

UNIVERSITE DE NANTES

FACULTE DE MEDECINE

Année 2011

N° 135

THESE

Pour le

DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE

DES de Médecine Générale

par

Marie Blanchard-Rocheteau

née le 30 mai 1981 à Nantes

Présentée et soutenue publiquement le 1^{er} décembre 2011

**LA SUPERVISION INDIRECTE AU COURS DU SASPAS A NANTES :
ENQUETE DESCRIPTIVE AUPRES DES INTERNES**

Président : Monsieur le Professeur Rémy Senand

Directeur de thèse : Madame le Docteur Laure Van Wassenhove

SOMMAIRE

Introduction	7
Matériel et méthodes	9
Résultats	11
1 Les internes, les maîtres de stage.....	11
2 La hot line téléphonique	12
3 La supervision indirecte	13
3.1 Modalités	13
3.2 Support	16
3.3 Forme	16
3.4 Contenu	17
3.5 Description qualitative de la supervision	22
4 Bilan	23
Discussion	26
1 Biais et critique de la méthode	26
1.1 Le type d'étude.....	26
1.2 Population étudiée	26
1.3 Le questionnaire	26
2 Analyse des résultats	28
2.1 Les internes, les maîtres de stage	28
2.2 La hot line téléphonique.....	29
2.3 La supervision indirecte	29
2.3.1 Modalités.....	29
2.3.2 Support.....	30
2.3.3 Forme	31
2.3.4 Contenu.....	31
2.3.5 Description qualitative de la supervision	32
2.4 Bilan de la supervision et du SASPAS.....	33
2.4.1 Bilan du SASPAS	33
2.4.2 Bilan de la supervision indirecte	33
2.4.3 Propositions pour améliorer la supervision.....	35

Conclusion.....	37
Bibliographie.....	38
Annexes	42
1 Annexe A : Circulaire DGS /DES/2004.....	42
2 Annexe B : Le questionnaire de l'étude	45

LISTE DES TABLEAUX ET FIGURES

Age des internes	11
En quel semestre a été effectué le SASPAS ?	11
En quel semestre a été effectué le stage praticien ?.....	11
Quand s'effectue la supervision ?.....	13
Fréquence des séances de supervision.....	14
Durée moyenne de la supervision.....	15
Support de la supervision	16
Sous quelle forme a lieu la supervision ?	16
Items de contenu de supervision.....	17
Nombre d'items de contenu par maître de stage	18
Analyse de la démarche clinique	19
Analyse des déterminants à la prise de décision	19
Analyse de la relation médecin-patient	20
Identification des besoins de formation.....	20
Elaboration d'objectifs d'apprentissage	21
Description qualitative de la supervision	22
Appréciation des maîtres de stage pour la qualité de la supervision et appréciation du SASPAS	23

LISTE DES ACRONYMES

DES : Diplôme d'études spécialisées

DMG : Département de médecine générale

ECN : Epreuves classantes nationales

FMC : Formation médicale continue

MSU : Maître de stage universitaire

RSCA : Récit de situation complexe et authentique

SASPAS : Stage en autonomie en soins primaires ambulatoires supervisé

SUMGA : Service universitaire de médecine générale ambulatoire

UFR : Unité de formation et recherche

INTRODUCTION

Depuis 2004 et la mise en place des ECN, la médecine générale est devenue une spécialité à part entière ⁽¹⁾. Les futurs médecins généralistes doivent acquérir un D.E.S (décret du 18 janvier 2004). La médecine générale s'organise pour définir sa spécificité notamment par la mise en place d'un enseignement adapté et novateur centré sur l'apprentissage des compétences plutôt que sur la simple transmission de savoirs ⁽²⁻⁵⁾, basculant du paradigme d'enseignement au paradigme d'apprentissage ⁽⁶⁾. Le SASPAS, stage en autonomie en soins primaires ambulatoires supervisé, répond à cet objectif pédagogique.

La maquette des stages du DES de médecine générale, établie par l'arrêté du 19 octobre 2001 comporte quatre semestres obligatoires ⁽²⁾ : médecine adulte polyvalente, mère-enfant, urgences, stage chez le praticien et deux semestres laissés au libre choix de l'interne mais l'un d'eux doit se faire « préférentiellement en ambulatoire ». Ce dernier peut s'effectuer à l'hôpital ou en médecine générale, c'est le SASPAS. Un groupe de travail, présidé par le Pr Bernard Nemitz, représentant de la Conférences des Doyens, a remis un rapport au ministre de la santé en juillet 2003 à sa demande pour préciser les objectifs et les modalités de ce nouveau stage ambulatoire ⁽⁷⁻⁹⁾. La circulaire officielle du 26 avril 2004 organisant le SASPAS est basée sur ce rapport ⁽¹⁰⁾. Début novembre 2003 les premiers SASPAS ont été expérimentés dans 18 UFR sur 37 en se basant sur le rapport du Pr Nemitz, la circulaire officielle n'étant apparue que le 26 avril 2004 à la veille du 2^{ème} SASPAS en mai 2004 ⁽¹¹⁾. En 2010 seulement 30% des internes ont eu accès au SASPAS par manque de maîtres de stage ⁽¹²⁾.

Le SASPAS est un semestre professionnalisant pour des étudiants en fin de cursus universitaire. Il permet une approche nouvelle de l'apprentissage en offrant la possibilité aux internes, confrontés à la pratique de la médecine générale dans leur quotidien, de gérer seuls les consultations. En effet, ce nouveau stage se différencie du stage chez le praticien par son autonomie complète. L'interne va travailler en lieu et place de ses maîtres de stage, l'objectif étant l'acquisition des compétences nécessaires à l'exercice de la médecine générale ^(8,13).

Le lieu de stage est un SUMGA : service universitaire de médecine générale ambulatoire. C'est une structure de médecine générale : cabinets de groupe ou groupes de cabinets reconnus par la Faculté comme terrain de stage à caractère universitaire. Ces médecins généralistes, agréés par la Faculté, ont accepté de confier leur patientèle et d'assurer en retour :

- Une assistance en temps réel ou « hot-line » : l'interne peut à tout moment contacter le maître de stage par téléphone ou bénéficier d'une rencontre immédiate en cas de besoin.
- Une action pédagogique centrée sur l'évaluation formative et l'acquisition des compétences en situation authentique de médecine générale notamment à l'aide de la supervision indirecte, véritable pilier pédagogique de ce stage. C'est cette redevance pédagogique qui permet de différencier ce stage d'un remplacement. Elle permet à l'étudiant d'appréhender l'autoévaluation et la démarche réflexive ⁽¹⁴⁾ essentielles à son exercice professionnel futur.
- Les maîtres de stage s'engagent d'autre part à suivre des formations pédagogiques.

La supervision indirecte n'est pas le seul outil pédagogique de ce stage, les internes doivent participer à des groupes d'échanges de pratique entre internes et maîtres de stage sur le modèle des groupes de pairs ^(13,15), ils sont aussi encouragés à rédiger des récits de situation complexe et authentique ou RSCA ^(13,16-18).

Devant l'accroissement du nombre d'étudiants, le manque de maîtres de stage ou de MSU (maîtres de stage universitaires) et afin de permettre un nombre suffisant de terrains de stage, la Faculté de médecine de Nantes a développé le concept de « prêteur de patientèle ». Le « prêteur de patientèle » n'est pas titulaire d'une maîtrise de stage, il n'a pas été formé à la supervision indirecte. Il fournit son cabinet comme terrain de stage, il s'engage à être joignable par téléphone et avoir un entretien en fin de journée de transmission d'informations. Il ne perçoit pas de rémunération pédagogique. Le « prêteur de patientèle » est associé à d'autres maîtres de stage agréés pour que l'interne puisse bénéficier d'une supervision indirecte.

Pilier pédagogique du SASPAS, la supervision est, d'après Kilminster, la fourniture d'une guidance à l'égard d'un étudiant en formation et d'une rétroaction (feedback) à l'égard de son développement personnel, professionnel et éducationnel, dans le contexte d'une expérience de soins dispensés à un patient avec sécurité et de manière appropriée ⁽¹⁹⁾.

On distingue différentes modalités de supervision :

- La supervision « strictement clinique » qui cible l'efficacité des pratiques médicales et la sécurité du patient.
- La supervision pédagogique en « milieu clinique » qui outre l'objectif précédent vise explicitement à faciliter, contextualiser et orienter les apprentissages à effectuer par l'étudiant.
- La supervision est dite « directe » lorsque la rétroaction fournie à l'étudiant succède à une phase d'observation directe de l'étudiant dans sa tâche clinique.
- Elle est dite « indirecte » lorsque l'interaction avec l'étudiant est développée à partir de la présentation que fait ce dernier de la situation clinique sans que l'enseignant l'ait personnellement observé ⁽²⁰⁾. Pour optimiser la rétroaction, le superviseur doit partir de l'autoévaluation de l'apprenant pour donner son opinion sur la compétence de l'étudiant et lui proposer des conseils, de nouvelles informations ou des pistes d'exploration en vue soit de résoudre les problèmes du patient soit d'aider l'apprenant à progresser dans le développement de sa compétence ^(15,21,22).

La supervision est un véritable outil pédagogique centré sur l'apprenant où évaluation et formation doivent se mêler. Elle fait partie d'un système d'évaluation formative à rapprocher du tutorat pédagogique ^(2,4,5,23).

Concernant la supervision au sein du SASPAS, il n'y a pas de cadre réglementaire défini dans les textes. En effet, elle est effectuée selon les modalités propres à chaque unité de formation (UFR, SUMGA), laissée à la libre appréciation des protagonistes ⁽¹³⁾. Problème soulevé par les études et thèses sur le SASPAS qui montrent que la supervision mise en place ne donne pas entière satisfaction. C'est un des points négatifs de ce stage qui est pourtant plébiscité par les internes et maîtres de stage ^(22,24-30).

Nous avons donc souhaité par l'intermédiaire de ce travail décrire la supervision indirecte au cours du SASPAS à la Faculté de médecine de Nantes à l'aide d'une enquête auprès des internes. Enquête permettant de faire un état des lieux de la supervision mise en place et de proposer des pistes d'amélioration.

MATERIEL ET METHODES

Cette étude était une enquête descriptive transversale sur la supervision indirecte au cours du SASPAS. Elle a été réalisée à l'aide d'un questionnaire électronique auprès des internes en SASPAS de la Faculté de médecine de Nantes.

En l'absence de référentiel réglementaire sur la supervision indirecte au cours du SASPAS, le questionnaire a été élaboré grâce aux travaux antérieurs portant sur l'évaluation des SASPAS^(15, 22, 25-27, 30-33) et à la grille d'évaluation des maîtres de stage universitaires en SASPAS au Département de médecine générale de la Faculté de médecine de Nantes⁽³⁴⁾. Ce questionnaire a ensuite été amélioré après avoir été testé par 4 anciens internes ayant effectués un SASPAS.

Ce questionnaire comportait 31 questions avec des questions fermées (binaires et à choix multiples), des questions ouvertes et des échelles de satisfaction. Il était composé de 4 parties :

- Description des internes interrogés, nombre de maîtres de stage par interne et existence ou non de prêteurs de patientèle au sein des SASPAS.
- Recours à la « hot line » téléphonique permettant de savoir si les maîtres de stage étaient joignables par téléphone en cas de besoin.
- La supervision indirecte mise en place :
 - Modalité
 - Support
 - Forme
 - Contenu
 - Description qualitative
- Bilan : appréciation des internes sur les maîtres de stage concernant la supervision et sur le SASPAS à l'aide d'échelles numériques de satisfaction, et une question ouverte avec des commentaires libres portant sur la supervision et d'éventuelles propositions pour l'améliorer. Les commentaires ont été regroupés par thème et cités entre guillemets.

Etre un « prêteur de patientèle » était un critère d'exclusion dans cette enquête. En effet, les internes ayant des « prêteurs de patientèle » au sein de leur SASPAS ne remplissaient pas la partie concernant la supervision indirecte et l'appréciation sur ces maîtres de stage car les « prêteurs de patientèle » ne sont pas censés effectuer une supervision indirecte.

Le questionnaire a été envoyé par courrier électronique accompagné d'une note explicative. Cette note portait sur le contexte et l'objectif de cette enquête, la procédure pour y répondre ainsi qu'une explication sur les « prêteurs de patientèle », ces derniers étant précisément nommés pour lever toute ambiguïté.

Les internes ayant effectué un SASPAS à la faculté de médecine de Nantes de mai à octobre 2010 et de novembre 2010 à avril 2011 soit 32 internes ont reçu le questionnaire le 12 mai 2011. Ils devaient le renvoyer pour le 7 juin 2011. Les noms, coordonnées électroniques et téléphoniques des internes, ainsi que les noms des maîtres de stage et des « prêteurs de patientèle » avaient été communiqués par les responsables du SASPAS du Département de médecine générale mais le questionnaire restait anonyme. Un email de relance a été envoyé le 31 mai. Devant l'absence d'un certain nombre de réponses, une relance téléphonique a été effectuée le 23 juin. Un questionnaire a été adressé par voie postale à une interne qui avait des difficultés à remplir l'enquête en ligne.

Une nouvelle relance par email a été envoyée à deux internes qui n'avaient pas entièrement rempli le questionnaire. La dernière réponse est arrivée le 11 août.

Les données ont été recueillies puis analysées à l'aide des logiciels Word et Excel de Microsoft.

RESULTATS

1 Les internes, les maîtres de stage

Pour les SASPAS de mai à octobre 2010 et novembre 2010 à mai 2011 à Nantes, il y avait :

- 32 internes
- 87 maîtres de stage dont 10 « prêteurs de patientèle » soit 77 maîtres de stage effectuant une supervision indirecte.

25 internes ont répondu au questionnaire soit un taux de réponse de 78%. Ils ont évalué 66 maîtres de stage répartis en 9 binômes et 16 trinômes. Parmi ces maîtres de stage, il y avait 7 « prêteurs de patientèle », 59 maîtres de stage ont donc été évalués. Cependant 2 internes ont déclaré avoir « un prêteur de patientèle » pour l'un et 2 « prêteurs de patientèle » pour l'autre au sein de leur SASPAS alors que ces derniers étaient des maîtres de stage censés effectuer une supervision, ce qui fait un total de 56 maîtres de stage évalués sur 77 soit 73%.

Parmi les internes il y avait 23 femmes (92%) et 2 hommes (8%).

Tableau 1: Age des internes

Age	Internes n=25
26	1 (4%)
27	6 (24%)
28	11 (44%)
29	5 (20%)
30	2 (8%)

L'âge moyen des internes était de 28 ans.

Tableau 2: En quel semestre a été effectué le SASPAS ?

Semestre	Internes n=25
4 ^{ème}	1 (4%)
5 ^{ème}	6 (24%)
6 ^{ème}	18 (72%)

La majorité des internes (72%) ont effectué leur SASPAS en 6^{ème} semestre.

Tableau 3: En quel semestre a été effectué le stage praticien ?

Semestre	Internes n=25
3 ^{ème}	6 (24%)
4 ^{ème}	14 (56%)
5 ^{ème}	5 (20%)

La majorité des internes ont effectué leur stage praticien en 4^{ème} semestre.

Pour 24 internes (96%) le SASPAS était un projet personnel choisi. Une interne a précisé en commentaire libre qu'elle avait choisi ce stage pour « faire une transition en douceur entre la fin de l'internat et les remplacements ».

Une interne a effectué un SASPAS par défaut, imposé par son rang de classement lors de la procédure de choix des stages. Elle a effectué son SASPAS au cours de son 4^{ème} semestre.

2 La « hot line » téléphonique

Pour 23 internes (92%), un maître de stage était toujours joignable par téléphone, le temps de réponse étant de moins de 5 minutes pour 20 internes (80%) et entre 5 et 15 minutes pour 5 (20%). Une interne a précisé que l'un de ses maîtres de stage était joignable en moins de 5 minutes mais que l'autre maître de stage avait répondu quelques heures plus tard en s'excusant par « texto ».

Le recours à cette aide téléphonique était très variable selon les internes et tous n'ont pas précisé à quel rythme et pour quel motif il l'utilisait. Une interne appelait son maître de stage 10 fois par jour au début puis 1 à 2 fois par jour à la fin du stage. Pour d'autres : 1 à 2 fois par jour au début, 1 à 3 fois par semaine, 1 fois par semaine, 1 à 2 fois par mois, 3 fois par maître de stage sur le semestre, 3 fois dans le semestre. Une autre interne explique que 2 de ses maîtres de stage étant dans le même cabinet, elle préférait solliciter le médecin présent plutôt que de contacter par téléphone l'autre maître de stage. Une interne appelait rarement ses maîtres de stage, les situations difficiles et la prise en charge étaient revues en supervision en fin de journée. Dans tous les cas, tous s'accordaient à dire qu'ils y avaient de moins en moins recours pendant leur semestre.

Les motifs d'appels étaient les suivants : (du plus fréquent au moins fréquent, les internes n'ayant pas tous précisé les motifs d'appel)

- Problème technique (ordinateur, matériel...)
- Conseil médical, aide pour la conduite à tenir (exemple : aide pour introduction de subutex)
- Urgence
- Situation complexe
- Réseau de soins, correspondants spécialistes
- Problème administratif et médico-légal (une interne rapporte qu'elle avait contacté son maître de stage pour l'aider dans le cadre d'un suicide à domicile)
- Modification thérapeutique importante
- Demande de renseignements sur les patients
- Organisation de la prise en charge ambulatoire

3 La supervision indirecte

3.1 Modalités

➤ **Les internes ont-ils rencontré leurs maîtres de stage dans le cadre de séances de supervision ?**

51 maîtres de stage sur 56 (91%) ont rencontré l'interne dans le cadre de séances de supervision indirecte. 4 autres maîtres de stage (7%) utilisaient le téléphone pour communiquer et superviser l'interne dont un maître de stage qui avait rencontré l'interne pendant 1 à 2 mois et qui avait ensuite poursuivi avec des entretiens téléphoniques pour la suite du stage.

Une interne précise qu'elle voyait ses maîtres de stage le soir pour « papoter sur les patients » mais qu'elle ne savait pas si c'était réellement de la supervision indirecte. Une autre (qui a répondu qu'elle ne rencontrait pas son maître de stage en séance de supervision) rapporte que son maître de stage référent ne faisait quasiment pas de « débriefing », elle lui posait juste quelques questions en fin de journée alors que les 2 autres maîtres de stage « prêteurs de patientèle » effectuaient un « débriefing » presque tous les soirs. Une interne précise que pour 2 de ses maîtres de stage qui exerçaient dans le même cabinet, la supervision indirecte se faisait avec le médecin présent qui ne connaissait pas très bien la patientèle de son confrère. Une autre rapporte qu'elle n'avait pas supervision indirecte avec ses maîtres de stage, elle n'avait que des contacts téléphoniques le soir sous forme de transmission d'informations. Une interne explique qu'elle avait des contacts variés avec ses maîtres de stage en plus des séances de supervision : téléphone, internet avec recherche documentaire, transmission des courriers pour le suivi des dossiers

➤ **Y-a-t-il un temps dédié à la supervision ?**

Pour 23 internes sur 25 (92%), il y avait un temps dédié à la supervision.

2 internes n'ayant pas de supervision indirecte avec leurs maîtres de stage (soit 3 maîtres de stage au total) n'ont pas répondu aux questions suivantes sur la supervision, il y avait donc 53 maîtres de stage évalués pour la suite du questionnaire concernant la supervision.

➤ **A quel moment est elle effectuée par rapport aux journées de consultations ?**

Tableau 4 : Quand s'effectue la supervision ?

Quand ?	Maîtres de stage n=53
Le même jour	42 (79%)
différée	6 (11%)
Le même jour et différé	5 (10%)
Pause du midi	7 (13%)
Fin de journée	33 (63%)
Pause du midi et fin de journée	8 (15%)
autre	5 (9%)

*Pour « autre » une interne a précisé que la supervision avait lieu au cours d'une matinée dans la semaine, une autre qu'un « créneau » dans l'après midi était réservé à la supervision.

Une interne était supervisée le même jour et en différé : supervision des consultations du matin le même jour et supervision des consultations de l'après-midi la semaine suivante.

La supervision indirecte s'effectuait majoritairement le même jour et en fin de journée.

➤ **Où se déroule-t-elle ?**

La supervision se déroulait au cabinet pour 43 maîtres de stage sur 53 (81%), dans un autre lieu pour 8 (15%), au cabinet et dans un autre lieu pour 2 (4%). Le domicile du maître de stage était précisé pour 3 maîtres de stage pour « autre lieu ».

➤ **A quelle fréquence est-elle effectuée ? La fréquence a-t-elle évolué ?**

Tableau 5 : Fréquence des séances de supervision

Fréquence	Maîtres de stage n=53
Plus d'1 fois par semaine	9 (17%)
1 fois par semaine	43 (81%)
Autre	1 (2%)

*1 fois par semaine correspond à 1 journée de consultation chez un maître de stage, les internes effectuant l'équivalent de 3 journées de consultation dans 1 semaine

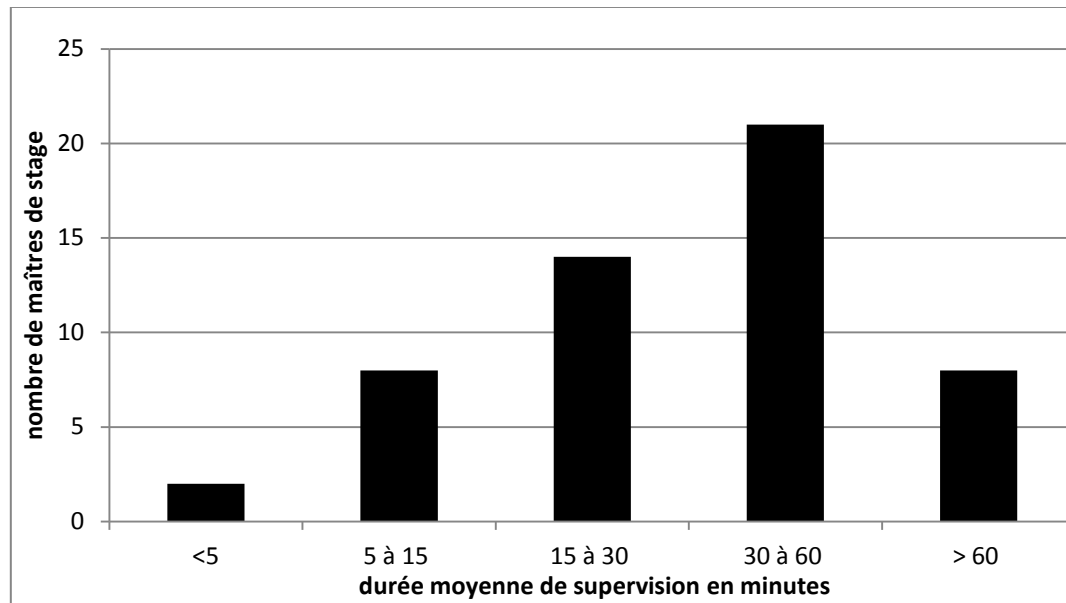
Pour « autre » un interne a précisé qu'il rencontrait son maître de stage en supervision 1 fois par semaine pendant 1 à 2 mois puis arrêt des rencontres et contacts téléphoniques.

Pour 3 maîtres de stage qui supervisaient plus de 2 fois par semaine, l'interne a expliqué que la supervision avait eu lieu 2 fois par jour.

La fréquence de la supervision a évolué pour 3 maîtres de stage (6%) : 1 fois par semaine en début de stage pendant 1 à 2 mois puis arrêt, initialement 2 fois par semaine puis 1 fois par semaine, enfin diminution de la fréquence en fin de stage l'interne utilisant le terme « plus rare ».

➤ **Quelle est sa durée moyenne ? La durée a-t-elle évoluée ?**

Figure 1 : Durée moyenne de la supervision :



La durée moyenne de la supervision était de 30 minutes. Pour 29 maîtres de stage (55%) elle durait plus de 30 minutes dont 8 (15%) avec qui elle durait plus de 60 minutes. Pour 24 maîtres de stage (45%) elle durait moins de 30 minutes. Pour 10 maîtres de stage (19%) elle durait moins de 15 minutes.

Dans 74% des cas, la durée moyenne de supervision n'avait pas évolué. Lorsqu'elle évoluait (26%) les internes précisaient que le temps de supervision diminuait au fur et à mesure du stage, l'un rapporte que la durée de supervision au début du stage était de 2h puis avait diminué pour durer de 1/2h à 1h, une autre explique que la supervision initialement de plus de 5 minutes était passée sous la barre des 5 minutes au cours du stage.

➤ **Y-a-t-il eu une discussion au début de stage avec les maîtres de stage sur les compétences acquises, à acquérir et les besoins de formation avec l'interne ?**

Pour 22 internes (88%) il y a eu une discussion au préalable sur leurs compétences déjà acquises, celles à acquérir et leurs besoins de formation.

➤ **Y-a-t-il eu un échange en début de stage sur la supervision indirecte avec les maîtres de stage, l'interne a-t-il pu donner son avis ?**

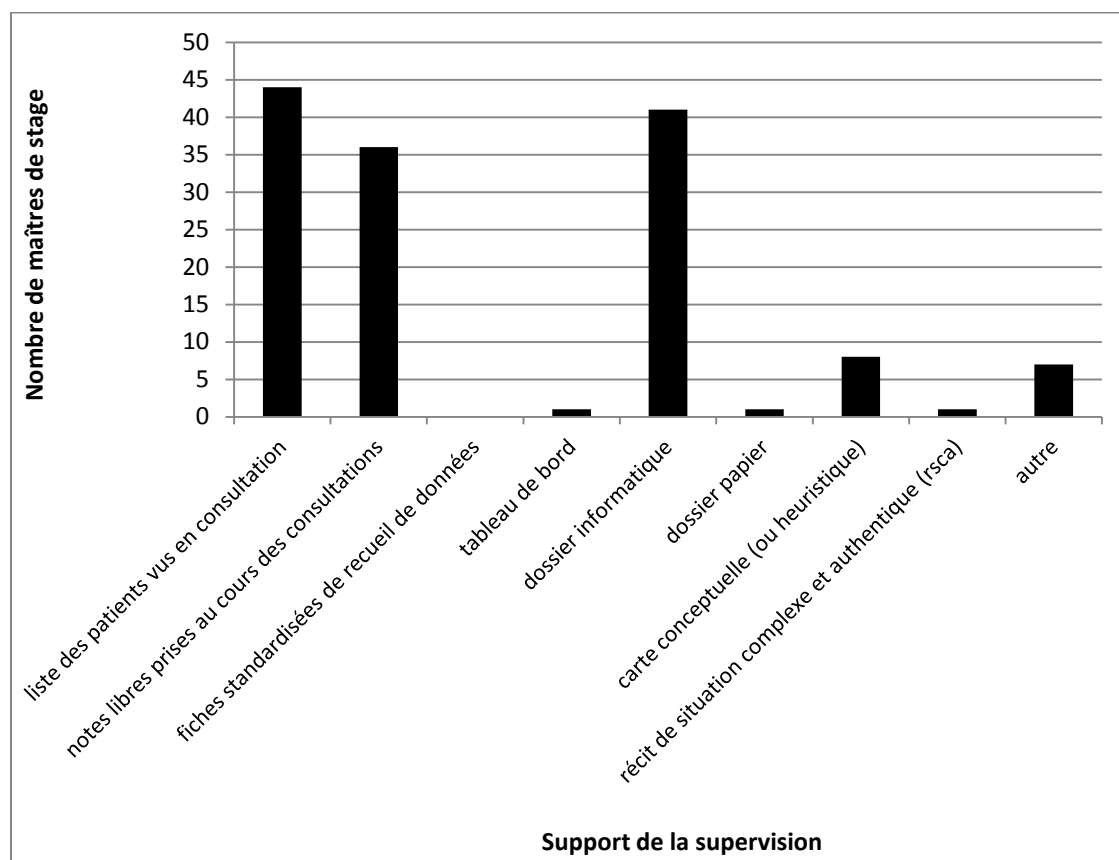
Pour 13 internes (52%) il n'y a pas eu d'échange avec leurs maîtres de stage au début du stage sur la supervision. Lorsqu'il y a eu un entretien préalable sur la supervision (48%) un interne signale que l'échange portait uniquement sur le lieu et la fréquence de la supervision, un autre interne rapporte qu'il y a eu une discussion mais il n'avait pas pu donner son avis.

➤ **Est-ce que le bilan sur les compétences acquises, à acquérir et les besoins de formation a été réévalué pendant et à la fin du stage ?**

Pour 23 internes (92%) il y a eu un bilan pendant et surtout à la fin du stage. Une interne précise que le bilan s'est déroulé tout au long du stage au cours des séances de supervision.

3.2 Support

Figure 2 : support de la supervision



*Pour « autres » les internes avaient précisé : recherches documentaires, lectures, internet, documents de formation des maîtres de stage.

44 maîtres de stage (83%) utilisaient la liste des patients vus en consultation, 41 (77%) le dossier informatique, 36 (68%) les notes libres prises par l'interne au cours des consultations. 10 maîtres de stage (19%) utilisaient des supports plus élaborés ou formalisés :

- Fiche standardisées de recueil de données : 0
- Tableau de bord : 1 (2%)
- Carte conceptuelle : 8 (15%)
- Récit de situation complexe et authentique (RSCA) : 1 (2%)

3.3 Forme

Tableau 6 : Sous quelle forme a lieu la supervision ?

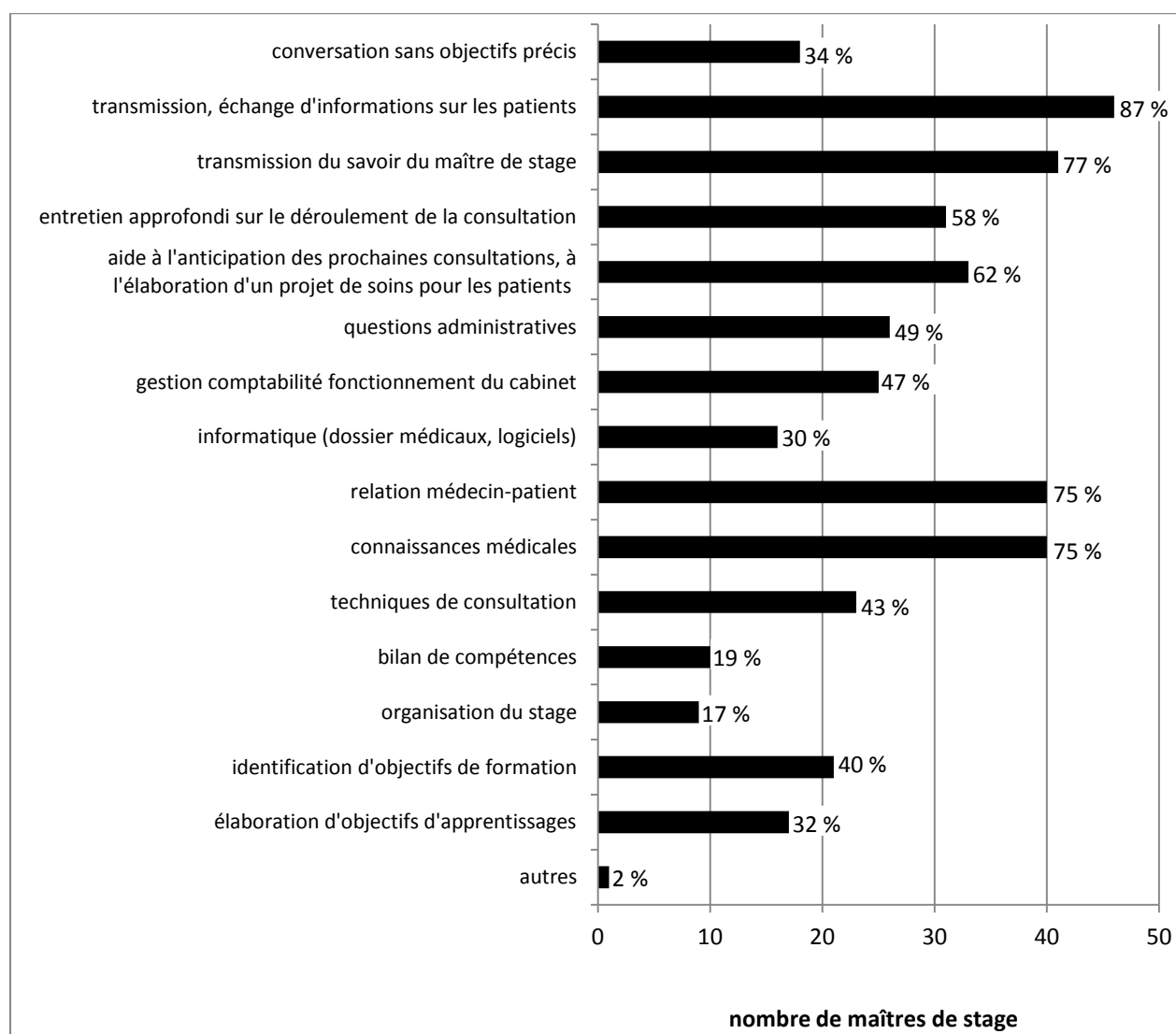
Forme	Nombre de maîtres de stage n=53
Revue de toutes les consultations	32 (60%)
Revue des consultations qui ont posé des difficultés	33 (62%)
Consultations prises au hasard	4 (8%)

Pour 22 maîtres de stage (42%) la forme de la supervision n'avait pas évolué. Lorsqu'elle évoluait (58%) les internes précisaient pour la plupart qu'il y avait eu au départ une revue de toutes les consultations puis évolution vers les consultations qui avaient posé des difficultés. Une interne, avec qui le maître de stage reprenait toutes les consultations, rapporte qu'il y avait eu au fur et à mesure du stage « un passage plus rapide sur les cas faciles qui étaient même mentionnés sans justificatif ».

3.4 Contenu

➤ Contenu des séances de supervision

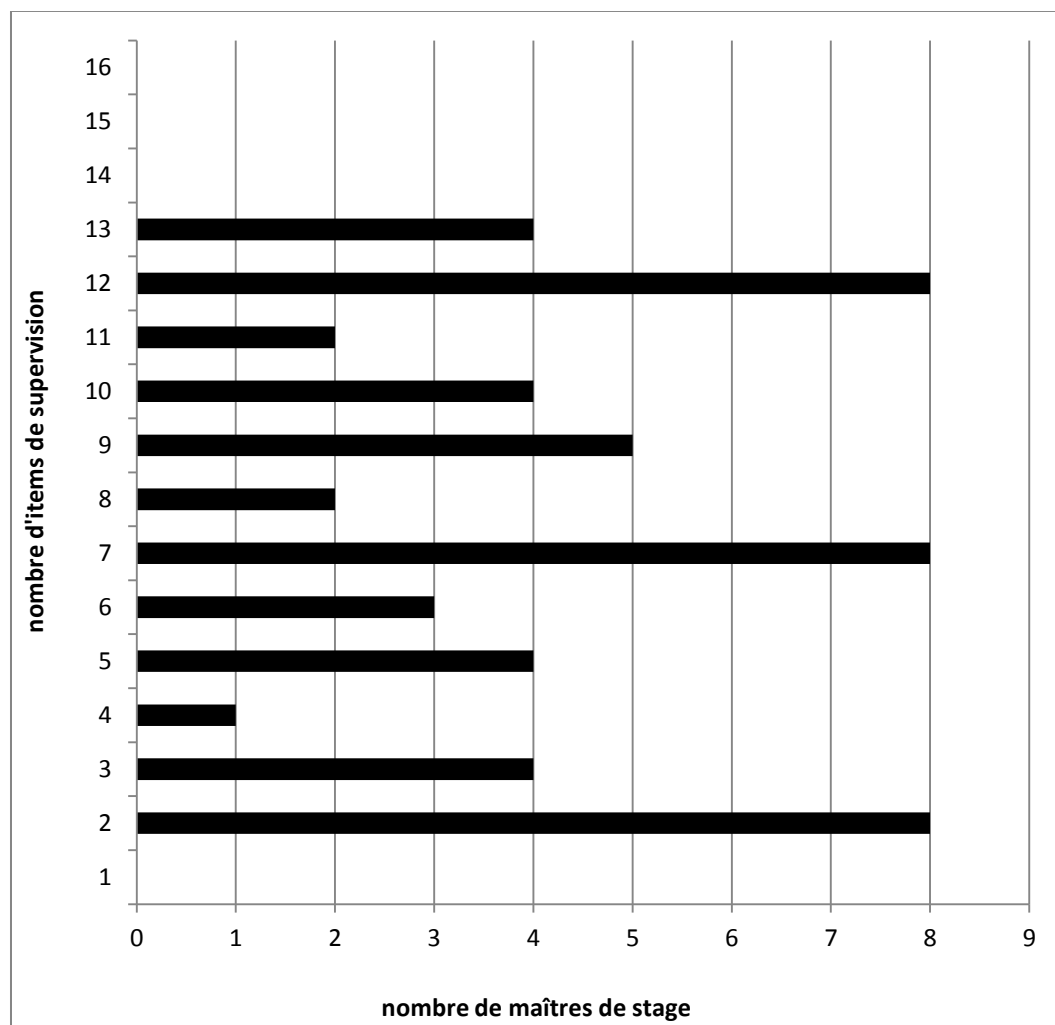
Figure 3 : Items de contenu de supervision



*Pour « autres » un interne avait précisé : proposition d'articles ou d'ouvrages à lire sur le sujet abordé, recherche personnelle à faire ce qui en fait correspondaient aux items « identification d'objectifs de formation » et « élaboration d'objectifs d'apprentissage »

Les pourcentages inscrits correspondent à la proportion des maîtres de stage utilisant chaque item au cours de la supervision.

Figure 4 : Nombre d'items de contenu de supervision par maître de stage



*Les items de supervision correspondent aux items de contenu de la supervision issus de la figure 3

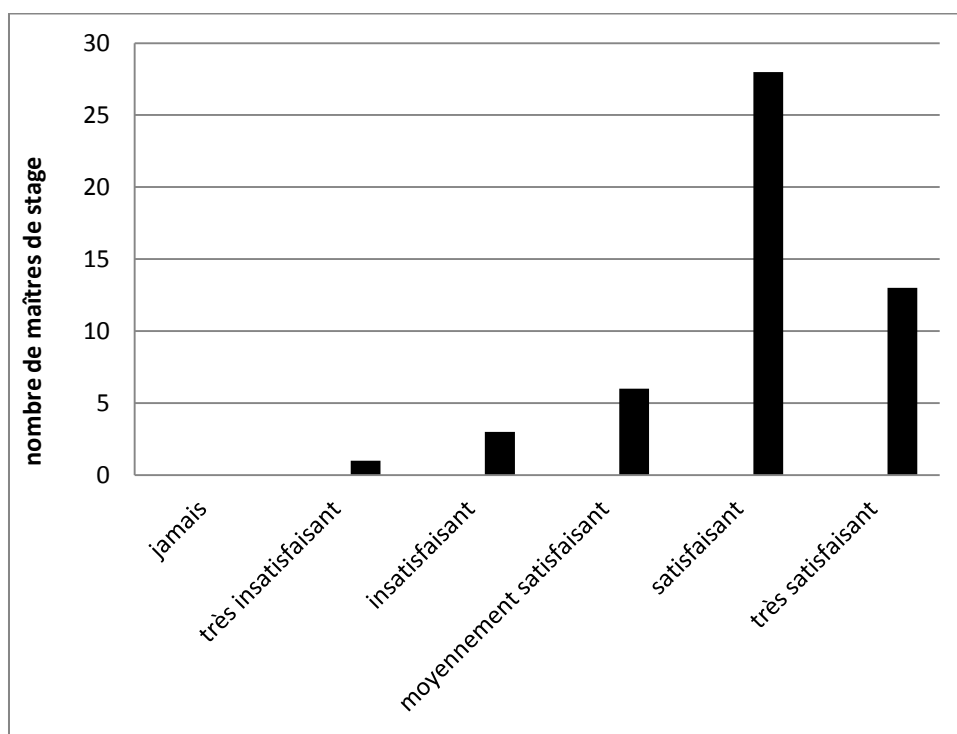
La moyenne du nombre d'items par maître de stage est de 7

55% des maîtres de stage avaient moins de 8 items. Il y avait la même proportion de maîtres de stage qui utilisaient 2, 7 et 12 items soit 15% à chaque fois.

➤ **Analyse pédagogique du déroulement de la consultation**

Pour cette partie du questionnaire, une interne n'avait pas répondu pour deux de ses maîtres de stage en expliquant qu'il n'y avait pas d'analyse des consultations. 51 maîtres de stage ont donc été évalués pour cette question.

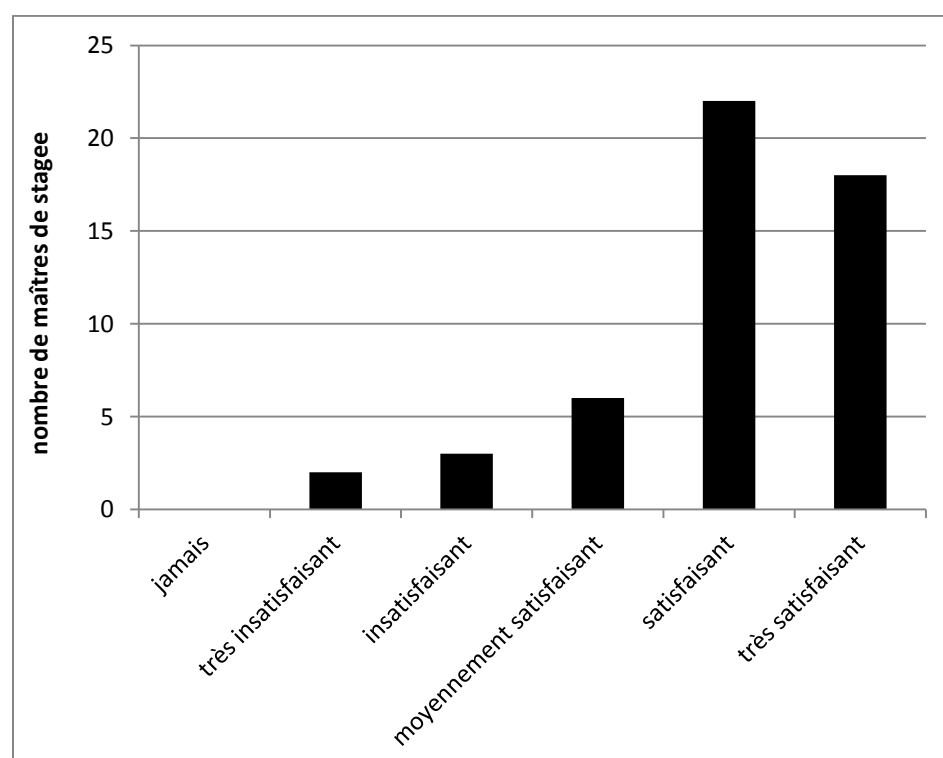
Figure 5 : Analyse de la démarche clinique



*l'échelle de satisfaction correspond à l'appréciation des internes pour les maîtres de stage concernant l'analyse pédagogique des consultations au cours des séances de supervision.

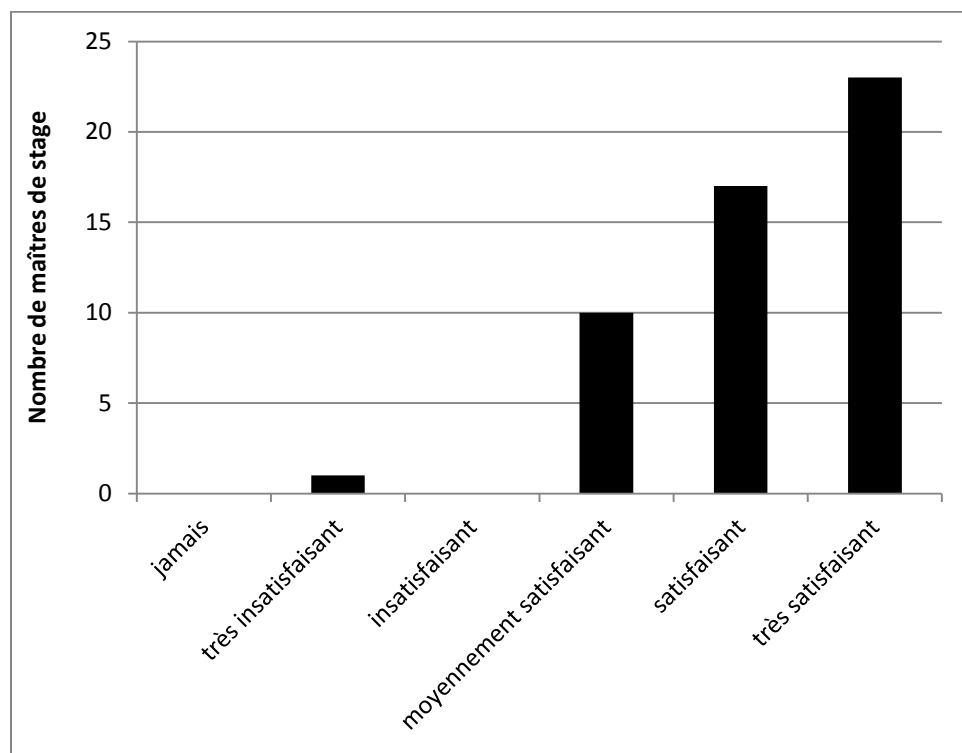
Pour 41 maîtres de stage sur 51 (80%), les internes ont été satisfaits et très satisfaits de l'analyse de la démarche clinique effectuée avec leur maître de stage.

Figure 6 : Analyse des déterminants à la prise de décision



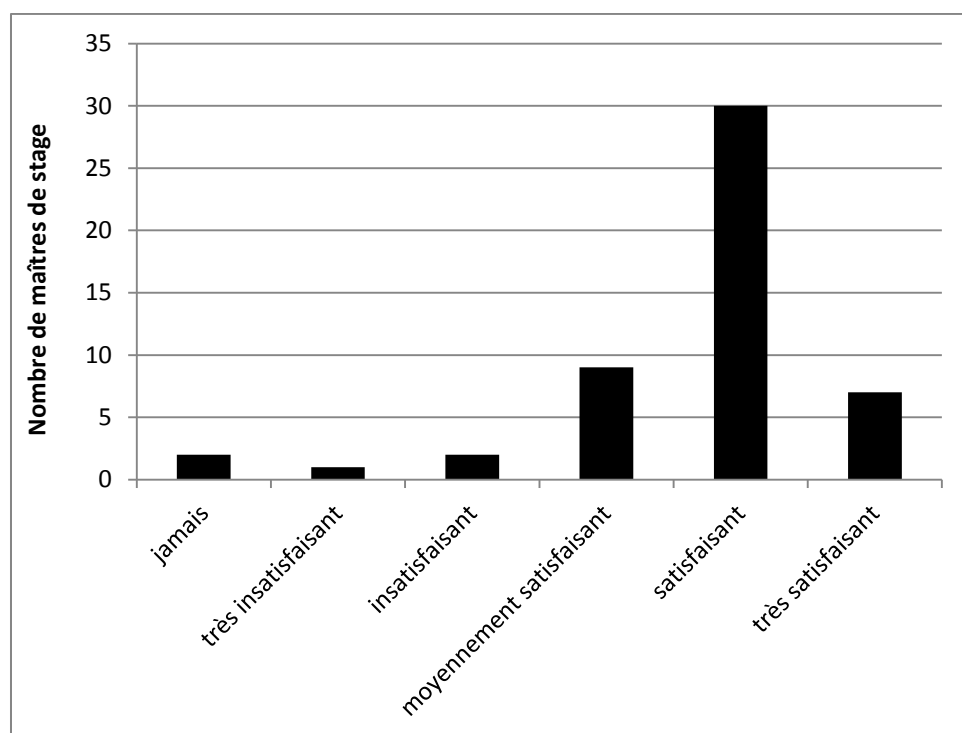
Pour 40 maîtres de stage (78%), les internes ont été satisfaits et très satisfaits de l'analyse des déterminants à la prise de décision.

Figure 7 : Analyse de la relation médecin-patient



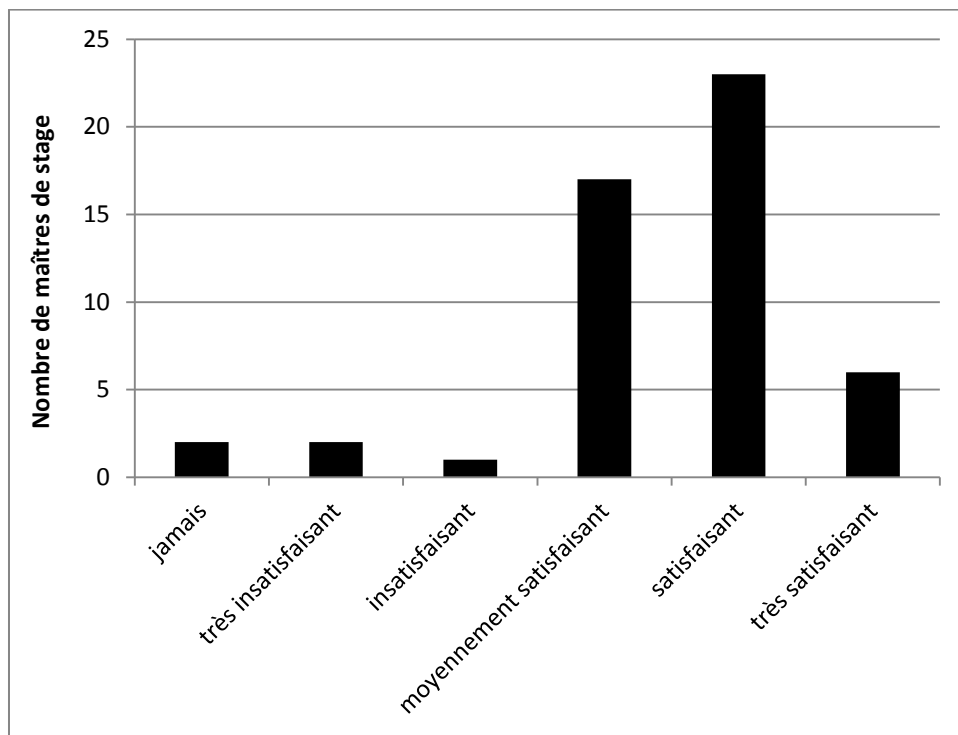
Pour 40 maîtres de stage (78%), les internes ont été satisfaits et très satisfaits de l'analyse de la relation médecin-patient.

Figure 8 : Identification des besoins de formation



Pour 37 maîtres de stage (72%), les internes ont été satisfaits et très satisfaits de l'identification des besoins de formation, effectuée au cours de l'analyse des consultations. Pour 2 maîtres de stage (4%), il n'y a pas eu d'identification d'objectifs de formation.

Figure 9 : Elaboration d'objectifs d'apprentissage



Pour 29 maîtres de stage (57%), les internes ont été satisfaits et très satisfaits de la détermination d'objectifs d'apprentissage à l'issue de l'analyse des consultations. Pour 17 maîtres de stage (33%) les internes ont été moyennement satisfaits. Pour 2 maîtres de stage (4%) il n'y a pas eu d'élaboration d'objectifs d'apprentissage.

➤ **Le contenu a-t-il évolué au cours des séances de supervision ?**

Pour 36 maîtres de stage (68%) le contenu n'a pas évolué. Lorsqu'il évoluait (32%) les internes ont précisé :

« Analyse très poussée jusqu'aux 2/3 du stage puis diminution de la qualité du contenu. »

« La supervision était de moins en moins pédagogique au fur et à mesure du stage. »

« Pour l'un des maîtres de stage, c'était de pire en pire. J'étais en totale autonomie. J'ai même eu des réponses du genre : je ne sais pas ce que j'aurais fait à ta place. »

« Le temps imparti aux aspects médicaux devenait moins important pour privilégier la discussion. »

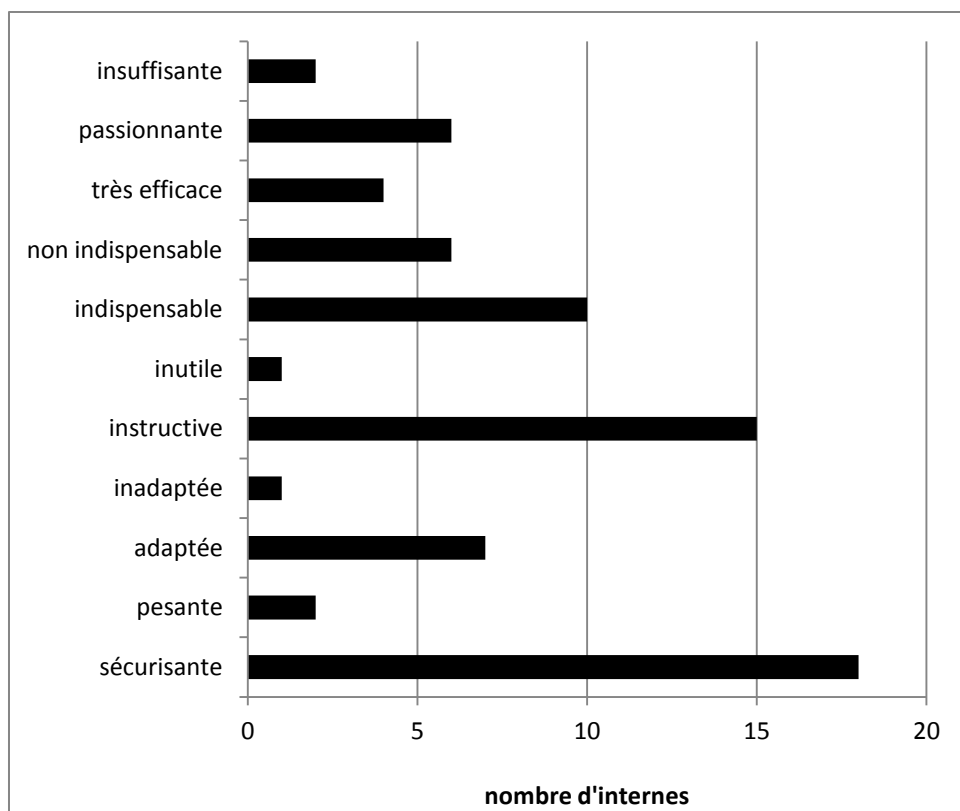
« Plus axé au départ sur le somatique puis de plus en plus sur le relationnel. »

« Evolution du contenu en fonction des cas rencontrés et de l'évolution de mes capacités. »

« Il est arrivé d'avoir des discussions sur le fonctionnement administratif du cabinet, ou encore sur un résumé d'une FMC, avec toujours la possibilité d'exposer et de discuter des problèmes éventuels de la journée. »

3.5 Description qualitative de la supervision

Figure 10 : Description qualitative de la supervision

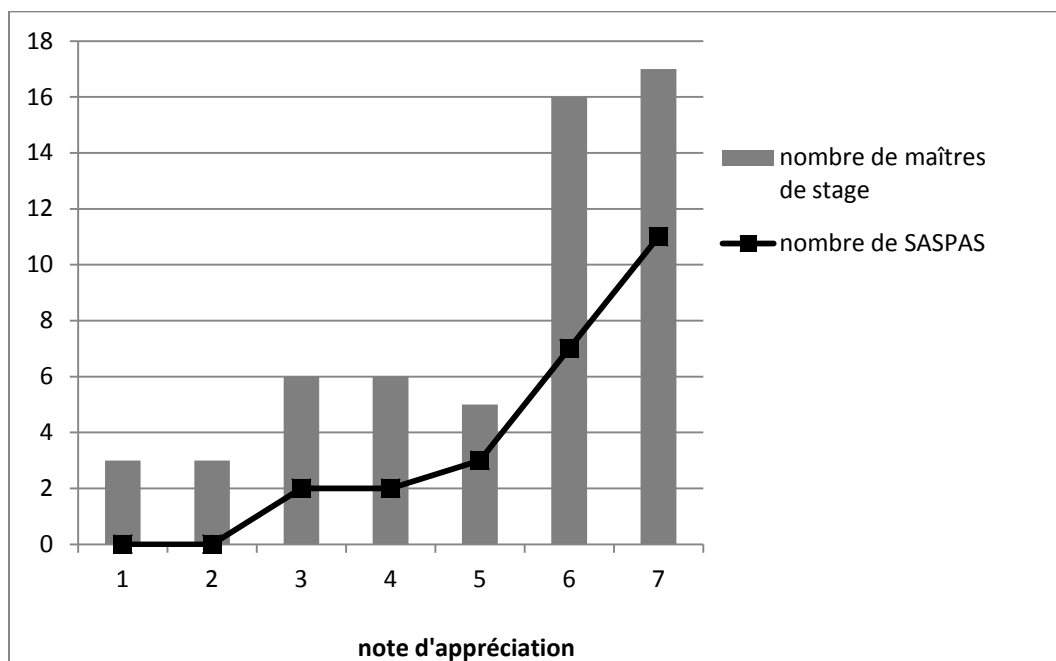


*Chaque interne devait décrire la supervision indirecte en choisissant 3 adjectifs au sein d'une liste préétablie. 2 internes n'ont pas répondu. Il y a donc un total de 23 réponses sur 25.

La supervision indirecte est surtout décrite comme sécurisante (78%), instructive (65%) et indispensable (43%).

4 BILAN

Figure 11 : Appréciation des maîtres de stage pour la qualité de la supervision et appréciation globale du SASPAS



*Les internes ont noté leurs maîtres de stage et leur SASPAS à l'aide d'une échelle de satisfaction allant de 1 à 7, 1 correspondant à « très insatisfait » et 7 à « très satisfait ».

Les 56 maîtres de stage sur les 59 effectuant une supervision ont été notés ainsi que les 25 SASPAS correspondant aux 25 internes.

Pour 33 maîtres de stage (59 %) les internes ont été satisfaits et très satisfaits de la supervision effectuée (notes de 6 à 7), pour 11 (20%) moyennement satisfaits (notes de 4 à 5) et pour 12 (21%) insatisfaits et très insatisfaits (notes de 1 à 3)

Pour 18 SASPAS (72%) les internes ont été satisfaits et très satisfaits, pour 10 (4%) moyennement satisfaits et pour 2 (8%) insatisfaits.

La note globale de satisfaction du SASPAS a évolué en fonction de la supervision : plus les maîtres de stage étaient appréciés pour la qualité de leur supervision, meilleure était la note du SASPAS.

➤ Commentaires libres sur la supervision indirecte :

16 internes sur 25 ont commenté la supervision indirecte à la fin du questionnaire

- **Plusieurs internes ont été déçus de la supervision ou de l'encadrement des maîtres de stage :**

« Mon maître de stage référent ne faisait quasiment pas de débriefing, je lui posais juste quelques questions en fin de journée. En revanche, les deux autres maîtres de stage « prêteurs de patientèle » prenaient davantage de temps pour reprendre certains patients de la journée. »

« Le maître de stage le plus impliqué des trois qui était présent physiquement le soir pour les débriefing, était le seul qui n'était pas formé à la supervision indirecte (prêteur de patientèle). Les deux autres utilisaient l'interne SASPAS comme un remplaçant. Je n'ai jamais entendu parler de supervision indirecte ! »

« J'ai regretté de ne pas avoir eu de vraies reprises de consultation avec les maîtres de stage, ni de critique ou de discussion de prise en charge. J'ai eu l'impression de « faire tourner le cabinet » cela dit sans abus sur le nombre de consultations dans la journée. En fait, j'ai eu plus d'analyse avec le 3^{ème} médecin du trinôme « prêteur de patientèle ». J'ai tout de même apprécié ce stage car cela m'a rassuré sur mon autonomie avant de démarrer mon activité libérale. »

« L'un de mes maîtres de stage a suivi de nombreuses formations pédagogiques mais ne m'a transmis que peu de choses. Tout était dans des discussions inutiles, qui n'aboutissaient pas à des conduites à tenir claires ce qui au final était totalement insécurisant. Avec son langage pédagogique, je ne comprenais même pas de quoi il parlait. »

« Je ne pense pas avoir eu une bonne supervision indirecte mais je suis quelqu'un d'extrêmement autonome qui préfère toujours trouver des réponses à mes questions par mes propres moyens avant de demander au maître de stage ou au chef de clinique à l'hôpital. Il me semble que l'autoformation est quelque chose que je devais apprendre en priorité pendant mon internat étant donné notre exercice professionnel en médecin générale libérale. C'est pourquoi j'ai beaucoup apprécié mon stage car mes maîtres de stage étaient toujours présents dès que j'avais une question mais ils ne m'imposaient pas un approfondissement que je préférerais faire par moi-même. »

- **Une autre interne ne faisait pas la différence entre maître de stage et « prêteur de patientèle » :**

« Je ne vois pas très bien la différence entre les maîtres de stage qui font la supervision indirecte et les prêteurs de patientèle. Pour moi, l'encadrement et le résultat sont les mêmes. Ils font exactement la même chose : on passe en revue les patients de la journée, que ce soit au téléphone ou de visu et c'est tout. Et pour moi c'est suffisant, il n'y a pas besoin de faire plus. »

- **D'autres internes ont eu des remarques très positives sur la supervision :**

« La supervision était un véritable échange, avec apport bien évidemment de la transmission de savoir du maître de stage et de son expérience pratique mais aussi véritable intérêt du praticien sur la pratique ou les interrogations de l'interne. Echange à la fois de maître à élève mais aussi « d'égal à égal », c'était une curiosité partagée. »

« Il faut être un bon clinicien pour pouvoir faire de la supervision indirecte. C'est comme ça en tout cas que l'un de mes maîtres de stage m'a rassurée pour mes futurs remplacements. Il m'a énormément appris sur la clinique. Pour moi, la relation médecin-patient ne s'apprend pas avec un autre médecin mais au contact des malades. Ce n'est pas un modèle que l'on reproduit. Chaque médecin développe sa propre manière de faire durant sa carrière, et les malades que nous auront seront ceux qui aimeront notre manière d'exercer. »

« Mes maîtres de stage étaient parfaits dans mon cas. Je n'aurais pas pu rêver mieux, et espère un jour être à leur hauteur ! »

« J'ai eu de la chance d'avoir un excellent SASPAS avec des maîtres de stage très performants. »

« Il faudrait que tous les internes puissent avoir des maîtres de stage avec la qualité de formation que j'ai eu, c'est beau de rêver ! »

- **Des internes ont fait des propositions pour améliorer la supervision :**

« On devrait n'aborder que les consultations qui posent problème au lieu de reprendre chaque consultation. »

« La supervision devrait être faite au cabinet en fin de journée immédiatement après la fin des consultations, parfois on doit attendre plus de 15 minutes avant que le maître de stage arrive ».

« Il faudrait une formation obligatoire et régulière des maîtres de stage à la supervision avec des techniques validées, afin de faire évoluer les compétences de l'interne et aussi des maîtres de stage. La supervision indirecte doit avoir lieu en un temps prédéfini et suffisamment long pour approfondir les consultations. Mieux vaut une supervision longue une fois par semaine que 5 minutes de « pseudo débriefing » tous les soirs à 20h quand l'interne veut rentrer chez lui. »

« Il devrait y avoir une discussion sur les modalités pratiques de la supervision au début et en cours de stage de façon systématique car le type de supervision des maîtres de stage ne convient pas forcément à tous les internes. »

« La supervision est un temps de formation indispensable pour préciser les connaissances acquises en consultation. Il faut encourager auprès des maîtres de stage les réunions et la mise en place d'objectifs qui évoluent au cours du stage. Il faut aussi encourager l'utilisation de la technique de la carte heuristique comme bilan d'une consultation en supervision. »

« La supervision est très intéressante quand nous utilisons les cartes heuristiques mais on ne les utilise pas assez souvent. Intérêt aussi d'une supervision très poussée avec un seul maître de stage car c'est très instructif et ça sert de repère pour la pratique. Une seule supervision très poussée suffit sinon c'est trop lourd, il faut aussi qu'elle se déroule un autre jour que celui des consultations car on prend plus le temps et il n'y a pas la fatigue de la journée de travail, les autres supervisions plus rapides peuvent se faire le même jour. »

DISCUSSION

1 Biais et critiques de la méthode

1.1 Le type d'étude :

Notre étude était une enquête descriptive transversale rétrospective sur la supervision indirecte à la Faculté de Médecine de Nantes au cours du SASPAS. Elle a été réalisée à l'aide d'un questionnaire électronique.

Ce travail s'est inscrit dans une démarche d'évaluation d'un dispositif pédagogique : la supervision indirecte. Démarche d'évaluation signifie comparaison avec un référentiel, or il n'y a pas de cadre réglementaire défini dans les textes pour la supervision indirecte en SASPAS, ce qui est rappelé dans le rapport du Pr Nemitz et la circulaire de 2004 : « l'interne doit participer à des séances pluri hebdomadaires de révision de dossiers » ; « La supervision indirecte sera effectuée selon des modalités propres à chaque unité de formation. »

Décrire la supervision indirecte nécessitait l'exploration de données quantitatives et qualitatives pour être exhaustif. Le questionnaire était un très bon outil pour décrire des données quantitatives mais limité en ce qui concerne les données qualitatives où les entretiens individuels ou focus group sont plus adaptés. Les données qualitatives ont été explorées, dans cette enquête, à l'aide de variables subjectives (des échelles de satisfaction, des adjectifs qualificatifs à choisir au sein d'une liste préétablie) et des questions ouvertes avec des commentaires libres.

1.2 Population étudiée :

L'enquête a été réalisée sur deux promotions d'internes SASPAS (les semestres de mai à octobre 2010 et de novembre 2010 à avril 2011) au sein d'une même faculté (Nantes) pour qu'il y ait un nombre suffisant d'internes interrogés. Certains maîtres de stage ont donc été évalués deux fois mais deux internes pouvaient avoir une vision différente d'un même maître de stage. Les résultats ne sont pas interprétables sur le plan statistique par manque de puissance, ils permettent cependant de dégager certaines tendances.

1.3 Le questionnaire

➤ Modalités du questionnaire :

Le questionnaire sous forme électronique envoyé par email était un outil intéressant. Il a permis un envoi rapide des questionnaires et facilité la collecte des résultats. Il était nécessaire cependant que les internes interrogés aient un accès facile à internet. Seulement une interne a eu des difficultés pour remplir le questionnaire en ligne, un questionnaire lui a donc été envoyé par courrier postal.

Nous avons du relancer plusieurs fois les internes (par email puis téléphone) n'ayant eu que peu de réponse au bout d'un mois d'enquête. Deux internes n'ont pas répondu entièrement au questionnaire malgré plusieurs relances. Le dernier questionnaire a été reçu au bout de trois mois alors qu'initialement les internes avaient un mois pour y répondre. Cependant le taux de réponse a été satisfaisant puisque 25 internes ont répondu soit 78% ce qui est était un point fort de notre étude.

➤ **Les « prêteurs de patientèle » :**

Le terme « prêteur de patientèle » n'a pas été bien compris de tous les internes. En effet, deux internes n'ont pas rempli le questionnaire concernant la supervision pour certains de leurs maîtres de stage pensant qu'ils étaient « prêteurs de patientèle » alors qu'ils étaient censés effectuer une supervision. Pourtant, le concept de « prêteur de patientèle » a été expliqué et les maîtres de stage concernés ont été précisément nommés pour éviter toute confusion dans l'email qui accompagnait le questionnaire. Cependant lors des emails de relance nous n'avons pas joint la note explicative sur les « prêteurs de patientèle » ce qui a pu induire en erreur ces deux internes. Nous pouvons supposer que ces maîtres de stage considérés à tort comme « prêteurs de patientèle » ne devaient probablement pas effectuer de séances de supervision indirecte avec l'interne.

➤ **Modalité de la supervision indirecte :**

A la question « Y-a-t-il un temps spécifique dédié à la supervision lorsqu'une supervision était effectuée ? », l'interne devait fournir une réponse globale pour l'ensemble de ses maîtres de stage. Nous aurions dû prévoir une réponse pour chaque maître de stage d'autant plus qu'ils étaient bien différenciés pour les questions ultérieures.

➤ **Forme de la supervision indirecte :**

A la question concernant la forme de la supervision indirecte, plusieurs internes ont répondu à la fois « revue de toutes les consultations » et « revue des consultations qui ont posé des difficultés », ce qui ne semble pas cohérent. Cependant certains internes ont précisé à la question suivante que lorsque la forme évoluait au cours du stage, la supervision passait d'une « revue de toutes les consultations » à celles « qui avaient posé des difficultés ». Nous aurions dû reformuler la question concernant la forme en précisant « en début de stage » : « Sous quelle forme a eu lieu la supervision en début de stage ? » puis « A-t-elle évoluée ? »

➤ **Contenu :**

Concernant le contenu de la supervision (figure 3), un interne n'a pas bien compris l'intitulé des items de contenu. En effet, il avait précisé pour l'item « autre » : « des propositions d'articles ou d'ouvrages à lire sur le sujet abordé, des recherches personnelles à faire » ce qui correspond en fait aux items « identification d'objectifs de formation » et « élaboration d'objectifs d'apprentissage ».

D'autre part, il manquait dans cette figure un item pour l'autoévaluation. En effet, l'autoévaluation de l'interne doit servir de base à la supervision ce qui n'était pas défini dans cette figure.

Enfin, il n'était pas forcément facile de répondre à cette question car les internes devaient faire une synthèse des contenus de supervision par maître de stage en sachant que le contenu d'une séance à l'autre pouvait être différent.

➤ **Description qualitative de la supervision :**

Les internes devaient décrire la supervision en choisissant trois adjectifs au sein d'une liste prédéfinie. Nous aurions dû demander aux internes de décrire la supervision pour chaque maître de stage au lieu d'une appréciation globale car la qualité de la supervision a été différente entre les maîtres de stage au sein d'un même SASPAS.

➤ **Commentaires libres sur la supervision :**

16 internes sur 25 soit 64% ont commenté leur supervision à la fin du questionnaire et certains d'entre eux ont fait des propositions pour l'améliorer. Ce taux de réponse limite la portée et l'interprétation des commentaires. Les internes qui n'ont pas répondu avaient peut-être trouvé le questionnaire trop long et ne souhaitaient pas prendre le temps d'y répondre jusqu'au bout. D'autant plus que les questions précédentes étaient plus faciles et rapides, il suffisait de cocher des cases dans des tableaux. Nous pouvons aussi supposer que certains internes, ayant été satisfaits de leur supervision, n'avaient rien d'autre à rajouter et donc pas de proposition d'amélioration ou alors qu'ils n'avaient pas d'avis à exprimer.

2 Analyse des résultats

2.1 Les internes, les maîtres de stage

Le taux de réponse de 78% est satisfaisant. Les internes se sont donc sentis concernés par cette enquête. Ils ont pu évaluer 73% des maîtres de stage censés effectuer une supervision indirecte permettant une bonne représentativité de la supervision effectuée.

Les internes étaient majoritairement des femmes (92%), ce qui est assez caractéristique de l'évolution de la population des étudiants en médecine avec une féminisation de plus en plus importante ⁽¹⁾.

Les internes étaient âgés de 28 ans en moyenne, âge moyen retrouvé dans une enquête nationale sur le SASPAS ⁽³⁰⁾.

Le SASPAS a été effectué majoritairement en 6^{ème} semestre (72%) ce qui montre bien que ce stage s'adresse à des étudiants en fin de cursus universitaire.

Une interne n'avait pas choisi ce stage qui lui a été imposé par son rang de classement lors de la procédure de choix, ce qui s'est ressenti par la suite dans son évaluation.

Pour tous les autres internes soit 96%, ce stage était un projet personnel choisi, une interne ayant précisé qu'elle l'avait choisi « pour faire une transition en douceur entre la fin de l'internat et les remplacements ». Choix personnel retrouvé dans une enquête portant sur les motivations du choix du SASPAS par les internes à Paris Ile de France Ouest où la première motivation était d'ordre organisationnel : le choix du SASPAS était guidé par une volonté d'apprendre à gérer sa vie professionnelle future (gestion du cabinet, gérer le temps, se préparer aux remplacements). Puis des motivations liées à la volonté de construire son identité de médecin généraliste, en s'autonomisant et en prenant confiance en soi apparaissaient. Enfin il existait des motivations liées à la volonté de parfaire sa formation médicale dans un contexte de médecine générale ⁽³⁵⁾.

2.2. La hot line téléphonique

Le recours à une aide immédiate par téléphone et la supervision indirecte permettent de différencier ce stage de formation approfondie d'un remplacement déguisé. Pour 92% des internes, les maîtres de stage étaient joignables par téléphone et pour 80% d'entre eux en moins de 5 minutes, ce qui est comparable avec une étude sur le SASPAS en Haute Normandie où les étudiants avaient pu contacter un maître de stage dans 95% des cas en moins de 5 minutes ⁽³²⁾.

Le recours à cette assistance téléphonique était variable, parfois excessif pour certains (10 fois par jour) ou faible pour d'autres (3 fois dans le semestre), reflétant un niveau d'autonomie différent selon les internes. Cependant il diminuait au fur et à mesure du stage, ce qui répond à un des objectifs du SASPAS qui est de travailler en autonomie.

2.3 La supervision indirecte

2.3.1 Modalités

91% des maîtres de stage ont rencontré l'interne en séance de supervision ce qui semble en progrès par rapport aux débuts du SASPAS où 68% des maîtres de stage avaient supervisé les internes en Aquitaine de mai à octobre 2004 ⁽²⁴⁾, 83% dans l'inter région Ouest universitaire de mai à octobre 2004 mais il n'avait pas été précisé si la supervision était effectuée lors d'une rencontre interne-maître de stage ou par téléphone ⁽²⁶⁾. Il est difficile de comparer notre étude avec celles de Cécile Marie- Thurret et Céline Ponçot (enquêtes nationales pour évaluer le SASPAS en 2004 et 2006) sur leur partie concernant la supervision. En effet, elles avaient distinguées la supervision indirecte en trois sous type : la supervision légèrement différée (en fin de journée), la supervision différée individuelle (supervision entre l'interne et le maître de stage coordonnateur du SASPAS, ce qui n'existe pas à Nantes) et la supervision différée collective (rencontre entre l'interne et les maîtres de stage de son SASPAS, groupes d'échanges de pratique ou groupes de pairs) ^(30, 31,36).

3 maîtres de stage n'ont pas effectué de supervision indirecte : deux maîtres de stage qui avaient utilisé le téléphone pour communiquer et superviser l'interne n'ont en fait pas effectué de supervision, il s'agissait uniquement de transmission d'informations. Le 3^{ème} maître de stage était le référent au sein d'un trinôme SASPAS, les deux autres maîtres de stage de ce trinôme étant des « prêteurs de patientèle » or ces derniers effectuaient un débriefing ce que ne faisait pratiquement pas le référent. Les maîtres de stage qui ne faisaient pas de supervision étaient donc peu nombreux mais cela ne devrait pas se produire, ils ont utilisé leur interne SASPAS comme un remplaçant alors qu'ils percevaient une indemnité pour une redevance pédagogique qu'ils étaient censés effectuer. Cette situation bien que marginale est inacceptable.

La supervision s'effectuait principalement le même jour et en fin de journée de consultation, au cabinet du maître de stage. Elle avait lieu pour la plupart des internes une fois par semaine par maître de stage correspondant à une journée de consultation effectuée chez ce maître de stage, les internes ayant donc 2 à 3 séances de supervision par semaine selon le nombre de maître de stage au sein de leur SASPAS.

La durée moyenne de la supervision était de 30 minutes, durée retrouvée sur d'autres études ^(26,32). Pour 45% des maîtres de stage elle durait moins de 30 minutes avec pour 19% d'entre eux moins de 15 minutes, à noter que pour deux maîtres de stage elle durait moins de 5 minutes ce qui semble bien insuffisant pour une supervision de qualité. Le temps de supervision diminuait au cours du stage lorsque celui-ci évoluait (26%) ce qui est d'autant plus regrettable. Un minimum de 30 minutes était recommandé lors de précédentes études voir au minimum 1 heure pour les supervisions plus « poussées » ^(31,36).

Le fait qu'il n'y ait pas eu de discussion en début de stage sur la supervision entre l'interne et ses maîtres de stage et qu'il n'ait pu donner son avis dans 52% cas semble dommageable et mérite d'être amélioré ce qu'a repris une interne en commentaire libre : « il devrait y avoir une discussion sur les modalités pratiques de la supervision au début et en cours de stage car le type de supervision ne convient pas forcément à tous les internes ». Des travaux ont confirmé que « le caractère ouvert et bienveillant des interactions entre le superviseur et le supervisé facilite l'adoption d'une position d'apprentissage, permettant à l'apprenant de prendre conscience de ses progrès tout en renforçant son sentiment de compétence » ⁽³⁷⁾. La supervision et la relation superviseur-supervisé seraient donc bien meilleures si les modalités et les objectifs de la supervision étaient discutées au préalable.

2.3.2 Support

Les maîtres de stage utilisaient essentiellement la liste des patients vus en consultation (83%), le dossier informatique (77%), les notes libres prises par l'interne (68%) comme support pour la supervision. Les supports plus élaborés ou formalisés tels que le tableau de bord, la carte heuristique, les RSCA... étaient peu utilisés (10 maîtres de stage, 19%) voir pas du tout (pas d'utilisation de fiches standardisées de recueil de données).

En croisant la figure 2 avec les notes d'appréciation des maîtres de stage (figure 11) et les commentaires libres notamment très positifs sur la supervision effectuée nous pouvons observer que les maîtres de stage qui avaient utilisé ces supports plus élaborés avaient de bonnes et très bonnes appréciations pour la supervision, il y avait donc un lien entre support élaboré ou formalisé et qualité de la supervision. Certains internes ont d'ailleurs proposé de favoriser l'utilisation de la carte heuristique, en commentaire libre : « La supervision est très intéressante quand nous utilisons les cartes heuristiques mais on ne les utilise pas assez souvent »

Les données issues de la littérature montrent que l'utilisation de ces supports plus formalisés sert de base, favorise et contribue à améliorer la qualité de la supervision ^(32,38-40). Ils permettent à l'interne de clarifier les données issues de la consultation, structurer son rapport de cas, l'inciter à rentrer dans un processus d'autoévaluation et d'autoformation, favoriser la démarche réflexive. Ils incitent le superviseur à prendre en compte la problématique dégagée par l'interne et facilitent ensuite le feedback. Il faut donc encourager et favoriser l'utilisation de ces supports.

2.3.3 Forme

La supervision consistait dans 60% des cas en une revue de toutes les consultations. Lorsque cette forme évoluait (58%) les maîtres de stage ne reprenaient avec l'interne que les consultations qui avaient posé des difficultés. Passer en revue toutes les consultations semble fastidieux et très chronophage. Il semble peut être nécessaire au départ de revoir toutes les consultations pour rassurer l'interne mais l'objectif étant l'apprentissage de l'autonomie, ne revoir que les consultations qui ont posé des difficultés et quelques consultations prises au hasard paraît plus approprié. Ce qui est confirmé par les commentaires des internes « on devrait n'aborder que les consultations qui posent problème »

2.3.4 Contenu

34% des maîtres de stage avaient des conversations sans objectifs précis au cours des séances de supervision ce qui montre le besoin de structurer les séances de supervision, la nécessité de les formaliser pour certains maîtres de stage ce qui fait aussi écho à la faible utilisation de supports plus formalisés comme nous l'avons constaté dans l'item support de la supervision car support et contenus sont intimement liés. 40% des maîtres de stage aidaient l'interne à identifier des objectifs de formation, 32% élaboraient des objectifs d'apprentissage, 19% effectuaient un bilan de compétences ce qui semble très insuffisant.

Ce constat a déjà été fait lors d'une étude récente sur les obstacles à la supervision indirecte à l'aide de focus group de maîtres de stage à Grenoble. Il ressortait de cette étude qu'il existait une méconnaissance des maîtres de stage sur la pédagogie et les objectifs à atteindre en supervision, les méthodes et les supports d'apprentissage centrés sur l'interne n'étaient pas maîtrisés, peu diversifiés voir inconnus, la fonction d'enseignant n'était pas toujours investie ⁽³³⁾.

Pour la majorité des maîtres de stage, il y avait un échange et transmission d'informations sur les patients (87%), une transmission de leurs savoirs (77%), la relation médecin-patient et les connaissances médicales étaient abordées dans 75% des cas.

62% des maîtres de stage aidaient l'interne à élaborer des projets de soin pour les patients et à anticiper les prochaines consultations, un entretien approfondi sur le déroulement de la consultation avait lieu dans 58% des cas. Il y avait donc une volonté de la part des maîtres de stage d'accompagner l'interne et de ne pas réduire la supervision à une simple séance de transmission d'informations sur les patients et c'est à encourager. Mais des progrès restent à faire car un taux de 58% d'entretiens approfondis sur le déroulement de la consultation n'est pas suffisant.

En analysant la figure 4 sur le nombre d'items par maître de stage et en croisant ces résultats avec le détail sur les items de contenu de supervision, les notes d'appréciation des internes sur la qualité de la supervision des maîtres de stage et les commentaires libres, nous pouvons constater que plus il y avait d'items de contenu, plus la supervision était riche, dense et appréciée des internes. La moyenne du nombre d'items de supervision était de 7 ce qui était plutôt correct. Lorsqu'il y avait 2 items de contenu (15% des maîtres de stage) les séances de supervision correspondaient essentiellement à des conversations sans objectifs précis, transmission-échange d'informations sur les patients, transmission du savoir du maître de stage et sur les connaissances médicales, bien loin de la définition de la supervision selon Kilminster ⁽¹⁹⁾.

Concernant l'analyse pédagogique du déroulement de la consultation par les maîtres de stage, les internes étaient pour la majorité satisfaits et très satisfaits de l'analyse de la démarche clinique (80%), l'analyse des déterminants à la prise de décision (78%), l'analyse de la relation médecin patient (78%), l'identification des besoins de formation (72%).

Concernant l'élaboration d'objectifs d'apprentissage, les internes ont eu un avis plus mitigé, ils ont été satisfaits et très satisfaits dans 57% des cas, moyennement satisfaits dans 33% des cas ce qui est à mettre en parallèle avec la figure 3.

Cependant certains résultats étaient discordants, puisqu'il était noté que 2 maîtres de stage (4%) n'avaient pas identifié les besoins de formation et élaboré d'objectifs d'apprentissage avec l'interne ce qui ne correspond pas à la figure 3 (40% des maîtres de stage avaient identifié des objectifs de formation et 32% des objectifs d'apprentissage).

Cette discordance peut être expliquée du fait qu'il n'y avait pas le même nombre de maître de stage évalués entre la figure 3 et l'analyse pédagogique du déroulement de la consultation (2 maîtres de stage en moins). Mais il y avait surtout une mauvaise compréhension des questions de certains internes qui n'avaient pas fait le lien entre la question sur le contenu de la supervision et l'analyse des consultations.

Une autre discordance est apparue entre le taux important de satisfaction des différents items de l'analyse pédagogique du déroulement de la consultation et le taux moyennement satisfaisant de maîtres de stage ayant effectué des entretiens approfondis dans la figure 3 (58%).

Comme pour la durée de supervision qui avait tendance à diminuer au fur et à mesure du stage lorsque la durée évoluait, la qualité du contenu avait aussi tendance à diminuer ce qu'ont rapporté certains internes : « la supervision était de moins en moins pédagogique », « analyse très poussée jusqu'aux deux tiers du stage puis diminution de la qualité ».

Pour d'autres internes, le contenu avait plutôt bien évolué : « le temps imparti aux aspects médicaux diminuait pour privilégier la discussion », « plus axé au départ sur le somatique puis de plus en plus sur le relationnel », « évolution du contenu en fonction des cas rencontrés et de l'évolution de mes capacités ». Certains maîtres de stage se sont donc adaptés et ont fait évoluer la supervision en fonction de l'interne alors que d'autres n'ont pas assumé leur rôle de superviseur jusqu'au bout.

2.3.5 Description qualitative de la supervision

La supervision était essentiellement décrite par les internes comme sécurisante, instructive et indispensable.

L'adjectif « sécurisant » reflète l'état d'esprit des internes qui ont apprécié dans ce stage l'acquisition de l'autonomie à condition qu'elle se fasse en toute sécurité, rendue possible par la supervision et la « hot line » téléphonique. Les internes avaient besoin d'être rassurés, ce sont des étudiants en fin de formation et non des praticiens accomplis.

Le terme « instructif » fait écho à la caractéristique pédagogique de la supervision qui aide l'interne dans ses apprentissages et permet d'améliorer ses compétences notamment dans la pratique réflexive comme le souligne Thomas Bammert dans sa thèse : « Le SASPAS permet d'augmenter le sentiment de compétence des internes. Le discours de fin de SASPAS des internes montre l'émergence d'une prise en charge globale, contextualisée, véritablement centrée sur le patient, favorisée et soutenue par la supervision qui leur permet de réfléchir sur leur action, de

l'analyser et d'en extraire leurs capacités à progresser dans une formation permanente qu'ils ont appris à critiquer. » ⁽⁴¹⁾

Le terme « indispensable » montre l'importance de la supervision qui permet de différencier le SASPAS d'un remplacement.

Les quelques internes qui avaient utilisé des adjectifs à connotation négative tels que « inutile », « inadapté », « non indispensable » étaient des internes qui n'avaient pas eu de véritable supervision ou de très mauvaise qualité.

2.4 Bilan de la supervision et du SASPAS

2.4.1 Bilan du SASPAS

72% des internes ont été satisfaits et très satisfaits du SASPAS, ce stage est donc très apprécié des internes ce qui a été souligné dans les précédentes études ⁽²⁶⁾.

Le SASPAS leur a permis d'améliorer leur sentiment de responsabilité et de compétence ⁽⁴¹⁾ notamment dans la prise en charge et le suivi au long cours du patient ⁽⁴²⁾. Il leur a permis d'acquérir l'autonomie, l'expérience, l'assurance, nécessaires à l'exercice de la médecine générale ambulatoire ⁽²⁶⁾. En effet, les internes ayant effectué un SASPAS ont été confrontés aux situations cliniques les plus fréquentes en médecine générale ce qui en fait un stage très formateur permettant à l'interne d'être mieux préparé à sa future pratique ⁽⁴³⁾. Il a aussi été constaté que les internes qui avaient effectué un stage chez le praticien puis un SASPAS avaient un développement professionnel plus abouti que ceux qui n'avaient pas fait de SASPAS : c'est en faisant de la médecine générale que l'on devient généraliste ⁽⁴⁴⁾.

Ce stage qui répond aux objectifs de la pédagogie d'apprentissage leur a permis de développer la pratique réflexive par le biais de la supervision indirecte, pilier pédagogique de ce stage.

2.4.2 Bilan de la supervision indirecte

Les internes ont été satisfaits et très satisfaits de la supervision effectuée par 59% des maîtres de stage ce qui n'est pas un plébiscite et confirmé par d'autres études notamment en Aquitaine où 56% des résidents étaient satisfaits ⁽²⁴⁾. Pour 20% ils ont été moyennement satisfaits et pour 21% ils ont été insatisfaits et très insatisfaits, ce qui montre un bilan plutôt mitigé de la supervision effectuée mais qui est à encourager.

En croisant l'appréciation de la supervision par les internes avec la présence ou non d'un échange au préalable sur la supervision en début de stage, la durée de supervision, le support, le contenu, le nombre d'items de contenu et les commentaires libres des internes nous avons pu dégager 3 groupes de supervision indirecte :

- **Une supervision de bonne qualité (59%) :**

Il s'agissait d'une rencontre entre le maître de stage et l'interne. Il y avait eu un échange au préalable sur la supervision en début de stage et l'interne avait pu donner son avis. Elle durait au minimum 30 minutes mais pouvait durer plus d'1 heure. Des supports plus élaborés et formalisés avaient pu être utilisés.

Le contenu était varié et assez complet avec une moyenne de 9 items de contenu en croisant l'appréciation de la supervision et le nombre d'items de contenu de la figure 4. Il y avait des entretiens approfondis sur le déroulement des consultations, avec l'analyse pédagogique qui en découlait. Il existait aussi une aide à l'anticipation des prochaines consultations. Des bilans de compétence étaient effectués. Des objectifs de formation et des objectifs d'apprentissage émergeaient des séances de supervision.

Les internes ayant eu une bonne supervision ont précisé :

« La supervision était un véritable échange, à la fois de maître à élève mais aussi d'égal à égal. »

« Mes maîtres de stage étaient parfaits dans mon cas, je n'aurais pu rêver mieux et espère un jour être à leur hauteur. »

« Il faudrait que tous les internes puissent avoir des maîtres de stage avec la qualité de formation que j'ai eu, c'est beau de rêver ! »

- **Une supervision de mauvaise qualité (21%) :**

Elle s'effectuait parfois au téléphone et donc pas toujours de visu. Il n'y avait pas eu d'échange en début de stage sur la supervision, l'interne n'avait donc pas pu donner son avis. Elle durait moins de 15 minutes et parfois moins de 5 minutes. Le support était la liste des patients vus en consultation, le dossier informatique et les notes libres prises par l'interne. Elle consistait en une conversation sans objectifs précis où peu de sujets étaient abordés : une moyenne de 3 items de contenu en croisant les appréciations avec le nombre d'items de la figure 4. Il y avait essentiellement une transmission-échange d'informations sur les patients, éventuellement une transmission de savoir du maître de stage et une référence aux connaissances médicales. Des objectifs de formation et d'apprentissage n'étaient ni identifiés ni élaborés.

Il ne s'agissait donc pas d'une supervision au sens de la définition de Kilminster mais plutôt d'un « pseudo débriefing » et d'une transmission-échange d'informations sur les patients que pouvaient effectuer des « prêteurs de patientèle » alors que ces maîtres de stage percevaient des indemnités pédagogiques. Ce qui est confirmé dans les commentaires de certains internes :

« Je ne vois pas très bien la différence entre les maîtres de stage qui font la supervision indirecte et les prêteurs de patientèle, pour moi l'encadrement est le même et ils font la même chose, on passe en revue les patients de la journée que ce soit au téléphone ou de visu et c'est tout. »

Ou encore pire « mon maître de stage référent ne faisait quasiment pas de débriefing, je lui posais juste quelques questions en fin de journée, en revanche les deux autres maîtres de stage prêteurs de patientèle prenaient davantage de temps pour reprendre certains patients en fin de journée. »

« J'ai eu l'impression de faire tourner le cabinet. »

Ces SASPAS étaient proches d'un remplacement déguisé.

- **Une supervision de qualité moyenne ou intermédiaire (20%) :**

Les critères ne correspondaient ni à ceux de la supervision de bonne qualité, ni à ceux de la supervision de mauvaise qualité. Il n'y avait pas d'entretien préalable en début de stage sur la supervision. La durée était comprise entre 15 et 30 minutes. Il n'y avait pas de support élaboré ou formalisé. Plusieurs items de contenu étaient utilisés : 6 en moyenne en croisant les appréciations avec le nombre d'items de la figure 4. Il y avait peu d'entretiens approfondis sur le déroulement des consultations. Des objectifs de formation ou d'apprentissages étaient parfois élaborés ou identifiés.

2.4.3 : Propositions pour améliorer la supervision

Aux vues des propositions des internes, des données de la littérature et de notre propre expérience nous pouvons suggérer plusieurs pistes d'amélioration ou de formalisation de la supervision indirecte.

Il devrait y avoir une discussion sur la supervision indirecte au début du stage, entre l'interne et ses maîtres de stage où chacun pourrait donner son point de vue afin de préciser aux mieux les modalités et les objectifs de la supervision.

La séance de supervision doit être une rencontre entre l'interne et le maître de stage au cabinet et non une conversation téléphonique. Elle devrait au minimum durer 30 minutes mais 1 heure serait encore mieux. Concernant la fréquence, le moment et le type de supervision, des propositions de deux internes semblent assez intéressantes :

« La supervision doit avoir lieu en un temps prédéfini et suffisamment long pour approfondir les consultations. Il vaut mieux une supervision longue 1 fois par semaine que 5 minutes de « pseudo débriefing » tous les soirs à 20h quand l'interne veut rentrer chez lui ».

« Intérêt d'une supervision très poussée avec un seul maître de stage. Une seule supervision très poussée suffit sinon c'est trop lourd. Il faut aussi qu'elle se déroule un autre jour que celui des consultations car on prend plus le temps et il n'y a pas la fatigue de la journée de travail. Les autres supervisions plus rapides avec les autres maîtres de stage peuvent se faire le même jour. »

Il serait donc envisageable de s'orienter vers une supervision approfondie 1 fois par semaine avec un maître de stage référent bien formé, différée par rapport au jour de consultation, sur le modèle du tutorat pédagogique, les traces de ces séances pouvant figurer dans le portfolio de l'interne ^(45,46). Les autres maîtres de stage ou « prêteurs de patientèle » pouvant effectuer une séance de débriefing rapide, d'échange d'informations sur les patients, le jour même des consultations. Ce modèle de supervision avait été proposé par Cécile Mari Turret en utilisant le terme de « supervision différée individuelle » pour la supervision approfondie et « supervision immédiate ou légèrement différée » pour le débriefing quotidien ^(31,36).

La séance de supervision approfondie devrait débiter par une autoévaluation de l'interne, aidée par des supports formalisés ou élaborés tels qu'une carte heuristique, une fiche standardisée de recueil de données, un tableau de bord, un RSCA... Ce qui nécessite un investissement de l'interne dans le processus de supervision ⁽¹⁹⁾.

Ensuite, le maître de stage aide l'interne à analyser les consultations et sa pratique avec différents outils pédagogiques tels que l'entretien d'explicitation ⁽⁴⁷⁾, les grilles de lecture de cas ⁽⁴⁰⁾, les cartes heuristiques ^(38,39), le référentiel métier de Médecine Générale qui formalise les compétences du médecin généraliste ⁽²⁾, pourquoi pas le support vidéo ⁽⁴⁸⁾... pour permettre un feedback ⁽⁴⁹⁾ et explorer la démarche réflexive de l'interne dans une relation de confiance et un respect mutuel ⁽⁵⁰⁾. La relation entre le supervisé et le superviseur étant un élément important pour une supervision de qualité ⁽¹⁹⁾. A l'issue de l'analyse doivent découler des objectifs de formation et d'apprentissage. Au sein des séances de supervision, il est aussi important d'échanger les informations et les nouvelles concernant les patients en suivi « partagé » entre l'interne et le maître de stage ⁽⁵¹⁾ d'où l'émergence de nouveaux outils pour faciliter la communication tels que « des cahiers de liaison » ⁽⁴²⁾.

Superviser un interne par une supervision indirecte approfondie nécessite une formation spécifique des maîtres de stage. La place des Départements de médecine générale (DMG) des Facultés est prépondérante pour orienter et évaluer leur formation, ainsi que pour coordonner l'organisation des stages et leur évaluation dans un souci de démarche qualité ⁽³³⁾.

CONCLUSION

Le SASPAS est un stage très formateur permettant aux internes de se retrouver en situation authentique de médecine générale. Il leur permet d'acquérir une autonomie, d'améliorer leurs compétences notamment dans la pratique réflexive grâce à la supervision indirecte, véritable pilier pédagogique de ce stage.

59% des maîtres de stage de cette étude effectuaient une supervision de bonne qualité ce qui est plutôt encourageant. Les internes en étaient d'ailleurs satisfaits. Une supervision de bonne qualité est un objectif à atteindre pour tous les maîtres de stage et doit s'inspirer du modèle suivant :

- Les modalités et les objectifs de la supervision doivent être discutés en début de stage.
- La séance de supervision débute par une autoévaluation de l'interne aidée par des supports formalisés ou élaborés.
- Le maître de stage aide ensuite l'interne à analyser les consultations et sa pratique avec différents outils pédagogiques pour permettre un feedback dans une relation de confiance et un respect mutuel.
- Des objectifs de formation et d'apprentissage doivent être identifiés à l'issue de la séance.

Les maîtres de stage qui effectuaient une supervision de qualité non optimale ou moyenne (20%) pourraient améliorer leur supervision en intensifiant leur formation avec le soutien du Département de médecine générale (DMG).

Pour les autres maîtres de stage qui effectuaient une supervision de mauvaise qualité (21%), cela semble plus problématique car ils utilisaient leur interne plutôt comme un remplaçant. Les internes qui bénéficiaient d'une mauvaise supervision ont malgré tout apprécié leur stage car ils ont pu acquérir leur autonomie. Quelle est la conduite à tenir vis-à-vis de ces maîtres de stage ? Peuvent-ils évoluer ? Faut-il les exclure s'ils ne respectent pas la redevance pédagogique ou leur donner le statut de « prêteurs de patientèle » ? Après un recoupement entre les résultats de cette étude et les évaluations de fin de stage des internes, le DMG de Nantes a décidé de suspendre l'agrément de 2 maîtres de stage de cette étude et les a fortement incités à se former.

Le DMG a aussi comme objectif de mieux répartir les maîtres de stage en essayant de placer un maître de stage effectuant une supervision de qualité au sein de chaque binôme ou trinôme de maîtres de stage pour garantir une supervision de qualité aux internes et faire progresser les autres maîtres de stage.

Vu l'accroissement du nombre d'internes, nécessitant un plus grand nombre de terrains de stage et afin de permettre un meilleur accès au SASPAS, il semble nécessaire de recruter et former des maîtres de stage de qualité ⁽⁵²⁻⁵⁴⁾.

Le modèle de supervision approfondie par un maître de stage référent bien formé 1 fois par semaine et de supervision rapide « débriefing, transmission-échange d'informations » par d'autres maîtres de stage voir des « prêteurs de patientèle » pourrait être une solution à l'encadrement pédagogique d'un nouveau stage ambulatoire dit de séniorisation en prévision d'un DES en 4 ans, actuellement en cours de discussion ⁽¹²⁾.

5 **BIBLIOGRAPHIE**

1. Fauvet L. Les affectations des étudiants en médecine à l'issue des épreuves classantes nationales en 2010 - Ministère du Travail, de l'Emploi et de la Santé (Secteur Santé). Etudes et Résultats. DREES. N°767. Juin 2011; Disponible sur : < URL >
<http://www.sante.gouv.fr/no-767-les-affectations-des-etudiants-en-medecine-a-l-issue-des-epreuves-classantes-nationales-en-2010.html> (consulté le 28 juin 2011)
2. Le Mauff P, Bail P, Gargot F, et al. L'évaluation des compétences des internes de médecine générale. *Exercer*. 2005;(73):63–9.
3. Le Mauff P, Pottier P, Goronflot L, Barrier J. Evaluation d'un dispositif expérimental d'évaluation certificative des étudiants en fin de troisième cycle de médecine générale. *Pédagogie médicale*. 2006;7(3):142-54.
4. Attali C, Bail P, Magnier A, et al. Diplôme d'études spéciales (DES): certifier la compétence des internes à exercer la médecine générale. *La revue du praticien de médecine générale*. 2005;19(708/709):1237–8.
5. 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;19(82):77–81.
6. Jouquan J, Bail P. A quoi s'engage-t-on en basculant du paradigme d'enseignement vers le paradigme d'apprentissage ? *Pédagogie médicale*. 2003;4(3):163-75.
7. Chermand D. Le 6e semestre: une urgence à ne pas précipiter. *La revue du praticien de médecine générale*. 2003;17(619):965–6.
8. Chermand D. 6e semestre: un projet dans les starting-blocks. *La revue du praticien de médecine générale*. 2003;17(625):1189–90.
9. Chermand D. Le 6e semestre vu par les résidents. *La revue du praticien de médecine générale*. 2003;17(628):1375–6.
10. Circulaire DGS/DES/2004/ n°192 du 26 avril 2004 relative à l'organisation des soins primaires en autonomie supervisée.
11. Le Mauff P, Jacquet J, Gilberg S. Evaluation de la mise en place du SASPAS dans les UFR. *Exercer*. 2005;(72):31–4.
12. Rapport du Docteur Elisabeth HUBERT : Mission de concertation sur la médecine de proximité - Présidence de la République; Disponible sur : < URL >
<http://www.elysee.fr/president/les-actualites/rapports/2010/rapport-du-docteur-elisabeth-hubert-mission-de.10088.html> (consulté le 3 mars 2011)
13. Règlement du SASPAS nantais; Disponible sur: < URL >
http://www.sante.univnantes.fr/med/medgen/fp/des/sp/saspas/SASPASNantais_Cahierdcharges.pdf (consulté le 3 mars 2011)
14. Schön D. Le praticien réflexif. A la recherche du savoir caché dans l'agir professionnel. Paris : Les Editions Logiques, 1994.
15. Hermil J, Bécrot F, Olombel P, Thiberville J. SASPAS en SUMGA. Le programme ambitieux de la Haute Normandie. *La revue du praticien de médecine générale*. 2004;18(639):119–20.

16. Le Mauff P, Farthouat N, Goronflot L, Urion J, Senand R. Récit de situation complexe et authentique. Le modèle nantais. La revue du praticien de médecine générale. 2004;18(654/655):724–6.
17. Le Mauff P, Goronflot L, Urion J, Senand R. Outil d'aide pour l'évaluation des Récits de situation complexe et authentique (RSCA) [I]. La revue du praticien de médecine générale. 2006;20(748/749):1251–2.
18. Le Mauff P, Goronflot L, Urion J, Senand R. Outil d'aide pour l'évaluation des Récits de situation complexe et authentique (RSCA) [II]. La revue du praticien de médecine générale. 2006;20(732/733):1311–2.
19. Kilminster SM, Jolly BC. Effective supervision in clinical practice settings: a literature review. Med Educ. 2000;34(10):827–40.
20. Jouquan J. La minute du superviseur. Pédagogie Médicale. 2010;11(1):71-2.
21. Dory V, Foy T de, Degryse J. L'auto-évaluation : postulat préalable, finalité de la mission éducative ou utopie pédagogique ? Clarifications conceptuelles et pistes pour une application en éducation médicale. Pédagogie Médicale. 2009;10(1):41-53.
22. Larue C. Particularités pédagogiques du SASPAS : enquête auprès des étudiants de Lariboisière-Saint Louis .Thèse : Méd : Université Paris Diderot - Paris 7, 2006, 68 p.
23. Swan E, Bécrot F. Maîtrise de stage et tutorat. Une méthode éprouvée en entreprise, innovante en médecine. La revue du praticien de médecine générale. 2004;18(643):296–8.
24. Duroux G, Thillier L, Durieux W. Evaluation d'un SASPAS. Etude réalisée en Aquitaine en 2004. La revue du praticien de médecine générale. 2005;19(702/703):979–80.
25. Durand M. Evaluation de la supervision indirecte en SAPSAS (stage ambulatoire en soins primaires en autonomie supervisée) en Aquitaine de Mai à Octobre 2004. Thèse : Méd : Université de Bordeaux II, 2006, 109 p.
26. Ismenoux S. Le stage autonome en soins primaires ambulatoire supervisé : Bilan de l'organisation et de la supervision du stage dans l'inter région ouest universitaire et perspectives d'améliorations. Thèse : Méd : Université François Rabelais (Tours), 2005, 148 p.
27. Thomas S. Evaluation du semestre novembre 2004 - avril 2005 des Stages Ambulatoires en Soins Primaires en Autonomie Supervisée (SASPAS) de la région Ile-de-France. Thèse : Méd : Université Paris-Est Créteil Val de Marne, 2006, 71 p.
28. Danquigny M-H. Le SASPAS (Stage Autonome en Soins Primaires Ambulatoire Supervisé) et sa perception : enquête qualitative par interviews semi-dirigées auprès de résidents en Languedoc-Roussillon. Thèse : Méd : Université Montpellier I, 2005, 164 p..
29. Kaya E. Le SASPAS (Stage Ambulatoire en Soins Primaires Autonome Supervisé) : instauration, application et mise au point. Enquête auprès des premiers Maîtres de SASPAS en France. Thèse : Méd : Université Louis Pasteur de Strasbourg, 2005, 168 p.
30. Ponçot C. Évaluation du stage autonome en soins primaires ambulatoire supervisé (SASPAS) en 2006 : enquête nationale auprès des internes de médecine générale. Thèse : Méd: Université de Besançon, 2006, 169 p.

31. Mari-Turret C. SASPAS : enquête nationale sur le vécu des internes de médecine générale en stage de novembre 2003 à avril 2004. Thèse : Méd : Université de Brest-Bretagne Occidentale, 2004, 114 p.
32. Hermil J, Bécrot F, Olombel P, Sansjofre M. SASPAS en Haute-Normandie. Premières évaluations. La revue du praticien de médecine générale. 2004;18(648/649):513-4.
33. Petite E. Obstacles à la supervision indirecte en SASPAS à Grenoble : identification par les maîtres de stage et perspectives d'amélioration. Thèse : Méd : Université Joseph Fourier de Grenoble, 2010, 91 p.
34. Evaluation SASPAS; Disponible sur : < URL >
http://www.dmg-nantes.fr/index.php?option=com_content&view=article&id=71&Itemid=66
 (consulté le 3 mars 2011)
35. Yordanov Y, Gomis T. Les motivations du choix du SASPAS par un interne de médecine générale de Paris Ile de France Ouest (PIFO); Disponible sur : < URL >
<http://www.larevuedupraticien.fr/index.php/recherche-en-medecine-generale/articles-soumis/1609-les-motivations-du-choix-du-saspas-par-un-interne-de-medecine-generale-de-paris-ile-de-france-ouest-pifo>
 (consulté le 3 mars 2011)
36. Mari C, Bail P, Le Reste J. Premiers SASPAS. Enquête nationale sur la perception des internes à propos de la supervision mise en place. La revue du praticien de médecine générale. 2006;20(722/723):252-6.
37. Giroux M, Girard G. Favoriser la position d'apprentissage grâce à l'interaction superviseur-supervisé. Pédagogie Médicale. 2009;10(3):193-210.
38. Van Wassenhove L, Le Mauff P. 8ème congrès national du CNGE à la faculté d'Angers 28 et 29 novembre 2008. Utilisation de la carte heuristique comme outil de supervision des internes de médecine générale; Disponible sur : < URL >
<http://cnge2008.free.fr/outilsdudes/index.html#bv000011> (consulté le 3 mars 2011)
39. Demeester A, Vanpee D, Marchand C, Eymard C. Formation au raisonnement clinique : perspectives d'utilisation des cartes conceptuelles. Pédagogie Médicale. 2010;11(2):81-95.
40. Jacquet J-P. La supervision indirecte différée (SID), une méthode pédagogique adaptée aux stages en médecine générale du troisième cycle. Pédagogie médicale. 2003;4(4):199-201.
41. Bammert T. Evolution des compétences après un stage ambulatoire en soins primaires en autonomie supervisée : étude des perceptions des étudiants en médecine générale par la méthode du focus group. Thèse : Méd : Université d'Angers, 2008, 158 p.
42. Plourdeau L, Huez J, Connan L. Suivi au long cours du patient lors du stage autonome en soins primaires ambulatoires supervisé. Evaluation du SASPAS sur un semestre à Angers. La revue du praticien. 2008;58:11-8.
43. Deleau E, Kandel O, Maugard J. Activité d'un interne en médecine générale en SASPAS. La revue du praticien de médecine générale. 2005;19(684/685):313-5.
44. Rat C, Le Mauff P, Van Wassenhove L, Goronflot L, Lacaille J, Senand R. DES de médecine générale à Nantes. La revue du praticien de médecine générale. 22(793):40-1.
45. Naccache N, Samson L, Jouquan J. Le portfolio en éducation des sciences de la santé : un outil d'apprentissage, de développement professionnel et d'évaluation. Pédagogie médicale. 2006;7(2):110-27.

46. Bail P, Le Reste J, Boiteux F. Le portfolio. Expérience du département de médecine générale de la faculté de Brest. *La revue du praticien de médecine générale*. 2004;18(646/647):445–7.
47. Lievin T, Fortin M, Millette B, Auberge A, Korwin J-DD. L'entretien d'explicitation : une approche potentiellement féconde pour faciliter la supervision clinique des résidents. *Pédagogie Médicale*. 2008;9(4):221-233.
48. Durieux W. La supervision □ : un outil pédagogique dans la formation du résident en médecine générale. Thèse : Méd : Université de Bordeaux II, 1998, 151 p.
49. O'Brien HV, Marks MB, Charlin B. Le feedback (ou rétro-action) □ : un élément essentiel de l'intervention pédagogique en milieu clinique. *Pédagogie médicale*. 2003;4(3):184-191.
50. 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):202-207.
51. Aubin I, Huas C. De l'intérêt du débriefing en SASPAS pour le suivi conjoint du patient. *Exercer*. 2006;(78):103–5.
52. Renard V, Attali C. Maître de stage: une formation spécifique. *La revue du praticien de médecine générale*. 2003;17(613/614):705–6.
53. Bonifacj C. Maîtrise de stage. L'avenir de la médecine générale. *La revue du praticien de médecine générale*. 2008;22(806):747–8.
54. Rousseau R. Recruter des maîtres de stage: une nécessité. *La revue du praticien de médecine générale*. 2011;25(858):258.

ANNEXE A

**MINISTERE DE LA SANTE
ET DE LA PROTECTION SOCIALE**

**Aux Préfets de régions et
des départements d'Outre-Mer**

**Aux Directeurs départementaux de la santé
et du développement social d'Outre-Mer**

**MINISTERE DE L'EDUCATION NATIONALE,
DE L'ENSEIGNEMENT SUPERIEUR ET DE LA
RECHERCHE**

Aux Présidentes et Présidents d'Université

**Aux Directrices et Directeurs d'UFR
S/C des Recteurs d'Académie**

**CIRCULAIRE DGS/DES/ 2004 / n° 192 du 26 avril 2004 RELATIVE A L'ORGANISATION DU
STAGE AUTONOME EN SOINS PRIMAIRES AMBULATOIRE SUPERVISE.**

Date d'application : IMMEDIATE

Résumé : Le semestre supplémentaire de formation des résidents et des internes en médecine générale doit s'effectuer préférentiellement en secteur ambulatoire selon les modalités décrites dans la présente circulaire et sur la base d'une convention type ci-annexée.

Mots clés : semestre supplémentaire, stage autonome en soins primaires ambulatoire supervisé, formation en médecine générale

Textes de référence :

Décret n° 88.321 du 7 avril 1988 modifié par le décret n° 2001-64 du 19 janvier 2001 fixant l'organisation du 3^{ème} cycle des études médicales, notamment son titre II ;
Arrêté du 29 avril 1988 relatif à l'organisation du 3^{ème} cycle de médecine générale ;
Décret n° 99-930 du 10 novembre 1999 modifié fixant le statut des internes et des résidents en médecine, des internes en pharmacie et des internes en odontologie ;
Arrêté du 19 octobre 2001 modifiant l'arrêté du 29 avril 1988 modifié relatif à l'organisation du 3^{ème} cycle des études médicales ;
Arrêté du 10 septembre 2002 relatif aux gardes des internes, des résidents en médecine et des étudiants désignés pour occuper provisoirement un poste d'interne ;
Décret n°2004-67 du 16 janvier 2004 relatif à l'organisation du 3^{ème} cycle des études médicales.

Textes abrogés : Néant.

La présente circulaire a pour objet de préciser les modalités et le contenu du stage supplémentaire de formation instauré par l'arrêté du 19 octobre 2001 modifiant l'arrêté du 29 avril 1988 relatif à l'organisation du troisième cycle des études médicales.

Elle a également pour objet d'anticiper le stage autonome en soins primaires ambulatoire supervisé inscrit dans le projet de maquette du diplôme d'études spécialisées de médecine générale annexé à l'arrêté fixant la liste et la réglementation des diplômes d'études spécialisées de médecine pris en application de l'article 13 du décret n°2004-67 du 16 janvier 2004 relatif à l'organisation du troisième cycle des études de médecine ; cet arrêté sera publié prochainement.

I – Principes généraux du stage

I.1 Agrément et validation des stages

Les stages doivent être accomplis dans des services et organismes agréés par le préfet de région pour la formation des résidents et, par la suite, des internes de médecine générale.

Les coordonnateurs désignés par les directeurs d'UFR et de département de médecine générale ont la responsabilité de la mise en place et de la validation des stages.

I.2 Objectifs pédagogiques

Ce stage doit notamment permettre aux résidents et aux internes de médecine générale :

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

I.3 Déroulement du stage.

Dans tous les cas, le résident ou l'interne de médecine générale exerce des fonctions de prévention, de diagnostic et de soins, par délégation sous la responsabilité et la supervision du « maître de stage » dont il relève. Dans cet esprit, il doit en particulier participer à des séances pluri-hebdomadaires de révision de dossiers.

II Différents lieux de stage

Le stage en cabinet ou en groupe de cabinets constitue la forme préférentielle de ce stage. Cependant d'autres lieux de stage peuvent être agréés.

Cette diversification des lieux de stage permettra également la mise en place progressive de ce semestre supplémentaire de formation des résidents et internes de médecine générale. Pour le semestre à venir, un flux de 30% maximum des étudiants en médecine générale pourra effectuer ce semestre supplémentaire dans

un cabinet de groupe. Les autres résidents ou internes de médecine générale bénéficieront de ce stage selon les différents formes possibles de stages envisagées ci-dessous.

II.1 Stage chez le praticien.

Ce stage supplémentaire de formation ne doit en aucun cas constituer une réplique du semestre déjà effectué auprès du praticien généraliste agréé. Il doit en revanche parfaitement répondre aux objectifs pédagogiques décrits ci-dessus et permettre aux étudiants d'approfondir leur approche du mode d'exercice de la médecine libérale.

II.2 Stage hospitalier.

L'objectif du stage est de favoriser une formation à la polyvalence en privilégiant les activités de consultations et la participation aux activités d'équipes mobiles.

Le choix du stage s'effectue selon la procédure habituelle.

A cette occasion, le stage hors CHU doit être favorisé dès lors que le stage en CHU a été réalisé et validé.

II.3 Autres formes de stages.

D'autres stages répondant à un projet personnel d'un résident ou d'un interne de médecine générale peuvent être envisagés : PMI, médecine scolaire, médecine humanitaire, médecine pénitentiaire...

Pour ces stages, il appartient :

- à l'intéressé de proposer son projet de stage qui doit se dérouler dans un organisme agréé, en précisant les objectifs pédagogiques.
- au directeur du département de médecine générale de transmettre ce projet accompagné de son avis au directeur d'UFR à qui revient la décision finale d'acceptation.

Le projet ne peut être retenu que si les objectifs pédagogiques sont décrits avec précision, si l'encadrement paraît adapté et si la procédure de validation du stage a été prévue.

III – Situation administrative des résidents et internes de médecine générale et des maîtres de stage

Le résident ou l'interne de médecine générale est tenu de respecter ses obligations statutaires qui comportent notamment :

- 11 demi-journées d'activité par semaine, dont deux sont consacrées à la formation universitaire,
- la réalisation de 6 à 12 actes par demi-journée, en moyenne, au cours des neuf autres demi-journées.

Le résident ou l'interne continue de percevoir sa rémunération de son centre hospitalier de rattachement.

Une convention est établie entre les parties prenantes conformément au modèle joint en annexe à la présente circulaire. Elle vise en particulier à préciser le dispositif mis en œuvre pour assurer la supervision des activités du résident ou de l'interne de médecine générale. Elle rappelle également que le maître de stage perçoit des honoraires dans des conditions fixées par l'arrêté du 16 mai 1997 relatif à l'indemnisation des maîtres de stage exerçant leur activité en cabinet libéral conformément aux dispositions du décret no 97-495 du 16 mai 1997 relatif au stage pratique des résidents auprès des praticiens généralistes agréés.

ANNEXE B

QUESTIONNAIRE : **ENQUETE SUR LA SUPERVISION INDIRECTE** **AU COURS DU SASPAS**

- Sexe :
- Age :
- En quel semestre as-tu fait ton SASPAS ? :

- ☐ 5^{ème} semestre
- ☐ 6^{ème} semestre

- En quel semestre as-tu fait ton stage praticien ? :
- SASPAS : stage choisi ou imposé ? Tu as été affecté en SASPAS car :

- ☐ C'était un projet personnel
- ☐ Poste choisi par curiosité
- ☐ Poste par défaut (imposé par rang de classement)
- ☐ Autre :

- Combien as-tu de maîtres de stage (MS) ? *Entoure ou surligne le nombre qui correspond*

2 3

- Y-a-il des « prêteurs de patientèle » au sein de ton SASPAS ? Si oui combien ?
(Un maître de stage « prêteur de patientèle » n'est pas formé à la supervision indirecte, il s'engage à être joignable par téléphone, à respecter un nombre limité d'actes par jour et avoir un entretien en fin de journée de transmission d'information)

.....

Si tu as des maîtres de stage prêteurs de patientèle ne remplis pas la partie du questionnaire sur la supervision indirecte concernant ces maîtres de stage

HOT LINE TELEPHONIQUE

- Un maître de stage est-il toujours joignable par téléphone ?

Oui Non (entoure ou surligne ta réponse)

- Temps de réponse :
- ☐ moins de 5 minutes
 - ☐ entre 5 et 15 minutes
 - ☐ plus de 15 minutes
 - ☐ autre :

- A quel rythme et dans quelles circonstances as-tu eu recours à la hot line téléphonique ?
A-t-elle évoluée au cours du semestre ?

.....

.....

LA SUPERVISION INDIRECTE

■ Modalité

- As-tu rencontré tes maîtres de stage dans le cadre de séances de supervision indirecte

	MS ₁	MS ₂	MS ₃
OUI			
NON			

- Si non, y-a-t-il eu des contacts ?

	MS ₁	MS ₂	MS ₃
Téléphoniques			
Transmissions écrites			
Par internet			

Si tu veux apporter des précisions :

.....

.....

- Y -a-t-il un temps spécifique dédié à la supervision ?

- ☐ Oui
- ☐ Non

- A quel moment est-elle effectuée ? (Remplis les deux tableaux)

	MS ₁	MS ₂	MS ₃
Le même jour			
Différée (autre jour par rapport au jour de consultation)			

Pause du midi			
Fin de journée			
Autre			

- Où se déroule-t-elle ?

	MS ₁	MS ₂	MS ₃
Au cabinet			
Autre			

- A quelle fréquence a-t-elle lieu ?

	MS ₁	MS ₂	MS ₃
Plus d'une fois par semaine			
Une fois par semaine			
Toutes les deux semaines			
Une fois par mois			
Autre			

- La fréquence a-t-elle évoluée au cours du stage ?

	MS ₁	MS ₂	MS ₃
oui			
non			

Si oui, précise :

.....

.....

- Quelle est sa durée en moyenne ?

	MS ₁	MS ₂	MS ₃
Moins de 5 minutes			
5 à 15 minutes			
15 à 30 minutes			
30 à 60 minutes			
Plus de 60 minutes			

- Est-ce que la durée a évoluée au cours du stage ?

	MS ₁	MS ₂	MS ₃
oui			
non			

Si oui, précise :

.....

.....

- Y-a-t-il eu une discussion au début du stage avec tes maîtres de stage sur tes compétences déjà acquises, à acquérir, et de tes besoins de formation ?

.....

.....

- Y-a-t-il eu un échange au début du stage avec tes maîtres de stage sur la supervision indirecte (fréquence, durée, lieu, support, contenu) et as-tu pu donner ton avis ?

.....

.....

- Est ce que le bilan sur tes compétences acquises, à acquérir et tes besoins de formation ont été réévalués au cours du stage et en fin de stage (ou prévu si ton stage n'est pas terminé) ?

.....

.....

■ Support

- Y-a-t-il un support aux séances de supervision ?

	MS ₁	MS ₂	MS ₃
oui			
non			

Si oui, lequel ? *(Tu peux cocher plusieurs items)*

	MS ₁	MS ₂	MS ₃
Liste des patients vus en consultation			
Notes libres que tu as prises au cours des consultations			
Fiches standardisées de recueil de données			
Tableau de bord			
Dossier informatique			
Dossier papier			
Carte conceptuelle (heuristique)			
Récit de situation complexe et authentique (rsca)			
Autre			

Si autre, précise :

.....

■ Forme

- Sous quelle forme a lieu la supervision ? *(tu peux cocher plusieurs items)*

	MS ₁	MS ₂	MS ₃
Revue de toutes les consultations			
Revue des consultations qui ont posé des difficultés			
Consultations prises au hasard			

- La forme a-t-elle évoluée au cours du stage ?

	MS ₁	MS ₂	MS ₃
oui			
non			

Si oui, précise :

.....

■ Contenu des séances de supervision

- Quel est le contenu des séances de supervision ? (*Tu peux cocher plusieurs items*)

	MS ₁	MS ₂	MS ₃
Conversation sans objectifs précis			
Transmission, échange d'information sur les patients			
Transmission du savoir du maître de stage			
Entretien approfondi sur le déroulement de la consultation			
Aide à l'anticipation des prochaines consultations, à l'élaboration d'un projet de soin pour les patients			
Questions administratives			
Gestion comptabilité fonctionnement du cabinet			
Informatique (dossiers médicaux, logiciels)			
Relation médecin- patient			
Connaissances médicales			
Techniques de consultation			
Bilan de compétences			
Organisation du stage			
Identification d'objectifs de formation			
Elaboration d'objectifs d'apprentissage			
Autre			

Si autre, précise :

.....

.....

- S'il y a une analyse des consultations, le maître de stage t'a-t-il aidé dans ton autoévaluation, t'a-t-il permis d'identifier tes besoins de formation et d'élaborer des objectifs d'apprentissage ?

(Choisis parmi les termes suivants : très satisfaisant, satisfaisant, moyennement satisfaisant, insatisfaisant, très insatisfaisant, jamais utilise les abréviations suivantes : TS, S, MS, I, T, J)

	MS ₁	MS ₂	MS ₃
Analyse de la démarche clinique			
Analyse des déterminants à la prise de décision			
Analyse de la relation médecin-patient			
Identification des besoins de formation			
Elaboration d'objectifs d'apprentissage			

- Est-ce que le contenu a évolué au cours du stage ?

	MS ₁	MS ₂	MS ₃
oui			
non			

Si oui, précise :

.....

.....

- Peux-tu décrire la supervision indirecte à l'aide de 3 adjectifs au sein de cette liste

(Entoure ou surligne tes réponses)

Sécurisante, pesante, adaptée, inadaptée, instructive, inutile, indispensable, non indispensable, très efficace, passionnante, insuffisante

■ Bilan :

- Quelle appréciation donnerais-tu à tes maîtres de stage pour la qualité de la supervision ?

(Entoure ou surligne ta réponse, 1 correspondant à très insatisfaisant et 7 très satisfaisant)

MS₁: 1 2 3 4 5 6 7
 MS₂: 1 2 3 4 5 6 7
 MS₃: 1 2 3 4 5 6 7

- Quelle appréciation globale donnerais-tu à ton SASPAS ?

1 2 3 4 5 6 7

- As-tu des commentaires, des remarques à faire sur la supervision indirecte, des propositions pour l'améliorer ?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Merci d'avoir répondu à ce questionnaire.

La supervision indirecte au cours du SASPAS à Nantes : enquête descriptive auprès des internes

RESUME

Cette étude a pour objectif de décrire la supervision indirecte au cours du stage en autonomie en soins primaires ambulatoires supervisée (SASPAS) à la Faculté de médecine de Nantes. Il s'agit d'une enquête descriptive transversale auprès de 32 internes ayant effectué un SASPAS de mai à octobre 2010 et de novembre 2010 à avril 2011. Ils ont été interrogés à l'aide d'un questionnaire électronique qu'ils avaient reçu par email le 12 mai 2011.

78% des internes ont répondu, ils ont pu évaluer 73% des maîtres de stage. 91% des maîtres de stage ont rencontré l'interne en séance de supervision indirecte. 21% des maîtres de stage effectuaient une supervision de mauvaise qualité, ils utilisaient leur interne plutôt comme un remplaçant. 20% effectuaient une supervision de qualité moyenne et 59% de bonne qualité.

Ce bilan est plutôt encourageant. Cependant la supervision mise en place nécessite d'être améliorée en utilisant notamment des supports formalisés qui permettent de structurer la supervision. Une durée minimale de supervision de 30 minutes est recommandée mais 1 heure serait mieux. Dans l'optique d'un DES en 4 ans avec une année de séniorisation ambulatoire, il semble utile de s'orienter vers 1 séance de supervision approfondie avec un maître de stage référent bien formé 1 fois par semaine en différé par rapport au jour de consultation, les autres maîtres de stage pouvant effectuer un débriefing rapide le jour même des consultations.

MOTS-CLES

Supervision indirecte, SASPAS, internes de médecine générale,

Maîtres de stage universitaires, pédagogie