UNIVERSITÉ DE NANTES

FACULTÉ DE MÉDECINE

Année 2016 N° 005

THÈSE

Pour le

DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE

DES de Médecine Générale

Par

Jeanne Mauduit

Née Camard, le 15 juin 1984 à Rennes

Aline Van Cleef

Née le 18 mars 1986 à Paris 18e

Florian Prott

Né le 02 mai 1987 à Nantes

Présentée et soutenue publiquement le 25 février 2016

État des lieux et déterminants de la supervision des internes en stage praticien niveau 1 à la faculté de médecine de Nantes

Président du jury	**:**	Professeur Rémy Senand
Directeur de thèse	**:**	Professeur Laure Vanwassenhove
Membres du jury	**:**	Docteur Cyrille Vartanian
		Docteur Bénédicte Barbarin
		Docteur Christian Bonnaud

Avertissements :

La Faculté n'entend donner aucune approbation aux opinions émises dans les thèses : celles-ci sont propres à leurs auteurs.

Remerciements communs aux trois doctorants :

À Monsieur le Professeur Rémy Senand, tu nous fais l'honneur de présider ce jury de thèse. Trouve ici l'expression de notre profonde et respectueuse reconnaissance pour l'intérêt que tu portes à ce travail.

À Madame le Professeur Laure Vanwassenhove, pour avoir accepté de diriger ce travail. Malgré tes obligations et les événements de la vie, tu as su nous encourager jusqu'à la fin. Reçois ici toute notre gratitude et notre reconnaissance.

À Monsieur le Docteur Cyrille Vartanian, tu nous fais l'honneur de juger ce travail. Trouve ici l'expression de nos sincères remerciements et de notre profond respect. Merci pour le lien que tu représentes entre le DMG et les MSU.

À Madame le Docteur Bénédicte Barbarin, tu nous fais l'honneur de juger ce travail. Nous te remercions pour ton travail au sein du CGELAV où notamment tu agrémentes le site d'outils destinés à aider et améliorer le quotidien des MSU. Trouve ici l'expression de nos sincères remerciements et de notre profond respect.

À Monsieur le Docteur Christian Bonnaud, Vous nous faites l'honneur de juger ce travail. Veuillez trouver ici l'expression de nos sincères remerciements et de notre profond respect.

Au Docteur Patrick Dréno, pour nous avoir guidé dans l'écriture, la relecture et coaché pour notre thèse, notamment pour la bibliographie.

À Géraldine, notre « english traductor », pour avoir traduit le résumé en temps records.

Aux Médecins Généralistes MSU de la faculté de Nantes, Sans qui ce travail n'aurait pu aboutir. Nous vous remercions de nous avoir accordé ce temps précieux et d'avoir pris en considération notre étude. Recevez ici notre reconnaissance et notre gratitude.

Aux internes de la faculté de Nantes, Médecins en formation sans qui ce travail n'aurait pu aboutir. Recevez ici notre reconnaissance et notre gratitude.

Remerciements de Jeanne Mauduit

À Benjamin, mon homme sans qui je ne suis rien. Sempiternellement.
À mes enfants, Terence et Élaura, essence de ma vie et de mon bonheur.
À maman, pour ton soutien inconditionnel. Tu es source et influence de mon existence et tu m'as portée dans tous les moments de la vie. Trouve ici le témoignage de tout mon amour.
À Julien et à Caroline, mes amours partis trop tôt sans qui je ne serai pas qui je suis aujourd'hui. Je suis si fière de vous.
À ma famille : Jean-Nicolas et Sylvie pour nos dimanches familiaux si délicieux, Louise née durant ma deuxième P1 et devenue une si gentille cousine, Papy Sim, Laurence et Derek, Sophie et Philippe, mes cousines et mes cousins, ma petite cousine Colette.
À ma très belle-famille : ma belle-maman Noëlle qui fut notamment une MSU exemplaire, mon beau-papa Gérard et son délicieux « Clos médecin », mon beau-papa et confrère André, ma belle-maman Marie-Odile, mes belles-sœurs Florence et Anne, mes beaux-frères Geoffroy et Jérôme, mes neveux et nièces Malo, Ronan, Noé, Lucie.

À Anna, ma précieuse amie et future associée.
À Aude, ma précieuse amie, loin des yeux mais si près du cœur.
À Julie et Charlotte, mes amies, consœurs et bien plus.
À Christophe, pour ton courage et ton amitié.

À Aline, notre amitié renforcée par ce travail de thèse, ton soutien en MPU, ton addiction courageuse pour le fenouil et l'anis…
À Florian, un arc-en-ciel humainement si généreux.

À Monsieur Broussard, Pour votre confiance à mon égard au sein de votre cabinet et auprès de votre patientèle, dont je prendrai soin pendant de longues années.
À Luc, Apprendre à tes côtés grâce à tes conseils avisés dignes d'une supervision ad-hoc durant mes premiers pas de jeune médecin (notamment concernant le non gaspillage du papier).

À mes MSU Michelle, Philippe et Marie qui ont été de bons modèles de rôle.
À toute l'équipe médicale et paramédicale de l'UCSA de Nantes et notamment les médecins Chloé, Laurie, Elodie et Virginie. Ces 6 mois de stage m'ont tant appris…
A tout ceux qui m'ont accompagnée pour ma formation durant mon internat au sein du CHU de Nantes, de l'hôpital Bellier et de l'hôpital d'Ancenis.

À tous ceux que je n'ai pas nommé et qui font que ma vie est si douce.

Remerciements de Aline Van Cleef

À Jonathan, toujours aussi présent, aimant, drôle : merveilleux.
À Yan, tu nous donnes tant de joies et de rires. Chaque jour est une nouveauté.
À mes parents, pour m'avoir toujours poussé à donner le meilleur de moi-même, chacun à votre manière. Pour l'amour que vous nous donnez. À Jacques, car le paradoxe de Simpson m'aura effectivement servi. À Isabelle, toujours dans mon cœur jour après jour.
À Lucy, Guillaume et Charlotte, car nos liens, plus forts à chaque année, sont sacrés pour moi.

À Florian, l'initiateur de ce travail, l'innovateur des arc-en-ciel, mon partenaire « révolutionnaire » du SIMGO… à suivre au DMG…
À Jeanne, notre « 3e homme », génie de l'écriture. Merci pour ton soutien maternel pour Yan et moi, pour ton amitié toujours agréable.
À Marion, ma marraine devenue nantaise, et Thomas pour l'avoir fait venir.
À Sophie, pour m'avoir fait gagner trois heures en gérant mes bêtises de voiture. « FLC forever », avec Élise, Chachou et celui qu'on ne peut pas nommer.
À Barbara, ma co-remplaçante, un jour future co-associée peut-être.
Aux cristoliens : Thomas car nos « ralages » nous ont toujours soudés ; Barbara, j'ai hâte qu'on retrouve une soirée accompagnée de vin, saucissons et 2 bons jeux de cartes ! Camille, toi aussi devenue nantaise, à notre amour de la gastronomie et des soirée-discussions.
À Marie, l'océan nous sépare, mais ta place est dans mon cœur.
À Julie, de la crèche à notre maternité simultanée, merci pour ton amitié et ta générosité.
À Maeva, « saluuuutttt Nounou » il est grand temps qu'on retourne au ski ensemble.
À Géraldine, ma Guada, tu es remplie d'amour et de sourires. Te voir est toujours un réconfort.
À Anouchka pour ton amitié, et ma belle-famille, pour votre accueil, votre amour, et avoir fait de Jonathan l'homme de ma vie.
À Charlotte, en rêvant de retourner jouer avec Paul, Zoé et Yan.

À Patrick, Pour ta patience, ta gentillesse et ton enseignement pendant mon SASPAS.
À mes Prat : Claudine, François, Alain pour votre amitié, vos conseils, ces 6 mois ensemble.
À Sylvie, Isabelle, Michel, Olivier, Boris, et SCI Plée Again, pour avoir fait de votre cabinet le lieu où je rêve de m'installer à vos côtés.
À la team du SIMGO, notamment Perrine, Jérémie, Aline, Marion, Benoit et Marion, Jean-Baptiste, Freddy puis Corentin, Laura et Sandrine.
Au CITO et tous les joueurs pour m'ouvrir à la vraie vie, improvisée.
À tous ceux que je n'ai pas nommé, mais qui font partie de ma vie.

Remerciements de Florian Prott

À Aline, ma femme qui m'a encouragé et accompagné dans ce travail, comme dans tous les moments importants de ma vie.
À Adèle et Léonie, mes deux filles chéries qui ont bien grandi durant ce travail.
À mes parents qui m'ont aidé pendant mes premières années d'études et qui malgré leur absence restent dans mon cœur et suivent mes pensées.
À Antoine, Sébastien, et Guillaume, mes frères qui m'ont permis de régulièrement déconnecter de ces études très prenantes (et qui m'ont supporté pendant tant d'années !). Je suis fier du chemin que vous avez vous aussi parcouru de votre côté.
À Gaby et Josiane, mes beaux-parents qui ont été très présents et soutenant pendant ces dernières années. Vous êtes des personnes de qualité.
À Maxime et Chloé, Gaël, Tanguy et Barbara, Sophie, Cécile, Marion, Claire et Antoine, Jérôme, Géraldine, Nelly, tous ces amis qui me sont chers.
À tous mes amis et connaissances en spé med, vous avez toute mon admiration, vous qui supportez avec courage les désirs, exigences, lubies et délires de vos séniors sans broncher.
À mes amis du SIMGO avec qui j'ai milité et qui m'ont lancé sur ce projet.
À Jeanne (notre Becherel) qui a eu la patience de corriger mes nombreuses fautes de français, et qui a le génie de trouver des formulations qui ont la classe !
À Aline dit « Albuldo » pour sa capacité à démembrer notre travail pour heureusement l'améliorer ;-)
À mes MSU Françoise, Teddy, Marie, Paul, Didier, Jean-Pierre qui m'ont ouvert l'esprit sur ce fabuleux métier qu'est la médecine générale.
Aux urgences de St Charles qui m'ont accueilli si chaleureusement lors de mon premier stage d'interne.
Au service de MPU du CHD, Thomas, Yves, Philippe, Jean-Luc et Sophie qui m'ont formé et sensibilisé à l'infectiologie et qui viennent me sauver la mise encore régulièrement !
Au service de soins de suite, Romain, Martine qui ont peaufiné ma formation.
À Jean-Yves et Martine qui m'accompagnent dans mes premiers pas de futur docteur.
Et à tous ceux que je n'ai pas cité (car plus la place) mais à qui je pense fort !

Table des matières

1 Introduction 13
2 Contexte 14
2.1 DES de médecine générale 14
2.2 Stage praticien niveau 1 15
2.3 Compétences du médecin généraliste 17
2.4 Formation des MSU 18
2.5 Formation des internes 20
2.6 Modèle de rôle et supervision 21
3 Matériel et méthode 23
3.1 Questionnaires envoyés aux internes 23
3.2 Questionnaires envoyés aux MSU 24
3.3 Entretiens 26
4 Résultats 27
4.1 Questionnaires Internes 27
4.1.1 Données personnelles sur la population des internes ayant participé 27
4.1.2 Réunions de trinôme 28
4.1.3 Phase d'observation active (OA) 30
4.1.4 Phase de supervision directe (SD) 35
4.1.5 Phase de supervision indirecte (SI) 44
4.1.6 Apprentissage global en stage praticien de niveau 1 51
4.2 Questionnaires MSU 53
4.2.1 Description de la population des MSU ayant répondu aux questionnaires 53
4.2.2 Réunions de trinôme 56
4.2.3 Phase d'observation active (OA) 61
4.2.4 Phase de supervision directe (SD) 66
4.2.5 Phase de supervision indirecte (SI) 69
4.2.6 Supervision globale 74
4.3 Comparaison entre les questionnaires Internes et MSU 78
4.3.1 Concernant les réunions de trinômes 78
4.3.2 Concernant la phase d'OA 79
4.3.3 Concernant la phase de SD 79
4.3.4 Concernant la phase de SI 81
4.4 Entretiens 82
4.4.1 Confusion entre phase et supervision 82
4.4.2 Organisation des phases 83
4.4.3 Supervision et pédagogie 88
4.4.4 Place importante du relationnel 95
4.4.5 Apprentissage de la différence entre pratique hospitalière et ambulatoire 97
4.4.6 Difficultés 97

4.4.7 Motivations initiales pour s'engager en tant que MSU 101
4.4.8 Evaluation 102
4.4.9 Satisfaction globale des MSU 104
4.4.10 Interne : tierce personne permettant un regard critique positif sur sa pratique 105
4.4.11 Sentiments de remplacement 106
4.4.12 Satisfaction des internes 108
4.4.13 Attentes des internes 109
5 Discussion 112
5.1 Validité interne : biais et critiques de la méthode 112
5.1.1 Type d'étude 112
5.1.2 Population étudiée 112
5.1.3 Questionnaires 112
5.1.4 Entretiens 113
5.1.5 Anonymat 113
5.1.6 Biais 113
5.2 Analyse des résultats 117
5.2.1 Données personnelles 117
5.2.2 Réunions de trinôme 119
5.2.3 Organisation des phases 121
5.2.4 Limites de chaque phase 123
5.2.5 Organisation de la rétroaction 128
5.2.6 Outils pédagogiques 131
5.2.7 Satisfaction 135
6 Propositions pour une rétroaction formatrice 139
6.1 Redéfinir l'organisation du stage et des phases 139
6.2 Placer l'interne comme acteur de son apprentissage 139
6.3 Outils pour la rétroaction 139
6.4 Formation continue des MSU 140
6.5 Encadrement pédagogique des réunions de trinôme 140
6.6 Grilles d'évaluations des internes 141
6.7 Lutter contre le sentiment de remplacement en autonomie 141
6.8 Accompagner les MSU 141
7 Bibliographie 142
8 Annexes 148
8.1 Annexe 1 : Complément d'information aux MSU 148
8.2 Annexe 2 : Marguerite des compétences 149
8.3 Annexe 3 : Évaluation de l'interne 150
8.3.1 Grille d'évaluation 150
8.3.2 Notice d'évaluation des internes 153
8.4 Annexe 4 : Outils en phase d'OA 154

8.4.1 30 exercices pédagogiques ciblés pour le stage d'externat 154
8.4.2 Grille Calgary-Cambridge 158
8.4.3 Guide Calgary-Cambridge 159
8.5 Annexe 5 : Outils en phase de SD 166
8.5.1 Grille d'auto-évaluation de l'interne 166
8.5.2 Grille d'observation de l'interne par le MSU 167
8.5.3 Outil d'observation de la consultation de l'interne 168
8.5.4 Outils d'évaluation centré sur les compétences 169
8.6 Annexe 6 : Outils en phase de SI 171
8.6.1 Entretien d'explicitation résumé 171
8.6.2 Grille d'auto-évaluation après la consultation 174
8.6.3 Outils d'auto-évaluation pour l'interne 175
8.7 Annexe 7 : Grille d'auto-évaluation de la rétroaction par le MSU 179
8.8 Annexe 8 : Questionnaires Interne 181
8.8.1 1er mois 181
8.8.2 3e mois 193
8.8.3 6e mois 205
8.9 Annexe 9 : Questionnaire MSU 217
8.10 Annexe 10 : Verbatim des entretiens 232
8.10.1 MSU 30 232
8.10.2 MSU 58 249
8.10.3 MSU 62 259
8.10.4 MSU 65 273
8.10.5 MSU 76 294
8.10.6 MSU 83 308
8.10.7 MSU 134 315
8.10.8 MSU 137 322
8.10.9 MSU 144 332
8.10.10 MSU 145 343
8.10.11 MSU 151 360
8.10.12 MSU 154 369
8.10.13 MSU 167 381
8.10.14 Int 19 (aussi Int 79 et Int 12) 387
8.10.15 Int 58 (aussi Int 78 et Int 111) 393
8.10.16 Int 76 (aussi Int 43, Int 75 et Int 59) 403
8.10.17 Int 83 (aussi Int 5 et Int 50) 421
8.10.18 Int 151 (aussi Int 138 et Int 163) 432
8.10.19 Int 167 (aussi Int 86 et Int 131) 441

Table des illustrations

Tableaux

Tableau 1 : Âge des internes 27
Tableau 2: Nombre de semestres validés 28
Tableau 3 : Stages de la maquette obligatoire validés 28
Tableau 4 : Durée de la phase OA (Q1) 30
Tableau 5 : Durée de la phase d'OA (Q2) 30
Tableau 6 : Durée de la phase d'OA (Q3) 31
Tableau 7 : Réalisation d'une supervision en OA 33
Tableau 8 : Retour rapide (et non supervision) en OA 33
Tableau 9 : Début de la SD (Q1) 36
Tableau 10 : Durée de la SD (Q1) 36
Tableau 11 : Début de la SD (Q2) 36
Tableau 12 : Durée de la SD (Q2) 37
Tableau 13 : Début de la SD (Q3) 37
Tableau 14 : Durée de la SD (Q3) 37
Tableau 15 : Supervision en cas de consultation difficile ou riche pédagogiquement en SD 42
Tableau 16 : Début de la SI au Q1 44
Tableau 17 : Début de la SI au Q2 44
Tableau 18 : Début de la SI au Q3 45
Tableau 19 : Présence du MSU dans le cabinet en SI 48
Tableau 20 : Journées entières en autonomie complète 49
Tableau 21 : Présence du MSU en fin de journée de SI 49
Tableau 22 : Recherches effectuées à la demande du MSU 51
Tableau 23 : Réalisation d'un A/R entre les phases 51
Tableau 24 : Phase idéale selon internes 52
Tableau 25 : Année d'installation dans structure actuelle 54
Tableau 26 : Journées de formation CGELAV suivies 55
Tableau 27 : Motifs de l'absence de réunion de trinôme de début de stage 57
Tableau 28 : Motifs exprimés de l'absence de réunion de trinôme de milieu de stage 58
Tableau 29 : Motifs exprimés de l'absence de réunion de trinôme de fin de stage 59
Tableau 30 : Moment dédié pour supervision en OA selon MSU 64
Tableau 31 : Présence physique du MSU en SI. 71
Tableau 32 : Phase idéale des MSU 75
Tableau 33 : Différences constatées sur les réunions de trinômes de début de stage (RTD) 78
Tableau 34 : Différences constatées sur les réunions de trinômes de milieu de stage (RTM) 78
Tableau 35 : Différences constatées sur les réunions de trinômes de fin de stage (RTF) 79
Tableau 36 : Différences constatées sur la durée de l'OA 79
Tableau 37 : Différences constatées sur l'activité de l'interne et la supervision en OA 79
Tableau 38 : Différences constatées sur le début de la SD 79
Tableau 39 : Différences constatées sur la durée des consultations, la présentation des patients avant la consultation et la mise en place de consultations ciblées en SD 80
Tableau 40 : Différences constatées sur la supervision et les supports de supervision en SD 80
Tableau 41 : Différences constatées sur les consultations difficiles ou riches pédagogiquement en SD 80
Tableau 42 : Différences constatées sur le début, la durée et le nombre des consultations en SI 81
Tableau 43 : Différences constatées sur la supervision, les consultations ciblées, la présentation des patients en SI 81
Tableau 44 : Différences constatées sur les supports de supervision en SI 81

Figures

Figure 1 : Durée des consultations en OA 31
Figure 2 : Modalité de participation des internes en OA 32
Figure 3 : Supports utilisés pour retour selon internes en OA 34
Figure 4 : Satisfaction des internes en phase d'OA 34
Figure 5 : Durée des consultations de l'interne en SD selon internes 38
Figure 6 : Présentation du patient avant consultation en SD selon internes 38
Figure 7 : Observation d'un élément spécifique par le MSU en SD selon internes 39
Figure 8 : Consultations ciblées en SD selon internes 39
Figure 9 : Intervention du MSU en SD selon internes au Q1 40
Figure 10 : Intervention du MSU en SD selon internes au Q2 40
Figure 11 : Intervention du MSU en SD selon internes au Q3 40
Figure 12 : Supervision ou RR en SD selon internes 41
Figure 13 : Moment de la supervision ou du RR en SD selon internes 41
Figure 14 : Supports utilisés pour supervision ou RR en SD selon internes 42
Figure 15 : Satisfaction de la phase de SD 43
Figure 16 : Durée des consultations de l'interne en SI 45
Figure 17 : Temps avant la consultation pour présentation patient SI 46
Figure 18 : Consultations ciblées en SI 46
Figure 19 : Présence supervision ou RR en SI 47
Figure 20 : Supports utilisés pour supervision en SI selon internes 48
Figure 21 : Nombre de consultations par jour en SI selon internes 49
Figure 22 : Satisfaction SI 50
Figure 23 : Âge des MSU 53
Figure 24 : Modalité d'exercice 53
Figure 25 : Nombre d'années statut de MSU 54
Figure 26 : Nombre de consultations par jour des MSU 56
Figure 27 : Formation continue des MSU 56
Figure 28 : Contenu de la réunion de trinôme de début de stage. 57
Figure 29 : Contenu réunion de trinôme de milieu de stage selon MSU 59
Figure 30 : Contenu de la réunion de trinôme de fin de stage selon MSU 60
Figure 31 : Durée de la phase d'OA pour les MSU 61
Figure 32 : Durée des consultations en OA selon MSU 62
Figure 33 : Rôle de l'interne en OA selon MSU 63
Figure 34: Début de la SD selon MSU 66
Figure 35 : Durée des consultations prévues en SD 66
Figure 36 : Intervention du MSU en SD 67
Figure 37 : Début de la SI selon MSU 70
Figure 38 : Durée des consultations de l'interne en SI selon MSU 70
Figure 39 : Nombre de patients par jour en SI selon MSU 72
Figure 40 : Propositions du MSU en cas de consultation pédagogiquement riche 74
Figure 41 : Supports utilisés pour la supervision 75

Abréviations et acronymes

A/R	Aller/Retour
ARS	Agence Régionale de Santé
CNGE	Collège National des Généralistes Enseignants (instance nationale)
CGELAV	Collège des Généralistes Enseignants de Loire-Atlantique Vendée (instance locale)
DES	Diplôme d'Etudes Spécialisées
DESC	Diplôme d'Etudes Spécialisées Complémentaire
DMG	Département de Médecine Générale
DPC	Développement Professionnel Continu
DUMG	Département universitaire de Médecine Générale
ECA MSU	Enseignant Clinicien Ambulatoire Maître de Stage Universitaire
FMC	Formation Médicale Continue
FPC	Formation Pédagogique Continue
MSU	Maîtres de stage universitaire
OA	Observation Active
PH	Praticien Hospitalier
Q1	Questionnaire de la fin du 1er mois
Q2	Questionnaire de la fin du 3e mois
Q3	Questionnaire de la fin du stage
RR	Retour Rapide
RSCA	Récit de situation complexe et authentique
RT	Réunion de Trinôme
RTD	Réunion de Trinôme de Début de stage
RTM	Réunion de Trinôme de Milieu de stage
RTF	Réunion de Trinôme de la Fin du stage
SASPAS	stage en autonomie en soins primaires ambulatoires supervisé
SIMGO	Syndicat des Internes de Médecine Générale de l'Ouest
SD	Supervision Directe
SI	Supervision Indirecte
UFR	Unité de Formation Régionale
WONCA	World Organization of National Colleges Academies and Academic Associations of General Practitioners / Family Physicians

1 Introduction

La création du Diplôme d'Études Spécialisé (DES) de médecine générale en 2004 a permis la reconnaissance de la médecine générale comme une discipline spécialisée, justifiant la nécessité de mettre en place une filière universitaire spécifique (1). Le DES de médecine générale a modifié fondamentalement la formation initiale des médecins généralistes : dès lors les enseignants centrent leurs actions pédagogiques sur l'acquisition des compétences professionnelles des internes (2).

Contrairement aux autres spécialités, où les stages d'internat s'effectuent majoritairement dans la spécialité choisie, un seul semestre en médecine générale ambulatoire est obligatoire pour valider la maquette du DES.

Le stage praticien niveau 1 est organisé sur un semestre au sein des cabinets de plusieurs Maîtres de Stage Universitaires (MSU) (3). Les qualités pédagogiques de ce stage permettent aux futurs médecins en formation d'acquérir les compétences de médecin généraliste (4,5).

Les éléments déterminants et spécifiques de la formation clinique sont : les patients, les MSU, les internes et le contexte de la pratique. Leurs interactions conditionnent à la fois les contenus et les apprentissages réalisés. Ces interactions permettent de résoudre le problème du patient et de contribuer à l'apprentissage de l'étudiant. Ces acquisitions sont d'autant plus profondes et signifiantes qu'elles sont accompagnées par des professionnels enseignants formés et compétents qui exercent un modèle de rôle et pratiquent une action de supervision efficace (6).

De nombreuses études ont démontré une grande disparité qualitative et quantitative dans la supervision effectuée aux étudiants (7,8). Qu'en est-il à la faculté de médecine de Nantes ?

Dans un premier temps, nous avons recueilli auprès des MSU et internes, leur ressenti global concernant le cadre pédagogique du stage praticien niveau 1.

Dans un second temps, nous avons recherché les différences et les discordances de la formation.

Enfin, nous avons souhaité faire des propositions pour améliorer les pratiques.

2 Contexte

Les médecins ont toujours été à la fois des enseignants et des soignants : les étudiants en médecine sont formés par des médecins plus anciens et expérimentés. Au fil des siècles, la formation des médecins s'est modifiée : passant de l'idée de transmettre et apprendre une accumulation de savoirs à l'élève, à l'idée qu'il était nécessaire d'aider les élèves à apprendre.

2.1 DES de médecine générale

Depuis 1982 et la création de l'internat comme seule voie d'accès aux « spécialités » médicales, les résidents en médecine générale ont la possibilité de réaliser un stage en cabinet de médecine générale (1). A l'époque ce premier stage de sensibilisation ne durait que vingt demi-journées. En novembre 1997 a été créé le stage praticien en ambulatoire d'une durée de six mois, au moment de la création des Départements Universitaires de Médecine Générale (DUMG) ou plus couramment appelés Départements de Médecine Générale (DMG).

La maquette des stages du DES de médecine générale comporte six semestres dont quatre obligatoires (Médecine adulte polyvalente, Urgences, Mère et Enfant, Stage Praticien niveau 1), et deux semestres dits libres, au choix de l'interne de médecine générale. Parmi les stages « libres », à partir du 5^{e} semestre, il peut être réalisé un semestre professionnalisant en ambulatoire, c'est le Stage en Autonomie en Soins Primaires Ambulatoires Supervisé (SASPAS) accessible aux internes qui ont déjà effectué leur stage praticien de niveau 1. Ce stage Praticien de niveau 2 est disponible depuis le semestre de novembre 2003. Il est facultatif et, au sein de la faculté de Nantes, ne peut pas être proposé actuellement à tous les internes en DES de médecine générale du fait d'un manque de terrain de stage (pour l'Unité de Formation Régionale (UFR) de Nantes en novembre 2014, seuls 29 lieux de stage étaient proposés).
A Nantes, au moment de notre étude, le stage Praticien de niveau 1 était disponible pour les étudiants à partir du 3^{e} semestre. Depuis le semestre d'hiver 2015, les internes peuvent choisir le stage praticien niveau 1 dès le 1er semestre.
Au niveau national, une réforme est prévue à compter de la rentrée universitaire 2017 / 2018

selon l'arrêté du 13 novembre 2015 (9). Nous ne connaissons pas encore le contenu exact de cette réforme pour le DES de médecine générale mais le calendrier de la maquette devrait être nouvellement organisée ainsi :

- première année : urgences et stage Praticien niveau 1 ;
- deuxième année : médecine adulte polyvalente et stage mère et enfant ;
- troisième année : SASPAS (pour tous) et stage libre.

L'accès au stage praticien dès la première année du DES a donné suite à de nombreux débats et réactions, notamment lors du conseil d'administration du Collège National des Généralistes Enseignants (CNGE) du 7 mars 2015 (10). L'inquiétude des MSU étant notamment d'avoir en stage des internes non compétents.

2.2 Stage praticien niveau 1

Le stage en médecine générale constitue un moment extrêmement important, puisque c'est pour la plupart des étudiants la première formation en situation de responsabilité sur les lieux authentiques de leur exercice futur.

Il permet aux futurs praticiens d'acquérir en situation réelle la capacité à prendre en compte les recommandations de bonne pratique, le fonctionnement du système de soins et ses exigences médico-économiques. L'autonomie progressive et supervisée offerte par ce stage, a pour objectif d'améliorer les compétences de l'interne. A l'issue de ce stage, l'interne doit avoir acquis une autonomie professionnelle ; puisqu'il est, dès lors, autorisé à obtenir une licence de remplacement, sous réserve qu'il ait déjà validé deux autres semestres.

L'organisation pédagogique du stage praticien niveau 1 se fait en trois phases qui peuvent être entremêlées durant le stage (11,12) :

- Phase d'Observation Active (OA) : C'est une période d'appropriation de l'environnement du médecin, du contexte des soins primaires en ambulatoire. Un temps d'observation mutuelle entre le maître de stage et l'interne où chacun apprend à travailler avec l'autre. L'interne observe le MSU, sa méthode de travail, le logiciel informatique, les différents types de consultation, l'organisation du cabinet. Il observe de manière active, c'est-à-dire qu'il peut intervenir sous l'égide de son MSU, mais ce n'est pas lui qui mène la consultation. L'interne n'a pas de responsabilité réelle mais il porte un regard

attentif sur la pratique de la médecine générale en ambulatoire. Cette observation active peut se faire à l'aide d'outils d'observation. Comme les autres périodes du stage cette première phase n'a pas de durée déterminée à l'avance. L'interne pourra souvent revenir en situation d'observation pendant les deux phases suivantes si cela est nécessaire, en particulier lors de situations psychosociales nouvelles difficiles, ou lorsque le MSU souhaite lui montrer des éléments pédagogiques spécifiques.

- Phase de Supervision Directe (SD) ou phase de mise en situation : l'interne mène la consultation, en présence du MSU qui l'observe pour l'accompagner dans sa formation et son auto-évaluation. La supervision est qualifiée de directe car le MSU est présent et observe directement son travail, il assure la sécurité du patient et de l'interne par sa présence. La SD permet d'observer et d'évaluer les performances psychomotrices, communicationnelles et relationnelles de l'interne. Le MSU centre ses interventions sur l'intégration des connaissances et soutient l'apprentissage des aspects pratiques de l'exercice de la médecine générale (13–16). A Nantes, nous n'avons pas connaissance de la réalisation d'une supervision directe via des consultations filmées comme cela peut se faire ailleurs (14,16). L'internat est orienté sur le développement des compétences cliniques. La supervision directe est un moyen pédagogique très efficace pour y parvenir mais n'est pas toujours suffisamment mise à profit (16).
- Phase de Supervision Indirecte (SI) ou phase de mise en autonomie : l'interne consulte seul. Le MSU accompagne l'interne dans sa formation et son auto-évaluation à distance et à posteriori, sans avoir assisté à la consultation. Le MSU accompagne l'interne dans l'acquisition de ses compétences. Quand il le juge prêt à le faire, il lui permet d'assurer progressivement plus de consultations en autonomie. L'objectif final du stage praticien est l'autonomie complète de l'interne en fin de semestre, qui doit avoir appris à gérer toutes les activités du cabinet médical.

Les réunions de trinôme (ou de binôme ou de quadrinôme) ont lieu en début, milieu et fin de stage, et ont été définies comme suit lors d'une lettre d'information destinée aux MSU de Nantes : (Annexe 8.1)

- Première réunion en début de stage : repérage du parcours de l'interne. En fonction des stages effectués, sont précisés ses « atouts » (compétences déjà

acquises), ses besoins sont identifiés. Les apprentissages pourront être répartis en fonction des particularités d'exercice de chaque membre du trinôme. Lors de ce premier entretien des objectifs de formation sont mis en place. Le cadre du stage est précisé : horaires, congés, permanence de soin, temps de rétroaction, possibilité de participer au groupe de formation continue de son ou ses MSU.

- Deuxième réunion : bilan à mi-parcours. La progression de l'interne doit être soulignée et valorisée. Les objectifs de formation sont-ils atteints ou en cours d'acquisition ? Si non, comment peut-on les réaliser. Quelles sont les difficultés qui ont pu être identifiées (manque de connaissances, difficultés à s'autoévaluer, difficultés dans les recherches, problèmes relationnels). De nouveaux objectifs de formation peuvent être mis en place.
- Troisième réunion : celle du bilan. L'interne a-t-il progressé dans l'acquisition des compétences. Quel(s) stage(s) va-t-il ensuite choisir pour les améliorer (en tenant compte de sa maquette). Lors de cette réunion, l'interne remplit avec ses MSU la grille de validation, lui permettant d'identifier ses points forts et ses points faibles.

2.3 Compétences du médecin généraliste

Les compétences du médecin généraliste ont été définies en 2002 par la World Organization of National Colleges Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians (WONCA) Europe (17). En pratique, aujourd'hui, on retient la définition de 6 compétences fondamentales (18) :

- approche globale, prise en compte de la complexité ;
- éducation, prévention, santé individuelle et communautaire ;
- premier recours, urgences ;
- relation, communication, approche centrée patient ;
- continuité, suivi, coordination des soins autour du patient ;
- professionnalisme.

Elles ont été regroupées au sein d'une « marguerite des compétences » pour une approche visuelle simplifiée qui sert de référence aux enseignants et internes tout au long de leur formation (19) (Annexe 8.2). Elles ont été graduées (5) en niveaux permettant d'évaluer la progression des internes.

2.4 Formation des MSU

Pour obtenir l'agrément de MSU, les volontaires doivent :

- avoir au minimum trois ans de pratique de médecine générale ;
- avoir un exercice recouvrant l'ensemble des champs de la discipline ;
- avoir des compétences médicales à jour ;
- suivre une formation médicale continue attestée ;
- avoir des compétences cliniques, administratives et organisationnelles conformes aux recommandations de bonne pratique actuelles ;
- avoir un cabinet médical adapté à l'enseignement de la médecine générale sur le plan des locaux et des équipements.

Ils peuvent alors soumettre leur dossier au département de médecine générale (DMG) dont ils dépendent, pour validation par le conseil d'administration, dans lequel sont représentés les internes et les MSU. Après cette validation, l'Agence Régionale de Santé (ARS) délivre un agrément pour cinq ans.

En novembre 2011, le congrès du CNGE a modifié plusieurs éléments de la convention pour les maîtres de stages et y a inclus une charte. Celle-ci doit être signée par les MSU à leur demande d'agrément et à chaque renouvellement. Cette charte précise notamment que le MSU devra (20–22) :

- justifier d'une formation initiale à la pédagogie (validée par le collège local des généralistes enseignants et son DMG) ;
- participer régulièrement à la Formation Médicale Continue (FMC) ou au Développement Professionnel Continu (DPC) (pour pouvoir renouveler son agrément il faut pouvoir justifier d'au moins trois journées de formations sur les cinq ans) ;
- accepter une auto-évaluation et une hétéro-évaluation régulières ;
- posséder une aptitude à se documenter et entretenir une documentation accessible et mise à jour.

Ces formations pédagogiques obligatoires permettent aux MSU d'acquérir et renforcer leurs compétences d'enseignant.

La formation théorique sur la fonction spécifique du MSU (23,24) est assurée par le CNGE et par le Collège des Généralistes Enseignants de Loire-Atlantique Vendée (CGELAV).

Ces formations sont destinées à apporter aux MSU le cadre pédagogique nécessaire à la formation théorique des futurs praticiens de médecine générale. Les différentes formations proposées par le CNGE s'appuient sur des pratiques enseignantes déjà développées de longue date par les enseignants de médecine générale, à partir des théories d'apprentissage des courants constructivistes et socio-cognitivistes. L'approche constructiviste place l'apprenant au centre de l'enseignement, comme acteur de la construction de ses connaissances.

La formation obligatoire "initiation à la maîtrise de stage de troisième cycle de médecine générale" a pour objectif d'acquérir les éléments conceptuels, théoriques, administratifs et pratiques nécessaires à la maîtrise de stage ambulatoire. Les objectifs pédagogiques que doivent acquérir les participants reflètent bien les différentes qualités d'un MSU (25) :

- définir le rôle d'enseignant de l'Enseignant Clinicien Ambulatoire Maître de Stage Universitaire (ECA MSU) et sa place au sein du DMG ;
- connaître le cadre légal et réglementaire des stages ambulatoires en médecine générale ;
- identifier les compétences professionnelles à construire par l'interne ;
- expliquer le montage pédagogique et les différentes phases du stage : observation, supervisions directe et indirecte ;
- organiser de manière pertinente le premier contact avec l'étudiant ;
- réunir les conditions favorables à l'accueil de l'étudiant ;
- gérer la relation triangulaire MSU - étudiant - patient ;
- décrire les caractéristiques pédagogiques d'un novice ;
- définir la notion de modèle d'enseignant et jouer le « rôle de modèle » ;
- inciter l'étudiant à utiliser des outils d'observation de la consultation ;
- utiliser des outils de supervision de l'interne ;
- mettre en œuvre une rétroaction efficace ;
- effectuer une prescription pédagogique pertinente ;
- évaluer le résultat de la prescription pédagogique pour les différentes compétences ;
- connaître les modalités pratiques de la maîtrise de stage dans la faculté locorégionale ;
- connaître le cursus de formation à la maîtrise de stage.

La convention revient sur l'organisation pratique du stage : (26)

- le temps de travail ;
- le type d'activité ;
- le caractère indispensable de mettre l'interne en autonomie ;
- les bonnes conditions de la mise en autonomie : consultations de 20 minutes minimum, 20 consultations maximum en autonomie par jour, maximum 270 consultations en autonomie sur l'ensemble du semestre soit 90 consultations par MSU dans le cadre d'un trinôme.

2.5 Formation des internes

L'internat est le 3e cycle des études médicales. Les deux premiers cycles sont orientés vers l'acquisition de savoirs médicaux. Cette appropriation nécessaire est contrôlée par des examens réguliers qui ne permettent pas de s'assurer de leur pérennité ni de leur application en pratique. Le cadre pédagogique du 3e cycle s'appuie sur les concepts d'apprentissage et de compétences, induisant la nécessité d'un changement de paradigme : du paradigme d'enseignement vers celui d'apprentissage (27). Dans le paradigme d'apprentissage, l'enseignant valide autant les apprentissages que la manière dont l'étudiant apprend. L'étudiant peut ainsi créer ses représentations du monde à partir de ses propres expériences (28). Apprendre, c'est interagir et élaborer du sens.
L'évaluation formative (pédagogique) de la compétence des internes est centrée sur les processus cognitifs et elle n'est pas sanctionnée. Elle nécessite que ceux-ci soient mis dans des « situations problèmes » qui aient du sens pour leur formation (pertinence des stages, et en particulier ceux en médecine générale, en ambulatoire) ; qu'ils aient des contacts réguliers avec des enseignants formés à l'évaluation formative (enseignants cliniciens ambulatoires et hospitaliers, tuteurs pédagogiques) ; qu'ils disposent d'outils pédagogiques qui permettent ces interactions : entretiens, récits, portfolio (29).

C'est au cours de la formation clinique que les dimensions de la compétence professionnelle des internes sont développées et mises en action (6).
La formation en contexte clinique est soumise à diverses contraintes (29) :

- des sites de stages multiples et éclatés entre les hôpitaux et l'ambulatoire, avec nécessité pour l'interne de construire des compétences spécifiques en soins primaires ;

- des enseignants nombreux (hospitaliers et ambulatoires) intervenant dans des disciplines et des niveaux de recours aux soins différents ;
- des problèmes de santé et des contextes de soins différents ;
- de multiples contraintes souvent non contrôlées (aléas du recrutement des patients, charge de travail, hétérogénéité pédagogique et effectif insuffisant des enseignants, etc.).

A la faculté de Nantes, l'évaluation de l'interne au cours du stage ambulatoire de niveau 1 (ainsi que du SASPAS) a été modifiée récemment (durant la période de notre étude) avec une nouvelle fiche d'évaluation (30) (Annexe 8.3). Elle se base sur les niveaux de compétences et sur les conclusions d'expériences menées dans d'autres facultés. Son objectif est de guider les MSU et les internes dans l'apprentissage par compétences (4,5).

2.6 Modèle de rôle et supervision

Ces compétences sont développées par les internes lors de leurs travaux écrits (Récit de Situation Complexe et Authentique (RSCA), portfolio…) tout au long de leur DES, auprès des enseignants du DMG. Elles sont développées avec leurs MSU lors d'échanges à visée pédagogique : c'est la supervision. De nombreux articles font référence à l'importance de la supervision, aux moyens de mettre en œuvre une supervision de qualité (8,14) et ainsi de l'importance du rôle de modèle représenté par le MSU.

Un modèle de rôle en médecine est un médecin qui, dans le contexte de son exercice professionnel, influence l'apprentissage des étudiants (externes et internes) avec qui il est en contact.

Le modèle de rôle est défini par trois grandes catégories de caractéristiques (6) :

- l'expertise clinique : raisonnement clinique et prise de décision, communication efficace avec les patients ;
- les habiletés d'enseignant : approche centrée sur l'étudiant, communication efficace avec les étudiants (avec une attention particulière à la relation médecin-malade dans leur enseignement) ;

- les qualités personnelles : compassion, intégrité, honnêteté, habilités interpersonnelles, souci des autres, enthousiasme pour l'enseignement de la médecine, engagement pour l'excellence et le développement, sens de l'humour.

En tant que modèle de rôle, l'enseignant clinicien est en exercice clinique réel et il est observé par l'étudiant.

Dans le cadre de la supervision, il y a permutation des rôles : ce n'est plus le patient mais l'étudiant qui se retrouve au centre des discussions tandis que le MSU devient l'observateur des réactions de l'interne, et le guide dans ses réflexions.

En pratique, de nombreux documents sont à la disposition des MSU et des internes pour les guider dans la réalisation des moyens de supervision notamment des grilles d'évaluation éditées dans la rubrique « boîte à outils » du site du CGELAV, issues de différentes DPC du CNGE. (Annexes 8.4 / 8.5 / 8.6 / 8.7)

3 Matériel et méthode

Cette étude est une étude observationnelle sur la supervision des internes par les MSU de la faculté de Nantes en stage praticien niveau 1. Elle a comme support des questionnaires électroniques prospectifs sur deux semestres, de mai 2014 à mai 2015. Ces questionnaires sont suivis d'entretiens.

Nous avons utilisé un formulaire Google forms® pour rédiger nos questionnaires.

Pour les résultats, nous avons choisi de présenter tous les graphiques avec une échelle de 0 à 100% afin de permettre une lecture linéaire.

3.1 Questionnaires envoyés aux internes

(Annexe 8.8)

Nous les appellerons les questionnaires Internes. Ils ont été envoyés par courriel, après 1, 3 et 6 mois de stage avec une introduction explicative sur le contexte et l'objectif de notre thèse.

A quinze jours du début de semestre en stage praticien niveau 1, tous les internes sont tenus de participer à une journée « recherche » organisée par le DMG. Pour qu'ils puissent répondre correctement à nos questionnaires, nous avons profité de cette journée pour faire une information théorique d'environ deux heures, à l'aide d'un logiciel de présentation (Power point®). Notre objectif était d'expliquer notre thèse et notre définition de la « supervision », et de fournir des exemples de différents outils de supervision. Nous leur avons expliqué que le retour rapide c'était lorsque l'échange autour d'une consultation était de type « ça va ? oui/non ? ». Ce terme étant utilisé en opposition à une supervision.

Pour ces deux semestres, il y avait 116 internes en stage praticien de niveau 1. Ils ont reçu chacun les trois questionnaires (début, milieu et fin de stage) pour chacun de leur maître de stage. Les questionnaires comportaient des questions fermées, des questions ouvertes, des réponses libres, à choix simple ou multiple. Les questionnaires étaient décomposés en six parties :

- des données personnelles ;
- les réunions de trinôme ;

- la phase d'observation active ;
- la phase de supervision directe ;
- la phase de supervision indirecte ;
- des questions plus générales sur l'apprentissage et la supervision.

Nous avons relancé les internes qui n'avaient pas répondu au questionnaire par courriel à 7 jours, 15 jours, et 21 jours puis par voie téléphonique (sms puis appel) pendant trois jours avant la clôture du questionnaire.

Pour les questionnaires du premier semestre de mai 2014 à novembre 2014 :

- Questionnaire fin du premier mois (Q1) : lancement le 30 mai, puis relances par courriel les 6, 13 et 20 juin puis relances téléphoniques jusqu'au 27 juin 2014. Clôture du Q1 le 27 juin 2014.
- Questionnaire fin du troisième mois (Q2) : lancement le 8 août, puis relances par courriel les 15, 22 et 29 août puis relances téléphoniques jusqu'au 5 septembre 2014. Clôture du Q2 le 5 septembre 2014.
- Questionnaire fin de stage (Q3) : lancement le 31 octobre, puis relances par courriel les 7, 14, 21 novembre puis relances téléphoniques jusqu'au 28 novembre 2014. Clôture du Q3 le 28 novembre 2014.

Pour les questionnaires du second semestre de novembre 2014 à mai 2015 :

- Q1 : lancement le 28 novembre, puis relances par courriel les 5, 12 et 19 décembre puis relances téléphoniques jusqu'au 26 décembre 2014. Clôture du Q1 le 26 décembre 2014.
- Q2 : lancement le 6 février, puis relances par courriel les 13, 20 et 27 février puis relances téléphoniques jusqu'au 6 mars 2015. Clôture du Q2 le 6 mars 2015.
- Q3 : lancement le 1er mai, puis relances par courriel les 8, 15 et 22 mai puis relances téléphoniques jusqu'au 29 mai 2015. Clôture du Q3 le 29 mai 2015.

3.2 Questionnaires envoyés aux MSU

(Annexe 8.9)

Nous les appellerons les questionnaires MSU. Ils ont été envoyés par courriel, après les six mois de stage, avec une introduction explicative sur le contexte et l'anonymisation de notre thèse.

Il y avait 180 MSU au semestre de mai 2014 et novembre 2014 et 179 MSU au

semestre de novembre 2014 à mai 2015. Au total sur ces deux semestres, nous avons contacté 188 MSU différents. Ils ont reçu un questionnaire à la fin de chaque semestre. Il comportait des questions fermées, des questions ouvertes, des questions à choix simple ou multiple et des réponses libres. Le questionnaire était composé des six mêmes parties que celles des questionnaires internes.
Nous avons relancé les MSU par courriel à 7 jours, 15 jours, 21 jours puis appelé les MSU ou leur secrétariat médical vers le 28^{e} jour après le lancement du questionnaire.
Pour les questionnaires du semestre de mai à novembre 2014 : lancement le 31 octobre 2014 puis relances par courriel les 7, 14 et 21 novembre puis relances téléphoniques entre le 24 et le 28 novembre 2014. Clôture du questionnaire le 31 décembre 2014.
Pour le questionnaire du semestre de novembre 2014 à mai 2015 : lancement le 30 avril 2015 puis relances par courriel les 7, 15 et 22 mai puis relances téléphoniques du 26 au 29 mai 2015. Clôture du questionnaire le 30 juin 2015.

Nous avons envoyé 1077 questionnaires Internes et 359 questionnaires MSU.

Pour savoir qui avait répondu à notre questionnaire et ne relancer que ceux qui ne l'avaient pas encore fait, les internes et MSU ont dû indiquer qui ils étaient.
Les questionnaires ont été récupérés grâce à un lien direct sur tableur (Excel®).
Nous avons rendu anonyme tous les questionnaires en attribuant un numéro à chaque duo MSU – Interne. Ce numéro n'a été affecté ni par ordre alphabétique, ni par ordre de trinôme afin de respecter une attribution aléatoire. De ce fait un interne, ayant plusieurs MSU, a plusieurs numéros.

Parmi tous les questionnaires reçus, nous avons comparé les réponses des internes à celles des MSU. Nous avons fait une comparaison sur les réponses globales.
Pour préparer et orienter les entretiens, nous avons fait des fiches récapitulatives pour chaque numéro de MSU. Une fiche était qualifiée de complète lorsque nous avions pu la remplir par les quatre questionnaires (trois questionnaires Interne et le questionnaire MSU).

3.3 Entretiens

Nous avons réalisé des entretiens qualitatifs auprès de six internes et treize MSU ayant pour objectif d'affiner nos résultats par des données qualitatives.

Nous avons choisi les internes et MSU pour ces entretiens, en fonction de la description de la qualité supposée de leur supervision (« bonne / moyenne / mauvaise ») et de leurs données personnelles. Initialement nous avions choisi quinze duos (cinq de chaque catégorie).

Nous avons alors levé l'anonymat pour réaliser les entretiens : ceux du premier semestre aux mois de février et mars 2015 et ceux du deuxième semestre aux mois de juin et juillet 2015.

Les entretiens étaient semi-dirigés, de durée libre, réalisés sur le lieu de travail, à la faculté de Nantes ou au domicile des internes et MSU. Les entretiens ont duré entre 20 minutes et 1h15. Ils ont été enregistrés sur téléphone puis retranscrits par écrit avec un logiciel de traitement de texte (Word®).

La trame des entretiens était :

1. Comment avez-vous vécu le questionnaire ?
2. Quel est votre ressenti concernant la supervision ?

2 bis. Est-ce que vous éprouvez des difficultés ? Êtes-vous à l'aise ?

3. Comment vous sentez-vous quand c'est vous qui consultez ?

3 bis. Et quand c'est l'interne/le MSU ?

4. Comment évolue la supervision au cours du stage ?
5. Pour vous la supervision prend combien de temps ?

5 bis. Pour vous la supervision c'est quoi ?

6. Si vous aviez quelque chose à changer, qu'est-ce que cela serait ?

7_{MSU}. Comment ressentez-vous votre rôle de MSU ? Quelles sont vos motivations pour être MSU ?

$7_{Interne}$. Avez-vous aimé votre stage praticien ? Avez-vous aimé votre formation ?

8. Que pensez-vous de la nouvelle fiche d'évaluation ?

Pour l'analyse des verbatim, les trois doctorants ont fait une analyse croisée qui a permis de faire ressortir les principales idées communes ou récurrentes des différents entretiens.

4 Résultats

4.1 Questionnaires Internes

Nous avons reçu 251 réponses pour le Q1, 264 pour le Q2 et 263 pour le Q3, soit un total de 778 questionnaires (72,2%).
103 internes ont répondu à au moins un des trois questionnaires, soit un taux de participation de 88,8%.

4.1.1 Données personnelles sur la population des internes ayant participé

92 internes ont répondu à la partie de notre questionnaire sur les données personnelles. Nous avons récupéré les informations concernant le nombre de semestres et les stages obligatoires de la maquette validés via le Syndicat des Internes de Médecine Générale de l'Ouest (SIMGO), ainsi nous avons la totalité des réponses (103) sur ces deux questions.
Il y a 72 femmes (70%) et 31 hommes (30%) qui ont répondu à nos questionnaires.
L'âge moyen des internes est de 26,5 ans, répartis selon le tableau 1.

Tableau 1 : Âge des internes

Age (années)	**Nombre réponses internes (n = 92)**	
25	16	(17%)
26	33	(36%)
27	31	(34%)
28	11	(12%)
29	0	(0%)
30 ou plus	1	(1%)

Tableau 2: Nombre de semestres validés

Nombre de semestres validés	Nombre réponses internes (n = 103)
2	17 (16%)
3	37 (36%)
4	33 (32%)
5	16 (16%)

Une majorité des internes était au moins en 4e semestre (84%) et avait déjà validé les 3 autres stages de la maquette obligatoire.

Tableau 3 : Stages de la maquette obligatoire validés

Stages obligatoires de la maquette validés	Nombre réponses internes (n = 103)
Urgences	92 (89%)
Gynécologie/pédiatrie	79 (77%)
Médecine adulte polyvalente	89 (86%)

Sur les 92 internes ayant répondu, 13 internes (12,6%) étaient inscrits à un Diplôme d'Études Spécialisées Complémentaire (DESC).

4.1.2 Réunions de trinôme

A cette question, nous avons reçu :

- Q1 = 251 réponses ;
- Q2 = 264 réponses ;
- Q3 = 263 réponses.

Une réunion de trinôme (RT) a eu lieu pour :

- 60% des internes en début de stage ;
- seulement 45 % des internes en milieu de stage ;
- pour la plupart des internes (88%) en fin de stage.

Nous n'avons pas proposé la réponse « ni réunion de trinôme, ni discussion avec MSU autour de la supervision », de ce fait tous les internes ont répondu aux questions sur le contenu des RT.

4.1.2.1 Contenu de la réunion de trinôme de début de stage ou discussion avec MSU en début de stage

Les réponses obtenues sont :

- Identification des compétences acquises de l'interne : 206 (82%).
- Identification des besoins de l'interne : 188 (75%).
- Supervision abordée : 144 (57%).
- Programme d'apprentissage particulier : 46 (18%).
- Fiche d'évaluation de stage lue avec leur MSU : 57 (23%).

4.1.2.2 Contenu de la réunion de trinôme de milieu de stage ou discussion avec MSU en milieu de stage

Les réponses obtenues sont :

- Difficultés rencontrées en stage praticien : 184 (70%).
- Progression de l'interne : 168 (64%).
- Supervision abordée : 155 (59%).
- Mise en place un programme particulier d'apprentissages : 72 (27%).
- Fiche d'évaluation de fin de stage lue pour voir l'évolution de l'interne : 49 (19%).

4.1.2.3 Contenu de la réunion de trinôme de fin de stage ou discussion avec MSU en fin de stage

Les réponses obtenues sont :

- Supervision abordée : 219 (83%).
- Fiche d'évaluation remplie : 230 (87%).
- Identification des compétences acquises au cours du stage : 221 (84%).
- Identification des difficultés rencontrées au cours du stage : 231 (88%).

Au moment du dernier questionnaire, 98% des internes ont répondu avoir été informé que leur stage praticien avait été validé (un interne ne le savait pas, et a répondu pour ses trois MSU ce qui donne trois réponses « ne sait pas »).

4.1.3 Phase d'observation active (OA)

4.1.3.1 Durée de la phase d'OA

4.1.3.1.1 Questionnaire de fin du 1er mois (Q1)

97% des questionnaires internes (244) déclarent avoir eu une phase d'OA auprès de leur MSU.

Tableau 4 : Durée de la phase OA (Q1)

Durée OA au Q1	**Nombre réponses internes (n = 244)**
1 semaine	41 (17%)
2 semaines	26 (11%)
3 semaines	37 (15%)
4 semaines	45 (18%)
Toujours en cours à la fin du 1er mois	95 (39%)

Nous constatons donc que 61% des questionnaires internes disent ne plus être en phase d'OA à partir de la 5e semaine du stage.

4.1.3.1.2 Questionnaire de fin du 3e mois (Q2)

Au début du 4e mois, 92% des questionnaires internes déclarent avoir eu une phase d'OA, et il n'y a plus que 53 questionnaires internes (22%) qui déclarent encore faire de l'OA avec leur MSU.

Tableau 5 : Durée de la phase d'OA (Q2)

Durée OA au Q2	**Nombre réponses internes (n = 244)**
1 mois	103 (42%)
2 mois	63 (26%)
3 mois	25 (10%)
Phase en cours au début du 4e mois	53 (22%)

4.1.3.1.3 Questionnaire de la fin de stage (Q3)

À la fin du stage, c'est toujours la même proportion des questionnaires internes (92%) qui répond avoir eu une phase d'OA auprès de leur MSU.

Tableau 6 : Durée de la phase d'OA (Q3)

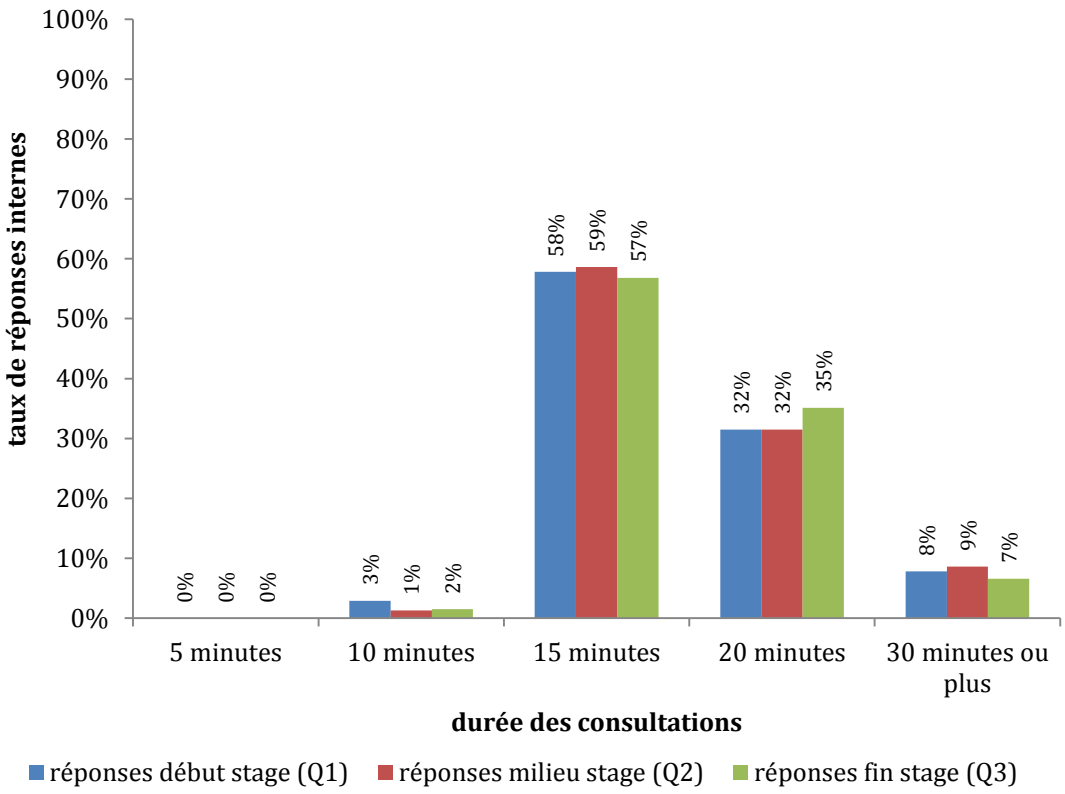
Durée OA au Q3	Nombre réponses internes (n = 225)
1 mois	77 (34%)
2 mois	68 (30%)
3 mois	24 (11%)
4 mois	6 (3%)
5 mois	5 (2%)
6 mois	45 (20%)

Dans la plupart des questionnaires internes (64%) la phase d'OA a duré moins de 2 mois, et dans 45 questionnaires internes (20%) la phase d'OA s'est déroulée durant la totalité du stage.

4.1.3.2 Durée des consultations des MSU durant la phase d'OA

Pour la majorité des internes, la durée prévue des consultations du MSU en OA est de 15 à 20 minutes. Cette durée reste stable durant le semestre.

Figure 1 : Durée des consultations en OA

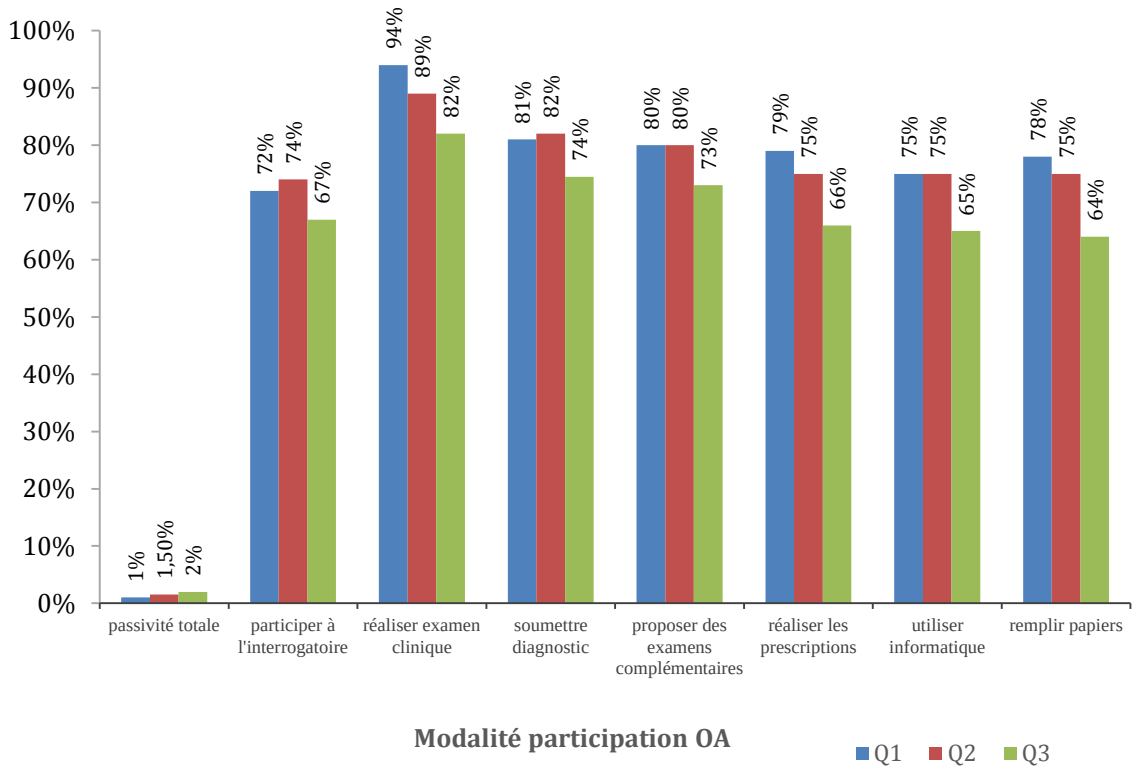


4.1.3.3 Participation des internes en phase d'OA

Plus de 60 % des questionnaires internes participent à tous les moments de la consultation (interrogatoire, examen clinique, diagnostic, examens complémentaires, prescriptions, informatique, administratif).

Moins de 2% des questionnaires internes répond avoir vécu une passivité totale en phase d'OA.

Figure 2 : Modalité de participation des internes en OA



4.1.3.4 Temps avant la consultation pour présenter le patient à l'interne en phase d'OA

Pour 152 (60,5%) questionnaires internes au Q1, 141 (53,4%) au Q2 et 120 (45,6%) au Q3, il existe un temps dédié avant la consultation pour que le MSU présente le prochain patient.

4.1.3.5 Proposition par le MSU d'observer un élément spécifique de la consultation en phase d'OA

Les internes déclarent que leur MSU leur demande d'observer un élément spécifique de la consultation pour 56 (22%) questionnaires internes au Q1, 57 (21,6%) au Q2 et 67 (25,5%) au Q3.

4.1.3.6 Supervision en phase d'OA

4.1.3.6.1 Supervision en OA

Tableau 7 : Réalisation d'une supervision en OA

	Oui	**Non**	**Variable selon consultations**
Réponses Q1	63 (26%)	74 (30%)	107 (44%)
Réponses Q2	85 (35%)	52 (21%)	107 (44%)
Réponses Q3	75 (33%)	48 (21%)	102 (46%)

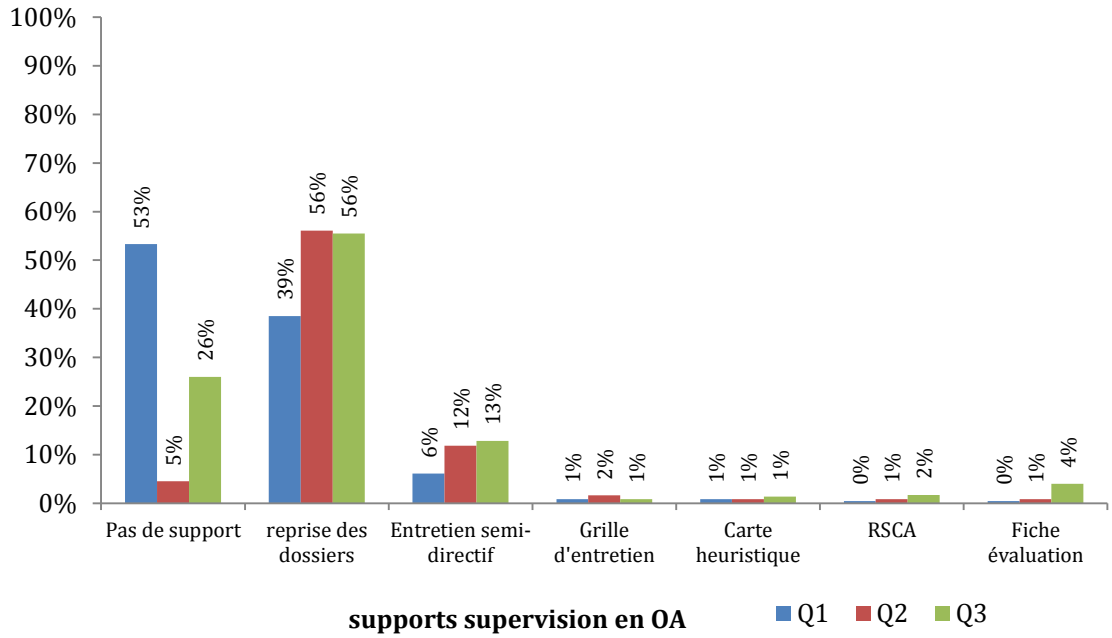
4.1.3.6.2 Retour rapide juste après les consultations en OA

Tableau 8 : Retour rapide (et non supervision) en OA

	Oui	**Non**	**Variable selon consultations**
Réponses Q1	92 (38%)	49 (20%)	103 (42%)
Réponses Q2	94 (39%)	42 (17%)	108 (44%)
Réponses Q3	77 (34%)	36 (16%)	112 (50%)

4.1.3.6.3 Supports utilisés pour la supervision ou le retour rapide en OA

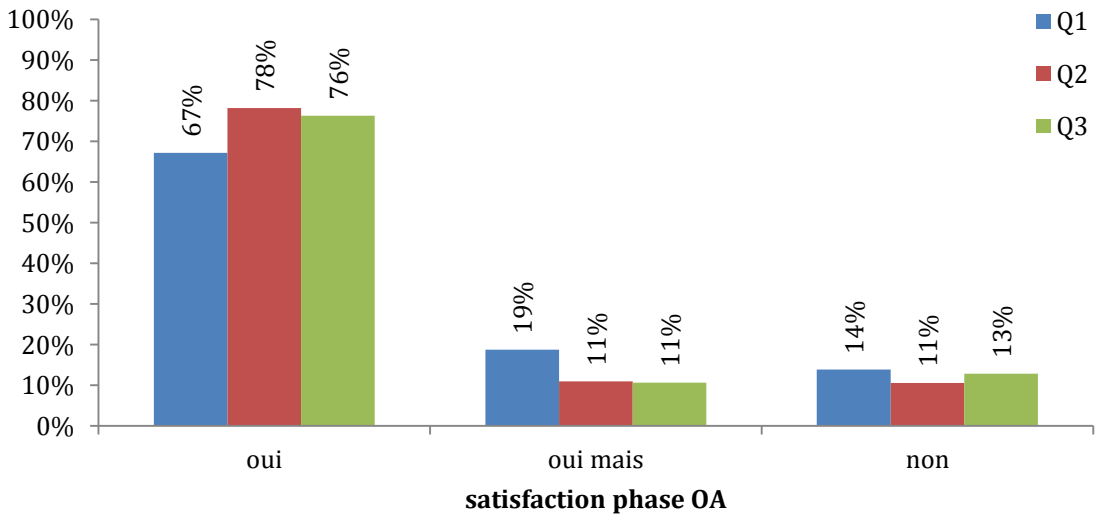
Figure 3 : Supports utilisés pour retour selon internes en OA



La plupart des internes réalise une supervision sans support ou par une reprise des dossiers des patients.

4.1.3.7 Satisfaction de la phase d'OA

Figure 4 : Satisfaction des internes en phase d'OA



Les internes se sont dits majoritairement satisfaits de cette phase. Principalement car elle est « *nécessaire afin d'observer le MG dans sa pratique, connaitre les locaux, la patientèle…* », parce que le MSU présentait les patients avant la consultation. Mais

aussi parce qu'ils étaient « *actifs dans la consultation* », que le « *MSU était à l'écoute de leurs attentes* » et que la « *supervision était bien menée* ». Ils prenaient cette phase comme une « phase de mise en confiance ». Certains se sont dit tout simplement « *content d'être en ambulatoire* ».

Lors des Q2 et Q3, d'autres commentaires sont apparus comme le fait que les internes trouvaient bénéfique que la « *phase ne soit pas trop longue »,* mais qu'il y ait quand même une « *alternance de phase* » et « *un retour en OA* », d'autant plus quand il y avait un « *apprentissage ciblé* ». Certains ont vécu cette phase comme étant plutôt du « *compagnonnage* » car ils avaient l'impression de « *consulter à 2* ».

Il y avait tout de même entre 20 et 30% des questionnaires où l'interne est partiellement ou pas du tout satisfait. Principalement parce qu'ils étaient « *peu intégré à la consultation* » voir « *complètement passif* » notamment concernant « *l'interrogatoire* » et « *la prise en compte de l'avis de l'interne* » ce qui a pu « *jouer sur la relation avec le patient* ». Aussi parce qu'il y avait « *peu ou pas de supervision* », un « *manque de temps* » important, et pas de « *présentation des patients avant la consultation* ». Certains ont déclaré avoir été très « *peu de temps dans cette phase* », voir « *pas du tout* ».

Lors des Q2 et Q3, d'autres commentaires sont apparus, comme le fait que la phase d'OA était « *trop longue* », ou qu'ils avaient « *le sentiment d'être la petite main pour faire la paperasse* », voir même « *un sentiment de solitude et d'ennui profond* ». Certains subissaient des « *critiques difficiles* » devant les patients, ou avaient « *le sentiment que leur MSU n'avait pas envie de les former* ». Des internes pensaient cette « *phase moins formatrice en fin de stage* ».

4.1.4 Phase de supervision directe (SD)

4.1.4.1 Durée de la SD

4.1.4.1.1 Questionnaire de fin de premier mois (Q1)

A la fin du premier mois, 162 questionnaires internes (64%) déclarent être ou avoir été en phase de SD et 89 (35%) répondent ne pas en avoir eu.

Tableau 9 : Début de la SD (Q1)

Début de SD (Q1)	Nombre réponses d'internes (n = 162)
1ère semaine	32 (19,7%)
2e semaine	49 (30,2%)
3e semaine	46 (28,3%)
4e semaine	24 (14,8%)
5e semaine	6 (3,7%)
6e semaine	3 (1,8%)
7e semaine	2 (1,2%)

Tableau 10 : Durée de la SD (Q1)

Durée de la SD (Q1)	Nombre réponses d'internes (n = 162)
1 semaine	6 (3,7%)
2 semaines	4 (2,5%)
3 semaines	4(2,5%)
4 semaines	6(3,7%)
Toujours en cours à la fin du 1er mois	142 (87,6%)

Pour la majorité des réponses aux questionnaires internes (142 questionnaires soit 87,6%) la SD est toujours présente lors de la réponse au Q1.

4.1.4.1.2 Questionnaire de milieu de stage (Q2)

Au milieu du stage, 234 questionnaires internes (89%) répondent être ou avoir été en SD, et 30 (11%) répondent ne pas en avoir eu.

Tableau 11 : Début de la SD (Q2)

Début de la SD (Q2)	Nombre réponses d'internes (n = 234)
1er mois	92 (39,3%)
2e mois	105 (44,9%)
3e mois	33 (14,1%)
4e mois	4 (1,7%)

Pour la moitié des réponses aux questionnaires des internes, la SD est toujours présente au début du 4e mois.

Tableau 12 : Durée de la SD (Q2)

Durée de la SD (Q2)	**Nombre réponses d'internes (n = 234)**
1 mois	43 (18,4%)
2 mois	54 (23,1%)
3 mois	7 (3%)
Phase en cours au début du 4e mois	130 (55,5%)

4.1.4.1.3 Questionnaire de fin de stage (Q3)

A la fin du stage, 220 questionnaires internes (83,6%) déclarent être ou avoir été en phase de SD et 43 (16,4%) répondent ne pas en avoir eu durant le stage.

Tableau 13 : Début de la SD (Q3)

Début de SD (Q3)	**Nombre réponses d'internes (n = 220)**
1er mois	94 (42,7%)
2e mois	72 (32,7%)
3e mois	39 (17,7%)
4e mois	9 (4,1%)
5e mois	5 (2,3%)
6e mois	1 (0,5%)

Pour ¼ des réponses la SD a eu lieu durant tout le stage.

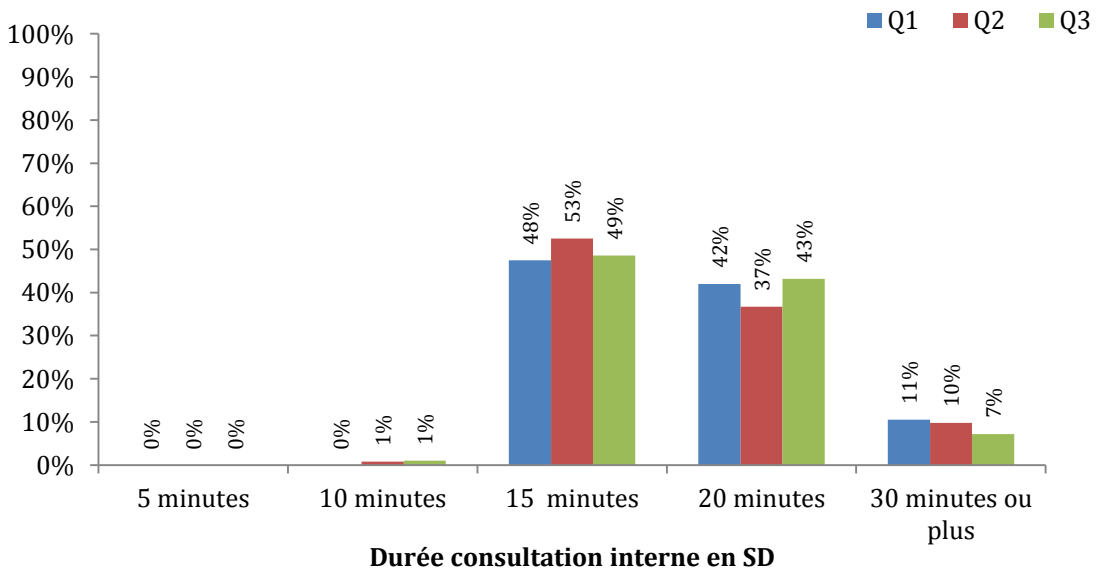
Tableau 14 : Durée de la SD (Q3)

Durée de SD (Q3)	**Nombre réponses d'internes (n = 220)**
1 mois	24 (11%)
2 mois	62 (28,2%)
3 mois	30 (13,6%)
4 mois	23 (10,4%)
5 mois	24 (10,9%)
6 mois	57 (25,9%)

4.1.4.2 Durée prévue pour les consultations de l'interne en SD

Pour la majorité des réponses aux trois questionnaires Internes, les créneaux prévus de consultation en SD se situent entre 15 et 20 minutes.

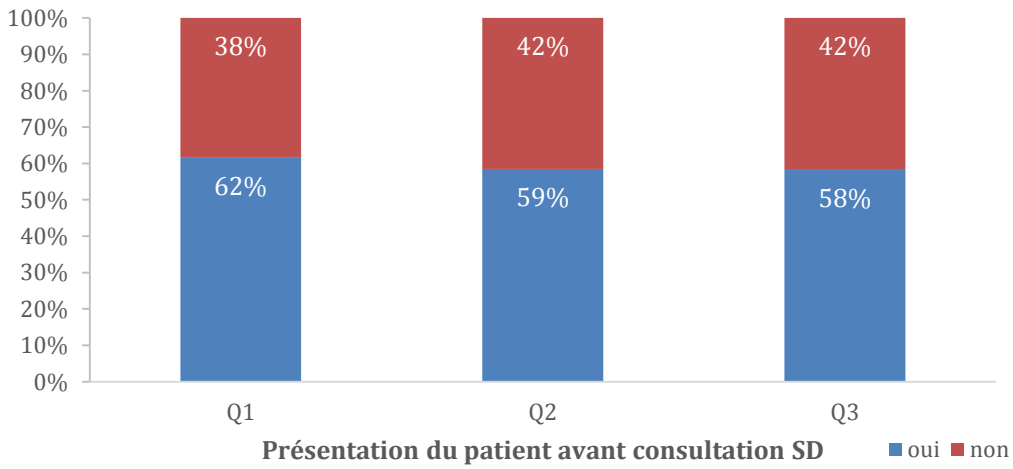
Figure 5 : Durée des consultations de l'interne en SD selon internes



4.1.4.3 Temps avant la consultation pour présenter le prochain patient et sa situation à l'interne en SD

Pour les trois questionnaires, environ 60% des questionnaires Internes ont répondu que leur MSU prenait un temps avant les consultations pour présenter le patient suivant.

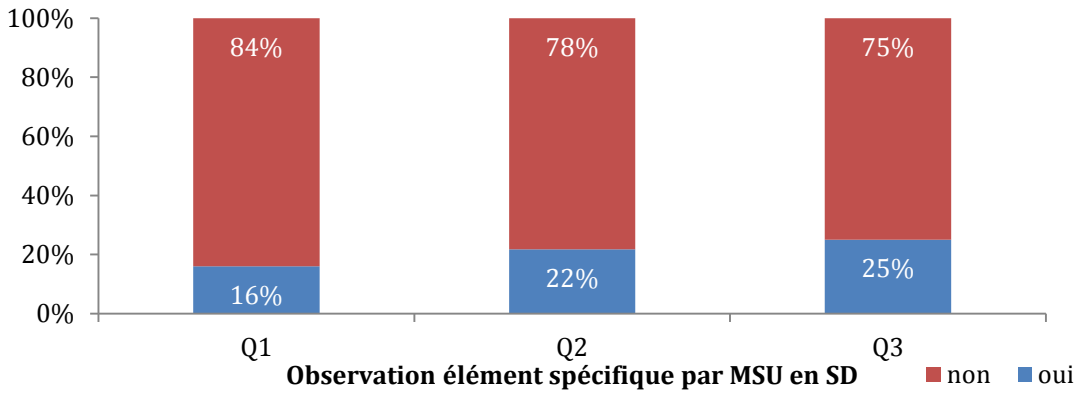
Figure 6 : Présentation du patient avant consultation en SD selon internes



4.1.4.4 Observation par le MSU d'un élément spécifique de la consultation de l'interne en SD

Environ 20% des questionnaires Internes rapportent que les MSU observaient un élément spécifique durant les consultations en SD, pour les trois questionnaires.

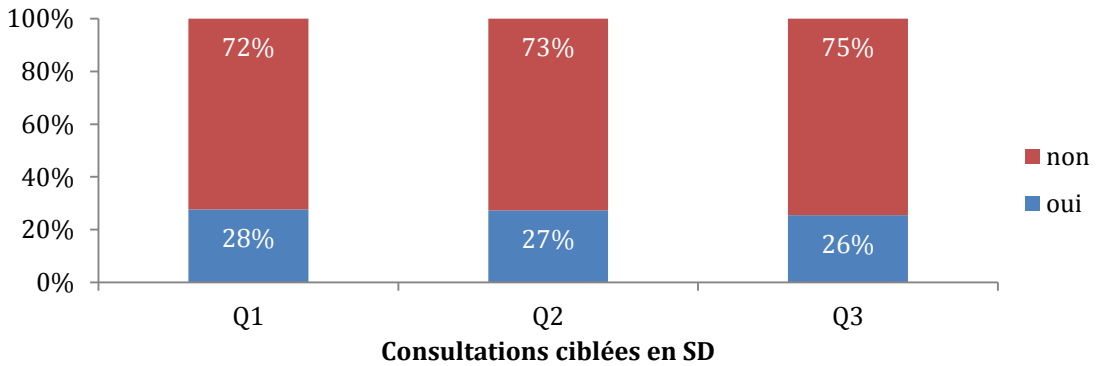
Figure 7 : Observation d'un élément spécifique par le MSU en SD selon internes



4.1.4.5 Consultations ciblées en SD

Durant le stage, il y a entre 25% et 27% des questionnaires Internes qui disent que leur MSU organisait des consultations ciblées.

Figure 8 : Consultations ciblées en SD selon internes



4.1.4.6 Intervention du MSU durant la consultation en SD

Les modalités d'intervention des MSU durant les consultations en SD peuvent-être spontanées ou à la demande de l'interne. Dans environ 80% des questionnaires Internes, l'interne n'a jamais le sentiment d'une critique de sa prise en charge en présence du patient.

Figure 9 : Intervention du MSU en SD selon internes au Q1

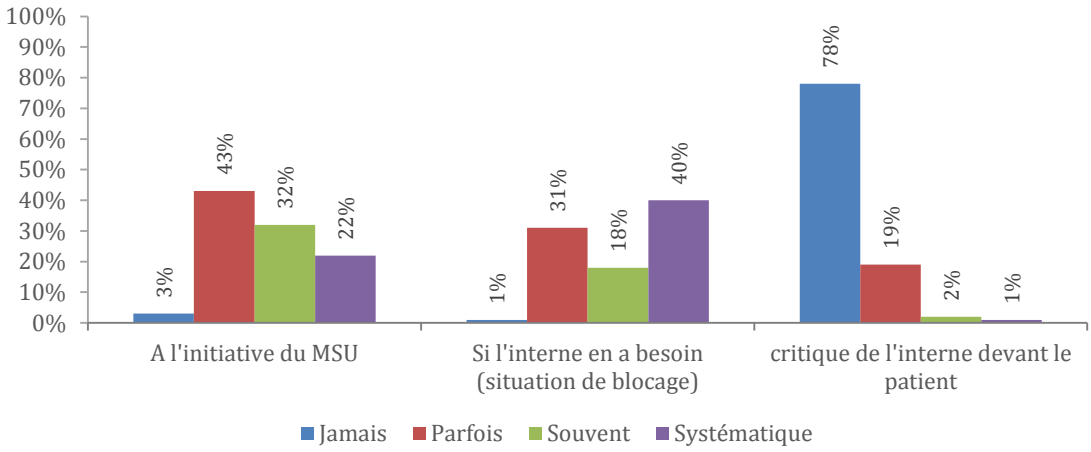


Figure 10 : Intervention du MSU en SD selon internes au Q2

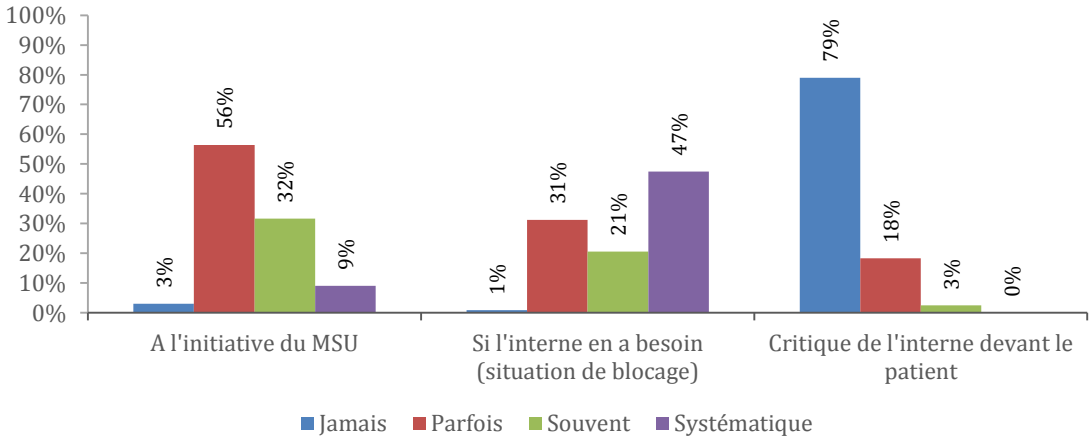
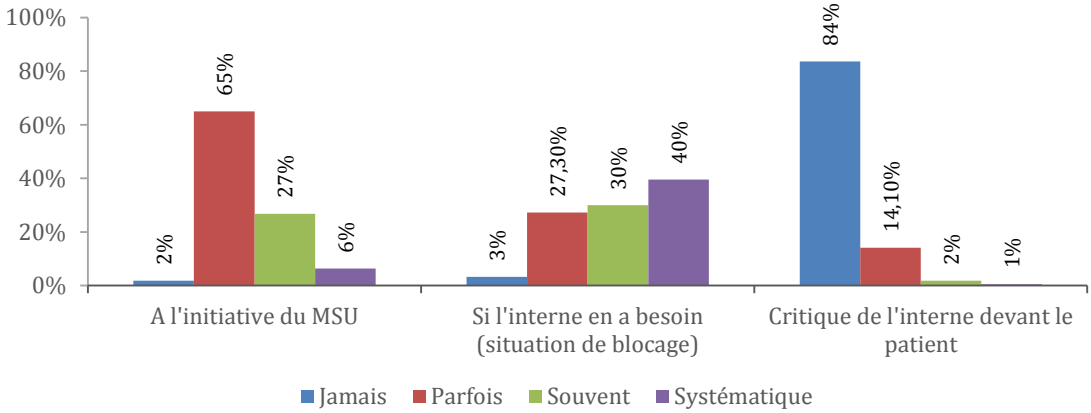


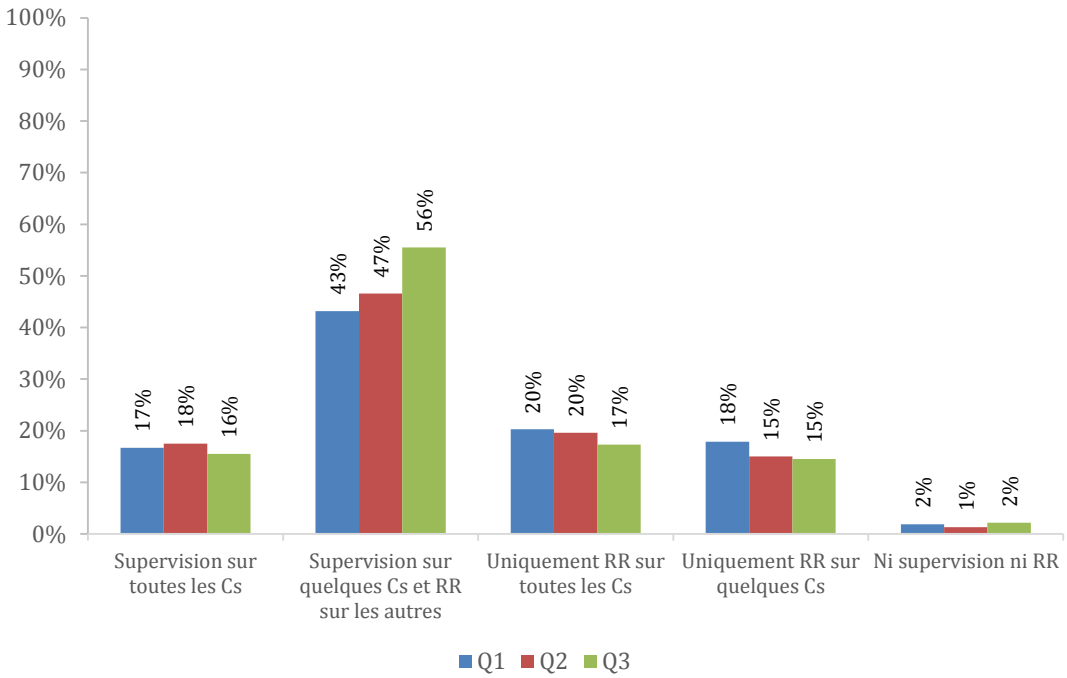
Figure 11 : Intervention du MSU en SD selon internes au Q3



4.1.4.7 Supervision en phase de SD

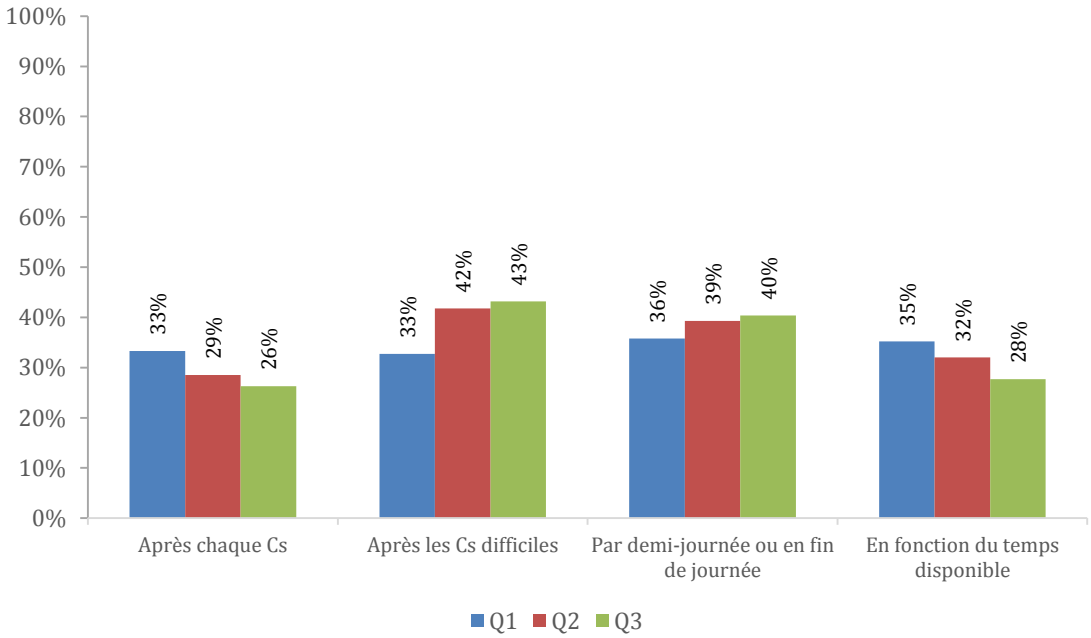
4.1.4.7.1 Présence de supervision ou retour rapide (RR) en SD

Figure 12 : Supervision ou RR en SD selon internes



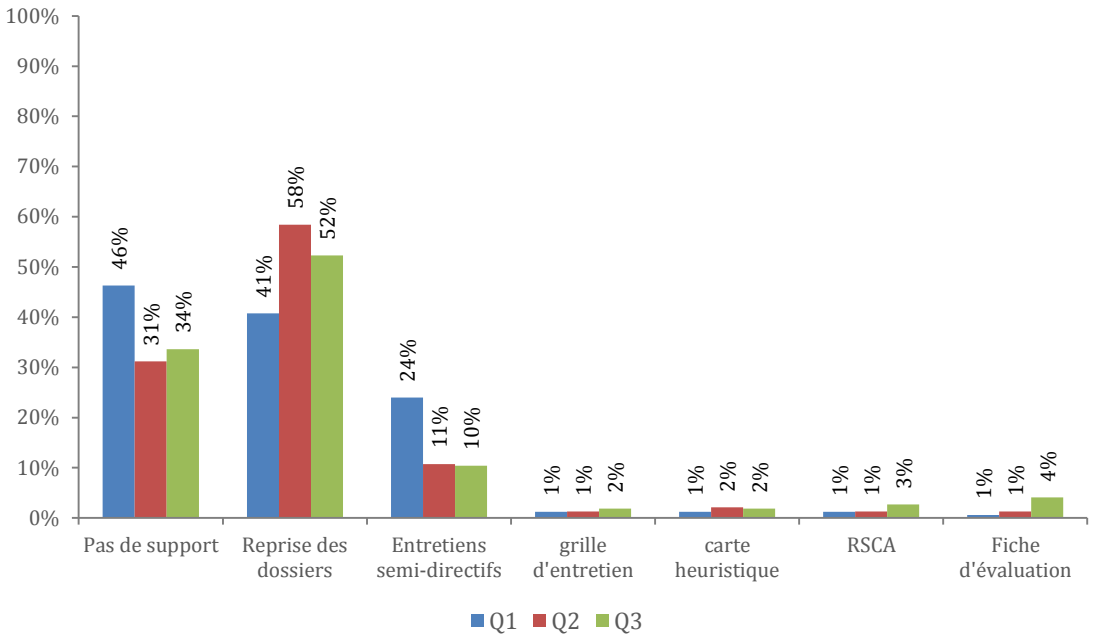
4.1.4.7.2 Moment de la supervision ou du RR

Figure 13 : Moment de la supervision ou du RR en SD selon internes



4.1.4.7.3 Supports utilisés pour la supervision ou le RR

Figure 14 : Supports utilisés pour supervision ou RR en SD selon internes



La réponse « autres supports proposés » a été retrouvée dans 1 à 5% des questionnaires, avec en réponse libre : utilisation de la "*marguerite*", "*référentiel sur internet*", "*article*", "*cahier*", "*livres*", et "*discussion*".

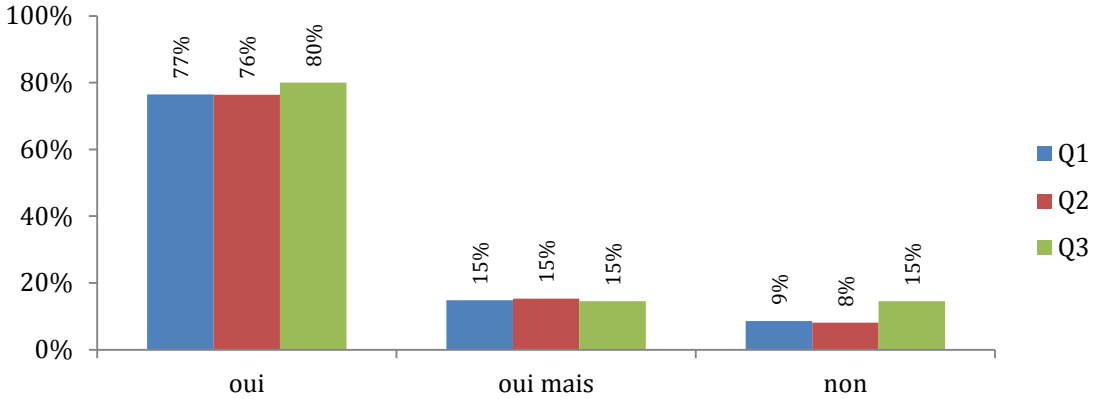
4.1.4.7.4 Supervision en cas de consultation difficile ou riche pédagogiquement

Tableau 15 : Supervision en cas de consultation difficile ou riche pédagogiquement en SD

Supervision consultation riche ou difficile en SD	**Q1 (n = 162)**	**Q2 (n = 234)**	**Q3 (n = 220)**
Temps plus long pour approfondir	85 (52,5%)	152 (65%)	140 (64%)
Prescription pédagogique/recherche à effectuer	36 (22,2%)	33 (14%)	40 (18%)
RSCA	2 (1%)	4 (1,7%)	5 (2%)
Rien	47 (29%)	71 (30,3%)	57 (26%)

4.1.4.7.5 Satisfaction de la phase de SD

Figure 15 : Satisfaction de la phase de SD



Les internes se sont dits majoritairement satisfaits de cette phase. Principalement car ils avaient une « *autonomie suffisante* » avec des « *interventions du MSU adapté* », une « *bonne supervision* », un « *MSU à l'écoute* » sur une *« phase de mise en confiance »* avec des *« critiques constructives, sans jugement »*. 3 questionnaires semblaient plutôt faire référence à une phase de SI.

Lors des Q2 et Q3, d'autres commentaires sont apparus comme le fait que les internes trouvaient intéressant « *l'alternance entre les phases* », avaient la sensation *« d'une phase de mise en confiance avant les consultations seul »*, et trouvaient un intérêt d'avoir *« des consultations plus ciblées sur certains apprentissages »*.

Certains ont vécu cette phase comme étant plutôt du *« compagnonnage »* avec « *l'impression de consulter à deux de façon naturelle* ».

Il y avait tout de même entre 22% au Q1 - Q2 et 30% au Q3 des questionnaires où l'interne est partiellement ou pas du tout satisfait. Principalement parce que la phase avait été *« mise en place trop rapidement »*, il y avait *« peu ou pas de supervision »*, il était *« difficile d'être observé, avec le sentiment de ne pas être naturel »* parfois même certains internes subissaient « *des critiques devant le patient difficile à vivre* », un *« sentiment de solitude avec un MSU qui n'écoute pas ou n'a pas envie de former l'interne »*, ou *« des interventions inappropriées du MSU ou trop importantes »* avec « *le sentiment de devoir adapter sa pratique à celle de son MSU* » tout cela parfois *« en mettant à mal la relation que l'interne essayait d'avoir avec le patient. »*.

Des commentaires comme *« l'absence de présentation des patients »* ou le *« manque de temps »* ont à nouveau été présent.

4.1.5 Phase de supervision indirecte (SI)

4.1.5.1 Durée de la SI

4.1.5.1.1 Questionnaire de fin du premier mois (Q1)

A la fin du premier mois, 38 questionnaires internes (15,1%) déclarent être ou avoir été en phase de supervision indirecte et 204 (81,3%) répondent ne pas encore en avoir eu.

Tableau 16 : Début de la SI au Q1

Début de SI au Q1	**Nombre de réponses d'internes (n = 47)**
1ère semaine	12 (25,5%)
2e semaine	10 (21,5%)
3e semaine	7 (15%)
4e semaine	9 (19%)
5e semaine	4 (8,5%)
6e semaine	4 (8,5%)
7e semaine	1 (2%)

4.1.5.1.2 Questionnaire de milieu de stage (Q2)

Au milieu de stage, 207 questionnaires internes (78,5%) déclarent être ou avoir été en phase de SI et 57 (21,5%) répondent ne pas encore en avoir eu.

Tableau 17 : Début de la SI au Q2

Début SI au Q2	**Nombre de réponses d'internes (n = 207)**
1er mois	28 (13,5%)
2e mois	54 (26%)
3e mois	87 (42%)
4e mois	38 (18,5%)

4.1.5.1.3 Questionnaire de fin de stage (Q3)

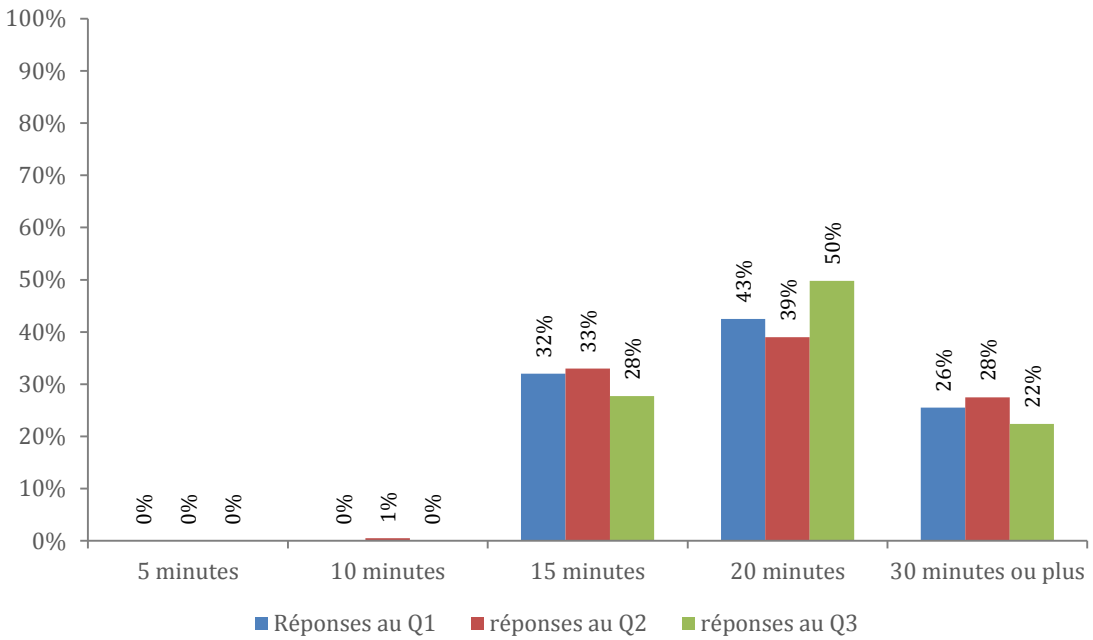
A la fin du stage, 245 questionnaires internes (93%) déclarent être ou avoir été en phase de SI et 18 (7%) répondent ne pas en avoir eu.

Tableau 18 : Début de la SI au Q3

Début SI au Q3	Nombre de réponses internes (n = 245)
1er mois	27 (11,1%)
2e mois	39 (16%)
3e mois	68 (27,9%)
4e mois	54 (22,1%)
5e mois	42 (17,2%)
6e mois	14 (5,7%)

4.1.5.2 Durée des consultations de l'interne en SI

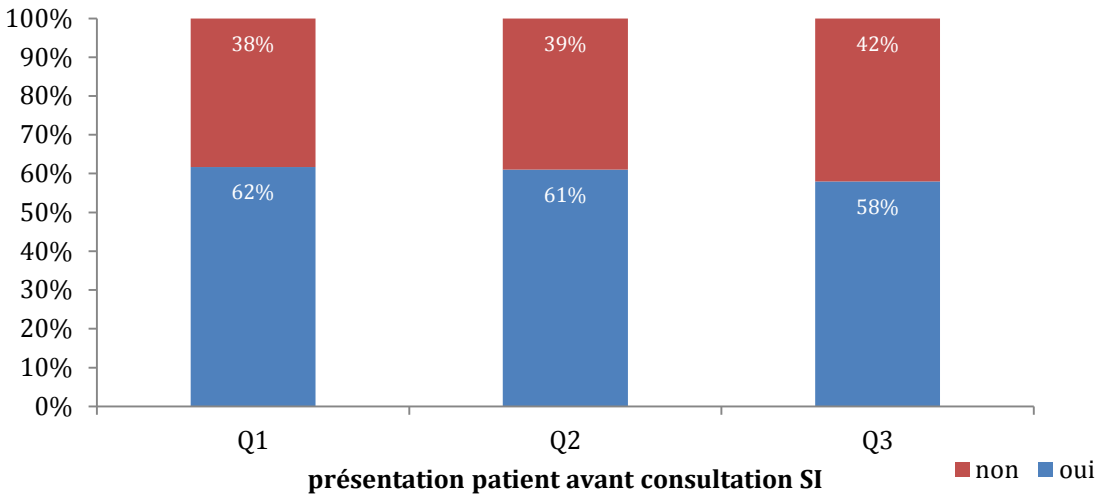
Figure 16 : Durée des consultations de l'interne en SI



4.1.5.3 Avant la consultation en SI, temps pour connaître patient seul ou avec MSU

Pour les trois questionnaires, environ 60 % des réponses disent avoir un temps avant la consultation pour apprendre à connaître le patient avant une consultation en SI.

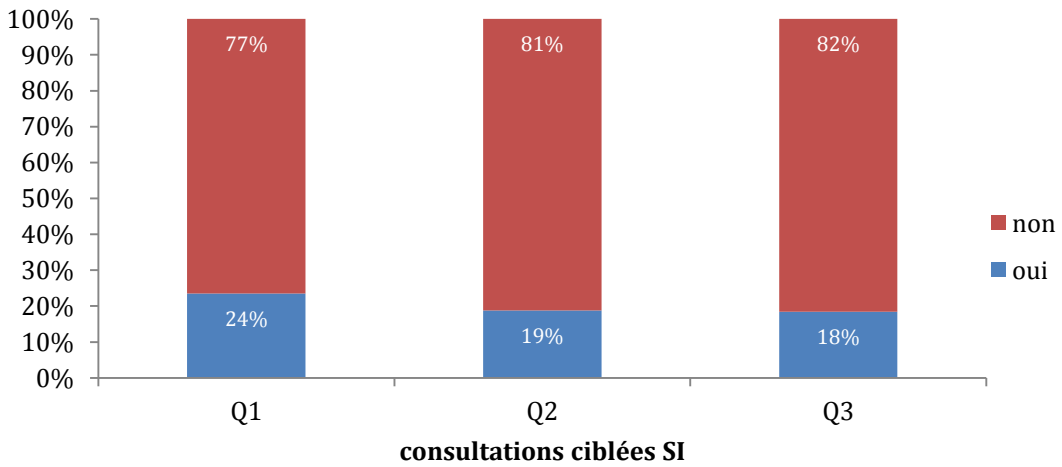
Figure 17 : Temps avant la consultation pour présentation patient SI



4.1.5.4 Consultations ciblées en SI

Aux trois questionnaires, autour de 20% des internes disent avoir eu en SI des consultations ciblées.

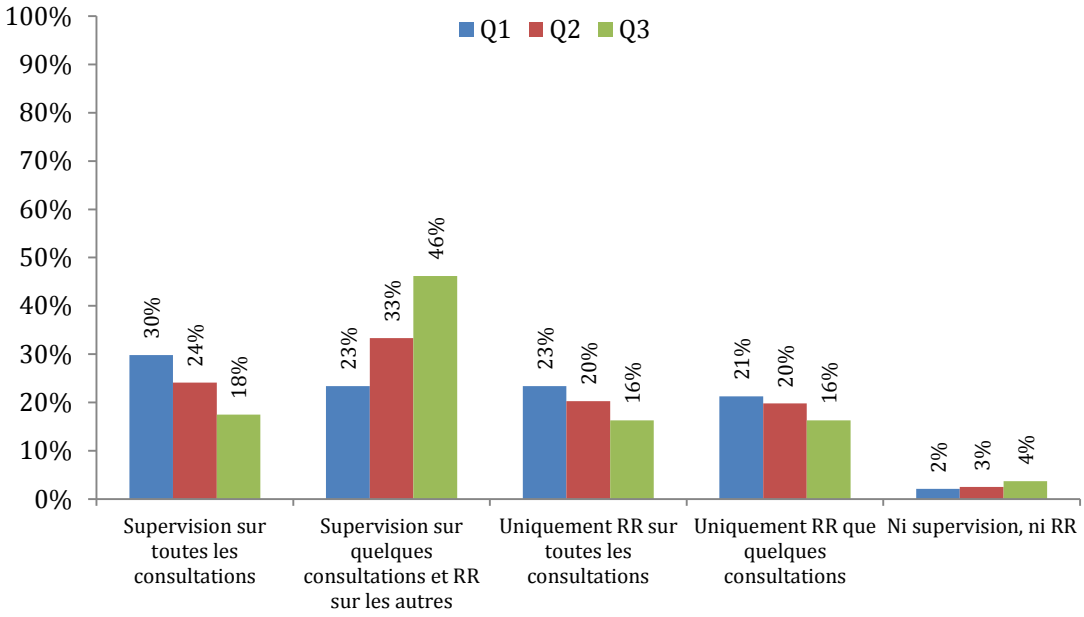
Figure 18 : Consultations ciblées en SI



4.1.5.5 Supervision en SI

4.1.5.5.1 Supervision ou RR en SI

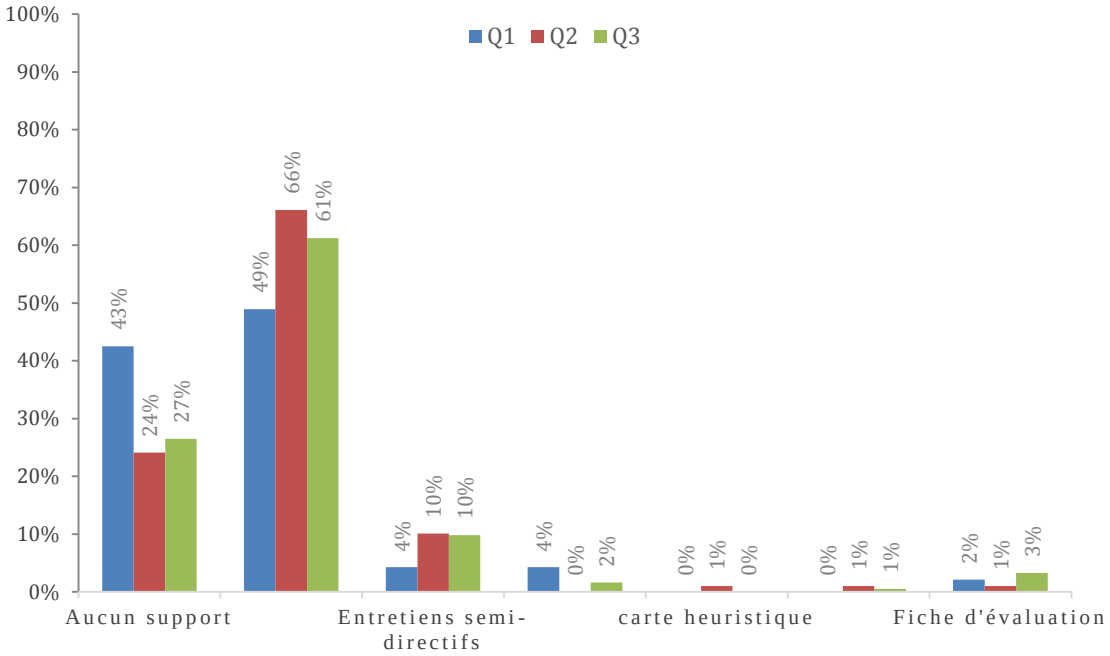
Figure 19 : Présence supervision ou RR en SI



4.1.5.5.2 Supports utilisés en SI

La plupart des internes a réalisé une supervision en SI sans support ou par une reprise des dossiers.

Figure 20 : Supports utilisés pour supervision en SI selon internes



La réponse « autres supports » a été répondue dans 1 à 7% des questionnaires, avec en texte libre : *« cahier », « article », « discussion », « recherche référentiel »*.

4.1.5.5.3 Présence physique du MSU dans le cabinet en SI

77% des réponses aux questionnaires ont déclaré que leur MSU était présent physiquement, à proximité durant leur mise en autonomie.

Tableau 19 : Présence du MSU dans le cabinet en SI

Présence physique MSU	**Oui systématiquement**	**Oui sauf si appel sur urgence**	**Non mais joignable et mobilisable facilement**	**Non mais joignable**	**Non, ni joignable, ni mobilisable**
Q1 n = 47	36 (76,6%)	2 (4,1%)	7 (14,9%)	1 (2,2%)	1 (2,2%)
Q2 n = 207	121 (58,5%)	46 (22,2%)	28 (13,5%)	11 (5,3%)	1 (0,5%)
Q3 n = 245	117 (47,7%)	63 (25,7%)	44 (18%)	21 (8,6%)	0

4.1.5.6 Journées entières seul(e) en SI

Progressivement les internes seraient de plus en plus mis en autonomie durant la progression du stage, avec presque 40% des réponses des internes au Q3.

Tableau 20 : Journées entières en autonomie complète

Journée entière autonome SI	**Oui**
Q1 n = 47	0
Q2 n = 207	34 (16,5%)
Q3 n = 245	93 (38%)

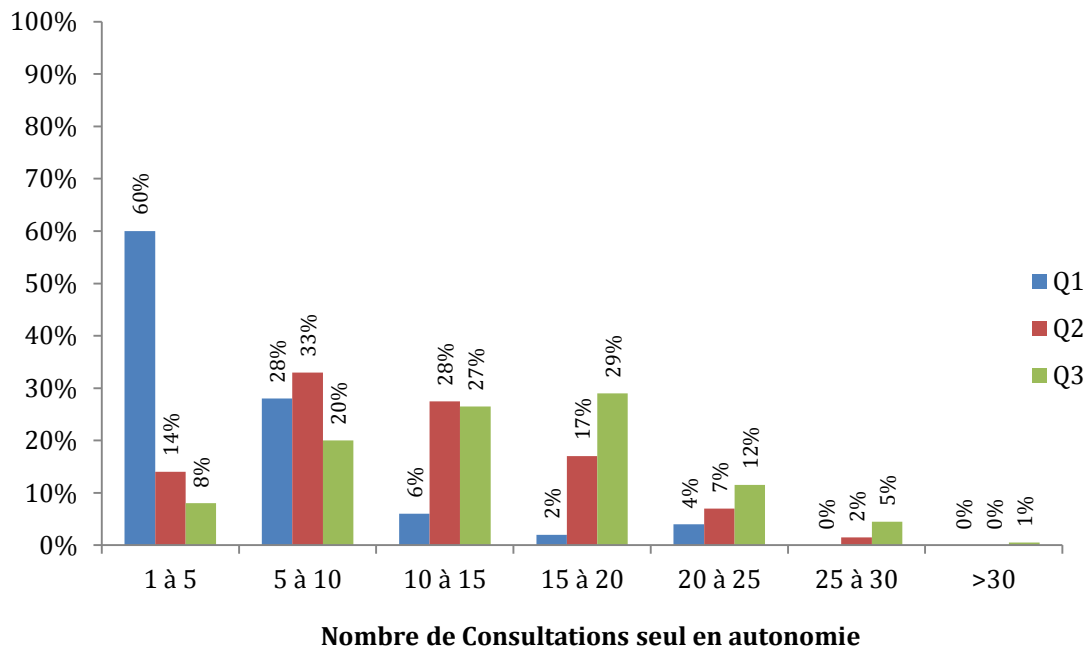
Nous avons alors demandé à ces internes s'ils avaient vu leur MSU en fin de journée : 15% des internes ayant fait une journée entière en autonomie complète n'ont pas vu leur MSU à l'issue de cette journée d'exercice seul. Pour le Q1, aucun interne ayant répondu avoir fait de journée complète en autonomie, personne n'a répondu à cette question.

Tableau 21 : Présence du MSU en fin de journée de SI

MSU vu le soir	**Non**
Q2 (n = 34)	5 (15%)
Q3 (n = 93)	14 (15%)

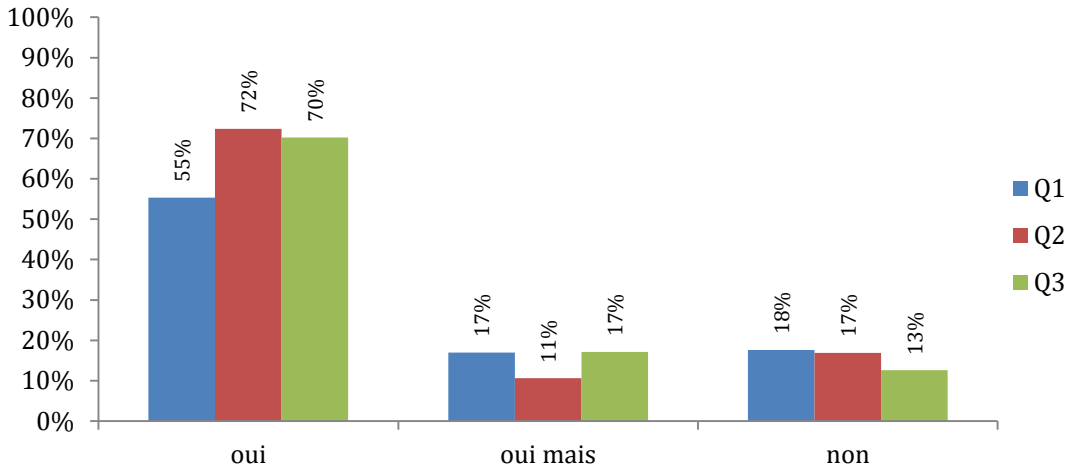
4.1.5.7 Nombre de consultations en SI

Figure 21 : Nombre de consultations par jour en SI selon internes



4.1.5.8 Satisfaction en phase de SI

Figure 22 : Satisfaction SI



La satisfaction des internes varie au cours du semestre : seulement 55% au Q1 puis 70% aux Q2 et Q3. Ils sont donc majoritairement satisfaits. Principalement car ils avaient *« un contrôle après chaque consultation », « une bonne supervision », « quand le MSU était présent physiquement au cabinet », « des consultations ou un rythme adapté au début » « une autonomie appréciable (prise de décision, gestion du temps, car plus avec le MSU…)* ». De nombreux internes trouvaient cette *« phase intéressante avant le remplacement ou le SASPAS »*, et que certains MSU étaient très formateurs. Les internes ressentaient aussi *« la relation avec les patients plus simple », « l'alternance de phase »* favorable, et ils étaient *« content d'être en ville ».*

Il y avait tout de même entre 30% et 35% des questionnaires où l'interne était partiellement voire pas du tout satisfait. Principalement parce que *« la phase de SI était arrivée trop tard ou trop rapidement »,* qu'il n'y avait « *pas ou peu de supervision ».* Ils avaient le *« sentiment que certains MSU n'avaient pas envie de faire de la formation »,* ou avaient *« peur de déranger le MSU ».* Un interne déclara que son *« MSU n'était pas disponible en cas de soucis ».* Certains internes avaient le *« sentiment de faire un remplacement déguisé, avec parfois beaucoup de consultations », « le sentiment d'être seul »* et *« des MSU non présents au cabinet ».* Une interne a également répondu "*Si je termine mon stage sans procès je serai contente*". Cette remarque exprime selon nous à quel point elle a pu se sentir seule dans la prise de décision car non supervisée dans sa phase d'autonomie.

4.1.6 Apprentissage global en stage praticien de niveau 1

4.1.6.1 Recherches

Dans presque 64% des réponses des internes, il ne leur aurait pas été demandé de réaliser des recherches autour des difficultés rencontrées en stage et évoquées avec le MSU.

Tableau 22 : Recherches effectuées à la demande du MSU

Recherches	**Non**	**Bibliographie**	**RSCA**	**Carte heuristique**	**Autre**
Q1 (n = 151)	126 (50%)	70 (30%)	6 (2,2%)	2 (0,8%)	31 (12%)
Q2 (n = 264)	138 (52%)	82 (31%)	7 (2,6%)	2 (0,7%)	28 (10,7%)
Q3 (n = 263)	168 (64%)	60 (23%)	13 (5%)	1 (0,4%)	38 (14,4%)

Dans "autre", de nombreux internes ont répondu dans le champ libre qu'ils faisaient des recherches personnelles, sans retour au MSU. Les autres réponses retrouvées étaient : achat de livre proposé par MSU, conseil de lecture, prêt de documents, internet, recommandations, échanges de courriel avec MSU.

4.1.6.2 Répartition des phases

Une majorité des internes a répondu faire des A/R entre les phases avec leur MSU, surtout après la fin du 1er mois.

Tableau 23 : Réalisation d'un A/R entre les phases

A / R entre phases	**Oui**
Q1 (n = 251)	158 (63%)
Q2 (n = 264)	227 (86%)
Q3 (n = 263)	219 (83%)

4.1.6.3 Phase idéale

Quel que soit le moment du stage, la majorité des internes a répondu préférer l'alternance entre les phases. Pour les autres, on constate progressivement une préférence de la SD vers la SI.

Tableau 24 : Phase idéale selon internes

Phase idéale actuellement	**OA**	**SD**	**SI**	**Alternance entre les phases**
Q1	21 (8,3%)	84 (33,5%)	14 (5,7%)	132 (52,5%)
Q2	1 (0,3%)	9 (3,4%)	76 (28,8%)	178 (67,4%)
Q3	0	5 (1,9%)	92 (35%)	166 (63%)

4.1.6.4 Satisfaction de la formation en stage

A l'issue du stage nous avons demandé aux internes s'ils étaient satisfaits de leur formation (et non du stage en lui-même) auprès de leur MSU : 223 questionnaires internes (85%) se disent satisfaits de leur formation.

4.2 Questionnaires MSU

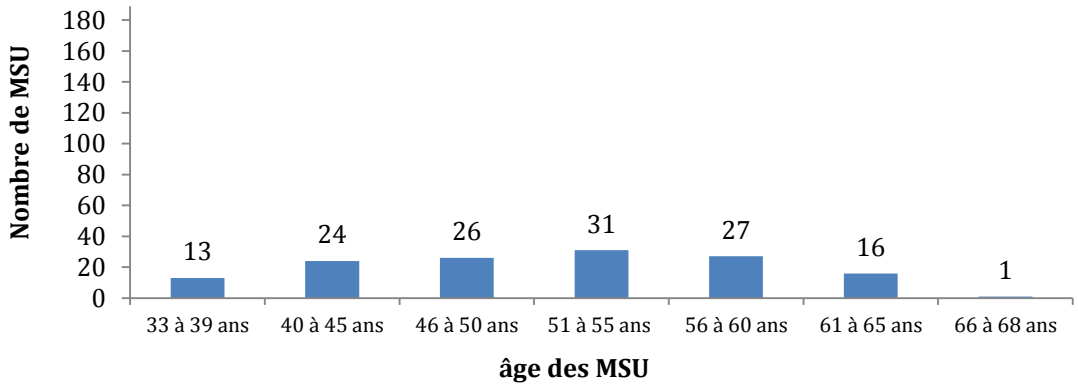
Nous avons obtenu 226 (63%) réponses.

4.2.1 Description de la population des MSU ayant répondu aux questionnaires

138 MSU ont répondu : il y a 86 hommes (62%) et 52 femmes (38%).

4.2.1.1 Tranche d'âge des MSU

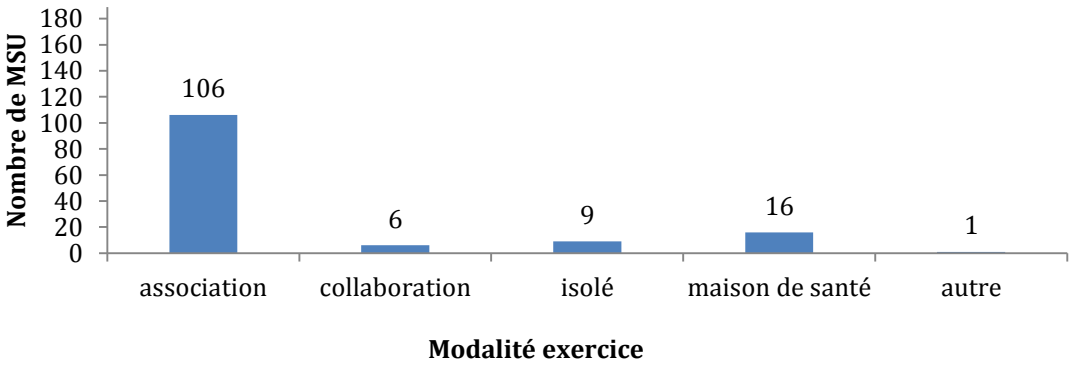
Figure 23 : Âge des MSU



54% des MSU ont plus de 50 ans.

4.2.1.2 Modalité d'exercice

Figure 24 : Modalité d'exercice



La majeure partie des MSU (77%) exerce en association, 11,6% dans un cabinet isolé, 6,5% en maison de santé et 4,4% en collaboration. La grande majorité des MSU (95%) a donc un mode d'exercice regroupé.

Un médecin a répondu « autre » car il travaille chez « SOS médecin ».

4.2.1.3 Année d'installation dans la structure actuelle

Un MSU n'a pas noté son année d'installation, et n'est donc pas comptabilisé.

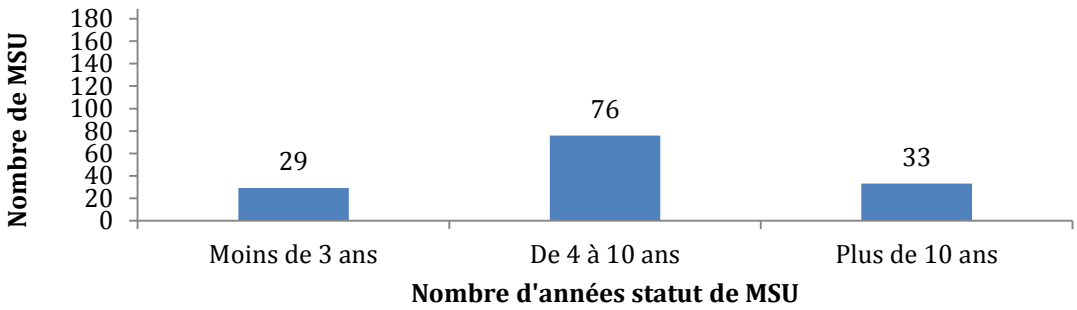
Tableau 25 : Année d'installation dans structure actuelle

Année d'installation	Réponses des MSU (n = 137)
Avant 1981	3 (2%)
De 1981 à 1990	24 (17,5%)
De 1991 à 2000	43 (31,5%)
De 2001 à 2010	51 (37%)
De 2011 à 2013	16 (12%)

Ils se sont pour la plupart (88%) installé dans leurs locaux actuels entre 1980 et 2010.

4.2.1.4 Nombre d'années statut de MSU

Figure 25 : Nombre d'années statut de MSU



4.2.1.5 Encadrement

86 MSU (62%) encadrent uniquement un interne en stage praticien de niveau 1.

52 MSU (38%) encadrent également un autre étudiant : 39 MSU (29%) encadrent aussi un interne en SASPAS, 22 (16%) encadrent aussi un externe en médecine.

Il y a 9 MSU qui encadrent trois étudiants différents : un externe, un interne et un SASPAS.

4.2.1.6 Journées de formation suivie auprès du CGELAV

Tableau 26 : Journées de formation CGELAV suivies

Journée de formation suivie	**Nombre de MSU (n = 138)**
Initiation	89 (65%)
Supervision directe	95 (69%)
Supervision indirecte	60 (44%)
Groupe d'échange de pratique de MSU	29 (22%)

4.2.1.7 Type de diplôme(s) complémentaire(s) obtenu(s)

71 MSU (51,5%) ont répondu avoir obtenu des diplômes complémentaires à celui de médecin généraliste. Certains ont obtenu un diplôme universitaire de nutrition, de PMI, de médecine du sport, de gynécologie, des capacités de médecine d'urgence, de gériatrie. Certains MSU ont reçu une formation en hypnose, mésothérapie, acuponcture, addictologie…

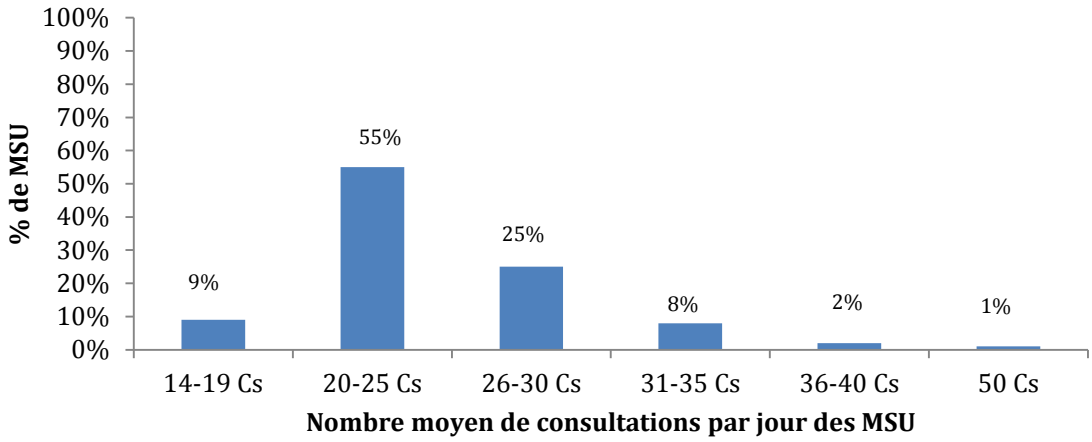
4.2.1.8 Activités professionnelles en dehors du cabinet

56 MSU (40%) ont répondu avoir une activité en plus de celle du cabinet, notamment médecin coordonnateur, médecin en protection maternelle et infantile, en crèche, en soins de suite et réadaptation, en centre médico-psychologique, en centre de planning familial, dans un hôpital local, régulation médicale, médecin-pompier, praticien attaché, enseignant.

4.2.1.9 Nombre moyen de consultation

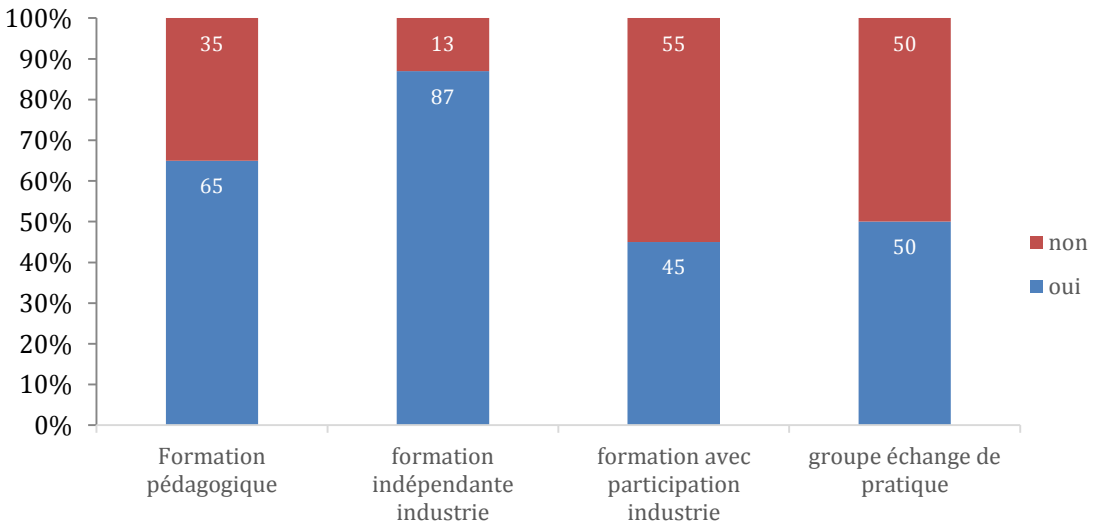
Ils déclarent avoir en moyenne 25,3 consultations par jour dans leur cabinet de médecine générale.

Figure 26 : Nombre de consultations par jour des MSU



4.2.1.10 Organisation de leur formation continue

Figure 27 : Formation continue des MSU



4.2.1.11 Abonnement payant à revue professionnelle

100 MSU (72,4%) ont répondu être abonné à une (ou des) revue(s) professionnelle(s). Ils sont abonnés en majorité aux revues « Prescrire », « Exercer », « La revue du praticien », « Le généraliste », « Le quotidien du médecin », « Pratiques ».

4.2.2 Réunions de trinôme

4.2.2.1 Réunion de trinôme de début de stage.

189 MSU, soit 83,6% ont répondu avoir fait une réunion de trinôme de début de stage.

4.2.2.1.1 Motifs de l'absence de réunion de trinôme de début de stage.

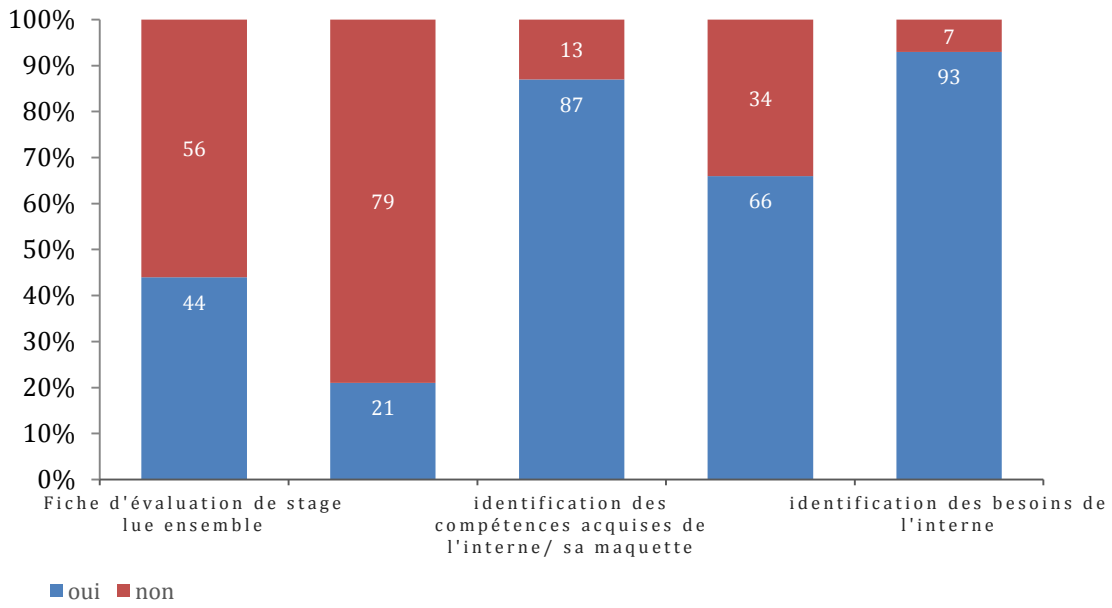
Tableau 27 : Motifs de l'absence de réunion de trinôme de début de stage

Motifs absence de RT début de stage	Réponses aux questionnaires (n = 37)
Eloignement trop important des MSU du trinôme	4 (10,8%)
Refus des autres membres du trinôme	4 (10,8%)
Désaccords entre les membres du trinôme	1 (2,7%)
Difficultés avec les emplois du temps	14 (37,8%)
N'y a pas vu d'intérêt	10 (27%)
Autres motifs	8 (21,6%)

Parmi les autres motifs décrits par les MSU, il y a 3 MSU qui font partie du même cabinet et ont déclaré faire une réunion informelle. D'autres ont exprimé de ne pas avoir pris le temps ou d'avoir réalisé une discussion, seul avec l'interne au lieu d'une réunion de trinôme.

4.2.2.1.2 Contenu de la réunion de trinôme de début de stage.

Figure 28 : Contenu de la réunion de trinôme de début de stage.



4.2.2.2 Réunion de trinôme de milieu de stage

103 MSU (45,5%) ont répondu avoir fait une réunion de trinôme de milieu de stage.

4.2.2.2.1 Motifs de l'absence de réunion de trinôme de milieu de stage.

Tableau 28 : Motifs exprimés de l'absence de réunion de trinôme de milieu de stage

Motifs absence de RT de milieu de stage	**Réponses MSU (n = 123)**
Eloignement trop important entre MSU	28 (22,7%)
Refus des autres MSU	5 (4%)
Désaccord entre membres du trinôme	1 (0,8%)
Nous n'en avons pas vu l'intérêt	64 (52%)
Période de vacances	28 (22,7%)
Autres motifs	32 (26%)

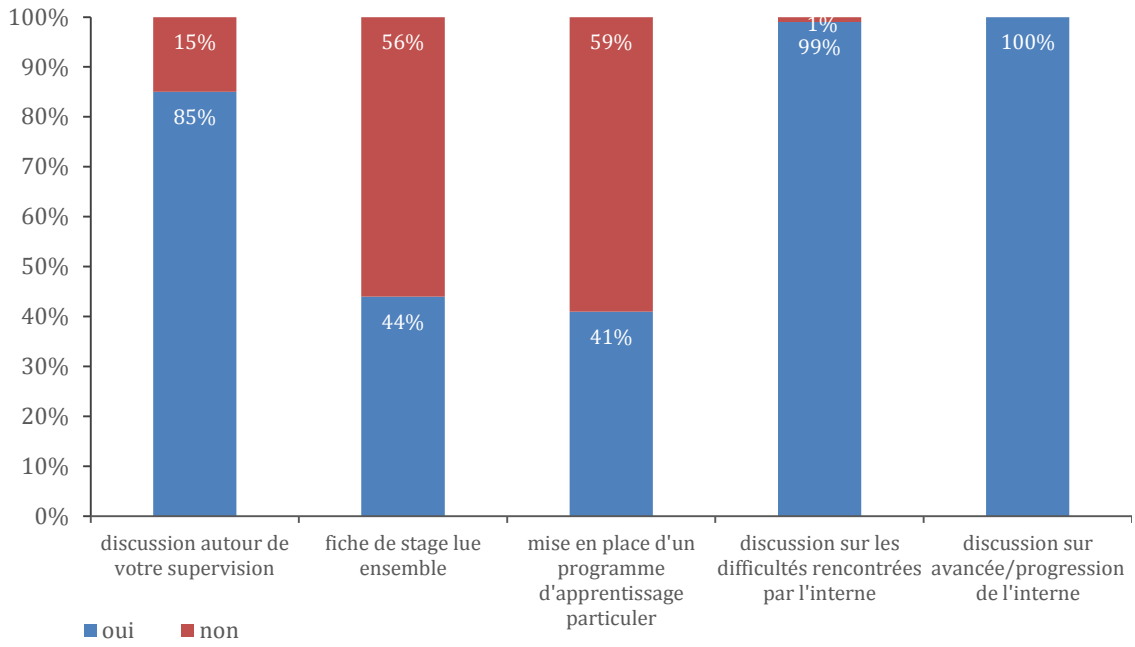
Une moitié des questionnaires MSU dit ne pas en avoir fait car ils n'en ont pas vu l'intérêt.

Parmi les questionnaires MSU ayant répondu « autre », plusieurs ont exprimé ne pas en avoir eu le temps, ou bien avoir échangé avec les autres membres du trinôme par téléphone ou courriel.

4.2.2.2.2 Contenu de la réunion de trinôme de milieu de stage

Une très grande majorité des MSU dit avoir échangé autour de la progression de l'interne, de ses difficultés et de leur supervision.

Figure 29 : Contenu réunion de trinôme de milieu de stage selon MSU



4.2.2.3 Réunion de trinôme de fin de stage

207 MSU (91,6%) ont répondu avoir fait une réunion de trinôme de fin de stage.

4.2.2.3.1 Motifs de l'absence de réunion de trinôme de fin de stage

Tableau 29 : Motifs exprimés de l'absence de réunion de trinôme de fin de stage

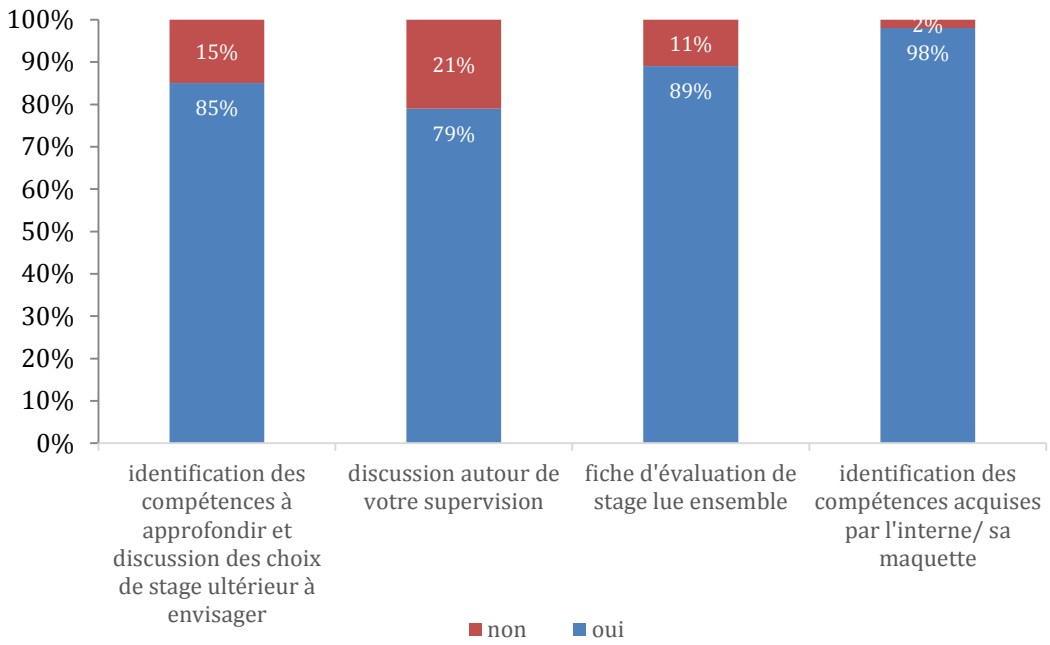
Motifs absence de RT de fin de stage	**Réponses MSU (n = 19)**
Eloignement trop important	4 (21%)
Refus des autres membres du trinôme	0
Désaccord entre membres du trinôme	0
Difficultés avec nos emplois du temps	7 (37%)
Nous n'en avons pas vu d'intérêt	2 (10,5%)
Autres motifs	12 (63%)

Parmi les 19 questionnaires MSU : 63% ont répondu « autres motifs », dont plusieurs ont expliqué ne pas en avoir fait pour favoriser un contact téléphonique à la place, du fait de leur cessation d'activité de MSU, de par l'arrêt maladie de l'un d'entre eux ou bien de l'abandon des études de médecine par l'interne.

Les autres motifs exprimés sont une difficulté d'organisation du fait de l'emploi du temps de chacun (37%), ou bien du fait de l'éloignement trop important entre les différents MSU (21%)

4.2.2.3.2 Contenu de la réunion de trinôme de fin de stage

Figure 30 : Contenu de la réunion de trinôme de fin de stage selon MSU



En grande majorité ils ont répondu avoir réalisé toutes les propositions de notre questionnaire.

4.2.2.4 Difficultés rencontrées avec les internes à ces semestres

Nous avons eu 23 retours de difficultés rencontrées avec leur interne.

La plupart ont répondu avoir des difficultés du fait d'un manque de confiance de l'interne ou de difficultés relationnelles et de la nécessité de l'accompagner pour parvenir à le laisser en autonomie et le laisser prendre des décisions : *"chaque interne est différent et il faut arriver à trouver des solutions nouvelles ensembles quand eux sont en difficultés mais nous les avons trouvées et elle s'est parfaitement libérée une fois la mise en confiance faite"*.

Quelques MSU ont répondu avoir des internes avec un manque de compétences, ou un manque de motivation pour l'exercice ambulatoire.

Les MSU ayant eu un interne arrêté pour raison de maladie durant le stage ont exprimé avoir été ennuyé par cette absence longue pour la mise en autonomie.

4.2.2.5 Validation du stage de l'interne

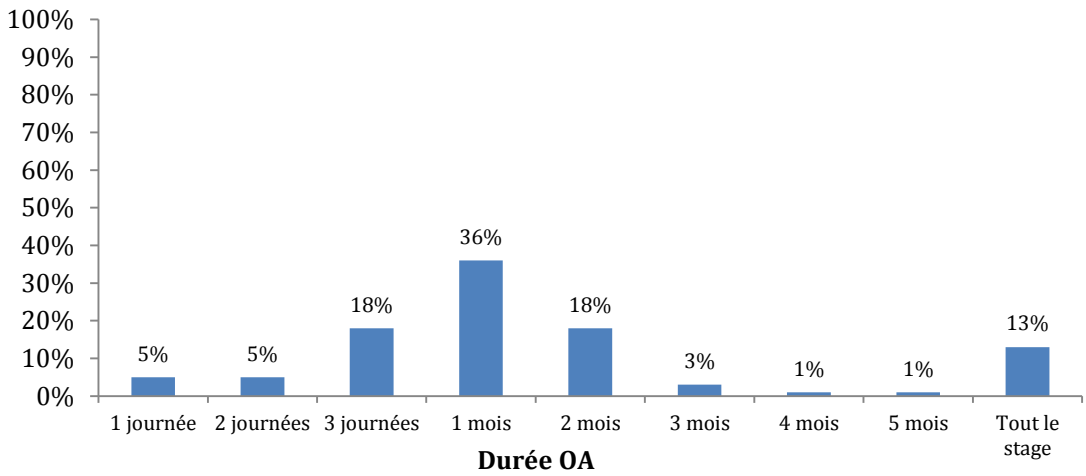
199 questionnaires MSU (88%) ont répondu avoir discuté avec les autres membres du trinôme pour la validation ou non du stage de leur interne.
Parmi les questionnaires MSU, 7 (3,1%) ont répondu ne pas avoir validé le stage de leur interne. 5 questionnaires MSU ont répondu avoir évoqué les difficultés de l'interne avec lui au fur et à mesure du stage, 3 questionnaires MSU ont répondu l'avoir évoqué lors d'une réunion de trinôme de milieu de stage, 3 questionnaires MSU ont dit avoir géré cela avec le DMG, et 1 questionnaire MSU a répondu que cela était une décision de l'interne.

4.2.3 Phase d'observation active (OA)

4.2.3.1 Durée de la phase d'OA

Parmi les 226 questionnaires reçus, 4 ont répondu ne pas avoir réalisé de phase d'OA.
Les quatre questionnaires MSU ayant répondu cela l'ont justifié par : *« consultations dès la 1ere journée après une demi-matinée », « Cette phase est quasi-virtuelle (1 journée) et se justifie au simple motif d'une appropriation par l'interne de l'environnement du bureau, notamment à la technique de prise de tension manuelle. », « Je n'ai pas eu cette possibilité avec cet interne (difficulté particulière de cet interne) », « Je ne mets jamais en observation active un interne ».*

Figure 31 : Durée de la phase d'OA pour les MSU

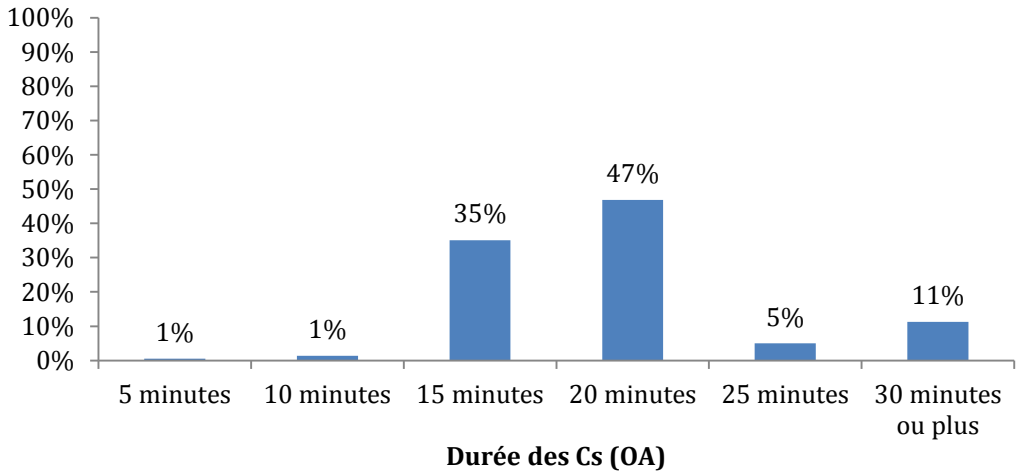


Pour 144 questionnaires MSU (65%), l'OA dure entre une journée et un mois et pour 29 (13%), l'OA est présente durant la totalité du stage.

4.2.3.2 Durée des consultations en OA

182 questionnaires MSU (82%) ont répondu que les créneaux prévus de consultations, lors de la prise de rendez-vous des patients, étaient de 15 à 20 minutes en OA.

Figure 32 : Durée des consultations en OA selon MSU

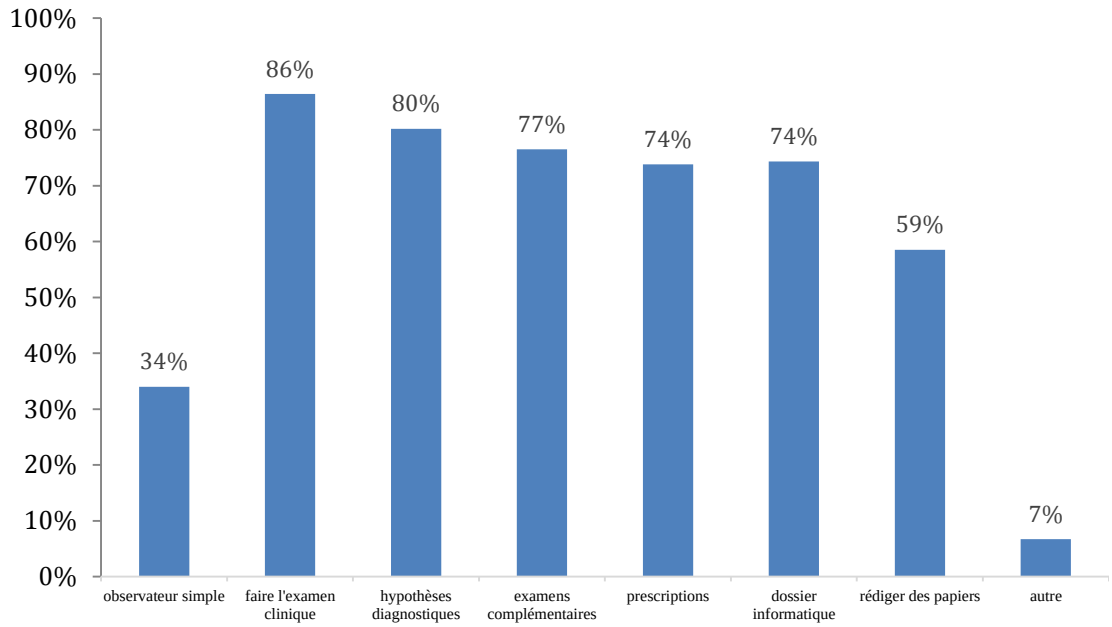


4.2.3.3 Rôle de l'interne en OA

Pour 75 questionnaires MSU (33,8%) l'interne reste en observateur simple durant la phase d'OA. Sinon, l'interne participe aux différents temps d'une consultation pour plus de 60% des réponses.

Parmi les 15 réponses « autre », il y a eu comme réponse dans le champ libre *« s'adapter au fonctionnement du cabinet », « regarder les recommandations », « geste technique, nébulisation, ECG, injection », « demande de prise en charge 100% », « identifier les compétences mises en jeu lors de la consultation », « apprendre à mieux écouter le patient »*.

Figure 33 : Rôle de l'interne en OA selon MSU



4.2.3.4 Observation d'un élément spécifique

Parmi les 222 réponses, 90 (40,5%) ont répondu demander à l'interne d'observer un élément spécifique.

4.2.3.5 Réalisation de consultations ciblées

Dans 56 questionnaires MSU (25%) il y avait des consultations ciblées organisées pour les internes.

4.2.3.6 Temps avant la consultation de présentation du patient à l'interne en OA

Les MSU ont répondu présenter le patient avant la consultation à l'interne :

- systématiquement : 75 (33,8%) ;
- seulement avant certaines consultations : 137 (61,7%) ;
- jamais : 10 (4 ,5%).

4.2.3.7 Moment dédié à la supervision en OA

La plupart des questionnaires MSU (71,7%) réalise la supervision en OA juste après une consultation.

Tableau 30 : Moment dédié pour supervision en OA selon MSU

Moment dédié de supervision	**Nombre de MSU (n = 222)**
Temps dédié dans journée	60 (27%)
Juste après une consultation	159 (71,7%)
Pas de supervision en OA	3 (1,3%)

4.2.3.8 MSU senti à l'aise en phase d'OA

211 questionnaires MSU (95%) ont répondu être à l'aise en OA.

Parmi les 11 questionnaires ayant répondu ne pas l'être :

- 4 ont dit avoir été perturbé dans la relation avec leur patient ;
- 2 ont écrit avoir peur d'être jugé ;
- 1 a déclaré avoir rencontré un problème de temps ;
- 1 a exprimé avoir été mal à l'aise quant à l'insatisfaction de l'interne ;
- 1 a relaté être mal à l'aise car il consulte en permanence avec son interne ;
- 1 a répondu avoir été mal à l'aise compte tenu des interventions inadaptées de son interne.

4.2.3.9 Satisfaction en phase d'OA

Parmi les 221 réponses de MSU, 182 (82%) se disent satisfaits par cette phase.

Beaucoup de MSU expliquent que l'OA sert tout d'abord à l'interne pour se familiariser avec le cabinet de médecine ambulatoire, et pour apprendre à se connaître mutuellement : *« Intérêt de l'observation pour comprendre le fonctionnement de chaque MSU », « on apprend à connaitre les compétences de l'interne », « d'abord la maitrise de l'environnement (informatique / collègue de travail / rapport avec les secrétaires) puis la maitrise de l'interrogatoire / le motif de consultation / l'examen clinique / les hypothèses diagnostiques et enfin la thérapeutique ou les examens complémentaires », « sur un plan pratique elle permet de faire connaître l'environnement de travail, les contraintes de temps de l'exercice ambulatoire », « c'est une phase très importante pour évoquer la relation médecin-patient, la place de chacun, la décision partagée... ».*

Cette phase permet de montrer à l'interne comment travailler en médecine ambulatoire, et à l'autonomiser plus ou moins rapidement en fonction de ses compétences et besoins : *« cela dépend de la personnalité de l'interne, l'interne est très demandeur d'observer le savoir-faire, le MSU d'avoir de nouvelles connaissances et consensus »,*

« a permis de progresser dans les apprentissage : Par exemple : obliger l'interne à lister des hypothèses avant d'aller examiner, l'a aidé pour gérer seule d'autres situations (de ses dires), apprentissage simultané de notion d'examen clinique ».

L'interne permet de dynamiser la consultation et d'apporter son regard sur les pratiques *: « l'interne a un regard critique sur nos pratiques.... remise en question ».*

Il y a parfois une difficulté d'organisation dans cette phase pour le partage des tâches, pour définir où est la place de chacun : *« Cette phase d'observation active est dense et non structurée, je guide l'interne très rapidement vers la prise en charge d'une consultation entière », « Interne incité selon les consultations à faire l'une ou l'autre des tâches ci-dessus. Mais cela me laisse parfois une sensation de « fouillis » : qui fait quoi ? ».*

Cette phase devrait ne pas durer longtemps : *«il faut qu'elle soit courte sinon l'interne s'impatiente ».* Sa durée est soit fonction de l'interne, soit présente durant tout le stage : *« elle a été très courte car interne motivée, à l'aise et compétente », « Son déroulement et sa durée peut être très variable en fonction de l'interne et de sa maquette », « La durée de cette phase est variable, l'interne prend spontanément des initiatives et abrège cette période en devenant de plus en plus actif. ».*

Cette phase serait par contre très « chronophage et énergivore » : *« Difficulté pour moi de rester concentrée sur la problématique du patient et celle de l'interne dans certaines situations », « c'est une période intéressante et valorisante mais très fatigante ».*

Nous avons relevé 26 réponses de MSU (12%) mitigées, expliquant qu'ils ne pouvaient pas faire ce qu'ils aimeraient faire par « *manque de temps* », et que *« la présence de l'interne modifie la relation à mes patients* ».

13 réponses (6%) de MSU se sont dits insatisfaits de l'OA, notamment parce que cette phase serait *« ennuyeuse pour l'interne qui reste les bras ballants »,* avec une *« difficulté pour l'interne de trouver sa place en observation simple »,* ou parce que de toute façon le MSU dit « *ressentir cette phase comme une critique du MSU par l'interne sans réel apprentissage* ».

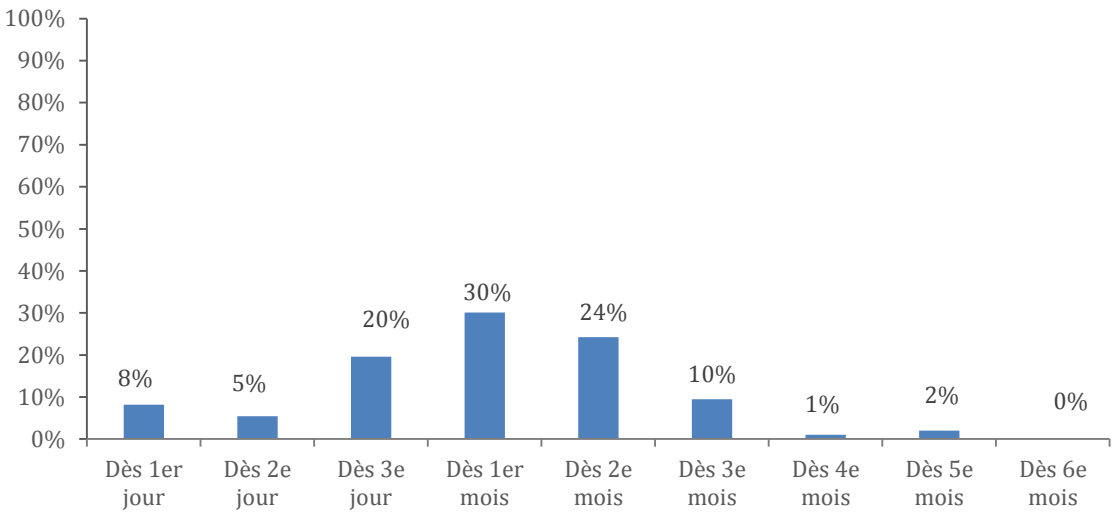
4.2.4 Phase de supervision directe (SD)

Parmi les 226 questionnaires MSU, 219 répondent avoir fait une phase de SD. Parmi les 7 réponses négatives, 6 questionnaires MSU disent ne jamais faire de SD et 1 MSU avait un interne qui a arrêté le stage.

4.2.4.1 Début de la SD

Pour la plupart des MSU la SD débute à partir du 1er mois.

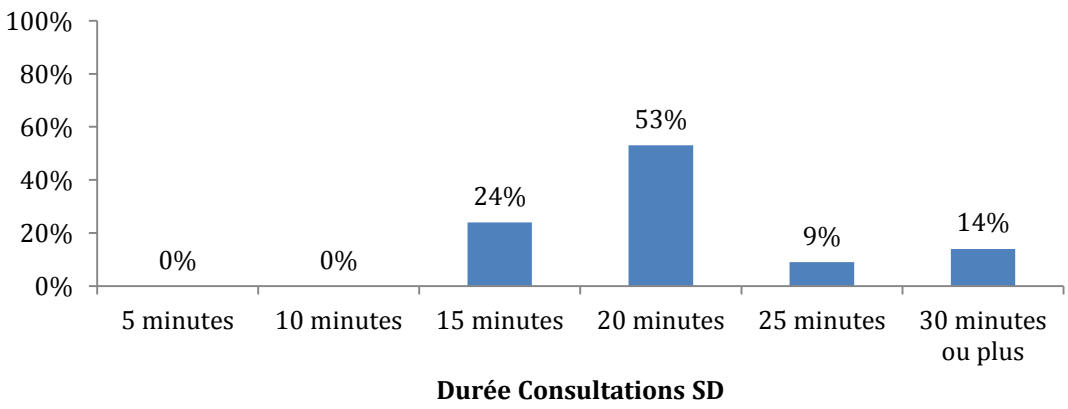
Figure 34: Début de la SD selon MSU



4.2.4.2 Durée des consultations prévues avec interne en SD

Pour plus de la moitié des MSU les créneaux de consultations prévus en SD sont de 20 minutes.

Figure 35 : Durée des consultations prévues en SD



4.2.4.3 Temps dédié avant la consultation en SD

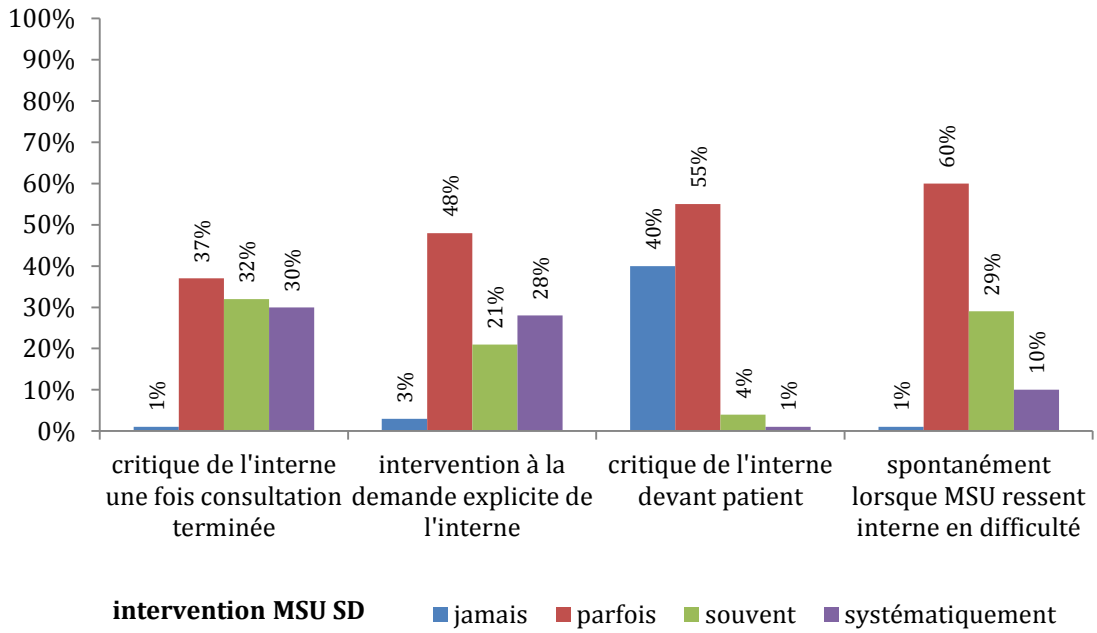
Dans 69 questionnaires (31,5%), les MSU disent prévoir systématiquement un temps dédié avant les consultations pour présenter le patient à l'interne en phase de SD, 144 (65,8%) disent le faire seulement pour certains patients, et 6 (2,7%) disent ne jamais le faire.

4.2.4.4 Organisation de consultations ciblées

Dans 95 questionnaires (43,5%), les MSU répondent prévoir pour l'interne des consultations ciblées en SD.

4.2.4.5 Modalités d'intervention par le MSU durant la phase de SD

Figure 36 : Intervention du MSU en SD



4.2.4.6 Moment dédié pour la supervision

Dans 144 questionnaires (66%), les MSU ont répondu réaliser la supervision de SD juste après une consultation, 75 (34%) disent la réaliser sur un moment dédié dans la journée.

4.2.4.7 Satisfaction en phase de SD

Parmi les 219 réponses de MSU, 173 (79%) ont dit être satisfaits par la SD, car cette phase permettrait de mettre l'interne en autonomie tout en le guidant, et de le faire avancer dans sa pratique : « *cette phase permet à l'interne la mise en situation et l'aide face à ses besoins spécifiques ».*

Ils apprécient le fait de faire une consultation à trois où les échanges sont riches : *« C'est super riche. C'est là qu'on voit « pour de vrai » comment l'interne se débrouille, à la fois sur la partie médicale et en terme de communication avec le patient. ».*

De très nombreux commentaires ont décrit l'aspect de « compagnonnage » de la relation MSU-interne : *« je n'envisage pas mon rôle de MSU sur un versant hiérarchique, mais plutôt comme le compagnonnage d'un médecin plus expérimenté envers un collègue plus jeune. ».*

Pour certains, la phase de SD semble primordiale sur le plan pédagogique *: « phase très intéressante pour évaluer les difficultés et faire des prescriptions pédagogiques », « c'est la phase me semblant la plus importante », « C'est super riche. C'est là qu'on voit « pour de vrai » comment l'interne se débrouille, à la fois sur la partie médicale et en terne de communication avec le patient. ».*

Nous avons relevé 21 réponses de MSU (9,5%) se disant insatisfaits et 25 (11,5%) partiellement satisfaits par cette phase, car ils la trouvent difficile et chronophage. *« C'est une bonne occasion de voir la démarche de l'interne ; Mais c'est très chronophage (et stressant pour la suite de la consultation : Retard ++). ».*

Plusieurs MSU disent avoir du mal à trouver le bon positionnement, d'être à l'aise dans la consultation à 3, ou que leurs patients ont pu avoir été mis en difficulté : *« phase pendant laquelle je suis le moins à l'aise : je trouve que l'interne peut être en difficulté en se sentant observé et jugé ; je ne ressens pas la relation à 3 , avec l'interne comme "pivot" naturel ; l'interne passe donc assez vite de la phase d'observation à la phase d'autonomie. », « difficile, tout le monde est mal à l'aise : le patient, l'interne et le médecin. », « points négatif : le patient à tendance à parler plus à son médecin qu'à l'interne. ».*

C'est la phase qui semblerait pour certains la plus difficile car il faut réussir à mettre à l'aise l'interne et laisser le patient au centre de la consultation : « *Phase la plus difficile en général », « difficultés à bien rester à sa place en tant que MSU observateur,*

difficulté pour le patient qui recherche la validation par le MSU, difficulté pour l'interne à se sentir à l'aise sous le regard du MSU », « Au départ, on a du mal à ne pas intervenir pour conseiller de manière active, même si on n'a pas obligation de résultats », « c'est la phase pédagogique la plus riche bien que souvent inconfortable pour les internes. Elle permet de faire prendre conscience des difficultés et de trouver des adaptations possibles dans les situations rencontrées ».

D'autres MSU ont eu des difficultés pour faire un travail pédagogique avec l'interne : « *Peur d'être vue comme trop jugeante, difficulté de faire le tri entre le "je n'aurais pas fait comme ça" et le "c'est pas comme ça qu'il faut faire". », « non, c'est parfois difficile de « critiquer » l'interne. », « C'est très difficile de ne pas intervenir pour laisser l'interne développer son raisonnement et ses difficultés voir ses failles d'examen clinique … », « phase pendant laquelle je suis le moins à l'aise : je pense être trop présente sur cette phase , en reprenant rapidement en main l'interrogatoire lorsqu'il me semble incomplet et en concluant la prise en charge lorsque la consultation me parait trop longue ».*

Certains MSU n'arrivaient pas à exprimer leurs difficultés : *« Cette phase est pour moi très difficile et je la réduis au minimum ».*

4.2.5 Phase de supervision indirecte (SI)

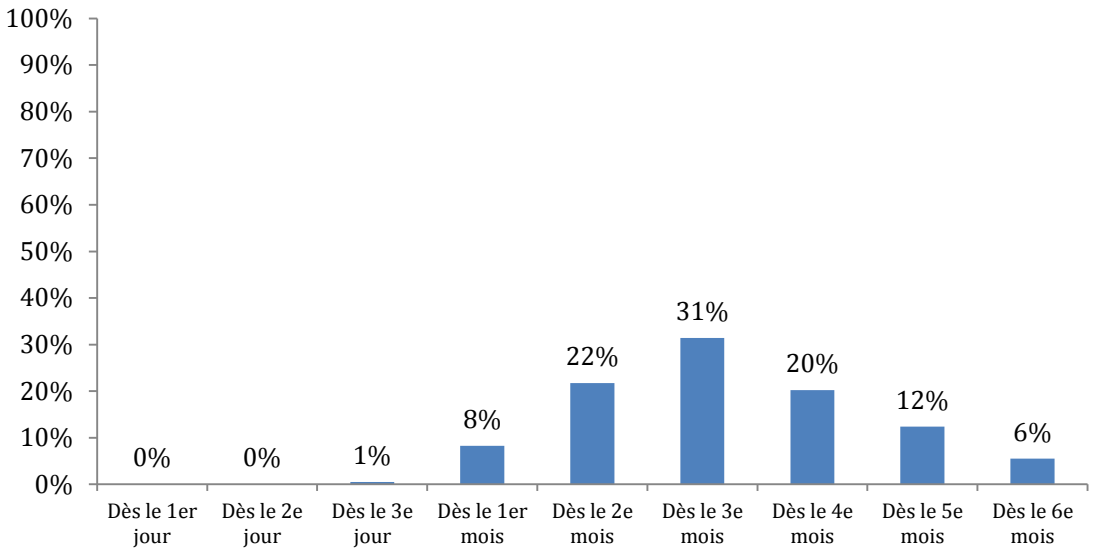
4.2.5.1 Début de la phase de SI

Parmi les 226 MSU ayant répondu aux questionnaires, 217 ont répondu avoir mis leur interne en SI.

Parmi les 9 questionnaires MSU ayant répondu ne pas avoir fait de SI :

- 2 ont dit ne jamais mettre en SI ;
- 3 ont répondu qu'ils n'ont pas de bureau de libre pour le faire ;
- 4 ont déclaré que les compétences de leur interne n'ont pas permis de le faire à ce semestre.

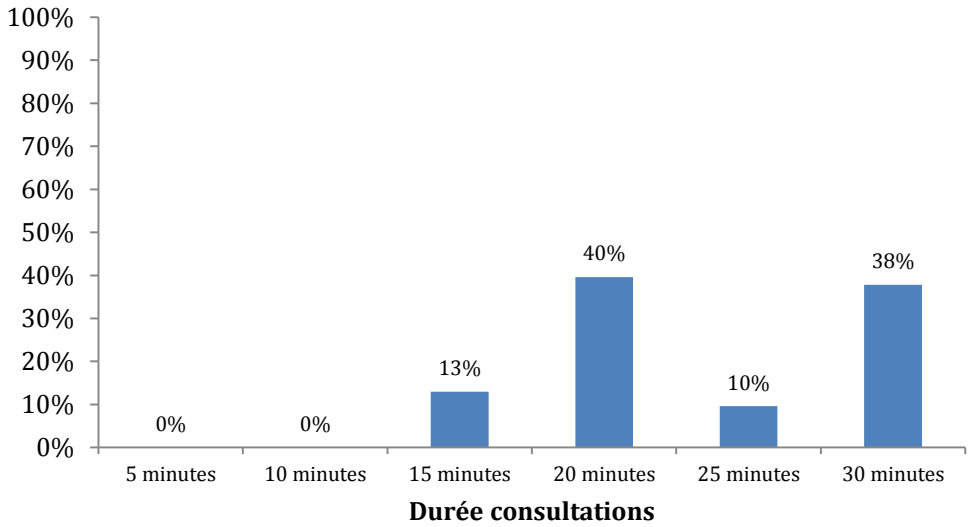
Figure 37 : Début de la SI selon MSU



4.2.5.2 Durée des consultations prévues pour l'interne en SI

Plus de 80 questionnaires MSU ont répondu prévoir, lors de la prise de rendez-vous, des créneaux de 20 minutes pour les consultations de l'interne en SI et plus de 80 questionnaires MSU ont répondu organiser des créneaux de 30 minutes.

Figure 38 : Durée des consultations de l'interne en SI selon MSU



4.2.5.3 Temps prévu avant la consultation pour présenter le patient à l'interne

Dans 147 questionnaires (67%), les MSU ont dit qu'il y a un temps prévu avant les consultations en SI pour que l'interne prenne connaissance du dossier du patient (seul ou avec le MSU) :

- 46 (21%) ont dit le prévoir systématiquement ;
- 24 (11%) ne le prévoient jamais.

4.2.5.4 Organisation de consultations ciblées en SI

Pour 83 réponses au questionnaire MSU (38%), les MSU ont dit organiser des consultations ciblées pour l'interne en SI.

4.2.5.5 Moment dédié à la supervision en SI

Tous les MSU ont répondu faire une supervision en phase de SI :

- 161 (74%), sur un temps dédié de la journée ;
- 56 (26%), après chaque consultation.

4.2.5.6 Modalités de supervision en SI

Tableau 31 : Présence physique du MSU en SI.

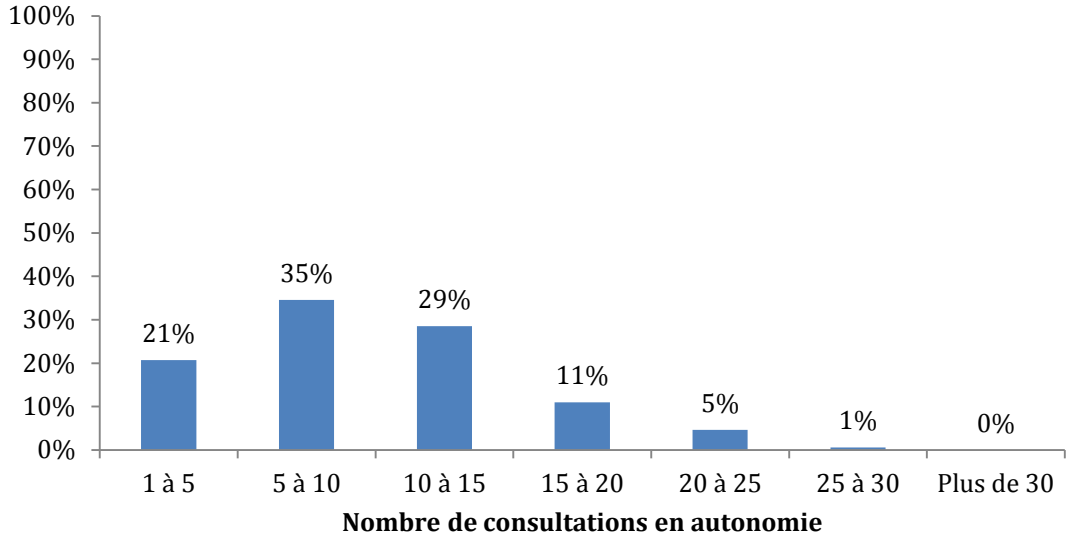
Présence physique SI	**Nombre de réponses de MSU (n = 217)**
Oui, systématiquement	98 (45%)
Oui, sauf si appel pour urgence	34 (15,6%)
Non mais joignable ET mobilisable facilement	71 (32,7%)
Non mais joignable facilement (non mobilisable facilement)	6 (2,7%)
Non	1 (0,5%)
Autre	7 (3,2%)

Les MSU qui ont répondu « autre » ont expliqué que leur présence évoluait en fonction de l'avancée du stage et de la prise d'autonomie de l'interne.

201 questionnaires MSU (92,5%) ont répondu voir l'interne le soir pour de la supervision. Donc 16 (7,5%) ont répondu ne pas le voir l'interne soir pour le superviser.

4.2.5.7 Nombre de patient par jour en autonomie

Figure 39 : Nombre de patients par jour en SI selon MSU



4.2.5.8 Satisfaction de la phase de SI

Parmi les 217 réponses des MSU, 171 (78,5%) disent apprécier la phase d'autonomie.

Ils expliquent que cette phase s'installe progressivement en fonction des compétences de l'interne : « *adaptation aux compétences de l'interne, interne dépendant* », « *c'est l'aboutissement du stage, là où l'interne prend son envol. C'est la concrétisation de toutes ses années d'études ; il peut enfin exercer et commencer à imprimer son style. C'est gratifiant de l'accompagner ainsi.* », « *la phase de supervision indirecte se fait progressivement, un ou deux patients au début (dès le 3ème mois) puis des " tranches entières " les deux derniers mois. Je suis toujours à côté (secrétariat ou bureau de mon associée) et suis dispo pour l'interne aussi souvent qu'il le souhaite.* ». Avec comme aboutissement une capacité à remplacer/exercer seul en autonomie sans MSU à proximité tout en s'adaptant à la progression de l'interne : « *certains sont très vite à l'aise et autonomes et vont rapidement consulter seuls, d'autres ont besoin de plus d'accompagnement, et cette phase de consultation seul peut débuter entre le 3ème et 6ème mois. Le critère de validation restant la capacité de l'interne à remplacer au bout de 6 mois.* », « *le but étant de se rapprocher au max des conditions de SASPAS en fin de stage (mais en étant présent sur place).* ».

Des MSU trouvent cette phase d'autonomie plus formatrice que les autres phases : « *la supervision indirecte est de loin beaucoup plus formatrice avec une progression plus*

rapide : en cherchant par lui-même, en débriefant ensemble ensuite, le raisonnement et la mémorisation se font mieux. », « extrêmement formatrice pour l'interne », « consolidation et mise en pratique immédiate des acquis et compétences. ».

A nouveau des commentaires sur *«la richesse de l'échange et des pratiques différentes : on apprend l'un de l'autre »* et sur l'aspect d'une relation de compagnonnage.

Des MSU y trouvent une certaine forme de compensation du temps donné dans les autres phases *« gain de temps (on travaille à 2 sur la même journée de consultation) », « cela me permet de récupérer un peu de temps donné en début de stage pour faire de l'administratif ou des recherches sur des sujets complexes. ».*

Par ailleurs, nous avons relevé 14 réponses de MSU (6,5%) qui se disent insatisfaits de la SI et 32 (15%) ont pondéré leur satisfaction.

Les MSU expriment qu'ils sont embêtés de ne pas avoir vu leur patient et auraient eu des plaintes de patients quant à leur absence: *« je ne fais pas assez de SI, je n'ose pas, les patients préfèrent me voir. », « Cette phase me pose problème, j'ai du mal à laisser les patients d'autant que la patientèle a déjà 2 médecins puisque je travaille à mi-temps, j'ai un peu l'impression d'un remplacement déguisé, je propose par contre facilement un "vrai" remplacement dès la fin du stage », « plainte du patient de ne pas être vu par le MSU".*

Des MSU ont des craintes en terme de responsabilité sur les erreurs que pourraient faire leur interne : *« Difficulté à accorder toute confiance à l'interne dans ses prises de décisions. », « risque potentiel de rater une pathologie grave (le MSU n'a pas examiné!) », « parfois on doit « rattraper » des petites erreurs. ».*

Des MSU sont étonnés que leur interne émette des réserves sur les modalités de leur mise en autonomie : *« mon interne souhaitait faire le point après chaque consultation »* ou *« difficultés du fait qu'il s'agisse de visite, connaissances de la ville, non désir de l'interne de se déplacer seul en voiture. ».*

A nouveau, il y a eu des commentaires sur l'aspect « chronophage » de la maîtrise de stage, ainsi que sur les difficultés d'appréhender la partie « pédagogique » : « *il est parfois difficile d'utiliser les outils adéquats pour être performant, et parfois manque de temps et de disponibilité quand la journée a été très chargée.* », « *je n'ai parfois pas pris suffisamment de temps en fin d'après-midi avant le départ de l'interne, d'échanger sur les consultations.* », « *pas toujours facile de repérer les « scotomes » de l'interne.* ».

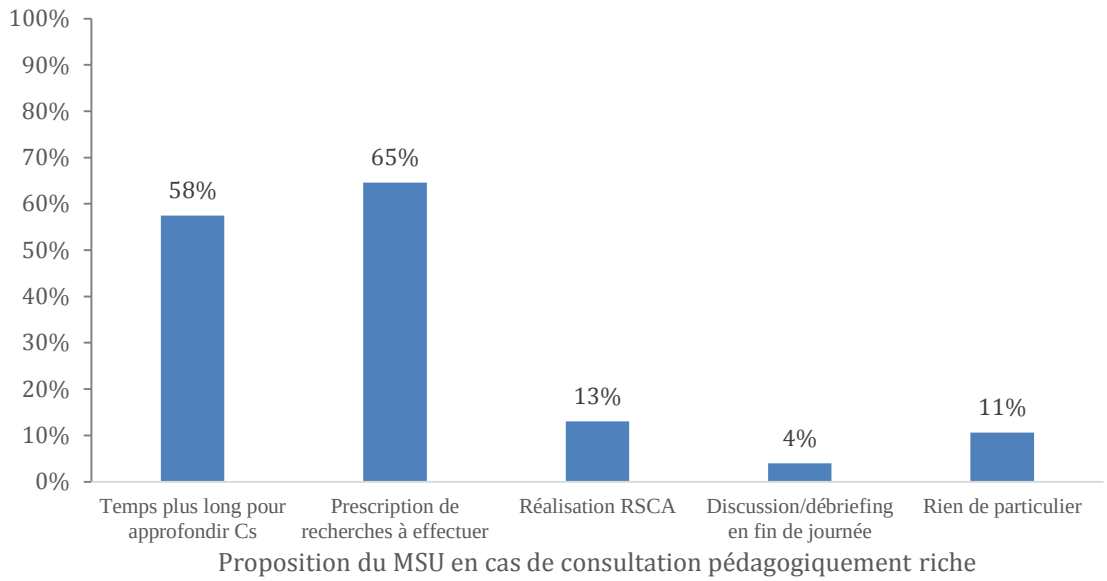
On relève de nombreux commentaires sur la difficulté de savoir ce qui s'est déroulé

durant la consultation : « on ne peut pas reprendre exactement ce qui s'est passé », *« inconfort de ne pas assister à la consultation et la poursuite de l'histoire médicale du patient »*. Ces difficultés relèveraient d'un manque de formation selon certains MSU : « Je n'ai pas eu de formation spécifique à la supervision indirecte, donc je ne maîtrise pas bien les entretiens d'explicitation et compagnie. Du coup, beaucoup plus difficile d'avoir vraiment une idée de la façon dont ça se passe avec les patients. ».

4.2.6 Supervision globale

4.2.6.1 Modalité de prise en charge en cas de consultation riche pédagogiquement ou difficile

Figure 40 : Propositions du MSU en cas de consultation pédagogiquement riche



4.2.6.2 Organisation des différentes phases

193 (85%) questionnaires MSU rapportent avoir intriqué les différentes phases entre elles en fonction des objectifs pédagogiques de l'interne, et 16 (7%) rapportent ont suivi le déroulement 2 mois phase d'OA puis 2 mois d'autonomie partielle puis 2 mois d'autonomie complète.

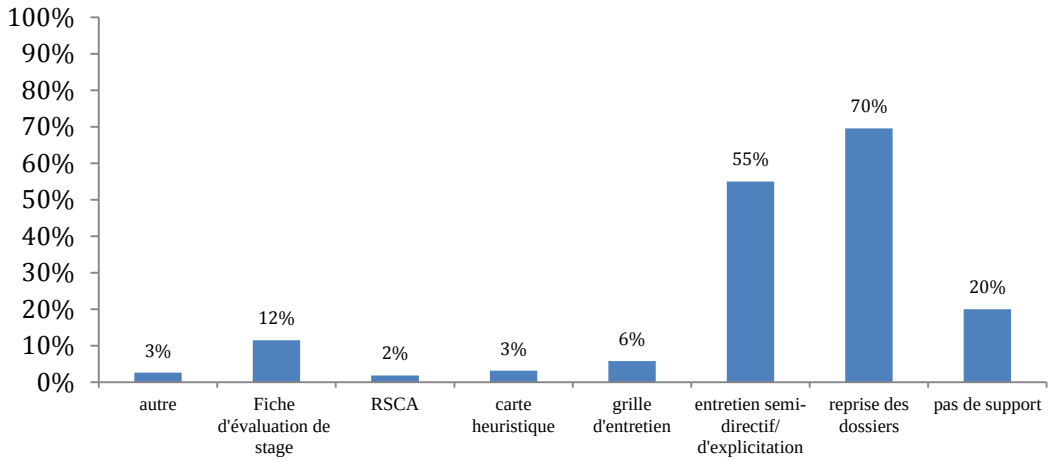
Nous avons obtenu 17 réponses « autre » avec comme descriptif libre :

- « *répartition adaptée à l'interne selon son autonomie* » pour 10 questionnaires ;
- « p*as de SI* » pour 4 questionnaires ;

- « *1 mois OA puis supervision* » pour 1 questionnaire ;
- « *2 semaines / 6semaines / 4mois* » pour 1 questionnaire ;
- « *1 mois / 1 mois ou 2 / 3 ou 4 mois* » pour 1 questionnaire.

4.2.6.3 Supports utilisés pour la supervision

Figure 41 : Supports utilisés pour la supervision



4.2.6.4 Phase idéale

Pour 81% des réponses aux questionnaires MSU, c'est l'alternance entre les phases qui obtient leur préférence.

Tableau 32 : Phase idéale des MSU

Phase idéale	**Nombre de réponses de MSU (n = 226)**
OA	2 (1%)
SD	25 (11%)
SI	16 (7%)
Alternance entre les phases	183 (81%)

4.2.6.5 Satisfaction rôle MSU

186 réponses de MSU (82,5%) se disent satisfaits de leur rôle de MSU : richesse des échanges, plaisir de transmettre et partager leur quotidien de médecin généraliste, pour l'amélioration des pratiques, la promotion de leur spécialité.

Le statut de MSU permet l'autocritique : « *être MSU permet un échange de compétences, permet de partager l'expérience de plusieurs années en cabinet et permet*

aussi l'actualisation des connaissances et recommandations. Cette expérience permet aussi de faire découvrir la médecine générale libérale à un regard jeune et moderne », « J'ai beaucoup de plaisir à transmettre les informations clés de la profession de généraliste : 1) relation médecin-patient, 2) tenue du dossier médical informatisé, 3) éléments diagnostiques et thérapeutiques nécessaires en médecine générale et non enseignés en faculté », « Quelle chance j'ai d'avoir des jeunes collègues qui acceptent de venir partager leurs connaissances avec moi. », « j'essaie de leur apporter mon expérience pratique, de leur faire partager les richesses et la diversité de notre spécialité; Ils m'apportent leur enthousiasme, leurs connaissances et compétences. », « Cette position de MSU nous oblige également à un travail réflexif permanent sur nos pratiques, gage de la qualité de la prise en charge de nos patients. ».

Beaucoup y trouve des bénéfices secondaires comme une protection contre le « burn-out » : *« Cela rompt aussi la possible routine quotidienne parfois ressentie dans notre exercice. », « stimulant, évite la routine et oblige à rester à jour sur le plan de la formation. ».*

La maîtrise de stage permettrait de pouvoir trouver des remplaçants ou futurs associés : « *retour sur investissement (remplaçants)* », « *une de mes anciennes internes est devenue ma collaboratrice, beaucoup d'autres m'ont remplacé.* »

10 réponses de MSU (4,5%) se sont dits non satisfaits et 30 (13%) ont pondéré leur satisfaction de la maîtrise de stage.

Les points négatifs qui reviennent souvent dans les réponses des MSU sont :

- la part chronophage *« j'aimerais disposer de plus de temps à consacrer aux supervisions* » ;
- la fatigue engendrée par la supervision : *« c'est super riche d'être MSU, ça m'apporte beaucoup, mais c'est aussi vachement fatiguant.* » ;
- une rémunération insuffisante pour cette fonction : *« oui, sauf la rémunération, c'est le nerf de la guerre si vous voulez avoir plus de MSU.* » ;
- l'aspect interne-dépendant dans la satisfaction et les difficultés à devoir s'adapter à un nouvel interne tous les 6 mois *« Ce semestre catastrophique n'efface pas tous les précédents ni tous les futurs. »* ;
- la crainte des nouvelles réglementations imposées par le département de médecine générale et la nouvelle réforme du DES : *« MSU depuis 10 ans, grand plaisir d'apprendre et de transmettre à de jeunes confrères. Souhaite*

continuer… si le DMG ne nous impose pas de changer les règles de fonctionnement. ».

Des MSU peuvent se retrouver en grandes difficultés : *« J'ai été très satisfait et même admiratif d'emblée mais aussi parfois une grande souffrance en tant que MSU. »*. Parmi eux, certains ont abandonné l'accueil d'interne en niveau 1 à leur initiative ou sur les conseils de DMG : *« non, d'ailleurs actuellement je n'ai plus d'interne : encadrement pédagogique insuffisant », « non, j'ai demandé à ne pas avoir d'interne pour le semestre prochain, donc c'est difficile de dire que je suis satisfaite »*.

4.3 Comparaison entre les questionnaires Internes et MSU

Nous avons souhaité mettre en avant les différences notables que nous avons constatées dans les résultats des questionnaires.

Pour cette partie, les données des internes ont été simplifiées :

- Quand les valeurs sont proches : moyenne faîte sur les 3 questionnaires.
- Quand les valeurs sont éloignées : valeurs extrêmes rapportées (pour mieux appréhender le ressenti).

4.3.1 Concernant les réunions de trinômes

Tableau 33 : Différences constatées sur les réunions de trinômes de début de stage (RTD)

Différences sur RTD	Internes	MSU
Nombre de RTD réalisé	60%	83,6%
Identification des besoins	75%	93%
Fiche de stage lue ensemble	23%	44%
Discussion autour de la supervision	57%	66%

Tableau 34 : Différences constatées sur les réunions de trinômes de milieu de stage (RTM)

Différences sur RTM	Internes	MSU
Progression de l'interne	64%	100%
Difficulté de l'interne	70%	99%
Programme d'apprentissage	27%	41%
Fiche de stage lue ensemble	19%	44%
Discussion de la supervision	59%	85%

Tableau 35 : Différences constatées sur les réunions de trinômes de fin de stage (RTF)

Différences sur RTF	Internes	MSU
Identification des compétences acquises	84%	98%

4.3.2 Concernant la phase d'OA

Tableau 36 : Différences constatées sur la durée de l'OA

Différences sur l'OA	Internes	MSU
1 semaine	17%	5%
2 semaines	11%	5%
4 semaines	18%	36%

Tableau 37 : Différences constatées sur l'activité de l'interne et la supervision en OA

Différences sur l'activité en OA	Internes	MSU
Observateur simple	2%	33,8%
Observation d'un élément spécifique	22%	40%
Absence de présentation des patients	40-55%	4,5%
Absence de Supervision	20-30%	1%

4.3.3 Concernant la phase de SD

Tableau 38 : Différences constatées sur le début de la SD

Différences phase SD	Internes	MSU
Absence de phase de SD	11 - 16%	3%
Début à J1	12%	8,2%
Début à J2	19%	5,4%
Début à J3	18%	19,6%
Début à 1 mois	9,5%	30,1%

Tableau 39 : Différences constatées sur la durée des consultations, la présentation des patients avant la consultation et la mise en place de consultations ciblées en SD

Différences sur l'organisation en SD	**Internes**	**MSU**
Durée de 15 min	50%	24%
Durée de 20 - 25 min	40%	60%
Absence de présentation des patients	40%	3%
Consultations ciblées	26%	43,5%

Tableau 40 : Différences constatées sur la supervision et les supports de supervision en SD

Différences sur la supervision en SD	**Internes**	**MSU**
Absence de Supervision	35 - 40%	0%
Absence de support	30 - 45%	20%
Entretien d'explicitation / semi-directif	10 - 20%	55%
Fiche d'évaluation	3%	11%

Tableau 41 : Différences constatées sur les consultations difficiles ou riches pédagogiquement en SD

Différences sur les traces d'apprentissage SD	**Internes**	**MSU**
Recherches à effectuer	20%	65%
RSCA	1,5%	13%
Rien	28%	10%

4.3.4 Concernant la phase de SI

Tableau 42 : Différences constatées sur le début, la durée et le nombre des consultations en SI

Différences phase SI	Internes	MSU
Début à J1	5%	0%
Début à J2	4%	0%
Début à J3	2,5%	0,5%
Durée de 15 min	30%	13%
Durée de 20 - 25 min	40 - 50%	50%
Durée de 30 min et plus	25%	38%
15 - 20 consultations / jour	2 - 30%	11%
20 - 25 consultations / jour	4 - 12%	4%

Tableau 43 : Différences constatées sur la supervision, les consultations ciblées, la présentation des patients en SI

Différences sur l'organisation SI	Internes	MSU
Absence de présentation des patients	38%	11%
Consultations ciblées	20%	38%
Absence de supervision	40 - 45%	0%

Tableau 44 : Différences constatées sur les supports de supervision en SI

Différences sur les supports en SI	Internes	MSU
Reprise de dossier	60%	70%
Entretien d'explicitation / semi-directif	10%	55%
Fiche d'évaluation	3%	11%
Grille d'entretien	2%	6%

4.4 Entretiens

Nous avons contacté six internes : Int19 (aussi Int79 et Int12), Int58 (aussi Int78 et Int111), Int76 (aussi Int43, Int75 et Int59), Int83 (aussi Int5 et Int50), Int151 (aussi Int138 et Int163), Int167 (aussi Int86 et Int131) et treize maîtres de stage universitaires : MSU30, MSU58, MSU62, MSU65, MSU76, MSU83, MSU134, MSU137, MSU144, MSU145, MSU151, MSU154, MSU167. Tous ont bien voulu nous rencontrer pour des entretiens à leur domicile, à notre domicile, ou sur leur lieu de travail. Pour réaliser ces entretiens nous avions une trame d'entretien semi-dirigé avec des questions ouvertes.

Pour les entretiens nous avons réalisé une analyse croisée : horizontalement par trois personnes puis nous avons fait une analyse transversale conjointe pour obtenir les Unités Minimales de Sens.

A l'issue de l'analyse de ces entretiens, nous avons mis en évidence les idées forces suivantes, pour lesquelles nous mettrons des citations sélectionnées en exemple.

(En annexe 8.10 : l'intégralité des entretiens.)

4.4.1 Confusion entre phase et supervision

Nous avons observé à de nombreuses reprises une confusion entre la description des phases du stage et celle de la supervision du MSU. Lorsque nous posions des questions sur la méthode employée pour réaliser la supervision, nous avons eu régulièrement des difficultés à obtenir des réponses sur ce qu'est la démarche pédagogique de la supervision, car nous obtenions une réponse concernant les phases de supervision et non pas sur la partie pédagogique de la supervision. Cette confusion était surtout retrouvée lors des entretiens des MSU.

- MSU58 : « *La supervision c'est quoi… Bah si on parle de supervision directe c'est moi, qui observe, et regarde l'interne travailler. Si on parle de supervision indirecte, heu, l'interne se débrouille tout seul* » / « *La supervision indirecte (air professoral) c'est quand je suis à côté et que l'interne consulte tout seul !* » Votre rôle dans la supervision indirecte ? « *Alors, je suis dans la pièce d'à côté, je peux intervenir à n'importe quel moment* ».

On note aussi cette confusion chez un interne :

- Int151 : « la supervision elle a évolué au cours de ton stage ? - *Euh, la supervision directe plutôt ? »* / « Combien de temps de supervision par jour ? - *Euh... Tu me parles en directe ou indirecte ? »*.

4.4.2 Organisation des phases

4.4.2.1 Observation active

De nombreux MSU et internes se demandent s'il y a de la supervision durant la phase d'OA. Dans les entretiens, il n'est pas mis en évidence que les MSU utilisent des outils pédagogiques.

Quand on leur demande d'expliquer comment se déroule l'OA, ils évoquent en grande majorité une phase où l'interne s'ennuierait en observateur simple des pratiques du MSU. Ce qui justifierait que cette phase se doit d'être courte, et que l'interne soit rapidement impliqué dans la réalisation de la consultation.

- MSU83 : « *Je l'ai très mal vécu d'être assise sur un fauteuil pendant 6 mois donc euh je pense que je ne la fais pas durer très longtemps (...) forcément ils vont s'ennuyer très vite.* ».
- MSU167 : « *J'ai diminué le temps d'observation de l'interne. (...) ils passent très très peu de temps à regarder, j'espère, le moins de temps possible. Je garde des mauvais souvenirs de mon stage praticien où je suis resté des jours et des jours vissé sur une chaise sans rien dire.* ».
- Int167 : « P*asser toute la journée sur une chaise à regarder ce qu'il se passe tout un moment, c'est difficile à tenir.* ».

Pour ces raisons, il semble que certains organisent une phase intermédiaire où l'interne a pour rôle de compléter la prise en charge du MSU.

- MSU76 : « *Pour moi ce n'est pas une observation passive. J'ai du mal à penser que dans une consultation où trois personnes sont présentes, il y en a une qui doit fermer sa gueule.* ».
- MSU154 : « *à la fin de ce type de consultation à 3 avec le patient il y a des discussions à trois, c'est ça qui est bien et ça plait aux gens ça.* ».

Lorsque le MSU fait cette phase d'OA avec pédagogie, en plus du simple fait de faire connaissance, ce mode de supervision semble riche :

- MSU65 : « *Avant le début de la consultation, leur demander de repérer, ou le motif, ou le motif caché, ou de regarder tout simplement le déroulement de la consultation. Il y a la gestion de la plainte multiple où l'on ne pourra pas tout gérer ou comment se hiérarchisent aussi les plaintes, ou l'attitude verbale ou non verbale.* » / « *Assez souvent, il y a plusieurs consultations, même dans le dernier mois de stage, où c'est l'interne, en discutant avec lui qui me dit « là, je reviendrai bien en observation, parce que au début du stage on est dans la découverte, du coup on n'analyse pas forcément tout ce qui se passe. A la fin du stage on a du recul » et de se remettre en phase d'observation c'est bien aussi, c'est important aussi.* ».

4.4.2.2 Supervision directe

En étant en position de superviseur direct, certains MSU expriment une difficulté à rester passif, à rester silencieux devant son patient, pour laisser l'interne avancer à sa manière. Certains MSU ne réussissent pas à s'affranchir de leur complicité avec leurs patients, perturbée par l'interne qui mène la consultation. Ils craignent ne pas être impliqués dans la consultation de leur patient avec qui ils ont envie d'échanger. Des MSU disent devoir intervenir car le patient vient pour voir le MSU et pas l'interne.

- MSU58 : « *je vois bien que les choses n'avancent pas forcément, et donc des fois, ça m'incite, peut être à l'excès, ça m'incite à faire avancer les choses, en posant les questions en direct au patient qui est là.* ».
- MSU76 : « *J'ai beaucoup de mal en supervision directe. J'ai (…) vraiment du mal à être en observateur quand l'interne fait l'interrogatoire du patient. C'est compliqué, parce que j'ai du mal à me défaire de la complicité que j'ai avec mes patients.* ».
- MSU134 : « *Ce qu'il y a de plus difficile, enfin heu, c'est quand l'interne consulte devant le maître de stage ! Ça c'est plus difficile à mettre en œuvre ! Parce que souvent les gens ont pris rendez-vous avec nous quoi ! (…) Ils ont toujours tendance à se retourner vers le praticien habituel.* »
- Int58 : « *elle connait tellement ses patients, et les patients ne regardent qu'elle, et elle est tellement dans le psychologique que... Je pense qu'elle aurait voulu et*

aimé que je reprenne la parole, mais je n'arrive pas quoi, je ne vais pas la couper... ».

Les MSU ressentent une difficulté pour réorienter la consultation quand cela leur semble nécessaire, sans être dans une position de juge remettant en cause la décision de l'interne.

Les internes expriment une difficulté à être regardé, peut être car la SD est peu réalisée, impression d'être évalué, difficulté à créer une relation médecin-patient lorsque le médecin du patient est dans la salle de consultation. Parfois aussi car le MSU se sent mal à l'aise.

- MSU83 : « *On n'est pas forcément le même quand on a quelqu'un qui observe, quand on a quelqu'un qui est à côté donc ça peut être de refaire le point, de laisser l'interne faire les choses et de revenir à la fin de la consultation et puis voir un petit peu ce qui a été fait sans les avoir regardé pour que ça les mette plus à l'aise quoi* ».
- MSU151 : « *je pense que l'interne est plus gêné quand c'est moi qui regarde, que quand c'est moi qui bosse et qu'elle est à côté. ».*
- Int76 : « *Ce n'est pas évident d'avoir quelqu'un qui vous regarde. C'est là que l'on se rend compte que pour les maîtres de stages cela ne doit pas être facile pour eux. ».*
- Int83 : « *quand il est là je me sentais observée et je n'arrivais pas ... surtout dans le contact médecin-patient.* ».
- Int167 : « *Cela m'a mis mal à l'aise dans le sens où j'avais plus l'impression d'être évalué au final. Je l'ai mal vécu cette observation. »* / « *Au final j'étais plus à l'aise quand il restait dans un coin à faire ces papiers et qu'il ne regardait pas. Alors qu'avec l'autre, la plus jeune, ce n'était pas du tout comme ça. Elle se mettait en retrait, elle observait de loin, mais elle n'était pas dans l'évaluation. ».*

Ces difficultés peuvent entrainer un évitement de la phase de SD :

- Int58 : « *il avait décidé que la consultation se faisait à deux, qu'on menait la consultation à deux quoi. Mais donc il n'y avait pas de vraie supervision directe où c'est toi qui mène la consultation. ».*
- Int83 : « *et puis y'a un moment où on est passé à la phase de supervision directe euh, et ça a duré juste une consultation ! ça a été très court ! ».*

A l'inverse, des MSU acceptent la SD comme une phase où ils pourraient accompagner l'interne dans sa progression, en restant à côté (et non pas derrière) pour voir la relation qui s'installe entre leur patient et leur interne. L'interne accepterait d'être en SD s'il ne se sent pas jugé.

- MSU65 : « *Il me demande explicitement de prendre le relais, et devant le patient il n'a pas peur de dire que voilà, il passe la main. Et la fois suivante il fera tout seul, et la fois d'après il rédigera même l'ordonnance. Et puis voilà, mais j'attends toujours que cela soit l'interne. J'essaie de ne pas l'interrompre dans sa consultation.* ».
- MSU137 : « *souvent je suis à côté, souvent j'essaie de me faire discrète, je lis autre chose. Je ne regarde pas le patient, pour que le regard du patient soit vraiment dirigé vers l'interne. Et puis j'écoute, j'ai un petit peu l'œil sur le bureau, une oreille vers l'interne et l'autre vers le patient. Je le laisse vraiment mener sa consultation comme s'il était en autonomie.* ».
- MSU151 : « *L'interne n'est pas gêné, je suis à côté. Je suis pas tout à fait derrière, je suis à côté. Je lui dis qu'elle peut tout à fait me parler si elle ressent une difficulté.* ».
- Int167 : « *quand on était en supervision directe, je sentais que je n'étais pas observée, elle le faisait très bien.* ».

4.4.2.3 Supervision indirecte

C'est une phase qui se prépare au fur et à mesure du stage, elle peut être mise en route via une décision partagée avec l'interne.

- MSU65 : « *Il y a vraiment une confiance qui s'installe au fur et à mesure du stage, et que finalement on est très rassuré quand on les laisse en supervision indirecte. Mais effectivement il y a… voilà. C'est parce que cela a été progressif, et que les mois d'avant j'étais là et que je peux le laisser consulter seul en supervision indirecte* ».
- Int167 : « *il me présentait aux patients (…) et systématiquement il nous rejoignait à la fin. Donc, là ça s'est très bien passé avec ses patients, il n'y a jamais eu de soucis. Moi cela ne m'a pas mise en difficulté.* ».

L'organisation d'une mise en autonomie en SI est vécue comme formatrice selon des internes, mais parfois uniquement par la situation, et non pas pour la pédagogie.

- Int19 : « *c'est de la formation car c'est me confronter à être toute seule. Mais ça ne m'apprenait pas autre chose que d'être toute seule.* ».
- Int58 : « *Ce n'était pas ultra formateur par l'apport du maître de stage mais plus formateur pour moi, pour voir comment je me débrouille toute seule.* ».

Certains MSU et internes rapportent que les consultations en SI peuvent être décidées lorsque ça arrange le MSU (pour rattraper retard, doubler les consultations…), sur des consultations choisies au hasard ou bien choisies car estimées simples pour l'interne. Le patient n'est pas forcément au courant en amont car choix décision spontanée lorsque difficultés d'emploi du temps du MSU.

- MSU58 : « *En supervision indirecte quand l'interne travaille seul, et ben ça me permet et ça m'a permis lorsqu'il y a beaucoup d'activité, de me… j'ai une pièce à côté et l'on pouvait travailler à deux pour rattraper le retard.* ».
- MSU167 : « *Quand j'ai pris du retard je lui dis ben écoute tu vas prendre ce patient en charge, et moi ça me permet de voir le patient suivant et on rattrape le retard.* ».
- Int19 : « *j'étais en SI quand il partait en régulation.* ».
- Int58 : « *il peut recevoir un coup de fil, et il s'en va et ne reviendra pas.* ».

Les internes ont besoin d'être intégrés pour le choix de mise en autonomie.

- Int76 : « *j'ai été lâché dans le bain quand même très très rapidement sans jamais me demander si cela me convenait* ».

Des MSU rapportent une difficulté à mettre en autonomie l'interne car impression d'abandonner sa patientèle à un autre médecin. Il faut être sûr de sa propre pratique pour pouvoir faire confiance à l'autre. Il existe aussi une crainte que la consultation ne soit pas aboutie par l'interne, que le patient soit insatisfait.

- MSU145 : « *quand ils vont voir qu'il y a : un interne, un SASPAS plus un externe au cabinet. Ça va leur faire « waouh. Dr (anonyme) est plus à l'université qu'avec nous !* ».
- MSU154 : « *on a toujours du mal à lâcher nos patients en fait. (…) les personnes viennent vraiment pour avoir notre avis à nous.* » / « *Je crois qu'il*

faut… cela peut arriver que l'on n'y arrive pas à laisser la personne consulter seul. »

Ces difficultés peuvent être responsables d'un manque de supervision pour SI :

- MSU154 : « *Moi j'ai du mal à analyser une situation quand je ne suis pas devant* » / « *cette phase de supervision c'est vraiment quelque chose que j'ai du mal à comprendre. (…) Il faudrait que j'ai l'occasion de rediscuter de ce sujet avec des gens qui ont plus la pratique. »*.

4.4.3 Supervision et pédagogie

4.4.3.1 Supervision vue comme un contrôle et une observation des pratiques

Selon certains internes et MSU, la supervision c'est examiner ce qu'a fait l'interne. Reprendre ce qui a été fait au sens « bon / mauvais », pour faire comme le MSU aurait pu faire. La supervision est vue comme un rattrapage des erreurs du cas clinique réalisé par l'interne.

- MSU62 : « *il est indépendant avec un petit contrôle après à la fin de chaque consultation. »* / « *Donc la supervision, c'est euh… D'abord que mon patient reparte correctement vu, soigné et avec une ordonnance correcte ou pas ! (…) Correcte vis-à-vis de ce qu'il aurait eu s'il était venu me voir moi. »*.
- MSU154 : « *C'est un cas clinique. C'est voilà, j'ai vu Monsieur truc, il arrive avec un mal de ventre. On a fait tel examen clinique, on a proposé tel examen complémentaire. On lui a proposé de revenir ou de ne pas revenir. »*.
- Int167 : « *Il arrivait, je lui disais « Monsieur untel il venait pour ça, et j'ai fait ça. » Et puis lui il disait « oui c'est bien. » Ou alors il disait « ha, tu n'as pas mis (…) ». Moi je disais « oui ou non » et puis cela s'arrête là. Et puis le monsieur il partait et puis on continuait. (…) C'est un contrôle de ce que j'ai fait. »*.

Certains internes regrettent que la supervision soit uniquement un contrôle de leur pratique médicale pure, sans échange approfondi sur ce qui entoure cette prise en charge biomédicale.

- Int58 : « *si j'ai besoin d'en parler, de discuter sur un patient il est disponible à écouter, mais pas du tout pour réfléchir avec moi, ou à ce que j'aurai pu faire en plus ou en moins, mais plus pour sortir ses anecdotes.* ».
- Int167 : « *Si on n'aborde pas ces questions-là, ce n'est pas de la supervision, c'est juste un rapport. Ouais là c'est un rapport.* ».

Nous retrouvons quand même une supervision réalisée sur tous les pans de la consultation, avec l'interne au centre de la discussion. La supervision est alors faîte autour du ressenti de l'interne. L'interne peut lui-même apporter les éléments importants de la consultation.

- MSU65 : « *On peut pas reprendre toute la consultation, ça fait trop. Donc en fonction, ou du motif de consultation, ou d'une difficulté qui a été repérée, qu'elle soit relationnelle ou qu'elle soit sur un geste technique ou euh lors de la consultation. Bah on va cibler la supervision essentiellement sur ça.* ».
- MSU151 : « *On est dans la compréhension de ce qui se passe en consultation, et du meilleur moyen de soigner. Donc on discute de manière tout à fait libre, en fin de consultation ou en fin de demi-journée sur les cas qu'on a rencontré, les patients rencontrés.* ».
- Int167 : « *en supervision directe, moi ce que j'avais fait, comment je l'avais fait, pourquoi je l'avais fait vraiment prendre le temps de discuter des choses* ».

L'interne souhaite que le MSU puisse faire un retour sur sa pratique, un regard rassurant sur les décisions médicales qu'il a prises.

- Int83 : « *J'ai l'impression que ça me faisait moins peur de me lancer en étant autonome sachant que derrière je pouvais leur en parler, qu'on pouvait débriefer.* » / « *avoir de la supervision, c'était plus rassurant.* ».
- Int151 : « *parfois on a envie d'avoir un autre avis quoi ! savoir si on n'a pas zappé un truc, si on est à peu près dans les clous.* ».

4.4.3.2 Discussion / supervision devant les patients

La supervision, retour sur la consultation (soit durant la consultation en OA et SD, soit en fin de consultation en SI), se fait régulièrement devant le patient. Cela peut être vécu par l'interne soit comme une prise de décision partagée avec le patient comme témoin, soit comme une critique difficile à accepter mettant en porte à faux ses propositions. La présence du patient entraine nécessairement un retour uniquement centré sur le biomédical.

- MSU76 : « *le plus souvent j'essaie de le faire en présence des gens. Et je préviens les gens, je leur dis que l'on fera le point ensemble après. Cela permet de mieux faire accepter son interne. Et en plus c'est bien montrer aux gens que l'interne travaille sous ma responsabilité à la fois médicale et pédagogique.* ».
- Int76 : « *Ce qui n'était pas très agréable ce qu'elle faisait des remarques en permanence devant les patients*. ».
- Int83 : « *Même parfois devant le patient, en expliquant au patient que voilà on n'était pas forcément d'accord, on discutait. Savoir aussi ce que le patient en pensait, c'était assez intéressant, de voir deux avis de médecins*. ».
- Int167 : « Comment tu as vécu ce moment d'échange devant le patient ? - *Ben ce n'était pas facile du coup. C'est vrai que des fois cela mettait un peu mal à l'aise.* ».

4.4.3.3 MSU vus comme « formateurs » : ciblent les consultations

L'interne est intégré dans la consultation : le patient est prévenu que c'est l'interne qui va consulter. L'interne est au centre de la démarche pédagogique, le temps de consultation est adapté à ses compétences, les consultations où il va consulter sont choisies notamment en fonction de ses compétences à améliorer.

- MSU65 : « *C 'est sur une consultation donnée, avant que rentre le patient.* » / « *c'est une discussion, en fonction de son souhait, de ses difficultés, de ce que l'on aura ciblé ensemble.* ».
- MSU137 : « *Je peux aller de plus en plus loin dans la difficulté de la consultation. Pour qu'ils soient de plus en plus autonome et de plus en plus à l'aise.* » / « *Les patients sont prévenus, donc je sais qu'ils sont d'accords.* ».
- Int167 : « *Elle prenait son temps pendant les consultations, elle avait du temps libre entre les consultations, donc on avait du temps pour rediscuter des*

situations plus complexes » / « *elle me laissait deux heures de consultations dans l'après-midi. Où c'était mes consultations, les patients savaient que c'était moi qui consultais. »*.

4.4.3.4 MSU vus comme "moins formateurs" : n'adaptent pas les consultations aux besoins spécifiques de formation de l'interne

Le rythme n'est pas adapté à l'interne, il s'agit de l'organisation habituelle du MSU pour l'ensemble des internes, voire de l'organisation du MSU comme s'il était seul. Le choix de la consultation en autonomie se fait au dernier moment, en fonction de facteurs extérieurs, sans que l'interne soit au centre de la décision, selon ce qui arrange le MSU. L'interne est placé sur les consultations d'urgence en vue de dépanner plutôt que pour sa formation. Les patients ne sont pas prévenus que c'est l'interne qui va réaliser la consultation.

- MSU58 : « *ben je suis un peu limité par le temps donc, ça je peux pas y passer une demi-heure à chaque consultation quoi, non c'est pas possible* ».
- MSU144 : « *Bon on ne peut pas se voir en fin de journée pour reparler des trucs, comme je fini à 21h quand même souvent, bon bah oui ils sont partis. »*.
- MSU167 : « *les patients sont un petit peu surpris, et en fait « je vous rejoins en fin de consultation » ils se disent, oh bah tient c'est rassurant, comme ils ne sont pas prévenus ça les rassure. »*.
- Int58 : « *Une consultation peut devenir une consultation seule au bout de 5 secondes sans que je le sache en gros « vas-y (anonyme) commence, j'arrive », voilà donc je commence et en fait je termine. Voilà, et il ne revient pas. »*.
- Int76 : « *me laissant seule avec des patients qui n'étaient pas au courant que ce n'est pas le docteur qu'ils allaient voir mais la stagiaire. »*.

4.4.3.5 Absence de pédagogie en amont

Des internes ressentent qu'il n'y a pas de pédagogie en amont de la supervision, et peu de supervision globale "théorique". Les MSU expliquent qu'ils n'ont pas de programme d'apprentissage prédéfini, c'est plutôt une discussion instinctive. Par conséquent le retour n'est pas assez approfondi.

- MSU58 : « *je fais au naturel quoi. »* / « *on mange ensemble mais le but c'est un peu de débriefer quoi ! Le but c'est de se connaitre mieux mais c'est aussi un peu de débriefer. »*.

- MSU154 : « *il y a des méthodes théoriques que l'on apprend, malgré tout je pense que nous, il y a notre pratique et notre peut-être personnalité qui prend le dessus à un moment donné, parce que c'est plus fort que tout.* ».
- Int19 : « *je ne pense pas qu'ils ont fait ce que vous vous appelez supervision dans vos questionnaires. Eux je pense qu'ils pensaient faire de la supervision, mais moi je pense que ce n'était pas de la supervision au sens supervision.* ».
- Int58 : « *Dès qu'on essaye de creuser un peu le côté connaissance, pédagogie ou expérience... voilà, pas beaucoup de répartie, pas beaucoup de chose qu'ils nous apprennent quoi.* ».
- Int83 : « *y'avait pas d'axe particulier, ils me demandaient pas de faire des choses avant la consultation, comme « pour ce patient-là, regarde plutôt ça ».* ».

4.4.3.6 Supervision à la demande de l'interne

Régulièrement c'est à l'interne de demander une « supervision » s'il en ressent le besoin. Cette supervision n'est donc pas réalisée en fonction des compétences de l'interne mais selon ses propres demandes. Elle est alors souvent centrée sur une réassurance biomédicale.

- MSU145 : *« Et tant qu'il ne m'appelle pas c'est que tout se passe bien. »* / « *elle est autonome mais je suis là, juste à côté. Elle vient me voir « tiens est-ce que tu peux venir voir ça, est-ce que, qu'est-ce que tu en penses ».* ».
- Int58 : « *En fait les retours sur les consultations c'est moi qui devais les demander.* ».
- Int83 : « *C'était à ma demande souvent.* » / « *Ils ne me demandaient pas souvent ce que j'avais fait, c'était souvent plus moi spontanément qui leur racontait et euh... et qui leur disais les questions que j'avais, mes inquiétudes, mes préoccupations par rapport à la consultation.* ».

4.4.3.7 Manque d'analyse de la complexité de la relation de soin

Les internes attendent, de la supervision avec leur MSU, une analyse plus approfondie des différents déterminants de la consultation. Le plus souvent les retours sur les consultations ressemblent à des discussions sur le biomédical. Il n'y a pas assez de discussions sur le cheminement réflexif de l'interne, ni sur la démarche EBM.

- Int19 : « *Pas les déterminants poussés de ce qu'ils avaient fait, ça restait sur le champ médical.* ».

- Int58 : « *pas de réflexion sur la pratique en fait.* ».
- Int167 : « *Je pense que moi, ce qui différencie la supervision du contrôle, (…) ... Il faut quand même aborder comment on a ressenti les choses, les problématiques que l'on a pu rencontrer dans la gestion avec le patient... Voilà, dans le relationnel, dans notre démarche diagnostique, thérapeutique. Si on n'aborde pas ces questions-là, ce n'est pas de la supervision.* ».

Bénéfice pour l'interne dans ses attentes de supervision du fait d'avoir expliqué à quoi il doit s'attendre ; importance de travailler autour des compétences de l'interne.

- Int76 : « *elles ont discuté avec moi pour voir comment je ressentais les choses, comment... Ce sur quoi je voulais travailler. Si j'avais des sujets sur lesquels je me sentais complètement nul et que je voulais plutôt bosser*. ».

Certains MSU réalisent une supervision approfondie sur toutes les compétences de l'interne :

- MSU65 : « *on revient sur toutes les consult'. Et ça permet souvent de re-verbaliser ce qui s'est passé, d'analyser pourquoi l'interne est parti sur telle ou telle direction alors que dans mon raisonnement, moi je n'aurais pas fait ça… et c'est je pense, c'est vraiment là que l'interne progresse.* » / « *j'essaie de cibler, avant le début de la consultation de leur demander de repérer, ou le motif, ou le motif caché, ou de regarder tout simplement le déroulement de la consultation. Il y a la gestion de la plainte multiple où l'on ne pourra pas tout gérer ou comment se hiérarchisent aussi les plaintes, ou l'attitude verbale ou non verbale. Mais c'est sur une consultation donnée, avant que rentre le patient.* ».
- MSU83 : « *essayer de se réadapter à son nouvel interne pour pouvoir s'ajuster à sa personnalité pour y répondre en fonction de son besoin et de ses désirs.* ».
- MSU151 : « *Je suis pas du tout dans le jugement. On est dans la compréhension de ce qui se passe en consultation, et du meilleur moyen de soigner. Donc on discute de manière tout à fait libre, en fin de consultation ou en fin de demi-journée sur les cas qu'on a rencontré, les patients rencontrés*. ».
- Int151 : « Il *a essayé de le faire en me posant plus de questions sur la communication tout ça. Par exemple sur le contact, comment j'ai perçu la personne, si elle adhérait ou pas à ce que je lui disais ?*».

4.4.3.8 Mise en autonomie avec une pratique libre

Les internes souhaiteraient pouvoir discuter des patients de manière objective et professionnelle, sans avoir à faire à la manière du MSU pour le satisfaire. Par ailleurs ils souhaiteraient que cette autonomie soit accompagnée d'une supervision en adéquation avec leurs besoins.

- Int167 : « *Il faut quand même aborder comment on a ressenti les choses, les problématiques que l'on a pu rencontrer dans la gestion avec le patient... Voilà, dans le relationnel, dans notre démarche diagnostique, thérapeutique. Si on n'aborde pas ces questions-là, ce n'est pas de la supervision* ».
- MSU65 : « *il y a l'envie de bien faire et l'envie de ressembler au maitre de stage finalement. Il y a un peu le côté…c'est souvent ce que je leur dis « je ne vous demande pas de me faire plaisir ou de faire ce que moi j'aurai fait. » Très souvent, leur questionnement quand je suis à côté c'est « qu'est-ce qu'elle aurait mis à ma place ». (…) il faut aller au bout et puis après on en discute une fois que la consultation est terminée en supervision.* » / « *il faut accepter que l'interne ait sa propre personnalité et n'ait pas à mener la consultation comme soi-même on l'aurait menée* » / « *c'est ça qui est dur en tant que maître de stage, c'est de ne pas imposer à l'interne sa façon de penser, ou son propre raisonnement.* » / « *il faut se dire que l'on est maitre de stage et que l'on fait partie d'un maillon de sa formation d'interne. On est un maillon, on n'est pas là pour qu'il rentre dans le moule.* ».

4.4.3.9 Importance de la formation initiale ou continue des MSU

- MSU65 : « *avoir des formations continues (…) cela joue beaucoup. (…) Moi j'ai fait les 2 formations CNGE supervision directe et supervision indirecte, c'est vrai que cela peut paraître très théorique, mais au moins cela pose les bases sur des bonnes choses et cela m'a aidé quand même. »* / « *Les séminaires de base devraient être obligatoires. Et la journée sur la grille d'évaluation, c'est vrai que c'est plus simple de l'utiliser quand on a eu une journée au préalable dessus que quand on la reçoit comme ça. »* / « *tout cela on l'apprend en formation. »*.
- MSU76 : « *je me repose la question de refaire une formation en supervision directe. De temps en temps il faut y retourner, parce que je me redis ce que j'ai*

dit tout à l'heure, que si je ne suis pas à l'aise c'est que cela vient de moi donc il faut peut-être revoir les choses. ».

- Int167 : « *elle avait eu sa formation pas longtemps avant et elle était plus attentive à ça.* » / « *ce serait bien qu'il y ait des remises à niveau de supervision. Je ne sais pas s'ils en ont ?* ».

4.4.4 Place importante du relationnel

4.4.4.1 Apprentissage du relationnel et du savoir-être

Selon les internes et les MSU, pour le stage praticien niveau 1, il y a une plus grande place pour l'apprentissage du relationnel et du savoir-être que pour la connaissance médicale.

- MSU62 : « *C'est principalement dans la façon dont l'interne va évoluer vis-à-vis du relationnel.* ».
- MSU154 : « *Au niveau des connaissances, nous ce n'est pas trop notre rôle de juger les connaissances, les connaissances sont apprises pendant le cursus universitaire. (…). Mais c'est quand même, effectivement le côté relation humaine et comportement vis à vis des patients, finalement qui est le plus difficile à acquérir. Puisque c'est un savoir-être et non pas un savoir-faire.* ».
- Int167 : « *c'est quand même plus important pour moi d'avoir un regard et de pouvoir apprendre ces questions-là, plutôt que sur des trucs que l'on peut trouver dans les bouquins. Moi je suis plus en difficulté avec les problèmes relationnels qu'avec des problèmes cliniques par exemple.* ».

4.4.4.2 Supervision intuitive

La supervision ne se fait pas uniquement selon les référentiels pédagogiques. Certains internes et MSU apprécient une supervision intuitive adaptée au ressenti et vécu de chacun.

- MSU58 : « *j'ai le sentiment que le DMG, que pour le DMG il y a des règles à suivre, que c'est comme cela et pas autrement. Et c'est pas comme cela que ça se passe sur le terrain.* ».
- MSU145 : « *je n'ai pas de critère bien particulier. C'est le … Silence. C'est pas évaluable en fait. Un moment, je le sens.* ».

- Int83 : « *j'ai bien aimé aussi ce côté pas trop scolaire où c'était plutôt un échange entre professionnels, ils n'ont pas essayé de me faire des cours théoriques.* ».

A l'opposé, un MSU qui a bien appréhendé les outils pédagogiques les utilise pour une supervision plus approfondie :

- MSU65 : « *Ils disent bien sûr une supervision indirecte, si vous ne posez que des questions fermées. « Quel était le motif ? Quel traitement tu as donné ? » on aura des réponses fermées. Peut-être que c'est ça le… c'est juste la question ouverte de comment cela s'est passé ? Ou qu'est-ce qu'il s'est passé ? Alors déjà il y a une différence entre comment cela s'est passé et qu'est-ce qu'il s'est passé. La réponse ne sera pas la même. Et je pense que c'est peut-être ça. Laisser l'interne revivre sa consultation en ayant son support d'observation qui va l'aider à récupérer son cheminement.* » / « *si l'interne ne voit pas ce qu'il y a à dire de la consultation, et bien, en fonction du patient, parce qu'on le connaît, en fonction du contexte et tout ça, on va l'amener sur d'autre chose. « Et puis, qu'est-ce que tu as ressenti ? Est-ce que tu as eu le temps de regarder ses antécédents ? Est-ce que tu as repéré cela ? Est-ce que tu as vu qu'il y avait une alerte sur ça ? ». ».*

4.4.4.3 Communication avec leurs collègues/patients

Les MSU qui font une supervision approfondie sont souvent ceux qui communiquent régulièrement avec leurs patients ainsi qu'avec leurs collègues :

- MSU76 : « *on a un quadrinôme qui fonctionne bien, il y a aussi cela, l'élément de communication entre les maîtres de stage.* » / « *le collège des enseignants, j'y vais depuis très longtemps, je retrouve des gens avec qui je partage depuis des choses là-dessus, sur la manière de voir la médecine.* ».
- MSU137 : « *en échangeant entre collègues, on peut se donner des idées, on peut progresser.* ».
- MSU151 : « *On soigne des personnes malades. Qui ont leurs propres représentations. Donc il faut comprendre que, bah voilà, il faut qu'eux-mêmes puissent comprendre ce qui leur arrive, et qu'on puisse faire ensemble un projet. (…) Et quels moyens donner aux gens pour les aider pour se soigner, quoi.* ».

- Int167 : « *pour faire de la supervision il faut quand même réussir à communiquer, il faut avoir envie de dialoguer. Réfléchir ensemble sur les choses, cela veut dire être ouvert au dialogue. »* / « *Je pense entre eux dans le cabinet ils se font de la supervision. Ils se parlent, ils communiquent beaucoup.»*.

4.4.5 Apprentissage de la différence entre pratique hospitalière et ambulatoire

Le stage en ambulatoire serait très important pour se détacher de la formation hospitalière, toutes spécialités confondues. Les compétences spécifiques du médecin généraliste ne peuvent s'acquérir qu'auprès du patient dans un cabinet en ambulatoire.

- MSU76 : « *les internes ils ont l'air contents des stages. (…) Je crois que c'est le fait d'être en cabinet de médecine générale, et non plus d'être à l'hôpital, je crois que c'est avant tout cela*. ».
- MSU151 : « *je pense qu'ils prennent de l'expérience, l'expérience du sens, du métier quoi. Comment aborder les choses qu'on ne voit pas à la fac ? Qu'on n'enseigne pas à l'hôpital ni à la fac. »*.
- Int 151 : « *sur tout mon cursus, c'est qu'on n'est pas du tout formé à la médecine générale, donc c'est un gros point négatif. »*.

4.4.6 Difficultés

Nous avons perçu plusieurs facteurs responsables de difficultés, de frein à la réalisation d'une supervision riche pédagogiquement :

4.4.6.1 Facteur temps

Une des grandes difficultés dans la pratique de la médecine générale serait la gestion du temps. Pour faire de la supervision il faudrait encore plus de temps. Il n'y en aurait déjà pas assez dans une journée de travail, cela empêcherait la réalisation d'une supervision selon les MSU et les internes.

- MSU76 : « *Moi j'aimerai avoir plus de temps avec l'interne. Si j'avais quelque chose à changer dans mon fonctionnement, c'était ce que j'avais au début quand j'étais maître de stage, c'est d'avoir un temps où l'on mange ensemble avec l'interne. (…) On termine tard le soir ici. (…) A 20H30, ce n'est pas très*

facile de demander à un interne de consacrer 15-20 minutes à un retour global ».

- MSU151 : *« c'est à dire que le facteur temps nous empêche parfois d'élaborer un peu plus notre pensée de la médecine générale. ».*
- Int19 : *« Je pense qu'ils n'ont pas le temps pour faire cela s'ils veulent tenir leur planning. ».*
- Int76 : « *Je n'avais jamais de supervision. Il y avait tellement de monde, avec des plannings hyper serrés, hyper chargés. ».*

Devant ce problème de temps, un MSU met en avant le manque de rémunération de la maîtrise de stage.

- MSU151 : « *c'est vrai que c'est un travail en plus, et qui est pas assez rémunéré.* ».

4.4.6.2 Facteur spatial (locaux non adaptés)

Pour la mise en autonomie, il serait nécessaire d'adapter l'aménagement du cabinet. La possibilité d'un cabinet de consultation en plus serait un élément notable, pour que l'interne puisse consulter seul, tout en laissant le MSU travailler en parallèle.

Par ailleurs, la possibilité de communiquer par liaison interne (ordinateurs connectés, messagerie interne) permettrait de potentialiser la mise en situation.

- MSU62 : « *l'avantage c'est qu'ici j'ai un double bureau. »* / « *Et en plus on a même une liaison interne, une liaison de messagerie entre les 2 bureaux. ».*
- MSU144 : « *On n'est pas bien organisé ici, on n'a pas les locaux qu'il faut. ».*
- Int19 : « *Ce n'est pas facile pour eux de mettre en SI car ils n'ont pas de cabinets disponibles en plus. ».*
- Int58 : « *au niveau de la formation les trois avaient, soit pas les locaux adaptés soit pas la pédagogie adaptée pour vraiment m'apprendre des choses et me mettre en situation quoi. ».*

4.4.6.3 Facteur humain

4.4.6.3.1 Personnalité de chacun

La qualité de la supervision dépendrait de la motivation au changement de l'interne. En fonction de la personnalité de l'interne, les MSU sont plus ou moins motivés pour s'impliquer dans une supervision.

Les qualités relationnelles de l'interne pourraient gêner le MSU vis-à-vis de sa patientèle.

- MSU62 : « *pour certains internes, qui étaient moins motivés ou qui avaient des problèmes de communication avec le patient. C'est vrai que j'ai été obligé à ce moment-là d'intervenir hélas effectivement, c'est plus difficile pour nous.* ».
- MSU137 : « *là où je peux rencontrer des difficultés, c'est quand je sens un interne qui est un peu démotivé, ou qui n'est pas à l'écoute, ou qui n'a pas envie de débriefer, qui est plus intéressé par rentrer à la maison, ou qui a quelque chose de prévu. (…) C'est à dire que si l'interne ne se montre pas très intéressé par une supervision un peu plus fouillée et que cela se répète, je vais probablement me lasser aussi et m'en tenir à une supervision toute simple.* ».
- MSU154 : « *Je ne veux pas que cela change trop de la façon que j'ai d'exprimer aux gens les examens, les surveillances, leurs traitements… oui, trop de divergence* ».
- Int19 : « *c'est aussi une histoire de caractère, y'a des MSU avec qui on s'entend plus et avec qui on parle plus souvent* ».
- Int167 : « *C'est sûr que c'est en rapport avec l'envie d'en faire, mais aussi avec leur personnalité.* ».

4.4.6.3.2 Internes jeunes

Certains MSU nous ont fait part de leur inquiétude vis à vis de la réforme : recevoir des internes en 1er ou 2^{e} semestre leur semblerait plus difficile.

- MSU58 : « *les internes allaient venir chez nous en premier ou deuxième semestre et ça ne me paraît pas être une bonne idée, justement par rapport à ça. Parce que le manque de pratique il sera flagrant* ».
- MSU62 : « *Là on nous projette de les mettre dès le premier semestre. Ça risque d'être plus difficile. C'est pas une question de compétences, mais pour nous cela va être beaucoup plus lourd* ».

- MSU145 : « *ça va me poser problème le nouveau DES sachant qu'on va avoir des internes 1er et 2e semestre* ».

Pour d'autres MSU, ouvrir le stage praticien dès le DES 1 serait intéressant pour la formation des spécialistes en médecine générale.

- MSU65 : « *j'ai ensuite choisi mes stages hospitaliers en vue d'être médecin généraliste. J'ai orienté mes stages parce que j'avais eu des supers maîtres de stages qui m'avaient donné envie.* » / « *Le stage plus tôt, moi je suis favorable* ».
- MSU76 : « *internes plus jeunes dans leur parcours de formation. À partir du 1er semestre. Il paraît que c'est plus… que c'est… Que ça marche bien.* ».

4.4.6.3.3 Relation MSU - Interne - Patient

Du fait de la particularité de la relation triangulaire MSU – Interne – Patient, le MSU peut notamment éprouver des difficultés à laisser la place à un interne pour prendre en charge ses patients. L'intervention de l'autre peut être compliquée durant la consultation : le MSU peut être mal à l'aise de part une demande inappropriée de l'interne, l'interne peut se sentir critiqué / jugé devant le patient.

- MSU62 : « *peut-être que je m'imaginais que mes patients n'allaient pas tout dire à l'interne. Et que la fois d'après ils allaient me faire des reproches.* ».
- MSU154 : « *certains internes ou certaines (…) qui peuvent même s'opposer (…) à notre façon de voir la prise en charge du patient. Mais s'opposer verbalement ! En disant « de toutes façons, ce n'est pas comme cela qu'il faut faire. ». Et donc cela c'est difficile car on peut être face au patient* ».
- Int76 : « *elle faisait des remarques en permanence devant les patients. Donc niveau confiance en soi ce n'est pas du tout agréable. (…) Elle me disait : « Tu es nulle ! ».* ».
- Int151 : « *que la patientèle est très dépendante de lui. Donc je suis en supervision directe, c'est difficile, les patients commencent forcément à parler au prat' donc c'est un peu compliqué. Parfois on se retrouve spectateur de la consult' alors qu'on est censé avoir la main* ».

4.4.6.3.4 Refuser certaines demandes du MSU

Des internes ont pu éprouver des difficultés pour refuser une proposition de leur MSU qui ne leur convenait pas, notamment sur la mise en autonomie.

- Int58 : « *Vu qu'on passe 6 mois ensemble c'est hyper dur de faire remonter les difficultés.* ».
- Int76 : « *j'ai été lâché dans le bain quand même très très rapidement sans jamais me demander si cela me convenait* » / « *ils m'imposaient leur rythme et de toutes façons je n'avais pas mon mot à dire.* » / « *C'est vrai que tu n'oses pas trop un moment taper du poing sur la table et leur dire : « Bah écoutez, cela ne me convient pas la façon dont vous faites... ». Sachant que cela fait des années qu'ils font comme cela et que personne ne leur a rien dit.* ».

4.4.7 Motivations initiales pour s'engager en tant que MSU

4.4.7.1 Pour remplacement / installation future

Des MSU ont rapporté avoir cherché initialement à rencontrer des jeunes collègues en vue de susciter l'envie de les remplacer voire de s'installer avec eux. L'interne est vu comme une main d'œuvre potentielle.

- MSU58 : « *Je l'ai fait parce que, au départ je cherchais quelqu'un en vue de m'associer, en vue de me remplacer aussi.* ».
- MSU 154 : « *actuellement puisque que l'on sait qu'il y a beaucoup de problèmes de succession dans les cabinets de médecine générale. C'est encore plus une motivation pour le faire.* ».

4.4.7.2 Participer à la formation des jeunes médecins

La plupart des MSU se sent le devoir d'offrir un terrain de stage aux jeunes médecins en formation. Ils souhaitent ouvrir les étudiants à une pratique non hospitalière et leur faire aimer la médecine ambulatoire. L'accès au stage praticien ferait de meilleurs médecins généralistes.

Les MSU qui ont apprécié leur stage praticien durant leur internat souhaitent apporter cela à d'autres.

- MSU30 : « *Donc vraiment la première raison pour laquelle je suis devenu maître de stage c'est que j'avais envie que les futurs généralistes qui vont s'occuper de patient, de nous soigner, qui vont me soigner, soigner mes proches*

et qui vont soigner la population française, soient des gens beaucoup mieux formés. ».

- MSU65 : « *J'espère que je leur ai donné envie de faire de la médecine générale, ou en tout cas que je leur ai donné une image de la médecine générale plutôt positive.* ».
- MSU76 : « *Les internes ne peuvent pas apprendre le métier à l'hôpital. Ce n'est pas possible, si on n'ouvre pas les cabinets de médecine générale, c'est foutu.».*

4.4.7.3 Maîtrise de stage : une transmission confraternelle

Les MSU apprécient la rencontre et l'échange qu'apporte la maitrise de stage. C'est un apport réciproque, bénéfique pour chacun. Et il y a un aspect sympathique dans cette relation confraternelle.

- MSU30 : « *J'aime la rencontre, et c'est vrai que, accueillir un interne pendant 6 mois ou un externe pendant deux mois, c'est une rencontre avec une nouvelle personne.* ».
- MSU65 : « *Et puis l'envie de ça, d'échanger avec des internes, de me motiver, de me stimuler pour, comme je le disais tout à l'heure, rester à la page.* ».
- MSU151 : « *Je conçois cette transmission dans un contexte un petit peu convivial. Je ne mets pas du tout de rapport hiérarchique dans la relation à l'interne.* ».

4.4.8 Evaluation

4.4.8.1 Evaluer sa supervision

Les MSU souhaiteraient avoir une évaluation de leur supervision par les internes, pour pouvoir améliorer leur pratique. Mais celle proposée par le DMG ne leur conviendrait pas.

- MSU62 : « *J'ai reçu après par l'intermédiaire du département des évaluations. (…) Les évaluations-là ne m'ont servi à rien, je n'ai rien compris. Ben oui ! Il y a des croix. (…) Est-ce que c'était simplement qu'ils cochaient au milieu pour ne pas avoir de problème. Voilà cela ne sert à rien ce genre d'évaluation. J'aimerais avoir une évaluation qui soit en texte.* ».
- MSU145 : « *quand j'ai reçu les évaluations de stage, (…) C'est vrai que c'est intéressant… Parce que au moins on sait un peu ce qu'on attend de nous* ».

4.4.8.2 Besoin de réassurance quant à leur rôle de MSU

Les MSU souhaitent que les internes soient « contents » de leur stage auprès d'eux.

- MSU62 : « *J'ai quand même des anciens internes qui se sont installés avec nous. Donc ça ne s'est quand même pas mal passé ! (…) Et les deux nouvelles, ce sont mes anciennes internes. Donc je n'ai pas été trop mauvais maître de stage.* ».
- MSU76 : « *Mais enfin les internes ils ont l'air contents des stages.* ».

4.4.8.3 Evaluation de l'interne : nouvelle grille

Les MSU demandent un outil d'évaluation de l'interne pour l'accompagner dans l'acquisition de ses compétences tout au long du stage. La nouvelle grille d'évaluation leur semble trop complexe pour être un outil efficace, au moins le temps de se l'approprier.

- MSU137 : « *qui va vraiment dans un bon sentiment d'évaluer au plus proche des compétences de l'interne. Mais je ne l'ai absolument pas fait mienne parce que je la comprenais mal. C'est un outil que je comprends mal.* ».
- Int83 : « *peut-être la grille d'évaluation à la fin qui était un peu trop.... On a eu du mal à la remplir en fait, c'était assez abstrait.* ».

4.4.8.4 Contrôler l'encadrement pédagogique

Les MSU qui ne font pas d'encadrement pédagogique pour les internes devraient ne pas pouvoir continuer la maîtrise de stage ainsi.

- MSU62 : « *Il se servait de l'interne comme remplaçant gratos. J'en ai eu un, et c'est quelque chose qui doit être combattu.* ».
- MSU65 : « *sur ce fameux quadrinôme, la personne qui recevait des internes et les mettait en difficulté n'avait aucune formation. Après, on se demande comment il est arrivé là. Je pense qu'il y a eu une pénurie de maître de stage à un moment et on était bien content de le trouver.* ».
- Int58 : « *je ne vois aucun intérêt à être en stage chez lui, aucun* » / « *Je ne sais pas comment faire un filtre des maîtres de stage qui, j'ai l'impression, n'ont pas à cœur la formation des internes quoi.* ».

4.4.9 Satisfaction globale des MSU

Les MSU semblent majoritairement satisfaits de leur maîtrise de stage.

- MSU30 : « *Mais globalement je suis très satisfait sur la… Sur l'exercice de la maîtrise de stage* ».
- MSU151 : « *je trouve que c'est très enrichissant de part et d'autre* » / « *C'est toujours un plaisir. Même si parfois c'est un peu long, on est fatigué.* ».

4.4.9.1 Prendre du recul sur sa pratique

L'exercice libéral de la médecine générale entraine une certaine solitude, rompue par la maitrise de stage. Pour les MSU c'est important pour prendre du recul et permettre de lutter contre la routine et le risque d'épuisement.

- MSU58 : « *ça m'a beaucoup apporté parce que ça m'a relancé dans une activité qui… dans laquelle je m'épuisais un peu.* ».
- MSU65 : « *c'était une journée différente au cabinet, cette journée-là. J'avais un autre rôle, je n'étais plus le médecin traitant, enfin j'étais quand même leur médecin traitant, mais ils voyaient bien que j'avais le rôle de maître de stage* » / « *Mais c'était, c'était vraiment ça, de casser la monotonie, de casser la routine des consultations* ».
- MSU144 : « *ça m'a coupé un peu le sentiment de solitude que j'avais dans mon cabinet* ».

4.4.9.2 Compagnonnage

La maîtrise de stage est vécue comme un accompagnement, un compagnonnage permettant des apprentissages réciproques.

- MSU65 : « *c'est chouette de voir l'interne s'autonomiser, jusqu'à la fin et qu'il fasse une demi-journée presque tout seul. Là c'est super.* » / « *c'était plus dans l'idée du compagnonnage* ».
- MSU83 : « *c'est un compagnonnage, pour arriver d'interne à médecin autonome.* ».

4.4.9.3 Arrangements dans le planning du MSU

La maîtrise de stage permettrait de soulager un planning chargé, de se « reposer ».

- MSU30 : « *faut pas avoir peur de le dire, parce que c'est reposant en fait. On a un interne qui travaille pour vous.* ».
- MSU58 : « *en supervision indirecte quand l'interne travaille seul, et ben ça me permet et ça m'a permis lorsqu'il y a beaucoup d'activité, de me… j'ai une pièce à côté et l'on pouvait travailler à deux pour rattraper le retard. Et ça c'est bien* ».
- MSU62 : « *Là effectivement il travaille pour moi. (…) Alors je suis content pour lui, hein, et puis moi je me relaxe. Là je sens que mon interne actuel commence à être bien. Et que ma supervision va être de moins en moins fatigante pour moi.* ».

4.4.10 Interne : tierce personne permettant un regard critique positif sur sa pratique

L'interne apporte un regard nouveau sur sa propre pratique, regard ressenti comme stimulant. L'interne amène également son bagage de connaissances théoriques et oblige à se remettre plus régulièrement à jour des recommandations. Cette tierce personne peut permettre au patient de dire des choses qu'il n'aurait pas fait avec son médecin, car l'interne est un médecin différent, avec ses caractéristiques propres.

- MSU30 : « *Je pense que ça apporte à un certain nombre de patients quelque chose de vraiment de… D'intéressant ! (…) Et là justement on vient casser un peu cette routine.* ».
- MSU65 : « *ce qui a été une bonne surprise c'est que certains patients se sont plus confiés à l'interne qu'ils ne l'auraient fait à moi. Parce qu'ils étaient avec quelqu'un de différent, qu'ils se sont senti, peut-être plus libres de parler parce qu'ils savent qu'ils ne reverraient pas l'interne aussi. Et sur certaines consultations cela a été très riche, car des patients dans la relation avec l'interne ont dit des choses que je ne savais même pas. Sur eux, ou sur leur vie* ».
- MSU76 : « *quelques fois l'interne aborde des problématiques que nous n'avons pas abordées. On découvre des choses chez les patients.* ».

- MSU137 : « *Je trouve que cela donne un souffle dans notre pratique car cela nous fait aussi nous remettre en question.* ».
- MSU167 : « *je demande à (Anonyme) « est ce que tu as d'autre question à poser ? », et souvent quand je pense avoir posé toutes les questions qu'il fallait, et c'est très intéressant de voir que bon parfois j'ai oublié des choses, et je trouve ça très interactif de pouvoir se compléter* ».

4.4.11 Sentiments de remplacement

Avant de faire notre thèse, nous avions cette impression que des internes pensaient remplacer leur MSU en autonomie. Ceci a été confirmé par les questionnaires et les entretiens où les internes rapportent à plusieurs reprises qu'ils peuvent vivre la période d'autonomie notamment comme un remplacement.

- Int58 : « *on est là pour être formé, qu'on n'est pas là comme de la main d'œuvre.* ».

4.4.11.1 Quand ils ne consultent que pour les urgences en plus du planning prévu

- Int58 : « *c'était soit des urgences du jour ou ceux des collègues* ».
- Int167 : « *J'avais plus l'impression de faire la remplaçante du cabinet. Je ne voyais que les urgences, j'ai vu beaucoup d'ORL, otites, angines, fièvre... Je voyais que les petites urgences dans une salle à part.* ».

4.4.11.2 Quand autonomie pendant les vacances du MSU

- Int19 : « *j'étais en SI quand il partait en régulation, ou bien quand il était en congé, ou bien quand il partait du cabinet.* ».
- Int76 : « *Je consultais dans le cabinet du médecin qui était en vacances en alternance. Cela leur évitait d'avoir un remplaçant, j'avais mon planning de consultation à moi.* » / « *on se sert de moi comme un remplacement gratuit. Enfin je pense, c'est difficile de me mettre à la place, mais en discutant avec plusieurs internes dont cela a été le cas cet été, c'est un peu ce qui ressort pour tous ! On est de la petite main gratuite.* ».

Un MSU propose pendant son absence :

- MSU30 « *par exemple quand moi je suis en vacances et que, il ne sait pas quoi faire, car j'ai ce problème là l'été, bah aller hop on lui dit, bah il va passer une journée dans une pharmacie.* ».

4.4.11.3 Quand autonomie alors que leur MSU est peu disponible

Parfois, pendant l'autonomie de l'interne, le MSU peut en profiter pour quitter le cabinet (pour différents motifs) ou faire des démarches administratives.

- Int58 : « *Plus le sentiment d'être là comme une personne qui peut voir des personnes en plus, ou pour voir des patients pendant qu'ils faisaient de l'administratif ou des choses comme ça quoi.* ».
- Int76 : « *dès le deuxième jour, la semaine suivante, il est parti faire des courses au Leclerc en me laissant toute seule dans le cabinet.* » / « *Elle était dans son bureau, elle faisait ses papiers administratifs. Elle profitait de la journée...* » / « *on assure les consultations pendant qu'elle est à sa réunion.* ».

4.4.11.4 Quand il n'y a pas de supervision ni de retour rapide

Sur les consultations en autonomie, les internes rapportent parfois l'absence complète de supervision : pas de retour sur les consultations.

- Int76 : « *à la fin de la journée c'était : « alors ça s'est bien passé ? Oui bon bah très bien, je te laisse la compta. Au revoir.* » » / « *les jours où elle n'était pas là, j'étais là toute la journée pour faire son planning dans son bureau. Sans aucune supervision à la fin.* ».
- Int167 : « *Et en fait on se voyait juste... Le midi on déjeunait et on ne parlait pas trop... (...) Et puis le soir pareil. On ne faisait pas de supervision et cela s'arrêtait là. (...) Je ne vois pas trop l'intérêt.* » / « *S'il n'y a pas vraiment de temps de supervision où vraiment on discute, où il y a un temps dédié pour discuter (...). Cela ne sert pas à grand-chose...* ».

4.4.12 Satisfaction des internes

4.4.12.1 Relationnel avec leurs MSU

Le stage praticien niveau 1 entraine une certaine proximité avec des pairs, qui peut même amener à une relation amicale.

- Int151 : « *j'ai trouvé ça chouette : j'ai rencontré de belles personnes* » / « *je pense que je n'ai pas eu les Prat' les plus forts de la terre mais en tous cas ils étaient humains et ils étaient sympa et puis voilà.* ».

4.4.12.2 Stage en ambulatoire

A Nantes il n'y a que très peu d'autres terrains de stage, à ce jour, en ambulatoire. Le stage praticien niveau 1 permet aux internes d'être enfin en stage en ambulatoire, et surtout dans leur spécialité.

- Int19 : « *au final c'était un très bon stage praticien, car j'ai été confrontée à LA médecine générale.* ».
- Int167 : « *Au début cela m'a mise en difficulté par ce que c'est la première fois qu'on est en ville.* » / « *cela m'a quand même beaucoup apporté ce stage. Parce que l'on voit plein de chose que l'on ne voit pas à l'hôpital.* ».

4.4.12.3 Autonomie et auto-formation

En dehors de la supervision, ce stage permet, au minimum, aux internes d'acquérir de l'autonomie, qui les incite à réaliser une auto-formation.

- Int19 : « *Je vois une pathologie que je ne connais pas, je la révise, puis je la revois et je me souviens de ce que j'ai vu la fois d'avant.* ».
- Int76 : « *en terme de formation. J'ai eu l'impression plus de m'auto former. (...) La formation… non, j'ai adoré mon stage. La formation...elle est médiocre donc...* ».
- Int151 : « *j'étais contente ! Parce que du coup on peut mener soi-même la consultation (...). De mettre un peu de son caractère dans la consultation, de la mener comme on veut. C'est pas mal.* » / « *je pense qu'ils m'ont donné envie de faire de la médecine générale, et ils m'ont donné envie d'approfondir des trucs. Et moi je pense que c'est l'essentiel.* ».

4.4.12.4 Diversité dans le groupe de MSU

Ils apprécient observer, dans leur trinôme, les différentes pratiques médicales envisageables, les différentes visions de la médecine, la diversité des pratiques possibles. Les MSU aussi pensent que cette diversité rend le stage plus riche.

- MSU65 : « *l'intérêt du trinôme c'est cela aussi. Car cela permet à l'interne de voir des pratiques différentes, de ne pas, justement n'avoir qu'une idée, qu'une pratique.* ».
- MSU144 : « *alors y'a un problème dans notre groupe, c'est qu'on est que 2. Moi je pense que ce n'est pas bien* ».
- MSU145 : « *le fait d'avoir un trinôme, je trouve ça génial. Vous prenez, je dirais, ce qui vous semble bon chez un médecin, chez un autre. Et après vous faites votre sauce là-dessus et vous vous construisez en tant que médecin généraliste, avec tout ce que vous avez pu voir. Et ça c'est important.* ».
- Int19 : « *j'étais plutôt contente de mon stage, si on parle des 3 praticiens ils étaient super complémentaires* » / « *c'était vraiment la diversité que j'ai bien aimée.* ».
- Int58 : « *J'ai trouvé cela instructif j'avais trois Prat' dans différents cabinets, un plus éloigné en milieu rural, et deux en rural semi-urbain et euh, avec tous trois des pratiques complètement différentes donc c'était plutôt intéressant là-dessus* ».
- Int83 : « *ça c'était pas mal d'avoir différents avis, différents regards sur comment faire.* ».

4.4.13 Attentes des internes

4.4.13.1 Echange global sur la pratique

Les internes demandent une supervision plus approfondie de type EBM. Avec aussi une demande forte d'apprendre des éléments de communication, d'échanger autour de l'organisation du cabinet, et qu'il y ait une présentation des patients.

Ce qui nous a surpris c'est qu'en parallèle les MSU ont beaucoup évoqué ces éléments comme étant réalisés auprès de leur interne.

- Int58 : « *si j'ai besoin d'en parler, de discuter sur un patient il est disponible à écouter, mais pas du tout pour réfléchir avec moi, à ce que j'aurai pu faire en plus ou en moins, mais plus pour sortir ses anecdotes.* ».
- Int76 : « *ce qui est dommage aussi est qu'en terme de... d'apprentissage de fonctionnement du cabinet, je n'apprenais pas grand-chose.* ».
- Int151 : « *avec l'autre maître de stage elle était un peu plus systématique et elle me demandait comment s'était passée la consultation et tout ça. Et elle allait un peu plus loin, en me demandant voilà si j'avais réussi à bien communiquer avec tel patient parce qu'il était un peu fermé, enfin voilà.* ».
- MSU62 : « *Dans le stage, je montre la comptabilité. Je montre ma comptabilité, je montre mes revenus, je montre à l'interne comment l'on fait la comptabilité* ».
- MSU137 : « *J'apprends aux internes à aller chercher au-delà de la plainte. (…) Voilà, de creuser un petit peu plus loin.* ».

4.4.13.2 Adaptation du rythme des consultations à la présence de l'interne

Les internes souhaiteraient d'une part que lorsque le MSU reçoit l'interne il ait un planning lui permettant de pouvoir trouver des temps pour échanger avec l'interne, et d'autre part qu'en autonomie le temps de consultation soit plus long pour l'interne que celui prévu par le médecin.

- Int167 : « *c'est intéressant de voir que tu peux avoir une journée blindée, Voir 35-40 consult' par jour, et puis courir partout. Mais il faudrait quand même avoir plus de temps.* » / « *Ça prend du temps d'avoir un interne si tu veux bien faire les choses. Il faut quand même réduire ton rythme de consultation.* ».

4.4.13.3 Adapter la supervision

Les internes demandent que l'encadrement et le stage soient adaptés à leur désir de formation, à leurs compétences à acquérir ou améliorer.

- Int83 : « *Organiser, que ce soit une piste pour les internes pour leur stage, sans que ce soit forcément imposé non plus ! Mais que ce soit une piste pour les MSU et les internes, que ce soit quelque chose d'assez simple, à discuter au moins à aborder durant le stage. Sans forcément qu'il y ait de trucs, enfin… de choses à rédiger après ou voilà.* ».

- MSU65 : « *Tant que moi je ne l'aurai pas testé en supervision indirecte et que je ne le sentirai pas en confiance pour passer une journée ensuite seul en consultation, et bien mon objectif de maitre de stage ne sera pas atteint* ».

4.4.13.4 Temps consacré pour la supervision

- Int76 : « *avoir un vrai temps de supervision. Parce que c'est quand même primordial. Et il faudrait carrément un temps, bloquer des consultations ; voilà se dire « stop à partir de telle heure on bloque les consultations », et on prend une heure pour revoir, discuter de choses, cela me paraît primordial.* ».

4.4.13.5 Interne intégré à la consultation du MSU

Les internes souhaitent être présentés aux patients, et intégrés à la décision médicale.

- Int58 : « *A un moment je lui ai dit, juste de présenter au patient que ce sera l'interne qui consultera : « non écoute, ils savent que j'ai des internes, faut pas pousser. »* ».
- Int83 : « *on revenait même sur ce que lui avait fait, il discutait aussi ce que lui il faisait et ça c'était plutôt intéressant.* ».

4.4.13.6 Approfondir leurs connaissances en étant encadrés par leur MSU

Les internes souhaiteraient pouvoir faire des recherches autour de situations rencontrées au cabinet, et pouvoir en discuter dans un deuxième temps. Ainsi ils peuvent enrichir leur supervision en confrontant les situations vécues en pratique avec les données de la science.

- Int76 : « *Quand on a des questions sur des consultations, quand on a des problèmes c'est important de faire des recherches, d'approfondir pour faire mieux la fois d'après.* ».
- Int167 : « *une fois on m'a demandé de faire des recherches sur la vaginose bactérienne car c'est hyper fréquent en médecine générale. Donc j'ai fait les recherches, mais après on n'en a jamais trop discuté ensemble. Ça ne sert à rien, enfin si cela me sert à moi, mais c'est un petit peu dommage.* ».
- MSU65 : « *c'est arrivé aussi, surtout quand il y avait un désaccord, où chacun cherchait de son coté, cherchait ses sources et ses arguments, et puis on en discutait la fois suivante.* ».

5 Discussion

5.1 Validité interne : biais et critiques de la méthode

5.1.1 Type d'étude

Notre étude est une enquête observationnelle transversale prospective sur la supervision des internes en stage praticien de niveau 1 à la faculté de médecine de Nantes.
Cette étude qualitative a été réalisée via des questionnaires électroniques. Des entretiens ont permis d'approfondir et de préciser les données recueillies.
La triangulation de l'analyse par les trois doctorants renforce la validité des résultats.

5.1.2 Population étudiée

Notre enquête s'est réalisée sur deux semestres afin de s'assurer d'un nombre suffisant d'internes interrogés pour limiter les biais liés à la période d'évaluation (semestre d'hiver ou semestre d'été) et à d'éventuels conflits de personnalités.
Certains MSU ont pu être évalués deux fois, tandis que d'autres ne l'ont jamais été. De même pour les internes, nous pouvons avoir une, deux, voire aucune réponse par duo interne - MSU.

5.1.3 Questionnaires

Nous avons utilisé la voie électronique pour envoyer nos questionnaires aux internes et aux MSU. Ce mode de communication nécessite l'accès à internet. Nous avons eu des difficultés à joindre certains MSU car l'adresse électronique fournie par le DMG était incorrecte.
Par ailleurs, les MSU et les internes sont très souvent sollicités pour répondre à des thèses par voie électronique. Il a donc été nécessaire de personnaliser notre demande afin de les motiver pour nous répondre.
Pour explorer nos données, essentiellement qualitatives, nos questionnaires Internes et MSU étaient quasiment symétriques.

5.1.4 Entretiens

Pour les entretiens, nous avons sélectionné les MSU et les internes en fonction des données des questionnaires. Pour approfondir les données intéressantes pour notre thèse, nous avons contacté en priorité les duos "complets" (où nous avions reçu les quatre questionnaires en réponse), ainsi que ceux où nous avions des commentaires pertinents.

5.1.5 Anonymat

Comme expliqué dans la méthode, nous avons étudié les données recueillies dans les questionnaires en les rendant anonymes pour pouvoir les interpréter le plus objectivement possible. Malgré l'anonymisation, il y a certains MSU ou internes que nous pouvions reconnaître étant donné l'implication passée de deux d'entre nous dans le SIMGO.

L'anonymat a été levé pour réaliser les entretiens MSU et internes.

Nous n'avons pas fait d'entretien pour le MSU36, mais nous avons décidé de lever l'anonymat de l'interne du MSU36 du 1er semestre, qui avait mis en commentaire "*si je m'en sors sans procès ça restera un bon souvenir*" pour pouvoir lui proposer notre aide.

5.1.6 Biais

Notre analyse, bien que basée sur un échantillon suffisamment important, a rencontré plusieurs biais :

5.1.6.1 Biais de recrutement

Tous les internes et MSU n'ont pas répondu aux questionnaires, mais le taux de réponses et de participation est satisfaisant. Ce qui nous permet d'avoir une bonne représentativité de la rétroaction des internes en stage praticien de niveau 1 à Nantes.

Quelques MSU ont éprouvé des réticences à participer à nos questionnaires compte tenu de la partie initiale « données personnelles » contrastant avec la description de notre questionnaire comme anonyme.

Nous avons eu des difficultés côté interne pour les inciter à répondre aux trois questionnaires durant leur semestre. Les questions se ressemblant dans les trois questionnaires, certains ont trouvé rébarbatif de « répéter les mêmes choses ». Il y avait

également une certaine lassitude des internes face aux sollicitations d'évaluation de leur stage, car durant notre Q2, ils avaient également à évaluer leur stage pour le DMG et le SIMGO.
Nous avons dû relancer à plusieurs reprises les internes et les MSU par courriel puis par téléphone (appel et SMS) pour obtenir plus de réponses et ainsi obtenir un taux de réponse supérieur à deux tiers des duos MSU - Interne.

5.1.6.2 Biais de déclaration

Lors du premier semestre, nous n'avions pas remis un accès aux réponses des données personnelles lors du Q2 et Q3. Ainsi, au premier semestre de notre étude, nous n'avons pas pu récolter les données personnelles des internes qui n'ont répondu qu'aux Q2 et Q3. Nous avons corrigé cela pour le deuxième semestre de notre étude.
Concernant la formation à la pédagogie des MSU, nous n'avons pas proposé la réponse « aucune formation obligatoire réalisée ». Comme une réponse était obligatoire pour cette question, les MSU n'ayant pas suivi de journée de formation obligatoire ont dû quand même cocher qu'ils en avaient fait pour pouvoir passer à la question suivante. En effet, lors de la rédaction de nos questionnaires, nous savions que ces journées de formation étaient obligatoires pour devenir MSU (23,24), mais nous avons appris ultérieurement que certains MSU de la faculté de médecine de Nantes n'auraient effectué aucune formation. Nous aurions dû proposer la réponse « pas de journée de formation suivie encore réalisée ».
Cette information est manquante et aurait été intéressante à connaître étant donné que les deux dernières formations proposées par le CGELAV sur les réunions de trinôme et sur la supervision directe ont été annulées en 2015, faute de participants.
Il aurait été intéressant de savoir à quel moment ils avaient réalisé cette formation (avant de devenir MSU ou après avoir commencé à encadrer un étudiant), de savoir de quand datait leur dernière formation (trois sessions de formation au moins tous les cinq ans sont à réaliser) (22), et de connaitre leur avis sur les formations proposées.
En effet, nous pouvons nous poser la question de la formation continue des MSU car leur compétence d'enseignement est primordiale pour assurer une formation de qualité aux internes (6,31).
Pour limiter la longueur des questionnaires et l'aspect répétitif des questions nous avions intégré des « raccourcis » dans l'enchaînement des questions. Certains internes

ont profité de ces « raccourcis » pour ne pas répondre à certaines questions notamment concernant les réunions de trinôme et la phase d'OA.

5.1.6.3 Biais de mémorisation

Les réponses aux questionnaires MSU étaient données une fois le semestre terminé, et donc a posteriori de leur supervision.
Ce biais existe également pour les internes dont les questionnaires portaient sur les mois qui venaient de s'écouler : les internes avaient la possibilité de répondre à nos questionnaires jusqu'à un mois après leur envoi.

5.1.6.4 Biais d'intervention

Il n'existe pas de cadre réglementaire ou légal pour la supervision des internes en stage praticien de niveau 1. Pour motiver les internes à répondre à nos questionnaires et leur présenter quelques notions (supervision, retour rapide, phases OA - SD - SI, entretiens semi-directif/d'explicitation, grilles d'entretiens) nous les avons rencontrés lors d'une journée de formation auprès du DMG. Nous leur avons expliqué ce que pouvait être, selon nous, une supervision théorique de qualité. Ces informations étaient importantes pour notre étude, pour pouvoir différencier une supervision de qualité d'un simple « contrôle » des pratiques de l'interne. Cette présentation a permis de diminuer le biais de compréhension des questions.
Les MSU ont connaissance de ces notions lors de leur formation théorique à la maitrise de stage. Nous ne leur avons pas expliqué la différence que nous évoquions entre supervision et retour rapide, craignant qu'ils perçoivent cette information comme un jugement de leur pratique. Cette impression de jugement existait déjà chez certains MSU qui nous ont rapporté se sentir « surveillés » par le DMG. Certains pensent également que les propositions théoriques sont incompatibles avec l'encadrement pratique sur le terrain de stage.

5.1.6.5 Biais de valorisation

Du fait de cette crainte de jugement, il est possible que des MSU et internes aient répondu, pour certains éléments, dans le but de nous satisfaire.
Dans un souci de commodité pour les médecins et les internes, et afin de faciliter l'inclusion, le lieu de travail a souvent été le lieu de l'entretien. Ce choix a eu pour conséquence prévisible des interruptions intempestives (téléphone, secrétaire, étudiant).

La fatigue liée à l'activité professionnelle a pu influencer certaines réponses, en particulier lorsque l'entretien était réalisé en fin de journée.

5.1.6.6 Biais de réalisation et d'interprétation

Les entretiens, n'ont pas tous été réalisés par la même personne. Pour diminuer ce biais, la méthode des questionnaires approfondis par les entretiens permet une comparaison des résultats obtenus. Chacun de nous a analysé la totalité des entretiens retranscrits. Ensuite nous avons mis nos analyses en commun pour ne conserver que les résultats où nous étions tous les trois d'accord. Il reste malgré tout un biais d'interprétation/d'analyse lié au risque que nos propres représentations et hypothèses préalables aient influencé l'analyse de nos résultats.

Lors des questions ouvertes sur la satisfaction, nous avons recueilli beaucoup de « oui mais » suivis de critiques négatives, nous évoquant plutôt une insatisfaction. Il a été difficile d'analyser de façon objective s'ils étaient satisfaits ou non. Majoritairement, il nous a semblé que les internes qui répondaient « oui mais » exprimaient être satisfaits de leur stage en ambulatoire mais insatisfaits de leur supervision.

Plusieurs réponses non concordantes ont été mises en évidence par la lecture horizontale des questionnaires de chaque interne. Par exemple au Q3 un interne répond qu'il « *n'a pas eu de phase d'OA »* alors qu'il a répondu aux questions concernant l'OA aux Q1 et Q2. Un autre interne a répondu qu'il n'avait jamais eu de phase d'OA puis à la question sur la répartition des phases il a dit « *1 mois OA et 5 mois de supervisio*n ».
Nous avons eu le même genre de réponses non concordantes chez certains MSU. Nous avons pu retrouver au sein des réponses aux questionnaires d'un MSU des réponses contradictoires et incompréhensibles. Par exemple « *je ne fais pas d'OA* » puis « *l'OA dure la totalité du stage* » puis « *je ne fais jamais de SD ni de SI* » et il aime faire une « *alternance entre les différentes phases* ». Ces discordances peuvent être liées à une réponse trop rapide à notre questionnaire ou bien à une incompréhension des questions.

Les participants aux entretiens ont été choisis selon nos avis personnels suite à l'interprétation des questionnaires internes et MSU.

Par ailleurs, nous avons relevé une confusion entre phase et supervision, confusion que nous avons pu nous même entretenir dans nos questionnaires et entretiens. Cette confusion s'est vue principalement pour les MSU qui n'utilisent pas le même vocabulaire concernant la supervision. En effet, ils ont tendance à parler de retour, de discussion plutôt que de supervision. Les termes « supervision directe » et « supervision indirecte » faisant référence à des phases de stage sont trop proches du terme de « supervision » signifiant rétroaction pédagogique effectuée par le MSU autour d'une consultation.

C'est pourquoi que nous avons choisi d'utiliser le terme « rétroaction » lorsque nous évoquons le côté pédagogique de la supervision. Nous utilisons les termes « supervision directe » et « supervision indirecte » pour les phases de stage.

5.2 Analyse des résultats

5.2.1 Données personnelles

5.2.1.1 Internes ayant participé

Les internes étaient majoritairement des femmes ce qui est caractéristique de l'évolution de la population des étudiants en médecine (32).

Le stage praticien était effectué majoritairement à partir du 4e semestre, après avoir validé les trois autres stages obligatoires de la maquette. Or, au moment de cette étude, les internes avaient accès à ce stage dès le 3e semestre. Pourquoi ne le choisissaient-ils pas à partir de leur 3e semestre ?

Quelques années avant notre étude, suite au nombre croissant d'internes en médecine générale à Nantes, il y a eu un manque de terrains de stage ambulatoire, retardant le choix de stage praticien niveau 1. Malgré l'augmentation du nombre de terrains de stage, les étudiants continuent à prendre ce stage tardivement dans leur maquette.

Ceci devrait changer avec les nouveaux décrets, ouvrant la possibilité de réaliser son stage en ambulatoire de niveau 1 dès le début du DES (DES1) (9), avec objectif de faire en DES 1 le stage ambulatoire et les urgences, et de rendre le stage SASPAS obligatoire pour tous les étudiants en DES de médecine générale.

Durant les entretiens, plusieurs MSU se sont dit inquiets d'avoir auprès d'eux des internes qui n'ont pas encore le bagage conceptuel pour le stage en ambulatoire dès le

DES1, et ceci est également retrouvé sur le blog du CGELAV où des MSU ont rapporté leurs inquiétudes par échanges de courriels (33).

Par ailleurs, la modification des trinômes de praticien au profit de binômes inquiète beaucoup internes et MSU dans les réponses aux questionnaires et entretiens. Selon eux la diversité au sein d'un trinôme serait indispensable pour la qualité de la formation des internes. Or pour permettre la réalisation de la future maquette, le nombre de terrains de stage doit être augmenté et les groupes de praticiens modifiés en passant à des binômes. Il va donc être nécessaire d'augmenter le nombre de MSU pour optimiser la formation actuelle en DES de médecine générale.
Est-ce que l'augmentation du nombre de terrain de stage peut être le gage d'une meilleure formation des internes en médecine générale ? Il se pose ainsi des difficultés entre avoir suffisamment de MSU pour réaliser des trinômes, et choisir des MSU pouvant offrir une formation pédagogiquement validée.

Les internes inscrits à des DESC pourraient être moins impliqués dans la formation du stage ambulatoire car non hospitalier et ne correspondant pas à leur projet personnel. Ce sentiment ressortait également dans la thèse de Patricia Eon-Dehais (34).

5.2.1.2 MSU ayant participé

La population des MSU de notre thèse est représentative de ce qui est observé au niveau national (35).
Au vu du nombre de consultations par jour déclaré par les MSU, si on compte 4,5 jours de travail par semaine et 5 semaines de congés par an, leur activité est proche de l'activité nationale qui est d'environ 5100 actes par an (36).

Les journées sur l'initiation organisées par le CGELAV, ont été suivies par seulement une petite majorité des MSU. Il y a encore moins de participation pour les formations de supervision directe ou indirecte. Nous n'avons pas demandé aux MSU s'ils avaient suivi les 3 journées de formations obligatoires lors des 5 dernières années (20,22,23,37). Nous pouvons tout de même nous poser la question de la formation continue réalisée par les MSU rattachés à la faculté de Nantes, formation permettant de proposer une formation de qualité aux internes (6,31).

5.2.2 Réunions de trinôme

5.2.2.1 Réunion de trinôme de début de stage

Nous retrouvons une discordance entre Internes et MSU sur l'existence d'une réunion de trinôme de début de stage. Nous pensons que :

- Soit les réponses n'ont pas été apportées de façon correcte par incompréhension de la question, par maladresse en cochant, ou par désir de sauter la question.
- Soit qu'il y a une différence de compréhension du terme « réunion de trinôme », des MSU ayant pu qualifier de RT un échange informel autour de l'interne.

En effet, cette réunion n'aurait pas lieu pour plus d'un tiers des MSU car leur emploi du temps ne le leur permettrait pas.

Concernant le contenu de cette réunion, les internes et les MSU sont d'accord concernant l'identification des compétences et la mise en place d'un programme d'apprentissage particulier.
Une différence ressort concernant la discussion autour de la rétroaction. Cette différence est peut-être liée à notre présentation auprès des internes, qui a pu induire un biais dans les attentes : les internes voient la rétroaction comme une pédagogie très cadrée là où les MSU la réalisent plutôt de façon intuitive.
Nous relevons une différence nette concernant l'identification des besoins de l'interne. Cette différence peut témoigner du fait que, lors de cette réunion initiale, les internes ne savent pas quoi attendre du stage ambulatoire et n'osent pas dire à leur MSU de quoi ils pourraient avoir besoin. Pourtant les MSU ont l'impression de l'avoir demandé aux internes.

Dès le début du stage, il faudrait pouvoir accompagner les internes pour identifier les compétences qu'ils ont à mettre en œuvre, et permettre ainsi d'établir le programme d'apprentissage du semestre. Cette réunion est un temps majeur pour initier l'encadrement de l'interne.
Dans les réponses libres des internes, de nombreuses réponses soulèvent un manque de programme d'apprentissage, avec une formation plutôt spontanée et non organisée par étape d'apprentissage.

5.2.2.2 Réunion de trinôme de milieu de stage

Elle est absente dans presque la moitié des cas.
Les MSU qui n'ont pas fait ce temps expriment ne pas y avoir vu d'intérêt ou être trop éloigné les uns des autres. Or ce point de milieu de stage est important pour accompagner l'interne dans sa progression et évaluer où il en est dans son apprentissage, comme nous le trouvons dans la thèse de Laurence Labat (38). D'ailleurs, l' « existence d'au moins une évaluation intermédiaire » est la première obligation pédagogique de la charte des services hospitalier construite pour la faculté de Poitiers (39).

Nous relevons une nette différence concernant le contenu de cette réunion : plus souvent que les internes, les MSU pensent identifier les difficultés et la progression de l'interne, discuter autour de la rétroaction et mettre en place un programme d'apprentissage.
Les MSU ont pu donner des réponses pour nous satisfaire. Par ailleurs, s'ils réalisent des actions qui ne sont pas explicitées, les internes peuvent ne pas s'en rendre compte. Et comme nous l'avons dit précédemment, nous pensons que suite à notre présentation les internes ont pu être exigeants quant à leurs attentes.

Des internes ont évoqué le besoin de réaliser un temps durant le stage pour exprimer leurs attentes et discuter autour de la rétroaction. Devant les difficultés de communication exprimées par certains d'entre eux, ils aimeraient s'aider d'une trame prédéfinie.

5.2.2.3 Réunion de trinôme de fin de stage

Elle a lieu pour une majorité des duos et ils sont d'accords sur le contenu : discussion autour de la rétroaction, remplissage de la fiche d'évaluation et identification des difficultés. Une discordance est à noter concernant l'identification des compétences. Est-ce que cette homogénéité dans l'expression du contenu de cette réunion n'est pas liée à la présence de la fiche d'évaluation qui guide cette réunion ? Ce temps formel semble très riche pour l'évaluation de l'interne, pour qu'il puisse mettre en évidence les compétences qu'il a obtenues et celles qu'il doit améliorer.

5.2.3 Organisation des phases

5.2.3.1 Trois phases du stage qui peuvent manquer

La phase d'OA, bien que nécessaire à la formation clinique, serait absente dans certains duos. Pourtant des travaux ont démontré que cette phase d'observation pouvait être très formatrice notamment dans la relation médecin-patient (13).

Il existe une discordance entre les internes qui pensent ne pas avoir eu de SD et les MSU qui disent en faire. Est-ce lié à l'existence d'une consultation conjointe Interne-MSU ? Ou est-ce que les MSU n'osent pas dire qu'ils ne font pas de SD ?

Certains MSU ont dit ne jamais mettre d'interne en SI, d'autres n'ont pas pu en faire du fait de difficultés propres à l'interne qu'ils avaient en stage. Bien que la phase de SI soit une phase obligatoire au cours du stage (22), il existe quelques lieux de stage où l'interne malgré ses compétences n'a pas accès à cette autonomie.
98 % des questionnaires internes ont déclaré avoir validé leur stage, certains internes ont donc été validés en ayant pas ou peu de phase de SI.
Théoriquement l'impossibilité de mettre un interne en autonomie doit être signalé au DMG (26).

Ce constat renforce l'importance des trinômes de MSU (6,7) : cette diversité permettant une complémentarité du stage en terme d'organisation des phases et de rétroaction.

5.2.3.2 Discordance entre préférence et pratique

La majorité des internes et des MSU rapporte préférer une alternance entre les phases en intriquant les phases entres elles.
Or pour plus de la moitié des duos la phase d'OA ne durerait qu'un mois et elle ne serait présente la totalité du stage que pour moins d'un quart des duos.
Nous relevons le même constat pour la phase de SD.
Malgré la préférence exprimée pour une alternance entre les phases, ils sont peu nombreux à la pratiquer. Cette différence entre préférences et pratiques peut être liée au fait que certains MSU pensent que les formations théoriques demandent de faire « *2 mois OA - 2 mois SD - 2 mois SI* » alors qu'ils préfèreraient intriquer les phases entre elles.

Un interne en fonction de ses compétences peut passer plus rapidement d'une phase à l'autre.
Il y a une grande part intuitive dans la durée de chaque phase. Les MSU mettant l'interne en autonomie dès qu'ils le sentent compétent sur le plan du savoir-être et du savoir-faire.

5.2.3.3 Mauvaise définition de chaque phase

5.2.3.3.1 Phase OA

Nous craignons que dans notre questionnaire les MSU aient pu penser que nous définissions cette phase comme une observation passive. Nos propositions étaient tournées vers la participation active vis-à-vis du patient, et non pas comme l'observation active autour des compétences de l'interne. Certains MSU ont reproché que notre définition était trop proche de celle demandée par le DMG et le CEGLAV (25) qui ne leur conviendrait pas. Plusieurs MSU ont mis en commentaire libre que notre questionnaire était trop figé ne reflétant pas la réalité du terrain de stage.

Les internes disent quitter l'OA rapidement. Il y a une discordance importante et une incohérence propre aux réponses des MSU qui déclarent arrêter rapidement la phase d'OA or seulement 5% disent que l'OA dure une journée et 5% deux journées.

L'interne est décrit être en OA lorsque c'est le MSU qui mène la consultation. Dès que le MSU fait participer l'interne ils disent ne plus être en OA. Le terme « actif » est souvent confondu avec la SD.
Il faudrait redéfinir les objectifs pédagogiques pour que les MSU puissent s'approprier la phase d'OA et y voir tout le potentiel pédagogique. Que l'OA ne soit pas juste « apprendre à se connaître ». D'ailleurs des internes demandent en fin de stage à revenir en phase OA, ils y voient donc un autre intérêt.

5.2.3.3.2 Phase intermédiaire entre OA et SD

Il y a une phase intermédiaire qui est décrite, où l'interne participe en même temps que le MSU. Cette phase n'est pas à proprement parler de la SD car le MSU reste à sa place de médecin du patient. Les MSU et les internes décrivent cette phase comme étant une consultation à deux ; une consultation conjointe où ni l'interne ni le MSU n'est l'acteur

principal mais ils échangent entre eux. Cette phase intermédiaire est vécue comme un compagnonnage, et a été d'ailleurs décrite dans d'autres recherches (34,40).

L'abord du patient n'est pas le même lorsque c'est l'interne ou le MSU qui consulte. Il faut donc bien définir et séparer les phases pour pouvoir intégrer le patient correctement dans la triangulation avec l'interne. De cette phase ressort la difficulté de répartition des rôles et du positionnement de chacun, notamment vis-à-vis du patient.

5.2.3.3.3 Mise en autonomie précoce

Le début de la phase de SD est discordant entre le ressenti des internes et celui des MSU. Ces différences, comme pour la phase d'OA, sont probablement liées à des représentations et perceptions différentes de la phase de SD.

Une même proportion d'internes et de MSU a débuté la SI le premier mois. Là où nous trouvons une discordance importante, c'est dans les débuts très précoces : des questionnaires internes déclarent avoir débuté la première et la deuxième journée de stage tandis qu'aucun MSU ne considère mettre un interne en SI les deux premières semaines. Il serait intéressant de savoir si la mise en autonomie précoce est liée aux compétences propres de l'interne ou aux habitudes du MSU.

A noter que lorsque la SD ou la SI débutent précocement les internes expriment se sentir trop vite face à leurs difficultés.

5.2.4 Limites de chaque phase

5.2.4.1 <u>OA vue comme ennuyeuse et passive</u>

Durant le début du stage les internes affrontent une double épreuve :

- La relative passivité de la phase initiale d'observation, contrastant avec les responsabilités médicales assumées à l'hôpital.
- Le choc professionnel de l'immersion en soins primaires après des années de formation à l'hôpital (41).

La position d'observateur attribuée à l'interne est peu mise en valeur. Les MSU ont souvent dit que l'OA devait être limitée dans le temps : des étudiants ayant eu

des fonctions de responsabilité à l'hôpital ne pourraient pas rester les bras ballants à côté de leur MSU. Certains MSU expliquent que l'OA ne dure que quelques consultations pour rapidement placer l'interne comme acteur et ne pas le laisser passif à « *s'ennuyer* » sur sa chaise.

La description de l'OA par les internes semble plus active que celle faîte par les MSU. La majorité des internes répond participer à toutes les étapes de la consultation et il n'est pas observé de grandes variations entre les trois questionnaires.

Les MSU ne semblent pas avoir intégré qu'en phase d'OA l'interne peut participer. Pour certains MSU, l'OA est essentiellement une « familiarisation » avec le cabinet de médecine générale, se limitant au critère « observation » de cette phase. La partie « active » peut éventuellement être réalisée par une action centrée autour du patient (comme réaliser l'examen clinique) sans travailler autour des compétences de l'interne. Est-ce par manque d'utilisation d'outils pédagogiques ?
La position « centrée sur l'apprentissage » est une position intermédiaire entre la position centrée sur l'enseignement et la position centrée sur l'apprenant. Elle implique la responsabilité du maître de stage et de l'interne. Son but est d'amener l'interne à quitter son rôle passif et à s'impliquer activement dans la construction de ses connaissances (42).

5.2.4.2 Difficultés pour la rétroaction en SD

5.2.4.2.1 Difficultés d'être observés pour les internes

Potentiellement génératrice de stress ou d'angoisse de performance, la SD peut parfois déstabiliser l'interne et nuire à sa concentration ou à son efficacité clinique (8,16). L'interne s'il se sait observé se comporte différemment dans sa relation avec le patient que ce qu'il aurait pu réaliser spontanément. Surtout si le superviseur n'est pas dans une démarche pédagogique de discussion centrée sur l'interne.

Les internes ont tendance à essayer d'exercer comme l'aurait fait le MSU : cette démarche permet d'échapper au « contrôle » du MSU et ses « remarques ». Ce mimétisme est aussi le risque principal de l'utilisation du modèle : en s'imprégnant des pratiques du maître de stage, les internes ont tendance à les reproduire.

Le mimétisme est naturel et bénéfique tant que le modèle est explicité. Grâce à l'explicitation, les internes exercent un mimétisme raisonné et gardent un regard critique à l'égard du modèle. Ils accroissent ainsi leur capacité à développer une démarche personnelle de prescription (42).

Certains MSU laissent l'interne pratiquer à sa manière, pour revenir dans un second temps sur ses démarches de soin et le faire progresser en l'ouvrant à d'autres possibilités / pratiques. La SD est alors vu non pas comme un contrôle mais comme un véritable accompagnement professionnel et pédagogique. Une formation initiale et continue de qualité permet aux MSU de se sentir à l'aise dans leur rôle de superviseur.

5.2.4.2.2 Difficile position de tiers observateur pour le MSU

Plusieurs MSU éprouvent des difficultés dans leur positionnement, par crainte d'être vus comme juges du travail de l'interne. Ils trouvent complexe de ne pas intervenir pour rétablir la situation de soin comme ils aimeraient qu'elle ait lieu.
Par ailleurs il est plus facile pour le MSU de donner la réponse, et pour l'interne de se contenter de la « recette » (28).

Pour la plupart des MSU, leur rôle en SD se résume essentiellement à une position d'évaluateur du travail de l'interne avant de le mettre en autonomie. Ils se sentent mal à l'aise dans ce rôle d'évaluateur, tout comme les internes d'être évalués.
C'est la qualité et la répétition de la SD qui facilitent l'adaptation de l'interne, permettant l'analyse d'une « performance clinique » authentique : une fois passé l'inconfort des premières consultations en SD l'interne apprivoise ce type de consultation et la méthode de rétroaction associée.

Il y a très peu d'outils pédagogiques dans la rétroaction effectuée. L'axe de la SD est orienté sur le patient ainsi que sa sécurité et non sur l'interne et sa progression au cours du stage. Une trame pédagogique, partagée avec l'interne, est indispensable pour ne pas réaliser une observation sèche du travail de l'interne (8).

5.2.4.2.3 Nécessité d'une bonne relation superviseur - supervisé

Il est important qu'une bonne relation s'établisse entre le MSU et l'interne (6,14,15,43) pour la rétroaction pédagogique.

Pour profiter des bienfaits de la rétroaction en SD, il est préférable d'être convaincu de son utilité et de se donner les moyens de l'appliquer dans les meilleures conditions possibles (8,14,16). La SD nécessite un climat de respect et de confiance entre le MSU et son interne.

5.2.4.2.4 Demandes des internes

Certains internes ont réalisé la rétroaction devant les patients : ils se sont dits gênés dans l'expression de leurs difficultés lors de la consultation. Ils expriment la nécessité d'avoir un moment spécifique pour la rétroaction sans le patient.

Les internes craignent la position de juge du MSU, observateur de leurs pratiques. En parallèle, ils attendraient une rétroaction efficace pour accompagner l'acquisition de leurs compétences.

La phase de SD est très importante pour aider l'interne à progresser car c'est l'étape précédant la mise en autonomie. Elle permet de consolider la mise en confiance de ses compétences propres.

Il est important de bien définir les objectifs pédagogiques de la SD.

À quoi sert le MSU en SD ? Il est là pour le patient, mais également pour l'interne. Il accompagne l'interne en l'aidant à réfléchir sur le pourquoi il a fait ça, comment il aurait pu faire autrement.

Les internes et les MSU qui apprécient cette phase expliquent bien l'intérêt de cet accompagnement pédagogique. Selon la littérature, en structurant leurs actions, les MSU ont les compétences acquises au contact des patients pour cet accompagnement pédagogique (12).

5.2.4.2.5 Facteur temps

Le manque de temps est une difficulté récurrente en médecine générale. Ce manque de temps est ressenti aussi bien pendant les consultations que pendant la rétroaction.

Certains MSU trouvent difficile de voir l'interne prendre du temps sur des éléments qu'ils ne jugent pas pertinent pour la résolution du problème de leur patient notamment lorsqu'il y a du retard sur le planning des consultations.

Par soucis d'efficacité, certains MSU sortent de leur posture de superviseur pendant que l'interne consulte, pour réaliser par exemple des démarches administratives.

La rétroaction a alors tendance à se focaliser sur les seuls aspects biomédicaux de la situation : elle se centre sur les connaissances et la résolution du problème du patient plutôt que sur les compétences de l'interne. Elle devient moins profitable, tant pour l'interne qui aurait pu en apprendre davantage que pour le MSU qui n'en retire pas de satisfaction pédagogique.

5.2.4.3 Autonomie de la phase de SI

5.2.4.3.1 MSU mal à l'aise

Certains MSU se disent peu l'aise dans cette phase par crainte de laisser leur patient à un étudiant sans pouvoir s'assurer que la consultation est bien menée. La place de chacun semble difficile à définir. Le MSU qui n'est pas à l'aise dans son rôle d'enseignant ne réalise pas de rétroaction et met difficilement l'interne en autonomie.

Pour faciliter la mise en autonomie, les MSU doivent : (44,45)

- anticiper la présentation de leur interne à leur patientèle ;
- positionner l'interne comme un praticien à part entière ;
- lui ménager un confort d'exercice sécurisant qui le mette en confiance (horaires, lieu de consultation, mise à disposition du matériel et du dossier, présentation du dossier du patient avant la consultation ou la visite).

Les internes ont besoin de prendre leur temps pour appliquer une démarche issue de leur propre réflexion. Ils doivent faire leurs propres expériences afin de construire des compétences solides et durables, et ceci doit passer par un lâcher prise de la part du maître de stage, notamment par la mise en autonomie (13).

5.2.4.3.2 Présence du MSU

Le MSU est majoritairement présent physiquement dans le cabinet en SI, présence que les internes apprécient. Mais 7,5% des questionnaires internes ne voient pas leur MSU le soir. Quand est ce que ces MSU réalisent la rétroaction ?

S'il a un problème l'interne en autonomie doit pouvoir au minimum joindre son MSU par téléphone (22). Ce contact téléphonique est plutôt bien respecté, mais parfois des internes déclarent que le MSU ne peut pas venir.

5.2.4.3.3 Remplacement déguisé

Dans des commentaires, nous retrouvons la notion de remplacement déguisé lors de cette phase de SI. Certains internes se sont sentis seuls et ont peur de déranger leur MSU pour lui demander de l'aide lors des situations difficiles.

Ils rapportent avoir le sentiment de remplacer lorsque :

- il n'y a pas ou peu de rétroaction ;
- ils consultent sans la présence du MSU (ni joignable ni mobilisable facilement) ;
- cela arrange le MSU : pendant son absence, pendant les vacances du MSU ou d'un collègue, pour les visites, pour les urgences ;
- ils réalisent de nombreuses consultations dans la journée.

Il nous paraît très important de lutter contre cela pour améliorer le vécu de l'autonomie par les internes.

5.2.5 Organisation de la rétroaction

5.2.5.1 Durée prévue des consultations non adapté à la présence de l'interne

En phase d'OA, les créneaux de consultations des MSU sont de même durée que lorsqu'il consulte sans interne. Il n'y a donc pas d'adaptation du temps prévu des créneaux de consultations lorsque l'interne est présent. Pourtant les MSU disent que la présence d'un interne prend du temps.

L'absence d'adaptation du rythme des consultations génère du retard.

Le facteur temps peut être responsable de la difficulté à consacrer un moment suffisant pour faire de la rétroaction.

Tant du côté des MSU que de celui des internes, nous trouvons une diminution du taux des consultations de 15 minutes entre la OA et la SD ; en parallèle une augmentation du taux des consultations de 20 - 25 minutes. Cependant le delta de variation est faible : c'est donc une minorité de MSU qui prévoit plus de temps pour les consultations de leur interne en SD.

Le temps de consultation en SI semble être adapté à l'interne. En Effet, selon les internes les créneaux de consultation prévus sont de « 20 minutes » voire même « 30 minutes ou plus ». Les réponses des MSU reflètent également cette adaptation du temps

de consultation de l'interne, mais ils sont plus nombreux à penser prévoir des créneaux de 30 minutes.

L'interne est un médecin en formation, il ne peut donc pas travailler aussi rapidement que peut le faire son MSU. Comme font certains MSU, il est important d'adapter le rythme de travail du jeune médecin en formation. Il ne pourra acquérir que progressivement le rythme d'une activité professionnelle complète, en intégrant petit à petit les soins, la gestion des appels, les activités administratives et comptables… Par ailleurs, c'est pour lui un facteur nouveau d'apprendre à gérer le temps.

5.2.5.2 Choix des consultations

Nous observons une discordance concernant l'observation d'un élément spécifique, qui serait plus réalisée selon les MSU. En phase de SD, seulement moins d'un quart des internes pense que leur MSU a observé un élément spécifique de la consultation.

Les internes disent ne pas avoir de consultations ciblées en OA alors que des MSU disent en faire.
En phase de SD, seulement moins d'un quart des internes pense avoir eu des consultations ciblées organisées. Pourtant presque la moitié des MSU disent en organiser en SD.
En SI, il y a également une discordance dans les consultations ciblées où plus de MSU déclarent en faire que d'internes le ressentent.

Les internes sont-ils mis au courant de la méthodologie du MSU ? Les MSU organisent-ils des consultations spécifiques sans en faire part aux internes ? Est-ce le manque d'explicitation ou de retour pédagogique qui créé ces différences ?
Certaines consultations sont dites ciblées car jugées « faciles » par le MSU qui les réserve à son interne. Ces consultations ne sont donc pas ciblées en fonction des objectifs pédagogiques propres à leur interne. Là aussi il peut y avoir la problématique d'un modèle de rôle silencieux (6).

5.2.5.3 Présentation des patients

La présentation des patients, de leur contexte de vie et de leur parcours de soin permet aux internes de mieux appréhender toute la complexité de la consultation en médecine

générale (6). Cependant selon les internes cette présentation diminue au cours du stage. Et il existe une discordance : en SD selon les internes, elle est absente chez une petite moitié des duos, pourtant tous les MSU disent présenter les patients. Les MSU pensent donc présenter les patients bien plus souvent que ne le perçoivent les internes.
Cette diminution est-elle liée à la différence entre les attentes que peuvent avoir les internes et ce qui est fait par les MSU ? Ou au fait que les internes commencent à connaître certains patients ?
Certains MSU ont rapporté une volonté pédagogique de garder des éléments « *secrets* » pour voir si l'interne arrive à percevoir seul les subtilités pendant la consultation. Les MSU disent aussi qu'on ne « *sait pas toujours à l'avance ce que voudra le patient* ».

5.2.5.4 Interventions des MSU (SD)

Il y a très peu d'évolution dans l'intervention du MSU auprès de son interne au fur et à mesure du stage. La tendance générale est que le MSU interviendrait parfois de sa propre initiative, systématiquement lorsque l'interne est en situation de blocage et critiquerait peu l'interne devant le patient mais plutôt une fois la consultation terminée.
Nous relevons une information discordante entre les questionnaires, les réponses libres et les entretiens : la « *critique devant les patients* » est un élément qui revient régulièrement dans les réponses libres et les entretiens. Est-ce que cet élément récurrent n'est pas le reflet de l'importante difficulté à vivre cette situation, plutôt que le reflet de sa fréquence ?

5.2.5.5 Nombre de consultation par jour en autonomie en SI

Le nombre de consultations en autonomie augmenterait progressivement au fil des mois : une majorité des internes réalise environ cinq consultations par jour au début et environ quinze à la fin du stage.

Nous observons une nette discordance dans les réponses entre internes et MSU : les MSU déclarent toujours moins de consultations que les internes. Ainsi, une majorité des MSU proposerait entre une et dix consultations par jour tandis qu'une majorité des internes réaliserait entre dix et vingt consultations par jour. A quoi peut être due cette différence de ressenti dans le nombre de consultations réalisées par les internes en autonomie ?

Nous pouvons ici nous poser la question du respect de la règlementation (26) et de la convention de stage (22) qui limite le nombre de consultations effectuées en autonomie par l'interne à 270 sur l'ensemble du stage soit 90 consultations pour chaque MSU d'un trinôme.

Ainsi nous nous demandons quel est le ressenti concernant la nécessité de mise en autonomie :

- pour que l'interne s'habitue à consulter seul en cabinet de médecine générale ;
- ou pour que la rétroaction lui permette d'améliorer ses compétences et le rassure sur sa capacité à prendre en charge des patients en médecine générale ?

5.2.6 Outils pédagogiques

Nous avons été étonné de ne n'avoir réussi à faire expliciter par quasiment aucun MSU quelle était leur méthodologie de rétroaction. Cela vient-il de la réalisation de nos entretiens, de la confusion liée au terme « supervision » ou du fait que les MSU font une rétroaction plus intuitive que théorique ?
La pratique et la qualité de la rétroaction ne sont pas innées, elles s'apprennent.

5.2.6.1 Phase d'observation et modèle de rôle (6)

La phase d'OA semblerait pour certains MSU moins efficace sur le plan de l'apprentissage, probablement par manque de connaissance d'outils pédagogique simple. Pour la majorité des MSU et internes elle consiste à se familiariser avec les outils de consultation et à observer la façon de faire du MSU puis à prendre part comme acteur petit à petit. La pédagogie de cette phase est réalisée en majorité de manière intuitive, avec peu de méthodologie d'apprentissage.
D'autres MSU utilisent l'OA pour mettre en pratique des éléments de formation ciblée.

En tant que modèle de rôle, le MSU est observé par l'étudiant dans sa démarche clinique et sur l'aspect relationnel de la consultation. Ainsi il influence l'apprentissage de l'interne avec qui il est en contact.
Il est probable qu'une grande partie du modèle de rôle exercé collectivement par les MSU soit plutôt de type silencieux, implicite ou tacite. Ces modèles de rôle « silencieux » n'explicitent ni les raisons, ni les justifications, ni les explications sur lesquelles ils basent leurs actions.

Les internes qui ne se disent pas satisfaits de la pédagogie employée en OA mettent en parallèle le fait qu'être observateur des pratiques des MSU est en soi intéressant pour leur formation.

5.2.6.2 Rétroaction (OA)

Il y a une discordance entre :

- l'ensemble des MSU qui dit faire de la rétroaction en phase d'OA ;
- moins d'un tiers des questionnaires Internes qui pense avoir une rétroaction pour toutes les consultations en OA ;
- un petit peu plus d'un tiers des questionnaires Internes qui pense avoir uniquement un retour rapide sur toutes les consultations en OA.

Cette différence notable est probablement liée à la définition de ce qu'est la rétroaction et des attentes de chacun. Compte tenu du manque de temps décrit par une majorité des MSU, il n'est pas possible qu'une rétroaction soit réalisée après chaque consultation comme ils le répondent, il s'agit probablement plutôt de ce que nous avons nommé « retour rapide ».

Le support de rétroaction principal pour une majorité des questionnaires internes s'effectue sous forme d'une reprise des dossiers puis les entretiens semi-directifs et/ou d'explicitation. Nous remarquons qu'il y a très peu de grilles d'entretiens utilisées, malgré le fait qu'il existe de nombreuses grilles permettant de guider et de valoriser la rétroaction et la pédagogie de la phase d'OA (Annexe 8.4).

5.2.6.3 Rétroaction (SD)

Pour la rétroaction en SD, très peu d'internes rapportent l'utilisation des entretiens d'explicitation/semi-directif (8). Près de la moitié des internes dit ne pas avoir de support particulier contre seulement moins d'un quart des MSU.

La moitié des internes pense avoir une rétroaction sur quelques consultations et un retour rapide sur les autres consultations.

Peu d'internes expriment avoir eu une rétroaction sur toutes leurs consultations, ou ne pas avoir eu de rétroaction mais uniquement un retour rapide sur tout ou partie des consultations.

Certains internes disent n'avoir eu ni rétroaction ni retour rapide. Il n'y a donc dans ce cas aucune discussion sur les consultations réalisées par l'interne ?
Au total, plus d'un tiers des internes exprime une absence de rétroaction ressentie alors que tous les MSU ont le sentiment d'en effectuer une. Il y a donc une différence nette entre ce que pensent faire les MSU concernant la rétroaction et ce que ressentent les internes.

La majorité des MSU dit réaliser la rétroaction juste après une consultation plutôt qu'à un moment dédié dans la journée. La rétroaction est réalisée en fonction du temps disponible selon un tiers des internes.
La rétroaction prend plusieurs minutes. Or nous avons vu que la majorité des MSU n'allonge pas les créneaux de consultation pour les internes. C'est probablement pour cela que des internes ne « ressentent » pas de rétroaction.

5.2.6.4 Rétroaction (SI)

En phase de SI, la rétroaction a lieu majoritairement sous forme d'une reprise des dossiers, mais un tiers des internes dit ne pas avoir utilisé de support.

La « rétroaction sur toutes les consultations » diminue au fur et à mesure du stage et en parallèle nous relevons une augmentation progressive de la réponse « rétroaction sur quelques consultations et retour rapide sur les autres ». Pour plus d'un tiers des réponses, il y a « uniquement un retour rapide en SI », et quand même 3% des internes déclarent n'avoir eu « ni rétroaction ni retour rapide en SI ».

Tous les MSU ont répondu faire de la rétroaction en SI, tandis que presque la moitié des questionnaires internes révèle une absence de rétroaction. C'est la phase du stage où il y a le moins de rétroaction selon les internes. Pourquoi y a-t-il une telle différence de ressenti sur la réalisation de rétroaction ?

La SI doit s'appuyer essentiellement sur un entretien d'explicitation (Annexe 8.6.1). Cet entretien doit explorer, en plus du dossier médical, des éléments comme le ressenti de l'interne, les difficultés, la communication verbale et non verbale, la gestion du temps, la gestion du réseau de correspondants…
De nombreux MSU ont fait part de leurs difficultés à explorer ce qu'il s'était passé

pendant les consultations en autonomie. Certains disent ne pas pouvoir faire de rétroaction parce qu'ils n'étaient pas présents lors de la consultation. D'autres disent que c'est le retour des patients sur la consultation qui leur permet de savoir si la consultation s'est bien passée. Ces MSU oublient de s'appuyer sur une chose essentielle. Ils ne s'appuient pas sur l'interne : sa mémoire, son ressenti, son cheminement intellectuel.

Une grande partie des MSU s'arrête à la première partie de l'entretien qui est le côté « contrôle médical » et n'explore pas le champ des compétences. Ils ne réalisent donc pas réellement d'entretien d'explicitation. C'est probablement pour cela qu'il s'agit plutôt de ce que nous appelons un « retour rapide » plutôt qu'une rétroaction.
D'autres MSU utilisent l'entretien d'explicitation : ils rapportent qu'une question ouverte au début de l'entretien est primordiale.

5.2.6.5 Temps pour rétroaction

Il y a la rétroaction différée, qui doit pouvoir avoir lieu après chaque vacation, consistant en une revue des consultations de la journée. Son objectif est de faire le point sur les difficultés rencontrées, de développer les compétences, de corriger les erreurs et de dégager des objectifs d'apprentissage.
Il peut être réalisé une supervision différée collective qui est une réunion de l'interne avec ses MSU (voire avec d'autres étudiants). Elle permet d'aborder les problèmes organisationnels du stage, d'évaluer les améliorations à apporter dans l'implication pédagogique de chacun. C'est l'occasion d'une réflexion approfondie pour aborder des stratégies décisionnelles, des questions éthiques, des recherches médicales. Le contenu de ses réunions peut être programmé à l'avance selon les besoins d'apprentissage autour des compétences de l'interne et les choix des MSU.

5.2.6.6 Consultations complexes

Lors des consultations difficiles ou riches pédagogiquement, plus d'internes que de MSU déclarent ne pas avoir de retour particulier.
Il en va de même pour les propositions de recherches à effectuer : très peu selon les internes et une bonne majorité pour les MSU (ainsi que pour les RSCA qui est l'outil pédagogique de référence à Nantes (46)).

Il y a des changements à apporter dans la gestion des événements difficiles ou complexes, car des internes disent se retrouver seuls face à leurs difficultés identifiées. La rétroaction sur les consultations complexes est donc insuffisante.
Par ailleurs, il est décrit dans la littérature qu'il est important en cas de consultation complexe de savoir retarder la rétroaction pour pouvoir la réaliser une fois un apaisement émotionnel obtenu (8).

5.2.7 Satisfaction

5.2.7.1 Satisfaction (OA)

Les internes et les MSU sont majoritairement satisfaits de la phase d'OA.
On note une nuance qui reflète des attentes différentes.
De nombreux internes expriment des besoins pédagogiques plus cadrés en OA ; et de nombreux MSU voient en cette phase d'OA essentiellement une initiation à la médecine générale par l'observation de leur pratique, puis mettent leur activité pédagogique en action dans une phase intermédiaire de consultation à deux ou par la SD.

Nous avons constaté chez certains qu'il est possible de faire de la pédagogie et des rétroactions en phase d'OA. Dans ces cas, l'interne assis à côté du MSU ne s'ennuie pas. L'enrichissement dans le soin est bilatéral, le médecin apprenant de lui-même en portant un regard différent sur sa propre pratique.
Cette démarche nouvelle semble difficile à utiliser par les MSU dont la formation médicale passée n'était pas basée sur les compétences et le paradigme d'apprentissage (27). La modification de cet enseignement devrait être plus facile à mettre en place par les « jeunes » MSU.
Il serait donc nécessaire de former et sensibiliser les MSU plus anciens pour permettre un changement dans leur pratique d'enseignement.

5.2.7.2 Satisfaction (SD)

Les internes et les MSU sont satisfaits de la phase de SD, voyant cette phase comme un accompagnement avant la mise en autonomie complète.
Durant l'avancée de la SD, « globalement les internes passent d'une certaine crainte d'être observés à la satisfaction d'être aidés (15) ». La présence du MSU est rassurante et efficace pédagogiquement.

Les internes non satisfaits ont exprimé ne pas être à l'aise avec le MSU à leur côté du fait de devoir adapter leur pratique au MSU. Les critiques des MSU peuvent être vécues difficilement par les internes, les gênant pour établir une relation de confiance avec le patient.
Les MSU trouvent que c'est la phase la plus difficile à mettre en place.
Un faible nombre de MSU, vus comme formateurs par les internes, parle concrètement de l'intérêt pédagogique de cette phase, de par les outils de rétroaction qu'il est possible de mettre en place.

Dans la littérature, une étude canadienne a mis en évidence que la SD est souvent perçue par les internes comme la meilleure activité d'enseignement pour le développement des habiletés relationnelles et la persistance des acquis (16). Elle est jugée par plusieurs comme étant une expérience difficile qui génère souvent une certaine anxiété de performance, elle permet d'acquérir des attitudes favorables à une bonne relation médecin - patient et de développer l'outil de la connaissance de soi (15). Or ce n'est pas cela qui ressort dans les réponses que nous obtenons. La plupart des étudiants exprime des difficultés dans cette phase. Est-ce lié à une rétroaction plus intuitive que formative à Nantes ?

5.2.7.3 Satisfaction (SI)

Les internes sont majoritairement satisfaits de la phase de SI, surtout aux Q2 et Q3, y compris de la rétroaction lorsqu'elle a lieu. Une insatisfaction générale en SI ressort lorsque les internes se disent mis en autonomie trop précocement. La mise en autonomie semble donc plus adaptée à partir de la 2^{e} moitié du stage.
Beaucoup de MSU expriment une satisfaction à faire progresser les internes jusqu'à cette phase : l'interne consulte seul, il devient autonome, trouve des solutions par lui-même.
Mais c'est aussi en SI qu'il y a le plus d'internes insatisfaits (30%) ou qui pondèrent leurs commentaires. Les internes non satisfaits de cette phase ont estimé y avoir été mis trop tôt ou trop tardivement, sans rétroaction, ou avec l'impression de remplacer leur MSU.

5.2.7.4 Satisfaction du stage

Près de 85% des internes sont satisfaits de leur stage praticien de niveau 1. Nous avions essayé de faire une distinction dans notre question entre la globalité du stage et la formation à proprement parler. Les réponses montrent que la limite est assez floue, nous ne sommes pas sûrs que cette différenciation ait été faite par les internes. Par ailleurs, lorsque nous étudions les questionnaires et entretiens nous retrouvons beaucoup de remarques négatives concernant la formation.

Les MSU expriment être globalement satisfaits de leur rôle. Tout comme Jean-Sébastien Cadwallader dans son étude sur les motivations des médecins généralistes à devenir MSU (47) nous avons retrouvé cinq grandes classes de motivations à la maîtrise de stage :

- Pour former des internes : transmettre leur expérience professionnelle spécifique de la médecine générale, échange de type compagnonnage sur leurs compétences et connaissances tout en s'affranchissant d'une relation hiérarchique comme à l'hôpital.
- Pour soi-même : trouver des remplaçants, associés ou successeurs ; mettre à jour ses connaissances grâce à des échanges scientifiques et théoriques avec les internes, garder un lien avec la faculté ; se remettre en question pour améliorer ses pratiques.
- Pour le plaisir d'enseigner : pour prévenir l'épuisement par la diversification de sa pratique et la stimulation intellectuelle.
- Pour la discipline : militantisme pour leur spécificité disciplinaire et d'exercice ; promotion de la discipline par le partage des valeurs de la médecine générale.
- Pour l'exercice professionnel : montrer leur exercice quotidien ambulatoire et ses spécificités, transmettre le flambeau à la jeune génération pour transmettre ce qu'on a reçu ou bien passer le relai.
- Pour la collectivité : donner envie d'aller en zone rurale, améliorer les conditions d'exercices dans une zone géographique sous-dotée en médecin, être acteur de la démographie médicale, aider les jeunes à s'installer.

Ces motivations rejoignent les impacts décrits dans la thèse de Anna Jarno-Josse reprise dans la revue « exercer » (48), sur la pratique quotidienne du MSU:

- Psychoaffectifs : plaisir, enthousiasme et fierté de transmettre. Prévention du burn-out.
- Valorisation du métier et amélioration de sa relation avec le patient.
- Cognitif : stimulation intellectuelle et motivation pour sa propre formation médicale.
- Psychomoteur : modification de son organisation professionnelle.
- Métacognitif : pratique plus réflexive, nouveau sens donné à l'exercice et nouvelle identité en tant que MSU.
- Sur la qualité des soins : meilleur gestion des situations médicales délicates, sentiment de meilleur contrôle de la décision médicale, augmentation du temps et de la qualité de ses consultations en présence de l'étudiant.
- Médico-économique : allongement du temps de travail et modification des revenus financiers variable selon l'implication du stagiaire.

6 Propositions pour une rétroaction formatrice

À partir du ressenti global des internes et MSU, nous avons essayé de dégager les déterminants d'une rétroaction performante, les attentes et les moyens à mettre en place pour qu'elle puisse s'en rapprocher.

6.1 Redéfinir l'organisation du stage et des phases

- Connaître la définition des différentes phases.
- Favoriser une alternance entre les phases.
- Présenter l'interne au patient (sa présence ou le fait que c'est lui qui va consulter).
- Adapter le rythme à l'interne : plus de temps pour les consultations menées par l'interne, respecter la convention de stage (22,26) en limitant le nombre de consultations de l'interne en autonomie.
- Adapter l'autonomie : évaluer s'il est capable de passer à la phase suivante, discuter avec lui des modalités de mise en autonomie.
- Autonomie indispensable mais progressive (22,26) en respectant les capacités de l'interne.

6.2 Placer l'interne comme acteur de son apprentissage

- Valoriser la coopération interne - MSU.
- Impliquer activement l'interne dans sa position d'apprentissage : stimuler sa réflexivité, l'inciter à développer une approche critique de ses apprentissages.
- Proposer aux internes une formation en amont du stage sur la rétroaction (concepts, moyens de la mettre en œuvre). Que leur vision critique puisse être un soutien pour l'amélioration des pratiques des MSU. Rôle du DMG dans cet accompagnement.
- Former l'interne à l'aspect communication/relationnel.

6.3 Outils pour la rétroaction

- Connaître l'organisation et la réalisation de la rétroaction (8,14,16).
- Prévoir un temps dédié pour la rétroaction.
- Favoriser les questions ouvertes.

- En amont des consultations : avoir un temps de présentation des patients, consultations ciblées en fonction du programme d'apprentissage, expliquer à l'interne les objectifs spécifiques des consultations.
- Échange global sur la pratique, le savoir-être et le savoir-faire, la gestion de l'ambulatoire (clinique, cabinet, réseaux…).
- Faire des prescriptions pédagogiques (recherches) et les reprendre avec l'interne.
- En OA : MSU doit être un bon modèle de rôle (6), accompagner une certaine « critique » de la pratique (l'interne observe, réfléchit, comprend et apprend), encourager l'observation d'éléments spécifiques, utilisation d'outils pédagogiques (12) (Annexe 8.4).
- En SD : l'interne pratique « sa » médecine et le MSU le guide en acceptant les différences tant qu'il n'y a pas d'erreur de prise en charge. Utilisation d'outils pédagogiques (14) (Annexe 8.6.1 / 8.7).
- En SI : retour pédagogique sur le cheminement médical de l'interne tout au long des différentes étapes de la consultation (son ressenti, ses difficultés, ses interrogations…). Utilisation d'outils pédagogiques (12,46,49–51) (Annexe 8.6 / 8.7).

6.4 Formation continue des MSU

- Rôle du DMG dans le contrôle des formations pédagogiques réalisées.
- Rôle CGELAV / CNGE dans l'organisation de la formation continue.
- Concilier les aspirations des corpus de savoir-faire des enseignants de médecine générale à des approfondissements et des exercices divers pour la pratique au quotidien.

6.5 Encadrement pédagogique des réunions de trinôme

Malgré toutes les contraintes d'organisation, la réalisation de temps pédagogiques pour encadrer l'apprentissage de l'interne durant ses 6 mois de stage est très importante pour notamment :

- Valoriser des réunions de trinôme comme faisant partie de la formation du stage.
- Identifier des compétences de l'interne (acquises, obtenues, validées) et ses besoins (Annexe 8.2 / 8.3.1).
- Discuter sur les difficultés de l'interne.

- Discuter autour des modalités de rétroaction.
- Mettre en place un programme d'apprentissage particulier.
- Favoriser la communication (notamment que le MSU explicite ses démarches pédagogiques à l'interne).

6.6 Grilles d'évaluations des internes

- Difficulté d'utilisation de l'actuelle grille d'évaluation des internes : elle est intéressante mais semblerait difficile pour les MSU non formés à son utilisation.
- Réaliser une nouvelle grille d'évaluation pour les MSU.
- Réaliser une grille d'autoévaluation de la rétroaction.

6.7 Lutter contre le sentiment de remplacement en autonomie

- Varier les consultations réalisées par l'interne.
- Rétroaction indispensable en autonomie.
- Autonomie = formation, et pas un moyen pour compenser l'absence du MSU.

6.8 Accompagner les MSU

- Evaluer les pratiques pédagogiques : MSU et internes demandent une évaluation de l'encadrement pédagogique des MSU par le DMG.
- Améliorer le contrôle des pratiques et s'assurer du bon apprentissage des internes en accompagnant vers un changement pédagogique en cas de mise en difficultés importantes ou de non-respect de la convention.
- Proposer une évaluation des pratiques entre MSU : devant les difficultés d'appliquer les concepts théoriques, il peut être intéressant d'échanger entre MSU autour de la rétroaction.

7 Bibliographie

1. Syndicat National des Enseignants de Médecine Générale (SNEMG). Rappel historique de la filière universitaire de médecine générale. 2015

2. Le Mauff P, Bail P. Comment réussir une évaluation formative des compétences des internes en étant centré sur leurs processus cognitifs d'apprentissage ? exercer. 2008;(82):77‑81.

3. Ministère du travail, de l'emploi et de la santé, Ministère de l'enseignement supérieur et de la recherche. 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 [Internet]. JORF n°0033 du 9 février 2011 - texte 24 p. 2511. Disponible sur: http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000023560798&dateTexte=20151103

4. Renoux C, Lebeau JP, Potier A, Lehr Drylewicz AM. Un référentiel de compétences pour une évaluation formative des internes en stage de premier niveau en médecine générale. exercer. 2013;(108):185‑92.

5. Compagnon L, Bail P, Huez JF, Stalnikiewicz B, Ghasarossian C, Zerbib Y, et al. Les niveaux de compétences. exercer. 2013;(108):156‑64.

6. Chamberland M, Hivo R. Les compétences de l'enseignant clinicien et le modèle de rôle en formation clinique. Pédagogie Médicale. 2005;2(6):98‑111.

7. Perez W, Ménis D, Vallée J. Regards croisés sur le stage de deuxième cycle de trois mois en médecine générale. exercer. 2014;(116):293‑301.

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

9. Ministère de l'éducation nationale, de l'enseignement supérieur et de la recherche, Ministère des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes. Arrêté du 13 novembre 2015 fixant la liste des diplômes d'études spécialisées de médecine [Internet]. JORF n°0281 du 4 décembre 2015 - texte 8 p. 22420. Disponible sur: http://www.legifrance.gouv.fr/eli/arrete/2015/11/13/MENS1525635A/jo/texte

10. Barbarin B. Compte rendu (subjectif) du CA du CNGE du 7 mars 2015 [Internet]. 2015 [consulté le 15 janv 2016]. Disponible sur: http://www.cgelav.fr/2015/02/19/réforme-du-des-de-mg/

11. Bottet A. Le parcours pédagogique des MSU [Internet]. 2008 [consulté le 15 janv 2016]. Disponible sur: http://www.cnge.fr/la_formation/le_parcours_pedagogique_des_msu/

12. 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. 2002;1(3):33‑7.

13. Chartier S, Le Breton J, Ferrat E, Compagnon L, Attali C, Renard V. L'évaluation dans l'approche par compétences en médecine générale. exercer. 2013;(108):171‑7.

14. Martineau B, Girard G, Boule R. Interventions en supervision directe pour développer la compétence du résident : une recherche qualitative. Pédagogie Médicale. 2009;9(1):19‑31.

15. Turgeon J, St-Hilaire S. La supervision directe en médecine familiale… l'expérience d'une résidente. Pédagogie Médicale. 2001;4(2):199‑205.

16. Laurin S, Sanche G, Audétat MC. La supervision directe, mais pourquoi ? Le Médecin du Québec. 2012;47(12):79‑81.

17. World Organization of National Colleges Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians (WONCA) Europe, Allen J, Gay B, Crebolder H, Heyrman J, Svab I, et al. La définition européenne de la médecine générale-médecine de famille. 2002.

18. Compagnon L, Bail P, Huez JF, Stalnikiewicz B, Ghasarossian C, Zerbib Y, et al. Définitions et descriptions des compétences en médecine générale. exercer. 2013;(108):148‑55.

19. Collège National des Généralistes Enseignants (CNGE). Présentation du D.E.S. [Internet]. [consulté le 16 oct 2015]. Disponible sur: http://www.cnge.fr/la_pedagogie/presentation_du_des/

20. Collège Nationale des Généralistes Enseignants (CNGE). La charte des maîtres de stage universitaires (MSU) [Internet]. 2012 [consulté le 13 oct 2015]. Disponible sur: http://www.cnge.fr/le_cnge/textes_de_reference_du_cnge/la_charte_des_maitres_de_stage_universitaires_msu/

21. Université de Nantes. Convention fixant les modalités de stage des étudiants de médecine générale auprès d'un ECA (Enseignant Clinicien Ambulatoire) [Internet]. Disponible sur: http://www.dmg-nantes.fr/

22. Département de Médecine Générale (DMG) Nantes. Convention pédagogique préalable à l'agrément des Médecins Généralistes à la fonction de Patricien Agréé - Maître de Stage des Universités (PA-MSU) [Internet]. [consulté le 17 janv 2016]. Disponible sur: http://www.dmg-nantes.fr/

23. Bottet A. Devenir Maître de Stage des Universités [Internet]. 2012 [consulté le 15 janv 2016]. Disponible sur: http://www.cnge.fr/la_formation/devenir_maitre_de_stage_des_universites/

24. Collège des Généralistes Enseignants de Loire-Atlantique et Vendée (CGELAV). Devenir MSU [Internet]. [consulté le 15 janv 2016]. Disponible sur: http://www.cgelav.fr/devenir-msu/

25. Collège National des Généralistes Enseignants (CNGE) formation. Initiation à la maîtrise de stage de troisième cycle de médecine générale. 2014.

26. Département de Médecine Générale (DMG) Nantes. Reglementation concernant l'activité de l'interne. 2010.

27. 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.

28. Chartier S, Ferrat É, Djassibel M, Bercier S, Compagnon L, Renard V, et al. Mise en oeuvre d'un programme d'appentissage dans une logique de compétence: difficultés et propositions. exercer. 2012;(103):169‑74.

29. Le Mauff P, Bail P. Comment réussir une évaluation formative des compétences des internes en étant centré sur leurs processus cognitifs d'apprentissage ? exercer. 2008;(83):104‑10.

30. Département de Médecine Générale (DMG) Nantes. Ancienne grille d'évaluation de fin de stage.

31. Renard V, Attali, Claude. Maître de stage : une formation spécifique. Rev Prat Med Gen. 2003;(17):613‑4.

32. Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES), Attal-Toubert K, Vanderschelden M. La démographie médicale à l'horizon 2030: de nouvelles projections nationales et régionales détaillées. Solidarité et Santé [Internet]. 2009 [consulté le 16 janv 2016];(12). Disponible sur: http://drees.social-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/dossiers-solidarite-et-sante/?annee=2009 - articles

33. Collège des Généralistes Enseignants de Loire-Atlantique et Vendée (CGELAV). Réforme du DES de MG [Internet]. 2015 [consulté le 15 janv 2016]. Disponible sur: http://www.cgelav.fr/2015/02/19/réforme-du-des-de-mg/

34. Eon-Dehais P. Encadrement pédagogique des Maîtres de Stage des Université en médecine générale: entretiens semi-dirigés auprès de 19 médecins généralistes de la faculté de médecine de Nantes. [UFR Médecine et Techniques Médicales]: Université de Nantes; 2013.

35. Le Breton-Lerouvillois G, Rault JF, Conseil national de l'ordre des médecins. Atlas de la démographie médicale en France. Situation au 1er janvier 2014 [Internet]. [consulté le 17 janv 2016]. Disponible sur: https://www.conseil-national.medecin.fr/node/1472

36. Tuffreau F, Tallec A, Bournot MC, Goupil MC. Chiffres et données de santé / La santé observée / Médecins généralistes [Internet]. Santé Pays de la Loire. 2015 [consulté le 17 janv 2016]. Disponible sur: http://www.santepaysdelaloire.com/chiffres-et-donnees-de-sante/la-sante-observee/medecins-generalistes

37. Collège des Généralistes Enseignants de Loire-Atlantique Vendée (CGELAV). Comment devenir MSU [Internet]. CGELAV. [consulté le 17 janv 2016]. Disponible sur: http://www.cgelav.fr/devenir-msu/comment-devenir-msu/

38. Labat L. Evaluation des compétences acquises par les internes de médecine générale à la fin du stage chez le praticien de niveau 1. A partir d'une étude réalisée sur trois semestres de stage en région Midi-Pyrénées. [Faculté des sciences médicales Rangueil]: Université Paul Sabatier (Toulouse); 2013.

39. Brabant Y, Frèche B, Tudrej B, Archambault P, Olariu V, Breuillac J du, et al. Élaboration d'une charte des services hospitaliers pour l'accueil des internes de médecine générale. exercer. 2015;(119):83‑90.

40. Blanchard-Rocheteau M. La supervision indirecte au cours du SASPAS à Nantes: Enquête descriptive auprès des internes. [UFR Médecine et Techniques Médicales]: Université de Nantes; 2011.

41. Canévet JP, Godard M, Le Mauff P, Bonnaud-Antignac A. L'observation participante comme outil de formation à la relation médecin-patient. exercer. 2012;(101):79‑83.

42. Poncin Maryline. Les «interactions symboliques» dans la relation entre le médecin généraliste et ses patients [Internet]. [Lyon]; 2014 [consulté le 12 janv 2016]. Disponible sur: http://hola.univ-lyon1.fr/ipac20/ipac.jsp?session=1A543F448T394.1046&profile=scd&source=~!bulyoni&view=subscriptionsummary&uri=full=3100001~!360959~!1&ri=1&aspect=basic_search&menu=search&ipp=20&spp=20&staffonly=&term=poncin&index=.GK&uindex=&aspect=basi

43. Giroux M, Bergeron D. Un code de conduite du superviseur dans sa relation avec le supervisé lors de la formation clinique en médecine. Pédagogie Médicale. 2003;4(4):202‑7.

44. Caillet D. Synthèse de la table ronde MSU et interne niveau 1 (groupe1). 2013.

45. Synthèse de la table ronde MSU et interne niveau 1 (groupe2).

46. Le Mauff P, Farthouat N, Goronflot L, Urion J, Senand R. Récit de sitution complexe et authentique : le modèle nantais. Rev Prat Med Gen. 2004;18(654/655):724‑6.

47. Cadwallader JS, Vaillant-Roussel H, Boulet P, Paumier F, Bottet A, Dumoitier N. Motivations des médecins généralistes à devenir maître de stage des universités. exercer. 2015;(117):33‑9.

48. Jarno-Josse A, Bail P. Impact de la maîtrise de stage sur l'exercice professionnel des maîtres de stage ambulatoires. exercer. 2011;(98):141‑2.

49. Jouquan J. La minute du superviseur. Pédagogie Médicale. 2010;(11):71‑2.

50. Le Mauff P, Goronflot L, Urion J, Senand R. Outil d'aide pour l'évaluation des Récits de situation complexe et authentique (RSCA) [I]. Rev Prat Med Gen. 2006;(748/749):1251‑2.

51. Le Mauff P, Goronflot L, Urion J, Senand R. Outil d'aide pour l'évaluation des Récits de situation complexe et authentique (RSCA) [II]. Rev Prat Med Gen. 2006;(723/733):1311‑2.

8 Annexes

8.1 Annexe 1 : Complément d'information aux MSU

Le stage chez le praticien niveau 1

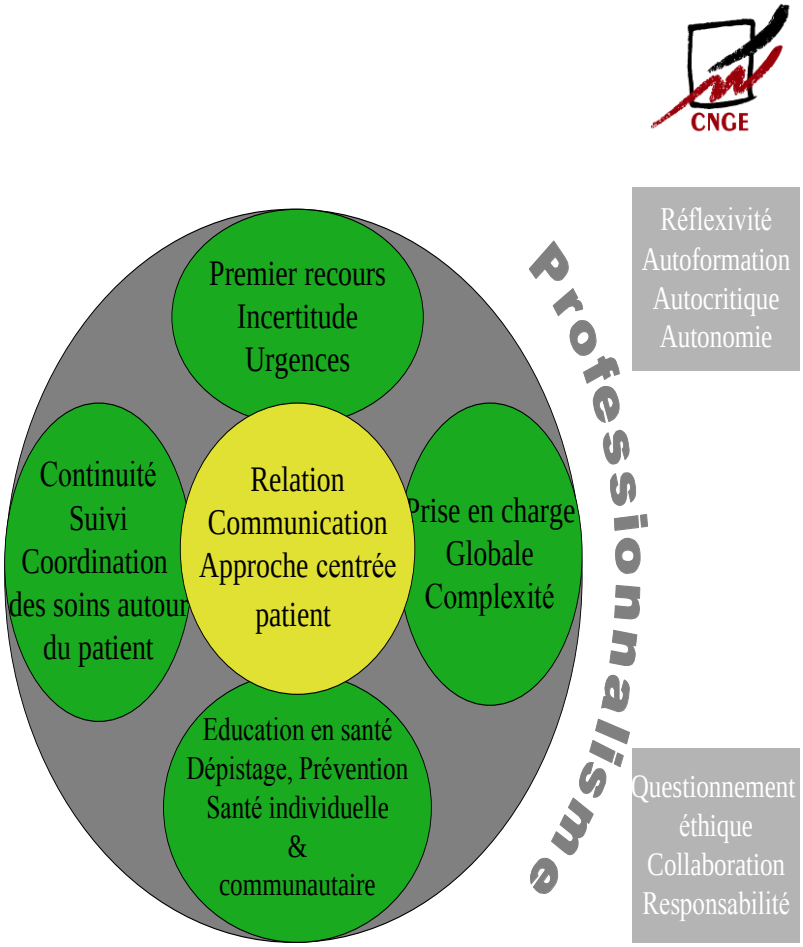
Les réunions de trinôme (ou de binôme ou de quadrinôme) .
Elles ont lieu en début, milieu et fin de stage.
La première réunion est consacrée au repérage du parcours de l'interne. En fonction des stages effectués, sont précisés ses « atouts » (compétences déjà acquises), ses besoins identifiés.
Les apprentissages pourront être répartis en fonction des particularités d'exercice de chaque membre du trinôme.
Lors de ce premier entretien des objectifs de formation sont mis en place.
Le cadre du stage est précisé : horaires, congés, permanence de soin, temps de supervision, possibilité de participer au groupe de formation continu de son ou ses MSU.
La deuxième réunion est un bilan à mi parcours :
La progression de l'interne doit être soulignée et valorisée
Les objectifs de formation sont ils atteints ou en cours d'acquisition ? Si non, comment peut on les réaliser.
Quelles sont les difficultés qui ont pu être identifiées (manque de connaissances, difficultés à s'autoévaluer, difficultés dans les recherches, problèmes relationnels) .
De nouveaux objectifs de formation peuvent être mis en place.
La troisième réunion est celle du bilan
L'interne a t il progressé dans l'acquisition des compétences. Quel(s) stage(s) va t il ensuite choisir pour les améliorer (en tenant compte de sa maquette). Lors de cette réunion, l'interne remplit avec ses MSU la grille de validation, lui permettant d'identifier ses points forts et ses points faibles.

La supervision
Le stage chez le praticien répond à un certain nombre de règles administratives (voir convention) et à un accompagnement pédagogique de l'interne, avec notamment un temps de supervision directe des consultations réalisées avec l'interne ou de supervision indirecte lorsqu'il est en autonomie. La mise en autonomie permet à l'interne de se confronter seul à des rencontres de soin, reprises avec le maitre de stage. Ce passage en autonomie se décide en fonction de la progression de l'interne et de ses besoins identifiés.
Ces entretiens de supervision permettent de repérer la validité de ses connaissances et ses capacités à les mettre en œuvre en consultation, ses stratégies diagnostiques et thérapeutiques, ses ressources, ses difficultés, ses qualités relationnelles, notamment ses capacités de négociation avec le patient dans une optique de décision partagée.

Les supports aux entretiens peuvent être diversifiés, chaque « outil » apportant des informations complémentaires :
Reprise des dossiers (tableau de bord)
Grilles d'entretien
RSCA
Carte heuristique
Entretien semi directif
Entretien d'explicitation

En fonction des besoins de formation repérés au cours de la supervision, le maitre de stage proposera à l'interne des tâches d'apprentissages. (Recherche bibliographique, RSCA, lectures,…..)
Les deux demi journées d'autoformation, permettront à l'interne de réaliser ce travail

8.2 Annexe 2 : Marguerite des compétences



8.3 Annexe 3 : Évaluation de l'interne

8.3.1 Grille d'évaluation

Evaluation Interne

Nom :	
Date Entretien :	

Evaluation
Novice -/+
Intermédiaire -/+
Compétent -/+

Légende Evaluation : - : Partiellement Acquis / + : Acquis

APPROCHE CENTREE PATIENT / RELATION / COMMUNICATION

Construction de la relation avec le patient et son entourage

Novice	Intermédiaire	Compétent	Evaluation
- Perçoit l'importance de la relation médecin patient et y perçoit ses propres limites. A tendance à l'identification -Mène un interrogatoire centré maladie seulement et explique ses décisions de façon persuasive en souhaitant l'adhésion du patient. -Connait quelques notions théoriques des techniques de communication pour améliorer la relation et perçoit l'importance des formations. - Communique avec l'entourage sur ce qu'il pense être important pour le patient en ayant parfois du mal à intégrer le secret médical.	- Dans les situations courantes, mène un entretien centré patient en cherchant à construire la relation. - Repère les différents niveaux de difficultés du patient face à la maladie et lui laisse le temps de parole et de réflexion nécessaire. - Repère ses propres difficultés communicationnelles ou relationnelles et / ou personnelles et prévoit des formations. - Communique avec l'entourage en étant attentif au secret médical.	- Mène en autonomie un entretien centré patient avec des aptitudes de communication permettant l'expression des représentations, difficultés et des émotions du patient afin d'accorder la prise en charge. -Sait mettre en place une relation de soutien à visée psychothérapeutique et aide le patient à trouver ses propres solutions. -Sait analyser les situations difficiles ou conflictuelles en essayant de maintenir la relation. - Met en œuvre une collaboration avec l'entourage dans l'intérêt du patient.	Novice Intermédiaire Compétent

PREMIER RECOURS URGENCES

Aptitude à appréhender les problèmes de santé

Novice	Intermédiaire	Compétent	Evaluation
- Recueille sans hiérarchiser les plaintes et demandes du patient. - Examen clinique et connaissances parfois superficiels ou inappropriés. - Difficultés d'exploitation des connaissances et données recueillies.	- Hiérarchise les plaintes et demandes du patient en se centrant sur la maladie. - Utilise correctement l'examen clinique et ses connaissances pour formuler ses hypothèses en tenant compte de la prévalence en MG.	- Cerne les besoins de santé du patient à partir de l'explicite et implicite (ce qui n'est pas verbalisé spontanéement par le patient).	Novice Intermédiaire Compétent

Aptitude à une prise de décision appropriée en soins primaires

Novice	Intermédiaire	Compétent	Evaluation
-Peine à prendre des décisions en contexte d'incertitude. -Connaissance limitée des traitements en MG. -La prescription d'examens complémentaires n'est pas toujours pertinente.	-Décide en contexte d'incertitude et l'explique au patient. -Connaissance correcte des traitements. -A un questionnement face à leur bénéfice-risque et effets indésirables. -Sait prescrire de façon adaptée la plupart des examens complémentaires.	- Sait inclure les avis et représentations du patient pour prendre des décisions pertinentes en contexte d'incertitude. - Veille à limiter les risques et l'inconfort liés aux thérapeutiques - Tient compte des coûts, bénéfices attendus, et conséquences pour le patient de sa prescription d'examens complémentaires.	Novice Intermédiaire Compétent

Urgences-gestes techniques courants en Medecine Générale

Novice	Intermédiaire	Compétent	Evaluation
- Peine à organiser les soins face aux urgences vitales ou ressenties en MG. - Difficultés à poser l'indication et à réaliser les gestes techniques utiles en MG.	- Capable de répondre de façon adaptée à une urgence ou demande de soins non programmés. - Pose l'indication et exécute certains gestes techniques.	- Appréhende les paramètres des soins non programmés de la régulation jusqu'à la gestion des tiers et autres patients. - Est autonome dans la réalisation de la plupart des gestes techniques.	Novice Intermédiaire Compétent

Page 1

Nom :	
Date Entretien :	

Evaluation
Novice -/+
Intermédiaire -/+
Compétent -/+

Légende Evaluation : - : Partiellement Acquis / + : Acquis

APPROCHE GLOBALE / COMPLEXITE			
Novice	**Intermédiaire**	**Compétent**	**Evaluation**
- Reste centré sur la maladie. - Perçoit que la prise en compte des données psychosociales, environnementales, éthiques et culturelles ne lui est pas familière.	- Tente d'intégrer les données psychosociales à son diagnostic/ sa démarche de soin. - Accepte l'idée qu'il existe plusieurs réponses possibles à une situation.	- Gère simultanément plusieurs problèmes de nature différente en les hiérarchisant. - Tient compte de toutes les données contextuelles pour prendre une décision centrée sur patient et partagée avec lui.	**Novice** **Intermédiaire** **Compétent**

CONTINUITE / SUIVI / COORDINATION			
Organisation du suivi du patient			
Novice	**Intermédiaire**	**Compétent**	**Evaluation**
- Prend conscience que certaines plaintes nécessitent un suivi dans le temps, sur plusieurs consultations .	-S'efforce d'utiliser le temps dans la démarche décisionnelle. -Planifie un suivi à court et moyen terme. -Fait participer le patient à la décision et à la démarche.	-Identifie les freins au suivi et établit un suivi centré patient en tenant compte de sa personnalité et de son histoire personnelle.	**Novice** **Intermédiaire** **Compétent**
Tenue des dossiers			
Novice	**Intermédiaire**	**Compétent**	**Evaluation**
-Crée de nouveaux dossiers en notant les antécédents. -Consulte les dossiers existants, laisse des traces écrites.	-Renseigne les items requis dans le dossier médical, l'utilise aussi dans une optique de suivi.	-Renseigne le minimum requis de manière concise et structurée. -Note les actes de prévention et dépistage à prévoir ainsi que les informations d'éducation pour la santé. -Programme des alarmes informatiques.	**Novice** **Intermédiaire** **Compétent**
Coordination			
Novice	**Intermédiaire**	**Compétent**	**Evaluation**
-Transmet les informations nécessaires à la continuité des soins. Utilise les avis fournis par d'autres intervenants sans être en mesure de les discuter de façon critique.	-Coordonne la prise en charge du patient par les différents intervenants afin de fournir des soins efficaces et appropriés en utilisant le moyen le plus adapté à la situation.	-Analyse les avis des différents intervenants, les synthètise pour prendre une décision centrée patient. -Participe au maintien à domicile en coordination avec les autres intervenants.	**Novice** **Intermédiaire** **Compétent**

EDUCATION EN SANTE / DEPISTAGE / PREVENTION / SANTE INDIVIDUELLE ET COMMUNAUTAIRE			
Novice	**Intermédiaire**	**Compétent**	**Evaluation**
-A des connaissances théoriques sur cette compétence et reconnait son importance sans réussir à l'intégrer aux consultations. -Cherche à convaincre le patient en se centrant sur son propre raisonnement scientifique, sans tenir compte des représentations du patient.	-Réalise des actes de prévention et de dépistage au cours de consultations courantes. -Repère ses difficultés à adapter sa prise en charge en intégrant les représentations du patient. -identifie les rôles joués par l'entourage du patient et les intervenants médico-sociaux impliqués dans la prévention et l'éducation.	-Intègre couramment et dans la durée dans son activité, la prévention individuelle et collective, le dépistage organisé, l'éducation du patient. -Accompagne le patient dans sa démarche d'éducation à la santé, en respectant son autonomie. -Collabore activement avec les partenaires impliqués dans la prévention et l'éducation du patient.	**Novice** **Intermédiaire** **Compétent**

Nom :	
Date Entretien :	

Evaluation
Novice -/+
Intermédiaire -/+
Compétent -/+

Légende Evaluation : - : Partiellement Acquis / + : Acquis

PROFESSIONNALISME

Autoformation

Novice	Intermédiaire	Compétent	Evaluation
-Acquisition de connaissances pas toujours en adéquation avec la pratique de médecine générale.	-A la recherche d'informations utiles, validées et actualisées.	-Forte capacité de lecture critique des données	Novice Intermédiaire Compétent

Autonomie / Prise de responsabilités/ Gestion du cabinet

Novice	Intermédiaire	Compétent	Evaluation
-Commence à se poser des questions sur sa pratique ; Amorce d'auto évaluation	-Capacité d'autoévaluation ; prend conscience de certaines de ses limites -Commence à organiser son temps de travail -Réfléchit à son projet professionnel	-Réflexif, connait ses limites en terme de connaissances et compétences -Bonne maitrise du temps et de l'outil de travail -élabore son projet professionnel en tenant compte des aspects administratifs, juridiques et financiers	Novice Intermédiaire Compétent

Pratique éthique et déontologique

Novice	Intermédiaire	Compétent	Evaluation
- Présente un engagement altruiste envers le patient et se questionne sur la posture éthique du médecin généraliste	- Intègre une pratique éthique et respecte l'autonomie du patient	- Travaille dans le respect des valeurs éthiques intégrant les dispositions médico-légales, administratives et déontologiques.	Novice Intermédiaire Compétent

Commentaires : progression au cours du stage, conseils pédagogiques	

Stage validé : ○ OUI ○ NON

Nous vous rappelons que la validation du stage chez le praticien (Niveau 1) autorise l'interne à faire des remplacements.
Si ce niveau n'est pas acquis, et donc ce stage non validé, l'interne fera un second stage de niveau 1.

Date et Signatures :

8.3.2 Notice d'évaluation des internes

EVALUATION DE L'INTERNE EN DES DE MEDECINE GENERALE

Issue de l'attente des maîtres de stage universitaires (MSU) de Loire-Atlantique et Vendée de disposer d'un outil permettant à la fois de connaître les compétences à transmettre aux internes, le niveau de compétence attendu mais aussi d'un outil mesurant la progression de l'interne, la grille d'évaluation qui vous est ici proposée, a été réalisée par 5 MSU du CGELAV à partir de notre référentiel métier. Elle a été améliorée et validée par les internes et MSU présents à la réunion du CGELAV du 19 juin 2014.

A savoir pour une bonne utilisation de cet outil :

-Niveau de compétence attendu de l'interne

Novice: de l'entrée dans le DES à la moitié du stage de niveau 1 (stage chez le praticien)

Intermédiaire: de la moitié du stage de niveau 1 au milieu du SASPAS

Compétent: fin de cursus/fin du SASPAS.

En pratique, le niveau intermédiaire est attendu dans la plupart des compétences pour l'interne qui termine son stage de niveau 1 (stage chez le praticien) par exemple. L'interne qui fait ce même stage en sixième semestre (donc à la fin de son cursus) est plutôt attendu au niveau compétent.

-Progression de l'interne

Vous avez la possibilité de graduer le niveau de compétence par des croix (x) mais vous pouvez aussi affiner votre évaluation de chaque item par les symboles (+) et (-) si vous le souhaitez. Nous vous proposons d'utiliser la grille pour vos réunions de trinômes de la façon suivante :

-réunion de trinôme de début de stage: grille= base commune de travail et d'objectifs pour les MSU et l'interne, première identification des besoins de formation par l'interne (l'interne peut, s'il le souhaite, s'autoévaluer avec la grille).

-réunion intermédiaire (l'interne a été supervisé par ses MSU): première évaluation des MSU avec la grille qui débouche sur des conseils pour progresser au cours du stage.

-réunion finale: grille=évaluation pour la validation du stage, conseils pour la suite du cursus.

Ne négligez pas l'espace de commentaires libres pour exprimer vos remarques, conseils pédagogiques, votre appréciation de la progression de l'interne…

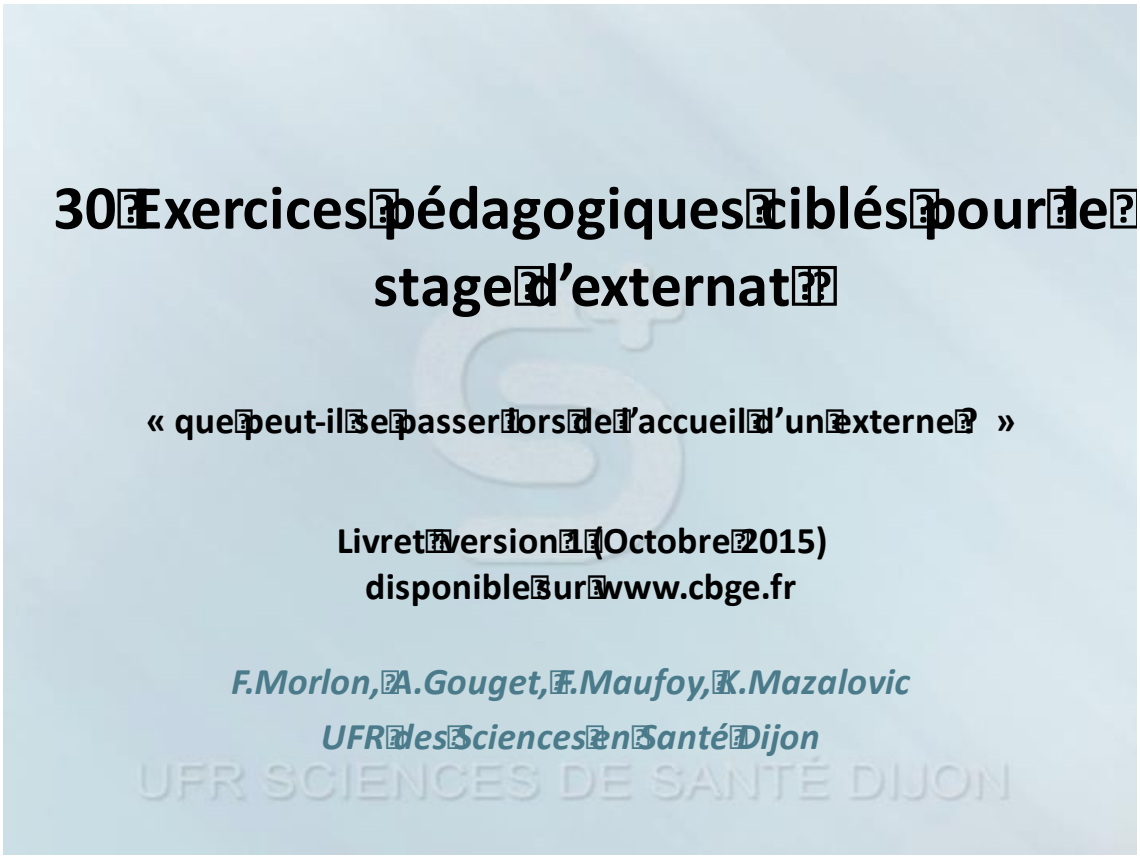
CGELAV

Collège des Généralistes Enseignants de Loire-Atlantique et Vendée

http://www.cgelav.fr/

8.4 Annexe 4 : Outils en phase d'OA

8.4.1 30 exercices pédagogiques ciblés pour le stage d'externat



Savoir Etre

- *L'étudiant observe le patient : son attitude, son débit de parole, les mouvements des yeux*
- *L'étudiant observe le médecin : son positionnement, son débit de parole, les mouvements des yeux, la position des mains*
- *L'étudiant chronomètre le temps où le patient n'est pas interrompu en début de tacs et repère les silences lors de tacs*
- *L'étudiant démarre tacs soit en attendant que le patient s'exprime, soit avec une phrase prédéterminée par le MSU*
- *L'étudiant s'entretient avec le patient en accentuant la reformulation dès que le patient lui en laisse l'opportunité*
- *L'étudiant interroge le patient en favorisant les questions ouvertes*

UFR SCIENCES DE SANTÉ DIJON

2

Savoir Faire

- *L'étudiant utilise une grille pour mener l'entretien (grille DSM IV pour la dépression, grilles proposées par le MSU, grilles CNGE)*
- *L'étudiant note les moments où le MSU vérifie que le patient a compris*
- *L'étudiant démarre tacs soit en attendant que le patient s'exprime, soit avec une phrase prédéterminée par le MSU*
- *L'étudiant applique le concept EBM aux décisions de prise en charge*
- *L'étudiant note ou/et recueille tous les motifs de consultations (initiaux et apparaissant en cours de tacs), les hiérarchise en faisant émerger ceux qui relèvent de l'urgence*
- *L'étudiant s'entretient avec le patient en accentuant la reformulation dès que le patient lui en laisse l'opportunité*
- *L'étudiant interroge le patient en favorisant les questions ouvertes*
- *L'étudiant « place les patients chroniques ou/et addictifs » dans le cycle de Prochaska-DiClemente*
- *L'étudiant se focalise sur l'examen d'un appareil pour tous les sujets*

UFR SCIENCES DE SANTÉ DIJON

Savoir Théorique (1)

- ***L'étudiant note ou/et recueille tous les motifs de consultations*** *(initiaux et apparaissant en cours de st),* ***les hiérarchise en faisant émerger ceux qui relèvent de l'urgence***
- ***L'étudiant note toutes les hypothèses diagnostiques en les argumentant et les confronte à celles du patient et du MSU***
- ***L'étudiant repère le stade évolutif de la pathologie*** *(aigu, chronique, compliqué, palliatif, préventif)* ***et note les acteurs de santé ressources***
- ***L'étudiant note les diagnostics les plus graves possibles***
- ***L'étudiant note ce qu'il connaît et ce qu'il ne connaît pas des examens « paracliniques » de st*** *(B.U, mesure DEP, oxymétrie, ECG…)*
- ***L'étudiant note toutes les connaissances mises en jeu lors de la st*** *(peut être ciblé sur la thérapeutique, la sémiologie, la physiopathologie, …)*

UFR SCIENCES DE SANTÉ DIJON

4

Savoir Théorique (2)

- ***L'étudiant se focalise sur l'examen d'un appareil pour tous les sujets***
- ***L'étudiant recherche la classe thérapeutique des médicaments prescrits***
- ***L'étudiant applique le concept EBM aux décisions de prise en charge***
- ***L'étudiant recherche la DCI ou le médicament princeps*** *(et le prix si possible)*
- ***L'étudiant note tous les items de prévention et d'éducation abordés ou abordables lors de la st***
- ***L'étudiant « place les patients chroniques ou/et addictifs » dans le cycle de Prochaska-DiClemente***
- ***L'étudiant note toutes les possibilités de modifier ses connaissances lors d'une journée de st*** *(courrier, FMC, internet, patient, visite médicale…)*

UFR SCIENCES DE SANTÉ DIJON

5

Autre…

- ***L'étudiant note les motifs de recours, les « diagnostic » du patient ou/et ses craintes***
- ***L'étudiant quantifie ce qui revient au MSU, ce qui revient au patient et ce qui revient à l'entourage dans la prise en charge***
- ***L'étudiant note tous les facteurs ou/et personnes intervenants pour la cas en cours et celle d'avant***
- ***L'étudiant note ce qui a été mise en œuvre jusqu'à une prochaine cas***
- ***L'étudiant note ce qui est envisageable pour que l'état de santé du patient soit optimal et les personnes ressources***
- ***L'étudiant imagine la prise en charge du patient s'il était hospitalisé***
- ***L'étudiant repère les freins à l'observance*** *(verbaux, non verbaux, environnementaux, culturels…)*
- ***L'étudiant note si certains items sont renseignés dans le dossier médical*** *(toxiques, vaccins, ATCD familiaux)*
- ***« Le papotage » : l'étudiant note tous les sujets abordés lors de la consultation et ce qui est difficilement vécu par le patient***

UFR SCIENCES DE SANTÉ DIJON

6

Merci aux MSU qui ont participé à ce travail

Jérôme Beaugrand (89)
Pierre-Yves Billiard (58)
Denis Calvet (71)
Emmanuel Debost (21)
Arnaud Gouget (71)
Hélène Kemlin (58)
François Maufoy (89)
Katia Mazalovic (21)
Patricia Mercier (21)
Gilles Morel (21)
François Morlon (21) morlon.dr@wanadoo.fr
Bernard Sportes (71)

Et merci aussi à Jason, Alice, Valentine, Christine, Caroline, Antoine, Victor, les externes qui ont contribué à la réalisation de ce travail

UFR SCIENCES DE SANTÉ DIJON

7

8.4.2 Grille Calgary-Cambridge

GUIDE CALGARY-CAMBRIDGE POUR L'ENTREVUE MÉDICALE

1. CONDUIRE UNE ENTREVUE CENTRÉE SUR LE PATIENT

	En utilisant quelles stratégies et quelles habiletés ?
Débuter l'entrevue • Préparer la rencontre • Etablir le premier contact (l'accueil) • Identifier la (les) raison(s) de la consultation	
Recueillir l'information • Explorer les problèmes du patient pour découvrir : - La perspective biomédicale - La perspective du patient - Les informations de base et le contexte	
Faire l'examen clinique	
Expliquer et planifier • Fournir la quantité et le type adéquats d'information • Aider le patient à retenir et comprendre les informations • Arriver à une compréhension partagée : intégrer la perspective du patient • Planifier : une prise de décision partagée	
Terminer l'entrevue • Planifier les prochaines étapes • Préparer la fin de l'entrevue	

2. CONSTRUIRE LA RELATION

• Utiliser un comportement non-verbal approprié • En développant une relation chaleureuse et harmonieuse • En associant le patient à la démarche clinique	

3. STRUCTURER L'ENTREVUE

• En rendant explicite son organisation • En prêtant attention au déroulement de l'entrevue	

Traduit et adapté de Kurtz S, Silverman J, Benson J, Draper J. Marrying Content and Process in Clinical Method Teaching : Enhancing the Calgary-Cambrigde Guides. Academic Medicine 2003 ; 78 : 802-809.

1

8.4.3 Guide Calgary-Cambridge

Guide *Calgary-Cambridge* de l'entrevue médicale – les processus de communication [#]

© Ce document est couvert par les lois et règles touchant les droits des auteurs initiaux.
Sur toute reproduction, mentionnez les auteurs initiaux en les citant tel qu'en bas de page

■ Débuter l'entrevue **Établir le premier contact (l'accueil)** 1. **Le médecin salue** le patient et obtient son nom 2. **Se présente** et précise son rôle, la nature de l'entrevue; obtient le consentement du patient, si nécessaire 3. **Montre du respect** et de l'intérêt; voit au confort physique du patient (du début à la fin de l'entrevue) **Identifier la (les) raison(s) de consultation** 4. **Identifie,** par une question adéquate d'ouverture, les problèmes ou préoccupations que le patient souhaite voir aborder durant l'entrevue (« *Quels problèmes vous amènent aujourd'hui?* » ou « *Qu'est-ce que vous souhaiteriez discuter aujourd'hui ?* ») 5. **Écoute** attentivement les énoncés de départ du patient, sans l'interrompre ou diriger (orienter) sa réponse 6. **Confirme la liste initiale des raisons de consultation et** vérifie s'il y a d'autres problèmes (« *Donc, il y a les maux de tête et la fatigue. Y a-t-il autre chose dont vous aimeriez parler aujourd'hui ?* ») 7. **Fixe, avec l'accord du patient, l'agenda** de la rencontre en tenant compte, à la fois, des besoins de ce dernier et des priorités cliniques	
■ Recueillir l'information **Exploration des problèmes du patient** 8. **Encourage le patient à raconter l'histoire de son (ses) problème(s)**, du début jusqu'au moment présent, en ses propres mots (clarifiant pourquoi il consulte, maintenant) 9. **Utilise la technique des questions ouvertes et fermées** (en passant, de façon appropriée, des questions ouvertes aux fermées)	

[#] **Kurtz SM, Silverman JD, Benson J, Draper J.** ***Calgary-Cambridge Guide to communication : Process skills*****,** **< http://www.skillscascade.com > ou < http://www.med.ucalgary.ca/education/learningresources >.**

Traduit et adapté en français avec la permission des auteurs par Christian Bourdy, Bernard Millette, Claude Richard et Marie-Thérèse Lussier, Montréal, janvier 2004.

10. Écoute attentivement, en permettant au patient de compléter ses phrases sans l'interrompre et en lui laissant du temps pour réfléchir avant de répondre ou pour continuer, s'il a fait une pause **11. Facilite**, verbalement et non verbalement, les réponses du patient (par ex. : utilise des encouragements, le silence, la répétition, la paraphrase, l'interprétation) **12. Relève les indices verbaux** et **non verbaux** (langage corporel, discours, expression faciale…); **offre son interprétation** au patient et **vérifie si le patient est d'accord** **13. Clarifie** les énoncés du patient qui ne sont pas clairs ou qui nécessitent plus de détails (par ex. : *« Pouvez-vous m'expliquer ce que vous voulez dire par tête légère ? »*) **14. De façon périodique, fait des résumés de ce que le patient a dit** pour valider la compréhension qu'il en a; invite le patient à corriger son résumé ou à fournir des informations supplémentaires **15. Utilise** des **questions et commentaires concis et faciles à comprendre**; évite le jargon médical ou, du moins, l'explique lorsque utilisé **16. Établit la séquence temporelle** des évènements depuis le début **Habiletés additionnelles pour comprendre la perspective du patient** **17. Détermine activement et explore adéquatement :** • Les **idées** du patient (→ ses croyances sur les causes) • Ses **préoccupations** (ses craintes) concernant chaque problème • Ses **attentes** (ses buts, quelle aide le patient espère pour chaque problème) • Les **impacts** : comment chaque problème affecte sa vie **18. Encourage le patient à exprimer ses émotions**	
■ Structurer l'entrevue **Rendre explicite l'organisation de l'entrevue** **19. Fait un résumé**, à la fin d'un sujet spécifique d'exploration, pour en confirmer la compréhension et pour être certain qu'aucune information importante n'a été oubliée avant de procéder à la prochaine étape	

[#] **Kurtz SM, Silverman JD, Benson J, Draper J.** ***Calgary-Cambridge Guide to communication : Process skills*****, < http://www.skillscascade.com > ou < http://www.med.ucalgary.ca/education/learningresources >.**

Traduit et adapté en français avec la permission des auteurs par Christian Bourdy, Bernard Millette, Claude Richard et Marie-Thérèse Lussier, Montréal, janvier 2004.

20. Progresse d'une section à l'autre de l'entrevue **en annonçant verbalement les transitions;** mentionne les raisons justifiant d'aborder la prochaine section

Prêter attention au déroulement de l'entrevue

21. Structure l'entretien **selon une séquence logique**

22. Est attentif **au temps disponible** et maintient l'entrevue ciblée sur les tâches à accomplir

■ Construire la relation

Utiliser un comportement non-verbal approprié

23. Démontre un comportement non verbal approprié

- Contact visuel, expression faciale
- Posture, position et mouvement
- Indices vocaux → le débit, le volume, la tonalité

24. Si lecture, écriture de **notes** ou utilisation de l'ordinateur, le fait **d'une façon qui n'interfère ni avec le dialogue, ni avec la relation**

25. Affiche une **confiance** appropriée

Développer une relation chaleureuse et harmonieuse

26. Accueille les points de vue et émotions du patient; n'adopte pas une position de juge

27. Utilise l'empathie : reconnaît ouvertement les points de vue et émotions du patient et **utilise le reflet** pour communiquer sa compréhension et sa sensibilité aux émotions du patient ou à sa situation difficile

28. Fournit du support : Exprime son intérêt, sa compréhension, sa volonté d'aider; reconnaît les efforts d'adaptation et les démarches appropriées d'« auto-soin » de son patient; lui offre de travailler en partenariat

29. Agit avec délicatesse lors de la discussion de sujets embarrassants et troublants, en présence de douleurs physiques et durant l'examen physique

Associer le patient à la démarche clinique

30. Partage ses réflexions cliniques avec le patient pour encourager son implication (par ex. *: « ce que je pense maintenant, c'est… »)*

[#] **Kurtz SM, Silverman JD, Benson J, Draper J.** ***Calgary-Cambridge Guide to communication : Process skills*****, < http://www.skillscascade.com > ou < http://www.med.ucalgary.ca/education/learningresources >.**

Traduit et adapté en français avec la permission des auteurs par Christian Bourdy, Bernard Millette, Claude Richard et Marie-Thérèse Lussier, Montréal, janvier 2004.

31. Explique les raisons pour les questions ou les parties de l'examen physique qui pourraient paraître, du point de vue du patient, non conséquentes **32.** Durant **l'examen physique**, explique le déroulement, demande la permission	
■ Expliquer et planifier ** **Fournir la quantité et le type adéquats d'information** **33. Fournit l'information par portions gérables et vérifie la compréhension du patient** ; utilise les réponses du patient comme guide pour adapter ses explications **34. Évalue les connaissances du patient** : Avant de donner de l'information, s'enquiert des connaissances préalables du patient; s'informe de l'étendue de ce que le patient souhaite savoir **35.** Demande au patient **quelles autres informations seraient utiles** (par ex. : l'étiologie, le pronostic) **36. Donne l'information à des moments appropriés** : Évite de donner prématurément des conseils, de l'information ou de la réassurance **Aider le patient à retenir et comprendre les informations** **37. Organise les explications :** Divise l'information en parties logiquement organisées **38. Utilise des catégories explicites; annonce les changements de thème (**par ex. : « *Il y a trois sujets importants dont j'aimerais discuter avec vous, soit premièrement…* ». « *Maintenant, abordons…* ») **39. Utilise la répétition et les résumés** pour renforcer l'information **40. Utilise un langage concis, facile à comprendre et adapté au niveau de langage du patient**, évite le jargon médical ou du moins l'explique **41. Utilise des aides visuelles pour transmettre l'information** : Diagrammes, modèles, informations ou instructions écrites (dépliants) **42. Vérifie la compréhension du patient** au sujet de l'information donnée (ou des plans élaborés) : par ex., en demandant au patient de dire dans ses propres termes ce qu'il a retenu; clarifie si nécessaire	

[#] **Kurtz SM, Silverman JD, Benson J, Draper J.** ***Calgary-Cambridge Guide to communication : Process skills*****, < http://www.skillscascade.com > ou < http://www.med.ucalgary.ca/education/learningresources >.**

Traduit et adapté en français avec la permission des auteurs par Christian Bourdy, Bernard Millette, Claude Richard et Marie-Thérèse Lussier, Montréal, janvier 2004.

Arriver à une compréhension partagée : intégrer la perspective du patient

43. **Relie ses explications aux opinions du patient sur ses malaises :** Fait le lien avec les idées, préoccupations et attentes préalablement exprimées par le patient

44. **Fournit au patient des opportunités pour participer et l'encourage à contribuer :** l'incite à poser des questions, à demander des clarifications, à exprimer ses doutes; y répond adéquatement

45. **Relève les indices verbaux et non verbaux:** Par ex. : détecte que le patient veut prendre la parole pour fournir de l'information ou poser des questions; est sensible aux signes de surcharge d'information; est attentif aux indices d'inconfort

46. **Fait exprimer au patient ses croyances et ses émotions** en lien avec les informations données et les termes utilisés; les reconnaît et y répond au besoin

Planifier : une prise de décision partagée

47. **Partage ses réflexions cliniques lorsque approprié :** idées, processus de pensée, dilemmes

48. **Implique le patient** en suggérant, plutôt qu'en imposant

49. **Encourage le patient à partager ses pensées** : idées, suggestions et préférences

50. **Discute d'un plan** mutuellement **acceptable**

51. **Offre des alternatives :** encourage le patient à faire des choix et à prendre des décisions jusqu'au niveau qu'il souhaite

52. **Vérifie avec le patient** s'il est d'accord avec le plan et si l'on a répondu à ses préoccupations

■ Terminer l'entrevue

Planifier les prochaines étapes

53. **Conclut une entente** avec le patient au sujet des prochaines étapes pour le patient et pour le médecin

54. **Prévoit un « filet de sécurité »**, en expliquant les résultats inattendus possibles, quoi faire si le plan ne fonctionne pas, quand et comment demander de l'aide

[#] **Kurtz SM, Silverman JD, Benson J, Draper J.** ***Calgary-Cambridge Guide to communication : Process skills*****, < http://www.skillscascade.com > ou < http://www.med.ucalgary.ca/education/learningresources >.**

Traduit et adapté en français avec la permission des auteurs par Christian Bourdy, Bernard Millette, Claude Richard et Marie-Thérèse Lussier, Montréal, janvier 2004.

Préparer la fin de l'entrevue 55. **Résume la session** brièvement et clarifie le plan de soins 56. **Vérifie, une dernière fois,** que le patient est d'accord et confortable avec le plan proposé et demande s'il n'y a aucune correction, question ou autres items à discuter	

**** Explications et planification : Options sur le processus et le contenu** **Si discussion d'investigations et de procédures** 57. **Fournit des informations claires sur les procédures**, c'est-à-dire sur ce que le patient pourrait vivre et subir, comment il sera informé des résultats 58. Fait **le lien entre les procédures et le plan de traitement** : importance, raisons 59. **Encourage les questions et la discussion** sur les craintes ou les résultats défavorables possibles **Si discussion à-propos d'opinions sur un problème ou sur sa signification** 60. **Offre une opinion** sur ce qui se passe et, si possible, **nomme spécifiquement** le ou les problèmes 61. **Révèle** les raisons supportant les opinions discutées 62. **Explique** les causes, la gravité, les résultats attendus ainsi que les conséquences à court et long termes 63. Favorise **l'expression par le patient de ses croyances, réactions et préoccupations** au sujet des opinions émises **Si élaboration conjointe d'un plan d'action** 64. **Discute des alternatives**, par ex. : aucune action, investigation, médication ou chirurgie, traitements non médicamenteux (physiothérapie, marchettes, solutés, psychothérapie, mesures préventives)	

[#] **Kurtz SM, Silverman JD, Benson J, Draper J.** ***Calgary-Cambridge Guide to communication : Process skills*****, < http://www.skillscascade.com > ou < http://www.med.ucalgary.ca/education/learningresources >.**

Traduit et adapté en français avec la permission des auteurs par Christian Bourdy, Bernard Millette, Claude Richard et Marie-Thérèse Lussier, Montréal, janvier 2004.

65. Fournit de l'information sur les interventions et traitements offerts : • noms • étapes des traitements; comment ils fonctionnent; • bénéfices et avantages; • possibles effets secondaires **66. Sollicite la perspective du patient** sur la nécessité d'agir, les bénéfices perçus, les obstacles, sa motivation **67. Reconnaît le point de vue du patient**; plaide des points de vue alternatifs, au besoin **68. Sollicite les réactions et les préoccupations du patient** au sujet des plans et des traitements, incluant leur acceptabilité **69. Tient compte du style de vie, des croyances, du bagage culturel et des capacités du patient** **70. Encourage le patient à mettre en pratique les plans d'action**, à prendre ses responsabilités et à être autonome **71. Vérifie le soutien social** dont bénéficie le patient et discute des autres supports sociaux disponibles	

Références

Kurtz SM, Silverman JD, Benson J, Draper J. *Marrying Content and Process in Clinical Method Teaching: Enhancing the Calgary-Cambridge Guides.* Academic Medicine 2003 : 78 (8) : 802-809.

Kurtz SM, Silverman JD, Draper J. *Teaching and Learning Communication Skills in Medicine.* Abingdon (UK) : Radcliffe Medical Press (Oxford), 1998.

Silverman JD, Kurtz SM, Draper J. *Skills for communicating with patients.* Abingdon (U-K) : Radcliffe Medical Press (Oxford), 1998.

[#] **Kurtz SM, Silverman JD, Benson J, Draper J.** ***Calgary-Cambridge Guide to communication : Process skills*****,** **< http://www.skillscascade.com > ou < http://www.med.ucalgary.ca/education/learningresources >.**

Traduit et adapté en français avec la permission des auteurs par Christian Bourdy, Bernard Millette, Claude Richard et Marie-Thérèse Lussier, Montréal, janvier 2004.

8.5 Annexe 5 : Outils en phase de SD

8.5.1 Grille d'auto-évaluation de l'interne

1er temps de supervision directe 3B

Questionnaire post consultation

Ce questionnaire post consultation doit être couplé avec la grille d'observation 3A

1	Demande alléguée par le patient Demande réelle du patient	
2	Avez-vous remarqué une communication non verbale ? Si oui, laquelle ?	
3	Quelle a été la première hypothèse retenue ?	
4	Avez-vous tenu compte : De la prévalence en médecine générale ? Du risque morbide ? Expliquez	
5	Y-a-t-il eu un changement d'hypothèse en cours d'entretien ?	
6	Comment avez-vous ressenti le patient ?	

Formation pédagogique à la maîtrise de stage en médecine

CNGE

8.5.2 Grille d'observation de l'interne par le MSU

1er temps de supervision directe 3A
Grille du maître de stage

Cette grille doit être couplée avec le questionnaire 3B rempli par le stagiaire

Présentation

1	Fait les présentations	
2	Recherche le motif de la consultation	

Ecoute

1	Laisse le patient s'exprimer et formuler sa demande	
2	Alterne questions ouvertes et questions fermées	
3	Reformule	
4	Facilite par la parole par les gestes	
5	Tient compte de l'avis du patient	

Formulation des hypothèses

1	Quelle est l'hypothèse retenue par le stagiaire?	
2	Tient-elle compte de la prévalence en médecine générale?	
3	Tient-elle compte du risque morbide à court et moyen terme?	

Examen physique

1	Continue la vérification de son hypothèse	
2	Négocie l'examen en tenant compte des réticences exprimées ou non exprimées	
3	Maîtrise les gestes	
4	Continue l'échange durant l'examen physique	
5	Modifie son hypothèse	
6	Reprend l'entretien si nécessaire	

Conclusion

1	Explique sa conclusion diagnostique et thérapeutique	
2	Utilise un langage clair et accessible	
3	Vérifie que le patient a compris	
4	Adapte ses conseils aux réactions du patient	
5	Met en attente et organise le suivi	
6	Maîtrise le temps	

Formation pédagogique à la maîtrise de stage en médecine

CNGE

8.5.3 Outil d'observation de la consultation de l'interne

OUTIL D'EVALUATION DE L'INTERNE PAR LE SUPERVISEUR EN SUPERVISION DIRECTE N°2 BIS

Pour chacun des items pour lequel la consultation a été propice, quelles habiletés relatives à cette compétence ont été identifiées ? Lesquelles ont manqué ?

Présentation

1 Qualité de la prise de contact
2 Identification du (des) motif(s) de la consultation

Entretien

3 Possibilité laissée au patient de s'exprimer et formuler sa demande sans l'interrompre
4 Exploration de la demande par questions ouvertes préalables
5 Exploration des données biomédicales
6 Exploration des données du patient
7 Exploration du contexte
8 Synthèse et reformulation
9 Attitude non verbale facilitant la parole du patient
10 Prise en compte de l'avis du patient

Démarche

11 Elaboration d'une hypothèse au vu de l'entretien
12 Prise en compte de la prévalence en Médecine Générale
13 Prise en compte du risque morbide à court et moyen terme

Examen

14 Vérification de l'hypothèse
15 Poursuite de l'entretien durant l'examen physique
16 Négociation de l'examen prenant en compte les réticences exprimées ou non
17 Maîtrise des gestes permettant un examen pertinent
18 Structuration de l'examen centré sur les hypothèses
19 Confirmation de l'hypothèse ou élaboration d'une alternative

Conclusion

20 Utilisation d'un langage clair et accessible
21 Explication de la conclusion diagnostique et thérapeutique
22 Utilisation de la quantité et du type adéquats d'informations
23 Prise en compte et adaptation à l'avis du patient
24 Vérification de la compréhension et de l'accord du patient
25 Planification du suivi et du projet
26 Préparation et mise en œuvre de la fin de consultation
27 Maîtrise du temps

8.5.4 Outils d'évaluation centré sur les compétences

2

OUTIL D'EVALUATION DE L'INTERNE PAR LE SUPERVISEUR EN SUPERVISION DIRECTE N° 1 bis

QUELLES COMPETENCES PROFESSIONNELLES ONT ETE MISES EN JEU DANS CETTE CONSULTATION :

1/ LA RELATION, LA COMMUNICATION, L'APPROCHE CENTREE PATIENT

La capacité à construire une relation avec le patient, son entourage, les différents intervenants de santé, ainsi que les institutionnels, en utilisant dans les différents contextes les habiletés communicationnelles adéquates, dans l'intérêt des patients.

Dans cette consultation, quelle question relative à cette compétence s'est posée ? (à formuler sous forme de question) ?

Quelles ressources relatives à cette compétence ont été mobilisées ?

Lesquelles sont manquantes ?

2/ LE PREMIER RECOURS, L'URGENCE

La capacité à gérer avec la personne les problèmes de santé indifférenciés, non sélectionnés, programmés ou non, selon les données actuelles de la science, le contexte et les possibilités de la personne, quel que soit son âge, son sexe, ou toutes autres caractéristiques, en organisant une accessibilité (proximité, disponibilité, coût) optimale.

Dans cette consultation, quelle question relative à cette compétence s'est posée ?(à formuler sous forme de question) ?

Quelles ressources relatives à cette compétence ont été mobilisées ?

Lesquelles sont manquantes ?

3/ L'APPROCHE GLOBALE, LA PRISE EN COMPTE DE LA COMPLEXITE

La capacité à mettre en œuvre une démarche décisionnelle centrée patient selon un modèle global de santé (EBM, Engels)

Dans cette consultation, quelle question relative à cette compétence s'est posée ?(à formuler sous forme de question) ?

Quelles habiletés relatives à cette compétence ont été utilisées ou ont manqué?

4/ L'EDUCATION, LA PREVENTION, LE DEPISTAGE, LA SANTE INDIVIDUELLE ET COMMUNAUTAIRE
La capacité à accompagner « le » patient dans une démarche autonome visant à maintenir et améliorer sa santé, prévenir les maladies, les blessures et les problèmes psychosociaux dans le respect de son propre cheminement.

Dans cette consultation, quelle question relative à cette compétence s'est posée ? (à formuler sous forme de question) ?

Quelles ressources relatives à cette compétence ont été mobilisées ?

Lesquelles sont manquantes ?

5/ LA CONTINUITE, LE SUIVI, LA COORDINATION DES SOINS AUTOUR DU PATIENT
La capacité à assurer la continuité des soins et la coordination des problèmes de santé du patient engagé dans une relation de suivi et d'accompagnement.

Dans cette consultation, quelle question relative à cette compétence s'est posée ? (à formuler sous forme de question) ?

Quelles ressources relatives à cette compétence ont été mobilisées ?

Lesquelles sont manquantes ?

6/ PROFESSIONALISME
La capacité à assurer l'engagement envers la société et à répondre à ses attentes, de développer une activité professionnelle en privilégiant le bien être des personnes par une pratique éthique et déontologique, d'améliorer ses compétences par une pratique réflexive dans le cadre de la médecine basée sur des faits probants, d'assumer la responsabilité des décisions prises avec le patient.

Dans cette consultation, quelle question relative à cette compétence s'est posée ? (à formuler sous forme de question) ?

Quelles ressources relatives à cette compétence ont été mobilisées ?

Lesquelles sont manquantes ?

8.6 Annexe 6 : Outils en phase de SI

8.6.1 Entretien d'explicitation résumé

Entretien d'explicitation

« Technique de «verbalisation consécutive assistée »

- Pratique accompagnée et guidée
- Evocation de la situation passée par une verbalisation descriptive
- A fin d'élucidation des processus cognitifs mis en jeu dans l'action

Elucidation à but pédagogique

•L'objectif est l'élucidation de l'action passée c'est-à-dire rendre intelligible comment l'action s'est déroulée et éventuellement tirer au clair la cohérence interne qui a généré la difficulté, l'erreur ou la réussite

•Dans le cadre d'une pédagogie cognitive

But pédagogique

•Permet à l'enseignant de clarifier le fonctionnement interne du formé (sa cognition)

•Permet de comprendre ce qui fait obstacle la progression A priori le sujet n'est pas un bon théoricien de sa propre activité

•Autorise, la recherche de solution

Cognition

•Processus mentaux complexes mis en jeu dans la réalisation d'une action

•Qui mobilisent des connaissances et procédures dans l'action

•Les connaissances acquises par la voie symboliques dont le sujet peut parler facilement ne sont pas prédictives de connaissances effectivement mise en œuvre

Action et cognition

•L'action est l'expression la plus directive de la cognition réellement mise en œuvre.

•L'action liée à l'activité intellectuelle renseigne sur la cognition du sujet

•L'action est un témoignage non conscient de l'activité intellectuelle

•C'est-à-dire non clairement distincte de l'action

La cognition d'un sujet en action

Est inobservable, elle ne peut être qu'inférée à partir d'éléments observables :

•les actions

•les traces et produits des actions,

•les verbalisations qui s'y rapportent

•les indicateurs non verbaux (mimiques, regards gestualité…)

Comment faire pour que

- La verbalisation du sujet nous informe et l'informe sur la cognition réellement mise en œuvre dans une tâche ?
- Le sujet a posteriori retrouve le déroulement de l'action
- Dépasser dans l'entretien les « rationalisations » et les « je ne sais pas »

L'entretien d'explicitation n'est pas

- Un discours sur l'action : Risque de rationalisation, de discours non pertinent, opinions, théories naïves etc.
- Un questionnement d'enquête, un recueil d'opinion ou de représentation
  Eviter « Il faut commencer par »
  « je fais toujours comme cela »

Mise en œuvre : le contrat de communication

- Clarifier les enjeux
- Accord personnel
  - Ethiques
  - Techniques
- Congruence de la réponse
- Jamais acquis de façon stable
- Possibilité de manifester son refus

Mise en œuvre : le type d'action

- L'entretien se rapporte à une action effectivement accomplie
- Action bien spécifiée Action singulière : cette consultation là et non une consultation pour HTA !

Mise en œuvre : évocation

- L'évocation d'une situation précise. La référence à une tâche effective et spécifiée est une condition nécessaire mais pas suffisante
- Être en évocation c'est pour le sujet être plus présent à la situation passée qu'à la situation présente

Mise en œuvre : questionner pour accéder aux informations non conscientes

- Faire décrire les actions en encourageant le sujet à décrire de qu'il a perçu, ce qu'il a fait
- Favoriser le comment ; Éviter le pourquoi
  - Comment savais tu que ?

–A quoi as-tu vu que ?
–Qu'as-tu fait quand ?

Mise en œuvre : guider l'entretien

•Ralentir la personne dans son débit verbal par une intervention directe
• Favoriser l'aperception : activité où le sujet retrouve les images, les sons, les sensations de l'expérience passée

Qu'as - tu ressenti ?
Qu'as - tu senti ?
Qu'as - tu vu ?
Qu'elle était la couleur de ?
Y avait il du bruit ?

•Il existe des critères observables qui permettent de vérifier que l'acteur est bien en évocation
- •Le regard du sujet quitte son interlocuteur
- •Son rythme de parole se ralentit avec des silences plus nombreux
- •La structure de verbalisation contient moins de généralisation, de termes abstraits
- •La structure de verbalisation contient plus d'éléments descriptifs et sensoriels.

•Analyse de la tâche comme cadre
- –Suivre la verbalisation en fonction de tâches spécifiées
- –Tenir compte des cycles de l'action
- –Tenir compte des conditions temporelles de l'action : date, durée
- –Mettre à jour les omissions, les généralisations

•En fonction de l'expertise du formateur

Entretien d'explicitation
mise en œuvre

•Technique d'entretien
•Technique d'écoute de l'autre
•Technique mobilisatrice
•Technique de verbalisation de l'action
•Technique impliquante
•Technique de respect
•Technique d'auto-information
•Technique de formation

8.6.2 Grille d'auto-évaluation après la consultation

SUPERVISION INDIRECTE
Grille 5A

AUTO EVALUATION POST CONSULTATION

1	Quel est le résultat de consultation sur le plan diagnostique ?	
2	Sur quelle décision débouche-t-il ?	
3	Qu'avez vous ressenti à l'annonce de cette décision?	
4	Quels critères vous amènent à cette conclusion ?	
5	Confirment - ils votre première hypothèse ?	
6	Si oui, quels items vous ont permis d'accéder à cette hypothèse ?	
7	Sinon, qu'elle était votre 1ère hypothèse ?	
8	Quels items vous ont orienté vers cette 1ère hypothèse ?	
9	Pourquoi l'avez vous abandonnée?	
10	Quelles données vous ont amené à cette seconde hypothèse ?	
11	Le patient a-t-il eu une influence dans la recherche des hypothèses?	
12	Le patient vous a-t-il aidé dans la confirmation des hypothèses ?	
13	Qu'elle était sa demande exprimée ?	
14	Qu'elle était sa demande réelle ?	

8.6.3 Outils d'auto-évaluation pour l'interne

COLLEGE NATIONAL DES GENERALISTES ENSEIGNANTS

CNGE Formation
3, rue Parmentier 93100 Montreuil
☏ : 01 75 62 22 95
Site : www.cnge.fr cngeformation@cnge.fr

CNGE FORMATION

DPC DOSSIER S4

« Supervision indirecte de l'interne
en stage ambulatoire »

Outils d'évaluation de l'interne

CHEF DE PROJET : Françoise PAUMIER

OUTIL D'AUTO-EVALUATION DE L'INTERNE EN SUPERVISION INDIRECTE N°1

QUELLES COMPETENCES PROFESSIONNELLES ONT ETE MISES EN JEU DANS CETTE CONSULTATION :

1/ LA RELATION, LA COMMUNICATION, L'APPROCHE CENTREE PATIENT

La capacité à construire une relation avec le patient, son entourage, les différents intervenants de santé, ainsi que les institutionnels, en utilisant dans les différents contextes les habiletés communicationnelles adéquates, dans l'intérêt des patients.

Dans cette consultation, quel problème me pose cette compétence ? (à formuler sous forme de question) ?

Quelles ressources relatives à cette compétence dois-je mobiliser pour gérer correctement cette situation ?

2/ LE PREMIER RECOURS, L'URGENCE

La capacité à gérer avec la personne les problèmes de santé indifférenciés, non sélectionnés, programmés ou non, selon les données actuelles de la science, le contexte et les possibilités de la personne, quelque soit son âge, son sexe, ou toutes autres caractéristiques, en organisant une accessibilité (proximité, disponibilité, coût) optimale.

Dans cette consultation, quel problème me pose cette compétence ? (à formuler sous forme de question) ?

Quelles ressources relatives à cette compétence dois-je mobiliser pour gérer correctement cette situation ?

3/ L'APPROCHE GLOBALE, LA PRISE EN COMPTE DE LA COMPLEXITE

La capacité à mettre en œuvre une démarche décisionnelle centrée patient selon un modèle global de santé (EBM, Engels)

Dans cette consultation, quel problème me pose cette compétence ? (à formuler sous forme de question) ?

Quelles ressources relatives à cette compétence dois-je mobiliser pour gérer correctement cette situation ?

4/ L'EDUCATION, LA PREVENTION, LE DEPISTAGE, LA SANTE INDIVIDUELLE ET COMMUNAUTAIRE
La capacité à accompagner « le » patient dans une démarche autonome visant à maintenir et améliorer sa santé, prévenir les maladies, les blessures et les problèmes psychosociaux dans le respect de son propre cheminement

Dans cette consultation, quel problème me pose cette compétence ? (à formuler sous forme de question) ?

Quelles ressources relatives à cette compétence dois-je mobiliser pour gérer correctement cette situation ?

5/ LA CONTINUITE, LE SUIVI, LA COORDINATION DES SOINS AUTOUR DU PATIENT
La capacité à assurer la continuité des soins et la coordination des problèmes de santé du patient engagé dans une relation de suivi et d''accompagnement.

Dans cette consultation, quel problème me pose cette compétence ? (à formuler sous forme de question) ?

Quelles ressources relatives à cette compétence dois-je mobiliser pour gérer correctement cette situation ?

6/ PROFESSIONALISME
La capacité à assurer l'engagement envers la société et à répondre à ses attentes, de développer une activité professionnelle en privilégiant le bien être des personnes par une pratique éthique et déontologique, d'améliorer ses compétences par une pratique réflexive dans le cadre de la médecine basée sur des faits probants, d'assumer la responsabilité des décisions prises avec le patient.

Dans cette consultation, quel problème me pose cette compétence ? (à formuler sous forme de question) ?

Quelles ressources relatives à cette compétence dois-je mobiliser pour gérer correctement cette situation ?

OUTIL D'AUTO-EVALUATION DE L'INTERNE EN SUPERVISION INDIRECTE N°2

Pour chacun des items pour lequel la consultation a été propice, quelles habiletés pensez-vous devoir perfectionner ?
Entourez-les pour en parler avec votre MSU

Présentation

1 A un premier contact de qualité
2 Identifie le (les) motif(s) de la consultation

Entretien

3 Laisse le patient s'exprimer et formuler sa demande sans l'interrompre
4 Explore la demande par questions ouvertes préalables
5 Explore les données biomédicales
6 Explore les données du patient
7 Explore le contexte
8 Synthétise et reformule
9 A une attitude non verbale facilitant la parole du patient
10 Prend en compte l'avis du patient

Démarche

11 Elabore une hypothèse au vu de l'entretien
12 Prend en compte la prévalence en Médecine Générale
13 Prend en compte le risque morbide à court et moyen terme

Examen

14 Vérifie l'hypothèse
15 Poursuit l'entretien durant l'examen physique
16 Négocie l'examen en prenant en compte les réticences exprimées ou non
17 Maîtrise des gestes permettant un examen pertinent
18 Structure l'examen centré sur les hypothèses
19 Confirme l'hypothèse ou élaboration d'une alternative

Conclusion

20 Utilise un langage clair et accessible
21 Explique la conclusion diagnostique et thérapeutique
22 Utilise la quantité et le type d'informations adéquats
23 Prend en compte et adapte selon l'avis du patient
24 Vérifie la compréhension et l'accord du patient
25 Planifie le suivi et le projet
26 Prépare et met en œuvre la fin de consultation
27 Maîtrise le temps

8.7 Annexe 7 : Grille d'auto-évaluation de la rétroaction par le MSU



COLLEGE NATIONAL DES GENERALISTES ENSEIGNANTS

CNGE Formation
3, rue Parmentier 93100 Montreuil
☎ : 01 75 62 22 95
Site : www.cnge.fr cngeformation@cnge.fr

CNGE FORMATION

DPC DOSSIER S4

« Supervision indirecte de l'interne
en stage ambulatoire »

Outil d'évaluation du MSU

CHEF DE PROJET : Françoise PAUMIER

OUTIL D'EVALUATION ET D'AUTO-EVALUATION DE LA RETROACTION DU MSU LORSQUE L'INTERNE EST EN SUPERVISION INDIRECTE

Est-ce que le MSU réalise les items suivant au cours de sa rétroaction ?

Annonce la manière de procéder
Organise le temps pour que l'interne commente la consultation
N'interrompt pas le récit de l'interne

à partir de la grille n°1 remplie par l'interne

Demande de préciser les compétences nécessaires pour gérer cette consultation
Demande les ressources dont l'interne aurait besoin pour gérer cette consultation

à partir de la grille n°2 remplie par l'interne

Demande à l'interne de commenter sa performance (ce qui a été bien fait, ce qui serait améliorable)
Demande quelles habiletés lui semblent difficiles à mettre en œuvre

à partir des points précédents

Énonce ses observations en commençant par ce avec quoi il est en accord
Formule son opinion sur la performance
Centre ses remarques sur les sujets les plus importants
Identifie les connaissances, les habiletés, les compétences à l'œuvre
Propose des moyens concrets pour faciliter les apprentissages de l'interne

Demande un retour à l'interne sur la supervision
Demande son avis sur les connaissances à acquérir
Demande son avis sur les habiletés psychomotrices à travailler
Demande son avis sur les compétences à construire en priorité
Explore la compréhension de l'interne des moyens à mettre en œuvre pour construire ses apprentissages
Souligne et renforce les points positifs
Demande à l'interne de résumer les changements à réaliser

Encourage l'interne à réutiliser ce qui a été bien fait pour l'avenir
Prescrit le travail éventuel à réaliser pour atteindre l'objectif d'acquisition
Vérifie la compréhension et l'adhésion de l'interne à ce qui est demandé
Vérifie son niveau de satisfaction par rapport à la rétroaction

8.8 Annexe 8 : Questionnaires Interne

8.8.1 1er mois

Supervision en Stage PRAT niveau 1 à Nantes

Questionnaire fin du 1er mois

L'objectif est de faire le bilan des supervisions effectuées en stage praticiens niveau 1.
Il nous semble qu'il existe de grandes disparités de supervision. Si l'hypothèse se confirme, l'objectif serait d'harmoniser et améliorer cette formation

Pour rappel: aucune information ne sera transmise au DMG ni à vos praticiens. Tout sera anonyme pour l'analyse.
Il faut remplir un questionnaire par Maitre de Stage Universitaire (MSU), donc le faire 3 fois pour un trinôme.

En cas de besoin, n'hésitez pas à nous contacter :
Florian: prott.florian@gmail.com / 06 76 77 94 59
Aline: aline-vancleef@hotmail.fr / 07 86 96 59 00

*Obligatoire

1. **NOM Prénom** *

L'Interne

Vous connaître pour mieux interpréter les statistiques.

2. **Nom du Maitre de Stage Universitaire** *
   NOM et Prénom

3. **Avez vous déjà répondu à ces questions pour un autre de vos praticiens ?** *
   Pour aller plus vite, les questions vous concernant ne seront remplies qu'une fois (âge, sexe, parcours, DESC...).
   Une seule réponse possible.

   ◯ Oui *Passez à la question 9.*
   ◯ Non

Vous connaître pour mieux interpréter les statistiques.

4. **Age ?** *
Une seule réponse possible.

- ◯ Moins de 24 ans
- ◯ 24
- ◯ 25
- ◯ 26
- ◯ 27
- ◯ 28
- ◯ 29
- ◯ 30 ou plus

5. **Sexe ?** *
Une seule réponse possible.

- ◯ Homme
- ◯ Femme

6. **Nombre de semestres validés ?** *
Une seule réponse possible.

- ◯ 2
- ◯ 3
- ◯ 4
- ◯ 5

7. **Quels stages, obligatoires dans la maquette du DES de médecine générale, avez-vous effectués ?** *
Plusieurs réponses possibles.

- ☐ Urgence
- ☐ Gynéco / Pédia
- ☐ Médecine Adulte Polyvalente
- ☐ aucun (2 libres)

8. **Faites-vous un DESC ?** *
Une seule réponse possible.

- ◯ Oui
- ◯ Non

Réunion de trinôme

9. **Avez-vous eu une réunion de trinôme en début de stage ? (RT)** *
en début de stage ou avant le début du stage. Ou si la date est déjà prévue
Une seule réponse possible.

- ◯ Oui
- ◯ Non *Passez à la question 11.*

Pour aller plus vite, si vous avez déjà répondu aux questions !

10. **Avez vous déjà répondu aux questions sur la réunion de trinôme, pour un MSU précédant ?** *
Identification des compétences/maquette, du projet d'exercice futur, discussion autour de la supervision, programme d'apprentissage ...
Une seule réponse possible.

- ◯ Oui *Passez à la question 14.*
- ◯ Non *Passez à la question 11.*

En Réunion de Trinôme, ou Seul(e) avec le (la) MSU :

11. **Identification des compétences acquises de l'interne / sa maquette ? (RT)** *
Une seule réponse possible.

- ◯ Oui
- ◯ Non

12. **Discussion autour de la supervision ? (RT)** *
Comment elle sera effectuée ? A quel moment ? En quoi elle consistera ? Discussion sur les supports ? ...
Une seule réponse possible.

- ◯ Oui
- ◯ Non

13. **Apprentissage adapté à l'interne et son exercice futur (RT)** *
ex : Amélioration des compétences en gynéco (programmation de Cs de suivi, pour pilule, FCV ...)
Une seule réponse possible par ligne.

	Oui	Non
Identification des besoins de l'interne ?	◯	◯
Mise en place d'un programme d'apprentissage particulier ?	◯	◯
Fiche d'évaluation du stage lue ensemble	◯	◯

Première phase: Observation active

14. **Etes-vous ou avez-vous été dans cette phase ? (OA)** *
Une seule réponse possible.

- ◯ Oui
- ◯ Non *Passez à la question 23.*

Phase d' observation active

15. **Combien de temps a-t-elle duré ? (OA)** *
Pour les internes étant semaine par semaine chez leur MSU : semaine = nombre de jour. Si plus d'observation active dès le 2e jour chez ce MSU, répondre "2 semaines"
Une seule réponse possible.

- ◯ 1 semaine
- ◯ 2 semaines
- ◯ 3 semaines
- ◯ 4 semaines
- ◯ 5 semaines
- ◯ 6 semaines
- ◯ Actuellement en cours

16. **Combien de temps durent les consultations du MSU ? (OA)** *
Temps prévu lors de la prise du rendez-vous
Une seule réponse possible.

- ◯ 5 minutes
- ◯ 10 minutes
- ◯ 15 minutes
- ◯ 20 minutes
- ◯ 30 minutes ou plus

17. **Possibilité de participer à la consultation du MSU ? (OA)** *
Plusieurs réponses possibles.

- ☐ Pendant l'interrogatoire
- ☐ Pour l'examen clinique
- ☐ Soumettre un diagnostic
- ☐ Proposer des examens complémentaires
- ☐ Proposer des prescriptions
- ☐ Utilisation de l'informatique
- ☐ Remplir des papiers
- ☐ Aucune: observation seule

18. **Avez vous un temps avant la consultation, (seul ou avec votre MSU) pour apprendre a connaitre le prochain patient et sa situation ? (OA)** *
Une seule réponse possible.

- ◯ Oui
- ◯ Non

19. **Observation d'un élément spécifique de la consultation, demandée par le MSU ? (OA)** *
"Pendant cette consultation, tu regarderas le non verbal / l'examen clinique / les techniques de communication / l'explication d'une ordonnance ... "
Une seule réponse possible.

- ◯ Oui
- ◯ Non

20. **Est-ce qu'il y a une supervision pendant cette phase ? (OA)** *
Discussion autour de ce qui s'est passé (si retour rapide sur la consultation du type: "tu es d'accord"? = pas de supervision)
Une seule réponse possible par ligne.

	Oui	Non	variable selon les consultations
Il y a une supervision ?	◯	◯	◯
Retour juste après les consultations ? (par opposition à "à la fin de la journée ou demi-journée")	◯	◯	◯

21. **Support(s) utilisé(s) lors de la supervision ? (OA)** *
Plusieurs réponses possibles.

- ☐ Reprise des dossiers (tableau de bord)
- ☐ Pas de support
- ☐ Entretien semi-directif / Entretien d'explicitation
- ☐ Fiche d'évaluation de stage
- ☐ Grille d'entretien
- ☐ Carte heuristique
- ☐ RSCA
- ☐ Autre : .....

22. **Etes-vous satisfait(e) de cette phase ? (OA)** *
Points positifs et points négatifs, répondez au minimum par OUI ou NON

.....

.....

.....

.....

.....

Deuxième phase: Supervision directe ou autonomie partielle

Consultation par l'interne, en présence du MSU

23. **Etes-vous ou avez-vous été dans cette phase là ? (SD)** *
Une seule réponse possible.

- ◯ Oui
- ◯ Non *Passez à la question 36.*

Supervision directe

24. **Quand a-t-elle débuté ? (SD)** *
Pour les internes étant semaine par semaine chez leur MSU : semaine = nombre de jour. Si mise en supervision directe dès le 2e jour chez ce MSU, répondre "2 semaines"
Une seule réponse possible.

- ◯ La 1ère semaine
- ◯ La 2e semaine
- ◯ La 3e semaine
- ◯ La 4e semaine
- ◯ La 5e semaine
- ◯ La 6e semaine
- ◯ La 7e semaine

25. **Combien de temps a-t-elle durée ? (SD)** *
Une seule réponse possible.

- ◯ Actuellement en cours
- ◯ 1 semaine
- ◯ 2 semaines
- ◯ 3 semaines
- ◯ 4 semaines
- ◯ 5 semaines
- ◯ 6 semaines

26. **Durée de vos consultations ? (SD)** *
prévue lors de la prise du rendez-vous
Une seule réponse possible.

- ◯ 5 minutes
- ◯ 10 minutes
- ◯ 15 minutes
- ◯ 20 minutes
- ◯ 30 minutes ou plus

27. **Avez vous un temps avant la consultation, (seul ou avec votre MSU) pour apprendre a connaitre le prochain patient et sa situation ? (SD)** *
Une seule réponse possible.

- ◯ Oui
- ◯ Non

28. **Observation, par le MSU, d'un élément spécifique de la consultation de l'interne ? (SD)** *
Pendant cette consultation le (la) MSU vous observe sur un objectif d'apprentissage spécifique, prédéfini.
Une seule réponse possible.

- ◯ Oui
- ◯ Non

29. **Existe-t-il des consultations ciblées ? (SD)** *
Consultations choisies pour vous en fonction des compétences à améliorer
Une seule réponse possible.

- ◯ Oui
- ◯ Non

30. **Intervention du MSU (SD)** *
Une seule réponse possible par ligne.

	Jamais	Parfois	Souvent	Systématiquement
Le (la) MSU intervient-il (elle) pendant la consultation ?	◯	◯	◯	◯
Le (la) MSU vous critique-t-il (elle) devant le patient ?	◯	◯	◯	◯
Intervient-il (elle) à votre demande ? Demande explicite ou aide si situation de blocage	◯	◯	◯	◯

31. **Avez-vous eu de la supervision / retour rapide ? (SD)** *
Discussion sur ce qui s'est passé dans la consultation (diag, TTT, communication, ...) ; Retour rapide sur la consultation si juste un : "c'est ok ? bon ben, on continue!"
Une seule réponse possible.

- ◯ Oui, de la supervision sur toutes les consultations
- ◯ Oui, de la supervision sur quelques consultation et un retour rapide sur le reste
- ◯ Non, pas de supervision mais un retour rapide sur toutes les consultations.
- ◯ Non, pas de supervision mais un retour rapide sur quelques consultations
- ◯ Non aucun des 2 *Passez à la question 35.*

Supervision directe

32. **Moment du retour sur le déroulement de la consultation (SD)** *
Plusieurs réponses possibles.

- [ ] Après chaque consultation
- [ ] Après les consultations difficiles
- [ ] A la fin de la journée (ou par demi-journée)
- [ ] En fonction du temps disponible

33. **Support(s) utilisé(s) lors de la supervision ? (SD)** *
Plusieurs réponses possibles.

- [ ] Reprise des dossiers (tableau de bord)
- [ ] Pas de support
- [ ] Entretien semi-directif / Entretien d'explicitation
- [ ] Carte heuristique
- [ ] Fiche d'évaluation de stage
- [ ] RSCA
- [ ] Grille d'entretien
- [ ] Autre : .....

34. **En cas de consultation riche pédagogiquement ou difficile (SD)** *
Plusieurs réponses possibles.

- [ ] Il y a un temps plus long pour approfondir ces consultations
- [ ] Prescription pédagogique / recherches à effectuer
- [ ] RSCA
- [ ] Rien

Supervision directe

35. **Etes-vous satisfait(e) de cette phase ? (SD)** *
Points positifs et points négatifs, répondez au minimum par OUI ou NON

.....

.....

.....

.....

.....

Troisième phase: Supervision indirect ou autonomie complète

Consultation seul(e), sans présence du MSU devant le patient

36. **Etes-vous dans cette phase ? (SI)** *
Une seule réponse possible.

- ◯ Oui
- ◯ Non *Passez à la question 48.*

Supervision indirecte

37. **Quand a-t-elle débutée ? (SI)** *
Pour les internes étant semaine par semaine chez leur prat : semaine = nombre de jour. Si mise en supervision indirecte dès le 2e jour chez ce prat, répondre "2 semaines"
Une seule réponse possible.

- ◯ La 1ere semaine
- ◯ La 2e semaine
- ◯ La 3e semaine
- ◯ La 4e semaine
- ◯ La 5e semaine
- ◯ La 6e semaine
- ◯ La 7e semaine

38. **Durée de vos consultations ? (SI)** *
Prévue lors de la prise du rendez-vous
Une seule réponse possible.

- ◯ 5 minutes
- ◯ 10 minutes
- ◯ 15 minutes
- ◯ 20 minutes
- ◯ 30 minutes ou plus

39. **Avez vous un temps avant la consultation, (seul ou avec votre MSU) pour apprendre a connaitre le prochain patient et sa situation ? (SI)** *
Une seule réponse possible.

- ◯ Oui
- ◯ Non

40. **Existe-t-il des consultations ciblées ? (SI)** *
Consultations choisies pour vous en fonction des compétences à améliorer
Une seule réponse possible.

- ◯ Oui
- ◯ Non

41. **Avez-vous eu de la supervision / retour rapide ? (SI)** *
Discussion sur ce qui s'est passé dans la consultation (diag, TTT, communication, ...) ; Retour rapide sur la consultation si juste un : "c'est ok ? bon ben, on continue!"
Une seule réponse possible.

- ◯ Oui, de la supervision sur toutes les consultations
- ◯ Oui, de la supervision sur quelques consultation et un retour rapide sur le reste
- ◯ Non, pas de supervision mais un retour rapide sur toutes les consultations.
- ◯ Non, pas de supervision mais un retour rapide sur quelques consultations
- ◯ Non aucun des 2 *Passez à la question 43.*

Supervision indirecte

42. **Support(s) utilisé(s) lors de la supervision ? (SI)** *
Plusieurs réponses possibles.

- ☐ Reprise des dossiers (tableau de bord)
- ☐ Pas de support
- ☐ Entretien semi-directif / Entretien d'explicitation
- ☐ Grille d'entretien
- ☐ Fiche d'évaluation de stage
- ☐ RSCA
- ☐ Carte heuristique
- ☐ Autre : _____

Supervision indirecte

43. **Le (la) MSU est-il (elle) physiquement présent dans le cabinet ? (SI)** *
Une seule réponse possible.

- ◯ Oui, systématiquement
- ◯ Oui, sauf si appel sur une urgence
- ◯ Non, mais joignable et mobilisable facilement
- ◯ Non, mais joignable
- ◯ Non

44. **Avez-vous déjà fait des journées entières en autonomie complète, seul(e) ? (SI)** *
Sans voir votre MSU (sans compter le soir pour la supervision ou le retour rapide)
Une seule réponse possible.

- ◯ Oui
- ◯ Non *Passez à la question 46.*

Supervision indirecte

45. **L'avez-vous vu le soir ? (SI)** *
Une seule réponse possible.

- ◯ Oui
- ◯ Non

Supervision indirecte

46. **Nombre de consultations en autonomie complète, par jour, actuellement ? (SI)** *
Une seule réponse possible.

- ◯ 1 - 5
- ◯ 5 - 10
- ◯ 10 - 15
- ◯ 15 - 20
- ◯ 20 - 25
- ◯ 25 - 30
- ◯ plus de 30

47. **Etes-vous satisfait(e) de cette phase ? (SI)** *
Points positifs et points négatifs, répondez au minimum par OUI ou NON

.....

.....

.....

.....

.....

Supervision, Apprentissage

48. **Il y a des aller - retour entre les 3 phases ?** *
Alternance entre phase d'observation active, supervision directe et supervision indirecte
Une seule réponse possible.

- ◯ Oui
- ◯ Non

49. **Faites-vous des recherches sur les questions / problèmes rencontrés en stage ?** *
Evoqués après discussion avec le (la) MSU DONC revus ensuite avec lui (elle)
Plusieurs réponses possibles.

- [ ] Pas de recherche demandée par MSU
- [ ] Bibliographie
- [ ] RSCA
- [ ] Carte Heuristique
- [ ] Autre : _____

50. **Pour vous, actuellement, quelle est la phase idéale ?** *
Une seule réponse possible.

- ◯ Observation
- ◯ Supervision directe
- ◯ Supervision indirecte
- ◯ Alternance entre les phases

Merci de votre participation

Nous serons peut-être amené à vous re-contacter pour des entretiens individuels, pour des informations plus précises sur le déroulement de votre stage.

En cas de besoin, n'hésitez pas à nous contacter :

Florian: prott.florian@gmail.com / 06 76 77 94 59
Aline: aline-vancleef@hotmail.fr / 07 86 96 59 00

Fourni par
Google Forms

8.8.2 3e mois

Supervision en Stage PRAT niveau 1 à Nantes

Questionnaire fin du 3e mois.

L'objectif est de faire le bilan des supervisions effectuées en stage praticiens niveau 1.
Il nous semble qu'il existe de grandes disparités de supervision. Si l'hypothèse se confirme, l'objectif serait d'harmoniser et améliorer cette formation

Pour rappel: aucune information ne sera transmise au DMG ni à vos praticiens. Tout sera anonyme pour l'analyse.
Il faut remplir un questionnaire par Maître de Stage Universitaire (MSU), donc le faire 3 fois pour 1 trinôme.

En cas de besoin, n'hésitez pas à nous contacter :
Florian: prott.florian@gmail.com / 06 76 77 94 59
Aline: aline-vancleef@hotmail.fr / 07 86 96 59 00

*Obligatoire

L'Interne

Vous connaître pour mieux interpréter les statistiques.

1. **NOM Prénom** *

2. **Nom du Maître de Stage Universitaire (MSU)** *
   NOM et Prénom

3. **Avez vous participé au questionnaire N°1** *
   Une seule réponse possible.
   - ◯ Oui *Passez à la question 9.*
   - ◯ Non

L'interne suite

4. **Age ?** *
Une seule réponse possible.

- ◯ moins de 24
- ◯ 24
- ◯ 25
- ◯ 26
- ◯ 27
- ◯ 28
- ◯ 29
- ◯ 30 ou plus

5. **Sexe ?** *
Une seule réponse possible.

- ◯ homme
- ◯ femme

6. **Nombre de semestre validé ?** *
Une seule réponse possible.

- ◯ 2
- ◯ 3
- ◯ 4
- ◯ 5

7. **Quels stage obligatoire dans la maquette du DES de médecine générale avez vous fait ?** *
Plusieurs réponses possibles.

- ☐ Urgences
- ☐ Gynéco / média
- ☐ Médecine Adulte Polyvalente
- ☐ Auncun (2stage libre)

8. **Faites-vous une DESC ?** *
Une seule réponse possible.

- ◯ Oui
- ◯ Non

Réunion de trinome

Réunion de trinome de milieu de stage

9. **Avez-vous eu une réunion de trinôme en MILIEU de stage ?** *
   ou une date est elle prevue ?
   Une seule réponse possible.

   ◯ Oui
   ◯ Non *Passez à la question 11.*

pour aller plus vite si vous avez déjà répondu aux questions !

10. **Avez vous déjà répondu aux questions sur la réunion de trinôme de MILIEU de stage, pour un MSU précédant ?** *
    Discussion autour de la supervision et évaluation de la progression de l'interne...
    Une seule réponse possible.

    ◯ Oui *Passez à la question 13.*
    ◯ Non *Passez à la question 11.*

En Réunion de Trinôme de MILIEU de stage, ou Seul(e) avec le (la) MSU :

11. **Discussion autour de la supervision ? (RT)** *
    Est-ce que le mode de supervision convient à l'interne ? Changement de procédé pour la supervision ? Changement de support ?...
    Une seule réponse possible.

    ◯ Oui
    ◯ Non

12. **Evaluation de la progression de l'interne (RT)** *
    Une seule réponse possible par ligne.

	Oui	Non
Discussion sur l'avancée / la progression de l'interne ?	◯	◯
Discussion sur les difficultés rencontrées ?	◯	◯
Mise en place d'un programme d'apprentissage particulier ?	◯	◯
Remplissage de la fiche d'évaluation de fin stage (pour voir l'évolution?)	◯	◯

Première phase: Observation active

13. **Etes-vous ou avez vous été dans cette phase ? (OA)** *
    Une seule réponse possible.

    ◯ Oui
    ◯ Non *Passez à la question 22.*

Phase d'observation active

14. **Combien de temps a-t-elle duré ? (OA)** *
Une seule réponse possible.

- ◯ 1 Mois
- ◯ 2 Mois
- ◯ 3 mois
- ◯ Phase en cours

15. **Combien de temps durent les consultations du MSU ? (OA)** *
Temps prévu lors de la prise du rendez-vous
Une seule réponse possible.

- ◯ 5 minutes
- ◯ 10 minutes
- ◯ 15 minutes
- ◯ 20 minutes
- ◯ 30 minutes ou plus

16. **Possibilité de participer à la consultation du MSU ? (OA)** *
Plusieurs réponses possibles.

- ☐ Aucune: passivité totale
- ☐ Pendant l'interrogatoire
- ☐ Pour l'examen clinique
- ☐ Soumettre un diagnostic
- ☐ Proposer des examens complémentaires
- ☐ Etablir des prescriptions
- ☐ Utilisation de l'informatique
- ☐ Remplir des papiers

17. **Avez vous un temps avant la consultation, (seul ou avec votre MSU) pour apprendre a connaitre le prochain patient et sa situation ? (OA)** *
Une seule réponse possible.

- ◯ Oui
- ◯ Non

18. **Observation d'un élément spécifique de la consultation ? (OA)** *
"Pendant cette consultation tu regarderas le non verbale / l'examen clinique / les techniques de communication / l'explication d'une ordonnance ..."
Une seule réponse possible.

- ◯ Oui
- ◯ Non

19. **Est-ce qu'il y a une supervision ? (OA)** *
Discussion autour de ce qui c'est passé (si retour rapide sur la consultation du type: "tu es d'accord?" = pas de supervision)
Une seule réponse possible par ligne.

	Oui	Non	Variable selon les consultations
Il y a une supervision ?	◯	◯	◯
Retour juste après la consultation ? (par opposition à "à la fin de la journée ou demi-journée")	◯	◯	◯

20. **Support utilisé lors de la supervision (OA)** *
Plusieurs réponses possibles.

- ☐ Aucun support
- ☐ Reprise des dossiers (tableau de bord)
- ☐ Entretien semi-directif / Entretien d'explicitation
- ☐ Grille d'entretien
- ☐ Carte heuristique
- ☐ RSCA
- ☐ Fiche d'évaluation de stage
- ☐ Autre : .....

21. **Etes-vous satisfait(e) de cette phase ? (OA)** *
Points positifs et points négatifs, répondez au minimum par OUI ou NON

.....

.....

.....

.....

.....

Deuxième phase: supervision directe ou autonomie partielle

Consultation par l'interne, en présence du MSU

22. **Etes-vous ou avez-vous été dans cette phase là ? (SD)** *
Une seule réponse possible.

- ◯ Oui
- ◯ Non *Passez à la question 35.*

Supervision directe

23. **Quand a-t-elle débuté ? (SD)** *
Une seule réponse possible.

- ◯ Le 1er mois
- ◯ Le 2e mois
- ◯ Le 3e mois
- ◯ Le 4e mois

24. **Combien de temps a-t-elle duré ? (SD)** *
Une seule réponse possible.

- ◯ 1 mois
- ◯ 2 mois
- ◯ 3 mois
- ◯ Actuellement en cours

25. **Durée de vos consultations ? (SD)** *
Prévue lors de la prise du rendez-vous
Une seule réponse possible.

- ◯ 5 minutes
- ◯ 10 minutes
- ◯ 15 minutes
- ◯ 20 minutes
- ◯ 30 minutes ou plus

26. **Avez vous un temps avant la consultation, (seul ou avec votre MSU) pour apprendre a connaitre le prochain patient et sa situation ? (SD)** *
Une seule réponse possible.

- ◯ Oui
- ◯ Non

27. **Observation, par le (la) MSU, d'un élément spécifique de la consultation de l'interne ? (SD)** *
Pendant cette consultation le (la) MSU vous observe sur un objectif d'apprentissage spécifique, prédéfini.
Une seule réponse possible.

- ◯ Oui
- ◯ Non

28. **Existe-t-il des consultations ciblées ? (SD)** *
Consultations choisies pour vous en fonction des compétences à améliorer
Une seule réponse possible.

- ◯ Oui
- ◯ Non

29. **Intervention du MSU (SD)** *
Une seule réponse possible par ligne.

	Jamais	Parfois	Souvent	Systématiquement
Le MSU intervient-il (elle) pendant la consultation ?	◯	◯	◯	◯
Le (la) MSU vous critique-t-il (elle) devant le patient ?	◯	◯	◯	◯
Intervient-il (elle) à votre demande ? Demande explicite ou aide si situation de blocage	◯	◯	◯	◯

30. **Avez-vous eu de la supervision / retour rapide ? (SD)** *
Discussion sur ce qui s'est passé dans la consultation (diag, TTT, communication, ...) ; Retour rapide sur la consultation si juste un : "c'est ok ? bon ben, on continue!"
Une seule réponse possible.

- ◯ Oui, de la supervision sur toutes les consultations
- ◯ Oui, de la supervision sur quelques consultation et un retour rapide sur le reste
- ◯ Non, pas de supervision mais un retour rapide sur toutes les consultations.
- ◯ Non, pas de supervision mais un retour rapide sur quelques consultations
- ◯ Non aucun des 2 *Passez à la question 34.*

Supervision directe

31. **Retour sur le déroulement de la consultation (SD)** *
Plusieurs réponses possibles.

- ☐ Après chaque consultation
- ☐ Après les consultations difficiles
- ☐ A la fin de la journée (ou par demi-journée)
- ☐ En fonction du temps disponible

32. **Support(s) utilisé(s) lors de la supervision ? (SD)** *
Plusieurs réponses possibles.

- [ ] Pas de support
- [ ] Reprise des dossiers (tableau de bord)
- [ ] Entretien semi-directif / Entretien d'explicitation
- [ ] Grille d'entretien
- [ ] Carte heuristique
- [ ] RSCA
- [ ] Fiche d'évaluation de stage
- [ ] Autre : .....

33. **En cas de consultation riche pédagogiquement ou difficile (SD)** *
Plusieurs réponses possibles.

- [ ] Il y a un temps plus long pour approfondir ces consultations
- [ ] Prescription pédagogique / Recherches à effectuer
- [ ] RSCA
- [ ] Rien

Supervision directe

34. **Etes-vous satisfait(e) de cette phase ? (SD)** *
Points positifs et points négatifs, répondez au minimum par OUI ou NON

.....

.....

.....

.....

.....

Troisième phase: Supervision indirecte ou autonomie complète

Consultation seul(e), sans présence du MSU devant le patient

35. **Etes-vous dans cette phase ? (SI)** *
Une seule réponse possible.

- ◯ Oui
- ◯ Non *Passez à la question 47.*

Supervision indirecte

36. **Quand a-t-elle débuté ? (SI)** *
Une seule réponse possible.

- ◯ Le 1er mois
- ◯ Le 2e mois
- ◯ Le 3e mois
- ◯ Le 4e mois

37. **Durée de vos consultations ? (SI)** *
Prévue lors de la prise du rendez-vous
Une seule réponse possible.

- ◯ 5 minutes
- ◯ 10 minutes
- ◯ 15 minutes
- ◯ 20 minutes
- ◯ 30 minutes ou plus

38. **Avez vous un temps avant la consultation, (seul ou avec votre MSU) pour apprendre a connaitre le prochain patient et sa situation ? (SI)** *
Une seule réponse possible.

- ◯ Oui
- ◯ Non

39. **Existe-t-il des consultations ciblées ? (SI)** *
Consultations choisies pour vous en fonction des compétences à améliorer
Une seule réponse possible.

- ◯ Oui
- ◯ Non

40. **Avez-vous eu de la supervision / retour rapide ? (SI)** *
Discussion sur ce qui s'est passé dans la consultation (diag, TTT, communication, ...) ; Retour rapide sur la consultation si juste: "c'est OK? bon ben, on continue!"
Une seule réponse possible.

- ◯ Oui, de la supervision sur toutes les consultations
- ◯ Oui, de la supervision sur quelques consultation et un retour rapide sur le reste
- ◯ Non, pas de supervision mais un retour rapide sur toutes les consultations.
- ◯ Non, pas de supervision mais un retour rapide sur quelques consultations
- ◯ Non aucun des 2 *Passez à la question 42.*

Supervision indirecte

41. **Support(s) utilisé(s) lors de la supervision ? (SI)** *
Plusieurs réponses possibles.

- [ ] Pas de support
- [ ] Reprise des dossiers (tableau de bord)
- [ ] Entretien semi-direct / Entretien d'explicitation
- [ ] Grille d'entretien
- [ ] Carte heuristique
- [ ] RSCA
- [ ] Fiche d'évaluation de stage
- [ ] Autre : .....

Supervision indirecte

42. **Le (la) MSU est-il (elle) physiquement présent dans le cabinet ? (SI)** *
Une seule réponse possible.

- ◯ Oui, systématiquement
- ◯ Oui, sauf si appel sur une urgence
- ◯ Non, mais joignable et mobilisable facilement
- ◯ Non, mais joignable
- ◯ Non

43. **Avez-vous fait des journées entières en autonomie complète, seul(e) ? (SI)** *
Sans voir votre MSU (sans compter le soir pour la supervision ou retour rapide)
Une seule réponse possible.

- ◯ Oui
- ◯ Non *Passez à la question 45.*

Supervision indirecte

44. **L'avez-vous vu le soir ? (SI)** *
Une seule réponse possible.

- ◯ Oui
- ◯ Non

Supervision indirecte

45. **Nombre de consultations en autonomie complète, par jour, actuellement ? (SI)** *
Une seule réponse possible.

- ◯ 1 - 5
- ◯ 5 - 10
- ◯ 10 - 15
- ◯ 15 - 20
- ◯ 20 - 25
- ◯ 25 - 30
- ◯ plus de 30

46. **Etes-vous satisfait(e) de cette phase ? (SI)** *
Points positifs et points négatifs, répondez au minimum par OUI ou NON

.....

.....

.....

.....

.....

Supervision, Apprentissage

47. **Il y a des aller - retour entre les 3 phases ?** *
Alternance entre phase d'observation active, supervision directe et supervision indirecte
Une seule réponse possible.

- ◯ Oui
- ◯ Non

48. **Faites-vous des recherches sur les questions / problèmes rencontrés en stage ?** *
Evoqués après discussion avec le MSU DONC revus ensuite avec le (la) MSU
Plusieurs réponses possibles.

- ☐ Pas de recherche demandée par MSU
- ☐ Bibliographie
- ☐ RSCA
- ☐ Carte Heuristique
- ☐ Autre : .....

49. **Pour vous, actuellement, quelle est la phase idéale ?** *
Une seule réponse possible.

- ◯ Observation
- ◯ Supervision directe
- ◯ Supervision indirecte
- ◯ Alternance entre les phases

Merci de votre participation

Nous serons peut-être amené à vous re-contacter pour des entretiens individuels, pour des informations plus précises sur le déroulement de votre stage.

En cas de besoin, n'hésitez pas à nous contacter :

Florian: prott.florian@gmail.com / 06 76 77 94 59
Aline: aline-vancleef@hotmail.fr / 07 86 96 59 00

Fourni par
Google Forms

8.8.3 6e mois

Supervision en Stage PRAT niveau 1 à Nantes

Questionnaire fin du 6e mois.

L'objectif est de faire le bilan des supervisions effectuées en stage praticiens niveau 1.
Il nous semble qu'il existe de grandes disparités de supervision. Si l'hypothèse se confirme, l'objectif serait d'harmoniser et améliorer cette formation

Pour rappel: aucune information ne sera transmise au DMG ni à vos praticiens. Tout sera anonyme pour l'analyse.
Il faut remplir un questionnaire par Maître de Stage Universitaire (MSU), donc le faire 3 fois pour 1 trinôme.

En cas de besoin, n'hésitez pas à nous contacter :
Florian: prott.florian@gmail.com / 06 76 77 94 59
Aline: aline-vancleef@hotmail.fr / 07 86 96 59 00

*Obligatoire

L'Interne

Vous connaître pour mieux interpréter les statistiques.

1. **NOM Prénom** *

   .....

2. **Nom du Maître de Stage Universitaire (MSU)** *
   NOM et Prénom

   .....

3. **Avez-vous répondu au questionnaire du 1er mois ou du 3e mois ?** *
   Une seule réponse possible.

   ◯ Oui *Passez à la question 9.*
   ◯ Non

L'interne

Vous connaître pour mieux interpréter les statistiques.

4. **Age ?** *
Une seule réponse possible.

- ◯ Moins de 24
- ◯ 24
- ◯ 25
- ◯ 26
- ◯ 27
- ◯ 28
- ◯ 29
- ◯ 30 ou plus

5. **Sexe ?** *
Une seule réponse possible.

- ◯ Homme
- ◯ Femme

6. **Nombre de semestres validés ?** *
Une seule réponse possible.

- ◯ 2
- ◯ 3
- ◯ 4
- ◯ 5

7. **Quels stages, obligatoires dans la maquette du DES de médecine générale, avez-vous effectués ?** *
Plusieurs réponses possibles.

- ☐ Urgences
- ☐ Gynéco / pédia
- ☐ Médecine Adulte Polyvalente
- ☐ Aucun (2 libres)

8. **Faites-vous un DESC ?** *
Une seule réponse possible.

- ◯ Oui
- ◯ Non

Réunion de trinôme

9. **Avez-vous eu une réunion de trinôme en FIN de stage ? (RT)** *
Une seule réponse possible.

- ◯ Oui
- ◯ Non *Passez à la question 11.*

Pour aller plus vite, si vous avez déjà répondu aux questions !

10. **Avez vous déjà répondu aux questions sur la réunion de trinôme de FIN de stage, pour un MSU précédant ?** *
validation du stage... Pour le questionnaire du 6e mois
Une seule réponse possible.

- ◯ Oui *Passez à la question 15.*
- ◯ Non *Passez à la question 11.*

En Réunion de Trinôme de FIN de stage, ou Seul(e) avec le (la) MSU :

11. **Discussion autour de la supervision ? (RT)** *
Est-ce que le mode de supervision a convenu à l'interne ?
Une seule réponse possible.

- ◯ Oui
- ◯ Non

12. **Evaluation de l'interne (RT)** *
Une seule réponse possible par ligne.

	Oui	Non
Identification des compétences acquises ?	◯	◯
Identification des difficultés rencontrées ?	◯	◯
Remplissage de la fiche d'évaluation de fin stage (pour voir l'évolution?)	◯	◯

13. **L'interne a-t-il validé son stage PRAT niveau 1 ? (RT)** *
Une seule réponse possible.

- ◯ Oui *Passez à la question 15.*
- ◯ Non
- ◯ Ne sait pas *Passez à la question 15.*

Réunion de trinôme

14. **Si l'interne n'a pas validé son stage, les problèmes avaient-ils été évoqués avant ? (RT)** *
Plusieurs réponses possibles.

- [ ] Oui, au fur et à mesure au cours du stage
- [ ] Oui, lors d'une réunion de trinôme a mi-stage
- [ ] Non, et l'interne est surpris
- [ ] Non, mais l'interne n'est pas surpris

Première phase: Observation active

15. **Etes-vous ou avez vous été dans cette phase ? (OA)** *
Une seule réponse possible.

- ◯ Oui
- ◯ Non *Passez à la question 24.*

Phase d'observation active

16. **Combien de temps a-t-elle duré ? (OA)** *
Une seule réponse possible.

- ◯ 1 Mois
- ◯ 2 Mois
- ◯ 3 mois
- ◯ 4 mois
- ◯ 5 mois
- ◯ 6 mois

17. **Combien de temps durent les consultations du MSU ? (OA)** *
Temps prévu lors de la prise du rendez-vous
Une seule réponse possible.

- ◯ 5 minutes
- ◯ 10 minutes
- ◯ 15 minutes
- ◯ 20 minutes
- ◯ 30 minutes ou plus

18. **Avez vous un temps avant la consultation, (seul ou avec votre MSU) pour apprendre a connaitre le prochain patient et sa situation ? (OA)** *
Une seule réponse possible.

- ◯ Oui
- ◯ Non

19. **Possibilité de participer à la consultation du MSU ? (OA)** *
Plusieurs réponses possibles.

- [ ] Aucune: passivité totale
- [ ] Pendant l'interrogatoire
- [ ] Pour l'examen clinique
- [ ] Soumettre un diagnostic
- [ ] Proposer des examens complémentaires
- [ ] Etablir des prescriptions
- [ ] Utilisation de l'informatique
- [ ] Remplir des papiers

20. **Observation d'un élément spécifique de la consultation ? (OA)** *
"Pendant cette consultation tu regarderas le non verbale / l'examen clinique / les techniques de communication / l'explication d'une ordonnance ..."
Une seule réponse possible.

- ◯ Oui
- ◯ Non

21. **Est-ce qu'il y a une supervision ? (OA)** *
Discussion autour de ce qui c'est passé (si retour rapide sur la consultation du type: "tu es d'accord?" = pas de supervision)
Une seule réponse possible par ligne.

	Oui	Non	Variable selon les consultations
Il y a une supervision ?	◯	◯	◯
Retour juste après la consultation ? (par opposition à "à la fin de la journée ou demi-journée")	◯	◯	◯

22. **Support(s) utilisé(s) lors de la supervision ? (OA)** *
Plusieurs réponses possibles.

- [ ] Pas de support
- [ ] Reprise des dossiers (tableau de bord)
- [ ] Entretien semi-directif / d'explicitation
- [ ] Grille d'entretien
- [ ] Carte heuristique
- [ ] RSCA
- [ ] Fiche d'évaluation de stage
- [ ] Autre : .....

23. **Etes-vous satisfait(e) de cette phase ? (OA)** *
Points positifs et points négatifs, répondez au minimum par OUI ou NON

.....

.....

.....

.....

.....

Deuxième phase: Supervision directe ou autonomie partielle

Consultation par l'interne, en présence du MSU

24. **Etes-vous ou avez-vous été dans cette phase ? (SD)** *
Une seule réponse possible.

- ◯ Oui
- ◯ Non *Passez à la question 37.*

Supervision directe

25. **Quand a-t-elle débuté ? (SD)** *
Une seule réponse possible.

- ◯ Le 1er mois
- ◯ Le 2e mois
- ◯ Le 3e mois
- ◯ Le 4e mois
- ◯ Le 5e mois
- ◯ Le 6e mois

26. **Combien de temps a-t-elle duré ? (SD)** *
Une seule réponse possible.

- ◯ 1 mois
- ◯ 2 mois
- ◯ 3 mois
- ◯ 4 mois
- ◯ 5 mois
- ◯ 6 mois

27. **Durée de vos consultations ? (SD)** *
prévue lors de la prise du rendez-vous
Une seule réponse possible.

- ◯ 5 minutes
- ◯ 10 minutes
- ◯ 15 minutes
- ◯ 20 minutes
- ◯ 30 minutes ou plus

28. **Avez vous un temps avant la consultation, (seul ou avec votre MSU) pour apprendre a connaitre le prochain patient et sa situation ? (SD)** *
Une seule réponse possible.

- ◯ Oui
- ◯ Non

29. **Observation, par le MSU, d'un élément spécifique de la consultation de l'interne ? (SD)** *
Pendant cette consultation le (la) MSU vous observe sur un objectif d'apprentissage spécifique, prédéfini.
Une seule réponse possible.

- ◯ Oui
- ◯ Non

30. **Existe-t-il des consultations ciblées ? (SD)** *
Consultations choisies pour l'interne en fonction de ses compétences à améliorer
Une seule réponse possible.

- ◯ Oui
- ◯ Non

31. **Intervention du MSU (SD)** *
Une seule réponse possible par ligne.

	Jamais	Parfois	Souvent	Systématiquement
Le MSU intervient-il (elle) pendant la consultation ?	◯	◯	◯	◯
Le (la) MSU vous critique-t-il (elle) devant le patient ?	◯	◯	◯	◯
Intervient-il (elle) à votre demande ? Demande explicite ou aide si situation de blocage	◯	◯	◯	◯

32. **Avez-vous eu de la supervision / retour rapide ? (SD)** *
Discussion sur ce qui s'est passé dans la consultation (diag, TTT, communication, ...) ; Retour rapide sur la consultation si juste un : "c'est ok ? bon ben, on continue!"
Une seule réponse possible.

- ◯ Oui, de la supervision sur toutes les consultations
- ◯ Oui, de la supervision sur quelques consultations et un retour rapide sur le reste
- ◯ Non, pas de supervision mais un retour rapide sur toutes les consultations.
- ◯ Non, pas de supervision mais un retour rapide sur quelques consultations
- ◯ Non aucun des 2 *Passez à la question 36.*

Supervision directe

33. **Retour sur le déroulement de la consultation (SD)** *
Plusieurs réponses possibles.

- ☐ Après chaque consultation
- ☐ Après les consultations difficiles
- ☐ A la fin de la journée (ou par demi-journée)
- ☐ En fonction du temps disponible

34. **Support(s) utilisé(s) lors de la supervision ? (SD)** *
Plusieurs réponses possibles.

- ☐ Pas de support
- ☐ Reprise des dossiers (tableau de bord)
- ☐ Entretien semi-directif / d'explicitation
- ☐ Grille d'entretien
- ☐ Carte heuristique
- ☐ RSCA
- ☐ Fiche d'évaluation de stage
- ☐ Autre : .....

35. **En cas de consultation riche pédagogiquement ou difficile (SD)** *
Plusieurs réponses possibles.

- ☐ Il y a un temps plus long pour approfondir ces consultations
- ☐ Prescription pédagogique / Recherches à effectuer
- ☐ RSCA
- ☐ Rien

Supervision directe

36. **Etes-vous satisfait(e) de cette phase ? (SD)** *
Points positifs et points négatifs, répondez au minimum par OUI ou NON

.....

.....

.....

.....

.....

Troisième phase: Supervision indirecte ou autonomie complète

Consultation seul(e), sans présence du MSU devant le patient

37. **Etes-vous dans cette phase ? (SI)** *
Une seule réponse possible.

- ◯ Oui
- ◯ Non *Passez à la question 49.*

Supervision indirecte

38. **Quand a-t-elle débuté ? (SI)** *
Une seule réponse possible.

- ◯ Le 1er mois
- ◯ Le 2e mois
- ◯ Le 3e mois
- ◯ Le 4e mois
- ◯ Le 5e mois
- ◯ Le 6e mois

39. **Durée de vos consultations ? (SI)** *
Prévue lors de la prise du rendez-vous
Une seule réponse possible.

- ◯ 5 minutes
- ◯ 10 minutes
- ◯ 15 minutes
- ◯ 20 minutes
- ◯ 30 minutes ou plus

40. **Avez vous un temps avant la consultation, (seul ou avec votre MSU) pour apprendre a connaitre le prochain patient et sa situation ? (SI)** *
Une seule réponse possible.

- ◯ Oui
- ◯ Non

41. **Existe-t-il des consultations ciblées ? (SI)** *
Consultations choisies pour vous en fonction des compétences à améliorées
Une seule réponse possible.

- ◯ Oui
- ◯ Non

42. **Avez-vous eu de la supervision / retour rapide ? (SI)** *
Discussion sur ce qui s'est passé dans la consultation (diag, TTT, communication, ...) ; Retour rapide sur la consultation si juste: "c'est OK? bon ben, on continue!"
Une seule réponse possible.

- ◯ Oui, de la supervision sur toutes les consultations
- ◯ Oui, de la supervision sur quelques consultations et un retour rapide sur le reste
- ◯ Non, pas de supervision mais un retour rapide sur toutes les consultations.
- ◯ Non, pas de supervision mais un retour rapide sur quelques consultations
- ◯ Non aucun des 2 *Passez à la question 44.*

Supervision indirecte

43. **Support(s) utilisé(s) lors de la supervision ? (SI)** *
Plusieurs réponses possibles.

- ☐ Pas de support
- ☐ Reprise des dossiers (tableau de bord)
- ☐ Entretien semi-directif / d'explicitation
- ☐ Grille d'entretien
- ☐ Carte heuristique
- ☐ RSCA
- ☐ Fiche d'évaluation de stage
- ☐ Autre : .....

Supervision indirecte

44. **Le (la) MSU est-il (elle) physiquement présent(e) dans le cabinet ? (SI)** *
Une seule réponse possible.

- ◯ Oui, systématiquement
- ◯ Oui, sauf si appel sur une urgence
- ◯ Non, mais joignable et mobilisable facilement
- ◯ Non, mais joignable
- ◯ Non

45. **Avez-vous fait des journées entières en autonomie complète, seul(e) ? (SI)** *
Sans voir votre MSU (sans compter le soir pour la supervision ou retour rapide)
Une seule réponse possible.

- ◯ Oui
- ◯ Non *Passez à la question 47.*

Supervision indirecte

46. **L'avez-vous vu le soir ? (SI)** *
Une seule réponse possible.

- ◯ Oui
- ◯ Non

Supervision indirecte

47. **Nombre de consultations en autonomie complète, par jour, actuellement ? (SI)** *
Une seule réponse possible.

- ◯ 1 - 5
- ◯ 5 - 10
- ◯ 10 - 15
- ◯ 15 - 20
- ◯ 20 - 25
- ◯ 25 - 30
- ◯ plus de 30

48. **Etes-vous satisfait(e) de cette phase ? (SI)** *
Points positifs et points négatifs, répondez au minimum par OUI ou NON

.....

.....

.....

.....

.....

Supervision, Apprentissage

49. **Il y a des aller - retour entre les 3 phases ?** *
Alternance entre phase d'observation active, supervision directe et supervision indirecte
Une seule réponse possible.

- ◯ Oui
- ◯ Non

50. **Faites-vous des recherches sur les questions / problèmes rencontrés en stage ?** *
Evoqués après discussion avec le MSU DONC revus ensuite avec le (la) MSU
Plusieurs réponses possibles.

- ☐ Pas de recherche demandée par MSU
- ☐ Bibliographie
- ☐ RSCA
- ☐ Carte Heuristique
- ☐ Autre : .....

51. **Pour vous, actuellement, quelle est la phase idéale ?** *
Une seule réponse possible.

- ◯ Observation
- ◯ Supervision directe
- ◯ Supervision indirect
- ◯ Alternance entre les phases

52. **A l'issue du stage, êtes-vous satisfait de la formation du stage PRAT niveau 1, avec CE MSU ?** *
Le but est de savoir si vous êtes satisfait de la FORMATION du stage, et non pas du stage
Une seule réponse possible.

- ◯ Oui
- ◯ Non

Merci de votre participation

Nous serons peut-être amené à vous re-contacter pour des entretiens individuels, pour des informations plus précises sur le déroulement de votre stage.

En cas de besoin, n'hésitez pas à nous contacter :

Florian: prott.florian@gmail.com / 06 76 77 94 59
Aline: aline-vancleef@hotmail.fr / 07 86 96 59 00

Fourni par
Google Forms

8.9 Annexe 9 : Questionnaire MSU

Supervision en stage praticien niveau 1 à Nantes

Bonjour,
Depuis de nombreuses années, des internes évaluent leur stage de façon officielle et officieuse pour guider le choix de stage des internes du semestre suivant.

Nous sommes trois médecins, et réalisons une thèse en commun sur la supervision en stage praticien niveau 1.
Notre thèse consiste en une grande enquête, sur la manière dont s'est déroulée la supervision durant ce stage, avec un questionnaire pour les internes et un questionnaire pour les maîtres de stage universitaire (MSU).
L'objectif de cette thèse est de faire un état des lieux sur le mode de supervision du stage PRATICIEN niveau 1.
Il s'agit de comprendre les déterminants qui ont favorisé ou qui ont pu gêner les échanges au cours de ce stage.

Durant ce semestre, les internes qui étaient en stage chez vous ont été amenés à évaluer la supervision de leur stage par des questionnaires réalisés par Aline Van Cleef et Florian Prott.

Afin d'avoir une vision critique et constructive, je souhaiterai avoir votre regard de MSU par le questionnaire qui suit, et ainsi pouvoir analyser les résultats obtenus suite aux questionnaires des internes.

Il s'agit d'une étude observationnelle, nous serons donc amenés à réaliser, au décours, des entretiens semi-dirigés pour affiner nos résultats.
On vous demande vos noms en vue de ces entretiens, mais le DMG n'aura aucun résultat non anonyme, et le résultat global de notre thèse ne citera pas de praticien personnellement.
Les informations obtenues pour cette thèse et ses conclusions resteront anonymes.

Nous vous avions déjà contacté le semestre précédant avec un questionnaire identique, nous renouvelons donc ce semestre d'hiver pour avoir une vue d'ensemble sur une année et permettre ainsi d'éviter quelques biais (vacances d'été, relation entre MSU et interne différent en fonction de la personnalité...). Nous avons donc à nouveau besoin de vos réponses, mais le questionnaire a été raccourci si vous avez déjà répondu le semestre dernier.

En cas de besoin, n'hésitez pas à me contacter :
Jeanne Mauduit: mauduitjeanne@gmail.com / 06.45.68.84.15

*Obligatoire

Vous connaître

1. **NOM Prénom** *

2. **Avez vous déjà répondu au questionnaire le semestre précédent?** *
   Une seule réponse possible.
   - ◯ oui *Passez à la question 23.*
   - ◯ non
   - ◯ je ne me souviens plus

Vous connaître

3. **Adresse mail** *

.....

4. **Numéro de téléphone** *

.....

5. **Année d'installation en médecine générale** *

.....

6. **Année de naissance** *

.....

7. **Sexe** *
Une seule réponse possible.

- ◯ homme
- ◯ femme

8. **Année d'installation dans votre structure actuelle (cabinet, maison de santé...)** *

.....

9. **Votre modalité d'exercice** *
Une seule réponse possible.

- ◯ Isolé
- ◯ Association (SCM)
- ◯ Collaboration
- ◯ Maison de santé
- ◯ Autre : .....

10. **Depuis combien d'années êtes vous MSU ?** *
Une seule réponse possible.

- ◯ moins de 3 ans
- ◯ entre 4 et 10 ans
- ◯ plus de 10 ans

11. **Encadrez vous d'autres étudiants ?** *
Plusieurs réponses possibles.

- [ ] oui, j'encadre également des externes en médecine.
- [ ] oui, j'encadre également un interne en SASPAS.
- [ ] non je n'encadre pas d'autres étudiants

12. **Formation suivie pour la maîtrise de stage ?** *
3 journées de formations MSU sur 5 ans organisées par le CGELAV
Plusieurs réponses possibles.

- [ ] Initiation
- [ ] Supervision directe
- [ ] Supervision indirecte
- [ ] Groupe d'échange de pratique

13. **Diplômes complémentaires obtenus ?** *
Une seule réponse possible.

- ◯ Oui
- ◯ Non *Passez à la question 15.*

Vous connaître

14. **Type de diplôme(s) obtenu(s) ?** *
DESC, Capacité, DU, DIU...

Passez à la question 15.

Vous connaître

15. **Activités professionnelles hors cabinet libéral ?** *
hôpital, PMI, CPEF, CVI, pompier, SAMU, enseignant, ...
Une seule réponse possible.

- ◯ Oui
- ◯ Non *Passez à la question 17.*

Vous connaître

16. **lesquelle(s) ?** *

Passez à la question 17.

Vous connaître pour mieux interpréter les statistiques

17. **Nombre moyen de consultations par jour** *

.....

Vous connaitre

18. **Comment assurez-vous votre formation continue ?** *
Une seule réponse possible par ligne.

	oui	non
Formation pédagogique (CNGE, CGELAV...)	◯	◯
Formation médicale indépendante de l'industrie	◯	◯
Formation médicale avec participation de l'industrie	◯	◯
Participation à un groupe d'échange de pratique (groupe de pair, GeaP, groupe qualité)	◯	◯

19. **Abonnement payant à une ou plusieurs revues professionnelles ?** *
Une seule réponse possible.

◯ Oui

◯ Non *Après avoir répondu à la dernière question de cette section, passez à la question 23.*

20. **Implications dans votre vie professionnelle ?** *
Une seule réponse possible par ligne.

	oui	non
réseaux de soins (diabète, asthme, ville-hôpital, addictologie)	◯	◯
syndicat	◯	◯
ordre	◯	◯
association de FMC	◯	◯
autre	◯	◯

21. **Si vous avez répondu autre implication, laquelle (lesquelles) ?**

.....

Vous connaître

22. **Quelle(s) revue(s) ?** *

.....

Les réunions de trinôme

23. **Avez vous fait une réunion de trinôme en DEBUT de stage ?** *
Une seule réponse possible.

- ◯ Oui *Passez à la question 24.*
- ◯ Non *Passez à la question 25.*

La réunion de DÉBUT de stage

24. **Contenu de cette réunion (D)** *
Une seule réponse possible par ligne.

	Oui	Non
Discussion autour de la supervision (Comment et à quel moment elle sera effectuée, en quoi elle consistera, discussion sur les supports)?	◯	◯
Identification des compétences acquises de l'interne / sa maquette?	◯	◯
Identification des besoins de l'interne?	◯	◯
Mise en place d'un programme d'apprentissage particulier?	◯	◯
Fiche d'évaluation du stage lue ensemble?	◯	◯

Passez à la question 26.

La réunion de DÉBUT de stage

25. **Pourquoi n'avez-vous pas fait de réunion de DEBUT de stage ?** *
Plusieurs réponses possibles.

- ☐ Eloignement trop important des MSU.
- ☐ Refus des autres membres du trinôme.
- ☐ Désaccord entre membres de trinôme.
- ☐ Difficultés avec nos emplois du temps.
- ☐ Nous n'en avons pas vu l'intérêt.
- ☐ Autre : .....

Les réunions de trinôme

26. **Avez vous fait une réunion de trinôme de MILIEU de stage ?** *
Une seule réponse possible.

- ◯ Oui
- ◯ Non *Passez à la question 28.*

La réunion de MILIEU de stage

27. **Son contenu (M)** *
Une seule réponse possible par ligne.

	oui	non
Discussion sur avancée/progression de l'interne?	◯	◯
Discussion sur les difficultés rencontrées par l'interne?	◯	◯
Mise en place d'un programme d'apprentissage particulier?	◯	◯
Fiche d'évaluation de stage lue ensemble?	◯	◯
Discussion autour de votre supervision?	◯	◯

Passez à la question 29.

La réunion de MILIEU de stage

28. **Pourquoi n'avez-vous pas fait de réunion de MILIEU de stage ?** *
Plusieurs réponses possibles.

- ☐ Éloignement trop important des MSU.
- ☐ Refus des autres MSU.
- ☐ Désaccord entre MSU.
- ☐ Nous n'en avons pas vu l'intérêt.
- ☐ Période de vacances
- ☐ Autre : .....

Les réunions de trinôme

29. **Avez vous fait une réunion de trinôme de FIN de stage ?** *
Une seule réponse possible.

- ◯ Oui
- ◯ Non *Passez à la question 31.*

La réunion de FIN de stage

30. **Son contenu (F)** *
Une seule réponse possible par ligne.

	oui	non
Identification des compétences acquises par l'interne / sa maquette?	◯	◯
Fiche d'évaluation de stage lue ensemble?	◯	◯
Discussion autour de votre supervision?	◯	◯
identification des compétences à approfondir et discussion des choix de stage ultérieurs à envisager?	◯	◯

Passez à la question 32.

Les réunions de trinôme

31. **Pourquoi n'avez-vous pas fait de réunion de FIN de stage ?** *
Plusieurs réponses possibles.

- ☐ Eloignement trop important
- ☐ Refus des autres membres du trinôme
- ☐ Désaccord entre membres de trinôme
- ☐ Difficultés avec nos emplois du temps
- ☐ Nous n'en avons pas vu l'intérêt
- ☐ Autre : .....

Validation du stage de l'interne

32. **Avez-vous discuté avec les autres membres du trinôme pour la validation ou non du stage de cet interne ?** *
Une seule réponse possible.

- ◯ oui
- ◯ non

33. **Avez-vous rencontré des difficultés avec cet interne? si oui, quelles difficultés ?** *

.....

.....

.....

.....

.....

La phase d'Observation Active (OA)

34. **L'interne a-t-il validé son stage ?** *
Une seule réponse possible.

- ◯ Oui *Passez à la question 36.*
- ◯ Non

Validation du stage de l'interne

35. **Est ce que les problèmes ont été évoqué avant la fin du stage ?** *
Plusieurs réponses possibles.

- ☐ oui, au fur et à mesure du stage
- ☐ oui, lors de la réunion de trinôme de milieu de stage
- ☐ non, et l'interne a été surpris
- ☐ non, mais l'interne n'a pas été surpris
- ☐ Autre : .....

La phase d'Observation Active (OA)

Le MSU consulte, l'interne est à ses côtés

36. **Combien de temps a-t-elle duré ? (OA)** *
Une seule réponse possible.

- ◯ Une journée
- ◯ Deux journées
- ◯ Trois journées
- ◯ 1 mois
- ◯ 2 mois
- ◯ 3 mois
- ◯ 4 mois
- ◯ 5 mois
- ◯ Durant tout le stage
- ◯ Pas de phase d'observation active *Après avoir répondu à la dernière question de cette section, passez à la question 42.*

37. **Pendant cette phase d'OA, avez-vous demandé à l'interne de :** *
Plusieurs réponses possibles.

- [ ] rester observateur simple
- [ ] faire l'examen clinique
- [ ] élaborer des hypothèses diagnostiques
- [ ] proposer des examens complémentaires
- [ ] proposer des prescriptions
- [ ] remplir le dossier informatique
- [ ] rédiger des papiers
- [ ] Autre : .....

38. **Demandiez-vous à l'interne d'observer un élément spécifique de la consultation? (OA)** *
par exemple "Pendant cette consultation, tu regarderas le non verbal / l'examen clinique / les techniques de communication / l'explication de l'ordonnance..."
Une seule réponse possible.

- ◯ oui
- ◯ non

39. **Etes-vous satisfait(e) de cette phase d'Observation Active ?** *
Points positifs, points négatifs. Répondre au minimum par oui ou non s'il vous plaît.

.....

.....

.....

.....

.....

40. **Vous êtes vous senti à l'aise dans cette phase d'OA ?** *
Une seule réponse possible.

- ◯ oui *Passez à la question 43.*
- ◯ non *Passez à la question 41.*

41. **Pourquoi ne vous êtes vous pas senti à l'aise ?** *
Plusieurs réponses possibles.

- [ ] j'ai eu peur d'être jugé
- [ ] j'ai été perturbé dans ma relation avec mes patients
- [ ] Autre : .....

Passez à la question 43.

La phase d'Observation Active (OA)

42. **Pourquoi n'y a-t-il pas eu d'Observation Active avec cet interne?** *
Plusieurs réponses possibles.

- [ ] Je ne mets jamais en observation active un interne
- [ ] Je n'ai pas eu cette possibilité avec cet interne (difficulté particulière de cet interne)
- [ ] Autre : .....

Deuxième phase: Supervision directe (SD) ou autonomie partielle.

Le MSU observe l'interne durant une consultation

43. **Quand cette phase a-t-elle débuté? (SD)** *
Une seule réponse possible.

- ◯ Dès le 1er jour de stage.
- ◯ A partir du 2ème jour de stage.
- ◯ A partir du 3ème jour de stage.
- ◯ A partir du 1er mois de stage.
- ◯ A partir du 2ème mois de stage.
- ◯ A partir du 3ème mois de stage.
- ◯ A partir du 4ème mois de stage.
- ◯ A partir du 5ème mois de stage.
- ◯ A partir du 6ème mois de stage.
- ◯ Jamais durant ce stage. *Passez à la question 46.*

Deuxième phase: Supervision directe (SD) ou autonomie partielle.

44. **Vos modalités d'intervention durant cette phase: (SD)** *
Une seule réponse possible par ligne.

	Jamais	Parfois	Souvent	Systématiquement
Vous interveniez spontanément pendant la consultation lorsque vous trouviez l'interne en difficulté.	◯	◯	◯	◯
Vous repreniez l'interne sur ses difficultés devant le patient (situation de blocage ou "erreur" médicale)	◯	◯	◯	◯
Vous interveniez à la demande de l'interne (demande explicite de l'interne)	◯	◯	◯	◯
Vous repreniez l'interne sur ses difficultés une fois la consultation terminée.	◯	◯	◯	◯

45. **Etes vous satisfait de cette phase de supervision directe ?** *
Points positifs, points négatifs. Répondre au minimum oui ou non.

.....

.....

.....

.....

.....

Passez à la question 47.

Deuxième phase: Supervision directe (SD) ou autonomie partielle.

46. **Pourquoi n'y a-t-il pas eu de supervision directe avec cet interne?** *
Plusieurs réponses possibles.

- [ ] Je ne mets jamais en supervision directe un interne
- [ ] Je n'ai pas eu cette possibilité avec cet interne (difficulté particulière de cet interne)
- [ ] Autre : .....

Troisième phase: Supervision indirecte (SI) ou autonomie complète

L'interne consulte seul, sans votre présence, devant le patient.

47. **Quand cette phase a-t-elle débuté? (SI)** *
Une seule réponse possible.

- ◯ Dès le 1er jour de stage.
- ◯ A partir du 2ème jour de stage.
- ◯ A partir du 3ème jour de stage.
- ◯ A partir du 1er mois de stage.
- ◯ A partir du 2ème mois de stage.
- ◯ A partir du 3ème mois de stage.
- ◯ A partir du 4ème mois de stage.
- ◯ A partir du 5ème mois de stage.
- ◯ A partir du 6ème mois de stage.
- ◯ Jamais durant ce stage. *Passez à la question 52.*

Troisième phase: Supervision indirecte (SI) ou autonomie complète

L'interne consulte seul, sans votre présence physique durant la consultation

48. **Durant cette phase, êtes vous physiquement présent dans le cabinet? (SI)** *
Une seule réponse possible.

- ◯ oui, systématiquement
- ◯ oui, sauf si appel sur une urgence
- ◯ Non, mais joignable et mobilisable facilement.
- ◯ Non, mais joignable facilement. (non mobilisable facilement)
- ◯ non
- ◯ Autre : .....

49. **Durant cette phase, l'avez vous vu le soir pour une supervision? (SI)** *
Une seule réponse possible.

- ◯ oui
- ◯ non

50. **Combien de patients par jour l'interne voit il en moyenne en autonomie complète? (SI)** *
Une seule réponse possible.

- ◯ 1 à 5
- ◯ 5 à 10
- ◯ 10 à 15
- ◯ 15 à 20
- ◯ 20 à 25
- ◯ 25 à 30
- ◯ Plus de 30

51. **Etes vous satisfait de cette phase de supervision indirecte ?** *
Points positifs, points négatifs. Répondre au minimum par oui ou par non.

.....

.....

.....

.....

.....

Passez à la question 53.

Troisième phase: Supervision indirecte (SI) ou autonomie complète

52. **Pourquoi n'y a-t-il pas eu de supervision indirecte avec cet interne ?** *
Plusieurs réponses possibles.

- [ ] Je ne mets jamais en supervision indirecte un interne
- [ ] Je n'ai pas de bureau libre pour pouvoir le faire.
- [ ] Je n'ai pas eu cette possibilité avec cet interne (difficulté particulière de cet interne)
- [ ] Autre : .....

Supervision globale durant les 6 mois de stage

53. **Combien de temps durent en moyenne les consultations prévues pour l'interne ?** *
Temps prévu lors de la prise de rendez vous.
Une seule réponse possible par ligne.

	5 minutes	10 minutes	15 minutes	20 minutes	25 minutes	30 minutes
Phase OA	◯	◯	◯	◯	◯	◯
Phase SD	◯	◯	◯	◯	◯	◯
Phase SI	◯	◯	◯	◯	◯	◯

54. **Avez vous un temps dédié avant une consultation pour présenter le prochain patient et sa situation ?** *
Une seule réponse possible par ligne.

	systématiquement	jamais	seulement certains patients
Phase OA	◯	◯	◯
Phase SD	◯	◯	◯
Phase SI	◯	◯	◯

55. **Est ce que vous avez organisé pour l'interne des consultations ciblées ?** *
Consultations choisies pour l'interne en fonction de ses compétences à améliorer, vous observez l'interne selon des objectifs précis prédéfinis.
Une seule réponse possible par ligne.

	oui	non
Phase OA	◯	◯
Phase SD	◯	◯
Phase SI	◯	◯

56. **Quel moment dédié vous à une supervision ?**
Une seule réponse possible par ligne.

	Juste après une consultation	Temps dédié dans la journée	Jamais de supervision
Phase OA	◯	◯	◯
Phase SD	◯	◯	◯
Phase SI	◯	◯	◯

57. **Quel(s) support(s) utilisez-vous pour la supervision ?** *
Plusieurs réponses possibles.

- [ ] Pas de support
- [ ] reprise des dossiers (tableau de bord)
- [ ] Entretien semi-directif/entretien d'expliciation
- [ ] grille d'entretien
- [ ] Carte heuristique
- [ ] RSCA
- [ ] Fiche d'évaluation de stage
- [ ] Autre : .....

58. **En cas de consultation riche pédagogiquement ou difficile :** *
Plusieurs réponses possibles.

- [ ] Vous aviez prévu un temps plus long pour approfondir ces consultations.
- [ ] Vous avez prescrit à l'interne des recherches à effectuer.
- [ ] Vous avez proposé la réalisation d'un RSCA.
- [ ] Vous n'avez rien réalisé de particulier.
- [ ] Autre : .....

59. **Concernant l'organisation des 3 phases :** *
Une seule réponse possible.

- ◯ Vous avez suivi le déroulement 2 mois phase observation active puis 2 mois autonomie partielle puis 2 mois autonomie complète
- ◯ Vous avez intriqué les différentes phases entre elles en fonction des objectifs pédagogiques de l'interne
- ◯ Autre : .....

60. **Pour vous, quelle est la phase idéale ?** *
Une seule réponse possible.

- ◯ Observation active
- ◯ Supervision directe
- ◯ Supervision indirecte
- ◯ Alternance entre les 3 phases

61. **Etes vous satisfait de votre situation de MSU, pourquoi ?** *
Répondre au minimum par oui ou par non

.....

.....

.....

.....

.....

Merci pour votre participation!

Fourni par
Google Forms

8.10 Annexe 10 : Verbatim des entretiens

8.10.1 MSU 30

- Sur internet ?

- Exactement

- D'accord, ça y est, ça me revient, parce que j'ai eu un petit déclic, je sais plus quand, et là maintenant que je me pose … la vie c'est ça. Mais oui je me souviens, j'avais répondu à votre …

- Exactement. Et du coup, on a fait, sur le semestre d'avant, donc les internes l'ont eu à 1 mois, 3 mois, 6 mois pour voir l'évolution. Et les maîtres de stage l'ont eu au 6e mois. Et là nous faisons pareil ce semestre-ci, Donc dans 1 mois, de nouveau on va vous solliciter pour le même questionnaire. Pour voir un petit peu, parce que de temps en temps il y a des réponses qui sont interne-dépendants.

- D'accord.

- Donc c'est pour enlever ce biais-là.

- D'accord dans un mois vous allez m'envoyer …

- Le même questionnaire que vous avez déjà fait la dernière fois. Voilà. Et dans l'intervalle on regarde parmi les gens qui ont répondu, et on fait des entretiens, puisque l'intérêt… Les questionnaires c'était pour avoir une vision globale mais nous ce qu'on voulait c'est plus des entretiens pour voir comment ça se passe. Et donc là on fait un peu de maître de stage, pour l'instant, on fera les internes après.

- D'accord, c'est une sacrée thèse alors ?

- C'est pour ça qu'on est trois.

- Vous êtes trois, j'avais pas fait attention !

- Oui, on est trois, c'est Jeanne Mauduit qui avait envoyé le questionnaire aux MSU.

- Je me souviens plus très bien en fait vous imaginez une boîte mail c'est rempli. En plus les miennes faut que je mette de l'ordre, il y a un peu de professionnel et de non professionnel, ce qui fait qu'il y a des fois… Voilà… Mais je me souviens plus ou moins de votre questionnaire.

- Et alors qu'est-ce que vous en aviez pensé du questionnaire ?

Silence

- Alors vous me posez une colle car en fait c'est assez vieux, depuis j'ai répondu à d'autres questionnaires…Euh… mais globalement, bah comme toujours les

questionnaires c'est assez fermé quelque part. Alors c'est fermé et on reproche que ce soit fermé mais en même temps c'est paradoxal souvent quand on répond à des questionnaires parce que on aime bien que ce soit fermé car c'est plus rapide à répondre, c'est plus facile. Dès que c'est un peu ouvert, dès que y'a des questions ouvertes où on doit mettre un texte… mais Euh … de mémoire c'était pas trop mal, alors je sais plus très bien en fait. Parce que en fait franchement j'ai répondu à quand même plusieurs fois des questionnaires sur Internet pour des thèses. Le votre est un peu ancien dans mon esprit.

- Bien sûr.

- Je suis désolé, mais oui globalement si j'ai répondu… Je pense que globalement le sujet m'intéressait Hein... Euh… Et puis de mémoire je crois que le questionnaire était pas mal. Mais bon faudrait que je vois, mais en tous cas il m'avait pas… Euh …

- Il ne vous avait pas choqué ?

- Non il m'avait pas choqué.

- D'accord

- Mais bon, je vous dis, tout questionnaire de quelque domaine que ce soit, quel que soit le sujet professionnel, donc là médical ou que ça soit autre chose, il y a toujours un petit côté, quelques fois… Voilà… On a trois choix de réponse et on sait pas toujours trop comment… Euh. Je vous dis, dans les deux dernières années j'ai répondu à pas mal de questionnaire, c'est vrai qu'on a toujours quelquefois une sorte de frustration par rapport à des questions. Mais y'en a un où j'ai répondu… Je sais pas si c'était une thèse ? Je sais plus, sur les soins palliatifs, que j'ai trouvé pas mal foutu. Soins palliatifs et la mort, c'est un deuxième sujet qui m'intéresse.

Silence

- OK.

- On y va ?

- On y va.

- Donc ouais, on essaye de se donner une demi-heure / 35 minutes grand maximum parce que j'ai mon épouse qui m'attend.

- Parfait. Je me remets en tête… (*me coupe*)

- Moi je me présente je suis *(Anonyme)*, je peux me présenter ?

- Oui.

- Je suis maître de stage depuis peu de temps, j'ai d'abord accueilli des externes, ensuite j'ai accueilli des internes c'est assez récent. Ça fait trois ans que j'ai que des internes.

Mon interne actuel c'est le sixième, ou cinquième, je ne sais plus. Bref. Euh … Moi je suis installé depuis (*année installation*), à (*ville*), qui est donc une ville de (*nombre*) habitangs, avec un autre médecin généraliste. On est donc deux médecins. Euh… Donc ça fait (*nombre*) ans que je suis installé. Voilà, qu'est-ce que je peux dire d'autre ? Donc je fais une médecine… Euh… de famille, une médecine générale, assez classique. La seule chose que je fais un peu moins, c'est de la gynécologie. C'est le seul domaine. Bon je fais, mais peu de surveillances de grossesse, d'initiations de contraception, de suivis de contraception, un peu de traitement hormonal de la ménopause mais actuellement c'est un petit peu limité. Et puis voilà donc peu de gynéco, mais sinon je fais un peu pédiatrie, j'aime beaucoup ça. Donc de 0 à 18… Après de la médecine générale classique. Et puis j'ai aussi une clientèle âgée, hier j'ai vu le médecin de la sécurité sociale, qui m'a surpris parce qu'en fait j'ai aussi une clientèle qui vieillit. Le médecin vieillit, sa clientèle avec. Et comme on les soigne bien, ils vivent vieux ! *Silence. Rires.* Voilà. Qu'est-ce que je peux vous dire d'autre ? Non, je sais pas.

- D'accord. Comment vous vivez le fait d'avoir un interne avec vous ?

- Euh comment je vis… Bah plutôt bien, plutôt bien. Bien sûr c'est interne-dépendant. Mais vraiment je suis plutôt satisfait, si je fais le bilan, d'être maître de stage universitaire. C'est quelque chose qui… permet de prendre du recul par rapport à son travail, par rapport à ses patients. De prendre un peu plus de distance par rapport à ses patients. Ce qui pour ma personnalité était plutôt fav… plutôt bien. Quelque fois ça peut être un peu plus… Comment dire… un peu lourd. Certains jours, pour des raisons diverses, mais je vis plutôt bien le fait d'avoir un interne avec moi. *Silence.*

- Comment vous concevez la supervision ?

Silence.

- Alors comment je conçois la supervision, c'est-à-dire ? Donc dans un premier temps bah je vais vous expliquer, puis vous allez me dire si je ne me trompe pas. Dans un premier temps, on parle quelques instants généralement, le premier jour, on fait connaissance comme on dit. Euh… Dans un premier temps, je demande vraiment, c'est lui qui m'observe. Voilà qui regarde un peu comment je travaille. Et donc si l'interne je le sens à l'aise, je commence à le mettre en situation, et donc là je fais une supervision directe. Je ne suis pas encore habituée à tous ces termes. Voilà. Donc comment je conçois la supervision, ben la supervision directe c'est vraiment Euh… le moment où on voit un peu à qui on a affaire. À la fois sur le plan humain et sur le plan médical, puisqu'en médecine générale les deux sont assez intriqués. A l'hôpital on peut imaginer

que le côté humain est peut-être moins visible. Alors que en médecine générale, on est vraiment… pendant 20 minutes face à un patient qui vient pour une raison bien précise, et au bout de 20 minutes il veut une réponse à ses questions. Donc il faut mouiller un peu la chemise, comme on dit. Donc pour répondre à votre question comment je conçois la supervision, c'était ça votre question ? *Silence.* Bah aidez-moi parce que je ne vois pas trop ce que je vais dire.

- Non en fait c'était pas… C'était plus sur comment vous imaginez, comment vous la vivez ? Est-ce que ça vous met à l'aise ? Est-ce que il y a des phases qui vous gênent plus que d'autres ?

- Alors pour les trois phases, dans un premier temps donc… Euh l'interne m'observe… globalement je vis ça très bien. Je le vis bien parce que j'ai (*âge*) ans, ça fait quand même une vingtaine d'années que j'exerce la médecine générale, je suis assez à l'aise dans l'exercice de la médecine générale. Même si bien évidemment il y a des fois on est moins à l'aise, mais on a des façons de gérer ça… Euh… Beaucoup plus… on a beaucoup plus de facilité que quand on est jeune installé. La phase numéro 2 c'est un petit peu entre les deux, un coup c'est moi qui supervise… Je supervise l'interne, un coup il me regarde. Là aussi je le vis très bien. Et puis la phase numéro 3, la supervision indirecte qui apparaît en milieu ou en fin de stage. Euh… Bah je le vis très bien. Si je fais confiance à mon interne, je trouve qu'au contraire c'est vraiment un plus pour le médecin. Euh… Parce que on va peut-être apprendre des choses, on va… ça va permettre de dénouer certaines situations... Euh. On est content de voir que son interne commence à être autonome. Ça c'est vraiment une satisfaction. Et… Euh… Je pense que ça apporte un certain nombre de patients quelque chose de vraiment de… D'intéressant. Puisque le risque d'installation de temps médecin, par exemple moi qui suis installé depuis (*nombre*) ans, c'est une certaine routine. Et là justement on vient casser un peu cette routine. Donc ça ne peut être que globalement favorable, un lien entre un patient et son médecin. Donc globalement je… Que ce soit les trois phases : observation, supervision directe, supervision indirecte, je la conçois comme quelque chose de vraiment très intéressant. Y'a pas de phase que je préfère particulièrement. Euh… C'est vrai que peut être l'idéal, et c'est pour ça que je deviendrais peut-être SASPAS, c'est quand la supervision indirecte se passe bien, bah c'est génial. En fait c'est reposant aussi quelque part. C'est-à-dire que là-dessus, moi en ce moment, je fais partie d'un groupe, de… un groupe vous savez, pour améliorer sa maîtrise de stage. Je ne sais plus comment ça s'appelle, ça porte un nom, comment… Bref. Moi je ne sais

plus. On fait ça avec le DMG ou je sais plus quoi. Bon bref. Et donc on discutait de ça : est-ce que c'est fatiguant d'être en SASPAS ? Certains trouvent que oui, d'autres trouvent au contraire que non, moi je trouve que quand l'interne est compétent, est agréable, etc. Donc c'est toujours interne-dépendant bien sûr. Et que bah… vraiment la supervision indirecte est quelque chose qui est plus agréable. *Rires.* Voilà faut pas avoir peur de le dire, parce que c'est reposant en fait. On a un interne qui travaille pour vous. Et puis qui vous ouvre l'esprit sur certaines choses. Et puis qui vous apporte parce que... On en parlera peut-être au cours de l'entretien, pour moi la maîtrise de stage ça m'a apporté beaucoup. A la fois sur le plan professionnel et je pense aussi sur le plan humain.

- Qu'est-ce qui vous a amené au début à faire la maîtrise de stage ?

Silence.

- La première raison, qui me paraît essentielle. Y'en a beaucoup… Mais la première raison : c'est que même avec le temps qui est passé, je trouve que ma formation initiale n'était pas du tout adaptée à l'exercice de la médecine générale. Alors ça c'est quelque chose qui, quand je reviens ici, c'est même marrant, je pense à mes années fac… Alors vous pouvez imaginer j'ai (*âge*) ans, c'était… j'avais 18 ans, à peine 18 ans puisque je suis entré en fac de médecine j'avais 17 ans ½. Et même si j'ai eu des enseignants, des chefs de service, etc, qui étaient très sympathiques, et plutôt pédagogues… J'ai trouvé que j'avais une formation initiale qui était pas du tout mais alors pas du tout adaptée à l'exercice de la médecine générale. C'est-à-dire qu'en fait quand j'ai commencé à faire le premier remplacement je suis tombé de très haut. Parce que en fait je connaissais le syndrome de je ne sais pas quoi, pour une pathologie oculaire, Euh… Que certains ophtalmo ne verront jamais au cours de leur carrière, on me demandait de connaître ça presque par cœur. Alors que je ne savais pas regarder une oreille, je ne savais pas… Euh… avoir… Je ne savais pas… Comment dire… Gérer un entretien avec une personne dépressive, etc, etc... Donc vraiment la première raison pour laquelle je suis devenu maître de stage c'est que j'avais envie que les futurs généralistes qui vont s'occuper de patient, de nous soigner qui vont me soigner, soigner mes proches et qui vont soigner la population française, soient des gens beaucoup mieux formés. Donc ça c'est vraiment la… la raison principale. La deuxième raison, elle est très personnelle. *rires.* Elle n'a rien à voir. C'est que j'ai des enfants qui sont jeunes, qui arrivent… Qui sont dans le troisième cycle, et qui ont beaucoup de mal à trouver des stages. Et je me suis dit mais c'est pas possible ça. En effet ils ont beaucoup de mal à trouver des stages,

j'ai un fils qui est en école de commerce, entre autres, et Euh… C'est des réseaux, des... J'ai trouvé ça lamentable. Donc j'avais aussi envie d'être maître de stage pour aider, pour permettre, À vous les futurs médecins généralistes, ou futurs spécialistes, ou futur je ne sais pas quoi, futur médecin qui allez exercer ultérieurement… Euh… D'avoir un terrain de stage supplémentaire. Voilà donc ça je m'en faisais un devoir. Euh… La troisième raison c'est… Je suis toujours attiré par tout ce qui est nouveau. Même si, comme beaucoup de gens, on a toujours peur de ce qui est nouveau. On a toujours une certaine appréhension. Mais j'ai trouvé ça… J'ai trouvé que j'étais arrivé à un moment de ma carrière… Donc j'avais à peu près 15 ans d'exercice de la médecine… au moment où j'ai décidé d'accueillir des externes. Ça s'est fait progressivement, parce que à l'époque, les externes c'était que deux mois, hein. Sur (*ville*) c'était que deux mois. C'était l'occasion de… De voilà… d'appréhender une nouvelle… Euh… fonction. Une nouvelle façon de travailler. Euh… La quatrième raison, c'était aussi sur le plan humain. C'était des rencontres. J'aime beaucoup les nouvelles rencontres. Je trouve que la vie sur la Terre est faite de rencontres, que ce soit en voyage, que ce soit dans le travail, que ce soit… La vie privée, les amis, etc… J'aime la rencontre, et c'est vrai que accueillir un interne pendant six mois ou un externe pendant deux mois c'est une rencontre avec une nouvelle personne. Une rencontre qui va au-delà des apparences. Et en plus, qui avait du… Et en plus là y'avait quelque chose de professionnel en plus. Donc voilà, il y avait ça. La cinquième raison… Je l'ai un peu oubliée… *Rires*… Mais Euh je trouvais que voilà… Euh… il y avait la formation initiale, mais j'ai trouvé aussi j'ai trouvé que de mettre en situation des gens qui avaient, supposons, une meilleure formation initiale que nous, et bien c'était l'occasion de l'affiner, on va dire. Donc là c'était encore sur le plan professionnel. Affiner… Se mettre dans les conditions dans lesquelles chaque généraliste, tous les généralistes de France, chaque jour, travaillent. Et voilà… Donc formation initiale de qualité ou pas de qualité, de toutes façons, il fallait que vous… Que vous connaissiez autre chose que ces stages hospitaliers qui sont un reflet extrêmement limité de l'exercice de la médecine. Voilà. C'est-à-dire que il faut des hôpitaux, il faut des stages hospitaliers, mais il faut pour tous les généralistes qui veulent devenir généraliste… Voilà. Et puis aussi, il y ait une dernière raison, et puis je terminerai parce que je vais être trop long. C'est que je suis quelque part au fond très attaché pour des raisons quasi philosophiques, politiques, spirituelles, à… Au rôle… Et à… Au rôle… du médecin généraliste, du… Du médecin de soins primaires, du médecin traitant, médecin de famille. Euh… Dans une société

comme la nôtre, très connectée, où on met en avant, dans les magazines, partout la révolution de… De l'internet, la révolution des smartphones et de tout ça… Je pense que jamais, jamais on ne pourra remplacer un médecin de famille. Et je me le suis d'autant plus dit que, même si j'ai des coups… Comme beaucoup de médecins généralistes, des coups de blues, des coups un petit peu de burn out. Quand une maman vous dit, qui a 3-4 enfants et qui en grandissant un jour, vous dit : vous savez docteur ce que vous m'avez apporté… vous m'avez apporté quelque chose que jamais personne d'autre n'a apporté dans ma vie, les yeux dans les yeux… Bah ça vous fait bizarre. Vous rentrez chez vous et vous dites, bah oui, vous faites quand même un beau métier quelque part. Même si je suis quand même un peu fatigué. Donc j'avais envie de transmettre ça… Une sorte de transmission… De dire, à vous les jeunes médecins, que mine de rien c'est un métier épuisant, que c'est un métier où quelques fois on a du mal à trouver du sens, etc. Mais en même temps sans s'en rendre compte quelquefois on apporte énormément à des gens… De tous les âges, des petits bébés qu'on voit, mais ils ne peuvent pas le dire. *Rires.* Mais à des… Parce que j'ai aussi beaucoup de petites grand-mères qui sont très âgées et je pense que je leur apporte beaucoup. D'où ma réflexion aussi sur maintenant, justement une évolution pour les 10/15 ans qui me restent, un travail sur la fin de vie parce que je pense là aussi que la médecine actuelle n'est absolument pas encore au point sur tout ce qu'on pourrait appeler des soins de confort, les soins de fin de vie. La technique ne remplacera jamais un médecin qui vous tient la main, qui vous parle doucement, et qui parce qu'il est médecin a le droit de faire des choses que peuvent pas faire des non-soignants. Voilà en gros toutes les raisons qui ont fait que je suis devenu maître de stage, donc une transmission voilà. Et puis aussi dernière chose, j'aime… Même si y'a des côtés qui sont un peu pénibles, j'aime bien lire des papiers des DMG, des gens… la revue exercer, etc… On sent quand même des gens qui réfléchissent et c'est quand même une médecine générale qui… Euh… se veut de qualité et qui est de qualité je pense. C'est pas la médecine générale que j'ai connu les années 90 quand je faisais mes premiers remplacements, qui était plus de l'abattage, et... Donc voilà… Qui n'a rien à voir avec une médecine de qualité. Là on sent une vraie volonté, au sein des départements de médecine générale, en tous cas celui de Nantes… De faire de la qualité, de se poser des questions, de se remettre en question. Et ça ça me va bien, ça me va bien dans la vie privée aussi. C'est totalement en connexion… Enfin ma vie professionnelle je la mets en connexion avec ma vie privée parce que j'aime bien

me remettre en question dans tous les domaines quels qu'ils soient. Voilà toutes les raisons.

- Ok.

- J'arrête là.

- Quel est l'objectif pour vous, l'objectif pédagogique du stage Prat ?

Silence.

- Ahhh. *Silence.*

Alors là… On rentre dans un domaine… L'objectif pédagogique ? *Silence.* Euh Bah ça reste toujours quelque chose… Euh… J'en ai parlé justement en réunion y'a pas longtemps… Euh… Ce mot pédagogie : c'est en fait comment transmettre. Parce que vous savez il y a le savoir, le savoir-faire et le savoir-être… Qui me va bien. Bah en fait la pédagogie c'est comment, de façon tranquille, sereine, permettre bah la transmission de ces trois savoirs. Alors le savoir, ça va être le savoir encyclopédique. Bah… écoutez c'est pas très intéressant parce que, je veux dire avec internet les jeunes médecins ont souvent un savoir qui est quasiment à peu près équivalent au nôtre, voire même quelque fois supérieur au nôtre. Le savoir-être alors là-dessus il y a vraiment énormément à transmettre. Donc la pédagogie c'est comment transmettre ce savoir-être. Et le savoir-faire c'est pareil, c'est savoir comment transmettre ce savoir-faire. On a beau savoir plein de choses, et connaître plein de choses. On peut être un très mauvais médecin au sens compétences, si on ne sait pas… Euh… Si on a quelques connaissances sur le savoir-être. Donc je pense que les jeunes médecins maintenant vous avez des cours là-dessus, des formations. Mais je pense que d'être en situation est beaucoup plus profitable. Donc la… Alors je ne sais pas si je réponds à votre question sur la pédagogie ? Mais la pédagogie c'est… Euh… Bah en remettre une couche sur ce que c'est que la médecine générale en 2015. Ce que c'est que la médecine générale selon les… Les concepts qui ont été mis au point, depuis une quinzaine d'année, dans le monde entier, hein. Voilà. Et au quotidien, comment transmettre ces trois savoirs dont j'ai parlé. Et comment mettre en pratique des concepts qui ont été élaboré par des sociétés savantes, au quotidien, face à tous ces patients qui viennent de tous les horizons, de tous les âges, tous les niveaux sociaux. Voilà. Donc, voilà, je ne sais pas si j'ai…

- Si

- C'est vrai que pédagogie c'est toujours un mot qui me fait peut-être un peu peur.

Rires. Silence.

- En terme de temps, parce que le temps c'est souvent un problème qui revient…

- Tout à fait.

- Qu'est-ce que ça représente le fait d'avoir un interne ? Et la supervision notamment, sur… Euh… l'organisation du temps au cabinet ?

- Bah c'est vrai que… c'est un problème, c'est une difficulté… Euh… car comme beaucoup de médecins je suis débordé, j'arrive pas à répondre à la demande. C'est à dire que comme beaucoup de médecins j'ai plus de gens qui veulent me voir que moi j'ai de temps pour les recevoir. Donc le fait d'avoir un interne tout de suite va… va, va… va poser problème puisque le fait de recevoir un interne m'oblige à consacrer un peu de temps soit entre chaque consultation soit à certains moments de la journée, soit le midi au cours du repas… À faire un débriefing, à prendre du recul sur certaines situations cliniques. Donc ça prend du temps, mais… Je savais en signant et en devenant maître de stage universitaire que ça allait être le cas. Et au bout de quelques années, j'ai envie de dire que ça ne se passe pas si mal que ça. Mais c'est vrai que, bon, ça nous fait perdre du temps. Mais Euh… Les patients sont plutôt satisfaits de voir cet interne, acceptent un peu de retard. Et puis moi je suis dans un cabinet où il n'y a pas trop de retard, par rapport aux cabinets, par exemple, de campagne. Où là il est des patients qui nous disent qu'ils attendent 1H30 à 2H dans la salle d'attente. Alors que dans ma salle tente on attend 20 minutes/une demi-heure. Quelques fois un peu plus mais c'est rare. Donc le temps est une… En effet ça reste le problème principal. Euh… Un des problèmes principaux… Mais euh… j'ai envie de vous dire que j'en fais mon affaire. Ça ne serait pas une raison qui expliquerait l'arrêt de la… J'arrêterais pas de faire, d'être maître de stage, à cause du temps. Je n'ai pas fait ce métier pour faire de l'abattage. Je me limite à 20 ou 25 patients par jour. Avec malheureusement un délai de rendez-vous qui s'allonge, comme beaucoup de médecins. Mais les patients qui ont décidé de rester dans mon cabinet, c'est des patients qui acceptent, et après on se débrouille. Bon après je prends des patients entre deux, j'ai fait des… Voilà… Des petites entorses à mes principes. Mais euh… C'est vrai que pour moi c'est normal qu'on… J'assume le fait de perdre du temps. Mais perdre, c'est pas perdre… De prendre du temps. Je prends du temps pour accompagner mes stagiaires et pour venir, après une consultation ou au cours de la journée, revenir sur certaines consultations ou sur des notions… Euh… importantes de l'exercice de la médecine générale. Et puis je mange avec eux souvent. Donc souvent c'est l'heure du repas, donc on joint l'utile à

l'agréable. On déjeune, et en parle soit de notions générales, soit d'un patient avec qui éventuellement il y a eu des difficultés. *Silence.*

- Vous aviez l'air d'évoquer d'autres problèmes, par rapport à la médecine la maîtrise de stage. Alors qu'est-ce que ce serait pour vous les autres difficultés ?

- Oui, alors Euh… oui c'est vrai que… *Sourire. Rires*. C'est terrible les entretiens. *Rires. Silence.*

- Euh… Bah éventuellement, le deuxième problème c'est… C'est marrant pourquoi j'ai dit ça ?... Le deuxième problème c'est éventuellement Euh… Le fait que… J'allais dire… Bon quand même si en fait le deuxième problème c'est vraiment interne-dépendant. C'est-à-dire que on peut avoir vraiment des atomes crochus, on peut trouver que l'interne est vraiment sympa et que c'est un bonheur de travailler avec, d'être avec. Quelques fois ça peut être un petit peu plus lourd. Donc ça c'est le deuxième problème et là c'est vraiment interne-dépendant, ça n'a rien à voir avec l'exercice de maître de stage. C'est vraiment une histoire d'hommes et de femmes. Euh… C'est quelquefois, en fait le problème… En fait sur certaines journées où il y a beaucoup de travail, on sait qu'il y a beaucoup de travail, et si moi j'ai une réunion le soir par exemple, avec un cadre qui est un peu plus rigide que d'habitude. Et que l'interne est là… il va falloir quand même être à peu près… Accueillir l'interne correctement, recevoir tous ses patients, être à l'heure, parce que y'a… On va au théâtre, on va au cinéma, y'a une réunion de boulot, ou je ne sais quoi. Donc là, ça peut être, c'est vrai… On perd en liberté. Parce qu'en fait, quand on a, comme moi, 19 ans d'exercice de la médecine générale, on arrive à trouver des subterfuges, des techniques pour… Pour vraiment on gagne du temps et voilà, et on… voilà. Chose qu'on peut pas se permettre quand on a un interne à côté de soi. Alors on arrive quand même à se permettre, parce qu'on prévient l'interne : tiens ce soir je vais au théâtre, je vais au cinéma, je sais pas quoi, ou j'ai une bouffe chez des amis, ou j'ai une réunion. Et donc là voilà quoi. Donc on arrive quand même. Mais ça peut être… On culpabilise dans le fait qu'on accueille un interne, on accepte quand même un certain nombre de conditions. Et ce jour-là on va peut-être pas faire, ou peut-être que j'ai une autre idée de la maîtrise de stage… On sera peut-être pas… On fera peut-être pas notre activité comme il le faudrait. Donc voilà le problème. Et puis c'était quoi le troisième problème… Oui quelque fois ça peut être… Euh… Je veux dire… Sur certains patients on sait qu'on va être observé, ou en supervision directe ou indirecte, ça va mal se passer… Et on va compliquer les choses. C'est-à-dire que nous on se permet de faire des choses avec certains patients, parce qu'on les connaît

par cœur, on sait ce qu'ils veulent etc. Et le fait que ce soit de la supervision directe ou indirect on va… fttttt… On va être obligé de faire autrement. Peut-être que je me pose trop de questions… Et ça vient un peu compliquer les choses, en tous cas dans mon esprit. Mais là aussi, en fait, c'est très bien que y'ait un interne au bout du compte, parce que ça m'oblige à voir ma façon d'être avec certains de mes patients. Donc c'est pas plus mal. *Silence.*

- D'accord.

- C'est ça les autres problèmes. Je crois que j'en oublie pas. Mais globalement je suis très satisfait sur la… Sur l'exercice de la maîtrise de stage. *Silence.*

- Pour vous, qu'est-ce qu'il faudrait pour que la maîtrise de stage soit parfaite ? Qu'est-ce qu'on peut améliorer ?

- Alors… Déjà une chose… Euh… Et ça j'espère qu'on y viendra dans les 30 ans qui viennent… Euh… C'est des locaux. Des locaux vraiment imaginés. Donc, avec…. Oh je sais pas comment on pourrait imaginer ça… Je dis pas qu'il faudrait une médecine uniforme. Mais en tous cas qu'il y ait un travail qui soit fait, avec les départements de médecine générale, avec les… Le CEGLAV. En tous cas avec, éventuellement des architectes, sur des locaux qui soient totalement adaptés à la maîtrise de stage. C'est-à-dire que, je sais que… Entre autre, je sais que certains, euh Médecins généralistes ne sont pas maîtres de stage, ne prennent pas d'interne, tout simplement parce qu'ils n'ont pas des locaux adaptés. Alors c'est quoi des locaux adaptés ? Bah en fait c'est un local, où justement on puisse vraiment faire de la supervision direct, indirecte. Qu'on puisse permettre au patient de garder une certaine intimité, mais en même temps permettre aussi à l'interne d'avoir… De… Donc on pourrait imaginer des architectes, avec des gens qui réfléchissent… Enfin ça doit exister. Et puis après on pourra imaginer qu'une fois que des gens auront mis ça au point on pourra le proposer à toutes les facs de France. Des… Et après on peut s'en inspirer, ou non, comme toujours. Des locaux qui soient vraiment adaptés à ça. C'est-à-dire que, un local adapté peut rendre vraiment la maîtrise de stage encore plus facile. Aussi bien… Plus agréable pour le patient, plus agréable pour le maître de stage et plus agréable pour l'interne. Donc ça, ça reste flou, j'ai… Mais je pense que mon local, par exemple, est pas trop mal. Mais ça serait à refaire… Bon je vais déménager dans 3-4 ans normalement. Et bien quand je ferai, euh, j'installerai mon nouveau cabinet médical, j'aurai en tête l'idée de comment j'organiserai la maîtrise de stage dans ce local. Alors ça, voilà, c'est flou. Mais en tous cas, une petite pièce où on laisse quelque fois l'interne, et on est accessible par

téléphone, par sms, Voilà… Et moi pendant ce temps j'ai un ordinateur, un petit poste, où pendant ce temps-là je peux travailler, faire un petit peu de bibliographie. Donc ça c'est la…. Votre question c'était qu'est-ce que la maîtrise de stage idéale ? Voilà. La deuxième chose c'est que… Euh… Peut-être en amont, dès la 2e ou 3e année, obliger tous les étudiants de 2e et 3e année à aller passer une ou deux demi-journées chez trois médecins généralistes différents. Mais obliger. C'est-à-dire ils ont pas le choix. Qu'ils soient médecin du travail plus tard, qu'ils soient médecin de la sécu, qu'ils soient médecin spécialiste, qu'ils soient chirurgien. Qu'ils sachent qui vient dans un cabinet. Je pense qu'il y a, par jour, en France, un million de personnes qui traversent la porte d'un cabinet médical. A peu près, je crois que c'est les chiffres… En tous cas, autour d'un million. Et euh… Plutôt que d'avoir des à priori sur ce phénomène, et ben on va voir ce qui se passe, et on comprend pourquoi chaque jour il y a un million de personnes qui traversent, qui font le pas… Voilà qui appellent un médecin généraliste de soins primaires. Donc euh… pour que les internes, pour que la maîtrise de stage se passe au mieux la 7e année, ou 8e année, c'est ça, hein ? Euh il faudrait que déjà en amont, on sensibilise nos futurs médecins, Euh. A ce que c'est qu'un… Qu'un cabinet de médecine générale. La troisième chose, ça me vient à l'esprit vous voyez. Et ça c'est un projet que j'ai, pour tout de suite. Je pense que ça serait bien que les… Là aussi… Nos internes de médecine générale passent, au cours de leurs six mois, aient aussi possibilité de passer un ou deux jours… Alors vous faites peut-être déjà, mais vous voyez… Avec un médecin de la sécurité sociale, qui contrôle les arrêts de travail par exemple, avec un médecin du travail qui voient des gens qui… Voilà. Donc Euh voilà. Avec un médecin du travail. Et dans certaines spécialités, chez certains spécialistes libéraux qui touchent à la médecine générale. Donc je pense à la dermatologie, qu'est-ce qu'ils voient les dermato. Donc moi j'ai fait un peu ça avec mes internes… Euh… Eventuellement l'ORL. Donc Voilà. Donc la maîtrise de stage idéale aussi ça serait qu'on puisse vraiment casser des barrières, fluidifiant vraiment le… Enfin… le passage de ces futurs médecins qui quand ils seront généralistes pour un certain nombre, pas tous hein, Euh… Bah au moins ils seront passés un peu partout. Et euh ça leur ouvrira l'esprit, sur justement euh sur cette médecine très globale que moi je défends énormément. J'ai pas le temps de vous expliquer ça hein, moi je suis un grand défenseur de la médecine globale. Moi je suis très dans l'idée que on doit travailler tous dans le même sens, avec les infirmières, les kinés, les dentistes, les pharmaciens, les spécialistes libéraux, etc… Donc la médecine idéale c'est que notre interne il vient six mois chez nous, mais dans

les six mois… Euh bah par exemple quand moi je suis en vacances et que il sait pas quoi faire, car j'ai ce problème là l'été, bah aller hop on lui dit, bah il va passer une journée dans une pharmacie. Voilà, il soit vraiment… Euh, voilà il s'ouvre. Et je pense que le système de soins français est beaucoup trop cloisonné. Voilà, ça c'est un truc qui me. Bon je pense encore plus maintenant qu'il y a 15 ans. Et donc il faut décloisonner, il faut fluidifier. C'est les mêmes patients qui vont dans les pharmacies, c'est les mêmes patients qui vont voir l'ORL, c'est les mêmes patients qui vont voir le dermato, qui vont à la médecine du travail, qui vont aller chez le médecin conseil… Donc c'est les mêmes patients qui arrivent chez nous. Donc si on sait qu'ils sont allés partout, on va permettre aussi, à nous les médecins qui agissons sur ces secteurs, de faire plus de relation, que ce soit par téléphone, par sms, par mail, par je sais pas quoi. Ou par des petites réunions de temps en temps. Et je pense que le système de soin y gagnera. Je pense en fait que globalement, en France, on a un système de soin qui est plutôt pas mal, performant, mais qu'on pourrait gagner, et qu'on pourrait dépenser beaucoup moins d'argent… Euh en soins, en soignant les gens beaucoup mieux. Voilà, tout simplement. Et je pense que le système de soin est trop cloisonné, vraiment trop cloisonné. Donc la maîtrise de stage idéale c'est aussi, en parallèle ou en même temps que le stage chez le généraliste, il y ait aussi des journées par-ci des journées par-là, chez des spécialistes, qui travaillent avec le généraliste. Donc moi je l'ai fait avec certains de mes internes. Voilà. Qui sont allés aussi… Faut penser aussi à tout ce qui est problème d'addiction. Le problème c'est que moi ça me demande du travail, parce qu'il faut tout contacter, etc. Mais Euh j'ai plusieurs internes qui sont allé passer deux journées dans un centre pour toxicomanes etc. Parce que nous on les voit aussi pour renouveler leur Subutex, ou leur Méthadone. Donc on a parlé des locaux, on a parlé de, en amont, préparer l'interne à cette maîtrise… Enfin à ce stage. On a parlé de la fluidité et éventuellement travailler avec des libéraux autres que généralistes. Qu'est-ce qu'on pourrait faire pour que ce soit idéal ? Bah ne plus être payé à l'acte.

Rires.

- Je dis ça parce que je suis un peu provocateur. Parce que moi je suis absolument persuadé que c'est dépassé. C'est-à-dire que même si j'ai des amis à moi qui ont manifesté dimanche, et moi je ne suis pas allé manifester bien évidemment. Je pense que le paiement à l'acte est quelque chose qui ne correspond plus du tout à la médecine générale de 2015. C'est-à-dire que c'est vraiment un truc… Euh… Et j'espère que ça va disparaître. Parce que le soir, plutôt que de compter ses chèques, ses espèces, ses cartes

bancaires, et faire sa compta à la con. Ce qui est vraiment, en plus, pas du tout intéressant, paf bah on lira pendant 1/4h une revue de médecine générale, et on sera encore meilleur le lendemain pour soigner nos patients. Voilà. Donc Euh. Plus de… Pas de paiement à l'acte, des cabinets… Alors si, 5e chose, on parlait de locaux. Alors toujours dans le même sens, des cabinets vraiment de… Ou des maisons… Alors moi aussi j'aimerais bien monter ça sur (*ville*)… *Rires.* J'ai quelques projets… J'ai plein de projets moi ! *Rires.* Vous savez ce qui s'est monté y'a pas longtemps, alors je sais pas où, une espèce de… Une maison médicale. Alors je crois que c'est en Normandie, et ils se sont dit, y'a un partenariat avec la fac, de Caen ou de Rouen. Et Euh je sais plus ce qu'il y avait. Mais vraiment un truc… Alors c'est le DMG, c'est mis en relation, enfin voilà… Et une sorte de maison médicale universitaire. Alors je sais plus ce qui s'y passe, mais j'ai vu ça dans une revue. C'est vraiment, mais c'était passionnant ce qu'ils faisaient. Et avec, en plus dans cette maison médicale y'a des psychologues, y'a des orthophonistes. Donc vraiment un truc, voilà quoi. Donc voilà un truc, faut vraiment décloisonner, fluidifier. Lutter contre ce côté rigide, ce côté réglementaire de tout. Oui faut des conventions de stage, bien sûr, mais bon cool quoi. Arrêtez de nous mettre des… Moi je vois ça dans plein de domaines, et c'est terrible quoi. L'énergie qu'on passe, qu'on perd. Enfin le temps qu'on perd et l'énergie qu'on… Qui… Qu'on perd à lutter contre cette rigidité. Alors bien sûr il faut quand même des cadres, bien évidemment mais… Donc voilà. J'ai un peu répondu à votre question ?

- Oui. Oui, oui, c'est plutôt bien. Euh. Est-ce que vous avez envie de dire des choses particulières sur… Euh la façon dont vous supervisez au cabinet ?

- La façon dont je supervise au cabinet ?

- Oui.

- Euh. *Silence.* Est-ce que j'ai envie de dire des choses particulières ? Euh Pfffff qu'est-ce que je pourrais dire ? Donnez-moi… Guidez-moi.

- Je sais pas. Est-ce que vous voulez nous dire comment ça se passe, ou comment on pourrait faire pour aider, ou comment…

- Bah ça se passe bien.

- Oui, mais comment ça devrait s'organiser idéalement ? Enfin…

- Bah Euh non je crois que ça se passe bien. Bah en fait j'attends. Si en fait là je suis dans le flou. J'ai toujours pas reçu d'évaluation. J'ai pas d'évaluation encore.

- Pour vous, des internes qui ont fait d'évaluation sur vous ?

- Oui. Donc j'ai envie de savoir. Et j'hésite pas à demander à mes internes ce qu'ils pensent de moi, ce que je pourrais améliorer. Mais je pense qu'ils n'osent pas trop dire. Mais, euh j'essaye d'être bienveillant, d'être gentil. Euh voilà. Mais je pense qu'il faudrait que j'ai des piqures de rappel en terme de pédagogie. Je pense que. Voilà, il faut peut-être venir plus souvent ici *(l'entretien se passe à la fac, à coté DMG)* savoir comment il faut améliorer sa pédagogie. Euh, mais la supervision se passe bien. Moi j'essaye de… J'insiste beaucoup sur la clinique, je leur dis souvent à mes internes que le médecin généraliste c'est le médecin de la clinique. Même si quelques fois la clinique ne donne pas grand-chose, mais faut être clinicien. On soigne les patients en commençant à les examiner. C'est ce que je dis souvent à mes… Voilà. Donc Euh, non c'est… Pour moi, des choses particulières sur ma supervision directe ou indirecte. Non, non je sais pas en fait. Il faudrait que ce soit un tiers, un professionnel qui regarde. *Rires.* Un 4^{e} : le patient, le médecin, l'interne, et un superviseur du maître de stage. On pourrait imaginer ça, bon c'est un peu compliqué mais… Une petite caméra ou je sais pas quoi. Mais… Euh donc ouais je ne demande qu'une chose c'est à m'améliorer, donc être supervisé moi-même, je serai prêt à être supervisé. Maintenant c'est compliqué à mettre en place.

- Vous avez fait des formations avec le CEGLAV ?

- Alors j'ai fait… Euh j'ai fait une formation… Alors je sais jamais entre le DMG et le CEGLAV. Mais j'ai fait une formation y'a longtemps, qui s'appelle je sais plus quoi qui… Parce que j'ai même pas le nom… Qui devait être… Euh. En fait celle qu'on fait, si vous voulez, pour devenir maître de stage pour les internes.

- Oui

- Après j'ai fait la supervision indirect, non, directe. Donc ça je l'ai fait. J'ai l'intention de faire la supervision indirecte. Mais je voulais faire cette année puis j'ai dit : non on laisse tomber, ce sera l'année prochaine. Et là j'ai l'intention de faire un groupe de pratique : GPEA ou je sais pas quoi, avec Nicole Leray, Joseph Rousselot et voilà. Superviser par je sais plus qui en (*lieu*). Voilà. Et là c'est quatre soirées.

- Vous avez commencé ?

- Oui. *Rires.* Mais c'est un peu, c'était sympa mais c'est un peu merdique. Oui merdique, pas… Ça manque de…

- C'est pas ce que vous attendiez ?

- Je sais pas. Non si c'était bien. Moi j'ai présenté mon dossier, donc j'étais content. J'ai présenté mon cas clinique. J'ai trouvé ça très intéressant, justement, d'être repris par des

pairs, avec bienveillance. C'était sympa. En plus un cas clinique très intéressant, c'était vraiment… Intéressant. Sur les difficultés que j'ai eues avec mon interne. Et Euh donc oui, j'ai fait des formations, et il faut en faire. Moi je fais partie de… Alors c'est vrai que c'est lourd. C'est vrai qu'on a du mal à se dégager. Mais je pense qu'il faut en faire une tous les deux ans, minimum ; une tous les ans serait idéal.

- Hum hum…

- Le problème c'est qu'on a pas beaucoup de vacances, pas beaucoup de… Enfin voilà. Mais euh pas beaucoup de trucs, pas beaucoup de temps, mais voilà. Mais Euh, non non c'est vrai que actuellement moi mon grand chalenge c'est équilibrer ma vie privée et ma vie professionnelle. Et pffff c'est compliqué. Parce que j'ai une femme que j'aime, et j'ai pas envie de la perdre à cause de mon travail. Et bah je vois que vous être enceinte donc… *Rires*. Et ça c'est un grand chalenge du médecin, et y'a pas que le médecin, y'a le cadre supérieur j'imagine c'est pareil. Mais c'est trouver un équilibre entre vie professionnelle et… Mais ça aussi on peut imaginer que dans les premières années d'installation il y ait des gens qui viennent vous voir, vous aider car ça fait peur. Mais vous les femmes vous être plus douées que les hommes je pense.

- Pour ?

- Pour trouver un équilibre entre vie professionnelle et vie privée. Nous les hommes on est plus dans le travail, travail. Et on… Enfin je sais pas.

- Je sais pas.

- Vous savez pas non plus ! *Rires*. Mais donc voilà, sur la supervision directe j'ai répondu. Et c'est quoi votre 2^{e} question ? Non c'est pas une question. Bon voilà, je crois que je vous ai dit l'essentiel.

- Hum hum.

- Je suis allé un peu dans tous les sens.

- Oui. Je pense qu'on a fait un tour. Donc après si vous avez envie de rajouter des choses ? Sinon…

- Bah je suis content qu'il y ait une thèse qui soit faite là-dessus, qu'il y ait un travail qui soit fait là-dessus. Que j'espère que ça entrainera de la réflexion et que ça permettra de progresser. Et c'est vrai que… Je trouve que tout ce qui se fait autour de ça c'est intéressant. Et que… tout ce qui passe par la formation, par la maîtrise de stage, par la formation des internes, par le médecin généraliste. Et bien, voilà. Et que y'a des gens qui prennent du temps hein. On les critique beaucoup, et c'est normal pour certains aspects. Mais tous ces gens du DMG ou du CEGLAV qui passe de… Qui passent du

temps quoi. Et bah je les félicite, heureusement qu'ils sont là quoi. Parce que s'ils ne le faisaient pas, qui le ferait quoi ? Et puis qu'il y ait des internes qui fassent des thèses c'est très bien. Vous voulez faire de la médecine générale vous ?

- Oui. Moi j'ai fini mon internat, je remplace pour l'instant.

- Vous remplacez ?

- Oui.

- D'accord. Et ben écoutez…

- Et ben c'est tout bon.

- Quelle heure est-il ? C'est bon ! Parfait.

8.10.2 MSU 58

- Tout d'abord j'aurai voulu savoir comment vous avez ressenti notre questionnaire ? Alors vous ne vous en souvenez pas trop ?

- Bah non pas du tout…

- Donc on va sauter cette question-là ! *(rires)* Donc votre ressenti global sur la supervision des internes en niveau 1.

- Alors, sur la supervision directe, indirecte ou euh…

- Globale ! Donc vous dites ce que vous voulez.

- Euh… Ben je trouve que, bah si on parle de ça je trouve que cela m'a beaucoup apporté. Premièrement ça m'a beaucoup apporté parce que ça m'a relancé dans une activité qui… dans laquelle je m'épuisais un peu.

- Hum, hum.

- Je suis maître de stage depuis environ 10 ans, et heu d'avoir quelqu'un auprès de moi au contraire cela m'a apporté quelque chose. Ça m'a… Je l'ai fait parce que, au départ je cherchais quelqu'un en vue de m'associer, en vue de me remplacer aussi. Pour m'associer, ça a été heu, ça a été petit à petit je me suis rendu compte que ce n'était pas possible. Une des raisons, ça a été entre autre parce que on est tout à la fois près et loin de Nantes. Or la plupart des internes veulent être sur Nantes. Voila. Et heu, d'autre part les remplacements j'avoue j'en ai trouvé beaucoup plus facilement comme ça. Ensuite j'ai trouvé heu, que ça me faisait avancer. Ça je l'ai dit tout à l'heure. Parce que j'ai vraiment eu l'impression que c'était stimulant au niveau intellectuel, au niveau de mon exercice quotidien quoi, c'était vachement stimulant. Les internes me poussant certainement en me posant des questions, en me faisant me poser des questions aussi. Des questions sur mon mode d'exercice, sur ma façon de travailler aussi. Voila. Donc heu dans toutes les supervisions j'ai trouvé que c'était bien. Et puis après, en supervision indirecte quand l'interne travaille seul, et ben ça me permet et ça m'a permis lorsqu'il y a beaucoup d'activité, de me… j'ai une pièce à côté et l'on pouvait travailler à deux pour rattraper le retard. Et ça c'est bien.

- Vous trouvez cela bien.

- Donc toute façon c'est bien ! Ouais… Voilà.

- Très bien. Et donc sur la phase, on va parler des différentes supervisions, donc sur la phase d'observation active où il est sur le fauteuil, celui-là derrière, qu'est-ce que vous pourriez en dire ?

- Euh… Toute façon je considère que la personne, que l'interne ne peut pas rester toute une journée, la journée est longue quand même ! Toute une journée sur le siège en question toute la journée sans rien faire ! Donc il ou elle va de l'autre côté assez rapidement, de l'autre côté-là (me montre l'endroit d'examen clinique), assez rapidement, ou se met à l'ordinateur pour découvrir le logiciel, enfin voilà quoi. Toute façon y'a un mélange, c'est évident que y'a un mélange, un mélange des différentes phases, au moins au début, d'observation, de supervision directe, indirecte … Y'a vraiment un mélange dans ces phases là. Mais je crois que votre question n'est pas sur la supervision ?

- Sur la supervision.

- Donc pas l'observation ?

- Ah, ça fait partie de la supervision, non ?

- Bah, je sais plus. Car, il me semble me souvenir qu'il y avait la phase, qu'il y avait en théorie trois phases. L'observation, la supervision directe, la supervision indirecte. Mais Laure vous le dira plus précisément je pense.

- Pour vous la phase d'observation active n'est pas de la supervision.

- *(Soupir…)* C'est ça que vous…Ben il me semble, je crois hein, il me semble bien hein !

- D'accord, oui.

- Mais bon, vous verrez !!

- *Rire*

- Exactement ! heu… Est-ce que sur ces différentes phases vous éprouvez des difficultés ?

- Alors, j'ai heu… à être observé, pas du tout ! A superviser j'en éprouve peut-être moins que l'interne en question qui n'aime pas du tout être supervise. Alors on a beau dire, je suis allé en formation. On a beau dire que quand on accepte d'être observé l'interne accepte mieux d'être supervisé… Mais c'est pas toujours vrai.

- C'est pas toujours vrai ?

- Et moi je me suis rendu compte souvent que les internes passaient plus facilement à un stade de supervision indirecte, donc quand nous sommes à côté, dans une pièce à côté, à

un stade de supervision directe quand nous sommes juste à côté, et que c'est nous qui observons l'interne. Ça c'est quelque chose que souvent les internes vivent mal.

- Et comment vous le voyez qu'ils le vivent mal ?

- Comment je le vois, comment je m'en aperçois ?

- Oui.

- Heu, bah… Je crois tout d'abord c'est qu'ils me le disent. Et je vois qu'ils ne sont pas à l'aise quand je suis là. Ils ne sont pas à l'aise. C'est vrai que si je ne dis rien c'est difficile, et que si je dis quelque chose, immédiatement les gens s'adressent à moi. Si j'apporte une précision ou quoique ce soit, immédiatement bah les gens s'adressent à moi de toute façon. Heu, voilà. Alors heu, quelques fois, c'est vrai, ça tient aussi au mode d'exercice ! C'est vrai qu'étant en rural, je ne contrôle pas l'activité, beaucoup moins que en ville. Donc, heu l'activité peut être très importante, surtout en ce moment ! Et je contrôle pas vraiment, pas du tout même euh… Pourtant je pose des règles, assez strictes. Mais malheureusement les journées peuvent être à rallonge, par exemple 8h du matin à 8H30 le soir, donc ça heu, ça n'encourage pas forcément les internes non plus…. Euh, à venir je veux dire… et … euh… de quoi je parlais… (*silence*) euh…. J'étais parti sur autre chose mais j'ai fait une digression comme souvent… Remettez moi sur la piste.

- On était sur la supervision directe.

- Comment je m'en rends compte, hein c'est ça ?

- Ouais.

Comment je me rends compte du fait que les internes ne sont par forcément à l'aise. Lorsque je suis à côté donc en supervision directe… donc soit ils me le disent, soit je vois bien que les choses avancent pas forcément, et donc des fois, ça m'incite, peut être à l'excès, ça m'incite à faire avancer les choses, en posant les questions en direct au patient qui est là. Donc ça oui, je disais, que ça, ça tient surtout au fait que ben je suis un peu limité par le temps donc, ça je peux pas y passer une demi heure à chaque consultation quoi, non c'est pas possible. Donc c'est sans doute un peu pour faire avancer. Même si, je vous ai dit qu'il y a une pièce à côté où l'on peut travailler. Mais quand je suis dans la phase de supervision directe, et a fortiori dans la phase d'observation, l'interne il va pas aller de l'autre côté où il s'en va ! Moi je ne vais pas aller de l'autre côté. Ça peut arriver mais c'est très rare.

- Et pour vous, cette phase de supervision, donc on reste sur la phase de supervision directe, elle est intéressante ? Elle serait intéressante ?

- Je pense qu'elle est très intéressante, car elle permet de réorienter parfois sur l'interrogatoire, sur l'examen clinique, ça permet de faire repréciser des choses. Mais encore faut il accepter d'être observé. Et alors c'est pas forcément évident, quand on est jeune médecin ou interne, c'est pas forcément évident. Moi je me souviens quand j'étais interne, j'aimais pas forcément être observé hein. C'est évident hein. Heu, je veux pas dire que maintenant je suis sûr de mon savoir, mais de toute façon ça n'y change rien. Ecoutez, ouais, ça n'y change rien. Je me suis rendu compte avec le temps que, d'une part j'ai ma façon de fonctionner et que d'autre part heu, mine de rien, et ça, ça m'a été dit souvent par les internes… J'en sais par, par la pratique hein facilement plus que vous quoi. Alors en théorie vous en savez plus… Je dis vous mais heu…

- Oui bien sur !

- Vous en savez plus en théorie, bien plus que moi j'en savais, ce n'est pas comparable. Mais, mais en pratique non. Je le vois bien sur l'examen clinique d'un membre, d'un genou, d'une épaule ben y'a plein de choses qui ne sont pas sues, et que moi j'ai apprise sur le terrain. Voilà.

- Et qu'est ce que vous voulez dire par la, sur le fait que la pratique soit… Pour vous c'est un manque de la part des internes, ou…

- Vous voulez me faire dire quelque chose là !

- Non, je reprends en fait ce que vous venez de dire juste pour affiner.

- Euh, ben non je ne sais pas parce que ça s'acquiert avec le temps ! Y'a beaucoup de choses qui s'acquièrent avec le temps. Après je suis un peu au courant de cela parce que il se trouve je suis (*implication administrative*). Et j'ai appris peut-être avant d'autres, que les internes allaient venir chez nous en premier ou deuxième semestre et ça ne me paraît pas être une bonne idée, justement par rapport à ça. Parce que le manque de pratique il sera flagrant. Y'en a qui ont réagi beaucoup plus violemment que moi je peux vous dire.

- Oui je sais.

- Y'a des réactions hein… *(soupirs)*… bon !

- Et pour vous la pratique elle s'apprend à l'hôpital ?

- Pas que, mais elle peut s'apprendre à l'hôpital ! Moi je l'ai apprise en partie à l'hôpital ! Mais ça dépend de ce que vous y faites ! Je ne sais pas ce que vous y faites !

- Ou ce que l'on nous y fait faire !

- Ou ce que l'on vous y fait faire ! J'en sais rien ! Les études ont vachement changé depuis 25 ans, donc heu….. Je vous dis, en théorie vous savez plein, plein de chose.

Mais en pratique, ben ça reste à voir *(air ironique)*. Je ne sais pas. Je sais que la théorie c'est de dire oui mais puisque la pratique ne s'apprend pas forcément à l'hôpital, elle s'apprendra plus au cabinet… peut être ! On verra.

- Vous n'en avez pas l'air sûr.

- Je ne suis pas certain ! c'est dommage parce que ça ne va pas filmer mes gestes ! *(rire de sa part, faisant un non de la tête)*

- Oui c'est cela, mais bon je mettrai trois petits points ! (*donc* …)

- Mais bon on verra hein ! On me l'a dit et je le pense, c'est en faisant de la médecine qu'on apprend de la médecine ! Voilà.

- Et pour vous le « faisant de la médecine » ça se fait plus à l'hôpital que au cabinet.

- Non c'est partout. C'est un tout. L'hôpital ça peut être les urgences aussi. Ça peut être les urgences oui. Car on y est amené théoriquement à voir de tout.

- Le stage aux urgences peut être fait dès le premier semestre !

- Ouais, si il est fait.

- On peut le faire au premier semestre ou au deuxième puis venir au cabinet et donc avoir de la pratique !

- Oui, mais si on vient au premier semestre au cabinet ? Et si on n'a pas le choix de faire les urgences au premier semestre ? *(longue respiration profonde)* on verra. Mais il parait qu'on n'a pas le choix donc… donc on fera !

- Exactement ! Alors ma question après c'est, comment vous sentez vous quand c'est vous qui consultez ? On l'a un peu déjà dite… ça ne vous dérange pas du tout ?

- Bah écoutez, je fais au naturel quoi. Alors c'est ce que je disais tout à l'heure il y a une pièce un peu séparée pour l'examen clinique, donc l'interne est souvent là et voit ce que je fais donc, d'un autre côté il voit ce que je fais encore plus donc… non ça ne me gêne pas forcément. On a déjà répondu à cela toute façon.

- Mon autre question, c'est quand c'est l'interne qui consulte et vous à côté… donc c'est une phase qui vous met, qui met plutôt mal à l'aise l'interne ?

- Peut être que c'est moi, mais je crois que c'est plus l'interne d'après ce qu'on m'a dit.

- Du coup c'est une phase qui existe peu ?

- Peut être trop peu ! Alors que c'est une phase qui est importante. Mais peut être trop peu. Justement j'ai remarqué cela il y a pas longtemps grâce aux formations et puis aussi je l'ai remarqué car j'ai eu un interne il n'y a pas bien longtemps qui a été amené à travailler assez vite car je me suis cassé le bras ! Mais je suis bien tombé car c'était un interne très autonome… mais la phase de supervision directe a été trop brève ! Elle a

existé mais elle a été trop brève. Et la phase d'observation y'en a pas eu car je ne pouvais rien faire.

- Ah oui, et il n'y a même pas eu de… enfin tout de suite il s'est mis à consulter à votre place !

- Bah il a fallu parce que je ne pouvais rien faire ! Alors, si non, c'est la phase d'observation qui a été brève, mais la phase de supervision directe a été plus existante car j'étais là.

- Et du coup quand vous y avez été forcé, et que l'interne a été forcé également à passer par cette phase, vous avez remarqué que ça se passait différemment que quand vous en avez le choix ?

- Euh, ouais, parce que justement il n'y a pas eu cette phase d'observation. Mais elle existe forcément cette phase d'observation. Mais j'ai eu je crois contrairement à ce que je vous disais tout à l'heure y'a peut être eu, de mémoire, hein, y'a peut être eu plus de temps de supervision directe. Mais il est passé plus vite en supervision indirecte parce que … par la force des choses. Mais je suis bien tombé parce qu'il était très autonome. Je suis vraiment très bien tombé. *(sourire)*

- Parfait. (…) alors heu… la question suivante c'est comment évolue la supervision au cours du stage ? On y a répondu sans y répondre !

- Comment évolue la supervision ? Bah, j'essaie de mélanger au maximum ! De faire un peu…. Je vois la stagiaire actuelle bah je suis à côté, elle travaille toute seule, on en parle après, on débrief après, on mange ensemble mais le but c'est un peu de débriefer quoi ! Le but c'est de se connaitre mieux mais c'est aussi un peu de débriefer.

- Et au cours des 6 mois de stage ? Vous organisez comment votre supervision ?

(air interrogatif)

- Entre les différentes phases. Est-ce que au cours des 6 mois de stage votre supervision évolue ?

- Oui parce qu'il y a plus de supervision indirecte dans la dernière partie, les deux derniers mois, qu'avant ! ça évolue naturellement. Et puis l'interne acquière de l'autonomie, des capacités que avant il ou elle n'avait pas !

- Hum hum, effectivement. Euh, pour vous la supervision c'est quoi ? On se répète un peu !

- Ah, pour moi la supervision c'est quoi. Ah, c'est une sacré question cela. La supervision c'est quoi. Bah si on parle de supervision directe c'est moi, qui observe, et regarde l'interne travailler. Si on parle de supervision indirecte, heu, l'interne se

débrouille tout seul. Alors, on ne débrief pas après chaque cas, cela c'est impossible. Alors quand il y a des cas un peu particuliers on peut en parler avant ou après. Mais, euh moi je les connais les gens, je suis là. Si c'est moi qui ai repris un rdv la fois d'avant … si c'est moi qui leur ai dit de se revoir dans 15 jours ou dans 3 semaines, ben on se revoit ! si y'a des papiers à faire, c'est cela aussi, la supervision, la supervision ça peut être apprendre à faire les papiers ! C'est ça aussi, *(respiration profonde)* c'est pas rien l'administratif c'est quelque chose, c'est compliqué.

- Donc vous les accompagnez pour faire les papiers, c'est ça ? La supervision c'est faire les papiers, faire l'administratif.

- *(air sérieux)* ça peut être cela, oui ça peut être ça. Donc ça peut être le tout venant hein. C'est pas rien, hein. L'administratif hein. Les accidents de travail. Hein, c'est compliqué quand les gens viennent n'ont pas les papiers… *(rire)* Heureusement que j'ai l'ordinateur et que j'ai tout noté dessus hein ! Vous n'avez pas pensé à cela hein. Je note tout ! enfin tout, les trucs qui me paraissent important quoi. Pas tout non, que les trucs qui me paraissent importants. Les signes négatifs je ne vais pas les noter par exemple. Ça on vous apprend à le faire. Bah oui je sais… Je vais pas passer mon temps à taper je tape moins vite que vous ! *(rires)*

- Je recommence juste, pour essayer d'approfondir un peu plus. Pour vous, la supervision indirecte c'est quoi ?

- La supervision indirecte *(air professoral)* c'est quand je suis à côté et que l'interne consulte tout seul !

- Et votre rôle dans la supervision indirecte ?

- Alors, je suis dans la pièce d'à côté, je peux intervenir à n'importe quel moment ; l'interne peut venir me chercher à n'importe quel moment si il ou elle n'arrive pas à s'en sortir pour des raisons de paperasseries, ou des raisons médicales. Ce que je trouve pas évident c'est quand l'interne vient me demander mon avis alors que je n'ai pas vu la personne… alors faut que j'y aille quoi ! Alors j'arrive et, et je vois la personne rhabillée complètement ! Alors, si c'est un problème d'épaule, ben faut que je la re-déshabille tout ça… c'est un peu chronophage quoi. Heu, je trouve que c'est pas évident. Faut bien faire comprendre ça ! C'est pas évident.

- Faut bien faire comprendre, c'est-à-dire ?

- Ce que je viens de dire ! Si par exemple on me demande de façon indirecte de venir, de façon indirecte hein c'est ça ?

- Oui.

- Et que la personne est rhabillée, je peux rien faire quoi. Donc faut bien faire comprendre que c'est pas la peine de la faire se rhabiller.

- D'accord.

- Oui, *(inspiration profonde et hochement de tête)* ça peut arriver ça.

- Et du coup vous disiez que vous, euh… Soit vous intervenez, soit l'interne vient vous chercher ?

- Ça peut arriver, je frappe toujours. En fait, je peux avoir accès au logiciel médical, j'ai un ordinateur portable et je sais ou elle en est. Si je sais, en fonction du nom de la personne, y'en a c'est pas facile hein aussi, en fonction de la pathologie, ça je peux le savoir facilement puisque vous notez beaucoup de chose ! C'est comme ça aussi. Alors, je ne vais pas comme au Canada surveiller derrière une glace sans teint… *(rires)* mais je peux quand même apporter une contribution à ce niveau là ! Après ça se discute, mais je crois que l'interne n'aime pas se sentir seul. Hein, donc je crois que c'est quand même important. Quand il y a un problème purement administratif, durant les horaires de la secrétaire, j'ai une secrétaire qui est présente de 8h à midi et de 14h à … à 18h oui c'est ça oui. Heu, donc, elle peut régler beaucoup de chose. Et elle a bien sûr accès au même dossier médical, donc, elle peut bien sûr donner des informations sur le dossier médical !

- D'accord.

- Ça c'est pas mal ça. Mais faut que ce soit durant la présence de la secrétaire, elle n'est pas là entre midi et deux, ni après 18h ! *(silence)* voilà.

- Si vous aviez quelque chose à changer, pour le stage ?

- Pour le stage ? si j'avais quelque chose à changer ?

- Oui.

- Ah ! Je ne m'attendais pas à cette question ! Est ce que je changerai quelque chose ? je ne crois pas. Je crois pas parce que… justement, je ne changerai pas forcément pour mettre des stagiaires de 1er ou 2^{e} semestre… Euh, bon, par exemple. Et, non je pense que c'est un stage qui est très utile voire même indispensable ! Non franchement, moi je pense que c'est pas mal, c'est pas mal ! *(silence)*

- Comment ressentez-vous votre rôle de MSU ?

- Heu, comment je ressens ? J'ai un peu le sentiment que les MSU, heu, alors c'est bien par certains aspects, c'est moins bien par d'autres, que les MSU sont de plus en plus contrôlés par le DMG. Et à mon sens, peut être un peu trop maintenant. Car le DMG a peut-être des exigences qui sont trop importantes. Alors, ça va poser problème je pense

niveau recrutement, recrutement des MSU. Quand je dis exigences trop importantes, sur la façon de travailler heu… alors je sais qu'il va y avoir de plus en plus d'interne, non, de médecins installés qui ont été internes, et qui ont eux-mêmes fait des stages, enfin voilà. Mais heu, j'ai le sentiment que le DMG, que pour le DMG il y a des règles à suivre, que c'est comme cela et pas autrement. Et c'est pas comme cela que ça se passe sur le terrain, et c'est pas comme ça que ça se passe pour nous dans le milieu rural. Et ce que je crains, c'est que le DMG soit trop exigeant.

- Vis-à-vis de quoi ?

- Sur nos formations, sur notre façon de travailler, sur… Notre façon de travailler. Moi j'ai des exemples précis en tête mais j'ai pas forcément envie d'en parler là ! Mais j'ai le sentiment qu'il y a les bonnes pratiques, les recommandations, faut les appliquer et bien les connaître. Et puis faut les suivre… et puis elles sont bien relayées par le DMG. Moi je ne suis pas certains… Ce ne sont que des recommandations d'ailleurs ! Je ne suis pas certain que ce soit forcément la bonne façon de sélectionner les maîtres de stage, et que ce soit la bonne façon de pratiquer, ni que ce soit la seule façon.

- Vous avez l'impression qu'ils réglementent votre façon de travailler ?

- Oui… Oui… Je crois que l'espace de liberté est en train de se restreindre. Alors je dis pas que les médecins fonctionnent bien… je veux dire, les techniques ont évolué… Moi au début quand j'ai remplacé… j'ai remplacé jeune, y'avait pas le stage qui existait ! et heu, et puis moi je n'ai fait que 7 ans d'études. Là vous êtes rendu à 9 et peut être un jour à 10 ! euh, moi je me souviens quand j'ai remplacé la 1ère fois, j'ai remplacé un médecin qui m'a dit, je veux pas les revoir hein, tu les mets tous sous antibiotiques ! C'était une connerie. Mais là je pense qu'on est passé à l'excès inverse ! On vous apprend à SURTOUT ne pas mettre les gens sous antibiotiques. Et ça c'est une connerie. Alors, vous vous posez des questions, mais c'est une masturbation permanente ! je crois qu'on sort du sujet. Moi ça me fait peur hein.

- Qu'est ce qui vous fait peur ?

- Ça me fait peur qu'on ne vous oriente que là-dessus. C'est la crainte de…. De mettre sous antibiotique systématiquement. Je sais qu'il y a une pression médicamenteuse, je connais !

- Hum hum.

- Heu, je disais, j'ai commencé mon propos en disant qu'il y a 30 ans on mettait tout le monde sous antibiotiques, c'était une connerie ! Mais on est passé à l'excès inverse ! ça a évolué, grâce à vous tous et à nous tous ! Mais heu ce qui va se passer dans les années

à venir va, d'une part nous faire perdre beaucoup de temps, et pour pas grand-chose. Parce que le bénéfice il est, il va être très très très petit. A voir. *(inspiration profonde, air dubitatif)*

- Hum hum. Bon bah je pense qu'on a fait le tour. Juste la dernière question, sur votre ressenti dans votre rôle de MSU, que vous vous sentez très contrôlé par le DMG ? Mais euh, si on enlève le DMG, votre ressenti quand l'étudiant est auprès de vous ?

- Ah, c'est archi positif c'est ça, c'est évident. Et justement, je pense que ça nous fait vachement évoluer dans nos pratiques, dans nos pratiques quotidiennes on apprend beaucoup de choses. Par vous ! Et puis aussi parce qu'on se remet en cause, ENORMEMENT !

- Parce qu'on ne dit pas la même chose quand il y a quelqu'un à côté ?

- Bah non ! Au fur et à mesure on va dire les mêmes choses parce qu'on va être formaté comme ça ! Moi je m'en rends compte quand je, quand… Je contredis mes collègues, avec des labos justement, on pourrait le dire des labos justement, euh, on peut discuter avec les collègues et on se rend compte qu'on a une façon de travailler qui est complètement différente ! Petite anecdote, pas plus tard que mercredi, j'ai mangé avec des collègues, et un labo qui fait des produits non remboursés en plus… euh voilà ! y'a un de mes collègues qui dit « bah dans ces périodes d'épidémie il faut doubler les consultations ! » alors je lui dis pourquoi ? Et le collègue qui dit « 7 minutes pour les voir, pour une grippe, 7 minutes » alors moi je dis, non mais 7 minutes à la fin de la journée si y'en a 10, ça fait 7 minutes quoi, donc 70 minutes de retard à la fin de la journée. Moi, je ne prends que sur rendez vous. « non non mais t'a pas compris , 7 minutes… » en fait il voulait dire 7 minutes c'est une personne. Donc toutes les 14 minutes, enfin c'est délirant quoi. Enfin moi ça me paraît impossible. J'ai un confrère qui a répondu « non mais moi je rattrape le temps perdu ». Donc les consultations qui sont plus courtes ne vont pas durer 7 minutes mais elles vont permettre de rattraper un peu le temps perdu, le retard qu'il a. parce qu'il y a des consultations beaucoup plus longues que d'autres. Alors, c'est comme cela que mon collègue me dit qu'il a vu 45 personnes *(les deux bras lui en tombent sur la table)*. Ça ne vous effraie pas vous ? Moi ça me laisse pantois. 45 personnes. C'est pour cela que quand on est maître de stage on fonctionne différemment. Voilà !

- Très bien je vous remercie.

8.10.3 MSU 62

- Du coup je voulais savoir, déjà, comment vous aviez vécu le questionnaire que l'on vous avait envoyé ?

- Pour moi c'était très simple…

- Humm…

- C'était très simple, il n'y avait pas de problème particulier…Donc, heu, après je ne sais pas ce que l'on peut en tirer pour une thèse. Voilà… Je ne sais pas. *Silence*... Mais bon… Comme cela se passe toujours à peu près bien, il n'y a rien.

- D'accord. Je voulais savoir comment vous aviez… Quel est votre ressenti concernant plus la supervision que vous avez eu avec vos internes ?

- Alors la supervision c'est, c'est… c'est bon…Je ne respecte pas ce qui est heu… conseillé ou fait. Je l'adapte en réalité en fonction de l'interne et du, de la façon dont l'interne voit un petit peu les choses. C'est à dire que je ne fais pas 2 mois où l'interne est, je simplifie, « passif », 2 mois où il est en supervision directe permanente et 2 mois où il est indépendant avec un petit contrôle après à la fin de chaque consultation. Hein, donc l'avantage c'est qu'ici j'ai un double bureau. Hein donc j'ai ce bureau et le bureau d'à côté. Donc l'un est dans un bureau et l'autre est dans l'autre. Et donc le…Je vois un petit peu comment l'interne évolue entre guillemets. Donc heu, j'ai eu des internes qui étaient très timide, j'ai eu des internes qui ne parlaient pas français…Donc là, la supervision était très directrice voir permanente jusqu'au bout. Hein, donc là pour mes trois derniers internes, globalement pendant les deux premiers mois, ils étaient avec moi en permanence, heu, je le… je le mets dans le premier mois à travailler, moi je reste à mon bureau, je me lève et je regarde ce qu'il fait, et je l'aide dans les gestes techniques, la façon dont il va examiner le patient, les enfants, discuter avec le patient. Je le laisse progressivement être le seul interlocuteur du patient ou de la famille du patient, moi je me mets de plus en plus de côté. Hein ! Et je le lui montre, à certains moments c'est moi qui viens au bureau pour lui apprendre le logiciel. Une fois qu'il maitrise son logiciel et que j'estime qu'il se débrouille bien, qu'il a un bon contact. Et moi c'est surtout sur le bon contact, c'est pas le geste technique, il n'y en a pas beaucoup. Je commence à le laisser libre de la consultation. Dire que globalement, je lui prévois, je lui mets des consultations faciles tout en étant à côté. Je consulte, je lui prévois la consultation, et je reviens rapidement dire bonjour au patient, et voir un peu comment se passe la consultation. Donc moi j'ai un… j'ai l'avantage de part la façon dont les locaux sont

faits de pouvoir très rap…voir un petit peu et progressivement le laisser libre. Hein, donc heu là en ce moment par exemple et sur les 2 autres internes précédents cela s'est passé très vite, c'était des internes qui étaient motivés pour faire de la médecine générale et qui ont surtout un très bon contact. Hein, donc j'ai…Là on est en février et depuis un mois l'interne actuel consulte entièrement seul. Simplement, je passe à la fin de la consultation puisque on a un même logiciel, c'est connecté, je vois que la consult… tout en consultant, je vois que sa consultation se termine, je viens. Je dis bonjour, je vois, je vois ce qui s'est passé, je jette un œil et je repars. Je n'ai pas obligatoirement à changer quoi que ce soit. Par contre, dès qu'il a le moindre doute, toc-toc à la porte. Et en plus on a même une liaison interne, une liaison de messagerie entre les 2 bureaux. Voilà. Et en fin de stage, c'est comme cela que j'ai fait pour les 2 derniers internes et que je ferai certainement avec cet interne. Je le laisse faire les consultations qui lui sont dédiées. Donc globalement, heu… On choisit au début les consultations et à la fin, c'est presque du tout-venant, et je fais le point à la fin de la journée. Ou de la demi-journée. Voilà par contre j'ai jamais fait de, j'ai jamais envoyé d'interne en visite tout seul. Peut-être que je devrais ? Voilà à peu près comment cela se passe ici.

Silence et sourire…

- Et, je voulais plus connaître votre ressenti quand… est-ce que vous éprouvez des difficultés pendant la supervision ? Est-ce que vous vous sentez à l'aise ?

- Oui… Ouais. Cela ne me pose aucun problème. *Silence*. Donc j'ai aucun problème à, à regarder au début. Alors moi j'ai… Dans mon cursus, j'étais un des premiers internes de médecine générale en (*année*). Et un des premiers à faire volontairement le stage chez le praticien. Car les deux premières années ce n'était qu'un volontariat. Donc moi je l'ai fait volontairement. Hein, donc heu... C'était une démarche volontaire, ce n'était pas obligatoire. Et à l'époque on avait que deux années d'internat. Voilà. Et en plus, bon… Peut-être que, comme dans ma famille je suis le mouton noir il n'y a que des enseignants, peut-être que j'ai peut-être encore la fibre enseignante.

- Vous n'éprouvez pas de difficultés ?

- Non…Non… Mais non c'est plus peut-être l'interne qui éprouve des difficultés. Heu… Soit à être chaperonné, soit après à être seul face à un patient. Voilà, moi non.

Silence et sourire

- Comment vous sentez vous quand c'est l'interne qui mène la consultation ?

- Alors je me sens très bien. Je me sens très bien, parfois je… pour certains internes, qui étaient moins motivés ou qui avaient des problèmes de communication avec le patient. C'est vrai que j'ai été obligé à ce moment-là d'intervenir hélas effectivement, c'est plus difficile pour nous. Parce qu'on est un petit peu obligé de recadrer, d'intervenir, et de prendre la main. Voilà… *Sourire.*

- Quand vous reprenez la main, comment…

- Ah, ben je dis « excuse-moi, je… », voilà, je sais pas… « Madame dit que son fils, à des problèmes X ou Y, on peut reformuler un petit peu les symptômes décrits ? ». Et de remettre un petit peu dans ce qui est décrit, et qui n'est pas…ne semble pas avoir, le message ne semble pas être passé. Voilà…

- Humm…

- C'est comme ça ! *Silence, sourire.*

- Et concernant la phase où l'interne est plus en autonomie ? Comment vous vivez cela, le fait de ne pas être présent dans la consultation ?

- Très bien. Très bien ! Je, je… ça fait maintenant six ans que je suis maître de stage. Peut-être qu'au début je le ressentais, peut être comme… une dépossession. J'ai eu du mal avec mes deux premiers internes. J'ai eu du mal. Je crois que je ne laissais que le dernier mois. En plus je n'avais pas ces locaux, ce n'était pas pratique. J'étais dans une pièce à part et je lisais le journal. Voilà… En attendant…Donc c'est plus dur. Et puis en plus mes patients n'avaient pas encore l'habitude. Et donc peut-être que je m'imaginais que mes patients n'allaient pas tout dire à l'interne. Et que la fois d'après ils allaient me faire des reproches. Et qu'ils allaient me dire, « votre interne je n'ai pas pu lui dire ça », ou « il n'a pas compris », ou « cela ne s'est pas bien passé avec l'interne ». Voilà. Donc maintenant que j'ai du recul. Hein, heu… J'ai quand même des anciens internes qui se sont installés avec nous. Donc ça ne s'est quand même pas mal passé ! Voilà, hein. C'est quand même pas mal, on est quatre anciens et deux nouvelles. Et les deux nouvelles ce sont mes anciennes internes. Donc je n'ai pas été trop mauvais maître de stage. Je ne les ai pas dégoûtées. Mais ça m'a prouvé après, que ça allait très bien. Voilà. Et donc maintenant je délègue sans problème. Voilà. Parfois je suis heureusement surpris du…Parfois c'est même très très bien de déléguer. Je vous donne un exemple. J'ai une patiente que je suivais depuis mon installation. Qui arrivée à 50-55ans, et bien elle s'est trouvée face d'une interne femme. Elle lui a parlé de ses problèmes d'incontinence urinaire. Dont elle ne m'avait jamais parlé. *Silence*… Voilà. Ah moi peut-être qu'elle n'osait pas m'en parler…Voilà…Je trouve que c'est

enrichissant. Et qu'il y ait un autre regard sur ma clientèle et que je l'accepte parfaitement. Et en plus je suis en direct, je le sais en direct. Alors que quand c'est vu par un autre praticien. Il ne va pas vous dire j'ai vu madame machin. Je l'ai envoyée chez l'urologue car elle a une incontinence urinaire à l'effort. Je ne serai pas toujours au courant. Là, je suis tout à fait au courant car… J'ai vu madame je l'ai examinée, elle m'a parlé de son incontinence urinaire d'effort. Je n'ai rien trouvé de spécial. Elle n'a pas de prolapsus, elle n'a pas de chose comme ça. Je l'envoie chez l'urologue. Donc pour moi aussi c'est enrichissant.

Silence, sourire.

- Comment évoluez-vous pendant le stage ? *Silence et visage interrogatif du MSU.* Comment ressentez-vous l'évolution de l'interne pendant le stage ?

- Ha ! Je, je, je le vois très bien. Je, je…Le gros problème, de l'ensemble des internes que j'ai depuis, n'a jamais été un problème « technique ». Hein, c'est-à-dire aussi bien sur les gestes techniques de consultation. Moi je peux leur apporter peut-être sur le plan orthopédique, rééducation, sur le plan examen des articulations que font rarement, savent rarement faire les internes. Hein heu… Pour le reste, il n'y a pas de problème. En plus, j'ai la chance d'avoir eu plusieurs internes qui sont passés en PMI avant de venir me voir. Donc qui savent même examiner des bébés. Car parfois y en a qui eux n'ont jamais examiné un enfant. Donc là on reste plus longtemps. Et moi c'est, je laisse…Je vois évoluer surtout le patient…heu, pas le patient, l'interne sur son contact avec, dans la consultation. Se mettre à consulter. Jusqu'ici l'interne avait un patient qui était dans un lit, à sa merci. Là on un patient qui est assis devant soi, il faut l'emmener à côté. Il faut le faire déshabiller. Ça souvent les internes ont du mal, rougissent, ou hésitent à faire déshabiller un patient et essayent de l'examiner sous ses vêtements. L'ausculter sans faire défaire les vêtements. Non il faut faire déshabiller les patients. Là, il y a une pudeur, une timidité tout à fait normale. Et après je les vois prendre confiance principalement dans ce domaine. Après il y a des choses qu'ils ne connaissent pas mais ce n'est pas un problème…Je connais. Un médicament qui manque, ce n'est pas un problème, qu'est-ce que je fais… J'ai madame machin, je l'ai examinée… J'ai monsieur truc qui a son genou qui bloque, qu'est-ce que je fais et à qui je l'adresse ? ». Ce n'est pas un problème. Il l'a déjà examiné il a fait un diagnostic. Voilà… Ou le traitement doit être changé, le traitement ne va pas du tout. Dans ce cas-là je viens et on change ensemble. Voilà, l'avantage c'est que je suis vraiment à côté. Et l'interne est en sécurité par ce qu'il m'a vraiment juste derrière l'autre côté du mur.

- Si je comprends bien c'est plus dans le relationnel que… *(me coupe)*

- Oui ! Voilà !

- Que vous voyez l'évolution, et pas forcément… *(me coupe)*

- L'acquisition des connaissances, elle se fait certainement à chaque consultation. Mais globalement, mise à part quelques… médicaments de bobo-thérapie, l'interne est au courant, il sait. Il sait ! Hein, heu… Il sait comment soigner ! Ce que j'ai à faire, voilà, donc c'est principalement dans la façon dont l'interne va évoluer vis-à-vis du relationnel. C'était évident que la fibromyalgie… ou le patient déprimé… la consultation sera presque assistée jusqu'au bout. Le reste, là c'est pareil… *Silence.* Voilà.

Sourire et silence.

- Pour vous la supervision cela représente combien de temps dans votre journée ?

- *Silence, sourire*… C'est lourd ! *Rires*... C'est lourd. Le mercredi je pense que, le mercredi… *silence*. Une heure midi et soir, même si c'est découpé en petits morceaux. C'est rattrapé parce que à la fin du stage l'interne, entre guillemets travaille presque pour moi. Voilà. Donc du coup, on se rattrape et je ne termine pas si tard que ça, parce que finalement il m'aura vu entre temps des patients. Finalement à sept heures du soir, on finit, on fait le point et à sept heure et demi on est parti. Par contre là actuellement il ne consulte que six patients par demi-journée. Moi je fais ma consultation que j'allège aussi un petit peu pour pouvoir avoir le temps de venir entre chaque consultation. Au lieu de faire quatre patients heures, j'en vois globalement trois à l'heure. Hein. De ce fait, on termine assez tard. Aussi bien midi, que le soir. Parce que on a pris beaucoup de retard. Globalement je ne prends du retard que les jours où il y a l'interne. Alors là, non seulement il y a l'interne et en plus le docteur est en retard.

Sourire, silence.

- C'est surtout une charge, vous avez l'impression ?

- C'est une charge qui est bien vécue, mais c'est une charge ! Ah oui ! Moi je fatigue ces jours…Je ne ferai pas deux jours par semaine… *sourire*

- Et j'ai l'impression que vous me parliez d'une certaine compensation en fin de stage ?

- Oui ! Ben compensation, oui ! Je n'ai pas l'impression d'être esclavagiste. Ni de voilà ! Mais je ressens quand même effectivement…Je suis content qu'en fin de stage, dans les deux derniers mois ou le dernier mois, l'interne est en autonomie et que moi je jette un œil vite fait. Hein ! Et que le patient… Là effectivement il travaille pour moi. Oui, Ouais ouais. Bien sûr. Voilà. Alors je suis content pour lui, hein, et puis moi je me

relaxe. Là je sens que mon interne actuel commence à être bien. Et que ma supervision va être de moins en moins fatigante pour moi…

Silence et sourire

- Pour vous c'est quoi la supervision ? Parce que c'est vrai que l'on parle beaucoup de supervision… *(me coupe)*

- Nan, nan. La supervision doit être d'abord un petit contrôle. Quand même je suis médecin, même si officiellement l'interne est assuré vis-à-vis de ce qu'il fait. Je me sens quand même responsable de la façon dont il a vu mes patients, dont il a examiné le patient. Il a fait une ordonnance et le patient est reparti. Donc je me sens moi quand même psychologiquement responsable, entièrement. Pour moi s'il a vu mon interne c'est comme si il m'avait vu moi. Hein, peut-être que je m'investis trop. Mais pour moi c'est comme ça ! Hein et donc la supervision, c'est heu… D'abord que mon patient reparte correctement vu soigné et avec une ordonnance correcte ou pas ! Ou un certificat ou pas ! Ou un arrêt de travail ou pas ! Correct vis-à-vis de ce qu'il aurait eu si il était venu me voir moi. Après la supervision doit profiter à l'interne. Mais peut-être que je mets avant mon patient, avant l'interne. L'interne, il doit heu… Il faut d'abord que le patient qui est venu là, une fois que c'est l'interne qui l'a vu, soit reparti dans de bonnes conditions. Voilà. Et après l'interne il y a une acquisition, que si il y a quelque chose qui n'a pas été compris, qu'il n'a pas pu faire, que j'ai trouvé la solution pour que la fois d'après cela ne se reproduise pas…Je prends exemple : un patient qui était arrivé, qui est venu là pour… Pour une belle bronchite. Un fumeur tabagique. Il a été vu en consultation par l'interne. L'interne sort du stage à la CPAM où on lui a dit que les médecins généralistes devait surtout arrêter de faire des arrêts de travail et arrêter de prescrire des antibiotiques, et prescrire que du Doliprane. Globalement c'est ce que dit la CPAM lors de ces réunions. Et mon patient tabagique sort de la consultation juste avec du prorhinel® et du Doliprane… Je ne suis pas content. Ce n'est pas un patient lambda, c'est un patient à risque. On doit prendre en charge correctement sa surinfection bronchique. Voilà. Donc ça arrive. Maintenant je fais très attention, je connais mes patients, je surveille ça. Là ce n'est pas la petite grippette. Voilà. C'est un patient à risque, il faut quand même s'en occuper.

Silence, sourire

- Quand vous dit que vous n'êtes pas content, comment vous gérer cela ?

- Je pense que je suis assez gentil pour lui dire. Hein donc, je pense que je ne heurte pas, et je ne pense pas que je rabaisse l'interne. Je lui dis assez gentiment. Je n'ai pas

l'impression qu'il y ait un mauvais vécu. Je n'ai pas l'impression de casser l'interne, ni le casser vis-à-vis du patient qui va peut-être le revoir après… Voilà. Après il y a des cas où… Où la communication ne passe pas du tout. Il y a des parents qui sont parfois un peu revendicatifs. L'interne vient le mercredi, donc le mercredi c'est souvent les enfants. Donc, moi ça arrange mes deux autres collègues du groupe qui sont des femmes et qui ne travaillent pas le mercredi. Donc c'est souvent des enfants et les parents sont parfois un peu revendicatifs. Comme tous, on a connu ça. (*Rien entendu de la phrase suivante, tape sur la table à côté du dictaphone…).* Donc là, il y a un côté éducation des patients, qui est difficile à faire, et là parfois l'interne n'a peut-être pas les épaules assez solides pour décider…

- Et dans ce cas-là, vous venez l'aider un petit peu comme dans… (*me coupe*)

- Là dans ce cas-là, je sors de mon rôle passif dans le coin, ou de l'autre côté de la porte… *Silence.*

- Par exemple concernant le patient BPCO que vous évoquiez. Comment vis-à-vis du patient vous faites, puisque vous parliez d'une antibiothérapie ?

- Vis-à-vis du patient je ne vais pas faire énormément de chose puisque, dans ce cas-là, la dernière fois, je vous rappelle il avait été très très bien examiné. Et même si il n'avait pas de signes inquiétants d'insuffisance respiratoire et tout ça… Je lui ai dit gentiment : Bon ben tu vois ça c'est un patient…J'avais vu l'ordonnance qui était déjà partie, qui était déjà prête, et je lui ai dit, « ça c'est un patient que l'on va mettre sous antibiotiques ». Tu vois, bon, voilà. Et qu'on va peut-être lui demander de revenir d'ici une semaine pour contrôler. Et qui aura le droit de passer au travers du rideau de la secrétaire, pour m'appeler et me donner des nouvelles. Parce que avec ces patients là on a un code, que je peux transmettre aux secrétaires en disant : le patient rappellera. Et dans ce cas-là, la secrétaire me le passe. Ça c'est des choses qu'on explique. S*ilence*

- C'est-à-dire que vous revoyez chaque patient à la fin de la consultation avec l'interne même quand l'interne est en autonomie ?

- Non, à la fin pas du tout.

- D'accord.

- A la fin j'ai j'ai, j'ai mon mouchard. Puisque nos informatiques ! Donc, nan mais je sais très bien ce qu'il voit, parce que les patients c'est moi qui lui ai attribué. Donc je sais très bien ce qu'il va voir entre guillemets, entre temps, si madame machin qui vient avec son gamin, entre temps elle va lui dire : « tiens il y a mon renouvellement de pilule à faire. ». Bon ben le renouvellement de pilule moi je suis assez emmerdant, je ne veux

pas que le renouvellement de pilule se fasse uniquement sur… comme ça, moi j'exige que, je cadre mes internes en début de stage. Je lui dis, je n'ai pas de compétences spéciales en gynécologie mais une dame qui vient pour un renouvellement de pilule elle doit avoir un bilan biologique datant de moins de 5 ans globalement. Elle doit avoir pris sa tension, on doit l'avoir pesé, examiner les jambes, examiner ses seins, l'ausculter. Et ça doit être dans le dossier, point barre. Après l'histoire des frottis, ça peut se discuter. Moi je ne fais pas de frottis personnellement, donc je les envoie faire les frottis. Mais, il n'y a pas, voilà. Donc si l'interne me dit : « il y a madame machin qui vient pour son ordonnance de pilule. ». Donc si il n'a pas fait jusque ici avec moi une consultation pilule, je viens… et l'interne tape à la porte. Et je ne veux pas qu'il y ait… voilà… on est bien d'accord…Pareil l'ordonnance de renouvellement d'hypertension, la tension doit être prise. C'est pas monsieur ou madame, « ben faite moi une ordonnance par ce que je n'ai plus de boites ». *Sourire*. Je suis là pour ça, hein.

- Hum…

- Voilà. *Sourire et silence*…

- Si vous aviez quelque chose à changer qu'est-ce que cela serait ?

- Alors, on a discuté puisque là c'est tout frais, on avait une réunion de MSU la semaine dernière. Donc on nous a donné les nouvelles dispositions, qui font que tout interne de médecine générale fera un stage praticien de niveau 1 au début, et doit faire un stage SASPAS en fin. C'est les nouvelles recommandations. Je ne sais pas comment on le fera car nous ne sommes pas assez nombreux.

- Exactement.

- Ça c'est idéal. Et jusqu'ici, je n'ai eu que des internes qui étaient à leur… Une fois un qui était à son deuxième alors là ça n'allait pas. Elle a ramé. En général c'est à partir du troisième, quatrième stage. Là, on nous projette de les mettre dès le premier. Ça risque d'être plus difficile. C'est pas une question de compétences, mais pour nous cela va être beaucoup plus lourd. Donc on a tous un peu… on a dit qu'on freinait des quatre pieds. On le ferait. Mais bon… Moi je suis très content d'avoir des internes qui avant sont passés soit aux urgences soit en PMI. Donc qui ont déjà fait des ordonnances. Qui n'ont pas fait que de l'hôpital. Moi j'ai eu une interne qui était à son, deux fois, qui étaient à leur deuxième stage. Une qui avait fait urgences et une qui avait fait que un service de psychiatrie. Ben elles ont ramé pendant tout le stage. Elle a ramé, elle a peut-être appris quelque chose, j'espère. Mais à la fin de son stage on l'a validée. Moi j'ai téléphoné au département de médecine générale. J'ai discuté, j'ai dit on va valider son stage. Elle a

appris, mais elle est limite pour aller faire un stage en SASPAS ou faire des remplacements. Théoriquement dès qu'ils sortent de chez nous ils peuvent faire des remplacements. Il y en a qui viennent remplacer ici. Très souvent le samedi on leur propose de venir remplacer. Sachant qu'ils ne sont pas seuls sur place. C'est comme un SASPAS parce qu'il y a des collègues dans les bureaux, ils ne sont pas tous seul dans la maison…

- Donc si j'ai bien compris… (*me coupe*)

- Donc moi je. Nous… Pour l'instant cela me paraît très très bien. Mais je suis très réticent au stage… au premier stage chez nous.

- Finalement ce n'est pas quelque chose que vous voudriez changer, mais quelque chose dont vous ne… (*me coupe*)

- Donc j'ai peur. Dont j'ai peur. Qu'est-ce que je voudrais changer ? Le problème principal, ce n'est pas au niveau du cabinet. Ça s'est résolu pour nous. C'était qu'il y avait des internes avec des médecins qui étaient beaucoup trop éloigné. Qu'on ne connaissait pas. Donc entre nous on ne peut pas discuter. Moi j'ai eu un interne ici, le deuxième maître de stage à (*ville*)…Ça, c'était très difficile à gérer. Parce que d'abord pour lui cela faisait des déplacements. Et en plus passer par (*ville*)…Après non, je vais peut-être y réfléchir mais je ne vois pas…

- J'ai vu dans le questionnaire que vous aviez rempli que… Il n'y avait pas eu de réunion de trinôme.

- Non, parce que à ce moment-là, il n'y avait pas de… Là on a enfin, de nouveau pendant ce stage-là. Donc la réunion de trinôme on l'a faite mercredi dernier lors du heu… de la réunion MSU. On en a discuté entre nous, il n'y a eu aucun problème. Mais ici, voilà, ce n'est pas possible. Et les autres réunions de trinôme que l'on avait fait, où j'étais maitre de stage. C'est pareil, on mangeait chez moi, et voilà, j'invitais les autres médecins. Et après nous nous sommes retrouvé avec un médecin à (*ville*) et un autre à (*ville*). Donc, c'était par téléphone.

- L'interne il est présent lors de cette réunion ?

Alors dans les réunions que l'on fait, ils sont présents. Là, l'interne était présent mercredi à la réunion, puisqu'il y avait aussi des représentants du syndicat des internes. Hélas cela faisait deux ans que nous ne faisions plus de réunion de trinômes. Donc nous n'étions pas avec l'interne. Alors qu'est-ce que je voudrais changer, comme nous venons d'en parler aussi. C'est l'évaluation. Donc les grilles dévaluation. Donc là le syndicat CGELAV nous a fait une nouvelle grille. Donc on va s'en servir pour la

première fois. Qu'est-ce que je voudrais changer ? J'ai reçu après par l'intermédiaire du département des évaluations. Alors comme elles sont anonymes. Les évaluations-là ne m'ont servi à rien, je n'ai rien compris. Ben oui ! Il y a des croix. Je ne sais pas.

- Qu'est-ce que vous n'avez pas compris ?

- Ben donc, heu…Je ne me souviens pas. Je n'ai pas compris parce que c'était surtout sur la supervision, sur les machins. J'ai reçu le tout en même temps de deux internes qui étaient passés avant chez moi. Sur la supervision il y en a un qui me mettait bien et l'autre assez bien. Donc je ne voyais pas ben heu… Est-ce que c'était simplement qu'il coché au milieu pour ne pas avoir de problème. Voilà cela ne sert à rien ce genre d'évaluation. J'aimerais avoir une évaluation qui soit en texte. C'est-à-dire par exemple, cela peut arriver : « Je ne suis pas du tout d'accord avec la façon dont ce médecin travaille. ». C'est possible !

- Si j'ai bien compris c'est que… (*me coupe*)

- Ce n'était pas motivé. Ce n'était pas motivé et donc dans ce cas-là entre guillemets cette évaluation ne sert à rien. Dire que j'ai cinq ou j'ai six. *Silence, sourire.*

- Vous aimeriez savoir… (*me coupe*)

- J'aimerais que cela soit plus intéressant pour moi. Que de me dire j'ai telle note. Voilà. Peut-être que cela sert aux internes après pour choisir leur stage. Cette évaluation, mais pour nous en retour cela ne sert à rien. Je préférerais limite que l'on me dise : « j'en ai marre de l'avoir sur le dos. ». Ou contraire que tel médecin est très bien. *Silence*

- Vous dites cela parce que ?

- Ben par ce que l'on a déjà eu des problèmes. Avec certains maîtres de stage, qui ne remplissaient pas leurs fonctions. Du coup, ce sont des maîtres de stage qui se sont servis de l'interne et qui n'ont pas fait de supervision du tout. Ils se servaient de l'interne comme remplaçant gratos. J'en ai eu un, et c'est quelque chose qui doit être combattu. Et si le maître de stage ne change pas, il ne doit plus faire partie des maitres de stage. Voilà. Car dans mon trinôme, il y a un moment… Je ne l'ai pas su pour la première interne. Je ne l'ai pas su au premier stage, je ne l'ai su qu'au deuxième stage et j'ai recontacté l'interne du premier stage qui m'a confirmée ce qu'il se passait. Je lui ai dit : « ben pourquoi tu m'en as pas parlé ? ». Je lui ai dit : « c'est dommage, car le deuxième interne en pâtit aussi ». Et donc j'ai contacté le responsable du département de médecine générale. Je ne suis pas allé me réunir avec ce médecin-là. Moi je lui en ai parlé, on s'est… puisque c'était une époque où effectivement… Voilà. On en a parlé.

J'ai demandé d'une part si le département ne voulait pas changer ce médecin, de ne plus faire partie de ce trinôme-là. Car je n'avais pas à assumer. Parce que c'était moi le responsable du trinôme. Voilà. *Silence*…

- Comment ressentez-vous votre rôle de maitre de stage ?

- Enrichissant ! … Voilà, enrichissant. Je l'ai fait au début parce que j'ai des collègues, des copains qui étaient maîtres de stage, ils m'ont dit que je devrais le faire. Et puis au début je n'osais pas. Je n'osais pas, j'avais peur que l'on voit comment je travaille, que je ne travaille pas bien. Et donc je dis enrichissant pour moi maintenant, parce que j'ai eu le plaisir de voir des internes un peu évoluer. Et perdre quelques certitudes qu'ils avaient au début. Du style le diabétique c'est un gros qui mange mal, et qu'il va crever parce qu'il est trop gros et qui continue à mal bouffer, et qu'il aura des trous dans les pieds, qu'il fera un infarctus, qu'il sera en dialyse, qu'il ne verra rien par ce qu'il ne fout rien et qu'il ne fait pas d'effort. Là, par exemple ici mais le réseau diabète, les internes qui sont chez moi sont obligés d'y aller. Et je les vois évoluer sur ce domaine, c'est un domaine qui m'intéresse. Je les vois également évoluer sur l'examen du sportif, je suis médecin de sport, je suis sportif de haut niveau moi-même. Je vois des internes qui au début ne savent pas comment examiner un sportif, si ce n'est prendre la tension, et je vois très bien comment ils changent. C'est enrichissant pour moi de discuter. J'ai changé ma façon d'examiner certains enfants, après avoir été en contact avec des internes qui avait été en PMI avant… Voilà…

- Pour vous c'est une sorte d'échange ?

- Oui c'est une sorte d'échange. Voilà… Donc comme je disais les bébés par exemple, j'étais toujours un petit peu embêté par exemple sur la façon de nourrir les enfants, les petits enfants. Il y a énormément de réponses sur les laits, la qualité, les biberons, les machins, les trucs comme ça… Et puis en discutant, de ce qu'ils avaient appris en PMI, la façon dont ont été discuté le « biberonnage des bébés », et cela m'a un peu décomplexé et ils m'ont appris à me mettre dedans, et maintenant je suis bien plus relax là-dedans ! Moi cela m'a appris beaucoup. *Silence*…

- Humm… Vous parlez du fait que c'était certains de vos collègues, de vos amis, qui vous avez incité à devenir maître de stage ? Quelles ont été vos motivations initiales pour devenir maître de stage ?

- Alors ma première motivation initiale, cela n'a rien à voir avec les internes. Cela est tout simplement que j'ai été, je me suis installé aussi depuis 25 ans. Donc en (*année*). J'ai vu plein de médecins partir à la retraite. Et on va dire quand j'ai commencé à être

maître de stage, on va dire avant (*année*). J'étais toujours le plus jeune de l'ensemble du secteur. Donc en en discutant avec les collègues, ils m'ont dit : « Le fait de prendre des internes c'est peut-être leur dire que (*ville*) c'est pas mal ». Voilà. Donc je me suis dit que j'allais être le dernier des Mohicans. Et que tous mes collègues qui prenaient leur retraite, il fallait peut-être les renouveler. Donc je me suis dit ça, donc je me suis dit, cela à un coté purement égoïste ! Il faut que je ramène des médecins sur (*ville*). Voilà. Donc c'est fait, j'ai réussi ! Et donc c'est secondairement que j'y ai pris goût. Voilà. J'ai eu des… En plus c'est rigolo, parce que quand j'ai commencé à être… à faire des formations que l'on fait pour être maîtres de stage, je l'ai fait en même temps que six autres médecins qui eux étaient dans des maisons médicales qui venaient d'être créé en (*lieu*). Et dans leurs contrats entre guillemets, ils étaient obligés d'être maîtres de stage. Ce qui est le cas à (*ville*), donc ils étaient obligés. C'étaient des médecins qui arrivaient à 65 ans, et ils ont dit : « c'est la première fois que je vais prendre un stagiaire. Mais qu'est-ce que c'est un stagiaire ? qu'est-ce que c'est ?». Bon voilà. Eux, ils arrivaient à peu près avec la même motivation, c'est de renouveler les cadres…

- Ces motivations-là ont changé maintenant ?

- Oui ! Puisque maintenant, bon… maintenant ce n'est plus ça. Et en plus c'est sympa de les revoir. Ils sont installés maintenant, avec moi ou ailleurs, ou en remplacement. *Silence*…

- Est-ce que vous aviez des choses à me rajouter ?

- Je crois que j'en ai un petit peu parlé. Il faut que les internes aient envie de s'installer en médecine générale, le but c'est de ne pas les dégoûter. Moi je fais un exercice particulier, je suis sportif et je fais (*du sport*). Donc heu… je passe plusieurs heures par jour à (*sport*). Donc je suis… au début quand je me suis installé, je n'étais pas le seul médecin généraliste, et je travaillais de 8 heures à 20 heures voir 22 heures le soir. Donc on a dégoûté des générations de jeunes médecins à s'installer en médecine générale à cause de cela. Je vois que tous les jeunes médecins et tous les internes qui sont passés chez moi qui se sont installés, ou qui m'en ont parlé ont tous des horaires normaux. Cela veut dire qu'ils ont des collègues, qu'ils travaillent, ils ont des enfants. Mes collègues, depuis qu'elles se sont installées, elles ne travaillent pas tous les jours, elles ne commencent pas le matin à 8 heures pour finir à 20 heures avec un sandwich à midi. J'ai trois collègues avec moi qui font ça. Donc ça c'est la meilleure façon de dégouter un jeune de s'installer, je crois qu'il n'y en a pas beaucoup qui ont envie de faire du chiffre. Voilà. Donc, on peut avoir des revenus largement suffisants, alors je… moi je…

dans mon… Dans le stage, je montre la comptabilité. Je montre ma comptabilité, je montre mes revenus, je montre à l'interne comment on fait la comptabilité. Je ne suis pas comptable, ma femme se moque de moi… Mais je montre obligatoirement, comment on fait les recettes et les dépenses. Et comment je veux, si cet interne va me remplacer après, quand il part le soir, il me rentre le bazar. Il ne me rentre pas, « j'ai vu 30 patients. C'est chèques, espèces… j'ai vu monsieur machin et les dossiers sont remplis. ». Voilà, donc je m'oblige pendant le stage d'interne à leur montrer la comptabilité, comment on rentre ses sous, ce que l'on gagne. Je leur montre également mes revenus, et si mes revenus ne leurs suffisent pas, il faut qu'ils fassent différemment de moi. Qu'ils en fassent plus, ou qu'ils fassent autre chose. Voilà, donc ben… moi je crois que je gagne suffisamment bien ma vie. Hein donc heu… Voilà. Si heu… Tout ça pour dire que je ne suis pas là pour les dégouter de s'installer en médecine générale. J'ai eu des internes qui sont venus chez moi, en me disant « je suis obligé de venir chez vous pour faire le stage parce que après je fais ceci ou ceci ». J'en ai un qui est PH, j'en ai une autre qui ne fait que de l'expertise de… elle est médecin expert, elle a fait médecine légale avec Rodat, elle est médecin expert et elle ne s'intéresse qu'à ça, bon ben voilà ! Je crois que finalement cela l'a intéressée de voir ce que c'était la médecine générale. Mais bon, ces deux-là, ils ont fait ça un petit peu pas franchement motivé. Voilà, j'en ai eu une autre, qui ne s'est pas encore installé et qui est médecin coordinateur en maison de retraite. Au moins elle aura vu ce que fait un généraliste, ce que c'est la visite d'un médecin généraliste en maison de retraite, elle aura vu les patients avant la maison de retraite. Voilà elle aura vu ça, elle aura vu comment on vit au moins. Cela lui aura appris quelque chose. Et j'espère que par exemple, mon collègue qui est maintenant PH à l'hôpital, et bien au moins heu… Il a un peu de considération pour le médecin généraliste en ville, qui lui adresse les patients et quand il va m'envoyer une lettre il saura ce qui m'intéresse. Voilà, par contre eux, la vie d'un cabinet il n'en n'ont rien à foutre. Et c'est ça aussi, il faut quand même apprendre comment on fait des rendez-vous, comment on fait… il n'y a pas que de la médecine. Et puis c'est pareil, aller remplir toute la paperasse administrative, les certificats, les bazars. Ça au début…ça on le fait ensemble jusqu'à la fin du stage. *Silence.*

- Vous montrez les à-côtés de la médecine générale ?

- Voilà…

- Pour vous cela fait partie de l'apprentissage ?

- Ben oui ! Moi c'est ce qui m'a manqué quand je me suis installé. Quand je me suis installé, ben heureusement que j'avais fait des remplacements. Moi il y avait le service militaire à l'époque, et que j'ai fait un petit stage chez le praticien dans un cabinet de groupe pour voir comment fonctionnait un cabinet médical parce que sinon on était balancé comme ça. On avait que notre expérience hospitalière. Maintenant, vous, vous êtes quand même mieux armé pour faire de la médecine générale que nous à l'époque.
Je parle beaucoup !

- Oui, mais c'est une bonne chose, c'est très intéressant.

- C'est une bonne chose, et puis pour l'instant ça va donc je continue. Après je ne sais pas, tout le monde me dit que cela serait bien d'avoir ici un interne en SASPAS. Mais je ne sais pas si je pourrais faire les deux. Peut-être que j'en fais trop ? Peut-être que je fais trop de supervision ?

- Je ne sais pas si trop faire de supervision… (*Me coupe*)

- Je ne sais pas ! Nan mais pour que l'interne soit bien après, là eux… cette année il y en a eu une qui a fait après son stage en SASPAS, donc cela lui a fait une deuxième mouture avant d'aller en remplacement. L'autre cela a été son dernier stage, donc après l'avantage c'est qu'au moment où on a créé la maison médicale, elle m'avait juste à côté. Voilà…

8.10.4 MSU 65

- Du coup je voulais connaître votre ressenti concernant la supervision ?

- Alors laquelle ? L'indirecte, la directe, tout ?

- Ouais toutes.

- C'est, je pense, la partie la plus importante du stage. C'est essentiel, je pense que si on ne fait pas de supervision, l'interne n'a pas de retour sur ce qu'il a fait, ne progresse pas, et… moi dans ma pratique, je supervise toutes les consultations de la journée, heu, en général en deux temps, pour pas que ce soit trop lourd. Mais que ce soit en indirecte, que je sois pas là, ou en directe, que je sois présente, on revient sur toutes les consults. Et ça permet souvent de re-verbaliser ce qui s'est passé, d'analyser pourquoi l'interne est parti sur telle ou telle direction alors que dans mon raisonnement, moi je n'aurais pas fait ça… et c'est je pense, … C'est vraiment là que l'interne progresse, et on le voit au fur et à mesure du stage, les supervisions ne sont plus les mêmes et l'interne se corrige presque lui-même, ou en tout cas s'analyse.… Pas se corrige, mais s'analyse, et *Silence*… je pense qu'ils en sont vraiment contents en fait. De cette phase là, de supervision. C'est un moment qu'ils aiment bien. Qui peut paraître lourd parce que on a enchaîné les consults du matin, et avant d'aller manger, on fait la supervision. Ou alors avant de reprendre les consultations de l'après-midi, Et puis le soir ben c'est pareil on fait ce temps là. Mais… c'est je pense… si y'avait pas de supervision, c'est … Je pense… L'intérêt du stage serait vraiment moindre.

Silence.

- Et vous comment est-ce que vous ressentez ça en fait, en phase... Parce qu'en fait il y a un peu trois phases… Et vous comment vous ressentez, dans les différentes phases, comment vous vivez ça ?

- Alors, la supervision directe, c'est finalement assez simple, en tant que maître de stage, parce qu'on a vécu la consultation, on a pris des notes à côté, on… Voilà, on cible tel ou tel point, enfin c'est… C'est une phase presque d'échange sur ce qui s'est passé, mais c'est… C'est simple quand on est maître de stage parce qu'on a vu ce qui s'est passé. L'indirecte c'est vrai que ça demande plus d'expérience. Je pense que c'est aussi pour ça qu'on peut pas être SASPAS directement, enfin maître de stage SASPAS. Parce que moi j'ai bien vu, sur les cinq internes que j'ai eus, je pense que j'ai laissé l'interne en autonomie beaucoup plus vite, sur les derniers internes, parce que moi même j'avais besoin de sentir ma position et de me faire confiance. La supervision

indirecte, il faut se faire confiance aussi en tant que maître de stage parce que on n'a pas été là, et… Il faut qu'on sache repérer sur quel élément de la supervision on va pouvoir insister. Pour être sûr qu'on n'est pas passé à côté de quelque chose et qu'on ait bien repéré ce qui a pu manquer. En gros, je me sers beaucoup de l'ordonnance rédigée par l'interne, ce qui, en supervision indirecte, permet vraiment de revenir… D'essayer de faire revenir l'interne sur sa logique et ce qui l'a amené à prescrire. Et finalement la prescription c'est la conclusion de la consultation. Et ça aide beaucoup à ce que l'interne revive sa consultation, on discute sur ce qui a pu se passer. Donc l'indirecte c'est vrai que c'est surement plus difficile. Que… la supervision directe.

- Et quand vous faites de la supervision directe, vous parliez de cibler certaines choses, c'est-à-dire ?

- Bah ça va être par exemple, en fonction… on peut pas reprendre toute la consultation, ça fait trop. Donc en fonction, ou du motif de consultation, ou d'une difficulté qui a été repérée, qu'elle soit relationnelle ou qu'elle soit sur un geste technique ou heu lors de la consultation. Bah on va cibler la supervision essentiellement sur ça. Sinon c'est trop…. C'est trop…. Ca prendrait beaucoup de temps, et puis ça n'aurait pas d'intérêt. Il y aurait un côté un peu routinier, et un peu systématique qui aurait pas de sens. Et en fonction, voilà, de la consultation, comment elle s'est déroulée, si y'a eu une difficulté repérée soit par le maître de stage, soit par l'interne lui-même, on va revenir sur la difficulté, essayer de l'analyser pour qu'elle ne se reproduise pas la fois suivante.

- C'est vraiment en fonction de la consultation. Ce n'est pas quelque chose que vous programmez à l'avance ?

- Non, non.

Silence.

- Et dans la supervision indirecte … Comment est-ce que vous procédez ?

- Souvent par une question ouverte au départ, en laissant l'interne décrire un peu ce qui s'est passé et puis avec ma connaissance moi du patient ou de la patiente, essayer d'amener si ils ont repéré telle ou telle chose qui aurait pu se dire pendant la consultation. Souvent je connais plus ou moins le motif à l'avance de la consultation. Et cela permet de… on reprend en général, on se sert de l'outil informatique et l'on reprend l'observation qui a été rédigée. Ça en général les internes ils n'ont pas de mal car cela cadre un peu. Il y a le motif de consultation, l'interrogatoire, l'examen clinique, cela les aide à avoir des traces systématiques. Et puis vraiment l'ordonnance c'est un point pour moi très important. Soit il y a dix médicaments et au quel cas, a priori il n'y

avait pas besoin et cela permet de discuter de l'angoisse qu'il y a par rapport à la non prescription, ou de la peur de ne pas avoir fait ce qu'il fallait ou autre. Soit sur le choix tout simplement de la molécule, c'est vraiment un point important…*Silence*

- Et comment vous, vous percevez vous, votre ressenti dans ces différentes phases ?

- Alors en supervision directe, ce n'est pas toujours facile d'être à côté et de ne pas intervenir de laisser sa place à l'interne et de se mettre en retrait. Au fur et à mesure de la supervision on intervient de moins en moins. C'est vrai qu'au départ l'interne va plus nous solliciter avant de prendre une décision, avant de conclure la consultation, avant de prescrire, il y a un côté un peu… et je pense que dans la supervision directe il y a l'envie de bien faire et l'envie de ressembler au maître de stage finalement. Il y a un peu le côté…c'est souvent ce que je leur dis « je ne vous demande pas de me faire plaisir ou de faire ce que moi j'aurai fais. ». Très souvent, leur questionnement quand je suis à côté c'est « qu'est-ce qu'elle aurait mis à ma place ». C'est ce que je leur dis, ce n'est pas qu'est-ce que j'aurais mis c'est… il faut aller au bout et puis après on en discute une fois que la consultation est terminée en supervision. C'est là tout l'intérêt de la supervision, d'échanger sur, effectivement ce que moi j'aurais pu faire et ce que l'interne a fait et pourquoi et chacun justifie cela de son côté. Alors qu'en supervision indirecte, quand ils commencent leurs premières consultations en supervision indirecte. Le ressenti c'est ça, c'est de dire « je me suis senti finalement à l'aise parce que je ne me sentais pas surveillé, parce que j'ai été plus moi, naturel comme je l'aurai été. Je n'ai peut être pas fait les choses toutes bien mais au moins je me suis senti sur. » Et en même temps ils ne peuvent pas faire de la supervision indirecte directement, ils ont besoin de passer par la phase… Et très souvent c'est interne dépendant ça c'est sur. Quand je leur propose de passer en supervision indirecte ils… je sais qu'ils peuvent le faire. Parce que ont a eu suffisamment de temps en supervision direct pour que je leur fasse confiance et que je sens qu'ils se font confiance. Donc j'attends toujours, c'est une proposition, je leur propose de passer en supervision indirecte. Ce n'est pas imposé… « Est-ce que tu te sens prêt ? Est-ce que tu pense que là tu peux faire la consultation tout seul ? » Et puis voilà. Souvent, une fois qu'ils ont fait une ou deux consultations, là ils sont content. A la rigueur voilà, ils sont même contents quand on leur laisse plus. C'est très progressif, c'est chouette de voir l'interne s'autonomiser, jusqu'à la fin et qu'il fasse une demi journée presque tout seul. Là c'est super.

- Et vous dans cette phase…parce que c'est vrai que vous parlez beaucoup de l'interne. Vous dans cette phase de supervision indirect comment vous ressentez les choses ?

Silence…

- Au début on se sens, les premières supervision indirecte ont a l'impression que l'on… est-ce que l'on a été assez vigilent ? Est-ce que l'on n'est pas passé à côté de quelque chose ? Effectivement, ce que l'interne nous renvoie, est-ce que c'est bien ce qui s'est passé ? Est-ce que la consultation s'est bien déroulée ? Et ça on ne peut pas le maitriser… ça on ne le sait pas, on le sait a posteriori si le patient revient mécontent ou autre. Il y a quand même une phase anxiogène dans le côté où l'on n'a pas été présent et où l'on ne sait pas ce qu'il s'est passé. C'est vrai qu'il y a vraiment un côté lâcher prise très important, de la part du maître de stage. De dire, je l'ai vu en supervision directe, je sais comment il travaille, je sais son raisonnement clinique et autre. Je suis de toute façon dans le bureau d'à côté. Ça c'est rassurant pour l'interne parce que je suis dans la pièce à côté, et il sait que si il a besoin il peut venir me demander. Et je suis joignable par téléphone si besoin. Mais c'est vrai qu'au départ, voilà, il faut vraiment faire confiance. Mais ça, cela part assez vite en fait. Par contre, je ne suis pas sûre que j'aurai pu être maître de stage SASPAS par contre. Parce que la phase, les mois précédents où l'on a travaillé ensemble et où… cela permet de laisser l'interne consulter tout seul et faire de la supervision indirecte. Je crois que le SASPAS, on ne connaît pas l'interne et il est en supervision indirecte dès le premier jour. Je crois que j'aurais du mal. Même si il a validé son stage niveau 1. Il y a vraiment une confiance qui s'installe au fur et à mesure du stage, et que finalement on est très rassuré quand on les laisse en supervision indirecte. Mais effectivement il y a… voilà. C'est parce que cela a été progressif, et que les mois d'avant j'étais là et que je peux le laisser consulter seul en supervision indirecte. Mais non, ce n'est pas finalement plus difficile. Ça l'est au début sur les premières supervisions indirectes parce que l'on a vraiment l'impression de ne pas maitriser ce qui s'est passé. Mais quand on fait confiance à l'interne, il n'y a pas de raison que cela ne se passe pas bien. Et l'expérience même courte le prouve.

- Vous dites que vous n'arrivez pas à savoir ce qu'il se passe dans la consultation. Est-ce que quand vous faites la supervision vous arrivez avec cette supervision à comprendre peut-être pas précisément mais globalement ce qu'il s'est passé ?

- Oui, oui on y arrive, mais après il y a toujours quand même… entre ce que l'interne va décrire ou va relater, qui est souvent du domaine… où il va rester assez objectif, assez technique sur le motif, l'examen… Tout ce que l'on a du mal à saisir c'est quand même le côté relation avec le patient. Est-ce qu'il est dans l'empathie ou pas. Voilà, ça c'est déjà tellement personnel, la relation avec le patient, que c'est difficile. Et c'est, il faut

accepter que l'interne ait sa propre personnalité et n'ait pas à mener la consultation comme soi-même on l'aurait menée. Dans la relation avec le patient cela aura pu être différent. Après ce qui a été une bonne surprise c'est que certains patients se sont plus confiés à l'interne qu'ils ne l'auraient fait à moi. Parce qu'ils étaient avec quelqu'un de différent, qu'ils se sont sentis, peut-être plus libres de parler parce qu'ils savent qu'ils ne reverraient pas l'interne aussi. Et sur certaines consultations cela a été très riche, car des patients dans la relation avec l'interne ont dit des choses que je ne savais même pas. Sur eux, ou sur leur vie. J'ai en tête une consultation avec une patiente qui était addictive et qui me l'avait toujours cachée parce que probablement voilà… je n'avais peut-être pas été… et c'est grâce à l'interne que je l'ai su. Parce qu'il était en supervision indirecte et que la consultation s'est déroulée comme ça. Donc heu… et là voilà ! De se dire, moi je suis passée à côté. Et l'interne a réussi à ce que la patiente lui dise. Voilà c'est très bien. Mais oui, on arrive à sentir, mais plus dans la relation c'est difficile d'évaluer un peu, c'est plus difficile en supervision indirecte d'évaluer comment cela s'est passé. Après on connaît notre interne, on connaît sa personnalité, on se doute de comment cela va se dérouler avec tel ou tel patient, avec sa personnalité, est-ce que cela va passer, ou est-ce que cela ne va pas passer ? Après en supervision, très souvent on réabordait des choses sur la vie du patient. Pourquoi il y a eu telle réaction à tel moment. Que l'interne n'a pas forcément compris, parce que l'on a remis le patient dans son contexte. Et c'est en ça que la supervision à son intérêt, souvent l'interne comprend différemment les choses après coup. Ben oui « n'ayant pas cette information là, je ne pouvais pas comprendre ». Et c'est en cela aussi que c'est plus riche après.

- Donc si je comprends bien, en plus du côté technique, vous arrivez à reparler de ce côté relationnel même si c'est plus difficile ?

- Pas toujours. C'est toujours pareil, au maximum en supervision indirecte, je faisais 7-8 consultations, pas plus. Donc c'est vrai que le soir, il est déjà 19h, c'est difficile de dire on reprend 7-8 consult'. On les reprend, mais sur une en particulier, quand je sais que le contexte social est compliqué ou qu'il y a une histoire de vie qui est compliquée. Cela me paraissait essentiel de situer le patient dans ce cadre là, pour aussi que l'interne puisse revivre cette consultation avec ces éléments là. Même si, il les avait sentis ou plus ou moins. Oui c'est important. Mais pas sur toutes les consultations. Il ne faut pas non plus que pour l'interne cela devienne quelque chose de fastidieux. Il faut aussi qu'il en retire quelque chose. Il ne faut pas qu'il ait l'impression que cette supervision ce

n'est que du flicage. Non on est là aussi pour approfondir les choses, essayer de les voir avancer. Si c'est trop systématique, cela reste du flicage je pense.

- Vous parlez de flicage, vous avez l'impression que parfois la supervision cela peut être ça ?

- Je pense que cela peut vite devenir ça. Sur est-ce que tu as fait ci, est ce que tu as fait ça. Voilà, il faut faire attention en temps que maître de stage de ne pas être dans le … c'est ça qui est dure en temps que maître de stage, c'est de ne pas imposer à l'interne sa façon de penser, ou son propre raisonnement. En supervision indirecte encore plus. Parce que voilà, l'ordonnance ne correspond pas à celle que l'on aurait donnée, ou a ce que le patient a l'habitude d'avoir. Et voilà, c'est de laisser l'interne justifier sa prescription par exemple, sans pour autant lui dire « moi je n'aurai pas fait comme ci » c'est ça qui est difficile. De ne pas imposer à l'interne de rentrer dans le moule ou dans le personnage que l'on est en tant que maître de stage. Et on n'est pas là pour ça. Et on n'est pas un modèle non plus.

- Comment vous faites cela, de ne pas imposer ce moule, ce modèle ?

- Je pense que l'intérêt du trinôme c'est cela aussi. Car cela permet à l'interne de voir des pratiques différentes, de ne pas, justement n'avoir qu'une idée, d'une pratique, celle que l'on a. Car forcément, on a une patientèle qui se moule à qui l'on est, à comment on prescrit, à comment on est dans la relation. Donc c'est bien aussi ce côté trinôme. Ou binôme, parce que l'on en est là… Qu'ils puissent voir autre chose. Ne pas lui imposer le modèle c'est le laisser justifier ce qu'il a fait. Après à partir du moment où cela tient la route, où le raisonnement est là, et bien pourquoi pas. C'est différent de ce que j'aurais fait, mais cela s'entend. A partir du moment où il n'a pas mis le patient en danger. Voilà… si il a prescrit un médicament non générique…Voilà.

- Et ça, vous rediscutez de tout cela devant le patient ou sans le patient ?

- A non, jamais de supervision en présence du patient. Non non. Quand ils sont en supervision directe, surtout en directe, je laisse faire jusqu'au bout. Sauf si ils font vraiment quelque chose qui ne me semble pas adapté. Mais sinon… Jamais

- Pourquoi jamais devant le patient ?

- Parce que cela met le patient en position… Cela met déjà l'interne en difficulté car le patient sent qu'il y a une discussion entre le maître de stage et l'interne. Déjà pour le patient ce n'est pas toujours facile de jouer le jeu d'être examiné par quelqu'un. Donc il faut aussi que le patient sente que le maître de stage a une confiance totale en l'interne,

sinon il perd toute crédibilité, ce n'est pas la peine de faire de supervision à ce moment-là.

- C'est à dire qu'en supervision directe, vous laissez l'interne consulter ? C'est lui qui mène la consultation c'est bien ça ?

- Oui, oui, il fait tout. Alors c'est… Les premières, si l'interne me demande mon avis, j'attends que l'interne me sollicite. Je le laisse faire, si à un moment de l'interrogatoire, il a des difficultés sur un domaine, je ne sais pas, par exemple la première consultation de contraception. Et où ce n'est pas son truc, très vite je suis à côté, je sens... Il me demande explicitement de prendre le relais, et devant le patient il n'a pas peur de dire que voilà, il passe la main. Et la fois suivante il fera tout seul, et la fois d'après il rédigera même l'ordonnance. Et puis voilà, mais j'attends toujours que cela soit l'interne. J'essaie de ne pas l'interrompre dans sa consultation. De le laisser justement avoir sa logique et d'aller jusqu'au bout de son raisonnement et si il a besoin je suis là. Mais au maximum, ne pas intervenir, ce n'est pas facile. Je pense que j'intervenais beaucoup plus avec mon premier interne qu'avec mon cinquième. J'ai appris moi aussi l'attitude que je devais avoir, mais par expérience. Les internes sont différents les uns des autres. Il y en a qui en supervision indirecte vont appeler à chaque consult' car ils ne sont pas… à prendre la décision diagnostique ou la thérapeutique derrière. Et puis il y en a d'autres où, ce n'est pas forcément toujours mieux, mais qui ne vont jamais appeler. Et c'est avec ceux là que la supervision a je pense, plus d'intérêt. Parce que il y a toujours à redire, il y a toujours à… Même en temps que maître de stage, et c'est tout l'intérêt du stage. On est soi-même remis en question par l'interne, c'est très riche.

- Et cette remise en question, comment est-ce qu'elle est effectuée ?

- Ben au moment de la supervision, parce que quand… L'organisation du cabinet faisait que le matin je ne pouvais pas les laisser en supervision indirecte. Donc ils étaient tout le temps en supervision directe tous les matins jusqu'au bout, jusqu'à la fin du stage. Heu… Mais c'était bien aussi car il y avait la supervision directe le matin et la supervision indirecte l'après midi. Cela donnait un rythme différent à la journée. Et c'est toujours intéressant, les internes sont toujours plus au fait des dernières recommandations, sont plus… ont toujours… cela arrivait même en tout début de stage, là où ils sont eux en observation que je leur demande leur approbation sur une ordonnance faite à un moment donné : « Là, est-ce que tu es d'accord avec ça ? Est-ce que tu comprends ? ». Et ça c'est, cela m'a aussi amené à m'obliger de rester à la page on va dire.

- Et, vous ne m'avez pas trop parlé de la phase d'observation. La phase où ils vous observent c'est bien ça. Comment est-ce que se déroule la supervision dans cette phase-là ? Ou les discussion que vous pouvez avoir ?

- Alors la phase d'observation elle est assez courte, elle est nécessaire je pense. On va, très souvent, au début j'essaie que ce ne soit pas une observation passive. De toute façon dès le départ ils vont faire la partie clinique, l'examen clinique. Ça ils savent faire, la médecine générale n'est pas différente de ce qu'ils connaissent à l'hôpital. Dès le départ, pour ne pas qu'ils soient en observation tout le temps, la partie clinique ils la font, avec moi en doublon au début, puis après c'est eux qui font la partie clinique. La partie interrogatoire, j'essaie de cibler, avant le début de la consultation de leurs demander de repérer, ou le motif, ou le motif caché, ou de regarder tout simplement le déroulement de la consultation, il y a la gestion du temps. Il y a la gestion de la plainte multiple où l'on ne pourra pas tout gérer ou comment se hiérarchisent aussi les plaintes, ou l'attitude verbale ou non verbale. Mais c'est sur une consultation donnée, avant que ne rentre le patient. « Là sur cette consultation-là », comme je sais qui est le patient et à peu près comment cela va se dérouler, « tu vas essayer de repérer tel élément ». Et puis du coup, ça après on en reparle en supervision. « Est-ce que tu as repéré ça ? Est-ce que tu as ressenti ça ? Comment tu m'as trouvé dans cette consultation ? Est-ce que j'ai été trop, trop directive ? Est-ce que j'ai été trop dans l'empathie ? ». Voilà. C'est bien de leur faire repérer une chose, pour qu'ils ne soient pas noyés. Parce que très souvent, le premier jour, premier jour du stage, l'interne est rincé. Il ne comprend pas le rythme de travail c'est… il n'en peut plus, il y a trop d'informations d'un coup. Et puis il faut rester concentré, et puis toutes les 20 minutes il faut voir quelqu'un d'autre, avec une autre histoire. Et c'est très dense. Et pourtant, je n'ai pas un rythme de dingue non plus. Pour eux c'est très difficile. La première journée oui c'est ça. La deuxième journée où ils ne font que la partie technique, se mettre à l'aise avec le logiciel, où ils n'interviennent pas où ils se concentrent sur le logiciel informatique. Tout en étant en observation quand même, mais c'est principalement de la saisie en fait. Et puis à partir de la troisième journée de consultation, ils commencent à faire avec nous. La phase d'observation elle est nécessaire, mais rapide.

- Si je comprends bien, vous programmer certaines choses ? Vous organisez un peu le stage ?

- Alors, oui, il y a quand même une logique. Enfin moi j'ai quand même une logique de stage. Qui va être très… les durées ne sont pas fixes. Cela va dépendre de l'interne. Si il

a besoin d'une phase d'observation plus longue, et bien il l'aura. Si il veut être en supervision directe rapidement, et bien cela sera possible. Sur l'indirecte c'est pareil, cela sera toujours une proposition au bout d'un certain temps. « Est ce que là, tu te sens prêt à faire une ou deux consultations tout seul ? Ou pas ? » Donc ça, ce n'est jamais... chaque interne a eu un stage différent en fonction de ce qu'il était et de ses envies. Donc en aucun cas c'est rigide. L'observation, pour certain, elle a été plus longue que pour d'autres. Et puis il y a certaines consultations, ou même à la fin quand ils sont en supervision indirecte, où c'est un suivi, ou c'est une consultation vraiment… je sais que pour le patient, d'avoir un autre interlocuteur cela va être compliqué. Ils aimaient bien aussi en fin de stage revenir en observation. Assez souvent, il y a plusieurs consultations, même dans le dernier mois de stage, où c'est l'interne, en discutant avec lui qui me dit « là, je reviendrai bien en observation, parce que au début du stage on est dans la découverte, du coup on n'analyse pas forcément tout ce qui se passe. A la fin du stage on a du recul » et de ce remettre en phase d'observation c'est bien aussi, c'est important aussi. Mais ça c'est pas obligatoire, c'est de la proposition, c'est en fonction du désir de l'interne.

- Cela veut dire que vous n'imposez pas certaine chose.

- Non… la seule chose qui va être imposée c'est le premier jour c'est de l'observation active, mais c'est de l'observation. Le deuxième jour c'est la partie informatique pour qu'ils soient à l'aise ensuite. Et puis après c'est assez souple. Il n'y a pas. Voilà, ce n'est pas parce que l'on est passé en supervision indirecte que l'on ne reviendra pas. Mais c'est l'interne qui… c'est une discussion, en fonction de son souhait, de ses difficultés, de ce que l'on aura ciblé ensemble.

- Mais vous, vous avez quand même une sorte de programme ?

- Peut-être pas un programme, mais j'ai un objectif. L'objectif c'est qu'il puisse faire un SASPAS, et que si je le valide en stage niveau 1 c'est que j'ai considéré qu'il pourrait faire un SASPAS dès le lendemain. Tant que moi je ne l'aurai pas testé en supervision indirecte et que je ne le sentirai pas en confiance pour passer une journée ensuite seul en consultation. Et bien mon objectif de maître de stage ne sera pas atteint. Donc oui, mon objectif est de rendre l'interne autonome et qu'il ait quasiment quand il sort de mon stage, qu'il ait vécu quasiment une journée de SASPAS. Au moins une demi journée. En supervision indirecte, souvent cela commence… après c'est vraiment interne dépendant. Mais cela commence à partir de la moitié du stage. Il y a une ou deux consultations qui sont déjà faites tout seul. Et petit à petit on augmente le nombre, mais

qui de toute façon n'excède pas huit. Parce que physiquement ce n'est pas possible de faire plus. Mais quand déjà ils ont fait une journée de consultation en supervision indirecte, après la journée en SASPAS, cela se passera bien.

- Vous dites que physiquement c'est impossible, c'est à dire que ?

- Parce que l'organisation du cabinet fait que j'avais l'interne le jeudi. Et que je jeudi matin comme il n'y a que deux bureaux de consultation, ils étaient tous les deux occupés. Et le jeudi après midi j'étais le seul médecin du cabinet, il y avait donc un cabinet de consultation libre, ce qui me permettait de laisser consulter seul.

- Et pendant ce temps la vous faisiez quoi ?

- Je consultais aussi, mais il y a le téléphone. Et quand l'interne avait besoin, il avait toujours moyen de téléphoner. Cela permettait, voilà, à l'interne d'avoir des créneaux de consultations qui lui était réservés, sur une demi-journée, dès qu'il le voulait.

- Pour vous la supervision elle prend combien de temps à peu prêt ?

- En temps…on essaie de la faire en deux fois pour que cela ne soit pas trop lourd. En temps…cela ne peut pas prendre moins de 2 heures sur une journée de stage. Une heure le midi et une heure le soir.

- Même en phase de supervision directe ?

- Hum…oui, mais j'essayais de faire en sorte que cela ne soit pas « bon, maintenant, il va falloir que l'on revoit les consultations du jour… ». Nan, sur certaines consultations, où il n'y avait rien à dire, où l'on avait déjà abordé le thème la fois d'avant. On n'allait pas revenir dessus si c'est acquis. Vous voyez, le schéma de vaccination, cela fait dix fois qu'on le voit, donc on ne va pas revenir à chaque fois dessus. Voilà, il y a des choses comme ça. Ou des consultations où il y avait moins à dire. Toutes les consultations n'ont pas de valeurs équivalentes entre guillemets sur le plan pédagogique. Même si il y a toujours à dire, même si l'on peut toujours trouver à dire sur chaque consultation. Voilà, après, le but n'est pas d'alourdir les journées de consultations, ce sont déjà des journées denses. Le temps du midi c'est quelque chose d'important. Déjà les internes mangent avec moi. Et c'est un temps d'échange qui permet d'aborder de façon un peu moins formelle les consultations du matin et la supervision sans qu'ils aient l'impression que cela soit une supervision.

- Comment vous ressentez votre rôle de maître de stage ?

- Haaa… *silence*. J'espère que je leur ai donné envie de faire de la médecine générale, ou en tous les cas que je leur ai donné une image de la médecine générale plutôt positive et… voilà c'est ce que je leur disais, quel que soit leur projet professionnel,

quel que soit ce qu'ils feront ensuite, qu'ils restent à l'hôpital ou autre. Ils auront au moins eu cette expérience et c'est l'idée de travailler tous ensemble et de se comprendre. De faire tomber les à priori et la mauvaise image du médecin traitant qui se débarrasse de son patient en l'hospitalisant ou autre. Je pense que c'est important qu'ils mesurent les difficultés que l'on peut avoir en temps que médecin généraliste mais aussi la richesse dans la relation avec le patient, ce que cela peut apporter. On est le médecin de premier recours, on est le médecin aussi que les patients viennent voir après avoir vu le spécialiste. Car c'était une consultation difficile et qu'ils n'ont pas tout compris et qu'il faut leur reformuler, leur expliquer et que c'est au médecin traitant qu'ils font confiance. Je pense, j'espère que je leur ai transmis…qu'il y avait tout ça. Que l'on fait partie d'un des éléments du système de soins et que l'on a notre place. Il y a le suivi des patients. Après c'est… j'espère qu'ils ont bien vécu le passage chez moi. Moi je l'ai toujours bien vécu, même si ils étaient différents ou autre. Après je n'ai eu que cinq internes, je n'ai pas une grande expérience, je n'en ai pas eu 25 non plus. Cela s'est toujours bien passé c'est vrai que… *silence*…peut être que j'ai été un peu trop…*silence*…le côté un peu grande sœur. Parce que finalement l'internat pour moi ce n'était pas si loin que cela. Que mon stage chez le prat' je m'en souvenais encore, et que ce n'était pas… voilà, je n'avais pas l'impression d'être en si grand décalage que cela, même si plus le temps passait et plus je voyais qu'il y avait un écart. Mais heu…je ne crois pas qu'ils aient vécu… c'était plus dans l'idée du compagnonnage. En aucun cas j'ai eu l'impression de leur imposer une façon de voir ou une façon de faire, ou de leur dire « voilà, c'est moi qui fait et c'est moi qui fait bien ». Après, j'ai toujours eu l'impression qu'ils se sentaient à l'aise pour dire les choses. Vraiment un échange, que l'on soit à égalité. Même si j'avais une expérience qu'ils n'avaient pas. Même si ils se reposaient quand même sur « le maître de stage ». Nan mais c'est vraiment un échange et c'est enrichissant pour les deux, pour le MSU et pour l'interne.

- Et quand vous parlez d'échange, c'est à dire que vous leur avez demandé ce qu'ils pensaient sur le stage ?

- Ah ben toujours. On fait trois points, pas avec les autres maîtres de stage. On fait trois points dans le stage, un à chaque phase, même si c'est à des moments… De ce qu'ils ont ressenti sur cette partie du stage, de voir ce qu'ils attendent pour la suite du stage, quels éléments ils veulent que l'on travaille davantage. Si ils se sont sentis en difficultés sur tel et tel élément, on essaie de travailler plus. Qu'est-ce qu'il faut améliorer. Qu'est-ce que je devrais faire moi pour améliorer les choses pour l'interne suivant quand c'est

la fin du stage. Voilà. Bon après c'est toujours difficile, ils n'osent pas toujours dire ce qui ne va pas. Mais … j'ai toujours eu l'impression qu'ils étaient satisfaits du stage. De ce que je pouvais leur apporter. Oui au moins trois fois dans le stage. Même presque à la fin de chaque supervision, de chaque journée. C'est dire « voilà, on a fait ça. Cette semaine on en est arrivé là. Comment tu vois les choses ? Comment tu veux avancer ? Est-ce que tu te sens prêt à passer à des consultations tout seul ou pas ? ».

- Vous avez dit que vous ne faisiez pas cela avec les autres maîtres de stage, pourquoi ?

- Parce que dans le trinôme c'était un peu hétérogène, et déjà on avait du mal à être motivé pour faire une réunion de fin de stage, alors ce n'était pas pour en faire trois… il y a un éloignement géographique pour un, donc c'est un peu compliqué. On essayait bien de faire un point à mi-stage par mail avec les autres maîtres de stage pour savoir où ils en étaient. Après on n'était pas tous motivé par les mêmes choses. Dans l'investissement en temps que maître de stage. Voilà, je pense qu'il faut respecter le choix des autres. Après, l'interne parle beaucoup de ce qu'il fait chez les autres. On s'adapte pour niveler un peu, harmoniser un peu les choses. Pour que à la fin leur formation puisse être cohérente.

- Si je comprends bien, vous respectez les choix des autres maîtres de stage, même si vous n'êtes pas forcément d'accord avec ce qu'ils font ?

- Oui, c'est l'intérêt du trinôme aussi pour l'interne. Si on était identique. Voilà, peut être que l'interne il n'aurait qu'une seule vision du métier qui n'est pas la réalité. Je trouve cela très bien. Après c'est vrai que dans la composition du trinôme, c'est bien qu'il y en ait au moins un quoi soit un peu plus à cheval sur la pédagogie ou le ... Pour que l'interne s'y retrouve quand même. Même si… si l'on peut apprendre simplement par l'expérience, pas besoin non plus de théoriser tout cela pour que cela se passe bien. En aucun cas, voilà, il faut trouver un équilibre. Mais, hum… quand cela se passe vraiment mal avec un maître de stage, je pense que c'est bien de pouvoir pallier.

- Et c'est arrivé durant ce stage ?

- Dans le trinôme dans lequel j'étais, oui.

- Et comment vous avez réagit ?

- Heu, de plusieurs façon, initialement en faisant, en imposant une réunion… alors en exigeant de prendre la tête du trinôme, ce qui a changé le entre guillemet les rôles de chacun. Et en provoquant une réunion uniquement entre maîtres de stage de mise au point sur les objectifs pédagogiques que devait avoir chacun. Cela a eu un effet pas très long, sur l'interne suivant. Ça ce n'est pas facile et puis par le DMG, le responsable des

trinômes et puis ben voilà… après on ne peut pas imposer à un maître de stage de se remettre en question. En aucun cas je ne critique sa façon de prescrire ou autre. Chacun est libre, mais…quand on devient maître de stage, on signe un programme pédagogique que l'on est tenu de suivre. Même si cela peut paraitre rigide, et même si on peut ne pas être enclin à tout suivre. Voilà, on a quand même vis-à-vis de l'interne un rôle à jouer, et quand on a un maître de stage qui ne tient pas compte du tout de ces fameuses étapes. Ou il n'y a jamais de supervision, ou l'interne ne consulte jamais tout seul. Là cela ne va pas. A un moment donné, on est plus dans notre rôle de maître de stage. Ce n'était pas sa pratique, mais c'était qu'il ne respectait pas la carte, la carte du stage de l'interne. Après voilà, moi j'arrête, je sais que le trinôme a explosé. Est-ce qu'il continuera à faire comme il faisait ? Ou est ce que le fait de changer de trinôme, parce qu'il y aura aussi d'autres gens, et qu'il sera plus enclin à écouter d'autres maîtres de stage, j'en sais rien. Ou peut être qu'un jour il arrêtera, j'en sais rien. Voilà c'est… et cela de sentir que sur les cinq internes il y en a une qui a vraiment été en souffrance. Ça s'est… et c'est suite à cela que l'on a provoqué la réunion des maîtres de stage pour essayer d'y remédier. Ça c'est… ce n'est quand même pas professionnel.

- C'est à dire que les internes se sont sentis assez libre pour en parler avec vous ?

- Oui, oui, oui et puis après… le sachant, c'était moi même qui jaugeait. Est-ce que ça va ? Comment cela s'est passé ? Non, non, c'est une belle expérience.

- Quelles ont été vos motivations pour être maître de stage ?

- Plusieurs, moi j'ai fait mon prat' en 2^{e} semestre, et je crois que si je n'avais pas fait mon stage en 2^{e} semestre, je crois que je n'aurais peut-être pas fait médecine générale.

- Je vous interromps tout de suite, car il y a certaines réformes en ce moment, et vous cela vous parait une bonne chose que de pouvoir faire son prat' assez rapidement ?

- Oui, oui. Car moi j'ai ensuite choisi mes stages hospitaliers en vue d'être médecin généraliste. J'ai orienté mes stages parce que j'avais eu des supers maîtres de stages qui m'avaient donné envie. Je m'étais vraiment sentie bien, et que voilà. Après j'ai vraiment orienté mes stages… Du coup cela me semblait logique de devenir un jour moi-même maître de stage. Et puis l'envie de ça, d'échanger avec des internes, de me motiver, de me stimuler pour comme je le disais tout à l'heure de rester à la page. Et puis c'était une journée différente au cabinet, cette journée là. J'avais un autre rôle, je n'étais plus le médecin traitant, enfin j'étais quand même leur médecin traitant, mais ils voyaient bien que j'avais le rôle de maître de stage. Avec les boutades des patients « ha vous ne faites rien aujourd'hui ! Ou c'est votre jour de repos ! » Mais c'était, c'était

vraiment ça, de casser la monotonie, de casser la routine des consultations. Se positionner aussi en était maître de stage, se positionner en acceptant la critique, accepter d'être remise en question, accepter l'échange. Cela me paraissait nécessaire, et puis j'étais reconnaissante vis-à-vis de mes propres maîtres de stage de m'avoir donné envie d'être médecin généraliste. J'avais envie de transmettre cela aussi. Et puis le faire rapidement. Rapidement après l'installation. Justement, ne pas avoir ce côté trop d'expérience, pour être trop maternaliste ou paternaliste.

- Et les réactions des patients comme, est-ce que cela vous a gêné ?

- Non, non. Après cela faisait partie de… ceux qui venaient le jeudi, ils savaient qu'il y avait l'interne. Ils le savaient dès la prise de rendez-vous. Voilà, après il y en a certain qui faisaient en sorte de ne pas venir ce jour là. Mais globalement il y avait les habitués du jeudi on va dire, ceux qui se prenaient vraiment au jeu. Comme je le disais aux internes, ce sont des patients faciles pour les internes, qui acceptaient les consultations différentes du jeudi. Et puis après voilà, il y a aussi eu des réflexions pas sympas vis-à-vis des internes. Après coup je me souviens d'un qui m'avait dit « j'ai été examiné par un guignol ». Et voilà alors… C'est rarissime. Des remarques désobligeantes, il n'y en a pas eu des masses. Après, à partir du moment où ils sont avertis que ce jour-là c'est l'interne, ils jouent le jeu. Ceux qui ne veulent pas le jouer, ils ne viennent pas. C'est un peu le deal aussi, au moment de la prise de rendez-vous et la secrétaire savait. Ceux qui ne voulaient pas l'interne. Et puis après quand ils étaient en supervision indirecte c'était des créneaux entre guillemet d'urgence. Et là les gens étaient contents d'être vu par quelqu'un. Par un médecin, donc ils savaient qu'ils allaient voir l'interne seul.

- C'est à dire qu'en supervision indirecte l'interne ne voyait que les urgences ? Il ne voyait pas forcément du suivi ?

- Alors, c'était compliqué de faire du suivi. Les patients que lui-même re-convoquait, car il pouvait les convoquer le jeudi suivant. Et ça c'était pas toujours, c'était assez rare quand même. On a revu souvent des patients en supervision directe le matin. Mais comme de toute façon c'est lui qui menait la consultation, il faisait du suivi. Mais sur des consult' indirectes, si ce n'est pas eux qui convoquaient le patient le jeudi suivant. Et les patients ils savent que l'interne n'est là que six mois, ils savent que cela va changer. Et il n'est là qu'un jour par semaine. Pour un suivi ce n'est pas toujours simple.

- C'est quelque chose que vous avez peu fait ? Un suivi d'hypertension, d'insuffisance cardiaque…

- Cela s'est fait, mais sur les patients qui jouent le jeu le jeudi. De leur dire « bon, cela serait bien que la prochaine fois vous veniez aussi un jeudi, car l'interne sera encore là et il pourra voir la suite. ». Donc cela s'est fait, mais plus en supervision directe, mais oui, cela s'est fait. En indirecte, par le peu de nombre de consult' qui étaient possibles. Oui, par la durée de supervision indirecte qui est moindre… *silence*…

- Si vous aviez quelque chose à changer sur le stage, qu'est-ce que cela serait ?

- *Silence*… Si j'avais quelque chose à changer sur le stage, qu'est-ce que cela serait… *silence*… je ne sais pas… *silence*… Non je trouve que cela. Moi je fonctionnais un jour par semaine. Je ne sais pas si c'est comme cela qu'il faut fonctionner. Je sais qu'il y a des trinômes qui font une semaine chacun toutes les trois semaines. Non dans l'organisation… c'est vrai que moi, je travaille à temps partiel, donc c'est vrai que les patients qui ne voulaient pas voir l'interne, du coup dans la semaine il ne leur restait plus qu'un jour et demi dans la semaine. C'est vrai que passer en binôme comme c'est actuellement en discussion, heu... cela veut dire du coup, quasiment avoir un interne en permanence sur mon temps de consultation. Pour certains patients, cela peut être compliqué. Après, on aimerait, mais cela c'est égoïste. Son interne pour soi, qui sort après ses six mois comme on aimerait qu'il soit. Alors que c'est complètement nul comme remarque. Il n'a pas à nous ressembler. C'est ce que je disais tout à l'heure. Mais parfois en fin de stage il y a un petit côté non abouti, on n'a pas réussi à aller jusqu'où l'on voulait. Il y a encore des lacunes… voilà un sentiment de, on aurait pu faire plus. Mais voilà il faut se dire que l'on est maître de stage et que l'on fait partie d'un maillon de sa formation d'interne. On est un maillon, on n'est pas là pour qu'il rentre dans le moule. Et puis cela n'a pas de sens. Et quel moule d'ailleurs ! Mais… donc non, je crois que quelque chose à changer… je ne sais pas. Plus long, je ne crois pas que cela changerait grand chose. Voilà, après, tout le monde a son expérience. Et au bout d'un moment il n'y a pas une lassitude, mais une envie de découvrir d'autre chose. Et après il y a le SASPAS derrière pour ceux qui ont envie d'être médecin généraliste. Voilà, cela fait partie du cursus. Le stage plus tôt, moi je suis favorable. Mais après j'ai envie de dire pour ceux qui veulent se destiner à la médecine générale. Non… il y a peut-être trop de cours théorique le jeudi, car je prends des internes le jeudi, du coup il y a quand même des moments d'absentéisme. Mais cela fait partie de l'organisation des trinômes. Je n'étais pas très centré théorique. Après, les journées sont assez longues, après ils n'ont que 3 jours de stage par semaine, donc ils ont le temps de faire de la théorie à côté. Après moi je n'ai pas trop insisté sur cela, je trouve que c'est le rôle des

médecins du DMG. Je n'étais pas très « prescription pédagogique », j'ai beaucoup plus travaillé sur la pratique que sur les recherches. Alors c'est arrivé aussi, surtout quand il y avait un désaccord, où chacun cherchait de son côté, cherchait ses sources et ses arguments, et puis on en discutait la fois suivante. Mais, voilà mon rôle n'était pas là. J'estime que mon rôle n'était pas là. Après c'est plus l'interne qui peut dire lui comment il aurait vécu les choses autrement. En temps que maître de stage c'est… je m'y suis retrouvée.

- C'est à dire, que vous ne demandiez pas à l'interne de faire des recherches ? Ce que vous discutiez en supervision, il n'y avait pas de recherche à faire dessus ?

- Cela pouvait, mais c'était plus, sur un sujet de désaccord, où chacun trouve ses sources. Et voilà, c'est arrivé sur des choses pratiques. Le soir on discutait… Tiens, il y a le dernier article de Prescrire qui parlait de cela, ou il y a cela qui est débattu actuellement. A l'inverse que eux m'apportent leurs sources et que l'on puisse comparer. Mais voilà. Les journées sont déjà assez chargées comme cela.

- C'est une question qui est un peu à part, mais c'est vrai que tout à l'heure, on parlait du CGELAV avant le début de l'enregistrement. Vous étiez à la réunion sur la nouvelle fiche d'évaluation de fin de stage. Je crois qu'elle est mise en place, et je voulais savoir si vous l'aviez utilisé ?

- Alors, oui, je l'ai utilisée. On l'a utilisé trois fois dans le stage. Alors au début en temps qu'auto-évaluation pour essayer de repérer les items qui étaient ciblés, les objectifs. Au tout début du stage on l'a fait. On l'a fait au milieu du stage, c'était très intéressant de voir que l'interne, alors qu'il avait l'impression de patauger encore de voir que sur certains items il avait déjà bien progressé. C'était assez encourageant. Et puis en fin de stage pour la validation en sachant que sur le quadrinome je suis la seule à l'avoir utilisée. Car elle est ressentie comme très complexe, très lourde à utiliser. Avec des items peut être très théoriques, très pédagogiques qui ne sont pas forcément simples à utiliser. Et puis sur certains items, moi-même je ne me suis pas cochée compétente. Peut-être avec un idéal, ou des objectifs à atteindre qui sont un peu sévères. Mais après en l'utilisant, par rapport à la grille d'avant qui n'avait aucun intérêt. Cela permet de mieux cibler, même en temps que maître de stage, ce que l'on attend de l'interne au fur et à mesure. Cela nous donne des repères.

- Vous avez dit que vous aviez été la seule à l'avoir utilisée, parce que vous étiez la seule à avoir été à la journée du CGELAV. Est-ce que vous avez l'impression que d'être

sensibilisé à tout ce qui est supervision, à la fiche de stage, à avoir des formations continues… cela joue dans…

- Je pense que cela joue beaucoup. Parce que sur ce fameux quadrinôme, la personne qui recevait des internes et les mettaient en difficulté n'avait aucune formation. Après, on se demande comment il est arrivé là. Je pense qu'il y a eu une pénurie de maître de stage à un moment et on était bien content de le trouver. Mais voilà… Moi j'ai fait les 2 formations CNGE supervision directe et supervision indirecte, c'est vrai que cela peut paraître très théorique, mais au moins cela pose les bases sur des bonnes choses et cela m'a aidé quand même…A se positionner dans son rôle de maître de stage et à sentir ce que l'on attend de nous, et où est notre place. Et puis la grille… C'est vrai que le CGELAV a eu un peu de mal à se positionner, à être reconnu. Ce n'est pas simple. Cette grille elle a demandé beaucoup d'énergie. Cela reste un outil surement intéressant mais qui demande à être pratiqué, qui doit être utilisé plus régulièrement pour pouvoir se l'approprier et être plus à l'aise pour l'utiliser. Mais c'est certain que on ne peut pas être maître de stage sans s'intéresser à ces choses là. Bon on ne peut pas forcément s'intéresser à toutes les choses mais il y a un minimum. Les séminaires de bases devraient être obligatoires. Et la journée sur la grille d'évaluation, c'est vrai que c'est plus simple de l'utiliser quand on a eu une journée au préalable dessus que quand on la reçoit comme ça … je pense que l'utiliser par l'interne en auto-évaluation cela lui montre vraiment qu'il progresse. Mais sur les items du début il ne voit même pas où l'on veut en venir. Et puis au milieu de stage il commence à saisir ce que cela veut dire, et puis en fin de stage ça y est il a bien compris et c'est validé. C'est… je ne l'ai utiliser qu'une fois du coup, mais ce n'était pas simple.

- Est-ce que vous aviez quelque chose d'autre à dire ? à transmettre ?

- Non j'essaie de motiver mes consœurs ou confrères à être maître de stage car c'est chouette. L'idée c'est qu'il y ait de plus en plus de candidats pour que les plus motivés restent, pour que l'on améliore la qualité des maîtres de stage. Non je pense que. C'est un stage qui me semble indispensable car on ne peut pas faire de la médecine générale sans avoir fait de stage Prat. Le SASPAS, moi quand j'étais interne c'était le début des SASPAS. Il y a un petit peu un sentiment d'être utilisé comme un remplaçant déguisé. On ne voyait pas très bien les objectifs pédagogiques. Je crois que maintenant c'est beaucoup plus affiché. Après j'imagine que c'est pareil, il doit y en avoir qui en profitent. Mais quand c'est bien fait, cela fait un passage en douceur vers le remplacement en étant bien sécurisé, même très sécurisé on va dire. Après je ne sais pas

il est question aussi que l'internat dure plus longtemps. Après c'est aussi sur le terrain que l'on apprend aussi. Je ne suis pas sur que l'idée d'allonger les études qui sont déjà conséquentes. De toute façon la médecine générale, les types de consultations sont tellement variés que l'on n'a jamais fait le tour.

- Quand vous parlez de remplacement déguisé, est-ce que cela vous est arrivé d'avoir des demandes envers l'interne…par exemple quand votre collègue est en vacances que l'interne consulte plus tout seul ou… ce genre de demande ?

- Nan, la seule chose c'est que sur un fameux jeudi où ma collègue était en vacances. Comme le bureau était libre, je lui ai demandé si sur une journée il veut tester une journée complète. Ce n'est pas dans l'idée de faire plus de consultation. C'est vraiment pour une fois, il a la possibilité de se tester sur une journée complète. Après c'est plus une proposition pour lui si il a envie. C'est sur que ce sont des consultations supplémentaires, je ne vais pas dire le contraire. Ce qui est autorisé par la convention de stage, de faire 60 consultations en autonomie sur le semestre, je crois. Heu… oui, je ne vais pas dire que ce ne sont pas des consultations en plus. Mais en aucun cas l'interne n'est obligé… Voilà j'ai été un peu trop bavarde, mon pauvre.

Petite pause puis reprise de discussion plus franche que j'enregistre à nouveau.

- Vous disiez que vous cherchiez à repérer les scotomes de l'interne. C'est vrai que c'était vraiment le déroulé concret d'une supervision, comment cela se passait, que l'on avait du mal à mettre en évidence. Parce que vous parliez du fait que vous rediscutiez avec l'interne. Parce qu'il y a pas mal en supervision indirecte, et que vous l'avez dit vous aussi. Des gens qui disent que l'on a du mal à savoir ce qu'il se passe dans la consultation. Et l'on a pas mal de maîtres de stage qui nous disent que soit ils ne mettent pas les internes en supervision car ils considèrent qu'en supervision indirecte il n'y a rien à faire car ils ne sont pas présents physiquement. Et…

- Alors ça ce n'est pas… quand j'ai dit, on a du mal à savoir ce qu'il se passe c'est plus dans la… comme on n'a pas vu, comme on n'a pas vécu la consultation, c'est difficile de s'imaginer de se représenter comment s'est déroulée la consultation. Même si l'interne, voilà… on n'était pas là. Après il y a quand même sur cette phase de supervision indirecte, des choses… comment dire… *silence*. Déjà il y a l'observ rédigée par l'interne, cela va l'aider lui aussi à se remémorer sa consultation car en fin de journée il n'a plus forcément en tête la consultation. « Alors lui c'est qui déjà ? ». Donc

déjà, le laisser se remettre dans la consultation, il va regarder son observe, il va y avoir le motif, l'interrogatoire. Mais ça c'est quelque chose écrit. Par moment il va dire « ha oui, bien là, au moment de l'examen il m'a parler de ceci. Et là hop ça embraille sur autre chose. » Et là, on va se dire tien, il s'est passé quelque chose. Mais je ne vais pas avoir la question déjà qui serait fermé et cela n'aurait aucun intérêt. La question pour repérer l'élément qui a été important dans la consultation. En fait il faut quand même. Il faut le laisser décrire la consultation mais en questions ouvertes. « Bon voilà, à 14h tu as vu Mr X, comment cela s'est passé ? » Alors sur comment cela s'est passé, parfois il ne va même pas parler du motif. Cela va être : « ho ben dit donc, au départ, il n'a pas aimé que cela soit moi. » et donc on va plutôt parler du ressenti sur la relation et tout ça. Alors après, est-ce que c'est le fait de la question ouverte qui va amener l'interne à se dévoiler plus sur ce qui s'est passé ? C'est peut-être ça. Et ça ils le disent à la formation du CGNE. Ils disent bien sur une supervision indirecte, si vous ne posez que des questions fermées. « Quel était le motif ? Quel traitement tu as donné ? » On aura des réponses fermées. Peut être que c'est ça le… c'est juste la question ouverte de comment cela s'est passé ? Ou qu'est-ce qu'il s'est passé ? Alors déjà il y a une différence entre comment cela s'est passé et qu'est-ce qu'il s'est passé. La réponse ne sera pas la même. Et je pense que c'est peut être ça. Laisser l'interne revivre sa consultation en ayant son support d'observ' qui va l'aider à récupérer son cheminement. Mais après c'est vrai. Je vois bien, il y a plein de maîtres de stage pour qui. « Ben ça c'est bien passé ? Tu n'as pas eu de problème ? » Et bien évidemment que l'interne il va répondre que non il n'a pas eu de problème. Parce que oui, le patient il est bien reparti sans... Il n'y a pas eu d'esclandre, il n'y a pas eu de… Mais ce n'est pas pour cela que la consultation s'est bien passée entre guillemets. Peut-être qu'il y a eu des difficultés relationnelles, qu'il n'a pas su, ou qu'il a paniqué ou il a été perdu à un moment, enfin… Mais ça, j'ai envie de dire que c'est théorisé par le CNGE. Après les mettre en pratique… *silence*… c'est… Je pense que sur la supervision indirecte, il y a quand même une clé, c'est ça. C'est la question ouverte de la supervision indirecte. Mais ça ce n'est pas moi qui l'ai inventée. C'est…tout cela on l'apprend en formation.

- En fait, vous le laissez raconter, et vous rebondissez sur ce qu'il dit ?

- Oui. Je lui dis « bon ben on y va, la consultation de Mr untel, comment cela s'est passé ? » et puis voilà, il me raconte. « Il est venu pour ça … et puis au début…». Et puis en fonction de ce qu'il raconte. « Ha ben tiens, il t'a parlé de ça, mais est ce que tu as regardé si il avait bien eu une dernière biologie ? Est-ce que tu as regardé son suivi ?

Voilà » et puis c'est comme cela que l'on va en tirer quelque chose qui va être intéressant. Je crois oui, à mon avis, une bonne supervision indirecte c'est forcément plus long, c'est sur. C'est laisser l'interne dire. Et puis si l'interne ne voit pas ce qu'il y a à dire que la consultation, et bien, en fonction du patient, parce qu'on le connaît, en fonction du contexte et tout ça, on va l'amener sur d'autres choses. « Et puis, qu'est-ce que tu as ressenti ? Est-ce que tu as eu le temps de regarder ses antécédents ? Est-ce que tu as repéré cela ? Est ce que tu as vu qu'il y avait une alerte sur ça ? » « Ha ben non, bah oui… la prochaine fois j'y penserai. J'aurai du mettre une alerte pour la prochaine fois. » A mon avis, c'est ça, c'est la question ouverte. C'est laisser l'interne. Il ne faut pas diriger l'entretien. Moi c'est comme cela que je le vois.

- Donc même si vous ne connaissez pas tout le contenu précisément de la consultation. Pour vous, cela ne vous pose pas problème de faire de la supervision ?

- Non, ben non. Parce que l'on n'a pas tous les éléments, certes. Quand l'observ' est bien remplie on voit quand même. On cadre quand même mais en sécurité la consultation. « Une céphalée, est-ce qu'il avait de la température?... » Voilà, hop, on regarde juste, si il n'y a pas eu un élément où là il faudrait rappeler le patient pour ne pas que cela pose problème. Et à partir de là, même si on ne sait pas ce qu'il s'est passé, l'interne va très vite… on va quand même très vite sentir si l'interne a été à l'aise, ou pas à l'aise. Si il a été en difficultés ou pas, et sur quel point ? Et c'est lui qui raconte. Après j'ai peut être eu la chance d'avoir des internes qui était compétents ? J'ai peut être tiré les bons numéros ? Voilà.

- En fait vous travaillez plus le relationnel en supervision indirecte que …

- Après cela va dépendre, soit on est sur quelque chose de… Globalement, les internes ils n'ont aucune difficulté sur les consultations très techniques. Ils connaissent mieux que moi. La prise en charge de la pyélo… ça, cela ne leur pose jamais de difficultés. La où ils vont être plus en difficulté, c'est sur le relationnel, ou sur les questions de médecine générale qui sont… voilà, la dermato de médecine générale. Sur cela, on va revenir. Par exemple, je leur demande de prendre des photos et de les mettre dans le dossier, comme cela on a une preuve pour discuter ou voilà. Si ils avaient un doute, j'étais à côté, et je pouvais venir leur donner mon avis puis les laisser finir leurs consultations comme on fait entre collègues. Je ne le fais pas qu'avec mes internes. Après non, ne pas connaître toute la consultation, ce n'est pas gênant du tout. De toute façon les internes, ils repèrent assez bien ce qui n'a pas marché. Ou souvent ils disent « je ne sais pas, je ne l'ai pas senti. » ou « il y a eu un truc ». Et c'est d'en parler, de

reformuler, de verbaliser qui va faire que il va dire : « Ha ben oui, voilà, c'est ça. Ou je n'avais pas cette notion là, et je n'ai pas pu aller au bout. » Ou « il a évoqué quelque chose et je n'ai pas saisi la perche ». Non, ne pas être présent, cela ne me gêne pas. Il faut surtout prendre le temps et laisser la parole à l'interne. Il n'y a qu'en analysant ce qu'il va dire. Que l'on va soi-même s'imaginer ce qu'il s'est passé. C'est sur que si l'on dit « bon, bon à 15h c'était Mr machin, ça s'est bien passé ? » forcément que la réponse va être « oui, cela s'est bien passé », « et tu as des choses à dire », « ben non, je n'ai rien à dire ». C'est évident. Si une supervision commence comme cela, ça va être stérile. Je pense que ce n'est pas… oui, laisser parler l'interne, avec des questions ouvertes. Après ce n'est pas facile, il y a aussi de la spontanéité. Je n'ai pas un schéma en tête tout le temps que j'applique. Cela dépend de l'interne cela dépend de la consultation, cela dépend du contexte. Et puis c'est vrai que certains soirs, il y a plein de choses à dire en supervision plein de temps à passer en supervision. Et des midis où on a moins le temps parce qu'il y a une visite à faire. Et il y a des fois, quand c'est l'hiver et qu'il y a un peu plus de pathologies ou autre. Mais, aussi on aura plusieurs fois le même motif. Donc on va pouvoir faire une supervision plus globale sur les motifs que l'on a eu. Mais il faut accepter et écouter je pense. Je n'ai pas la solution non plus…

- Merci beaucoup.

8.10.5 MSU 76

- Je voulais savoir comment vous aviez vécu le questionnaire que nous avons envoyé ?
- Ha, mon pauvre, tu me montres le questionnaire ?
- Je ne l'ai pas avec moi…
- Qu'est-ce qu'il y avait dessus ?
- C'était un peu, un questionnaire un peu général pour savoir comment se passe la supervision. C'est vrai que cela fait un petit moment que nous l'avons envoyé… Il ne vous avait pas marqué spécialement ?
- Non et en plus on reçoit beaucoup de questionnaires d'internes, on en a pas mal, mais je n'ai pas gardé un souvenir ni négatif, ni positif.
- D'accord.
- C'est dommage que je ne l'ai pas. C'était il y a combien de temps ?
- C'était fin novembre, et on en renverra un à la fin du semestre.
- Il faudrait que je le revoie. Enfin bon.
- C'était en général, il y a des gens qui nous ont transmis leur ressenti.
- J'aurai dû regarder avant…
- Pas de soucis. Et pour vous, quel est votre ressenti concernant la supervision ?
- Ce n'est pas facile la supervision je trouve. J'ai beaucoup de mal en supervision directe. J'ai vraiment du mal en supervision directe. Je peux regarder l'interne faire un examen clinique. Mais j'ai vraiment du mal à être en observateur quand l'interne fait l'interrogatoire du patient. C'est compliqué, parce que j'ai du mal à me défaire de la complicité que j'ai avec mes patients. Dans ma patientèle, il y a des gens que je connais depuis très longtemps, et c'est pas facile, c'est pas très facile avec une tierce personne. Et je pense que c'est réciproque pour les patients. J'ai du mal à laisser prendre, quand on est en supervision directe, à laisser l'interne faire son interrogatoire tranquillement. L'examen clinique, je me mets en retrait, je regarde ce qu'il se passe. Après pour la synthèse on retrouve un peu les mêmes données que pour l'interrogatoire, en tout cas en supervision directe. Après en supervision indirecte, par contre je le fais avec les internes de niveau 1 à pratiquement chaque consultation. C'est à dire que quand je les laisse tout seul dans le cabinet… je le fais à chaque consultation, je demande de faire la synthèse en présence du patient. Donc là cela dépend un petit peu de l'interne que l'on a en face. Je demande à l'interne de me présenter un petit peu le problème, après on discute… donc des fois les patients complètent la consultation, et parfois même donnent des

données qu'ils n'avaient pas dit à l'interne, ce qui n'est pas très facile. Moi je juge beaucoup sur le ressenti, sur ce que je ressens de ce qui est passé dans la communication. Après quand on connaît bien les patients, on arrive à savoir quelle à été l'ambiance de la consultation. Cela ne permet pas de juger toute la consultation, mais cela permet de juger une bonne partie. Voilà ce que je fais. Pour la supervision en générale, je n'utilise pas beaucoup les outils qui nous sont proposés, les outils du DMG. Après on verra car on a actuellement un interne de niveau 1 qui nous pose de gros problèmes, donc on est reparti sur... Les autres maitres de stage de mon quadrinome ont ressorti des outils. J'ai découvert à l'occasion car cela fait très longtemps que j'ai fait ma formation de supervision directe. La supervision indirecte je l'ai faite l'année dernière. Mais je n'utilise pas beaucoup les outils. J'ai du mal, j'ai du mal à rentrer dans ce cadre là. Je trouve que c'est tellement différent suivant l'interne avec qui l'on est. La personnalité de l'interne. L'accompagnement a du mal avec moi à rentrer dans un cadre. Comment mettre cela dans une thèse ?

- Quand vous dites que vous avez du mal avec l'interne qui est là actuellement, qu'est-ce qui vous pose problème ?

- Actuellement on a un problème global. Je crois qu'il ne faut pas trop regarder car c'est surtout un interne à problèmes.

- D'accord.

- On a un interne pour qui c'est son 2e stage prat, donc c'est un gros problème. On va travailler en lien avec le DMG. C'est heureusement exceptionnel, sinon je ne continuerai pas la maitrise de stage si c'était comme cela à chaque fois.

- C'est difficile ?

- Un problème de manque de connaissances, de difficultés relationnelles, de difficultés dans la manière d'être, de difficultés dans… Enormément de difficultés à tel point qu'il se pose la question de continuer dans la médecine générale. Donc je crois que bon… c'est lourd. Donc là on est reparti, les collègues m'ont remontré les outils de supervision directe. Effectivement ils sont très intéressants, la grille dont j'ai pris connaissance, que j'avais déjà vu autrefois, mais je ne m'en rappelais pas du tout. C'est intéressant car cela permet d'avancer pas à pas. Je vais peut-être la reprendre prochainement dans les séances qu'il me reste encore…Voilà.

- Et dans la phase un peu plus d'observation, quand c'est l'interne qui vous observe, comment vous vous sentez dans cette phase là ?

- A moi je me sens bien. Je me sens bien, j'essaie aussi de m'adresser à l'interne, il n'y a pas uniquement le patient, on fait cela à trois. Cela permet de communiquer ce n'est pas uniquement de l'observation. Pour moi ce n'est pas une observation passive. J'ai du mal à penser que dans une consultation où trois personnes sont présentes, il y en a une qui doit fermer sa gueule. Que ce soit l'interne quand il est en observation ou moi quand j'observe l'interne. J'ai du mal avec ce rôle du muet. En général je m'adresse à l'interne et je le sollicite sur ce que je fais. Soit quelques fois on fait du mixte, je lui dis « tu vas examiner et je fais l'interrogatoire » ou le contraire. Sur la conclusion après, je lui demande ce qu'il en pense et voilà. Dans l'ensemble cela s'est toujours bien passé comme cela. Après est-ce que cela a apporté quelque chose aux internes ? A voir, il faut leur demander.

- Vous aviez un retour vous ?

- Ah ben on a des retours des internes, on a des retours par les notations, on a des retours quand l'on en parle. Quand on demande aux internes comment, est-ce que cela se passe bien, comment est-ce que tu vois les choses, est-ce que il y a quelque chose qui ne va pas ? Comment… On fait un petit retour quand même de temps en temps, à chaque demi-journée ou à chaque journée, mais un retour quand même. Enfin moi j'essaie de rediscuter. Est-ce que cela te convient cette manière de faire ? Moi si je l'ai fait c'est que cela convenait dans l'ensemble. Enfin ils disaient que cela convenait, après est-ce que cela convenait sur le plan pédagogique, moi je n'en sais rien, enfin toi tu peux… il y a quand même des internes qui sont très satisfaits de leur passage ici. Est-ce que cela leur a apporté tout ce qu'ils attendaient, il faut voir.

- Quand vous disiez que vous étiez moins à l'aise en supervision directe, c'est essentiellement dans la relation avec le patient ?

- Oui, essentiellement dans la relation… c'est difficile de faire abstraction de la relation avec le patient, surtout quand il regarde, alors on essaie de regarder à coté. De faire abstraction, de faire abstraction de tout ce que l'on connaît des gens. Quand même statistiquement sur les gens que je vois, il y en a quand même beaucoup que je connais depuis très longtemps. J'ai du mal, c'est comme ça. J'ai du mal… cela interroge aussi beaucoup les internes quelques fois, c'est vrai que quand ils sentent une complicité, quelque chose d'ancien. Parce que c'est vrai moi j'ai des gens que je connais depuis 30-35 ans, même plus des fois. Cela interroge beaucoup les internes parce que c'est plus que leur âge à eux. L'autre jour j'avais une jeune de 40 ans, je la tutoie, je l'ai quasiment connu bébé. L'interne qui était a coté, elle était beaucoup plus âgée que lui.

On a senti que cela déstabilise, mais moi je n'y peux rien, c'est comme ça. Elle m'a renvoyé des trucs très positifs sur tout son suivi depuis ce temps là. C'est vrai que c'est… bon ça c'est ce qui a été dit. Mais quelques fois dans le non dit, dans la manière d'être, dans la connaissance des liens familiaux, c'est vrai que l'on a du mal. J'ai du mal moi, mais je suis comme ça !

- J'ai l'impression que vous dites que cela vient essentiellement de vous. Est-ce que vous vous sentez mal à l'aise parce que du coté de l'interne ou du patient il y a quelque chose qui vous met mal à l'aise ?

- Les patients ils jouent bien le jeu, ils aiment bien les internes. Je crois que les patients... Je n'ai aucun problème pour qu'un patient soit examiné par un interne. Bon et puis après, un interne qui ne connaît pas, il fait son boulot. Moi je ne suis pas... Mais quand même de temps en temps j'arrive à rien dire. Je pense que… ça c'est mon point de vue, mais je suis sûr que les internes ils vont vous dire qu'ils sont plus à l'aise quand ils sont tous seuls que quand ils ont le maitre de stage à coté en passif. Parce qu'ils le disent après. On sent aussi qu'ils deviennent eux même que quand ils ont été en autonomie un petit peu dans le cabinet. Ils prennent leurs dimensions, moi j'ai eu plusieurs internes qui ont été extrêmement anxieux de faire une première consultation tout seul, complètement seul. Je pense à une en particulier, et elle me l'a dit après, elle me l'a dit en fin de stage. Elle m'a dit « si tu savais, j'ai pleuré quand tu m'as dit tu te débrouilles toute seule ». En fait, c'est à ce moment là qu'elle s'est éclatée. On sent qu'elle a pris sa dimension. Et puis elle était tout à fait capable de faire ce boulot. Donc je pense que là aussi, c'est mieux d'être à 2 qu'à 3. C'est mon sentiment en tout cas.

- Et heu… quand c'est l'interne qui consulte, comment vous ressentez les choses, quand l'interne est seul à consulter ?

- En ma présence alors ?

- Sans votre présence.

- Sans ma présence… Et bien, on fait confiance, et puis on voit après. On ne peut pas tout vérifier ce qui a été dit, et ce qui a été fait. On voit un peu dans la synthèse, comment je me sens… le plus souvent moi je… je n'ai pas d'arrière pensée. Bon je choisi un peu les patients, c'est sûr que je ne vais pas lui confier un suivi de quelqu'un qui est en souffrance psychologique. On ne va pas refaire le travail avec quelqu'un de nouveau. Mais cela m'arrive de passer des dossiers complexes ou des dossiers simples. C'est varié. Moi je pars d'un a priori que l'interne est capable de faire la consultation. Je ne sais pas ce que je ressens… Je suis en confiance, je suis joignable à tout moment, je

dis à l'interne « tu m'appelles quand tu veux ». Je préviens la personne, parce que moi je fais une autre consultation pendant ce temps là, je préviens la personne que je peux être appelé à tout moment. Que je peux être dérangé, et que cela peut être long. Les gens l'acceptent bien, je ne sais pas ce que l'on peut ressentir… a priori, je pars sur une confiance… Après, quelque fois, la confiance devient de plus en plus étayée. Et quelques fois l'interne aborde des problématiques que nous n'avons pas abordées. On découvre des choses chez les patients. On est parfois à se dire qu'il y a des dimensions que l'on ignore, des choses comme ça. Le plus souvent… Ce n'est pas et heureusement comme dans le cas que l'on a actuellement… *(rire nerveux)*.

- Quand vous dites que vous revoyez après, concrètement, comment est ce que vous revoyez les choses après ?

- Ben, je demande à l'interne de m'appeler quand il a fini. Et soit je laisse la personne avec qui je suis ici et je vais là bas, soit je lui dit d'attendre 2 minutes le temps que je finisse la consultation et je le rejoins. Soit je lui dis, que… que… quel… comment… quel est le motif de la consultation, qu'est-ce qui s'est passé ? Et de me présenter à la fois la problématique, toute la problématique de la consultation, et éventuellement les décisions qu'il a pris. Donc devant les gens. Après quand on est à un stade où il est en autonomie beaucoup plus complète, on peut le faire après. Donc des fois cela arrive quand on est à la fin de stage de dire que c'était juste une simple otite. Je ne vais regarder toutes les oreilles que les internes regardent, il y a un moment où il faut que cela s'arrête. Et le plus souvent j'essaie de le faire en présence des gens. Et je préviens les gens, je leur dis que l'on fera le point ensemble après. Cela permet de mieux faire accepter son interne. Et en plus c'est bien montrer aux gens que l'interne travaille sous ma responsabilité à la fois médicale et pédagogique. Voilà comment je fais.

- Et comment cela évolue au cours du stage ? Comment cette supervision évolue ?

- C'est très intermittent chez moi. Je peux faire… je peux mettre en autonomie assez rapidement si la consultation est simple. Quand je sens que l'interne peut, quand on a par exemple des internes qui sont passés en stage de pédiatrie, de suivi pédiatrique, de suivi d'un nourrisson qui allait bien. Une fois que j'ai vérifié que l'examen clinique était OK. En général quand ils ont été dans un service de pédiatrie, ils savent examiner un nourrisson. Cela peut être rapide sur certaines consultations. Mais je peux très bien sur une demi-journée, car moi ce n'est pas des journées que je fais, mais des grandes demi-journées, parce que c'est le mode de fonctionnement du cabinet. Cela m'arrive de laisser, de faire au début une consultation en autonomie, puis de repasser en

observation, puis de faire un peu de direct, de supervision directe. De proposer à l'interne ce qu'il veut aussi. Et puis quelques fois je prends un peu de court. Je dis à l'interne « c'est toi que va faire la consultation » parce que je crois qu'il faut remuer un petit peu, il faut réveiller un peu tout le monde. Je présente rapidement, souvent la problématique du dossier avant. Au démarrage je lui explique souvent la problématique des dossiers, soit ceux que l'on va voir ensemble, soit ceux qu'il va voir tout seul. On reprend ensemble tous les éléments importants. Mais c'est, j'ai tendance à ne pas faire de rupture 2 mois, 2 mois, 2 mois comme c'est écrit dans les bouquins mais de faire des trucs un petit peu à la carte en fonction du dossier. De ce que je connais de la demande des gens, et de ce que je connais de l'interne, des fois de leurs désirs, car en ce moment on a plein de grippe et parfois des infections urinaires. Et je lui demande ce qu'il préfère, « tu veux voir une jeune femme pour une infection urinaire, ou l'on voit ce petit gamin qui est probablement grippé ? ». Parce que après il peut avoir envi de choisir, il faut éviter qu'il y ait toujours la même problématique. Comme pour les certificats d'aptitude au sport, c'est moi qui me farcis tous les certificats, parce que cela va bien ce n'est pas très formateur. Mais je fait du mixte, cela m'est arrivé de mettre en observation jusqu'au dernier jour, je me rappelle le dernier stage c'était l'interne qui me l'avait dit « je reste à coté. Je veux voir comment tu fais. C'est la dernière consultation…» C'est comme ça, c'est elle qui a choisi !

- Et cela vous choque qu'elle ait choisi ça ?

- Non non pas du tout. L'accompagnement pour moi c'est 6 mois, après on s'organise comme on veut en fonction des personnalités des uns et des autres. Non non cela ne me choque pas du tout, mais ça m'a surpris. Elle m'a dit que c'était la dernière consultation où elle n'était pas toute seule devant quelqu'un, et elle terminait son dernier stage. Elle partait après sur un remplacement, voilà. C'est comme ça. Et je fais du très mélangé, je ne sais pas si c'est ça ta question ?

- Oui, c'était à peu près ça…

- Dans le quadrinôme, puisque l'on est 4, c'est moi qui mets le plus vite sur des consultations en autonomie… Car je suis plus à l'aise comme ça. Donc c'est important.

- D'être à l'aise ?

- Oui je pense. Que les 2 soient à l'aise. *Silence*…

- Et pour vous la supervision ça prend combien de temps ?

- C'est long ça. C'est long. Non c'est pas long, c'est compliqué la réponse. *Silence*… Comment on peut mesurer ça ? Il ne faut pas s'étaler, il faut se concentrer sur les choses

importantes. *Silence*… Je ne sais pas quelle réponse faire sur combien de temps. *Silence*…

- Si on reprend, pas ce semestre là, car j'ai compris que c'était un petit peu compliqué.

- Non pas ce semestre là.

- Si on reprend le semestre dernier par exemple ?

- Oui le semestre dernier. *Silence*…quelques fois cela peu… je ne dirais pas plus de 5 minutes sur un dossier. C'est rare que cela prenne plus. Après on ne va pas non plus faire des recherches documentaires, rechercher des trucs… Quelques fois on recherche immédiatement, cela m'arrive de rechercher immédiatement. Comme le rythme des consultations, moi je garde à peu près le même rythme. Moi je suis à 3 consultations de l'heure en temps ordinaire, avec les internes je pars à trois, et comme c'est le mercredi et si il y a quelques urgences je les cases dans l'emploi du temps. Donc c'est un petit peu plus que mon rythme habituel, mais on est à 2. Donc grosso-modo on a un peu de temps quand même, on a le temps de… d'aller chercher rapidement une référence, une explication, un truc, cela ne sera pas toute la documentation sur un sujet, mais moi… cela permet d'échanger. Parce que les internes ils sont « démerdards » pour trouver des références, il y en a qui connaissent des tas de trucs donc c'est intéressant pour nous. Et il y en a pour qui on peut rapporter des trucs. C'est intéressant de pouvoir partager la recherche documentaire. Il faut apprendre à faire une recherche documentaire rapide sur… moi ce matin j'ai une patiente qui m'a parlé des jambes sans repos. Bon j'avais lu des articles, mais je ne m'en souviens pas. Donc devant la patiente j'ai été cherché des trucs là-dessus… donc je crois que les internes ils faut qu'ils apprennent ça aussi que l'on puisse rapidement avoir quelques sites où l'on peut se démerder. Donc heu… cela m'arrive de le faire, donc ça peut des fois être 5-10 minutes. Et quelques fois c'est 30 secondes. *Silence*… Après c'est peut-être un problème de communication, après ça va assez vite. Et puis on est pas là pour toujours tout décortiquer quoi… Il faut essayer de consacrer un petit peu les choses et voir comment l'on peut avancer. Pour les examens aussi, voir comment examiner, il faut y aller à 2 ou y aller 2 fois.

- Et vous refaites cela, d'après ce que je comprends après chaque consultation ?

- Oui, le plus souvent. C'est fait rapidement après chaque consultation, mais ce n'est pas 10 minutes après chaque, mais cela peut aller jusque là. Oui j'essaie de rester a peu près là dessus. Le stage d'avant, il n'y a pas eu beaucoup de consultations… si quelques fois, l'interne elle même, enfin c'était une jeune femme qui a pris l'initiative de laisser partir. Elle me disait que c'était juste une angine, une otite ou un certificat médical et je

les ai laissés partir. Ce n'est pas la peine de m'étendre dans ces cas là. En principe j'essaie. Surtout les consultations de suivis, les renouvellements les trucs comme ça quoi. Mais la consultation est terminée quand j'arrive, le plus souvent les ordonnances sont faites, et c'est fini. Donc on peut rattraper des trucs mais l'interne a fait sa consultation. Ce n'est pas moi qui fait l'ordonnance à la fin, mais cela peut arriver. Quand je dis que je viens à la fin ce n'est pas pour dire… je vérifie avant que tu le fasses. Quelques fois l'interne émet une réserve, donc on refait l'ordonnance parce que pour sa tension il faudrait revoir le traitement… c'est son rôle. *Silence*…bon *Silence*…

- Pour vous la supervision qu'est-ce que cela représente ? Parce que c'est vrai que l'on en parle beaucoup, mais qu'est-ce que cela représente pour vous ?

- *Silence*… *Silence*… *GRAND silence*. C'est une drôle de question ça… *Silence*…ben. *Silence*…Pour moi c'est l'accompagnement. *Silence*… ça… ça… cela va de l'observation de l'interne, à l'interne qui observe ce que je fait. Moi j'observe éventuellement les examens cliniques, c'est vachement intéressant d'observer un interne faire un examen clinique. Je trouve que c'est important par ce qu'on a pas forcément les même examens qu'en milieu hospitalier, et quelques fois on essaie de pousser un peu plus loin l'examen clinique… donc il y a un accompagnement… donc… moi…l a supervision… je ne la vois pas comme un jugement mais comme un accompagnement… *Silence*…je ne sais pas quoi répondre d'autre…

- il n'y a pas de mauvaise réponse. C'est pour avoir votre ressenti.

- je me doute, c'est des questions ouvertes, ce sont que des questions ouvertes. *Silence*…

- Si vous aviez quelque chose à changer qu'est-ce que cela serait ?

- Dans la formule ?

- dans le stage en général, que ce soit la supervision, le stage… Si vous aviez quelque chose à changer qu'est-ce que cela serait ?

- Alors là, la question elle est… je n'y ai jamais réfléchi. . *Silence*…. *Silence*…. *Silence*… GRAND *Silence*… pas trop d'idée, je n'ai pas d'idée. Je n'ai pas d'idée, je trouve que l'on a un quadrinôme qui fonctionne bien, il y a aussi cela, l'élément de communication entre les maitre de stage. Car mon groupe de SASPAS ne fonctionne pas bien, autant mon quadrinôme fonctionne bien. C'est aussi un élément important je trouve. Pour l'ensemble du stage d'échanger entre nous. Moi j'aimerais avoir plus de temps avec l'interne. Si j'avais quelque chose à changer dans mon fonctionnement, c'était ce que j'avais au début quand j'étais maitre de stage, c'est d'avoir un temps où

l'on mange ensemble avec l'interne. Un temps neutre. Puisque que je ne l'ai pas là. De façon à prendre un peu de recul. Parce que arrivé à… ayant des demi-journée, c'est entendu avec l'interne que l'on termine tard le soir ici. C'est 20h30 ici en général. A 20H30, ce n'est pas très facile de demander à un interne de consacrer 15-20 minutes à un retour global. Ils le font très volontiers, spontanément même on reprend un petit peu, mais on sent… on ne sent pas qu'ils sont pressés de rentrer chez eux mais… je ne peux pas non plus… je ne peux pas non plus leur demander d'être… il y a des heures où il faut être à la maison. Et là, quand ils sont pressés… donc c'est peut-être cela qui me manque aussi. Le temps de… mais ça c'est mon système à moi. Les autres membres du groupe, ils ont ce temps un petit peu, un temps où ils mangent ensemble, ils ont un temps de détente. Cela permet de parler de d'autre aspect du métier. . *Silence*… c'est ce que j'essaie de faire, quand il y a un moment creux, cela permet de parler du travail en groupe, de comment on entretient des relations avec les spécialistes. Mais ce n'est pas toujours facile… là ce que j'aimerais c'est que l'on ait un moment. Dans mon fonctionnement c'est ce que j'aimerais changer.

- Et dans le fonctionnement plus du stage, parce que là vous parlez de votre fonctionnement à vous. Mais ?

- Du stage lui même ?

- Dans le sens où vous vouliez qu'il y ait une amélioration sur quelque chose ?

- *Silence*… *Silence*… C'est vrai que je me repose la question de refaire une formation en supervision directe. De temps en temps il faut y retourner, parce que, je redis ce que j'ai dit tout à l'heure, que si je ne suis pas à l'aise c'est que cela vient de moi donc il faut peut-être revoir les choses. Mais non dans l'organisation du stage, dans le fonctionnement… je ne vois pas.

- D'accord. Comment vous ressentez votre rôle de maitre de stage ?

- *Silence*… Comment le ressent, pers… enfin ?

- Personnellement.

- Moi cela m'intéresse beaucoup personnellement. *Silence*… Je trouve que c'est une opportunité qu'on a d'être en contact avec de jeunes médecins. C'est vraiment important de mettre la clientèle en contact de d'autres médecins. Avec des jeunes, ils se rendent compte qu'il y a des jeunes médecins. Ils finissent par croire qu'il n'y a pas de jeunes médecins, mais ils sont là, ils travaillent dans le cabinet. Ils sont contents de les rencontrer les gens, ils disent que cela fait un peu de jeunesse. Moi je ne suis pas jeune, mais ma collègue n'est pas vieille non plus, mais bon ! Donc ça… je pense que l'on a

des choses… On a des connaissances, peut-être pas des connaissances, des manières d'être, des manières de faire qui peuvent enrichir la pratique de jeunes médecins généralistes. Après ils en font ce qu'ils veulent. Moi je suis très content d'être maître de stage. Je suis plus à l'aise en niveau 1 qu'en SASPAS. Le SASPAS c'est un peu frustrant. Le niveau 1 c'est moins frustrant. On est plus en contact avec l'interne, on accompagne plus son cheminement. J'ai envie de dire qu'on se sent presque plus utile. *Silence*… *Silence*…

- Vous parliez du fait que vous transmettiez des choses, des connaissances. Comment vous expliquez ? Comment vous faites ces choses là ?

- *Silence*… *Silence*… *GRAND Silence*… Il y a l'expérience… Je ne sais pas… Je ne sais pas quoi te dire… *rire*... *Silence*… Il y a des problèmes de fréquence de pathologie. Cela on peut en discuter parce que ce n'est pas inné chez les internes. On reparle de la fréquence de certaines choses. *Silence*… *Silence*… Je ne sais pas ce que je peux répondre.

- C'est dans le sens, vous dites que vous êtes un peu plus âgé que nous. Et cette expérience que vous avez accumulé depuis ces années, comment vous arrivez à la faire passer.

- Comment la faire passer voilà ! *Silence*… *Silence*… La médecine ce n'est pas uniquement les référentiels, ce n'est pas les… les guidelines. Parfois dans la conduite à tenir il y a… *Silence*… Dans la manière de faire un entretien il y a… *Silence*… *Silence*… Je ne sais pas comment te dire. C'est… je ne sais pas si ça se passe d'ailleurs. Mais enfin les internes ils ont l'air content des stages. Pour eux et ils apprennent quelque chose. Je ne crois pas que ce soit le fait d'être ancien ou plus ancien, je crois que c'est le fait d'être en cabinet de médecine générale. Et non plus être à l'hôpital, je crois que c'est avant tout cela. Après peut-être qu'il y a autre chose. Peut-être que c'est nous qui nous attachons à cela, et que ils s'en foutent. Mais bon, c'est une autre médecine que celle que l'on fait à l'hôpital. *Silence*… Une autre approche, on n'est pas sur l'examen complémentaire à chaque fois. Il y a beaucoup plus de tests thérapeutiques, c'est beaucoup plus dans le test thérapeutique que dans la vérification des diagnostiques. En médecine générale notre approche est un peu différente. Aussi, il y a des choses que les internes ont du mal, c'est avec expérience que l'on apprend ça. Quand on n'est pas trop sur de soi. Par exemple quand il y un gamin qui fait une crise d'asthme, on arrive à peu près à gérer le soir. Quand il sort, et que le gamin il est mieux, on ne va pas l'envoyer à l'hôpital, par ce qu'on est inquiet. On leurs donne le numéro

du service de garde. On leur dit de faire le point demain matin par téléphone. Pareil dans la gastro, nous on utilise beaucoup le téléphone. C'est une manière de suivre les gens, ce qui n'est pas le cas à l'hôpital. A l'hôpital, c'est ce qu'ils disent des fois, quand il voit un gamin et qu'il vient aux urgences et qu'il est pas bien. Eux il faut qu'ils aient fait toutes les hypothèses diagnostiques, tout doit être décortiqué, et quand les parents sortent, tout doit être nickel. Nous quand les parents sortent, ce n'est pas forcément nickel. On peut leur dire, vous me rappellerez demain matin. Et si il y a de la fièvre, on n'en rediscute. Et si cela va mieux, cela va, on voit. Il y a ces éléments de suivi qui sont spécifiques à la médecine en cabinet. Mais c'est aussi spécifique au contact, à la manière de faire chacun. Et aussi à l'expérience. Nous, ici on fonctionne beaucoup, de toute façon les enfants de moins 2 ans… Les parents, on leur dit toujours, vous rappelez au moindre problème sur un enfant qui ne va pas bien. Au cabinet fonctionne comme ça. Cela permet aussi, cela créer un lien avec les gens. C'est l'expérience, c'est notre expérience, ce sont des choses comme ça. Même sur les pathologies douloureuses quelquefois. A l'hôpital tout est bouclé, on introduit la morphine et il faut que cela soit nickel pour trois jours au moins. Nous on leur dit, demain vous rappelez et en fait le point par téléphone. Ce qui est normalement écrit qu'il faut faire. Mais des fois les internes savent pas trop se situer entre utiliser le téléphone ou fait revenir les patients en consultation. Moi j'ai envie de dire c'est à la fois l'expérience que l'on a, et la manière dont vous voulez exercer la médecine. Cela ne veut pas dire qu'il faut que les internes fassent comme cela. Mais ils voient au moins une manière de faire. Après ils font comme ils veulent, comme ils le sentent, c'est ce que je leur dis. C'est peut-être ça, je ne sais pas si cela correspond à ce que tu veux dire, à la question ?

- Mouais, un peu.

- Mais c'est une des manières de répondre. Cela peut être sur des petites choses, comme sur des choses embêtantes. *Silence*…

- Quelles sont vos motivations pour être maître de stage ?

- On tourne en rond là ! *Rire*…

- Non pas vraiment.

- Je l'ai dit tout à l'heure, je pense que c'est important le contact avec les jeunes générations. Je trouve cela très important. On apprend des choses… Avec que des gens qui ont été formés complètement différemment. *Silence*… Je pense qu'on a un rôle, on a un rôle. Les internes ne peuvent pas apprendre le métier à l'hôpital. Ce n'est pas possible, si on n'ouvre pas les cabinets de médecine générale, c'est foutu ! C'est pour

répondre à ce rôle là. Donc il y a le coté plaisir, le coté que je me sens en responsabilité. Et puis je me sens capable de le faire, j'ai envie de dire. Après… Je pense que voilà. Et puis c'est important. Voilà, un espèce de devoir, un espèce de plaisir. Et puis je sens que pour le métier il faut y consacrer du temps. Et puis ce n'est pas toujours le cas, je vois par exemple, mon associé refuse absolument d'avoir un interne. Cela fait 10 ans que je la tanne pour qu'elle soit maître de stage, parce que moi je trouve que cela nous arrangerait bien avoir un deuxième interne dans noter cabinet. Elle, elle ne veut pas. Pas de problème elle ne veut pas quelqu'un dans sa consulte. Tout le monde n'est pas comme ça. Voilà, ce sont ça mes motivations. Et puis il y a un autre truc, c'est que c'est sympa de se retrouver entre maître de stage. C'est aussi un groupe. Alors comment l'appeler, pour le moment ce ne sont pas des groupes de formation. On va faire maintenant des groupes de formation, qui sont un peu lancés. Au moins on va pouvoir partager nos expériences. Je dirais presque groupe de parole sur ce qu'il se passe. Au département de médecine générale je n'y vais pas beaucoup, mais par contre le collège des enseignants, j'y vais depuis très longtemps, je retrouve des gens avec qui je partage depuis des choses la dessus. Sur la manière de voir la médecine… Il y a aussi un plaisir de ce côté là. C'est, des gens avec qui je partage chose que l'on se voir ensemble. Je dirais peut-être plus qu'avec certains collègues du groupe de garde. *Silence*… Après, j'essaie de décider les uns et les autres en faire autant. Il y a quelques années, on était pas nombreux sur (*ville anonyme*), maintenant commence être un bon petit groupe. C'est sympa.

- Est-ce que vous avez quelque chose à me rajouter, à me dire en plus ? Que vous aviez envie d'exprimer ?

- Par rapport à cela ?

- Par rapport à tout le stage de médecine générale.

- *Silence*… *Silence*… Moi j'attends et je vais voir ce que cela va donner parce qu'on va avoir paraît-il des internes plus jeune dans leur parcours de formation. À partir du premier semestre. Il paraît que c'est plus… que c'est… Que ça marche bien. Mieux même d'après les retours qu'on a entre-autre du département de médecine générale. C'est vrai que nous on avait envie d'avoir des internes qui soient le plus loin possible dans le parcours de formation, donc j'attends d'observer cela. Cela m'intéresse beaucoup de voir ça. Ce qu'il se passe quand on va avoir de deuxième ou troisième semestre je crois. C'est ça ?

- Premier ou deuxième.

- C'est ça très jeune. Donc, on va voir. Sinon…

- Cela ne vous fait pas peur ?

- Si, un petit peu si. Cela me fait un peu peur. Un peu peur parce que l'on bénéficiait quand même de l'expérience de certains services. En particulier les stages en pédiatrie et aux urgences. On était quand même relativement tranquille. C'est surtout pour ça. Ils savaient comment gérer les problèmes simples. Faut qu'on fasse l'apprentissage… On verra bien. Dans l'ensemble je trouve que l'on n'a…Moi je trouve que l'on ne pas se plaindre des internes. Ils sont consciencieux. Ils ont envie d'apprendre. Ils ne rechignent pas au boulot. Il y en n'a qui prennent plaisir à être…Ils sont contents d'être là. J'ai eu peu d'exceptions. Il faut avoir des gens motivés pour la médecine générale. Moi j'en ai vu, mais c'était il y a très longtemps… *Silence*…Je ne vois pas ce que je peux ajouter d'autres. J'espère pouvoir continuer parce que c'est pas évident. La gestion du cabinet c'est pas facile. C'est assez lourd le stage niveau 1. Au niveau de l'organisation du cabinet, parce qu'il faut deux pièces. Et puis nous ça nous pèse un peu au niveau du cabinet ici. Je parlais justement avec tes collègues, c'est assez lourd. Dans des moments on est…Dans les périodes on est en flux tendu avec des locaux limite… On est tous dans des situations de locaux a essayé d'ajuster. Les regroupements sont dans l'air… Concrètement, le mercredi après-midi j'occupe l'ensemble du cabinet, c'est un jour où il y a beaucoup de demande… C'est difficile, pour le moment je continue… Là, j'ai arrêté la maître de stage pendant tout un temps. J'ai été maître de stage dans les années 90. J'ai arrêté quand je me suis associé, parce qu'on avait un local… Là on a un local où l'on a doubler notre surface. Avant on avait un local que je partageais avec mon associée et je ne pouvais pas mettre l'interne en autonomie. Et puis j'ai repris à mettre l'interne en autonomie quand je pouvais. Parce qu'on pouvait le mettre en autonomie que si moi je ne faisais rien. Moi j'habite à Nantes, Et comme je le disais des fois au département de médecine générale moi je ne veux pas être dans ma bagnole à attendre, À attendre que l'interne est fini. C'est assez lourd la maîtrise de stage. Je crois que c'est un truc dont il faut se rendre compte. Les maîtres de stage qui se rencontrent… On bloque un local pour un interne.

- C'est surtout en terme d'organisation de locaux ?

- Oui oui. Ben oui. Là par exemple avec la (*ville anonyme*) on est sur ASALEE. On a du mal à caser une infirmière, parce qu'on n'a pas de bureau de libre. C'est compliqué, c'est vrai qu'en terme de locaux, on aimerait bien avoir un cabinet supplémentaire. Donc ça c'est lourd. Ce n'est pas le cas avec le SASPAS. Et c'est vrai qu'en stage

hospitalier ils n'ont pas ce souci là… *Silence*… Ça compte quand même je crois. Le problème c'est quand il y a des regroupements de médecins. Ils prévoient un cabinet à mettre à disposition des internes. On est obligé de le prévoir dans les structures pluri-professionnelles. Alors que nous on a des locaux qui n'ont pas été prévu comme ça. Et puis petit à petit, et il y a une montée en puissance de la démographie, donc il y a du boulot. Et tout à coup…Enfin il y a un problème de local. C'est évident. Les locaux, ils faut les construire, les équipés… C'est neutre tout ça. Voilà

8.10.6 MSU 83

- Globalement quel est votre ressenti sur la supervision ?

- *Silence*… Quel est mon ressenti sur la supervision… euh… en tant que maître de stage ?

- Oui.

- Euh… bah je trouve cela très enrichissant. Euh… globalement j'ai l'impression de faire ce que j'ai pas eu moi… *Sourire*, en tous cas j'essaye de le faire. J'essaie d'apporter des choses aux internes, des savoirs êtres pour se sentir à l'aise le jour où on se retrouve tout seul comme remplaçant. Ou en tous cas, euh… j'essaye de les amener jusqu'à cette autonomie. Je ne sais pas si je le fais bien mais en tous cas pour l'instant ils ont l'air content.

- Et pour vous c'est quoi la supervision ?

- C'est un compagnonnage, pour arriver d'interne à médecin autonome quoi, vraiment. Après je pense qu'on est tous des internes potentiellement autonome mais on ne nous en donne pas la possibilité ni la capacité à l'hôpital donc euh… C'est le moment où le papillon prend son envol. C'est aider à ça.

- Et concrètement ou pratiquement quoi comment vous faîtes pour les aider les internes ?

- Euh… déjà c'est essayer de connaître la personnalité de l'interne pour voir quelles sont ses attentes, quelle est sa façon d'être pour essayer de rebondir aussi sur les difficultés éventuelles. Euh, c'est de voir où ils en sont dans leur cessation de futur médecin généraliste. Et de les aider à passer les dernières étapes qu'il manque, la prise de confiance en soi, le… De faire, de gérer son temps, de gérer la relation à quelqu'un en particulier de manière régulière, de leur montrer aussi qu'elle est la pertinence de faire des examens ou non, la médecine générale par rapport à l'hôpital… de faire un examen orienté. De prendre des décisions et de se sentir à l'aise dans la prise de décision. De savoir aussi qu'en médecine générale on a la capacité de reporter les choses… voilà si on a des difficultés on peut se donner une solution intermédiaire, si on n'a pas la solution, pour arriver à réfléchir à la solution après, et de pas se mettre en échec quoi. Euh… je perds un peu le fil quoi. Mais globalement ouais c'est ça. Ben je repense au précédent semestre il y avait un réel manque de confiance en soi alors que elle avait tout pour y arriver même… elle était déjà remplaçante pour moi. Il lui manquait juste la confiance, suffisamment de confiance en elle pour se libérer et euh…

le jour où elle a passé ce moment là c'était assez magique parce que tout à filé quoi ! Moi je le savais et elle il lui à fallu 2 mois et demi – trois mois, ça s'est passé à peu près à ce moment là. Il y a eu un déclic, il y a eu un moment où elle a senti ce petit truc. Ça y est elle voulait être médecin généraliste mais ça y est elle l'était ! donc euh… mais je pense que c'est différent à chaque fois, voilà j'en suis qu'à trois expériences mais c'est trois personnalités complètement différentes, en ayant pas du tout la sensation d'être sur un interne qui n'avait pas de compétences donc euh…. Mais ça met en difficulté soi-même aussi car il faut savoir se remettre en question mais… Savoir essayer de se réadapter à son nouvel interne pour pouvoir s'ajuster à sa personnalité pour y répondre en fonction de son besoin et de ses désirs. Parce que tous les médecins qui vont passer en supervision ne feront pas de la médecine générale libérale non plus ! Donc voilà.

- Vous avez l'impression que c'est à vous de vous adapter ?

- Oh je pense que c'est complémentaire ! Mais je pense que c'est plus à nous qu'à l'interne parce que l'interne il a déjà tellement de choses à faire pour s'adapter à LA situation qui est nouvelle entre l'hôpital et le libéral que il peut pas... Voilà il fait déjà plein de travail d'adaptation… il a pas à s'adapter à nous en tous les cas. Il a à s'adapter à LA situation, nous on s'adapte à l'interne et lui il s'adapte à la situation.

- Vous parlez beaucoup de l'hôpital ?

- Oui. Moi je suis contente de plus y être en tous cas ! *Rires*… L'hôpital c'est un mode de fonctionnement totalement différent alors après… à mon avis quand on veut faire de la médecine libéral c'est qu'on se retrouve pas dans ce mode de travail en tous cas. Ce qui veut pas dire qu'on n'aime pas le travail en groupe, qu'on n'aime pas le travail en équipe, qu'on n'aime pas euh… Certaines choses, mais cette contrainte d'être très carré, d'être à se justifier de tout pour tout le monde tout le temps… enfin voilà y'a un… enfin moi j'étais contente de passer à autre chose. De pouvoir continuer à discuter avec les collègues mais sans avoir cette notion de hiérarchie ou de fourmilière un petit peu… faire les choses à son rythme, tranquillement, comme on les entend. Avec une relation au patient qui n'a rien à voir, ça c'est sur !

- Et comment vous l'organisez cette supervision durant le semestre ?

- Alors très théoriquement trois étapes entre l'observation seule, la supervision directe, la supervision indirecte… bon je me suis fixée trois étapes de deux mois puis après je vois comment ça se passe avec chaque interne. La phase d'observation pour moi euh, elle est assez difficile à vivre parce que j'ai fait quasiment que ça dans mon stage de supervision directe. Je l'ai très mal vécu d'être assise sur un fauteuil pendant 6 mois

donc euh je pense que je le fais pas durer très longtemps ! *Rires*. Parce que effectivement c'est pas un externe ou un 3ème année qui ne connaît pas grand-chose à la clinique. Voilà. On a de jeunes médecins à côté de nous donc forcément ils vont s'ennuyer très vite ! Donc l'observation elle est plus dans l'observation du relationnel à l'autre, mais je pense que sur le plan technique il y a quelques bricoles à regarder pour voir un peu le niveau de l'interne, ou le niveau de difficultés sur certaines choses. Ça peut être l'examen du genou ou ça peut être la gynéco ou j'en sais rien, mais euh donc c'est de l'observation sur des petites choses mais c'est pas beaucoup de l'observation sur une consultation entière. Donc dès le début l'interne va faire des choses, je reste pas si y'a trois consultations où ils font rien c'est à peu près tout je pense ! Donc c'est déjà un petit peu mélangé. Puis après y'a une phase où j'essaye d'être observatrice sur quelques consultations aussi, ou alors j'essaye de laisser faire une partie puis après on fait le reste à deux. Je répartie la consultation, je la « coupe » pour arriver petit à petit l'interne tout faire et je vois si c'est un interne qui acceptera facilement d'être observé ou qui se sentira vite mal à l'aise parce que je vais être observatrice puis commentatrice après. Donc j'essaye de m'ajuster à cela. Parce que moi je sais que j'avais du mal avec cela donc euh, on n'est pas forcément le même quand on a quelqu'un qui observe que quand on a quelqu'un qui est à côté donc ça peut être de refaire le point, de laisser l'interne faire les choses et de revenir à la fin de la consultations et puis voir un petit peu ce qui a été fait sans les avoir regardé pour que ça les mettes plus à l'aise quoi. Donc ça, moi j'en suis déjà à cette phase avec ma nouvelle interne donc euh… on est au mois de juin donc ça fait un mois et demi et on en est déjà là. Après je me dis que sur les derniers mois ou le dernier mois il faut que effectivement l'interne soit capable de faire des consultations tout seul, d'enchaîner plusieurs consultations tout seul, et même d'arriver à faire une demi-journée voire une journée entière tout seul. Où moi je suis là, mais je suis invisible. Vraiment de se mettre sur les quelques derniers jours en mise en situation de remplacement. Vraiment, en ouvrant l'ordinateur le matin, parce que moi je suis toute seule, en fermant l'ordinateur le soir, en se disant c'est bon j'ai tout géré, mais avec moi qui suit là, qui passe mais qui m'absente… voilà, mais qui ne donne pas l'impression d'être trop près non plus ! Mais après c'est selon aussi comment l'interne est ; si c'est un interne qui a besoin d'être très très rassuré ou au contraire d'avoir plein d'indépendance ! Après j'ai des collègues qui trouve que ça c'est un peu trop. Mais moi je suis toute seule, en cabinet toute seule et je sais que remplacer en cabinet seul souvent les internes ont peur et je veux leur montrer que c'est pas si difficile que ça, que

c'est pas plus un obstacle que d'être en groupe, bien au contraire des fois ! Donc euh voilà. C'est forcément une appréhension si on l'a jamais fait donc c'est l'occasion de le faire ! Voilà.

- Et dans ces temps vous faîtes une supervision en fin de journée, vous organisez comment enfin quand est-ce…

- Euh, ça dépend de la demande de l'interne, mais je fais de la supervision déjà sur la pause du midi forcément. Des fois après une consultation quand ça a été un peu compliqué ou même des fois quand ça a été compliqué bien au contraire j'ai pas envie d'en parler tout de suite, faut qu'on laisse les choses un peu se tasser et donc on peut en reparler…. J'ai des pauses régulières dans la matinée, dans l'après-midi pour essayer de… alors il y a une vraie pause dans l'après-midi, dans la matinée c'est un peu plus souvent tassé mais on reprend le temps de rediscuter des choses… en fin de journée c'est possible aussi mais en fin de journée on en a marre on a envie de rentrer chez soi parce qu'on a bien donné dans la journée donc c'est p'têtre pas forcément à ce moment-là. Peut-être plus avant, mais pas sur les deux trois dernières consult', enfin pas à la fin quoi. Un petit peu juste avant quoi. Parce qu'effectivement quand la journée est finie, qu'on ferme tout pff, on a envie de poser un peu son cerveau aussi donc… C'est plus au fur et à mesure de la journée.

- D'accord. Et est-ce que vous éprouvez des difficultés dans la supervision ?

- Le début ça me fatigue beaucoup car je parle beaucoup ! *Soupirs*… J'ai envie d'expliquer plein de choses, euh, que l'interne puisse trouver ses marques rapidement… Je dis plein de choses, je n'arrête pas de parler, ça me fatigue ! *Sourires*, ça me demande une énergie terrible et après ça me pose des difficultés sur la fin parce que mes patients, enfin ça j'ai un peu des difficultés à le vivre, mes patients trouvent qu'ils n'arrivent plus à me voir. Parce que les 2-3-4 dernières semaines je laisse des demi-journées où… une journée entière ça arrive souvent une fois quoi, une fois ou deux fois une journée entière où là voilà... alors du coup les semaines sont plus courtes et mes patients râlent « ah bah vous êtes jamais là quoi » donc ça j'ai du mal à le vivre… c'est une conséquence quoi. Mais sinon non, j'ai pas vraiment d'élément négatif pour l'instant. Mais j'ai pas eu de mauvaises expériences non plus à l'heure actuelle alors…

- Vous vous sentez du coup à l'aise ?

- Euh, ouais, contrairement à ce que je pensais car j'avais peur de ne pas l'être. Je suis pas trop stressée. Moi qui ne supportais pas trop qu'on me regarde, bah en fait je le vis

plutôt comme un partenariat, donc je le sens pas comme une observation en fait. Donc du coup, ouais ça va !

- La question d'après c'est comment vous vous sentez quand c'est vous qui consultez ? Donc ça va ?

- Bah oui ça va !

- Et quand c'est l'interne qui consulte et que vous êtes à côté ?

- Bah au début j'avais du mal et euh… je sais pas j'ai trouvé des petits, des petits trucs pour euh, pour faire comprendre au patient que j'étais là mais j'étais pas là. Je prends ça sur le ton de la blague, je leur fais comprendre que c'est comme si je n'étais pas là dans la pièce. Qu'ils comptent sur le fait que je n'étais pas là, ou alors je range les papiers tout en étant éventuellement interactive si je vois que les patients sont un peu en difficulté. Et euh bah finalement, maintenant que j'ai trouvé ce petit truc là ça va bien. Parce qu'avant effectivement c'était un peu compliqué.

- Et pour vous du coup la supervision elle prend combien de temps ?

- C'est-à-dire, combien de temps dans la journée ? Combien de temps dans la semaine ?

- Les deux un petit peu en fait c'est...

- Je sais pas, je sais pas répondre à la question là. Euh.. je sais pas, pour moi c'est tout le temps, tout le temps que dure la journée ! Et puis c'est un peu en dehors parce que je reste en lien aussi avec eux quand ils en ont besoin !euh.. je sais pas, c'est…. *Silence*.

- Cette question que nous avions élaborée au début de nos entretiens est vraiment ressortie très très souvent, comme quoi il y a un manque de temps.

- Ah bah oui ça c'est sûr qu'il y a un manque de temps, mais euh on s'adapte ! Après c'est sûr qu'il y aurait une heure de plus dans la journée pour débriefer moi je trouverais ça super !euh, quand j'ai un interne qui vient le jeudi, j'ai plus de temps le midi pour déjeuner donc c'est vachement plus agréable ! Le semestre dernier c'était pas le cas, ce semestre non plus ça va pas être le cas. Euh, donc des fois je suis un peu frustrée parce que je trouve qu'on a pas eu le temps de suffisamment discuter des choses et … et ma précédent interne je trouve que oui, j'avais l'impression d'aborder des choses de manière trop superficielle et de ne pas répondre suffisamment à ses attentes et à ses questions. Donc j'essayais de le faire un peu en dehors. Et on a essayé de trouver des temps en dehors pour le faire aussi. Mais euh… C'est pas comme ça que j'aurai compris la question du premier coup !

- Hum, hum.

- Mais euh, après on fait aussi chacun en fonction de ses capacités. Moi j'ai un rythme très chargé en dehors du boulot aussi, donc c'est difficile de mettre plus de temps. Alors y'en a qui ont peut être plus le temps le soir ou le matin. Moi je n'y arrive pas, je peux pas faire plus donc euh c'est sur d'autres journées que ça se passe, ou par mail… donc voilà. Pour essayer de trouver des solutions quand on n'a pas assez abordé quelque chose ou…

- Vous proposez à votre interne de vous envoyer un mail sur une question ?

- hum, hum. Ouais c'est arrivé. C'est surtout sur des choses un peu plus administratives, ou la comptabilité, comment gérer… comment organiser sa prévoyance, comment gérer sa comptabilité de remplaçant, comment… c'est plus sur des choses moins médicales qu'on s'était dit qu'on allait aborder et comme en fait on est dans le médical on n'a jamais pris le temps de la faire. Voilà.

- Comment vous êtes venue à aborder ces questions justement de, du… de la compta tout ça !?

- Je considère que l'objectif c'est de faire d'un jeune médecin un remplaçant ! Donc un remplaçant ça nécessite… certes il y a des cours à la fac mais ils ne sont pas forcément faits au bon moment ! puisque c'est pas au moment où on devient remplaçant donc au final on a tout oublié ou on a tout mis dans un placard et on sait plus où c'est ! Euh, donc euh… Et puis la théorie c'est bien mais quand c'est pas mis en pratique tout de suite… donc voilà moi je ne cache rien, je considère que… déjà j'ai rien à cacher mais je considère que le but du jeu c'est d'apprendre ! Donc euh, si le remplaçant veut savoir combien je gagne et en fonction de quoi, voilà, on fait tout… on parle de tout. De comment je pense à ma retraite, de comment je pense à organiser ma vie pour avoir mon temps pour mes enfants, pour aller les chercher à l'école ! Donc voilà. Parce que j'ai eu des femmes, donc c'était des questions qui revenaient ! Et du sens pratique, donc euh… moi j'aurai, je pense que ça m'a manqué un petit peu aussi. Je pense que mon stage d'interne m'a beaucoup marqué en fait. Sur ce que j'aurais aimé avoir et que je n'ai pas eu ! Donc je fais fonction de cela surtout.

- Et ça fait partie des motivations pour vous à être MSU ?

- Oui, c'était la première. C'était petit 1 essayer de proposer aux autres ce que moi je n'ai pas pu avoir, ce que j'ai pas eu mais j'ai peut être pas fait les bons choix de maître de stage aussi. Petit 2 voilà, donner envie aux internes de faire de la médecine générale, car c'est un beau métier même si on n'est pas dans une bonne période, mais ça reste génial ce qu'on fait ! Donc voilà, je ne suis pas encore aigrie alors j'en profite ! *Rires.*

- Et si vous aviez quelque chose à changer dans le stage ?

- *Silence*… peut être que ce qui pourrait être intéressant c'est de faire des semaines entières… plutôt que des journées chaque semaine, fixes. En même temps ça peut être… c'est pas forcément bien tout le temps. Mais peut être que cela pourrait se moduler un peu, varier dans l'organisation. Mais faut pouvoir l'organiser aussi. Parce que dans la continuité… Dans le suivi c'est vachement intéressant aussi de pouvoir faire des journées d'affilée. Quand on arrive à le faire, parce que ça arrive quelquefois dans le semestre pour rattraper une journée etc qu'on le fasse, et en général les internes eux ça leur plait bien. Parce que je pense qu'effectivement ça manque. Mais y'a d'autres médecins qui s'organisent par semaine.

- Oui, ça dépend du trinôme en fait.

- Nous ça s'organise différemment, mais, c'est bien aussi. Mais je pense que…. A mon avis ce serait plus formateur !

- Oui, surtout que dans une semaine les jours ne sont pas pareils quand vous dîtes pour vous le jeudi est différent du lundi…

- Oui, c'est ça. Pour moi c'est vraiment différent. Donc euh… *silence*, moi je dirai ça ! Après, non sinon je suis assez positive !

- Même par rapport au DMG, les choses qui vous sont proposées sur le plan de la formation…?

- Sur le plan de la formation ça tourne toujours autour des mêmes choses donc euh après je ne suis pas allée en faire 15000… après on me dirait qu'il faut que je fasse d'autres trucs j'en ferai d'autres mais… non, moi je ne suis pas en demande plus que ça, pas en ce moment en tous les cas. Il faut peut être un temps aussi pour avoir envie de modifications ou de changement !

- Votre formation n'est pas très vieille !

- Non !

- C'est votre 3e semestre là ?

- C'est mon 3e oui et ça fait que 7 ans que j'ai fini, donc euh mon expérience d'interne n'est pas si loin non plus. Donc non pour l'instant… Voilà.

- Bon bah voilà je pense que nous avons fait le tour ! (…) Vous vient il autre chose sur la supervision ?

- Non, je crois pas, non l'idée globale elle est là quoi !

8.10.7 MSU 134

- Tout d'abord j'aurai voulu savoir comment vous avez vécu le questionnaire ?

- Alors, j'avoue je ne m'en rappelle pas en détail, ça date déjà… Ça fait combien de temps ?

- C'était fin décembre oui.

(Rire…)

- Entre temps il s'est passé des choses, je suis parti en vacances !

- Pas de ressenti particulier sur le questionnaire ?

- Non, non.

- D'accord. Sinon, vous quel est votre ressenti sur la supervision, donc c'est en stage praticien niveau 1.

- Premier niveau. Je dirai que ça coule un peu de source ! Ça fait longtemps qu'on a des internes donc, heu on a une certaine pratique, enfin… On a des internes à trois dans le même cabinet.

- Ah d'accord.

- Au départ on a commencé avec deux autres médecins d'autres cabinets… Mais… *(silence…)* je sais pas ça doit faire 15-20 ans. Donc, le ressenti… je sais pas quoi dire à vrai dire.

Silence.

- En tant que maître de stage en fait.

- Ça se passe naturellement. Enfin moi j'aime bien, maintenant on a les deux, on a le deuxième niveau aussi. J'aime bien le premier niveau car on a l'aspect ben … d'apprentissage de la médecine de ville et de la médecine générale pour des gens qui sortent de l'hôpital quoi.

- Hum hum.

- Y'a toujours une phase d'adaptation ben de… et je trouve cela intéressant quoi. Enfin, les deux premiers mois sont assez riches. Après aussi, mais on oublie l'aspect débroussaillage oserai-je dire !

- Oui, vous voyez l'interne évoluer en fait.

- Oui c'est cela. J'en parlais justement cet après-midi avec l'interne.

- Après sur les différentes phases, vous savez nous avions découpé notre questionnaire en fonction des différentes phases avec d'abord la phase d'observation active. Alors

comment vous vous sentez quand c'est vous qui consultez et que l'interne est à côté en phase d'observation active.

- Ça c'est pas trop compliqué, ça se passe relativement bien ! Surtout que c'est une phase qui court souvent sur les 6 mois, mais les deux premiers mois en général il y a que ça. Après il commence à consulter un peu tout seul par moment et puis voilà. Il y a les deux. Moi ça ne me pose pas spécialement problème ! Ce qu'il y a de plus difficile, enfin heu, c'est quand l'interne consulte devant le maître de stage ! Ça c'est plus difficile à mettre en œuvre ! Parce que souvent les gens ont pris rendez-vous avec nous quoi ! Donc c'est pas toujours facile, y'a des gens qui jouent le jeu mais y'en n'a pas beaucoup quand même. Ils ont toujours tendance à se retourner vers le praticien habituel.

- Hum,hum.

- Voilà.

- Donc qu'est-ce que vous trouvez difficile ? Le fait que…

- Ben quand on demande à l'interne de consulter devant nous.

- Comment vous prévenez le patient ?

- Bah euh, à l'accueil ! D'abord il y a des affiches dans les salles d'attente oui ! Il ou elle sont nommés dans la salle d'attente. Et après on demande aussi au patient s'il est d'accord mais en général y'a pas de soucis.

- D'accord. Et comment vous organiser cela, nous on appelle cela la supervision directe ? Comment vous organisez, vous présentez le patient avant ? Vous donnez des trames à l'étudiant ?

- Pas pfff, moi je le fais pas beaucoup. Ça peut arriver, mais c'est surtout au débriefing après quoi. Je trouve que c'est intéressant de, de découvrir ensemble. C'est vrai qu'il y a des situations qu'on connaît d'avance ou il y a des renouvellements. Mais y'a aussi des consultations où on ne sait pas trop ce qu'il va se passer… C'est l'avantage de la médecine générale.

- Hum hum.

- Donc euh non je ne raconte pas forcément trop, et après on finit par voir plusieurs fois les mêmes patients avec l'interne.

Silence…

- Voilà !!

- Qu'est-ce que vous appelez « débriefing » ?

- Après la consultation plutôt. C'est-à-dire on dit comment ça a été ressenti aussitôt après, pourquoi comme si, pourquoi comme ça. Répondre aux questions de l'interne… c'est aussi l'occasion de voir comment l'interne a ressenti les choses quoi.

- Et vous avez le temps après chaque consultation ?

- Non, non enfin là quand on prend l'interne au début on le prend avec les rendez-vous et donc on prévoit une demi-heure…

- Sinon c'est plutôt tous les quart d'heure ?

- Oui sinon c'est sans rendez-vous donc c'est plutôt tous les quart d'heure. Et là sur les sans rendez-vous ce n'est pas là qu'on prend les internes. Enfin c'est possible mais heu… c'est complètement différent donc heu. C'est intéressant aussi mais c'est une autre manière de faire quoi. Moins de disponibilité disons… faut enchaîner ! *rire*...

- Pour vous la supervision elle prend combien de temps ? Sur une journée avec l'interne, vous arriveriez à déterminer le temps que cela vous prend ?

Silence.

- Heu… Sur une journée je dirai que c'est au moins un quart d'heure à 20 minutes ! En plus quand il commence à consulter seul, on fait la revue des consultations le soir, ça peut prendre une demi-heure. Donc sur une journée moi je dirai entre 20 minutes et trois quart d'heure maximum.

- Sur une journée ?

- Oui !

- Ah, Très bien.

- Oui, on est toujours ensemble donc c'est difficile de définir le débriefing et tout. C'est un compagnonnage permanent donc. J'exagère quand je dis trois quarts d'heure car on bavarde, on papote… Mais oui ça peut prendre 20 bonnes minutes le soir en plus de ce qu'on peut faire dans la journée.

- Hum hum. Vous parlez de compagnonnage, mais pour vous, selon vous c'est quoi la supervision. Sur le rôle que vous avez en tant que supervision ?

- Je sais pas. On se supervise les uns les autres… (*rire*...) Enfin oui moi j'aime bien ce terme-là, c'est-à-dire c'est des… Moi je ne considère pas les internes comme des étudiants ni des novices. Qu'ils ne sont pas d'ailleurs. Voilà ce sont de jeunes professionnels qui viennent se former auprès de la médecine particulière de la médecine générale, en ville quoi. Y'a des choses qu'ils connaissent très bien, des choses qu'ils connaissent mieux que nous, ils ont des manières de voir, des manières de faire. Ouais donc c'est une confrontation entre euh… voilà. Et puis heu, Après ça dépend un peu des

cas, des personnalités. Enfin y'a toujours des choses à travailler bien sûr comme nous on a aussi tout le temps des trucs à travailler.

- Heureusement.

- Bah oui oui, c'est ça. On en apprend tous les jours dans ce métier. Là bah c'est plus dans cet esprit-là que je vois cela. Bon, voilà.

- Et est-ce qu'elle évolue au fur et à mesure du stage la supervision ?

- Bah oui forcément. Bah au début y'a une phase de connaissance, d'appr… enfin de se jauger les uns les autres ! De se mettre en phase, et puis après… bah une fois, y'a quand même une complicité, enfin euh une habitude enfin voilà quoi, on se connaît mieux, donc on peut se dire plus de choses. Bah on voit mieux aussi les trucs que la personne a besoin de travailler ou que… donc on se charrie…

Rires…

- Euh… Sur le stage, enfin notre thèse elle a pour but d'essayer d'harmoniser les pratiques. D'harmonier entre la théorie et les attentes des médecins et des internes… Donc pour vous si il y avait quelque chose à proposer comme changement sur ce stage praticien. (*silence…*) Qu'est-ce que ça pourrait être ?

- Comme changement ?

- Oui.

- C'est vrai que ce sont plus aux internes qui sont plus à même de dire ce qu'ils ont envie de changer ! Moi ça me, ça, j'ai pas vraiment d'insatisfaction donc j'ai pas vraiment de désir de changement important !

- Hum, hum.

- Après je ne vois pas qu'est-ce qu'on peut changer ? Enfin heu, je sais pas euh… enfin… Sur la durée, bah 6 mois je trouve que c'est bien. Enfin, je ne vois pas l'intérêt d'augmenter. Ça me paraît bien oui 6 mois. Tout l'été c'est plus difficile, le stage d'été c'est moins compact, il y a plus d'interruption et tout. Après je ne sais pas sur le nombre de jour… Je me suis aperçu récemment comme on est tous sur le même site l'interne vient 4 jours, 4 jours et demi ce qui est pas le truc courant a priori car ils ont plutôt un jour par semaine chez chaque maître de stage ! Voilà, enfin ils n'ont pas l'air de se plaindre de trop ! Donc… qu'est- ce qu'on peut changer, non je ne sais pas.

- Même par rapport au Département de médecine générale par exemple ou euh sur votre…

- Oui, (*soupir*) c'est vrai que j'ai lu un peu les débats là-dessus ; C'est vrai qu'on peut être un peu frustré des fois de, du … enfin bon c'est aussi un choix personnel je pourrai être intégré plus au DMG si j'avais eu le désir, ou le temps ou l'envie de le faire !

- Hum, hum.

- Je les connais bien mais je ne suis pas actif disons ! C'est vrai que parfois sur le parcours de l'étudiant on n'a pas la vue totale, mais c'est peut être bien aussi ! Qu'on ne s'est pas trop… Enfin ils nous parlent parfois de leur démêlé avec les récits, les R… Je ne sais pas quoi là !

- Les RSCA !

- J'ai du mal à le dire je suis dyslexique ! Les RSCA ! Donc euh, on en discute un peu mais euh ça reste, on reste un peu étranger à cela ! Sur la maquette comment ça s'appelle, c'est la maquette… D'un autre côté c'est peut être bien comme ça après tout. Après y'a des internes qui m'ont demandé de travailler avec eux sur leur thèse, ça peut arriver ! Euh, enfin disons qu'on est heu… voilà, on reçoit les internes, on valide leur stage. On n'a pas trop de contact… ça arrive de temps en temps, on a eu des cas où, on avait des contacts, plutôt après en général parce que c'était des cas de… des cas de 2e niveau où ça se passait mal, on se sentait un peu mobilisé pour le pauvre interne… Voilà mais euh… (*Silence*…) non enfin je suis assez satisfait de la manière dont ça se passe !

- D'accord. Et quelles sont vos motivations pour être maître de stage ?

- Oh bah elles sont importantes ! Enfin c'est vrai que l'on a toujours, même dans l'ancien système quand y'avait pas de stage organisé on avait déjà des internes, on prenait déjà des gens enfin je me rappelle plus c'est tellement vieux ! Enfin c'était des petits stages. Enfin on en a toujours eu ! Sauf, euh, y'a eu une période quand mon ancien collègue est parti et que y'a eu quelqu'un de nouveau qui est arrivé y'a eu 6, un an peut être où on a arrêté pour l'intégrer un peu … Et on a peut-être l'arrêter un peu un certain temps pour intégrer mon successeur. Voilà ! Enfin on a toujours eu des petites périodes comme cela ! Alors la motivation c'est que je trouve cela stimulant, je trouve cela... Enfin moi j'aime bien justement le premier niveau, enfin le 2e niveau c'est intéressant aussi mais c'est complètement différent enfin là on travaille avec euh… les échanges sont très intéressants toute façon… c'est un autre regard c'est un autre euh… sur les gens, sur la manière de pratiquer enfin… voilà quoi. Enfin non moi je trouve cela passionnant dans l'aspect compagnonnage … Et puis voilà c'est bien quoi. Je ne sais pas comment dire d'autre ! (*rire*...)

- (Rires…) Vous avez l'air vraiment satisfait en tous les cas !!

- (*Rires*) Oui, oui, oui ! Bah alors c'est vrai que des fois, faut bien dire... Sur la, je ne sais pas on doit être rendu à 20 ou 30 j'en sais rien… Forcément y'a des personnalités où c'est plus difficile, mais même quand c'est difficile je trouve que c'est intéressant d'arriver au mieux… Tout le monde arrive à évoluer quoi !

- Hum hum

- C'est vrai que c'est plus ou moins, on est plus ou moins en phase ! Y'a des fois ou c'est plus sympa, des fois ou c'est plus… Enfin y'a des bonnes surprises ! Y'en a une l'autre fois, enfin elle était un peu plus réservée et tout et euh, je ne sais plus à quelle occasion ! Ah oui, je suis, comme je fais du vélo je suis passé dans le journal « vélo à assistance électrique le médecin fait ses visites en vélo » et donc elle m'a envoyé un petit mail « ah voilà, je suis installée, j'ai eu une petite fille et tout » bah voilà, ça faisait deux ans qu'on n'avait pas de nouvelles, bah voilà c'est bien quoi !

- Hum, hum… il reste des traces.

- Il reste des traces et puis chacun fait son chemin, à son rythme. Enfin voilà quoi. Moi je ne suis pas… Comme le gars qu'on a lâché, ses maîtres de stage 2ème niveau qui n'étaient pas du tout satisfait bah voilà il fait son chemin aussi. Bah c'est sûr y'a des gens qui sont plus ou moins à l'aise au départ mais c'est intéressant aussi !

- C'est sûr, c'est aussi une formation.

- Bah oui !

- Une formation où… Que y'ait de la…

- C'est vrai que y'a des gens… Alors nous en plus si vous voulez, comme on est près de Nantes, qu'on est tous les trois ensembles. On offre la possibilité d'aller au centre Simone Veil consulter car avec ma collègue on y fait des vacations ! Donc c'est vrai qu'on est un stage bien côté quoi. Donc, euh on n'a pas, on a plutôt la crème ! (*Rires…*) enfin j'en sais rien mais dans tous les cas c'est difficile de nous, en fin ce n'est pas facile… enfin c'est les premiers qui viennent donc… euh ça fait un biais de sélection aussi !

- Après c'est peut-être parce que vous vous donnez aussi les moyens !

- Oui, oui, oui ! Y'a quand même des faits. C'est plus facile de venir dans notre cabinet que de venir dans trois endroits différents de Vendée, j'imagine pour les internes.

- Après il n'y a pas que les stages nantais qui font que, enfin…

- Oui, oui! Non, mais je…

- C'est plusieurs choses qui font que…

- Je ne fais pas le faux modeste. Bon, ça ne fonctionne pas trop mal. On est un cabinet déjà, on partage les honoraires, les frais… Donc on a un fonctionnement assez collectif ! Donc on échange déjà beaucoup entre nous, dans le même état d'esprit. Donc j'imagine que dans les cabinets où c'est un peu la guerre tout ça, ça ne doit pas être aussi sympa ! (*Rire*)

- (*Rire*)… À qui le dites-vous ! (*Rire*)

- On essaie de manger une fois par semaine entre nous, avec l'interne s'ils veulent…

- À but professionnel ?

- Oui, oui c'est ça. LE vendredi matin on ne consulte pas, et le midi on mange ensemble avec la secrétaire. Et donc les internes sont invités, enfin ils ne viennent pas toujours mais, ils ne sont pas obligés non plus, mais c'est une possibilité qu'ils ont. Voilà.

- Très bien.

- On essaie, enfin c'est aussi la conception de la profession. C'est parfois aussi un peu difficile mais bon… C'est bien de le créer. Je pense que la manière dont on fait vivre la structure est thérapeutique aussi. Les gens ils sentent cela aussi. Quand y'a un cabinet ou y'a une certaine homogénéité, enfin non pas homogénéité car on est très différent mais heu… enfin où c'est le même état d'esprit au moins c'est important. Et puis les gens peuvent circuler enfin… Voilà.

- Parfait !

- Parfait non !

- C'est en tous les cas avant-gardiste.

- J'ai eu l'impression de ne pas avoir grand chose à dire.

- Si, si ! (…)

8.10.8 MSU 137

- Du coup je voulais connaître votre ressenti concernant la supervision ? Parce que notre thèse est plus sur la supervision donc heu… On voulait savoir comment cela se déroule dans toute la région, enfin de Loire atlantique-Vendée, c'est pour cela que l'on a fait notre thèse. Et c'est vrai que dans nos questionnaires, nous avons surtout des choses formelles. Mais on n'a pas le ressenti des gens, c'est pour cela que l'on fait aussi des entretiens avec les maitres de stage, pour avoir plus le ressenti des gens concernant la supervision. Et c'est pour cela que je voulais connaître votre ressenti concernant la supervision ?

- D'accord, ben la supervision, c'est un temps d'échange qui est très important dans notre fonction. C'est vraiment la cheville de notre fonction. C'est un temps que je prends vraiment soin de faire. Et j'ai plaisir à le faire. Et je pense que les internes aussi prennent plaisir à ce temps. Donc je pense qu'il faut le soigner. Ce n'est pas quelque chose à bâcler. C'est vraiment toute l'essence de notre fonction, qu'est la supervision.

- Quand vous dites ne pas le bâcler, qu'est-ce qui serai pour vous bâcler une supervision ?

- Ben cela pourrait être passer vite sur les patients, juste écouter l'interne faire son discours, sans relever, sans approfondir. Ou même parfois sauter les supervisions.

- Et quand vous parlez d'approfondir une supervision, pour vous, cela consiste en quoi ?

- Ben c'est à rebondir sur les phrases de l'interne. Par exemple si il a éprouvé des difficultés. Ou par exemple il pense parfois avoir bien fait une consultation, ne pas avoir eu besoin de creuser. Et c'est a nous de voir si il n'aurait pas pu aller plus loin. Ou même des fois d'imaginer des situations. Par exemple, on peut extrapoler une consultation, en demandant à l'interne « imagine que cette patiente revienne la semaine prochaine, et qu'elle n'aille pas mieux, qu'est-ce que tu ferais ? ». C'est aller au delà de ce que l'interne nous raconte. D'essayer justement d'imaginer d'autre situation, de creuser, pour que lui puisse en tirer tous les bénéfices. Et qu'il puisse bénéficier de toute notre expérience. Pas simplement de son vécu au cabinet.

- C'est a dire que concrètement comment cela se déroule ? On sait qu'il y a plusieurs phases, il y a la phase un peu de supervision directe où vous être avec l'interne. Comment cela se passe à ce moment là, quand vous faite la supervision ?

- Alors si c'est la supervision directe avec un niveau 1. Alors souvent je suis à coté, souvent j'essaie de me faire discrète, je lis d'autre chose. Je ne regarde pas le patient,

pour que le regard du patient soit vraiment dirigé vers l'interne. Et puis j'écoute, j'ai un petit peu l'œil sur le bureau, une oreille vers l'interne et l'autre vers le patient. Je le laisse vraiment mener sa consultation comme si il était en autonomie. J'interviens bien sur si il se sent en difficulté, si il me le demande. Alors là, je prend le relais, je n'interviens pas. Après on fait un petit débriefe, après, une fois que le patient il sort. Ça c'est souvent la supervision directe. Et puis cela peu arriver que l'on le fasse à 2. Moi je fais par exemple puis il prend le relais. Où l'examen… cela peut arriver que ça s'enchevêtre, surtout au début pour les mettre à l'aise, pour qu'ils prennent connaissance du cabinet. Et dès qu'il commence à être à l'aise, ou certaines consultations où ils sont tout à fait aptes à la faire même en autonomie, et bien je me mets en retrait.

- Et vous vous sentez à l'aise dans cette façon de procéder ?

- Et bien tout à fait, il y a longtemps que je la pratique donc il n'y a pas de problème.

- Et quand vous être plutôt avec les internes de niveau 1. Parce que notre thèse concerne plutôt les internes de niveau 1. Quand vous être plutôt en supervision indirecte et que l'interne consulte seul, comment vous ressentez les choses ?

- C'est à dire quand moi je suis à l'extérieur ?

- Oui, quand l'interne est en autonomie.

- Souvent cela se fait, cela peut se faire assez vite pour des consultations où je me dis qu'ils sont tout à fait capables de gérer. Souvent en fait, je profite. Je préviens le patient qu'il va être pris en charge par un étudiant en fin d'étude. Et moi j'en profite pour aller voir les secrétaires, pour gérer d'autres petites choses à l'extérieur. Et je suis tout à fait confiante des compétences de l'interne. Je le fais quand je juge que il n'y a pas de soucis, que cela va bien se passer. Et je reviens un peu à la fin de la consultation, et si ils n'ont pas fini, j'attends qu'ils finissent tranquillement et je me mets en retrait. Et si ils ont fini et bien on débriefe. On débriefe au fur et à mesure pour les nouveaux.

- Et vous en discutez devant le patient ?

- A non jamais, très rarement devant le patient.

- Pourquoi ?

- Parce que je pense que… déjà ce n'est pas l'objet de la consultation. Notre patient il n'a pas forcément envie, ou besoin d'entendre notre débriefe. Et puis je pense que l'interne n'est pas forcément à l'aise que cela se passe devant. Donc je préfère que cela soit en dehors. Voilà, c'est 2 temps séparés. *Silence.*

- Heu…comment évolue la supervision au court du stage ? Est-ce que vous avez une évolution ? Ou une organisation ? Ou…

- Dans un premier temps c'est vraiment apprendre à se connaître. Donc souvent la première journée je vais prendre les rennes quasiment…pas 100% mais bien 80% en lui montrant le logiciel, le matériel, le fonctionnement. Parce qu'il y a beaucoup beaucoup à apprendre. Bon j'essaie quand même très vite qu'ils soient à ma place pour tenir les rênes, car ils ont déjà été en autonomie dans les autres services. Donc il n'y a pas de raisons qu'ils ne le soient pas chez nous. Ils ont déjà été à la tête de consultation aux urgences ou dans les services, donc ils en sont tout à fait capables. Mais c'est vrai qu'il y a quand même toute cette découverte du cabinet de médecine générale. Donc au début je vais quand même assumer pas mal de chose, et l'interne va être plus en observation. Puis assez vite il va prendre les rênes. Cela va se faire un petit peu naturellement en fonction de l'interne. Et puis aussi en fonction de leurs désirs. Il y a des internes qui sont autonome très vite, donc là je vais les laisser très vite autonomes. Et puis qui ont envie d'être autonome. Et il y en a d'autres au contraire qui n'ont pas très envie, donc cela va se faire petit à petit en fonction de la confiance qu'ils vont avoir à prendre les rênes. Voilà cela va se faire naturellement.

- Ça c'est plus dans l'organisation du transfert de consultation. Mais est ce que dans la façon de superviser les choses vous faites évoluer un petit peu au cours du stage ?

- Je pense que je fais toujours un peu la même chose. Dans un premier temps, je vais voir leur interrogatoire. Je vais essayer de me rendre compte des problèmes qu'ils peuvent rencontrer dans la communication avec les patients. Là où ils peuvent avoir justement besoin d'aide. Donc cela va être plus une observation dans l'interrogatoire. Ou cela va aussi être observer, observer certain examens cliniques qu'ils possèdent un peu moins. Là, on va le revoir en débriefing. En fait cela va être une phase d'observation tout au long du stage, ce n'est pas… c'est à dire qu'au début cela va être plus interrogatoire et examen clinique. Et plus ils vont être à l'aise dans ces domaines, vraiment de base, plus je vais approfondir, aller loin avec eux. Jusqu'à, après si ils sont demandeurs, aborder des aspects un peu plus psychologiques. Et les emmener le plus loin possible. Cela va être un petit peu ça. Je n'ai pas vraiment en tête de plan précis. Je vais faire au fur et à mesure, en fonction de là où je pense que se situe l'interne dans sa prise en charge.

- Avec toujours comme objectif de d'abords, si je comprend bien, sécuriser…

- Mettre à l'aise

- Mettre à l'aise l'interne et si je comprend bien c'est centré sur l'interrogatoire et l'examen clinique dans un premier temps avant de voir un peu…

- Voilà, alors cela peut aller très vite. Car il y a des internes qui sont aussi en fin de cursus et qui sont tout à fait à l'aise, donc cette phase elle peut passer très vite. Par contre, c'est vrai que j'ai des 3 ou 4e semestre et il peut y avoir encore un peu de travail de ce coté là. Et heu…ensuite, les hypothèses diagnostiques, on revoit ensemble. Prioriser, justement les consultations multi-plaintes… je peux aller de plus en plus loin dans la difficulté de la consultation. Pour qu'ils soient de plus en plus autonomes et de plus en plus à l'aise. Et qu'ils soient capables de me remplacer. *Rires.*

- C'est votre objectif, qu'ils soient capables de vous remplacer ?

- Alors, en fait, c'est l'objectif. C'est le grand objectif global, qu'ils soient capables de remplacer les médecins, mais pas forcément moi, bien évidemment. *Rires.* Qu'ils soient à l'aise dans leur métier en fait.

- Quand vous dites, que vous allez plus loin dans la complexité de la consultation. C'est à dire que vous discutez de quoi avec eux ? Qu'est ce que, quels sont les sujets que vous abordez ?

- Par exemple, quand il y a une plainte qui se répète. Il y a différents degrés de traiter la plainte. On peut vraiment se satisfaire, quand il y a une lombalgique qui vient. Même si c'est une lombalgique chronique on peut juste répondre à la souffrance, à l'arrêt de travail par exemple. Et puis après on peut essayer de chercher ce qu'il y a dessous. Est ce qu'il n'y a pas un contexte, qui fait que la plainte se répète ? Ou est mal vécu. Donc là, j'apprend aux internes à aller chercher au delà de la plainte. Donc poser des questions du style. « Est ce que cela vous est déjà arrivé ? Et dans quel contexte ? Depuis quand ? Il s'est passé quelque chose à ce moment là ? ». Voilà, de creuser un petit peu plus loin, et la souvent, quand on va à la chasse…

- Et quand vous êtes en phase de supervision indirecte, quand vous n'êtes pas dans la consultation, comment vous vivez cela le fait de ne pas être présente ?

- Ho ben je fais confiance. Je fais confiance à l'interne. C'est à dire que quand je le laisse en autonomie, c'est que je le juge capable de gérer la consultation. Les patients sont prévenus, donc je sais qu'ils sont d'accords. Et je ne suis pas très loin, donc je sais que si il y a besoin on pourra avoir recours rapidement à ma venu. Donc je le vis très bien, cela ne me gène pas.

- Et dans la supervision, est ce que vous rencontrer des difficultés ?

- Alors là ou je peux rencontrer des difficultés, c'est quand je sens un interne qui est un peu démotivé, ou qui n'est pas à l'écoute, ou qui n'a pas envie de débriefer, qui est plus intéressé par rentrer à la maison, ou qui a quelque chose de prévu. Si, alors… bien sur je peux comprendre qu'il ai une vie familiale, mais si cela se répète un peu trop au cours du stage, c'est vrai que là je peux…cela m'est déjà arrivé d'être démotivé a ce moment là pour la supervision. Je pense que c'est un peu donnant-donnant. C'est à dire que si l'interne ne se montre pas très intéressé par une supervision un peu plus fouillé et que cela se répète, je vais probablement me lasser aussi et m'en tenir a une supervision toute simple.

- C'est plus un problème de personne à personne. Ce n'est pas, par ce que, ce que l'on a pu entendre de la part de certain de vos collègues, c'est qu'ils avaient du mal a savoir ce qu'il se passait pendant la consultation.

- Ah oui ? Non ben non…

- Il y en a certains qui se trouvaient gêner de ne pas avoir accès à tout le discours. Et vous, est ce que ce sont des choses qui vous limite pour faire une supervision ?

- Oh ben non. Je pense que les internes expliquent bien. Je n'ai pas besoin d'être présente pour avoir le ressenti de l'interne. Le ressenti de l'interne je le ressens moi même. On voit bien si il a été à l'aise ou pas, et il est capable de me le dire. Et puis après je lui fais confiance dans son récit, donc cela ne me gêne pas. Souvent il y a quand même une trace écrite, on reprend les dossiers et il y a quand même une observation. Donc heu…ça c'est vrai que je n'ai pas été gêné par ça.

- Vous dites que vous creuser les consultations, est ce que vous creusez toutes les consultations ?

- Pas forcément non. Par ce que c'est vrai que si on est en période d'épidémie, je ne vais peut être pas creuser toutes les gastros que l'on a eus, ou toutes les rhinos. Mais heu… je vais essayer d'en creuser au moins 2 ou 3 où l'on va rester plus longtemps. En fonction des différentes problématique pour apporter quelque chose de plus à l'interne. Donc cela ne va pas être toutes les consultations. Il y en a certaines que l'on va passer vite. Il y en a d'autre que l'on va expliciter plus longuement. Voilà, c'est un petit peu au cas par cas, voilà, c'est naturellement.

- Quand vous dites que vous prenez plus de temps, c'est à dire que pour vous la supervision prend combien de temps ?

- Alors je consacre… pour les niveaux 1… cela se fait un peu au fur et à mesure pour les niveau 1. Je pense que à chaque fin de consultation je demande à l'interne si il a des

consultations. On prend un petit moment avant de reprendre le prochain patient. Et puis après, on peut revoir des situations en dehors de la consultation. Alors en terme de timing, je ne pourrais pas trop te dire. Je sais qu'en niveau 2 je passe 2 heures. 1 heures l'après midi et 1 heure le soir. Cela fait une heure pour 10-12 patients à peut prêt. Des fois 45 minutes, mais c'est vrai que c'est entre 1heures et demi et 2 heures.

- Et pour les niveaux 1 ?

- Pour les niveaux 1, cela s'intègre. Je ne vais pas prendre une heure à la fin. Par ce que en plus comme on déjeune ensemble, comme on va faire des visites ensembles. C'est un petit peu tout au long de la journée, un petit peu saupoudré. Donc je ne pourrais pas te dire. Je pourrais dire que sur 35 patients que l'on peut voir, on va au moins parler 2-3 minutes par patients, pas 2-3 minutes pour tous, mais cela fait au moins une heure.

- Quand vous dites que vous approfondissez plus… est ce que cela vous prend plus de temps ? Comment vous procédez ? Par rapport aux autres consultations où vous n'approfondissez pas votre supervision ?

- Et oui, parce qu'il y a des consultations, par exemple si on a vu 2-3 rhinites et puis que ce sont des situations classiques, à ce moment là, je vais juste m'assurer que l'interne a bien compris, qu'il n'a pas de question et on va prendre le suivant. Donc là ce ne sera quasiment pas de débriefe en fait. Et puis il y en a d'autres avec des problématiques un peu plus particulières où je vais me poser 5 minutes avec lui et on va discuter. Et après on ira chercher les autres patients dans la salle d'attente. On le fait au fur et à mesure pour les niveaux 1.

- Si vous aviez quelque chose à changer, qu'est ce que cela serait ?

- Pour les niveaux 1 ?

- Oui, essentiellement sur les niveaux 1 car notre thèse porte sur les niveaux 1.

- Et par rapport à la supervision ?

- Par rapport à la supervision, même le stage…

Coupure car téléphone du prat…

- Qu'est ce que je changerais ? Non ben rien, je ne vois pas trop. Si mais ce n'est pas par rapport à la supervision. C'est… je pense que c'est très bien car s'ils commencent a mettre en place des groupes d'échange de pratiques entre maitre de stage. Et ça je trouve que c'est très bien. Ouais. Mais c'est peut être difficile de le rendre obligatoire, mais de l'inciter fortement. Puis c'est vrai que en échangeant entre collègues, on peut se

donner des idées, on peut progresser. Et puis, je pense que le DMG essaye quand même de bien assurer notre formation, mais parfois on n'est pas toujours réceptif car on est un peu loin. Donc peut être, ils commencent à le faire là maintenant, de rapprocher les formations des maitres de stage, essayer que cela soit plus régulier pour que l'on ne s'endorme pas. Je pense que ça c'est important.

- Parce que vous avez fait des formations ?

- Oui, oui, j'ai fait des formations, j'ai fait une formation pour la supervision directe, une pour la supervision indirecte, et une pour la soutenance de thèse. La direction et soutenance de thèse.

- Vous la façon dont est fait le stage, cela vous convient assez bien ?

- Oui, oui oui, je trouve que… oui. Il y a juste quelque chose qui m'a gêné un peu. Les internes de niveaux 1, ils ont aussi des formations théoriques, ils ont une petite formation aux travaux scientifique. Et cela mord sur le stage. Et je trouve que c'est… je ne sais pas si ils en ont aussi dans leur stage hospitalier. Mais je trouve dommage que ça mange sur le stage de médecine générale. Car c'est vraiment leur métier, c'est vraiment le stage qui va leur mettre le pied dans l'étriller. Et c'est vrai que parfois, en 6 mois, ça passe vite. Car entre nos vacances, plus les vacances de l'interne qui ne sont pas toujours aux mêmes dates. Plus les journées formations, plus la journée de recherche scientifique, plus les soirées où il y a les échanges de pratique. C'est vrai que des fois, on va être amener à ne pas se voir pendant 1 mois. Et je trouve que cela c'est dommage. Mais peut être qu'ils pourraient faire aussi ces formations un peu saupoudrés sur les stages hospitaliers, mais cela se fait peut être, je ne sais pas. Mais… parce que dans les stages hospitaliers, c'est une formation indispensable, mais ils y sont tous les jours. Ils y sont 5 jours ou même 5,5 jours par semaine. Alors que chez nous ils y sont que 3 jours, et même une journée par semaine. Donc ça je trouve que cela peut être revu, mais je pense qu'il y a une histoire de mains d'œuvre à l'hôpital là dedans. On nous dit bien sur, on nous répète et on nous rabâche que les internes ne sont pas nos esclaves. Et c'est important bien sur de le garder tout le temps à l'esprit, que les internes sont toujours en formation. Mais je ne suis pas sur que nos confrères hospitaliers se gênent pour justement qu'ils tiennent le service au détriment de leur formation en médecine générale.

- Et vous avez l'impression de sentir une différence, chez les internes quand ils sortent de l'hôpital ?

- Quand ils sortent d'un service hospitalier, ils ont des réflexes hospitaliers qui sont normaux, naturels. Et nous d'ailleurs cela ne nous fait pas du mal de les revoir ces réflexes hospitaliers. Donc cela ne me gêne pas du tout. Mais on voit que sur les 3 ans de formations en médecine générale, ben la formation en cabinet de médecine générale elle n'est pas si importante que cela par rapport au temps passé à l'hôpital. Et c'est vrai que si on mord encore sur le temps passé au cabinet c'est d'autant cela en moins. Ceci dit c'est beaucoup plus que à mon époque. Donc c'est déjà bien aussi. *Rire*

- Comment ressentez vous votre rôle de maitre de stage ?

- Ben je le ressens, cela me fait plaisir. J'ai plaisir à exercer cette fonction. Je la sens comme un compagnonnage. Comme la transmission d'un métier qui m'est vraiment chère à un jeune professionnel qui va mettre le pied dans l'étrier, qui a déjà le pied dans l'étrier d'ailleurs. Et voilà, cela me fait plaisir c'est quelque chose pour moi qui est important. Je trouve que cela donne un souffle dans notre pratique car cela nous fait aussi nous remettre en question. On a le regard d'une personne qui a une base théorique souvent meilleure. Ça je trouve que cela nous aide a garder une certaine humilité. Par contre en échange on va transmettre de l'expérience et cela peut aider une personne a démarrer plus vite et mieux, a éviter certains écueils. Et ça je trouve que c'est bien.

- Et vos motivations pour être maitre de stage ?

- Elles sont un petit peu là aussi. Moi j'ai toujours aimé enseigner, donc c'est un enseignement. Et puis, rendre service, se remettre en question. On est dans une dynamique, ça dynamise. Et puis c'est vrai, en médecine générale, comme dans tous métiers, je pense que l'on peut un petit peu ronronner quand on a pas comme cela, des fonctions un petit peu différentes de la consultation. Donc la maitrise de stage c'est une des fonctions qui nous permet de couper un peu ce train-train et qui nous permet aussi de nous remettre en question et ça c'est important. Et puis c'est bien parce que les internes ils ne vieillissement jamais, et du coup, on a pas l'impression de vieillir non plus. *Rire*

- Après je vais vous posez quelques questions un peu plus précise. Parce que on a déjà fait pas mal d'entretien avec des maitres de stage et c'est vrai que on a du mal à voir la supervision, comment cela se déroule concrètement. Du coup, vous me dites si je me trompe. Mais en supervision directe, vous laissez l'interne faire puis vous rediscutez avec lui de la consultation ? Mais du coup en supervision indirecte, j'ai eu un peu plus de mal à voir comment vous discutiez de la consultation avec l'interne.

- Alors, en indirecte, je vais le laisser parler, alors il va d'abord me raconter comment cela s'est passé. Souvent, on a un petit échange globale sur comment cela s'est passé globalement la consultation. Je trouve que c'est important d'avoir un ressenti globale de la demi journée. Donc, est ce qu'il se sent fatigué, est ce qu'il a eu des difficultés etc… donc cela va être très général. Et puis après on va débriefer la dessus, ou que j'aurai ressenti un petit peu l'état d'esprit dans lequel est l'interne. Je trouve que c'est important de savoir si… Parce que si il est fatigué, on va raccourcir un peu, ce n'est pas le moment de prolongé. Ou si il a été agacé par une situation, et bien on va commencer par celle là. Voilà, donc déjà un aperçu global. Et puis après on va dérouler la consultation, on va se mettre sur l'ordinateur. Et on va regarder chaque patient on va relire ensemble les observations. Enfin c'est l'interne qui va les lire. Je vais le laisser parler, j'écoute puis après je vais lui poser des questions pour compléter, pour creuser. Voilà, cela se passe comme ça en pratique. Et puis après on peux avoir des petites parenthèses, par exemple cela va être souvent plus au niveau de la transmission des techniques de communication ou de gestion d'une consultation un petit peu plus complexe. Un exemple de consultation, si il y a des patients qui sont arrivé en famille à 4 et puis il y a le petit qui met le bazar dans le cabinet et qu'il y a eu une difficulté à gérer ça. Donc là, on va mettre une petite parenthèse et on va parler de cette problématique. On va donc parler pendant 5-10 minutes que sur cela. Et puis après on reprend chaque patient.

- Et, quand l'interne exprime une difficulté vous êtes amenée à discuter de la situation, si je comprend bien ? Est ce que vous être amenée à lui proposer des solutions, ou des recherches ?

- Alors tout à fait. Alors souvent j'essai qu'il trouve ses solutions pendant le débriefe. Donc je vais essayer de l'amener à ce qu'il trouve ses propres solutions. Car souvent il y en a pas qu'une il y en a plusieurs. Et ensuite, si on pas eu le temps de finir, je vais lui dire de... Ou alors je vais lui donner des lectures « tiens, tu peux lire ça, ça et ça et puis on en reparlera la fois d'après. »

- Et quand vous dites que vous l'amenez à trouver ses propres solutions, comment est ce que vous procédez ?

- En lui posant des questions. En lui disant « tiens, qu'est ce que tu aurais pu faire ? ». Si on imagine toujours le petit enfant qui touche à tout et si l'interne s'est senti un petit peu débordé par cette agitation. Et qu'il n'a pas trouvé comment gérer. Et qu'il voyait que le parent n'arrivait pas non plus à cadrer son enfant. Et bien je pourrais lui

demander « la prochaine fois, qu'est ce que tu pourrais faire ? Qu'est ce que tu aurais eu comme solution ? » Alors après on envisage tout, alors on rigole « tu aurais pu lui mettre une baffe ? L'isoler dans la salle d'attente ? Le mettre sur les genoux de sa maman ? Sur tes genoux à toi ? » Alors on envisage tout un tas de solution puis c'est lui qui prend la plus logique, la plus convenable. C'est vrai que ça c'est important. C'est un peu la base de l'enseignement, c'est à dire que, si on donne des réponses toute faites, et bien cela rentre par un coté puis cela ressort par l'autre. Parce que ce n'est pas la réponse de celui qui est en apprentissage. Donc c'est important que celui qui est en apprentissage réfléchisse au problème. Donc c'est important que l'enseignant lui permette cette réflexion et ce temps de réflexion. Et donc comme ça l'interne va pouvoir se poser et se dire « ben oui, j'aurais pu faire comme ça, ou comme ci. » et là cela va voir beaucoup plus d'impacte. Il va s'en rappeler. Alors que si je lui donne la solution toute faite il ne va pas s'en rappeler par ce que ce n'est pas la sienne.

- J'avais une question un peu plus précise aussi. Il y a une nouvelle fiche d'évaluation de fin de stage qui a été mise en place le semestre dernier, et je voulais savoir ce que vous en pensiez ? Si cela vous servait ?

- Alors hum hum. Je rend hommage à mes collègues qui ont fait cette grille et qui a du demander un travail monstrueux et qui a demandé un travail monstrueux. Et qui va vraiment dans un bon sentiment d'évaluer au plus proche des compétences de l'interne. Mais je ne m'en sert absolument pas… je n'ai pas fait mienne par ce que je la comprenais mal. C'est un outil que je comprends mal. Rien que les mots cela ne me parle pas. Je fais au mieux, mais pour moi c'est purement administratif.

- Est ce que vous aviez d'autre chose à rajouter ?

- Je vous souhaite bonne chance dans votre métier.

- Merci

8.10.9 MSU 144

- Je suis tout à fait capable d'entendre qu'il y a des choses que je fais pas bien. Au contraire, on est tous là pour progresser. Bon après je me suis dit « bon bah tant mieux ça va me faire des vacances ». Bon en plus le stage d'été c'est moins… Y'a des périodes de fériés, où on est pas là… Bon c'est moins soutenu quoi.

- Hummm. Oui vous à priori, selon la discussion, vous seriez prêt à reprendre l'hiver prochain ?

- Bah faut voir, oui.

- Faut voir, selon la discussion ?

- Oui faut voir. Parce que pour les externes j'ai dit non, c'est de mon fait. Parce que je trouvais qu'on les voyait 3-4 fois. Si on veut vraiment leur apprendre des choses, faut être super performant. Je trouve ça très ingrat parce qu'ils sont dans leurs ECN, ils sont super au point sur pas mal de choses mais sans avoir … heu … le temps pour voir ce qu'on fait vraiment, et puis sans avoir… heu… de regard critique sur les choses, vous voyez ? Donc j'ai trouvé ça super ingrat. Donc j'ai dit stop, c'est bon hein, moi j'en veux plus. Puis en plus y'avait plus de temps pour être tout seul avec les gens donc moi ça me va pas. Et alors y'a un problème dans notre groupe, c'est qu'on est que deux. Moi je pense que c'est pas bien.

- Pour l'interne ?

- Oui, je pense que franchement c'est pas bien, il faut qu'on soit trois. Il faut qu'il y ait … Et puis peut-être que finalement ça peut être une histoire de cohésion de groupe : qui fait quoi dans le groupe ? Moi je fais ça, je suis plus à même de me charger de ça, toi tu es plus à même de faire ça … C'est pas gênant finalement si on est complémentaire et si… heu… Vous voyez ? Moi c'est ce que je pense. Alors y'a pleins de choses que je faisais pas parce que je sais que Dr (*anonyme*) le fait très bien, voilà. Bon lui il est super pédagogie, machin, il fait réciter les gammes, les machins tout ça. Bon heu il le ferait pas, je m'y collerais, mais bon il le fait très bien donc je ne vois pas l'utilité. Encore que, j'ai repris certaines gammes, justement, et je me suis rendu compte que y'avait des blocages. Donc finalement, ça sert à quoi de réciter les gammes si finalement on ne peut pas s'en servir. Vous voyez ?

- Oui, et puis après est-ce que ça sert de réciter les gammes comme vous le disiez tout à l'heure ?

- Bah moi je pense qu'on apprend tout ça au fur et à mesure. Heu oui … Et puis après c'est en fonction des situations, on assouplit sa façon de faire, on l'adapte, heu… voire on se compromet s'il le faut mais dans un objectif précis, enfin vous voyez. C'est de l'art médical, c'est pas… heu… des questions de l'internat quoi. Donc je vous écoute. (*Rires*)

- Bah en fait c'est surtout moi qui vais vous écouter. Donc ma première question c'était plus par rapport à votre ressenti en tant que maître de stage.

- Oui ? Sur ce qui se passe ?

- Sur ce qui se passe.

Silence.

- Pfff je sais pas quoi dire. Du coup je ne sais plus quoi dire. Bon je sais plus combien j'ai eu d'internes. Bon je vois bien qu'il y a une progression au cours des stages, moi-même. J'ai fait tout de suite les formations, je les ai fait tout de suite donc j'avais bien pris conscience qu'il faut pas qu'on aille trop brusquer les jeunes collègues, et qu'il fallait les mettre en confiance, etc. Donc ça … j'ai fais attention à ça. Heu…

Silence.

Moi je les ai jamais forcé à rien faire. Heu après c'est tout ce que je vous ai dit en fait, hein *(discussion de 15 minutes en off avant… Dommage).* Bon bah j'ai tout dit en fait, hein. On aurait du enregistrer finalement.

- Bah oui c'est ça, c'était intéressant.

Rires.

- Bon bah voilà, on peut dire que… Personnellement je suis en grande interrogation par rapport à ce qu'on fait dans ce stage là. Hein ? Donc Heu… Est-ce que… Par exemple l'autre jour je vois l'interne, je lui dis là « qu'est-ce que je peux faire pour vous ? » Alors il me dit « bah je suis pas très bon sur le traitement sur le psoriasis, etc. ». Je lui dis « bah écoute… Bah pourquoi vous n'iriez pas sur Prescrire pour voir ce qui se dit, etc ? » Il me dit : « ah bah ça prend du temps » … heu… voilà. Alors moi je suis tombé de mon cocotier ! Je me suis dit, mais heu… Bien sûr que ça prend du temps, mais alors moi je l'ai et pas lui ? Ca veut dire que moi il faudrait que je le fasse, et pas lui ? Alors là je lui ai dit, je lui ai dit : « mais heu faut que vous appreniez à faire ça quoi, il me semble que c'est pas ce qu'on a à faire ensemble ici quoi. C'est pas à moi de vous donner la becquée ». Alors je lui ai pas dit ça comme ça, mais heu… voilà quoi. Il n'empêche que ça a fait son chemin parce que, quand on s'est retrouvé avec Dr (*anonyme*) l'autre fois, on a parlé des objectifs du stage, il n'a pas parlé précisément de

ce truc là, mais il a bien dit qu'il avait compris que les objectifs était différents selon ce qu'on avait compris. Et il y a des jeunes collègues ils ont compris qu'on devait tout faire pour eux. Bah non ! Enfin moi, si c'est ça, je veux pas.

- Oui vous ce n'est pas pour ça que vous faites la maîtrise de stage ?

- Moi ça m'intéresse pas.

- Hum hum…

- Je veux dire, ça, tout le monde est capable de le faire. Faut… et puis faut s'y coller. Alors là par exemple j'ai des formations, j'ai proposé plusieurs fois d'aller voir heu… mon conjoint qui a une consultation d'appareillage à Saint-Jacques le mardi et le jeudi. Bah… bon le gars (*anonyme)* là il y est allé, mais heu… Bon je sais qu'il est préoccupé par les préparatifs de son mariage, tout ça, mais bon. Il a pas, il a pas… il a pas accroché. Alors là je lui en ai reparlé, il a dit bah oui, mais… Sauf que finalement heu… Là je vais lui dire écoutez je vais vous donner son numéro de téléphone. Parce que je ne suis pas allé non plus au bout du truc quoi. J'aurais du lui donner le numéro. J'aurais du lui dire : « écoutez je vous donne son numéro de téléphone, là vous avez tout juste le temps, il faut y aller 3 fois, c'est tous les 15 jours pour vous le cycle complet. Mais c'est pas à moi de le faire pour vous ». Heu… Et puis je lui ai re-dis « le 28 mars, je suis invité, un samedi, à une formation sur le VIH, c'est une formation qui n'est pas proposée à tout le monde, seulement aux gens qui sont actifs dans cette filière là. Quand vous sortez de là, vous saurez pas traiter un patient VIH, mais vous comprendrez beaucoup plus de choses ». Il avait un anniversaire… Je lui ai dit « je vous re-propose, parce que ça ne se repassera pas, le plat ne repassera pas. J'entend bien que vous avez d'autres choses à faire, tout ça, mais être médecin libéral c'est ça aussi ». Savoir ce qu'on veut. Bon si c'est plus important pour lui d'aller à ce truc là, ça me regarde pas. Mais vous voyez, je l'ai reproposé quand même, voyez ? Heu je lui ai dit « vous êtes libre de venir ou de ne pas venir, je ne vous en voudrais pas, mais je re-propose ». Parce que tout de même, faudrait pas qu'on me reproche de pas l'avoir fait. Voilà.

Silence.

- Donc vous voyez je pense que y'a peut-être heu… Bon nous on n'a pas été assez stricts sur heu… Je pense, l'encadrement, avec l'autre… Comme ça roule bah on s'appelle pas. Alors que moi ça fait plusieurs fois déjà que je fais venir l'interne avant, que je lui demande son parcours, quels sont ses objectifs pour le stage. Je lui présente ce que je fais moi comme type de médecine. Et je lui dis, voilà, « qu'est-ce que… Comment vous voyez votre stage ? » Et je lui redemande régulièrement. Bon est-ce

qu'il y a des choses que je peux faire autrement, est-ce que, vous voyez ? Bon. Tout ça je l'ai mis en place au fur et à mesure, parce que j'ai compris que c'était important, sinon heu… Ils viennent s'asseoir à côté de nous, ils se font chier quoi. Voilà. Bon.

Silence.

- Pour vous, le but de la transmission c'est vraiment sur la… Sur l'organisation ?

- Là où on doit faire des progrès ?

- Non sur l'objectif du stage Prat, en fait ?

- Alors ce que je pense c'est que, y'a 2 choses qu'ils peuvent comprendre. Y'a : « on ne fait pas la même chose qu'à l'hôpital et pas pareil ». C'est-à-dire que parfois faut être très rapide et d'autres fois on a tout notre temps. Et on peut même prendre énormément de temps pour arriver à changer les gens. Des fois je fais des prières, je me dis : pourvus que ce gars là il est un petit pépin, qui lui foute les boules. Un petit pépin pas trop grave, qu'il s'en sorte. Mais qu'il ait suffisamment les boules pour changer. Hein, sinon quelqu'un qui veut jamais rien faire. On lui propose… Il a du diabète, on oui propose de voire Pierre, Paul, Jacques, de mettre en route un traitement, on a exploré les réticences, tati tata, on a tout fait. Il veut pas, il veut pas. Bon. Bah heu, soit on se braque, il joue la même ailleurs. Soit on joue la montre, on attend, de temps en temps paf une petite pichenette. Vous voyez, on en parle. Donc pour moi je pense que c'est ça : « leur montrer que c'est pas le même travail qu'à l'hôpital, comment on organise les soins ». *Silence.* Heu comment on organise les soins. Et puis tous les aspects collatéraux quoi. Alors ce qui se passe dans la consultation. Y'a plusieurs façons finalement d'engager, de mener la consultation. Bon après ça dépend de son tempérament bien sur, et puis de la façon de voir les choses, hein. Mr (*anonyme*) il a ¼ d'heure chrono, bon il prend du retard, mais il a l'horloge dans la tête. Bon moi, si ça prend 10 minutes, ça prend 10 minutes, si ça doit prend 3/4h, je prends 3/4h, mais faut évidemment que ça soit pas tout le temps. Mais j'essaye de leur montrer ça. Alors des fois je développe les choses devant eux, pour qu'ils pigent des trucs. Alors évidemment si ils dorment (*rires*) ils peuvent pas comprendre. Vous voyez ? Donc heu c'est ça. En fait, bon moi j'ai regardé mon parcours, et je me suis dit en fait qu'est-ce qui peut leur être utile dans ce qu'on fait. Dans ce qu'on fait ici quoi. Donc c'est ça. Heu savoir qu'on fait pas pareil qu'à l'hôpital, l'organisation du soin dans le temps. Heu, on s'inscrit dans un réseau. Heu qu'est-ce qu'on va dire encore ? Que après, il faut savoir parler aux gens, les rencontrer là où ils sont … Et négocier finalement dans le temps, soit franco, soit de façon informelle mais nous avoir dans la tête un plan, en tous les cas un point vers lequel on

tend. Heu voilà. Et puis organiser le temps, bon ça… Et puis après les ressources, donc les ressources, comment on se forme, heu comment on se maintient au courant. Et toute la gestion administrative du cabinet. Donc là j'ai pris un temps pour leur montrer, pour lui montrer, toute la comptabilité. Heu les problèmes que ça posait. Et puis être en groupe. Grandeur des misères !

Rires.

- Pourquoi misères ?

- Bah parce que… Bon ici on est trois, on n'a pas le même âge, donc pas les mêmes objectifs, pas les mêmes difficultés. Heu… c'est pas forcément facile. Alors après on peut se retrouver sur le travail, sur le respect de l'autre comme professionnel… Bon sauf que si on n'échange pas, on peut même pas se retrouver là. Bon chez nous on s'entend relativement bien, mais parfois y'a des couacs, mais bon je pense que c'est normal dans une communauté d'êtres humains. *Silence.* Bon moi j'essaye de leur montrer tout ça. *Silence.* Et bon voilà… Alors après ma difficulté à moi c'est ça, c'est peut-être débriefer. C'est… Pfff, j'ai pas de solution parce que, heu, comme déjà… Alors, ce jeune interne il est bien parce que quand il a un problème, il vient me le dire. Je viens, je regarde avec lui, ou on en discute. Et puis alors j'ai pris conscience du fait que ils étaient très bons sur les trucs très compliqué, mais alors les trucs super simples, qui ne sont pas forcément faciles, je veux dire … Une trachéite ou un rhume c'est jamais pareil d'une personne à l'autre, et ça peut être empoisonnant de traiter. Ça peut être empoisonnant de dire « y'a rien à faire » Hein, bon… Bah en fait c'est là qu'ils ont le plus de mal. Bon alors ça j'en ai pris conscience. *Rires.* Bon voilà. Bon à contrario moi j'ai changé ma pratique dans certains domaines grâce ou à cause d'eux. Notamment en antibiothérapie… je suis de plus en plus strict. Je trouvais que déjà j'avais beaucoup modifié mes pratiques, mais alors là maintenant… Je suis sous surveillance alors je suis obligé de me poser à fond les questions. Bon bah c'est bien ! *Silence.* Voilà tout ce que j'ai à dire.

- Ça ne vous gène pas quand il y a quelqu'un qui vous regarde ?

- Heu, l'interne ?

- Hum

- Pas du tout. Alors quand ils arrivent je leur dis « je ne vous demande qu'une chose c'est de ne pas me mettre en difficulté ». Voilà, je leur dis « s'il y a des choses qui vous semblent bizarres, dans ce que je fais, vous me demandez après. Si vous voulez prendre la parole, je vous demande qu'une chose c'est de réfléchir : est-ce que ce que je vais

dire est utile ». Voilà. Après, non moi ça me gène pas. Au début un peu mais ça, ça ne dure pas très longtemps finalement. *Silence.*

- Par contre vous aviez l'air de dire que vous sentiez l'interne mal à l'aise quand c'est lui qui est observé ? *(concernant la discussion avant l'enregistrement)*

- Heu non je ne crois pas.

- C'était peut-être exceptionnel sur cet interne ?

- Heu je sais pas s'il était vraiment mal à l'aise non. Non, mais il me demandait pas. Et puis, heu, (*anonyme)* non il était plutôt brillant. Bon il avait une façon … Heu je me suis dit il a déjà des … Un positionnement de médecin libéral vous voyez ? Avec ses idées, avec ses … Bon je trouve ça très très bien. Et en plus, en tant que personne il est très agréable, enfin je veux dire, j'aurai du plaisir à le revoir et à discuter avec lui. Mais je m'étais dit, j'aimerais

pas travailler avec lui. Vous voyez ? Bon je suis quand même capable de faire la part des choses entre la personne, sa façon de faire, et tout ça. Parce que je trouve qu'il était un peu autoritaire, et, bon très directif, mais y'a des gens qui en ont besoin, ça peut être rassurant en plus. Heu voilà. Non non non il était pas mal à l'aise. Mais je crois, y'a des pans entier où il était pas bon quoi. Bon la gynéco que dalle, la pédiatrie … Bon puis moi la pédiatrie, la gynéco j'en fais quasiment pas alors qu'est-ce que vous voulez, c'est sur que j'ai pas pu … Moi j'ai dit à mon collègue : j'ai l'impression qu'il s'est fait chier chez moi, heu y'a pas de gynéco, y'a pas de pédiatrie et en plus il aime pas la psychiatrie alors bon ça va être compliqué. Moi à part la gériatrie, les héroïnomanes… Les jeunes que je vois c'est des héroïnomanes quasiment. Bon j'exagère. *Silence.* Enfin c'est un peu ça quand même. *Silence.*

- Donc on reviendrait au fait que pour vous c'est mieux d'avoir un trinôme avec chacun sa spécificité ?

- Oui complètement, et on discute bien de ce qu'on fait ensemble. Je crois que c'est bien ça. *Silence.* Non sinon je trouve ça assez sympa. Heu moi ça m'a coupé un peu le sentiment de solitude que j'avais dans mon cabinet. Bon alors je me suis dis, d'accord mais enfin ils sont pas là pour toi quoi. Hein, c'est un échange quand même.

- Tout à fait.

- Mais donc voilà je dirais que c'est un peu l'agrément que j'ai trouvé à ça. Y'a eu qu'un interne où ça a été difficile je peux dire, c'est *(anonyme)* qui … Bon elle arrivait des urgences et elle ne comprenait pas ce qu'on faisait. Et ça a duré pendant deux mois, puis tout d'un coup elle a eu le déclic. Et là, on l'a vu s'ouvrir mais complètement.

C'était … Finalement c'était une bonne expérience. C'était bien. Mais au début ça a été dur. On la sentait fermée. Bon en plus elle venait d'accoucher donc, bon elle devait être préoccupée par son bébé, tout ça. C'était une fille très très sensible. Bon c'est pas gênant, hein ? *Silence.*

- Comment vous arrivez à organiser les différentes phases ?

- Alors des fois pour certains trucs je les mets tout de suite au boulot. Parce que c'est facile, je me dis, bon voilà c'est une bonne entrée en matière, ils voient comment gérer des choses simples. Et puis alors après, heu bon donc dès le début je les mets au boulot si c'est possible. Et puis après, au fur et à mesure du temps qui passe, j'essaye de leur donner des trucs de plus en plus compliqué. Alors par exemple, pour les consultations qu'on fait à deux : au départ je leur présente le dossier. Voilà je leur dis « bon y'a ça, ça, ça ça. Faut que vous ayez en tête tout ça », et puis voilà quoi on y va. Et puis après on en reparle. Au fur et à mesure qu'on avance je leur dis qu'est-ce que vous voulez ? Est-ce que vous préférez que je vous présente le dossier, ou est-ce que vous faites tout seul ? Moi je fais comme ça. Et après j'ai souvent l'occasion de leur proposer de faire, heu, pas une matinée complète mais heu oui si, une matinée complète si j'ai l'occasion, ou des choses à faire. L'autre fois on m'avait demandé de rendre service au (*centre médical*), et j'y suis allé, et j'ai dit : « bon bah voilà vous organisez votre truc comme vous voulez ». Il a vu 3-4 personnes, pas des choses trop compliquées. On a fait attention de pas…. Voilà. Donc c'est déjà une expérience d'être tout seul. En sachant que je suis tout près, si y'a un problème je peux revenir, ou au pire mes associés. Je sais qu'ici on dit qu'il faut pas faire ça.

- Faut pas faire quoi ?

- Bah faut pas les laisser tout seul dans le cabinet, faut qu'on soit dispo. Enfin c'est ce que j'ai cru comprendre. Mais bon voilà, je m'en vais pas aux Seychelles, mais à une rue d'ici. Et puis après, là par exemple j'ai dit il faut absolument que vous fassiez une demi-journée seul et puis un petit peu plus remplie quand même. Et puis après au moins une fois une journée complète tout seul. Et puis on en reparle, en fin de journée. Voilà. Les autres internes ils avaient bien aimé je crois. *Silence.* Bon voilà, bon après j'ai quand même des journées bien chargées comme tous les collègues. Donc je leur dis, bah voilà en début d'après-midi je pourrais aller faire des visites et puis vous vous restez tout seul, vous voyez 2-3 personnes. Moi j'arrive à 16h, vous aurez vu des trucs faciles et puis un dossier un petit peu plus compliqué. Parce que ce qu'on peut faire c'est que en dernier, juste avant que j'arrive, on vous met un dossier un petit peu plus compliqué,

et j'arrive pour finir la consultation. Voilà comme ça, si y'a des problèmes, on les revoit ensemble, tout ça. Je sais pas si c'est bien… ? Mais je suis … On n'est pas bien organisé ici, on a pas les locaux qu'il faut. Quand je vois à (*ville*) là, ils ont une salle de soins formidable, et puis ils ont un ordi connecté à un serveur donc l'interne à accès à tout. Moi j'ai un ordinateur que je mets à dispo, avec heu. Bon les dossiers sont pas complètement à jour mais ils sont quand même presque à jour. Et puis ils peuvent, si ils veulent, se connecter à mon ordinateur, par une connexion avec une prise à distance quoi si vous voulez. Ou alors il met ses notes dans sa messagerie et il me les envoit par copié-collé. Mais on n'est pas très bien installé. Ici on devait refaire cette pièce là, en février, puis ça a pas pu. Celui qui devait faire ça est pas venu. Mais ça serait bien, pour que ce soit bien propre et puis qu'il y ait un poste informatique. Bon la difficulté aussi c'est que, moi je suis là depuis longtemps, quand mon deuxième associé est arrivé, en remplacement de mon ancien collègue, il a choisi d'être sur Mac, et comme il s'est fait remplacé par la remplaçante du troisième, bah forcément elle s'est mise sur Mac. Donc on a 2 systèmes, c'est pas homogène quoi. *Silence.*

- C'est dommage.

- Exactement ! Alors je suis isolé, alors que finalement quand même je suis là depuis longtemps, je venais de changer tout mon matériel quand il est arrivé. Bon il a fait ce choix là quoi. Je me trouve marginalisé quand même alors bon… *Toc toc, la femme de ménage passe récupérer ses affaires.* Bon voilà. Vous avez d'autres questions ?

- Heu rapidement, c'est par rapport … En terme de temps, qu'est-ce que ça représente pour vous d'avoir un interne, de le superviser, sur la gestion du cabinet ?

- Bah justement j'en ai reparlé hier avec (*anonyme*). Je lui ai dit vous voyez le problème quand même pour moi, j'accepte de prendre les patients que tout le monde fou dehors parce que ça les fait chier. Donc ça me prend du temps, c'est un peu la course contre la montre pour rattraper, pour faire correctement mon travail. C'est un peu difficile pour moi de glisser des temps de … Par exemple quand il a fini et qu'il vient s'installer à mon bureau pour remplir ses dossiers, et qu'il prend tout son temps. Bon je dis rien, mais par moment je bous quoi. Je me dis, mais je ne peux pas quoi. Quel bénéfice j'ai dans l'histoire à part reparler de la manœuvre à fond. C'est pour ça que je me disais l'idéal ça serait… Bon on peut pas se voir en fin de journée pour reparler des trucs, comme je finis à 9h quand même souvent, bon bah oui ils sont partis. Vous voyez je peux pas leur en vouloir. De toutes façons je leur dis, c'est votre stage, vous en faites ce que vous voulez. Vous partez à 18h, vous partez, vous voulez rester jusqu'à 20h, c'est

comme vous voulez, c'est votre stage. J'ai peut-être tord hein. Mais bon voilà. Bon y'en a une elle partait voir sa nounou à 18h. Très bien, j'ai aucune remarque là-dessus. Le temps c'est un problème, de toutes façons c'est un problème, même sans les internes c'est un problème pour moi. Pour les autres je sais pas ?

- Pour beaucoup de monde je crois.

- Pour moi c'est un problème. *Silence.* Alors, bon j'ai bien conscience hien qu'il faudrait que je passe plus de temps à débriefer, mais … Bon j'aurais presque envie de discuter d'avantage des dossiers compliqués, mais c'est pas ça qui pose problème ! C'est les merdes ! *Rires du MSU.*

- D'accord.

- Bon enfin voilà, mais bon finalement… Voilà…

- Et ma petite dernière : pour vous, s'il y avait quelque chose à changer dans la maîtrise de stage et dans l'organisation actuellement, qu'est-ce que vous conseilleriez de faire comme changement ?

Silence.

- Alors d'abord. Bon quand j'ai reçu les évaluations de stage, j'en avais déjà eu y'a 2-3 ans. C'est vrai que c'est intéressant d'avoir… Parce que au moins on sait un peu ce qu'on attend de nous. Du coup c'est au moins une possibilité de discuter. Après, bon y'a d'autres choses à changer, bon c'est nous. Y'a les maquettes de stage tout ça, je m'y suis surement pas assez intéressé. Je pense qu'il y a des choses… Faudrait qu'il y ait plus de cohésion dans les équipes peut-être. Qu'on discute mieux de ce qu'on fait. Et comment, et pourquoi. Moi je serais partisan d'avoir un outils plus, plus … Une trame quoi. Plus cadrée. Pour faire le point aux différentes périodes du stage. En tous les cas moi j'en éprouverais le besoin. Parce que finalement on dit à l'interne : bon voilà ça, ça se passe bien, ça on voit qu'il y a des progrès à faire. Heu voilà et puis on demande et vous… Bon mais finalement si à trois on se répartit de stage, trois c'est pas beaucoup hein, mais finalement si nous on parle pas entre nous. Et puis si on n'a pas, finalement, une grille de progression là, comme ils font dans les entreprises en mode plan comme ils disent. Bah ça reste de la bonne franquette quoi. Ce qui est pas forcément désagréable hein, ça se fait quand même, enfin je pense, mais voilà. En tous les cas moi j'ai fait beaucoup plus attention à ça cette fois-ci, à relancer régulièrement. Voilà. C'est vrai que c'est à la fois fatiguant, utile et intéressant. Voilà ce que je voudrais…

- Vous connaissez des groupes de pairs de maître de stage ?

- Pas du tout ! Pas du tout. Je sais qu'il y avait les GPEP là pour les internes. Mais c'est tout. Pour nous, non.

- Je ne sais pas trop sur Nantes qui. Mais c'est des choses qui existent. C'est surtout que j'ai eu l'impression que c'est ce ça dont vous parliez ? Comme un groupe de pairs de maître de stage, sur ce qu'il se fait ?

- Oui tout à fait. Alors par exemple vous voyez, à Rennes, ils étaient pas hostiles au fait qu'il y ait un interne qui fasse un SASPAS, et que le maître de stage travaille aussi. Ça serait … ça, j'y serais allé. Parce que à un moment j'étais très demandé pour les visites. Et je m'étais dis, ça serait bien. L'interne il est au cabinet, il fait son taffe et moi je vais faire mes visites. Mais ici ils sont formellement opposés à ça. Bon ce que je peux comprendre. Heu voilà. C'est assez rigide quoi. Mais c'est peut-être pour éviter les dérives quoi ! Hein, faut pas non plus…. Je dis souvent à l'interne, vous êtes pas une poubelle hein. Mais c'est vrai que quand il y a trop de travail, je suis quand même tenté de donner les trucs faciles, et de garder les trucs difficiles. Parce que si en plus ça merde sur un truc difficile, faut rattraper après et c'est compliqué. Et puis je vois quand même des trucs très compliqués hein. Je vois quand même des patients VIH, des héroïnomanes… Heu je fais plutôt gériatrie et médecine interne que pédiatrie et bobologie. Bon la pédiatrie ça peut être difficile, mais heu… *Silence.* Voilà.

- Super.

- Bah je sais pas ?

- Si.

- Voilà voilà, c'est ce que je pense. Bon alors en même temps je travaille dans un EHPAD le jeudi, et moi je veux pas faire plus mais dans l'EHPAD où je travaille ils veulent que je fasse plus. Donc je pense que c'est très bien le fait d'arrêter. Alors tout ça est tombé en même temps. Bon ça m'a pas fait dévisser hein. Mais bon c'était pas très simple. En fait le problème de maître de stage ça m'a pas tellement atteint. J'étais embêté surtout parce que *(Anonyme)* lui doit être plus embêté que moi d'être arrêté dans un autre groupe. Parce qu'il aime bien organiser le truc. Bon et puis dans les structures où ils sont bien organisés, l'interne à sa place, tout ça. C'est bien. Enfin j'étais embêté pour lui. Pour moi, bon faut voir avec le DMG ce qu'ils ont à me dire de constructif. Et puis surement que je peux m'améliorer hein. Et puis m'organiser autrement, surement. Mais bon faut être d'accord sur ce qu'on fait ensemble quoi. Si on n'est pas d'accord, bon moi je suis pas là pour faire chier le peuple. Je m'appelle pas Thomas Becket, ni envie de faire chier tout le monde, ni de me retrouver avec un couteau dans le dos donc

voilà. On se dit au revoir et puis c'est tout. Mais bon je serais intéressé de les rencontrer, et puis c'est moche de monter sur ses grands chevaux et dire « gna gna gna c'est tous des cons ». Non moi je veux écouter ce qu'on a à me dire. Moi je trouve ça bien. Je trouve ça bien vos études, on voit en sortant vous êtes prêts. Puis vous êtes prêts tout de suite et avec un niveau de qualité que moi j'ai mis des années à acquérir. Des années et des années. En plus c'était vachement bien balisé, avec les analyses de pratiques, les groupes de pairs. Enfin. Bon on voit bien que y'a une volonté d'organiser le corps médical. Alors c'est ça où je serais curieux de voir où ils veulent l'emmener vous voyez ? C'est ça. Parce que, bon faire des choses, heu, d'accord. Maintenant si c'est pour aller dans un endroit où moi je ne veux pas aller, bon. *Rires MSU*. Ou alors on se met bien d'accord quoi. *Rires*. Parce que moi je fais pas ça … Y'a une chose qu'il faut bien avoir en tête, moi je fais pas ça pour … Je fais ça pour rendre service plus exactement. Donc si je ne rends pas service, vaut mieux que j'arrête. *Rires*. C'est mon message. Voilà.

8.10.10 MSU 145

- Je voulais déjà vous parler de la réunion des Maîtres de stage, avec le SIMGO à La Roche sur Yon: Il y a des dispositions légales qui font que le DES va changer.

- Oui.

- Et que j'ai soulevé certaines problématiques qui n'ont pas étés entendues. Donc moi ça va me poser problème le nouveau DES sachant qu'on va avoir des internes 1er et 2e semestre qui connaissent normalement la sémiologie, mais qui n'auront pas forcément la thérapeutique. Et donc c'est le temps de MSU qu'on va passer dans la thérapeutique qui va être plus important.

Quand vous arrivez, vous êtes déjà en 3e - 4e semestre, et vous avez déjà 1 an de pratique sur la thérapeutique. Et j'expliquais que quand on est interne de 1er semestre aux urgences, on a une équipe et un bon plateau technique sur lequel on … s'appui. Mais là le plateau technique, c'est le Maître de Stage. Donc le maître de stage perd plus de temps dans certaines explications qu'il n'aura pas à faire en 3e - 4e semestre. Donc c'est un peu … *(silence)*

Sachant qu'on va avoir les D4, en tant qu'externe, parce que le stage chez le médecin généraliste va devenir obligatoire.

- Il l'est déjà.

- Il est déjà, mais il n'est pas pour tout le monde parce qu'il n'y a pas suffisamment de maître de stage pour les externes. Et que vous allez avoir le stage prat niveau 1 pour la médecine générale, et que vous aurez en plus le SASPAS.

- Obligatoire.

- Ça veut dire : externe, interne 1er et 2e semestre et un SASPAS en plus. Ca fait du travail pour les futurs maîtres de stage.

- Pour vous ça fait trop ?

- C'est pas que ça fait trop ! Ca veut dire que si on fait ça, il va falloir qu'on puisse s'organiser différemment dans notre exercice médical. Parce que il faut savoir que derrière cet exercice médical de médecine générale, moi j'ai quand même cette responsabilité de m'occuper de gens qui viennent me voir en consultation. Donc les gens sont habitués maintenant, ça fait 4 ans que je fais de la maîtrise de stage, ils savent que j'ai un interne 1 jour, mais quand ils vont voir qu'il y a : 1 interne, 1 SASPAS plus un externe au cabinet. Ca va leur faire « *wahou*. oula Dr *(anonyme)* est plus à l'université qu'avec nous ! ». C'est le risque que je peux éventuellement percevoir.

Silence.

- Voilà ce que j'avais à dire pour commencer, par rapport à ce que s'est dit mercredi dernier, car j'aimerais que ça apparaisse. On en a parlé avec le SIMGO de tout ça, et je … Celui qui a fait l'étude sur l'évaluation des maîtres de stage, par rapport au SASPAS, et ce qui en est sorti, je lui ai dit : « mais la thérapeutique ça va être un problème », il me dit « oui effectivement ». Lui-même il sent que ça peut être un problème la thérapeutique, sachant que certains maîtres de stage disaient que y'en a des fois ils arrivent en 1er semestre, en stage prat et la sémio est un peu limite encore.

- Et avant un stage prat, ils n'ont pas forcément fait les urgences. Certains sortent de 6 mois de psychiatrie et de soins de suite gériatrique, il n'y a pas beaucoup de thérapeutique par rapport à la médecine générale.

- En gériatrie si, on apprend à élaguer un peu. Les patients arrivent avec 10 médicaments, et 10 c'est déjà beaucoup… Car je suis médecin coordinateur, en même-temps, d'EHPAD. J'ai quand même pas mal de casquette.

Silence

- Donc voilà, allez-y, je vous laisse poser vos questions.

- Alors déjà, comment vous avez ressenti le questionnaire ?

- Heu, comment j'ai ressenti le questionnaire. Quand j'ai commencé à remplir le questionnaire je me suis dit, mais qu'est-ce que je vais dire … *Silence* … Voilà

- Hummm.

- Et puis j'ai réfléchit aux différentes questions, et j'ai essayé de répondre, par rapport à mon ressenti de maître de stage. J'ai pas eu moi de gros problèmes avec les internes reçus jusqu'à présent. J'ai eu des internes extrêmement brillants, parfois trop brillants pour la médecine générale, certains qui étaient plus interniste que médecin généraliste. Alors ils étaient dans le diagnostic à fond, et pas dans l'exercice probabiliste de notre métier. C'est-à-dire que nous on priorise par rapport aux probabilité que ça arrive. De là à me parler de maladie très très rares qu'on voit dans les services de médecine interne très pointu… ça … ça m'a un peu choqué mais bon on va le laisser faire.

- Et vous ne vouliez pas recentrer ?

- On a passé … Bah c'est-à-dire que c'est là que j'ai eu ma plus mauvaise note en tant que maître de stage. On est 3, on est 3 à avoir été saqués. Parce qu'on a passé notre stage à lui dire « tu es bon, mais tu en fait trop »

Silence

- Voilà.

Silence

- Est-ce que de temps en temps ça vous met mal à l'aise ?

- De recentrer sur certaines choses … ? Non parce que je … Au début oui, peut-être au premier semestre que j'ai fait, je ne savais pas comment dire les choses, je ne savait pas comment aborder les choses. Là je suis avec (*anonyme*) d'entrée de jeu je l'ai laissé voir, j'ai vu comment elle dirigeait ses interrogatoires. Moi j'ai dit un soir « (*anonyme*) ton problème, ton interrogatoire est trop fermé. C'est-à-dire que tu fais un interrogatoire et au bout c'est comme un entonnoir, tu n'arrives plus à passer. Ouvre, laisse ton interrogatoire ouvert, de façon à reprendre les informations pour que tu en ais un maximum. Parce que si tu fais un interrogatoire trop fermé et bah les informations n'arrivent pas. Et puis tu te dis, bah merde c'est pas la bonne direction ». Alors que quand on fait une question ouverte, on examine, on écoute le cœur, on regarde le foie, on pose. Et ça c'est très important. Ca je peux le dire maintenant … Parce qu'en fait j'ai compris un petit peu plus ma mission. Ma mission ce n'est pas trop sur la thérapeutique ou sur la prise en charge. Parce que ça, ça se fait très très bien, vous savez très bien faire ça. C'est plus sur l'expérience, ou comment manager une consultation, ou une prise en charge du sevrage tabagique, ou manager un sevrage alcoolique. Heu. Ce qui … C'est mon expérience que j'essaye de transmettre, et de la façon de comment j'aborde les choses. C'est la technique, la technique de comment, de verbalisation de la chose.

Silence.

- Et ça j'arrive mieux à le faire avec les internes.

Silence.

- Et après expliquer. C'est-à-dire de comprendre ma démarche, moi, personnelle de médecin généraliste par rapport à ce problème là. Et ensuite conceptualiser, je dirais, comment les faits des choses. Car c'est vrai que pour l'instant ça peut être déstabilisant car des fois j'ai des phrases qui peuvent paraître très durent, et tout d'un coup après je caresse dans le sens du poil. Alors je suis dure, … je caresse. Je suis dure, je caresse. Car j'amène la personne à certaines choses, et c'est vrai que j'ai une technique. C'est une technique qui m'est propre, je ne l'ai pas appris moi quand j'étais interne. C'est mon expérience. Et c'est ça que j'essaie de transmettre maintenant. C'est des choses que moi je n'ai pas appris en tant qu'interne, que j'ai appris tout seul, que j'essaie de transmettre aux internes pour qu'ils sachent le refaire plus tard.

Silence

- Voilà.

Silence

- En gros c'est ça.

Silence

- D'accord.

- Voilà comment je perçois plus la maîtrise de stage … Chez le médecin généraliste.

Silence

- D'accord. Comment vous évoluez en fonction des différentes étapes par rapport à l'interne ?

- Alors ça pareil, je n'ai pas de critère bien particulier. C'est le …

Silence.

- C'est pas évaluable en fait. Un moment, je le sens. Je me rappelle de (*anonyme*) que j'ai eu un moment. Je ne sentais pas (*anonyme*), je n'arriverais pas à la mettre en autonomie. Et je n'arrivais pas.

Silence.

- Et puis, j'étais avec (*anonyme*) qui étais un autre MSU, et pareil on sentais pas (*anonyme*) on arrivait pas à la mettre en autonomie. Puis il y a eu les vacances. *Silence*. Elle est revenue, et je sais pas pourquoi, on a ressenti tous les deux la même chose, elle s'était approprié la consultation. Avant on la sentait vraiment en recul, comme observatrice, et on voyait pas comment la mettre en autonomie parce que c'était que de l'observation et pas de participation. Et là elle est revenue de ses vacances, elle n'étais plus dans l'observation mais dans la participation active. C'est-à-dire on la sentait prête à engager la consultation et à la faire. Et très vite elle est passée en autonomie. Mais il fallait qu'elle ait ce déclic. Voilà. Et souvent ce qui manque c'est ça : ça s'évalue, mais c'est un truc qu'on arrive pas à évaluer je dirais, avec une grille. C'est un truc qu'on voit au fur et à mesure. C'est, ça y est, j'ai pris confiance en moi, je peux y aller. Et cette prise de confiance … J'ai regardé encore les nouvelles grilles, cette prise de conscience elle est pas palpable, en fait. Elle se ressent.

Silence

- Voilà … Et quand vous avez pris confiance en ce que vous faites … Moi je vois (*anonyme*) elle me dit « moi j'ai jamais fais de stage où j'ai pris autant de plaisir ». Elle me dit « je viens faire mes stage de médecine générale, j'ai plaisir à les faire ». C'est vraiment plaisant. Et ça c'est valorisant quand on entend « j'ai plaisir à venir chez mon maître de stage »

Silence

- Ça c'est quelque chose qui vous plait dans la maîtrise de stage ?

- Bah ce qui me plait c'est de savoir que l'interne à plaisir à faire ce métier, à venir dans les stages de médecine générale. Et que y'en a certains qui voulaient faire une carrière hospitalière. (*anonyme*) voulait faire une carrière hospitalière, il est venue, à passé 6 mois, et à la fin nous l'a dit (*trinôme*) « mais j'ai envie d'être médecin généraliste » Voilà.

Silence

- Et ça c'est indicible.

Silence

- C'est presque jouissif on pourrait dire.

Silence

- Est-ce que c'est ça qui vous amène à faire la maîtrise de stage, ou pas du tout, c'est un bonus ?

- Alors moi, ce qui m'amène à faire la maîtrise de stage … j'ai des valeurs … *silence* … sans parler de politique j'ai des valeurs socialistes, qui ne sont pas des valeurs socialistes à la française mais des valeurs socialiste. C'est-à-dire que en France, on a cet avantage de pouvoir faire des études de médecine, des études qui nous permettent d'en vivre, de gagner un salaire. Et je pense qu'à un moment ou un autre on est un petit peu redevable vis-à-vis de la collectivité de donner ce qu'on nous a donné. C'est-à-dire que … Je sais pas si vous, mais souvent ceux qui ont fait médecine générale, qui ont fait le stage chez le prat, souvent ils deviennent MSU, naturellement. Parce que je pense qu'il y a cette, on a ce coté très social, très humain, humaniste en fait, on est humaniste. C'est-à-dire on nous a donné et en retour on donne aussi. Moi je suis dans les premiers, qui on essayé les maitres de stage. Et j'étais dans les 1er à avoir un binôme. Au tout début les maitrises de stage, c'était 1 médecin pendant 6 mois, donc c'était 1 pratique. Donc moi j'ai eu cet avantage d'avoir un binôme. Et dans mon binôme c'était le noir et le blanc

Silence

- C'est-à-dire ?

- Et bien… 1 maitre de stage sur 3 mois qui a été mon directeur de thèse. Et un autre MSU que j'ai quitté avec plaisir au bout de 3 mois et que je n'ai jamais rappelé.

Sourire

- Voilà.

Silence

- C’est tout.

Silence

- Ca se résume.

Toc toc, l’interne actuelle ouvre le porte et passe la tête « heee je continue du coup, j’enchaine ? – Ah ben tu peux enchainer, et si tu as un problème tu me le dis surtout. – Pas de soucis » La porte de referme

Rires, silence

- Voilà.

- Très bien.

- C’est comme ça je dis, c’est ce qui me fait la maîtrise de stage. Et puis bon c’est vrai qu’il y a ce côté valorisant quand on entend certaines choses que peuvent dire les internes. Après quand on a une mauvaise appréciation, il faut savoir pourquoi on a cette mauvaise appréciation. Et je pense que des fois on peut avoir la mauvaise appréciation tout simplement parce que soit la personne, le courant ne passe pas. C’est des choses qui peuvent arriver. Ca n’est jamais arrivé encore. Soit cette personne n’a pas sa place, je dirais, dans la pratique de la médecine générale.

Silence.

- Et c’est ce qui c’était passé avec cet interne, j’irais pas dire son nom.

Silence.

- Mais il n’avait pas sa place dans la pratique de médecine générale. Il avait plus sa place dans la médecine très … je dirais hospitalière.

Silence.

- C’est-à-dire dans la médecine « je pose une diagnostic, je fais les examens, voilà votre diagnostic » maintenant qu’il soit traitable ou pas traitable. Après quand on dit « ah bah j’ai le diagnostic mais je ne peux rien faire, voyez avec votre médecin généraliste. C’est typiquement je dirais la démarche hospitalière. Hein ?

Sourire.

- Donc au médecin généraliste de trouver une solution qui soit compatible avec la personne et l’exercice de la médecine. Parce que souvent c’est ça qu’on est amené à faire. On est amené à trouve une solution, qui n’est pas forcément une solution académique ou scientifique pour cette personne. Et ça, ça ne se voit que dans le cabinet de médecine général. Les internes ils voient ça. Je ne sais pas, toi, tu as fait ton stage chez le prat ? Tu es amené à trouver des solutions qui ne sont pas forcément des

solutions que tu as trouvé dans les livres, pour certaines problématiques. Et ben ça, y'a que le stage chez le prat qui peut te le montrer. Hein ?

Silence

- L'exercice de la médecine générale, il est là.

Silence

- D'autres questions !

- Par rapport à l'organisation de la supervision, comment vous vous sentez quand c'est l'interne qui mène la consultation et que vous êtes là ?

Silence

- Alors, je dirais que sur les consultations … *silence* … sur des consultations assez faciles … Mais je dirais que ça dépend aussi de mon état d'esprit, du temps que j'ai à consacrer, parce que c'est ça mon problème aussi de temps en temps, c'est que je vois le temps qui file, et je voie les truc qui s'accumulent, le retard accumulé, et comment je vais pouvoir tout faire ? Donc y'a mon état d'esprit par rapport à la gestion du cabinet, du temps, ce n'est pas la même chose. Alors on va se mettre dans la situation où j'ai du temps : je laisse l'interne mener sa consultation. Je suis derrière, j'écoute.

Silence.

- J'ai un état où j'aurais tendance à vouloir bouger un petit peu vite, mais là je me maitrise, je reste assis, je bouge pas, j'écoute. Après, j'aurais tendance à vouloir intervenir, quand je vois que y'a une erreur. Mais à la limite je préfère que l'erreur se passe … Et puis quand elle est là, je laisse l'interne, puis après j'essaye de revenir dessus, tout en restant dans la consultation, sans mettre l'interne en défaut. En disant « mais est-ce que tu penses qu'on pourrait pas parler de ça ? » Bah des fois souvent ça fait clic. « Effectivement tu as raison ».

Mais moi aussi ça m'arrive de mener une consultation, l'interne me regarde, et l'interne m'interpèle. Je dis « mais tu as une très très bonne idée là ». Parce que je suis capable de me mettre dans la position d'interne où le MSU c'est l'interne. Parce que les connaissances vous les avez. Vu que vous préparez tous l'ECN. Moi j'ai fait la grève contre … : en 82 j'ai fais la grève contre l'ECBO. J'étais militant étudiant. Donc j'ai fais la grève contre l'ECBO, c'est devenu l'ECN. Mais entre temps la médecine générale est devenue une spécialité. Ce qui n'était pas le cas lorsqu'ils avaient mis en place ECBO. Vous connaissez l'histoire ?

Silence

- Non

- Ohlala, c'est fort. Simone Veil ! L'ECBO c'est Simone Veil. Quand Simone Veil à quitter le gouvernement en 1981, le projet de l'ECBO était dans les tiroirs du ministère de l'éducation, voilà. Jacques Ralite, communiste, qui arrive derrière Simone Veil quand même, prend le projet. Son directeur de cabinet, qui était là avec Simone Veil (bah c'est toujours les même), ressort le projet, il le pond : 1982, grève des étudiants. Il prend le projet, il le met dans un tiroir. Il est ressort sous Jupé. Projet, puis hop dans un tiroir. Et il est ressorti 3 fois. Et c'est la 4e fois, en 2005, qui est sorti avec cette nouvelle bouture où la médecine générale devient une spécialité. Et là, bon ok, on est des spécialistes. Sauf qu'on n'est toujours pas considéré comme des spécialistes. On n'est pas payé comme des spécialistes, on est payé comme des sous-spécialistes.

Silence.

- Comme autre chose

- Oui comme autre chose, comme le fait de faire tous les dossiers d'ALD, les dossiers de MDPH, les dossiers d'assurance, de remplir les protocoles : on voit l'Ezetrol®, on voit le Crestor®. La rosuvastatine puisque maintenant faut parler en DCI, bon c'est un protocole de 4 pages. Vous n'avez pas vu ?

- Non.

- Donc résultat : je n'en prescrit plus en instauration car je me dit « je me fait chier à remplir un truc de 4 pages pour une statine. Parce que ça s'appelle la rosuvastatine ! Donc j'ai stoppé.

Silence

- Parce que ça me fait chier l'administration !

Silence

- Donc toujours est-il que, on était sur l'examen classant national et vous avez des connaissances qui sont parfois plus importantes que les MSU. Et c'est vrai que parfois vous pouvez avoir des idées, vous internes, parce que vous êtes fraichement sortis de ce que moi j'appelle anciennement le concours de l'internat. Et vous préparez, vous bachotez énormément, vous faites des conf le soir pour travailler toutes ces questions. Et résultats vous avez des connaissances qui sont quand même beaucoup plus pointues que les miennes pour certaines choses. Et il faut savoir écouter, et pas être obtus.

Silence.

- Tel que je l'ai compris : en fait pour vous c'est le miroir entre le moment où c'est l'interne qui vous observe, et ça reviens au même quand c'est l'interne qui mène la consultation avec vous à ses côtés ?

- Oui tout à fait.

Silence.

- Il m'arrive même des fois d'avoir un manque d'idée sur certaines choses et puis de dire à l'interne « qu'est-ce que tu en penses ? »

Silence.

- Alors il peut dire quelque chose qui peut très bien, … , que je peux trouver ça pas adapter à ce moment là. Mais s'il l'a dit c'est peut-être que j'ai pas bien fait ce qu'il fallait pour qu'il comprenne ça. Ou il va dire quelque chose qui est totalement pertinent, et oui tien « (*anonyme)* tu y a pas pensé »

Silence.

- Ou alors je peux faire un interrogatoire qui fait qu'il peut être amené à croire quelque chose, il me pose une question, pourquoi ? Et ben c'est aussi à moi de me remettre chaque fois en question de ce que je fais. Je passe mon temps à me remettre en question.

Silence

- C'est pas facile. Ça peut être mal vécu. Mais bon j'ai appris dans la vie, de toutes façons, rien n'est établi, et il faut laisser les choses se faire tranquillement. Voilà.

- Et quand vous n'êtes pas là et que l'interne est tout seul en consultation, comment vous vivez les choses ?

- Moi personnellement je les vis bien.

Silence.

- J'ai ma mission, je suis dans le foyer, je suis à l'EHPAD d'à coté, je vois les papiers. Je ne m'en préoccupe pas, je vérifier toujours mon téléphone allumé si il ne m'a pas appelé. Et souvent je regarde, c'est bon, il ne m'appelle pas. Et tant qu'il ne m'appelle pas c'est que tout se passe bien. Après c'est quand on va faire la supervision indirecte, par rapport au dossier. Voir comment il a perçu les choses. On va dire bah tien, « tu as bien perçu cette situation, pas de problème tu as fait ce qu'il fallait. » Ou « là tu as pas perçu ça donc mets-moi un petit mot dans le dossier pour que je sache que la prochaine fois faut que je corrige ça » parce que je dis « tiens il aurait peut-être fallu faire ça ». « Maintenant pourquoi tu ne l'as pas fait », bah on est toujours en terme de discussion donc pourquoi c'est fait, pourquoi c'est pas fait, pourquoi tu as fait ça plutôt que ne pas faire ça. Mais c'est toujours la même chose, c'est par rapport à ma pratique, à la pratique de l'interne. C'est donc confronter nos façons d'exercer.

Il faut reconnaître que le fait d'avoir un trinôme, je trouve ça génial. Vous prenez, je dirais, ce qui vous semble bon chez un médecin, chez un autre. Et après vous faites

votre sauce là-dessus et vous vous construisez en tant que médecin généraliste, avec tout ce que vous avez pu voir. Et ça c'est important. Parce que le fait d'avoir qu'un seul, 1 seule pratique, je trouve ça des fois un peu dommage parce que j'ai peut-être pas la même façon de faire… On est un trinôme 2 femmes 1 homme, donc c'est peut-être pas les mêmes façons de faire et d'aborder les problématiques.

Silence.

- Et pour vous c'est enrichissant le fait qu'il y est plusieurs maîtres de stage ?

- Oui

- Avec plusieurs …

- Alors c'est très enrichissant, pas forcément pour moi, dans ma pratique. Dans mes échanges, oui, ça peut être intéressant, dans mes échanges avec mon trinôme. Mais c'est surtout enrichissant pour vous.

Silence.

- D'accord. Grosso modo, combien de temps vous avez, ou pouvez avoir pour la supervision ? Qu'est-ce que ça représente ?

- Alors la supervision, combien de temps ? Alors généralement … la directe ou l'indirecte ?

- Grosso modo, qu'est-ce que ça représente pour votre activité ?

- Pour mon activité, heu bah je parlerais en terme de nombre de consultations. La supervision ça peut aller heu, bah généralement vous êtes en autonomie avec moi, sur 6 consultations. C'est le lundi après-midi, je ne suis pas là, vous êtes tout seuls au cabinet, vous vous débrouillez. Donc il y a … ça va de 6 à 8 consultations. Là je rentre, vers 17h, on fait 1/2h – 3/4h, ou éventuellement, après les consultations du soir, on revoit certains dossiers. Ca veut dire, 1h, 1h le soir de supervision indirecte, quand vous êtes en autonomie. En gros

Ça fait de 1/2h à 1h/ Mais souvent on est amené à rediscuter des dossiers. 1/2h à 1h, je dirais, sur, entre 4 à 8 consultations. Voilà.

- Est-ce que c'est évolutif selon les moments de phases ?

- Oui, oui c'est-à-dire que je peux m'intéresser à voir toutes les consultations. Ou éventuellement j'ai su que dans cette consultation là, c'est une situation un peu particulière, et là on va faire… On va supervision 1 seule consultation. Non pas toute, mais 1 seule. On va regarder 1 seule. Et là on va voir un petit peu plus le ressenti. Quand on est à une consultation où psychologiquement ça peut être déstabilisant. Bah souvent c'est les consultations psy : « alors comment tu as perçu cette consultation ? »

ou les consultations, je dirais, d'addictologie : « comment tu as fait pour amener certaines choses ? » « Qu'est-ce qui a fait, qu'est-ce que tu as ressenti, quelle a été ta difficulté à aborder le problème de l'addictologie, ou le problème de l'addiction? » Parce que souvent, je me suis aperçu, par expérience, pour pouvoir mener ce type de consultation, on est obligé de faire appel à un référentiel personnel. C'est-à-dire qu'on est professionnel, et que pour pouvoir parler d'une consultation psy ou d'addictologie, on est souvent amené à faire un référentiel personnel, c'est-à-dire que c'est pas professionnel. Comment nous dans la vie on perçoit l'alcool, le tabac, les choses comme ça. On n'est pas du tout, heu, Moi je suis un ancien fumeur, donc je sais ce que c'est l'addiction au tabac. Ca fait 2 ans que je ne touche plus du tout au tabac. Donc je sais comment j'ai vécu le tabac pendant des années et des années. Combien de fois j'ai arrêté, combien de fois j'ai repris. Pourquoi j'ai repris, pourquoi j'ai arrêté. Et j'ai analysé tout ça. Donc c'est mon vécu personnel

Silence.

- Et donc je suis amené à l'utiliser professionnellement mon vécu personnel. La personne ne le sait pas forcément. Mais ça me permet de m'aider pour l'aider elle.

Silence.

- Maintenant un interne qui n'a jamais fumer, qui n'a jamais bu, qui ne s'est jamais murgé la gueule, qui sait pas ce que c'est d'avoir de l'ivresse ou quoi que ce soit. Je pense qu'il est difficile pour lui de comprendre la démarche de celui qui va, heee, bah se souler la gueule ou qui va boire en permanence, qui va utiliser l'alcool comme anxiolytique. Et c'est pas toujours facile de le concevoir, je pense. Pour celui qui ne l'a jamais vécu. Donc il faut un référentiel personnel. Et c'est là où je demande un petit peu quel est ce référentiel personnel, pour pouvoir analyser et comprend un peu, je dirais, le meilleur de ce qu'on peut tirer de la consultation. Et ça, c'est pas évident.

Silence.

- Mais c'est vrai qu'on parle beaucoup de notre vie, en fait, nous médecin généraliste, ou l'interne. On raconte notre vie. (*Anonyme*) son fils, son mari, ses cousines. Ses cousines blondes qui ont eu un propos, je dirais, assez injurieux vis-à-vis de la médecine générale.

Silence.

- En disant que les médecins généralistes, nous, on est des enfants gâtés.

Silence.

- Et ça, ça m'a fait bondir. On n'est pas des enfants gâtés, on est des professionnels de santé qui sont mal considérés. Moi ce que j'aimerais, c'est qu'un jour on soit bien considéré. Si je me bat un petit peu en ce moment c'est pour qu'on soit bien considéré. Et ça, c'est pas évident. Ok ? Voilà.

- Ok. Qu'est-ce qui va me rester. Pas grand chose, c'est bien. Grosso modo, si vous aviez quelque chose à changer, sur ce qu'il se passe aujourd'hui, qu'est-ce que ce serait ? *Silence*.

Par rapport à la maîtrise de stage.

- Si j'avais quelque chose à changer, qu'est-ce que j'aurais changer. Pour la maîtrise de stage.

Silence.

- Bah j'ai pas beaucoup réfléchit à ça en fait.

Silence.

- J'ai pris la maîtrise de stage comme elle est. C'est-à-dire un peu comme moi je l'ai vécu quand j'étais interne.

Silence.

- A ce moment là je me mettrais dans la place de l'interne que j'étais. Lorsque je suis arrivé la première fois.

Silence.

- Et je pense que, bon, je l'applique. C'est l'accueil surtout. L'accueil, la compréhension, et admettre qu'en face de nous on a des internes qui sont aussi des… qui sont pas que des internes mais aussi des individus à part entière. Et donc en fait je changerais pas grand chose.

Silence.

- C'est-à-dire que si, heu, que si (*anonyme*) son fils est malade et qu'elle doit aller le chercher. Bah je pourrais considérer que elle est en droit d'aller chercher son fils parce qu'il est malade chez la nounou et qu'elle doit partir plus tôt, que je me débrouillerais sans elle. Heu Parce que j'ai ce souvenir quand j'étais interne : mon premier est né prématurément, et naturellement, heu. Le lendemain matin j'étais un peu, heu… Prématurément, le premier c'était pas prématurément. Le premier c'est : contraction le soir, déclenchant le soir au repas par sa copine sage-femme.

Toc toc, l'interne actuelle ouvre le porte et passe la tête. MSU : « Yes, rentre. – Je continue toujours ? – tu veux t'arrêter ? – Ah non » Rires MSU

La porte de referme

Silence.

- C'était le mardi soir, et j'ai passé la nuit à la maternité au coté de ma femme. Pour qu'elle accouche le matin. Et donc quand je me suis pointé le matin en stage, j'ai dit « écoute je suis fatigué, j'ai pas dormi de la nuit, ma femme vient d'accoucher » J'aurais souhaité qu'il me dise : « Tu es fatigué, bah écoute rentre chez toi, va t'occuper de ta femme » Non il m'a pas proposer. Donc j'ai dit « est-ce que je pourrais éventuellement me passer de venir, parce que… ». J'aurais préféré qu'il me dise : « vas-y rentre chez toi » Et non. Il a fallu que je propose. Donc moi je vois qu'elle est en difficulté, j'aurais tendance à proposer. J'aurais tendance à faire l'empathie que j'ai avec mes patients, j'ai la même empathie avec mes internes. Et j'aurais souhaité moi quand j'étais interne que le médecin ait de l'empathie vis-à-vis de certains de ses patients. Parce qu'il a un porte feuille, et de l'empathie vis-à-vis de l'interne aussi.

Silence.

- Et ce que je reproche c'est souvent la façon dont les personnes font les choses. C'est-à-dire qu'ils ne se comportent pas dans la vie comme ils sont professionnels. Et ils manquent un peu d'intégrité. Et c'est ça qui est important, je pense qu'il faut rester toujours conforme à soi-même. On a pas toujours. Si j'ai envie de dire merde, je dis merde. Et puis je t'explique pourquoi je te dis merde. Si j'ai pas envie de te dire merde, je te dis pas merde, mais je t'explique aussi pourquoi je te dis pas merde. Je dirais aux gens que j'adore, comme Audiard, je parle pas aux cons, ça les instruits. Si je dois résumer la chose.

Silence.

- Et sur l'organisation à proprement parler de la maîtrise de stage ?

- L'organisation. Sur le fait, je pense. On a un cadre d'organisation, mais je pense qu'on peut sortir du cadre de l'organisation. Je vois (*anonyme*) elle a 3 maîtres de stage, *(3 loc sur les 2 départements, anonymes)* c'est vrai qu'ils vont faire 3 journées. Mais 3 grosses journées. Elle arrive le lundi matin à 9h, à 20h elle est encore là. C'est à dire qu'elle a fait 9h-20h, ça fait quand même 11h, donc je considère là qu'elle a fait avec moi ses 3 demi-journées dans la journée. Surtout en plus de ça, quand je les mets en autonomie, c'est-à-dire que là elle fait des consultations, parce que je suis en train de parler avec toi. Et qu'elle est entrain de faire les consultations. On va reprendre les consultations ensemble. Alors en fonction des consultations, des fois je vais être avec elle, des fois je vais aller avec (*secrétaire*) parce que j'ai des trucs à résoudre. Et je vais dire « bah écoute tu prend la consultation, on voit ensuite ». Donc c'est vrai que moi j'intrique les

3 phases, supervisions directe, supervision indirecte, autonomie, autonomie surveillée, je suis là, j'interviens. C'est très fluctuant. L'idée finale c'est que l'interne, à la fin de ses 6 mois, puisse être complètement autonome. C'est vrai qu'au fur et à mesure qu'on avance, bah cette autonomie je vous la donne de plus en plus. J'arrive le lundi soir, elle sort de ses consultations, y'a des consultations d'urgence. Je me met à l'accueil, où je prend mon ordinateur portable, je travaille. Je suis là, elle continue les consultations mais je suis là. C'est à dire que là on est plus dans la supervision indirecte, on est dans ce qu'on appelle l'autonomie surveillée : elle est autonome mais je suis là, juste à coté. Elle vient me voire « tiens est-ce que tu peux venir voir ça, est-ce que, qu'est-ce que tu en pense ?» Et donc l'idée c'est de dire un jour, tu fais bien, un jour tu fera sans moi et faudra que tu saches. Donc l'organisation en elle-même, je pense qu'on est capable de trouver une organisation qui soit conforme, je dirais, au cahier des charges. Mais qui soit pas forcément psychorigide. C'est-à-dire que *(anonyme)* faire 3 jours, 1 à (*44*) 1 à (*85*) et 1 au (*85*) ça lui fait déjà beaucoup de déplacement, beaucoup de transport. Que le fait de respecter strictement toutes ces demi-journées, gna gna gna, je pense qu'elle en fait suffisamment pour dire que elle le fait complètement. Ca lui laisse 2 jours dans la semaine où elle peut se consacrer à son DU, alors ce qui me dérange c'est que des fois le DU ça tombe sur nos jours de consultations. Il m'ai arrivé de dire « bon écoute ça fait un moment que je t'ai pas vu, je pense qu'il faudrait venir 1 demi-journée ou 2 demi-journée supplémentaire avec moi, de façon à ce que tu puisses avoir au moins un quota d'heure. Parce que si on se voit pas, ça sert à rien que tu viennes. » Mais ça se fait toujours en bonne entente. Et l'organisation elle est là, c'est une affaire de bon sens. Et d'explications. Si les choses ne sont jamais expliquées, elles sont imposées, et je pense que c'est pas bon.

Silence.

- On est dans une relation, on est pas dans une imposition. On est pas dans une dictature politique.

Silence.

- Voilà, ce que j'ai à dire.

- Très bien. Moi j'ai à peu près, … j'ai fait le tour de la question. Sauf si vous voulez rajouter quelque chose bien sur ?

- Bah toi, comment tu as ressenti cet entretien ?

Silence.

- Moi j'essaye de …

Je ris gênée.

- Non non mais c'est important, comment tu as ressenti cet entretien ?

- Non, c'est toujours un peu difficile de faire un entretien et de…

- Oui mais comment tu as ressenti cet entretient ? Qu'est-ce… Tien, toi qui es interne, tu prépare ta thèse. Qu'est-ce que ça t'a apporté cet entretien avec moi, comme les entretiens que tu fais avec les autres, par rapport à ta future pratique de médecin généraliste ? Et tac !

Silence.

- Moi je me suis livré à toi, livres-toi à moi. *Rires.* C'est toujours donnant-donnant. Je donne des choses mais j'aimerais bien savoir un petit peu comment toi tu perçois la fin. Est-ce que tu trouves que ce que j'ai dit, c'est con, c'est pas con. Que ce que j'ai dit au SIMGO mercredi. C'est-à-dire, moi j'aimerais bien voir les évaluations des internes, pas celles qui passent par le DMG. Parce que de toutes façons si je fais quelque chose de pas bon, je préfère qu'on me le dise. Je suis suffisamment intelligent pour dire « bah tien, corrige cette façon de faire » plutôt que de te dire bah en fait tu fais bien mais tu fais mal. Voilà

Silence.

- Donc j'aime bien qu'on me redonne un petit peu derrière. Bah tien corrige ça, corrige ça.

- Bah moi je ne peux pas dire qu'il y a quelque chose à corriger puisque le but justement c'est qu'on essaye enlever le « il faut faire comme ça, il faut faire comme ça »

- Mais ça ok, mais moi maintenant c'est le ressenti. Comme on est justement sur un entretien de ressenti.

- Grosso modo mon ressenti : c'est à peu près ce que j'imagine que ça se passerais.

Silence.

- D'accord.

- C'est-à-dire que grosso modo ce qui ressort pour l'instant de l'entretien, on sait pas encore combien on va en faire. Mais grosso modo on a pas encore eu, et peut-être qu'on ne l'aura pas, l'élément surprise. C'est-à-dire que on voit à peu près, sur la supervision, effectivement il y a des choses très cadrées. C'est pour ça qu'on commence à poser la question « comment vous vivez le questionnaire ?» qui est très … Basé sur comment on est censés faire, et après, nous ce qu'on veut vérifier c'est en pratique comment ça se passe. Qu'est-ce qui fait que les internes sont contents etc. Moi pour l'instant je n'ai pas encore fait d'entretien d'interne.

- D'accord.

- J'ai bien hâte de voir un peu de l'autre coté, de voir un peu ce qu'il se passe.

- D'accord.

Silence.

- Voilà.

- Bah je pense que la surprise sera tout aussi importante, par rapport à ce que je sais des internes, pour ceux à qui ça a plus. C'est on est capable de dire que ça nous a plut, on est capable de dire qu'on fait quelque chose d'intéressant, maintenant en terme de ressenti, heeee, il faudrait peut-être voir par rapport aux échelles qu'on a. Ce qu'on appelle les échelles de ressenti, ça existe hein. Mais c'est très complexe, c'est très subjectif. Ce sont des notions, des idées. On a tendance à ne pas suffisamment tenir compte de ça. Moi je travaille sur un projet en ce moment, c'est la télémédecine. La télémédecine en établissement comme en médecine générale. Je suis sur le projet télémédecine, telemédinov, du Pays de la Loire. Je suis le 2e médecin généraliste inscrit sur ce projet de télémédecine. Je sais pas si tu sais ce que c'est la télémédecine ?

- Si si.

- Voilà donc je suis le 2e médecin inscrit sur ce projet là. Et en qui on parle souvent d'échelle, de critères d'évaluation. Ce sont des critères très, très cadrés, très subjectifs, très économiques. Et qu'est-ce que ça apporte ? Et quand on discute avec l'infirmière coordinatrice qui est avec moi, on dit mais ça, ça n'est pas évalué. Un résident dans un EHPAD qui va avoir sa consultation de géronto-psy, avec un gériatre, par un écran, une caméra, une télévision interposée. Et souvent la tête du médecin est à peu près à la même taille que s'il était dans la réalité. Parce qu'on est capable de zoomer de telle manière. La personne parle avec une tête, qui lui répond aussi en même temps. Donc « bonjour docteur ». On a des anciens, des résidents qui sont pas du tout déstabilisés pour parler devant une télévision à un médecin qui est à 40Km de là. La seule qu'on s'est aperçu, c'est qu'on a pas à le mettre dans une chaise, à la faire monter dans une ambulance ou un taxi, à faire ce voyage avec une chauffeur qu'il ne connaît pas. Arriver dans un hôpital où il ne connaît pas forcément les lieux. Discuter avec un médecin c'est pareil, mais dans des locaux qu'il ne connaît pas du tout. Re- consultations, remis dans un véhicule qui le ramène à l'EHPAD, re-transport avec un chauffeur qu'il ne connaît pas forcément. Re-arriver dans l'EHPAD quelques heures après sa consultation, retrouver son milieu, et souvent être désorienté. Bah nous on dit ils sont pas désorientés. On dit « bah écoutez, vous interrompez le gouter on va faire la télémédecine – ah oui

ok » ils savent qu'ils vont partir ¼ d'heure et quand ils vont revenir dans ¼ h et bien ils auront leur gouter qui les attend. Et y'a pas un travail le soir en disant, « mais oui vous inquiétez pas, ça c'est bien passé, vous êtes revenu » machin. Enfin tout un travail à faire en aval, en disant bah ça y est c'est fini, c'est bon. Parce que des fois ils sont très désorientés quand ils ont vu un médecin dans la journée. Et ça, on a pas d'échelle d'évaluation, du plaisir, et du temps que va passer l'infirmière ou l'aide soignante le soir pour les rassurer, en disant c'est bon ils sont revenus. Y'a pas ce truc là donc il y a pas cette perte de temps. On gagne du temps, sur … sur quoi ? Sur le fait que la personne elle reste bien. Et ça, ça ne s'évalue pas.

Silence.

- Et la médecine générale c'est pareil, j'aime rentrer chez moi, crevé comme après une journée de consultations. Mais de se dire, « bah ça a quand même été une bonne journée, on a rigolé ». Voilà.

Silence.

- Parce que faut savoir rigoler. La vie elle est trop courte pour s'amuser à être triste. J'ai plein de philosophie comme ça qui peuvent paraître con, mais c'est important de se dire que faut tirer – gagner du plaisir de ce qu'on fait parce que sinon on le fait pas. Et de voir des généralistes qui font, je dirais, leur métier à contrecœur, on sait très bien ce qui amène. On sait que dans la population de médecin généralistes, y'a autant de fumer que dans la population générale, et dans la population de médecin généraliste y'a autant d'alcoolique que dans la population générale. On le sait. Mais pourquoi y'a ça ? C'est parce que y'a pas de plaisir à travailler, donc y'a pas de… Comme beaucoup de gens qui vont se mettre à boire et à fumer c'est tout simplement parce qu'ils ont un travail très strictement alimentaire, et la vie ne leur apporte rien. Donc ils sont très mal. On sait très bien que ce sont des plaisirs … superfétatoires. Voilà. Comme je dis souvent les gens qui boivent ou qui se droguent au cannabis ou autre chose, je dis vous savez : « la seule espèce animale sur terre qui boit, qui fume et qui se drogue, c'est l'espèce humaine. Les autres espèces animales ils ont pas besoin de ça. » Ils ont suffisamment de préoccupation, ils se posent pas de questions, ils avancent. Le problème c'est que l'homme se pose toujours des questions, mais n'avancent pas. Voilà

- Merci beaucoup. Je vous embête pas plus.

- Ça marche.

8.10.11 MSU 151

- Qu'est-ce que vous, vous pensez du questionnaire … qu'on avait envoyé ?

- Ah …

- Que vous aviez fait, … On a pris que des gens qui l'ont fait.

- Je m'en rappelle plus.

- C'était des questions sur « comment se passe la supervision ? » les différentes phases ? Etc…

- Ah je l'avais envoyé ?

- Oui.

- Je l'avais fait ?

- Oui.

- Bah je m'en souviens plus.

Rires.

- Si je l'ai fait, je m'en souviens plus. J'ai fait ça rapidement, et du coup … J'ai tellement de choses à faire en ce moment que je… Je suis un peu surbooké, je m'en souviens plus.

- Rien qui vous a choqué alors ?

- Non non, non non.

Rires.

- Non ça me paraissait correct, y'a aucun souci. Donc sans opinion.

- Sans opinion.

Silence.

- Comment vous vivez la maîtrise de stage ?

- Ah très bien ! Très bien. *Silence.* Très bien, je trouve que c'est très enrichissant de part et d'autre. C'est fondamental pour transmettre les ficelles du métier. *Silence.* C'est toujours un plaisir. Même si parfois c'est un peu long, on est fatigué. Et moi je reçois le vendredi, donc je suis un peu fatigué le vendredi des fois, et du coup parfois on est pas toujours disponible, mais j'essaye de l'être. Et c'est un peu plus long le vendredi, pour prendre le temps. Donc du coup c'est vrai que c'est un travail en plus, et qui n'est pas assez rémunéré. Et voilà, ce que j'ai à dire. *Silence.*

- Sur l'organisation, est-ce que c'est quelque chose de compliqué pour vous ?

- Bah c'est compliqué et en fait y'a ... C'est compliqué, pourquoi, parce qu'il y a un paradoxe entre transmettre la médecine telle qu'on la conçoit de manière globale, et le

système du paiement à l'acte et de la médecine libérale. Y'a une contradiction. Parce que nous on veut faire de la médecine globale. Prendre les gens dans leur milieu social, familial. Prendre en compte toutes les considérations, ça, ça prend du temps. Donc volontairement on a des consultations plus longues que la moyenne des médecins généralistes en libéral. Et donc du coup expliquer ça aux internes dans un système de paiement à l'acte, c'est un peu compliqué. Et du coup ça prend du temps, c'est plus fatiguant. Donc voilà quoi, y'a ce paradoxe là, c'est à dire que le facteur temps nous empêche parfois d'élaborer un peu plus notre pensée de la médecine générale.

Silence.

- Est-ce que y'a une évolution entre les moments de phases ? Les moments, entre le début du stage, la fin du stage ? Entre les différents internes ?

- Heu par interne, ou l'évolution… ?

- Soit par interne pour les 6 mois, ou d'une façon générale. Est-ce interne dépendant ?

- Bah je crois que c'est eux qui seraient plus capables de voir un peu ce qu'ils apprennent. Parce que nous, bon, on les voit que 6 mois. On les connaît pas beaucoup, on sait pas trop ce qu'ils ont appris avant, ni les stages par lesquels ils sont passés. Mais, bon en général, ils sont tous très contents. Et d'ailleurs quelques-uns, quelques-unes d'entre elles, puisque c'est surtout des femmes que j'ai eues dans mon cabinet, me remplacent par la suite. C'est arrivé plusieurs fois. Donc en général, elles sont contentes de l'accueil, du travail, du fond, du contenu. *Silence.* Et, surtout… Je conçois cette transmission dans un contexte un petit peu convivial. Je ne mets pas du tout de rapport hiérarchique dans la relation à l'interne. Et donc, je considère qu'ils sont dans le métier donc on leur dit de venir à telle heure et ils partent à telle heure. Ils sont très assidus. S'ils loupent une demi-journée, 1h ou 2 de temps en temps, c'est pas du tout un problème. Il faut tenir compte du rythme de vie des gens, physiologique, de la fatigue. Tout ça quoi. Donc l'évolution, je pense qu'ils apprennent beaucoup, ici au cabinet. Ils apprennent à diagnostiquer, prescrire à bon escient. Et puis, je pense qu'ils prennent de l'expérience, l'expérience du sens, du métier quoi. Comment aborder les choses qu'on ne voit pas à la fac ? Qu'on n'enseigne pas à l'hôpital ni à la fac. Par exemple cet après-midi j'ai eu une consultation entre un patient suivi par l'ADAPI, un handicapé mental qui travaille en ESAT, et son éducateur pour faire le point sur le plan global par rapport à des soucis qui attraient au logement, qui attraient au voisinage, qui attraient à sa représentation du travail, à la sexualité, etc etc. Donc on a abordé des choses pour un peu dédramatiser une situation qui était un petit peu tendue ces derniers temps avec ce

patient. Donc voilà, ça c'est des choses qu'on fait pas à l'hôpital, ni à la fac. Donc… *Silence.* Autre exemple, je suis pas mal de patients sans-papiers, donc en dehors de la PASS, on voit pas beaucoup de personnes comme ça. On n'enseigne pas beaucoup l'accès aux droits, à l'assurance maladie. Donc c'est des questions … des… comment … des circonstances de consultations qui font que, voilà, on est obligé d'avoir des informations, et des formations en dehors de la fac pour pouvoir bien soigner les gens. *Silence.* Et donc, avoir aussi les connaissances sociales sur les différents types de couverture maladie. Des connaissances sur le milieu du handicap. Voilà. Et ça, ça on l'apprend sur le terrain quoi.

Les tutelles, etc. Pour les patients handicapés. Et ça les internes sont contents quoi. Voilà.

Silence.

- Comment vous vivez le fait qu'il y ait quelqu'un qui vous regarde ?

- Ah ça me dérange pas du tout, non. Et je pense que l'interne est plus gêné quand c'est moi qui regarde, que quand c'est moi qui bosse et qu'elle est à côté. Donc ça me dérange pas du tout. Et on travaille ensemble d'ailleurs quand un est au bureau, l'autre examine, et vice-versa. Et depuis quelques temps, en milieu de stage, j'essaye de faire travailler l'interne seule. Moi je suis derrière et après on discute du cas. Donc là ça commence avec l'interne actuellement puisqu'on est en milieu de stage. Et, bon, ça se passe très bien, et l'interne est contente de la manière dont ça se passe. Je suis pas du tout dans le jugement. On est dans la compréhension de ce qui se passe en consultation, et du meilleur moyen de soigner. Donc on discute de manière toute à fait libre, en fin de consultation ou en fin de demi-journée sur les cas qu'on a rencontré, les patients rencontrés. *Silence.* Voilà.

- Et du coup, qu'est-ce que vous ressentez quand c'est l'interne qui mène ?

- La consultation ? Et bien je suis très observateur. A la fois sur les qualités de l'interne, et un petit peu sur les oublis, les … les petits manquements qu'il peut y avoir de temps en temps, c'est normal. Et voilà, et on en discute en fin de consult'. L'interne n'est pas gêné, je suis à côté. Je suis pas tout à fait derrière, je suis à coté. Je lui dis qu'elle peut tout à fait me parler si elle ressent une difficulté. Mais je la laisse aller chercher l'information dans les documents que j'ai à sa disposition, ou les documents internet. Voilà. Donc non y'a pas de problème.

- Comme si vous n'étiez pas là ?

- Et non non pas du tout, elle sait que je suis là, et qu'elle peut m'avoir. Qu'elle peut me parler si elle le veut, et je lui réponds. Mais je sais qu'elle est seule à consulter, et qu'il faut qu'elle se débrouille quand même un peu. Donc je ne réponds pas à toutes les sollicitations, mais heu... C'est quand même enrichissant, une fois qu'on a un peu d'expérience au cabinet, de mener seul la consultation, avec le sénior derrière. Ca permet de progresser je pense. Pas mal, ouais.

Silence.

- Et par rapport au fait, quand vous n'êtes pas du tout dans le cabinet de consultation ?

- Bah là c'est un débriefing en demi-journée ou en fin de journée. En général, en fin de stage. Elles sont ravies, ça se passe très bien. Et elles peuvent me joindre à n'importe quel moment. Et soit je leur dis les choses par téléphone, soit je viens. Car je suis à côté, j'ai la chance d'avoir un bureau juste à côté, donc je peux être joignable rapidement quoi.

- Donc pour tout ça vous êtes à l'aise ?

- Oui oui.

- Donc pas de problèmes ?

- Non. J'ai bossé pas mal aussi avec des jeunes, en mission locale. Et en éducation à la santé. Donc je suis très à l'aise dans la transmission… *Silence.* Des informations, de la formation.

Silence. Pour moi, ça coule de source quoi, j'ai été éduqué là-dedans. J'ai fait un peu d'animation dans ma jeunesse aussi. Avec le brevet d'aptitude aux fonctions de l'animateur. Donc tout ce qui est relation avec les jeunes. Ça me pose pas de problème. Enfin je pense. Dans la mesure, où effectivement les internes qui viennent sont à l'écoute, sont disponibles. Et j'ai beaucoup de chance dans mon trinôme, en tous cas, d'avoir eu des internes vraiment très … très à l'écoute. A la fois consciencieux, compétents. Mais surtout consciencieux, c'est le plus important. Pas j'men foutiste. Des gens qui … Et puis qui vont aimer la médecine générale, je pense. Enfin j'espère. L'amour du métier quoi, on va dire ça comme ça.

Silence. Voilà.

- Par rapport au facteur temps, qu'est-ce que, pour vous, ça représente le temps de la maîtrise de stage ? Et la supervision notamment, par rapport au cabinet et aux consult' ?

Silence.

- Disons que ça prend un peu plus de temps. On prend moins de patients, donc y'a un petit manque à gagner au niveau des sous. Et on est un peu payé mais par trop. Voilà,

pffff, moi je… je voudrais être payé un peu plus pour ça. Mais malheureusement, nos tutelles ne suivent pas. Alors ça, d'autant plus que moi, j'ai refusé la prime à la performance. Et ça vous pouvez le noter. Donc du coup, je fais des gardes parfois au CAPS. Donc recevoir des internes c'est aussi mettre un peu de beurre dans les épinards. A la fois transmettre le plaisir du métier.

Mais faire prendre conscience aussi aux jeunes qu'on est dans un système libéral. Je leur montre aussi un peu le fonctionnement du cabinet, tout ce qui est gestion du cabinet, et du cahier dépenses. Et toutes les taches qu'on a à faire, ce qui est hors soin. Ça fait partie du métier de médecin libéral. Et donc il faut qu'ils aient conscience de ça, avant de s'installer.

Silence. Le facteur temps est un facteur primordial en médecine libérale. Donc faut apprendre à ne pas se mettre en épuisement professionnel. Et donc, c'est pour ça que… Que on a des consultations assez longues : entre 20 et 30 minutes. Et qu'on est pas dans la course à l'acte systématique. *Silence.* Ce qui veut dire quand même, bien gagner … enfin voilà trouver un compromis entre gagner suffisamment pour vivre, et pratiquer une médecine de qualité. Ce qui n'est pas toujours évident. *Silence.* Autre question ?

- Oui, et puis ce sera la dernière je pense. S'il y avait quelque chose à changer, pour la maîtrise de stage, pour la supervision, qu'est-ce que ce serait ?

- Quelque chose à changer… ?

- S'il y avait, pour vous ?

- Oh bah faut qu'on soit mieux payé. Ça c'est évident. Faut dire on a combien, 1200€ sur 6 mois, ça fait 200€ par mois, soit 50€ pour une journée. C'est deux consultations, quasiment. C'est, en dehors des charges sociales ça se résume à une consultation. Puisqu'il y a des charges professionnelles, hein, on compte en brut. Car les 1200€ faut les déclarer, hein. On dépense autour de 50% de nos revenus donc ça fait 23€ quoi, c'est ridicule, hein ? En net. Donc heu, pour l'interne, alors qu'on passe 1heure ou 2, par jour. Voilà. Donc faudrait tripler voire quadrupler notre revenu par rapport à ça. Donc ça c'est à changer. *Silence.* C'est qu'il y ait une action… Faut toujours réclamer, effectivement, des moyens pour la médecine générale. On n'a pas assez de moyens. Après il faudrait … Enfin on y travaille, moi j'enseigne aussi. J'ai fait le séminaire le monde du travail, au mois de janvier, avec (…)

Vous y étiez, non ?

- Non pas cette année.

- Et donc, heu, voilà. Ce qu'il faut c'est décloisonner les apprentissages, les savoirs, apprendre la sociologie, apprendre l'histoire de la médecine. Voilà. Apprendre l'économie. Apprendre, voilà. Il faut que, au niveau du département de médecine général, les internes aient des outils pour affronter le monde de la médecine générale, en libéral. Et aussi en centre de santé. Puisque maintenant, en maisons de santé, les choses évoluent un petit peu dans le bon sens. Puisque, alors peut-être pas dans la région. Mais dans certaines régions il y a des projets qui se montent, avec diversification des modes de revenus, et donc. Et puis, voilà. Essayer de… Ce qu'il faudrait c'est pouvoir écrire sur le papier nos missions de médecin généraliste. Quelles sont nos missions. Est-ce que c'est faire du paiement à l'acte, mettre du Prozac® et rabattre le couvercle de la cocotte-minute et dire aux gens « bah voilà, vous êtes pas bien dans votre travail, dans votre famille, je vous prescris un traitement antidépresseur, et basta. Je vous revois dans 1 mois, dans 2 mois » et je fais de la course à l'acte. Ou est-ce que c'est prendre le temps de, voilà, de traiter les causes des maladies, de travailler en amont, en réseau avec les professionnels du médico-social. Savoir rédiger des certificats d'accidents de travail, de maladie professionnelle. Pour les cancers, pour les souffrance psychique en lien avec l'organisation du travail, pour les tendinites. Savoir alerter la pharmacovigilance pour tel effet secondaire de tel médicament, qui est normalement une obligation légale. Toutes ces choses là qu'on fait c'est pas payé. C'est du volontariat de la médecine générale. Donc ce qu'il faudrait changer c'est ça : c'est définir nos missions et payer en conséquences. Pour que la société soit moins malade, pour que les gens soient moins malades. C'est ça la médecine générale, c'est travailler en amont des choses c'est travailler. Heu la psychiatrie, c'est travailler heu…

Son téléphone portable sonne, il laisse en fond sonore, de côté.

Pourquoi… Voilà, travailler en réseau dans la psychiatrie pour avoir plus de contact avec les psychiatres libéraux, avoir plus de contact avec les psychiatres des hôpitaux. Moi je dis plus de contacts, c'est voilà, essayer de se forger un réseau. Mais c'est pas toujours facile, c'est chronophage, et c'est pour ça que il faudrait que… sortir de… pour moi, au delà, mais c'est politique après hein, c'est syndical. C'est pas du tout dans les MSU hein. Mais déjà voilà, déjà si on peut apprendre aux jeunes générations que y'a d'autres manières de travailler que le paiement à l'acte, ce serait bien. Que y'a pas que la médecine libérale pure. Ce serait bien.

C'est un peu les contradictions du système, et… Voilà. Mais, voilà, je crois que faut faire de la médecine générale. Ne pas se dire spécialistes de la médecine générale parce

que y'a toujours cette. Comment dire… Ce passif, je dirais, de syndrome de frustration, de syndrome de… Voilà. De généralistes qui ont fait médecine générale parce qu'ils ont pas pu passer le concours de l'internat, avant l'ECN. Et du coup, certains généralistes veulent être spécialistes. C'est pas ça le problème. Le problème c'est de pratiquer la médecine générale. Alors si faut se dire spécialiste pour avoir plus de moyen, pourquoi pas. Mais dans le fond du fond c'est plutôt comment travailler la médecine globale, où chacun s'y retrouve. A la fois le patient et le soignant, dans ses conditions de travail. Et le soigner pour ... pour une médecine de qualité, accessible à tous, avec le tiers-payant. Avec heu, une médecine indépendante des laboratoires pharmaceutiques. Puisqu'on sait que plus on prescrit des médicaments imposés par des labo et moins on est près de la qualité. Donc voilà c'est apprendre aussi à ne pas recevoir de visiteur médicaux, pour essayer d'être indépendant. Faire du tiers-payant pour tout ce qui est CMU, AME, ALD, ATMP. Voilà. C'est ça la vraie médecine, c'est une médecine accessible à tous. Solidaire, alors le financement solidaire, accessible à tous, indépendante, non formatée. C'est savoir travailler le global comme on a parlé. Le bio-psy-social et familial. C'est la conception de la médecine qui se retrouve en contradiction avec le système libéral, encore une fois. Donc voilà, ce qu'il faut changer c'est le regard qu'on peut avoir sur notre métier, et apporter ce regard aux jeunes. Et donc le DMG il faut qu'il évolue en ce sens aussi, et qu'il fasse comprendre aux tutelles qu'on fait pas du saucissonnage dans la médecine. On soigne pas un œil, on soigne pas des pieds, on soigne des personnes. Et on soigne pas une maladie, on soigne des personnes malades. Qui ont leurs propres représentations. Donc il faut comprendre que, bah voilà, il faut qu'eux-mêmes puissent comprendre ce qui leur arrive, et qu'on puisse faire ensemble un projet. Pas un projet, mais que le traitement par exemple, bah faut s'enquérir de savoir si il est faisable par le patient ou pas. Quel est son capital culturel, économique, social, pour qu'il puisse faire le soin comme il faut. Et quels moyens donner aux gens pour les aider pour se soigner, quoi. Non mais je parle trop là ?

- Pas du tout, je sais que c'est enregistré c'est pour ça que je note pas tout.

Rires

- Bon voilà, tu comprends un petit peu ?

- Oui

- Heu ce qu'il faut changer, voilà, c'est le regard que porte les gens qui ne connaissent pas la médecine générale, sur la médecine générale. Notamment les politiques, les patients, les syndicats. Faire prendre conscience qu'il faut passer du soin à la santé.

Silence. Phrase très importante à noter. Et que la santé dépendant des conditions de travail, des conditions de logement, des conditions familiale, des conditions de soins. *Silence.* Passer du soin à la santé. *Silence.* Et décloisonner. Ca c'est un mot que j'aime beaucoup. Décloisonner. Ne pas être dans le curato-curatif. *Silence.* Apprendre que d'autres savoir peuvent nous aider à pratiquer. La littérature, la sociologie, l'histoire, l'économie. La psychanalyse, les sciences humaines en général. C'est important d'avoir différents outils comme ça.

- Donc c'est surtout ça que vous voulez transmettre ?

- Ouais. *Silence.* Parfois je prescris aux gens du syndicalisme ! Je leur dis « mais vous êtes syndiqué madame/monsieur ? » Parfois, ça m'arrive de donner une référence de livre que j'ai lu pour aider les gens à vivre. *Silence.* Ça m'est arrivé. Un livre de poésie pour quelqu'un qui est dépressif par exemple. Ou alors une référence sur le monde de travail pour quelqu'un qui est en arrêt de travail. Etc etc. *Silence.* C'est très important. *Silence.* Parce que on a été éduqué d'une certaines manière. Et que avant d'arriver en fac de médecine, c'est pas écrit médecin sur le front. Qu'on a d'autres apports, avec une éducation particulière, et que c'est ce qui enrichit la vie. On est au cœur de la vie, quoi, en médecine générale. Au cœur de la vie des gens, on est un observatoire des inégalités dans la société. Et donc, voilà. Et donc c'est un enrichissement. Et donc on apporte, les gens nous apportent la réalité du monde qu'ils vivent. Je crois que les médecins généralistes sont très lucides sur la société dans laquelle ils vivent, dans laquelle les gens vivent. C'est pour ça que y'a pas mal de généralistes qui écrivent aussi hein. Dans des revues, des blogs. *Silence.* C'est un beau métier. Comme instituteur. C'est un beau métier. L'enseignement … la transmission. On est un peu les instit' de la médecine générale. *Rires.*

- En tant que MSU ?

- Ouais. *Silence.* On est les instit', on est les prof' de la médecine générale. *Silence.* Voilà. J'aime pas le mot universitaire car ça fait un peu recherche dans sa tour d'ivoire. J'aime bien praticien-chercheur, on va dire, on va dire comme ça. *Silence.* Voilà c'est un peu ça. *Silence.* Par ailleurs, voilà je suis syndiqué au syndicat de la médecine générale et à la revue pratique depuis de nombreuses années donc c'est pour ça que je suis, j'ai un petit peu ce discours là. Qui est un discours de gens qui m'ont enrichit, dans ce métier. Voilà voilà.

- Et bien merci beaucoup.

- De rien. Ca va aller comme ça ?

- Oui c’est très bien, merci, très intéressant.

8.10.12 MSU 154

- Je voulais savoir si vous vous souveniez de notre questionnaire et comment vous l'aviez vécu ?

- Et bien, je vais être honnête avec vous c'est qu'il s'est passé plein de choses médicales depuis et je ne me rappelle absolument pas du questionnaire.

- Ok, vous n'êtes pas la seule, on sait que l'on arrive un petit peu tard par rapport au questionnaire. C'est vrai que nous l'avons donné courant du mois de novembre et après le temps de l'analyser tout cela nous avons mis un peu de temps.

- Donc voilà. D'accord.

- Après, je voulais connaître votre ressenti par rapport à la supervision ?

- Alors heu… c'est à dire effectivement… l'analyse du stagiaire globalement au cours de notre pratique finalement ?

- Hum…

- Alors, heu… c'est vrai qu'il y a des méthodes théoriques que l'on apprend, malgré tout je pense que nous, il y a notre pratique et notre peut-être personnalité qui prend le dessus à un moment donné. Parce que c'est plus fort que tout… Je crois, la personnalité. Et donc, maintenant en fonction des réactions des stagiaires, je trouve que c'est important de réagir et de faire évoluer quelques fois les commentaire que l'on peut faire. Puis que instinctivement tout le monde à tendance à vouloir proposer que le stagiaire face comment nous on fait. Mais ce n'est pas cela, chacun doit personnaliser après sa pratique. Voilà pour une première impression. Cela vous va ?

- Il n'y a pas de bonne réponse, ni de mauvaise.

- Hum…

- L'objectif est que l'on ai votre ressenti, de ce que vous ressentez vous sur la supervision et un peu sur tout le stage. C'est un peu cela le but.

- Est-ce que c'est quelque chose de difficile ou de facile par exemple ?

- Voilà, est-ce que vous éprouvez des difficultés par exemple ?

- On peut avoir des difficultés quand on a l'impression de ne pas être sur le même terrain d'entente. C'est à dire que l'on peut tomber sur des étudiants qui ne s'intéressent absolument pas à ce qu'ils font. Parce que c'est un stage obligatoire dans leur fonction. Donc c'est très difficile à ce moment là, je dirais de communiquer sur la pratique que l'on a. Donc évidemment que la pratique du stagiaire qui est dans une autre optique est complètement décalée par rapport à la pratique de la médecine générale. C'est vraiment

quelque chose que… des problèmes que l'on a rencontrés, que l'on arrive à résoudre par ce que les gens sont d'un niveau accessible à la discussion et la négociation. En général, on arrive toujours par s'entendre mais cela peut être un problème si on n'est pas du tout dans la pratique de la médecine générale. Cela peut arriver qu'il y ait un décalage.

- Comment… quand vous dites que vous arrivez à vous entendre ?

- Ben c'est à dire qu'à la finale, la personne arrive à évoluer malgré elle vers une meilleure pratique. Malgré elle. Enfin on a eu le cas récemment, c'était une personne qui n'était pas du tout intéressée, une interne qui n'était pas du tout intéressée par la médecine générale et qui l'a dit dès le départ « de toute façon moi je suis là par obligation et cela ne m'intéresse pas spécialement. Moi ce que je veux faire c'est ça, donc ce que vous faite…Bof…» Et puis à la finale, à la finale, elle s'est tellement familiarisée à la pratique par ce qu'on y est quand même pas loin d'un an, quotidiennement. Elle a fini par se prendre au jeu, et finalement… malgré tout prendre le comportement d'un médecin généraliste. Je pense que l'on a quand même réussi à la faire évoluer. Et la nature va la reprendre rapidement, certainement par rapport à ses objectifs de carrière, mais… c'était amusant comme évolution parce qu'elle s'est surprise elle même. Et nous on n'a rien fait de plus, mais à force de pratique et de se rendre compte que son comportement n'était pas adapté à la situation qu'elle rencontrait, et bien elle a corrigé d'elle-même et a fini par faire ce qu'on lui conseillait de faire. Finalement cela a bien évolué.

- Et vous en avez à ce moment là discuté avec elle ?

- Bien sur, et… ben c'était difficile de lui faire avouer qu'elle avait évolué malgré elle vers le comportement qu'on souhaitait lui voir avoir. Puis, oui elle a bien été obligé d'admettre finalement. Même elle, elle était plus à l'aise à la fin. Car son comportement était plus adapté à la situation médicale qu'elle rencontrait. C'était une bonne évolution.

- On parle surtout du comportement, c'est plus cela qui peut vous mettre en difficulté finalement ? Le comportement d'un interne ?

- C'est à dire que, en fin de compte, au niveau des connaissances, nous ce n'est pas trop notre rôle de juger les connaissances, les connaissances sont apprises pendant le cursus universitaire. C'est sur que si toutefois on constatait des grosses aberrations, on en discuterait. Mais c'est quand même, effectivement le coté relation humaine et comportement vis à vis des patients, finalement qui est le plus difficile à acquérir. Puisque c'est un savoir être et non pas un savoir faire. Un savoir faire cela peut s'apprendre de manière théorique, tandis que le savoir être c'est vraiment quand l'on est

confronté à la situation que l'on peut apprendre et évoluer pour avoir un comportement vis à vis des gens que nous on estime adapté à la situation. Et qui répond à l'attente des patients. *Silence…*

- Est-ce qu'il y a des choses qui vous mettent mal à l'aise dans la supervision ? Des choses où vous n'êtes pas très à l'aise ?

- Quand effectivement, il peut arriver que certains internes ou certaines, car on a quand même eu plus de filles que de garçons qui se… qui peuvent même s'opposer, enfin là on a eu le cas. S'opposer vraiment à la prise en charge. S'opposer à notre façon de voir la prise en charge du patient. Mais s'opposer ! Verbalement. « En disant de tout façon, ce n'est pas comme cela qu'il faut faire ». Et donc cela c'est difficile car on peut être face au patient. Dans cette situation, alors les gens qui voient deux attitudes différentes face à lui, ils peuvent avoir du mal à comprendre. Alors on essaie sur le moment de temporiser la situation et puis de rediscuter après parce qu'il faut pas rester là dessus. Mais c'est souvent un problème de…d'explications données aux patients. Ça c'est aussi des choses que l'on rencontre. Heu… essayer de simplifier de vulgariser les messages que l'on a envie de faire passer. Pour nous c'est quelque chose d'important. Alors que, quand on est confronté à un comportement trop, je dirais, trop hospitalier, ce n'est pas adapté à la situation. Enfin moi je pense, ce n'est pas ce que le gens attendent, sinon ils vont à l'hôpital. Donc heu… la pratique de la médecine générale, il y a une grosse partie humaine et c'est ça qui est difficile. Alors il y a des gens qui se plient tout de suite, qui rentrent tout de suite dans le moule, parce que ils savent que c'est ça, ils ont envie de faire, et en plus ils ont une tendance naturelle à allez vers les gens, à les faire parler. Et c'est ça qui débouche certainement sur des bons diagnostics, une bonne écoute, un bon diagnostic. Parce qu'ils savent tout de suite comment parler aux gens, comment les faire dire ce qui permet de faire un bon diagnostic. C'est ça, sur l'exemple récent… C'est net. C'était assez net. Alors cela n'empêche pas d'évoluer. Et on peut se trouver en situation de difficulté par rapport à ça, voilà. Des propositions de prescriptions où là, il peut y avoir des avis différents. Comme des gens qui changent de médecin, puis un 2e, puis un 3e pour le même avis et qui ont des avis différents. Donc là, cela peut être des avis différents à l'intérieur du bureau même, donc cela peut être embêtant.

- Dans ces cas là, comment vous vous en sortez entre guillemets ?

- Alors, on s'en sort entre guillemets, en individualisant la réponse. Il y a cette réponse là, et cette réponse là. En hiérarchisant les réponses. On va faire celle là d'abord, puis rediscuter pour voir si cette réponse-là peut être adaptée, peut-être dans un 2e temps. En

hiérarchisant dans le temps, cela peut, permet de se sortir de ce genre situation où il y a deux avis différents, peut être pas sur un diagnostic mais tout simplement sur une situation clinique. Sur une douleur abdominale, on peut demander une échographie et on peut ne pas en demander. C'est vrai que nous on a tendance à être habitué à fonctionner avec tout ce qu'il y a dans notre cabinet. Sans examens, dans un premier temps, puis dans la mesure où l'on ne détecte pas quelque chose de grave, et puis dans un second temps d'aller vers des examens complémentaires. De toute façon on sait très bien avec l'expérience que l'on prescrit moins d'examen complémentaire. Ça de tout façon… ça peut se… se trouver cruellement dans une situation… on négocie en direct sur une proposition d'examen complémentaire. Une demande de scanner ou d'échographie. Des fois on peut être amené à discuter et être un peu surpris. On peut être désarçonné. On arrive quand même à s'en sortir, parce que les trois quarts du temps on connaît les patients, on sait comment ils peuvent réagir avec deux avis. Il y en a qui trouvent ça très bien et qui vont dire « tient on peut voir les choses différemment », et d'autres qui vont dire, « vous n'êtes pas d'accord, ben ok, moi je choisis quel avis ? ». Voilà c'est surtout ça qui peut nous mettre en difficultés.

- Vous parliez d'expérience, enfin que finalement avec l'expérience on arrive à faire différemment. Est-ce que vous arrivez à le transmettre cela à vos internes ?

- Heu… ben on essaie. Ben déjà un stage de six mois c'est suffisamment long pour prendre de l'expérience. Puisqu'il y a une familiarisation avec la pratique, et avec le niveau de gravité ou pas des patients ou des maladies que l'on rencontre. Et l'évolution déjà de l'interne au cours du stage va déjà lui faire comprendre qu'il a pris de l'expérience. Et du coup heu… « Tiens tu vois en début de stage, tu aurais déjà prescrit une écho abdo et une radio des poumons, et puis là tu vois, elle ressort juste avec une ordonnance de spasfon® alors qu'elle venait pour le même symptôme ». Là ça peut être, déjà être une prise de conscience, qu'une expérience, c'est déjà une expérience. Dans tous les cas cette expérience qu'ils auront eue même si ce n'est pas ce qu'ils veulent faire après, la médecine générale, leur servira pour leur pratique, pour connaître ce côté là de la médecine et de la pathologie.

Dring….dring… coup de téléphone. Absence de 2 minutes

- Je voulais savoir comment vous vous sentiez quand c'est vous qui consultez et que l'interne est à coté de vous ?

- Ben disons que là, pour le coup on a l'expérience de la présence des stagiaires. Donc nous on n'est pas gêné par cette situation. Cela fait 7-8 ans que l'on a des stagiaires, donc cela ne me gêne pas du tout, pour moi. Cela peut gêner les patients, quoi que maintenant ils soient habitués. C'est exceptionnel que les gens soient gênés. Nous on est habitué maintenant, et on sait que même si on se trouve en situation de doute, ce sont des choses qui font partie du métier et que l'on n'a pas la réponse immédiatement.

- Vous dites que vous êtes habitué maintenant parce qu'au début c'était un peu plus difficile ?

- Heu… je n'ai pas le souvenir du début. Je n'ai pas de souvenir de difficulté par rapport à ça. Non. On arrive… même le positionnement dans le bureau c'est important. On arrive quand même à garder une relation singulière avec le patient et qu'on arrive à ouvrir à l'interne pour participer surtout en début de stage. Oui c'est vrai qu'ils sont en position de découverte et d'écoute, enfin pas de découverte mais d'écoute de notre façon de faire, d'observation.

- Et quand c'est l'interne qui consulte, vous l'observez comment ? Comment vous ressentez les choses ?

- Alors là, c'est un petit peu différent, progressivement on essaie de leur laisser carrément notre place, notre siège. Parce que c'est vrai que c'est… La relation singulière elle peut se passer essentiellement comme ça, en face à face. Et on essaie de disparaître virtuellement, le plus possible, parce que instinctivement les patients tournent la tête vers nous. Donc on essaie de pas répondre, de faire comprendre que la relation ils faut qu'ils la partagent avec l'interne. Et que même pour eux cela sera plus efficace, que si ils tournent la tête vers nous à chaque instant. Alors après il faut aussi que l'interne prenne la place aussi. Mais comme on n'a pas de règle précise du moment où l'on va passer ce relais, c'est vrai que l'on essaie de choisir le moment où cela va marcher. Que ça va marcher et se passer bien, quand l'interne a déjà pris de bonne habitude de relation avec le patient, cela se passe tout seul. Ce n'est pas un moment difficile.

- Et votre ressenti concernant l'interne consultant sans vous ?

- Alors là c'est difficile, c'est difficile. Parce qu'on a toujours du mal à lâcher nos patients en fait. Par ce que on sait que maintenant c'est un peu cristallisé du fait du choix du médecin traitant donc c'est un choix de la personne. Donc ça veux dire que les personnes viennent vraiment pour avoir notre avis à nous. Pas forcément par ce qu'on a le meilleur avis médical, mais parce que c'est notre avis et que l'on représente

quelqu'un pour eux et donc notre avis est important pour eux. Donc heu… c'est ça qui est difficile, de les laisser, moi je sais que j'ai beaucoup de difficultés par rapport à ça. C'est arrivé quelques fois où l'on reste au début de la consultation pour le coté relationnel, et pour rappeler aux gens que l'on n'est pas près de repartir à la retraite quand même et dire bonjour aux gens et puis on sort, ça c'est quelque chose que l'on fait. Mais c'est vrai que l'a on a peut être eu une succession de stagiaire où l'on n'a pas pu faire ça, en tout cas moi. Et donc des stagiaires avec qui on est resté jusqu'au bout, tout le temps. Et aussi certainement par rapport à ce que l'on avait déjà évoqué tout à l'heure sur cette espèce de prise d'autorité trop importante, un stage où cela s'est mal passé. Pas par crainte d'erreur ou de chose comme ça, mais plutôt une autorité qui devenait trop importante par rapport a ce que nous on peut dire. Je crois qu'il faut… cela peut arriver que l'on y arrive pas à laisser la personne consulter seule.

- Quand vous dites autorité trop importante ?

- Alors autorité dans justement, c'est toujours ces histoires… alors ce n'est pas la prise de diagnostic, c'est du comportement. C'est pas une difficulté au moment du diagnostic, c'est souvent…mais… plutôt cette histoire de demande d'examen ou chose comme ça où… où là il y a des domaines où… l'on n'a pas envie que ce soit quelque chose qui reste dans la tête des gens après, en disant après pour telle pathologie j'ai eu ça une fois, et donc si je me retrouve confronté à telle pathologie je redemanderai ça. Heu… Voilà… donc si il y a un moment donné où il y a eu trop d'autoritarisme par rapports à des recommandations avec lesquelles on n'est pas assez d'accord, parce que cela arrive que l'on ne soit pas d'accord. Pour moi c'est ça, c'était ça la dernière fois. Je ne veux pas que cela change trop de la façon que j'ai d'exprimer aux gens les examens les surveillances, leurs traitements… oui, trop de divergence… une petite pause …

Téléphone qui sonne.

- Pour vous la supervision cela prend combien de temps ?

- Combien de temps sur ? Sur une journée ?

- Oui sur une journée à peu près ?

- Alors heu… moi j'ai tendance à le faire, et c'est cela qui quelques fois nous fait prendre un peu de temps au court de la consultation, à en faire régulièrement. Il peut y avoir des consultations sur lesquelles on en n'a pas envie du tout de faire, ou pas besoin. Et des consultations où l'on a besoin de le faire tout de suite, parce que j'ai un peu de

mal à… quelques fois c'est immédiatement où l'on peut avoir quelque chose à échanger, moi je le fais régulièrement après les consultations. Mais cela peut être une minute ou cinq minutes. Je dirais sur une journée ça fait peut-être entre trente minutes et une heure, je pense, répartit sur toute la journée cela peut faire ça.

- Et, on parle beaucoup de supervision, mais pour vous qu'est ce que cela représente la supervision exactement ?

- Ben supervision, déjà si l'on parle du nom. Il ne faut peut être pas s'arrêter à la signification du nom de supervision. C'est quand même observer un comportement ou une façon de faire ou une façon d'être pour en discuter après que cela soit sur l'élaboration d'un diagnostic ou sur une thérapeutique, c'est ça c'est observer et en discuter.

- Et quand vous discutez les choses, comment est-ce que vous dites les choses ?

- Ben c'est à dire que l'on peut… ça peut partir de… de… de tout c'est à dire, de la première partie d'une consultation, qui peut être tout simplement l'interrogatoire. Toutes les parties de la consultation peuvent être analysées et faire l'objet d'une supervision. C'est à dire depuis l'entrée du patient, heu… jusqu'à la remise de l'ordonnance. Donc tout peut être analysé et discuté et observé et faire l'objet d'une intervention cela peut porter quelques fois sur quelque chose qui ne paraît pas important mais que nous nous jugeons important de faire évoluer. Voilà.

- Et du coup vous abordez comment le sujet avec l'interne ?

- Ben par exemple si hum… on peut… comment dire, cela peut être analyser un examen clinique, donc une situation clinique et puis heu… on a trouvé que l'examen clinique n'était pas complet ou au contraire trop complet, trop exhaustif par rapport à la situation. Parce que malgré tout on a comme une sorte de temps critique à respecter et donc on est quasiment obligé à un moment donner de réduire un peu la partie de l'examen clinique si par exemple on est dans les périodes où il y a beaucoup de consultants et que l'on est obligé d'aller vite. Donc là, même si faire un examen trop complet ne nuit pas, cela peut nuire après à l'emploi du temps. C'est un exemple, donc là à la fin de la consultation on dit : « là tu as fait un examen neurologique complet pour juste un mal de tête, et en plus la personne venait pour son renouvellement. Et je ne sais pas quoi, l'ordonnance de semelles orthopédiques et de bas de contention, et bien là on ne peut pas se permettre de tout faire ! » Nous on sait que les gens viennent en moyenne pour un peu plus de deux consultations… heu deux motifs et demi par consultation ou par acte, ou en tous cas diagnostics supposés par consultation. Donc on sait que

quelques fois cela peut être cela, ou parfois un examen pas assez complet, et dont on pense que du coup, cela manque de pertinence à la synthèse parce que l'examen n'est pas complet. Cela peut arriver aussi. Ou alors l'interrogatoire que l'on a jugé trop directif et pas assez ouvert. Trop fermé, trop restrictif parfois empêche les gens de parler. Alors que l'on sait que l'interrogatoire c'est la base de notre métier et que l'examen clinique il peut être presque plus cours que l'interrogatoire. *Silence*…

- Comment faites-vous évoluer la supervision au cours du stage ?

- Ben en fait, en fonction de l'évolution du stagiaire qui peut prendre de plus en plus de place dans la consultation, moi je trouve toujours bien que cela soit du stagiaire que cela part, dans le sens où le stagiaire prend de plus en plus de place ce qui nous permet de nous retirer de plus en plus. Alors c'est vrai que finalement on est embêté avec un stagiaire qui n'a pas envie de prendre la place et qui ne se met jamais dans une position de prendre la place. C'est à dire qui pose très peu de question, qui quand il examine fait le minimum et qui ne s'investit pas dans un diagnostic et qui ne pose pas de question qui peut apporter… puisque nous on a des connaissances que l'on n'a plus parce que l'on ne les a pas mises à jour, et puis au contraire à la fin l'échange avec l'interne puisque l'on a des données récentes de la faculté que l'on n'a pas mises a jour et que nous on a pas forcément sur des pratiques hospitalières que l'on peut confronter, échanger et moi je trouve cela intéressant. Donc heu… c'est bien quand cela se passe comme ça où le stagiaire prend plus de place et nous du coup cela nous permet de lui laisser un peu de place. Et puis à la finale, étant arrivé, que nous on soit là, sans vraiment être là. C'est bien quand cela se passe comme ça. Et quand on est obligé de forcer la personne à participer c'est… c'est embêtant. Parce que du coup le patient est moins à l'aise et le stagiaire aussi je pense… quelques fois c'est difficile, de prendre la place. En même temps on n'a pas été confronté à cette situation là, on ne peut pas savoir ce que ressent le stagiaire dans cette situation là, où on attend. Nous on attend qu'ils prennent plus de place. Je trouve que c'est bien quand cela se passe comme ça.

- Toute à l'heure vous parliez finalement de ceux qui prenaient trop de place. J'ai cru comprendre que c'était ça.

- Humm…

- Dans ce cas là, pour ceux là, comment vous faites ?

- Et bien on essaie de garder notre place ! Voilà. Pour justement que… Et c'est là où on a encore moins de facilités à sortir, y compris sortir physiquement du bureau. Parce que justement la relation médecin patient que l'on a établi depuis des années ne soit pas…

complète… Pas trop bousculée. Qu'elle soit bousculée un peu cela n'est pas très gênant. C'est un peu aussi l'intérêt de faire ça c'est justement de faire évoluer. Mais heu… Faut pas qu'il y ait trop de différence ou trop de… trop de choses avec lesquelles on ne peut pas être d'accord. Si il y en a trop, nous on reste et on garde notre place. Et on laisse moins vite. Il y a des caractères, des gens qui naturellement prennent beaucoup de place, et qui… cela sera comme ça toute leur vie. Et il y a des gens… voilà on garde notre place. Dans la discussion à un moment donné à la fin de ce type de consultation à trois avec le patient il y a des discussions à trois, c'est ça qui est bien et ça plait aux gens ça.

- Et quand les internes sont tout seuls, quand ils sont vraiment en autonomie ?

- Hum…Ben disons que là, ça veux dire que… on est d'accord un petit peu… avec la… la pratique… et que l'on a… on est arrivé à une situation de confiance qui fait que nous on pourra reprendre la suite derrière et où il n'y aura pas de mauvaise surprise. Il n'y aura pas de surprises en disant « tient, ah bon il vous a dit ça ». On n'aura pas de surprise, on aura une continuité et c'est ça. Comme au final avec un remplaçant avec lequel on confie les patients complètement, il faut qu'on arrive à ça. Là quand l'interne est tout seul, c'est ça, c'est qu'on a estimé qu'il y avait une confiance suffisante pour que les gens acceptent de transmettre leur confiance dans l'interne autant qu'à nous même, c'est ça. Et cela peut arriver, heureusement.

- Et quand c'est le cas, comment vous… votre supervision comment vous l'amenez à ce moment-là ?

- c'est un peu moins facile, parce que l'on ne peut pas parler de ce qui s'est passé, parce que on peut parler que de… on a pu le savoir être, on ne le voit plus. Si on raconte « ben oui j'ai fait comme ça, j'ai posé telle question, j'ai proposé tel traitement », mais c'est raconté, donc on ne voit pas du tout comment cela s'est passé, c'est ça qui manque, il faudrait presque mettre une petite caméra pour voir et c'est ça qui nous manque, et manquerait pour ce genre d'analyse. Analyser une situation quand on n'est pas présent, quand c'est une situation racontée. Non, moi là je n'ai plus grand chose à dire, Si ce n'est « tiens Monsieur machin il va mieux, c'est guéri ». Voilà. Moi j'ai du mal à analyser une situation quand je ne suis pas devant.

- Vous n'êtes finalement pas très à l'aise dans cette phase qu'on appelle supervision indirecte ?

- Ah oui oui, cette phase de supervision c'est vraiment quelque chose que j'ai du mal à comprendre. Voilà, c'est difficile d'analyser dans…voilà… Dans cette situation… Il

faudrait que j'ai l'occasion de rediscuter de ce sujets avec des gens qui ont plus la pratique. Je fais plus de la supervision directe, ça c'est clair.

- Ce qui vous limite, vous me dites si je me trompe. C'est de ne pas voir le comportement de l'interne ?

- Ben tout ! De ne pas voir l'ensemble. De juste avant l'histoire racontée. Ben autant que ce soit écrit. C'est un cas clinique. C'est voilà, j'ai vu Monsieur truc, il arrive avec un mal de ventre. On a fait tel l'examen clinique, on a proposé tel examen complémentaire. On lui a proposé de revenir ou de ne pas revenir. On a proposé une prise de sang. C'est un cas clinique. Ce n'est pas… Je trouve que c'est difficile à analyser, pour nous, pour moi. Voilà. Alors maintenant effectivement, j'attends toujours de pouvoir rediscuter de cette supervision indirecte pour voir comment on peut analyser, et du coup de me faire évoluer ou pas, mais de discuter de cette situation là qui est difficile.

- Si vous avez quelque chose à changer, qu'est-ce que ce serait ?

- Dans la supervision, dans le stage ?

- Dans tout. Ce n'est pas forcément une seule chose, ce sont les choses que vous aimeriez changer ? Améliorer ?

- Heu… Je pense que l'on fait évoluer, on fait évoluer à force de la pratique avec les stagiaires. On fait évoluer le contenu de… Ou même notre propre comportement… On fait évoluer au fil du temps cernant un peu plus… Des objectifs que l'on peut avoir… *Silence*. Parce que sinon…sinon… Je trouve ça bien, c'est déjà bien que cela existe. Dans l'immédiat, je n'ai pas d'idée. Désolé je n'ai pas d'idée. *Silence*...

- Comment vous ressentez votre rôle de maître de stage ?

- Bah en fait, on le ressent un peu dans l'image qui nous est rendue. C'est à dire, quelquefois on arrive à discuter de ce sujet là. Où les stagiaires parlent de nous, parlent de notre comportement, il y a que comme ça que l'on peut l'apprendre. Et puis on peut faire évoluer… On est tellement, dans ce métier habitué à fonctionner seul…Et ce n'est pas évident de… comment dire… de se faire…de se faire observer et de savoir comment on est. C'est évident. On peut juste, voilà… Quelque fois arriver à discuter avec l'interne, de notre comportement... Ce n'est pas évident. Nous analyser nous-mêmes, on finit par connaître notre caractère, c'est une chose. Et puis, on entend parler les stagiaires de d'autres maîtres de stage, c'est un peu comme ça, en se disant « oui je suis un peu comme ça aussi, non je ne suis pas comme ça ». Peut-être en discutant, cela peut arriver qu'on en discute avec les internes. Mais il faut avoir le temps, certes. Il peut

y avoir des internes qui ont envie de s'exprimer sur le sujet. Nous on ne cherche pas. On ne cherche pas. Voir comment on est, oui cela peut arriver qu'on en parle.

- Vous m'avez parlé du fait que vous étiez finalement… Un peu seul.

- C'est-à-dire que… On est quand même dans ce métier seul à prendre une décision… *Silence*…

- Vous vous sentez seul dans votre rôle de maître de stage ?

- Heu… Ben aussi. On sait qu'il y a des stages de formation qui sont organisés régulièrement etc… Mais on n'a pas toujours la possibilité d'y aller. Ou pas toujours le temps, ce qui fait que finalement, peut-être que de confronter un peu notre pratique, c'est vrai… De le faire plus souvent cela serait bénéfique certainement. Puisque cela permettrait d'être finalement plus à l'aise dans certaines situations. C'est possible. C'est vrai que l'on n'a pas toujours le temps que l'on voudrait, pour faire ça. Mais c'est vrai que finalement au moment de la supervision on est seul. On est seul avec l'interne. Il n'y a plus de troisième personne, il n'y a plus de patients. Parce que les patients des fois cela les amuse, quand on tombe sur des enseignants, alors là… Voir des enseignants universitaires, alors là aussi… Pas forcément des gens qui sont dans le métier. Il y en a qui s'amusent un petit peu avec ça. *Silence*…

- Quelles sont vos motivations pour être maître de stage ?

- Je trouve que, déjà c'est un métier que je trouve passionnant et on aime bien transmettre ce que l'on aime faire. Et puis d'autant plus actuellement puisque que l'on sait qu'il y a beaucoup de problèmes de succession dans les cabinets de médecine générale. C'est encore plus une motivation pour le faire. Autrement c'est ça…Et puis transmettre. Quand on a transmis un métier qu'on aime faire, c'est bien. C'est un double plaisir dans le métier je pense. Voilà

- Est-ce que vous avez quelque chose à rajouter ?

- Non, moi je trouve cela très bien de répondre à ce genre de questionnaire qui analyse la pratique.

… Coupure de 20 secondes puis réenregistrement car reparle du sujet.

- Ce n'était peut-être pas le mot, faire évoluer le métier. Faire aimer le métier. Et le faire évoluer. C'est vraiment ce que j'ai voulu dire. Le faire évoluer et être reconnu. A l'heure actuelle avec ce qui se passe pour la reconnaissance de la médecine générale… Il faut faire aimer et reconnaître… On a tous été élevé comme ça avec un besoin de

reconnaissance. Et on est vraiment sûr de ne pas être reconnus, par les autres disciplines certaines fois. Ou par l'enseignement en faculté globalement, c'est un peu…

- Vous pensez que le DMG aurait un rôle à jouer ?

- C'est évident !

- Dans quel sens ?

- En se faisant reconnaître par rapport aux autres disciplines, en étant plus nombreux dans la formation. En étant tout ça. Il y a déjà des avancées énormes qui ont été faites par rapport au moment où on a appris ce métier. Nous, on a appris le métier sur place, on l'a appris dans les hôpitaux. Et puis on a découvert le métier sur le terrain. Et après un peu sur le terrain, donc c'est bien tel que cela se passe. Il faut qu'on arrive à valoriser ce métier, qui est passionnant. Qui commence à être reconnu. Qui sera encore plus reconnu grâce à ce genre d'analyse.

8.10.13 MSU 167

- Alors tout d'abord est ce que vous vous rappelez de notre questionnaire, qu'est ce que vous en avez pensé ?

- Heu, non non je ne m'en rappelle pas. Redites moi pourquoi vous venez ?

- Donc en fait moi je suis jeune médecin, on est trois médecins et on fait une thèse sur la supervision des internes en stage praticien niveau 1.

- D'accord, très bien.

- On vous avait envoyé un questionnaire auquel vous avez gentiment répondu courant novembre.

- Ah j'y ai répondu ??

- Si je viens c'est que vous y avez répondu, un questionnaire sur internet, concernant la supervision, concernant les différentes phases de la supervision, et sur les réunions de trinôme.

- Ah d'accord très bien.

- Notre questionnaire était essentiellement quantitatif, et là on fait une vingtaine d'entretiens qualitatifs pour affiner nos résultats sur la supervision des internes nantais. Donc on va passer à la deuxième question ! Concernant la supervision, quel est votre ressenti ?

- Moi je trouve ça très intéressant heu… mon ressenti. Qu'est ce que vous entendez par ressenti ?

- Quelles sont vos impressions, que pensez vous de la supervision des internes ?

- Alors moi je pense que c'est très intéressant de voir comment d'autres réagissent par rapport à une consultation, voir comment fonctionnent des jeunes médecins. Heu, moi j'ai quasiment 30 ans de différences avec eux, cela m'intéresse de voir comment ils vont aborder une situation clinique. Heu… Donc moi j'éprouve un certain intérêt à les observer, voir comment ils réagissent par rapport à une situation clinique qu'on a l'habitude d'observer. C'est intéressant. Souvent dans la supervision moi il m'arrive, je sais pas si c'est comme cela qu'il faut faire, je commence la consultation, et je dis au patient, ben maintenant c'est (*anonyme*), parce que en ce moment c'est elle, c'est (*anonyme*) qui va poursuivre la consultation, et je dis à (*anonyme*) « est ce que tu as… », l'interrogatoire est souvent fait par moi, et je demande à (*anonyme*) « est ce que tu as d'autres questions à poser ? », et souvent quand je pense avoir posé toutes les questions qu'il fallait, et c'est très intéressant de voir que bon parfois j'ai oublié des

choses, et je trouve ça très interactif de pouvoir se compléter. Ensuite nous on a l'habitude dans la supervision d'alterner un peu les taches. Donc je commence l'interrogatoire, après l'examen clinique va être réalisé par l'interne, et pendant ce temps-là moi je prends des notes, enfin je fais l'observation médicale. Et après je laisse donc l'interne finir la consultation, rapidement on discute ensemble lorsque le patient se rhabille. (*Anonyme*) revient, on discute et je lui demande ce qu'elle en pense, ce qu'elle va faire, souvent je lui dis « prends ma place » et je la laisse rédiger l'ordonnance. Ça c'est ce type de supervision que je pratique le plus souvent.

- D'accord.

- Parfois il y a l'autre mode de supervision comme on nous a demandé de le faire, qui elle est intéressante mais que je ne fais pas toujours, qui consiste à dire au patient quand on ouvre la porte de la salle d'attente « c'est ma collègue (*anonyme*) qui va aujourd'hui faire la consultation », moi je suis à côté, je ne dis rien, et c'est elle qui mène la consultation. Donc ça c'est un peu différent. Donc euh, c'est intéressant car c'est un bon exercice pour l'interne, et ça permet d'analyser nos pratiques ensuite. Par contre moi je suis un petit peu frustré car je ne suis pas du tout intégré dans ce genre de consultation. En général je suis en retrait, on doit être en retrait d'ailleurs, et en général cela se passe très bien car les jeunes médecins sont très bien formés et se trompent très rarement. Tous ceux que j'ai eu avec moi travaillent très bien et j'ai eu peu de reproches à leur faire. Donc c'est intéressant mais je me sens toujours un petit peu frustré, participant peu à la consultation. Donc c'est plus vis-à-vis du patient que ça me demande un petit effort. C'est pour cela que je pratique moins cette supervision. Je le fais plutôt en alternance. Donc voilà ma première impression, comme ça, à brule pourpoint comme vous me le demandez.

- Comment vous sentez vous dans la supervision, c'est pour redire ce que vous étiez en train de dire, quand c'est l'interne qui consulte ? Comment vous vous sentez vous, justement à cette place, c'est la frustration qui domine vos…

- Une petite frustration, parce que effectivement c'est un « autre médecin qui prend ma place », parce que souvent c'est un peu l'effet de surprise. Le patient vient pour me voir et on lui propose au dernier moment, parce que c'est ce qu'il faut faire à mon avis, d'être pris en charge par l'interne. Alors au début ça me, j'étais un peu frustré, mais plus ça va, je me rends compte que c'est intéressant d'avoir un autre regard sur le patient ; que les patients ce ne soit pas toujours moi qui soit leur médecin, et que ce soit un autre collègue qui prenne en charge la consultation. Mais bon ça me demande un petit effort

parce que je ne suis pas trop habitué encore. Mais plus ça va, plus je me dis que c'est sympa, que c'est intéressant qu'on en discute. Je sens que les patients aiment bien, et se sentent quand même pas mal accompagnés par cette situation. Surtout quand on discute ensemble, quand il nous arrive parfois, et c'est très drôle. Parce que quand notre jeune collègue rédige les ordonnances, moi je rédige les ordonnances des examens complémentaires. Alors elle va expliquer les ordonnances et moi les examens complémentaires… en fait c'est des consultations qu'on fait à deux. Un petit peu sous la direction du maître de stage, mais on la fait à deux, et on se met vis-à-vis du patient au même niveau et je trouve ça bien. Parce que ils ont aussi beaucoup de choses à nous apprendre, ils connaissent beaucoup de choses, et parfois presque plus que nous.

- C'est différent… ! (*rires*) Cette phase là que vous décrivez on l'appelle en théorie la supervision directe, vous êtes là pour superviser. Et qu'est ce qui vous fait choisir les consultations en SD ?

- En général, c'est… alors, nous on alterne entre SI et SD en fonction de la masse de travail. Donc quand heu… quand il y a un petit flux de consultations et qu'on n'a pas pris de retard, bah on le prend au hasard. On dit, bon voilà maintenant on fait de la SD. Parce qu'on a le temps... Quand j'ai pris du retard je lui dis « ben écoute tu vas prendre ce patient en charge, et moi ça me permet de voir le patient suivant et on rattrape le retard ». Donc déjà c'est un facteur temps. Je m'oblige moi, pour chaque demi-journée, que l'interne voit des patients seuls, et des patients en supervision directe. C'est pas du tout ce qu'on nous a appris dans les stages, où dans la supervision il y a une progression durant le trimestre avec 2 mois d'OA, 2 mois de SD, et 2 mois de SI. Moi je vous avouerais que dès le départ on commence tout de suite par des phases un peu intriquées. Une petite phase d'observation, mais très vite je leur propose de voir les patients seul et avec moi. Donc je m'arrange pour qu'il y ait un équilibre et pour que la journée se passe bien aussi pour l'interne. Que ce soit une journée avec des temps de détentes, que ce ne soit pas une journée trop stressante, qu'ils passent un bon moment aussi. Voilà.

- Ma question suivante c'était comment évolue la supervision ? Donc on vient d'y répondre. Donc pour tous les internes ça se passe comme cela, ce n'est pas dépendant de l'interne présent ?

- Non, d'autant plus que j'ai toujours eu des internes très compétents, je vois tout de suite que ce sont des internes dégourdis et bien formés. Je les laisse très très vite consulter seul. Sachant que, j'ai une manière de… enfin moi je fais très attention de bien présenter les choses au patient. C'est-à-dire que j'ouvre la porte de la salle

d'attente, je présente le patient à l'interne « j'ai une jeune collègue qui est actuellement en stage avec moi, je vous présente (*anonyme*), est ce que vous acceptez que ce soit lui ou elle qui vous voit pour la consultation, et je vous rejoindrai après ? ». Donc les patients sont un petit peu surpris, et en fait « je vous rejoins en fin de consultation » ils se disent, oh bah tient c'est rassurant, comme ils sont pas prévenus ça les rassure et ils acceptent toujours, c'est très rare, je crois que je n'ai jamais eu de refus sur ce mode de proposition. Et quand j'arrive sur la fin de la consultation je vois toujours des gens très détendus, on fait une présentation de la problématique clinique assez rapide, moi j'entérine et en général ça se passe très très bien.

- Est-ce que vous éprouvez des difficultés dans la supervision ?

- La seule difficulté c'est peut-être le temps, dans la consultation. Parfois, parce que moi je suis un médecin bien occupé heu…. Souvent y'a quand même du monde, on a des consultations bien remplies enfin… des cahiers bien remplis et on est toujours pris par ce temps. C'est ça qui est terrible en médecine générale, on aimerait passer plus de temps auprès de nos patients et parfois… la seule difficulté c'est que je me dis ohlala faut qu'on avance faut qu'on avance ! et…. *(rire).* C'est tout, c'est ça la difficulté. J'ai envie de dire à ma jeune collègue « faut que tu accélères un peu, faut pas que tu t'éparpille trop », faut bien cerner la problématique et puis faut qu'on avance parce qu'on est quand même pris par le temps. Mais c'est génial au contraire de voir des jeunes qui prennent le temps et qui n'expédient pas les malades… d'ailleurs ce n'est pas ce que je fais. Mais on est bien obligé malheureusement de faire attention au temps. On aimerait bien passer des fois une demi-heure avec un patient, mais il y a des problématiques de temps et on est obligé de respecter le quart d'heure pour chaque consultation. Oui, oui ça c'est une difficulté je trouve.

- Vous n'en verriez pas d'autre ?

- Non, très sincèrement non, ça se passe très très bien !

- Et pour vous la supervision elle prend combien de temps ?

- En tout ?

- Ça c'est ma question, je recentrerai après.

- En général je dirai il y a le quart d'heure de consultation, et le petit débriefing qui va durer… parfois y'a même pas besoin de débriefing tellement c'est clair. Parfois quand y'a une difficulté sur un patient, ou sur une problématique compliquée on peut passer 5 minutes à discuter du patient. Et discuter aussi, je pense que c'est important d'aider aussi, enfin … d'encourager nos jeunes collègues, de les encourager, de repérer tous les

points positifs. On a été tellement habitué dans nos études à repérer les points négatifs, y'a beaucoup de points positifs alors j'essaie de leur dire… mais moi c'est assez rapide, le débriefing est rapide.

- Et vous direz que sur une journée cela vous prend combien de temps ?

- Tout dépend du nombre de consultations faites en SD. Sur une journée… en moyenne… On va prendre… Je sais que vendredi dernier dans la matinée, elle a du voir 4-5 patients seule, et elle a du en voir 3 avec moi en SD, et puis le reste du temps moi j'ai peut être vu une dizaine de patient. Donc vous voyez… moi la matinée elle commence quand même à 7h15 et elle se termine à 14h, voilà.

- D'accord !

- C'est pour vous dire, heu, je prends mon temps ! *(rire)* donc je suis rejoint par les internes à 9h, mais ils sont là à 14h, on va manger à 14h en général parce que on arrive jamais à finir…

- Ah oui.

- Oui faut tenir !! *(rire)*

- La fin de matinée est longue ! *(rires)* Est-ce que vous êtes à l'aise dans la supervision ?

- Oui, très. Oui. En sachant que la supervision que je fais, vous pourrez me dire c'est intéressant, mais la supervision que je fais elle n'est pas tout à fait comme on nous l'a dit !

- Hum, hum.

- C'est vraiment un temps de partage en fait. Les vraies supervisions, enfin, les vraies consultations où l'interne est en autonomie complète devant moi hein, j'en fais une ou deux par jour. Le reste du temps c'est vraiment une consultation à deux. Voilà.

- Me reste-t-il des questions… ah si deux dernières. Pour vous la supervision c'est quoi ?

- On se répète… c'est pour moi médecin un temps d'observation sur une situation clinique, une double observation car c'est intéressant pour moi d'observer le patient comment il réagit avec un autre médecin, donc c'est intéressant de voir son mode de fonctionnement aussi. C'est un temps aussi où j'observe un jeune collègue qui va réaliser une consultation classique. Et c'est un temps de repérage aussi, pourquoi pas de… pour repérer les… c'est un temps de discussion aussi plutôt, de confronter après nos idées qui peuvent être différentes. Voilà. Je voie plusieurs phases moi, phase d'observation du malade, phase d'observation du… voir comment réagit un autre

médecin car finalement on n'est pas très habitué à ça, on est toujours la tête dans le guidon, de faire des consultations et des consultations, alors que c'est important aussi de voir comment un jeune collègue va mener une consultation ! Depuis l'interrogatoire à la rédaction de l'ordonnance ou des examens complémentaires, et puis après un petit temps de discussions… alors moi j'aurai pas fait ça, j'aurai plutôt fait ça…

- Et si vous aviez une chose à changer, quelque chose à changer sur ce stage praticien ?

- Alors moi j'ai déjà changé plusieurs choses par rapport à ce qu'on nous a demandé, ce qu'on nous a appris c'était un peu trop rigide sur le déroulement du stage, avec ces histoires de phases. Donc déjà ce que j'ai changé et ce que je changerai, j'ai diminué le temps d'observation de l'interne. Parce que je trouve qu'il faut les mettre en situation, le plus possible ! Donc au début c'est bien pour qu'ils voient comment on fonctionne. Mais je n'ai pas… je pense qu'il faut vraiment qu'ils participent au déroulement des consultations. Donc moi ils passent très très peu de temps à regarder, j'espère, le moins de temps possible. J'ai changé parce que j'avais envie de changer. Peut-être parce que je garde des mauvais souvenirs de mon stage praticien où je suis resté des jours et des jours vissé sur une chaise sans rien dire. Parce que c'est comme cela que ça se passait. Je fais partie des premiers à avoir fait des stages auprès des praticiens, y'a 35 ans donc c'était quelque chose de pas du tout connu qui se faisait très très peu. Donc je me souviens on était vraiment très passif quoi. Donc peut-être parce qu'on ne savait rien faire, on était donc très passif ! Moi je trouve ça bien, j'ai toujours eu que des internes qui étaient en 3^{e} année, donc ils sont tous très compétents et très à l'aise.

- Rien à rajouter ?

- Non, non.

- Donc, parfait.

- J'ai trouvé très intéressant cette discussion !

8.10.14 Int 19 (aussi Int 79 et Int 12)

- J'aurai aimé avoir ton ressenti sur ton stage praticien.

- Euh, j'étais plutôt contente de mon stage, si on parle des trois praticiens ils étaient super complémentaires : j'en avais un qui était plus campagne, y'en a un à Rezé, et le 3e faisait de la PMI alors j'étais super contente car je n'avais pas fait ma péd.
Après niveau relationnel chacun à son caractère quoi, donc c'était pas facile avec tous mais bon *(rire)* j'ai bien aimé mon stage !

- Humhum…

- C'était sympa !

… *silence*….

- Tu me dis avoir bien aimé ton stage ?

- Sincèrement, c'était vraiment la diversité que j'ai bien aimée. Après qu'est ce qu'il y avait de bien spécifiquement… heu… c'est vrai que j'ai pas mal vu les différents champs, comme les maladies professionnelles. Un de mes MSU est sur un quartier défavorisé où il y avait beaucoup d'ouvriers souffrant de maladies professionnelles. C'est vrai que là-dessus je n'étais pas du tout au point et j'ai bien aimé.
Comme chacun avait vraiment sa vision, ils m'ont appris la médecine générale. Enfin moi j'y connaissais rien à la médecine générale, je débarquais, je me suis rendue compte que je ne connaissais rien à la médecine générale, ils m'ont tout appris au maximum. Ils avaient une patientèle variée, j'ai fait de la pédiatrie, de la gériatrie, mais par contre je n'ai pas eu de gynéco. J'ai du voir un ou deux trucs de gynéco mais quasiment pas plus. Donc ça là dessus ça m'a manqué. Mais sinon…

…*Silence*…

- Tu me dis qu'ils t'ont appris la médecine générale ?

- Ouais !!

…*Silence*…

- Comment ils t'ont « appris la médecine générale » ?

- Comment… C'est pas forcément eux qui me l'ont appris en m'expliquant les choses, parce que ils n'avaient pas forcément le temps entres les différents patients, de parler et tout. Mais je dirai que c'est à force de voir les choses, dans la répétition. Je vois une pathologie que je ne connais pas, je la révise, puis je la revois et je me souviens de ce que j'ai vu la fois d'avant.

Je dirai donc que c'est dans l'observation de leur pratique que j'ai appris plus que par ce qu'ils m'ont expliqué directement à moi.

- Tu me dis que c'est plus sur l'observation de leur pratique que tu as appris ?

- Ouais, plus sur ce que j'ai observé de ce qu'ils faisaient, car après chaque consultation on n'allait pas parler pendant trois heures de « tu as vu ça il faut faire comme ça. ».

Parfois il y avait un truc qui m'embêtait et alors j'essayais de leur parler en fin de matinée si c'était possible.

Mais tu vois j'ai plus appris en les regardant faire, plus que de parler avec eux ; car on n'avait pas forcément le temps de parler de ce qu'on a fait. Ou bien ils n'en avaient pas envie (*rire*) ! Je pense qu'il y a des MSU qui prennent le temps pour ça ?! (*rire*)

Je pense que c'est aussi une histoire de caractère, y'a des MSU avec qui on s'entend plus et avec qui on parle plus souvent !

- Tu sais notre sujet de thèse est sur la supervision dans ce stage praticien. Quand tu me dis qu'il y a des MSU avec qui tu parles et d'autres avec qui tu ne parles pas, pour toi ces discussions tu les attribues à de la supervision ?

- Euh oui je pense que c'est une histoire de supervision ? Je ne sais pas si eux, à la base, ils ont une formation sur comment superviser, mais je ne pense pas qu'ils ont fait ce que vous vous appelez supervision dans vos questionnaires. Eux je pense qu'ils pensaient faire de la supervision, mais moi je pense que ce n'était pas de la supervision au sens supervision.

- Pour eux il y avait de la supervision mais ce n'en était pas une pour toi ?

- Voilà, en tous les cas pour moi au sens supervision vraiment pure y'en avait pas. Je ne sais pas si pour eux il y en avait une.

- Et donc qu'est ce que tu en penses du fait qu'il n'y avait pas de supervision ?

- Moi j'aurai bien aimé pouvoir en parler au moins toutes les 2-3 consultations, pas forcément parler du rhume, mais en parler sur pourquoi il a fait ceci ou cela, pas forcément en parler pendant un quart d'heure de tous les déterminants de sa consultation. Mais au moins avoir des temps de temps en temps pour en parler, par exemple au début des consultations j'aurai aimé parler du patient qu'on va voir, pour ne pas débarquer à chaque consultation, pour ne pas avoir un aperçu vite fait sur le tas pendant la consultation.

- Tu dis que tu aimerais avoir un temps avant la consultation ?

- Oui

…*Silence*…

- Tu aimerais qu'il se passe quoi pendant ce temps avant la consultation ?

- Cela me permettrait de situer le patient, surtout quand on débarque en plein milieu d'un suivi, il y a eu plein de consultations avant et du coup on est absolument pas au courant, la consultation se déroule, on écoute et on comprend rien à ce qui se dit pendant la consultation. Donc je pense que des fois ça pourrait être intéressant pour ne pas débarquer et ne rien comprendre.

- Tu m'as dit avoir eu des temps d'échanges pendant les consultations ?

- Je ne sais pas si c'est de la supervision, mais oui par exemple ça pouvait arriver, pendant des consultations et bien par exemple sur les troubles musculo-squelettiques, ils me demandent de rechercher une tendinite et m'explique ensuite comment ils font. Ils me disaient aussi sinon « pour toi c'est quoi, et qu'est ce que tu ferais pour ce patient ? » Mais bon ça arrivait pas souvent, c'était sur à peu près 10 à 20% des consultations.

- Et donc quel était ton rôle pour les 80 à 90% des autres consultations ?

- Ben j'examinais le patient, globalement ouais c'était ça, et puis ben ils me demandaient ce que j'avais trouvé, ou pas !

'fin pour moi c'est pas de la supervision.

- Du coup, si tu imagines une supervision, qu'est ce qui aurait été important pour toi pour ta supervision ?

- euh…. Pendant la consultation, que… vraiment on discute, enfin je sais pas, qu'ils se mettent à côté de moi, qu'ils me demandent ce que j'ai trouvé, ce que je pense que c'est, est ce que tu as regardé ceci ou cela. Mais bon je pense qu'ils n'ont pas le temps pour faire cela si ils veulent tenir leur planning.

- Pour toi la supervision était absente du fait d'un manque de temps ?

- Non, je ne crois pas que ce soit qu'une histoire de temps. Je pense qu'il y a aussi une part de manque d'envie de le faire. Y'en a un qui me disait qu'il n'était pas pédagogue dans l'âme car il n'était pas au DMG, il n'avait pas la bonne démarche pour le faire.

- Pour toi les MSU ont tenu un objectif de formation auprès de toi ?

- Oh oui, les trois prats que j'avais étaient contents d'avoir un interne avec eux, ils étaient contents de transmettre leurs savoirs pour me former. Je pense que eux ils font les choses comme ils ont envie de le faire, même si ce n'est pas en adéquation avec ce que nous on attend mais… euh si ils sont formateurs quand même.

…*Silence*…

- Et sur la supervision après les consultations ?

- Ben j'en n'ai pas eu vraiment … Si j'avais jamais vu quelque chose, si je leur posais une question ils me répondaient sur ce que c'était. Pas les déterminants poussés de ce qu'ils avaient fait, ça restait sur le champ médical. Mais bon en général ils répondaient à mes questions.

- En fait ce n'était que si toi tu leur posais une question ?

- Oui, en fait c'est plutôt ça oui. Un MSU par exemple pouvait avoir envie de me dire un truc sur le patient, sur son histoire, il pouvait m'en parler spontanément. Un autre MSU pouvait me parler de sa propre initiative mais c'était que des histoires psychiatriques. Et y'en a un autre ben il ne parlait jamais des patients.

- Le dernier MSU c'est le MSU 19 ?

- Non, MSU 19 c'était celui qui parlait que des psy. Celui qui ne parlait jamais c'est MSU 12 qui n'est plus MSU et qui était donc plus préoccupé par la fin de sa carrière.

- OK. Donc tu as vu dans nos questionnaires nous parlons de la supervision en trois phases, OA, SI, SD. Est-ce qu'il y a quelque chose dont tu voudrais me parler plus précisément concernant ces phases ?

- Je n'ai eu aucune SD avec ces MSU. J'ai eu un peu de SI, mais les trois quarts du temps c'était de l'OA. Ce n'est pas facile pour eux de mettre en SI car ils n'ont pas de cabinets disponibles en plus.

En SI, j'ai un MSU qui me demandait de venir le voir après chaque patient pour lui parler de ma consultation avant que le patient ne reparte. Pour être sur que je n'ai rien oublié.

J'ai un autre MSU que je ne venais voir que si j'avais une question précise.

Avec MSU 19, et bien c'était différent, j'étais en SI quand il partait en régulation, ou bien quand il était en congé, ou bien quand il partait du cabinet. Ça ne me rassurait qu'à moitié mais bon.

- Ça ne te rassurait qu'à moitié ?

- Ben oui, les premières fois où j'étais en autonomie, il n'était pas là mais il était disponible. Mais bon j'avais cette appréhension d'être seule car il n'était pas là pour répondre à mes questions. Ce n'était pas très confort, car bon y'avait les autres médecins du cabinet qui pouvaient répondre à mes soucis de dermato par exemple, mais bon c'est mieux quand le MSU il est dans la pièce à coté c'est plus rassurant. Même si il fait des papiers à côté c'est plus confortable.

- Pour toi, il y a une formation dans cette autonomie en consultation ?

- Ben oui c'est de la formation car c'est me confronter à être toute seule. Mais ça ne m'apprenait pas autre chose que d'être toute seule.

…*Silence*…

- Donc pour toi c'est une phase de supervision ?

- …*Silence*… C'est pas vraiment supervision au sens supervision. C'est une mise en autonomie avec la sécurité d'avoir quelqu'un disponible si besoin. Mais pas au sens supervision où on reparle des patients.

- Et si tu avais quelque chose que tu pourrais changer pour améliorer ton stage praticien ?

- J'aimerai bien parler de chaque patient !!! (*rire*). Je pense que c'est propre à chacun ! Y'a des internes qui veulent être libres dès le début de leur stage, moi c'est pas ça. Même après avoir eu un rhume ou un truc tout bête moi au début j'étais pas sure de moi. C'est tout bête un rhume mais moi je n'étais pas sereine et j'aurai aimé en parler.

- Pour toi, ta demande en tant qu'interne ce serait d'avoir plus d'encadrement sur la prise en charge thérapeutique ?

- Non, pas que ça, parce que par exemple lors d'une consultation psy on parle, on parle mais y'a pas autre chose. Non, c'est aussi sur les examens cliniques en soi, sur comment ne pas donner un médicament au patient qui le demande.

Mais bon (*rire*)… sur un stage prat on n'est pas forcément confronté à cela . Je suis plus confrontée à cela en stage SASPAS.

- Tu es en SASPAS là ?

- Oui.

- C'était un choix de ta part ?

- NON…

- Tu ne l'aurais pas choisi ?

- Si, mais pas à ce semestre car je voulais faire un stage en PMI avant. Mais bon oui, j'aurai voulu faire un SASPAS.

- Donc le stage praticien t'avait donné envie de faire ensuite un autre stage en ambulatoire ?

- Oh oui, au final c'était un très bon stage praticien, car j'ai été confrontée à LA médecine générale. Au Final on ne connait pas la médecine générale. Les premiers jours je me suis demandée où j'étais tombée, au final tout ce que j'avais appris avant ça ne servait à rien, je me suis rendue compte que je ne connaissais pas la médecine générale. Donc oui j'ai appris plein de trucs et j'étais contente de mon stage. Malgré la

supervision au sens supervision, j'ai quand même eu l'impression d'apprendre ce qu'était la médecine générale.

(*le coucou sonne, il est 11h*)… Donc oui quand je suis arrivée à mon SASPAS j'étais pas larguée car j'avais appris plein de chose en stage praticien.

- Veux tu ajouter quelque chose ?

- NON ! (*Sourire*)

FIN

8.10.15 Int 58 (aussi Int 78 et Int 111)

- Je voulais savoir tout d'abord ton ressenti global de ton stage praticien ?

- *Silence*… Ressenti global, euh… J'ai trouvé ça long ! J'ai trouvé cela instructif j'avais trois prat dans différents cabinets, un plus éloigné en milieu rural, et deux en rural semi-urbain et euh, avec tout trois des pratiques complètement différentes donc c'était plutôt intéressant là-dessus. Après au niveau de la formation les trois avaient, soit pas les locaux adaptés soit pas la pédagogie adaptée pour vraiment m'apprendre des choses et me mettre en situation quoi.

- Tu dis qu'ils n'avaient pas la pédagogie adaptée ?

- Oui, hihi. Ou c'est-à-dire aucune discussion possible pour… De… Pas l'envie de transmettre des choses particulières ou d'échanger. Plus le sentiment d'être là comme une personne qui peut voir des personnes en plus, ou pour voir des patients pendant qu'ils faisaient de l'administratif ou des choses comme ça quoi. Pas du tout avec le sentiment d'être un interne là pour apprendre, plus comme d'être une personne qui est là en plus pour aider, mais… qui lui apporte juste du temps, et de la main d'œuvre. Ouais c'est ça, de la main d'œuvre. Et après dès qu'on essaye de creuser un peu le côté connaissance, pédagogie ou expérience… voilà, pas beaucoup de répartie, pas beaucoup de chose qu'ils nous apprennent quoi.

- Tu avais vraiment l'impression qu'ils n'avaient pas envie ?

- Euh, ce n'est pas « pas envie », c'est plus pas du tout dans la… Enfin pas de réflexion sur la pratique en fait. Mais pas forcément en opposition avec moi dans le sens on n'est pas d'accord sur une pratique, c'est même en général… de demander « voilà tu fais comme ça » et que y'ait pas de réponse constructive derrière, souvent c'est « bah c'est comme ça, j'ai toujours fait comme ça » et dès qu'on proposait quelque chose, ben non, pas de discussion. Et tout de suite ça part assez haut, et au fur et à mesure en fait je suis devenue très passive, et à pas poser de question, surtout dans un des stages, et à pas réagir lorsque quelque chose m'interpelle et à être dans la passivité. Et c'était plutôt ça, quand je dis « le stage a été plutôt long » un sur trois j'étais très passive, j'attendais que le temps passe, et une autre dans la passivité parce que ben voilà, y'a une question de caractère car dès que j'avais une question ça partait tout de suite dans des discours et des choses où j'arrivais plus à un moment, ça entraînait trop de chose de poser des questions alors je m'y retrouvais plus. Mais j'adore absorber, je… ne serait-ce que observer le patient et le non verbal. Je ne me suis pas ennuyée mais au niveau pratique

je n'ai pas beaucoup exercé, j'ai pas l'impression d'avoir progressé dans une pratique quoi, dans la pratique de la médecine générale.

- Tu as eu l'impression que toi tu proposais des choses et que eux en face c'était pas possible, que le MSU en n'était pas capable ?

- Ouais, c'est proposer ou demander… « pourquoi tu fais comme ça ». Enfin ne serait-ce qu'une discussion « pourquoi tu fais comme ça moi j'aurai fait comme ça », « on m'a appris ça », et avoir ses arguments pour pouvoir en discuter. Mais c'est : pas envie de changer, pas de discussion possible. Ça fait très orgueilleux je trouve de dire ça à chaque fois, je n'ai pas du tout le savoir absolu, mais c'est ne serait que l'ébauche d'une discussion sur une pratique qui est mise complètement à l'écart. Soit monter directement sur ses grands chevaux, soit une réponse succincte « bon bah c'est comme ça et puis voilà ».

- Et pour toi c'est une histoire d'envie, ou bien qu'ils n'en étaient pas capables ou bien… tu as réussi à comprendre pourquoi ils ne répondaient pas à tes demandes ?

- C'est pas facile de répondre de manière générale, et je veux pas citer les noms.

- Ah non mais tu peux me parler des MSU en particulier, moi je les anonymiserai quand je retranscrirai.

-Là je parle particulièrement de MSU 58 où… Et l'autre où je suis un peu passive car elle parle beaucoup beaucoup beaucoup c'est MSU 78 où euh, voilà dès que je lui pose une question ça part tout de suite et après elle a deux heures de retard et j'arrive pas à le supporter psychologiquement donc euh… rien que de lui poser une question ça peut lui donner une demi heure de retard, donc, ça pourrait être intéressant sauf qu'elle répond juste complètement à côté… pour balancer ses expériences et tout. C'est hyper intéressant mais ça n'apporte rien à la question. Et MSU 58 c'est pas une question d'envie, il ne se remet juste jamais en question mais jamais de remise en question ne serait-ce qu'une demi-seconde. Même avec ses patients, il est pas confraternel, il est pas… Quand ils reviennent des urgences ou d'un spé et qu'il avait fait autre chose avant, il met tout sur le dos… Donc voilà. Un gros problème de remise en question et qui nous retombe dessus complètement. Et du coup, ouais c'est un manque d'envie. De capacité non je pense pas, c'est pas le soucis c'est, c'est ouais c'est un problème d'envie, de difficulté au changement ou de même penser à… Il est complètement fermé dans ses pratiques et il ne peut pas accepter que nous on pense autrement ou fasse autrement. Donc c'est… C'est pas constructif quoi. Bon bah ok, je suis passive, je

réponds pas, donc je fais les consults, j'interviens mais jamais sur des choses où je sais il va pas être d'accord donc, vraiment complètement… pas trop d'interaction.

- Et sur ces difficultés-là d'interaction tu as pu en parler ? Sur des réunions de trinôme ou…

- Non les réunions de trinôme on en a eu qu'une au début et y'en n'a pas eu après. J'en ai discuté avec les autres praticiens, mais c'est toujours très difficile de… C'est une difficulté qui est connue chez ce prat' apparemment et y'a toujours le même soucis et… Donc ben en discuter avec lui c'est toujours très difficile. Et en stage prat' c'est pas facile d'en discuter. Moi c'était des semaines en plus donc euh… je passais une semaine entière avec lui à la suite donc euh… Etant donné qu'il est susceptible c'est dur de… et on s'entendait bien quand même ! Y'a toujours le souci de bon bah on va passer une semaine ensemble, donc de l'acheter en me disant « bon bah je ferme ma gueule quoi ». Voilà ce que j'ai fait. En discuter non, j'en n'ai pas beaucoup discuté officiellement quoi.

- Et pourquoi il n'y a pas eu de réunion de trinôme de fin de stage ?

- Ah si y'en a eu une de fin de stage. En fait celle de fin de stage c'est aussi celle de début de stage de l'autre…

- D'accord.

- Voilà. Alors ma réunion de fin de stage, c'était d'ailleurs très particulier, ils sont arrivés avec la feuille d'évaluation, avec la nouvelle interne à côté, et « allez on fait l'évaluation de *Anonyme* ! »… Voilà, alors ils ont fait mon évaluation devant la nouvelle interne, on a donc appris à se connaître ! C'est pas comme ma réunion de début de stage où ils avaient déjà fait l'évaluation de l'interne précédent et donc on apprend au nouvel interne comment ça va se passer, et à l'ancien interne « bon bah c'est bon merci au revoir ».

- Et pour toi cette réunion avec ton évaluation cela a été formateur ? Tu as appris des choses sur ta pratique ?

-Non, pas grand-chose, et même tout au long du semestre je n'ai pas eu de retour… ou alors de choses dont on avait déjà discuté un par un quoi. Euh… mais… Je pense que MSU 111 est très timide et n'ose pas dire les choses, mais par timidité et gentillesse. Donc c'est très difficile pour lui de dire des points négatifs, c'est pas possible quoi, on le sentait, et les points positifs ben il est ultra timide… et après avec lui il me disait « oui c'est bien » mais c'était plus des discussions confraternelles sur les pratiques. Pas trop… non ben j'ai eu aucun retour sur ce stage quand je réfléchis, aucun retour si

j'abordais bien les interrogatoires, les examens cliniques… La construction non y'a pas de retour du tout sur la pratique je trouve.

- Qu'est-ce que tu aurais aimé avoir comme retour ?

- Justement un peu de… Si… C'est hyper dur… Euh… Les retours sur ne serait-ce que ma façon d'être avec les patients, de mener une consultation, ou même dans la réflexion, de me faire remarquer si je pars trop tout de suite sur des examens complémentaires ou si je pars pas assez sur la psychologie… enfin un retour sur… C'est hyper dur quand on n'en a pas eu du coup ! (*rires*) euh… je ne sais pas, j'arrive pas… pour ça il faudrait que je fasse une analyse sur moi-même enfin tu vois… *silence*…

- C'est-à-dire qu'est ce qui t'a manqué sur les outils qu'ils auraient pu t'apporter durant ce stage ? Les outils que tu n'as pas eu au cours de ce stage, ce qui est le but d'une évaluation en fait, de pouvoir apporter aux étudiants des outils, une trame, « je serais toi je travaillerai plus ceci ou cela » … est ce que tu es frustrée sur les outils qu'ils auraient pu t'apporter ?

- Bah en soi, même sur la confiance en moi en général. Y'a eu aucune fois où ils ont pu me dire c'est bien, la consultation s'est bien passé, ou qu'ils aient pu me faire pencher sur des points négatifs… euh, y'a aucune fois où ça a pu se faire, car aucune fois chez aucun des praticiens il n'y a eu de consultation que j'ai pu mener avec eux à côté. Du coup, là c'est plus un point négatif sur le déroulement du stage en lui-même, pas trop sur leur évaluation à eux. C'est vrai que en même temps les petits points qu'ils m'ont dit à l'issue de l'évaluation de stage, c'est difficile de se dire qu'ils m'ont bien cernée car j'ai l'impression de pas leur avoir montré une consultation, de leur avoir montré quelque chose. C'est soit un travail à deux complètement imbriqué, soit une consultation à côté, soit je suis complètement passive. Donc en fait il n'y a aucun… Ou alors ils me disent « il faut que tu prennes plus confiance en toi, que tu oses plus de choses » mais je veux dire, c'est à eux de me laisser… c'est quelque chose qui est difficile à prendre comme assurance. J'ai du mal à réfléchir sur les outils…

- On va parler maintenant, on a changé de sujet on va parler de supervision ! Qu'est-ce que tu dirais toi sur la phase d'observation active ? Celle où tu es à observer à côté d'eux ?

- Ça elle était bien ! C'est une phase que j'aime beaucoup, j'adore juste regarder, analyser, ou même discuter. Voilà, intervenir un petit peu, mais être observateur j'aime beaucoup ! Elle a été présente jusqu'au bout cette phase-là, et elle était bien ! … *Silence*… Je réfléchis sur ce qu'il peut y avoir de bien…

- Comment est-ce qu'ils t'impliquaient dans cette phase ?

- Ben non, c'était souvent plus à moi de m'impliquer. MSU 111 très souvent au milieu ou à la fin de l'interrogatoire ou de l'examen clinique il se retournait vers moi pour me demander mon avis. Surtout au début quand je n'osais pas trop prendre la parole… « Qu'est-ce que tu penses de ça, est ce que tu ferais ça ? » avec le patient à côté, à m'impliquer ! Très souvent l'examen clinique il incombait à moi-même chez MSU 111 et 78, mais chez MSU 111 c'était un examen clinique sur deux, on travaillait ensemble, complètement. Mais pas beaucoup, chez MSU 111 et 78, c'était à moi de m'impliquer si j'avais envie. C'était vraiment…. Sinon ils mènent jusqu'au bout le truc… sauf si y'a besoin de remplir un papier ça c'est bon ils me le laissent. (*rires*)

- Y'a pas eu de consultation ciblée ? Ou par exemple ils te disent « pour la consultation suivante tu vas observer le non verbal, tu vas observer ceci ou cela. » ?

- Non pas précisément dit comme ça. Après c'est toujours à chaque fois quand le prat' il voit le nom de la personne qui est après il ne peut pas s'empêcher de dire quelque chose sur le patient d'après. C'était souvent avec MSU 111, il me disait « j'ai des difficultés avec ce patient là de par ces cotés là, de sa personnalité ou… » donc en soit il m'induisait un peu à faire attention à certains aspects de la consultation, mais après il s'empêchait exprès de me dire il disait « bon bah je te dis pas » et ça me forçait à faire attention à ce qu'il voulait que je vois. C'était comme une consultation ciblée car j'étais très très ouverte à tout ce qui est le non-dit, à chercher derrière ce que le patient apportait. Et ça avec MSU 111 c'était assez fréquent et c'était pas mal. Avec les deux autres, non. MSU 78 elle connaît pas cœur ses patients mais elle ne m'en parlait pas trop avant ni après sauf si moi j'en discutais. Et MSU 58 euh, MSU 58 ça enchaîne, c'est la machine à consultation donc y'a pas de… ça reste très médico-médical et très symptomatique et très ordonnance et très… donc euh. Y'a pas du tout de réflexion avant / après quoi.

- Tu dirais que c'est une observation active ou passive ?

- Je l'ai rendue active en posant des questions au patient quand je l'examinais, enfin du coup c'est pas de l'observation quand on fait l'examen clinique mais euh. Non plutôt passive, j'avais pas trop de question à poser. Surtout avec MSU 58, envie de poser des questions et de partir un peu sur un chemin qui part d'une autre coté, mais tout de suite il va te ramener pour « non on parle pas de ça »euh ou, enfin c'est lui qui doit mener la consultation. Et si il a déjà penser au diagnostic ce sera ce diagnostic là. Donc bon au bout d'un moment j'ai arrêté de me fatiguer. Donc… PASSIVE ! (*rires*)

-Que pourrais-tu dire sur la phase de supervision directe, quand toi tu étais au bureau et eux à côté ?

- ça n'arrive jamais, aucun. Aucun des trois. Chez MSU 78, 3 fois peut être ou elle m'a dit « non non assis toi au bureau » mais faut savoir que c'est impossible pour elle de me laisser parler plus d'une demi seconde donc euh… et elle connait tellement ses patients, et les patients ne regardent qu'elle, et elle est tellement dans le psychologique que… Je pense qu'elle aurait voulu et aimé que je reprenne la parole, mais j'arrive pas quoi, je ne vais pas la couper, je ne vais pas… surtout quand ça part dans le psychologique c'est hyper dur de reprendre une consultation qui est sur le psychologique. Donc MSU 78 des petits bouts mais jamais une consultation en entier, et même pour la fin, les ordonnances ou les trucs… elle ne me laissait pas les faire, ou alors elle me laissait les faire parce que on sentait que toute façon c'était pas important, c'était un truc d'un rhume ou je ne sais pas quoi, elle regarde même pas ce que je prescris, elle s'en fou et pendant ce temps-là elle parle du psychologique avec le patient, ou elle demande des nouvelles de la famille ou elle… voilà. Donc c'est pas du tout genre « prends en main la consultation » mais c'est plutôt « termine la paperasse » mais pas méchamment hein. En fait tu te rends compte que quand elle te laisse faire les trucs c'est quand ça n'a pas d'importance en fait. Mais pas qu'elle ne me fasse pas confiance, c'est juste que… tant qu'à faire autant que je fasse quelque chose pendant qu'elle continue quoi ! (*rires*). Mais bon. Et MSU 58, non jamais. Non jamais. Ou alors il est là sans être là, il regarde ses mails pendant que j'examine ou que je discute, et au moment de l'examen clinique il fait « oh bah je te laisse terminer je reviens » et il va passer un coup de téléphone. Donc en fait on a l'impression qu'il est là, mais il est pas là, ou il est à côté. Les seuls moments où j'ai fait une consultation un peu de bout à bout et qu'il était là, c'est qu'il n'était pas là quoi.

- Et il n'est pas intervenu ?

- Ah non, pas du tout. Il demande le sujet de consultation, il se dit « c'est pas grave, c'est pas difficile » et puis il regarde ses mails pendant l'examen clinique, et il sort téléphoner, ou chercher un truc dans sa maison pendant que je fais l'ordonnance ou la feuille de soin. Donc aucun non… c'est comme si j'étais toute seule quoi.

- Pour toi c'est que pour lui ce n'était pas important ?

- Non, je pense honnêtement qu'il n'a pas à cœur notre formation. Après c'est des jugements très personnels donc c'est difficile de formuler cela. Mais je pense qu'il n'a pas des internes par soucis de leur formation et de faire le stage prat' avec une

progression, ou en faisant attention, avec une supervision tout ça. De l'observation au départ, aimer montrer ce qu'il fait, il en est fier, y'a pas de soucis. Et après c'est « tu peux te débrouiller toute seule et je suis à côté si besoin » !

- Pour toi c'est comme un non-intérêt pour la formation ?

- Ah oui, je ne vois aucun intérêt à être en stage chez MSU 58, aucun. A part connaître la pratique en rural, et un cabinet tout seul mine de rien, j'ai trouvé ça hyper intéressant car les autres ils sont en cabinet de groupe et tout. Et puis une patientèle rurale, avec la distance par rapport au CHU. Mais euh… (*silence*). Non, peut être intérêt à savoir tous les traitements symptomatiques envisageables pour une rhinorrhée ? (*rires*). Non, voilà, aucune supervision directe.

- Et la supervision indirecte ?

- Les trois m'ont laissé faire des consultations seule. Sachant que c'était hyper rare, MSU 78 et 58 n'ont pas de bureau libre à côté, jamais. Donc c'est quand le bureau se libère en bas. MSU 78 au départ c'était quand elle avait trop de retard et les patients qu'elle ne connait pas elle me les envoyait en bas. Et aucun retour après. En fait les retours sur les consultations c'est moi qui devais les demander. Aucun retour autrement, c'est moi qui devais demander. A aucun moment « alors ça s'est passé comment, est ce que tu as eu des difficultés » ou je sais pas quoi. Donc c'était à moi de dire « ça s'est bien passé » ou « ça ne s'est pas bien passé » ou « j'ai eu des difficultés là-dessus ». Evidemment si j'avais des difficultés j'allais les voir ils étaient ultra disponibles. Et même pour présenter le patient avant, MSU 111 le faisait et après il arrêtait car il ne voulait pas m'influencer. MSU 78 aucune réflexion après les consultations, et pas de présentation des patients avant non plus. Donc c'est à moi de lui dire « voilà j'ai mis ça, j'aurai voulu faire ça » mais voilà. Fallait aller la chercher, et vu qu'elle était en retard avec plein d'autres patients c'était toujours un peu dur. Et souvent c'était des patients qui étaient à d'autres collègues donc en plus elle ne les connaissait pas. Après j'avais des créneaux à moi quand on savait qu'il y avait un collègue qui n'était pas là, toutes les demi-heures. Mais du coup c'était soit des urgences du jour ou ceux des collègues, donc des patients qu'elle connaissait peu et donc elle m'en parlait pas trop en fait. MSU 58, pas de salle disponible à côté, pas de créneau où on dit au patient que c'est l'interne qui le verra. Une consultation seule peut devenir une consultation seule au bout de 5 secondes sans que je le sache. Où en gros on est avec le patient « bonjour entrez », MSU 58 me dit en gros « vas-y commence j'arrive », voilà donc je commence et en fait je termine. Voilà, et il ne revient pas. Donc je termine. Donc au départ je vais le voir et

il me dit « c'est bon t'a un soucis ? Non ? Bon bah c'est bon, oui oui il peut y aller ». Donc j'ai terminé la consultation, « au revoir ». Et ça c'est arrivé hyper souvent. Donc le patient et moi-même on n'est pas au courant que ça va être une consultation juste avec moi. Il ne veut pas, même quand il sait… Au début ça me gênait un petit peu, même quand il prend des rendez vous à 14h, après déjeuner, il sait très bien que c'est moi qui le verra car lui il restera dans sa maison et c'est pas l'heure de ses consultations habituelles. Donc il sait très bien que c'est moi qui consulterai. Mais il ne le dit pas au patient. A un moment je lui ai dit, juste présenter au patient que ce sera l'interne qui consultera : « Non écoute, ils savent que j'ai des internes, faut pas pousser », et donc voilà il s'énerve. Ou des consultations en plein milieu aussi, il peut recevoir un coup de fil, et il s'en va et ne reviendra pas. Donc, et de temps en temps après le déjeuner il me dit « vas-y commence les consultations. »Donc je ne sais pas qui je vais voir, on ne parle pas du tout des consultations avant. Ah si, il jette un coup d'œil et me dit « je reviendrai pour celle-là », parce qu'il sait que c'est plus compliqué ou qu'il y a une histoire en cours. Donc consultation seule oui, mais aucun retour après. D'une part il n'a pas le temps, ça enchaine. Et, après si j'ai besoin d'en parler, de discuter sur un patient il est disponible à écouter, mais pas du tout pour réfléchir à moi, ou à ce que j'aurai pu faire en plus ou en moins, mais plus pour sortir ses anecdotes, ou ce qu'il connait de la famille, les potins ou les trucs comme ça. Oui il peut éclairer sur le psychologique du patient. Mais pas des trucs sur la pratique, sur ce que j'aurai pu faire.

- Pas d'échange quoi.

- Non, il peut y avoir des échanges enfin… non ça s'arrête toujours à un certain point avec MSU 58 l'échange. Il ne cherche pas l'échange, il cherche la productivité.

-Tu vivais comment professionnellement face au patient, car tu étais du coup le médecin à 99% ?

- J'étais hyper gênée, je faisais bonne figure mais, même pour le patient. J'étais surtout gênée pour le patient quoi. De… Souvent ils s'attendent à voir leur médecin traitant, c'est une figure hyper importante pour moi le médecin traitant. Et, mais… j'étais hyper gênée pour eux… en plus limite c'était à la tête quoi. Il voyait le patient qui arrivait, et « bon bah je reviens ». C'était moi qui pensais comme ça car j'ai vu au fur et à mesure comment c'était mais le patient limite il pouvait croire que bon bah « ah c'est vous donc je n'ai pas besoin ou spécialement envie de vous voir quoi ». Mais euh, comment je le vis… c'était vis-à-vis du patient quoi. Je me présentais toujours, « je suis l'interne, est ce que ça vous dérange si c'est moi qui vous vois ? » ; et vraiment poser cache la

question car si c'est pour les patients au départ ils pouvaient être gênés en disant « oui mais il ne revient pas le Dr MSU 58 ? » et en fait ils avaient envie de le voir. Alors après je leur disais direct dès le début « est ce que ça vous dérange si c'est moi qui vous voit ? ». La plupart ils disent « aucun soucis », ils sont habitués quoi, c'est la patientèle de MSU 58, et d'autres qui disaient « je veux bien qu'on commence mais après y'a quelque chose dont je voudrais parler à docteur MSU 58 », donc ok je fais tout l'examen clinique de la rhinopharyngite, le traitement, et quand on veut parler de quelque chose de plus important, ben je vais le chercher. Et donc là il est dispo. Donc gênée, hyper gênée vis-à-vis des patients. Mais bon, j'étais là quoi. D'un côté j'étais hyper contente de faire des consultations toute seule parce que sinon je suis en passif à côté. Donc j'aimais bien quoi. Je n'allais pas lui dire « reste là » si c'était pour qu'il soit de mauvais poil pendant toutes les consult'… le temps passe plus lentement aussi quoi.

- Si tu avais quelque chose à changer ? Ce que tu attendais avant, en toute naïveté, de ce stage ? Ce que tu en as retiré, qu'est ce que toi tu aimerais changer, au singulier ou au pluriel pour ce stage. L'idée c'est de réussir pour notre thèse à pouvoir proposer des choses, donner le regard des médecins, des internes… et toi en tant qu'interne est ce qu'il y a quelque chose que tu pourrais apporter ?

- Dans le déroulement du stage en soi, il n'y a rien à changer, ça reste au cabinet de consultation, où y'a des consultations qui doivent s'enchaîner. Pour certains prat' qui font des consultations en 15 minutes, quand il y a un interne je pense que ce serait mieux en 20 minutes pour pouvoir discuter et voir des trucs. Je sais que concrètement c'est hyper dur de demander cela. MSU 78 il fait des consultations en 15 minutes mais ça ne se voit pas du tout quoi. Car il les passe vite, il peut avoir un peu de retard, et qu'on en reparle vite fait avant ou après. Donc ce n'est pas forcément une question de temps c'est plutôt une question de disponibilité. Mais en soi, de changement de stage, sur la supervision directe moi j'en n'ai pas eu du tout, plus… dire aux médecins d'en faire. J'en avais discuté avec MSU 111 « je sais que je dois te faire faire ça » mais il n'y arrivait pas, il dit « j'y arrive pas, les fois où je le fais le patient me regarde moi et il parle à moi et il attend des réponses de moi, et je te mets dans une position qui est hyper inconfortable », donc lui-même il avait décidé que la consultation se faisait à deux, qu'on menait la consultation à deux quoi. Mais donc il n'y avait pas de vraie supervision directe où c'est toi qui mène la consultation. C'est ce qui a manqué dans ce stage mais en même temps je me rends compte que c'est super difficile quoi. Je pense que même moi je serai hyper mal à l'aise, peut-être parce que je ne l'ai pas vécu, de

mener toute la consultation avec juste l'observateur derrière qui regarde. C'est quelque chose qui me ferait perdre tous mes moyens je pense mais que… peut être qu'au bout de plusieurs consultations j'aurai été à l'aise, mais j'en sais rien je ne l'ai jamais fait. Ou les quelques fois où je l'ai fait, où je commençais l'interrogatoire j'étais gênée et le prat' il reprenait la main. Donc c'est… Car en soit l'observation active elle a été et elle est super intéressante, les consultations tout seul ça, ça allait. Ce n'était pas ultra formateur par l'apport du maître de stage mais plus formateur pour moi, pour voir comment je me débrouille toute seule. Qu'est-ce que je changerai… et après. Je ne sais pas comment faire un filtre des maîtres de stage qui j'ai l'impression n'ont pas à cœur la formation des internes quoi. C'est… c'est vraiment euh. Ouais, accepter de pouvoir discuter, accepter ouais quoi. Qu'on est là pour être formé, qu'on n'est pas là comme de la main d'œuvre. Mais ça, je ne sais pas comment… après c'est les prat'. C'est hyper dur ça dépend tellement de comment est le prat', même de changer… qu'est ce que j'apporterai comme changement au stage… c'est plus avec chaque médecin quoi. En soi le stage il est bien fait on va chez le prat' ! Je ne sais pas comment changer la pratique mais c'est plus chaque médecin qui doit… Et après les réunions, après avoir plus une réunion avec chaque prat', se dire, à mi stage avec chaque prat' on prend une heure et on fait le point. Car avec les trois prat', quand ils ne s'entendent pas ou qu'il y en a un de timide et ben y'a rien de constructif, rien du tout. On dit les trucs, on veut garder une certaine prestance devant les autres et les choses ne sont pas dîtes quoi. Les choses sont pas dîtes alors que, ça se dit derrière et ça se dit pas devant. Enfin c'est l'horreur quoi. Ouais. Y'en a une qui expérimente cela en ce moment… (*rires*). Donc ouais, plus une réunion de mi- stage avec chaque prat', mais qui soit vraiment formelle. Avec une feuille qui soit différente, avec …

- Oui avec une grille préparée, qui ne met pas l'interne à mal, avec des questions hop on les pose… ça délit les langues.

- Ouais avec une case genre « supervision directe » et de faire remonter, de se rendre compte qu'il n'y en a pas eu beaucoup. « Est-ce que la durée des consultations est suffisante », enfin ouais ça permettrait de pouvoir… enfin c'est ça qu'est difficile pour faire bouger les choses avec un prat ' si on est timide ou qu'on n'ose pas dire les choses. Vu qu'on passe 6 mois ensemble c'est hyper dur de faire remonter les difficultés si… Il faut un support c'est quand même bien aidant quoi.

- Voilà, il faut qu'on s'arrête, il est 40. (*elle avait un rdv* !).

8.10.16 Int 76 (aussi Int 43, Int 75 et Int 59)

- Je voulais savoir comment tu avais vécu le questionnaire ?

- C'est pour cela justement si tu avais le questionnaire… Je ne m'en souviens plus… hummm… le questionnaire, le questionnaire… Ben comme tu dis finalement, on ne pouvait pas… je trouve que c'était un peu, c'était un peu bloqué donc on ne pouvait pas clairement exprimer ce qu'on pensait, donc c'était très formaté quand même, est-ce que vous avez eu une supervision ? Ça m'embête vraiment de ne pas l'avoir ton questionnaire, je ne me souviens plus des questions.

- Ne t'inquiète pas, c'était plus pour avoir ton ressenti. Tu vois si il y a des trucs dont tu te souviens ?

- J'essaye de me souvenir, donc il y avait les questions sur la supervision directe, il y avait heu… (*elle rougit car ne s'en souvient vraiment plus*)

- Enfin c'est vraiment juste pour avoir ton ressenti, finalement ce qu'il te reste en mémoire, c'est vrai on est un peu loin, on est déjà à 4 mois. Mais quand tu y repenses qu'est-ce que tu ressens, est-ce que tu as ressenti cela comme étant envahissant…

- Nan, nan, nan, nan, ce qui m'embêtait c'était que… En fait déjà, c'est vrai que vous nous bien expliqué clairement, c'est vrai que les termes supervisions heu… directe heu… juste heu… Oui c'est ça, ce n'était pas très clair je trouvais pour heu… notamment en terme de supervision. Donc heu, est-ce qu'on avait une supervision après chaque consult, à la fin de la journée etcétéra. C'est ça qui était un peu difficile à répondre dans votre questionnaire par ce que cela dépendait évidemment des fois, des prats, des situations, et c'était un peu difficile je trouve de rentrer dans une case par rapport à ça. Après le reste…

-Hum…

- Après le reste heu… non je n'ai pas trouvé du tout cela envahissant. C'était heu… C'était quand même bien clair, et vous aviez laissé des petites cases à chaque fois sur heu… est-ce que vous avez des choses à rajouter, des choses à dire, donc c'était nickel pour ça. Un bon questionnaire, franchement dans l'ensemble, les questions on voyait où elles voulaient en venir et c'était bien.

- Hum… D'accord.

- Je ne sais pas si cela te vas comme… (*Rires)*

- Si si !

- Si j'avais les questions devant moi j'aurai pu en dire plus !

- Il n'y a pas de ...

- Cela m'aurait plus rappelé, parce qu'il y a des fois pendant que je remplissais ton questionnaire, parfois je me disais « Ha mince ça… je ne comprends pas trop ce qu'il veut dire ou… ». Mais là c'est vrai que je ne les ai pas devant moi.

- Il n'y a aucune mauvaise réponse.

- Nan mais oui oui, ne t'inquiète pas.

- Après quel était ton…quel est ton ressenti finalement envers la supervision que tu as eue ?

- Hum !... heu… Concrètement, donc moi j'avais quatre prats. J'en avais heu… et en fait j'avais vraiment l'impression que c'était deux choses complètement différentes, donc j'avais deux praticiens dans un même cabinet et deux autres dans deux villes et cabinets différents. Et j'avais vraiment effectivement deux visions complètement différentes de la supervision. Avec les deux prats qui étaient dans le même cabinet on voyait que déjà entre elles, elles discutaient beaucoup de comment superviser les internes, faire une bonne formation, et vraiment entre elles, elles étaient très attentives à comment on va pouvoir lui poser heu… Justement une bonne formation, qu'est-ce que…quelles étaient mes attentes, comment est-ce que je pouvais évoluer. Donc déjà entre elles-deux, elles discutaient beaucoup et… elles ont discuté avec moi pour voir comment je ressentais les choses, comment…Ce sur quoi je voulais travailler. Si j'avais des sujets sur lesquels je me sentais complètement nulle et que je voulais plutôt bosser. Alors que les autres je n'ai jamais eu de discussion là-dessus. Et puis j'ai été lâchée dans le bain quand même très très rapidement sans jamais me demander si cela me convenait, et puis comment on pouvait avancer ensemble vers une vraie supervision. Donc j'ai vraiment eu deux… c'est cela qui était intéressant finalement dans mon groupe de quatre prats, j'ai vraiment eux deux avancées à vitesses différentes en fait. Complètement à l'opposé donc c'était très intéressant pour ça. Mais globalement supervision… très médiocre parce que évidement sur un groupe de quatre prats avoir seulement la moitié qui essaye de faire une supervision et l'autre moitié qui n'en a rien à faire, donc finalement c'est un peu compliqué. Et puis voilà. C'est vrai que les deux dans le même cabinet c'était pas quand même… c'est vrai que vous nous aviez expliqué ce qu'était une vraie supervision normalement à reprendre complètement une consultation puis après faire des formations dessus. Ça jamais on ne m'a demandé « pour la prochaine fois, tu peux travailler tel sujet… » Enfin si je crois une fois. Heu…

une fois sur un problème cardio, sur les nouveaux anticoagulants oraux. Donc c'est vrai une fois en 6 mois, c'était pas énorme non plus. Voilà globalement.

- Et quand tu, quand tu dis qu'elles ont essayé de discuter avec toi, en fait c'était par rapport à quel sujet ?

- C'était essentiellement sur le sujet de connaissance que moi je voulais développer, puis ce que c'est vrai que j'étais en dernier semestre. Elles ont tout de suite dit, « bon ben on n'est pas forcément dans le cadre d'un stage prat classique » puisque à la fin je commence les remplacements. Donc voilà, elles savaient qu'elles n'avaient pas autant à m'apporter en terme de connaissances théoriques, mais vraiment c'était en terme pratique puisque sortant de 5 semestres à l'hôpital, le cabinet de médecine générale, on ne sait pas du tout ce que c'est. Et c'est vraiment dans ce sens-là où elles ont essayé de me mettre à l'aise, et puis elles me demandaient « concrètement, comment est-ce que l'on peut t'aider ? Est-ce qu'il y a des domaines où tu es moins à l'aise ? ». C'est vraiment dans ce sens-là qu'elles ont essayé… rien qu'en terme de rythme horaire, sur les quatre cabinets je me suis mis rapidement à consulter toute seule, elles m'ont demandé « à quel rythme tu veux travailler ? Est-ce que cela te convient ? ». Les autres ils m'imposaient leur rythme et de toute façon je n'avais pas mon mot à dire. Elles étaient beaucoup plus prévenantes.

- Et heu…j'ai l'impression que tu me parles plus de ce qu'elles t'ont demandé, et pas forcément de ce qu'elles ont remarqué par rapport à tes difficultés en consultation ?

- Oui, oui, oui. C'est vrai, complètement. C'est vrai qu'elles ont, elles m'ont… oui, à chaque fois que l'on parlait de cela, elles me demandaient comment moi je ressentais les choses. Mais tu as raison, elles ne me faisaient peu de remarques en me disant heu… « j'ai remarqué que tu… ». De temps en temps, c'est vrai qu'il y en a une en particulier qui à la fin de la demi-journée aimait bien que l'on revienne, voilà… « Est-ce qu'il y a une consultation sur laquelle tu aimerais que l'on revienne, où tu t'es sentie en difficultés ? ». Et à ce moment-là, je lui disais quel était mon ressenti et cela lui arrivait de me dire « effectivement, je t'ai sentie moins à l'aise. ». Des trucs comme ça, mais effectivement. C'était effectivement comment moi je sentais les choses mais, elle osait peut-être un peu moins je pense, peut-être qu'elle avait peur que je me vexe ou… oui elle osait un peu moins me dire « franchement j'ai l'impression que tu es en difficulté sur ça ou sur ça ». C'était toujours de comment moi j'ai vécu la situation, et si je voulais changer autre chose.

- Et concernant les deux autres praticiens. Hum… Comment se passait la supervision en fait ?

- Alors… celui… Un monsieur un peu âgé, qui a (*son âge*), qui prend un PRAT et un SASPAS. Et lui dès le premier jour cela a été… tu vas faire les consultations toute seule. C'est un monsieur qui fait des consultations tous les quarts d'heure, qui a son planning de consultation, et l'avantage, il le fait aussi un petit peu… l'avantage c'est qu'il y a un bureau de libre le mercredi après-midi. Mais bon, il m'a clairement dit que c'était justement pour ça. Comme cela on se répartit en début d'après-midi. On répartit les consultations une sur deux. Dès le premier jour je me suis retrouvée à faire des consultations toute seule. Et justement je lui avais dit que moi cela m'embêtait un petit peu, car on ne connaît pas logiciel, on ne connaît pas le cabinet. On ne connaît pas avec qui on travaille et moi j'étais un petit peu embêtée. Je lui avais clairement dit ça, que moi cela m'embêtait de commencer les consultations toute seules dès le premier jour. Et il m'avait clairement répondu : « De toute manière, je n'ai rien à t'apprendre. Tu es en fin de cursus et j'estime que je n'ai rien à t'apprendre. La médecine c'est de l'expérience. Ce n'est pas en me regardant pratiquer que tu vas apprendre quelque chose. ». C'est une vision…Je ne suis pas du tout d'accord en plus… En fait je n'ai pas eu mon mot à dire non plus, c'est… De temps en temps j'insistais un petit peu quand il me disait « cette dame je veux la voir pour… Pour un syndrome dépressif, et il n'y a rien d'intéressant. Cela me saoule. ». Ben non, au contraire moi j'aimerais bien…J'aimerais bien voir comment tu discutes avec elle, si tu es d'accord. Donc de temps en temps on arrivait à faire des consultations tous les deux. Mais la plupart de temps c'était vraiment 1 sur deux et il me laissait dans mon coin. Hé là, je n'avais jamais de supervision. Il y avait tellement de monde, avec des plannings hyper serrés, hyper chargés, on consultait jusqu'à deux1 heures à chaque fois. Et j'avais… c'est à peine si je pouvais lui dire « j'ai vu untel pour un renouvellement et je lui ai prescrit ça ». De toute manière on enchaîne. Après il repassait dans le bureau à chaque fin de consultation pour passer la carte vitale. Donc si j'avais vraiment un problème je lui disais, si j'avais un souci il était tout le temps là pour répondre au téléphone. Il n'y avait aucun souci là-dessus. Il était très présent. Mais voilà… Aucune supervision. On ne pouvait discuter de rien. Et le peu de fois où j'essayais de dire : « pour lui j'étais en difficulté pour ça... ». Il me disait : « Ah oui oui, non mais tu as bien fait » et on passait au suivant. Donc voilà c'était vraiment le côté négatif. Et dès le deuxième jour, la semaine suivante, il est parti faire des courses au Leclerc en me laissant toute seule dans

le cabinet. Voilà… C'est un peu moyen… Surtout qu'il n'y a pas de secrétaire et je suis vraiment toute seule toute seule dans un cabinet je ne connais pas. Il ne part pas longtemps mais… Mais il est quand même parti plus d'une demi-heure en me laissant seule avec des patients qui n'étaient pas au courant que ce n'est pas le docteur qu'ils allaient voir mais la stagiaire. C'est quand même très moyen déjà vis-à-vis du patient. Je ne trouve pas ça respectueux. Et l'autre personne dans l'autre cabinet ce… Cela a été un peu… En fait le premier mois…On a quand même fait une espèce de supervision comme ça où heu… Le premier jour je restais sur le siège je regardais comment elle fonctionnait, comment elle se servait du logiciel. La deuxième semaine je gérais uniquement le logiciel et elle, elle était à côté elle faisait la consulte. Et dès la troisième semaine je faisais tout toute seule et elle, elle était à côté. Et après ce qui n'était pas très agréable c'est qu'elle faisait des remarques en permanence devant les patients. Donc niveau confiance en soi ce n'est pas du tout agréable. Ce n'est pas une façon de superviser que de faire des remarques devant le patient. Elle me disait : « Tu es nulle ! » je me suis pris 2-3 remarques quasiment comme cela et des « Dis donc, on ne t'a pas appris ça à l'hôpital ? ». C'est vrai que devant le patient c'est super ! Et puis sans revenir dessus après non plus. Ce qu'il aurait fallu faire c'est, qu'une fois que le patient sort, se poser tranquillement et puis dire : « Voilà, je crois que tu aurais dû faire ci, que tu aurais dû faire ça. ». Là non c'est tout devant le patient. Et puis le patient sort et pouf on enchaîne avec le suivant et puis la journée se déroule comme ça. Donc vraiment pas de supervision. Et puis au bout d'un mois je faisais ses consultations toute seule. Elle avait son planning, elle était dans un bureau un côté, et je faisais sa consult'. Sachant que pareil, elle n'a jamais quitté le cabinet, elle est toujours à côté donc si j'avais un souci elle venait. Et en fait, les patients n'étaient pas au courant que c'était l'interne et pas le prat'. Donc si il y en a pour qui cela pose problème, elle venait faire la consultation avec moi. Et donc pas de supervision pour ces deux derniers du tout.

- Et tu avais un retour ?

- Jamais de retour, au maximum c'était un « il est venu pourquoi, qu'est-ce que tu as fait, ça très bien. ». Voilà.

- Est-ce que tu t'es sentie en difficulté ?

- Oui, c'est sûr que oui ! Je te dis déjà par rapport au patient je trouve pas cela correct, d'imposer le fait que ce soit l'interne comme cela. Et puis des difficultés techniques au début parce que l'on ne maîtrise pas du tout l'environnement du cabinet, où il faut envoyer les patients. La façon tout bêtement de comment travaille le praticien avec

lequel on travaille. Chacun a un petit peu ses habitudes, sa façon de faire, et là on se retrouve complètement lâché dans la nature. Et puis évidemment, on n'ose pas appeler notre praticien toutes les deux secondes pour un conseil. Car cela fait nul devant le patient. On risque de se discréditer complètement. C'est surtout ça qui mettait en difficulté et puis en plus l'impression de… Ne pas trop pouvoir exprimer, vu qu'à aucun moment il n'y a eu d'ouverture pour demander : « comment tu te trouves ici ? Est-ce que cela se passe bien ? Est-ce que tu veux qu'on change des choses ? ». C'est vrai que tu n'oses pas à la fin de la journée, en plus moi ils étaient loin. J'avais une heure de route derrière, donc je n'avais pas forcément envie en plus de rester, de m'éterniser. C'est vrai que tu n'oses pas trop, un moment taper du poing sur la table et leur dire : « Bah écoutez, cela ne me convient pas la façon dont vous faites… ». Sachant que cela fait des années qu'ils font comme cela et que personne ne leur a rien dit. C'est un petit peu ça finalement. C'est la difficulté de communication… Le monsieur en question je lui ai dit d'emblée que cela ne me plaisait pas cette façon d'imposer une consultation sur deux sans avoir la possibilité d'en discuter. Mais comme il m'avait clairement dit « de toute façon je n'ai rien à t'apprendre. ». On ne peut pas discuter. Qu'est-ce que tu veux dire…Il n'y a rien à comprendre…Et c'est parti pour six mois… *rires*…

- Si je reprends un petit peu ce que tu as dit. Tu as dit qu'ils étaient disponibles à côté ?

- Oui.

- Que tu pouvais les joindre à n'importe quel moment ?

- Oui.

- Et est-ce que tu avais l'impression que c'était le cas. Que tu ressentais cette présence-là ?

- Oui, oui, oui. Là clairement oui. Et puis déjà le monsieur avec qui on alternait une consultation sur deux, il revenait lui à chaque fin de consultation pour passer la carte vitale, il y avait au moins une présence physique. Lui je le voyais à chaque fois. Donc il n'y avait pas de problème là-dessus. Mais c'est vrai que l'autre personne… Oui je savais qu'elle était dans l'autre cabinet à côté…Et quand je l'appelais, elle répondait. Elle ne m'a jamais envoyé bouler en disant « Voilà tu pourrais quand même gérer ça ! ». Quand je l'appelais et que je lui disais « là je suis en difficulté pour ça », elle arrivait dans la seconde. Vraiment pour le coup…Ils étaient là, ils étaient présents. Si j'avais le moindre problème ils venaient. Pour le coup c'était très rassurant quand même. Parce que comme ils m'ont lâchée assez rapidement, mais c'est aussi apprendre

l'autonomie… C'est pas plus mal car cela avait un côté rassurant. Je me suis forcée à m'autonomiser tout en me disant si il y avait un gros pépin, il y avait quand même le praticien derrière. *Silence...*

- Et est-ce que cela t'est arrivé d'avoir de gros pépins ?

- Non, un énorme pépin, non non… Je n'ai pas eu de purpura fébrile, je n'ai pas eu d'état de choc. Un gros pépin non. Je réfléchis… Non, des petites broutilles évidemment, où tu ne sais pas où est le matériel de suture. Mais évidemment un gros pépin non.

- Donc, si tu n'as pas eu de gros pépin, tu n'as finalement pas trop fait appel à eux ?

- Oui, oui-oui. Il y a des journées où je ne les appelais pas. Elle était dans son bureau, il y a des journées où je ne l'appelais pas de la journée. Voilà, je n'appelais pas de la journée, et à la fin de la journée c'était : « alors ça s'est bien passé ? Oui bon bah très bien, je te laisse la compta. Au revoir. »

- Tu la voyais combien de temps dans la journée du coup ?

- On mangeait ensemble le midi. Donc elle me demandait quand même, elle aimait bien savoir pourquoi les patients étaient venus. Donc, quand on mange ensemble le midi, elle me demandait pourquoi ils étaient venus. C'est un débrief plus qu'une supervision. Et puis l'après-midi on le faisait même pas, on faisait la compta et c'est tout. Donc en tout dans la journée c'était une heure, une demi-heure le midi. Par contre quand elle faisait des visites en maison de retraite, c'est elle qui gérait la visite. Oui, pour le coup c'était un peu bizarre. Les visites en maison de retraite c'est elle qui les faisait. Elle y tenait. Les visites à domicile aussi. Les visites c'était son truc, je suivais…Et puis l'autre l'après-midi, on finissait tellement tard le soir, on finissait tellement tard, et puis en général, il y avait tellement de chose à faire que c'est lui-même qui me mettait à la porte en me disant : « Rentre chez toi. Il est 21 heures rentre chez toi, j'ai encore plein de choses à faire. Au revoir. ». C'est cela qui est dommage aussi, qu'en terme de… d'apprentissage du fonctionnement du cabinet, je n'apprenais pas grand-chose, il ne m'apprenait pas comment tenir une compta… Ni comment gérer tout le côté administratif autour du cabinet, parce que l'on voyait que c'était énorme. C'était : « bon allez rentre chez toi ! ». Même là-dedans, il n'y avait pas vraiment de volonté de m'apprendre cela. Même alors qu'il savait que j'allais commencer les remplacements à la fin du semestre. Il savait que j'étais un peu plus apte pour entendre ce genre de choses…Alors peut-être que je ne posais pas assez de questions ? Peut-être que si on n'en avait parlé clairement il m'aurait dit que je ne posais pas assez de questions ? Mais

quand tu finis la journée à 21 heures et il te dit : « c'est bon c'est fini ! ». Ce n'est pas ce qu'il y a de plus facile pour communiquer.

- Est ce que à des moments tu as été observée par certains maîtres de stage ? Ou c'est toi qui faisait la consultation et tu étais observée par eux ?

- Au début. Mais à partir du troisième mois j'étais vraiment toute seule. Cela a vraiment été pendant les deux premiers mois le temps de s'adapter un petit peu, là je parle vraiment des quatre PRAT, les deux premiers mois, en particulier dans le cabinet où elles étaient deux. Pendant deux mois, c'était vraiment faire les consultations toutes les deux. Et puis à partir du troisième mois je faisais tout, jamais elles ne sont venues derrière à un moment pour reprendre, pour essayer de faire une consultation ensemble et voir comment cela se passait. Les deux premiers mois exclusivement. *Silence…*

- Il y avait, si je comprends bien, pas tellement d'aller-retour entre toi qui les observe, elles qui t'observent consulter, et toi qui consulte toute seule ?

- Oui oui, pas du tout. C'était vraiment du progressif, le premier mois, je les observais, le deuxième mois, elles m'observaient, et puis à partir du 3ème mois, je faisais toute seule.

- Tu t'es sentie à l'aise dans les différentes façons de faire ?

- Ce n'est pas évident d'avoir quelqu'un qui vous regarde. C'est là que l'on se rend compte que pour les maitres de stages cela ne doit pas être facile pour eux. Tu te sens quand même un peu tout le temps jugée, tu te dis « mince si je dis ça, est-ce que je l'ai dit de la bonne façon ? ». Cela me paraît normal… Cette avancée progressive me paraît normale, cela me rassurait le premier mois de ne pas me retrouver toute seule. J'aimais bien pouvoir les observer, voir comment elles faisaient. Après le moment où moi j'étais observée, je trouvais cela normal aussi. Après ce n'est pas… Après j'ai un petit peu regretté de ne pas plus repartir dans une sorte d'alternance. Oui, à un moment j'aurai préféré peut-être, les ré-observer à nouveau ou être ré-observée à nouveau pour apprendre. Parce que au final, deux mois cela passe très vite. On y est une demi-journée ou un jour par semaine et ça passe très vite. Ce n'est pas énorme 4-8 séances ce n'est pas grand-chose. C'est ce que j'avais dit dans le questionnaire, je trouve vraiment idéal une alternance de phase, des périodes d'autonomie, des phases de supervision, d'observation, c'est je pense l'idéal. C'est vrai que moi j'y ai été pendant le semestre d'été, clairement après l'été j'ai fait des remplacements… *Silence…*

- Tu as fait des remplacements ?

- Oui j'ai quasiment fait des remplacements, enfin moi honnêtement j'appelle cela des remplacements. Dans le cabinet où elles étaient toutes les deux, en fait, je consultais dans le cabinet du médecin qui était en vacances. Cela leur évitait d'avoir un remplaçant, j'avais mon planning de consultation à moi. Ce n'était pas dit comme ça, ce n'était pas dit évidemment « tu me remplaces » mais n'empêche, les jours où elle n'était pas là, j'étais la toute la journée pour faire son planning dans son bureau. Sans aucune supervision à la fin.

- Tu l'a vécu comment ça ?

- Sur le coup je me suis dit… Ouais on le vit de deux façons différentes, on se dit chouette, elles me font confiance, elles m'ont vu travailler et elles me font confiance. Je vais être en autonomie ça va être bien, je vais être toute seule et avoir mes consult', ça c'est bien. Et d'un autre côté où on se dit, c'est facile, c'est un peu facile. Elles sont en vacances et je travaille deux jours. Parce que normalement je travaillais le lundi chez une prat et le mardi chez l'autre. Et là quand elles étaient en vacances je travaillais les deux jours dans le cabinet de celle qui était en vacances. On était plus sur le je travaille avec l'une, puis je travaille avec l'autre. Là j'avais mon planning de consulte en remplacement de celle qui était en vacances. On se dit c'est un peu facile parce que ce n'est pas ce pourquoi je suis en stage, je suis sensée être en formation. Alors que là, on me fait faire du remplacement gratos. On le vit un peu comme ça. Mais c'est intéressant, c'est chouette. À la fin de la journée on est content quand on a vu ses patients. J'en parlais par contre le soir aux autres si j'avais des difficultés, les autres médecins étaient disponibles, donc il n'y avait pas de problème non plus à ce niveau-là. Ce n'était pas un vrai remplacement toute seul dans le cabinet pendant qu'elles étaient en vacances. *Voilà. Rire…*

- Tu l'as ressenti comme ça ?

- Oui je l'ai ressenti comme ça. On se dit d'un côté un peu, on est un peu des bons pigeons, et puis un autre ça fait partie de l'apprentissage du métier. Moi lié à ma position comme j'attaquais les remplacements juste après, je me suis dit aussi c'est un aperçu de ce que je vais vivre après, en se disant que ce n'était pas forcément normal. Et ça me mettait d'autant plus mal à l'aise car c'était à la base les deux médecins qui me supervisaient le mieux. J'étais embêtée, je me suis dit ce n'est pas possible, ce sont celles qui me supervisent le mieux et là je me retrouve à faire des « remplacements ». Et un jour j'ai remplacé la 3ème, parce que ce cabinet a trois médecins, et un jour on m'a clairement demandée « bah voilà est-ce que tu acceptes de la remplacer ? ». Je ne

pouvais pas dire non, donc j'ai dit « non ça m'embête pas ». Tout en te disant : « ne t'inquiète pas, on sera là si il y a le moindre problème ! ».

- Et qu'est-ce qui s'est passé ce jour-là ?

- Et bien j'ai géré les consultations, le planning de consultation de la troisième médecin qui n'était aucunement maitre de stage mais qui était en vacances. Ça s'est bien passé, mais ce n'est pas normal, ce n'est pas normal. *Rire*…

- Si je comprends bien tu es venue une journée en plus ?

- Nan c'était un jour ou je devais être, sur une journée avec mes maitres de stages. Mais ce qui fait que, en fait au lieu qu'elles me supervisent, elles ont fait chacune leur journée de consultation et moi j'étais dans le bureau de la troisième. Une toute petite supervision, elles m'ont demandé « est-ce que cela s'est bien passé ta journée ? Est-ce qu'il y a des choses dont tu voudrais nous parler ? ». Non on n'a pas fait un vrai débriefe. Et puis, vu qu'elles ne sont pas là, tu ne peux pas faire des consultations où tu parles de ton ressenti et tout ça…

- Tu m'a dit que tu ne l'avais finalement pas si mal vécu que cela car comme tu es en dernier semestre cela te faisait une transition…

- Oui c'est ça une transition...

- Et si cela n'avait pas été le cas, comment tu aurais ressenti les choses ?

- Ha oui, c'est une bonne question. Je pense que tu vois beaucoup plus, en plus en ayant discuté avec des collègues à qui c'est arrivé aussi cet été, tu vois beaucoup plus qu'on se sert de toi comme un remplacement gratuit. Enfin je pense, c'est difficile de me mettre à la place, mais en discutant avec plusieurs internes dont cela a été le cas cet été, c'est un peu ce qui ressort pour tous ! On est de la petite main gratuite. Et en plus ils sont rémunérés pour nous former, et finalement ils ont la rémunération et en plus tu fais leur journée de consultation ou la journée de consultation du collègue. Parce qu'il y a beaucoup de stage où il y a beaucoup de gens qui se sont retrouvé dans des cabinets de deux ou trois médecins et quand il y en a un qui est en vacances, et bien ça tombe bien parce qu'il y a un interne en stage Prat'. On lui donne son planning. Je pense que tu le vis un peu plus sur ce versant-là, un peu comme une injustice, on se sert de nous.

- Tu dis que tu avais son planning, donc concrètement au niveau du nombre de consultation par jour ?

- Elle m'avait demandé quand même, au début. Et donc je faisais trois consultations par heures, c'est à peu près ça. Le cabinet où elles étaient deux c'était une consultation toutes les vingt minutes avec quatre et un trou, quatre et un trou je crois. Et dans les

deux autres cabinets c'était une toutes les quinze minutes, c'était trois à quinze minutes et puis un espace de quinze minutes. Et là pour le coup on ne m'a jamais forcé la main pour accélérer le rythme ou pour voir plus de patients. C'était bien, On me demande tout le temps si au niveau de mon rythme cela allait bien. En général dans le cabinet des deux.

- Par ce que dans les autres cabinets ce n'était pas le cas ?

- Ben non. Comme je disais celui qui avait son planning où l'on se répartissait un sur deux. Je n'avais pas le choix il fallait que je suive la cadence. Et puis l'autre c'était à peu près pareil. C'était trois par heure, mais des fois quand il y avait des petites urgences on me les rajoutait sans trop me demander. Cela faisait sauter l'espace qui était prévu pour rattraper le retard, pour avoir le temps de souffler. Cela n'arrive pas souvent, mais on ne me consultait pas forcément pour me demander quand c'était comme ça si j'avais mon mot à dire.

- Si cela avait été le cas tu aurais dit quoi ?

- *Rire*. Si on m'avait consulté ? Il y a des fois où j'aurais dit non. *Rire.* Il y a des fois c'est vrai que c'est embêtant… Ce qui est ennuyeux, je vois dans le dernier cabinet, la secrétaire se retrouvait un petit peu au milieu. Elle allait en général voir la médecin qui était dans un autre bureau pendant que je consultais et lui disait « Là il y a un enfant qui ne va pas trop bien ». Et du coup la Prat disait tu rajoutes et tu en parles à l'interne. Mais une fois que c'était rajouté, c'était bien mignon de m'en parler, mais c'est fait c'est fait. Cela m'arrivait un petit peu de râler et de dire à la secrétaire : « C'est sympa mais on aurait pu m'en parler avant !», « Oui mais le docteur untel m'a dit que… ». La secrétaire ce n'est pas forcément évident pour elle puisqu'elle se retrouve un peu entre les deux, entre le médecin qui impose, et puis après il fallait en parler par principe. Mais ce n'est pas arrivé souvent. Cela serait arrivé plus souvent j'aurais râlé. Parce que le but ce n'est pas non plus d'arriver au travail avec la boule au ventre en se disant je me fais complètement exploiter. Mais c'est vrai que le peu de fois que cela arrive voilà… ça énerve. *Rire.*

- Tu as dit que c'était la secrétaire qui venait en parler, finalement c'est elle qui faisait l'intermédiaire. Qu'il y avait moins, j'ai l'impression, de communication…

- Ah oui il y avait pas trop de communication. Elle était dans son bureau, elle faisait ses papiers administratifs. Elle profitait de la journée… Moi donc je faisais des consultations, pour elle avancer tout ses courriers administratifs de son côté. Les certificats à faire, les courriers pour adresser des patients à des correspondants.

Finalement c'était sa journée dédiée pour faire ça, ce que tu fais finalement le soir ou le week-end. Oui. Après je ne sais pas pourquoi est-ce qu'elle passait pas par la secrétaire. Sûrement qu'elle était occupée dans ses affaires. Mais elle ne venait pas me voir pour me dire que je t'ai rajouté untel. Elle disait à la secrétaire « tu lui diras… ». Mais on mangeait tous les midis ensemble, cela se passait bien quand même. On n'était pas juste deux inconnues. Mais c'est une façon de fonctionner... *Silence*

- Combien de temps à peu près pour faire la supervision ?

- Par jour tu veux dire ?

- Par jour ouais.

- Dans le cabinet…Y en a vraiment une seule qui faisait vraiment… La vraie supervision comme vous l'entendez, il y en a une seule qui la faisait vraiment et c'était vingt minutes.

- Et toi comment est-ce que tu l'entends la supervision ? Pour toi c'est quoi en fait ?

- C'était plus que ça, puisqu'on faisait zéro minute avec les autres. C'était un débriefe, globalement tous j'avais un débriefe. Donc voilà. À la fin de la journée, puisque ce n'était pas après chaque consulte. C'était à la fin de chaque demi-journée ou de chaque journée. « Ouais comment cela s'est passé, est-ce qu'il y a des choses sur lesquelles tu veux revenir ? ». Il y avait toujours évidement des choses sur lesquelles je voulais revenir. Et puis là on était souvent pris par le temps. Et… Et… Il y en a une seule, celle qui faisait la supervision un peu plus… Il y avait vraiment le côté purement « pratique ». J'étais en difficulté, je ne sais pas parce que je ne savais pas où était le mètre, quelque chose comme ça. Et puis il y avait le côté un peu plus relationnel où ben là en même temps quand tu es toute seule c'est compliqué de… vu qu'ils n'étaient pas derrière toi à ce moment-là pour te dire que tu avais galéré et que tu n'avais pas bien fait la chose. C'est difficile de faire une vraie supervision dessus. Donc… Je disais juste « j'étais en difficulté et je n'ai pas su comment lui amener… À parler de sa consommation tabagique ». Et puis finalement cela s'arrête là parce qu'ils n'étaient pas là pour voir. Et puis toi tu ne te souviens plus, tu ne te souviens plus exactement ce que tu as dit à la fin de la journée, ni ce que le patient a répondu à ce moment-là. Mais globalement c'était ça, 15-20 minutes grand maximum de supervision globalement. Sachant qu'il y en a surtout une qui le faisait, les autres…Les autres c'était plutôt trois minutes de débriefe. Disons que c'est pas assez, je pense qu'il faudrait au moins une demi-heure, au moins une demi-heure le soir. De vraiment se poser et de pouvoir dire tout ce que l'on a envie de dire. Mais là, ce n'est pas suffisant.

- Avais-tu l'impression de ne pas pouvoir dire tout ce que tu voulais ?

- Complètement. De ne pas pouvoir poser toutes les questions que tu veux poser. De ne pas pouvoir t'exprimer. Oui, c'est vraiment ça. C'est dommage parce que ce sont des maîtres de stage qui sont censés faire de la formation et qui finalement, on a un gros problème de communication. Je trouve ça pas normal… *Silence.*

- Quand tu disais que tu avais une difficulté, par exemple avec le patient tabagique, et que tu disais « elle n'était pas là, donc comment elle pourrait savoir ? » Est-ce qu'elle t'interrogeait pour savoir comment se déroulait plus précisément la consultation ?

- Non non non, C'est pour ça je te disais, C'est pour ça que je te disais ça manque de communication. Un défaut d'envie de formation pour certains. Voilà après les quatre ne sont pas pareils, donc c'est ça qui est difficile. Mais clairement j'en ai deux qui ne me posaient pas la moindre question. « Ah oui tu as une difficulté, ha oui d'accord. Tu verras ça viendra. » Il y en a un en particulier qui me disait « à oui tu verras avec l'expérience ça viendra ». Oui oui… Super ! *Rire…* Et les deux autres, un petit peu près ça, me demandaient : « Est ce que tu lui a amené ça ? ». De temps en temps, avant de me dire : « va chercher sur Internet ! ». Sans me dire un message intéressant : « ce que tu dis là tu vas faire une recherche dessus pour la semaine prochaine et puis on en reparle ! ». On n'est jamais vraiment revenu sur une consultation, En demandant qu'est-ce qui t'a dit qu'est-ce que tu as fait, qu'est-ce que tu as répondu, qu'est-ce que tu en as pensé...

- Je vais rebondir sur deux choses. Tu me parlais des recherches tu avais fait chez toi, tu en as rediscuté avec tes maîtres de stage ?

- Une fois, bien une fois… *rire…* Juste une fois. C'est tout !

- Tu aurais aimé que cela se passe différemment ?

- Oui, j'estime que l'on n'a toujours à apprendre. Oui c'est important. Quand on a des questions sur des consultations, quand on a des problèmes c'est important de faire des recherches, d'approfondir pour faire mieux la fois d'après. Si on peut en plus en parler avec des gens, pour en discuter avec eux en fonction de leur expérience, de leur vécu, c'est important, parce qu'entre la théorie et la pratique il y a quand même un large monde. J'aurais bien voulu pouvoir discuter un peu plus, voilà « les recommandations c'est ça, qu'est-ce que vous faites en pratique, qu'est-ce que vous avez décidé de mettre en place, comment j'aurais pu le mettre en place lors de la consultation ? »… Une supervision… Une supervision, avec des objectifs d'apprentissage de formation d'une fois sur l'autre, mais qui ne sont pas présent… *Silence* Voilà *! rires.*

- Et la deuxième chose c'était : tu me parles de ton praticien qui te disait « tu verras cela viendra avec l'expérience ». Est-ce que tu as le sentiment qu'il te transmettait son expérience, justement ?

- Ah non ! Haha non ! Pas du tout ! Ha non parce que justement il ne voulait pas que je sois là avec lui pendant les consultations. Donc je ne vois pas comment je pouvais voir son expérience. Cela dit c'est le même qui me disait, « je n'ai rien à t'apprendre ». Je n'ai rien à t'apprendre, tu fais ta consultation dans ton coin, et vu que l'on ne revenait sur aucunes consultations. C'était de l'apprentissage par autonomisation. Lui, il ne me transmettait absolument pas son expérience. Je n'ai eu aucun retour dessus. Après quand je lui posais 2-3 questions pour savoir comment il ferait lui, il me répondait. Mais on ne s'éternisait pas dessus. On voyait qu'il n'y avait pas vraiment de volonté d'apprentissage, de formation…*silence. Rires…*

- Si tu avais quelque chose a changé, cela serait quoi ?

- Une chose à changer ?

- Ou plusieurs, ce n'est pas limité.

- Ce n'est pas évident. Il y aurait beaucoup de choses à changer évidemment. Comme je te disais, déjà avoir un vrai temps de supervision. Parce que c'est quand même primordial. Et il faudrait carrément un temps, bloquer des consultations, voilà se dire « stop à partir de telle heure on bloque les consultations », et on va prendre une heure pour revoir, discuter de choses, cela me paraît primordial. C'est la formation. On est censé être en formation ! Il doit y avoir un temps de formation, cela me paraît essentiel. Après quoi d'autre changer... Je pense qu'il n'y a pas assez… En tout cas moi dans mon groupe, nous avons eu seulement deux réunion entre prats où j'étais là. J'en ai eu deux, sachant que moi ma réunion, la première a été pour l'organisation des vacances. Savoir lorsque l'un était en vacances chez qui j'allais aller. Et la deuxième, c'était pour faire un petit peu le point sur… Pour faire le bilan, c'était le dernier mois pour faire le bilan sur ce semestre-là. Évidemment que tu ne leur dis pas en face « J'ai trouvé cela lamentable que dès le premier jour tu me laisses toute seule ». Ce ne sont pas des choses que tu peux dire face à tes quatre prats, tu es toute seule… Cela n'a pas servi à grand-chose finalement. C'était surtout pour remplir l'évaluation de fin de stage. Cela m'a pas apporté, je pense qu'il faudrait plus de temps, je ne vois pas comment cela peut être mis en place, mais plus de temps pour discuter entre prats et l'interne pour savoir comment on se sent. Moi là, cela se faisait au restaurant, ils étaient tous les quatre en train de me regarder, à me poser des questions, c'était plus impressionnant que chose. On n'osait

pas dire les choses. En plus ils n'habitaient pas du tout au même endroit en terme de localisation, pas du tout au même endroit, ça n'est pas pratique. On savait qu'on était pressé, celles qui habitent un peu plus loin, il fallait qu'elles fassent la route pour ne pas rentrer tard car le lendemain tu as des consultations. Cette réunion entre praticiens et interne, je trouvais que ce n'était pas optimal. Je ne sais pas si y'a moyen de faire des formations plus groupés, où l'on se retrouve tous ensemble. Plusieurs groupes de prats, plusieurs groupes d'internes et on aurait peut-être plus de facilité à dire quelque chose que tout seul devant ses quatre praticiens. On est un peu embêté. Après c'est évidemment une question de maître de stage, une question de caractère. Il y en a qui ont vraiment une volonté à former, et il y en a d'autres où ce n'est pas leur priorité. Ça malheureusement c'est difficile de le changer. Faut changer le maître de stage… *rire.* C'est compliqué alors qu'on sait qu'on en manque. *Silence…*

- J'ai une dernière question, est-ce que tu as eu l'impression qu'il y avait une évolution au cours du semestre dans la supervision ?

- Non. Plutôt une évolution décrescendo en fait. Par rapport au débriefing… Au début il y avait un débriefing systématique et à la fin il y en avait plus. C'était plutôt dans le sens inverse. Cela m'arrive que certains soirs… C'est arrivé une fois qu'avec ma prat' je ferme le cabinet, et qu'elle ne revienne même pas. En fait elle avait une réunion pour son école, et elle est partie. J'ai assuré les consultations jusqu'à 19 heures, et elle est partie vers 17h. Et elle n'est pas revenue après, rien que le soir pour remettre les clés du cabinet. J'ai dû les donner à la collègue. Et là ça fait vraiment supervision zéro. *Rires…* Puis sans me demander d'appeler, c'est « tu m'appelles si il y a un problème », ce n'est pas tu m'appelles pour que l'on débriefe, c'est « tu m'appelles si il y a un problème. » Il n'y a pas de problème donc je ne t'appelle pas et puis on ne débriefe pas. Voilà.

- Vous n'avez pas rediscuté de cette fin d'après-midi ?

- Non, nan, nan. C'est pareil c'est… Elle m'a demandé la semaine précédente : « Est-ce que cela t'embête, si la semaine prochaine j'ai une réunion, est-ce que cela t'embête si j'y vais et que toi tu continues les consultations ? ». Qu'est-ce que tu veux lui dire ?? Bah oui ça m'embête ! Elle me dit « tu y réfléchis ». « Moi de toute manière c'est clair que je ne le fais pas si je suis toute seule au cabinet ». « Ah bah attends je vais voir… ». Et à partir du moment où y'a la collègue, c'est difficile de dire non. Surtout que voilà, comme je venais de loin, si ce n'est pour rester que la matinée, c'est embêtant aussi. C'est finalement on te laisse la possibilité de t'exprimer, sans trop te la laisser. Évidemment que je n'allais pas lui répondre « ben oui oui cela m'embête, cela

m'embête d'être là alors que tu as une réunion. » Voilà. Et on n'en a même pas parlé après. Et d'ailleurs la semaine suivante elle ne m'a même pas demandé comment cela s'était passé la fin de journée de la semaine dernière. C'est comme ça, c'était acquis. *Rires*... Donc oui, la supervision plutôt decrescendo. Au début on s'intéresse encore, on dit des choses, savoir comment ça s'est bien passé. A la fin on a tendance à peut-être faire un peu plus confiance et se dire « c'est bon elle gère… ». Vraiment le côté formation passe à part, c'est surtout le côté elle gère. Elle gère le cabinet, donc c'est bon. Moi c'est comme cela que je ressentais.

- Je reprends un petit peu ce que tu… Tu en as parlé plusieurs fois, où il y a eu une demande de tes maîtres de stage… Qui te demandent des choses…Tu vas dire si je me trompe, j'ai l'impression que finalement tu n'avais pas envie de le faire. Mais que c'est pas possible de dire…

- Je n'ai pas envie de le faire dans le sens où l'on sait que c'est pas légal. Lorsqu'elle part à sa réunion et qu'elle me laisse toute seule pour gérer ses consultations, ce n'est pas légal. Je suis en stage praticien et moi, normalement elle est censée être là. Donc, c'est le côté légalité et puis le côté dont je parlais un petit peu tout à l'heure, on a l'impression de faire un remplacement gratuit, on assure les consultations pendant qu'elle est à sa réunion. Voilà, l'argent c'est dans sa poche, et puis nous on a juste le côté illégal de la chose qui reste. Oui oui, on se sent bloqué, on n'ose pas dire. Voilà on travaille ensemble pour six mois, on n'a pas envie de se brouiller. Et puis il fonctionne toujours comme ça. On n'a pas envie de passer pour le chieur qui vient tout remettre en cause à dire « Ah ben non ce n'est pas légal. Je n'ai pas le droit… ». On essaye de rester… Ce sont des supérieurs, on essaie de leur « obéir ». Ce n'est pas vraiment de l'obéissance, mais on n'a pas envie de les décevoir. On veut bien faire les choses. On n'a pas envie de les mettre dans l'embarras aussi. Je comprends, elle avait sa réunion, c'est embêtant. Après, elle aurait très bien pu arrêter ses consultations à 17 heures. Voilà. *Rire*...

- Tu m'as parlé de l'aspect de légalité, est-ce que tu as eu peur de te mettre en difficultés de ce côté-là ?

- Cette fois-ci oui. Les autres fois, ils étaient présents dans le cabinet ben non. Cette fois c'est oui, j'ai un peu réfléchi en me disant… Bon c'est un peu ennuyeux… Le coté rassurant, c'est qu'elle était quand même pas loin. Elle avait bien dit « si tu as le moindre problème tu m'appelles ». Il y avait une autre collègue dans le cabinet. J'aurais été seule, clairement je ne le faisais pas. Parce que clairement le côté légalité me posait

trop de problème. Là, j'avais fait parce qu'il y avait quelqu'un à côté de moi en cas de soucis. Oui, moi c'est ce côté-là qui m'a empêché de lui dire oui la première fois. Normalement elle n'est pas censée « m'abandonner ». Hé oui la fois, pareil, où l'autre il est parti faire ses courses au Leclerc en plein milieu. En même temps, je me suis plutôt dit si il y a un problème c'est pour sa pomme parce qu'il est censé être là. Donc quand il part lors du deuxième jour de stage faire ses courses à Leclerc, on est quand même pas très rassuré, il ne faut pas qu'il y arrive un gros souci. *Rire*...

- Finalement est-ce que tu as aimé ton stage ?

- Bah oui, j'ai aimé mon stage quand même. *Rire*... C'est ça qui est frustrant, il y a de quoi critiquer, mais j'ai adoré mon stage quand même. C'était extrêmement intéressant, et vraiment un très très bon avant-goût de ce qu'on veut faire. Voilà, dommage que moi je n'ai pas pu faire le stage praticien niveau deux, parce que je l'aurai fait sans aucun souci. J'ai beaucoup aimé mon stage quand même. Il y a beaucoup de choses à revoir comme on disait. Mais c'est un bon stage.

- Je vais te poser une question que l'on a déjà posé dans le questionnaire, mais où on n'a pas eu le ressenti que l'on attendait. Est-ce que tu as aimé ta formation ?

- *Silence*…

- Ta formation de médecine générale ?

- Tu parles sur le stage prat' ?

- Sur le stage praticien.

- *Silence*… Ben oui, c'est la question qui n'est pas facile parce que en terme de formation j'ai eu l'impression plus de m'auto-former. Bah est-ce qu'on ne se serait pas auto-formé finalement en faisant des remplacements tous seul ? La formation non. J'ai adoré mon stage, la formation…elle est médiocre donc… Le peu de formation qu'il y a eu j'étais emballée. Mais il y en n'a pas eu beaucoup. Médiocre. Vraiment l'aspect formation médiocre. C'est de l'autoformation. Après cela fera partie de notre vie, mais c'est de l'autoformation plus que de la formation par des praticiens plus expérimentés…

- Est ce que tu as quelque chose à me dire de plus, quelque chose que tu aurais aimé partager sur ton stage ?

- La chose à exprimer c'est que je ne comprends pas que l'on puisse être maitre de stage et n'avoir aucun désir de formation à ce point. Vraiment s'entendre dire dès le premier jour « je n'ai rien à t'apprendre », cela m'a énormément choqué. Justement, je viens en formation, et là je n'ai rien à t'apprendre. Je ne comprends pas que l'on puisse être maitre de stage avec ce genre de philosophie. Toute gentillesse exclue, cela n'a aucun

rapport. Le but de la formation c'est d'apprendre aux gens, et si on a juste l'aspect praticité et pécuniaire de la chose derrière tout ça c'est dramatique. Sinon rien de plus à dire !

8.10.17 Int 83 (aussi Int 5 et Int 50)

- Alors ma première question serait quel est ton ressenti concernant la supervision ?

- Alors moi j'ai pas eu une supervision comme la théorie euh, ils revenaient sur… Euh je peux la décrire du coup un peu ?

- Ah oui bien sûr !

- Tous les médecins faisaient à peu près pareil, enfin pas tous pareil euh… Ils reprenaient en fait chaque patient donc euh… j'en avais deux avec lesquels j'étais autonome et un avec lequel je n'ai pas été autonome jusqu'à la fin. Ceux avec lesquels j'étais en autonomie, on revenait sur chaque patient, euh... Avec le dossier. Et les patients qui m'avaient posé le plus de problème à moi on revenait plus longuement donc soit par rapport au dossier, on pouvait faire un peu de biblio pour rechercher ce qui m'avait posé problème ou eux ils me disaient ce qu'ils auraient fait, ce qui était bien ou pas bien pour eux. Euh… Et puis ça du coup j'ai trouvé ça bien. Enfin, le fait de revenir plus longtemps sur les patients qui m'ont posé problème ça m'a vraiment aidé, parce que du coup c'est ces cas-là qui me restent le plus en tête. C'est ceux que j'ai le plus retenu et avec lesquels j'ai plus appris. Euh, parce que les choses qui me posaient problème c'est concret, ou je pouvais faire des recherches. Ou si le sujet se représente je pense à ces patients-là et je sais ce qui était bien ou pas bien et je sais quoi refaire ; et ça c'était assez intéressant. Et après le dernier médecin, il ne me laissait pas d'autonomie mais on travaillait beaucoup en binôme et en fait on revenait assez souvent sur des patients en discutant ensemble. Et on revenait même sur ce que lui avait fait, il discutait aussi ce que lui il faisait et ça c'était plutôt intéressant parce que je me suis rendue compte que même un médecin, c'était un vieux médecin généraliste, il remettait quand même sa propre pratique en question ce qui permettait de refaire des recherches lui aussi. Et de toujours progresser, il me demandait aussi ce que j'en pensais. Ça c'était assez intéressant.

- Hum hum.

- Voilà.

- Tu associes la supervision à l'autonomie ?

- Oui parce que le fait d'avoir de la supervision me permettait d'être plus autonome. J'ai l'impression que ça me faisait moins peur de me lancer en étant autonome sachant que derrière je pouvais leur en parler, qu'on pouvait débriefer, et que ça servait quand même à quelque chose. Parce que être autonome sans supervision, on se jette un peu… Enfin

c'est comme si on devenait médecin généraliste sans avoir d'internat en fait. Alors que là, d'avoir une supervision ça me permettait de me dire que si y'a un truc que je ne sais pas, on pourra toujours leur demander, rappeler le patient, ou faire quelque chose si j'ai mal fait et ça permet d'avancer, de pas reproduire les erreurs aussi. Et j'ai vu la différence, enfin j'ai commencé les remplas samedi, et je m'étais pas rendue compte que ça m'aidait autant la supervision. C'est après, le fait de ne pas en avoir je me suis dit, ah oui quand même c'était plus facile d'avoir de la supervision, c'était plus rassurant.

- Ouais. Pour toi la supervision c'est quelque chose qui te rassure dans ta pratique, qui te rassurait dans ta pratique ?

- Oui, et qui me permettait de progresser, enfin je trouvais que j'apprenais des choses en plus.

- Et pour toi c'est quoi la supervision ?

- Euh bah là concrètement c'était plutôt des discussions autour des… Je revenais comme si je présentais un peu un cas clinique, et on revenait sur comment s'était déroulée la consultation. Et j'exposais les problèmes qui… Ce qui m'avait posé problème et on les reprenait avec le médecin. C'était plutôt ça, y'avait pas d'axe particulier, ils me demandaient pas de faire des choses avant la consultation, comme « pour ce patient-là, regarde plutôt ça », il n'y avait pas d'objectif avant, c'était vraiment qu'après…

(Sonnerie de téléphone, elle répond car avis spécialisé autour d'un problème qu'elle a rencontré en consultation !)

- On reprend, qu'est-ce que c'est pour toi la supervision ?

- Euh, alors oui du coup c'était ça : des retours sur des patients, pouvoir en discuter pour pouvoir progresser et faire des recherches sur les points qui ont posé problème. Que ce soit sur des données scientifiques ou même sur la façon d'être avec les patients, euh… ça peut être sur des difficultés à pouvoir prendre… Pouvoir dire au patient qu'il n'y a pas besoin d'antibiotique, ou qu'il y a besoin de médicament au contraire. Euh… Ou des fois y'a des consultations ou j'ai senti que, même si les patients me disaient oui, que bon je sentais qu'ils n'allaient pas le faire, pas le prendre ou euh… Et du coup discuter avec le médecin de savoir comment lui il aurait fait. Ils connaissent les patients, donc savoir si c'est toujours comme ça ou… Voilà, donc comment progresser dans tous ces

domaines-là. Donc voilà c'est une façon de progresser. Pour moi c'est une façon d'apprendre pendant le stage.

- Et tout ce qui était justement autour la prescription, c'était à ta demande ou c'était eux qui initiaient cette supervision ?

- C'était à ma demande souvent.

- Ouais…

- Ils me demandaient pas souvent ce que j'avais fait, c'était souvent plus moi spontanément qui leur racontait et euh… et qui leur disait les questions que j'avais, mes inquiétudes, mes préoccupations par rapport à la consultation. Mais non eux ne me demandaient pas spécialement.

- Mais ils répondaient à ta demande ?

- Ah oui, ouais. En fait ils prenaient le temps, soit quand on faisait des demi-journées, le midi. Ou en journée, et on reprenait tous les patients de la liste de consultation. Si je leur disais « ça ça ne m'a pas posé problème » on passait vite. Et puis ceux m'avaient plus posé problème on passait plus de temps. Et après si, ils pouvaient me poser des questions sur ce que j'avais fait de temps en temps quand ça ne leur paraissait pas clair mais, c'était souvent moi qui leur demandais.

- Et sur tes deux médecins avec qui tu as été en autonomie, tu as eu d'autres phases que cette phase d'autonomie ?

- Oui, j'ai eu la première phase d'observation… en fait j'ai eu les trois phases.

- Chez MSU 50, ma première phase d'observation a duré moins d'un mois enfin je pense, euh… Rapidement j'ai fait l'examen clinique, c'était sur l'interrogatoire où c'était plus lui qui menait ; et puis y'a un moment où on est passé à la phase d'observation directe euh, et ça a duré juste une consultation ! ça a été très court ! Euh, où il est resté euh… Ou une matinée, ça m'a paru court ! Et il restait à côté enfin c'était vraiment de l'observation, enfin il regardait ce que je faisais quoi. Et après on est passé assez vite à l'observation indirecte où il n'était pas là, il était pas du tout là. Mais par contre il consultait à côté donc dès que j'avais un souci je pouvais aller le voir. En fait moi je prenais les consultations d'urgence, que de la journée. Il ne mettait pas de consultation pour moi, enfin la secrétaire mettait des consultations quand les gens venaient en plus. Du coup les phases étaient mélangées car j'assistais avec lui à ses consultations et donc ça c'était plutôt de l'observation très active on va dire ! Parce qu'il menait souvent l'interrogatoire, mais je faisais l'examen, je faisais le diagnostic et puis je proposais le traitement enfin on le proposait ensemble ! Et puis après j'avais mes

consultations toute seule en autonomie sur lesquelles on revenait. Voilà pour lui c'était comme ça ! Après MSU 83, j'ai fait l'observation à peu près pareil pas longtemps, moins d'un mois. Et euh, après on a mélangé les phases. Je faisais des moments où j'étais en autonomie, et des moments où j'étais en observation directe ! En fait, c'était un peu à ma demande, j'avais du mal avec l'observation directe. J'avais du mal à faire les consultations normales, à me comporter normalement on va dire, en ayant un médecin qui me regarde. Ça me stressait pas mal, et j'arrivais pas à lier le contact avec le patient, comme je pourrai le faire spontanément sans qu'il y ait personne qui me regarde.

- hum, hum.

- Du coup, je pense qu'ils s'en sont rendu compte assez rapidement, et c'est pour ça qu'ils se sont adapté, qu'on a mélangé les phases soit j'étais plus toute seule ; et par moment avec ces médecins-là, je commençais la consultation pour lier le contact, et elle arrivait en milieu de la consultation pour quand même faire une phase d'observation directe, mais quand même en me laissant la liberté d'établir la relation. Ça c'était pas mal. C'est pas une phase qui est vraiment décrite dans les trois phases, mais c'était plutôt intéressant. Parce que les patients spontanément vont s'adresser au médecin généraliste qu'ils viennent voir, et c'est dur en tant qu'interne de réussir à capter leur attention et à vraiment leur dire « non c'est moi qui fait la consultation, et pas le médecin qui est juste à côté ». Et ça pour eux c'est compliqué parce qu'ils viennent le voir lui ou elle et ils arrivent pas forcément à… Enfin dans la consultation ils vont parler au médecin traitant. Même si c'est pas forcément pour le problème pour lequel ils viennent, enfin ils vont leur demander comment il va ou juste pour discuter quoi. Et là, le fait de commencer toute seule, et que le médecin arrive après, ça c'était plutôt intéressant parce qu'elle pouvait quand même voire comment je faisais mais le contact était déjà là, le patient d'intéressait plus à moi. Et le MSU 5, on a fait une phase qui n'existait pas je pense, on travaillait vraiment en binôme. Au début, c'était forcément plus de l'observation et plus ça allait, plus on travaillait en binôme et pendant les consultations il me demandait ce que je ferai, ce que j'en pensais, et devant le patient en fait. Et il me disait ce que lui ferait, et on échangeait devant le patient, ou pendant qu'il se rhabillait. Et, c'était comme si on faisait les consultations ensemble. Et ça c'était pas mal, parce que j'avais pas cette impression d'être observée et en même temps c'est ce qu'il faisait, *rire*, parce qu'il n'avait pas besoin de moi ! Clairement il faisait ses consultations tout seul d'habitude, il me faisait croire qu'on faisait les consultations à

deux mais finalement je pense que c'était plus bénéfique à moi qu'à lui. Et à la fin j'ai fait quelques consultations toute seule avec lui. Mais… voilà.

- Très bien. Alors, comment tu te sens, on vient d'en parler mais, quand c'est toi qui consulte ?

- …*Silence*...

- Globalement, c'est quand le MSU est à côté de toi également.

- Euh, bah ce que j'ai dit, quand il est là je me sentais observée et j'arrivais pas… Surtout dans le contact médecin-patient. Du coup j'avais du mal à établir ça. Et c'est quand même une grosse, enfin pour moi c'est quand même une grosse partie de la médecine générale et je trouvais cela dommage d'enlever cette part là et d'être que technique enfin, parce que ça c'est des choses qu'on fait aux urgences ou dans d'autres stages mais qui sont pas… Ce n'est pas ce qu'on veut faire plus tard quoi. Et donc voilà. Par contre toute seule je me suis sentie plutôt bien car je savais qu'ils étaient là au cas où. Parce qu'il consultait à côté pour MSU 50, soit MSU 83 elle faisait des papiers ou autre chose alors dès que j'avais le moindre problème ils étaient là. Et ils m'ont fait confiance aussi donc ça c'était plutôt agréable. Donc je me sentais plutôt bien quand j'étais en autonomie sans eux et quand j'étais avec eux j'avais un peu plus de mal.

- Tu penses que c'est lié à la phase ? Au fait qu'ils soient à côté ou c'est plutôt lié à tes MSU qui te mettaient mal à l'aise ?

- Ah non je pense que c'est plutôt lié, enfin je pense que c'était un peu… C'est mon caractère aussi. Et euh, c'est lié à la phase et à mon caractère aussi parce qu'ils étaient pas du tout, enfin ils n'étaient pas jugeant, ils ne m'ont pas fait de réflexion qui m'ont mis mal à l'aise, ni devant le patient ni à côté. Au contraire ils essayaient plutôt de me mettre à l'aise mais euh… Je pense que c'est compliqué pour moi de faire cette phase-là. Après on a essayé de faire, du coup avec MSU 83, pour euh… Je leur disais car ils étaient beaucoup à l'écoute. Je leur disais que ça ça me mettait un peu mal à l'aise avec ça je leur ai dit en fait, et MSU 83 a essayé d'adapter les choses en… je commençais la consult et elle arrivait après donc là ça déjà ça me mettait moins mal à l'aise. C'est surtout ça qu'on a réussi à aménager, qu'elle arrive au milieu c'était bien.

- Comment est-ce que la supervision elle a évolué au cours du semestre ?

- Euh.... *silence*... bah suivant les phases c'était différent. Parce que quand ils étaient présents ils voyaient les patients qui étaient le plus difficile, c'était eux au final qui me disaient : ce patient là ce serait mieux qu'on en parle. Alors que quand c'est moi qui faisait les consultations en autonomie c'est moi qui le leur rapportait : bon bah ce patient

là je voudrais qu'on en parle un peu plus longtemps. Donc là-dessus ça a changé parce que c'était pas moi qui apportait au début les patients pour parler d'eux et après c'était moi. Du coup j'ai préféré, euh non les deux étaient intéressantes, j'ai l'impression que ça m'était plus utile quand c'était moi qui apportait les patients pour qui ça avait été difficile. Ça a évolué comme ça, et enfin... y'a pas eu d'autre évolution pendant le stage.

- Et pour toi la supervision, tu sais au début des questionnaires il y a eu l'intervention de Florian et Aline qui font la thèse avec moi, et qui expliquaient la différence entre retour rapide et supervision. Toi tu estimes que tu as eu une véritable supervision au cours de ton stage ?

- Euh, oui, oui ! Après, oui une vraie supervision car je l'ai pris comme ça parce qu'on avait des retours rapides sur des consultations et une vraie supervision sur certaines. Euh... Après je ne sais plus j'avais lu des choses théoriques sur la supervision, des points précis à travailler pendant la consultation ou des choses comme ça, ça on ne l'a pas fait et j'en ai pas éprouvé non plus le besoin de le faire, d'être plus théorique. C'est vrai que c'était assez pratiquo-pratique, enfin on discutait des patients et de ce que je pourrai faire si ça se reproduisait, ce que je pourrai rechercher enfin on cherchait des fois ensemble. Enfin, pour moi c'était assez pratique.

- Donc toi tu as eu en plus une supervision devant le patient, et à côté.

- Oui, oui. Suivant les médecins ce n'était pas exactement la même supervision. Ils utilisaient le même support, on reprenait la liste des patients et on en discutait, mais la façon de faire n'était pas forcément la même. Parce que MSU 5 on le faisait pendant la consult et on le faisait aussi un peu après. Du coup pendant la consult c'était une supervision partagée pendant la consultation. Même parfois devant le patient, en expliquant au patient que voilà on n'était pas forcément d'accord, on discutait. Savoir aussi ce que le patient en pensait, c'était assez intéressant, de voir deux avis de médecins, que le patient se dise "ah c'est pas si simple que ça mon problème faut quand même y réfléchir", alors que des fois c'était pour des prescriptions d'antibiotiques souvent que ça s'est posé. Et oui voilà. Ça c'était plutôt devant le patient, et pour les autres c'était plutôt après, à distance. J'ai même fait des supervisions, enfin j'ai même discuté de patients que j'avais vu avec d'autres médecins du trinôme ; parce que les situations se sont reproduites, ou ça m'a fait penser à une autre consultation quand on en parlait. J'ai pas forcément fait que avec un médecin du trinôme à chaque fois. Ça c'était pas mal d'avoir différents avis, différents regards sur comment faire.

- Pour toi la supervision ça prend combien de temps ?

- Après ça dépend du nombre de questions que je me posais, mais ça prenait 10-15 minutes!

-Par patient ?

- Une dizaine de minutes, ça peut être plus long si on n'a pas le même point de vue, ou si on discute, ou si y'a une recherche à faire ça peut être plus long. Le retour avec le médecin en tous cas une dizaine de minutes !

- Sur une journée tu avais vraiment un temps long de discussion !

- Finalement oui ! La pause du midi en fait pouvait être un peu, on l'utilisait à ça, on pouvait revenir là-dessus. Si il y avait des pauses dans la journée, des pauses café tout ça, on parlait des patients, et le soir un peu. Avec MSU 50 ça nous arrivait après manger d'aller un peu sur la plage pour s'aérer c'était plutôt agréable. Et là durant ce temps, c'était un peu informel et du coup on discutait des patients c'était plutôt bien. Que ce soit de manière un peu plus, enfin pas trop scolaire, une vraie discussion quoi. Et ça c'était pas mal.

- Effectivement, il faudrait une plage à côté de tous les cabinets !

- *Rires* Oui ce serait pas mal !

- Si tu avais quelque chose à changer ce serait quoi ? Dans le stage praticien, ou la supervision.

- *Silence*... J'ai pas trop réfléchi à cela... à changer... Y'a pas grand-chose qui me vient comme ça spontanément. S*ilence* ...

- Sur la mise en place de la supervision...ou sur le stage praticien....

- *Silence* Bah non j'ai rien qui me... C'est pas parfait parfait, dans le sens où au début on a un peu du mal à trouver sa place. Mais ça, ça fait partie du stage on pourra pas le changer ça fait partie du stage! De trouver sa place dans le cabinet, auprès des patients... Ce trinôme qui au début est un peu compliqué. Et puis après il y a aussi la personnalité des médecins au début c'est pas évident. Et on découvre aussi une médecine qu'on ne connaît pas en tant qu'acteur, donc c'est pas évident au début. Je dis pas que ce stage a été complètement simple et que voilà ! Mais des choses à changer... ça, ça peut pas être changé ! Donc non moi j'ai trouvé ça bien donc j'ai pas.... dans la façon de faire.... Et j'ai bien aimé aussi ce côté pas trop scolaire ou c'était plutôt un échange entre professionnels, ils n'ont pas essayé de me faire des cours théoriques de choses où voilà et ça j'ai trouvé ça assez agréable en fait. Ou peut-être la grille d'évaluation à la fin qui était un peu trop.... On a eu du mal à la remplir en fait, c'était assez abstrait.

- C'était la nouvelle grille que tu as eu ?

- Oui, la nouvelle grille et c'est vrai qu'on a eu pas mal de difficulté à la remplir. On ne l'a pas trop utilisée pendant le stage non plus. Il y a des choses en fait on ne comprenait pas vraiment ce que ça voulait dire.

- Tu comprenais pas parce que ça ne correspondait pas à ton stage ou bien parce que les questions n'étaient pas compréhensibles ?

- Ben y'avait les deux. Y'avait des choses par exemple sur le suivi du patient, en 6 mois c'est quand même assez court sachant qu'il y a toutes les phases, on revient qu'un jour par semaine chez les prat, donc pouvoir suivre plusieurs fois... Y'avait des questions, je sais plus, sur le suivi des maladies chroniques ou l'alliance thérapeutique ou c'est compliqué de mettre cela en place sur 6 mois. Donc on voyait pas trop l'intérêt de poser ces questions-là. Enfin de mettre ce truc-là. Et y'avait des choses pour lesquelles même mes prat me disaient qu'ils ne se sentaient pas suffisamment compétents pour cocher la dernière case, enfin que eux considèrent qu'ils n'avaient pas acquis ça. Donc voilà, c'est plus... c'était un peu compliqué ; enfin un peu long et un peu compliqué. Enfin c'était pas quelque chose qu'on peut utiliser pendant le stage, à la fin de consultation. C'est un peu trop long et trop fastidieux à utiliser. À la fin du stage on prend le temps, on a fait un repas que pour ça. C'est pas un outil facile à utiliser, qu'est très pratique. Enfin je sais que ça m'aurait pas aidé. Parce que je sais que c'était dans les choses que les médecins pouvaient utiliser, et moi non pas du tout. Justement sur ce côté pas scolaire et pas... c'est de revenir juste sur les patients qui m'a bien plu.

- Pour toi ce serait intéressant d'avoir quelque chose à utiliser tout au long de ton stage ?

- Bah ça pourrait être une trame oui, pour aider un peu à ... On a essayé de le reprendre avec MSU 83, de reprendre cette grille au milieu du stage pour essayer de faire un point. Et en fait ça nous a pas paru assez concret pour avancer. Avoir oui des thèmes à aborder enfin des choses plus pratiques, ou plus faciles. Enfin j'ai pas vraiment d'exemple mais... Peut-être quelques éléments à aborder, ou des consultations que l'interne devrait absolument voir ou faire. Ou des sujets à.... qu'il y ait des consultations de suivi ou euh... c'était intéressant car mes 3 médecins étaient intéressant donc ils se complétaient, mais euh par exemple j'aurai fait que les consultations d'urgence à MSU 50, j'aurai loupé tout le suivi chronique ou... Et l'inverse j'aurai fait que les patients de MSU 5 j'aurai pas eu d'autonomie ; j'aurai fait que ceux de MSU 83 bah j'aurai pas vu trop d'urgence. Donc les 3 étaient.... On m'en aurait enlevé un j'aurai pas eu du tout le même bénéfice. Donc euh... peut-être avoir des grands axes, des consultations à avoir et des consultations cibles. Discuter plus sur certaines consultations, je sais pas, des

consultations d'urgence à discuter avec le médecin, une consultation de suivi, une consultation de relation médecin-patient...

- Organiser des consultations ciblées en fait ?

- Oui c'est ça. Organiser, que ce soit une piste pour les internes pour leur stage. Sans que ce soit forcément imposé non plus. Mais que ce soit une piste pour les MSU et les internes, que ce soit quelque chose d'assez simple, à discuter au moins à aborder durant le stage. Sans forcément qu'il y ait de trucs, enfin de choses à rédiger après ou voilà.

- Une marguerite, un RSCA ?

- Voilà c'est ça ! Pas des trucs trop scolaires ! Enfin quand je pense que c'est des trucs imposés comme ça, ça devient vite désagréable alors qu'on le ferait si c'était pas imposé. Du coup juste proposer, voilà on peut aborder ces thèmes-là ! Enfin si la marguerite... les missions du médecin généraliste...

- Sans les pétales quoi ?!

- *Rires* Sans les pétales c'est ça !!

- Les difficultés que tu aurais rencontrées durant ce stage ?

-Alors au début j'ai eu du mal à trouver ma place, comme je l'expliquais tout à l'heure. Ça j'ai eu pas mal de difficultés au début, je me mettais beaucoup de pression car c'est un stage important, c'est-ce que je veux faire plus tard. Autant les stages hospitaliers je savais que je ne voulais pas faire ça donc ben voilà... mais là je me mettais beaucoup de pression de trouver ma place avec le patient, le médecin. La peur de pas trouver ma place aussi, et c'est pour ça que cette phase avec le médecin à côté j'avais l'impression d'être jugée alors que c'était pas du tout ce qu'il faisait hein. Mais euh, ça me mettait encore plus de pression, ça faisait un peu comme un oral que je voulais absolument réussir, alors que eux ils faisaient juste leur travail comme d'habitude. J'ai pris plus ça comme ça, comme des espèces d'oraux où je devais absolument bien faire et c'était pas bien ni pour le patient ni pour ma formation. Donc ça j'ai eu un peu de mal au début, et puis en fait après ça a été. Oui en fait, c'est tout... La route, j'avais beaucoup de route.

- Oui parce que tu es à Nantes ?

- Oui, j'avais *(temps supérieur à 1h)* pour aller jusque MSU 50 donc ça faisait un peu de route. Il m'arrivait d'arriver un peu tard, on m'avait dit que c'était un stage « tranquille de 3 jours par semaine », et en fait c'était assez fatiguant, de rentrer... Je suis rentrée quand même assez souvent vers 21h, 21h - 22h, et fallait repartir le lendemain matin à 6h30 - 7h. Du coup ça faisait peu de temps chez moi le soir pour décompresser. Donc c'est la route, mais c'était intéressant aussi d'aller en (*ville*), de voir le rural, le semi-

rural, et le semi-urbain ! C'était pas mal! J'aurai pas aimé être dans le centre de Nantes non plus, donc voilà !

- Et si tu avais quelque chose à changer dans ce stage ?

- Je vois pas... *Silence* C'est-ce que je disais tout à l'heure j'arrive pas trop à trouver... *silence*... non j'arrive pas à trouver.... *Silence* ...

- Toujours pas ...

- Non toujours pas ! Si ça vient avant la fin je te dirai !

- Mais bon écoute on a fait le tour je crois ... Tu as quelque chose à rajouter ?

- Non, c'était un bon stage ! Après j'ai vu qu'il y avait des choses qui allaient changer avec les nouvelles lois et tout. Le fait qu'ils mettent 2 médecins au lieu de 3 parce qu'ils n'en avaient pas assez ou des choses comme ça... je pense que ça va diminuer la qualité du stage ! Là d'en avoir trois c'était vraiment cela qui était intéressant ! Trois points de vue, même si ça peut être une autre difficulté, même si changer tous les jours c'était pas forcément facile parce qu'il fallait tous les jours se réadapter, parce que mine de rien on fait quand même comme le médecin fait ; pour les patients comme pour le suivi après du médecin on fait comme le médecin ferait. À la limite de ce qu'on est d'accord mais quand même. Et c'est ça de tous les jours se réadapter, je sais pas si, moi j'ai pas fait, mais je sais pas y'en a qui changent toutes les semaines, je sais pas c'est peut-être plus facile de se réadapter, je ne sais pas. Mais même si il fallait changer tous les jours, les trois-là, c'était super enrichissant d'avoir les trois pratiques et puis les trois n'avaient pas du tout la même façon de me superviser, et c'est ça qui était intéressant aussi d'avoir une diversité dans la supervision aussi. Parce que j'apprenais pas les choses de la même manière avec les trois, ils me faisaient faire les choses pas de la même façon. J'ai peut-être appris les mêmes choses, mais de façon différente avec les trois. Et c'était bien ça aussi d'avoir des supervisions qu'ils faisaient à leur sauce malgré tout ! Peut-être avoir des grands axes pour que tout le monde soit un petit peu sur le même point d'égalité. Mais que chacun fasse un petit peu à sa sauce c'était quand même pas mal. Parce que chacun représente sa pratique aussi, c'est une façon de nous enseigner ce que eux ils font et comment ils font. Et suivant les caractères de chacun toute façon ils peuvent pas, ils arriveraient pas à faire, je pense, un truc trop tous pareil, une supervision tous pareils. Dans les trois que j'avais ils avaient déjà trois caractères complètement différent, complètement opposé, ils étaient pas pareils. Donc voilà. La diversité ça c'est très bien !

- Parfait, ce sera dit, ce sera dit et écrit ! *rires*

- Voilà, c'était le point final !

8.10.18 Int 151 (aussi Int 138 et Int 163)

Discussion de l'30 sur le questionnaire où l'interne dit avoir probablement mal répondu car elle pensait à chaque fois que les questions portaient sur la supervision depuis le début de stage et pense ne pas avoir fait remonter l'évolution au fil des mois.

- Après je voulais savoir ce que tu avais ressenti concernant la supervision ?

- La supervision du coup directe ? indirecte ?

- Ben toute la supervision, ce que tu as ressenti ?

- Euh, ben je pense que ça dépend pas mal des maîtres de stage en fait, euh, du contact que tu as avec eux, si ça se passe bien ou si c'est un peu froid, tout ça. Y'a des maîtres de stage avec qui ça se passe très naturellement et très facilement. Ça fait une consultation à trois presque et puis petit à petit le maître de stage s'efface. Donc ça c'est bien ! D'autres où c'est vraiment plus strict en fait. Moi j'avais un praticien qui descendait de sa chaise et qui se mettait derrière moi avec un petit cahier quoi. Donc là, on a un peu l'impression d'être jugé et c'est un peu plus difficile à vivre. Mais bon après, ça s'est quand même bien passé avec ce maître de stage là, car il m'a jamais donné de remarques méchantes ou négatives donc du coup ça s'est quand même bien passé. Mais c'était quand même moins évident je pense.

- Il mettait quoi sur ses petites notes ?

- Heu, il notait ce que j'aurai pu faire, ce que j'aurai pu oublier, ce que j'aurai pu demander au patient, ce que j'ai oublié de faire à l'examen clinique, voilà. Des petites choses comme ça.

- Et tu en discutais avec lui après ?

- Ouais ! Il me disait. « ouais ben là t'aurais pu faire ça »… souvent c'était des choses pertinentes. Voilà. Donc c'est vrai que c'est pour ça qu'au fil du temps ça s'est bien passé. Mais au départ c'est toujours un peu embêtant. Et surtout quand c'est des consultations psy c'est pas évident. Parce que c'est pas évident d'être à l'aise dans ce genre de consultations parce qu'on n'a pas l'habitude d'en faire. On se sent pas très performant dans ce genre de consultation parce qu'on n'est pas beaucoup formé je pense. En plus d'avoir un regard sur soi en direct c'est un peu compliqué. Mais bon ça fait partie de l'apprentissage.

- Et tu en avais discuté avec lui que tu sois gênée ?

- Non pas particulièrement, je ne pense pas. Je ne lui en ai pas parlé. Non, non. Y'a juste une fois, mais c'est plutôt à la fin du stage. En supervision directe, c'était un cas psy, c'était un peu compliqué, j'avais l'impression de mouliner dans la semoule. J'étais pas très à l'aise. Et en fait à la fin de la consultation j'ai complètement craqué, j'ai fondu en larmes. Mais je pense que j'étais fatiguée, y'avait sans doute d'autres facteurs. Donc euh, voilà. Mais ça faisait peut être partie de la supervision directe qui n'as pas facile à vivre en fait. On se sent jugé et c'est pas évident. Mais bon.

- Qu'est-ce qui a fait que tu te sentais jugée ?

- Ben c'est le regard de quelqu'un sur toi, voilà. Quelqu'un qui en plus a de l'expérience, qui a pas mal d'année d'exercice, et nous qui sommes plus novices pour faire cela.

- Et toi, Est-ce que tu avais un sentiment de réciprocité ? Est-ce que des fois tu regardais comment il faisait et tu pouvais critiquer ? Ou est-ce que c'est parce que c'était que dans un sens que tu te sentais gênée ?

- Euh, bah... Je pense que c'est vrai que je n'ai pas fait beaucoup de remarque concernant sa prise en charge mais... si, si en plus y'avait possibilité j'en ai fait quelques unes. C'est vrai qu'on ne discutait pas forcément de ses prises en charges. Lui il était assez carré, il faisait ses trucs... je ne trouvais pas forcément grand-chose à redire quoi. C'est peut-être à cause de ça ouais.... Mais je pense que le fait d'être un petit peu en retrait comme ça, pas dire grand-chose... Je sais qu'il n'allait pas me venir en aide si j'étais dans la mouise... ça c'est un peu dur... tu sais que le maître de stage il te voit galérer, galérer, galérer, et tu sais qu'il faut que tu t'en sortes car le maître de stage il ne viendra pas t'aider. C'est affreux parce que du coup tu es en porte à faux avec le patient... ouah. Et du coup ça ne se passait pas avec l'autre maître de stage, elle était toujours à mes côtés, et à partir du moment où elle a commencé à me connaître et comme je manifestais le fait que je savais plus et que j'avais besoin d'elle, elle, elle se manifestait et du coup ça faisait quelque chose de naturel et pour le patient ça passait bien. Et moi ça fait que j'étais plus à l'aise quoi. Voilà.

- Et avec ce médecin là tu te sentais moins jugée ?

- Oui. Oui, oui beaucoup moins.

- Mais est-ce qu'elle te manifestait aussi comme l'autre médecin des petites choses à faire aussi, ou est-ce qu'elle ne t'en parlait pas ?

- Si, si ! Mais à la fin de la consult', voilà moi toute façon je lui disais « voilà j'ai bugué, qu'est-ce que j'aurai dû faire ? »… « oui, d'accord on aurait dû faire ça », « oui faut que

je recherche des choses ». Si, si on en discutait de tout ça, mais c'était mené d'une façon différente, et du coup c'était plus naturel. Mieux vécu par moi en tout cas.

- Et en supervision indirecte, comment ça se passe ?

- Ça s'est passé très bien avec tout le monde, ça s'est passé super bien. Après, il y a différent… En fonction des différents prat', on passe plus ou moins de temps à faire la supervision. Donc, soit on se met devant l'ordinateur on reprend l'agenda... « elle, elle est venue pour une rhinopharyngite simple. Point, voilà on passe ». Ou il y a certains prat' qui me demandaient un peu plus, mais ça restait quand même très très bref. Et puis, moi par contre souvent je demandais « voilà ce patient il m'a posé problème, j'aimerai qu'on en rediscute, qu'est-ce que tu aurais fait là ». Et non, non ça, ça s'est bien passé.

- Si je comprends bien tu faisais un retour rapide sur toutes les consultations, et pour approfondir en supervision c'est toi qui le demandait aux maîtres de stage ? Tu demandais à revenir sur la consultation un peu plus précisément ?

- Bah oui avec deux des maîtres de stage c'était ça, et avec l'autre maître de stage elle était un peu plus systématique et elle me demandait comment s'était passée la consultation et tout ça. Et elle allait un peu plus loin, en me demandant voilà si j'avais réussi à bien communiquer avec tel patient parce qu'il était un peu fermé, enfin voilà. Elle s'intéressait à la communication dans la consultation, elle s'intéressait à pas mal de choses. Si j'avais réussi à mettre en place des actions de prévention, des choses comme ça. Et les autres étaient plutôt superficiels. Et sur certaines consultations auxquelles j'étais pas sûre effectivement je leur demandais si j'étais dans les clous, qu'est-ce que j'aurai pu faire, si c'était bien tout ça.

- Et il en ressortait quoi de ces choses-là?

- Euh, pas grand-chose. La plupart du temps ils me disaient : « bon bah c'est bien, tu as fait ça, ou sinon tu aurais peut-être pu lui demander ça. ». Voilà, pas forcément plus de trucs. Ils ne m'ont pas demandé de faire des dossiers ou des recherches spécifiques. Ça, je les ai faîtes plus de manière personnelle.

- Tu en as rediscuté avec eux de ces recherches ?

- Non, pas vraiment, très peu.

- Parce que tu n'étais pas à l'aise, ou parce que ce n'était pas dans leur façon de faire ?

- Non, c'est pas parce que je ne me sentais pas à l'aise ! Eux ils ne me l'avaient pas demandé du coup, et moi je n'y pensais pas forcément. Voilà, ils n'étaient pas trop dans cette optique-là, donc j'ai fait mon truc à ma sauce.

- Du coup tu étais plutôt à l'aise en supervision indirecte ?

- Ouais, ouais, ouais ! En supervision indirecte c'est sûr on est plutôt à l'aise parce que pour le coup on est tout seul. Parfois on a un peu des cas où on se pose des questions mais en général ils étaient joignables par téléphone ou facilement donc ça se passait bien ! Après la supervision directe je l'ai plutôt bien vécue, faut pas dire que ça s'est pas bien passé hein. Y'a certaines fois où j'étais mal à l'aise, mais c'est des choses, c'est normal ! ça s'est plutôt bien passé.

- Et le fait que tu consultes toute seule ça ne te posait pas de problème ?

- Non, j'étais contente ! Parce que du coup on peut mener soi-même la consultation, on peut mener dans l'ordre qu'on veut ! Parce que j'avais un prat' qui faisait l'ordonnance avant d'examiner le patient. Alors ça, c'était un peu bizarre pour moi! donc je préférais quand même examiner le patient avant de faire l'ordonnance. Et puis ça permet quand même... c'est sympa, c'est sympa quoi ! De mettre un peu de son caractère dans la consultation, de la mener comme on veut. C'est pas mal !

- Est-ce que la supervision elle a évolué au cours de ton stage ?

- Euh, la supervision directe plutôt ?

- Les deux !

- Alors la supervision...

- Ou les trois !

- Ouais. Les trois ?

- Y'a une phase c'est vrai qu'on n'en a pas trop parlé mais, où on est plus sur l'observation.

- Oui, bah l'observation petit à petit on fait les papiers, on fait l'examen clinique, on met des remarques sur l'ordonnance... ça, ça s'est très bien passé, on est petit à petit en autonomie ! Au niveau de la supervision directe, c'est... avec un praticien, j'avais un praticien qui se mettait en retrait et je savais qu'il dirait rien de toute la consult'. C'était pas très évident ! Les autres ils m'ont dit « t'inquiète faut que ça se fasse petit à petit, faut que ça se fasse naturellement, y'a pas de pression. Voilà, moi je t'aide un peu, petit à petit ». Y'en a même un où au départ je faisais que l'ordinateur, lui il faisait la consult' pour que je me familiarise avec le logiciel. Et puis, après je faisais l'ordinateur plus l'examen clinique, puis après je faisais toute la consult'. C'était vraiment progressif ! Et avec l'autre prat', ça s'est fait vraiment progressivement, elle était plus interventionniste au début, puis petit à petit elle essayait de se retirer un peu pour que je prenne en main la consult'. Donc si, si ça a été vachement progressif ! C'est ça que tu voulais savoir ?

- Et dans la supervision, dans la façon où tu rediscutais des consultations ? Est-ce que tu as eu le sentiment qu'il y avait une évolution ?

- Ouais, c'est difficile dans la façon de.... Peut-être qu'ils l'ont fait mais j'ai du mal à le percevoir ! Euh.... Peut-être que avec une prat' elle a essayé de le faire en me posant plus de questions sur la communication tout ça. Par exemple sur le contact, comment j'ai perçu la personne, si elle adhérait ou pas à ce que je lui disais ? C'est vrai qu'on en a plus discuté à la fin qu'au début du stage, où on est plus pragmatique sur la prise en charge médicale. C'est plus de ça qu'on parle. Avec les deux autres prat' c'était pas, non ça a pas tellement changé je pense.

- Et euh, tu me disais que c'était très court avec certains et un peu plus long avec d'autres, mais ça prenait à peu près combien de temps la supervision par jour ?

- Euh... Tu me parles en directe ou indirecte ?

- Les deux, ou si il y a une différence ou...

- Bah, pour la supervision directe c'était plus long parce que quand même on en parlait quasiment à la fin de chaque consult', comment ça s'était passé, avec les traitements machins.

- Avec tous tes praticiens ?

- Oui. En fonction du retard, et voilà. Mais quasiment à la fin de chaque consult'. Sauf si vraiment des consult' très banales où ça prenait pas beaucoup de temps, on va dire cinq minutes après chaque consult', voilà. Et en supervision indirecte, on prenait un quart d'heure pour une matinée.

- Avec chaque praticien ?

- Oui, peut être un petit peu plus, une demi-heure avec l'autre praticien. C'est vrai que je sais, si j'avais eu d'autres prat' qui font un peu plus longtemps ça aurait pas été plus mal.

- Pourquoi tu me dis ça ?

- *Rires*. Parce que je sais qu'il y a des prat' qui prennent 1h,1h30, ils refont les examens de l'épaule, tout ça. Mais bon, ils étaient pas forcément tous super calés sur des trucs comme ça donc euh... du coup ça s'est pas fait. Mais bon je suis plutôt contente de mon groupe de stage parce qu'ils ont réussi à me mettre en confiance et c'était ça le plus gros boulot donc euh voilà. Ils ont réussi leur challenge quoi !

- Tu dis que y'en a d'autres qui font différemment mais pour toi, la supervision ça correspond à quoi ?

- Euh... bah je pense que c'est de reprendre les consultations avec l'étudiant, voir ce qu'il a fait, voir si ça lui semble plutôt correct, voir si y'avait d'autres hypothèses / prises en

charge à discuter... y'a beaucoup de choses à dire hein. Voir comment ça s'est passé la relation avec le patient. Y'a pleins de trucs à dire. Voilà, ils peuvent aussi en profiter pour nous former sur des examens cliniques, des trucs qu'on n'a pas l'habitude de faire ! Moi, par exemple l'examen ortho c'est compliqué hein, je suis pas trop à l'aise quoi. Donc je pense effectivement qu'il y a pas mal de chose à faire. Et je pense qu'on peut aussi heu digresser pour aller sur des diagnostics, enfin sur d'autres symptômes, d'autres choses qui pourraient être intéressantes !

- Et tu as eu le sentiment de faire ça avec tes praticiens ?

- Euh, ils avaient pas trop le temps ! Ils avaient pas trop le temps, pour eux, c'est un peu... Je ne parle pas de tous mes prat' forcément, mais parfois j'avais un peu le sentiment que de toutes façons ils arrivent en fin de journée, hop ils ont foot ! Et du coup « bon bah on va faire ça vite fait, tu vas me dire si tu as eu des soucis » puis voilà quoi. Donc là, dans ces cas-là on n'a pas trop le temps d'approfondir les choses.

- Et ça t'a gênée de ne pas avoir trop le temps d'approfondir ces consultations-là ?

- Euh... non, la plupart du temps ils m'ont apporté une réponse, voilà, si c'était bien, ou pas bien. Moi je leur posais des questions « Est-ce que tu aurais fait ça, qu'est-ce que tu en penses ? ». Voilà ils m'ont répondu sans aller forcément plus loin, c'est vrai. Ça m'a pas gênée plus que ça mais c'est vrai que ne faisant pas de SASPAS après, ça aurait pu être un peu plus approfondi je pense. Après, si on a un SASPAS ça veut dire qu'on a encore six mois à se poser des questions sur chaque consult' tout ça. Donc c'est pas mal. Mais là j'étais jetée dans le bain direct, mais bon voilà c'est pas grave.

- Quand tu dis que tu as « été jetée dans le bain direct » ça veut dire que tu as remplacé ? Tu remplaces maintenant ?

- Oui c'est ça, je remplace. Donc ça aurait pu être plus approfondi je pense.

- Tu te retrouves en difficultés maintenant ? Comme tu dis que tu a été « jetée dans le bain », tu rencontres des difficultés auxquelles tu aurais aimé être confrontée en stage praticien ?

- Bah je pense qu'on aura tous des difficultés en tant que médecin, hein. Mais euh, oui parfois on a envie d'avoir un autre avis quoi ! Savoir si on n'a pas zappé un truc, si on est à peu près dans les clous. Mais bon ça je pense que ça dépend du caractère de chacun en plus. Et même en six mois on ne voit pas tout! donc euh... je ne sais pu vraiment qu'elle était la question quoi! *rires*.

- C'était pour toi la supervision c'est quoi !

- Je ne suis pas à l'aise parce que je n'ai pas fait de SASPAS tout ça ?

- C'était est-ce que le fait que tu aies eu moins de supervision ça joue sur le fait que tu te sentes plus ou moins à l'aise maintenant que tu remplaces ? Parce que c'était ton stage de dernier semestre ?

- Peut-être un peu car j'aurai peut être pu apprendre des choses que maintenant je suis obligée de chercher, tout ça. Mais euh… Pour moi la clef c'était vraiment qu'ils me donnent confiance en moi et qu'ils me donnent envie de faire de la médecine générale. Parce que je pense que c'est l'objectif du stage, voilà. Et puis après le SASPAS c'est pour faire la finition des réglages, voilà ! Là j'ai pas fait la finition, j'ai pas fait vraiment les derniers réglages mais bon ! ça se passe bien quand même, enfin j'espère !

- Si tu avais quelque chose à changer ce serait quoi ? Sur la supervision, sur le stage?

- Sur tout mon cursus, c'est qu'on n'est pas du tout formé à la médecine générale, donc c'est un gros point négatif ! La plupart d'entre nous vont être médecin généraliste alors qu'on a fait pour ma part six mois, d'autre un an et quelques stages mais c'est vraiment très bref quoi, c'est dommage. Et puis après pour mon stage à moi euh... Oui peut être me donner, euh oui moi je leur ai demandé par exemple de me faire des examens rhumato puis voilà, et ils m'ont dit "non moi c'est pas mon truc je l'envoie chez l'ortho quoi. Voilà. Bah oui ils auraient pu plus me former sur l'examen rhumato ou ortho par exemple. Ça j'ai pas eu. Ils sont pas forcément non plus, on n'a pas forcément toujours les mêmes prises en charges. Parce que nous on sort de la fac, tout est bien cadré tout ça. Eux ils ont leur prise en charge à eux et elle diffère un peu aussi quoi. Donc on est un peu mal à l'aise par rapport à ça. Au début en tous cas.

- Et ça tu as pu en discuter avec eux ?

- Pas forcément, enfin je sais que c'est compliqué entre ce qu'on lit dans les bouquins et la pratique à mettre en œuvre donc euh... je... enfin voilà quoi. Je me dis c'est comme ça, c'est la médecine générale ! Eux en plus ils sont l'ancienne génération, ils n'ont pas eu le même bagage théorique que nous ! Ils en ont eu un autre, qu'est pas forcément mauvais non plus mais ça a changé. Euh... donc j'en n'ai pas forcément rediscuté mais c'est des choses auxquelles on a pas été forcément confronté en cursus universitaire où il faut faire des bilans, clac-clac et tout et en ville euh, on fait un peu avec les moyens du bord hein. La biologie, bon ben on verra demain parce qu'on peut pas avoir de prise de sang, ben... ça dépend où on est situé en Vendée voilà, c'est moins carré, c'est la médecine générale.

Rires... je ne sais plus qu'elle est la question?

- Est-ce que tu as aimé ton stage ?

- Euh, ouais, ouais, j'ai trouvé ça chouette : j'ai rencontré de belles personnes, ouais. Et je pense qu'ils m'ont donné envie de faire de la médecine générale, et ils m'ont donné envie d'approfondir des trucs, d'aller voir dans les bouquins, d'aller voir dans des livres, de participer à des formations, à des groupes de formation. Et moi je pense que c'est l'essentiel, car c'est pas en six mois qu'ils peuvent nous apprendre la médecine, l'important c'est de t'auto-former toute ta vie.

- Et du coup ta formation, un peu plus sur l'aspect formation ?

- Bah euh, oui, oui quand même. Parce qu'ils étaient tous différents, y'en a un qui était plus branché psy, un autre qu'était plus médecine interne, euh, et puis un autre qui avait une relation très proche à ses patients. Non, non c'est trois façons différentes de faire de la médecine générale, d'exercer tous les jours. Moi j'ai eu de la ville et de l'urbain quand même, euh du rural, et en plus des hommes et des femmes, donc c'est intéressant, c'est bien ! Pour la formation, c'est vrai elle était un peu différente pour chacun, c'est bien, complémentaire.

- J'ai une question, c'est un peu à part, mais dans d'autres entretiens c'est un peu revenu, est-ce que tu t'es sentie mal à l'aise par rapport à des demandes de médecins ? ou alors est-ce que tu as eu l'impression d'en remplacer certains, de les remplacer ?

- Euh, alors je me rends pas trop compte parce qu'en même temps on les remplace quand même !

- Tu les remplaces ?

- Bah euh...

- Est-ce que tu les remplaces, parce que y'a des internes qui ont eu le sentiment de remplacer leur maître de stage dans certaine condition, je ne veux pas t'en dire plus mais...

- Ah oui ! Excuse-moi je bugue un peu. Non non, je n'ai pas eu ce sentiment là, ils n'ont pas profité de moi, bien au contraire ! Pour moi, compte tenu du fait que je ne fais pas de SASPAS, je leur ai dit les deux derniers moi il faut y aller les cocos j'enchaîne après donc il va falloir me laisser en autonomie ! Je sais que le prat' de (ville) il le faisait très très peu avec ses autres internes et je lui ai dit "là on a plus vraiment le choix il va falloir que je consulte les après midi et les matinées", pas de soucis, c'est plus moi qui leur ai demandé d'être en autonomie plutôt que l'inverse. Et eux, super dispo, donc euh non j'ai eu très peu l'impression de remplacer.

- Est-ce que tu avais d'autre chose à me dire ?

- Euh non, non je crois qu'on a fait à peu près le tour hein. Bah que moi je préfèrerai, par rapport à l'organisation du stage où on doit faire 2 mois - 2 mois - 2 mois… C'est vrai que je trouve ça plus naturel quand ça se fait plus progressivement que « aujourd'hui je retire ma chaise et je te parle plus »... D'accord, donc ça bien sûr... bah voilà quoi. Hum, hum. Y'a certains, avec un prat' en particulier qui est très… enfin bon on voit que la patientèle est très dépendante de lui. Donc je suis en supervision directe, c'est difficile, les patients commencent forcément à parler au prat' donc c'est un peu compliqué. Parfois on se retrouve spectateur de la consult' alors qu'on est censé avoir la main. Et en supervision indirecte du coup bah ils ont, c'est pas de sa faute mais ils sont tous un peu choqué de me voir là et en fait ils attendaient de voir leur prat' à eux...

- Parce qu'ils n'avaient pas été prévenus du fait....

- Si si, ils étaient prévenus : y'avait des affiches partout, mais on leur disait pas, ou c'était la secrétaire qui avait mal dit... enfin voilà. C'est arrivé assez souvent avec ce praticien. Ceux qui étaient.... Les patients étaient très attachés à sa personne à lui, à son caractère. Moi ça me mettait parfois en difficulté mais la plupart du temps ça se passait bien, je leur disais : « désolée y'a dû avoir un souci, si vous voulez on fait la consultation sinon on reporte ! ». Non, non mais globalement super stage, je pense que j'ai pas eu les prat' les plus forts de la terre mais en tous cas ils étaient humains et ils étaient sympa et puis voilà. Et ils m'ont donné confiance. Voilà!

8.10.19 Int 167 (aussi Int 86 et Int 131)

- Je voulais savoir comment tu avais vécu le questionnaire ?

- Bien, je l'ai bien vécu, cela ne m'a pas… Bon je t'avouerai qu'au début, quand tu nous as dit qu'il va falloir répondre à 3 questionnaires, sachant qu'en plus ce semestre là on avait une autre thèse. Bon sur le coup, cela ne t'enchante pas vraiment d'avoir plus de travail à faire, mais au final cela ne m'a pas dérangé plus que ça car il était assez cours à faire votre questionnaire. Non… Il ne prend pas non plus une demi-heure à faire. Non cela ne m'a pas dérangé. Et cela permet aussi de réfléchir sur le sujet pendant le stage, voir où tu en es, et puis voilà… *Silence… Rire…*

- Je voulais savoir quel était ton ressenti concernant la supervision ?

- Alors heu… la supervision, cela a été un petit peu partagé, cela a été partagé car je n'ai pas eu la même supervision selon les médecins. J'avais une prat, j'étais sa première interne du coup, elle n'avait pas la même approche de la supervision. Elle avait envie de faire de la supervision. Elle avait du temps, elle prenait son temps pendant les consultations, elle avait du temps libre entre les consultations, donc on avait du temps pour rediscuter des situations plus complexes. Par exemple en supervision directe, moi ce que j'avais fait, comment je l'avais fait, pourquoi je l'avais fait. Vraiment prendre le temps de discuter des choses. Alors que, par exemple un autre de mes prats, qui lui a des internes depuis plusieurs années, donc lui cela fait longtemps qu'il a des internes et il ne fait aucune supervision. Je crois même que l'on n'a jamais discuté de cas en fait…Une fois on est allé en visite, il m'a dit, lui il était embêté dans sa prise en charge et il m'a dit « tu en penses quoi de ce que j'ai fait ? ». C'était plus à la limite à moi d'avoir un regard sur ce qui s'était passé pour l'aider dans sa démarche, mais on n'a jamais fait de supervision sur moi… toutes les phases de supervision on ne les a pas faites. Et le 3^{e} cela faisait la 2^{e} fois qu'il avait un interne

(*suppression du passage ou elle s'inquiète à nouveau sur l'anonymat*)

Et du coup je pense qu'on aurait pu bien discuter mais il était trop pressé, il faisait trop de chose, il avait une journée trop chargée, on n'avait jamais le temps de discuter de ce qu'on faisait ou de la manière dont on faisait les choses. Comment j'ai vécu la supervision c'était ça ?

- C'était ça la question.

- Donc heu…je ne l'ai pas trop vécu en fait…

- Tu ne l'as pas trop vécu parce que…

- Ben j'en ai pas trop eu.

- C'est plus par rapport à un souci de temps d'après ce que je comprends ?

- Oui et de communication, de fibre…il faut avoir envie. Pour faire de la supervision il faut quand même avoir envie de communiquer avec son interne. De… d'avoir une réflexion sur ce qui s'est passé, donc si tu n'es pas trop dans la communication c'est un peu compliqué quand même. D'avoir de la supervision. Mais oui c'est un problème de temps, si tu n'as pas le temps tu en fait pas de supervision.

- De temps, et aussi d'après ce que tu viens de me dire, aussi en rapport avec la personnalité, avec l'envie… j'ai du mal à cerner ?

- Plus avec l'envie de…j'ai du mal à... Je pense avec l'envie, car si ils n'ont pas envie, ils n'en font pas de supervision. C'est sûr que c'est en rapport avec l'envie d'en faire, mais aussi avec leur personnalité. Parce que quelqu'un qui… tu vois pour faire de la supervision il faut quand même réussir à communiquer, il faut avoir envie de dialoguer. Réfléchir ensemble sur les choses, cela veut dire être ouvert au dialogue, tu vois. Et si tu n'es pas trop allé pour discuter des choses avec ton interne, que tu es assez fermé et bien au final tu n'en fait pas. Tu dis « tu as des questions ? » ou tu ne dis même pas ça. Moi je n'ai même pas eu « tu as des questions ? » c'était tu ne discutes pas des choses. Alors que des fois il y a des situations sujettes à supervision. Je ne sais pas si c'est très clair ce que je te dis ? Non ce n'est pas assez clair, je ne sais pas comment faire plus clair. En fait ce n'est pas l'expérience qui fait la qualité de la supervision, ce n'est pas l'expérience du maitre de stage qui fait la qualité de la supervision. Je pense que c'est plus l'intérêt qu'ils peuvent avoir, ou alors à quels points ils ont été sensibilisés à la supervision. C'est plus ça.

- Tu as l'impression qu'il y a certains maitres de stage qui étaient moins sensibilisés à la chose ?

- Oui, celui qui prenait des internes depuis longtemps…Il savait que l'on devait avoir 2 mois d'observation, 2 mois de supervision directe et 2 mois de supervision indirecte, on mélangeait les phases, parce que on préférait faire comme ça. Après cela ne changeait pas énormément de choses concrètement, sauf que des fois j'étais toute seule à consulter. Mais nous, entre nous il n'y avait pas de dialogue particulier sur les consultations. Alors que celle pour qui j'étais la première interne, elle avait eu sa formation pas longtemps avant et elle était plus attentive à ça.

- Tu as ressenti qu'elle était plus attentive c'est dans sa remise en question des consultations ? C'est dans quoi ?

- Ben même quand on était en supervision directe, je sentais que je n'étais pas observée, elle le faisait très bien. Elle était attentive à ce qu'il se passait entre moi et les patients, par exemple, des problèmes « tiens tu as pris le bébé pour l'examiner, tu l'as déshabillé, pourquoi tu n'as pas laissé la maman le déshabiller ? ». Elle était vraiment attentive à ce qu'il se passait pendant la consultation du coup après cela menait à une vraie supervision à une discussion sur comment on avait fait les choses, pourquoi on les avait faites, qu'est-ce que cela pouvait soulever comme questions ? Donc, les autres quand je faisais les consultations, ils étaient assis et ils faisaient leurs papiers quoi…Du coup cela ne menait a rien, il n'y avait pas de supervision vu qu'ils ne regardaient pas ce que je faisais. Et puis ils ne s'intéressaient pas au final à la consultation. Ils n'étaient pas dedans. C'était quoi ta question déjà ? *Rire*…

- Du coup tu dis qu'ils ne regardaient pas ce que tu faisais, et tu te sentais à l'aise ? Dans le fait d'être observé, ou de ne pas être observé ?

- En fait la seule fois où le maitre qui a le plus d'expérience, la seule fois où il y a eu une supervision directe, je m'en rappelle très bien. C'est à la fin, à la toute fin de mon stage, cela devait être l'avant dernière fois que j'étais avec lui. Il m'a dit, c'était un monsieur qui avait un problème de genou et il m'a dit « tiens, vas-y examine son genou ». Et puis là, il est venu à côté de moi pendant que j'examinais le genou que je faisais les manœuvres et tout. Et là j'ai sentis que du coup plus il m'évaluait, cela m'a mise mal à l'aise dans le sens où j'avais plus l'impression d'être évalué au final. Il participait un peu de loin en restant attentif à la consultation pour être constructif. Là c'était, je l'ai plus vécu comme une observation. Je l'ai mal vécu cette observation. Au final j'étais plus à l'aise quand il restait dans un coin à faire ses papiers et qu'il ne regardait pas. Alors que avec l'autre, la plus jeune, ce n'était pas du tout comme ça. Elle se mettait en retrait, elle observait de loin, mais elle n'était pas dans l'évaluation.

- Tu dis qu'elle n'était pas dans l'évaluation, mais tu avais le sentiment qu'elle faisait quoi en fait ?

- Elle… Elle observait sans évaluer. Sans, par exemple pour le genou c'était plus… comment dire… « Est-ce qu'elle va bien le faire son examen du genou ? Est-ce qu'elle ne va pas oublier des manœuvres ? Et le Lachman… » C'était ça. « C'est bien mais ton Lachman il faut le faire à 30° de flexion et pas à 50° de flexion. ». C'était plus rechercher pour évaluer, pour savoir si c'était bien fait ou mal fait et comment on pouvait corriger. Alors que l'autre, elle m'observait sans ce n'était pas dans un but de

dire « il manque ça, ou tu aurais dû rajouter ça. ». C'était plus dans le but de dire « tien tu as fait ça, et bien pourquoi tu as fait ça ? ». Ce n'était pas la même approche en fait.

- Et on vit mieux une approche que l'autre ?

- Bah oui. On vit mieux le fait d'être observé et pas. Observer de loin dans le sens où la personne elle est attentive à ce qu'il se passe, avec une bienveillance plutôt que on sente le regard de la personne posée sur nous, à guetter le moindre geste, à voir si cela rentre bien dans les clous de l'examen de je ne sais pas trop quelle chose. Ce n'est pas du tout la même approche.

- Qu'est-ce qui en ressortait de ses différentes observations ?

- Il ressortait que… C'était plus constructif au final pour moi d'avoir une observation bienveillante du médecin jeune, que l'évaluation. Cela m'a apporté plus. Disons que oui, cela m'a appris, maintenant je sais que pour Lachman il faut le faire à 30°, ne pas faire une flexion trop importante du genou quand je fais le Lachman. Ce sont des petits détails cliniques. Alors que l'autre elle me faisait plus réfléchir sur la pratique et les façons de faire. Et ça on ne l'apprend pas dans les livres. Donc c'est quand même plus important pour moi d'avoir un regard et de pouvoir apprendre ces questions-là, plutôt que sur des trucs que l'on peut trouver dans les bouquins. Moi je suis plus en difficulté avec les problèmes relationnels qu'avec des problèmes cliniques par exemple.

- La façon dont tu m'en parles, je n'ai pas forcément l'impression que cela soit une différence entre la clinique et le relationnel, mais que c'est dans la façon de le faire que cela te gêne ?

- Ah ben moi je l'ai mal vécu d'être observée, d'être évaluée, j'ai eu l'impression de passer un examen. Je n'arrive pas à te…

- Qu'est-ce qui fait qu'avec l'autre médecin cela se passe bien ?

- Peut-être aussi, parce que le contact tout au long du stage a été différent. Par ce que avec l'autre médecin cela se passait bien. Voilà, dans le contact cela se passait bien, dans la communication, le dialogue sur les patients. Avec l'autre médecin cela se passait bien aussi, je n'ai jamais eu de problème. Mais il n'y avait pas à la même entente entre nous. C'était plus distant, plus froid, il est au final il n'a jamais… On n'a jamais eu trop de temps de supervision ensemble. On n'a jamais vraiment discuté de ce qui pouvait poser problème, et là vraiment c'était la seule fois où il essayait… D'avoir un rôle dans une supervision directe et du coup… Il a été assez… Cela été assez… Du coup, vu que cela n'est pas arrivé souvent, je l'ai vécu comme une évaluation. C'est

pour ça, parce que je n'ai jamais rien eu de tout le stage et puis là comme c'était la fin, je vais voir comment tu fais l'examen du genou… *silence*…

- Quand c'est toi qui étais en phase d'observation du maître de stage, comment tu ressentais des choses ?

- Bah honnêtement cette phase, moi je n'ai pas vu… Moi, on ne m'a pas dit « pendant telle phase tu vas essayer d'observer telle chose. Tu vas observer le relationnel que j'ai avec la maman. Ou alors, observe des trucs… » Je ne sais pas quoi ! En fait, je dois dire que au début on s'intéresse. Mais passer toute la journée sur une chaise à regarder ce qu'il se passe tout un moment, c'est difficile à tenir. Donc je l'ai vécu, que surtout à la fin cela m'ennuyait et que j'en avais marre. Et que je n'ai pas réussi à y trouver beaucoup d'intérêt. Juste, moi cela m'apportait en me disant plus, à les observer… De me dire « il fait ça moi je n'aurai pas fait ça », « Ah oui il prescrit ça là-dedans, ah oui moi je ne l'aurai pas prescrit mais pourquoi pas. Je ne savais pas que l'on pouvait prescrire ça. ». Mais je n'ai pas eu l'impression que cela m'apportait beaucoup cette phase, honnêtement. À part apprendre, à connaître leur façon de faire à chacun. Comme c'était le début du stage, tu vois la façon de pratiquer de chaque médecin.

- Est-ce que vous rediscutiez de ce qu'il se passait pendant les consultations à ce moment-là ?

- Pendant l'observation ?

- Oui.

- Ah non. Jamais. Nan nan jamais. Et du coup… Ah si, une fois justement une fois. Bon il m'a dit « Tu vas voir elle a une personnalité…C'est particulier. » Donc oui la patiente a été complètement dans la séduction avec le médecin, il y avait une relation assez spécifique. Donc là du coup, j'étais plus attentive, et à la fin il m'a dit « Tu as vu ? ». Et j'ai dit « ben oui elle avait complètement un rapport de séduction. » Et donc cela s'est arrêté là et paf on est passé à celui d'après. Mais sinon, on ne discutait pas trop de ce qu'il se passait pendant les consultations.

- Et est-ce que cela t'a apporté ? Est-ce que tu as apprécié qu'il te demande d'observer comment se comportait le patient ?

- Pour moi cela apporte un intérêt à la consultation. C'est toujours intéressant d'assister à une consultation. On peut toujours apprendre des pratiques d'un confrère. Cela peut toujours apporter, mais cela apporte un intérêt supplémentaire, on a peut-être un peu moins envie de lâcher son attention... Après je dis jamais, mais je généralise peut-être un peu trop vite. Je pense qu'on fasse observation, il y a un des trois médecins où c'était

quand même plus…Plus enrichissant, qui n'avait pas la même approche, du coup il y avait peut-être plus de chose à observer.

- Tu dis « plus de choses à observer », c'est-à-dire que avec les différents maîtres de stage tu étais dans une sorte d'observation passive ? Tu ne faisais pas grand-chose ? À part observer…*Silence*…Et sans rediscuter des consultations, ou des tenants et des aboutissants de la consultation ?

- Je ne faisais pas grande chose…A part des généralités…Si, il y en a une où l'on rediscutait un peu plus des situations. Des situations problématiques. Des situations où c'était de l'observation passive, je n'avais pas eu de consigne : « tu vas observer telle chose. ». Mais après la consultation, quand le patient partait, et qu'il y avait eu des problèmes relationnels par exemple dans le déroulé de la consultation. On se posait pour en reparler, plus avec une. Mais le problème c'est qu'avec les deux autres on n'avait pas le temps de le faire ça.

- Et comment tu ressentais les choses quand tu étais seul en consultation ?

- Par rapport à quoi ?

- Est-ce que tu étais à l'aise ? Et dans la supervision ensuite avec le maître de stage comment tu as ressenti cette façon de faire là, quand c'est toi qui était seule en consultation ?

- J'ai ressenti… J'ai vécu cela différemment, car les trois ont une façon de faire cette phase-là différemment. Tu veux que je te détaille chacun ?

- Tu peux.

- La plus jeune, elle a eu du mal à me laisser consulter toute seule. D'ailleurs on avait discuté au cours du stage je lui avais dit « j'aimerai bien que tu me laisses un p'tit peu consulter toute seule ». Et du coup à la fin, elle me laissait deux heures de consultations dans l'après-midi. Où c'était mes consultations, les patients savaient que c'était moi qui consultais. Du coup c'est moi qui les voyais. Elle restait dans une autre partie du cabinet, et je pouvais aller la voir si j'avais un souci. Je l'ai bien vécu, cela ne m'a pas…Je l'ai bien vécu dans les trois situations. Le fait d'être toute seule avec les patients cela ne m'a pas posé de soucis. Là il y avait une vraie discussion, un vrai retour sur ce qu'il s'était passé. Notamment, par exemple j'ai une consultation en petit peu plus difficile. Où là vraiment, il y a vraiment eu une supervision sur le vécu, sur ce que je fais, sur ce pourquoi je l'avais fait…Donc là c'était très intéressant. Après dans les trois cas ils voient juste les choses très différemment. Après le deuxième médecin c'est plus en fait… Souvent je faisais les urgences. Donc je gérais les gens qui venaient à

l'arrache pour une plaie. Donc je faisais cela. Et plus à la fin, il n'essayait de ne pas trop choisir, mais choisissait quand même, il me disait bah « non là c'est trop compliqué ». Des fois c'est vrai que c'est trop compliqué quand les patients ont un vécu qui fait que c'est un peu compliqué à gérer tout comme ça d'un coup. Donc il me présentait aux patients « Si vous êtes d'accord, Monsieur machin vous allez voir ma jeune collègue. Elle va vous examiner, elle va faire la consultation et moi je viendrai à la fin ». Donc systématiquement il nous rejoignait à la fin. Donc, celle-là, ça s'est très bien passé avec ses patients, il n'y a jamais eu de soucis. Moi cela ne m'a pas mise en difficulté. Du coup ce qui était dommage par contre, c'est le retour que l'on avait ensemble, ce n'était pas vraiment de la supervision. Parce qu'il arrivait, enfin des fois je l'attendais un petit moment… Donc il faut avoir de la conversation. Il arrivait je lui disais « Monsieur untel il arrivait pour ça, et j'ai fait ça. » Et puis lui il disait « oui c'est bien. » Ou alors il disait « ha, tu n'as pas mis d'anti-inflammatoire ? Tu ne veux pas mettre d'anti-inflammatoires ? ». Moi je disais « oui ou non » et puis cela s'arrête là. Et puis le monsieur il partait et puis en continuait. Pour moi ce n'est pas de la supervision cela. C'est un contrôle de ce que j'ai fait, pour moi… Et le troisième, ce qui s'est passé, c'est qu'il m'a ouvert une salle de consultation dans le cabinet. Et du coup en fait je faisais, c'est peut-être mon ressenti…J'avais plus l'impression de faire la remplaçante du cabinet. Je voyais que les urgences : j'ai vu beaucoup d'ORL, otites, angines, fièvre… Je voyais que les petites urgences dans une salle à part. Et en fait on se voyait juste… Le midi on déjeunait et on ne parlait pas trop… Enfin dans la voiture pour aller acheter un sandwich je disais chez ça ça ça … Je n'ai pas eu de problème. Et puis le soir pareil. On ne faisait pas de supervision et cela s'arrête là. Je ne me suis pas sentie en difficultés d'être toute seule avec les gens. Mais cela n'a pas apporté la même chose selon les médecins. De ne pas avoir de retours. Cela ne sert à rien. Je ne vois pas trop l'intérêt. Enfin si, ou alors on les utilise comme objet contra phobique. On leur dit « Voilà j'ai mis ça, tu es d'accord. C'est bon OK je suis d'accord » même si on sait que ça ne va pas tuer le mec. De toute façon, si j'étais en grande difficulté je pouvais les appeler. Si il n'y a pas vraiment de temps de supervision où vraiment on discute, où il y a un temps dédié pour discuter de ce que l'on a fait, pourquoi on l'a fait, comment on a fait, et comment on l'a vécu, comment on aurait pu faire différemment. Cela ne sert pas à grand-chose… Voilà.

- Et quand tu dis qu'avec un des médecins il revenait à la fin de la consultation alors qu'il y avait le patient. Comment tu as vécu ce moment d'échange devant le patient ?

- Ben ce n'était pas facile du coup. C'est vrai que des fois cela m'était un peu mal à l'aise. Parce que cela pouvait passer devant le patient comme… Cela me mettait dans une position… Bon OK on est encore en formation, dans une position où l'on est encore en train d'apprendre. Tu vois ce que je veux dire ? Là, cela me mettait vraiment dans une position d'étudiant face à un maitre. Je faisais le rapport à mon maître. Et c'était tu as fait ou tu n'as pas bien fait. Là, j'avais plus l'impression que c'était le côté évaluation du travail, est-ce que tu l'as bien fait ou est-ce que tu ne l'as pas bien fait ? Alors que je pense que ce n'était pas du tout sa démarche. Ce n'était pas du tout une démarche comme cela. Mais lui il avait du mal à se dire qu'en fait ses patients n'allait pas le voir. Il avait peur que ses patients le prennent mal si ils me voyaient moi et pas du tout lui. Donc, il voulait absolument juste au moins leur serrer la main, leur dire bonjour, leur dire « c'est bien, ne vous inquiétez pas c'est bien ce qu'a fait ma collègue. Il n'y a pas de souci vous pouvez faire ce qu'elle vous a dit. ». C'était plus comme ça. C'est vrai que des fois ce n'est pas facile. Je savais qu'il ne le faisait pas dans une intention…mauvaise. C'est comme ça et puis c'est tout. Je n'ai pas… Je n'allais pas lui dire « Bon ben écoute, cela m'embête… ». Avant moi… moi j'étais sa deuxième interne. L'interne d'avant il n'avait pas ça. Il n'avait pas cet espace à lui. C'est moi qui, en fait il y avait cette salle d'urgence. C'est moi qui lui ai dit « tiens si tu veux je peux en voir un pendant que tu en vois un autre ? ». L'interne avant moi il n'avait pas cet espace-là, je ne sais pas comment il faisait. Je ne sais pas comment il a fait sa dernière phase… Du coup c'est pour ça qu'il avait un petit peu de mal. Quand c'est le début qu'ils sont des nouveaux maîtres de stage, ils ont du mal à lâcher leurs patients. *Silence…*

- Est-ce que tu arrivais à discuter globalement de la consultation quand tu étais devant le patient ou est-ce que tu avais des difficultés de pouvoir discuter ?

- Bah non tu ne peux pas dire ce que tu veux. Tu vois par exemple des choses que toi… Du vécu ou des problèmes, tu ne peux pas dire… Tout ce qui est problème relationnel, ou toi ton ressenti… Si tu dis « ben lui je pense que psychologiquement il y a un mal-être… ». Des choses… Toi tu t'es fait des réflexions mais tu n'as pas pu en discuter complètement avec le patient. Tu vois ce que je veux dire ? Ça, tu ne peux pas le dire devant le patient. Du coup, tu es bloqué dans ton dialogue avec ton prat. Tu ne peux pas dire ce que tu veux, c'est sûr. Même ton ressenti tu n'en parles pas. Tu ne vas pas dire devant le monsieur « Le monsieur m'a mis en difficulté. Je me suis sentie mal à l'aise…Pour tout un tas de raison…Il était énervé que ce ne soit pas toi qui l'ai vu.

Alors du coup j'ai senti qu'il se mettait à distance de la consultation. ». Tout ça tu ne peux pas le dire. Oui, c'est sûr que c'est un peu moins constructif.

- Et tu avais un moment d'échanges après pour rediscuter de tout cela ?

- Non. Ben non c'était ça la « supervision » ! (*mouvement de guillemet avec les mains*)

- On a l'impression que tu as plus vécu cela comme un contrôle ce que tu faisais, que comme un aspect de formation dans ce que tu me dis.

- Bah oui…

- Dans ce que je ressens que tu me dis.

- Ben oui, pour moi c'était un rapport. C'est un rapport. Il avait ça, je fais ça, je prescris ça, Et tu valides ou tu ne valides pas. Pour moi ça c'est un rapport. Un contrôle de ce que tu fais. En fait, c'est pour pouvoir avoir vraiment… Je pense que moi, ce qui différencie la supervision du contrôle, ou de l'évaluation de ce que l'on fait vraiment… Il faut quand même aborder comment on a ressenti les choses, les problématiques que l'on a pu rencontrer dans la gestion avec le patient… Voilà, dans le relationnel, dans notre démarche diagnostique, thérapeutique. Si on n'aborde pas ces questions-là, ce n'est pas de la supervision, c'est juste un rapport. Ouais là c'est un rapport.

- Et avec ton autre maître de stage, tu disais que tu voyais, finalement que les urgences. Et comment est-ce que tu as ressenti le fait de ne voir que les urgences ?

- Ben pas très bien en fait. J'avais l'impression d'être la remplaçante du cabinet. Et c'est organisé comme ça. Au début du stage, j'avais déjà entendu la secrétaire dire : « À partir de tel mois, on mettra l'interne dans tel bureau là-bas. ». Ce n'est pas très enrichissant de voir que des gens qui ont des otites ou des angines toute la journée. Ou des gens qui ont eu la crève et qui n'ont pas pu aller bosser. C'est sûr que cela fait partie du travail d'un généraliste. Voilà… J'ai vu les otites, j'ai fait plein de TDR. Je me suis entraînée à la rapidité de faire un TDR. Après je n'ai pas été mise en situation face à des renouvellements de traitements. Et ça c'est quand même…Le médecin généraliste il soigne toutes les types de pathologies. Les patients chroniques, les maladies chroniques, je n'aurais pas vu. Alors que c'est là-dessus aussi qu'on a besoin de se former. Alors j'ai pas trouvé ça très intéressant moi pour ma formation personnelle… *Silence*…

- D'accord. Et comment a évolué à supervision au cours du stage ? Est-ce qu'il y eu une évolution particulière ?

- Non. Cela c'est défini assez tôt dans le stage. J'ai su rapidement dans le stage, soit il y en a, il y en a une où il y en a eu ; soit il y en avait pas. Et sauf un, où je te disais tout à l'heure, c'était un peu… *Rire*… Je vais te faire un petit peu de supervision directe aller

vas-y examine le genou ! Du coup, je ne l'ai pas vécu comme une supervision. Donc j'ai su assez rapidement si il y en aurait ou si il n'y en aurait pas. Ça n'a pas évolué.

- Chez le maître de stage où il y avait une évolution, comment tu pourrais décrire cette évolution ?

- Ce n'est pas sa supervision qui évoluait, tu sais nous on a nos différentes phases, et il y avait une supervision en fonction des différentes phases.

- Et au sein d'une même phase, est-ce que tu avais l'impression qu'il y avait une évolution de dans sa supervision ?

Silence…

- Elle a fait de la supervision dès le début. Par ce que c'est son approche aussi, je pense. Même, je pense entre eux dans le cabinet ils se font de la supervision. Ils se parlent, ils communiquent beaucoup. Ils sont trois à temps partiel, et ils échangent beaucoup. Je pense que c'est ce mode de fonctionnement, elle le fait sans forcément se rendre compte. Bon, quand à la l'interne, je pense qu'elle le conscientise de faire de la supervision. Non cela n'a pas évolué, c'était comme ça dès le début.

- Tu as l'impression que le fait qu'elle soit capable d'échanger avec ses collègues au sein d'un même cabinet, cela joue dans ta supervision ? Dans ce que tu me dis.

- Bah, c'est son mode de fonctionnement. Disons que je pense qu'elle était peut-être plus ouverte. Elle a fait plus de supervision avec moi. Elle est peut-être plus sensibilisée à ça dans sa façon d'exercer la médecine, de prendre le temps avec ses patients, de prendre le temps de refaire un tour sur sa pratique. C'est quand même une autre approche de la médecine. Elle avait une autre approche de la médecine que les deux autres médecins.

- Tu as l'impression que les deux autres médecins se remettaient moins en cause ? Quand tu dis « elle, elle réfléchissait sur ce qu'elle faisait. ». Tu as l'impression que c'est une question de remise en cause de sa pratique ?

- Ce n'est pas ça, ce n'est pas une remise en cause de sa pratique. Parce que les deux autres, ils se remettent aussi beaucoup en question sur leurs pratiques. Ils se posent toujours la question, « est-ce que là j'ai bien mis le bon traitement, est-ce que là j'ai bien fait ». Mais ce n'est pas ce type de questionnement. C'est juste ça la différence, je trouve. Les deux autres, ils faisaient peut-être moins attention à… Comment expliquer… Peut-être plus somatique, tu vois ? Moins relationnel et moins ressenti. Je ne sais pas si c'est très clair comme ça. Si je l'exprime bien. Alors qu'il y en a deux qui faisaient partie d'un groupe BALINT, qui prenaient le temps d'avoir une réflexion sur

soi. Il avait une patiente qui était… Une personne qui était hypocondriaque, une jeune qui venait plusieurs fois par semaine. Ou alors il avait des patients où il disait « alors lui quand je vois son nom, j'ai pas envie. J'en ai déjà parlé au groupe BALINT. ». En fait il a une réflexion sur sa pratique avec ses patients. Mais il ne la partageait pas du tout avec moi. C'est surtout que lui, le problème c'est qu'on avait pas le temps de discuter, c'était la course tout le temps. On courait tout le temps, on courait sur le trajet de la maison de retraite pour aller faire les visites. Et on arrivait avec une heure de retard en consultation d'après-midi. Tu cours tout le temps, tu n'as pas le temps de te poser après. Alors que lui, je suis sûr qu'il a une réflexion. Après le troisième médecin il a aussi une réflexion, c'est juste qu'il n'y a pas le même type de réflexion. Mais ce n'est pas péjoratif de dire ça. *Rire…*

- Et pour toi, j'ai cru comprendre que la supervision ça prenait plus ou moins de temps en fonction des praticiens ?

- Oui, Ah ben oui. Cela prend du temps quand même, si tu veux faire une vraie supervision, si tu veux discuter de choses. Si c'est juste, « on a fait ça tac tac et au suivant. ». Ce n'est pas de la supervision, cela ne prend pas beaucoup de temps. Cela prend du temps de se poser des questions quand même et de réfléchir sur des situations.

- C'est ce qui t'a manqué dans les deux autres maîtres de stage ?

- Il y en a un c'est le temps qui a manqué, et l'autre je pense que c'est juste…Le temps entre les patients on avait pas, le midi on avait le temps. On aurait dû avoir du temps, mais je pense qu'il…Je ne sais pas pourquoi on ne discutait pas. Je ne sais pas pourquoi. La fois, une fois, cela m'a « choqué », ce n'est pas le terme choqué mais... On est allé en visite. Je suis désolée cela va être super long ce truc. On est allé en visite voir un monsieur qui avait la cinquantaine. Qui était en soins palliatifs à domicile. On arrive à la maison, il avait à peu près l'âge de mon prat environ. Mon praticien avait l'air de le connaître assez bien. C'était un homme assez aisé qui avait une baraque de fou dans les hauteurs de la ville. Donc on arrive, le monsieur il était en soins palliatifs. Il avait un œdème cérébral assez important. Il avait des troubles de la vigilance. Il n'était vraiment pas très bien, il était enfin de vie. J'ai senti que mon Prat il était en difficulté personnellement. Je l'ai ressenti tu vois. Il s'est refermé. On est arrivé, on a écouté sa femme. Puis on a discuté un peu avec la femme dehors, puis on est retourné à l'intérieur. J'ai senti qu'il était en difficulté. Après, je sais plus, il y avait un truc par rapport aux soins. Ah oui, le monsieur il était encombré, et il me demandait quel patch de scopolamine et quelle posologie il fallait mettre. Et puis, je sentais qu'il n'était pas à

l'aise. Que cela soit dans la technique, dans le relationnel, on sentait qu'il vivait mal. On est parti, j'ai essayé d'en discuter avec lui dans la voiture, de la situation, du monsieur. De comment faire des fins de vie en ville ? Moi cela m'a interpelée, c'est la seule situation de fin de vie à domicile que j'ai vu pendant mon stage. Et j'avais envie d'en discuter. Et en fait c'était une journée où je faisais juste… Après la visite, lui il repassait au cabinet, et on avait fini la journée. En fait, il s'est garé sur le parking, et il m'a déposée. Moi j'ai essayé de discuter, d'amorcer une conversation, mais lui il m'a juste déposée et voilà. Il a dit « bon après-midi et salut. ». Alors que là, y'aurait eu matière à avoir de la supervision. Un dialogue, une réflexion sur le vécu de chacun. Ben merde, merde. Tu vois cela aura été la seule fois où ça aurait été possible, et non, il n'a pas fait. Je ne sais pas, cela doit le bloquer. Peut-être qu'il est mal à l'aise avec la supervision. Mais lui il n'en fait pas. Je ne sais plus pourquoi je te disais ça ?

- Je sais plus non plus. *Rire.*

- Oui que lui il n'en faisait pas. Ah oui, j'ai essayé d'expliquer pourquoi lui il en faisait pas, mais du coup je ne sais pas. Il est mal à l'aise.

- Si tu avais quelque chose a changer cela serait quoi ?

- Par rapport à la supervision ?

- Par rapport à la supervision ou au stage en général. Cela peut être plusieurs choses.

- Bah en fait il faudrait que… Alors c'est bien de voir une journée typique d'un généraliste. Après chacun a sa façon d'exercer la médecine, il y en a qui courent toute la journée, et puis il y en a qui prennent leur temps, ça c'est chacun qui décide. Mais faudrait que ceux qui courent… C'est sûr c'est intéressant de voir que tu peux avoir une journée blindée, voir 35-40 consult par jour, et puis courir partout. Mais il faudrait quand même avoir plus de temps. Parce que si tu n'as pas le temps, tu ne discutes pas, tu ne te poses pas sûr les consultations. Tu ne discutes pas de choses. Il faudrait avoir plus de temps. Après je sais qu'on a mélangé trois phases, j'ai pas eu deux mois je regardais/ deux mois supervision directe/ deux mois en supervision indirecte. Je sais que le fait d'avoir mélangé, moi cela m'a plus. Je pense que c'est bien de mélanger les phases. Mais faut qu'ils prennent plus de temps. Tu vois, quitte à la limite leur payer les consultations qu'ils ne font pas. Parce qu'il y a quand même ce côté-là. Eux, ils ne réduisent pas leur activité, sinon... Ça prend du temps d'avoir un interne si tu veux bien faire les choses. Il faut quand même réduire ton rythme de consultation. Après financièrement, cela peut être un impact assez important. Peut-être que si on leur paye les consultations qu'ils ne font pas, ils pourraient le faire. Voilà, il faudrait changer.

- Je voulais savoir si tu avais aimé ton stage chez le praticien ?

- Ah oui j'ai aimé. Cela m'a beaucoup remis en question le début, je me suis dit. Parce que j'en avais deux qui bossaient pas mal quand même. Au début cela m'a mise en difficulté parce que c'est la première fois qu'on est en ville. D'habitude on est tout le temps à l'hôpital, ce n'est pas la même médecine, ce n'est pas la même approche du patient. Au début cela m'a pas mal remise en question quand même. Sur ce choix-là. Mais après, j'ai beaucoup aimé parce qu'ils avaient chacuns des façons de faire qui étaient très différentes. Et au final, c'était hyper enrichissant parce que cela m'a montré que l'on pouvait vraiment faire la médecine que l'on avait envie de faire. Donc oui, j'ai aimé.

- Après c'est une question qui est un petit peu différente. Je voulais savoir si tu avais aimé la formation ? La formation que tu avais eue pendant ce stage ? Plus l'aspect formation.

- Pendant le prat ?

- Pendant le stage prat.

- *Silence*… Je sais mais heu…la formation par rapport…Tu veux dire. Alors cela m'a enrichie de ma pratique avec les gens. Surtout au niveau prise de recul, relationnel. Oui, si cela m'a... Ce que j'ai aimé c'est ça ? Oui j'ai aimé. Je souris car je ne sais pas trop si… comme ça au début j'allais dire… Mais si si. J'ai aimé car il y avait plein de problématiques, je me suis fait un cahier sur les différents problèmes pour faire des recherches. Après ils ne m'ont pas demandé de faire des trucs. Enfin si, une fois on m'a demandée de faire des recherches sur la vaginose bactérienne car c'est hyper fréquent en médecine général. Donc j'ai fait les recherches, mais après on n'en a jamais trop discuté ensemble. Ça ne sert à rien, enfin si cela me sert à moi, mais c'est un petit peu dommage.

- Malgré le fait de ne pas avoir de supervision chez certain maitre de stage ?

- La formation ce n'est pas que la supervision, la supervision cela t'apporte des choses. Cela apporte énormément sur ton regard sur ta pratique. Moi ce que j'ai eu avec ma prat, c'est quelle pratique j'avais, qu'est-ce que je faisais et parfois même sans m'en rendre compte. Après il y a quand même aussi toute la formation théorique et clinique et là, cela m'a quand même beaucoup apporté ce stage. Parce que l'on voit plein de chose que l'on ne voit pas à l'hôpital. Par exemple j'ai vu une perlèche, et je ne savais pas ce qu'était une perlèche. C'est un molluscum contagiosum ! Tout ça on ne le voit pas à l'hôpital et cela apporte beaucoup à la formation. Donc je suis contente quand même.

- Est-ce que tu as d'autres choses à me rajouter ?

- Non… *Silence*… ce serait bien qu'il y ai des remises à niveau de supervision. Je ne sais pas si ils en ont ? Celui qui était le plus ancien, celui qui ne faisait pas du tout de supervision. Je n'ai pas l'impression qu'il ait eu un cours avec le DMG récemment. Alors que les 2 autres…Bon celui qui cours, je pense qu'il n'en fait pas parce qu'il court. Mais je pense qu'il en ferait parce qu'il a vraiment ce côté réflexion sur la pratique. Mais les 2 autres ils avaient fait les formations il n'y a pas longtemps et ils étaient quand même plus attentif à ça. Alors que l'autre…ben…non. Peut-être parce que justement il n'avait pas eu de formation depuis longtemps. Je ne sais pas si ils ont des remises à niveau régulièrement ?

- Ok, merci beaucoup.

… Discussion perso et un coup de téléphone pour moi.

- Je ne sais pas mais je pense qu'il cherchait à me dégouter de la médecine.

- Pourquoi tu dis ça ?

- En fait c'était, tiens tu vois, il est blasé de ses journées, il est blasé de son activité. C'est celui qui a fait un burn-out il y a plusieurs années, et en fait il s'est mis à mi-temps. Il est rentré en collaboration avec quelqu'un et il fait des activités autres pour se couper un petit peu de la médecine, mais il n'arrive pas à lâcher ses patients. Il a un regard un peu blasé sur la médecine, il en a marre de gérer ses patients. Tu as l'impression que cela le saoule de gérer les urgences, il me l'a dit « tu vois, il y a toujours des urgences. J'en ai marre, ça ne s'arrête jamais, tu es sollicité de partout. Tu as tout le temps de la paperasse. Tiens, il faut faire une hospit, et bien tu as vu, je l'ai fait pour lui rendre service… Ben oui cela prend un temps monstrueux, il faut appeler 3 personnes, l'ambulancier, le cadre du service et le médecin. Ben tu as vu comment c'est compliqué sur le plan administratif ! ». Ou alors un soir j'ai contrôlé les bios « ben oui tu as vu toute cette paperasse, ça prend du temps, on ne vous le dit pas qu'il y a tout cela à faire… ». J'ai l'impression qu'il essayait plus de me démotiver tu vois… genre « ouvre mes yeux ma pauvre fille, tu as vu ce que c'est d'être médecin généraliste ! ». Alors je ne sais pas si du coup…il ne communique pas du tout une image positive de la médecine générale.

- Cet à côté de la médecine, tu en as discuté avec les autres praticiens ?

- Les autres activités ?

- Oui, l'aspect de… de… la comptabilité ce genre de chose ?

- J'ai discuté avec la jeune, car avec l'autre j'avais du mal a communiquer et justement j'avais l'impression qu'il essayait de me démoraliser. Et elle m'a dit « mais non, ne te prend pas la tête, ce n'est pas si compliqué que cela. Regarde, moi, je ne suis pas si envahie que ça par la paperasse. Je regarde 2 ou 3 bio quand j'ai le temps entre 2 consultations. Regarde quand tu es là, c'est ma vraie journée. Je ne suis pas débordée de trucs. ». En fait, je pense que l'autre il n'aime plus trop ça. J'avais essayé d'en parler avec lui mais c'est pareil, il n'avait pas voulu en discuter. C'est pareil il avait l'air un peu, pas blasé je n'ai pas dit ça… Mais il se prend la tête, il voit plus de contrainte que de positif. Il n'a plus l'air d'aimer cela. Et puis de toute façon il m'avait pas répondu, comme on ne discutait pas trop. C'est peut-être pour cela qu'il n'y avait pas de supervision, vu qu'il ne communiquait pas avec moi.

Vu, le Président du Jury,

Vu, le Directeur de Thèse,

Vu, le Doyen de la Faculté,

Camard (Mauduit) Jeanne ; Van Cleef Aline ; Prott Florian

État des lieux et déterminants de la supervision des internes en stage praticien niveau 1 à la faculté de médecine de Nantes

Contexte : Le stage praticien niveau 1 est la première formation en situation de responsabilité sur les lieux authentiques de l'exercice futur des internes en médecine générale. La supervision est un excellent moyen pédagogique permettant de développer les compétences des internes. Nous avons recherché quel était le ressenti global concernant le cadre pédagogique de ce stage et les déterminants d'une bonne supervision.
Méthode : Cette étude qualitative a été menée à la faculté de Nantes, sur deux semestres de mai 2014 à mai 2015. Des questionnaires ont été envoyés après 1, 3 et 6 mois de stage pour les internes en stage praticien de niveau 1 et à la fin de chaque semestre pour leurs Maîtres de Stage Universitaire (MSU). Nous avons analysé 1004 questionnaires et les résultats ont été affinés par la réalisation de dix-neuf entretiens.
Résultats : Les internes et les MSU sont satisfaits du stage praticien niveau 1, malgré des réserves sur le cadre pédagogique. Nous avons relevé des discordances de ressentis entre internes et MSU sur plusieurs points. Les MSU utilisent peu d'outils pédagogiques : ils font plutôt une rétroaction instinctive. Les internes sont eux dans l'attente d'une rétroaction plus cadrée et explicitée. Les réunions de trinôme sont un temps formel très riche pour accompagner l'acquisition des compétences de l'interne mais elles sont sous-utilisées. L'importance du modèle de rôle est peu mise en valeur. Il manque une explicitation des démarches pédagogiques des MSU auprès de leurs internes. Certains internes seraient mis en autonomie trop rapidement, mais l'autonomie est bien vécue si elle est encadrée.
Conclusion : À partir du ressenti global des internes et MSU, nous avons dégagé des propositions pour une rétroaction performante, les attentes et les moyens à mettre en place pour qu'elle s'en rapproche.

Mots clés : supervision pédagogique, rétroaction pédagogique, modèle de rôle, stage praticien/ambulatoire, maître de stage universitaire (MSU), internes, médecine générale.

Global situation and deciding factors of student supervision during the first general practitioner placement in Nantes Medical School.

Background: The general practitioner (GP) placement is the first 6 months experience with responsibilities inside the real future practice place of GP students. Supervision is a brilliant teaching way of developing students skills. In this study, we evaluated the global feeling regarding this placement and deciding factors for a good supervision.
Methods: This qualitative study was conducted in Nantes Medical School, from May 2014 to May 2015. Standardized questionnaires were sent after 1, 3 and 6 months of GP placement to all students and at the end of the placement to each Supervisor. We analyzed 1004 questionnaires which were completed with 19 interviews.
Results : Students and supervisors are satisfied of their GP placement, despite limits regarding educational tools. We pointed out some different feelings between students and supervisors about several points. Supervisors usually use few educational tools: they prefer instinctive feedback reaction. Students want a more explicit approach. Regular meetings represent an important formal time in addition to skills acquisition, but they are underused. The importance of role Model is not enough highlighted. Explicitations from the supervisors about educational approach are missing. Some students are left to their own too quickly, but autonomy can be accepted if it is well supervised.
Conclusion: From global feeling of GP medical students and their supervisors, we pointed out some proposition for an effective retroaction, expectations and means we have to develop to come to this.