

La supervision indirecte idéale d'après l'expérience des internes en stage autonome en soins primaires ambulatoires supervisé

Ideal indirect supervision according to general practice interns in autonomy

Céline LAJZEROWICZ^{1,*}, Yves-Marie VINCENT¹, et Catherine JUNG²

¹ Département de médecine générale, Université de Bordeaux, Bordeaux, France

² Département de médecine générale, Université de Strasbourg, Strasbourg, France

Manuscrit soumis à la rédaction le 22 octobre 2017 ; commentaires éditoriaux formulés aux auteurs le 25 février et le 19 mars 2019 ; accepté pour publication le 21 mars 2019

Résumé - Contexte et objectif : Pendant le stage autonome en soins primaires ambulatoires supervisé (SASPAS), l'interne réalise seul les consultations médicales. Son maître de stage lui apporte une rétroaction régulière lors de séances de supervision indirecte (SI). L'objectif de cette étude est d'explorer l'expérience de la SI par les internes en SASPAS, afin de faire émerger les caractéristiques de la séance de supervision idéale de leur point de vue. **Méthodes :** Une étude qualitative par entretiens individuels semi-dirigés a été réalisée auprès des internes en SASPAS en Aquitaine. Une analyse thématique de contenu a été menée dans une approche analytique inductive. **Résultats :** Douze entretiens ont été réalisés entre janvier et mars 2017. Les internes ont décrit la séance de SI idéale comme un temps pédagogique centré sur l'interne et sa pratique, dans un climat de bienveillance et d'échange entre « pairs ». Elle se déroule dans un temps et un espace dédié. La rétroaction, guidée par le maître de stage expert, est une dynamique entre validation de l'action et critique sous forme de marge de progression. L'enjeu est le développement de la réflexivité, des compétences et du sentiment d'efficacité personnelle. **Conclusion :** La séance de SI idéale présente les caractéristiques d'une supervision formative, centrée sur l'interne en formation. La réflexion développée sur cet outil pédagogique peut favoriser son appropriation par le maître de stage et l'interne, et amener à une amélioration des pratiques de supervision.

Mots clés : éducation médicale, internat, soins primaires, autonomie, supervision indirecte, rétroaction

Abstract. Background and purpose: During the SASPAS (6-month general-practice internship in autonomy) internship, residents conduct medical consultations on their own. Their supervisor regularly offers feedback through indirect-supervision (IS) sessions. The aim of the study was to explore SASPAS residents' experience of IS in order to bring out their viewpoints about the features of an ideal IS session. **Methods:** A qualitative study through semi-structured personal interviews was carried out among residents in Aquitaine (France). A thematic analysis on content was led using an inductive approach. **Results:** Twelve interviews were carried out between January and March 2017. Residents describe ideal IS sessions as educational time focused on residents and their practice in a context of empathy and "peer" learning. The sessions require a dedicated time and space. The supervisor, a primary care expert, gives the feedback. Feedback momentum goes from validation to pointed comments in the form of room for improvement. The issue is the development of reflexivity, skills and sense of personal effectiveness. **Conclusion:** Ideal IS sessions constitute a formative supervision, focused on residents in training. Further thoughts on this educational tool may lead to improvement in supervision practices.

Keywords medical education, residency, primary care, autonomy, indirect supervision, feedback

*Correspondance et offprints : Céline LAJZEROWICZ,
46 avenue Pierre Wiehn, 33600 Pessac, France.
Mailto : celine.lajzerowicz@u-bordeaux.fr.

Introduction

Contexte

Dans le contexte français, le stage autonome en soins primaires ambulatoires supervisé (SASPAS) concerne les étudiants en cours de diplôme d'études spécialisées de médecine générale (troisième cycle de formation, dénommé cycle de formation post-graduée dans d'autres pays), durant leur dernière année d'internat. Lors de ce stage, l'interne réalise seul les consultations et les visites. Il assume ses actes et décisions en autonomie, tout en étant systématiquement supervisé par son maître de stage, à distance de sa rencontre avec le patient [1].

Le maître de stage des universités (MSU) assure cette supervision indirecte (SI) au moyen d'entretiens physiques et/ou téléphoniques réguliers, où sont revus les dossiers des patients que l'interne a pris en charge. D'après le guide du MSU du Collège national des généralistes enseignants (CNGE) [2], la séance de supervision doit être le plus rapprochée des consultations réalisées : si possible le soir même, au plus tard dans les 48 heures et idéalement quotidienne. La durée est fonction du nombre de patients et des difficultés rencontrées.

La supervision clinique

La supervision clinique est une pratique d'accompagnement pédagogique dont l'objectif est le développement des compétences professionnelles. Elle a été définie par Kilminster *et al.* [3] comme « la fourniture d'une guidance et d'une rétroaction relative au développement personnel, professionnel et éducationnel du stagiaire, dans le cadre d'une expérience de soins, appropriés et sûrs, délivrés à un patient ».

La supervision occupe une place centrale dans l'apprentissage en situation authentique. Elle n'est pas réduite à la simple transmission de données concernant les patients. Le MSU doit guider l'interne dans l'auto-évaluation de ses performances et lui apporter une rétroaction efficace [2]. La recherche sur la supervision clinique [4–6] a montré l'importance de la qualité de l'interaction avec le superviseur, pour favoriser l'apprentissage de l'étudiant.

En SI, la rétroaction est fournie à partir de la présentation par l'étudiant de la situation et de la résolution des problèmes identifiés [7]. D'après O'Brien *et al.* [8], la rétroaction, élément essentiel de la supervision clinique, consiste à fournir à l'étudiant un point de vue objectif concernant ses actions et les conséquences prévisibles de celles-ci. La réflexivité, guidée par l'enseignant, aide l'étudiant à comprendre comment il a raisonné en situation, pourquoi il a pris ces décisions et comment il peut améliorer ses futures prises en charge.

Le concept d'« alliance pédagogique » a récemment été proposé pour mieux appréhender la complexité des interactions entre le superviseur et l'étudiant [9,10]. D'après ces études, l'alliance pédagogique est un élément essentiel de la qualité de la rétroaction.

Problématique

Les études réalisées sur le SASPAS, depuis sa création en 2004, montrent un bilan positif dans l'acquisition de compétence [11,12]. Cependant, la qualité du stage et de la supervision, apparaît variable et parfois insuffisante [13–15]. En 2010, une étude qualitative auprès des MSU a exploré les freins à la réalisation de la SI [16]. Les trois grands thèmes principaux concernent l'organisation d'un temps dédié, la motivation de l'interne, et la méconnaissance des outils pédagogiques. Le principe de rétroaction n'est pas toujours bien compris ni appliqué. Les MSU déclarent ne pas toujours savoir ce que l'interne attend de la séance de supervision.

En faisant l'hypothèse qu'une meilleure connaissance des attentes et des besoins des internes favoriserait l'appropriation de cet outil pédagogique par l'interne et le MSU, permettant une amélioration des pratiques de supervision, l'objectif de notre travail est d'étudier la SI en SASPAS à partir de l'expérience des internes et de faire émerger les caractéristiques de la séance de supervision idéale selon leur point de vue.

Méthodes

La méthode qualitative et l'analyse inductive

Nous avons mené une étude qualitative par entretiens individuels semi-dirigés, dans une approche analytique inductive [17]. Cette méthode issue des sciences humaines vise la production de connaissances à partir de la réalité subjective du sujet. Le processus de théorisation est inductif car la connaissance est produite à partir des données du terrain [18].

Le sujet d'étude est conceptualisé à partir de l'analyse du discours (verbatim) des sujets. Le verbatim est analysé ligne par ligne, permettant l'émergence de « codes ». Un code est une unité de sens attribué à un segment de texte. Les codes sont ensuite regroupés en thèmes. Il ne s'agit pas seulement de résumer et de catégoriser, le chercheur doit mener une démarche interprétative progressive cherchant à donner du sens au phénomène étudié [19].

L'analyse nécessite l'interprétation des données au fur et à mesure qu'elles sont recueillies, afin d'affiner progressivement les questions et les hypothèses de recherche et de permettre l'émergence induite de concepts et de théories.

Recueil de données

Nous avons recruté les participants parmi les 29 internes en cours de SASPAS en Aquitaine lors du semestre de novembre 2016 à avril 2017, selon un échantillonnage de convenance. Il était prévu de poursuivre le recrutement jusqu'à saturation des données.

Les entretiens ont été menés en face à face au domicile de l'investigateur ou du participant, afin de favoriser la qualité des échanges. Les entretiens étaient enregistrés par dictaphone et retranscrits intégralement.

Tableau I. Caractéristiques des participants et de leur supervision.

Sexe		7 femmes 5 hommes
Âge (moyenne)		28 ans
Semestre d'internat		8 en 5 ^e semestre 4 en 6 ^e semestre
Milieu d'exercice		2 urbain 4 semi-rural 6 rural
Nombre de MSU par interne		7 binômes 5 trinômes
Séance de SI	Systématique	83 % systématique
	Durée/jour (moyenne)	31 minutes
	Face à face ou téléphone	85 % en face à face 15 % par téléphone
	Sélection des patients	70 % : tous les patients revus 30 % : sélection des problèmes
Sur les 29 MSU concernés	Appréciation globale des séances de SI (/10)	9-10 : 13 MSU
		7-8 : 10 MSU
		5-6 : 3 MSU
		< 5 : 3 MSU

MSU : maître de stage des universités ; SI : supervision indirecte.

Lors du stage SASPAS, les internes sont en stages chez deux ou trois MSU différents, ce qui permet l'exposition à différentes pratiques cliniques et de supervision. Les différentes expériences de SI doivent permettre de faire émerger les spécificités d'une supervision idéale du point de vue de l'interne.

Le guide d'entretien semi-dirigé a été élaboré par les investigateurs selon les principes de la méthode qualitative dans une perspective inductive. Il se déroule de façon à amener l'interne à raconter ses expériences de SI, en se focalisant sur les dimensions d'intérêt retrouvées dans les guides pédagogiques [2-4] : le cadre de la séance, le déroulement de l'échange et l'interaction avec le superviseur. Il devait comparer ces expériences entre elles afin d'en faire émerger les caractéristiques et les perceptions associées, puis exprimer ses préférences, ses besoins et ses attentes. Enfin, il décrivait sa vision de la séance de supervision idéale. L'objectif était d'amener une réflexion permettant au sujet de conceptualiser à partir de son vécu et de comprendre les déterminants de cette conceptualisation.

À la fin de l'entretien, des questions fermées permettaient de caractériser l'échantillon. Ces caractéristiques sont représentées dans le [tableau I](#). Elles concernent le sujet et le mode de supervision pour chacun d'entre eux.

Les participants ont donné leur consentement oral au début des entretiens. La confidentialité était garantie : seul l'investigateur principal connaissait l'identité des participants. La retranscription du verbatim était anonymisée avant son analyse. Les fichiers ont été déclarés à la Commission nationale de l'informatique et des libertés (CNIL).

Analyse

L'analyse des verbatim a été réalisée à l'aide du logiciel de traitement de texte Word. Elle a débuté dès le recueil des premiers entretiens et le guide d'entretien a été adapté au fur et à mesure de l'avancement des travaux.

Les verbatim ont fait l'objet d'une analyse thématique de contenu, inductive, par l'investigateur principal et un autre chercheur, de façon indépendante. Il n'y avait pas de grille de lecture *a priori*. Les chercheurs se retrouvaient par tranche de trois interviews, afin de comparer leurs codes, leurs thèmes et le sens donné. Les résultats ont été construits *via* une analyse circulaire entre le discours et la théorisation, selon une approche compréhensive [17].

Résultats

Douze entretiens individuels semi-dirigés ont été menés durant la période du 3 janvier au 18 mars 2017. Au total, 14 internes ont été sollicités par téléphone, deux d'entre eux n'étaient pas disponibles pour l'entretien.

La durée des entretiens est de 53 minutes en moyenne. L'analyse du verbatim s'est déroulée de janvier à mai 2017. La saturation des données a été atteinte. Aucun nouveau code n'a émergé lors des trois derniers entretiens.

Présentation analytique

- Les thèmes émergents sont les suivants :
- le concept de la supervision ;
 - organisation de la séance de SI ;
 - situations cliniques abordées ;
 - déroulement de la rétroaction ;
 - enjeux de la rétroaction ;
 - interaction entre le superviseur et le supervisé ;
 - temps pédagogique centré sur la pratique de l'interne.

Le concept de la supervision

La séance de SI est nécessaire et appréciée. Elle assure tout l'intérêt du SASPAS.

Elle est définie comme un cadre, dans lequel l'interne peut évoluer en sécurité pour lui-même et pour le patient :

Int 4 « *mettre un cadre tout en laissant un peu de liberté* ».

Certains internes peuvent la percevoir comme une surveillance. La plupart conçoivent la SI comme un partage de l'expérience de leur journée de travail ou comme un retour sur leur pratique en la confrontant au regard d'un autre médecin :

Int 3 « *C'est vraiment un échange qui nous rassure* ».

Organisation de la séance de supervision indirecte

La séance de SI est considérée comme un rituel. Idéalement, elle a lieu chaque jour, de façon systématique, à l'issue des consultations.

L'interne et le MSU doivent bénéficier d'un temps consacré à la SI – Int 8 « *qu'on ne soit pas pressés par le temps, qu'il n'y ait pas d'impératif horaire derrière* » – selon

une durée adaptée, suffisante sans que la discussion ne s'éternise. La durée adéquate est estimée à 30 minutes par jour environ, souvent en rapport avec l'expérience de l'interne.

Le manque de disponibilité du praticien ou de l'interne est considéré comme un obstacle à une supervision de qualité :

Int 7 « *quand ils sont occupés, quand ils sont en voiture, parfois on n'a pas tellement envie de trop développer, ou quand il est tard le soir...* ».

La fatigue de l'interne et du praticien en fin de journée limite l'exhaustivité de la séance. Une solution serait de prévoir une séance de SI par demi-journée.

La rencontre en face à face est préférée à l'entretien téléphonique, car elle favorise la qualité des échanges. Elle a lieu dans un espace dédié, généralement le bureau médical de l'interne : Int 9 « *face à face dans le bureau, c'est un moment privilégié, et je trouve que ça, c'est important.* ».

Cela permet également d'avoir accès au dossier des patients et à internet.

Le support de la discussion est le récit oral de l'interne. Les dossiers des patients peuvent être consultés si besoin. Une majorité d'internes constitue une liste des patients avec des précisions sur le cas afin de servir de support lors de la séance. Une partie des MSU ont instauré un journal de bord comprenant la liste des patients, les problématiques et la décision prise. Cet outil est considéré parfois comme fastidieux à compléter pendant la consultation, mais utile au moment de la supervision. En effet, les internes regrettent de ne pas toujours se souvenir des situations cliniques rencontrées pendant la journée :

Int 9 « *je pense que c'est hyper important de noter, qu'on puisse avoir une vraie discussion basée sur quelque chose dont on se souvient.* »

Situations cliniques abordées

Pour quelques internes, il est plus adapté de sélectionner uniquement les situations « ayant posé problème » comme c'est le cas dans leur expérience actuelle, mais pour la majorité, ils préfèrent rendre compte de tous les patients, en privilégiant un passage rapide sur les situations non problématiques et un échange plus long sur les consultations ayant posé des difficultés, afin de concilier le temps et l'exhaustivité. Mentionner tous les patients permet d'éviter de « passer à côté de quelque chose » (Int 1), de réajuster son auto-évaluation et de poser des questions sur des problématiques « secondaires » :

Int 8 « *pas hésiter à reprendre chaque dossier pour voir si il n'y a pas quelque chose intéressant à creuser.* ».

Le contenu de la séance de supervision doit être adapté aux situations rencontrées et aux besoins de l'interne :

Int 4 « *si tu t'éloignes trop du sujet, des patients, si tu commences à partir dans des histoires [...] ça dure des heures... C'est intéressant mais bon, parfois, ça pourrait être un peu plus centré...* ».

Les situations problématiques sont sélectionnées par l'interne, notamment les situations graves, urgentes ou rarement rencontrées, à l'origine d'un doute à propos de sa décision :

Int 5 « *ça va être soit parce que je pense qu'un patient a été plus grave qu'un autre [...] soit parce que je pense que ce que j'avais fait, je ne suis pas sûr de moi que ce soit la bonne attitude à adopter. [...] Et après ça va être sur des ressentis aussi.* ».

Les patients abordés en priorité sont aussi ceux pour lesquels des transmissions de l'interne au MSU sont nécessaires pour le suivi et la continuité des soins. Parfois, c'est le MSU qui sélectionne des situations, pour avoir des nouvelles d'un patient particulier d'un point de vue somatique ou psycho-social. L'interne apprécie que le MSU profite de la séance pour lui faire un retour sur les patients qu'il a pris en charge précédemment.

Déroulement de la rétroaction

Les internes ne perçoivent pas de technique particulière utilisée par leur MSU pour mener la séance de SI. Selon eux, elle se déroule « *au feeling* ». Deux internes ont mentionné le terme « rétroaction ».

La rétroaction est présentée par les internes comme une discussion qui se déroule de la présentation de la situation à l'expertise du MSU :

Int 12 « *on reparle de tous les cas, je leur dis ce que j'ai fait. Je leur dis aussi les questions que je me suis posées, là où j'ai hésité, et eux me font part de leur avis, de leur expérience surtout.* »

On peut individualiser de façon chronologique :

– la présentation, par l'interne, de la situation et de sa décision – Int 7 « *comme un récit* ». Il doit aussi partager son ressenti sur la consultation, ses doutes et les difficultés rencontrées. L'interne doit être honnête et transparent :

Int 2 « *Il faut se livrer totalement, faut se lâcher, faut dire ce qu'on a fait* ». Le fait de présenter et de reformuler la situation amène déjà à une réflexivité bénéfique ;

– S'ensuit un questionnement réciproque entre l'interne et le MSU :

- du MSU à l'interne afin de préciser des éléments pour mieux se représenter la situation, mais aussi dans le but d'amener l'interne à réfléchir sur sa prise en charge et à argumenter sa décision :

Int 1 « *je trouve que c'est toujours bien sous forme de questions, de faire rappeler quelque chose plutôt que de dire comme ça directement* ». Certains internes expriment un besoin d'être challengés par les questions du MSU :

Int 5 « *je trouverais intéressant de nous mettre en difficulté sur des situations où on n'est pas en difficulté* ».

- de l'interne au MSU, sur l'évaluation de son action, sur des questions spécifiques concernant la situation, ou plus générales ;

– L'interne et le MSU doivent cerner la problématique de la consultation. Certains MSU proposent de chercher une problématique pour chaque consultation, ce qui est apprécié :

Int 2 « *même quand c'est qu'un rhume ils veulent* ».

toujours qu'on aille plus loin. [...] dans ce qu'on aurait pu faire, comment on aurait pu rendre la consultation intéressante » ;

- Un temps important est l'évaluation de l'action de l'interne par le MSU :

Int 3 « *toute la journée on est tout seul et on n'a pas forcément de recul sur ce qu'on fait, ben si parce que le soir en fait ils nous disent "c'est très bien, c'est ça qu'il fallait faire..."* ».

Les mots « critique », « retour » ou « avis » sont utilisés. La rétroaction est représentée par la critique positive ou négative de la décision de l'interne. Cela permet d'ajuster son auto-évaluation. La validation de son action est très attendue, elle apporte réassurance, voire soulagement. La critique négative doit être présentée comme une amélioration possible de la prise en charge ou une marge de progression plutôt qu'une remise en cause de la décision.

La validation systématique de toutes ses décisions sans critique négative, est insuffisante, voire insécurisante :

Int 3 « *La supervision, c'est pas forcément "oui, t'as bien fait", c'est "oui, attends, t'aurais peut-être pu faire ça..." et c'est ça, pouvoir changer la façon de faire* » ;

- Suite à l'évaluation, l'interne attend du MSU qu'il lui apporte son expertise et notamment qu'il transmette la façon dont il aurait lui-même raisonné et agi dans la situation évoquée. Selon les cas, l'avis du MSU peut représenter une référence à suivre, mais il amène le plus souvent un complément, une optimisation potentielle de la prise en charge. C'est aussi une façon de s'ouvrir sur d'autres possibilités :

Int 3 « *découvrir un peu leur façon de faire aussi parce que mine de rien c'est vrai qu'il n'y a pas une bonne façon de faire et de se dire "ah ouai, c'est vrai que ça aurait pu être pas mal, ça"* ».

Les internes attendent l'apport de connaissances théoriques fondées sur les preuves et surtout l'apport de l'expérience du praticien, associés à des « *conseils pratiques* ». Ils estiment profiter de l'expérience que le praticien a acquise avec le temps. L'expérience seule sous forme d'« *habitudes* » n'est pas suffisante ;

- Certains internes effectuent quelques recherches sur internet en vue de la discussion avec leur MSU. La séance de SI est aussi l'occasion d'une recherche bibliographique à deux. Le débriefing peut apporter à l'interne de quoi rédiger son portfolio ;
- Parfois, la rétroaction est suivie par une correction de la décision (rappel du patient pour modification de la prise en charge). L'interne adhère à cette démarche s'il considère que la correction immédiate était nécessaire dans l'intérêt du patient. Dans le cas contraire, il apprécie que le MSU respecte sa prise en charge passée et souhaite intégrer les nouveaux apprentissages « *pour la prochaine fois* » :

Int 11 « *c'est vraiment ma prise en charge qui prime, qui compte en premier mais si vraiment la modification est importante dans ce cas il faut...* »

L'intérêt de la rétroaction est dans l'échange. La confrontation entre le point de vue du généraliste expérimenté qui connaît le patient et un regard extérieur, plus novice avec tout de même son expérience et ses connaissances théoriques, servent aux apprentissages de l'interne et du MSU. Enfin, la discussion à deux permet de prendre la meilleure décision pour le patient :

Int 12 « *on se posait pas mal de questions [...] et du coup on se les posait aussi à deux. Et à force d'en discuter, je pense qu'on a eu à peu près la bonne prise en charge* ».

La ressemblance avec les groupes de pairs est abordée par deux internes.

Enjeux de la rétroaction

La rétroaction permet à l'interne d'apprendre et de progresser :

Int 8 « *j'ai l'impression de progresser tous les jours, rien que par un retour sur ce qu'on a fait sur la journée, c'est bénéfique* »

Int 2 « *J'apprends sur tout : sur moi, sur les patients, [...] sur des trucs pratiques, l'organisation du cabinet, de la maison de santé* ».

Elle entraîne une validation ou une modification de l'action future :

Int 1 « *la prochaine fois, je verrai les choses peut être d'une autre façon et ma prise en charge sera peut être différente* ».

Elle permet de développer ses compétences, notamment au travers du transfert de la théorie à la pratique. Elle permet d'appréhender le concept d'*Evidence-Based Medicine* et la gestion de l'incertitude.

Elle amène l'étudiant à développer sa réflexivité, sur sa pratique et sur lui-même :

Int 2 « *Ça me permet de travailler sur ma pratique, sur ma manière de faire, sur ma manière de parler, d'agir* », ainsi que sa capacité d'auto-évaluation et son esprit critique :

Int 11 « *ça permet de nous évaluer nous-même en fait* ».

La rétroaction le rassure et lui donne confiance en ses capacités. Il développe ainsi son sentiment d'efficacité personnelle :

Int 1 « *Quand ça s'est bien passé je suis plutôt contente de moi, contente de mon travail, et ça me donne une certaine confiance pour la suite* ».

Interaction entre le superviseur et le supervisé

La séance de supervision est avant tout une rencontre interpersonnelle entre l'interne et son MSU. Le vécu de la séance dépend de la relation avec le MSU. La majorité des séances se déroule dans un climat de bienveillance et les internes se sentent à l'aise. La séance prend la forme d'un échange « *de médecin à médecin* », dans un climat de partage et de confiance mutuelle.

Les internes plébiscitent un rapport confraternel, voulant être considérés comme un jeune collaborateur, face à un autre médecin plus expérimenté :

Int 5 « *on parle, je pense, d'égal à égal quand même, ils me prennent pas pour un simple étudiant* ».

Les internes expriment leur crainte de mal faire et d'être jugés négativement par le MSU :

Int 2 « *toujours un petit peu de stress. Stress d'être jugée parce qu'on dit ce qu'on a fait* ».

Les critiques réprobatrices sont ressenties négativement :

Int 8 « *pour des petites choses elle me fait des reproches, que je trouve souvent injustifiés [...] du coup j'ai moins envie de me confier* ». L'échange doit être mené avec tact et bienveillance pour éviter que l'interne ne se sente contrôlé ou indigne de confiance.

Tous les internes expriment le besoin d'être écoutés :

Int 9 « *son rôle, c'est d'être à l'écoute de l'interne. De lui disposer un temps pour ça, de conseiller, de recadrer, d'encourager aussi, mais beaucoup d'écouter, initialement* ».

La supervision est sécurisante, pour la prise en charge du patient, et rassurante grâce aux commentaires positifs du MSU :

Int 2 « *savoir aussi féliciter, savoir encourager et être positif* ».

Pour les internes, le MSU a un rôle de « tuteur », de « guide », qui oriente sans être directif. C'est une ressource qu'ils consultent :

Int 3 « *après c'est à nous de choisir ce qu'on veut faire de notre médecine* ».

Le MSU est à l'écoute et disponible pour la séance de SI :

Int 12 « *surtout, disponible, vraiment, voilà, être prêt à rester un peu plus tard parce qu'on fait le débrief* ».

Il est ouvert à la discussion, accepte l'erreur et le désaccord lorsqu'ils sont tolérables, ainsi que les différentes possibilités de prise en charge :

Int 10 « *être ouvert, surtout, pas fermé juste à sa pratique, c'est-à-dire ouvert à quelque chose de "différent, mais pourquoi pas si c'est cohérent"* ».

Il est impliqué dans son rôle de pédagogue. Les internes préfèrent un MSU actif dans l'échange, en termes de questionnement et d'apport de son expertise :

Int 11 « *que le prat n'hésite pas à poser des questions, en fait. Je trouve qu'un débrieufe qui est contributif c'est quand on discute* ».

Enfin, c'est un médecin généraliste compétent et qui affiche une démarche de formation personnelle pour sa propre pratique. De son côté, l'interne est, de la même façon impliqué et actif pendant la séance de SI pour faciliter son apprentissage et pour assurer la sécurité des patients. Il doit aussi être ouvert, notamment à la critique, et humble face au praticien plus expérimenté :

Int 9 « *Il faut être ouvert à tout entendre. [...] On est là pour apprendre* ».

Temps pédagogique centré sur la pratique de l'interne

La séance de supervision doit être centrée sur l'interne et sa pratique, plus que sur le patient ou sur le MSU :

Int 7 « *ma conception du débriefing, c'est un temps qui est dédié à l'interne pour réévaluer sa pratique médicale. C'est pas un staff non plus pour parler des patients, des pathologies. C'est pour évaluer un peu les difficultés rencontrées par l'interne* ».

Pour quelques participants, elle est identique tout au long du semestre, pour les autres, elle a tendance à diminuer en quantité, au fur et à mesure que progresse la confiance du MSU envers son interne et de l'interne envers lui-même. Les sujets abordés peuvent aussi devenir plus personnels :

Int 6 « *je pense qu'au début ça doit être plus long, plus scolaire et puis après on est sur de l'échange plus tranquille, plus confraternel* ».

Présentation synthétique

Les notions clés de la séance idéale de SI d'après les internes sont représentées sur la [figure 1](#), carte heuristique simplifiée ayant émergé de l'analyse du verbatim. Les différents cadres correspondent aux thèmes émergents. La notion de temps pédagogique centré sur l'interne, retrouvée dans l'ensemble des thèmes émergeant, occupe une place centrale dans la présentation des résultats.

Discussion

Limites et points positifs de l'étude

Les entretiens individuels basés sur l'expérience ont permis de décrire les caractéristiques de la séance de SI idéale selon les internes.

L'étude n'a pas comporté de triangulation de méthodes (elle aurait pu être complétée par un groupe de discussion focalisée – *focus group*). Les résultats n'ont pas été soumis à validation des répondants.

Les internes de l'étude étaient tous volontaires pour choisir un SASPAS (l'obligation concerne les promotions à venir) et l'étude n'a concerné qu'une seule université. Les résultats peuvent donc ne pas être transférables à tous les internes de médecine générale.

Bien que l'échantillon des internes interrogés soit de convenance, nous avons observé une importante variation d'expériences de supervision. Les caractéristiques des internes interrogés varient en termes de sexe, de lieu de stage, mais aussi en termes de quantité et de qualité de la supervision reçue. Malgré ces différentes expériences, ils se représentent la supervision idéale de façon similaire, ce qui renforce la validité des résultats. Aucun interne ne remet en cause l'intérêt de la SI. Les internes dont la SI est jugée insuffisante déplorent ce manque.

On peut questionner la pertinence de l'opinion des internes sur cet outil de formation : sont-ils les mieux placés pour conceptualiser la séance de supervision idéale ? Nous savons que les étudiants ne repèrent pas toujours le *feedback* qui leur est apporté [8]. Les généralistes enseignants et les professionnels de la pédagogie seraient-ils plus à même de s'exprimer sur le sujet ? Il aurait été intéressant de varier les sources d'information.

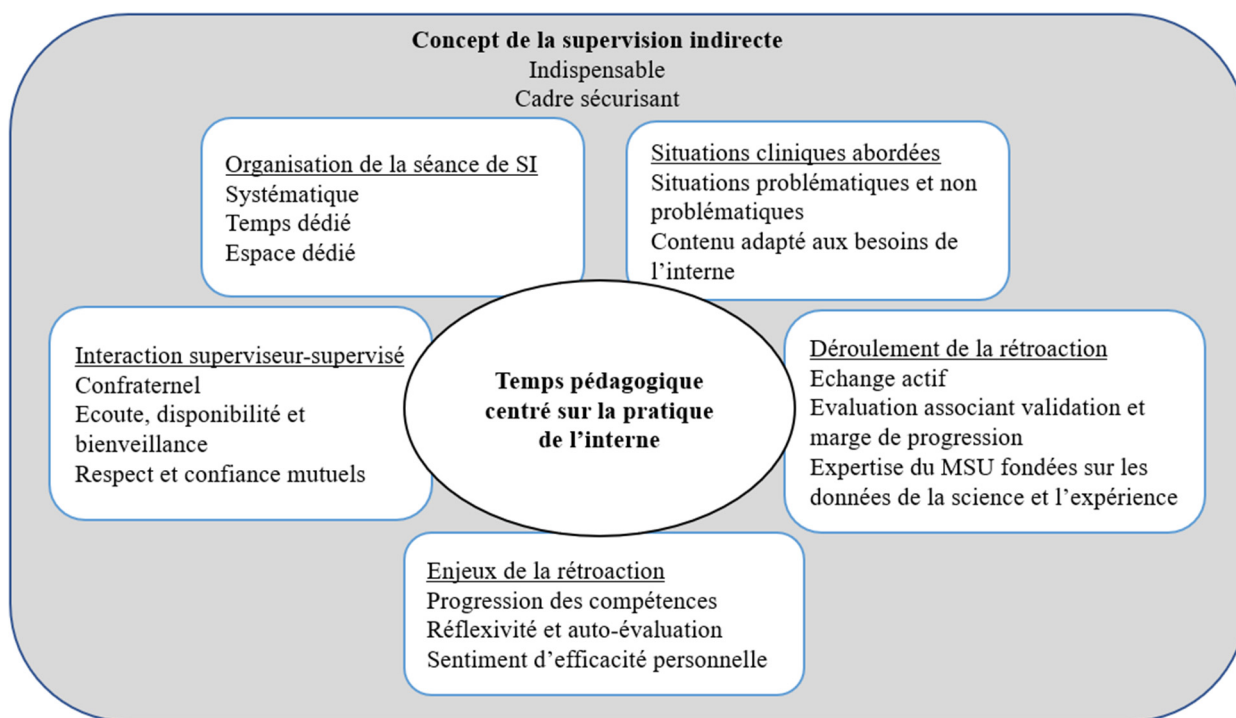


Figure 1. La séance de supervision indirecte idéale du point de vue des internes en SASPAS. SI : supervision indirecte ; MSU : maître de stage des universités.

Cependant, la question de l'étude s'intéressait à la conception de l'outil par les internes eux-mêmes, qui en sont les principaux bénéficiaires. Et il ne s'agit pas d'une enquête d'opinion superficielle : l'approche compréhensive [17] par l'exploration de l'expérience de l'individu permet une analyse ancrée dans la réalité de la séance de supervision. Le processus a comporté plusieurs aller et retour entre l'analyse interprétative et le recueil de données, de façon à optimiser la crédibilité et la fiabilité des résultats. Il s'est également appuyé sur une triangulation des données avec double codage qui a limité le biais d'interprétation subjective du chercheur. La saturation a été atteinte, ce qui renforce la validité des résultats.

Quant à la cohérence externe, les résultats rejoignent sans ambiguïté les données de la littérature concernant la supervision clinique [3,4,8,10,20]. L'étude apporte un éclairage sur les spécificités et les enjeux de la supervision indirecte d'étudiants autonomes en fin de cursus, en phase de professionnalisation.

Discussion des résultats

La supervision indirecte est considérée par les internes selon plusieurs angles d'approche : le cadre, la sécurité, la surveillance, l'échange et la rétroaction. Ces différents paramètres, dans leur complémentarité, constituent leur cadre de conceptualisation de la SI.

Les caractéristiques de la séance de supervision indirecte idéale, d'après les internes en SASPAS, rejoignent le concept de supervision formative [21], en tant qu'outil pédagogique centré sur le développement

professionnel de l'apprenant. Au service de cette approche, plusieurs grands thèmes émergent.

Un premier thème concerne l'organisation systématique de la séance, comme une rencontre ritualisée entre l'interne et son MSU, qui affirme le cadre, sécurise l'interne, et assure que la supervision soit effective. La notion de temps et d'espace dédiés favorise la disponibilité des deux acteurs.

Un deuxième thème concerne le contenu de la séance, centré sur la pratique de l'interne dans les situations rencontrées. Le MSU occupe cependant une place importante : il évalue et apporte son expertise. L'évaluation comme composante de la rétroaction se présente sous une forme dynamique où se succèdent obligatoirement la validation de l'action et la critique sous forme de marge de progression, rappelant la notion d'évaluation sandwich [8] abordée dans la littérature. La rétroaction, présentée classiquement comme (1) l'observation puis (2) la redirection [8], se retrouve de la même façon dans le verbatim. En SASPAS, ces deux étapes prennent la forme d'une discussion entre professionnels. Le MSU est présenté comme une ressource active que l'interne consulte pour s'améliorer dans sa pratique. Le questionnement et l'échange développés entre les deux acteurs permettent la progression de l'interne. Ce dernier prend conscience de l'intérêt de l'échange autour de sa pratique, comme méthode d'évaluation et d'amélioration des pratiques professionnelles [22], et sera plus à même d'intégrer la participation à des groupes de pairs [23] dans sa formation professionnelle continue.

Un des enjeux de cette démarche éducative est la progression des compétences par le développement de la

réflexivité, c'est-à-dire la capacité d'évaluer, d'analyser et de réguler sa pratique [24]. La réflexivité fait peu partie de la culture médicale, ce qui explique que les internes n'aient pas tous abordé ce concept. Son développement doit être accompagné de façon explicite par le MSU, afin de favoriser son efficacité dans la progression des compétences et son adoption ultérieure dans la pratique professionnelle.

Au-delà du développement des compétences professionnelles, la séance de SI permet le développement du sentiment d'efficacité personnelle, un des déterminants de la motivation selon Viau [25], et par conséquent, l'engagement en faveur de l'activité de médecin généraliste.

Enfin, un troisième thème concerne l'interaction entre l'interne et le MSU : l'ouverture réciproque entre les deux acteurs garantit le développement de l'échange et donc le succès de la supervision. L'écoute, la confiance mutuelle et la bienveillance sont les conditions *sine qua non* d'un échange de qualité, comme évoqué dans la littérature [4–6]. Dans l'étude de Côté *et al.* explorant le concept d'« alliance pédagogique », il apparaît qu'une alliance satisfaisante du point de vue des superviseurs et des étudiants est caractérisée par la collaboration, la confiance, le respect mutuel et la communication [10].

L'interne a le sentiment positif d'être considéré comme un « pair » par son superviseur. Le terme n'est pas exact, puisqu'il ne s'agit pas d'un pair à proprement parler. Cette appellation, utilisée par plusieurs internes, témoigne du respect de la pratique de l'interne par son MSU, qui le reconnaît en tant que professionnel compétent, ayant lui-même déjà acquis une certaine expertise. L'asymétrie de la relation est tout de même respectée, le statut d'expert du MSU est mis en avant.

Perspectives

La pratique de la SI doit intégrer un cadre général cohérent, sans imposer de modèle rigide. Les résultats de cette étude peuvent contribuer à l'élaboration des recommandations pour une SI de qualité optimisée.

Le MSU joue un rôle important, en tant que professionnel de santé expert et pédagogue actif. L'activité de ces MSU doit être valorisée. Elle doit être aussi évaluée [4,8]. Les caractéristiques clés d'une séance de SI idéale (figure 1) peuvent servir de base à l'évaluation des pratiques de supervision. Chacun de ces points est essentiel pour une séance de SI réussie. Informer l'interne sur le principe de la rétroaction et ses enjeux peut favoriser son appropriation de l'outil. Informer les MSU de l'intérêt des internes pour ces échanges pourrait développer en parallèle leur sentiment d'efficacité pédagogique et permettre l'amélioration des pratiques de SI.

Conclusion

La séance de supervision indirecte idéale, dans l'organisation et le contenu, est centrée sur la pratique de l'interne en formation. Les internes attendent de pouvoir s'exprimer, d'être écoutés et guidés avec bienveillance. Prévoir un temps et un espace dédiés améliore la qualité des échanges. La rétroaction encourage la réflexivité de l'interne. Elle permet, en explorant le raisonnement clinique de l'interne, de valider ses décisions quand elles sont pertinentes ou, dans le cas contraire, de lui apporter des pistes d'amélioration. La rétroaction favorise l'acquisition des compétences et augmente le sentiment d'efficacité personnelle de l'interne. L'interaction entre l'interne et son MSU prend idéalement la forme d'un échange entre « pairs » entre un jeune médecin et un médecin expérimenté. Le terme de « pairs », employé par les internes témoigne de leur satisfaction à être reconnus comme des professionnels. Les internes manifestent un grand intérêt pour la supervision, ce dont ne sont pas toujours conscients les MSU. La réflexion développée sur la séance de SI doit favoriser l'implication des acteurs et permettre une amélioration des pratiques de supervision.

Contributions

Céline Lajzerowicz a participé à la conception de l'étude, a réalisé le recueil et l'analyse des données, et a participé à la rédaction de l'article. Yves-Marie Vincent a participé à l'analyse des données et à la rédaction de l'article. Catherine Jung a participé à la conception de l'étude et à la rédaction de l'article.

Approbation éthique

Non sollicitée.

Remerciements

Les auteurs remercient Thierry Pelaccia pour la validation et le suivi du projet de recherche, Chloé Delacour pour la lecture critique et les conseils sur la mise en valeur de l'article, et Shérazade Kinouani pour les conseils sur la méthode qualitative et la mise en valeur de l'article.

Liens d'intérêts

Les auteurs déclarent n'avoir aucun conflit d'intérêts concernant les données publiées dans cet article.

Ce travail a été réalisé dans le cadre du mémoire de Master 2 de pédagogie en sciences de la santé du CFR-PS (centre de formation et de recherche en pédagogie des sciences de la santé) l'Université de Strasbourg.

Références

1. Circulaire DGS-DES-2004 no. 192 du 26 avril 2004 relative à l'organisation du stage ambulatoire en autonomie supervisée.
2. CNGE. Guide pratique du MSU ECA : maître de stage des universités en médecine générale, enseignant clinicien ambulatoire. Paris: Éd. scientifiques L & C, 2012.
3. Kilminster S, Cottrell D, Grant J, Jolly B. AMEE Guide No. 27: effective educational and clinical supervision. *Med Teach* 2007;29:2-19.
4. Martin P, Copley J, Tyack Z. Twelve tips for effective clinical supervision based on a narrative literature review and expert opinion. *Med Teach* 2014;36:201-207.
5. Karpenko V, Gidycz CA. the supervisory relationship and the process of evaluation: recommendations for supervisors. *Clin Superv* 2012;31:138-58.
6. Giroux M, Girard G. Favoriser la position d'apprentissage grâce à l'interaction superviseur-supervisé. *Pédagogie Médicale* 2009;10:193-210.
7. Jacquet J-P. La supervision indirecte différée (SID), une méthode pédagogique adaptée aux stages en médecine générale du troisième cycle. *Pédagogie Médicale* 2003;4:199-201.
8. O'Brien HV, Marks MB, Charlin B. Le feedback (ou rétroaction) : un élément essentiel de l'intervention pédagogique en milieu clinique. *Pédagogie Médicale* 2003;4:184-91.
9. Telio S, Ajjawi R, Regehr G. The « educational alliance » as a frame work for reconceptualizing feedback in medical education. *Acad Med* 2015;90:609-14.
10. Côté L, Breton E, Boucher D, Déry E, Roux J-F. L'alliance pédagogique en supervision clinique : une étude qualitative en sciences de la santé. *Pédagogie Médicale* 2017;18:161-70.
11. Secret J, Schuers M. Impact du SASPAS sur les performances des internes aux ECOS. *Exercer* 2013;106:58-9.
12. Hurtaud A, Rouillon F, Loriot M, Fritsch J-P. Internes en SASPAS : moins de stress et davantage d'assurance dans la maîtrise des compétences professionnelles. *Exercer* 2015;120:182-90.
13. Lajzerowicz C, Durieux W. Le SASPAS en Aquitaine en 2016: enquête auprès des internes sur les pratiques de supervision et l'acquisition des compétences professionnelles pendant le stage. Étude AquISI. Thèse pour le diplôme d'état de doctorat en médecine : Université de Bordeaux, 2017.
14. Blanchard-Rocheteau M, Vanwassenhove L. La supervision indirecte au cours du SASPAS à Nantes : enquête descriptive auprès des internes. Thèse de médecine : université de Nantes, 2011.
15. Grégoire C, Zabawa C. Freins à la réalisation du stage autonome en soins primaires ambulatoires supervisé. *Exercer* 2017;129:32-3.
16. Petite E. Obstacles à la supervision indirecte en SASPAS à Grenoble : identification par les maîtres de stage et perspectives d'amélioration. Thèse pour le diplôme d'état de doctorat en médecine : Université de Grenoble, 2010.
17. Paillé P, Mucchielli A. L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales. Paris: Armand Colin, 2012.
18. Miles MB, Huberman AM. Analyse des données qualitatives. Seconde édition. Bruxelles: De Boeck, 2003.
19. Pelaccia T, Paillé P. Les approches qualitatives : une invitation à l'innovation et à la découverte dans le champ de la recherche en pédagogie des sciences de la santé. *Pédagogie Médicale* 2009;10:293-304.
20. Heckman-Stone C. trainee preferences for feedback and evaluation in clinical supervision. *Clin Superv* 2004;22:21-33.
21. Jouquan J, Parent F, Audetat M-C. Des analogies entre le raisonnement médical et l'évaluation formative. *REvue Française de Linguistique Appliquée* 2013;18:93-106.
22. Haute Autorité de santé. Staffs d'une équipe médico-soignante, les groupes d'analyse de pratique (GAP). Saint-Denis: HAS, 2017.
23. Société française de médecine générale. Groupes de Pairs®. Issy-les-Moulineaux, 2016. Disponible sur : http://www.sfmng.org/groupe_de_pairs/.
24. Mann K, Gordon J, MacLeod A. Reflection and reflective practice in health professions education: a systematic review. *Adv Health Sci Educ Theory Pract* 2009;14:595-621.
25. Viau K. La motivation en contexte scolaire. Bruxelles: De Boeck, 2009.

Citation de l'article : Lajzerowicz C., Vincent Y.-M., Jung C., La supervision indirecte idéale d'après l'expérience des internes en stage autonome en soins primaires ambulatoires supervisé. *Pédagogie Médicale* 2018;19:27-35