

Année 2019/2020

N°

Thèse

Pour le

DOCTORAT EN MEDECINE

Diplôme d'État
par

Lateefat SAID

Née le 08/08/1989 aux Abymes (971)

TITRE

Supervision directe: quel est le vécu des internes de médecine générale en stage de niveau 1 ?

Présentée et soutenue publiquement le **03 Septembre 2020** devant un jury composé de :

Président du Jury : Professeur Clarisse DIBAO-DINA, Médecine générale, Faculté de Médecine - TOURS

Membres du Jury :

Professeur Denis ANGOULVANT, Cardiologie-Faculté de Médecine-TOURS

Professeur Vincent CAMUS, Psychiatrie d'adulte, Faculté de Médecine-TOURS

Professeur Philippe COLOMBAT, Hématologie et transfusion, Faculté de Médecine-TOURS

Directeur de thèse Docteur Cécile RENOUX-JACQUET, Médecine générale, Faculté de Médecine-TOURS

RÉSUMÉ

Supervision directe : quel est le vécu des internes de médecine générale en stage de niveau 1 ?

Introduction : Pendant le stage de niveau 1 en médecine générale, la supervision directe (SD) est la phase où le maître de stage (MSU) observe l'étudiant réaliser les consultations. Elle est riche en informations pour le MSU et en apprentissage pour l'interne grâce à la rétroaction faite sur ce qui a été réalisé. En France, peu d'études se sont focalisées sur ce qu'éprouvaient les internes pendant cette phase.

Objectif : Explorer comment les internes de médecine générale vivaient la phase de supervision directe au cours de leur stage de niveau 1.

Méthode : Enquête qualitative par 13 entretiens semi-dirigés réalisés entre avril et octobre 2019 auprès d'internes en médecine générale ayant réalisé un stage de niveau 1 pendant le semestre d'hiver 2018-2019. Enregistrement des entretiens, retranscription intégrale avec anonymisation puis analyse dans une approche par théorisation ancrée.

Résultats : Certains internes appréhendaient la phase de SD par peur d'être jugés par leur MSU. Effectuer la consultation tout en étant sous le regard de leur MSU était angoissant. Les internes, découvrant la médecine générale, devaient se familiariser à leur nouvel environnement de travail, apprendre à travailler aux côtés d'un MSU et s'adapter à sa patientèle. Grâce au soutien et à la mise en confiance du MSU, les internes se sentaient plus à l'aise et gagnaient en assurance. L'analyse a permis de faire émerger plusieurs critères favorisant un bon vécu comme par exemple la préparation de l'interne en lui expliquant le déroulement de la phase, la mise en retrait du MSU au cours de la consultation et la réalisation d'une rétroaction.

Conclusion : Malgré les difficultés perçues, la SD semblait être une phase enrichissante et indispensable. Des conseils simples permettraient d'améliorer le vécu des étudiants.

Mots clés : Supervision directe, Stage de niveau 1, Vécu, Internes, Médecine générale

ABSTRACT

Direct supervision: What is the experience of the residents in general practice level 1 internship?

Introduction: During the general practice internship, direct supervision (SD) is the phase where the general practitioner supervisor (GPS) observes the student performing the consultations. It is rich in information for the GPS and learning for the resident through feedback on what has been achieved. In France, few studies have focused on what the residents were experiencing during this phase.

Objective: To explore how general practice residents experienced the direct supervision phase during their level 1 internship.

Method: A qualitative survey by 13 semi-directed interviews conducted between April and October 2019 with general practice resident who completed a general practice level 1 internship during the 2018-2019 winter semester. Recording interviews, complete transcription with anonymization and then analysis in a grounded theory.

Results: Some interns were apprehensive about the SD phase for fear of being judged by their GPS. While performing the consultation under the watchful eye of their GPS was frightening. Residents, discovering general medicine, had to familiarize themselves with the environment of their new work, learn how to work besides a GPS and adapt themselves with their patients. Thanks to the support and confidence of the GPS, the residents felt more comfortable and gained confidence. The analysis revealed several criteria that promoted a good experience, such as preparing the residents by explaining the progress of the phase, the withdrawal of the GPS during the consultation and the achievement of feedback.

Conclusion: Despite the perceived difficulties, SD seemed to be an enriching and indispensable phase. Simple advice would improve students' experiences.

Keywords: Direct supervision, level 1 internship, experience, resident, general practice

UNIVERSITE DE TOURS
FACULTE DE MEDECINE DE TOURS

DOYEN
Pr Patrice DIOT

VICE-DOYEN
Pr Henri MARRET

ASSESEURS
Pr Denis ANGOULVANT, *Pédagogie*
Pr Mathias BUCHLER, *Relations internationales*
Pr Theodora BEJAN-ANGOULVANT, *Moyens – relations avec l'Université*
Pr Clarisse DIBAO-DINA, *Médecine générale*
Pr François MAILLOT, *Formation Médicale Continue*
Pr Patrick VOURC'H, *Recherche*

RESPONSABLE ADMINISTRATIVE
Mme Fanny BOBLETER

DOYENS HONORAIRES
Pr Emile ARON (†) – 1962-1966
Directeur de l'Ecole de Médecine - 1947-1962
Pr Georges DESBUQUOIS (†) – 1966-1972
Pr André GOUAZE (†) – 1972-1994
Pr Jean-Claude ROLLAND – 1994-2004
Pr Dominique PERROTIN – 2004-2014

PROFESSEURS EMERITES
Pr Daniel ALISON
Pr Philippe ARBEILLE
Pr Catherine BARTHELEMY
Pr Gilles BODY
Pr Jacques CHANDENIER
Pr Alain CHANTEPIE
Pr Pierre COSNAY
Pr Etienne DANQUECHIN-DORVAL
Pr. Dominique GOGA
Pr Alain GOUDEAU
Pr Anne-Marie LEHR-DRYLEWICZ
Pr Gérard LORETTE
Pr Roland QUENTIN
Pr Elie SALIBA

PROFESSEURS HONORAIRES

P. ANTHONIOZ – A. AUDURIER – A. AUTRET – P. BAGROS – P. BARDOS – J.L. BAULIEU – C. BERGER – JC. BESNARD – P. BEUTTER – C. BONNARD – P. BONNET – P. BOUGNOUX – P. BURDIN – L. CASTELLANI – B. CHARBONNIER – P. CHOUTET – T. CONSTANS – C. COUET – L. DE LA LANDE DE CALAN – J.P. FAUCHIER – F. FETISSOF – J. FUSCIARDI – P. GAILLARD – G. GINIES – A. GOUAZE – J.L. GUILMOT – N. HUTEN – M. JAN – J.P. LAMAGNERE – F. LAMISSE – Y. LANSON – O. LE FLOCH – Y. LEBRANCHU – E. LECA – P. LECOMTE – E. LEMARIE – G. LEROY – M. MARCHAND – C. MAURAGE – C. MERCIER – J. MOLINE – C. MORAIN – J.P. MUH – J. MURAT – H. NIVET – L. POURCELOT – P. RAYNAUD – D. RICHARD-LENOBLE – A. ROBIER – J.C. ROLLAND – D. ROYERE – A. SAINDELLE – J.J. SANTINI – D. SAUVAGE – D. SIRINELLI – J. WEILL

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

ANDRES Christian.....	Biochimie et biologie moléculaire
ANGOULVANT Denis	Cardiologie
AUPART Michel.....	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
BABUTY Dominique	Cardiologie
BAKHOS David.....	Oto-rhino-laryngologie
BALLON Nicolas.....	Psychiatrie ; addictologie
BARILLOT Isabelle.....	Cancérologie ; radiothérapie
BARON Christophe	Immunologie
BEJAN-ANGOULVANT Théodora	Pharmacologie clinique
BERNARD Anne	Cardiologie
BERNARD Louis	Maladies infectieuses et maladies tropicales
BLANCHARD-LAUMONNIER Emmanuelle	Biologie cellulaire
BLASCO Hélène.....	Biochimie et biologie moléculaire
BONNET-BRILHAULT Frédérique	Physiologie
BRILHAULT Jean.....	Chirurgie orthopédique et traumatologique
BRUNEREAU Laurent	Radiologie et imagerie médicale
BRUYERE Franck.....	Urologie
BUCHLER Matthias.....	Néphrologie
CALAIS Gilles.....	Cancérologie, radiothérapie
CAMUS Vincent.....	Psychiatrie d'adultes
COLOMBAT Philippe.....	Hématologie, transfusion
CORCIA Philippe.....	Neurologie
COTTIER Jean-Philippe	Radiologie et imagerie médicale
DE TOFFOL Bertrand	Neurologie
DEQUIN Pierre-François.....	Thérapeutique
DESOUBEAUX Guillaume.....	Parasitologie et mycologie
DESTRIEUX Christophe	Anatomie
DIOT Patrice.....	Pneumologie
DU BOUEXIC de PINIEUX Gonzague	Anatomie & cytologie pathologiques
DUCLUZEAU Pierre-Henri.....	Endocrinologie, diabétologie, et nutrition
DUMONT Pascal.....	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
EL HAGE Wissam.....	Psychiatrie adultes
EHRMANN Stephan	Réanimation
FAUCHIER Laurent.....	Cardiologie
FAVARD Luc.....	Chirurgie orthopédique et traumatologique
FOUGERE Bertrand	Gériatrie
FOUQUET Bernard.....	Médecine physique et de réadaptation
FRANCOIS Patrick.....	Neurochirurgie
FROMONT-HANKARD Gaëlle	Anatomie & cytologie pathologiques
GAUDY-GRAFFIN Catherine.....	Bactériologie-virologie, hygiène hospitalière
GOUPILLE Philippe.....	Rhumatologie
GRUEL Yves.....	Hématologie, transfusion
GUERIF Fabrice	Biologie et médecine du développement et de la reproduction
GUYETANT Serge	Anatomie et cytologie pathologiques
GYAN Emmanuel.....	Hématologie, transfusion
HAILLOT Olivier.....	Urologie
HALIMI Jean-Michel.....	Thérapeutique
HANKARD Régis.....	Pédiatrie
HERAULT Olivier	Hématologie, transfusion
HERBRETEAU Denis	Radiologie et imagerie médicale
HOURIOUX Christophe.....	Biologie cellulaire
LABARTHE François	Pédiatrie
LAFFON Marc	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale, médecine d'urgence
LARDY Hubert.....	Chirurgie infantile
LARIBI Saïd.....	Médecine d'urgence
LARTIGUE Marie-Frédérique	Bactériologie-virologie
LAURE Boris.....	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
LECOMTE Thierry.....	Gastroentérologie, hépatologie
LESCANNE Emmanuel.....	Oto-rhino-laryngologie
LINASSIER Claude	Cancérologie, radiothérapie
MACHET Laurent	Dermato-vénéréologie
MAILLOT François	Médecine interne
MARCHAND-ADAM Sylvain	Pneumologie
MARRET Henri	Gynécologie-obstétrique

MARUANI Annabel	Dermatologie-vénéréologie
MEREGHETTI Laurent	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
MITANCHEZ Delphine	Pédiatrie
MORINIERE Sylvain	Oto-rhino-laryngologie
MOUSSATA Driffa	Gastro-entérologie
MULLEMAN Denis	Rhumatologie
ODENT Thierry	Chirurgie infantile
OUAISSI Mehdi	Chirurgie digestive
OULDAMER Lobna	Gynécologie-obstétrique
PAINTAUD Gilles	Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique
PATAT Frédéric	Biophysique et médecine nucléaire
PERROTIN Dominique	Réanimation médicale, médecine d'urgence
PERROTIN Franck	Gynécologie-obstétrique
PISELLA Pierre-Jean	Ophtalmologie
PLANTIER Laurent	Physiologie
REMERAND Francis	Anesthésiologie et réanimation, médecine d'urgence
ROINGEARD Philippe	Biologie cellulaire
ROSSET Philippe	Chirurgie orthopédique et traumatologique
RUSCH Emmanuel	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
SAINT-MARTIN Pauline	Médecine légale et droit de la santé
SALAME Ephrem	Chirurgie digestive
SAMIMI Mahtab	Dermatologie-vénéréologie
SANTIAGO-RIBEIRO Maria	Biophysique et médecine nucléaire
THOMAS-CASTELNAU Pierre	Pédiatrie
TOUTAIN Annick	Génétique
VAILLANT Loïc	Dermato-vénéréologie
VELUT Stéphane	Anatomie
VOURC'H Patrick	Biochimie et biologie moléculaire
WATIER Hervé	Immunologie

PROFESSEUR DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE

DIBAO-DINA Clarisse
LEBEAU Jean-Pierre

PROFESSEURS ASSOCIES

MALLET Donatien Soins palliatifs
POTIER Alain Médecine Générale
ROBERT Jean Médecine Générale

PROFESSEUR CERTIFIE DU 2ND DEGRE

MC CARTHY Catherine Anglais

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

BARBIER Louise Chirurgie digestive
BERHOUET Julien Chirurgie orthopédique et traumatologique
BRUNAUT Paul Psychiatrie d'adultes, addictologie
CAILLE Agnès Biostat., informatique médical et technologies de communication
CLEMENTY Nicolas Cardiologie
DENIS Frédéric Odontologie
DOMELIER Anne-Sophie Bactériologie-virologie, hygiène hospitalière
DUFOUR Diane Biophysique et médecine nucléaire
ELKRIEF Laure Hépatologie – gastroentérologie
FAVRAIS Géraldine Pédiatrie
FOUQUET-BERGEMER Anne-Marie Anatomie et cytologie pathologiques
GATAULT Philippe Néphrologie
GOUILLEUX Valérie Immunologie
GUILLON Antoine Réanimation
GUILLON-GRAMMATICO Leslie Epidémiologie, économie de la santé et prévention
HOARAU Cyrille Immunologie

IVANES Fabrice	Physiologie
LE GUELLEC Chantal.....	Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique
LEFORT Bruno.....	Pédiatrie
LEGRAS Antoine.....	Chirurgie thoracique
LEMAIGNEN Adrien	Maladies infectieuses
MACHET Marie-Christine	Anatomie et cytologie pathologiques
MOREL Baptiste	Radiologie pédiatrique
PIVER Éric.....	Biochimie et biologie moléculaire
REROLLE Camille.....	Médecine légale
ROUMY Jérôme	Biophysique et médecine nucléaire
SAUTENET Bénédicte	Thérapeutique
TERNANT David.....	Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique
VUILLAUME-WINTER Marie-Laure.....	Génétique
ZEMMOURA Ilyess	Neurochirurgie

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

AGUILLON-HERNANDEZ Nadia.....	Neurosciences
BOREL Stéphanie.....	Orthophonie
NICOLOU Antonine	Philosophie – histoire des sciences et des techniques
PATIENT Romuald.....	Biologie cellulaire
RENOUX-JACQUET Cécile	Médecine Générale

MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES

BARBEAU Ludivine.....	Médecine Générale
RUIZ Christophe.....	Médecine Générale
SAMKO Boris.....	Médecine Générale

CHERCHEURS INSERM - CNRS - INRA

BOUAKAZ Ayache	Directeur de Recherche INSERM – UMR INSERM 1253
CHALON Sylvie	Directeur de Recherche INSERM – UMR INSERM 1253
COURTY Yves	Chargé de Recherche CNRS – UMR INSERM 1100
DE ROCQUIGNY Hugues	Chargé de Recherche INSERM – UMR INSERM 1259
ESCOFFRE Jean-Michel.....	Chargé de Recherche INSERM – UMR INSERM 1253
GILOT Philippe.....	Chargé de Recherche INRA – UMR INRA 1282
GOUILLEUX Fabrice	Directeur de Recherche CNRS – UMR CNRS 7001
GOMOT Marie.....	Chargée de Recherche INSERM – UMR INSERM 1253
HEUZE-VOURCH Nathalie.....	Chargée de Recherche INSERM – UMR INSERM 1100
KORKMAZ Brice.....	Chargé de Recherche INSERM – UMR INSERM 1100
LAUMONNIER Frédéric	Chargé de Recherche INSERM – UMR INSERM 1253
MAZURIER Frédéric.....	Directeur de Recherche INSERM – UMR CNRS 7001
MEUNIER Jean-Christophe	Chargé de Recherche INSERM – UMR INSERM 1259
PAGET Christophe	Chargé de Recherche INSERM – UMR INSERM 1100
RAOUL William	Chargé de Recherche INSERM – UMR CNRS 7001
SI TAHAR Mustapha.....	Directeur de Recherche INSERM – UMR INSERM 1100
WARDAK Claire.....	Chargée de Recherche INSERM – UMR INSERM 1253

CHARGES D'ENSEIGNEMENT

Pour l'Ecole d'Orthophonie

DELORE Claire	Orthophoniste
GOUIN Jean-Marie.....	Praticien Hospitalier

Pour l'Ecole d'Orthoptie

MAJZOUB Samuel.....	Praticien Hospitalier
---------------------	-----------------------

Pour l'Ethique Médicale

BIRMELE Béatrice.....	Praticien Hospitalier
-----------------------	-----------------------

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des Maîtres de cette Faculté, de mes chers condisciples et selon la tradition d'Hippocrate, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail.

Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.

Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses. Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque.

REMERCIEMENTS

A Madame le **Docteur Cécile RENOUX-JACQUET**, ma directrice de thèse, merci pour votre aide et votre disponibilité remarquable tout au long de ce travail de thèse. Merci d'avoir accepté de diriger cette thèse, de m'avoir accompagnée et conseillée tout au long de ce travail.

A Madame le **Professeur Clarisse DIBAO-DINA**, merci de me faire l'honneur de présider ce jury. Veuillez trouver ici l'expression de ma sincère reconnaissance.

A Monsieur le **Professeur Denis ANGOULVANT**, pour avoir accepté de faire partie de mon jury, soyez assuré de mes sincères remerciements.

A Monsieur le **Professeur Vincent CAMUS**, merci de faire partie de ce jury et de l'intérêt que vous portez à ce travail. Soyez assuré de ma reconnaissance

A Monsieur le **Professeur Philippe COLOMBAT**, merci d'avoir accepté de siéger parmi les membres de mon jury. Soyez assuré de mes respectueuses considérations.

A mes **consœurs et confrères internes**, un merci sincère d'avoir pris de votre temps si précieux pour participer à mon enquête. Merci pour votre collaboration, votre aide fut essentielle.

Merci à **ma grande famille (de sang, et de cœur)** pour votre soutien inconditionnel tout au long de mes études. Merci pour vos encouragements, sans vous je ne serais pas arrivée jusque-là. Vous me répétez souvent que vous êtes fiers de moi et aujourd'hui c'est moi qui suis fière et heureuse de vous avoir.

A **mon mari**, merci de partager ma vie et de m'accepter comme je suis. Merci pour ton amour et tes encouragements à me dépasser. Ah oui ! Je suis désolée pour les insomnies !

Merci à mes maîtres de stage de niveau 1 et SASPAS (**Dr COUPE, JAGIELLO, JOSEPH, BLESBOIS, VACCARO**), merci pour votre écoute, vos conseils. Mon expérience à vos côtés n'a fait que confirmer mon choix de carrière. Grâce à vous, mon amour pour la médecine générale s'est accru et mon sens de l'empathie s'est développé.

Merci à tous les professionnels de santé (Médecins, aides-soignants, ASH, infirmiers, brancardiers) que j'ai rencontré lors de mes différents stages hospitaliers (Montargis, Vierzon, Chinon), je ne garde que de bons souvenirs avec vous (photos à l'appui, cadeaux). Vous avez facilité mon internat et permis de supporter l'éloignement de mes proches.

Mention spéciale à la **team Montargis (Camille, Claire, Ida, Hélène/Edouard, Elodie, Martine) !!** Nous avons passé des moments inoubliables. J'espère qu'on continuera à en créer. Vous avez été d'un soutien que je n'oublierai jamais. Vous êtes formidables, ne changez rien !

Table des matières

I. INTRODUCTION	13
II. METHODE	15
III. RESULTATS	16
1. Caractéristiques de la population étudiée	16
2. Evolution du vécu au cours du stage	18
3. Paramètres influençant le vécu de la SD	18
a. Les conditions de réalisation de la supervision directe	19
b. Facteurs liés à l'interne	21
c. Facteurs liés aux patients	23
Facteurs liés au MSU	25
4. Conseils pour améliorer le vécu de la SD	28
a. Préparation de l'interne à la SD	30
b. Définition du rôle de chacun	30
c. Conditions de réalisation de la SD	31
d. Faciliter la relation Internes-Patients	31
e. Supervision du MSU	31
5. Les apports perçus de la SD	32
IV. DISCUSSION	33
1. A propos de la méthode	33
2. A propos des résultats	34
a. Influence du profil des internes interrogés sur les résultats	34
b. Evolution du vécu de la supervision directe	34
c. Comment améliorer le vécu de la SD	35
V. CONCLUSION	43
ANNEXE 1	44
ANNEXE 2	45
VI. BIBLIOGRAPHIE	46

INDEX DES TABLEAUX, FIGURES, GRAPHIQUE ET CARTE HEURISTIQUE

TABLEAU 1 : caractéristiques des entretiens.....	16
GRAPHIQUE 1 : résultats échelle estime de soi	16
TABLEAU 2 : caractéristiques de la population étudiée.....	17
FIGURE 1: paramètres influençant la SD.....	19
CARTE HEURISTIQUE : conseils pour améliorer le vécu de la SD.....	29
FIGURE 2 : caractéristiques du MSU influençant la SD.....	30

TABLE DES ABREVIATIONS

MG : médecine générale

MSU : maître de stage universitaire

SASPAS : stage autonome en soins primaires ambulatoire supervisé

SD : supervision directe

SI : supervision indirecte

I. INTRODUCTION

Le stage de niveau 1 est le premier stage pratique ambulatoire des internes en médecine générale (MG). Il doit être réalisé lors de la phase socle au cours de leur première année de formation (1,2). Durant 6 mois, l'interne est formé à l'exercice de la médecine générale sous la supervision de un, deux voire trois maîtres de stage agréés des Universités (ou MSU). Le stage est divisé en trois phases pour une acquisition progressive de l'autonomie par l'interne :

- ✓ une **phase d'observation** au cours de laquelle l'interne s'approprie l'environnement socio-professionnel en observant son MSU pratiquer,
- ✓ une **phase semi-active (ou supervision directe)** au cours de laquelle le stagiaire est mis progressivement en situation de responsabilité sous contrôle direct du maître de stage. C'est la période où chaque temps de la consultation, où chaque comportement du stagiaire est analysé et discuté avec le maître de stage après la consultation (rétroaction),
- ✓ **et une phase active (ou supervision indirecte)** au cours de laquelle il peut accomplir seul des actes, le maître de stage pouvant intervenir si besoin. C'est la phase d'autonomie.

La durée de ces trois phases est variable et dépend des besoins pédagogiques de l'interne. Elles sont souvent entremêlées, le MSU ou l'étudiant pouvant toujours revenir à l'une des trois phases si cela s'avère nécessaire (3,4).

La phase de supervision directe (SD) est une phase riche en informations pour le MSU qui via l'observation suit la progression de l'interne dans le développement des compétences nécessaires à l'exercice de la médecine générale. Il oriente sa rétroaction (ou feed-back) sur ce qu'il a vu faire, ce qui est bien réalisé par l'interne ou ce qu'il doit améliorer. C'est un moment privilégié pour l'interne au cours duquel un professionnel de santé observe et analyse sa pratique en temps réel et ce dans la durée (5). La SD donne les éléments nécessaires au superviseur pour adapter son intervention pédagogique et savoir quand il peut laisser l'interne en autonomie complète, et ce en toute sécurité. Le double défi étant de participer à la formation de l'étudiant tout en assurant la sécurité du patient et du stagiaire (6). Des études américaines et anglaises ont démontré l'influence de la supervision sur la qualité des soins (7). Un manque de supervision pourrait être préjudiciable pour les patients. Sans supervision, les étudiants auraient tendance à accepter des normes de soins inférieures et pourraient ne pas acquérir les bonnes pratiques.

La supervision directe est aussi un moment influent pour l'interne et son intérêt a été clairement établi (3,6–10). L'observation directe aurait un effet positif dans le développement des compétences du supervisé. Elle améliorerait son adhésion aux recommandations de bonnes pratiques et permettrait le développement de ses habilités professionnelles et relationnelles (8). Dans la littérature, principalement canadienne, il a été constaté à court terme une meilleure capacité des étudiants à se questionner sur eux-mêmes, se faire confiance, et accepter leurs forces et leurs faiblesses. La SD leur a permis de développer leur relation médecin-patient, en améliorant leur communication avec les patients (11). Une étude canadienne a exploré l'expérience en SD d'une résidente (équivalent d'interne). Elle a décrit une meilleure connaissance d'elle-même avec un développement de son identité professionnelle, et de sa relation avec le patient (12). Elle a eu une réflexion sur son choix de pratique et a reconnu quels étaient les rôles du médecin de famille. Même après plusieurs années de pratique, il semblerait que l'expérience vécue en SD soit toujours présente pour certains résidents. Elle les a amenés à s'ouvrir aux autres, à réfléchir sur leur pratique, à se remettre en question, à connaître leurs limites et demander de l'aide si besoin. Elle était aussi

utile aux ex-résidents devenus à leur tour maîtres de stage. Ils utilisaient leur expérience passée en SD dans leur travail auprès des étudiants.

Bien que les internes soient majoritairement favorables et satisfaits de cette phase ces études ont également montré des difficultés au cours de sa réalisation (11,12). Certains étudiants éprouvaient de l'appréhension et préféraient éviter de faire de la SD. Quand elle était réalisée, elle était vécue parfois comme une expérience difficile car génératrice de stress et d'une anxiété de performance importante. La supervision directe semblait déstabiliser et nuire à la concentration voire l'efficacité clinique de l'interne. A l'inverse un étudiant se sachant observé, était délibérément plus attentif à la qualité de sa relation avec le patient, et plus rigoureux que lorsqu'il n'était pas observé. La supervision directe influencerait la performance clinique de l'étudiant, performance sur laquelle se base le superviseur pour établir sa rétroaction (10).

En France, une étude nantaise réalisée en 2016 auprès d'internes en médecine générale et de leurs maîtres de stage retrouvait également la satisfaction des internes vis-à-vis de la SD (13). Cette étude avait pour objectif d'explorer leur ressenti global concernant le cadre pédagogique du stage de niveau 1 et de faire émerger les déterminants d'une bonne supervision. Les internes considéraient cette phase comme un accompagnement avant la mise en autonomie complète. Cependant certains internes craignaient la position d'être observé et considéraient leurs MSU comme un juge. Leur supervision était vécue comme un contrôle. D'autres étaient mal à l'aise du fait de la présence du MSU à leur côté et étaient gênés face aux critiques émises devant le patient. En conséquence les internes ont exprimé des difficultés à créer une relation médecin-patient. Ces difficultés pouvaient entraîner un évitement de la SD par les internes.

Favoriser chez l'étudiant la posture d'apprentissage lui permettrait d'être plus ouvert à la critique et d'évoquer spontanément ses difficultés et ses faiblesses. Son auto-évaluation serait plus pertinente. Pour y parvenir le milieu de stage doit être bienveillant aux yeux du supervisé en instaurant un climat de confiance et de respect. Pour cela il est important de connaître la perception des étudiants de la SD (6,12).

En France, peu d'études se sont focalisées sur ce qu'éprouvent les internes en stage de niveau 1 au moment de la phase de supervision directe. Dans ce contexte, l'objectif principal de notre étude était d'explorer comment les internes de médecine générale vivaient leur supervision directe au cours de leur stage de niveau 1. Les objectifs secondaires étaient de faire émerger les difficultés qu'ils pouvaient rencontrer et de définir leurs attentes.

II. METHODE

Une enquête qualitative descriptive par entretiens semi-dirigés a été réalisée du 02 Avril 2019 au 18 Octobre 2019 auprès d'internes en médecine générale inscrits à la faculté de Rennes et en stage de niveau 1 au semestre d'hiver 2018-2019.

Les critères d'inclusion étaient d'être interne en médecine générale inscrit à la faculté de Rennes et en stage de niveau 1 au cours du semestre d'Hiver (Novembre 2018 à Mai 2019). Les internes ont été recrutés par le biais de l'association des internes de médecine générale de Rennes (courriels envoyés aux internes et un message posté sur le groupe *Facebook*® de l'association) ou à l'occasion de formations dispensées à la faculté de médecine de Rennes. Les informations concernant l'étude, l'organisation des entretiens en individuel, la garantie de leur anonymat ainsi que les coordonnées de l'enquêtrice leurs ont été fournis. Les internes volontaires envoyaient un courriel ou un sms à l'enquêtrice et un rendez-vous était fixé. Les modalités du rendez-vous (heure, date, entretien en face à face/par téléphone ou par *Skype*®, choix du lieu) étaient définies avec l'interne afin qu'il soit plus à l'aise. La taille de l'échantillon ne pouvant être définie au départ, le recueil des données s'est effectué jusqu'à suffisance des données, c'est-à-dire lorsque l'analyse de l'entretien n'apportait aucun élément nouveau.

Une stratégie d'échantillonnage raisonnée a été effectuée sur l'âge, le sexe, la nature anxieuse, l'estime de soi (14), la réalisation d'un stage de médecine générale au cours de l'externat, les stages réalisés au cours de leur internat et la volonté d'effectuer un autre stage ambulatoire de médecine générale. Pour cela un questionnaire a été rempli par chaque interne (annexe 1).

Les entretiens ont été menés par une seule enquêtrice et enregistrés via un dictaphone après accord verbal des internes. Les entretiens ont été conduits à l'aide d'un guide d'entretien (annexe 2) réalisé à l'aide des données issues de la littérature (15,16). Il était composé de questions ouvertes centrées autour de quatre thèmes : le vécu, les difficultés, le bilan, les attentes. Le guide d'entretien a été modifié après le premier entretien (ajout d'une deuxième question brise-glace et d'une question sur les conditions optimales de supervision). Les entretiens ont été retranscrits intégralement et analysés à l'aide du logiciel de traitement de texte *Microsoft Word*®. Une analyse des données dans une approche par théorisation ancrée a été réalisée à partir du premier entretien. L'enquêtrice a débuté par un codage ouvert de chaque entretien en commençant par le premier. Les codes véhiculant la même idée ont été classés et regroupés en catégories, puis les catégories ayant un lien entre elles ont été regroupées en thèmes. L'analyse intégrative a permis l'émergence d'une théorie.

Les données étant anonymes, une déclaration à la CNIL n'a pas été réalisée, sur les conseils de la cellule recherche non interventionnelle de la direction de la recherche du CHU de Tours, en date du 2 mai 2019. Le groupe éthique d'aide à la recherche clinique de Tours a donné son avis favorable le 03/06/2019 sous le numéro de projet **2019 042**.

III. RESULTATS

1. Caractéristiques de la population étudiée

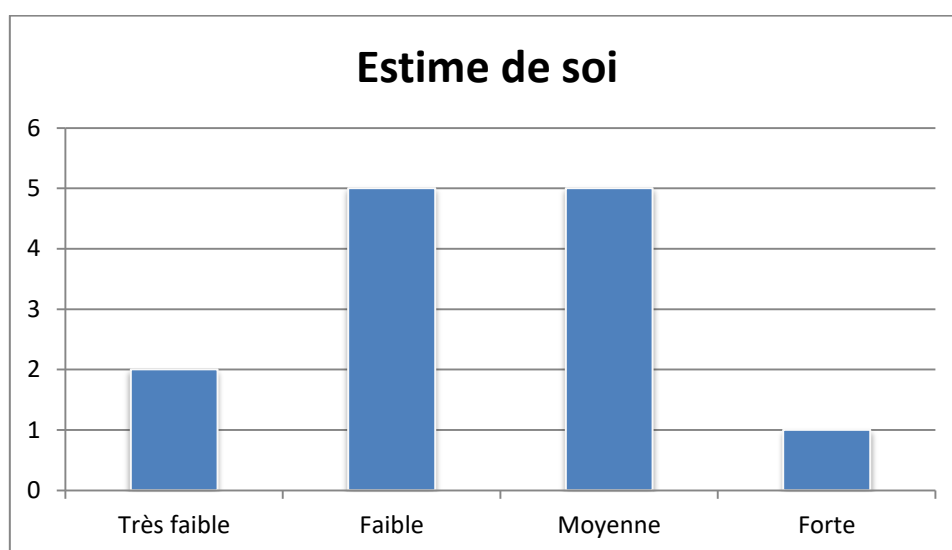
Treize entretiens semi-dirigés ont été réalisés entre Avril et Octobre 2019 d'une durée moyenne de **46 min (entre 29 et 94 min)**. Quatre entretiens ont été réalisés au domicile de l'interne, six par *Skype®*, deux au domicile de l'enquêtrice et un par téléphone. Les caractéristiques des entretiens figurent dans le tableau 1.

La population étudiée était constituée de **13 internes dont 10 femmes et 3 hommes**. Ils étaient âgés entre **25 et 39 ans**. **Onze** d'entre eux se considéraient comme étant anxieux. Les caractéristiques de la population étudiée figurent dans le tableau 2. Les résultats concernant leur estime de soi figurent dans le graphique 1.

La suffisance des données a été obtenue au **onzième entretien** et confirmée par l'analyse des deux suivants.

	DATE	LIEU	DUREE
E1	02/04/2019	Domicile de l'enquêtrice	48 min
E2	19/04/2019	Skype	20 min
E3	25/04/2019	Skype	42 min
E4	25/04/2019	Skype	35 min
E5	29/04/2019	Skype	65 min
E6	29/04/2019	Domicile de l'interne	36 min
E7	21/05/2019	Skype	41 min
E8	25/05/2019	Par téléphone	48 min
E9	03/06/2019	Domicile de l'interne	39 min
E10	04/06/2019	Domicile de l'interne	29 min
E11	18/06/2019	Domicile de l'enquêtrice	34 min
E12	25/06/2019	Skype	94 min
E13	18/10/2019	Domicile de l'interne	63 min

Tableau 1 : Caractéristiques des entretiens



Graphique 1 : Résultats échelle estime de soi

	Sexe	Âge	Stage de médecine générale en externat	Supervision directe pendant stage d'externe	Semestre	Anxieux(se)	Souhaite faire un SASPAS	Stages réalisées
Interne1	F	25	Oui	Non	1er	Oui	Oui	Aucun
Interne2	F	26	Oui	Oui	3ème	Oui	Oui	Médecine polyvalente, Urgences
Interne3	H	28	Oui	Oui	4ème	Oui	Oui	Gynéco-pédiatrie, Médecine polyvalente, Urgences
Interne4	F	25	Oui	Non	3ème	Oui	Oui	Urgences, Médecine polyvalente
Interne5	H	28	Oui	Non	4ème	Oui	Non	Médecine interne, Gynéco-pédiatrie, Urgences
Interne6	F	26	Oui	Non	3ème	Oui	Oui	Gériatrie aigue, Urgences
Interne7	F	27	Oui	Oui	4ème	Non	Oui	Urgences, Médecine polyvalente
Interne8	F	27	Oui	Non	3ème	Oui	Oui	Urgences, Gériatrie
Interne9	F	27	Oui	Non	3ème	Oui	Oui	Tous
Interne10	F	29	Non	/	5ème	Non	Non	Neuro-Rhumato, Cardiologie, Gynéco-pédiatrie, Urgences
Interne11	F	27	Oui	Oui	3ème	Oui	Oui	Urgences, SSR
Interne12	H	39	Oui	Non	4ème	Oui	Oui	Neurologie, Gériatrie, Urgences
Interne13	F	26	Oui	Oui	2nd	Oui	Oui	Gériatrie

Tableau 2 : Caractéristiques de la population étudiée

2. Evolution du vécu au cours du stage

Une appréhension au début

Les débuts en SD ont été difficiles pour la majorité des internes. Ils avaient une appréhension avant sa réalisation: « *[ç]a me faisait peur. Je savais que je n'allais pas aimer ça* » (E6). Ils avaient peur d'être jugés par leur MSU : « *en plus avec les jugements qu'il y avait derrière ça ne me donnait pas du tout du tout envie.* » (E8). Les internes trouvaient cette phase « *troublante au départ* » (E1), et déstabilisante. Être évalué sur ses capacités a été vécu « *avec un peu d'inconfort* » (E12). Effectuer leur consultation tout en étant sous le regard de leur MSU était très « *stressant* » (E6).

Puis une adaptation progressive

Malgré cet inconfort les internes ont réussi à s'y adapter avec le temps et la mise en confiance : « *comme ça fait un moment que je suis en supervision directe c'est une chose à laquelle je me suis habituée [...] j'ai aussi pris confiance en moi. Du coup j'ai réussi à faire abstraction* » (E1).

Découvrant la pratique de la médecine générale, ils se sont familiarisés avec leur nouvel environnement de travail. Ils ont également appris à travailler aux côtés d'un MSU et à s'adapter à leur patientèle : « *c'était vraiment un temps important parce qu'il y a aussi ce temps d'adaptation à la patientèle du praticien et au praticien à qui on a affaire.* » (E5). Progressivement le stress disparaissant, l'interne faisait abstraction de la présence de son MSU, prenait confiance et était plus à l'aise dans ses consultations : « *ça ne me stresse pas plus que ça la supervision d'autant plus que plus le stage avançait plus j'étais à l'aise avec lui* » (E10). Au fur et à mesure l'interne comprenait le rôle de son MSU et le but de la supervision : « *petit à petit on se dit non ils sont là pour nous aider, on partage pleins de trucs, on apprend.* » (E13).

3. Paramètres influençant le vécu de la SD

Cependant le vécu des internes a été influencé par les conditions de réalisation de la SD et par des facteurs liés aux maîtres de stage, aux patients, et à l'interne lui-même.

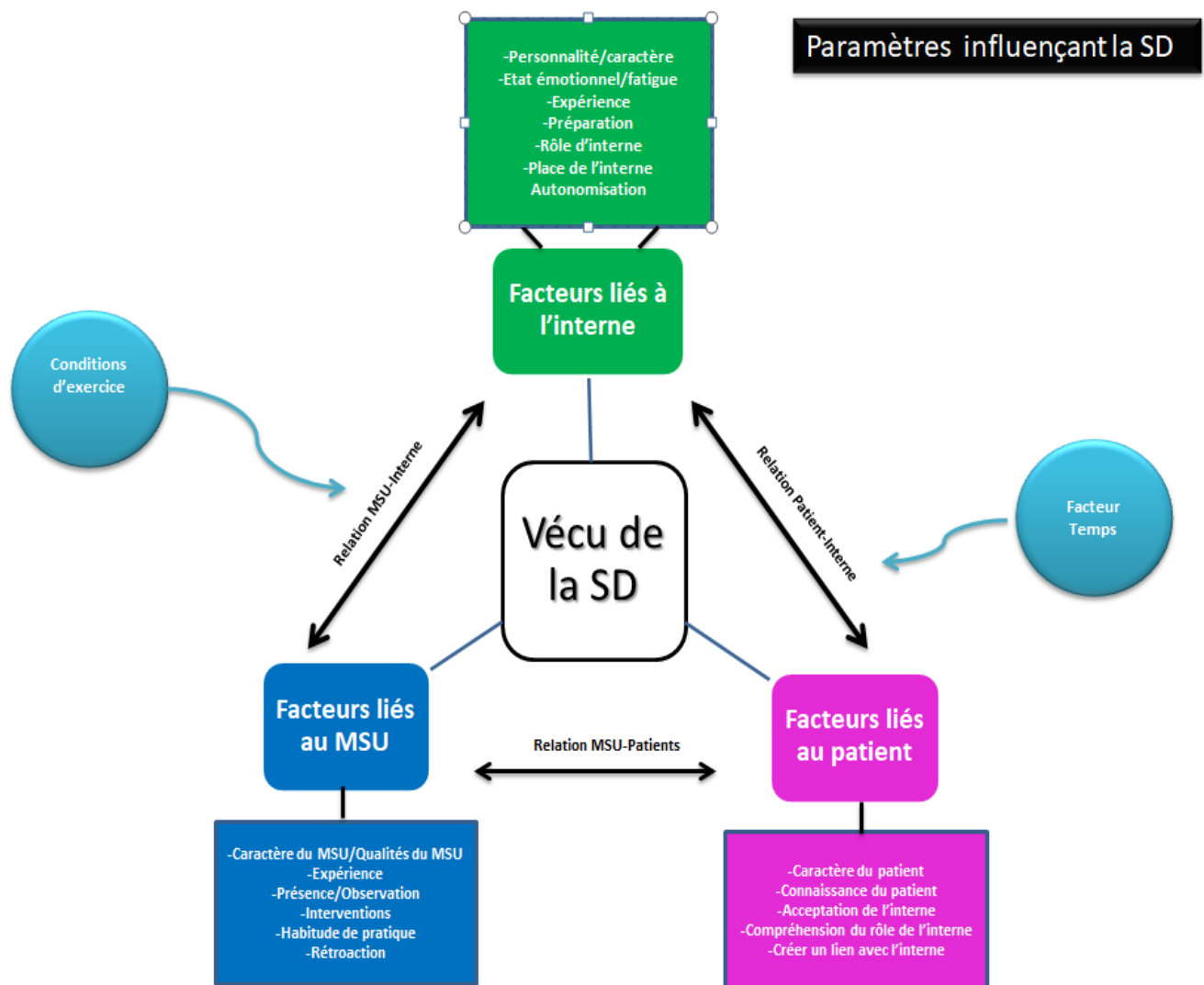


Figure 1 : Paramètres influençant la SD

a. Les conditions de réalisation de la supervision directe

- **Conditions d'exercice**

Quelques internes ont jugé les conditions d'exercice « *difficiles* » (E4) et *stressantes* (E12) car la charge de travail était importante avec des « *horaires plus chargés* » (E13) et une forte densité de consultations : « *parce qu'on pouvait en voir par exemple 25 en 4 heures* » (E9) ; « *on enchainait beaucoup plus les consultations, tous les quarts d'heure donc j'ai forcément du retard [...]* » (E4). « *[C]'était plus stressant* » (E4) et « *fatigant* » (E9). Selon les internes, apprendre dans ces conditions n'était pas idéal.

Réaliser une SD lors des visites à domicile, était plus compliqué : « *c'était beaucoup plus particulier et c'était moins facile à réaliser* » (E9). Une interne était mal à l'aise hors du cadre classique de la consultation au cabinet et avait « *peur de louper quelque chose* » (E9).

Certains internes avaient pour terrain de stage *SOS médecins*, ils trouvaient leur supervision différente avec « *une grosse activité de visites à domicile* » (E10), des formats de consultations variés, des motifs de consultations plus simples surtout que la patientèle n'avait pas l'habitude du MSU.

- **Organisation des phases (observation, supervisions directe et indirecte)**

Pour certains internes l'organisation des phases était « *assez compliqué[e]* » (E9) car « *aléatoire* » (E1), voire « *anarchique* » (E5). Dans la grande majorité, il y avait une alternance entre les phases ce qui était « *parfois difficile à suivre* » pour un interne qui « *ne trouvait pas ça très formateur* » (E5). Tandis que d'autres internes aimaient « *bien alterner les phases [...] parce que les consultations [n'étaient] pas forcément identiques* » (E9). Ces phases ont été « *entremêlées* » (E11, E12) et ce parfois dans une même demi-journée de stage. Le choix de celle-ci variait en fonction du motif de la consultation, du nombre de patients ou du retard accumulé.

La durée de la SD était variable de « *2-3 semaines* » à « *tout au long du stage* ». Certains internes auraient préféré que cette phase soit plus courte : « *pour des internes en début de cursus c'est plus confortable d'avoir une période de supervision directe plus longue. Je ne sais pas. Moi je pense que pour moi c'était suffisant. Je n'aurai pas apprécié que ce soit plus long* » (E10) et d'autres qu'elle soit plus longue « *pour avoir un côté encadrement pur et dur [...]* » (E11).

- **Le facteur Temps**

Apprendre à gérer son temps de consultation était « *un des objectifs du stage* » (E3). Pour quelques internes, le temps était un facteur « *stressant* » (E4) auquel ils devaient faire « *attention* » (E4). Ils évitaient de prendre du retard de peur d'être recadrés par leurs MSU qui imposait « *une contrainte de temps* » (E7). Un interne avait : « *l'impression [...] de ne jamais aller non plus dans l'autonomie parce qu'il était à côté de moi et qu'il me disait dépêche-toi !! Faut passer au suivant ! Là on est en retard !* » (E3). En conséquence les internes ont été « *frustrés* » (E6) de ne pas « *avoir plus de temps* » (E7) avec leurs patients. D'autres ont regretté l'absence de préparation de la consultation et le manque de « *débriefing* » (E3). Parfois par manque de temps « *il n'y avait plus de supervision directe* » (E4).

b. Facteurs liés à l'interne

- **Personnalité de l'interne**

Le vécu de la SD dépendait également de la personnalité, du caractère de l'interne ou de sa confiance en lui : « ***Après tout dépend des personnalités et du ressenti*** » (E5). Les internes se définissant comme timide, ne s'affirmant pas et/ou ayant peu confiance en eux ont eu plus de mal : « ***Bah du coup je le laissais faire son truc. Je ne me suis pas forcément imposée [...] Je pense qu'un interne qui a un caractère plus rentre dedans peut se faire sa place et du coup ça ne pose pas les mêmes problèmes*** » (E8).

- **Etat physique et émotionnel**

L'état physique et émotionnel au moment de la supervision influençait également le vécu : « ***suivant la fatigue, la patience ce n'est pas toujours évident*** » (E8).

- **Expérience de l'interne**

Les internes devaient s'approprier leur nouvel environnement : « ***on découvre un peu la médecine générale, on découvre ce qu'est l'exercice hors milieu hospitalier*** » (E5). Pour certains internes c'était le premier contact avec la pratique ambulatoire : « ***c'est vraiment la première fois que je voyais concrètement une pratique libérale*** » (E12). Ce nouveau mode de pratique était stressant : « ***c'est différent de ce qu'on a pu voir avant, c'est ce qui me stressait le plus.*** » (E4). Ils se sentaient « ***perdus en début de stage*** » (E5).

Leur référentiel habituel était hospitalier : « ***j'étais vraiment très habitué au monde de l'hôpital*** » (E12), ce qui entraînait « ***des hésitations*** » (E7) dans leur prise en charge : « ***on n'a pas toujours l'habitude de tout ce qui est prescription de ville*** » (E9). Les internes se sentaient mal à l'aise, fragiles ou « ***décrédibilisés face aux patients*** » (E10), ce qui faisait naître un sentiment d' « ***insécurité*** » (E5).

Les internes ayant effectué plus de semestres ont ressenti « ***moins de difficultés*** » (E5) par rapport aux jeunes semestres : « ***parce que ça peut être assez anxiogène d'être tout seul avec le patient notamment à mon stade d'internat (premier semestre)*** » (E1). De plus des MSU avaient cet a priori du « ***vieux semestre*** » qui pouvait parasiter leur apprentissage : « ***c'est vrai qu'il y a ce biais là, tout le monde m'a toujours dit que de toutes les façons tu es un vieux semestre, je ne sais pas si on a des choses à t'apprendre. Ce qui est faux*** » (E5).

- **Préparation de l'Interne à la supervision directe**

Avant de débiter leur SD, les internes ne s'étaient pas spécialement préparés. Ils avaient une « ***petite idée*** » (E4) du but de la SD mais ce n'était pas clair : « ***nous aussi pour la supervision directe, finalement on n'avait pas vraiment de plan, savoir comment elle devait se dérouler*** » (E4). Pourtant « ***le jour du choix de stage [...] il y avait une réunion spécifique pour le stage pratficien*** » (E1) organisée par le département de médecine générale afin d'expliquer le déroulement du stage. Les internes ont trouvé que la présentation était « ***floue*** » (E9), et ils n'ont pas « ***retenu grand-chose*** ». Une interne a même indiqué avoir appris plus de choses dans le « ***guide de l'étudiant*** » (E11) qu'à cette réunion. Lors de leur première rencontre avec leurs MSU, il y a eu peu d'échanges sur les phases. Ils ont plus discuté de « ***l'organisation du stage*** » (E9) (emploi du temps, planning, fonctionnement du cabinet), du parcours de l'interne, et de ses « ***attentes*** » (E11).

Deux internes ont trouvé stressant et perturbant d'être prévenus de leur mise en SD juste au moment de débiter la consultation. Ils auraient préféré s'y préparer : « ***(rires) je me suis retrouvée à faire la consultation en supervision directe sans m'y être vraiment préparée finalement et c'était assez stressant au début j'étais un peu... Je perdais un peu mes moyens*** » (E10).

- **Rôle de l'interne**

Des étudiants ont perdu leur rôle d'interne au cours de leur stage de niveau 1. Ils avaient l'impression d'être redevenus des « **externes** » (E6, E11) : « *alors qu'à l'hôpital j'avais plus de liberté donc j'avais un vrai rôle d'interne que je n'ai pas trouvé dans mon stage de praticien* » (E3). Une interne avait même « *l'impression de faire office de secrétaire à côté* » (E11) avec un de ses MSU ou un autre « *de boucher les trous* » (E5). Un interne a vécu sa supervision avec un de ses MSU « *comme une régression* » (E12), la transition entre son rôle d'interne hospitalier et son rôle d'interne en stage de niveau 1 a été difficile à vivre.

- **La place de l'interne**

Pour les internes, leur évaluation était impossible sans une mise en situation. Cependant se faire une place au cours de la consultation a été leur principal « **challenge du début** » (E5). Ils ne savaient pas quelle place prendre, ce qui était « **gênant** » (E4). Certains internes ont été « **perturbés** » (E9) dans leur SD et ne l'ont pas trouvée « **épanouissante** » (E7) car leurs MSU « *n'arrivaient pas à lâcher leur patients* » (E9) ou étaient trop sur leur « **dos** » (E11). Les MSU avaient du mal à céder leur place et à rester passifs ce qui a eu pour conséquences la mise en retrait de l'interne et un manque de SD : « *Il n'est pas du tout du genre à rester dans un coin, se taire et me laisser parler* » (E2). Les internes avaient également du mal à se situer au sein de la relation triangulaire : « *je lui ai dit que je n'arrivais pas à trouver ma place en supervision directe sur le trio double médecins-patients* » (E11). La difficulté étant de réussir à s'immiscer dans la relation MSU-patient et de s'imposer face à un « **médecin qui connaît très bien ses patients** » (E13).

En général, les MSU s'efforçaient de laisser l'interne gérer la consultation : « *elle me laissait, elle était là, elle ne parlait pas de toute la consultation* » (E6) en se mettant en retrait.

- **Autonomisation des internes**

La SD était une phase de « **transition** » (E3) pour l'interne avant son passage en supervision indirecte (SI). Leur mise en autonomie était synonyme de progrès. C'était la marque que le MSU leurs faisait « **confiance** » (E4) ce qui était « **valorisant** » (E2). Les délais de mise en SI étaient variables. Par exemple elle a été faite au cours de la « **3^{ème} semaine de stage** » (E2) pour une interne et pour un autre il a fallu attendre « **4 mois** » (E12). La décision de mise en SI était prise soit par le MSU qui estimait l'interne prêt surtout pour qu'il progresse, ou soit à la demande de l'interne en quête d'autonomie. D'autres raisons ont été évoquées comme rattraper le retard dans le planning ou pour doubler les consultations : « *je faisais les consultations en autonomie [...] quand elle avait énormément de retard dans sa salle d'attente* » (E6). En SI, les internes se sentaient « **à l'aise** » (E10), plus « **libres** » (E2). Il était « **agréable d'avoir ce degré d'autonomie tout en sachant qu'il y avait un bon filet de sécurité** » (E5) à proximité.

En revanche certains se sont plaints de ne pas avoir eu une phase d'autonomie suffisante : « *[...] à la fin du stage j'ai été frustrée de ne pas avoir eu plus d'autonomie parce que je pensais en être capable.* » (E7). Ils n'étaient pas rassurés à l'idée d'effectuer un Stage Ambulatoire en Soins Primaires en Autonomie Supervisée ou SASPAS et ne se sentaient « **pas solide[s]** » (E12).

c. Facteurs liés aux patients

« *Je dirai que quand on était en supervision le patient était le nôtre.* » (E12). Le défi était d'avoir ce dialogue privilégié avec le patient dans cette relation triangulaire : « *c'était le nôtre dans une relation qui était très asymétrique mais de manière plus ou moins marquée* » (E12).

Pour cela il fallait tout d'abord :

- **Se faire accepter par les patients**

Certains patients refusaient d'être reçus par des internes. Le refus était lié au motif de la consultation d'ordre « *gynécologique* » (E12) par exemple, ou lorsqu'ils avaient besoin d'une intimité avec leur médecin traitant : « *j'aimerais bien parler d'un truc et je ne souhaite pas que l'interne soit là* » (E6). Des internes ont eu un sentiment de rejet, une interne a dit se sentir « *vraiment de trop* » (E6). Cependant ils comprenaient le choix du patient : « *en même temps je comprends* (E11) ».

Il était plus facile de se faire accepter par des patients ayant l'habitude d'être reçus par des étudiants « *ses patients avaient l'habitude de voir des internes* » (E9). D'autres patients « *étaient contents de voir quelqu'un de nouveau* » (E4), d'avoir un nouvel avis ou faisaient tout simplement confiance à leur médecin estimant « *qu'il ne laisserait pas ses patients entre de mauvaises mains* » (E13).

- **Puis créer un lien avec le patient**

L'accueil du patient et la présentation de l'interne au patient constituaient des étapes essentielles dans la création de ce lien. Soit les internes se présentaient eux-mêmes, cela leur permettait d'avoir : « *un premier dialogue [...] on se dit bon ils savent qui je suis voilà* » (E13). Soit ils étaient présentés par leur MSU : « *après il me présentait.* » (E2). Ils étaient présentés comme « *collègue* » (E11), ou « *étudiant[e] en médecine* » (E8). Certains patients étaient avertis dès la salle d'attente de la présence de l'interne : « *J'avais un de mes maîtres de stage qui affichait que j'étais en consultation avec lui dans sa salle d'attente avec mon prénom* » (E7). Des MSU prenaient même le temps de rassurer leurs patients en précisant que l'interne était en « *fin de parcours [...] bientôt docteur* » (E5) ; « *c'est un[e] futur[e] médecin généraliste* » (E13).

D'autres paramètres ont entravé la création d'un lien entre le patient et l'interne :

- **Le caractère du patient**

Certains internes ont été perturbés par le caractère du patient : « *parfois, j'avais des patients qui ne parlaient pas du tout et ça c'était très perturbant [...] Après j'en parlais avec mon maître de stage et il me disait, il est comme ça, c'est son caractère* » (E9).

- **La connaissance des patients**

Ne pas connaître l'histoire médicale et personnelle du patient a été une difficulté pour les internes : « *c'est vrai qu'on ne connaît pas toujours très bien les patients* » (E1). Sans ses données, des internes ont eu du mal à mener leur consultation notamment en cas de :

« *détresses psychologiques, pour moi ça a été dur à gérer parce que je ne connais pas la personne* » (E13) ou lorsque les patients avaient « *un lourd passé, des histoires un peu compliquées [...] Toutes les consultations [n'étaient] pas adaptées à l'interne* » (E4). Néanmoins certains MSU prenaient le temps de présenter le patient à l'interne en lui donnant tous les éléments nécessaires permettant de le cerner et faciliter leur consultation : « *j'avais vraiment la présentation du patient complète j'avais tous les éléments pour réfléchir* » (E13).

- **La compréhension du rôle d'interne par les patients**

Certains patients avaient une mauvaise compréhension du rôle de l'interne, le voyant comme un simple étudiant et non « *pas comme un médecin* » (E4) : « *je pense que les patients ne devaient pas se dire que c'était moi qui faisais la consultation* » (E9). Une interne a trouvé les patients plus amicaux avec elle qu'avec son MSU : « *il n'y avait pas la même distance. Il me prenait comme la petite étudiante* » (E4).

- **L'interférence du lien entre MSU et le patient**

Certains patients étaient « *très proches de leurs praticiens* » (E5) ayant une relation « *très intense* » (E12). Cela n'a pas « *toujours [été] facile* » (E7). Le patient « *sollicitait* » (E1) le MSU, et « *s'adressait plus à lui* » (E2) perturbant la consultation de l'interne. Les internes avaient du mal à capter l'attention du patient du fait de la relation qu'il avait avec le MSU :

« *bon là, ça a été ma première difficulté parce que le patient regarde directement le médecin* » (E11). Quand bien même le MSU se mettait en retrait, nouer le lien avec le patient était difficile : « *Il essayait de se mettre en retrait mais ce sont les patients qui faisaient les yeux de l'amour pour leur médecin quoi, donc je me disais ça ne sert à rien, j'ai beau essayer par tous les moyens* » (E11). Parfois, c'était le MSU qui ne laissait pas la place à l'interne pour créer ce lien : « *c'était lui qui allait en salle d'attente (Rires). Il disait limite le prénom du patient « comment ça va depuis la dernière fois ? » Et là je n'avais même pas le temps de me présenter du coup après je n'existais plus pendant le reste de la consultation* » (E8).

Cependant la plupart des MSU faisaient en sorte que l'interne puisse établir le dialogue avec le patient en se mettant en retrait et en faisant comprendre au patient que c'était l'interne le « *chef aujourd'hui* » (E2) : « *elle essaye de baisser le regard pour que le patient s'oblige à me répondre.* » ; « *Il y a eu des fois malgré tout où elle disait « je ne sais pas demandez au médecin* » (E1).

Progressivement les internes ont réussi à tisser un lien avec des « *patients en étant plus à l'aise* » (E9) ou en les voyant à plusieurs reprises : « *c'était plutôt agréable d'avoir cette progression en ayant une relation plus marquée avec le patient qui j'avais l'impression m'avait apprivoisé* » (E5). Ils ont réussi « *à [s]'imposer dans cette relation triangulaire* » (E1). De plus le retour des patients était positif ce qui les encourageait.

Néanmoins les internes évitaient de décrédibiliser le MSU face à ses patients afin de préserver leur lien: « *J'estime que c'est leur médecin et que je n'ai pas à interférer dans leur crédibilité, je trouve que c'est vraiment important* » (E13).

d. Facteurs liés au MSU

- **Supervision différente**

Le vécu de la supervision différait en fonction du MSU : « *ça a vraiment été différent* » (E9). Les internes avaient entre deux et quatre MSU. Selon une interne, il était « *indispensable d'avoir plusieurs pratficients* » (E13) car ils avaient « *un fonctionnement un peu différent* » (E1). Une MSU aurait refusé d'effectuer une SD car trouvait « *stressant pour l'étudiant d'être regardé* » (E6).

- **Expérience du MSU en tant que maitre de stage**

La SD était « *agréable* », « *beaucoup plus simple* » (E7) lorsque le MSU était expérimenté : « *je pense qu'il a eu beaucoup d'étudiants auparavant, je pense qu'il avait aussi le désir de transmettre ça, donc c'était assez agréable d'apprendre à ses côtés en me sentant en sécurité* » (E5). Les phases étaient plus équilibrées, le MSU faisant les choses par étapes comme enseigné lors de sa formation.

Toutefois le fait que le MSU manque d'assurance a mis en difficulté une interne : « *Il n'était pas très sûr de lui [...] Je pense qu'il ne connaissait pas non plus sa patientèle. Il m'a laissé complètement faire sans me guider* » (E13).

- **Présence et observation du MSU**

La présence du MSU était vécue par certains internes comme une « *aide, [surtout] au début* » (E1). Avoir un MSU à ses côtés était plaisant. C'était une présence sécurisante et rassurante : « *de le savoir là c'était pour moi un gain de sécurité. C'était vraiment un filet de sécurité !* » (E5). Elle permettait également de rassurer les patients.

En revanche, des internes ont été « *mal à l'aise* » (E2), le regard du MSU était perçu comme « *intrusif* » (E5), « *pesant* » (E10), perturbant et « *stressant* » (E9) : « *d'être regardée pour faire l'examen clinique ça me gênait* » (E6). Les étudiants avaient « *l'impression d'être analysé[s] dans tout* » (E9). En conséquence, ils ne se sentaient pas « *[eux]-mêmes* » (E1, E6), et étaient moins naturels avec les patients, ce qui modifiait leur prise en charge : « *si j'avais été en indirecte ça ne se serait pas passé comme ça... Clairement je n'aurais pas fait comme ça moi* » (E6). Dans leurs prises en charge, les internes avaient l'impression d'être orientés, de manquer de liberté. Cela leur « *mettait la pression* » (E11) et il ne trouvait pas la SD « *épanouissant[e]* » (E11) :

« *Quand j'étais en sa présence, sous son regard, j'avais l'impression qu'il fallait que je fasse quand même en fonction de ses attentes... que je prescrive ce qu'il avait envie que je prescrive plus ou moins.* » (E10).

Avec le temps, les internes ont réussi à s'adapter et travailler en faisant abstraction de la présence du MSU : « *Disons qu'au début ça me perturbait c'est à force de faire des consultations et de comprendre le fonctionnement de chacun... Puis petit à petit j'ai appris à faire abstraction du pratficient.* » (E1).

- **Interventions du MSU au cours de la consultation**

Des internes ont éprouvé des difficultés à cause des interventions de leur MSU : « *il intervenait beaucoup. Ce n'était pas toujours évident pour moi ni pour lui* » (E3). Ils ont été mal à l'aise, et ont trouvé désagréable qu'il intervienne au cours de leur consultation : « *je n'étais pas toujours très à l'aise. Il avait du mal à me laisser faire sans intervenir* » (E7). Une interne l'a même vécu comme « *un échec* » (E3). En conséquence, les internes étaient dépossédés de leur consultation avec un « *sentiment, d'échappement de la consultation* » (E5) et perdaient en confiance ce qui entravait leur autonomisation : « *quelqu'un qui interrompt l'interne à chaque fois pour lui dire ça, ça ne se passe pas non seulement ça le met mal à l'aise ça lui fait perdre confiance en lui [...]* C'est comme un moniteur d'auto-

école une fois qu'il commence à prendre les commandes tu es là et puis tu le laisses faire » (E3).

Au contraire, d'autres internes l'ont vécu comme un appui, une aide. C'était rassurant qu'il intervienne surtout en cas de « *situations un peu plus délicates, il reprenait la main, par exemple [pour] une annonce de cancer. C'est quelque chose qui me rassurait d'ailleurs qu'il soit présent* » (E4). En général, les MSU intervenaient lorsque les prises en charge étaient « *trop compliquées* » (E7), en cas de difficultés ou d'hésitations de l'interne, de retard ou en cas de sollicitation du patient. Ils complétaient ou rectifiaient la prise en charge de l'interne ou souhaitaient que la consultation soit réalisée à leur manière : « *parfois c'était juste parce que je n'avais pas fait les choses dans l'ordre dans lequel elle le fait.* » (E12).

Toutefois, des internes ayant besoin d'être confortés dans leur prise en charge, n'hésitaient pas à solliciter le MSU : « *je le regardais pour avoir un peu de soutien, un avis mais [...] Il me laissait faire quoi. Il y avait des moments où j'avais besoin de son approbation* » (E8). Avoir l'assentiment de leur MSU leur donnait confiance : « *souvent il approuvait quand même ce que je faisais donc ça conforte un petit peu dans ses positions et de savoir que l'on fait les choses correctement* » (E10).

- **Habitudes de pratique différentes**

Les habitudes de pratique entre les MSU étaient différentes, ce qui n'a pas été « *évident* » (E3) pour certains internes qui devaient s'adapter à chaque fois.

Entre l'interne et le MSU il y avait aussi des divergences : « *on a envie de bien faire pour eux mais en même temps on a nos habitudes à nous aussi c'est pour ça que parfois, [c'était] un peu compliqué.* » (E4). Ces différences de pratique ont engendré des désaccords :

« *j'avais beaucoup de mal à le faire parce qu'on n'avait pas les mêmes voies, les mêmes hiérarchies des examens, des hypothèses, donc si on n'était pas sur la même longueur d'onde bah c'était embêtant* » (E3). Une activité spécifique du MSU pouvait déstabiliser l'interne « *il pratiquait l'échographie ça je ne pouvais pas [le] faire.* » (E12).

Les internes se voyaient tributaires de leurs MSU, développant une frustration et ressentant un manque de liberté dans leur prise en charge : « *on est quand même limité [...] Je me sens beaucoup plus libre en indirecte* » (E6). Un des internes avait même la crainte de commettre une erreur, détestant tout ce qu'il réalisait avec son MSU. Il essayait « *de le calquer et de ne pas faire de bêtises pour ne pas prendre un taquet dans la tronche* » (E5).

- **Rétroaction du MSU**

Remarques du MSU

Recevoir des remarques de la part de leur MSU a été « *compliqué* » (E12) pour certains internes : « *ça peut être bien comme ça peut être chiant aussi quand il critique* » (E6), surtout devant le patient. En étant jugé, observé face au patient, ils avaient le sentiment de « *perdre de la crédibilité et de l'assurance* » (E8). Une interne s'est sentie gênée, humiliée, les remarques étaient dites « *avec beaucoup moins de tact* » (E5) ce qui l'a mise mal à l'aise et a entraîné de l'« *appréhension* » (E5). Un interne a eu du mal à accepter les remarques qu'il jugeait violentes : « *puis là je me reçois une attaque du style « je ne te pressens pas en tant que médecin généraliste ». Moi je trouve cela assez violent. Sur le coup c'était compliqué. Parce qu'il était difficile de faire valoir que les reproches n'étaient pas légitimes* » (E12). En revanche, le débriefing en consultation a été bien vécu par une interne car il a été fait sans jugement : « *[l'échange était] ouvert entre le patient le maître de stage et moi* » (E13).

Pour les internes, il était important de recevoir des remarques qu'elles soient négatives ou positives. Ils trouvaient encourageant, « *valorisant d'avoir des remarques positives* » (E5). Cela leur a permis « *d'apprendre* » (E6), de « *progresser* » (E5) : « *moi j'ai apprécié avoir certaines remarques même si ça ne fait pas toujours plaisir. Je pense que c'est comme ça qu'on avance clairement parfois ça m'a mis mal à l'aise mais je pense qu'il faut qu'il le fasse* » (E7). Avoir des remarques était « *très constructif* » (E5), et permettait une « *belle remise en question* » (E5).

Communication avec le MSU

Certains MSU prenaient le temps d'explorer le ressenti de leurs internes lors de leurs rétroactions : « *j'avais un de mes praticiens qui débrieftait sur la manière dont j'avais ressenti l'entretien en lui-même avec le patient. Si j'avais ressenti les notions de transferts-de contre-transferts* » (E5), ce qui était « *une vraie soupape de décompression* ». Des internes ont ainsi eu des pistes pour faire face à leurs difficultés : « *on discutait de ce qui avait posé problèmes je lui demandais son avis* » (E8). Tandis que d'autres ont essayé de leur en faire part mais n'y sont pas arrivés ne sachant pas comment les aborder, ou n'osant pas en parler face à un MSU « *intimidant* » (E11).

• Relation entre le MSU et l'interne

Le caractère du MSU influençait leur relation. Certains étaient « *cools* » (E2) mais d'autres étaient « *trop carré, obsessionnel* » (E8), « *désagréable* » (E12), « *lunatique, stressant* » (E11), « *introverti* » (E13). Les internes étaient mal à l'aise et parfois en difficultés : « *c'est au niveau du caractère, je pense il y a un truc. Un maître de stage trop imposant, qui prend trop de place [...] C'est difficile en fait* » (E8).

Dans la grande majorité, ils avaient une « *bonne relation* » (E1) et une bonne entente : « *ça se passait plutôt bien. On s'entendait bien* » (E7). Certains étaient même complices : « *après on était tellement potes* » (E11). Des internes décrivaient leur relation comme confraternelle. Le MSU considérant l'interne comme son collègue et le mettant sur un même pied d'égalité : « *très confraternel, très rapidement il ne se mettait pas en situation de supériorité* » (E12). Leur relation était enrichissante, avec un partage mutuel de connaissances : « *il s'est dit qu'avoir des étudiants c'est aussi se remettre à jour. Il aimait bien avoir mon point de vue. C'était vraiment un partage mutuel* » (E13).

Néanmoins pour certains internes, la relation a été plus compliquée entraînant malaise et appréhension car le lien avec le MSU était trop hiérarchique, « *paternaliste* » (E9) ou encore trop amical : « *je n'ai pas réussi à créer, lui non plus n'a pas réussi à créer un lien de compagnonnage [...] c'était trop hiérarchique c'était trop maître-élève point barre sans volonté de me faire progresser en tant que futur collègue.* » (E5).

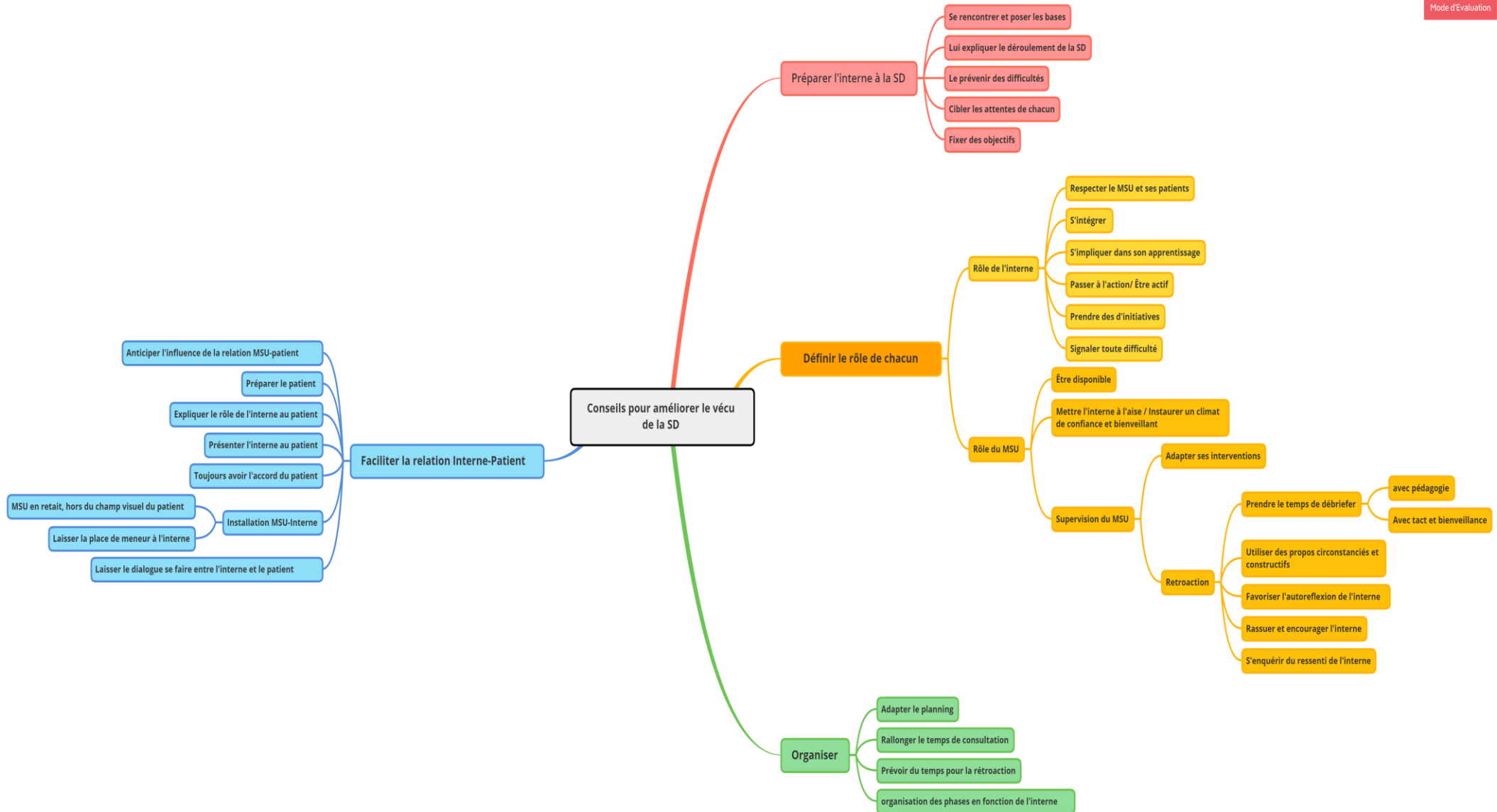
Un interne a été particulièrement « *ébranlé quand même par une maître de stage [...] Du coup honnêtement, je n'y allais pas le cœur enchanté faire les consultations avec ce maître de stage.* » (E12).

- **Rôle du MSU au cours de la SD**

Au cours de la SD, les MSU avaient le rôle d'appui, d'aide, de conseiller ou de protecteur selon les internes. Des MSU étaient impliqués dans la formation de leur interne : **« il était toujours là à chercher chez lui le soir des articles sur internet, des publications, des articles de revues PRESCRIRE ou EXERCER, il me faisait des copies et le lendemain il me donnait des lectures pour que je progresse en fait » (E5)**. Ils leurs laissaient un **« très bon souvenir » (E5)** car **« très pédagogue[s] et formateur[s] » (E5)**. Certains étaient de véritables modèles : **« j'aimerais être comme lui plus tard » (E12)** ; **« très bien organisé et il prenait son temps, on voyait 20 patients par jour. C'est assez typique de l'exercice que je voudrais faire plus tard » (E13)**. D'autres MSU ont été qualifiés de compagnons, avec un partage de leurs savoirs, et ayant un véritable désir de les transmettre : **« la qualité qu'ils avaient les deux (1er MSU et Maître de stage SOS) qualifiables de vrais compagnons. Ils savaient laisser de l'autonomie moi pleinement conscient qu'ils étaient disponibles à la seconde près et que j'allais avoir un regard critique et formateur juste après ou à la fin de la journée sur ce que j'avais pu faire avec lui » (E5)**. Toutes ces qualités ont favorisé un climat de confiance bénéfique à la supervision directe.

4. Conseils pour améliorer le vécu de la SD

L'analyse des résultats a fait émerger des conseils permettant de faciliter la SD et par conséquent d'améliorer son vécu. Ces conseils sont regroupés sur la carte heuristique 1.



Carte heuristique 1 : Conseils pour améliorer le vécu de la SD

a. Préparation de l'interne à la SD

Pour favoriser sa mise en confiance, il faut que l'interne soit préparé avant sa mise en SD. Détailler le déroulement de la phase : « *dire globalement [qu'il y a un schéma évolutif [...]] passer de l'observation à la réalisation en ayant le praticien à disposition mais tout en expliquant clairement que la situation n'est pas ancrée* » (E5), le prévenir des difficultés possibles notamment celles liées à la relation triangulaire : « *que certains jours on a des hauts et des bas [...] et prévenir au cours de la formation initiale que tout ce côté tierce personne que l'on est dans la relation qui est déjà établie que ça va être un peu compliqué à gérer. Faire comprendre que c'est normal* » (E5). Pour ce faire, une rencontre préalable serait utile : « *poser les bases mais pas trop. Parce que si on pose trop de choses ça peut être rigide* » (E13). Les attentes de chacun seraient ciblées : « *au moins ça nous donne une bonne trame* » (E5) et des objectifs fixés.

b. Définition du rôle de chacun

Rôle de l'interne

Pour faciliter sa SD, il faudrait que l'interne sache s'intégrer et « *respecter le médecin, son cabinet [et] ses patients.* » (E13). Il devra « *s'impliquer rapidement* » et passer à l'action, prendre « *plus d'initiatives* » (E12) et bien faire comprendre son besoin d'être actif : « *Je pense qu'il faut se faire violence et réaliser que le maître de stage on va l'avoir sur le dos pour quelques mois et que la médecine générale on l'aura... toute la vie.* » (E12). Il n'hésitera pas à « *signaler toute difficulté* » (E5).

Rôle du MSU

Le MSU devra se rendre disponible : « *il faut que le médecin s'il choisit de prendre un étudiant qu'il prenne le temps pour cette étudiant qu'il soit pédagogue* » (E13). Instaurer un climat de confiance en mettant l'interne à l'aise : « *ce sont les premiers contacts avec le métier en lui-même, il faudrait directement être rassuré et convaincu pour prendre sa place.* » (E8). Certaines qualités décrites par les internes ont facilité leur supervision, elles ont été récapitulées dans la figure 2.

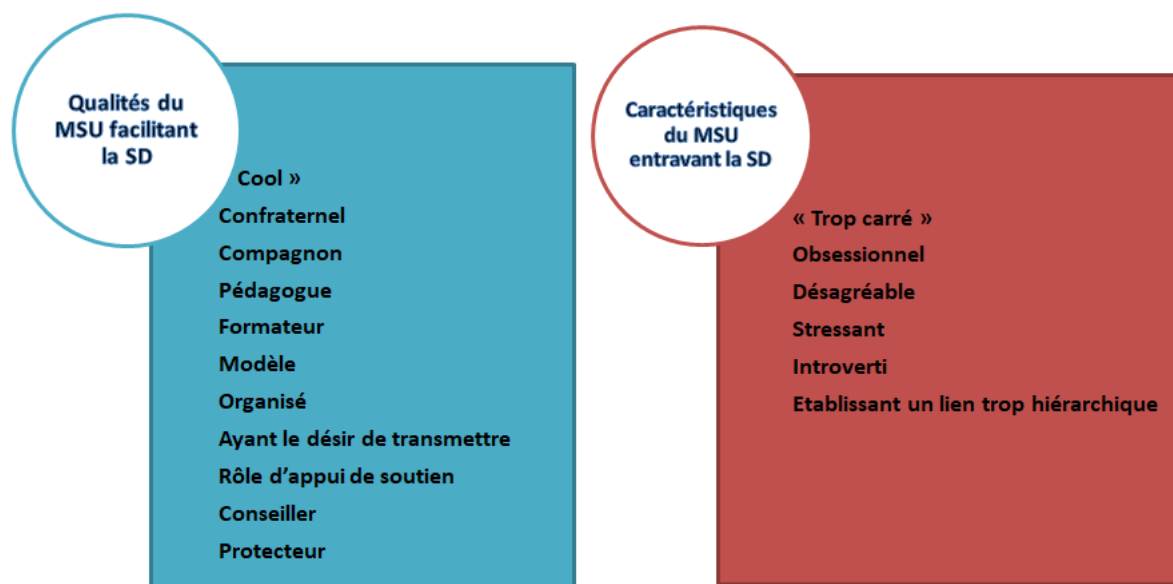


Figure 2 : Caractéristiques du MSU influençant la SD

c. Conditions de réalisation de la SD

En général, les internes étaient plus à l'aise lorsqu'ils pouvaient prendre le temps durant leurs consultations. Des MSU ont donc adapté leur planning en réduisant par exemple le nombre de consultations lorsqu'ils accueilleraient leurs internes : « *c'était plus aéré, plus adapté* » (E8, E12), ou ils ajoutaient un temps de pause, ce qui permettait à l'interne d'effectuer ses consultations sereinement et de rattraper le retard accumulé. Le MSU devra donc adapter son planning à l'accueil d'un étudiant, allonger la durée des consultations en SD et prendre le temps de débriefer après chaque consultation.

En ce qui concerne l'organisation des phases : « *il faut s'adapter à la situation* » (E13). Selon les internes, l'agencement des phases ainsi que leur durée devront être adaptées à la progression de l'interne. La mise en autonomie devra elle aussi suivre l'évolution de l'interne. Un passage en SI trop rapide pourrait mettre « *l'interne en difficultés* » (E2).

d. Faciliter la relation Internes-Patients

Accueil présentation

Certains internes préféraient se présenter au patient afin de « *prendre [leurs] marques et établir le premier contact* » (E8) alors que d'autres préféraient « *être présentés par le sénior* » (E12). Les patients ayant pris rendez-vous avec leur médecin s'attendaient à être reçus par celui-ci et non par un interne, les prévenir en disant « *aujourd'hui je suis accompagné[e] [...] ça met déjà plus à l'aise* » (E13), ou les prévenir à l'avance au moyen d'un affichage en salle d'attente avec le nom de l'interne par exemple. Pour une meilleure adhésion, il semblait essentiel d'avoir l'accord du patient avant que l'interne débute sa consultation.

Installation Internes-MSU

L'installation semblait également importante, surtout celle du MSU. Pour faciliter la relation avec le patient, il faudra que le MSU « *se mette plus en retrait par rapport au bureau pour laisser le dialogue se faire* » (E5) entre l'interne et le patient. L'interne menant la consultation devra prendre la place principale, celle « *du médecin qui consulte* » (E10).

Limitier l'interférence du lien MSU-Patients

Le MSU se doit d'anticiper l'influence de sa relation avec le patient au cours de la SD. Il devra préparer le patient, lui faire comprendre que c'est l'interne qui mènera la consultation et lui expliquer son rôle : « *quand les patients se mett[ront] à les regarder, leurs dire non écoutez c'est vraiment [l'interne] qui gère et après on fera le point tous ensemble* » (E11). Préciser qu'il restera présent afin de « *rassurer quand même le patient* » (E1). Ensuite, il se mettra en retrait et laissera l'interne initier le dialogue.

e. Supervision du MSU

Le MSU pourrait adapter ses interventions : « *que le prat[icien] n'intervienne pas au cours de la consultation* » ou « *seulement si [l'interne le lui] demande* » (E6). Le temps de rétroaction avec écoute de l'interne semblait important : « *c'est bien d'avoir un moment pour débriefer de ce qui s'est passé hors consultation [...] Si possible directement après la consultation* » (E8). La rétroaction servirait à relever ses erreurs et à l'encourager, le former avec des propos constructifs et circonstanciés dans une ambiance bienveillante : « *je trouve que c'est leur responsabilité de soit nous rassurer, soit de nous faire aller de l'avant ou bien nous arrêter en nous disant il faut qu'on voit ci ou ça* » (E13). L'autoréflexion chez l'interne sera favorisée : « *plutôt faire réfléchir l'interne [...] et après lui dire ce qu'il aurait fait pour l'orienter. Être le moins jugeant possible après je pense que ce n'est pas toujours facile. Ça c'est dans l'idéal* » (E8). Les remarques devant les patients devront être dites « *avec tact et pédagogie* » (E5). Une bonne entente faciliterait la SD :

« *Après j'avais une bonne relation avec mes prat[iciens] donc ça facilite aussi.* » (E1). Pour cela, il serait nécessaire que le MSU et l'interne apprennent à se connaître.

5. Les apports perçus de la SD

Malgré les difficultés ressenties, les internes ont globalement été satisfaits de cette phase :

« **je suis bien contente qu'elle ait eu lieu. Ça m'a permis d'apprendre beaucoup de choses** » (E7). La SD était une phase « **importante** » (E1), « **indispensable** » (E13), « **obligatoire** » (E4) leur permettant de débiter sans trop de difficultés : « **pour moi, il n'y a pas de stage prat[icien] sans supervision directe parce qu'il y a un moment où il faut qu'on soit jugé sur notre pratique** » (E13). C'était une expérience « **enrichissante** » (E13) qui leur a apporté beaucoup de « **positifs** » (E11). Apprendre aux côtés de leurs MSU était selon eux un « **privilège** » (E5) et un moment unique dans leur apprentissage : « **c'est la seule fois où on peut voir la pratique ou avoir des conseils de quelqu'un d'autre qui nous regarde dans notre pratique de médecin généraliste** » (E8).

Sans cette étape, les internes risqueraient « **de passer à côté de certaines choses** » (E1). Cette phase leur a permis d'avoir un réel retour sur leur pratique ce qui était « **rassurant** » (E1). C'était un moment « **d'échanges** », de « **partage** » avec leur MSU qui était une véritable ressource : « **un puit de science rien que de l'écouter faire, il m'a apporté beaucoup de choses** » (E7). Le MSU était considéré comme « **un filet de sécurité et une source de réflexions** » (E5).

Grâce à la SD, les internes ont découvert la pratique de la médecine générale, compris quel était leur rôle en tant que médecin généraliste. Ils ont développé leur esprit critique et ils ont eu une réflexion sur leur pratique. Toujours « **se poser des questions** » (E8) et ne pas hésiter à « **se remettre en question** » (E5) et ce dans l'objectif d'améliorer leurs compétences. Ils ont précisé les modalités de leur futur exercice : « **plus de connaissances sur ce que je veux faire plus tard comment je veux exercer** » (E3). Ils ont travaillé des compétences nécessaires à la pratique de la médecine générale notamment la relation avec le patient et le développement d'une approche centrée patient : « **là on se rappelle tout le temps que c'est le patient qui est au centre du problème ce n'est même pas sa maladie, c'est lui et sa qualité de vie et son ressenti en termes de bien-être** » (E5). Ils ont aussi appris à se protéger en sachant « **garder la distance** » (E8) nécessaire avec le patient. Grâce à l'observation directe de leur MSU, ils ont amélioré la réalisation de leurs consultations en étant guidés sur leur examen clinique : « **j'ai amélioré ma façon de mener mes interrogatoires** » (E9). Ils ont appris à gérer leur temps de consultation et adapter leur planning.

Au fur et à mesure que les internes validaient des compétences, leurs MSU montraient de la confiance ce qui les rassurait. Ils ont gagné en assurance et « **en confiance** » (E10). Les internes se sentaient plus à l'aise pour le passage en autonomie et même pour la réalisation d'un SASPAS : « **à force c'est venu tout seul et j'avais moins besoin d'aller vers elle** » (E1), « **ils me l'ont dit d'ailleurs même eux ont constaté une évolution** » (E4).

Quand bien même cette phase leur a été profitable des internes ne l'ont pas appréciée : « **Hum je n'ai pas trop aimé moi (Rires)** » (E6) ; « **c'est une partie [...] Ce n'est pas la plus agréable.** » (E13) ou sont restés mitigés :

« **j'en ai apprécié certains penchants avec un maître de stage et pas apprécié d'autres avec un autre. Je reste un peu ambivalente. Je ne sais pas trop quoi en penser** » (E7).

IV. DISCUSSION

1. A propos de la méthode

La recherche qualitative a été choisie car cette méthode est adaptée pour explorer des données subjectives telles que le vécu. La taille de l'échantillon était compatible avec une méthodologie qualitative car la représentativité n'était pas recherchée mais la diversité et la collecte d'informations approfondies. La suffisance des données a été obtenue à partir du onzième entretien c'est-à-dire lorsqu'aucune propriété, dimension ou relation nouvelle n'émergeait de l'analyse (17).

Les entretiens semi-dirigés individuels ont été choisis pour permettre aux internes de s'exprimer sur leur vécu plus facilement, plus librement qu'en groupe. Les internes ont été interrogés en fin de stage ou quelques mois après la fin de leur stage afin de limiter le biais de mémorisation. Le choix du lieu, jour et heure de l'entretien était laissé à l'interne afin qu'il soit dans les conditions idéales et se sente le plus à l'aise. Les entretiens ont été réalisés à l'aide d'un guide d'entretien permettant d'aborder l'ensemble des thèmes mais sans ordre prédéfini, l'enquêtrice s'adaptant aux réponses fournies par l'interne. Suite aux premiers entretiens, une deuxième question brise-glace a été ajoutée afin de faciliter l'expression des étudiants en début d'entretien. L'enquêtrice novice en matière de recherche qualitative, a eu du mal à éviter les questions fermées principalement au cours des premiers entretiens ce qui a pu induire un biais de suggestion. L'enquêtrice s'est efforcée de laisser le temps à l'interne de s'exprimer et d'éviter de lui couper la parole ce qui se reflétait sur la durée des entretiens (en moyenne 46 min). Cependant, il a été difficile de composer avec certains internes qui avaient du mal à se livrer, creuser chaque thématique nécessitait plus de relances. A contrario avec d'autres étudiants, l'enquêtrice a dû intervenir afin de recentrer la discussion. Après l'écoute des enregistrements, l'enquêtrice s'est rendue compte que ces interventions ont interrompu le cheminement de pensée des internes en question, ce qui a pu provoquer la perte de données pertinentes. Il n'était pas facile de l'appréhender au moment de l'entretien. Certaines questions étaient parfois évoquées spontanément par l'étudiant en début d'entretien, cela a pu entraîner des répétitions ou à l'inverse l'omission de certaines questions.

Le rôle neutre de l'enquêteur qui implique de poser des questions sans chercher à influencer l'étudiant dans ses réponses a été compliqué à tenir en permanence. L'enquêtrice ayant effectué un stage de niveau 1, son expérience en supervision directe a pu influencer la formulation de ces questions entraînant un biais de suggestion. La relecture de l'entretien retranscrit n'a pas été soumise aux internes. De même, l'analyse des données comprend une part de subjectivité de la part de l'enquêteur, pouvant entraîner un biais d'interprétation.

2. A propos des résultats

a. Influence du profil des internes interrogés sur les résultats

La population étudiée était majoritairement constituée de femmes ce qui confirme les données de la littérature évoquant une féminisation de la profession (18). **Onze internes sur les treize interrogés estimaient être de nature anxieuse ce qui a pu favoriser un vécu plus difficile, plus stressant comparé aux internes qui ne le seraient pas. Douze internes interrogés ont considéré avoir une estime d'eux-mêmes très faible à moyenne, ce qui pouvait constituer un frein dans leur intégration.** Des études ont montré qu'il existe plusieurs facteurs pouvant atténuer ou amplifier le stress parmi ceux-ci il y avait l'estime de soi (19). « L'estime de soi correspond au sentiment plus ou moins favorable que chaque individu éprouve à l'égard de lui-même, la considération et le respect qu'il se porte, le sentiment qu'il se fait de sa propre valeur en tant que personne. Elle se définit par l'évaluation individuelle de l'image de soi, du soi idéal, et de la divergence entre ces deux instances ». Le rôle de l'estime de soi a été investigué plusieurs fois. Une estime de soi faible était associée à un stress et une détresse psychologique plus élevés. Une étude a mis en évidence des corrélations négatives significatives entre l'estime de soi et le stress perçu. En effet plus l'estime de soi était élevée, plus le stress perçu était faible. Ainsi, un regard positif sur soi affecterait la façon dont l'étudiant évaluerait son environnement. L'estime de soi joue également un rôle dans la façon dont la personne fait face aux difficultés rencontrées et au stress perçu. L'estime de soi apparaît donc comme une variable importante dans la capacité d'ajustement de l'étudiant. **Ainsi nous pouvons supposer que les internes ayant une plus faible estime d'eux-mêmes aient pu avoir un stress perçu plus important au cours de leur SD comparé aux internes ayant une plus grande estime d'eux-mêmes synonyme d'assurance.**

Au cours de leur deuxième cycle d'étude, douze internes ont bénéficié d'un stage en médecine générale et cinq d'entre eux ont effectué une supervision directe au cours de celui-ci. Néanmoins, cette expérience formatrice a été brève ne leur permettant pas de s'adapter à la SD, ni d'acquérir les compétences nécessaires pour travailler en autonomie et être à l'aise dès le début de leur stage.

b. Evolution du vécu de la supervision directe

Une expérience difficile nécessitant une adaptation

La SD a été une **expérience difficile**. Les internes ont trouvé cette **phase déstabilisante, stressante surtout au début**. Ils devaient performer sous le regard attentif du MSU entraînant un sentiment d'inconfort et de malaise. Ce qui confirme les données retrouvées dans la littérature (10–13).

La simple présence du MSU était anxiogène pour certains internes qui modifiaient sans le vouloir leur comportement vis à vis du patient. De plus ils avaient cette impression de ne pas être totalement libres dans leur prise en charge ce qui occasionnait de la frustration, constat fait dans d'autres études (13,20). Ils avaient également cette crainte de commettre une erreur ce qui pourrait s'expliquer par le fait que la plupart des internes découvraient la médecine générale. Ils n'avaient pas l'habitude des pratiques ambulatoires ce qui les a déstabilisés au cours de leur prise en charge et a rajouté du stress. Certains internes avaient tendance à calquer la pratique de leur MSU afin d'éviter des remarques de sa part. Cette stratégie d'évitement a été notifiée dans l'étude de Mauduit et al (13). Les internes ont dû apprendre à travailler dans une nouvelle configuration qu'ils ont réussi à maîtriser petit à petit avec le temps et l'habitude. Grâce au soutien et la confiance accordée par leurs MSU, les internes gagnaient en assurance et validaient des compétences. Leur adaptation a été progressive et influencée par divers paramètres incluant les conditions de réalisation de la SD, les facteurs liés aux trois protagonistes de la SD à savoir le patient, le MSU et l'interne lui-même.

L'influence de la supervision

Malgré les difficultés ressenties, les internes ont globalement été satisfaits de cette phase qui était une expérience « enrichissante » corroborant les données de la littérature (10–13). Grâce à la SD, les internes ont découvert la pratique de la médecine générale, ils ont compris quel était leur rôle en tant que médecin généraliste. Les internes se sont rendu compte de l'importance de cette phase qu'ils qualifiaient d'« indispensable » ou d'« obligatoire ». Ils ont développé leur esprit critique et ont eu une « réflexion sur leur pratique » et ce dans l'objectif d'améliorer leurs compétences. Ils ont précisé les modalités de leur futur exercice. Ils ont travaillé des compétences nécessaires à la pratique de la médecine générale notamment la relation avec le patient et le développement d'une approche centrée patient. Ils ont aussi appris à se protéger en sachant « garder de la distance » avec le patient. Grâce à l'observation directe de leur MSU, ils ont amélioré la gestion de leurs consultations (planning, examen clinique, durée de consultation). C'était un moment « d'échanges », de « partage » avec le MSU. Quand bien même cette phase leur a été profitable des internes ne l'ont pas appréciée ou sont restés mitigés. Serait-ce lié à une adaptation plus compliquée ?

c. Comment améliorer le vécu de la SD

Nous avons vu précédemment que le vécu de la SD a été influencé par plusieurs paramètres. Ces paramètres ont plus ou moins favorisé l'adhésion de l'interne. L'analyse des résultats a permis de faire émerger des conseils pour instaurer un climat favorable à la SD, faciliter l'intégration de l'interne et par conséquent améliorer son vécu.

Concernant l'interne

✓ Préparer l'interne

Dans notre étude, nous avons constaté que la **personnalité/le caractère des internes, ainsi que le niveau de confiance** étaient déterminants dans leur adaptation à la SD. En effet les internes ayant peu confiance en eux et se définissant comme timide ou introverti ont eu du mal à s'accoutumer à la SD et s'intégrer au sein de leur terrain de stage. Tous les internes ont énoncé avoir eu des débuts marqués par une forte appréhension car ils avaient la peur d'être jugés par leur MSU. Serait-ce lié à un manque de préparation avant la réalisation de cette phase ? Quand bien même ils ne s'y étaient pas préparés, les internes avaient une vague idée de son déroulement. Certains avaient participé à la présentation du stage dispensée par le département de médecine générale mais n'en ont pas retenu grand-chose. Même au cours de leur rencontre avec leur MSU, avant de débiter leur stage, ils n'ont pas eu de précisions sur cette phase. **Des internes ont souligné l'importance d'une bonne préparation avant la mise en SD.** Ils souhaitaient avoir une explication détaillée sur le déroulement de la supervision directe et surtout être prévenus des difficultés éventuelles comme le caractère anxiogène de la SD mais passer par exemple. Être averti permettrait d'être mis en confiance et de réduire leur stress avant de débiter la SD. Une supervision efficace nécessite préparation, organisation et accompagnement (8). Une étude grenobloise évaluant l'impact d'un séminaire préparatoire sur le vécu et le stress perçu des internes en stage de niveau 1 suggère que l'accompagnement des internes lors de leur stage pourrait améliorer leur vécu, notamment avec la diminution du stress perçu (21).

✓ Définir le rôle de l'interne, lui faire confiance et lui laisser la place

Se faire une **place** a été compliqué pour certains internes surtout en début de stage. Moussac dans sa thèse a constaté que les internes privilégiaient les phases semi-active (SD) et active (SI) aux dépens de la phase passive (observation) ce qui a été retrouvé également dans notre étude (22). Les internes souhaitaient passer à l'action, faire leurs preuves dans une perpétuelle quête d'autonomie. La transition entre leur **rôle d'interne** hospitalier et interne en stage de niveau 1 n'a pas été facile. Serait-ce lié à une phase de supervision directe moins présente dans les autres stages ? Il serait intéressant d'étudier le temps accordé à la SD au cours des stages hospitaliers, les internes ayant l'habitude d'effectuer leur prise en charge seuls puis d'en discuter dans un second temps avec un senior. Il a été constaté dans la thèse de Chambefort et Sarfati que les internes souhaitaient un allongement des phases actives (23). Dans notre étude, nous avons constaté une véritable soif **d'autonomie** des internes que ce soit par l'expression de leur manque de place ou par leur envie d'être mis en supervision indirecte. Leur mise en SI était valorisante et synonyme de confiance accordée par le MSU. À l'inverse, les mises en autonomie tardives ont généré un manque d'assurance chez des internes qui ont eu le sentiment qu'on ne leur avait pas fait confiance. Ils n'étaient pas rassurés à l'idée d'effectuer un SASPAS ou un remplacement. Cette notion avait été retrouvée dans la thèse d'Obisi (24).

Les internes ont eu du mal à trouver leur place car les MSU n'arrivaient pas à se mettre suffisamment en retrait. Il est intéressant de noter qu'Hahusseau, dans son travail de thèse, soulignait que les MSU ne savaient pas comment intégrer l'interne au cours de sa supervision (25). Il serait pertinent d'approfondir cette question et savoir quelles sont les raisons pour lesquelles il semble difficile pour les MSU de céder leur place aux internes. Serait-ce lié à un manque de confiance du MSU envers son interne ? Ce manque de confiance qui a été ressenti par certains internes dans notre étude, dont ils n'ont pas eu d'explications. Par ailleurs nous avons constaté que **l'expérience de l'interne** a été déterminante dans son intégration. Le **nombre de semestres réalisés** par l'interne avant son stage de niveau 1 a influencé le degré de confiance accordé par les MSU qui avaient cet a priori du vieux semestre qui en fin de parcours n'avait pas grand-chose à apprendre et leur laissaient donc plus de place en leur accordant facilement leur confiance. Dans l'étude de Mauduit et al, les MSU étaient plus inquiets de recevoir des internes de premiers et seconds semestres (13). Les internes de premiers semestres ressentiraient plus de difficultés (surtout en début de stage), fait rapporté dans la thèse de Michaud (20). La seule interne en premier semestre interrogée dans notre étude a évoqué un manque de confiance ainsi qu'une anxiété en lien avec sa petite expérience compliquant son adaptation. Il semble évident que ces internes ont besoin d'un accompagnement et d'un soutien plus conséquent.

✓ Favoriser la posture d'apprentissage chez l'étudiant qui doit s'impliquer

Pour pouvoir s'intégrer et comprendre son rôle, l'interne doit s'impliquer et prendre conscience de la responsabilité qui l'incombe en adoptant une posture d'apprentissage. « *Cette posture se caractérise par une attitude d'ouverture, confiante, propice à l'expérimentation et la réflexion, permettant de tirer profit du partage de l'expérience disciplinaire et relationnelle avec les personnes ressources [soit les MSU]* » (26). Il est souhaitable en amont du stage que l'étudiant réfléchisse à ses objectifs d'apprentissage à l'aide des ressources qui sont à sa disposition et du formateur référent de stage. Il a également un rôle à jouer dans l'évaluation de la qualité de la supervision (6,27).

✓ Etablir une alliance pédagogique

Les internes souhaitaient que le stage soit adapté à leur désir de formation, leurs compétences à acquérir ou améliorer. Ces attentes ont également été formulées par les internes dans le travail de Mauduit et al. Les étudiants n'ayant pas les mêmes personnalités ni le même parcours, le MSU doit s'adapter à celui-ci, en retour l'interne doit lui faire comprendre son besoin d'être actif et lui signaler toute difficulté. Il semble essentiel que l'interne et le MSU travaillent ensemble et établissent une alliance pédagogique. Ils doivent définir ensemble des objectifs d'apprentissage et se donner les moyens de les atteindre dans une approche centrée sur l'apprentissage (28). Il faudrait profiter de la rencontre en début de stage pour faire connaissance, poser les bases, cibler les attentes de chacun et fixer des objectifs. Ce seront des repères pour l'interne et le MSU.

Concernant les conditions de réalisation de la SD

✓ Instaurer un climat bienveillant

Le but de la supervision est « la transmission de connaissances dans un climat qui permet au supervisé de s'explorer lui-même de façon à ce que ce dernier progresse au plan des compétences et du développement personnel, tout en laissant place à un style qui lui est propre » (29). Pour cela il est primordial :

- d'instaurer un climat de confiance en mettant l'interne à l'aise car « ***ce sont les premiers contacts avec le métier en lui-même, il faudrait directement qu'il soit rassuré et convaincu pour prendre sa place*** ». Il est donc important que le MSU lui fasse confiance et soit bien au clair sur son statut de médecin apprenant ayant une expérience dont il faut tenir compte.
- d'instaurer un climat d'apprentissage bienveillant pour faciliter l'intégration de l'interne ainsi que son adhésion à la SD. Favoriser un milieu dans lequel l'étudiant peut poser librement des questions, reconnaître leurs méconnaissances sans risque et bénéficier de rétroactions utiles à leur apprentissage.
- de rassurer l'interne sur sa capacité à réussir.
- d'informer l'étudiant que l'erreur, qui ponctuera probablement son parcours tout en étant, le plus souvent, sans conséquence pour le patient, fait partie du processus d'apprentissage, et accepter en conséquence qu'il se trompe (6).

✓ Adapter le planning à la présence d'un interne

Le **temps et la charge de travail** ont été des facteurs stressants pour la plupart des internes interrogés, ce qui a été également relevé dans plusieurs études (13,20,30). En effet des internes ont ressenti que leur MSU leur imposaient une contrainte de temps. Ils ne se sentaient pas à l'aise dans la réalisation de leur consultation en ayant l'impression de manquer de temps et de provoquer du retard dans l'enchaînement des consultations. L'interne étant un médecin en apprentissage, il n'avait pas le même rythme de travail que celui du MSU plus expérimenté. D'ailleurs les internes le disaient eux même qu'apprendre à gérer son temps faisait partie des objectifs du stage. Les internes ont besoin de plus de temps pour réfléchir, prendre une décision et l'expliquer au patient. Les journées chargées avec un rythme de consultation auquel l'interne n'était pas forcément habitué entraînait fatigue et manque de concentration. Se rajoutait du stress car le retard s'accumulait poussant le MSU à intervenir. Accorder du temps à son étudiant que ce soit pour la consultation ou la rétroaction fait partie des conditions gagnantes pour une supervision efficace (8,10). Pouvoir prendre leur temps durant leur démarche thérapeutique en adaptant le rythme des consultations était une des attentes retrouvées dans plusieurs études (13,30). Modifier son organisation en prévoyant moins de consultation aurait-il un impact sur le chiffre d'affaires du MSU ? L'aspect financier serait-il un frein à l'adaptation du planning ? Il serait intéressant d'interroger les MSU à ce sujet.

Les visites à domicile font partie de l'exercice du médecin généraliste, il est donc normal que l'interne au cours de son stage de niveau 1 en fasse. Cependant des internes ont été mal à l'aise en visite à domicile car ils étaient hors du format classique de la consultation au cabinet. Serait-ce lié à leur inexpérience en médecine générale, ou au fait d'être dans une intimité plus grande avec le patient ?

✓ Adapter l'organisation du stage à l'étudiant

L'organisation des phases a parfois été difficile à suivre pour certains internes qui n'ont pas trouvé formateur que les phases soient entremêlées. En revanche dans la grande majorité, ils ont apprécié l'alternance entre les phases ce qui confirme les données de Mauduit et al (13). Les phases pouvaient être alternées dans une même journée pour s'adapter à l'interne et/ou aux motifs de consultations (prises en charge inédites pour les internes).

Concernant la durée de la SD, des internes aurait préféré bénéficié d'une SD plus longue pour profiter d'un encadrement plus long. Tandis que d'autres souhaitaient une SD plus courte précisant qu'une phase plus longue serait bénéfique à des internes « *en début de cursus* » ce qui peut s'expliquer par l'expérience plus marquée chez les internes en fin de cursus ayant un besoin d'autonomie plus fort. Ce qui va dans le sens d'une organisation centrée sur les besoins de l'étudiant en tenant compte de son niveau d'expérience et de sa progression au cours du semestre.

Concernant les patients

Réussir à s'imposer dans cette **relation triangulaire** a été un véritable défi pour les internes car au cours de la supervision directe le patient était celui de l'interne mais restait aussi celui du MSU. La majorité des patients ont accepté la présence des internes cependant certains internes ont eu du mal à établir un lien avec leurs patients. Plusieurs obstacles à l'établissement du lien entre l'interne et le patient ont été évoqués.

- Du côté du patient, **l'incompréhension du rôle de l'interne** qui était vu par le patient comme un étudiant et non pas comme le médecin meneur de la consultation. Les internes ont remarqué que les patients ayant l'habitude de voir leur médecin accompagné d'un étudiant adhéraient plus facilement à leur présence. Cette notion était retrouvée dans la thèse de Michaud (19).
- Du côté de l'interne, le fait de **ne pas connaître le patient**, de ne pas savoir quels étaient leurs traits de caractère, leurs personnalités, leur histoire personnelle ou médicale constituaient un frein également dans l'établissement de ce lien et par conséquent dans le déroulement de la consultation. Les internes se définissant comme timides ou manquant d'assurance ont eu plus de mal à s'imposer face à leur MSU et à s'intégrer dans cette relation triangulaire. D'autres se sont effacés voulant préserver la relation entre le MSU et son patient.
- **L'interférence de la relation MSU-patients**. Le lien privilégié préétabli entre le patient et le MSU a perturbé plusieurs internes. Ce qui a été retrouvé dans plusieurs études (20,25).

✓ Faciliter la relation interne-patient

Dans notre étude l'accueil du patient ainsi que la **présentation de l'interne au patient** étaient deux étapes clés facilitant le contact entre l'interne et le patient ainsi que la prise en main de la consultation par l'interne. Les patients ayant pris rendez-vous avec leur médecin s'attendaient à être reçus par celui-ci et non par un interne. Il semblait donc important de les prévenir soit au moment de la prise de rendez-vous ou en salle d'attente au moyen d'un affichage avec le nom de l'interne par exemple. Pour une meilleure adhésion, il semblait essentiel pour les internes d'avoir **l'accord du patient** ce qui a été relevé par Lemerrier et Guillem dans leur thèse (31). Il est essentiel que l'interne soit présenté aux patients et que son statut soit clarifié. Ce sont des attentes qui ont été formulées par les internes dans notre étude. Certains internes préféraient se présenter pour établir le contact tandis que d'autres préféraient être présentés par leur MSU pour rassurer le patient par sa présence.

Les **positions du MSU et de l'interne** étaient aussi importantes, notion soulignée dans la thèse de Michaud (19). Lorsque le MSU était dans son champ visuel, le patient avait tendance à vouloir se raccrocher à lui. Il s'avère essentiel que le MSU se mette plus en retrait en laissant le dialogue s'effectuer entre l'interne et le patient. L'interne menant la consultation doit prendre la place principale.

Pour faciliter la prise en main de la consultation, **le MSU se doit d'anticiper l'influence de sa relation avec le patient** pour cela il semble **important de préparer le patient**, lui expliquer le but de la SD et le rassurer. Dans leur thèse Lemerrier et Guillem ont noté que les patients mis en confiance acceptaient plus facilement les internes (31). Les patients étaient rassurés par la présence de leur médecin au cours de la supervision directe car elle était synonyme d'encadrement. Ils ont également noté la sensibilité des patients au rôle d'enseignement de leur médecin. Ils appréciaient d'avoir un nouvel avis, que leur cas soit discuté entre deux professionnels ce que nous avons également relevé.

Dans notre étude, les internes ont apprécié que leurs MSU prennent le temps de leur donner tous les éléments nécessaires pour cerner le patient et faciliter leur consultation. L'interne a également besoin de préparation, dans sa thèse Michaud (19) constatait que **les internes étaient plus à l'aise lorsqu'ils bénéficiaient d'un briefing concernant le patient avant la consultation**.

Concernant le MSU

Tous les internes ont évoqué une **supervision différente** avec leurs MSU qui avaient des **personnalités** et des **caractères différents**. **L'expérience du praticien** en tant que maître de stage s'est faite ressentir, il était plus agréable d'avoir une SD avec un MSU habitué à recevoir des étudiants contrairement aux novices. Chaque maître de stage avait sa manière de superviser quand bien même ils auraient eu la même formation. Cela a déstabilisé des internes qui devaient s'adapter à chaque fois. Ne faudrait-il pas uniformiser les modalités de la SD dans chaque binôme ou trinôme de MSU ?

Les **habitudes de pratique différaient** d'un MSU à l'autre mais aussi entre l'interne et son MSU. « Entre l'interne qui découvre la médecine générale et le maître de stage pour qui cette pratique fait partie du quotidien doit se créer un véritable binôme en perpétuelle interaction qui doit être rapidement opérationnel dans le but d'optimiser au plus vite ces six mois de stage » (22). Avoir plusieurs MSU permet une exposition à diverses pratiques, ce qui constitue une richesse dont l'interne peut s'inspirer ou s'éloigner dans la construction de son identité professionnelle (30).

✓ Adapter ses interventions et apprendre à se mettre en retrait

L'impression de manquer de liberté dans la gestion de leur consultation a été majorée par certains MSU qui ne modéraient pas leurs interventions. Elles étaient parfois trop nombreuses, disruptives mettant l'interne en difficulté car ils étaient dépossédés de leur consultation. Ainsi ils perdaient confiance et n'avaient pas le sentiment de gagner en autonomie ce qui corrobore les données de la thèse de Michaud : « *ils ressentaient une grande frustration à ne pouvoir conclure leur consultation, ajoutant que le stage perdait son intérêt pédagogique* » (20). D'autres au contraire ont vécu ces **interventions** comme un appui, une aide car elles étaient adaptées surtout lors de prises en charge difficiles ou en cas d'hésitation par manque d'expérience.

Pour éviter de déstabiliser l'interne, il est donc essentiel que le MSU apprenne à garder son rôle d'observateur et qu'il modère ses interventions.

Dans plusieurs études, les MSU avaient du mal à rester passifs car ils n'arrivaient pas à se détacher du lien établi avec leurs patients et ne pouvaient s'empêcher de discuter avec eux (13,20) ce que nous avons également retrouvé dans notre étude.

Dans notre étude, une MSU a refusé d'effectuer une SD avec son interne trouvant cette phase trop stressante. Dans les travaux d'Hahusseau et de Mauduit et al, les MSU ont évoqué des difficultés dans leur positionnement (13,25). Ils avaient la crainte d'être vus comme des juges. Pour la plupart des MSU, leur rôle en SD se résumait essentiellement à une position d'évaluateur et ils trouvaient que c'était la phase la plus difficile à mettre en place. Serait-ce lié à une formation insuffisante ? Il serait intéressant d'étudier le vécu de la supervision directe des MSU, savoir quelles sont les difficultés qu'ils rencontrent en assumant leur rôle de superviseur. Nous pourrions également nous intéresser à leurs besoins notamment en termes de formation et d'accompagnement.

✓ Rassurer les internes

Les internes ont émis leur besoin d'être confortés dans leur prise en charge avoir un retour sur leur pratique. « *Les internes ont certes des capacités d'auto-évaluation, mais ils ont soif de [rétroaction] pour être rassurés et, le cas échéant, réorientés quant à leur progression dans la bonne direction* » (32). Ceci pourrait s'expliquer par le fait que les internes **ne maîtrisent pas la pratique ambulatoire** qui diffère de la pratique hospitalière à laquelle ils étaient habitués.

✓ Adapter la rétroaction

La rétroaction, un des temps forts de la SD, était très importante pour les internes puisque c'est à ce moment qu'ils étaient informés sur leur atteinte des objectifs de formation. Nous avons retrouvé dans la littérature des conseils permettant au MSU d'effectuer une rétroaction de manière efficace dans un climat adapté (6,8,29,32,33).

Effectuer la rétroaction si possible après le départ du patient

Recevoir des commentaires surtout face au patient était difficile et inconfortable, notion qui avait été retrouvée dans l'étude de Mauduit et al (13). Des internes se sont sentis gênés, humiliés, décrédibilisés, c'était surtout lié à la façon dont le MSU faisait passer son message.

Favoriser l'autoréflexion chez l'interne

Il est nécessaire d'impliquer activement l'interne dans sa rétroaction par le biais d'une autoréflexion. Les étudiants qui adoptent une posture d'apprentissage accepteraient plus facilement la critique, évoqueraient spontanément leurs difficultés, leurs faiblesses et seraient plus pertinents dans leur auto-évaluation. L'étudiant doit être invité à commenter ses actions, apprécier ses forces et faiblesses. Il doit réfléchir à la façon de pouvoir les améliorer dans la perspective de performances futures. Cette auto-évaluation préalable préparera l'étudiant à recevoir l'évaluation de son MSU.

Formuler ses remarques avec des propos circonstanciés

Il était plus compliqué pour les internes d'accepter des remarques dites sans tact et lorsqu'elles ne semblaient pas constructives. Le MSU doit éviter de comparer la performance de l'interne à celle d'autres internes, à la sienne ou encore à un idéal à atteindre. Il convient plutôt de mettre l'accent sur la description de ce qui a été observé, pour explorer ensuite, avec l'étudiant, les raisons de son action et de ses conséquences. Les jugements, malgré leur inévitable subjectivité, demeurent valides lorsque l'évaluation porte sur l'accomplissement des tâches cliniques authentiques en milieu de travail. Pour favoriser l'apprentissage, l'analyse de la performance se réalise ponctuellement après chaque moment de supervision pour donner une rétroaction au stagiaire sur ce qui vient d'être observé. Le superviseur doit toujours vérifier si le message a bien été émis et compris.

Prendre le temps pour la rétroaction

Pour une rétroaction efficace, il faut un environnement favorable avec du temps dédié, ce qui était une des attentes des internes. Moussac dans sa thèse a émis l'hypothèse que le manque d'investissement de part et d'autre constituait un frein à la réalisation de la rétroaction (22).

Concernant la relation internes-MSU

Apprendre aux côtés de leurs MSU était un privilège et un moment unique dans leur apprentissage comme retrouvé dans la thèse de Giral : « *les étudiants apprécient l'opportunité d'avoir un médecin expérimenté pour les accompagner individuellement au cours de leur stage. C'est une situation à laquelle ils n'ont pas accès à l'hôpital et qui leur permet de bénéficier d'un suivi personnalisé gratifiant et de développer une proximité inédite avec leur MSU. L'enseignement dispensé par les MSU peut ainsi être une source de motivation pour progresser* » (30).

Dans la thèse d'Hahusseau, les MSU appréciaient d'accueillir des internes leur permettant de rompre avec leur solitude (25).

✓ Utiliser le modèle de rôle du MSU

Le rôle du MSU au cours de la SD a été déterminant dans le vécu des internes. Les MSU ayant eu le rôle d'appui, de conseiller, de protecteur ont favorisé un climat de confiance propice à la supervision. Les MSU impliqués dans la formation de leurs internes, pédagogues étaient appréciés par les internes. Ceux avec la qualité de compagnons ayant le « vrai désir de transmettre leurs savoirs » ont laissé un souvenir agréable aux internes en facilitant leur SD. Le MSU était considéré comme une véritable ressource. Avec certains MSU, des internes ont eu un vrai partage de connaissances, ils se sont sentis sur un même pied d'égalité ce qui était enrichissant. Certains étaient de véritables modèles. Ces qualités font partie de celles d'un bon superviseur défini dans la littérature (6,34,35). Un bon superviseur est avant tout un bon clinicien ayant la capacité à développer un raisonnement clinique performant dans toutes les situations. Cela inclut également la capacité de communiquer et d'interagir efficacement avec les patients ainsi que leurs familles. Enfin les qualités personnelles telles que l'intégrité, la compassion, le souci des autres, l'enthousiasme par rapport à la profession médicale, à l'enseignement et l'engagement vers l'excellence aident au succès de la supervision.

Le superviseur contribue significativement à la construction de l'identité professionnelle de l'apprenant, notamment en jouant le rôle de modèle de rôle. Un modèle de rôle en enseignement clinique est un médecin qui dans le contexte de son exercice professionnel, influence l'apprentissage des résidents avec qui il est en contact (35). Les bons modèles de rôles ont une approche de l'enseignement davantage centrée sur l'apprenant : ils impliquent activement les étudiants et ce de façon non menaçante ils communiquent efficacement avec les étudiants et leur donnent une rétroaction spécifique et en profondeur.

✓ Favoriser une bonne entente entre le MSU et son interne

Les relations interne-MSU pouvaient parfois être plus complexes, du fait de caractères incompatibles, d'un manque de communication, d'une confiance insuffisante du MSU envers son interne. Un interne trop timide n'osait pas se livrer face à un MSU imposant contrairement à un interne audacieux. Des internes ont été mal à l'aise face à des MSU « lunatique ou obsessionnel » par exemple. Dans sa thèse Obisi a relevé d'autres sources de **difficultés relationnelles**, à savoir le sentiment de ne pas être compris ou entendu par le MSU, le manque d'autonomie, le manque d'implication des MSU dans l'enseignement ou encore une charge de travail inadaptée (*insuffisante ou excessive*) (24). Dans la grande majorité les internes et les MSU s'entendaient bien ce qui a facilité leur adaptation à la supervision directe. Ce fait confirmait les résultats d'autres travaux (20).

✓ Baser la relation interne-MSU sur l'empathie, le respect et l'authenticité

« Certains sentiments comme la colère, l'insécurité, la peur et l'opposition peuvent être difficiles à reconnaître pour le résident toutefois s'ils demeurent ignorés, ils risquent de nuire à la supervision. Leur reconnaissance contribue au mieux-être du résident et au maintien d'un climat d'ouverture. » (29). C'était un des constats dans notre étude, certains MSU prenaient le temps d'avoir le ressenti de leurs internes ce qui était très apprécié par les internes. Pouvoir s'exprimer sur leur vécu de la consultation et faire part de leurs difficultés a été « une véritable soupape de décompression » ce qui était retrouvé également dans l'étude de Mauduit et al (13). Ces échanges ont favorisé un climat de confiance et contribué à l'adaptation de l'interne.

L'interne et MSU se doivent un respect mutuel. *« Le respect des superviseurs se traduit par leur acceptation du résident tel qu'il est, dans ce sens qu'il est unique. Les superviseurs font confiance à la capacité de développement et d'apprentissage du résident et tiennent compte de son rythme de progression » (29).*

V. CONCLUSION

L'objectif principal de cette étude était d'explorer le vécu de la SD par les internes en stage de niveau 1. Les internes appréhendaient leur passage en SD et son expérience a été difficile. Ils avaient peur d'être jugés par leurs MSU. Pratiquer sous le regard du MSU provoquait stress et inconfort. L'adaptation des internes à la SD a été influencée par plusieurs paramètres incluant les **conditions de réalisation, les facteurs liés à l'interne, au MSU et au patient**. Malgré les difficultés perçues, la SD semblait une phase enrichissante et indispensable. **Cette étude a fait émerger des conseils simples qui permettraient d'améliorer le vécu des étudiants**, conseils déjà présents dans la littérature. Quels sont alors les freins à leur mise en application ?

ANNEXE 1

QUESTIONNAIRE CARACTERISTIQUE ECHANTILLONNAGE

INTERNE N°

1- Caractéristiques population étudiée

Sexe

Age

2- Niveau de confiance/Nature anxieuse

Etes-vous de nature anxieuse ?

Merci de remplir le questionnaire suivant en entourant la réponse appropriée à votre cas pour chaque item.

ECHELLE DE MESURE D'ESTIME DE SOI « THE ROSENBERG SELF-ESTEEM SCALE »				
ITEMS	Tout à fait en désaccord	Plutôt en désaccord	Plutôt en accord	Tout à fait en accord
1. Je pense que je suis une personne de valeur au moins égale à n'importe qui d'autre.	1	2	3	4
2. Je pense que je possède un certain nombre de belles qualités.	1	2	3	4
3. Tout bien considéré, je suis porté(e) à me considérer comme un(e) raté(e)	1	2	3	4
4. Je suis capable de faire les choses aussi bien que la majorité des gens.	1	2	3	4
5. Je sens un peu de raisons d'être fier(e) de moi.	1	2	3	4
6. J'ai une attitude positive vis-à-vis de moi-même.	1	2	3	4
7. Dans l'ensemble, je suis satisfait(e) de moi.	1	2	3	4
8. J'aimerais avoir plus de respect pour moi-même.	1	2	3	4
9. Parfois je me sens vraiment inutile.	1	2	3	4
10. Il m'arrive de penser que je suis un(e) bon(ne) à rien.	1	2	3	4

3- Stages de médecine générale

Avez-vous réalisé un stage de médecine générale au cours de votre externat ?

Si oui aviez-vous réalisé des consultations en supervision directe ?

4-Maquette/Stage de niveau 1

-Semestre

-Quelles sont les stages que vous avez déjà réalisés au cours de votre internat?

-Souhaitez-vous réaliser un deuxième stage de médecine générale au cours de votre internat?

-Pourquoi

Comment évaluer l'estime de soi ?

Pour ce faire, il suffit d'additionner les scores aux questions 1, 2, 4, 6 et 7.

Pour les questions 3, 5, 8, 9 et 10, la cotation est inversée, c'est-à-dire qu'il faut compter 4 si on entoure le chiffre 1, 3 si on entoure le 2, 2 si on entoure le 3 et 1 si on entoure le 4.

L'interprétation des résultats est identique pour un homme ou une femme.

Faire le total des points, le score obtenu se situe entre 10 et 40.

Un score inférieur à 25 correspond à une **estime de soi est très faible**.

Un score entre 25 et 31 correspond à une **estime de soi est faible**.

Un score entre 31 et 34 correspond à une **estime de soi est dans la moyenne**.

Un score compris entre 34 et 39 correspond à une **estime de soi est forte**.

Un score supérieur à 39 correspond à une **estime de soi très forte**

ANNEXE 2

GUIDE D'ENTRETIEN

Bonjour et merci d'avoir accepté de participer à notre étude.

Pour rappel, le but de notre recherche est d'explorer le vécu de la supervision directe par les internes de médecine générale au cours de leur stage de niveau 1.

Il y a très peu d'études sur le sujet et il me semble important d'avoir le point de vue des internes, comprendre ce qu'ils ressentent. Tout ceci afin d'améliorer les conditions de pratique.

Afin de faciliter l'analyse de notre entretien, me permettez-vous de l'enregistrer ? Il restera anonyme.

Supervision directe

1-Vécu

-Racontez-moi la dernière consultation que vous avez réalisé en mode supervision directe ? Comment l'avez-vous vécu ?

Faire préciser le déroulement de la consultation, installation du MSU, interventions du MSU.

Deuxième question brise-glace => Comment avez-vous vécu la supervision directe avec vos maîtres de stage ?

Faire préciser les facteurs influençant négativement ou positivement la supervision.

2-Difficultés

-Quelles sont les difficultés que vous avez rencontrées en supervision directe?

-Combien de MSU ?

-Comment les avez-vous abordé avec vos maîtres de stage ?

- Qu'ont fait vos maîtres de stage pour y remédier? Et vous ?

Faire préciser si amélioration par la suite.

-Avez-vous rencontré des difficultés relationnelles avec vos MSU ?

(Conflits ? Incompréhension ? Impression de manque de confiance ? Manque de dialogue ?)

3-Bilan et Attentes

-Quel était selon vous le but de la supervision directe ?

- Qu'en attendiez-vous en début de stage ?

-Comment vous y êtes-vous préparé ?

-Faire préciser si explications des différentes phases par MSU, si bilan à chaque étape.

-Faire préciser si présentation du stage ainsi que de ses objectifs par le DUMG (par exemple via un séminaire ?)

-Combien de temps a duré la phase de supervision directe ?

-Comment s'est décidé le passage en autonomie?

Faire préciser si décision du MSU, de l'interne ou partagée. Si choix de l'interne faire préciser pourquoi.

- Quel bilan faites-vous en fin de stage ? Que vous a-t-elle apporté ?

Faire préciser si les attentes ont été satisfaites.

-Quelles seraient les conditions idéales de supervision directe ?

4-But de l'étude

-Que pensez-vous du but de notre étude ?

VI. BIBLIOGRAPHIE

1. Décret n°97-495 du 16 mai 1997 relatif au stage pratique des résidents auprès des praticiens généralistes agréés. 97-495 mai 16, 1997. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000381745&dateTexte=20040807>
2. Décret n° 2016-1597 du 25 novembre 2016 relatif à l'organisation du troisième cycle des études de médecine et modifiant le code de l'éducation. 2016-1597 nov 25, 2016. Disponible sur <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000033479390&categorieLien=id>
3. Vidal M, Lauque D, Nicodeme R, Bros B, Arlet P. Les outils pédagogiques pour le stage des résidents au cabinet du médecin généraliste français. *Pédagogie Médicale*. févr 2002;3(1):33-7.
4. Chevallier P, éditeur. Guide pratique de l'enseignant clinicien ambulatoire en médecine générale. Volume 1. Paris, France: Éd. scientifiques L & C; 2007. 93 p.
5. Chevallier P, éditeur. Guide pratique de l'enseignant clinicien ambulatoire en médecine générale. Volume 2, fonctions de l'ECA en maîtrise de stage (stage ambulatoire de niveau I). Paris, France: Éd. scientifiques L & C; 2008. 95 p.
6. Pelaccia T, Sibilia J, Sommelette M. Comment (mieux) superviser les étudiants en sciences de la santé dans leurs stages et dans leurs activités de recherche ? Editions de Boeck supérieur, 1^{re} édition, novembre 2018, 384 pages (Guides pratiques).
7. Kilminster SM, Jolly BC. Effective supervision in clinical practice settings: a literature review. *Med Educ*. 2000;34(10):827-840.
8. Russell G, Ng A. Taking time to watch: Observation and learning in family practice. *Can Fam Physician*. 1 sept 2009;55(9):948-950.
9. Martineau B, Girard G, Boule R. Interventions en supervision directe pour développer la compétence du résident : une recherche qualitative. *Pédagogie Médicale*. févr 2008;9(1):19-31.
10. Laurin S, Sanche G, Audétat MC. La supervision directe, mais pourquoi ? *Le médecin du Québec*. 2012;47:79-81.
11. Cayer S, Boucher SS-HG, Bujold N. Perceptions d'ex-résidents en médecine familiale. *Le médecin de famille canadien*. décembre 2001;47: 2494-2499.
12. Turgeon J, St-Hilaire S. La supervision directe en médecine familiale... l'expérience d'une résidente. *Pédagogie Médicale*. nov 2001;2(4):199-205.
13. Mauduit J, Van Cleef A, Prott F. État des lieux et déterminants de la supervision des internes en stage praticien niveau 1 à la faculté de médecine de Nantes [Thèse d'exercice]. Nantes, France: Université de Nantes. Unité de Formation et de Recherche de Médecine et des Techniques Médicales; 2016.
14. Vallières EF, Vallerand RJ. Traduction Et Validation Canadienne-Française De L'échelle De L'estime De Soi De Rosenberg*. *Int J Psychol*. 1990;25(2):305-16.
15. Demoncy A. La recherche qualitative : introduction à la méthodologie de l'entretien. *Kinésithérapie Rev*. 1 déc 2016;16(180):32-7.
16. À quels critères une étude qualitative doit-elle répondre ? [Internet]. [cité 3 août 2020]. Disponible sur: <http://www.minerva-ebm.be/FR/Article/1065>
17. Letrilliart L, Bourgeois I, Vega A, Cittée J, Lutsman M. Un glossaire d'initiation à la recherche qualitative II. oct 2009;88:106-12.
18. Bessière S. La féminisation des professions de santé en France : données de cadrage. *Rev Française Aff Soc*. 2005;(1):17-33.

19. Faurie I, Thouin C, Sauvezon C. Étude longitudinale du stress perçu chez les étudiant.e.s : effets modérateurs de l'estime de soi et du sentiment d'efficacité personnelle. Orientat Sc Prof [Internet]. 15 mars 2016;(45/1). Disponible sur: <http://journals.openedition.org/osp/4700>
20. Michaud Blonz. Comment l'interne gère-t-il la relation triangulaire patient-médecin-interne en phase de supervision directe en stage de niveau 1 [Thèse d'exercice]. Tours, France : Université de Tours; 2020.
21. Adda P, Moussa MB. Évaluation de l'impact d'un séminaire préparatoire sur le vécu et le stress perçu des internes en médecine générale de Grenoble durant leur stage chez le praticien de 1er niveau.[Thèse d'exercice]. Grenoble, France: Université de Grenoble; 2017.
22. Moussac A. Évaluation des attentes des internes pour le stage de niveau 1 en médecine générale: enquête quantitative auprès des internes de médecine générale de la Faculté de Médecine et Pharmacie de Poitiers [Thèse d'exercice]. Poitiers, France : Université de Poitiers; 2013.
23. Chambefort C, Sarfati S. Le stage chez le praticien de premier niveau en troisième cycle de médecine générale à Grenoble : entre attentes et réalités. [Thèse d'exercice]. Grenoble, France: Université de Grenoble; 2008.
24. Obisi M. En route vers l'autonomie : Stage chez le praticien de premier niveau et Stage Ambulatoire en Soins Primaires en Autonomie Supervisée : quelle perception par les internes de médecine générale ? [Internet] [Thèse d'exercice]. Nancy, France: Université de Lorraine; 2017.
25. Hahusseau M. Les internes influencent-ils la pratique professionnelle de leurs maîtres de stage ? [Thèse d'exercice]. Tours, France: SCD de l'université de Tours ; 2017.
26. Giroux M, Girard G. Favoriser la position d'apprentissage grâce à l'interaction superviseur-supervisé. Pédagogie Médicale. août 2009;10(3):193-210.
27. Kaufman DM. L'éducation centrée sur l'enseignant ou centrée sur l'apprenant :une fausse dichotomie. Pédagogie Médicale. août 2002;3(3):145-7.
28. Réflexion sur une expérience de supervision clinique sous l'angle de l'alliance pédagogique | Pédagogie médicale [Internet]. [cité 18 juin 2017]. Disponible sur: <https://www.pedagogie-medicale.org/articles/pmed/pdf/2015/01/pmed150024.pdf>
29. BOUCHER G, CAYER S, ST-HILAIRE S. L'apprentissage de la relation médecin-patient. La supervision directe du R II dans une unité de médecine familiale. Le médecin de famille canadien. septembre 1993; 39; 2006-2012.
30. Girald A. Le vécu du stage de médecine générale par les étudiants du deuxième cycle à Créteil et son influence sur leur vision de la médecine générale et leur projet professionnel [Thèse d'exercice]. Créteil, France : UPEC. Faculté de médecine; 2018.
31. Lemercier A, Guillem E. Conséquences de la présence d'un interne de médecine générale en stage ambulatoire de premier niveau sur le ressenti des patients: analyse de 377 questionnaires recueillis en Haute-Normandie.[Thèse d'exercice]. Rouen, France; 2013.
32. O'Brien HV, Marks MB, Charlin B. Le feedback (ou rétro-action) : un élément essentiel de l'intervention pédagogique en milieu clinique. Pédagogie Médicale. août 2003;4(3):184-91.
33. Sanche G, Audétat M-C. Comment évaluer la compétence des stagiaires en milieu clinique ? Le médecin du Québec. 2014;49(7) :69-71.
34. Côté L. La supervision des résidents en médecine familiale. Compétences et qualités. Can Fam Physician. févr 1993;39:366-72.
35. Chamberland M, Hivon R. Les compétences de l'enseignant clinicien et le modèle de rôle en formation clinique. Pédagogie Médicale. mai 2005;6(2):98-111.

Vu, le Directeur de Thèse

**Vu, le Doyen
De la Faculté de Médecine de Tours
Tours, le**

Résumé

Titre : Supervision directe : quel est le vécu des internes de médecine générale en stage de niveau 1 ?

Introduction : Pendant le stage de niveau 1 en médecine générale, la supervision directe (SD) est la phase où le maître de stage (MSU) observe l'étudiant réaliser les consultations. Elle est riche en informations pour le MSU et en apprentissage pour l'interne grâce à la rétroaction faite sur ce qui a été réalisé. En France, peu d'études se sont focalisées sur ce qu'éprouvaient les internes pendant cette phase.

Objectif : Explorer comment les internes de médecine générale vivaient la phase de supervision directe au cours de leur stage de niveau 1.

Méthodes : Enquête qualitative par 13 entretiens semi-dirigés réalisés entre avril et octobre 2019 auprès d'internes en médecine générale ayant réalisé un stage de niveau 1 pendant le semestre d'hiver 2018-2019. Enregistrement des entretiens, retranscription intégrale avec anonymisation puis analyse dans une approche par théorisation ancrée.

Résultats : Certains internes appréhendaient la phase de SD par peur d'être jugés par leur MSU. Effectuer la consultation tout en étant sous le regard de leur MSU était angoissant. Les internes, découvrant la médecine générale, devaient se familiariser à leur nouvel environnement de travail, apprendre à travailler aux côtés d'un MSU et s'adapter à sa patientèle. Grâce au soutien et à la mise en confiance du MSU, les internes se sentaient plus à l'aise et gagnaient en assurance. L'analyse a fait émerger plusieurs critères favorisant un bon vécu comme par exemple la préparation de l'interne en lui expliquant le déroulement de la phase, la mise en retrait du MSU au cours de la consultation et la réalisation d'une rétroaction.

Conclusion : Malgré les difficultés perçues, la SD semblait être une phase enrichissante et indispensable. Des conseils simples permettraient d'améliorer le vécu des étudiants.

Mots clés : Supervision directe, Stage de niveau 1, Vécu, Internes, Médecine générale

SAID Lateefat

50 pages – 2 tableaux – 2 figures – 1 graphique – 1 Carte heuristique.

Résumé :

Introduction : Pendant le stage de niveau 1 en médecine générale, la supervision directe (SD) est la phase où le maître de stage (MSU) observe l'étudiant réaliser les consultations. Elle est riche en informations pour le MSU et en apprentissage pour l'interne grâce à la rétroaction faite sur ce qui a été réalisé. En France, peu d'études se sont focalisées sur ce qu'éprouvaient les internes pendant cette phase.

Objectif : Explorer comment les internes de médecine générale vivaient la phase de supervision directe au cours de leur stage de niveau 1.

Méthodes : Enquête qualitative par 13 entretiens semi-dirigés réalisés entre avril et octobre 2019 auprès d'internes en médecine générale ayant réalisé un stage de niveau 1 pendant le semestre d'hiver 2018-2019. Enregistrement des entretiens, retranscription intégrale avec anonymisation puis analyse dans une approche par théorisation ancrée.

Résultats : Certains internes appréhendaient la phase de SD par peur d'être jugés par leur MSU. Effectuer la consultation tout en étant sous le regard de leur MSU était angoissant. Les internes, découvrant la médecine générale, devaient se familiariser à leur nouvel environnement de travail, apprendre à travailler aux côtés d'un MSU et s'adapter à sa patientèle. Grâce au soutien et à la mise en confiance du MSU, les internes se sentaient plus à l'aise et gagnaient en assurance. L'analyse a fait émerger plusieurs critères favorisant un bon vécu comme par exemple la préparation de l'interne en lui expliquant le déroulement de la phase, la mise en retrait du MSU au cours de la consultation et la réalisation d'une rétroaction.

Conclusion : Malgré les difficultés perçues, la SD semblait être une phase enrichissante et indispensable. Des conseils simples permettraient d'améliorer le vécu des étudiants.

Mots clés : Supervision directe, Stage de niveau 1, Vécu, Internes, Médecine générale

Jury :

Président du Jury : Professeur Clarisse DIBAO-DINA

Directeur de thèse : Docteur Cécile RENOUX-JACQUET

Membres du Jury : Professeur Vincent CAMUS

Professeur Denis ANGOULVANT

Professeur Philippe COLOMBAT

Date de soutenance : 03 Septembre 2020