

Année 2024/2025

N°90

Thèse

Pour le

DOCTORAT EN MEDECINE

Diplôme d'État

par

Alice LE GRAËT

Née le 22/06/1993 à RENNES (35)

Le vécu des maîtres de stages universitaires face aux situations de validation incertaine d'un interne : étude qualitative dans la région Centre Val de Loire

Présentée et soutenue publiquement le 26 juin 2025 devant un jury composé de :

Président du Jury :

Professeur Philippe GATAULT, Néphrologie, Faculté de Médecine – Tours

Membres du Jury :

Docteur Cécile RENOUX, Médecine générale, MCU, Faculté de Médecine – Tours

Docteur Léa JEUDI, Médecine générale – Charentilly

Directeur de thèse :

Docteur Isabelle ETTORI, Médecine générale, MCA, Faculté de Médecine – Tours

RESUME

Le vécu des maîtres de stage universitaires face aux situations de validation incertaine d'un interne : étude qualitative dans la région Centre-Val de Loire

Contexte : Les stages ambulatoires de médecine générale, encadrés par des maîtres de stage universitaires (MSU), sont des moments clés pour repérer les internes en difficulté nécessitant un temps supplémentaire de formation. Il est essentiel que les MSU sachent identifier ces difficultés, accompagner les internes et évaluer leurs compétences de façon pertinente et équitable. Cependant, l'évaluation peut devenir complexe lorsque la validation du stage est incertaine, exposant les MSU à des tensions entre leurs rôles d'accompagnateurs et d'évaluateurs. À ce jour, la littérature apporte peu de données sur leur vécu face à ces situations.

Objectif : Explorer le vécu des MSU de la région Centre-Val de Loire ainsi que les éléments influençant ce vécu lorsqu'ils sont confrontés à des situations d'internes en difficulté avec un questionnement sur la validation du stage.

Méthode : Étude qualitative par entretiens semi-dirigés auprès de huit MSU rattachés au Département universitaire de médecine générale (DUMG) de Tours. Les verbatims retranscrits et anonymisés ont été analysés selon une approche phénoménologique interprétative.

Résultats : Neuf entretiens ont été réalisés entre juillet 2023 et juin 2024. Les difficultés rencontrées par les internes étaient variées, souvent intriquées rendant les situations complexes. Lors de la détection de ces difficultés, les MSU privilégiaient d'abord l'échange direct avec l'interne, puis la concertation entre MSU encadrants, et si nécessaire, le recours au DUMG. Les principaux facteurs favorisant un vécu satisfaisant pour les MSU étaient l'évolution favorable de l'interne au cours du stage, le soutien entre pairs et l'appui du DUMG. Deux profils de MSU ont émergé : les **MSU empathiques**, très investis émotionnellement, plus sujets aux phénomènes de transfert, avec un risque accru de remise en question et de sentiment d'échec en cas d'invalidation ; et les **MSU protocolaires**, s'appuyant davantage sur des critères objectifs, facilitant une distanciation émotionnelle.

Conclusion : Ces éléments interrogent sur la nécessité de mieux accompagner les MSU dans leur rôle d'évaluateur, rôle souvent mal accepté au profit d'une posture de soutien. Former les MSU à la reconnaissance de leur propre fonctionnement émotionnel et à la prise de décision pédagogique pourrait limiter leur souffrance au travail, tout en assurant une évaluation plus juste et protectrice pour les patients futurs. Une étude similaire auprès d'encadrants hospitaliers serait intéressante pour compléter l'évaluation des besoins de soutien des formateurs en stage.

Mots-clés : maître de stage universitaire, vécu, interne de médecine générale, difficulté, évaluation, validation de stage

ABSTRACT

The experience of general practice supervisors facing uncertain validation situations involving general practice residents : a qualitative study in the Centre-Val de Loire region

Background : Ambulatory general practice placements, supervised by university-affiliated teaching physicians (maîtres de stage universitaires, MSUs), are key opportunities to identify general practice residents in difficulty who may require additional training. It is essential that MSUs are able to detect these difficulties, support the residents, and assess their competencies in a fair and appropriate manner. However, evaluation can become complex when stage validation is uncertain, placing MSUs under tension between their roles as mentors and assessors. To date, the literature provides little insight into their experience in such situations.

Objective : To explore the experience of MSUs in the Centre-Val de Loire region and identify the factors that influence their experience when confronted with residents in difficulty and uncertainty regarding stage validation.

Methods : Qualitative study based on semi-structured interviews with eight MSUs affiliated with the University Department of General Practice (DUMG) in Tours. Transcripts were anonymized and analyzed using an interpretative phenomenological approach.

Results : Nine interviews were conducted between July 2023 and June 2024. The difficulties encountered by residents were diverse and often interrelated, contributing to the complexity of the situations. When difficulties were identified, MSUs prioritized direct discussion with the resident, followed by consultation among co-supervisors, and, if necessary, involvement of the DUMG. The main factors associated with a more positive experience for MSUs were the resident's favorable progression during the placement, peer support, and institutional backing from the DUMG. Two MSU profiles emerged: empathic MSUs, highly emotionally involved, more susceptible to transfer phenomena, and more prone to self-doubt and feelings of failure in case of non-validation; and protocol-driven MSUs, who relied more on objective criteria, allowing for greater emotional distance.

Conclusion : These findings highlight the need to better support MSUs in their role as evaluators—a role often less accepted than that of mentor. Training MSUs to recognize their own emotional functioning and to make pedagogical decisions could help reduce their professional distress while ensuring fairer evaluations that protect future patients. A similar study involving hospital-based supervisors would be of interest to further assess the support needs of clinical educators.

Keywords : general practice supervisor, experience, general practice resident, educational difficulty, evaluation, stage validation

UNIVERSITE DE TOURS FACULTE DE MEDECINE DE TOURS

DOYEN

Pr Denis ANGOUVANT

VICE-DOYEN

Pr David BAKHOS

ASSESSEURS

Pr Philippe GATAULT, *Pédagogie*
Pr Caroline DIGUISTO, *Relations internationales*
Pr Clarisse DIBAO-DINA, *Médecine générale*
Pr Pierre-Henri DUCLUZEAU, *Formation Médicale Continue*
Pr Hélène BLASCO, *Recherche*
Pr Pauline SAINT-MARTIN, *Vie étudiante*

RESPONSABLE ADMINISTRATIVE

Mme Carole ACCOLAS

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
Pr Patrice DIOT – 2014-2024

PROFESSEURS EMERITES

Pr Daniel ALISON
Pr Gilles BODY
Pr Philippe COLOMBAT
Pr Etienne DANQUECHIN-DORVAL
Pr Patrice DIOT
Pr Luc FAVARD
Pr Bernard FOUQUET
Pr Yves GRUEL
Pr Frédéric PATAT
Pr Loïc VAILLANT

PROFESSEURS HONORAIRES

P. ANTHONIOZ – P. ARBEILLE – A. AUDURIER – A. AUTRET – D. BABUTY – C. BARTHELEMY – J.L. BAULIEU – C. BERGER – JC. BESNARD – P. BEUTTER – C. BONNARD – P. BONNET – P. BOUGNOUX – P. BURDIN – L. CASTELLANI – J. CHANDENIER – A. CHANTEPIE – B. CHARBONNIER – P. CHOUTET – T. CONSTANS – C. COUET – L. DE LA LANDE DE CALAN – P. DUMONT – J.P. FAUCHIER – F. FETISSOF – J. FUSCIARDI – P. GAILLARD – G. GINIES – D. GOGA – A. GOUDEAU – J.L. GUILLMOT – O. HAILLOT – N. HUTEN – M. JAN – J.P. LAMAGNERE – F. LAMISSE – Y. LANSON – O. LE FLOCH – Y. LEBRANCHU – E. LECA – P. LECOMTE – AM. LEHR-DRYLEWICZ – E. LEMARIE – G. LEROY – G. LORETTE – M. MARCHAND – C. MAURAGE – C. MERCIER – J. MOLINE – C. MORAIN – J.P. MUH – J. MURAT – H. NIVET – D. PERROTIN – L. POURCELOT – R. QUENTIN – P. RAYNAUD – D. RICHARD-LENOBLE – A. ROBIER – J.C. ROLLAND – P. ROSSET – D. ROYERE – A. SAINDELLE – E. SALIBA – J.J. SANTINI – D. SAUVAGE – D. SIRINELLI – J. WEILL

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

AMELOT Aymeric	Neurochirurgie
ANDRES Christian.....	Biochimie et biologie moléculaire
ANGOULVANT Denis	Cardiologie
APETOH Lionel	Immunologie
AUDEMARD-VERGER Alexandra.....	Médecine interne
AUPART Michel.....	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
BACLE Guillaume.....	Chirurgie orthopédique et traumatologique
BAKHOS David.....	Oto-rhino-laryngologie
BALLON Nicolas.....	Psychiatrie ; addictologie
BARILLOT Isabelle.....	Cancérologie ; radiothérapie
BARON Christophe.....	Immunologie
BEJAN-ANGOULVANT Theodora.....	Pharmacologie clinique
BERHOUE Julien.....	Chirurgie orthopédique et traumatologique
BERNARD Anne	Cardiologie
BLANCHARD-LAUMONNIER Emmanuelle	Biologie cellulaire
BLASCO Hélène.....	Biochimie et biologie moléculaire
BONNET-BRILHAULT Frédérique.....	Physiologie
BOULOUIS Grégoire	Radiologie et imagerie médicale
BOURGUIGNON Thierry	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
BRILHAULT Jean.....	Chirurgie orthopédique et traumatologique
BRUNAULT Paul.....	Psychiatrie d'adultes, addictologie
BRUNEREAU Laurent.....	Radiologie et imagerie médicale
BRUYERE Franck.....	Urologie
BUCHLER Matthias.....	Néphrologie
CAILLE Agnès	Biostat., informatique médical et technologies de communication
CALAIS Gilles.....	Cancérologie, radiothérapie
CAMUS Vincent.....	Psychiatrie d'adultes
CORCIA Philippe.....	Neurologie
COTTIER Jean-Philippe.....	Radiologie et imagerie médicale
DEQUIN Pierre-François	Thérapeutique
DESMIDT Thomas.....	Psychiatrie
DESOUBEUX Guillaume	Parasitologie et mycologie
DESTRIEUX Christophe	Anatomie
DI GUISTO Caroline.....	Gynécologie obstétrique
DU BOUEXIC de PINIEUX Gonzague	Anatomie & cytologie pathologiques
DUCLUZEAU Pierre-Henri.....	Endocrinologie, diabétologie, et nutrition
EHRMANN Stephan	Médecine intensive – réanimation
EL HAGE Wissam.....	Psychiatrie adultes
ELKRIEF Laure	Hépatologie – gastroentérologie
ESPITALIER Fabien.....	Anesthésiologie et réanimation, médecine d'urgence
FAUCHIER Laurent.....	Cardiologie
FOUGERE Bertrand	Gériatrie
FRANCOIS Patrick.....	Neurochirurgie
GATAULT Philippe	Néphrologie
GAUDY-GRAFFIN Catherine	Bactériologie-virologie, hygiène hospitalière
GOUPILLE Philippe.....	Rhumatologie
GUERIF Fabrice.....	Biologie et médecine du développement et de la reproduction
GUILLON Antoine	Médecine intensive – réanimation
GUILLON-GRAMMATICO Leslie	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
GUYETANT Serge	Anatomie et cytologie pathologiques
GYAN Emmanuel	Hématologie, transfusion
HALIMI Jean-Michel.....	Thérapeutique
HERAULT Olivier	Hématologie, transfusion
HERBRETEAU Denis	Radiologie et imagerie médicale
HOURIOUX Christophe	Biologie cellulaire
IVANES Fabrice	Physiologie
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
LE NAIL Louis-Romée	Cancérologie, radiothérapie
LECOMTE Thierry	Gastroentérologie, hépatologie

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

CANCEL Mathilde	Cancérologie, radiothérapie
CARVAJAL-ALLEGRIA Guillermo.....	Rhumatologie
CHESNAY Adélaïde.....	Parasitologie et mycologie
CLEMENTY Nicolas.....	Cardiologie
DE FREMINVILLE Jean-Baptiste.....	Cardiologie
DOMELIER Anne-Sophie.....	Bactériologie-virologie, hygiène hospitalière
DUFOR Diane.....	Biophysique et médecine nucléaire
FOUQUET-BERGEMER Anne-Marie.....	Anatomie et cytologie pathologiques
GARGOT Thomas.....	Pédopsychiatrie
GOUILLEUX Valérie.....	Immunologie
HOARAU Cyrille.....	Immunologie
KERVARREC Thibault.....	Anatomie et cytologie pathologiques
KHANNA Raoul Kanav.....	Ophtalmologie
LE GUELLEC Chantal.....	Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique
LEDUCQ Sophie.....	Dermatologie
LEJEUNE Julien.....	Hématologie, transfusion
MACHET Marie-Christine.....	Anatomie et cytologie pathologiques
MOUMNEH Thomas.....	Médecine d'urgence
PIVER Éric.....	Biochimie et biologie moléculaire
RAVALET Noémie.....	Hématologie, transfusion
ROUMY Jérôme.....	Biophysique et médecine nucléaire
STANDLEY-MIQUELESTRENA Elodie.....	Anatomie et cytologie pathologiques
STEFIC Karl.....	Bactériologie
TERNANT David.....	Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique
VAYNE Caroline.....	Hématologie, transfusion
VUILLAUME-WINTER Marie-Laure.....	Génétique

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

AGUILLON-HERNANDEZ Nadia.....	Neurosciences
BLANC Romuald.....	Orthophonie
EL AKIKI Carole.....	Orthophonie
NICOGLIOU Antonine.....	Philosophie – histoire des sciences et des techniques
PATIENT Romuald.....	Biologie cellulaire
RENOUX-JACQUET Cécile.....	Médecine Générale

MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES

AUMARECHAL Alain.....	Médecine Générale
BARBEAU Ludivine.....	Médecine Générale
CHAMANT Christelle.....	Médecine Générale
ETTORI Isabelle.....	Médecine Générale
MOLINA Valérie.....	Médecine Générale
PAUTRAT Maxime.....	Médecine Générale
PHILIPPE Laurence.....	Médecine Générale
RUIZ Christophe.....	Médecine Générale
SAMKO Boris.....	Médecine Générale

CHERCHEURS INSERM - CNRS - INRAE

BECKER Jérôme.....	Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253
BOUAKAZ Ayache	Directeur de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253
BOUTIN Hervé.....	Directeur de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253
BRIARD Benoit.....	Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1100
CHALON Sylvie.....	Directrice de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253
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 Inrae – UMR Inrae 1282
GOMOT Marie	Chargée de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253
GOUILLEUX Fabrice	Directeur de Recherche CNRS – UMR Inserm 1100
GUEGUINOU Maxime	Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1069
HAASE Georg.....	Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253
HENRI Sandrine	Directrice de Recherche Inserm – UMR Inserm 1100
HEUZE-VOURCH Nathalie.....	Directrice de Recherche Inserm – UMR Inserm 1100
KORKMAZ Brice.....	Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1100
LABOUTE Thibaut.....	Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253
LATINUS Marianne	Chargée de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253
LAUMONNIER Frédéric	Directeur de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253
LE MERRER Julie	Directrice de Recherche CNRS – UMR Inserm 1253
MAMMANO Fabrizio	Directeur de Recherche Inserm – UMR Inserm 1259
PAGET Christophe.....	Directeur de Recherche Inserm – UMR Inserm 1100
RAOUL William.....	Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1069
SECHER Thomas.....	Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1100
SI TAHAR Mustapha.....	Directeur de Recherche Inserm – UMR Inserm 1100
SUREAU Camille	Directrice de Recherche émérite CNRS – UMR Inserm 1259
TANTI Arnaud	Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253
WARDAK Claire	Chargée de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253

CHARGES D'ENSEIGNEMENT

Pour l'éthique médicale

BIRMELE Béatrice.....Praticien Hospitalier

Pour la médecine manuelle et l'ostéopathie médicale

LAMANDE Marc.....Praticien Hospitalier

Pour l'orthophonie

BATAILLE Magalie.....Orthophoniste
CLOUTOUR Nathalie.....Orthophoniste
CORBINEAU Mathilde.....Orthophoniste
HARIVEL OUALLI Ingrid.....Orthophoniste
IMBERT Mélanie.....Orthophoniste
SIZARET Eva.....Orthophoniste

Pour l'orthoptie

BOULNOIS Sandrine.....Orthoptiste

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des enseignants et enseignantes
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 aux indigents,
et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail.

Admis(e) 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(euse) et reconnaissant(e) envers mes Maîtres,
je rendrai à leurs enfants
l'instruction que j'ai reçue de leurs parents.

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

Remerciements :

Au Professeur Philippe GATAULT, je vous remercie d'avoir accepté de présider mon jury de thèse et d'évaluer ce travail.

Au Docteur Isabelle ETTORI, merci infiniment de m'avoir proposé ce sujet sous ta direction. Je te suis profondément reconnaissante pour ton accompagnement tout au long de ce travail, pour ton aide précieuse, ta bienveillance et ta disponibilité. Les moments partagés autour de cette thèse ont été un plaisir.

Aux Docteurs Cécile RENOUX et Léa JEUDI, merci de me faire l'honneur de participer à mon jury de thèse.

Merci à tous les MSU qui ont participé à ce travail en acceptant de partager leurs expériences et leurs réflexions avec sincérité.

A mes parents, Anne et Claude, merci de m'avoir soutenue et de me soutenir encore, merci de toujours répondre présent dans les moments de bonheur comme dans les difficultés (« allo papa j'ai un problème ... » « allo maman, vous faites quoi ce week-end, vous ne voulez pas venir ? »). Je ne suis pas certaine que je serai venue à bout des concours de 1^{ère} et 6^{ème} année de médecine (et même des autres années d'études) sans votre aide. Je mesure la chance infinie de vous avoir à mes côtés. Merci papa, merci maman, pour tout.

A ma sœur, Maud, merci d'avoir toujours été là pour moi. Merci de m'avoir protégée et incluse quand j'étais la plus petite. Merci pour ton écoute, pour tes conseils réfléchis et pour l'amour que tu m'apportes. Malgré la distance kilométrique entre nous je suis heureuse d'avoir cette relation si proche avec toi.

A mon beau-frère, Benjamin, merci de prendre soin de ma sœur et de faire partie de la famille.

A mes nièces, Nora et Maxine, votre arrivée et votre présence dans la famille est un vrai bonheur, merci de la joie que vous nous apportez.

A mes beaux-parents, Isabelle et Frédéric et à Ella, merci de m'avoir accueillie dans la famille avec tant de gentillesse et de bonté.

A mon beau-frère et à mes belles-sœurs, Edouard, Marie et Alana, merci pour les moments ensemble et d'être des oncles et tantes formidables pour Anna.

A Albane, merci pour ton amitié exceptionnelle. Merci pour ta présence et ton soutien dans tous les grands moments de ma vie et depuis de nombreuses années maintenant ! Merci d'avoir été ma témoin de mariage (à mon tour bientôt !), d'être la marraine de ma fille et de faire partie de notre vie.

A la team Michel, Camille, Eloïse, Lore-Elène, Erwann, Solène, Sarah, Adyb, Emilie et aux Michels rapportés **Alex, Nico, Vincent** (et aussi à la mini Michel **Ambre** et aux 2 minis Michels qui arriveront cette année), merci d'être ce groupe de copains incroyable soudés depuis toutes ces années. Merci pour tous ces moments : toutes les soirées, les week ends, les vacances ... tant de souvenirs précieux grâce à vous (sans oublier les incontournables secrets santa). Merci d'être vous, avec vous on se sent bien, on rigole, on passe de supers moments en toute simplicité et ça fait du bien.

Elo et Lolo, je vous rejoins bientôt dans la team des thésardes, merci d'avoir fait la route de nombreuses fois pour venir passer du temps avec moi et la Cacahuète, de vraies journées de bonheur dans un quotidien parfois intense.

A la team d'externat, Lucie, Baptiste, Valentin, Julien, Thomas, Guillaume et bien sûr à **Anaïs et Sandra** arrivées plus récemment mais maintenant indispensables au groupe ! Merci d'avoir été là tout au long de ces années d'études, merci pour les soirées de folie et les moments de rires malgré des études prenantes. Vous avez fait de mes années fac et externat des années exceptionnelles. Mention spéciale à notre groupe de colle, la team Peru, merci de m'avoir acceptée avec vous et fait progresser même si je n'avais clairement pas votre niveau.

A l'équipe des Margoulins, Elodie, Marin, Anaïs, Lucas, CH et Estelle pour tous les moments, soirées, week-ends, qui sont toujours extraordinaires de bonne ambiance et de rigolade !

Merci à Alice, Anaïs et CH d'avoir été mes co-internes du 1^{er} semestre, un immense merci pour cette entrée dans l'internat par un stage qui laisse un super souvenir grâce aux moments partagés ensemble, on était toutes aussi perdues et stressées et c'était bien cool d'être ensemble haha. Et aussi merci d'avoir mis autant de temps que moi à passer votre thèse (on se soutient !).

Merci à Estelle d'avoir été la première coloc de Lucé, merci pour ta bonne humeur et ta gentillesse.

Merci Elodie pour ta présence depuis le début de cet internat, tu es une personne exceptionnelle et ton amitié m'est précieuse.

Cette première année d'internat chartraine aura été exceptionnelle et c'est grâce à vous, merci **à tous les co-internes** qui ont partagé ça avec nous et bien sûr merci à Kétamine qui a fait son entrée dans notre vie au moment du Covid et nous a amené Machouchou.

Aux Tourangeaux, Inès, Germain et Alex, grâce à vous les années à Tours ont été et sont encore (jusqu'en septembre !) remplies de précieux moments d'amitié et je ne me fais aucun doute qu'il y en ait encore beaucoup à venir avec maintenant **Areti et Ariane** dans la team !

Merci à tous les co-internes avec qui j'ai partagé des stages et qui ont rendu ces années bien plus agréables même quand il y avait beaucoup de travail ou des situations difficiles.

Mention spéciale à Anaïs, coup de cœur du semestre péd-gynéco, merci d'avoir été là, je garde le souvenir d'un super semestre en grande partie grâce à toi et suis heureuse qu'on ait réussi à garder cette relation.

Merci à tous les encadrants des différents stages qui ont pris le temps de me transmettre des connaissances, et leur expérience avec beaucoup de bienveillance.

Merci à Sandra et Lydie pour ce stage de niveau 1 qui m'a permis une découverte de la médecine générale en cabinet comme je souhaite l'exercer.

Merci à Antoine, pour ton encadrement très présent et bienveillant lors de mon stage à Luynes.

Merci à Bernard, Benjamin et Jean de m'avoir accompagnée lors de mon stage de SASPAS et d'avoir su me mettre en confiance pour débiter les remplacements et me sentir à l'aise dans mon début d'exercice.

Merci à Romain de m'avoir acceptée auprès de lui lors de mon dernier stage d'internat en psychiatrie, merci pour ton accueil, pour ta pédagogie, pour le temps que tu as pris à me former. Ce stage était passionnant et me sert encore quotidiennement dans mon exercice.

Merci aux équipes paramédicales, IDE, aides-soignantes, cadres, psychologues, kinésithérapeutes, secrétaires, assistantes sociales [...] de m'avoir accueillie au sein des équipes avec tant de gentillesse. Que ce soit aux urgences, au SSR, ou en pédiatrie c'est en grande partie grâce à vous que j'ai passé un si bon internat.

Mention spéciale à l'équipe en or de psychiatrie B.

A Alex, merci de croire en moi quoi qu'il arrive, merci de m'apporter ta joie, ton humour, ton amour. Les choses sont plus faciles ensemble, tu rends ma vie plus lumineuse, plus joyeuse et un peu plus désorganisée : avec toi je suis certaine que je ne vais jamais m'ennuyer ! Merci d'être mon mari et un formidable papa pour Anna.

*Pour Anna, mon bébé d'amour, mon petit bonheur,
Merci d'avoir débarqué dans nos vies
et de les avoir rendues si belles et pleines de joie.*

Abréviations :

DES : Diplôme d'Etudes Spécialisées

CNGE : Collège Nationale des Généralistes Enseignants

MSU : Maître de Stage Universitaire

DUMG : Département Universitaire de Médecine Générale

SASPAS : Stage Autonome en Soins Primaires Ambulatoires Supervisé

ARS : Agence Régionale de Santé

COREQ : Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research

Table des matières

I-	Introduction.....	15
II-	Méthode	17
1-	Choix du type d'étude	17
2-	Population	17
3-	Recueil des données.....	17
4-	Analyse des données.....	18
5-	Aspects éthiques et réglementaires	18
III-	Résultats.....	19
A-	Caractéristiques de la population étudiée et des entretiens.....	19
B-	Analyse qualitative des entretiens.....	20
1-	Les difficultés des internes	20
2-	Réactions des MSU	22
3-	Réaction des internes	25
4-	Les grandes étapes du stage (figure 2).....	27
C-	Vécu des MSU et éléments influençant le vécu.....	28
1-	En lien avec le trinôme pédagogique.....	28
2-	En lien avec le DUMG	28
3-	En lien avec l'interne	29
4-	En lien avec le profil du MSU	30
IV-	Discussion	35
A-	A propos des résultats	35
1-	Le déroulé du stage.....	35
2-	Stratégies d'adaptation : influence des profils de personnalité.....	37
B-	Forces et limites	39
C-	Perspectives.....	40
V-	Conclusion	42
VI-	Bibliographie.....	43
	Annexes :	45
	Annexe 1 : Maquette du DES de médecine générale issue du site du CNGE	45
	Annexe 2 : Guide de la validation de stage par le DUMG de Tours.....	46
	Annexe 3: Grille COREQ (Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research)	47
	Domaine 1 : Recherche et relations avec les participants	47
	Domaine 2 : Design de l'étude.....	47
	Domaine 3 : Analyse et présentation des résultats.....	48
	Annexe 4 : Guide d'entretien individuel.....	49

I- Introduction

La formation des médecins généralistes ne cesse d'évoluer depuis la création du diplôme d'études spécialisées (DES) de médecine générale en 2004, réformé en 2017 puis en 2023, aboutissant à sa structuration actuelle en trois phases successives : socle, approfondissement et consolidation (en cours de mise en place). [1,2] Son objectif est de former des généralistes compétents et autonomes, aptes à répondre aux missions de soins de premier recours. [3,4] Un schéma récapitulatif de la maquette d'internat est présenté en annexe 1.

Les deux stages ambulatoires de médecine générale — le stage de niveau 1 (progression vers l'autonomie) et le stage de SASPAS (autonomie supervisée) — constituent des moments clés de mise en pratique en soins primaires. Ils apparaissent particulièrement propices au repérage d'éventuelles difficultés nécessitant un accompagnement renforcé. [5] Ces difficultés sont souvent complexes et intriquées, mêlant facteurs professionnels, personnels et psychologiques comme l'a montré un travail de thèse réalisé en 2020. [6]

Lors de ces stages les internes sont accompagnés par des maîtres de stage universitaires (MSU), volontaires pour recevoir des stagiaires dans leur cabinet (exercice libéral depuis au moins 2 ans requis) et formés à la pédagogie par les formations initiales, complémentaires et continues proposées par le CNGE. [7] Le rôle du MSU est central : il doit repérer les difficultés, accompagner la formation et évaluer l'interne. La mission de maîtrise de stage requiert donc une double compétence, clinique et pédagogique.

L'évaluation des internes repose sur un processus collégial dans lequel le MSU formule un avis de validation. A la fin de son stage, l'interne transmet un dossier comprenant ces avis (mi-stage et fin de stage pour chacun des MSU) ainsi que d'autres éléments (auto-évaluation, travail personnel, synthèse de son tuteur) à son rapporteur faisant parti du DUMG. Celui-ci étudie le dossier, contacte si besoin les encadrants en stage pour complément d'informations, puis fait part de son évaluation à la commission locale de coordination. Cette commission transmet la proposition de validation au Doyen qui prend la décision définitive et la transmet à l'ARS et au directeur du CHU. Le guide de validation de stage proposé aux étudiants par le DUMG de Tours est fourni en annexe 2.

On voit donc qu'en plus des MSU, plusieurs acteurs interviennent dans l'évaluation : les autres membres du binôme/trinôme de stage (co-encadrants), le tuteur universitaire, le rapporteur et la commission du DUMG présidée par le coordonnateur local. Ce dispositif vise à garantir une évaluation juste et partagée, tout en sécurisant la validation des compétences nécessaires à l'exercice.

Pourtant, il a été montré dans une thèse réalisée en 2015 que les MSU s'identifient plus volontiers à un rôle de guide ou de soutien qu'à celui d'évaluateur et qu'il peut être difficile pour eux d'émettre un avis car ils sont préoccupés par l'influence de leur évaluation sur le cursus de l'interne. [5]

De nombreux facteurs influent cette posture :

- Les déterminants psychiques du MSU, liés à son vécu personnel ;
- La relation asymétrique entre le MSU et l'interne (réfèrent de stage/étudiant) ;
- Les attentes spécifiques de chacun ;
- Les phénomènes de transferts et contre-transferts ;
- Les représentations du MSU sur la validation vue comme la réussite du stage. [8,9]

Si la littérature est abondante sur l'accompagnement pédagogique des internes et les outils d'évaluation, peu d'études se sont intéressées au vécu des MSU confrontés à des situations d'internes en difficulté et à la question de la validation.

L'objectif de cette étude était d'explorer ce vécu, en identifiant les éléments qui influencent l'expérience des MSU lorsqu'ils doivent formuler un avis de validation ou de non-validation dans ces contextes complexes.

II- Méthode

1- Choix du type d'étude

Nous avons choisi de réaliser une étude qualitative par entretien individuel semi-dirigé, par analyse phénoménologique et interprétative du vécu des maîtres de stage universitaire de médecine générale lorsque la question de la validation s'est posée pour un interne accueilli en stage.

Ce modèle d'étude a été choisi puisque c'est celui qui permet de recueillir au mieux le ressenti, le vécu et le retour d'expérience des MSU.

Ce travail a été réalisé dans le respect des critères de qualité de la grille COREQ (annexe 3).

2- Population

Les participants étaient des MSU de médecine générale dépendants du DUMG de Tours ayant eu des situations d'accueil en stage d'interne présentant des difficultés au cours du stage dont la validation a pu poser question à un moment du stage, que l'interne ait été validé ou non à la fin du stage.

Le recrutement a été effectué entre février et juin 2023 en contactant des MSU par mail ou par téléphone (SMS ou appel) préalablement connus ou présentés par des internes.

L'échantillon était raisonné et homogène avec des critères de diversité : âge, genre, année et endroit d'installation, nombre d'internes reçus en stage.

3- Recueil des données

Les entretiens ont tous été réalisés en présentiel par un investigateur unique, le lieu de l'entretien était décidé par le MSU.

Un enregistrement audio a été effectué après accord verbal du MSU. Chaque entretien a été retranscrit intégralement sur un fichier Word et anonymisé. Les entretiens vocaux ont été supprimés après retranscription.

Un guide d'entretien préalable avait été constitué. Il abordait des questions générales sur le parcours antérieur du médecin, sur sa fonction de MSU, son ressenti des rôles du MSU, puis une phase microphénoménologique explorant une situation spécifique vécue d'interne ayant eu des problèmes de validation. Le guide complet est disponible en Annexe 3. Le guide n'avait pas été testé au préalable.

Le recueil a été considéré comme terminé par suffisance des données.

4- Analyse des données

Les entretiens ont été retranscrits manuellement sur un fichier Word sous forme de Verbatim. Le Verbatim a ensuite été analysé permettant de faire émerger des catégories qui ont ensuite pu être regroupées en thèmes. Les entretiens ont été analysés individuellement puis comparés entre eux de manière à faire une analyse interprétative de l'ensemble des résultats.

5- Aspects éthiques et réglementaires

Les participants ont consenti oralement à l'enregistrement puis l'analyse anonymisée des données. Dans les cas où il persistait des données pouvant conduire à l'identification des situations évoquées, celles-ci ont été anonymisées à différentes étapes du processus de retranscription, d'analyse et de rédaction.

Les enregistrements audios ont été détruits après retranscription.

Les données n'étant pas considérées comme sensibles, et le sujet ne concernant pas des personnes « fragiles », l'accord préalable du comité d'éthique, de la CNIL ou du CPP n'était donc pas nécessaire.

III- Résultats

A-Caractéristiques de la population étudiée et des entretiens

Sur quatorze MSU contactés, neuf entretiens ont été réalisés, dont un qui a été exclus à posteriori car n'avait pas vécu le phénomène étudié.

Les entretiens ont tous été réalisés en présentiel par un investigateur unique entre juillet 2023 et juin 2024. Le lieu de l'entretien était décidé par le MSU, cinq ont été réalisés dans les cabinets des médecins, deux ont été réalisés à leur domicile et un dans un café. Les entretiens ont duré en moyenne 39 minutes (min 20, max 63).

Concernant les participants, l'âge moyen des participants était de 49 ans, les caractéristiques sont détaillées dans le tableau 1.

*Tableau I : Caractéristiques d'échantillonnage des participants
(par soucis de respect d'anonymat, les participants sont présentés par âge croissant et non par ordre de réalisation des entretiens)*

Sexe	Age	Installé depuis	Exercice		Universitaire		Entretien	
			Département	Mode	MSU depuis	Autre activité	Lieu	Durée (minutes)
F	35	2017	41	Rural	2020	Non	Cabinet	24
H	37	2019	37	Rural	2020	Thèse	Cabinet	63
H	38	2017	41	Rural	2020	Non	Cabinet	33
F	39	2016	28	Semi-rural	2018	Non	Domicile	28
F	48	2008	28	Semi-rural	2012	Non	Café	20
H	62	1989	28	Semi-rural	1992	GEAP, thèse, tutorat	Cabinet	31
H	64	1989	37	Urbain	2010	Non	Domicile	53
F	67	1997	37	Urbain	2020	GEAP	Cabinet	58

B- Analyse qualitative des entretiens

Sur les huit entretiens analysés il était évoqué quatorze situations où le MSU avait retrouvé des difficultés avec un interne lors d'un stage et où la question de la validation du stage avait pu se poser.

1- Les difficultés des internes

Élément d'alerte rapide

L'élément d'alerte était souvent très rapide pour les MSU, ils mentionnaient tous qu'ils s'étaient alertés dès le début du stage ou très peu de temps après le début :

- E2 *"dès le début on a eu des problèmes en fait"*
"Très rapide, dès les 2 premières semaines de stage"
- E6 *"il avait un contact qui était parfois un peu différent de celui auquel on est habitué. Donc dès le début."*
- E7 *"on s'est aperçu tout de suite que ça n'allait pas le faire quoi."*

Un MSU mentionnait des difficultés dès le début de stage mais où l'élément d'alerte était à mi-stage sur la persistance de difficultés :

- E3 *"au bout de 3 mois, je me suis dit bah là faudrait peut-être que ça commence à évoluer un peu."*

Des difficultés diverses et complexes

Les difficultés des internes relevées par les MSU étaient diverses et se regroupaient en 4 catégories principales : difficultés relationnelles, niveau biomédical insuffisant, problème de professionnalisme et de comportement ou soucis psychologique de l'interne.

Les MSU précisait que ces catégories ne s'excluaient pas mais s'additionnaient chez un même interne. Par exemple l'interne pouvait avoir des lacunes médicales et être anxieux avec des difficultés relationnelles ou rencontrer des difficultés sur le plan biomédical et au niveau du comportement qui rendaient difficile le travail sur les compétences. Cela donnait des situations souvent complexes.

- **Au niveau relationnel :** L'interne présentait des difficultés dans son relationnel avec le patient, parfois la communication ne passait pas avec le MSU ou encore l'interne rencontrait des difficultés à s'exprimer, dans sa façon de communiquer.
 - Avec le patient :
 - E3 *"Les patients n'étaient pas forcément très à l'aise avec lui"*
 - E8 *"Le relationnel avec le patient était compliqué"*
 - Avec le MSU :
 - E1 *"on se comprend pas le maître de stage et l'interne"*
 - E7 *"là c'était vraiment une incompatibilité"*
 - Pour s'exprimer :
 - E2 *"un défaut d'élocution important, il avait du mal à s'exprimer et donc du mal à exprimer au patient ce qu'il voulait dire"*
 - E5 *"il avait une manière de communiquer par très accessible"*

- **Au niveau biomédical :** L'interne pouvait avoir des lacunes sur le plan des connaissances ou parfois des difficultés par rapport à l'examen clinique, le MSU pouvait rapporter des soucis liés à la mise en danger du patient.
 - Manque de connaissances
 - E2 *"il y avait de grosses lacunes"*
 - E7 *"son niveau de connaissances était faible"*
 - Problématique pour l'examen clinique
 - E5 *"en fait lui n'avait jamais touché un malade et donc en fait on a eu tout un côté examen clinique où moi j'étais un peu perdu parce que je m'attendais pas à ce qu'un interne ne sache pas examiner un patient"*
 - Mise en danger du patient empêchant la mise en autonomie
 - E1 *"passait à côté de beaucoup de diagnostics"*
 - E2 *"soit il est passé à côté, soit il a négligé le fait que effectivement il y avait quelque chose, soit il savait pas [...] masquer ses lacunes c'est dangereux"*
 - E2 *"y a des gens qui ont conscience de leurs difficultés[...] alors que le 1er interne [...] lui en disant mais moi je suis capable de faire tout seul, et non là on l'aurait pas laissé"*

- **Au niveau du professionnalisme et du comportement :** Les difficultés étaient multiples, des absences répétées à la passivité en stage ou la non-adaptation à la structure médicale ou aux règles d'hygiène.
 - Erreurs déontologiques
 - E1 *"erreurs déontologiques, du respect du patient et de moi-même"*
 - Absences/retards
 - E1 *"elle a aussi été absente volontairement"*
 - E2 *"absent régulièrement, c'est-à-dire à manquer des jours sans motifs bien particulier ou avec des motifs un peu futiles"*
 - Passivité
 - E1 *"interne qui était vraiment dans la passivité"*
 - E7 *"il était présent physiquement à la consultation mais absent sur le plan intellectuel c'est à dire qu'il était plutôt ailleurs, il ne suivait pas"*
 - Ne fait pas le travail demandé
 - E1 *"je lui avait demandé de faire une recherche [...] elle ne me l'a jamais rendue"*
 - Absence de remise en question
 - E2 *"il passait à côté de signes ou il écoutait pas les signes et il essayait toujours de montrer qu'il avait raison"*
 - E4 *"quand il s'intéressait il faisait une bêtise et quand je lui expliquais il était très imperméable"*
 - Non respect des mesures d'hygiène
 - E3 *"c'est plutôt l'idée d'être propre sur soi parce qu'on sentait que c'était pas complètement nickel"*

- Non adaptation à la maison médicale
 - E7 *“il acceptait pas la gestion de notre structure, voulant lui imposer son emploi du temps”*
 - Pas d'intérêt pour la médecine générale
 - E8 *“il avait choisi médecine générale mais il voulait pas faire médecine générale, sa seule idée c'était de repasser l'ECN”*
- **Au niveau psychologique de l'interne :** Les problématiques psychologiques retrouvées étaient en lien avec de l'anxiété et des difficultés de gestion du stress et pouvait aller jusqu'à des troubles d'ordre dépressif.
 - Dépression
 - E2 *“problème de dépression”*
 - Anxiété, manque de confiance
 - E5 *“c'était un jeune anxieux qui ne se sentait pas du tout légitime [...] aucune confiance en lui”*
 - E6 *“manque de confiance [...] quand tu mènes la consultation faut être présent quoi, tu peux pas t'effacer”*
 - Gestion du stress, hiérarchisation de la pensée
 - E2 *“gérer une situation stressante, comme elle avait déjà certainement du stress important c'était un blocage [...] incapable de hiérarchiser sa pensée”*

2- Réactions des MSU

Echanges avec l'interne

Dans toutes les situations il y a eu des échanges avec l'interne pour expliquer la problématique.

En général le MSU commençait par échanger avec l'interne sur les problématiques rencontrées et les éléments à améliorer.

- E1 *“j'ai essayé d'échanger avec elle”*
- E8 *“on en a parlé à plusieurs reprises de ses difficultés, on a essayé de voir comment on pouvait faire avancer, faire évoluer les choses et on a parlé du risque qu'il y ait une invalidation.”*

Dans une situation l'échange et l'explication avec l'interne ont eu lieu en fin de stage au moment de l'évaluation :

- E4 *“Je l'ai pas prévenu c'est peut-être pas bien ... Je pense qu'il le savait en fait.”*
“la dernière question de l'évaluation du niveau 1 c'est “Est-ce que vous le pensez prêt pour le SASPAS ?” et quand j'ai vu cet espèce de décalage entre les deux j'ai dit “Mais non quoi, fin clairement il est pas capable”. Même pour lui, on en a beaucoup discuté avec lui, je lui ai parlé”

Échanges avec le trinôme pédagogique de stage

Le fait de constater des difficultés par le MSU entraînait des échanges avec les autres membres du trinôme :

- E1 *"j'ai alerté mes collègues du trinôme, par mail"*
- E5 *"on en a pas mal discuté entre nous"*

Et quand le trinôme était en accord sur la situation il pouvait organiser des rencontres/discussions régulières pour suivre la situation et rechercher des solutions :

- E2 *"on multiplie les réunions si jamais il y a des difficultés" "on a fait une réunion tous les mois sans lui pour parler des options qu'on allait prendre"*

Échanges avec le DUMG

Dans certaines situations, le MSU a ressenti le besoin d'échanger avec le DUMG soit pour alerter sur la situation, soit pour avoir des informations sur les stages passés, soit pour demander que l'interne soit vu par quelqu'un du DUMG.

- E1 *"j'ai alerté la faculté, sur des erreurs aussi de connaissances médicales ; j'ai alerté le DUMG"*
- E2 *"on l'a signalé parce que dès qu'il y a un étudiant en difficulté on le signale. On l'avait signalé à la coordinatrice qui l'avait convoqué"*
- E5 *"je me demande si on avait pas un petit peu appelé pour savoir pourquoi il avait pas été validé et tout ça, tu vois pour se renseigner un peu des trucs."*

S'adapte à l'interne

Un MSU expliquait s'adapter à l'interne en adaptant le niveau d'exigences et les attentes demandées selon les difficultés de l'interne.

- E3 *"je dirai pas que j'ai un niveau d'exigence inférieur aux autres, mais j'adapte mes exigences à chaque interne et je vois bien que je peux pas demander les mêmes choses à tous les internes et ce qui leur desservirait à mon avis"*

D'autres MSU réagissaient en étant très attentif à l'interne et à ses besoins pour le mettre en confiance et l'accompagner en adaptant au maximum la façon de faire le stage aux difficultés de l'interne. Ces situations étaient dans le cas d'un interne anxieux.

- E5 *"on l'a quand même bien bien materné, on a essayé de lui redonner confiance en lui" "on l'a pas lâché c'est à dire qu'il est tous les jours avec nous donc "comment tu te sens ?" "qu'est ce qui te mettrait en confiance ?" "à quel moment tu te sens stressé ?" "qu'est ce qu'il faut que je fasse pour que tu te sentes mieux ?"... on a essayé de l'accompagner au mieux."*
- E6 *"au final on a été plus attentif avec lui, vraiment à son écoute et vraiment a essayé de lui demander quelles difficultés il avait et ce qu'il pensait qu'il était possible de faire pour améliorer un peu ça."*

Un MSU expliquait avoir réagi en essayant d'accompagner l'interne dans ses apprentissages de manière très contrôlée.

- E2 *"tous les jours je lui donnais un truc à faire [...] Dès qu'il avait une lacune je lui disais ça demain tu m'en parles et donc je le prenais ¼ d'heure en début de matinée pour qu'il me dise ce qu'il avait vu sur les trucs"*

Ce même MSU expliquait que dans les différentes situations de difficultés rencontrées il avait essayé d'orienter les internes vers les activités ou les professionnels qui pourraient les aider en se mettant parfois en position de médecin de l'interne.

- E2 *"je l'ai incité à faire du théâtre"*
- E2 *"on l'a envoyé voir un psychiatre, en fait elle avait un problème de dépression. Et donc on a fait le diagnostic de dépression"*

Abandonne la situation, ne cherche plus à faire progresser l'interne

Dans certaines situations le MSU abandonnait la situation et ne cherchait plus à faire progresser l'interne.

Soit parce que l'interne n'était pas à l'écoute, ne se remettait pas en question :

- E1 *"il y a l'étape où je lâche prise, je me bat pas parce que c'est pas pour moi en fait, c'est pour l'interne [...] ils se sont pas emparé de mes remarques donc j'ai lâché prise, les 2 fois."*
- E4 *"Et puis du coup après bah je me suis braquée."*

Soit parce que l'interne était passif, ne s'impliquait pas dans le stage :

- E8 *"il avait pas d'attente et au bout d'un moment tu perds toi aussi cette volonté de le faire progresser ... fin si t'as pas de répondant en face, si t'as pas le même objectif tu te lasses."*

Essai de mettre l'interne en autonomie

A l'inverse certains MSU ont fait le choix d'essayer de mettre l'interne en autonomie même s'ils le trouvaient en difficulté :

- E5 *"On essayait d'avoir confiance en lui, on le laissait avec des malades mais on rattrapait des trucs et on se disait il va jamais y arriver."*
- E6 *"au final on l'a laissé un petit peu faire en étant pas loin dans les parages, en captant un peu des brides de conversation et c'est là qu'on s'est rendu compte qu'il était bien mieux finalement tout seul en consultation qu'avec nous"*

Demande d'arrêter le stage

Dans certaines situations les MSU faisaient une demande auprès de la faculté pour arrêter le stage de l'interne :

- E7 *"de façon collégial avec les autres maîtres de stage on a préféré alerté l'université en disant que nous il était en souffrance chez nous et que ça allait pas le faire. Donc le DUMG a accepté notre requête et l'a envoyé sur un autre terrain de stage."*
- E8 *"on a fait une demande au bout de 3-4 mois pour stopper le stage pour dire on arrête, il en tire aucun bénéfice et on en tire des désavantages, et ça a été refusé on a été obligé de continuer le stage jusqu'au bout."*

3- Réaction des internes

Trois grands types de réactions étaient retrouvées chez les internes après les alertes des MSU par rapport aux difficultés rencontrées ou après les signalements d'erreurs et les tentatives de formation.

Internes à l'écoute

Certains internes étaient à l'écoute des difficultés retrouvées par les MSU voir étaient déjà au courant de leurs difficultés (les internes redoublants par exemple) et étaient ouverts sur les solutions proposées. Dans la plupart des cas une évolution était retrouvée au cours du stage.

- E2 *"il a rapidement pris la mesure, il a écouté tout ce qu'on lui a dit, il a vraiment pris les choses du bon côté et il a mis le paquet."*
- E5 *"ça a été difficile mais bon en vrai on a persévéré, il a progressé surtout c'est ça qui a fait que ça a été mieux, il a pris confiance en lui et du coup au fur et à mesure du stage je savais qu'il serait validé"*

Dans deux situations l'interne reconnaissait les difficultés rencontrées mais n'arrivait pas à changer.

- E2 *"On lui a dit qu'il y avait un soucis et elle le reconnaissait mais n'arrivait pas à le changer pour autant."*

Une des situations était avec une interne de SASPAS, la situation était donc différente des autres qui concernaient toutes des internes de niveau 1 car les attentes étaient plus importantes notamment en ce qui concerne l'autonomie. Dans cette situation l'interne reconnaissait les difficultés pointées par le MSU mais avait du mal à accepter les conséquences d'avis d'invalidation en lien avec l'absence d'évolution.

- E7 *"Donc on lui a montré qu'elle était novice et elle a accepté qu'elle était novice donc on lui a dit "tu ne peux pas être SASPAS si tu es novice" et ça elle a pas compris."*

Internes non à l'écoute

Dans certaines situations les internes n'étaient pas à l'écoute des MSU, ils n'entendaient pas les critiques et ne se remettaient pas en question.

- E1 *"elle m'imposait sa façon de voir les choses en fait [...] elle ne se remettait pas en question"*
- E2 *"il passait à côté de signes ou il écoutait pas les signes et il essayait toujours de montrer qu'il avait raison"*
- E4 *"quand je voulais lui apporter quelque chose il était dans le refus."*

Un interne avait fait appel au syndicat des internes :

- E7 *"après il nous a sorti le bâton syndical donc on s'est dit que ça allait pas le faire..."*

Dans toutes les situations où l'interne n'était pas à l'écoute il ne pouvait pas y avoir d'évolution dans son comportement au cours du stage.

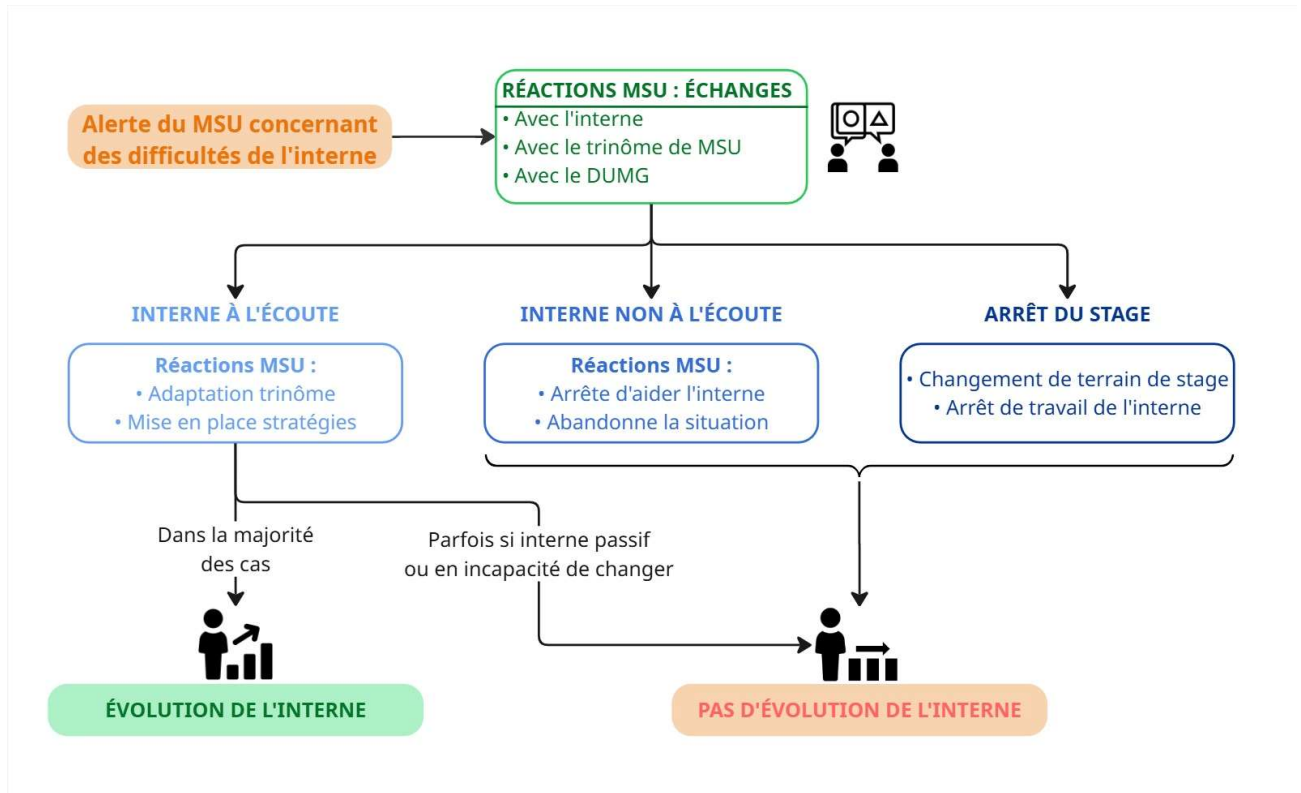
Arrêt de travail

Parfois la situation aboutissait sur un arrêt de travail de l'interne suite au signalement des difficultés retrouvées ou sur conseils des MSU et du DUMG quand les difficultés ne pouvaient pas s'améliorer en lien avec l'état de santé de l'interne :

- E2 *"rapport de mi-stage [...] le manque de professionnalisme : des retards, des absences jamais prévenues, et un comportement où c'était toujours la faute de l'autre et jamais de sa faute et donc ça ça a été décisif pour qu'on propose la non-validation. [...] Et en fait il s'est mis en arrêt de travail pour terminer son stage donc au bout de 2 mois et demi on ne l'a pas revu."*
- E2 *"On lui a dit qu'il y avait un souci et elle le reconnaissait mais n'arrivait pas à le changer pour autant. Et en fait ça s'est réglé en allant chez le psy. Elle a vu la coordinatrice qui a dû lui dire de se mettre en arrêt de travail et de se soigner."*

4- Les grandes étapes du stage (figure 2)

Figure 2 : Résumé des grandes étapes du stage selon les réactions des MSU et des internes



C-Vécu des MSU et éléments influençant le vécu

1- En lien avec le trinôme pédagogique

Le premier élément était la réaction des autres MSU encadrant l'interne : l'accord ou le désaccord et donc le soutien ou non entre MSU dans la situation.

En effet l'accord du trinôme sur les difficultés retrouvées ainsi que la gestion de la situation de manière collégiale permettait au MSU d'être rassuré dans son objectivité sur les difficultés rencontrées et lui allégeait le sentiment de responsabilité parfois culpabilisant.

- *E2 "tous les 3 on avait eu la même conclusion [...] C'est pour ça qu'il faut être dans un trinôme où on se connaît bien et où on communique bien."*
- *E8 "Ça c'était le côté facilitant, on était 3 et c'est rassurant dans le sens où tu vois que l'évaluation que tu fais est à peu près cohérente avec celle des autres membres du trinôme donc c'est rassurant tu ne portes pas forcément la décision tout seul [...] Le fait qu'avec le trinôme on allait tous dans la même voie ça donne du poids sur le fait que la situation elle est entre-guillemets "bien réelle" "*

A l'inverse les MSU dont le trinôme était en désaccord se sont sentis isolés et ont mal vécu la situation notamment sur l'avis de validation ou d'invalidation.

- *E1 "effectivement ces 2 expériences là je pense ça aurait rendu service à l'interne de refaire un niveau 1 [...] malheureusement j'ai pas été suivi donc je me suis un peu sentie trahie quand même, je me suis dit je suis maître de stage et finalement je ne sers à rien"*

Dans le cas où le trinôme n'était pas en accord avec l'avis du MSU, le fait d'être écouté et soutenu par le DUMG avait de l'importance dans le vécu.

2- En lien avec le DUMG

Quand la faculté ne suivait pas l'avis du MSU cela pouvait provoquer une sensation de trahison :

- *E1 "ils l'ont convoquée et elle a été validée, je me suis sentie un petit peu trahie"*

Même si les éléments transmis étaient initialement atténués en lien avec le désaccord du trinôme pédagogique :

- *E1 "J'ai pas osé mettre du négatif, mais je pense que j'aurai osé si les deux autres maîtres de stage m'avaient suivie [...] ça n'a pas été le reflet de ce que j'aurai mis spontanément toute seule"*

A l'inverse lorsque les éléments de difficultés retrouvés par le MSU étaient confirmés par le DUMG cela permettait de soulager le MSU même si le trinôme d'encadrants du stage n'était pas en accord :

- *E4 "ça corroborait des stages aux urgences tout ça, je n'étais pas toute seule, c'était un garçon qui avait des difficultés."*

L'intervention de la faculté libérait le MSU de la responsabilité de la validation :

- *E4 "ba après la décision c'était la fac, c'était son tuteur c'était tout ça"*

3- En lien avec l'interne

Un autre élément majeur influençant le déroulé du stage et le vécu du MSU était la réaction de l'interne et son évolution au cours du stage.

Le bon vécu du MSU était favorisé par la compréhension de l'interne concernant ses difficultés et sa volonté d'amélioration. S'il y avait une évolution, le MSU se sentait valorisé dans son accompagnement avec une sensation d'utilité.

- *E2 "on a eu de la chance de comprendre ce qu'il avait comme problème [...] c'était très positif pour le trinôme parce qu'en fait on avait réussi à le faire progresser [...] c'était valorisant pour nous dans notre fonction de maître de stage"*
- *E8 "même si c'était laborieux on ne faisait pas les choses pour rien quoi. C'est sûr que c'était compliqué, ça m'a demandé plus de temps que pour d'autres internes mais il y avait une bonne raison de le faire et puis ça a payé. On y a passé du temps mais il y a eu un résultat, une évolution"*

A l'inverse lorsque l'interne n'admettait pas les difficultés voire les masquait, cela empêchait une bonne communication entre interne et MSU et il était compliqué d'obtenir une évolution par la suite, cette situation entraînait comme réaction du MSU un abandon de la situation et un vécu non satisfaisant, frustrant avec un sentiment d'inutilité.

- *E2 "Ça a été difficile parce qu'il a essayé aussi à un moment de prendre le dessus"*
- *E8 "on a quand même essayé de faire des choses mais ça avait un goût d'inachevé et puis un peu d'amertume."*

4- En lien avec le profil du MSU

On a pu distinguer deux types de profils de MSU.

1. Les émotifs/empathiques :

Ils mettaient en avant le relationnel dans les motivations et points positifs de la fonction de MSU.

- E5 *"c'est moi qui les ai un peu poussé à le faire, pas parce que j'avais une âme de pédagogue parce que c'est pas vraiment le cas, mais je sais pas j'avais envie plutôt sur le plan relationnel."*
- E6 *"c'était chouette de pouvoir rencontrer des nouvelles personnes et aider du mieux possible à ce que les internes se forment."*

Ce relationnel et la création de liens avec l'interne entraînait un affect et des réactions de transfert pour le MSU.

- E4 *"On a cette intimité là avec les internes, on connaît leur vie, leurs envies ... donc c'est pas facile. On est forcément à un moment ou un autre dans un affect."*
- E5 *"tu passes 6 mois avec quelqu'un tous les jours dans ton quotidien, il connaît ta vie perso, ta vie pro, fin t'as pas envie de leur faire de mal quoi."*
- E4 *"moi vis à vis des internes je me suis hyper projetée avec mon fils qui passait par là aussi"*
- E8 *"On a tous été interne avant d'être médecin et d'être installé ..."*

Quand il y avait des difficultés la réaction de ce profil de MSU était de s'adapter à l'interne au maximum.

- E5 *"Je voulais pas qu'il ait envie de faire ses preuves si tu veux, l'idée c'était d'avancer ensemble et voilà."*
- E4 *"on veut aussi l'aider et voir ce qu'il ne va pas"*

Ils justifiaient toutes leurs décisions et réactions pour le bien de l'interne et donc se mettaient constamment à la place de l'interne. Emettre un avis d'invalidation était difficile pour eux parce qu'ils projetaient leur vision de l'échec.

- E8 *"A : Quand la question s'est posée de la validation c'était difficile parce que ça impliquait beaucoup de choses [...] B : Bah vis à vis de l'interne de refaire 6 mois c'est pas anodin, ça peut être décourageant pour l'interne de se dire entre guillemets "j'ai perdu 6 mois de ma vie là"."*
- E4 *"on sait que ça le met en difficulté sur sa vie quoi ... [...] nous on est là on connaît leur vie ..."*
- E6 *"Je pense que ça n'aurait pas été dans son intérêt de ne pas le valider parce que sur le plan psychologique ça aurait été difficile pour lui."*

Pour certains, la responsabilité d'une invalidation paraissait trop lourde à porter.

- E5 *"Tu vois moi en tant que maître de stage j'ai pas envie de dire à un interne bah je te valide pas [...] donc j'ai pas envie d'être maître de stage pour pas valider les gens ..."*
- E4 *"moi je prends pas cette responsabilité là hein [...] Les 3 MSU on est quand même à fond pour le valider parce qu'aucun de nous 3 ne supporterait de ne pas le faire."*

Pour ce profil de MSU réfléchir sur les difficultés et envisager que le stage puisse ne pas être validé était très difficile à vivre. Ils mentionnaient que cela était inconfortable, perturbant, stressant avec parfois un retentissement sur la vie personnelle.

- E4 *"Moi le nouveau qu'on m'a mis là j'en dormais pas quoi ! J'ai pas l'habitude de ce stress là." "c'est compliqué on se prend la tête"*
- E8 *"ce qui est inconfortable c'est de te dire que tu as la vie de ton interne, entre tes mains [...] c'est inconfortable de voir la personne en difficulté ... de te dire elle a donné son meilleur sur les 6 mois mais c'est pas sûr que ça aboutisse c'est pas satisfaisant ..."*

Ils se sentaient responsables de la réussite du stage et de l'évolution de l'interne.

- E5 *"on se sentait investi d'une mission pour lui"*
- E6 *"on se sent quand même un peu responsable et on a cette envie qu'il s'épanouisse [...] que le stage se passe bien et surtout pour lui ... qu'il progresse"*

Ils étaient soulagés s'il y avait une évolution de l'interne même minime et que cette progression permettait d'émettre un avis de validation pour l'interne.

- E6 *"il y a un peu un avant/après et ça c'est satisfaisant de sentir qu'il est sorti quand même du stage en tout cas en ayant un peu gagné de la confiance [...] même si en effet on a l'impression que les choses restent compliquées/ difficiles en tout cas dans cette situation là y a eu du mieux."*
- E8 *"je pense que c'est l'évolution, euh, dans le sens où il y a eu une progression quand même importante [...] elle était peut être un peu limite à être validée, peut être pas totalement prête"*

En revanche, la situation devenait plus compliquée à vivre si l'interne n'évolue pas. L'avis d'invalidation devenant inévitable, les MSU ressentaient le besoin de se justifier en mettant en avant le bien de l'interne ou la responsabilité vis à vis notamment des futurs patients et des futurs MSU de SASPAS.

- E4 *"Je l'ai invalidé mais je l'ai fait pour lui, je l'ai fait gentiment en fait ... après peut-être qu'il me déteste quand même ... je veux pas qu'on me déteste moi."*

- *E8 "il y a quand même la part humaine, fin tu vois tu passes 6 mois avec une personne et de finir sur un échec c'est pas satisfaisant et c'est surtout les conséquences que ça peut avoir."*
- *E4 "ce qui est déterminant c'est cette responsabilité vis à vis des patients et cette responsabilité vis à vis des confrères."*

Leur vécu à posteriori était aussi affecté, ces MSU signalaient beaucoup de remises en question par la suite, parfois un besoin de parler de la situation vécue, de refaire des formations.

- *E4 "J'en ai vraiment parlé à tout le monde [...] j'en parle encore à des médecins qui font MSU quand on se croise dans des réunions. J'en ai parlé sur la réunion de validation des compétences."*
"Juste après j'ai refait un stage sur la validation des stages."

Il pouvait aussi y avoir une appréhension d'être de nouveau dans une situation d'interne en difficulté :

- *E4 "J'ai arrêté 1 an suite à cette expérience "*
- *E8 "j'ai accepté de refaire 6 mois, on devait avoir un interne fléchi les mois qui ont suivi et j'ai envoyé un mail au DUMG disant qu'après les 6 mois que je venais de passer j'avais besoin d'un peu de répit et si on pouvait éviter de refaire 6 mois avec un interne en difficulté j'apprécierai"*

2. Protocolaire :

Ces MSU valorisaient la transmission que ce soit dans la fonction du MSU ou dans les points positifs de la maîtrise de stage par les connaissances que pouvaient leur apporter les internes.

- *E7 "j'accompagne l'interne vers une amélioration de ce qu'il sait faire et je lui montre ce qu'il doit apprendre dans les missions du médecin généraliste"*
- *E1 "les internes m'interpellent sur des choses qu'on fait des fois de façon mécanique et nous apportent leurs connaissances toutes fraîches"*

Ils utilisaient des éléments objectifs pour suivre et évaluer l'interne et se posaient moins de questions s'ils estimaient l'interne non compétent :

- *E7 "je fais une pré-évaluation avec cette grille donc ça donne déjà les objectifs qu'on peut mettre en place et après il garde sa grille donc il peut s'auto-évaluer en cours de stage pour voir s'il passe de novice à compétent [...] y a des étudiants qui progressent et d'autres où ça n'avance pas"*
- *E1 "il y a des choses qu'on peut tolérer mais y a des choses qu'on peut pas laisser passer [...] il y a des critères de non proposition de validation"*

Pour autant, il pouvait y avoir des éléments de vécu négatifs comme l'énergie importante mobilisée pour aider l'interne, la fatigue psychologique ou les difficultés relationnelles avec l'interne.

- E1 *"Après oui c'est compliqué quand on a un interne avec qui ça coince et ça c'est pas des bons moments, c'est plus compliqué à gérer. "*
- E2 *" ça m'a pas mal mis un coup et puis il m'a épuisé. Il m'a épuisé psychologiquement "*
- E7 *"on était déçu quoi"*

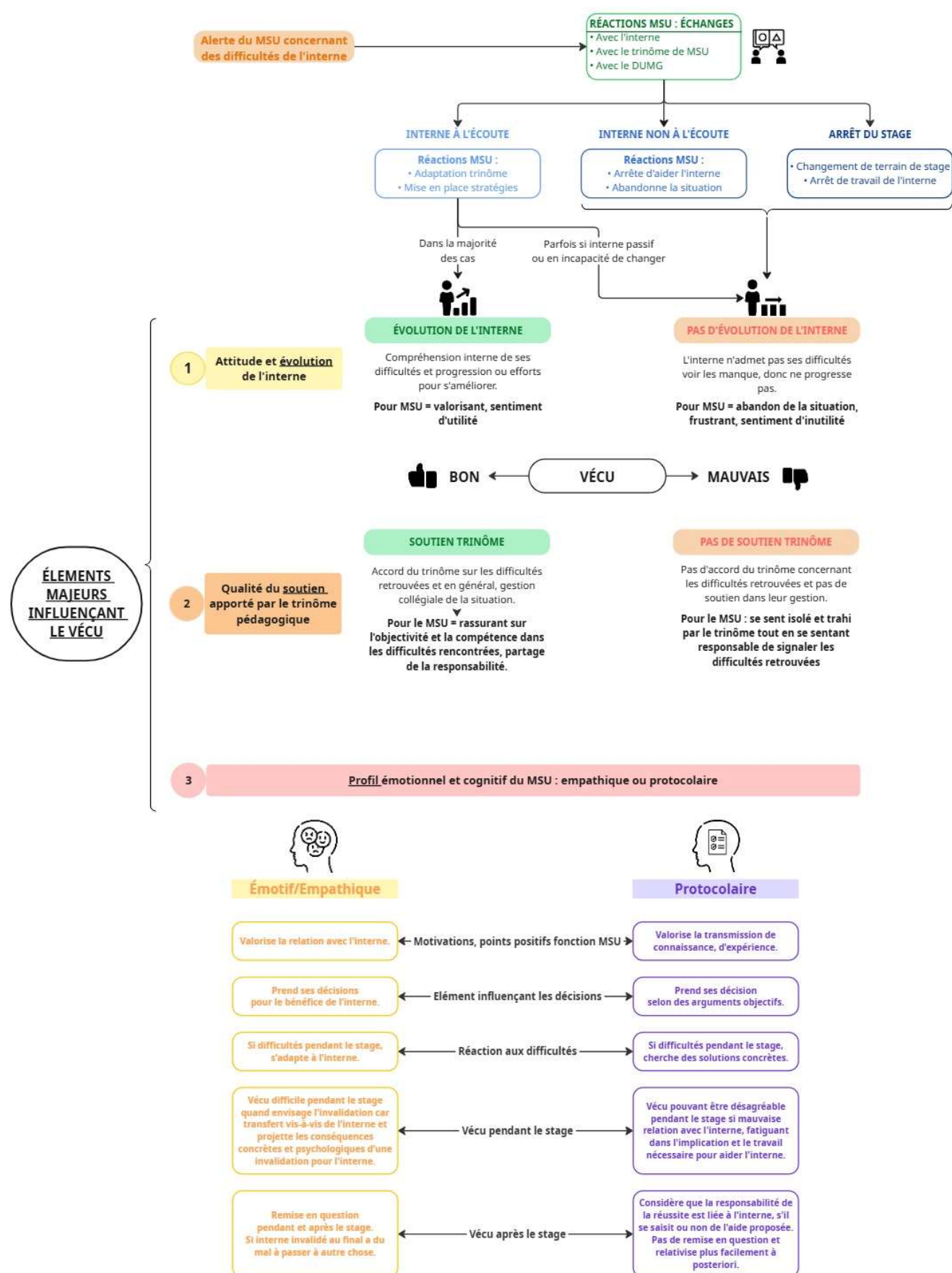
Sur la décision de non-validation, ce profil de MSU se sentait moins en difficulté. Ils estimaient que cela relevait de la responsabilité de l'interne s'il n'y avait pas d'amélioration suffisante. C'était à l'interne de se saisir de l'aide proposée.

- E2 *" A : ça a été difficile d'assumer d'avoir donné un avis d'invalidation ? B : Non ça m'a pas du tout gêné "*
- E7 *"fin bon on a l'impression de faire largement des efforts donc si ça le fait pas bah ça le fait pas "*
- E2 *"on lui a envoyé une bouée et il a pris la bouée, l'autre on lui a envoyé une bouée et il a pas voulu la prendre."*

A posteriori il y avait moins de remise en question, ces MSU relativisait plus facilement la situation.

- E1 *"après je l'ai bien vécue parce que je me suis dit que de toute façon c'est l'histoire d'un interne [...] J'ai relativisé"*
- E7 *"tant pis quoi. On est passé à autre chose comme on dit."*

Figure 3 : Eléments majeurs influençant le vécu



IV- Discussion

L'objectif de ce travail était d'explorer le vécu des maîtres de stage universitaires (MSU) confrontés à des situations d'internes en difficulté, lorsque la question d'un avis d'invalidation se posait au cours du stage.

L'analyse des différentes situations rapportées par les MSU a mis en évidence la nature multiple et complexe des difficultés rencontrées par les internes. L'élément d'alerte était rapide permettant le repérage précoce de ces difficultés.

Le vécu des MSU apparaissait principalement influencé par deux dimensions : leurs caractéristiques personnelles et professionnelles d'une part, et le déroulement du stage d'autre part, notamment en fonction des réactions de l'interne et de celles des autres encadrants.

A-A propos des résultats

1- Le déroulé du stage

Repérage précoce des difficultés : l'importance du gut feeling

Un résultat retrouvé dans toutes les situations évoquées par les MSU est le repérage précoce d'un élément d'alerte chez l'interne. Les MSU rapportent un élément d'alerte dès les premières semaines voir dès la première rencontre avec l'interne souvent sans disposer d'éléments objectifs à ce stade.

Ce phénomène s'apparente au concept de « gut feeling » décrit par Stolper et al. (2010) comme une impression intuitive d'alerte ou de réassurance basée sur l'expérience clinique dans des situations d'incertitude. [10]

En contexte pédagogique, ce gut feeling permet au MSU d'identifier rapidement un interne susceptible de rencontrer des difficultés. Il favorise également la communication d'alerte au sein du trinôme, en facilitant l'échange d'un ressenti commun sur une situation potentiellement problématique nécessitant un encadrement renforcé.

Cependant, ce mécanisme repose sur l'intuition propre à chaque évaluateur et comporte donc une part de subjectivité. Si le *gut feeling* constitue un outil précieux de repérage précoce, il nécessite d'être rapidement étayé par des observations plus structurées et des éléments objectifs, afin de limiter les risques de biais dans l'évaluation de l'interne.

Typologie des difficultés : une complexité multifactorielle

Les difficultés rencontrées par les internes apparaissent multiples et intriquées, mêlant des dimensions relationnelles, biomédicales, comportementales et psychologiques.

Les résultats de notre étude sont cohérents avec ceux de Python et al. (2022), qui rapportaient un profil similaire de difficultés des internes identifiées par les tuteurs, avec une intrication fréquente entre difficultés professionnelles et personnelles chez les internes. [6]

Cette complexité souligne la nécessité d'une approche globale et individualisée dans l'accompagnement des internes, ajustée à la nature des difficultés rencontrées et aux besoins spécifiques de chaque situation.

Influence de l'interne : la nécessité d'une implication active

Nos résultats montrent qu'une part déterminante du vécu du stage, tel qu'il est rapporté par les MSU, est liée à l'attitude de l'interne face aux difficultés identifiées. La reconnaissance de ses difficultés et son implication active dans le processus de formation apparaissent essentielles pour favoriser un déroulement de stage satisfaisant. À l'inverse, le refus d'admettre les difficultés ou un manque d'investissement sont perçus par les MSU comme une entrave majeure, générant un sentiment d'impuissance et d'inutilité dans leur fonction de formateur.

Cette observation rejoint les travaux de Spallanzani, Sarrasin et Poirier (1992), qui soulignent que l'évolution positive d'une situation d'apprentissage repose sur une dynamique collaborative entre encadrant et stagiaire, nécessitant une reconnaissance partagée des difficultés et un engagement dans un processus d'amélioration. [11]

De même, Lepage et Gervais (2007) rappellent, dans leurs travaux sur l'accompagnement des stagiaires en difficulté, que l'implication du stagiaire est un facteur clé de réussite : l'acceptation d'un diagnostic pédagogique et l'adhésion aux stratégies proposées conditionnent l'efficacité de l'accompagnement. [12]

Une implication active de l'interne permet une progression tangible au cours du stage, renforçant la perception d'utilité et de satisfaction du MSU dans son rôle de formateur.

Soutien des autres encadrants : un besoin de sécurité et de légitimité

Le soutien du trinôme pédagogique et du Département Universitaire de Médecine Générale (DUMG) apparaît comme un facteur déterminant du vécu des MSU confrontés à une situation d'interne en difficulté. Lorsque l'évaluation est partagée entre les encadrants et appuyée par l'institution, la charge émotionnelle ressentie par le MSU est significativement allégée. Cette dynamique de soutien confère au MSU un sentiment de légitimité dans son évaluation et réduit le poids de la responsabilité individuelle.

À l'inverse, l'isolement du MSU, lorsque son avis n'est pas suivi par ses pairs, expose à un vécu de trahison, de dévalorisation et de perte de sens dans sa fonction pédagogique.

Ces observations rejoignent les travaux de Mann et al. (2009), qui soulignent combien la charge émotionnelle pesant sur les enseignants cliniques justifie la mise en place de dispositifs de soutien formalisés. Ces dispositifs sont essentiels pour préserver l'engagement des enseignants confrontés à des situations d'évaluation difficile et prévenir leur épuisement professionnel. [13]

2- Stratégies d'adaptation : influence des profils de personnalité

Deux grands profils de MSU : empathiques et protocolaires

Notre étude a mis en évidence deux grands profils de MSU, qui influencent significativement leur manière d'aborder l'encadrement, de réagir face aux internes en difficulté et de vivre ces situations pendant et après le stage.

Ces deux profils étaient :

- ❖ **Les empathiques**, fortement investis sur le plan émotionnel, privilégiant la relation interpersonnelle.
- ❖ **Les protocolaires**, plus distanciés, s'appuyant prioritairement sur des éléments objectifs de suivi et d'évaluation.

Apport du modèle MBTI : une grille de lecture des préférences décisionnelles

Ces profils peuvent se rapprocher des types de personnalités identifiés par le MBTI (Myers-Briggs Type Indicator). [14] L'idée principale de cette théorie est que ce qui semble être un comportement aléatoire est en réalité cohérent et prévisible, car il reflète des préférences innées dans la manière de percevoir et de juger le monde. Plus précisément, en s'intéressant à la dimension « jugement » - critères de décision - du MBTI : les MSU empathiques s'apparenteraient au profil **Sentiment (F)**, qui valorise les valeurs humaines et le bien-être émotionnel dans la prise de décision ; alors que les MSU protocolaires correspondraient davantage au profil **Pensée (T)**, qui privilégie une prise de décision fondée sur la logique et l'objectivité.

Ce parallèle éclaire les différences de vécu émotionnel entre ces deux profils : les empathiques ont tendance à s'impliquer personnellement et à se remettre davantage en question en cas d'échec, là où les protocolaires conservent plus aisément une distance critique. Cette distinction ouvre la voie à des pistes d'accompagnement différenciées, qu'il s'agisse de soutenir les MSU dans leur pratique pédagogique ou d'orienter certains internes vers un encadrant dont le style correspond mieux à leurs besoins.

Le transfert en situation pédagogique : une implication émotionnelle de l'accompagnant

Le vécu émotionnel complexe des MSU, en particulier chez les empathiques, peut également être éclairé par les travaux de Marie-Christine Cifali. Dans ses ouvrages *Transfert et formation : de la théorie à la clinique* (2001) et *Le lien éducatif : contre-jour analytique* (1994), elle souligne que toute situation de formation est traversée par des phénomènes inconscients de transfert et de contre-transfert, engageant le formateur non seulement dans sa fonction pédagogique mais également dans son histoire personnelle, ses représentations et ses affects. Dans ce contexte l'accompagnant est émotionnellement impliqué dans la réussite ou l'échec de l'apprenant. [15,16]

Nos résultats illustrent ce phénomène : les MSU empathiques s'identifient fortement à leurs internes, intégrant des éléments personnels dans leurs réflexions d'évaluateur. Dès lors, la perspective d'une non-validation suscite un malaise important et l'avis défavorable est souvent vécu avec culpabilité et remise en question.

Cette implication émotionnelle comporte des aspects positifs (implication, soutien de l'étudiant), mais contribue également à expliquer certaines difficultés vécues : culpabilité, blocages ou mal-être en cas de situation assimilée à un échec.

Reconnaître la dimension transférentielle inhérente à toute relation éducative permettrait non seulement de mieux comprendre le malaise de certains MSU face aux situations d'échec mais également de proposer des espaces de parole et de réflexion afin de soutenir leur fonction pédagogique tout en protégeant leur équilibre émotionnel.

Évaluation entre bienveillance et exigence : un dilemme éthique

Notre étude mettait en évidence que lors de l'évaluation de l'interne le MSU se trouvait en tension entre bienveillance envers l'interne et exigence vis-à-vis de la qualité des soins futurs. En effet l'émission d'un avis de non-validation est vécue comme une décision lourde de conséquences humaines que ce soit pour l'interne qui sera impacté dans son parcours de formation et potentiellement sur le plan psychologique mais aussi pour toutes les personnes qui viendront à être en contact avec ce professionnel en formation et futur soignant.

Ce ressenti est corroboré par l'étude de Cleland et al. (2008) qui décrit combien les enseignants cliniques vivent la non-validation comme un échec partagé avec l'étudiant. [17]

Dans notre étude on voit que la plupart des MSU représentent la non-validation comme un échec du stage. Cela vient à présumer à la place de l'étudiant ce qu'il attend en priorité de son stage. La déception d'une invalidation ne veut pas dire que celle-ci sera forcément mal vécue en effet elle pourrait permettre à l'étudiant d'améliorer des compétences qui lui feront gagner en confiance et mieux vivre la fin de son internat voire son exercice professionnel.

L'invalidation ne devrait pas être envisagée uniquement comme une sanction mais comme une opportunité d'apprentissage et de protection pour l'interne, le système de soins et les patients futurs. Cela rejoint ce que décrit Cécile Goï dans son article *L'école : la réussite comme objectif, l'échec comme improbable versus* (2008) qui traite du rapport à l'échec en pédagogie que l'on avait abordé dans l'introduction. Cet article introduit l'idée qu'un stage non validé peut être bénéfique car ayant permis des apprentissages, un développement de la personne et donc une réussite éducative s'il est accompagné correctement [9].

Il semble donc essentiel de renforcer la formation pédagogique des MSU sur l'accompagnement des situations d'échec, l'évaluation formative continue et la gestion émotionnelle de la non-validation.

Une thématique attendue et non retrouvée : le coût financier et sociétal de l'invalidation

Un élément notable est l'absence, dans les entretiens, de la thématique de la pression sociétale ou institutionnelle quant à la validation des stages. Pourtant, le redoublement d'un stage ou l'arrêt d'un cursus médical (le DES devant être validé en six ans) représente un coût financier pour la société et peut aggraver la pénurie actuelle de médecins.

L'investigateur s'attendait à retrouver cette notion parmi les freins à l'invalidation pour les MSU. L'absence de cette thématique dans les entretiens suggère qu'elle n'est pas perçue comme un levier décisionnel direct par les MSU, ceux-ci étant davantage centrés sur l'évaluation individuelle de l'interne. Cette notion semble probablement intervenir dans les réflexions d'autres acteurs institutionnels (DUMG, ARS...)

B- Forces et limites

Méthodologie

Cette étude qualitative a été conduite selon les recommandations de la grille COREQ (Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research), garantissant ainsi une rigueur méthodologique dans la collecte, l'analyse et la restitution des données issues des entretiens.

Population de l'étude

L'échantillon interrogé présentait une hétérogénéité intéressante, constituant un point fort de l'étude. Les MSU inclus avaient des profils variés tant en termes d'âge que d'ancienneté dans l'exercice de la médecine et dans leur fonction de maître de stage. Cette diversité permettait de recueillir un éventail large de représentations et d'expériences, ce qui renforce la richesse et la validité des données qualitatives obtenues.

Cependant, plusieurs limites doivent être soulignées. L'étude a été restreinte à la région Centre-Val de Loire, ce qui pourrait limiter la transférabilité des résultats à d'autres contextes régionaux. Par ailleurs, la population exposée au problème étudié restait relativement restreinte, les situations de non-validation des internes étant rares. Il convient également de noter l'absence de statistiques précises sur la prévalence des non-validations de stages d'internes. Il n'a donc pas été possible de réaliser des comparaisons factuelles entre les terrains de stage, entre facultés, entre spécialités ou entre professions dans le champ des soins.

Un biais potentiel concerne la validation finale : dans la quasi-totalité des situations, la faculté suivait l'avis du MSU. Néanmoins, dans une situation, un MSU avait exprimé un avis défavorable quant à la validation d'un interne, avis qui n'a pas été suivi par la faculté.

Il existe également un biais de recrutement concernant les situations recensées : une seule situation concernait un interne de niveau SASPAS. Plusieurs hypothèses peuvent être avancées pour expliquer cet écart. Il est plausible que ce déséquilibre reflète la répartition effective des situations de difficultés sur les terrains de stage.

En effet, pour présenter des difficultés importantes en SASPAS, un interne doit avoir validé l'ensemble des stages antérieurs, notamment ceux de niveau 1. On peut envisager que la création de la phase socle de l'internat de médecine générale, avec un renforcement de la vigilance sur les validations, ait limité le passage d'internes au niveau supérieur avec un niveau jugé insuffisant. Par ailleurs, il est possible que les MSU aient davantage de réticence à invalider un interne en fin de cursus, les internes de SASPAS étant souvent attendus pour effectuer des remplacements par la suite. La création récente de la quatrième année d'internat pourrait à l'avenir modifier ces dynamiques.

Position de l'investigateur

L'étude présente également certaines limites liées à la posture de l'investigateur. Les entretiens ont été conduits par une chercheuse novice en recherche qualitative, bien que rompue, par son métier, à la conduite d'entretiens ouverts avec des patients. Aucun double codage n'a été réalisé et aucune triangulation des données n'a été mise en place, ce qui aurait pourtant permis de renforcer la crédibilité de l'analyse. Néanmoins les a priori de l'investigateur ont été explicités en début d'étude afin de limiter au maximum l'influence de ces biais dans la conduite et l'interprétation des entretiens.

Comparaison à la littérature

Malgré ces limites, les résultats obtenus sont globalement en cohérence avec les données de la littérature existante, renforçant ainsi leur validité externe.

C- Perspectives

Les résultats de cette étude ouvrent plusieurs pistes de réflexion en vue d'améliorer l'accompagnement des MSU confrontés à des situations de questionnement sur la non-validation, tout en préservant le bien-être des internes au cours de leur formation.

Tout d'abord, la décision de non-validation d'un stage ambulatoire, bien qu'elle soit théoriquement collégiale — s'appuyant sur l'avis de l'ensemble des MSU, du superviseur, du tuteur et du coordinateur du DUMG — reste vécue par les MSU comme une responsabilité individuelle lourde. Ce poids peut s'accompagner d'un sentiment de culpabilité, notamment face aux conséquences potentielles pour l'interne. Il serait pertinent de réfléchir à des dispositifs permettant de renforcer le caractère collégial de l'évaluation dans ces situations sensibles, afin de mieux soutenir les encadrants et de réduire l'isolement décisionnel. La mise en place de procédures d'évaluation partagées ou de comités de validation ad hoc pourrait constituer une piste à explorer.

Par ailleurs, une comparaison avec les stages hospitaliers semble intéressante. Le vécu des encadrants hospitaliers apparaît probablement différent : l'encadrement et la prise de décision y sont souvent perçus comme plus collectifs et moins individualisés.

De surcroît, dans les stages hospitaliers, le sentiment de responsabilité vis-à-vis de la formation et de l'avenir de l'interne pourrait être moins marqué. Une analyse comparative approfondie entre ces contextes pourrait apporter des éléments utiles pour améliorer le vécu des MSU en stage ambulatoire.

De la même manière, une comparaison avec l'encadrement dans d'autres spécialités médicales pourrait enrichir cette réflexion. Dans plusieurs disciplines, les internes réalisent de nombreux stages successifs au sein de la même spécialité, avec des référents qui suivent leur parcours sur une durée prolongée. Cette continuité permet aux encadrants d'avoir une vision plus précise de l'évolution clinique de l'interne, favorisée par des échanges réguliers entre superviseurs. Ces modalités pourraient inspirer des adaptations en médecine générale, en particulier pour mieux appréhender les difficultés évolutives d'un interne.

Par ailleurs, bien que la littérature soit riche sur le vécu global de l'internat et les difficultés psychologiques associées, peu d'études se sont intéressées spécifiquement aux parcours d'internes ayant connu un ou plusieurs stages non validés. Or, les MSU expriment fréquemment des inquiétudes quant au devenir de ces internes et à l'impact psychologique d'une évaluation négative ou d'une invalidation. Une enquête portant sur les attentes et les ressentis des internes ayant été confrontés à ces situations permettrait d'apporter un éclairage nouveau. Elle pourrait contribuer à modifier le regard des MSU sur la notion de réussite ou d'échec d'un stage et à mieux appréhender l'intérêt, à terme, d'un stage supplémentaire ou d'une discussion approfondie autour de la validation.

Enfin, ces constats soulignent l'intérêt de renforcer les dispositifs de formation continue et de soutien destinés aux MSU. La création d'espaces de discussion sur le vécu de ces situations complexes, ainsi que de formations dédiées à la gestion de ces cas sensibles, pourrait favoriser une meilleure préparation des encadrants. Ces réflexions pourraient utilement s'inspirer de la littérature sur le transfert et l'échec dans la relation médecin-patient, notamment en explorant le parallèle avec la gestion d'un patient « qui met en échec », afin d'enrichir les outils de compréhension et d'accompagnement des MSU.

V- Conclusion

Notre étude qualitative a permis d'explorer en profondeur le vécu des maîtres de stage universitaires (MSU) confrontés à des internes en difficulté, en éclairant les multiples dimensions qui influencent leur expérience. Nous avons mis en évidence que le repérage de ces difficultés est souvent précoce, guidé par l'intuition clinique (gut feeling) du MSU.

Les difficultés rencontrées par les internes apparaissent multifactorielles, mêlant des aspects relationnels, biomédicaux, comportementaux et psychologiques, ce qui complexifie leur prise en charge.

Face à ces situations, le vécu des MSU s'avère étroitement lié à plusieurs paramètres :

- Leur profil émotionnel et cognitif (empathique ou protocolaire) ;
- La qualité du soutien apporté par le trinôme pédagogique et le Département Universitaire de Médecine Générale (DUMG) ;
- L'attitude et l'évolution de l'interne au cours du stage.

Deux profils de MSU se dégagent :

- ❖ Les **empathiques**, investis affectivement, qui s'exposent davantage au risque de souffrance en cas d'échec ou de rupture relationnelle.
- ❖ Les **protocolaires**, plus distancés, s'appuyant sur des critères objectifs et des référentiels pour limiter l'impact émotionnel.

Ces résultats soulignent l'enjeu d'un meilleur accompagnement des MSU dans leur double rôle, à la fois formateur et évaluateur, un équilibre souvent délicat et parfois mal accepté. Former les MSU à identifier leur propre fonctionnement émotionnel et à renforcer leurs compétences en décision pédagogique apparaît comme une piste essentielle pour limiter leur souffrance au travail, tout en garantissant une évaluation juste et protectrice pour les patients futurs.

Enfin, la mise en place de dispositifs institutionnels de soutien formalisés, accessibles et clairement identifiés pour les MSU confrontés à ces situations complexes, semble indispensable. De tels dispositifs contribueraient à sécuriser leur engagement pédagogique, à prévenir l'épuisement professionnel, et à assurer la qualité et la sécurité de la formation médicale initiale.

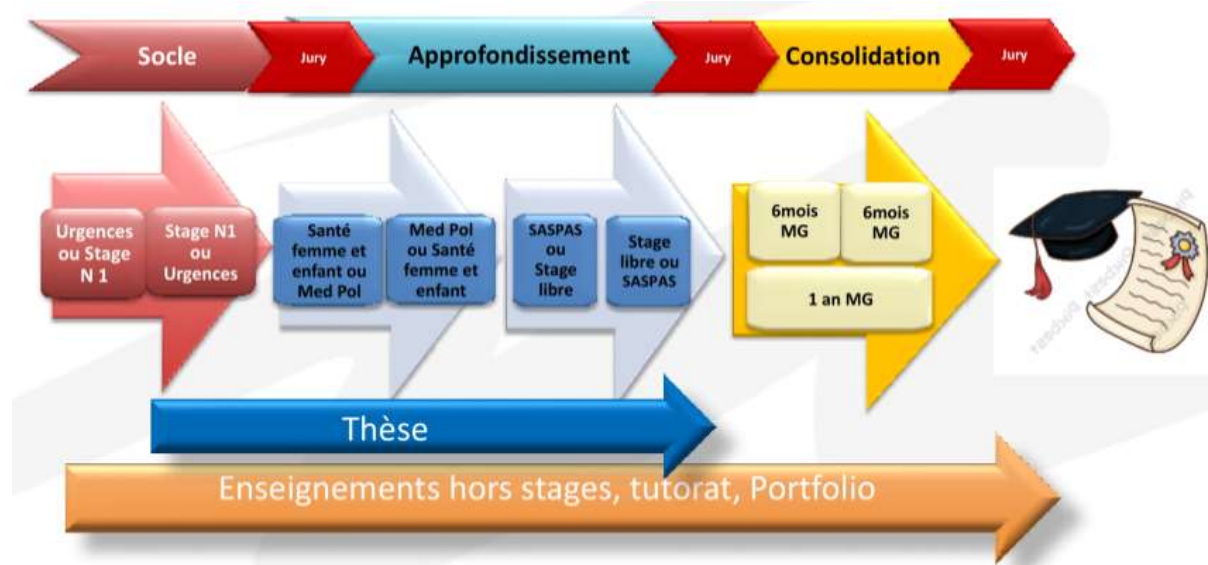
VI- Bibliographie

1. Historique du CNGE [Internet]. [cité 12 janv 2023]. Disponible sur: https://www.cnge.fr/le_cnge/historique_du_cnge/
2. Un peu d'histoire | Département Médecine Générale - Université de Rouen [Internet]. [cité 9 janv 2023]. Disponible sur: <https://dumg-rouen.fr/p/un-peu-dhistoire>
3. DES de Médecine Générale – CNGE [Internet]. [cité 4 févr 2025]. Disponible sur: <https://www.cnge.fr/la-pedagogie/le-cursus-de-medecine-generale/des-de-medecine-generale/>
4. Article 36 - LOI n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires - Légifrance [Internet]. [cité 4 févr 2025]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/article_jo/JORFARTI000020879483
5. Couton C. Évaluation formative des internes de médecine générale en stage ambulatoire en soins primaires en autonomie supervisée (SASPAS) à la faculté de médecine de Tours :Bilan de l'expérimentation de deux outils.
6. Pithon Maxence, Brel Bastien, Bernard Pierre, Vorilhon Philippe, Tanguy Gilles, Cambon Benoît. Stratégie d'accompagnement des étudiants de 3^e cycle de médecine générale en difficulté : étude qualitative auprès de leur tuteur. Exercer. avr 2022;(182):184-90.
7. CNGE Formation [Internet]. [cité 12 mai 2025]. Disponible sur: https://www.cnge-formation.fr/le_parcours_pedagogique_des_msu
8. Donatien Mallet, Caroline Galle-Gaudin, Godefroy Hirsch, François Chaumier, Valérie Duchêne, Nolwenn Begat & Nathalie Denis-Delpierre. La formation en soins palliatifs : pratiques réflexives, éthique et accompagnement. In: Ethique et paradoxes de l'accompagnement en santé, travail social et formation. Téraèdre. 2019. p. 105-20.
9. Goï PC. L'ECOLE : LA REUSSITE COMME OBJECTIF, L'ECHEC COMME IMPROBABLE VERSUS. 2008;7.
10. Stolper E, Van de Wiel M, Van Royen P, Van Bokhoven M, Van der Weijden T, Dinant GJ. Gut feelings as a third track in general practitioners' diagnostic reasoning. J Gen Intern Med. 2011 Feb;26(2):197-203. doi: 10.1007/s11606-010-1524-5. Epub 2010 Oct 22. PMID: 20967509; PMCID: PMC3019314.
11. Spallanzani C, Sarrasin JB, Poirier S. Les stagiaires en difficulté: pistes d'action. Pédagogie médicale. 1992;3(1):32–41.
12. Lepage M, Gervais C. L'accompagnement du stagiaire en difficulté: un processus de co-construction. Pédagogie collégiale. 2007;20(3):24–9.
13. Mann K, Gordon J, MacLeod A. Reflection and reflective practice in health professions education: a systematic review. Adv Health Sci Educ Theory Pract. 2009;14(4):595-621.
14. Myers IB, McCaulley MH, Quenk NL, Hammer AL. MBTI Manual: A Guide to the Development and Use of the Myers-Briggs Type Indicator. 3rd ed. Consulting Psychologists Press; 1998.

15. Cifali M-C, al. Transfert et formation : de la théorie à la clinique. Paris : L'Harmattan ; 2001.
16. Cifali M-C, Le lien éducatif : contre-jour analytique. Paris : Presses Universitaires de France ; 1994.
17. Cleland J, Knight L, Rees C, Tracey S, Bond C. "Is it me or is it them?": factors that influence the passing or failing of undergraduates in clinical assessments. Med Educ. 2008;42(8):800-9

Annexes :

Annexe 1 : Maquette du DES de médecine générale issue du site du CNGE



Annexe 2 : Guide de la validation de stage par le DUMG de Tours

Comment faire valider son stage

MAJ nov 2023

Art 57 de l'arrêté du 12 avril 2017 portant organisation du troisième cycle des études de médecine :

- i. *Un stage est validé après avis du responsable médical du lieu de stage agréé ou du praticien agréé-maître de stage des universités responsable du stage dans lequel ou auprès duquel a été affecté l'étudiant, et de la commission locale représentée par le coordonnateur, par le directeur de l'unité de formation et de recherche. [...]*
- ii. *L'étudiant remplit chaque semestre une grille d'évaluation de la qualité de son stage portant notamment sur les aspects pédagogiques et les conditions de travail et d'exercice.*

Etapes suivies jusqu'à la décision par le directeur d'UFR

1^{ère} étape : Dépôt du dossier COMPLET (Evaluation de stage + évaluation du terrain de stage) par l'interne sur Celene, avant le 15 avril pour un stage d'hiver, le 15 octobre pour un stage d'été

2^{ème} étape : Evaluation du dossier par le rapporteur puis par la commission locale de coordination

- Lecture des évaluations par le rapporteur. Si besoin les encadrants en stage sont contactés par téléphone pour un complément d'informations.
- Le rapporteur fait part de son évaluation à la commission locale de coordination

En cas de doute sur la validation, le dossier est transmis à la commission locale de coordination qui prend une décision collégiale. L'étudiant est convoqué en entretien avec le coordonnateur local ou le coordonnateur local adjoint pour lui expliquer la décision et définir des prescriptions pédagogiques et un processus d'accompagnement.

3^{ème} étape : La commission locale de coordination soumet une proposition au Doyen

4^{ème} étape : Décision définitive par le directeur de l'UFR

- Transmission de la décision à l'ARS et au directeur du CHU

Annexe 3: Grille COREQ (Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research)

Domaine 1 : Recherche et relations avec les participants

N°	Item	Contenu adapté à la thèse
1	Qui a mené les entretiens ?	L'enquêtrice, médecin généraliste en formation.
2	Genre de l'enquêteur	Femme.
3	Quelle expérience ou formation ?	Première recherche qualitative mais expérience à la conduite d'entretiens ouverts dans sa pratique clinique. Formation méthodologique suivie dans le cadre de la thèse.
4	Relation établie avant l'étude ?	Les MSU interrogés connaissaient parfois l'enquêtrice de manière professionnelle, mais aucun lien hiérarchique direct.
5	Que savaient les participants de l'enquêteur ?	Statut de médecin généraliste en formation, réalisant une thèse sur le vécu des MSU face aux situations de non-validation. Objectif de l'étude expliqué en début d'entretien.
6	Quels a priori ou intérêts déclarés ?	Les a priori de l'enquêtrice ainsi que son intérêt du sujet et l'absence de conflits d'intérêt ont été explicités en amont de l'étude.

Domaine 2 : Design de l'étude

N°	Item	Contenu adapté à la thèse
7	Approche théorique	Approche phénoménologique et interprétative
8	Sélection des participants	Échantillonnage de MSU de médecine générale dépendant du DUMG de Tours, préalablement connus ou présentés par des internes.
9	Combien de participants ?	Huit MSU ont été inclus dans l'étude.
10	Comment ont-ils été contactés ?	Par mail et/ou téléphone (SMS ou appel).
11	Pourquoi ont-ils participé ?	Volontariat pour partager leur expérience dans une optique d'amélioration des pratiques d'encadrement.
12	Type d'approche	Entretiens individuels semi-dirigés.
13	Lieux de recueil des données	En présentiel, lieu au choix du MSU (cabinet médical ou domicile du MSU ou lieu public (café)).
14	Présence d'autres personnes ?	Non.
15	Description de l'échantillon	Echantillon raisonné et homogène de MSU avec critères de diversité (âge, ancienneté d'exercice et de fonction de maître de stage) ayant été confrontés à une situation d'interne en difficulté dont la validation a posé question.

16	Guide d'entretien ?	Guide élaboré spécifiquement pour l'étude, non pré-testé. Questions ouvertes et relances exploratoires.
17	Relances ?	Oui, adaptées en fonction des réponses des participants.
18	Enregistrement audio ?	Oui après accord du participant.
19	Notes prises pendant ou après ?	Oui. Notes réflexives prises après les entretiens.
20	Durée des entretiens	39 minutes en moyenne (min 20, max 63).
21	Suffisance atteinte ?	Oui, suffisance d'entretiens pour analyse phénoménologique
22	Retour des transcriptions aux participants ?	Non.

Domaine 3 : Analyse et présentation des résultats

N°	Item	Contenu adapté à la thèse
23	Nombre de codeurs	Un (l'enquêtrice).
24	Description du codage	Codage manuel inductif réalisé à partir des verbatim, identification de thèmes récurrents.
25	Dérivation des thèmes	Thèmes dérivés des données (approche inductive).
26	Logiciel utilisé ?	Microsoft Word
27	Vérification par les participants ?	Non
28	Citations illustratives ?	Oui, extraits des entretiens illustrant chaque thème majeur.
29	Cohérence entre données et conclusions ?	Oui.
30	Clarté des thèmes principaux ?	Oui.
31	Diversité des cas ?	Oui, diversité d'expériences selon le profil des MSU et les situations rencontrées.
32	Clarté des thèmes mineurs ?	Oui, thèmes secondaires présentés en complément des majeurs.

Cette grille COREQ (Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research) synthétise les éléments méthodologiques de l'étude qualitative réalisée dans le cadre de cette thèse. Elle permet de garantir la transparence et la rigueur de la démarche d'analyse qualitative conduite à partir d'entretiens semi-dirigés auprès de maîtres de stage universitaires.

Les entretiens et codages sont accessibles sur demande à l'auteur.

Annexe 4 : Guide d'entretien individuel

Thèmes :	Questions :
Parcours biographique	1. Peux-tu me raconter ton parcours ? Comment en es-tu arrivé à être médecin puis MSU ?
	R1. Du coup tu m'as dit que tu étais MSU depuis ..., quels sont les internes que tu accueilles en stage (plutôt niveau 1/SASPAS/les 2) ?
	R2. As-tu d'autres rôles de formation universitaire ? (tuteur, animateur de GEAP, encadrant de thèse)
Fonction de MSU :	2. Y a-t-il des moments, des expériences qui t'ont particulièrement marqué en tant que MSU/ avec des internes ?
	R1. Pour toi quel est ou quels sont les rôles du MSU ?
	R2. Quelles ont été tes motivations pour être MSU ? Est-ce que ce sont toujours les mêmes aujourd'hui ?
Repérage/ Accompagnement situations difficiles :	3. Peux-tu me raconter une situation où la validation d'un interne a été compliquée ? (qu'il y ait eu validation ou non au final)
	R1. Peux-tu décrire les différentes grandes étapes du stage de cet interne ?
	R2. Quel a été le moment où tu t'es rendu compte que la validation serait difficile, quel a été le premier élément qui t'as alerté ?
	R3. Comment as-tu fait pour gérer cette situation où tu pensais que la validation poserait question ?
	R4. As-tu fait appel à l'aide d'autres intervenants ? Si oui de quelle manière et qu'est-ce que cela a pu apporter ?
Vécu, analyse à posteriori :	4. Comment as-tu vécu cette situation ?
	R. Avec le recul, que penses-tu de cette expérience ? A-t-elle modifié ton point de vue ou ta gestion des internes en stage ?
	R. Est-ce que tu veux qu'on parle d'un autre interne dont la validation a pu être compliquée ?
Evaluations :	5. Concernant l'évaluation et la validation, à Tours l'évaluation des MSU permet de donner un avis pour le DUMG qui ensuite prend la décision de validation ou non. Qu'en penses-tu ?
	R1. Y a-t-il eu des situations où tu as regretté ce que tu avais noté ou dit pendant l'évaluation ?
	R2. Y a-t-il déjà eu des situations dans lesquelles le choix final de validation ou non n'a pas suivi ton avis ? Comment as-tu vécu cela ?
	R3. Y a-t-il des choses dont je n'ai pas parlé et que tu souhaites aborder ?

Vu, le Directeur de Thèse

Le 26/05/2025

Isabelle ETTORI

A handwritten signature in dark ink, appearing to read 'Isabelle ETTORI', with a large, stylized flourish underneath.

Vu, le Doyen

De la Faculté de Médecine de

Tours Tours, le

RESUME

Le vécu des maîtres de stage universitaires face aux situations de validation incertaine d'un interne : étude qualitative dans la région Centre-Val de Loire

Contexte : Les stages ambulatoires de médecine générale, encadrés par des maîtres de stage universitaires (MSU), sont des moments clés pour repérer les internes en difficulté nécessitant un temps supplémentaire de formation. Il est essentiel que les MSU sachent identifier ces difficultés, accompagner les internes et évaluer leurs compétences de façon pertinente et équitable. Cependant, l'évaluation peut devenir complexe lorsque la validation du stage est incertaine, exposant les MSU à des tensions entre leurs rôles d'accompagnateurs et d'évaluateurs. À ce jour, la littérature apporte peu de données sur leur vécu face à ces situations.

Objectif : Explorer le vécu des MSU de la région Centre-Val de Loire ainsi que les éléments influençant ce vécu lorsqu'ils sont confrontés à des situations d'internes en difficulté avec un questionnement sur la validation du stage.

Méthode : Étude qualitative par entretiens semi-dirigés auprès de huit MSU rattachés au Département universitaire de médecine générale (DUMG) de Tours. Les verbatims retranscrits et anonymisés ont été analysés selon une approche phénoménologique interprétative.

Résultats : Neuf entretiens ont été réalisés entre juillet 2023 et juin 2024. Les difficultés rencontrées par les internes étaient variées, souvent intriquées rendant les situations complexes. Lors de la détection de ces difficultés, les MSU privilégiaient d'abord l'échange direct avec l'interne, puis la concertation entre MSU encadrants, et si nécessaire, le recours au DUMG. Les principaux facteurs favorisant un vécu satisfaisant pour les MSU étaient l'évolution favorable de l'interne au cours du stage, le soutien entre pairs et l'appui du DUMG. Deux profils de MSU ont émergé : les **MSU empathiques**, très investis émotionnellement, plus sujets aux phénomènes de transfert, avec un risque accru de remise en question et de sentiment d'échec en cas d'invalidation ; et les **MSU protocolaires**, s'appuyant davantage sur des critères objectifs, facilitant une distanciation émotionnelle.

Conclusion : Ces éléments interrogent sur la nécessité de mieux accompagner les MSU dans leur rôle d'évaluateur, rôle souvent mal accepté au profit d'une posture de soutien. Former les MSU à la reconnaissance de leur propre fonctionnement émotionnel et à la prise de décision pédagogique pourrait limiter leur souffrance au travail, tout en assurant une évaluation plus juste et protectrice pour les patients futurs. Une étude similaire auprès d'encadrants hospitaliers serait intéressante pour compléter l'évaluation des besoins de soutien des formateurs en stage.

Mots-clés : maître de stage universitaire, vécu, interne de médecine générale, difficulté, évaluation, validation de stage

LE GRAET Alice

Pages : 53 - Tableaux : 3 - Figures : 3

Résumé :

Contexte : Les stages ambulatoires de médecine générale, encadrés par des maîtres de stage universitaires (MSU), sont des moments clés pour repérer les internes en difficulté nécessitant un temps supplémentaire de formation. Il est essentiel que les MSU sachent identifier ces difficultés, accompagner les internes et évaluer leurs compétences de façon pertinente et équitable. Cependant, l'évaluation peut devenir complexe lorsque la validation du stage est incertaine, exposant les MSU à des tensions entre leurs rôles d'accompagnateurs et d'évaluateurs. À ce jour, la littérature apporte peu de données sur leur vécu face à ces situations.

Objectif : Explorer le vécu des MSU de la région Centre-Val de Loire ainsi que les éléments influençant ce vécu lorsqu'ils sont confrontés à des situations d'internes en difficulté avec un questionnement sur la validation du stage.

Méthode : Étude qualitative par entretiens semi-dirigés auprès de huit MSU rattachés au Département universitaire de médecine générale (DUMG) de Tours. Les verbatims retranscrits et anonymisés ont été analysés selon une approche phénoménologique interprétative.

Résultats : Neuf entretiens ont été réalisés entre juillet 2023 et juin 2024. Les difficultés rencontrées par les internes étaient variées, souvent intriquées rendant les situations complexes. Lors de la détection de ces difficultés, les MSU privilégiaient d'abord l'échange direct avec l'interne, puis la concertation entre MSU encadrants, et si nécessaire, le recours au DUMG. Les principaux facteurs favorisant un vécu satisfaisant pour les MSU étaient l'évolution favorable de l'interne au cours du stage, le soutien entre pairs et l'appui du DUMG. Deux profils de MSU ont émergé : les **MSU empathiques**, très investis émotionnellement, plus sujets aux phénomènes de transfert, avec un risque accru de remise en question et de sentiment d'échec en cas d'invalidation ; et les **MSU protocolaires**, s'appuyant davantage sur des critères objectifs, facilitant une distanciation émotionnelle.

Conclusion : Ces éléments interrogent sur la nécessité de mieux accompagner les MSU dans leur rôle d'évaluateur, rôle souvent mal accepté au profit d'une posture de soutien. Former les MSU à la reconnaissance de leur propre fonctionnement émotionnel et à la prise de décision pédagogique pourrait limiter leur souffrance au travail, tout en assurant une évaluation plus juste et protectrice pour les patients futurs. Une étude similaire auprès d'encadrants hospitaliers serait intéressante pour compléter l'évaluation des besoins de soutien des formateurs en stage.

Mots-clés : maître de stage universitaire, vécu, interne de médecine générale, difficulté, évaluation, validation de stage

Jury :

Président du Jury : Professeur Philippe GATAULT
 Directeur de thèse : Docteur Isabelle ETTORI
 Membres du Jury : Docteur Cécile RENOUX
 Docteur Léa JEUDI

Date de soutenance : 26 juin 2025