagine que les internes se rendent compte, euh.. en 3 ans, à quoi.. à quoi ça sert; en gros euh... pour classer les situations, se rendre compte que les situations, finalement même si elles sont très diverses, peuvent rentrer un petit peu dans des cases c'est-à-dire aider éventuellement à.. à s'en sortir sur des situations complexes. Voilà. Donc ça théorise notre métier et c'est toujours intéressant d'avoir des gens qui réfléchissent qui intellectualisent les choses... des choses que l'on fait tous les jours en pratique.

Et qu'est-ce que vous pensez de votre rôle auprès des internes en tant que maître de stage universitaire ?

(Eclats de rire) Bah, j'espère qu'on est utile ! (rires) là tu parles en maître de stage pour les internes uniquement pas pour les externes.

Ouais, internes.

D'accord. Et pour les internes en SASPAS du coup pour moi ! Parce que moi je suis un peu donc.. euh.. donc nous ici on est un terrain de stage de SASPAS pour les internes et on est tuteur aussi comme tu le sais. Euh.. bah, j'espère que l'on est utile ! Après euh.. encore une fois en SASPAS, nous jusqu'à présent, on a toujours eu des internes quand ils sont arrivés, à une exception près mais elle n'est pas restée c'était un cas spécifique, euh... où y avait pas de gros changements à faire ! C'est pour ça que je parlais tout à l'heure de peaufiner.

En fait, c'est-à-dire que ce sont des internes qui ont bénéficié d'un bon stage de premier niveau, en général, euh.. et qui avaient les connaissances théoriques suffisantes et donc on était sur... je pense que l'on était surtout là, pour euh.. comment dire... Quand.. quand on débute son internat, je pense qu'on est à vide de plein de connaissances pratiques, surtout en médecine générale, de trucs, de machins on.. je trouve que les internes ont tendance parfois, à raisonner par habitude et euh.. par modèle : c'est-à-dire en.. en.. en particulier en thérapeutique souvent, c'est ce qui m'intéresse le plus finalement, la thérapeutique ; et euh.. donc à.. à copier des ordonnances voilà.. parce que le maître de stage le faisait, parce que on l'a vu faire à l'hôpital exetera et donc euh.. voilà moi j'essaye de pousser à aller un peu au-delà à savoir pourquoi on prescrit ceci, pourquoi cela, pourquoi ça semble plus adapté que celui-là exetera.. Donc j'espère, au moins, apporter voilà, euh.. une réflexion par rapport à ça, à ses euh... à ses prescriptions et à ses habitudes pour pouvoir se remettre en cause régulièrement et puis continuer le.. la formation aussi. C'est le petit message une fois que l'on sort d'ici que ce soit en 6^e ou 5^e semestre pour continuer après à se former et à euh.. toute sa vie.

Et auriez-vous des suggestions à faire ou des volontés pour améliorer les pratiques ?

Oh la.. tu me prends de court ! (rires) Euh améliorer les pratiques de quoi ? Du maître de stage ou de l'interne ?

Alors euh.. l'un ou l'autre.

Euh.. pour les maîtres de stage, je pense qu'on devrait avoir une meilleure harmonisation entre les terrains de stage: en terme de euh.. d'objectif.. probablement aussi de.. euh.. de temps, de temps passé avec.. en laissant bien sûr une certaine liberté par rapport à l'organisation du cabinet, mais voilà que l'on soit un peu plus homogène, je pense que ce serait mieux aussi pour les internes au moment de faire leur choix : euh.. de choisir un stage pour les bonnes raisons et pas parce que il y a moins de jours de travail ou il n'y a pas de samedi ou alors il y a, je sais pas, à la fin il y a un choix de cadeau... enfin bon bref voilà. Donc ça je trouve que c'est un côté pour nous qui court depuis des années de toute façon et euh.. c'est un espèce de serpent de mer d'homogénéisation des stages ce qui est un peu difficile aussi à mettre en place, parce qu'on est pas très riche en terrain de stage et que euh.. il y a une crainte de terrains de stage qui partiraient si jamais il y avait un carcan un peu plus rigide. Voilà. Bon ça c'est pour nous, maître de stage. (réfléchit) Et pour les internes... qu'est-ce qu'on pourrait faire pour que.. pour améliorer un peu plus euh.. D'avoir le.. d'avoir le dossier, euh.. pour qu'on puisse nous déjà voir.. je pense que ce serait pas idiot qu'on ait les évaluations de stage précédentes, autant qu'elles aient été bien faites, en particulier au moins quelque chose par rapport.. euh.. il n'y a pas assez de.. de.. comment dire, de continuité entre le premier niveau et le SASPAS, je trouve. C'est-à-dire que, on ne sait pas trop ce que les internes, au-delà de ce qu'ils nous disent, ont vraiment fait en SASPAS ou pas, euh.. en 1^{er} niveau ou pas. Et on sait aussi que les.. selon les stages, hein, l'homogénéité n'est pas là.. euh.. et ça je pense ça nous.. ça nous aiderait au début, en tout cas, à pouvoir... à pouvoir adapter notre stage au mieux par rapport aux.. aux besoins de l'interne, en tout cas au besoin du stage. Voilà. je trouve que ce ne serait pas idiot. Je pense.

Et donc la grille de validation que vous utilisez actuellement, celle donnée par la fac vous convient tout à fait ?

Bof (rires) c'est-à-dire que jusqu'à il n'y a pas longtemps, on n'avait pas de grille du tout, hein, on avait juste un truc avec en gros : est-ce qu'il était là ? est-ce qu'il était euh.. bien habillé? (rires) est

ce que... c'était très... bon bah voilà. Euh.. là c'est un petit peu plus précis euh (soupirs) non, moi je suis pas... euh.. je suis pas un pédagogue dans le sens où j'ai jamais eu de cours de pédagogie euh.. donc je ne me suis pas vraiment approprié la grille.. je le remplis et voilà.

Et vous m'avez dit que vous n'avez jamais réellement eu de difficultés d'interaction avec un interne ...

Sauf une fois.

Sauf une fois. D'accord, ok.

Oui voilà et ça c'est terminé au bout de 2 semaines par l'interne qui claque la porte et qui s'en va. bon voilà..

Merci

Entretien 5 (MSU 5)

Pour commencer j'aimerais que vous vous remettiez en tête la dernière interaction pédagogique que vous avez eue avec votre interne et que vous me la décriviez: alors les circonstances et les méthodes employées.

La dernière interaction pédagogique, c'était l'évaluation euh.. du stage finalement hein donc euh.. donc écoute la semaine dernière euh.. du stage de SASPAS et de premier niveau. Donc euh.. alors c'est un peu particulier parce que c'était pas moi, enfin moi je suis maître de stage mais le référent c'est un collègue qui est en arrêt de travail donc ça a été décalé donc on a fait l'évaluation entre guillemets la semaine dernière. Donc euh.. moi je me base sur l'auto-évaluation hein, des.. des internes, euh.. voilà parce qu'ils sont grands et capables de s'auto-évaluer et à partir de leur auto évaluation euh.. je reprends avec eux les points sur lesquels euh.. je peux être entre guillemets d'accord ou pas d'accord sur euh.. la.. la façon dont ils ont vu les choses quoi.. mais sur la grille de.. d'évaluation (réfléchis) donnée par la fac quoi, par l'UFR pardon. Donc c'est ça la dernière interaction qu'on a eu.

D'accord et qu'est-ce que vous cherchez à évaluer chez votre interne?

Alors ce que je cherche à évaluer: euh.. (réfléchit) la capacité euh.. on va dire de euh.. du travail en équipe surtout dans un pôle, euh.. l'interaction avec le patient, l'acquisition de l'autonomie et le raisonnement diagnostique. Voilà. Après la thérapeutique, ça dépend entre un première année, premier niveau et un SASPAS en faite, on ne va pas leur demander la même chose quoi. Donc euh.. je pense que déjà euh.. tenir une consultation, tenir un temps, interagir correctement, enfin, maintenir la relation avec le patient et acquérir cette autonomie avec euh.. une bonne connaissance diagnostique c'est important quoi. En ce qui concerne la médecine générale en tout cas.

Très bien, et euh.. comment est-ce que vous faites pour euh.. évaluer euh.. ces critères?

Eh bien, ça va être tout au long du stage en fait hein, parce que c'est assez restreint finalement les critères sur la fiche d'évaluation de l'UFR et euh.. c'est même pas bien parce que c'est fait : « non évalué », « pas satisfaisant », « satisfaisant », « excellent » donc euh.. il y a un gap entre « satisfaisant » et « excellent » et pareil entre « pas satisfaisant » et « satisfaisant ». On peut ne pas, euh.. c'est pas forcément, si tu veux quand on dit euh... « satisfaisant » c'est-à-dire qu'il n'y a aucun problème alors que euh.. des fois on voudrait cocher entre les deux quoi, ça dépend des sujets qui ont été abordés, des compétences cliniques dans certaines thématiques quoi, et il y en a qui vont être plus à l'aise, je sais pas, moi en cardiologie parce que ils ont euh.. été dans un stage où ils ont fait de la cardio, d'autres qui vont être plus à l'aise en gériatrie et voilà, enfin... il y a une interaction... les internes surtout en SASPAS parce que les données sont plus récentes pour eux quoi.. donc euh.. en dernier lieu de tout façon ça va être le raisonnement thérapeutique parce qu'à partir du moment où le diagnostic est fait euh.., la relation est établie, bon bah la thérapeutique c'est de l'apprentissage alors c'est pas.. euh.. et si on la sait pas on la retrouve quoi. Donc voilà. Et l'acquisition de l'autonomie euh.. et euh.. donc la question c'était? tu me demandais?..

Oui alors comment est-ce que vous faites pour évaluer les critères, justement?

Oui donc voilà je le disais oui, c'est tout au long du stage, c'est-à-dire euh.. bon euh.. pour un interne notamment de premier niveau: alors on l'a d'abord avec nous très longtemps, on le supervise et jusqu'au bout d'ailleurs, il est en supervision, même si il consulte à la fin un peu tout seul, tous les patients sont re-supervisés derrière. Donc euh.. bah.. c'est un fil conducteur quoi même si on a pas forcément un portfolio tout au long du stage, on a quand même l'habitude des étudiants donc on sait comment ils sont arrivés, leurs lacunes, la façon.. donc voilà.. donc jusqu'à la fin. Donc sur quelques critères clés quoi: euh... l'interaction avec toute l'équipe soignante euh.. et euh.. interroger le praticien, que ce soit moi ou un collègue, n'importe, on s'en fiche on est dans un pôle donc euh.. si on a des questions médicales on peut s'adresser à n'importe qui, à celui qui est dispo en tout cas,

l'évaluation de la relation avec le patient ou la patiente, si il a revu plusieurs fois la même patiente, hein, notre interne donc euh.. poser la question aux patients aussi hein.. euh.. et puis....

Et est-ce que vous utilisez des outils?

Humm.. pas vraiment non, non pas d'outil.

Pas d'outils particuliers. Et du coup, là vous parliez du niveau 1, et le SASPAS?

Bah le SASPAS, ce qui est différent c'est que lui il va être euh.. directement en autonomie donc euh.. il y a déjà d'emblée une confiance qui lui est accordée, parce qu'on ne sait pas forcément ce qu'il a fait, donc c'est vrai que les patients, si il nous prévient pas pour chaque patient, on débrief hein, chaque fois évidemment le midi, le soir sur les patients qu'il a vu, sur ce qu'il a fait, sur les diagnostics qu'il a posé mais tout au long de la matinée ou de l'après-midi après chaque consultation ou au cours des consultations qui lui posent problème, il appelle. Et comme on est présent soit on lui répond, soit on va voir, de la même façon comme avec quelqu'un de premier niveau, ça ne pose pas de problème. Après euh.. si il a pris la décision de faire tel ou tel acte ou tel ou tel diagnostic sans nous en.. nous en référer, l'important c'est qu'on puisse revoir le patient derrière, en tant que médecin traitant en tout cas pour.. pour voir si tout a été bien fait. Enfin voilà, euh.. poser la question au patient si la.. la relation s'est bien passée avec l'interne euh.. voilà. Donc après nous, dans le fonctionnement de notre pôle qui est universitaire, ils sont intégrés dans le fonctionnement de.. euh.. médical du pôle.

D'accord. Et euh.. les interactions, donc la supervision indirecte elle est faite de manière systématique en... pas seulement en cas de problème en fait.

Non, euh.. même quand il n'y a pas de problème justement, quoi. Parce que, justement quand il y a un problème euh.. le problème va être résolu puisque l'interne va appeler. Euh.. le problème c'est de voir s'il n'y a pas de problème pour ceux pour lesquels il a consulté sans nous demander notre avis, voilà même pour quelque chose qui est bénin. Donc euh.. voilà. Déjà euh.. bien évidemment leur planning, il est allégé par rapport aux nôtres, ça va de soi, et euh.. même pour des... alors ça on le fait, par exemple, pour des premiers... premiers niveaux, euh... entre guillemets on peut voir : si moi je prends une consultation et lui il en prend une euh.. un bon.. un critère c'est si sa consultation est terminée avant que moi j'ai terminé la mienne, ça c'est impossible quoi. Enfin, c'est que même si c'est pour des problèmes qui leur paraissent totalement anodins euh.. ça veut dire qu'il y a eu un temps de consultation trop court et qu'il y a un problème: il n'a pas assez interrogé, il n'a pas assez revu les antécédents ou le dossier même si il y a, je sais pas, un gamin qui vient pour une otite, euh.. il doit forcément passer plus de temps parce que ce temps-là il lui est dédié, justement. Le principe d'alléger le planning, ce n'est pas qu'il puisse avoir des pauses entre chaque patient c'est qu'il puisse prendre du temps avec chaque patient quoi, se poser des questions, de se questionner, il peut toujours nous appeler s'il y a un problème. Donc ce qui est difficile c'est d'évaluer effectivement la qualité du soins euh.. sur les patients qui ne lui ont pas posé de problème parce que ceux pour qui il y a eu un problème on en a été averti aussitôt.

Et ça vous trouvez ça difficile ?

C'est pas évident parce que euh.. il y a une confiance qui s'établit euh.. de facto parce qu'il est en dernier semestre, parce qu'il va remplacer un autre confrère ou une autre consœur donc euh.. voilà. Donc mais bon, on peut pas être sur chaque patient à chaque fois avec lui donc euh.. il faut forcément refaire un tour de tous les gens qu'il a vus et s'assurer, nous, que euh.. selon les motifs qu'il a écrit euh.. il n'y ait pas une erreur quoi.

D'accord et à nouveau, est-ce que vous utilisez des outils par rapport à ça?

Il n'y a pas d'outils ou de grilles non! Non non non c'est en fonction de chaque cas quoi.

Et vous me parliez de supervision direct tout à l'heure comment faites-vous?

Ah bah.. la supervision direct, moi, on travaille à deux ici dans mon cabinet, il y a un fauteuil là (me montre le fauteuil derrière lui) donc euh.. soit c'est moi qui suis là (devant l'ordinateur) et qui gère la consultation du début à la fin, alors au début je vais entrer.. euh.. je vais gérer l'interrogatoire et après je vais dire à l'interne : « bah tiens va examiner la dame » et on verra : « qu'est-ce que tu en penses ? » et on est scribe un peu voilà... on discute de la thérapeutique et euh.. sinon euh.. bah c'est moi qui fait le médecin et l'observation, on peut discuter ou c'est l'inverse: moi je m'efface à côté pour ne pas que le patient me parle et euh.. elle reste là (devant l'ordinateur) et euh.. voilà on inverse les rôles quoi. Et euh.. jamais, alors il y a quand même un peu une doctrine quand on... jamais on contredit l'avis euh.. ni de l'interne supervisé, sauf si vraiment il y a une grosse erreur urgente, une urgence qui est passée inaperçue quoi, je sais pas moi enfin bon phlébite, j'en sais rien douleur thoracique ou il dit: « bah je vais prescrire tel examen et on verra demain », mais ça n'arrive quasiment jamais. Et dans le même sens, jamais euh.. l'interne me contredit devant le patient parce que ça établit un problème dans la relation avec le patient et le médecin donc on apprend qu'on peut

discuter après des problèmes, quitte à reconvoquer le patient si euh.. on s'est rendu compte que bah euh.. on a zappé un.. une hypothèse diagnostique ou un examen à faire enfin, voilà. Mais euh.. c'est un peu un jeu de rôle comme ça quoi et puis au final euh.. ben je ne sais pas comment c'était pour toi mais euh.. on finit en interaction quoi, parce que c'est difficile de.. de ne pas discuter donc au final euh... au fur et à mesure on commence à voir avec le patient bah qu'il y a deux médecins en face de lui, qui euh.. interagissent avec lui quoi et qui discute voilà.

D'accord, et donc vous m'avez parlée donc de la supervision directe, indirect est-ce qu'il y a d'autres moyens que vous avez d'interagir avec votre interne?

Oui ! Alors nous ici on développe aussi pas mal de mission euh.. de santé publique, donc c'est aussi des soins.. des soins auprès du patient euh.. c'est.. c'est tout le travail sur euh.. la mise à jour des vaccinations contre la grippe euh.. s'assurer du calendrier vaccinal des enfants enfin bon.. faire des missions de santé comme ça, faire venir les gens. Et puis euh.. développer aussi d'autres pratiques en médecine générale, par exemple, là on peut développer la recherche d'apnée du sommeil donc on peut les former à ça : à poser un appareil, à essayer d'interpréter euh.. les courbes même si c'est un DU. Mais enfin bon voilà. Faire des EFR euh... voilà. Euh.. faire de l'éducation thérapeutique pourquoi pas enfin voilà. Des missions de santé comme ça. Euh.. développer la formation au sein du cabinet c'est à dire faire des petits topos que l'on peut intégrer dans le groupe qualité quoi, sur des sujets bien précis, les dernières euh.. données de la science hein voilà. Ca c'est quand même plus pour les internes de premier niveau hein. Et puis ici on travaille aussi beaucoup avec l'hôpital local, on accompagne le fonctionnement de l'hôpital local quoi. On essaie de euh.. c'est vrai pour.. essentiellement pour les missions de premier niveau c'est sûr.. de développer autre chose que de la pure clinique euh.., de la consultation de cabinet voilà au quart d'heure ou 20 minutes enfin voilà, d'avoir euh.. d'essayer de développer autre chose quoi. Avec les infirmières après ça dépend de chacun.

Et comment portez-vous un jugement sur la performance, leur performance ?

Ah c'est assez, euh.. je ne pense pas que l'on puisse avoir de critères objectifs, de note ou de.. bien, pas bien quoi c'est pas comme ça. Parce que nous-même on est performant sur un domaine hein et puis on l'est moins sur d'autres, donc on va demander parfois de l'aide à un collègue, de revoir un cas donc voilà. Euh..

C'est difficile de porter un jugement?

C'est difficile de l'évaluer hein et puis c'est difficile de juger euh.. un futur confrère ou consœur. Alors, ce qui est délicat, alors il faut pouvoir dès le début se rendre compte si il y a un problème dans la pratique et d'en avertir l'UFR. Bon ça, c'est une démarche à faire qui n'est pas évidente quand même hein.. parce que ça remet en question euh.. la pratique même médicale de la personne. Et puis après euh.. on se comporte en adulte hein, donc euh.. on peut difficilement.. enfin.. on peut émettre des.. des critiques, des reproches, il ne faut pas qu'elles soient mal perçues non plus, parce que souvent.. c'est.. c'est souvent un peu ça quoi la manière de faire. Parce qu'on peut être en désaccord sur euh..effectivement, la théorie euh.. et euh.. mais en pratique ça peut être différent. Et après le jugement, il reste sur des critères euh.. qui sont difficilement évaluables par la classification quoi... on peut pas dire « excellent » pour une relation euh.. patient euh.. médecin. On ne peut pas dire « pas satisfaisant » non plus c'est quasiment rare enfin ça n'arrive jamais quoi. C'est euh.. c'est une vision globale quoi.. qu'on va avoir sur euh.. l'aptitude à exercer la médecine générale dans le futur c'est-à-dire l'aptitude relationnelle, les sciences humaines c'est sûr, mais surtout l'aptitude euh... scientifique, quoi. C'est quand même.., on fait pas un métier euh.. pour moi la médecine c'est un métier de.. de.. sciences fondamentales, hein c'est pas forcément que les .. à mon sens que de la science humaine pure. Ca en est hein.. dans la relation mais le fondement de notre métier c'est la science, c'est les études euh.. c'est les maths, c'est de la physique enfin.. il faut comprendre, le voilà, le fonctionnement et euh.. on a beau faire 80 % comme on dit de fonctionnel c'est pas tout à fait vrai, quoi !

Et vous avez déjà eu du mal à entrer en interaction avec un étudiant, avec un interne?

Oui c'est arrivé oui. On a eu des problèmes avec certains, on a averti l'UFR mais globalement euh.. la grande majorité des cas non, non non ça se passe toujours bien.

D'accord et comment est-ce que vous avez fait pour ceux avec qui ça avait été compliqué ?

Eh bien, on a averti l'UFR quoi ! Voilà et la direction quoi, le département de médecine générale.

D'accord et est-ce que vous avez eu l'impression que, par rapport à vos début avec des internes ou même par rapport un début de stage et une fin de stage, est-ce que il y a une évolution dans les méthodes que vous employez pour l'évaluation?

(réfléchi) Euh.. oui et non c'est pas euh.. alors l'interne est évalué tout au long de son stage. Si au bout de deux ou trois mois on sait que ça se passe bien, il n'y a aucune raison que l'on ne le valide

pas. Après c'est de l'apprentissage quoi. Donc euh.. on valide « point », je veux dire c'est pas.. et on peut mettre toute une grille de critères d'évaluation euh.. bah ça sera.. très subjectif quand même la validation : c'est oui ou non. C'est difficile d'exprimer pourquoi on ne va pas valider quelqu'un. On l'a jamais fait en plus ! Et j'ai envie de dire ce n'est pas notre rôle : nous, on a un terrain de stage, on est là pour être formateur d'un futur euh.. médecin, on n'est pas là pour critiquer ses aptitudes ou ne pas le valider. Ça ce serait le rôle du département de médecine générale, à ce moment-là à la fin de chaque stage au bout de 6 mois, bah euh.. il faudrait qu'il y ait un observateur externe, un médecin euh. qui fasse euh.. faire à quelqu'un, bah je sais pas moi.. un oral, quoi, sur un cas clinique et encore faut-il qu'il soit suffisamment performant lui-même, l'observateur, pour le juger. Et c'est loin d'être évident. Et que cette grille de validation soit faite par quelqu'un d'autre ! Donc voilà et pas par....

Et donc vous..

Parce que nous on interagit beaucoup, et puis ils font partis du pôle, enfin c'est comme un hôpital qui fonctionne avec les internes. Maintenant il y a beaucoup de pôle de santé qui euh... bah qui ont peut-être rechigné au début à accueillir des internes, euh.. quoi qu'il en soit aujourd'hui euh.. tout le monde est bien content d'avoir des internes en formation avec eux pour euh.. pour l'interaction, la formation et le fonctionnement de la santé. C'est très difficile de dire à quelqu'un qui vient en formation et aider en plus au fonctionnement médical d'un secteur que.. bah voilà.. qu'il est pas bon et qu'on va pas le valider enfin, ça n'a même pas de sens, en soi ! Le problème c'est avant l'internat ! Je veux dire, c'est même le jour de l'internat: est-ce que quelqu'un est fait pour être médecin ou pas ? Après c'est trop tard ! Il est parti dans un cycle où.. on est des formateurs et c'est pas à nous de juger, au final, de sa qualité ou pas à être médecin. On nous dit qu'ici c'est nous, parce qu'on est les observateurs, on est les observateurs par rapport à notre propre pratique ! On euh.. on va les comparer à la façon dont on travaille, nous, mais il y a différentes façons de fonctionner ! (sourire) donc euh.. voilà.

Et donc comment est-ce que vous définiriez votre rôle en tant que maître de stage universitaire ?

Ah bah, c'est un compagnonnage hein ! Clairement. Ben oui.. voilà c'est euh.. un tutorat quoi. Euh.. on accompagne. On n'est pas là.. on n'est pas là.. euh.. on ne sanctionne pas quoi c'est tout quoi. On juge pas quoi ! On peut.. on critique positivement ou négativement mais euh.. oui.. on accompagne.

Et qu'est-ce que vous comprenez du concept de compétences en médecine générale ?

C'est un concept assez.. assez vague. (rires) Donc j'ai été formé hein avec les... avec la Marguerite des compétences c'est ça que tu veux me faire dire ?

Ouais.

Voilà, bon.. pf.. c'est des concepts pédagogiques hein. Moi je.. euh.. je ne critique pas non plus, je ne fais pas partie de la pédagogie, de la fac, c'est quelque chose de très compliqué hein, de complexe. Donc euh.. loin de moi l'idée de remettre ça en cause, hein, surtout que ce sont des choses qui sont établis de façon plus euh.. national et même international. Mais bon.. euh..

Est-ce que c'est quelque chose que vous arrivez à mettre en pratique ?

Je la connais mais euh... c'est vrai que dans l'évaluation de l'interne euh.., bon après cette évaluation là, elle est faite par le tutorat normalement, aussi, donc c'est.. avec le portfolio...

C'est complémentaire ?

Oui c'est complémentaire. Mais je trouve que nous au sein du cabinet euh... on n'est plus là pour accompagner l'interne dans sa pratique, l'aider à répondre à ces questions euh.. exactement comme n'importe quel lieu de stage, hein. Je pense que euh.. voilà.

Et pour finir, est-ce que vous avez des suggestions ou des volontés à faire pour faire progresser la pratique de l'évaluation ?

(Soupirs) Là encore c'est compliqué.. parce que ce serait cette évaluation c'est-à-dire qu'on me demanderait de mettre en place des outils, non, je serai bien pauvre pour.. pour aller mettre en place et avoir des idées par rapport à ça.

Vous pensez que ce serait nécessaire de mettre en place des outils ?

Non, parce que les outils ça rajouterait des outils aux outils. Et on voit déjà bien le portfolio, bah.. c'est quand même en échec, hein. On va pas se leurrer non ? Bah.. c'est pas un échec mais enfin bon euh.. à discuter avec nos internes euh.. en tout cas euh.. c'est pas perçu comme quelque chose de.. d'améliorant leur pratique hein globalement. Euh.. je suis moi-même tuteur. L'interne qui communique pas beaucoup, bon bah voilà.. Là on a un esprit plus critique parce qu'on interroge sur une grille, on évalue voilà S1, S2, S3 voilà mais euh.. après moi je l'évalue par rapport à ma propre pratique, hein ! J'ai été étudiant, donc en stage de premier niveau, euh.. on m'a appris comme ça et

on m'a accompagné euh.. et on m'a pas jugé sur une grille de validation et ça s'est pas mal passé. En tout cas moi je ne pense pas. Donc euh.. après c'est euh.. c'est extrêmement administratif de vouloir valider quelqu'un sur la compétence pour l'emmener vers d'autres compétences. Je veux dire la médecine générale, c'est une compétence globale, je suis pas sûr qu'en cardiologie on ait des grilles ou une marguerite des compétences pour les internes en cardiologie quoi: est-ce qu'il sait poser un pacemaker ? euh.. est-ce qu'il sait poser un stent ? j'en sais rien. Enfin bon.. voilà. Pourquoi en médecine générale ce serait comme ça quoi? Après, ça existe, on fait avec mais c'est vrai que euh.. peut-être à tort, on ne l'utilise pas pour évaluer ses compétences. Mais, là encore l'interne peut très bien s'auto-évaluer là-dedans, hein, dans ses compétences c'est quand même des gens euh.. qui ont entre 20 et 30 ans c'est pas des... 25 et 30 même...

Et donc vous avez dit qu'au début de stage, ils s'auto-évaluent et est-ce que vous leur donnez quelque chose pour qu'ils puissent s'auto-évaluer?

Non, non ils s'auto-évaluent à la fin du stage.

A la fin du stage.

Quand on demande l'évaluation de l'interne pour la validation, il y a comment est perçu.. enfin l'évaluation par l'interne et puis aussi par le maître de stage. Moi je leur demande systématiquement de s'évaluer eux.. je les évalue pas avant.

Comment ils font pour s'évaluer eux?

Bah.. c'est sur une grille.. sur la grille de d'évaluation..

Donner par la fac?

Oui donné par la fac quoi. Je l'ai là d'ailleurs, si j'arrive à la trouver (cherche dans un tiroir) la fiche d'évaluation pédagogique et de validation administrative. Donc il y a euh.. je sais pas 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11, 11 items voilà, hein.. « Excellent », « satisfaisant » « insuffisant » euh.. bon.. l'assiduité, l'hygiène et la propreté : c'est difficile de dire à quelqu'un qu'il est pas propre quoi. Ce sont des choses, bon.. voilà. La relation avec le patient, voilà : « excellent », « satisfaisant », « non satisfaisant », « insuffisant » par exemple ce serait euh.. admettons sur cette fiche on avait mis « excellent » partout, relation avec le patient si on mettait « insuffisant » euh.. intégration à l'équipe de soins « insuffisant » euh.. voilà et qu'on met pour autant validation « oui », ça n'a pas de sens non plus quoi ! Je ne vois pas comment on peut euh.. avoir un raisonnement diagnostique et thérapeutique « excellent » euh.. et puis gestion de l'urgence « insuffisante » je veux dire, ça n'a pas de sens ! Ça veut dire quoi: ça veut dire qu'il sait très bien traiter un infarctus mais qu'il oublie pas d'appeler le SAMU, enfin.. (rires) c'est pas.. c'est pas très logique tout ça voilà. Donc euh.. bon, voilà ça existe, on la remplit mais notre idée, elle est faite avant, quoi ! Les lacunes de chacun...

Merci

Entretien 6 (MSU 6)

Donc, pour commencer, j'aimerais que vous vous remettiez en tête la dernière interaction à visée pédagogique que vous avez eue avec votre interne et que vous me la décriviez: les circonstances et les méthodes employées.

Alors bah c'est du débriefing hein, donc euh.. dans le débriefing reprends euh.. cas par cas tous les patients euh.. à partir de l'agenda euh.. en lui demandant d'une part comment ça s'est déroulé, euh.. est-ce qu'elle a des interrogations, normalement si elle avait des interrogations elle aurait dû euh.. nous appeler euh.. pour en parler sur.. euh.. alors que le patient était là quoi, mais euh.. c'est ce qu'ils font en général mais sinon parfois il y a des interrogations a posteriori: « ah bah j'aurais dû faire ça, j'aurais dû faire ça ou peut-être dû penser à ça. » Donc on en parle parfois ils s'inquiètent pour rien, parfois on leur demande de recontacter le patient. Ce qui est très bien accepté par les patients, au contraire ils sont contents euh.. qu'on.. qu'on s'occupe d'eux, et que euh.. l'on traite leur cas de manière sérieuse. Euh.. donc il y a un retour d'expérience de notre part quand c'est des cas un peu complexes ou si on a des anecdotes à raconter parce qu'ils aiment bien qu'on raconte des histoires, les internes, euh.. ce qu'on appelle les histoires de chasse, quoi. Euh.. ce qui est quand même pas mal parce que ça permet de fixer pas mal les idées sur des trucs, les histoires de chasse, c'est-à-dire que moi j'ai le souvenir de.. en tant qu'interne ou même externe euh.. de.. de pathologies aux quelles je pense toujours parce que j'ai cette histoire dans la tête quoi donc ça permet d'avoir des repères euh.. je dirais sur des choses qui sont importantes. Et donc, euh.. voilà donc on passe patient après patient, euh.. on demande une impression générale sur la journée et voilà comment ça se passe à peu près.

D'accord, et en moyenne ça dure à peu près combien de temps?

Oh, ça dure euh.. entre euh.. à peu près euh.. je dirais une demi-heure à.. à trois quart d'heure voir 1h c'est arrivé que ça dure 1h. Euh.. souvent on essaie de faire ça le soir, donc c'est assez tard et parfois on en fait une partie.. quand on peut, on coupe en deux: on en fait une en fin de consult le matin et le reste le soir.

Et qu'est-ce que vous cherchez à.. à voir avec l'interne? Qu'est-ce que vous cherchez à évaluer?

Bah déjà évaluer euh.. comment il a apprécié la situation de.. de la présentation du patient, est-ce qu'il a bien répondu aux demandes du patient euh.. est-ce que dans l'interrogatoire sur une pathologie ou une plainte il a bien fait son... il a pas oublié des choses, dans sa démarche diagnostique aussi bien sûr. Et puis la thérapeutique, hein. C'est plus la thérapeutique, parce qu'en général les internes, il se débrouille très bien euh.. au niveau interrogatoire, clinique tout ça.. et c'est en thérapeutique qu'ils ont un peu de mal où euh.. parfois ils sont un peu, je dirais, entachés par les recommandations officielles, où ils sont très recos, très euh.. "prescrire" ect, Et puis bah, dans la réalité, parfois nous, on ne suit pas du tout les recos euh.. avec.. mais on se justifie. On leur dit : « bah tu vois moi je fais plutôt ça parce que voilà ce qu'il se passe en médecine générale c'est pas comme dans les manuels toujours et euh.. là ça se passe comme ça. »

D'accord. Et dans quel but est-ce que vous pratiquez cette rétroaction?

Tu veux dire euh.. juste euh.. ce qu'on parle à la fin en thérapeutique ou en général?

En général, le débriefing.

Ah bah, le but c'est d'essayer de monter l'expérience de.. de l'interne et puis euh.. de le conforter aussi ça le euh.. je pense que ça le sécurise euh.. souvent ils sont très inquiets sur euh.. sur leurs savoirs ou leurs compétences et le fait de... de leur dire bah non là c'est impeccable tout ce que tu as fait il y a rien à redire, euh... le traitement est impeccable et tout. Euh.. ce qui veut pas dire que quand c'est pas impeccable euh.. on ne leur met pas la tête sous l'eau : on leur dit bah là il faut.. on peut faire ça ou ça. Mais bon ça les sécurise ça leur permet de.. de prendre confiance en eux, parce que c'est important aussi euh.. alors il faut pas être trop confiant non plus, moi je leur dis toujours : « un bon médecin c'est un médecin qui doute: un médecin qui doute pas euh.. c'est dangereux hein.. donc euh.. moi j'ai 30 ans d'exercice moi je doute encore heureusement le jour où je ne douterai plus il faudra que je m'arrête quoi parce que je serai dangereux » Voilà.

Et est-ce que vous utilisez d'autres modes d'interaction euh.. habituellement avec votre interne?

Ca arrive : par mail ou par WhatsApp.

D'accord

Euh.. ou même en SMS, quoi.

C'est-à-dire ? C'est pour quel euh.. quel type d'interaction?

Parfois ils ont en tête des interrogations euh.. sur des patients, sur des cas euh.. donc ils nous envoient un message ou.. donc on répond comme ça.

D'accord ok. Et comment est-ce que vous observez et analysez la performance de.. de l'interne?

Alors c'est beaucoup du ressenti, hein. C'est beaucoup du ressenti euh.. tu veux parler plutôt du stage global de validation dans.. à la fin, non?

Ou les évaluations au cours du temps, oui l'un ou l'autre.

Bah au cours du temps bah c'est ce qu'on vient de dire c'est-à-dire euh.. est ce qu'ils ont bien appréhendé l'interrogatoire ? est-ce qu'ils ont bien compris le motif de consultation ? Ce qui n'est pas évident, parfois même nous, on a du mal à savoir pourquoi les gens viennent euh.. quand c'est un peu flou comme ça il y a des gens on se dit : mais qu'est ce qu'ils veulent vraiment ? on finit par leur demander: « donc vous venez aujourd'hui pour euh..? » Et puis si c'est pas ça.. et puis bien sûr: la thérapeutique, le savoir en général, quoi euh.. donc on arrive assez vite à voir un interne qui.. qui est assez à l'aise ou quelqu'un qui est en difficulté. Et ça nous est arrivé, rarement je dois dire, où on a eu quand même.. tous les internes qu'on a eu étaient quand même d'une très bonne qualité et ceux qui étaient pas de bonne qualité entre guillemets c'était un déficit de savoir plutôt par un parcours particulier hein, quelqu'un qui venait de l'étranger qui n'avait pas eu les formations initiales ici euh.. mais qui.. qui était volontaire et il s'est bien rattrapé, on était très content parce qu'on a bien vu la différence entre le début et la fin du stage, quoi. Donc ça c'est essentiel : un interne qui progresse euh.. c'est très important.

Et euh.. est-ce que vous utilisez des.. des outils pour cette rétroaction pédagogique?

C'est-à-dire?

Est-ce que vous vous servez d'un support particulier autre, donc, que le dossier dont vous m'avez parlée?

Non, non.

D'accord. Et quand on parle de validation cette fois ci, euh.. quand est-ce que vous la pratiquez? Comment est-ce que vous mettez ça en place?

Je la pratique vraiment à la fin, à la toute fin même on peut dire dans les tous derniers jours de présence de.. de l'interne et on discute entre nous bien sûr euh.. en général souvent.. c'est pratiquement tout le temps, on a pratiquement le même ressenti, hein euh.. et donc euh.. moi je leur fais aussi souvent faire euh.. bien avant la fin, souvent un mois avant la fin, je leur fais faire un travail sur une question euh.. particulière. Donc on essaie toujours de partir d'un cas précis euh.. qui a pu les mettre en difficulté ou euh.. ou qui était très intéressant ou un cas rare, un truc comme ça et là je leur dis : « bah écoute tu vas me faire un travail ». Alors par exemple, là j'ai fait faire un travail sur les BNP, les divers types de BNP, comment les interpréter, leur validité en fonction de l'âge, insuffisance rénale.. exetera et donc en plus, c'est quelque chose qui nous sert à nous ça, parce que on contrôle le travail et bon c'était très très bien fait, et c'est un truc que moi je garde euh.. sur mon bureau, je veux dire sur l'ordinateur et qui euh.. me sert quand je reprends parce que c'est assez complexe ces trucs-là et donc souvent tu oublies, ah oui mais alors là il m'a fait la NT pro BNP alors les valeurs etc.., donc là.. là maintenant j'ai un document de référence fait par un interne donc c'est bien. Euh.. on a fait divers autres travaux, donc euh.. ça permet aussi de voir euh.. comment ils peuvent s'adapter à une demande qui est plus une demande cette fois-ci je dirais euh.. scientifique et didactique quoi euh.. avec une biblio avec euh.. donc c'est assez intéressant.

Et donc la validation en elle-même..?

Alors la validation, c'est vraiment le ressenti de tout le stage hein euh.. les questions sont assez bien posées, je n'ai pas de grille, là tu dois avoir la grille non? la grille de validation, tu ne l'as pas?

Donnée par euh.. l'UFR?

Oui

Alors je ne l'ai pas avec moi, mais en effet je l'ai en tête.

Voilà donc on coche les cases et jusqu'ici bah.. on a eu de la chance: on a pratiquement toujours cocher en.. dans les deux dernières cases: excellent ou très bon. Euh... donc il y a quelques-uns donc une fois: les connaissances où c'était un peu insuffisant mais sinon euh.. on a toujours validé nos internes, on n'a jamais eu de problème. De toute manière, une non-validation je pense que ça ne se voit pas à la fin, ça se voit dans les.. les premières semaines voir mois, début du mois, et puis là on en parle avec les.. euh.. à ce moment-là si cela se produisait. Mais on n'a pas eu, heureusement c'est bien, mais si ça se produisait il faut qu'on en parle avec le directeur euh.. du département quoi, et puis euh.. l'équipe pédagogique pour voir euh.. qu'est-ce qu'on peut faire? qu'est-ce qu'on peut changer? est-ce que c'est un problème de stage? est-ce qu'il faut qu'il change de stage? ou euh.. qu'est-ce qu'il y a à faire quoi.

Et justement, est-ce que vous pensez que il y aurait des choses nécessaires pour l'évaluation euh.. pour quelqu'un qui aurait des difficultés, est-ce que quelque chose serait utile?

Bah je crois que ça se voit assez vite ça, donc euh... ce qu'il faut c'est surtout en parler, rapidement quoi euh.. pour ne pas perdre de temps. Parce que si on le laisse ramer, d'abord il va s'angoisser et tout, et puis il risque de faire des bêtises aussi, hein n'oublions pas les patients. Euh.. et que à la fin, on lui dit bah tu n'es pas validé parce que tu es mauvais et bien c'est pas bon du tout quoi.

C'est.. nous à la fin on ne sera pas content, les patients seront pas contents et puis l'étudiant il sera pas content du tout donc je crois qu'il faut intervenir très vite quand.. quand ça ne se passe pas bien.

Et donc, comment est-ce que vous portez un jugement sur la performance de l'interne? comment faites-vous?

Bah ça c'est de la construction au jour le jour euh.., au fur et à mesure des debriefings euh.. donc... euh.. c'est une impression générale que ça nous donne, je te dis nous on a eu assez de chance sur le pôle d'avoir des bons quoi euh.. et celle qui était pas aussi bon, on va dire pas aussi bonne que les autres, parce qu'elle n'était pas mauvaise quoi, donc.. euh.. Bah on a vu en posant des questions euh.. et puis elle se faisait avoir sur des trucs qui n'étaient pas très complexes et qui nécessitait de la connaissance médicale de base quoi. On lui a demandé de retravailler et tout et.. je te dis, ce qui était bien c'est que vraiment elle a bien progressé sur les 6 mois quoi.

Et qu'est-ce que vous pensez de votre rôle en tant que maître de stage universitaire auprès des internes?

Ah bah, moi de mon point de vue, je trouve ça très enrichissant euh.. parce que euh.. d'une part euh.. on a l'impression de leur apporter des choses donc ça c'est quand même quelque chose de bien la transmission hein.. c'est quelque chose de.. de vitale. Parce que, je crois que l'on peut pas faire d'enseignement si on a pas envie de transmettre hein, et puis surtout dans notre métier où la transmission euh.. il y a ce qu'il y a dans les livres, la théorie et puis la transmission de la réalité: il y

à des choses c'est vrai qui euh.. qui se transmettent que de bouche de druides à oreilles des druides hein.. (rires) et qui sont pas forcément dans les livres par exemple : comment est-ce qu'on coupe un ongle de pied ? C'est marqué nulle part hein euh.. donc ça moi je leur fais toujours un schéma et tout, je l'ai appris euh.. de bouche de druide, d'un vieux chirurgien euh.. généraliste, j'étais externe et j'étais à sa consult, c'est un truc que l'on voit nulle part et c'est vrai quand tu suis ça tu n'as jamais d'ongle incarné quoi.. c'est un truc tout bête. Je te le dis comme ça pour mémoire parce que tu es là : en fait il faut d'abord couper bien droit surtout pas dans les coins, au-dessus de la pulpe et surtout il faut limer une bande sur toute la hauteur de l'ongle de 5 mm au milieu pour redresser les coins. Je sais pas si tu avais déjà vu ça quelque part.

Et bien vous nous en avez parlés.

Je te l'ai déjà dit ouais.. je guéguette un peu là. (rires) Donc euh.. ça c'est un exemple de transmission euh.. je vais dire qui pourra rester euh.. et être transmis à d'autres euh.. donc on est dans la chaîne quoi. Et puis aussi, on apprend des choses hein : moi il y a des trucs sur des pathologies que je traitais euh.. d'une certaine manière et effectivement euh.. il y avait une approche plus moderne à voir donc ça c'est très intéressant, ça nous permet de modifier nos pratiques aussi hein.. de relire des trucs il peut se dire tiens.. et puis voilà.

D'accord et que pensez-vous de la pratique de l'évaluation en tant que maître de stage universitaire ?

L'évaluation de qui ? du maître de stage ou de l'étudiant ?

De l'étudiant.

Bah c'est nécessaire, je veux dire c'est... dans tout enseignement il y a une évaluation. Comme nous quand on est en formation euh.. il y a une évaluation. Quand tu fais une formation, tu arrives au début donc euh.. tu es évalué sur tes connaissances avant et tu seras évalué sur les connaissances en sortie de.. donc là c'est pareil. Euh.. l'évaluation là est continue par contre, pour nous enfin c'est comme ça que l'on fait, et donc on évalue au fur et à mesure et je crois que c'est vital qu'il y ait un retour parce que si tu es là, qu'on te laisse faire et on te dit rien bah écoute euh.. C'est un peu ce que nous on a vécu hein.. parce que nous il y avait pas du tout de stage de quoi que ce soit c'est-à-dire que tu étais étudiant dès que tu avais validé ta 6e année, tu remplaçais, tu arrivais sur l'emplacement, il y a le gars qui t'attendait avec sa valise et sa canne à pêche qui te donnait les clés et qui partait en courant et puis toi tu étais tout seul hein.. Donc euh.. moi j'apprécie beaucoup.. j'aurais bien aimé avoir ça quoi. Avoir ses stages de médecine générale où.. tu es sécurisé avec quelqu'un, parce que c'est flippant d'être tout seul face à des trucs quand même hein..

Et donc là, vous comparez donc euh.. nos deux euh.. finalement nos deux moyens qu'on a eu d'apprentissage, est-ce que de toutes les années vous avez eu des internes, est-ce qu'il y a une évolution par rapport à votre évaluation sur les internes où est-ce que... même au cours d'un même stage, il y a une évolution ?

Non je ne dirais pas vraiment euh.. je dirais que ça varie mais dès le début ça dépend de l'interne quoi.. Il y a des internes timides qui n'osent pas trop parler, et puis il y a des internes assez expansifs, extravertis, donc là c'est sûr on ne va pas se comporter de la même manière. Donc euh.. et aussi curieusement bah comme par exemple, quand on prend des T1, que l'on garde 2 mois avec nous, en évaluation avec nous en consult, et puis après ils vont consulter en autonomie euh... tu as des internes qui sont... qui nous paraissent beaucoup moins bons euh.. en doublon avec nous, parce qu'en fait ils sont timides qu'ils n'osent pas etc même si on essaie de les mettre à l'aise, et puis ils vont se débrouiller beaucoup mieux en autonomie quand on est plus avec eux à côté euh... ce qui ne les empêchera pas de nous appeler sur un cas, de nous téléphoner ou nous demander de venir mais euh... on a eu deux fois le cas où euh.. au début je disais bah pf.. ils sont pas terribles hein.. ils sont pas.. c'est pas un bon niveau et puis en fait euh.. quand il était en autonomie bah c'était.. c'était très bien quoi. Donc là c'est peut-être de notre faute, ça veut dire qu'on a peut-être pas réussi à les mettre à l'aise avec nous quoi. Mais ils nous le disent après.. je leur dis moi après euh.. tu as l'air beaucoup mieux tout seul, et ils me disent oui oui oui. (rires) ce qui nous rend modeste sur notre rôle quand on est à côté d'eux quoi.

Et qu'est-ce que.. quelle place faites-vous à l'auto-évaluation ?

Alors l'auto-évaluation, bah là encore c'est très personnalité dépendante euh.. mais je crois que euh.. c'est impératif d'arriver à s'auto-évaluer y compris pour les.. les médecins plus tard euh.. C'est ce que je disais un médecin doit toujours douter euh.. celui qui est toujours sûr à 100 % de ce qu'il fait euh.. fatalement il fera une connerie hein.. donc euh.. il faut se dire : est-ce que c'est le bon diagnostic ? est-ce que j'ai bien la bonne thérapeutique ? est-ce qu'il ne faut pas que je relise ? est-ce qu'il ne faut pas que je demande conseil à un spécialiste ? Euh.. donc là c'est pareil pour l'interne. Euh.. il doit s'auto-évaluer, de se dire bon bah là visiblement mon prat m'a dit que j'avais merdé là-

dessus euh.. je vais retravailler et puis il faut que je fasse mieux la prochaine fois. Donc c'est.. c'est très très important, c'est primordial.

D'accord et dernière question: avez-vous des suggestions à faire ou des volontés pour améliorer la pratique de l'évaluation?

Bah euh.. ce serait peut-être bien.. alors ça existe déjà, qu'ils nous rendent des grilles d'auto-évaluation. Mais je crois qu'il y en a déjà des grilles, mais euh.. moi là j'en ai pas. Je ne l'ai pas utilisé encore ça, des grilles d'auto-évaluation. Et je crois que ce serait bien ça.

Des grilles d'auto-évaluation.

Ouais, pour qu'il nous donne son ressenti euh.., et puis nous ça nous permet de voir aussi euh.. bah est-ce qu'il arrive à.. à douter et à être modeste, quoi.. Le gars qui met qu'il a tout bon en auto-évaluation, alors ça peut exister hein.. mais euh.. il faut se méfier il faut toujours rappeler aux gens que tout le monde peut faire des bêtises quoi.

Merci

Entretien 7 (MSU 7)

Pour commencer, j'aimerais que vous vous remettiez en tête la dernière interaction à visée pédagogique que vous avez eue avec votre interne et que vous me la décriviez: les circonstances et les méthodes employées.

Ah ouais.. oh la la c'est loin.. (rires) Euh.. En fait, c'est.. c'est plutôt euh.. c'était plutôt en fin de stage, peut-être donc euh.. une euh.. donc c'était M., c'était cette interne qu'on a eu, parce que nous là on a eu pendant 1 an.. ça fait 1 ans que l'on a pas eu d'interne. Donc ça va être.. c'est un petit peu loin. Euh..

Ou sinon une interaction habituelle que vous avez eue avec un interne, peu importe, pas forcément la dernière.

Ouais c'est ça.. alors après euh... (réfléchit) c'est.. c'est souvent plutôt au niveau de la décision de faire des examens complémentaires qu'on a.. qu'on a des problèmes quand ils sont en autonomie euh.. c'est des examens complémentaires qui.. qui.. qu'ils demandent beaucoup sans avoir vraiment l'explication de cette.. de cette prescription, quoi. Et euh.. même sur euh.. les.. les examens biologiques, si on reprend chaque.. nous alors on a.. ils sortent de l'hôpital.. à l'hôpital je pense qu'il y a des.. des checklists euh.. (sourires) donc euh.. des urgences ou d'ailleurs euh.. et en fait nous..., moi je pense qu'en médecine générale on n'est pas dans le même raisonnement: on doit limiter quand même cette prescription des examens complémentaires en fonction de l'orientation euh.. clinique, et d'abord.. enfin.. faire primer plus la clinique par rapport aux examens complémentaires. On les voit beaucoup aussi faire des.. bon nous aussi on a des électro qui... ils font beaucoup d'électro, et je trouve que des fois euh.. c'est euh.. pour les douleurs thoraciques par exemple, c'est vrai qu'ils ont peu.. il y a une truille médico-légale et tout ça mais euh.. il faut essayer d'avoir du bon sens aussi pour ne pas toujours faire des examens complémentaires. Moi, c'est souvent cette euh.. Alors bon si je faisais ça avec un cas particulier... je me souviens plus euh...

Donc en fait vous essayez par votre expérience euh.. de.. d'autonomiser l'interne par rapport à l'hôpital finalement, et de l'encre vers la médecine générale?

Oui voilà, voilà, plutôt l'orienter médecine générale et il lui dire que en fait il ne faut pas... il va revoir le patient si.. euh.. c'est pas.. faire une prescription... euh.. c'est pas obligatoire de faire une prescription en médecine générale, on peut déjà rassurer les gens, leur dire : « ben écoutez, vous me tenez au courant, vous revenez dans quelques jours si ça ne va pas et on fera des examens supplémentaires. » Ca c'est.. c'est bon euh.. ce sont des choses importantes qui est différente de la médecine générale par rapport à la médecine hospitalière.

Et euh.. est-ce que vous pratiquez des debriefings avec les internes?

Ah oui toujours ! Ouais c'est systématique. Alors euh.. ce que j'aime bien c'est que euh.. ne pas faire tous les pa.. alors souvent les.. ils ont tendance à avoir leur liste des gens qui sont venus. Donc moi je.. j'aime bien qu'ils me sortent un cas qui leur a posé problème et plutôt aller vers un cas et parler du cas et puis euh.. savoir comment.. leur ressenti pas seulement médical mais euh.. comment ils ont.. comment euh.. s'ils étaient fiers... contents de ce qu'ils avaient fait. Parce qu'ils sont toujours contents. Enfin ils euh.. au début, il faut toujours.. ils ont toujours l'impression qu'il faut qu'ils soient satisfaits.. et il faut essayer de leur faire dire si ils sont pas contents de ce qu'ils ont fait et euh.. voilà, et faire un peu.. l'analyse de euh.. de leur ressenti.

Donc de faire ressortir les difficultés qu'il y a eu lors de la consultation?

Oui voilà donc déjà, au niveau diagnostic c'est pas souvent.. c'est plus relationnel.. les difficultés relationnelles euh.. avec le patient et si euh.. le patient a euh..... s'ils ont l'impression aussi que le

patient quand il est ressorti, il a été satisfait de.. de la réponse qu'il a eu. Donc c'est pas forcément: prescrire une liste d'examen complémentaires, le patient peut sortir non content de la consultation si il n'a pas eu.. eh bien ce qu'il... les patients, ils viennent euh.. avec une idée et donc ils.. si l'idée est fautive, il faut.. euh.. il faut leur faire changer d'avis et puis euh.. si c'est vrai il faut les conforter un petit peu dans leurs.. leurs idées mais il faut qu'ils aient la réponse.. à essayer de trouver pourquoi.. pourquoi le patient il vient des fois aussi.. parce que parfois le patient il vient avec un symptôme et parfois c'est plutôt pour parler euh.. donc il faut bien situer la consultation par rapport à ce que le patient dit au début et essayer de voir pourquoi il vient vraiment.

Et donc est-ce que vous utilisez des outils pour euh.. réaliser cette interaction?

Alors euh.. il y a des.. enfin quand on a.. moi j'ai fait le.. le stage pour les SASPAS, le dernier, on l'avait fait c'était il y a 2 ans, à peu près, on nous avait donné des échelles et tout le monde avait dit que... il y avait deux échelles alors moi je me.. je me souviens plus. Il faudrait que je revoie un petit peu...

Donc ce n'est donc pas quelque chose que vous utilisez?

Euh.. non, parce que il y en a une qui était très très complexe et puis l'autre qui passait à côté de certaines choses.

D'accord et quelle place faites-vous à l'auto-évaluation?

Ah bah euh... je pense que ça c'est.. enfin c'est ce que j'ai dit tout à l'heure euh.. essayer de leur faire dire que.. ce qui.. si leurs ressentis par rapport à leurs consultations, si ils sont satisfaits de.. si ils sont contents d'eux après une consultation. Parce qu'en fin de journée euh.. si euh.. si ils ont euh.. ils ont oublié des fois euh.. leur ressenti après 20 patients, enfin ils en voient plutôt 15, les internes, euh.. quand ils ont vu euh.. pas mal de patients, bah ils ont oublié un petit peu le.. ce qu'ils se sont dit.. est-ce que.. enfin ce qu'ils se posaient comme questions.

Et à nouveau est-ce que vous utilisez un outil pour qu'il puisse s'auto-évaluer ou pas?

(réfléchit) Alors ils.. oui c'est pareil, on en a eu des outils, qui nous ont été donné en stage mais je... non je ne les ai pas utilisés. Je leur fais ça un peu.. ouais.. au feeling ouais..

Par rapport à la validation du stage cette fois ci, est-ce que vous voulez bien me décrire comment vous la pratiquez? comment... comment vous faites?

Euh.. en fait euh.. il y avait.. il y a une fiche, hein je pense pour les internes, donc je.. je regarde tout seul, et que je remplis tout seul. Euh.. et puis après on revoit les.. on les reçoit parce que nous on est trois, on est en trinôme pour les internes de premier niveau et moi je.. je convoque les deux autres pour euh.. faire un commentaire à l'interne euh.. ensemble en fait, mais bon moi je fais mon petit commentaire tout seul quand je.. je l'ai en stage avec moi, mais euh.. j'aime bien que les deux autres donnent leur avis que l'on soit tous les trois pour donner notre avis quoi.

Donc vous vous réunissez tous les trois avec l'interne pour parler de cette validation que vous avez déjà rempli au préalable tout seul?

Ouais, voilà ouais.

D'accord. Et est-ce que à part cette grille vous utilisez un outil particulier?

Non.

Et est-ce que vous faites une évaluation à mi-parcours, par exemple?

Euh.. non, on parle.. nous on a une réunion ici, tous les mardi matin, donc euh.. avec les maîtres de stage... s'il y a un problème, parce que de toute façon.., surtout au début du stage même avant la mi-parcours parce que je pense que si il y avait un problème.. jusque-là on a pas eu d'interne à problème, mais si on sent vraiment que ça va poser des problèmes on préfère en discuter dès le début pour.. même Marianne, par exemple, au début c'était.. c'était pas très simple et euh.. parce qu'elle était un peu timide et tout ça donc on a.. euh.. et puis ça c'est bien mieux passé après.. en fait elle était un peu... bloquée par.. par la supervision directe. Et elle était plutôt mieux après, euh.. quand elle était seule avec les patients. Elle n'osait pas trop intervenir euh.. avec nous. Ouais c'est ça.. Moi j'ai.. on essaie quand même de les mettre assez vite en.. en autonomie, je trouve que c'est long, hein.. théoriquement.. euh.. parce que moi je préfère qu'ils voient moins de patients mais qu'ils soient plus vite en autonomie pour euh.. pour pouvoir euh.. parce qu'ils ont.. ça les barbe de euh.. d'être avec nous je crois. Donc il faut qu'il voit comment ça fonctionne et puis.. mais M. en fait comme elle était un peu.. elle avait.. elle était en peu en difficulté bah on l'a lâchée un peu.. un peu moins vite que les autres quoi..

D'accord. Et comment est-ce que vous décrieriez votre rôle auprès des internes en tant que maître de stage universitaire?

(rires) Euh.. Je pense que l'on est euh.. plus.. euh.. c'est plus du compagnonnage que.. que vraiment.. enfin on n'est pas.. je ne pense pas que euh.. l'on soit très.. très bien formé donc tout compte fait au niveau.. même si on a.. moi je fais un stage pour les externes et un stage pour les

internes mais euh.. il faudrait peut-être qu'on.. qu'on en fasse un peu plus pour.. pour améliorer ce que l'on fait... enfin l'analyse de ce que l'on fait avec eux, quoi.. euh..

Donc qu'est-ce que vous pensez de la pratique de l'évaluation, en tant que maître de stage universitaire?

Et ben on n'est pas... on n'est pas très bon (sourire), euh.. on n'est pas formé à ça. Euh..

Vous n'êtes pas formés à ça?

Ouais.. mais on est capable.. on est capable de dire : « oui celui-là ça va aller, il.. il fera un bon généraliste et puis il aura.. et puis il y en a d'autres on se dit non ce n'est pas possible il faudra mieux qu'il fasse de la médecine hospitalière ou de la médecine salarié », je pense que ça on peut le dire à la fin du stage hein, que..

Et est-ce que vous avez déjà euh.. été en difficulté pour l'interaction avec l'interne?

Pour moi non non.

Et pour la validation?

Oh non parce que.. euh.. on les a tous validés donc ça se passe bien (rires).

Ca se passe bien en général?

Ouais.. après on a eu peut être plus de difficultés avec.. avec certains euh.. au niveau.. bah parce que nous on est.. pour la présence.. comme on est assez loin de Caen euh.. les horaires.. euh.. c'était difficile pour eux..

Pour venir en stage?

Oui leur départ... pour le débriefing euh.. enfin ils prenaient.. ils bloquaient leurs rendez-vous.. enfin il y en a certains qui bloquaient leurs rendez-vous, parce qu'on les laisse avec les secrétaires voir, à 5h pour pouvoir reprendre leur train et partir vite. Nous faire un débriefing à 5h, c'est impossible. Donc c'est.. ça a été source euh.. d'un petit peu de conflit quand même.

Et donc est-ce que vous avez évolué euh.. dans votre manière d'évaluer, d'interagir au fil du temps rapport à des.. à des problèmes comme ça?

Bah.. non, non, on reste.. alors ça m'est arrivé moi de faire le débriefing le midi ou le matin de bonne heure, mais euh.. j'ai des collègues qui sont pas trop d'accord enfin.. les deux autres collègues sont pas trop d'accord avec ça. Donc euh.. je pense que le mieux pour nous c'est de faire ça le soir mais ça pose un problème d'organisation interne ça c'est sûr.

Et est-ce que vous avez des critères spécifiques que vous cherchez à évaluer?

(silence) oui oui oui euh.. je pense que le euh.. le relationnel.. le relationnel avec les patients euh.. comment.. comment se fait le contact avec les patients euh.. comment ils se comportent, j'aime bien les faire.. leur faire euh.. accueillir le patient à ma place euh.. et voir euh.. comment il se situe dans.. dans la relation euh.. médecin-patient..

D'accord et avez-vous des suggestions à faire ou alors des volontés pour améliorer la pratique de l'évaluation?

(silence) Euh.. moi, il y a certainement euh.. un peu.. un manque de formation de notre part à c'est sûr.. euh..

Et si vous aviez à utiliser un outil d'évaluation précis, qu'est-ce que cela vous apporterez?

Bah c'est compliqué parce que.. quand on a.. il y a des choses qu'on.. bah il faudrait la.. la faire plusieurs fois dans..., plutôt progressif, plutôt qu'une évaluation uniquement en fin de stage quoi. Parce que après, quand il y a des critères à évaluer, bah.. on va en oublier certains, et quand on fait l'évaluation en fin de stage, on se dit : « ah oui tiens ça euh.., au fait est-ce que je peux répondre à cette question là ? Non, parce qu'on a oublié... » euh..

Donc quelque chose à faire plusieurs fois pendant le stage?

Oui ce serait peut-être pas mal, une évaluation.. déjà une pré-évaluation, enfin l'évaluation euh.. de début de stage pour savoir où ils en sont, qu'est-ce qu'ils ont besoin.. qu'est-ce qu'ils ont envie de.. aussi eux de.. de faire? Parce que la médecine générale c'est tellement euh.. vaste que.. on peut.. moi je.. je fais plus de médecine du sport, un peu d'ostéo euh.. je fait de la mésothérapie, des trucs comme ça. Donc bon je leur montre un petit peu ce que je fais. Est-ce que ça les intéresse? Moi je ne sais pas, je sais que.. euh.. j'en ai un qui a fait de l'ostéo après son passage en stage ici, ça lui avait donné envie de faire de l'ostéo, et il fait un stage en ostéo, ça peut-être un... mais euh.. moi je pense oui c'est ça ce serait bien.. euh.. de faire une évaluation.. le problème: c'est essentiellement un problème de temps, parce que la médecine générale, moi j'ai.. même quand j'ai pas d'internes, j'ai du mal à.. à boucler mes journées euh.. ce qu'il manque peut-être c'est d'avoir vraiment un moment, pour dire, il faudrait pratiquement une fois par mois qu'on se retrouve les maîtres de stage et qu'on se dise : « ah tiens, qu'est-ce qu'on lui fait faire? » Et si on le fait pas le stage est vite fait terminé et euh.. on n'a pas tout évalué quoi.

Merci.

Donc pour commencer j'aimerais que vous vous remettiez en tête la dernière interaction à visée pédagogique que vous avez eue avec votre interne et que vous me la décriviez: les circonstances et les méthodes employées.

Ah oui... on y va.. (rires) euh.. ça concerne autant le SASPAS que euh.. le niveau 1?

Oui tout à fait.

Euh.. quand est-ce que c'était? ça commence à faire loin.. (sourire), avec les internes SASPAS, je n'ai pas forcément beaucoup de.. enfin quand on fait le débrief on revoit des choses euh.. comme ça avoir un cas particulier, et le décrire euh.. ça fait longtemps que je n'ai pas eu d'interne de niveau 1, sinon ce serait plus facile euh.. alors qu'est-ce que j'ai pu avoir comme cas..?

Ou alors une interaction euh., vous pouvez me décrire une interaction que vous avez eue, pas forcément la dernière.

D'accord et il faut vraiment un euh.. un cas précis..?

Ah non, non pas du tout. Vous m'expliquez comment vous faites, en fait, pour interagir avec votre interne?

D'accord, bah après souvent c'est après... ça dépend, si c'est le SASPAS par exemple, donc euh.. qui sont en autonomie, après nous le soir ou en cours de journée selon le euh.. on fait un débrief, après si il y a un cas particulier qui pose problème : voilà on discute autour, on se pose des questions euh.. et puis voilà en fonction... voilà si il ou elle se pose des questions et que j'ai les réponses: je lui donne, après parfois je suis pas forcément euh.. sûr de la réponse ou j'en sais rien du tout: on essaie de se documenter et de trouver des.. des réponses à nos questions. Euh..

Et donc, qu'est-ce que vous utilisez comme support pour parler euh., pour faire cette interaction, faire ce débrief?

Et bien, après on a le dossier du patient euh... voilà après si on cherche des infos on va éventuellement sur internet, euh.. selon les questions qu'on se pose, on essaie de trouver des... des sites euh.. comment euh.. qui sont euh... avec des bases scientifiques quoi, on va pas chercher sur Doctissimo ou je ne sais quoi (rires).

D'accord ok. et est-ce que les interactions sont systématiques avec votre interne?

Ah bah euh.. oui..

Tous les soirs en fait, c'est ça?

Oui tous les soirs ou en général c'est midi et soir euh.. pour éviter de tout avoir en même temps et après bah quand on a euh.. un interne de premier niveau qui, enfin, qui est un petit peu plus longtemps avec nous, bah voilà ça peut être.. ça peut être pendant la consultation ou juste après la consultation ou à un autre moment de la journée euh.. selon les besoins, le temps..

Et est-ce que.. vous m'avez parlé de.. de la supervision indirecte, est-ce que vous avez d'autres moyens d'interagir avec votre interne?

Euh.. et bien quand ils sont en consultation et qu'ils ont besoin : ils nous appellent, soit on peut euh.. on peut gérer euh.. juste par téléphone ou si il y a besoin on se déplace, on va voir euh.. si il a un patient qu'il veut qu'on regarde euh.. je sais pas une plaie, un truc dermato euh., un tympan euh.. n'importe quoi. On est toujours disponible euh.. parce que nous on a l'avantage que notre interne euh.. il a un bureau à lui, on consulte en même temps en général donc on est toujours là, on n'est pas.. on n'a pas besoin d'un quart d'heure pour venir voir ce qu'il se passe, quoi.

Et dans quel but est-ce que vous faites cette interaction pédagogique, cette rétroaction?

(silence) Alors un but euh.. pédagogique justement (rires) pour euh.. pour voilà essayer euh.. d'améliorer voir si des choses pourraient.. paraître peut-être anodine, je sais pas, par exemple sur une prescription d'antibiotique, je vais demander à.. à l'interne : pourquoi il a choisi celui-là plutôt qu'un autre euh., parce que moi j'aurais peut-être fait différemment. Et voilà on en discute après euh.. voilà il y a des fois où... c'est justifié et d'autres fois où euh.. je ne trouve pas donc je lui explique pourquoi, on va se servir éventuellement des recos des trucs comme ça.. euh..

D'accord et quelle place est-ce que vous faites à l'auto-évaluation?

Euh.. je ne connais pas.. enfin, voilà on ne pratique pas forcément. Après peut-être qu'on le fait sans le savoir mais je n'ai pas.. euh.. je n'ai pas de.. je n'ai pas mis de mot là-dessus en tout cas ou de.. si je le fais, je ne le fais pas consciemment en tout cas.

D'accord et par rapport à leurs performances comment faites-vous pour porter un jugement sur leur performance?

Euh... après les performances : il y a tout.. enfin c'est un global je dirais, les interactions avec les patients, si ça se passe bien et pas que le.. la technique entre guillemets et le savoir quoi.. il faut.. il y

a le relationnel, il y a les interactions aussi avec les.. les collègues, avec les secrétaires avec euh.. voilà euh...

Et donc quels critères est ce que vous cherchez à évaluer chez votre interne?

Après on a toujours des fiches là pour nous guider un petit peu, euh.. bah voilà c'est les connaissances, la gestion de l'urgence, euh.. justement savoir être, le savoir... enfin être empathique enfin ce genre de chose, le relationnel tout ça quoi.

Et vous me parlez de fiches, les quelles? c'est quoi vos fiches dont vous vous servez?

Euh.. bah.. c'est à la fin les fiches d'évaluation que.. que nous demande de remplir la.. la fac quoi.

D'accord ok. Et donc justement par rapport à la validation, est-ce que vous pouvez me décrire la façon dont vous la pratiquez?

Euh.. bah après.. on la fait toujours avec l'interne euh... en théorie euh.. on doit euh.. prendre avis des autres maîtres de stage, mais ça tombe souvent en période de vacances donc euh.. des fois.. parce que les.. les validations de stage, quand on les reçoit: on n'a que quelques jours pour les renvoyer, des fois c'est un peu euh.. un peu juste en temps, voilà quand il y en a qui sont en vacances, euh.. de faire la synthèse avec les autres euh.. les autres maîtres de stage. Mais en général, on est.. on est d'accord et enfin.. on a discuté pendant le stage ensemble euh.. donc on sait un peu l'avis quand même des autres praticiens euh.. bah voilà après je.. euh... on n'a jamais eu de cas où ça se passait mal, donc les appréciations en général sont... sont bonnes après quand je mets euh.. je ne sais plus comment c'est marqué, mais euh.. un peu genre euh.. à renforcer ou ce genre de chose, bah je euh.. voilà j'en discute avec l'interne, je.. je lui explique pourquoi ou ce genre de chose enfin voilà... on en discute.

D'accord et justement vous dites que vous discutez, est-ce que parfois ça a été compliqué avec un interne d'interagir avec lui ou elle?

Euh.. non après voilà il y a des internes plus réservés que d'autres et qui.. voilà sont un peu moins.. moins expressifs mais globalement non ça s'est toujours bien passé.

D'accord. Comment décririez-vous votre rôle auprès des internes en tant que maître de stage universitaire?

Euh.. c'est les.. les accompagner les.. euh.. (silence) c'est de leur donner un peu plus confiance. Souvent quand.. quand ils arrivent, ils n'ont pas.. ils ont pas forcément une grande confiance en eux surtout.. après souvent ce que l'on voit c'est que.. après moi j'étais pareil mais... (sourire), quand ils sont avec nous des fois justement euh.. ils sont un peu réservés, introvertis et puis une fois qu'on les laisse euh.. tout seul, on a l'impression bah voilà, que ça se passe mieux, ils sont un peu plus à l'aise euh.. Voilà il n'y a plus le regard du.. du chef entre guillemets, à côté quoi (sourire).

Et que pensez-vous de la pratique de l'évaluation en tant que maître de stage universitaire?

Bon ce n'est pas forcément là où je me sens le plus à l'aise.. on va dire. Après même si euh.. j'avais fait le.. la formation avant d'accueillir les internes effectivement où on nous donne des des grilles, des choses qui paraissent simples et évidentes à utiliser mais euh.. voilà c'est pas.. en pratique, c'est pas si simple.

Et qu'est-ce qui vous paraît difficile?

Euh.. après je pense aussi que c'est parce que je ne les utilise pas régulièrement et que voilà il faudrait euh.. que je prenne le temps aussi peut-être de me les approprier, et voilà de ne pas avoir à regarder sur un papier pour savoir voilà si.. si j'ai fait ce qu'il fallait ou pas. Euh... C'est le manque de pratique certainement.

Le manque de pratique.

Oui

D'accord, par hasard est-ce que vous faites une évaluation à mi-parcours pour essayer d'améliorer la pratique de l'interne?

Ah bah pas formuler comme ça.. après je dirais qu'au fur et à mesure on essaie de lui dire si il y a des.. ce qui va, ce qui ne va pas de.. voilà ce n'est pas formalisé comme ça après..

Est-ce que vous vous servez d'un outil?

Non

D'accord qu'est-ce que vous comprenez de.. du concept de compétences en médecine générale?

Euh.. (rires) qu'est-ce que je comprends de ça?

Est-ce que vous avez entendu parler de la Marguerite des compétences?

Oui, oui oui, je me rappelle d'une interne pour qui ça lui sortait par les yeux de la tête, donc elle m'avait expliquée ce que c'était (rires) Mais euh.. ouais je sais ce que c'est..

Qu'en pensez-vous?

Après voilà, moi je n'ai pas appris les choses comme ça. On le fait certainement mais pas.. pas de manière formalisée en disant ça, ça va sur telle pétale et ça à tel endroit. (sourire).

Donc vous.. vous le faites déjà finalement, sans vous en rendre compte?

Oui certainement et sans.. sans le formaliser.

Et donc vous m'avez dit que vous n'avez jamais expérimenté une invalidation d'un interne?

Non non non

Tous les internes ont été globalement bons?

Oui

D'accord, et est-ce que vous avez des suggestions à faire des volontés, pour améliorer la pratique de l'évaluation?

(long silence) euh.. c'est pas facile.. Non après est ce qu'il y a quelque chose à faire euh... même si ce que l'on fait là ce n'est pas parfait, est-ce qu'il y a quelque chose qui pourrait être mieux? Après ça reste du... du.. après ce n'est pas subjectif parce qu'on voit quand même comment les.. les internes travaillent. Enfin on ne peut pas faire passer un examen euh.. pendant une consultation, enfin.. on les a déjà vu travailler.

Même pour l'interne en SASPAS?

Oui. Enfin c'est pareil même si on ne les voit pas.. euh.. enfin on les a avec nous au début donc ils... on voit déjà un peu comment.. comment ils travaillent et puis après on fait des.. des débriefs. Voilà, je pense qu'on arrive quand même à voir comment ils organisent leur consultation, enfin comment ils gèrent les.. même si on n'est pas là, on se rend compte comment les choses se passent. Et après on a aussi le retour des.. des patients, et ce qu'ils nous disent, même si il ne faut pas toujours se fier à ce qu'ils racontent (rires) mais on sait aux quels on peut.. on peut avoir confiance.

Et vous me disiez qu'il faudrait peut-être que vous vous repenchiez sur.. sur ce qui a été donné lors de la formation à la fac, est-ce que vous avez l'impression il y a eu une évolution au fil du temps dans votre pratique de l'évaluation?

Je ne suis pas sûr.. Après voilà, la formation je l'ai faite avant de commencer à avoir des internes donc il n'y a pas eu d'avant et d'après. Après je ne pense pas que euh.. ça est beaucoup évolué. Euh..

Merci.

Entretien 9 (MSU 9)

Donc pour commencer j'aimerais que vous vous remettiez en tête la dernière interaction à visée pédagogique que vous avez eue avec votre interne et que vous me la décriviez: les circonstances et les méthodes employées.

Oh mon dieu !! (rires) Ca je.. je.. justement on a eu une formation là-dessus à la fac et ils insistent beaucoup là-dessus. Moi je ne fonctionne pas trop comme ça je.. alors après c'est vrai qu'on a deux types d'internes: l'interne de premier niveau qui est actuellement en autonomie donc c'est vrai que c'est avec celui-là que j'ai le plus de rapports, hein, donc à visée pédagogique. Moi surtout ce que je souhaite euh.. c'est que l'interne soit.. se sente bien dans la consultation quoi. Donc euh.. ça je le vois.. je le vois rapidement pour euh.. l'interne de premier niveau puisqu'il est avec moi donc je le laisse faire, je me mets un peu en retrait, c'est toujours un peu compliqué parce que euh.. les patients ont tendance à.. à nous regarder nous, donc on essaie de se faire oublier. Mais on voit rapidement si ça se passe bien ou pas, quoi. Donc s'il y a.. il y a quelque chose qui ne va pas, moi ce que je fais c'est que, avant de faire rentrer le prochain patient, je lui dis là il s'est passé quelque chose, je t'ai pas senti à l'aise je t'ai pas senti.. voilà. C'est plutôt comme ça, mais il n'y a rien de formelle quoi. Par contre, pour le SASPAS bon j'essaie de.. euh.. de faire soit par téléphone, même si c'est mieux en présentiel quand même, de dire dans l'ensemble : « qu'est-ce que tu as eu comme problèmes ? ». Généralement ça se passe bien, mais c'est vrai la fameuse Marguerite, je ne l'utilise pas.

D'accord. Et qu'est-ce que vous en pensez de cette fameuse Marguerite des compétences?

C'est.. c'est ..ce n'est pas inintéressant mais je trouve que c'est un petit peu.. euh.. un petit peu intellectuel quand même, un petit peu compliqué quoi.

Et donc là vous me parliez essentiellement de l'interaction avec le niveau 1, comment est-ce que ça se passe avec le SASPAS justement?

Bah... En gros, ça va, ça se passe plutôt bien. Bon c'est vrai que euh.. chaque interne est différent, il faut qu'il soit à l'aise avec le logiciel et puis donc voilà. Moi ce que je fais, c'est que.. et ce que je vais

faire aussi bientôt, je ne le laisse pas travailler tout seul : on fait une journée avec eux ou une matinée si je pense que ça va bien. Mais je reste très disponible de toute façon, hein. Donc après, j'essaie de les mettre à l'aise et de leur dire mais de toute façon il faut parler de tout. Parce qu'il y en a qui peuvent être gênés en disant : « je n'ose pas demander ça ». J'essaie d'établir un climat de confiance d'emblée quoi. Donc euh.. qu'il n'y ait pas un rapport de maître à élève parce que je n'aime pas trop ça quoi donc ça je pense que c'est important.

Et avec votre SASPAS, est-ce que vous faites de la supervision indirecte ? Les interactions est-ce qu'elles sont systématiques, fréquentes ?

Elles ne sont pas systématiques non ! Elles sont assez fréquentes, oui, c'est sûr.

Et donc c'est pas tous les jours par exemple, c'est à la demande plutôt de l'interne ?

Oui c'est plutôt à la demande de l'interne, oui.

D'accord. et quel support est-ce que vous utilisez pour cette interaction ?

Je n'utilise pas de support particulier. On a effectivement des éléments mais je n'utilise pas de supports ça ne me convient pas trop. C'est un peu trop restreint. Après c'est vrai, la marguerite je l'ai même sur mon bureau, donc si je l'ai sur mon bureau c'est que.. mais je ne m'en sers pas. Et ça les agace un petit peu d'ailleurs, les internes, quand on montre ça.

Ca les agace ?

Ouais souvent. C'est-à-dire euh.. que quand on a fait notre formation là-bas euh.. en général ils ont pas envie de.. ils ne sont pas très réceptifs par rapport à ça. Je sais pas comment eux le perçoivent en cours mais..

D'accord et dans quel but est-ce que vous pratiquez cette rétroaction pédagogique ?

Bah dans.. dans le but de savoir si tout s'est bien passé, si les connaissances sont.. sont acquises déjà, si.. si le patient euh.. n'a pas été mis en danger, si on a répondu à ses.. à sa demande et si à la fin de la consultation on sent qu'il y a quelque chose de réglé. Même si il n'y a pas de diagnostic, on a pas toujours de diagnostic dans certaines situations, il faut au moins qu'on ait une réponse à donner et puis... et puis surtout de savoir si le patient s'est senti bien avec lui.. si l'interne s'est senti bien avec le patient : s'il y a une relation qui s'est établie et pas sur un ton tendu parce que ça c'est quand même.. avec certains patients.. surtout en médecine générale.

Et est-ce que vous évaluez des critères précis chez vos internes ?

Non non franchement je.. non. Je ne suis pas très.., dans mon esprit, je ne suis peut-être pas très systématique. Non, c'est un peu au feeling en fait. J'ai eu la chance d'avoir des internes SASPAS qui étaient vraiment supers qui étaient très très autonomes avec plein de bonnes idées donc euh.. bon il y en a certains qui sont très.. très demandeurs donc qui demandent beaucoup et d'autres demandent moins. Donc ceux qui demandent moins, il faut.. je pense qu'il faut s'en méfier parce que il faut euh.. quand même voir un petit peu ce qu'ils ont fait quoi. Mais globalement, non, ils ont de bons niveaux.

D'accord. Comment est-ce que vous faites pour porter un jugement sur leur performance ?

(Réfléchit, soupire) C'est.. c'est euh.. la façon dont.. dont ils se comportent quoi. Je dirais que.. moi je pense que la plus grande qualité d'un.. d'un futur médecin et d'un médecin c'est l'humilité déjà, donc euh.. quand je les sens humbles je trouve ça génial, quand ils sont sûr d'eux, très sûr d'eux ou qu'ils me disent : « non, on en parle pas car ça je connais très bien » ça me plaît pas trop, quoi. Donc je creuse un peu mais c'est rare finalement.

D'accord. Et en vue de la validation de l'interne euh..., comment est-ce que vous faites ? est-ce que vous pouvez me décrire les méthodes employées ?

Bah la validation, moi je pense il faut.. euh.. on valide des.. des internes qui soient sérieux déjà, qui soient ponctuels, corrects et qui euh.. et qui répondent aux euh.. critères d'une vraie consultation, quoi. C'est surtout ça. Et à partir de là il n'y a pas de...

Et donc c'est quoi pour vous ces critères ?

Ces critères : c'est ce que je disais tout à l'heure, c'est-à-dire répondre euh.. c'est-à-dire qu'un patient.. euh.. il y a des patients qui ont des multiples demandes donc euh.. il y a aussi des patients qui ont une seule demande, il y a aussi des patients qui viennent seulement pour un renouvellement. C'est toujours différent à chaque fois, donc c'est vrai que euh.. je n'épluche pas toutes les consultations mais euh.. de temps en temps j'en épluche, je leur demande : « celui-là il venait pour quoi ? » et si je sens que l'interne me dit : « bah, je sais même pas pourquoi il est venu » c'est un peu embêtant, hein ça c'est sûr ! Donc il y a ça, on voit ça et puis le lendemain ou quand le patient est parti : « est-ce que tu as senti que tu as été au bout de tes trucs ou est-ce que tu t'es senti mal à l'aise ? » Donc ça peut arriver, ça m'arrive à moi, ça m'arrive aussi donc euh.. je leur dit : « là ce serait bien de le reconvoquer et leur en parler : tiens on a oublié de reparler de ça ou j'ai oublié de voir ça ». Donc pour les mettre à l'aise, parce que je pense de toute façon euh.. c'est pas facile euh..

la relation, hein. Il faut creuser un peu des fois, mais je n'ai pas tendance à.. à avoir des outils systématiques parce que je trouve ça un peu fastidieux et long.

Long?

Hum.. surtout c'est chronophage quand même hein.

Et qu'est-ce que.. quelle place est-ce que vous faites à l'auto-évaluation?

C'est-à-dire ? je ne comprends pas..

Alors est-ce que vous utilisez l'auto évaluation?

Non je n'utilise pas ça ! Non.

Non? Et qu'en pensez-vous?

Bah.. comme je l'utilise pas, je n'en pense pas grand-chose ! (rires) euh.. oui non c'est vrai que je n'ai pas, euh.. enfin à la fin du stage, c'est ce que je disais à R., qui m'a quitté tout à l'heure, on a discuté deux minutes, c'est sur que.. il m'a dit que.. c'est sûr qu'il avait beaucoup appris, bon voilà. C'est peut-être ça l'auto-évaluation : lui s'évalue aussi.. mais ce n'est pas euh.. un outils que j'utilise volontiers.

D'accord et donc par rapport à la validation est-ce que vous vous concertez avec les autres ? J'ai bien compris que ce n'est pas vous la faites? (il me l'avait expliquée avant que ne démarre l'entretien)

Ouais.. alors on se.. euh.. il se trouve que euh.. je rencontre Dr R, qui lui est responsable du trio, on se voit au groupe de pairs, tous les mois, hein donc on.. on discute souvent de nos internes. Et c'est pas.. on en parle pas.. c'est pas officiel mais de temps en temps on se dit : « Tient, ça se passe bien avec L. ? ça se passe bien avec R. ? Voilà. Qu'est-ce que tu en penses, je trouve qu'il a des lacunes, je voudrais... » Donc voilà.. on progresse un peu comme ça, mais ce n'est pas formel. C'est vrai quand.. quand il note c'est peut-être parce que justement on a des internes qui étaient.. qui ne posaient pas de problème. On est tous d'accord quoi. Une fois, euh.. on a eu une.. une interne qui était.. qui était très euh.. qui avait beaucoup de connaissances mais qui euh.. qui a traversé une dépression pendant son stage. Elle avait un problème de cœur et puis elle ne se sentait vraiment pas à l'aise avec les patients. On a eu beaucoup de mal à la mettre en autonomie. Donc là, on a essayé de.. de l'aider au maximum, hein, de se concerter pour.. pour savoir comment faire euh.., on n'a pas réussi à la mettre en autonomie parce qu'elle n'était pas du tout à l'aise avec.. dans la relation médecin-patients. Quand elle était à côté de moi : ça allez bien mais dès qu'elle était là (me montre sa place derrière le bureau) c'était compliqué.

Comment avez-vous fait pour essayer de l'aider, de surmonter ses difficultés?

Bah.. on a.. on a beaucoup discuté, euh.. on a beaucoup discuté en dehors des.. des consultations. Mais elle.. elle a dû s'arrêter à un moment donné je crois. Il me semble qu'elle a changé d'orientation vers la médecine du travail.

Et a posteriori est-ce que vous pensez qu'un outil aurait pu être utile?

Bah ouais je sais pas, ouais.. c'est ce que... j'en parlais justement à R.. C'est ce que je lui disais aussi, je lui disais que euh.. à part cette.. cette jeune fille tout s'était bien passé. Bon je regrettais pour elle, parce que elle était euh.. au niveau des connaissances il n'y avait aucun.. aucun souci. Euh.. je pense que ses problèmes personnels ont.. ont aussi engendré tout ça. Après c'est compliqué, je.. je ne peux pas être son médecin quoi. Je lui ai conseillée d'aller consulter et de se faire arrêter quoi.

D'accord. Et à nouveau, est-ce que euh.. la personne qui s'occupe de la validation du stage utilise un outil, est-ce que vous savez..?

Alors ça je ne sais pas, je ne sais pas.

Vous ne savez pas trop comment il la pratique?

Non je ne sais pas comment il la pratique, j'avoue que je lui fais confiance (rires). Je ne sais pas sur quels critères.. je sais qu'il y a des.. à la fin du stage, il y a des... il me semble qu'il y a des abaques.. J'ai cru voir ça sur la qualité.. sur euh.. il me semble qu'il y a des trucs. Mais je ne suis pas trop sûr.. donc je crois qu'il remplit une grille, il me semble et puis il met une appréciation globale.

Et au fur et à mesure des années où vous avez accueilli des internes, est-ce que vous avez évolué dans votre manière d'interagir, d'évaluer les internes? vous avez cette impression?

Bah.. oui il me semble de toute façon, moi quand j'ai commencé ça je ne savais pas trop où j'allais et puis bon j'adore faire ça, donc.. euh.. c'est super. Euh.. je n'utilise pas.. pas plus d'outils mais j'essaie d'être disponible surtout, on a un temps d'échange aussi j'essaie de toujours de faire ça, je les invite euh.. à midi donc on essaie euh.. de ne pas trop surcharger en visite pour pouvoir discuter. Donc on rediscute aussi des cas qu'il a vu ou des difficultés, moi je lui fais part de mes difficultés de quand j'étais plus jeune aussi, pour échanger aussi.

Un retour d'expérience?

Un retour d'expérience, oui.

Donc ça c'est surtout avec le niveau 1 alors?

Le niveau 2, de temps en temps aussi, ouais de temps en temps quand euh.. quand c'est possible, ça n'est pas toujours possible mais.. par exemple, le niveau 2 est là le mercredi et donc quand je vais manger avec le niveau 1, je les invite tous les deux. Donc c'est vrai que c'est plus avec le niveau 1 quand même.

Avez-vous des suggestions à faire ou des volontés pour améliorer la pratique de l'évaluation?

Non je n'ai pas vraiment réfléchi à ça, mais c'est vrai l'évaluation je vais peut-être plus m'y intéresser par rapport à ce euh.. à ce que fait Dr R. Je ne sais pas comment il note exactement mais on est assez d'accord généralement.

Merci.

Entretien 10 (MSU 10)

Pour commencer, j'aimerais que tu te remettes en tête la dernière interaction à visée pédagogique que tu as eue avec ton interne et que tu me la décrive: les circonstances, les méthodes.

Ah oui.. euh.. il aurait fallu que je réfléchisse à l'avance peut-être.

Alors pas forcément la dernière, mais une interaction.

Ca peut-être un geste technique? La dernière fois je lui ai expliqué comment on fait un lavage d'oreille par exemple, hein.. parce qu'il n'avait jamais fait, son dernier jour il a fait un lavage d'oreille voilà, hein. Bon bah là, il n'y avait pas de recherche à faire, il n'y avait pas de euh.. mais ça a été, voilà. Si on ne l'a jamais fait.. voilà, c'était un geste technique ça, bon la dernière fois voilà.

D'accord et est-ce que il y a d'autres interactions euh.. que tu as de manière habituelle avec ton interne?

Oui plus sur le plan thérapeutique peut-être, hein, parce que quand ils sont en niveau 1, ils ne maîtrisent pas forcément.. plus sur le plan thérapeutique. Ou quelquefois le plan diagnostic aussi, hein quand on a des cas difficiles on est obligé de chercher, on est obligé de.. de faire comme on fait quand on est étudiant, hein (sourire), diagnostic différentiel etc.. Mais thérapeutique plutôt, parce que à la limite sur le diagnostic différentiel ils vont être meilleurs que moi, parce que c'est encore tout frais dans leur.. dans leur tête, en fait hein, c'est plus sur le plan thérapeutique, oui.

Est-ce que les interactions, elles sont systématiques avec l'interne?

Pas forcément non, pas forcément.

C'est plutôt à la demande de l'interne, en cas de problème?

Bah, moi j'essaie.. enfin.. c'est difficile parce que j'essaie de le laisser se débrouiller tout seul, c'est comme ça que l'on apprend, mais en même temps il faut tout le temps que je mette mon grain de sel, donc (rires). Non lui il demande, euh.. je dis « lui » parce que c'était un garçon la dernière fois, euh.. si quelquefois il pose des questions mais euh.. c'est plus moi qui suggère des choses euh.. parfois qu'on a oubliées ou qui n'ont pas été bien précisées enfin voilà oui. Non c'est plutôt.. euh.. après là, c'était la fin du stage donc euh.. ils sont plus à l'aise quand ils sont en fin de stage qu'au début évidemment, donc c'était quoi la question? exactement la formulation?

Euh.. est-ce que c'est que en cas de problème que euh..

Oui c'est ça que l'on intervient? est-ce que c'est que en cas de problème? pas forcément non parce que des fois c'est pour.. euh.. moi j'avais tendance à insister pas mal sur le côté relationnel quand même, hein sur euh.. “tiens est-ce que tu as remarqué, par exemple, tel comportement qui doit voilà..” euh.. la dernière journée qu'on a faite, on a eu une jeune que je ne connais pas très bien, qui vient de temps en temps mais voilà, qui vient nous dire que elle est sous contraception orale, elle ne l'oublie jamais, sait exactement ce qu'il faut faire, elle ne la vomit jamais enfin prise parfaite, et elle a 3 jours de retard alors que bon.. Alors après j'ai dit à M., je lui dis “écoute, là franchement il faut que tu te poses la question : est-ce qu'elle est pas en train de se moquer de moi? c'est possible hein”. Voilà ça là-dessus, moi je trouve que j'ai un rôle à jouer là dessus parce que euh.. voilà là-dessus j'interviens mais après on parle 2 minutes entre deux patients, voilà mais pas spécialement pour lui dire.. si il y a un problème, c'est-à-dire si on oublie des choses ou si on n'est pas dans la bonne direction : je vais le dire au moment de la consultation par contre, hein.. et après oui plus sur le côté euh.. parce qu'il faut maîtriser les choses quand même, hein, quand on est hein, quand on est en face d'un patient, il faut se dire : est-ce qu'il est pas en train de me raconter des blagues ?, est-ce que l'interrogatoire est fiable ?, c'est important ça est-ce que je peux marquer dans le dossier donc euh.. tel symptôme est certains ? Enfin voilà. Donc euh.. non il n'y a pas beaucoup... mais en gros, moi j'essaie de les laisser se débrouiller mais euh..

Et donc vous pratiquez la supervision directe?

Oui

Et indirecte également?

Alors indirect non, non non je suis toujours... enfin non. C'est pas tout à fait vrai, on a fait un petit peu mais depuis le covid là, on était tous les deux dans le bureau mais sinon oui: au bout de 2 mois ou 3 mois, je.. je.. j'étais là (me montre la porte) je bouquinais dans la salle d'attente et puis on se voyait entre deux mais voilà.. pour qu'il ait plus d'autonomie. Donc c'était à la fois direct et indirect ouais.. on a fait un petit peu les deux avec le même étudiant oui dans le.. le même stage oui.

Et donc vous le voyez entre chaque patient de manière systématique.

Oui oui oui.

Et pour revenir un petit peu..

Oui c'est ça en lui disant "bon bah, alors ça s'est passé comment?" euh.. voilà c'est ça hein et puis après euh.. à chaque fois s'il y avait un problème, il m'appelait avant que la consultation soit finie, quoi, pour que l'on finisse tous les deux quoi, voilà hein.

D'accord et quel support est-ce que vous utilisez pour euh.. interagir avec votre interne?

Alors bah moi je suis encore au dossier papier hein, alors voilà il y a tout dans le dossier papier voilà et puis quelquefois on va regarder sur voilà des articles, des choses que l'on cherche voilà soit de son côté, soit moi, soit les deux, hein.

Est-ce que vous utilisez des outils pour évaluer un petit peu la performance de votre interne?

Pas vraiment, non. Je sais bien qu'il y a des grilles qui sont très compliquées, qui sont très bien faites d'ailleurs, hein. Alors je ne sais pas si le.. celui qui est responsable Dr L. avec qui je travaille moi à l'A., donc c'est lui qui est le.. je ne sais pas comment on appelle ça, enfin, c'est lui qui euh.. qui gère les problèmes avec la fac, c'est lui qui évalue, hein, moi je ne donne pas trop mon avis. Mais si il y avait des problèmes, on se téléphonerait en cours de route quoi, hein. Euh.. la grille, bah, quand je regarde la grille, je me dis que.. bah oui, on tient compte d'à peu près tous les.. mais moi je ne fais pas de grille.. normalement il faudrait faire une évaluation avant, pendant, après, c'est ça? oui?

Alors c'est une suggestion.

C'est comme on veut, oui c'est ça d'accord. Euh.. effectivement c'est quand même assez détaillé et puis ça permet de dire bah tiens là ce.. ce truc là, il y a peut-être un déficit donc il faudrait qu'on insiste oui c'est sûr mais moi je ne le fais pas.

Par contre, vous pensez que ce serait utile pour les internes qui serait en difficulté, c'est ça que vous essayez de dire?

Ah, oui certainement ! Voilà certainement oui certainement. Quand ça se passe bien, bon bah grosso-modo.. oui c'est sûr ah bah oui oui oui oui : pour un interne qui serait en difficulté chez qui on voit bien qu'il n'arrive pas à maîtriser les choses, oui on essaierait de creuser un peu plus pour.. euh.. pour cibler sur euh.. quelque chose de particulier, quoi, hein.

Et justement est-ce que vous avez déjà eu des problèmes de validation l'interne?

Bah non ,non non. Moi j'en ai pas eu, hein, à chaque fois j'ai eu de la chance (rires). Non mais c'est vrai parce que en même temps, ça ne me dérangerait pas avoir quelqu'un plus en difficulté mais non je n'ai pas eu, non à chaque fois ils étaient euh.. ils étaient pas mal dans tous les domaines, quoi : aussi bien relationnel que des connaissances que.. que.. de la concentration que euh.. enfin voilà.

D'accord et comment est-ce que vous faites pour porter un jugement sur sa performance?

Bah je sais pas ! (rires). On va dire que c'est euh.. je sais pas c'est une euh.. une euh.. comme dire, une impression générale enfin voilà moi je ne vais pas dire euh.. c'est plutôt une impression générale, voilà c'est plutôt l'impression que.. il y a une certaine maîtrise voilà dans tous les domaines parce que nous c'est pareil il y a des trucs que l'on ne maîtrise pas ou avec tel personne on va pas réussir à.. voilà, hein. Il faut qu'il... comment dire, il faut que chaque étape de la consultation soit maîtrisée, d'une certaine manière. Alors évidemment, il y a des fois c'est pas facile mais euh.. moi je.. je.. c'est assez empirique ma façon de.. en même temps si je repère des choses qui sont pas.. pas normal, ou qui peuvent être améliorées, je leur dis évidemment. Mais sans jugement euh.. parce que c'est quand même un boulot difficile, hein! donc euh.. (rires) c'est plutôt sur l'impression générale moi je n'ai pas de voilà je n'ai pas..

Et sur quels critères euh.. est-ce que vous cherchez à évaluer chez votre interne?

Alors oui c'est ça, donc les qualités qu'il faut, moi je crois, pour être médecin généraliste: il faut.. il faut être attentif, hein, il faut être concentré je crois que voilà, il faut être concentré sur ce que l'on fait, hein, si on regarde son téléphone en même temps c'est.. c'est pas la peine. Il faut beaucoup de concentration et puis il faut être euh.. à l'écoute du patient, hein le.. le.. voilà. Le problème, enfin le.. comment dire, le sujet c'est le patient, hein c'est-à-dire qu'il vient avec des demandes, il vient avec des.. avec une façon de s'exprimer, il vient avec plein de choses, avec ses antécédents, avec tout

ça. Il faut être vraiment à l'écoute et c'est pour ça si on n'est pas concentré, on ne peut pas être à l'écoute, hein. Et puis, ensuite, il faut essayer non pas de trouver des solutions mais d'avancer, hein voilà. Il faut.. il faut que le patient il vienne avec euh.., alors quelquefois c'est un problème, quelquefois c'est une question, quelquefois c'est un ensemble de.. voilà, il faut qu'en sortant de là, on lui ai trouvé une euh.. comment dire, un chemin pour avancer quoi. Alors ça peut être n'importe quoi, hein ça peut être euh.. on va faire des examens, on va faire euh.. pas forcément très compliqués, hein. Mais on va faire et bien voilà, on va prendre l'avis d'un spécialiste où on va attendre un petit peu et se revoir plus tard, enfin voilà. Il faut qu'il y ait une sorte de euh.. ça c'est important qu'ils comprennent qu'il faut.. il faut trouver une solution alors c'est pas forcément une solution miracle, mais il faut que le patient dise : « bon bah ça va il m'a écouté, il ou elle m'a écouté » et puis euh.. et puis voilà on sait ce que l'on va faire dans le futur, quoi voilà ça.. Parce que après les connaissances techniques, ben et les questions de cours, ben elles sont loin pour moi les questions de cours. Non mais c'est vrai, hein! Donc euh, ça c'est vraiment important, mais je pense que petit à petit on voit bien l'évolution, hein de.. de.. au début du stage, ben c'est un peu flou et à la fin.. oui c'est ça, c'est-à-dire que euh.. nous on ne règle pas tous les problèmes en une seule fois euh.. c'est pas possible, hein Mais si les gens disent : « on m'a écouté, et puis on a pris mon problème en compte » ça c'est bien. Prise en charge voilà ça c'est le mot, hein c'est vrai.

Et.. et qu'est-ce que vous pensez de votre rôle auprès des internes en tant que maître de stage universitaire ?

Moi je suis le catalyseur en fait ! Je ne sers pas à grand-chose, hein. Je suis là pour.. euh.. pour que l'interaction entre le patient et le.. le médecin, hein, qui est le stagiaire médecin, se passe le mieux possible, hein voilà mais juste pour faciliter c'est tout, hein. Euh.. voilà pour faciliter le.. la démarche en fait, hein. Déjà si je sers à ça, à peu près à chaque fois c'est déjà pas mal je trouve (sourire) non mais c'est vrai, hein!

Est-ce que vous êtes à l'aise avec la notion de porter un jugement, de pratiquer une évaluation ?

Eh ben vu que je ne la fais pas vraiment directement.. je ne suis pas forcément très à l'aise, non. Mais euh.. jusqu'à maintenant je n'ai pas eu à dire.. c'est vrai que je ne serai pas très à l'aise de dire à un étudiant là ça va pas.. il faudrait bien le dire de toute façon, mais je pense que dans ce cas-là on serait trois, parce qu'il n'y a pas de raison que ce soit juste dans mon cabinet. Euh, est-ce que je suis à l'aise sur le côté donner euh.. une note c'est ça, hein d'évaluer, oui? Euh.. on va dire oui quand même parce que, par exemple, si l'étudiant il propose un traitement qui va pas, je vais lui dire : « bah écoute non là je ne suis pas d'accord pour telles et telles raisons » voilà tout simplement. Je pense que si j'ai pas envie d'évaluer si j'ai pas envie de donner mon avis, je sers à rien du coup, hein. Donc on va dire que je suis à peu près.. à peu près à l'aise (rires). Entre deux.

Et concernant la validation, cette fois-ci du stage est-ce que euh.. tu peux me dire comment elle est pratiquée ?

Bah je sais pas trop, c'est Dr L. qui fait ça ! Franchement je pense que pour ne pas valider un stage il faudrait vraiment qu'il y ait euh.. je sais pas, euh.. il faudrait que l'étudiant soit tout le temps en retard ou tu vois, qu'il ne soit pas capable d'assumer euh.. une journée de travail normale, quoi. Après, euh.. sur les connaissances euh.. bon bah.. c'est.. ce n'est pas tellement de notre ressort, ça hein, si.. c'est arrivé je crois que Dr L. ça lui est arrivé une fois je sais pas si.. je crois qu'il n'a pas validé le stage mais enfin moi je n'étais pas encore avec eux c'était juste au début où il a commencé euh.. c'est quoi exactement la question? qu'est-ce qui ferait qu'on ne validerait pas le stage c'est ça, non?

Euh.. Oui ou alors est-ce.. est-ce qu'il y a des outils qui permettent la validation du stage ? Comment est ce que ça se pratique en faite ?

Bah.. je ne sais pas comment il fait, non je ne sais pas je ne peux pas tellement répondre à cette question. Voilà moi, c'est plus une impression globale, comme j'ai dit tout à l'heure, hein. Jusque-là moi je n'ai eu que des étudiants qui étaient capable de faire de la médecine générale, voilà en gros. Oui avec euh.. en plus en voyant depuis le début jusqu'à la fin, la.. la maîtrise qui s'installe petit à petit, enfin, mais malgré tout c'est pas simple parce que les gens ils défilent et puis ils sont tous différents et le courant passe ou pas. Enfin voilà.

Et est-ce que, dernière chose, vous avez des suggestions à faire ou des volontés pour améliorer la pratique justement de l'évaluation ?

De l'évaluation, bah non pas vraiment, je ne la fais pas (sourire). Non je ne sais pas sur quoi est ce qu'on pourrait.. je sais pas.. je sais pas.

Ou alors pour améliorer la pratique de l'interaction entre maître de stage et interne ?

Bah, je sais pas, je sais pas, je... il faudrait demander aux internes, essayer de voir.. c'est pareil il y a un questionnaire pour les internes aussi, non?

Non ça aurait été bien mais malheureusement...

Ouais c'est pas facile à faire.

Et qu'est-ce que vous pensez de l'auto-évaluation?

C'est-à-dire?

L'interne qui s'auto évalue.

Alors oui ben M. là, le dernier que j'ai eu, je crois qu'il le faisait oui, un petit peu. Pour essayer, c'est une bonne chose.. ça c'est une très bonne chose, je trouve parce que en plus ça.. je pense qu'ils sont lucides sur leurs capacités enfin, hein? Je crois aussi, hein. Donc oui pourquoi pas.. pourquoi pas. Mais non moi sur l'évaluation j'avoue que.. je suis bien contente que ce soit Dr L. qui le fasse en fait, c'est vrai, hein.

Est-ce qu'il y a eu une évolution de votre mode d'évaluation, d'interaction avec l'interne au fil des années?

Alors moi, ça ne fait pas très longtemps je le fais, je le fais depuis ça doit faire 2 ans et demi un truc comme ça. J'ai dû avoir 5 ou 6 stagiaires, 5 peut-être je sais pas, euh.. est-ce qu'il y a une évolution? Euh .. peut-être un petit peu mais euh.. plus pour m'adapter à chaque étudiant finalement que.. je ne m'en rend pas très bien compte, hein. J'espère que je m'améliore mais je ne suis pas sûre (rires). Je ne sais pas euh... En tout cas ça me plaît toujours autant ça c'est sûr, est-ce que ça évolué...? Euh j'essaie quand même de le laisser plus autonome, enfin ce stage là c'était un peu bancal parce que.. en plus j'étais malade l'année dernière euh.. donc pendant un mois, il n'a pas pu venir là, il allait chez les autres mais pas chez moi enfin bon bref, c'était un stage un peu bancal quoi mais oui j'essaie de m'améliorer pour laisser plus d'autonomie, quoi, hein. Je leur dis voilà, je leur présente le dossier avant et puis on refait le point après voilà.

Merci.

Entretien 11 (MSU 11)

Pour commencer, j'aimerais que vous vous remettiez en tête la dernière interaction à visée pédagogique que vous avez eue avec votre interne et que vous me la décriviez: alors les circonstances et les méthodes employées.

Alors euh.. c'est un petit peu compliqué parce-que en fait, ils viennent d'arriver les internes, et donc euh.. pour le moment euh.. on s'est rencontré euh.. mardi toutes les deux. Euh.. Elle arrivait donc on a travaillé ensemble parce qu'elle voulait prendre contact avec le matériel euh.. avec la façon de pratiquer, avec les locaux tout ça. Donc je n'ai pas eu à interagir sur elle euh.. du tout, hein. On a tout fait toutes les deux. Donc il faut que je me rapporte à.. au sujet de l'interne précédent?

Oui, si vous voulez.

Euh.. la dernière interaction ? Alors mon interne précédent, la.. la situation était un petit peu différente parce que c'était un interne étranger et que euh.. la .. la considération, elle était certes sur des.. des sujets pédagogiques, mais aussi sur euh.. une façon de prendre en charge. C'est-à-dire euh.. sur l'accueil et sur euh... le ressenti du patient et euh.. sur ce que.. ce qu'il est judicieux de dire ou de ne pas dire, c'était ça. C'était l'essentiel de nos interactions, je dirais. Euh.. autant une interaction pédagogique euh.. en terme de connaissances, c'était: " bah écoute : va réviser ça ou je te donne ça à réviser" et ça c'est pas difficile et puis après on en reparle: ça, ça prend 5 minutes. Mais l'essentiel du travail, pour lui, était d'essayer de le recentrer sur euh.. ce que l'on ne dit pas où ce que l'on dit et de l'aider dans.. parce que c'est pas.. ce n'était pas intuitif parce qu'il n'avait pas.. euh.. il est arrivé en France et a commencé ses stages d'internat à l'hôpital, il a fait un premier niveau ici à A. aussi mais je ne sais pas si il avait euh.. extrêmement été lâché, en fait, hein.

Seul en consultation?

Oui, donc là il était vraiment lâché et il a fallu, alors.. insister beaucoup là-dessus et insister aussi et ça.. pour qu'il utilise des.., par exemple: antibioticlic, voilà, le CRAT.. en lui disant : « On s'appuie sur des choses, on ne prescrit pas comme ça. On n'est pas... enfin bien sûr que l'on est libre de sa prescription, mais on est quand même tenu à une rigueur ». Et ça aussi, ça fait partie euh.. des choses avec qui.. avec lequel il a fallu insister. Mais ça, il a vite pris le pli, je dirais.

Donc ça c'était les supports que vous utilisiez pour l'aider, est-ce qu'il y avait des outils pour euh.. évaluer, interagir avec lui que vous utilisiez?

Vous voulez dire les outils de la marguerite là?

Par exemple.

Euh.. non. Non j'en ai tout à fait connaissance mais euh.. c'est vrai quand on fait nos formations pour être euh.. maître de stage, on est tous à dire que.. bien sûr qu'il faut être euh.. rigoureux dans la... dans le processus d'apprentissage mais que c'est difficile à appliquer. Tout ce qu'ils euh.. la façon dont ils nous demandent de l'appliquer. Alors après euh.. je dirais euh.. c'est vrai pour tout enseignant en toutes disciplines c'est-à-dire que l'on ne fait pas à leur place, qu'on leur donne les outils pour faire, on leur donne les pistes pour faire, mais en aucun cas c'est utile de faire à leur place. Voilà en gros.

Que pensez-vous de l'auto-évaluation?

Je.. je trouve ça bien.

Et est-ce que vous la pratiquez?

Pas.. pas de façon.. on prend un truc et puis (fait comme si elle remplissait une grille). Non c'est: "bah alors qu'est-ce que.. qu'est-ce que tu en penses? euh.. est-ce que tu crois que euh.. c'est comme ça qu'il est le mieux de faire?" C'est.. il faut aussi y mettre les formes: ne pas braquer les gens, il faut pas leur... lui il n'était pas sûr de lui. Alors il fallait, mais pas du tout le.. le mettre en position de euh.. alors d'apprenants bien sûr, mais qu'il ne se sente pas inférieur euh.. sinon c'était.. euh.. il se serait braqué, et ça n'était pas utile. Il aurait sorti des mécanismes de défense qui n'auraient pas été euh.. intéressants dans son apprentissage.

Et quels sont les critères, que vous cherchez à évaluer chez vos internes de manière générale?

Alors, euh.. de toute façon lorsque l'on fait le débriefing des situations, j'essaie de voir un petit peu, enfin on ne debrief pas absolument tout, hein. Mais surtout ce qui leur a posé des problèmes, et euh.. là j'essaie de voir euh.. ce qui a été fait, ce qui a été écrit, c'est important, hein.. les traces écrites, euh.. ça j'insiste ! Parce que sinon je ne sais pas moi.. je n'ai pas... ils peuvent avoir un raisonnement euh.. super intéressant, si ce n'est pas transcrit, j'en sais rien! Donc ça. Alors ce qui avait ensuite été mis en place, et puis eh bien sûr, sur quoi ils se sont appuyés pour euh.. élaborer leur diagnostic, et puis le traitement, euh.. voilà.

D'accord et comment est-ce que vous faites pour analyser leur performance, porter un jugement sur ce qu'il.. leur performance, sur ce qu'ils ont fait?

Et bien, justement par les traces. Et puis, par le retour que l'on a, parce que l'on revoit les gens aussi, hein.. donc ça, ça nous permet d'évaluer quand même la performance relationnelle, sinon c'est compliqué. On ne peut pas... lorsqu'on travaille avec un SASPAS, on n'a pas le regard direct, pour voir euh.. comment est la consultation d'un point de vue de l'échange et donc comme on revoit les patients, et bien ça, ça nous permet de savoir comment ils se sont... comment ils passent, quoi.

D'accord, et là cette fois-ci, je vais vous demander de vous remémorer la dernière évaluation en vue de la validation du stage, et m'expliquer comment est ce que vous faites?

Alors on la fait à 2 cette évaluation: nous sommes deux maîtres de stage, on l'a fait à 2 et puis.. alors c'est certainement pas aussi rigoureux que le voudrait la faculté, hein. C'est-à-dire euh.. qu'ils voudraient que l'on dise: " Ca c'est validé, ça c'est validé", comme un petit peu le bulletin scolaire des enfants (rires), moi j'en ai un qui l'année dernière était en CM2 et effectivement, il y a tout.. tout ce qu'ils doivent avoir acquis très précisément et après la maîtresse met "validé", "pas validé". On ne fait pas ça ! On ne fait pas ça du tout. euh.. par contre on échange, mon collègue et moi, sur euh.. effectivement notre.. nos impressions, nos debriefings et il en ressort exactement le même.. la.. le même sentiment, donc c'est que ça doit avoir un sens quand même, euh.. c'est que ça ne doit pas être complètement ésotérique ou complètement subjectif: il doit y avoir quand-même un support euh.. puisque nous avons tous les deux le même ressenti.

Donc ce que vous essayez de dire c'est que vous n'utilisez pas de grille,..

Non

Et que vous tombez d'accord..

Oui

Est-ce que l'interne est présent?

Oui

Alors comment est-ce que ça se passe?

(silence) Bah, ça se passe pas mal, parce que l'on ne dit rien de mal (sourire), mais euh.. après pour ce dernier interne, forcément il a fallu y mettre euh.. beaucoup de formes pour expliquer euh.. pour dire ce qui serait encore à améliorer et... mais c'est dit! C'est dit.

Donc là avec ce dernier interne vous avez peut-être eu un petit peu des difficultés pour l'interaction, mais est-ce que vous avez déjà expérimenté l'invalidation d'un stage?

Non.

Jamais?

Non ah non! Mais après je ne suis pas maître de stage depuis extrêmement longtemps, euh.. 2 ans peut-être. Donc je n'ai pas.. je ne sais plus exactement, mais euh.. oui ça doit faire 2 ans. Donc on n'a pas vu, je n'ai pas.. euh...un panel large pour euh.. avoir été obligée d'invalider quelqu'un je pense.

D'accord et comment décririez-vous votre rôle auprès des internes?

Ben... enseignant, enseignante. Euh.. voilà, on est là pour essayer de leur donner les clés, hein.. euh.. mais pas faire à leur place. Et puis essayer de leur faire gagner un petit peu de temps par rapport à ce que nous on a vécu. Euh.. nous on était lâché complètement dans la nature, enfin moi, j'ai fait un stage de 20 demi-journées, avec le.. le maître de stage. C'est-à-dire tout le temps avec lui, jamais laissée libre euh.. et c'est vrai que quand on est amené à travailler la première fois: et ben on n'est pas rassuré! On n'est pas rassuré, ça c'est une première chose, et puis également pratiquer avec un maître de stage ça permet effectivement de euh.. de gagner certainement euh.. ce que nous, nous avons gagné par la maturité: c'est-à-dire juste en voyant, en voyant et en voyant des gens. Et là on leur fait passer.. alors bien sûr ils adoptent ou ils adoptent un autre point de vue, mais en disant: "Bon bah, tu vois dans ces situations là moi je fais plutôt comme ça." et alors.. soit ils le feront, soit ils ne feront pas mais ils auront au moins quelque chose sur lequel ils pourront s'appuyer. Que nous, on a dû improviser certaines.. pas prise en charge, mais certaines attitudes. Voilà ça leur fait vraiment gagner du temps je crois: de l'assurance et du temps.

D'accord et est-ce que vous vous sentez à l'aise avec la pratique de l'évaluation et puis la notion de porter un jugement?

Euh.. pas à l'aise, mais il faut bien le faire. Mais je n'aime pas bien ça, non. Mais il le faut, c'est utile pour eux de leur dire: "Là il faudrait améliorer ci, améliorer ça". Euh.. mais bon j'aime pas trop bien ça, non. (sourire)

D'accord et dernière question: est-ce que vous avez des suggestions à faire ou alors des volontés pour améliorer justement cette pratique de l'évaluation?

(silence) Je pense qu'ils nous donnent vraiment, à la fac, les outils hein, pour le faire. Il n'y a pas de souci. Donc avec.. ça nous paraît à tous, à tous, complètement euh.. inapplicable quand ils.. au moins la première journée, car la formation est sur 2 jours, hein. Donc la première journée, en fait quand ils nous laissent nous dépatouiller avec ça: on est tous pf.. oh la la (soupirs) et après, on est bien conscient que c'est comme ça qu'il faudrait faire. Euh.. ils nous donnent déjà, hien, quelques petites lignes en disant: "Est-ce que l'interne a su gérer les urgences? Est-ce que l'interne...". Peut-être est-ce que si ils veulent une évaluation encore plus euh.. rigoureuse ils devraient mettre plus d'items dans leur.. dans leur fiche d'évaluation.

Celle euh.. la grille finale qui est envoyée par la fac?

Oui. A ce moment-là, ça collerait sans doute plus avec ce qu'ils attendent, c'est-à-dire comme un check-point.

D'accord.

Je pense que ça leur correspondrait mieux que ce que, au moins nous ici, on fait. Je ne sais pas comment font les autres ? Mais où on se réunit tous les 3 avec mon collègue.. on.. on est d'accord donc ça me semble que euh.. sans doute qu'il y a au moins un avis qui rejoint le milieu quoi hein, c'est pas discordant. Mais ça ne correspond pas à leurs attentes, c'est sur. Comment sont les autres médecins?

Euh.. alors il y a beaucoup.. il y a une diversité de.. il n'y a pas une règle pour les.. pour les médecins, il y a une large diversité de pratiques, en effet.

Ouais, mais certains appliquent strictement euh.. le modèle de la fac avec euh.. ?

Parfois.. certains essaient en tout cas, oui. Mais voilà, je vous dis: il y a vraiment une diversité de méthodes. Il n'y a pas une méthode.

Alors à ce moment-là leur suggérer de faire un check-point.

Merci.

Entretien 12 (MSU 12)

Pour commencer, j'aimerais que tu te remettes en tête la dernière interaction à visée pédagogique que tu as eue avec ton interne et que tu me la décrive: donc les circonstances et les méthodes que tu as employées.

Alors interaction pédagogique: c'est-à-dire que, éventuellement elle pouvait proposer quelque chose et que moi je proposais autre chose?

Par exemple, oui.

Bah voilà, ce que j'ai eu dernièrement avec elle, ça remonte à la semaine dernière, euh.. c'était une patiente qui venait, c'est elle qui l'a examinée ect.. elle revient à mon bureau, on en discute et elle me dit : « c'était une sinusite donc euh.. qu'est-ce que je mets comme antibiotique? » Moi de prime abord, euh.. dans ma tête euh.. vu la patiente qui a des intestins fragiles, je pensais plutôt à une Céphalo 3. Et elle d'emblée disait euh.. Augmentin. Donc j'ai.. je lui ai dit : « oui mais elle a des.. elle a des intestins euh.. fragiles, donc l'Augmentin me perturbe un petit peu mais.. » Donc après la patiente est revenue après s'être rhabillée donc j'ai posé la question à la patiente: « euh, ça va les intestins, très bien ? Parce que l'antibiotique que l'on vous proposerait, éventuellement peuvent perturber. » « Oh non, non ! En ce moment, je suis plutôt constipée ». Donc euh.. voilà, et ça.. et finalement j'ai dit à J.: « Et bah.. sans problème, on met de l'Augmentin. » et puis on a fait les recommandations sur euh.. Voilà l'interaction.

D'accord. Et euh..

Donc j'ai changé ma prescription initiale, si J. n'avait pas été là, j'aurais mis une Céphalo 3 et je n'aurais pas posé la question à la patiente.

D'accord. Et est-ce qu'il y a d'autres modes d'interaction qui te viennent en tête euh..?

(silence)

Est-ce qu'il y a des interactions systématiques en fin de journée, par exemple?

Que l'on discute des patients? Ah oui systématiquement ! systématiquement. Euh.. plutôt des patients qui.., pas toutes les consult, on revoit plutôt les.. les consultations qui nous ont interpellées où euh.. voilà où quelques fois j'explique un peu à.. parce que je connais un petit peu le contexte, donc je lui explique un petit peu pourquoi c'est comme ça .. et lors de la consultation c'était difficile de le faire. Euh.. ou de la prise en charge médicale où on est un peu embêté et où on se pose des questions : « qu'est-ce que ça va faire ? » euh.. voilà. Systématiquement à la fin oui. Mais pas toutes les consult, c'est uniquement les consultations qui nous ont interpellées.

Est-ce que tu pratiques euh.. la surveillance indirect également que la directe?

Alors surveillance indirecte.. rappelle-moi.

Donc c'est euh.. quand euh.. l'interne consulte seul et que ensuite, enfin elle voit les patientes seule?

Donc je ne suis pas là du tout? Oui bah c'est comme elle fait.. comme tu faisais le mercredi matin, et qu'elle fait le mercredi. Donc là mercredi, il y a... le dernier mercredi, J. a dû en avoir presque une dizaine et.. et donc elle m'appelle quand c'est terminé, comme tu faisais toi. Elle m'appelle quand c'est terminé et on revoit les dossiers.

D'accord et quel support est-ce que tu utilises..?

..Là on les revoit un par un. Donc là quand c'est.. euh.. quand on est ensemble euh.. le mardi parce qu'on fait les consultations ensemble le mardi, là le soir, on revoit que les dossiers.. parce qu'on était ensemble toute la journée, donc on revoit que les dossiers qui pour X raisons.. mais par contre le mercredi matin qu'elle consulte seule, là on revoit un par un tous les dossiers.

D'accord ok. Et est-ce que tu utilises des outils particuliers pour évaluer..?

Non. Je ne crois pas, non.

Et dans quel but est-ce que tu fais cette rétroaction, ce débriefing?

En premier pour moi, parce que pour.. elle a vu mes patients, je veux savoir pourquoi, qu'est ce qu'elle a prescrit, parce que moi je risque de les revoir. Donc euh.. déjà je veux savoir et quand les patients m'appellent le lendemain : « bah, j'ai vu votre remplaçante », parce que je la présente toujours comme ma remplaçante, « j'ai vu votre remplaçante, j'ai fait des prises de sang ou je sais pas quoi », au moins je suis au courant. En premier pour moi, c'est un peu égoïste mais c'est euh.. parce que l'on va revoir les patients. Et en deuxième pour elle, pour voir si éventuellement dans certaines prescriptions, j'aurais donné autre chose, euh.. arrivée à ce stade.. c'est pas.. je ne critique pas.. c'est pas dans le style où : « j'aurais fait ça et c'est pas bien ce qu'elle a fait là », il y a toujours.. tu connais bien qu'en médecine euh.., je veux dire, on peut prescrire plusieurs choses pour la même pathologie. C'est plutôt : « bah, elle s'est orientée vers là, moi je me serais peut-être orientée vers là, mais voilà, c'est à voir. ». En premier pour moi, en deuxième pour elle bien entendu pour que.. voilà.

D'accord et quels sont les critères que tu cherches à évaluer chez ton interne?

Qu'elle a fait un diagnostic euh.. après ça a débouché sur des prescript... enfin une orientation, pas forcément des prescriptions, une orientation thérapeutique : soit euh.. médicamenteuse, soit examens complémentaires etc.. pour : quels sont les hypothèses qu'elle peut prévoir. Bah, tu sais le truc classique médecine.

D'accord. Et quelle place fais-tu à l'auto-évaluation, c'est à dire que l'interne porte un jugement sur ce qu'il a fait?

(Silence)

Est-ce que tu pratiques l'auto évaluation?

C'est son auto-évaluation pour elle? Euh.. alors là, je ne sais pas, non je ne sais pas. Bah.. elle se fait automatiquement une auto évaluation euh.. dans le sens où euh.. elle se pose la question euh..: “ est-ce que j'ai bien fait de faire ci?”. Elle se pose des questions. Donc c'est... Oh, pour moi c'est évident qu'elle s'évalue vu qu'elle a posé des hypothèses, je vais voir si moi je confirme les hypothèses comment elle a fait, donc elle s'auto évalue automatiquement. Donc non, ça me semble automatique.

D'accord et est-ce que les modes euh.. d'évaluation et d'interaction que tu as avec les internes ont évolué au fil des années?

Euh.. j'en sais rien.. non je pense pas. Moi je pense que c'est à peu près.. j'ai eu de la chance : j'en suis à ma 7e, je sais pas euh.. il faudrait voir ça avec Dr B. mais je crois qu'on doit être à la 7e, on a eu de la chance : on est toujours tombé, bon grosso modo, certaines c'était mieux que d'autres mais, grosso modo, très bien. Je n'ai jamais eu de problème.. de problème avec des internes, où je n'aurais pas eu confiance dans les prescriptions, pas eu confiance de lui laisser mes patients.. donc voilà, ça arrivera un jour peut-être, hein mais.. euh.. Donc comme je n'ai pas eu de problème de ce côté-là, bah.. je suis assez.. voilà, je donne facilement à la fin, comme avec toi, les 2 derniers mois où tu consultais toute seule etc. Mais on n'a.. voilà je touche du bois je n'ai jamais eu de problème (rires). Je n'ai pas eu de.. d'interne bizarre.

Et comment est-ce que tu fais pour porter un jugement sur leur performance, justement?

Et ben justement sur les hypothèses ! C'est surtout ça. Quand il voit un patient euh.. qui présente telle pathologie, on ne sait pas trop ce qu'il a, « ok, tu as fait un bilan mais pour rechercher quoi? » euh.. et si ils n'ont pas vraiment d'hypothèses, nous on doit en sortir au moins 2 ou 3, bon ça peut être ci, ça peut être ci, ça peut être ça.. on fait un bilan pour éliminer ci, pour éliminer ça. Je verrais un interne qui n'aurait pas pensé à telle pathologie ou telle autre.. mais quelque fois c'est eux qui pensent à quelque chose et pas moi. Donc euh.. voilà, on s'enrichit mutuellement.

C'est ça qui est intéressant?

Et c'est ça qui est intéressant !

Et comment est-ce que tu décrirais ton rôle auprès des internes?

Les rassurer ! Pour moi, c'est plutôt ça.. les rassurer.. en disant que l'on n'a pas la science infuse, que même moi, je continue à apprendre, même si au bout de 30 ans.. il y a toujours des pathologies que je ne sais pas et qu'il ne faut pas qu'ils s'inquiètent et que en médecine générale, bah justement quand on ne sait pas : on a le temps d'examiner le patient, de prescrire des bilans, de potasser derrière et de revoir le patient en ayant d'autres hypothèses. Voilà.. qu'il ne faut pas.. euh.. ce n'est pas euh.. c'est pas immédiatement que l'on doit avoir trouvé le bon.. le diagnostic, qu'on peut donner... on est en médecine générale.. on n'est pas dans l'urgence : on peut se donner du temps, pour justement potasser derrière et trouver.

Et là je vais à nouveau te demander dernière de te rappeler de la dernière évaluation en vue de la validation du stage que tu as effectué: est-ce que tu veux bien me la décrire?

Euh.. bah je sais pas...

Qui est-ce qui fait la validation?

C'est Dr B.

D'accord.

Alors on fait.. on fait ça toutes les deux, bon Dr N. ne l'a jamais fait, on fait ça toutes les deux : on se réunit à un groupe qualité, donc on arrive un quart d'heure avant et on voit.. par contre moi, je trouve que le.. ce qu'ils vous demandent dans l'évaluation du stage c'est nul.

D'accord peux-tu développer?

Ca correspond, ah bah attends.. (elle va chercher la grille d'évaluation fournie par la faculté). Je dois l'avoir l'évaluation.. donc euh.. alors euh.. donc là tu sais, c'est le truc comme ça (me montre la feuille sur son téléphone) que tu connais, hein.

Oui.

Alors moi je trouve ça un peu idiot ! Bon.. j'avoue que j'ai été un peu surprise: assiduité, ponctualité, c'est vrai que je n'y aurais pas pensé, pour moi ça me semble normal d'arriver à l'heure mais bon après il faut bien.... Hygiène, propreté: tu vois c'est des trucs quand même euh.. moi la première fois que j'ai vu ça, je me suis dit en moi-même: “ mince, c'est euh...!” bon peut-être que.. oui. Alors, connaissances théoriques, capacités à mobiliser... ça c'est oui tout à fait, Euh.. présentation du dossier, euh.. présentation orale en réunion de service (soupirs) on ne le fait pas vraiment, à part euh.. on a pas de réunion de service, nous. Présentation du dossier : oui mais c'est individuel. Bon.. relation avec le patient, intégration dans l'équipe de soins: je crois qu'il y a des trucs qui ne nous

concernent pas ! Parce que moi je suis toute seule donc euh.. je n'ai pas d'équipe de soin. Raisonement diagnostique, raisonement thérapeutique, gestion de l'urgence, maîtrise et soins et progression au cours du stage. Mais bon... je sais pas, je trouve que moi.. je suis incapable de dire, justement ce sera à toi, ton problème... mais je trouve ça.. euh.. c'est pas ça !

Alors qu'est-ce que tu voudrais comme amélioration? Qu'est-ce que tu ferais comme suggestion?

Ben, j'en sais rien, mais ça inu.. je trouve que... que ça ne correspond pas à ce que.. à ce qu'on vous demande. Mais ce truc, j'ai trouvé ça... bon maintenant j'ai un peu l'habitude, mais la première fois que j'ai lu ça, je me disais à moi-même: "C'est.. c'est.. c'est... vous êtes des docteurs!" Tu comprends ce que je veux dire? Je trouve ça infantilisant, bah.. très infantile. Moi ça m'avait surprise la première fois que j'ai.. j'ai vu ça: "Ah bon! c'est ça que l'on doit remplir pour les internes?" Je euh.. vous êtes en 7^e année, 8^e année euh... à votre âge.. toi tu es en SASPAS donc tu es en 9^e année, euh.. moi à ton âge, euh.. je.. j'étais installée. Tu comprends ce que je veux dire? Et on va encore te.. te remplir un truc comme ça! (souples) Voilà je euh..

Et donc pour revenir à la méthode de validation vous vous réunissez...

Alors on se réunit avec Dr B. donc on.. on remplit euh.. ça. Donc euh.. donc tu vois pour J... là c'est.. et puis après on l'envoie à Dr N., parce qu'il n'est jamais là. Bon voilà : J., on avait mis tout bon, on avait mis juste présentation de dossier, présentation orale en réunion de service.. bon moi j'ai dit à Dr B. de toute façon moi je n'ai pas de réunion de service.. où elle avait mis plutôt un B. Euh.. et elle avait euh.. et en gestes techniques: bon il n'y avait pas eu trop trop de gestes techniques, en plus avec le confinement pendant 2 mois on a été un petit peu embêté : c'est vrai que pendant 2 mois on a pas eu de frottis, on a pas eu tout ça donc euh.. elle a fait moins de gestes techniques que d'habitude. Moi j'essayais de, tous les mardis ensemble, de mettre les frottis le mardi pour pouvoir qu'elle apprenne, donc elle a eu beaucoup moins de gestes techniques. Bon c'est l'histoire du confinement hein.

Et est-ce que vous vous aidez d'un outil pour remplir cette grille?

Non.

Simplement la grille?

Simplement la grille, Dr B. ne me donne rien d'autre.

Oui et l'interne a-t-elle accès à cette évaluation?

Non, bah après je ne sais pas ce qu'en fait Dr B. mais euh.. on remplit ensemble après elle envoie euh.. à Dr N., qui ne dit jamais rien, et puis après Dr B. je ne sais pas ce qu'elle en fait.

D'accord et est-ce que tu fais une évaluation à mi-parcours pour essayer de favoriser l'amélioration de la pratique de l'interne?

On l'a jamais fait, je.. demande à Dr B. peut-être que elle, elle allait le faire parce que tu sais on a fait la maîtrise de.. de niveau 2 et on s'est aperçu qu'il y avait des évaluations à faire ect.. et Dr B. m'avait dit: "Euh.. bah pour notre prochain interne, j'essaierai de le faire". Donc je ne sais pas si elle l'a fait, moi je ne le fais pas.

Et est-ce que tu es à l'aise avec l'idée de porter un jugement, de valider, d'évaluer un interne?

(silence) Bah.. pf.. oui et non, je ne sais pas comment te dire.. oui et non, euh.. Je n'ai jamais eu le cas, mais j'aurais un interne qui poserait problème où je verrai que euh.. par exemple, il voit un patient qui a des douleurs abdominales quelconques euh.. il m'a pas fait grand-chose, il a pas fait de bilan, il a pas pensé éventuellement à un problème pancréas ou je sais pas quoi, des trucs qui... évidents si tu veux, où il faut éliminer l'urgence: je serai embêtée. Parce que je me suis dit après il va être... ça ne nous est jamais arrivé. Donc euh.. ou éventuellement quand elle propose euh.. autre chose en médicamenteux, là comme dernièrement J. a proposé, c'était.. c'était euh.. pertinent ce qu'elle proposait. Donc euh.. moi ma façon de faire ou ce qu'elle proposait: les deux étaient pertinents donc euh.. ça ne m'a pas choquée. Je n'ai jamais encore eu le problème d'une interne dans laquelle je n'ai pas... n'aurais pas confiance. Euh.. comme a eu peut-être tes maîtres de stage précédents où là, je me dirais à moi-même qu'est-ce que je ferai ?

Oui et donc euh.. tu n'as jamais eu de difficulté dans l'interaction avec un interne, mais est-ce que tu as déjà expérimenté une invalidation d'un interne?

Non! Jamais, non, on s'était posé la question.. avec... c'était pas une invali.. alors c'était une interne, peut-être que Dr B. t'en a parlée, euh.. elle était euh.. elle était très timide, très introvertie, euh.. tu vois pas comme toi, plutôt extravertie, très introvertie et malheureusement pendant ces 6 mois de stage, elle a été arrêtée un mois et demi pour un euh.. un accident. Donc conclusion, un mois et demi en moins de euh.. de stage. En plus, ça tombait l'été, donc il y a eu en plus mes vacances: conclusion sur euh.. sur 6 mois de stage il en a fait que 4. Et quand elle a repris après son arrêt, euh.. bah justement elle était très inquiète de.. parce qu'elle devait consulter un peu seule à ce

moment-là, et là elle était.. elle avait peur. Alors, on a eu beaucoup de mal, Dr B. et moi à lui faire prendre confiance en elle pour que, quand même, elle arrive à consulter “Non, je n'y arriverai pas ect ect..”.

Comment est-ce que vous avez fait?

Alors on l'a validé quand même. Mais on lui a franchement conseillé que il fallait qu'elle fasse un SASPAS, parce que à cette époque le SASPAS n'était pas obligatoire et on lui a dit il faudra absolument que tu fasses un SASPAS parce que là euh.. si tu fais que des stages hospitaliers, tu.. voilà. On lui a conseillé. Après je ne sais pas ce qu'elle a fait, mais on lui a conseillé de faire un SASPAS obligatoire, pour qu'elle prenne confiance en elle, après en médecine générale et finalement elle ne s'est jamais installée, elle a fait des remplacements, je ne sais pas trop ce qu'elle est devenue.

D'accord.

Mais surtout un manque de confiance en elle, tu vois, elle, il lui aurait fallu 2 SASPAS. Parce que euh.. elle n'avait pas confiance. En même temps, euh.. quelques fois j'ai vu, pas dans les 6 que j'ai eu, mais j'ai côtoyé parfois des internes qui étaient à l'hôpital, je trouvais qu'il avait trop confiance en eux, les petits jeunes qui sortaient de 7e année, 8e année, qui avaient une confiance en eux euh.. qui m'interpellaient en me disant: “Eux, ils vont être dangereux ceux-là”. Parce que si ils ont une confiance à ce point-là.. euh.. on a quand même un métier où euh.. il y a énormément.. on peut faire des bêtises, et tu sais bien que je suis au conseil de l'ordre, donc moi les bêtises je les vois après, hein. Et.. euh.. si ils ont toujours une confiance comme ça, waouh! Ils vont se retrouver à l'ordre, ceux-là ! Il faut toujours se poser des questions et si on ne se pose pas de questions, c'est comme ça que l'on fait des conneries et c'est comme ça que il y a des.. voilà il y aura des plaintes et il y aura des... Moi c'est ça que j'essaie de leur faire comprendre: Il faut toujours se remettre en question et de se dire : on n'a pas la science infuse, on peut toujours faire des bêtises. Ok, moi toutes les plaintes que j'ai vu: il n'y a pas de problème si le médecin se remet en question, mais si le médecin est arc-bouté sur ces “ j'avais raison de faire ci” euh.. une fois, “j'avais raison de faire ça” 2 fois: plainte et là je peux te dire qu'il est très mal. Donc c'est plutôt dans ce sens-là. J'en ai vu... tu en as vu aussi sûrement des collègues à toi, que tu trouvais peut-être un peu trop sûr d'eux et.. c'est dangereux. Euh.. tu le verras dans quelques années, où ils auront des problèmes euh.. ils sont sûr d'eux : on fait comme ci, on fait comme ça.. mais bon il faut évoluer dans la vie et il ne faut jamais être sûr de soi.

Merci.

Entretien 13 (MSU 13)

Pour commencer, j'aimerais que vous vous remettiez en tête la dernière interaction à visée pédagogique et vous avez eue avec votre interne et que vous me la décriviez: les circonstances et les méthodes employées.

Waouw.. la dernière interaction pédagogique... c'était un problème euh.. je crois que c'était un problème thérapeutique, oh lala.. ça commence dur.. parce qu'en plus on s'est quitté il y a 15 jours presque 3 semaines avec C. .

Ou alors une interaction que vous avez en tête, pas forcément la dernière.

Je ne sais plus (cherche dans l'ordinateur) C'était sur une question thérapeutique sur une infection urinaire: de savoir si on mettait une C3G ou pas, sur une infection urinaire fébrile voilà.

Comment est-ce que vous avez fait..?

Alors moi j'ai l'habitude de procéder de la manière suivante: en fait c'est comme avec les externes, euh... j'essaie de demander, de penser à demander, à l'interne ou à l'externe que je vais avoir en stage tout à l'heure, quelles sont... quelles seraient ces hypothèses, voilà. Et à partir de là, on discute. Et en fait, on construit ensemble l'arborescence voilà. C'est ça, c'est-à-dire que.. Alors ou c'est pour une question diagnostic, la question diagnostic c'est.. c'est moins fréquent parce qu'en fait un interne en dernière année, en dernier semestre, bon euh.. il n'y a pas trop de soucis diagnostic, sinon éventuellement un avis dermatologique, c'est ce sur quoi on peut hésiter le plus. C'est euh.. c'est plus sur la stratégie thérapeutique à adopter. Et lorsqu'il y a une hésitation, on en discute. Bon C. elle était relativement indépendante, je veux dire voilà elle euh ... les cases sont bien rangées dans la tête, ça se voit d'emblée: elle a l'arborescence. Mais après avec d'autres internes qu'on a pu avoir: voilà on est en face d'une pathologie, est-ce qu'il y a des examens complémentaires qu'elle a pu oublier, qu'il ou elle a pu oublier et en fonction de ça, la stratégie: “qu'est-ce tu proposes?” et puis on soumet à la critique. La critique c'est positif et négatif et puis on arrête ensemble euh.. la

stratégie. Voilà c'est comme ça que je procède. Avec C. je n'ai pas eu beaucoup de soucis, pas beaucoup de souci.

Est-ce que les interactions sont systématiques en fin de journée, par exemple?

Les interactions.. les échanges? Non, non non. Elle en a certainement eu davantage avec le Dr H. qui est son maître officiel de stage, sinon les internes en général je ne parle pas pour Camille car euh.. je n'ai pas eu énormément de choses, je sais que quand le Dr H. n'est pas là, et que le Dr P. n'est pas là: j'interviens, c'est-à-dire que l'interne n'est pas sensé quitter le cabinet sans que l'on ait fait le point. Voilà donc il y a toujours quelqu'un au cabinet qui s'entretient avec l'interne en disant voilà: "As-tu eu des problèmes aujourd'hui? As-tu vu des pathologies bien spécifiques qui t'interrogent sur ton choix thérapeutique, ton choix diagnostic et ton choix thérapeutique?" voilà.

D'accord. Donc vous ne passez pas en revue tous les patients mais seulement ceux qui ont posé problème?

Alors on ne passe pas en revue tous les patients, c'est-à-dire qu'en général, euh.. encore une fois je ne parle pas pour C., euh.. dans les internes qui sont passés, moi je regardais lorsque le Dr H. n'est pas là, on s'arrêtait, l'interne m'attend euh.. je lui dis: "as-tu eu des problèmes aujourd'hui?". Alors selon euh.. la période dans le stage: au début souvent l'interne intervient pour décliner l'ensemble des personnes qu'elle a vu, bon ça rhino-pharyngite ect.. et puis à la fin c'est: "Bon bah voilà je voudrais parler de telles et telles personnes." Voilà.

Et donc la durée moyenne d'échange dure à peu près combien de temps? C'est variable j'ai bien compris...

Eh bien, il est variable, il est variable parce que à la fin... Alors il est variable, à la fois dans la journée de consultation et il est variable en fonction de.. euh.. du moment: du début du stage ou la fin du stage parce qu'en général à la fin du stage ça roule, quoi.

Quel support est-ce que vous utilisez pour faire vos échanges?

La parole (rires)

D'accord et est-ce que vous utilisez des outils?

C'est l'échange. Non je n'utilise pas d'outils. Non non je fais ça euh.. au feeling. Avec euh.. avec toute l'humilité qu'un médecin doit avoir, parce que je pense que c'est en parlant parfois que les idées jaillissent. Les outils, les architectures ce n'est pas mon truc moi: c'est.. euh.. voilà on sent les choses. A travers ça, je ne veux surtout pas dire que je sais tout et je n'ai pas besoin euh.. parce que si je m'envoie "Prescrire" une fois par mois depuis 30 ans: c'est bien parce que on a toujours à apprendre. Mais euh.. j'aime bien le feeling et puis les arborescences quand même au bout de... quand on se forme en permanence, au bout de 37 ans, on a quand même des arborescences diagnostiques qui sont là et puis on a des tiroirs. On a des tiroirs mais je n'ai pas d'outil, non j'aime bien.. j'aime bien la conversation.

Et donc sur quels critères est-ce que vous évaluez vos internes lors de ces échanges?

Sur quels critères...? (silence) Alors je vais dire que le.. le premier des critères et que je n'aurai cessé de dire puisque j'arrive sur la fin de ma carrière quand même: humilité! L'humilité me semble être la qualité première et indispensable d'un médecin. A partir du moment où euh.. on n'arrive pas à devant un patient en sachant tout et en ayant déjà décidé à l'avance de ce que l'on va faire. Euh.. l'humilité. L'écoute, c'est-à-dire l'écoute du patient, en même temps l'écoute de l'interne et réciproquement, c'est pour ça que moi je mets en avant cette notion du colloque singulier qui est très importante. C'est-à-dire que l'on n'est pas des techniciens, on n'est pas comme euh.. avec un patient à l'horizontal dans un service hospitalier, je ne critique pas il en faut. Mais nous notre rôle ce n'est pas celui-là, notre rôle c'est d'échanger. D'échanger c'est-à-dire qu'il faut écouter. Ecouter. Et c'est la capacité de l'interne aussi.. on doit retrouver ce que l'on demande à un médecin, on doit aussi la retrouver chez l'interne dans sa capacité d'écoute pour savoir si elle a bien fait le tour du problème, si il ou elle a bien fait le tour du problème si tout a été balayé, bordé. Voilà je ne sais pas si je suis clair?

Si, si. Donc pour porter un jugement sur ces critères, comment est-ce que vous faites?

Ahha! (silence) Je n'aime pas le mot jugement d'abord, je n'aime pas le mot jugement je donne un avis: je donne un avis. Et il arrive parfois que certains internes arrivent euh.., je veux dire euh.. comme on l'est tous possiblement au début de l'exercice: euh.. on a une somme de connaissances importante, après c'est la manière dont on les exploite. Euh.. et la note comment je donne une note? comment je juge? (silence) Alors encore une fois en fonction des échanges que l'on peut avoir avec l'interne euh.. encore une fois c'est du feeling. Mais ce n'est pas du feeling au sens euh.. négatif c'est.. on arrive à sentir... alors effectivement on est pas avec l'interne puisqu'il est en dernier semestre euh.. mais malgré tout je pense que le relationnel que l'on peut avoir entre nous et l'interne, transpire le relationnel que l'interne a avec le patient voilà. Et ça, ça me semble.. euh.. il y a la

compétence en terme de formation, en terme de démarche diagnostique et thérapeutique ce sont des éléments qui sont factuels. Et puis après c'est cette euh.. cette capacité que l'on sent chez un interne à.. lorsqu'il y a quelqu'un qui arrive, à savoir écouter. Encore une fois.., à savoir écouter pour pouvoir dégager son diagnostic voilà, en un temps assez rapide parce que en fait, on est en tant que médecin généraliste nous sommes des aiguilleurs et en même temps des thérapeutes: la formule "le spécialiste en sait beaucoup sur peu le médecin généraliste en sait peu sur beaucoup". Voilà donc il nous faut trier, et la capacité à prendre des décisions, des bonnes décisions et encore une fois l'écoute, l'interrogatoire du patient parce que ça nous oriente d'emblée.

D'accord. Est-ce que vous avez d'autres modes d'interaction avec votre interne habituellement que les échanges le soir ou..?

Je n'ai pas le temps, je n'ai pas le temps car il se trouve jusqu'au 28 juin, cela fait 15 ans que je suis le maire de la ville.

Qu'est-ce que vous pensez de l'auto-évaluation?

De l'auto-évaluation? Moi j'aime bien. J'aime bien parce que.. euh.. alors l'auto-évaluation ça peut être une base, alors ça peut pour le coup être une base critique. On échange voilà. Tu considères que dans le domaine diagnostic... c'est-à-dire qu'à chaque ligne, c'est une base de départ pour une discussion et.. euh..

Est-ce que vous la pratiquez?

Non je ne l'ai pas pratiquée, alors c'est simple: c'est parce que ici c'est essentiellement le Dr H. qui s'occupe de juger.. alors, on échange entre nous. Mais moi, je ne me vois pas convoquer l'interne avec les quatre médecins devant elle, elle ou lui, enfin c'est... on n'est pas dans un tribunal, on n'est pas dans un examen. On est dans une évaluation et globalement ce que chacun d'entre nous ressent, si il y en a un qui pêche.. il est arrivé que les internes arrivent.. un peu à la hussarde, en disant: "Ouais, aller on va faire ça tac, tac, tac!" Oui bah non ce n'est pas comme ça que l'on fait quoi.. mais ça se fait doucement: c'est-à-dire par des petites remarques: "Je pense que lui, il aurait pas fallu que tu l'abordes pas de cette manière là, voilà je pense que cette personne là je la connais.." voilà on.. on est dans la critique pour l'amélioration. Mais l'auto-évaluation c'est.. c'est quelque chose qui... je trouve ça très bien.

Et vous dites que vous avez beaucoup d'expérience et notamment vu passer pas mal d'interne, est-ce que votre mode d'évaluation a changé au fil du temps ou pas?

Alors.. globalement non. Mais il varie en fonction de la personnalité de l'individu. Je vais quand même vous dire, euh.. ce qui n'est pas arrivé à beaucoup de monde, je ne sais pas si le Dr H. vous en a parlée: tous les deux on a viré une interne au bout de 3 jours...

Et donc son stage a été invalidé à cette personne là?

Alors son stage a été invalidé, il a été reporté sur.. je ne sais plus comment cela s'est passé. Mais elle est médecin! Au bout de 3 jours ça a été.. c'est affreux! Affreux! Un entretien saignant! Saignant! On lui a dit en gros qu'on la virait quoi, c'était pas possible! Au bout d'une demi-journée, elle commençait à tout critiquer dans le cabinet médical, je lui ai dit: "Toi ma cocotte, c'est pas toi qui va venir faire la loi dans le cabinet médical". Euh..

Donc elle ne s'intégrait pas à l'équipe, finalement?

Eh bien au bout de 3 jours elle aurait eu du mal! Mais non non non elle est arrivée, au bout de.. euh.. d'une demi-journée elle considérait qu'elle avait été mal accueillie parce qu'on ne lui avait pas offert un café, on n'avait pas pris le temps de prendre un café avec elle et que dans le cabinet médical on faisait de l'abattage: alors ça si il y a un terme que j'ai toujours refusé qu'on nous applique au cabinet c'est ça! Donc elle est arrivée en sachant tout, dans une critique de la médecine générale. Bon elle venait de Rennes. Mais c'était une fille qui avait.. je lui ai dit que le problème n'était pas chez nous et qu'il était chez elle. C'était quelqu'un qui était extrêmement mal dans sa peau, qui avait arrêté ses études puis les avait repris enfin bon c'était.. je pense qu'elle avait.. elle avait avant tout à régler son propre problème avant de pouvoir aider les autres à régler leurs problèmes.

Et donc pour vous, de l'invalider de son stage, qu'est-ce que ça lui permettrait pour elle?

Ah bah.. on lui a dit que d'abord c'était pas possible de la garder au sein du cabinet médical parce que il en allait des patients, de tout notre patientèle, parce qu'elle avait envoyé balader des gens aussi, en plus, enfin c'est catastrophique! Mais que en l'état actuel, on se posait la question sur sa capacité à exercer la médecine dans l'état où elle était au moment donné quoi. Et que bon.. elle nous en a beaucoup voulu forcément: parce qu'on l'a mise dehors, de Caen ils sont descendus, il y a un professeur de médecine qui est descendu en nous disant: "Mais vous êtes durs!". Bon.. on lui a fait comprendre qu'on ne faisait pas ça à la légère. Et puis cela faisait... on a commencé à accueillir des internes avec le Dr H. , donc il faut imaginer, on avait quand même un peu d'expérience, et puis on accueille.. je pense que l'on est assez sympa avec les internes quoi. Donc non non ça a été un

moment difficile, un moment extrêmement difficile. Mais non non, on ne pouvait pas valider: globalement on la trouvait dangereuse.

Vous m'avez dit que c'était plutôt le Dr H. qui s'occupe de la validation des internes, est-ce que vous savez comment il la pratique?

Non je lui fais entièrement confiance. (rires)

En revanche, j'ai bien compris que vous vous concertez..

Oui.. alors on se concerta pas.. on ne se dit pas à telle heure on se réunit pour l'interne. C'est plus dans les échanges, on se croise à un moment donné. Ça arrive de temps en temps que.. c'est arrivé pour des internes, on se croise et je lui dis: "Celui-là, je ne le sens pas trop." Et puis parfois ça se confirme et puis parfois ça ne se confirme pas du tout. C'est-à-dire qu'il y a des gens qui arrivent en étant euh.. en se présentant comme "sachant" j'insiste volontairement sur la présentation de "sachant" parce que quelque part c'est une forme de protection euh.. et on se dit: "Oh lala ça ne va pas être facile parce que là on a à faire à un sachant". Alors que je prône moi l'humilité et puis en fait, dès que la personne s'installe, prend son rythme etc elle se détend, elle s'ouvre, et cette personne là peut-être quelqu'un de très très sympa et très appréciée des patients.

Et comment est-ce que vous décririez votre rôle auprès des internes en tant que maître de stage universitaire?

Moi ce que j'aime dans.. euh.. je trouve ça très bien ce système là, et je regrette de ne pas l'avoir vécu parce que je suis sorti du CHU un été euh.. en juin 81, je finissais mes examens de 6e année: je suis arrivé, je me suis retrouvé à l'hôpital euh.. du jour pour le lendemain, je suis arrivé dans un service de médecine, et on m'a dit: "Je te préviens le médecin, c'est un généraliste de ville, il passe entre 12h30 et 13h30 c'est-à-dire que c'est toi qui mène le service." Et la médecine générale, je ne savais pas ce que c'était! C'est-à-dire que 2 mois après je faisais ma première garde de médecine, un dimanche. Donc ce stage chez le praticien en tant qu'interne, cette possibilité d'exercer pendant 6 mois sous la tutelle de seniors euh.. je trouve que c'est bien, alors c'est de l'accompagnement. C'est un véritable apprentissage. Moi je dis on est là pour accompagner, voilà. On accompagne et on aide l'interne à s'approprier, à s'approprier son futur métier. C'est pas un exercice.. la médecine générale ce n'est pas de la médecine hospitalière, il n'y a rien à faire, ce n'est pas ça. Alors parce que souvent à l'hôpital, bon je suis un peu synthétique et réducteur, les gens viennent pour telle pathologie, voilà. Là les gens sont capable de vous parler de trois choses en même temps, sans avoir conscience que c'est la troisième chose dont ils vous parlent qui est la plus importante. Ils viennent pour voir pour un truc et puis en fait: "Ah bah oui j'ai ça aussi." "Comment ça vous avez ça!" Voilà d'où l'écoute! Donc il faut accompagner l'interne à s'approprier son futur métier.

Et qu'est-ce que vous pensez de la notion de compétence en médecine générale?

Dans quel sens? Dans le sens d'une reconnaissance?

Non, vous savez la Marguerite des compétences que l'on a à la faculté de médecine, décompose la médecine générale en un nombre de compétences, est-ce que vous en avez entendue parler?

Non, non non moi.. les compétences en fait euh.. on se les crée aussi petit à petit en fonction de notre exercice: où on va s'intéresser plus à ceci qu'à cela! C'est comme ça que j'ai fait un DU d'ostéo à 37 ans, de la mésothérapie dans les années 80. Donc une approche rhumatologique mais j'adore la pédiatrie j'adore tout c'est pour ça que j'aime mon métier.

Et dernière question, est-ce que vous avez des suggestions à faire ou des volontés pour améliorer la pratique de l'évaluation?

Non je n'ai pas.. je n'ai pas de suggestion mais j'entends parfaitement l'auto-évaluation que vous venez de préciser, cela me semble euh.. je regrette de ne pas avoir eu cette idée là avant! Ouais je trouve ça intéressant! Intéressant le fait de se juger parce que: encore une fois, il faut être capable.. quand je prône l'humilité, il faut pas être faussement modeste non plus, honnêtement il y a des fois où on se dit: "Là, aujourd'hui j'ai été bon! J'ai fait un beau diagnostic". Les gens n'en ont pas forcément conscience d'ailleurs, hein. Et il y a des fois où vous vous dites: "J'ai quand même un peu merdé, enfin merdé.. c'est pas grave mais je n'étais pas disponible.." parce que c'est ça la médecine c'est être disponible.

Merci.

Pour commencer j'aimerais que vous vous remettiez en tête la dernière interaction à visée pédagogique que vous avez eue avec votre interne et que vous me la décriviez: Les circonstances et les méthodes employées.

Euh.. oui bah c'était pas plus tard qu'hier, de toute façon puisque hier j'étais avec l'interne euh.. avec l'interne.. donc euh.. c'était à l'occasion bah.. c'est en continu hein, de toute façon puisque.. la dernière interaction c'était bah.. hier soir juste avant qu'elle parte. C'était une consultation où la dame venait officiellement pour une lombalgie aiguë et puis finalement c'était une consultation masquée puisqu'elle voulait d'abord un arrêt de travail, je lui ai dit d'accord pour aujourd'hui et demain: et elle m'a dit que ça aller faire un peu court et donc c'est là que l'on est venu à parler des difficultés qu'elle avait à vivre le deuil de sa mère. Donc du coup la consultation était un petit peu plus longue.. et puis donc du coup, après avec F. on a parlé un petit peu des consultations à motifs masqués quoi. Voilà c'est ça un petit peu savoir ce qu'elle en avait pensé et ce qu'elle aurait fait à ma place.

D'accord donc vous avez des internes de niveau 1 ?

Niveau 1 et niveau 2.

Et donc là c'était avec l'interne de niveau 1, lorsque vous étiez ensemble c'est bien ça ?

Oui c'est ça.

Est-ce que vous avez d'autres interactions que vous pratiquez, par exemple avec le niveau 2 ?

Ah oui puisque ,là euh.. c'est un peu plus... c'est de la supervision indirecte puisqu'il est dans le bureau d'à côté, dans le bureau de mon associé, donc c'est à l'occasion... alors on a deux techniques de communication, parce que c'est pas toujours facile qu'il vienne dans mon bureau pour en parler. Parce qu'on est connecté.. donc on se connecte directement par Skype, de bureau à bureau, ce qui lui permet à ce moment-là de poser des questions en direct et puis d'éviter d'interrompre la consultation. Donc ça c'est le premier mode d'intervention pour la supervision et le deuxième c'est juste après ou juste avant, hein donc la dernière fois c'était quelqu'un, bon.. j'avais un peu de retard, je lui ai dit si il pouvait les voir je lui ai expliqué un peu le contexte familial, mais c'était pour une simple entorse mais je lui ai dit « Attention ils viennent de perdre leur mère d'un.. d'un cancer du sein il y a certaines choses à éviter du style bah tiens ta maman ton papa peuvent t'emmenner: éviter les impairs des choses comme ça ». Donc voilà ça, ça peut être en préventif pour prévenir un petit peu du contexte et puis après ça peut être en.. en rétroactif en disant : « bah finalement est-ce que tu as eu des problèmes ? ». Et c'est pareil quand moi je suis là le jeudi, lui il travaille dans mon cabinet le mercredi, donc le jeudi matin je lui demande si il y a des soucis et puis à ce moment là on revoit un petit peu s'il y a eu des soucis en général, parce que ça peut arriver. Et après ça peut arriver.. l'interne d'avant c'était plus.. c'est plus fréquent : il était très motivé donc ça arrivait qu'il m'envoie des textos dans la semaine pour avoir des nouvelles de prise de sang ou de devenir de certains patients.

D'accord et donc les interactions est-ce qu'elles sont systématiques ou simplement à la demande de l'interne en cas de problème ?

Systématique non parce que je n'ai pas.... je dirais des fois... peut être.. ouais, non parce qu'en général avec le deuxième niveau : Non. Avec le premier niveau bah c'est.. bah premier niveau de toute façon la première partie du stage : on est à côté, on est en continue et puis après la deuxième partie du stage il commence à s'autonomiser mais je reste là et la troisième partie à ce moment-là je le laisse, je peux toujours être là en présentiel mais je peux très bien être disponible, mais en général je suis là en présentiel pour voir un peu... et puis ça dépend des évolutions de chacun, par exemple.. en général, l'interne que j'ai, je pense qu'il va très vite devenir autonome, l'interne que j'avais avant, un petit peu.. moins sûr de lui, donc c'est plus difficile de lui laisser la main quand même.

D'accord et en moyenne la durée de l'interaction pédagogique c'est combien de temps ?

Ah.. ça je... je n'ai pas de chronomètre. (rires)

C'est très variable ?

Tout à fait variable.

D'accord quel support est-ce que vous utilisez pour faire votre interaction ?

C'est-à-dire ?

Quels outils est-ce que vous utilisez pour interagir avec votre interne, si vous en utilisez ?

Bah là il y avait la formation voilà que l'on avait eu, donc on nous a présenté des outils. Bon ça permet d'avoir un canevas après le reste.. je veux dire je n'ai pas de.. je ne remplis pas de fiche. Je veux dire quelque part mais je.. je veux dire quelque part ça permet de servir de canevas pour voir un petit peu quelles peuvent-être les demandes et quelles peuvent être éventuellement les.. les attentes et les réponses que l'on peut fournir.

D'accord et donc vous ne vous en servez pas forcément au quotidien, en fait?

Et bien c'est intégré..

C'est-à-dire?

Bah.. on a une formation, donc on intègre le mode de fonctionnement. Euh.. C'est pas que je ne l'utilise pas mais je veux dire à partir du moment où on nous présente des outils donc on se sert on peut les intégrer de façon.. de façon automatique sans forcément qu'il y ai besoin d'un support formel. D'accord, ok? Simplement c'est des outils de communication comme il peut y avoir dans toutes les.. dans toutes les disciplines, en médecine, je veux dire il y a des supports de formation, c'est un support pédagogique. Après le reste.. euh.. voilà ça permet d'appréhender de voir un peu plus, je pense que c'était le but de la formation que l'on avait eu... pour la supervision.

D'accord, dans quel but est-ce que vous pratiquez cette rétroaction pédagogique, cet échange?

Dans un but pédagogique (sourire). Tout simplement je crois que la.. oui oui.. c'est l'intérêt. C'est un stage, donc à partir du moment où c'est un stage, je veux dire, ça a un intérêt pédagogique, et je veux dire l'intérêt c'est de.. de... soit d'accompagner au fil de... quand c'est un interne de niveau 1 soit c'est après en supervision indirecte à ce moment là pour le niveau 2 et bien on revoit un peu à la fin, c'est-à-dire que l'on débrief tout simplement. Voilà.

Et quelle place est-ce que vous faites à l'auto-évaluation?

C'est-à-dire?

Euh.. c'est l'interne qui s'auto évalue: est-ce que vous utilisez cette méthode? pour en parler après avec l'interne? est-ce que c'est quelque chose que vous utilisez?

Oui bah oui c'est tout simplement, je veux dire, la méthode d'auto-évaluation, c'est tout simplement lui poser la question : « Où est-ce qu'il pense avoir.. des choses un peu à développer, des choses sur lesquelles c'est des acquis » Enfin je veux dire : c'est les outils pédagogiques, hein ! Savoir si les points sur lesquels il doit travailler et les points sur lesquels il pense être assez à l'aise, assez mal à l'aise. Bon en général, souvent, les gens parlent plutôt des points sur lesquels ils ne se sentent moins bien, d'accord.

Et donc quelles sont ces points justement, quels sont ces critères que vous cherchez à évaluer chez votre interne?

C'est-à-dire ?

Et bien.. est-ce que vous essayez d'évaluer certaines... certains aspects chez votre interne? la façon dont.. sa performance, comment est-ce que vous évaluez sa performance?

Bon la performance professionnelle sur les acquis.. sur les acquis théoriques, je dirais qu'en général nul ne connaît parfaitement.. donc il y a des points, après il y a des affinités personnelles : il y en a qui vont être plus portés sur la pédiatrie, d'autres plus sur la gériatrie, d'autres plus sur la médecine d'urgence, donc là ça dépend des disciplines un petit peu.. des disciplines de la médecine. Donc il y a des connaissances théoriques donc ça je veux dire c'est pas à moi d'évaluer il y a.. quelque part ça fait partie des enseignements théoriques. Mais ça permet de revoir un petit peu dans la mise en pratique savoir si il y a.. pas des lacunes, mais des.. des choses à développer pour être plus à l'aise dans la.. dans certains types d'examen. Bon.. le deuxième point après, c'est la capacité de relationnelle.. alors on va pas.. on peut faire du TCC, du thérapie comportementale... cognitivo-comportementale, mais le but c'est un petit peu, je dirais d'appuyer les points forts de l'interne pour lui dire: "Voilà là tu as des facilités c'est quelque chose sur laquelle tu peux t'appuyer pour essayer de développer un petit peu le côté relationnel." quand on sent qu'ils sont quelquefois en difficulté. Ce qui n'est pas facile, hein.. lorsqu'ils arrivent dans un lieu qui n'est pas connu donc ça c'est le côté relationnel. Et puis après, il y a le côté synthèse et suivi. C'est-à-dire le côté synthèse c'est savoir à la fin d'une consultation ou de plusieurs consultations.. quels enseignements il a pu en tirer. Et puis après il y a les aspects pratiques d'organisation, c'est quelque chose qui leur échappe un petit peu parce que dans le suivi, je veux dire c'est un réseau, et que le réseau c'est la capacité de communiquer avec d'autres.. d'autres confrères spécialistes et puis d'anticiper certaines situations un exemple classique: c'est ce que l'on voit en maison de retraite, c'est demander une BNP le vendredi donc elle sera faite le samedi, qui sera là pour l'interpréter? Non mais c'est bêtement pratique je veux dire voilà est-ce que.. les capacités d'anticipation. Parce que si on fait ça, est-ce qu'il y a pas un risque que finalement cette personne se retrouve hospitalisée à l'EHPAD, est-ce qu'on ne peut pas anticiper certaines situations pour éviter justement une hospitalisation : donc la capacité d'anticipation, d'accord?

Et comment est-ce que vous faites pour porter un jugement justement sur les performances de l'interne?

On ne va pas parler de jugement, parce que là il y a une partie très très subjective c'est plutôt porter une appréciation. Je dirais quelque part parce que bon.. moi aussi j'ai des imperfections, lui aussi il a des imperfections donc c'est dans le ressenti que l'on peut avoir, plutôt des imperfections sur les situations où on le sent un peu en difficulté: à ce moment-là de voir un petit peu avec lui, pour savoir... mais bon ce sont des situations assez rares. Les moments où on les sent un peu en difficulté, c'est surtout de l'accompagnement, d'accord?

D'accord et euh.. à nouveau je vais vous demander de vous rappeler de la dernière évaluation en vue de la validation du stage que vous avez pratiqué pour votre interne: est-ce que vous pouvez me décrire la manière dont vous la pratiquez?

De toute façon on a des items hein, je veux dire c'est pas... cela fait 20 ans que je suis maître de stage, donc au début on nous demandait un petit feuillet rédactionnel et puis maintenant on en est venu avec des items et des cases donc après c'est assez simple à remplir: a-t-il réalisé des travaux? est-il à l'aise, dans quels choses a-t-il progressé? Après c'est un travail de.. d'évaluateur pédagogue, après on a des outils qui nous avait été présenté lors de la session, et après ça permet de situer, de mettre un petit peu... euh.. bon il est assez rare finalement.. la finalité c'est de savoir: la question qu'on se pose c'est par exemple les internes de niveau 1, je suis en binôme avec Dr B, la question que l'on se pose c'est : Après le stage, l'interne serait-il en capacité dans les mois qui viennent d'exercer seul ? soit dans le cadre d'un SASPAS, soit dans le cadre d'un remplacement. Et très sincèrement, je vous dis ça fait 20 ans donc 40 internes que j'ai vu, il y a eu juste une fois on a été obligé de signaler à la faculté qu'il y avait des difficultés. Et que là ça nécessitait un encadrement pour les stages suivants, pour voir s'il était en capacité. Je dirais que... donc vous voyez 1 / 40 ça fait.. aller 2.5%, ça ne fait pas beaucoup.

Et donc cette personne-là, est-ce que vous avez dû l'invalider?

(soupirs) On en a parlé avec la faculté parce que l'invalider ça l'oblige à redoubler après je dirais que c'est plus le travail du département de médecine générale de voir, c'était il y a une dizaine d'années, de voir un petit peu.. parce que c'est une sanction hein, le fait d'invalider! Ça oblige à faire une année supplémentaire, je crois quelque part qu'une sanction ne se prend pas sur le seul avis d'un stage parce que le stage a très bien pu mal se passer à cause des encadrants, il faut savoir accepter de se remettre en cause, comme ça peut venir aussi des difficultés de l'étudiant: ça peut être aussi des difficultés, je dirais... non il n'y en a un pour lequel on l'a pas validé mais parce que c'est une histoire d'arrêt maladie, donc c'est particulier ce n'est pas du tout une histoire de compétences, euh.. mais c'était en accord avec l'interne. Mais là par contre, c'est vrai que c'est une sanction donc je pense que c'est plutôt au département de médecine générale, au vu du cursus de l'interne de savoir si effectivement lors des stages précédents il avait été noté des difficultés et que dans ces cas-là plutôt le tourner en disant : « C'est bien mais elle mériterait de faire un stage supplémentaire. »

Et comment est-ce que vous avez fait avec l'interne pour essayer justement de surmonter ses difficultés?

Bah, on lui a dit qu'on allait prendre contact avec le département de médecine générale, que le stage bon il n'y avait pas de problème d'assiduité, il n'y avait pas de problème je dirais comportementaux euh.. mais c'était surtout au point de vue.. on l'a senti en très très grande difficulté. Donc là on a dit on en parle quand même au département de médecine générale pour voir un peu donc c'était à la fin du stage: je pense qu'elle a été un petit peu.. je dirais surprise, parce qu'il y en a quelques-uns qui s'imaginent que c'est une formalité il suffit de passer au bout de 6 mois pour que l'on signe en bas. Et là vraiment on s'est dit : non là c'est pas possible, c'est quelqu'un j'allais dire qui.. je veux dire si.. c'était son avant dernier stage, on s'était dit dans 6 mois elle pourra prendre un cabinet, ça va être une catastrophe. On ne lui a pas présenté ça comme ça, parce qu'on a pas... le but n'est pas de démolir, mais d'empêcher des situations à risque.

Donc cette personne-là ne s'y attendait pas forcément à l'invalidation, est-ce qu'il y a une évaluation à mi-parcours à présent..?

Elle a été validée, elle a été quand même validée en accord avec le département de médecine générale parce que il y aurait eu... je pense que l'invalidation c'est vraiment quand il y a un trouble du comportement: quelqu'un qui vient pas, quelqu'un qui s'en fiche, quelqu'un qui manifestement n'en a rien à faire. Là je veux dire, elle a été validée mais simplement avec l'avis émis auprès du département de médecine générale que le stage suivant devait être refait en cabinet de médecine générale avec une attention particulière sur certains points. Elle a fini par être validée, voilà. Donc à part celui que j'ai en tête, lui c'était vraiment une situation très.. très difficile parce qu'il avait des problèmes d'arrêt maladie: un jour il venait, un jour il venait pas, je lui ai dit : « Ecoute va te mettre en arrêt maladie parce que... », il avait vraiment de gros soucis de santé. Donc je lui avais demandé de se mettre en arrêt maladie et j'avais téléphoné à Noémie jardin pour lui dire que d'un commun accord

on avait préféré qu'il se mette en arrêt maladie mais que la partie du stage qu'il avait faite, était tout à fait positive. Voilà. On est en général assez bienveillant.

Et à part cette grille donnée par la faculté de médecine hein, c'est bien ça? (hochement de tête) est-ce qu'il y a d'autres outils que vous utilisez pour faire la validation du stage?

Non, on sortirait de notre.. (rires) on s'attribuerait des compétences que l'on n'a pas.

Est-ce que vous vous concertez entre vous avec les autres médecins?

Oui, en général ça passe très vite mais c'est vrai que par rapport à... on est une profession on a l'habitude quand même d'évaluer quand même assez rapidement: c'est d'ailleurs un peu là-dessus que l'on est formé quand même.

Comment est-ce que vous décrivez votre rôle auprès des internes?

Oh la ! Euh.. c'est trop vague comme question... il faudrait préciser parce que là on pourrait parler 1h, je crois que quelque part il faut ramener ça à une dimension simple: c'est un futur confrère qui vient et puis je veux dire il y a un aspect compagnonnage : c'est-à-dire on lui fait.. c'est partager nos expériences, euh.. dans les deux sens, hein, parce qu'on partage dans les deux sens. De toute façon, c'est aussi enrichissant dans le sens moi vers lui que lui vers moi euh.. donc je pense que c'est essentiellement ça. Je pense que le rôle auquel je suis assez attaché c'est de lui faire découvrir le métier parce qu'en général ce sont des étudiants qui ne sont jamais passés en cabinet, donc lui faire découvrir l'intérêt et la richesse du métier parce que ça reste un métier excessivement passionnant donc je pense que c'est ça l'intérêt euh.. Il y a des contraintes, euh.. bien sûr on peut en parler des contraintes, après lui dire que de toute façon c'est lui qui.. qui organisera son temps comme il le souhaite et puis suivant ses désirs et ses envies. Mais qu'à la base ça reste quand même un.. ça reste un métier très intéressant, très privilégié sur le plan.. humain quoi.

Et dernière : question est-ce que vous avez des suggestions à faire ou des volontés pour améliorer la pratique de l'évaluation?

(soupirs) Alors je ne suis pas dans le DMG et disons que je n'ai pas de formation théorique pédagogique donc je dirais quelque part que ce serait présomptueux de ma part. Euh.. bon je participe.. parce que j'anime aussi des SASPAS, on m'a demandé d'animer des SASPAS, donc c'est pareil je pense que c'est la même chose. L'intérêt des SASPAS, j'avais fait le premier avec Dr T. et c'est vrai que l'intérêt c'est de laisser parler les étudiants pour les laisser exprimer un petit peu.. on n'est pas de la même génération ! Donc on n'a pas les mêmes attentes, on a pas le même vécu et tout l'intérêt c'est de les entendre un petit peu et je pense que quelque part c'est plutôt à eux de demander quelles sont leurs attentes.

Vous voulez dire des GAAP, peut-être?

J'ai dit quoi?

Les SASPAS.

Ah pardon, oui les GAAP. Oui c'est ça. Je pense.. je pars du principe dans 10 ans cette génération, bah c'est à eux qui seront au courant.. c'est plutôt à eux de développer leurs attentes, c'est pas à nous d'imposer.. enfin je veux dire après on est là.. je pense qu'on est plus là j'allais dire quelque part en.. leur apporter un peu le regard qu'on peut avoir sur.. (son téléphone a sonné puis on reprend). Je pars du principe que dans 10 ans je ne serai plus là, enfin plus dans le métier et que quelque part c'est plutôt à eux de dire leurs attentes un peu. Voilà, je pense que c'est surtout ça. Parce que dans 10 ans c'est eux qui seront au DMG, c'est eux qui seront maîtres de stage et que quelque part voilà..

Merci.

« Par délibération de son Conseil en date du 10 Novembre 1972, l'Université n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les thèses ou mémoires. Ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs ».

VU, le Président de Thèse

VU, le Doyen de l'UFR Santé

VU et permis d'imprimer
en référence à la délibération
du Conseil d'Université
en date du 14 Décembre 1973

Pour le Président
de l'Université de CAEN et P.O

Le Doyen de l'UFR de Santé

ANNÉE DE SOUTENANCE : 2020

NOM ET PRÉNOM DE L'AUTEUR : Katherine JOSEPH

TITRE DE LA THÈSE EN FRANÇAIS :

Entre rétroactions pédagogiques, évaluations formatives et certificatives : quelle est la pratique effective des MSU de Normandie Occidentale accueillant internes de médecine générale en stages ambulatoires ?

RÉSUMÉ DE LA THÈSE EN FRANÇAIS :

A l'époque de la transition vers la pédagogie constructiviste et le paradigme d'apprentissage par compétence en médecine générale, sur les terrains de stage les pratiques semblent hétérogènes et parfois figées. Nombreux sont les outils d'interactions et d'évaluation pour faciliter cet exercice complexe à l'heure d'une exigence sociale accrue sur la qualité des médecins formés. Ainsi l'objectif de notre étude était de faire un état des lieux des méthodes de rétroactions pédagogiques et d'évaluations pratiquées par les Maîtres de Stage Universitaires (MSU) recevant des internes de médecine générale (IMG) en stage ambulatoire. Une étude qualitative fut menée grâce à des entretiens semi-dirigés auprès de 14 MSU accueillant des IMG en stage de Niveau 1 et SASPAS en Normandie Occidentale. Les résultats montraient une relative homogénéité quant à la forme mais une grande hétérogénéité sur le contenu de la rétroaction pédagogique. Aucune évaluation formative au sens strict n'était pratiquée mais les MSU étaient favorables à l'auto-évaluation même si aucun ne la pratiquait. On remarque une hétérogénéité dans la pratique de la validation du stage à partir de la même grille de validation. Enfin, elle démontre des limites floues entre la rétroaction pédagogique et l'évaluation formative. Elle souligne l'absence d'utilisation d'outil pédagogique ou d'aide à l'évaluation par méconnaissance ou complexité des outils. Cependant elle montre aussi l'intérêt que les MSU portent à la pédagogie et le souci de l'influence des rétroactions qu'ils pratiquent. Ce travail pourra servir de base à une amélioration des pratiques prenant en compte les contraintes des MSU.

MOTS-CLÉS : Médecine générale, Rétroaction formative, Evaluation, Certification, Apprentissage par compétences, Maîtres de stage des universités, Pédagogie médicale

TITRE DE LA THÈSE EN ANGLAIS :

Among educational feedback, formative assessments and certifications : what methods are actually used by southern Normandy clinician teacher's with their general medicine residents ?

RÉSUMÉ DE LA THÈSE EN ANGLAIS :

While transiting to a constructivist medical education and a learner-centered paradigm concentrating on primary care clinical competence, it seems there is little improvement and numerous methods in clinician teacher's practice. With an increasing public focus on doctor's performance, interacting and assessment tools are being developed in order to help in this challenging task. This study's purpose was to define educational feedback and assessment methods used by clinician teachers on residents under their responsibility. A qualitative analysis of data was carried out. The data was collected from interviewing 14 first and second level general medicine resident clinician teachers in Southern Normandy. Results show similar educational feedback methods but with broad content. Thus, no formative assessment was performed as such and although a large majority of clinician teachers agreed with self-assessment none of them have put it in practice. Using the same certification grid, variable summative finale examination methods are used. Finally, this study underlines uncertain boundaries between educational feedback and formative assessment, underuse of assessment tools because of their complexity or of unawareness. Nevertheless, clinician teachers show interest in medical education and in good feedback to students. The next step should be the development of student's performance reliable measurements considering clinician teacher's issues to improve actual methods.

KEY WORDS : General medicine, educational feedback, assessment, certification, learner-centered paradigm, clinician teacher, medical education