

Année 2022

2022 TOU3 1148

2022 TOU3 1149

# THÈSE

## POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE SPÉCIALITÉ MÉDECINE GÉNÉRALE

Présentée et soutenue publiquement par

**Hugo CESAR-DESFORGES et Léa GOUDENHOOF**

Le 24 novembre 2022

### **Vécu et attentes des Maîtres de Stage Universitaire d'Occitanie Ouest concernant le débriefing réalisé lors du Stage Autonome en Soins Primaires Ambulatoire Supervisé**

Directrice de thèse : Pr Motoko DELAHAYE

#### **JURY :**

Monsieur le Professeur Pierre MESTHE

Président du Jury

Madame le Professeur Motoko DELAHAYE

Assesseur

Monsieur le Docteur Emile ESCOURROU

Assesseur

Madame le Docteur Pauline MUNIER

Assesseur

FACULTE DE SANTE  
Département Médecine Maieutique et Paramédicaux  
Tableau des personnels HU de médecine  
Mars 2022

Professeurs Honoraires

Doyen Honoraire	M. CHAP Hugues	Professeur Honoraire	M. GHISOLFI Jacques
Doyen Honoraire	M. GUIRAUD-CHAUMEIL Bernard	Professeur Honoraire	M. GLOCK Yves
Doyen Honoraire	M. LAZORTHES Yves	Professeur Honoraire	M. GOUZI Jean-Louis
Doyen Honoraire	M. PUEL Pierre	Professeur Honoraire	M. GRAND Alain
Doyen Honoraire	M. ROUGE Daniel	Professeur Honoraire	M. GUIRAUD CHAUMEIL Bernard
Doyen Honoraire	M. VINEL Jean-Pierre	Professeur Honoraire	M. HOFF Jean
Professeur Honoraire	M. ABBAL Michel	Professeur Honoraire	M. JOFFRE Francis
Professeur Honoraire	M. ADER Jean-Louis	Professeur Honoraire	M. LAGARRIGUE Jacques
Professeur Honoraire	M. ADOUE Daniel	Professeur Honoraire	M. LANG Thierry
Professeur Honoraire	M. ARBUS Louis	Professeur Honoraire	Mme LARENG Marie-Blanche
Professeur Honoraire	M. ARLET Philippe	Professeur Honoraire	M. LAURENT Guy
Professeur Honoraire	M. ARLET-SUAU Elisabeth	Professeur Honoraire	M. LAZORTHES Franck
Professeur Honoraire	M. ARNE Jean-Louis	Professeur Honoraire	M. LAZORTHES Yves
Professeur Honoraire	M. BARRET André	Professeur Honoraire	M. LEOPHONTE Paul
Professeur Honoraire	M. BARTHE Philippe	Professeur Honoraire	M. MAGNAVAL Jean-François
Professeur Honoraire	M. BAYARD Francis	Professeur Honoraire	M. MALECAZE François
Professeur Honoraire	M. BLANCHER Antoine	Professeur Honoraire	M. MANELFE Claude
Professeur Honoraire	M. BOCCALON Henri	Professeur Honoraire	M. MANSAT Michel
Professeur Honoraire	M. BONAFÉ Jean-Louis	Professeur Honoraire	M. MARCHOU Bruno
Professeur Honoraire	M. BONEU Bernard	Professeur Honoraire	M. MASSIF Patrice
Professeur Honoraire	M. BONNEVIALLE Paul	Professeur Honoraire	Mme MARTY Nicole
Professeur Honoraire	M. BOUNHOURE Jean-Paul	Professeur Honoraire	M. MAZIERES Bernard
Professeur Honoraire	M. BOUTAULT Franck	Professeur Honoraire	M. MONROZIES Xavier
Professeur Honoraire Associé	M. BROS Bernard	Professeur Honoraire	M. MOSCOVICI Jacques
Professeur Honoraire	M. BUGAT Roland	Professeur Honoraire	M. MURAT
Professeur Honoraire	M. CAHUZAC Jean-Philippe	Professeur Honoraire associé	M. NICODEME Robert
Professeur Honoraire	M. CARATERO Claude	Professeur Honoraire	M. OLIVES Jean-Pierre
Professeur Honoraire	M. CARLES Pierre	Professeur Honoraire	M. PARINAUD Jean
Professeur Honoraire	M. CARON Philippe	Professeur Honoraire	M. PASCAL Jean-Pierre
Professeur Honoraire	M. CARRIERE Jean-Paul	Professeur Honoraire	M. PERRET Bertrand
Professeur Honoraire	M. CARTON Michel	Professeur Honoraire	M. PESSEY Jean-Jacques
Professeur Honoraire	M. CATHALA Bernard	Professeur Honoraire	M. PLANTE Pierre
Professeur Honoraire	M. CHABANON Gérard	Professeur Honoraire	M. PONTONNIER Georges
Professeur Honoraire	M. CHAMONTIN Bernard	Professeur Honoraire	M. POURRAT Jacques
Professeur Honoraire	M. CHAP Hugues	Professeur Honoraire	M. PRADERE Bernard
Professeur Honoraire	M. CHAVOIN Jean-Pierre	Professeur Honoraire	M. PRIS Jacques
Professeur Honoraire	M. CLANET Michel	Professeur Honoraire	Mme PUEL Jacqueline
Professeur Honoraire	M. CONTE Jean	Professeur Honoraire	M. PUEL Pierre
Professeur Honoraire	M. COSTAGLIOLA Michel	Professeur Honoraire	M. PUJOL Michel
Professeur Honoraire	M. COTONAT Jean	Professeur Honoraire	M. QUERLEU Denis
Professeur Honoraire	M. DABERNAT Henri	Professeur Honoraire	M. RAILHAC Jean-Jacques
Professeur Honoraire	M. DAHAN Marcel	Professeur Honoraire	M. REGIS Henri
Professeur Honoraire	M. DALOUS Antoine	Professeur Honoraire	M. REGNIER Claude
Professeur Honoraire	M. DALY-SCHWEITZER Nicolas	Professeur Honoraire	M. REME Jean-Michel
Professeur Honoraire	M. DAVID Jean-Frédéric	Professeur Honoraire	M. RISCHMANN Pascal
Professeur Honoraire	M. DELSOL Georges	Professeur Honoraire	M. RIVIERE Daniel
Professeur Honoraire	Mme DELISLE Marie-Bernadette	Professeur Honoraire	M. ROCHE Henri
Professeur Honoraire	Mme DIDIER Jacqueline	Professeur Honoraire	M. ROCHICCIOLI Pierre
Professeur Honoraire	M. DUCOS Jean	Professeur Honoraire	M. ROLLAND Michel
Professeur Honoraire	M. DUFFAUT Michel	Professeur Honoraire	M. ROQUES-LATRILLE Christian
Professeur Honoraire	M. DUPRE M.	Professeur Honoraire	M. RUMEAU Jean-Louis
Professeur Honoraire	M. DURAND Dominique	Professeur Honoraire	M. SALVADOR Michel
Professeur Honoraire associé	M. DUTAU Guy	Professeur Honoraire	M. SALVAYRE Robert
Professeur Honoraire	M. ESCHAPASSE Henri	Professeur Honoraire	M. SARRAMON Jean-Pierre
Professeur Honoraire	M. ESCOURROU Jean	Professeur Honoraire	M. SERRE Guy
Professeur Honoraire	M. ESQUERRE J.P.	Professeur Honoraire	M. SIMON Jacques
Professeur Honoraire	M. FABIE Michel	Professeur Honoraire	M. SUC Jean-Michel
Professeur Honoraire	M. FABRE Jean	Professeur Honoraire	M. THOUVENOT Jean-Paul
Professeur Honoraire	M. FOURNIAL Gérard	Professeur Honoraire	M. TREMOULET Michel
Professeur Honoraire	M. FOURNIE Bernard	Professeur Honoraire	M. VALDIGUIE Pierre
Professeur Honoraire	M. FORTANIER Gilles	Professeur Honoraire	M. VAYSSE Philippe
Professeur Honoraire	M. FRAYSSE Bernard	Professeur Honoraire	M. VINEL Jean-Pierre
Professeur Honoraire	M. FREXINOS Jacques	Professeur Honoraire	M. VIRENQUE Christian
Professeur Honoraire	Mme GENESTAL Michèle	Professeur Honoraire	M. VOIGT Jean-Jacques
Professeur Honoraire	M. GERAUD Gilles		

Professeurs Emérites

Professeur ARLET Philippe  
 Professeur BOUTAULT Franck  
 Professeur CARON Philippe  
 Professeur CHAMONTIN Bernard  
 Professeur CHAP Hugues  
 Professeur GRAND Alain  
 Professeur LAGARRIGUE Jacques  
 Professeur LAURENT Guy  
 Professeur LAZORTHES Yves  
 Professeur MAGNAVAL Jean-François  
 Professeur MARCHOU Bruno  
 Professeur PERRET Bertrand  
 Professeur RISCHMANN Pascal  
 Professeur RIVIERE Daniel  
 Professeur ROUGE Daniel

**FACULTE DE SANTE**  
**Département Médecine Maieutique et Paramédicaux**

**P.U. - P.H.**  
**Classe Exceptionnelle et 1ère classe**

M. ACAR Philippe	Pédiatrie	Mme LAMANT Laurence (C.E)	Anatomie Pathologique
M. ACCADBLE Franck (C.E)	Chirurgie Infantile	M. LANGIN Dominique (C.E)	Nutrition
M. ALRIC Laurent (C.E)	Médecine Interne	Mme LAPRIE Anne	Radiothérapie
M. AMAR Jacques	Thérapeutique	M. LARRUE Vincent	Neurologie
Mme ANDRIEU Sandrine	Epidémiologie, Santé publique	M. LAUQUE Dominique (C.E)	Médecine d'Urgence
M. ARBUS Christophe	Psychiatrie	M. LAUWERS Frédéric	Chirurgie maxillo-faciale
M. ARNAL Jean-François (C.E)	Physiologie	M. LEOBON Bertrand	Chirurgie Thoracique et Cardio-vasculaire
M. ATTAL Michel (C.E)	Hématologie	M. LEVADE Thierry (C.E)	Biochimie
M. AVET-LOISEAU Hervé	Hématologie, transfusion	M. LIBLAU Roland (C.E)	Immunologie
M. BERRY Antoine	Parasitologie	M. MALAUD Bernard	Urologie
Mme BERRY Isabelle (C.E)	Biophysique	M. MANSAT Pierre	Chirurgie Orthopédique
M. BIRMES Philippe	Psychiatrie	M. MARQUE Philippe (C.E)	Médecine Physique et Réadaptation
M. BONNEVILLE Fabrice	Radiologie	M. MAS Emmanuel	Pédiatrie
M. BOSSAVY Jean-Pierre (C.E)	Chirurgie Vasculaire	M. MAURY Jean-Philippe (C.E)	Cardiologie
M. BRASSAT David	Neurologie	Mme MAZEREUW Juliette	Dermatologie
M. BROUCHET Laurent	Chirurgie thoracique et cardio-vascul	M. MAZIERES Julien (C.E)	Pneumologie
M. BROUSSET Pierre (C.E)	Anatomie pathologique	M. MINVILLE Vincent	Anesthésiologie Réanimation
M. BUJAN Louis (C.E)	Urologie-Andrologie	M. MOLINIER Laurent (C.E)	Epidémiologie, Santé Publique
Mme BURA-RIVIERE Alessandra (C.E)	Médecine Vasculaire	M. MONTASTRUC Jean-Louis (C.E)	Pharmacologie
M. BUREAU Christophe	Hépto-Gastro-Entérologie	Mme MOYAL Elisabeth (C.E)	Cancérologie
M. BUSCAIL Louis (C.E)	Hépto-Gastro-Entérologie	M. MUSCARI Fabrice	Chirurgie Digestive
M. CALVAS Patrick (C.E)	Génétique	Mme NOURHASHEMI Fatemeh (C.E)	Gériatrie
M. CANTAGREL Alain (C.E)	Rhumatologie	M. OLIVOT Jean-Marc	Neurologie
M. CARRERE Nicolas	Chirurgie Générale	M. OSWALD Eric (C.E)	Bactériologie-Virologie
M. CARRIE Didier (C.E)	Cardiologie	M. PARIENTE Jérémie	Neurologie
M. CHAIX Yves	Pédiatrie	M. PAUL Carle (C.E)	Dermatologie
Mme CHARPENTIER Sandrine	Médecine d'urgence	M. PAYOUX Pierre (C.E)	Biophysique
M. CHAUFOR Xavier	Chirurgie Vasculaire	M. PAYRASTRE Bernard (C.E)	Hématologie
M. CHAUVEAU Dominique	Néphrologie	M. PERON Jean-Marie (C.E)	Hépto-Gastro-Entérologie
M. CHAYNES Patrick	Anatomie	M. RASCOL Olivier (C.E)	Pharmacologie
M. CHIRON Philippe (C.E)	Chir. Orthopédique et Traumatologie	Mme RAUZY Odile	Médecine Interne
M. CHOLLET François (C.E)	Neurologie	M. RAYNAUD Jean-Philippe (C.E)	Psychiatrie Infantile
M. CONSTANTIN Arnaud	Rhumatologie	M. RECHER Christian(C.E)	Hématologie
M. COURBON Frédéric	Biophysique	M. RITZ Patrick (C.E)	Nutrition
Mme COURTADE SAIDI Monique (C.E)	Histologie Embryologie	M. ROLLAND Yves (C.E)	Gériatrie
M. DAMBRIN Camille	Chir. Thoracique et Cardiovasculaire	M. RONCALLI Jérôme	Cardiologie
M. DE BOISSEZON Xavier	Médecine Physique et Réadapt Fonct.	M. ROUGE Daniel (C.E)	Médecine Légale
M. DEGUINE Olivier (C.E)	Oto-rhino-laryngologie	M. ROUSSEAU Hervé (C.E)	Radiologie
M. DELABESSE Eric	Hématologie	M. ROUX Franck-Emmanuel	Neurochirurgie
M. DELOBEL Pierre	Maladies Infectieuses	M. SAILLER Laurent (C.E)	Médecine Interne
M. DELORD Jean-Pierre (C.E)	Cancérologie	M. SALES DE GAUZY Jérôme (C.E)	Chirurgie Infantile
M. DIDIER Alain (C.E)	Pneumologie	M. SALLES Jean-Pierre (C.E)	Pédiatrie
M. DUCOMMUN Bernard	Cancérologie	M. SANS Nicolas	Radiologie
Mme DULY-BOUHANICK Béatrice (C.E)	Thérapeutique	M. SCHMITT Laurent (C.E)	Psychiatrie
M. ELBAZ Meyer	Cardiologie	Mme SELVES Janick (C.E)	Anatomie et cytologie pathologiques
M. FERRIERES Jean (C.E)	Epidémiologie, Santé Publique	M. SENARD Jean-Michel (C.E)	Pharmacologie
M. FOURCADE Olivier	Anesthésiologie	M. SERRANO Elie (C.E)	Oto-rhino-laryngologie
M. FOURNIÉ Pierre	Ophtalmologie	M. SIZUN Jacques (C.E)	Pédiatrie
M. GALINIER Michel (C.E)	Cardiologie	M. SOL Jean-Christophe	Neurochirurgie
M. GAME Xavier	Urologie	Mme SOTO-MARTIN Maria-Eugénia	Gériatrie et biologie du vieillissement
Mme GARDETTE Virginie	Epidémiologie, Santé publique	M. SOULAT Jean-Marc	Médecine du Travail
M. GEERAERTS Thomas	Anesthésiologie et réanimation	M. SOULIE Michel (C.E)	Urologie
Mme GOMEZ-BROUCHET Anne-Muriel	Anatomie Pathologique	M. SUC Bertrand	Chirurgie Digestive
M. GOURDY Pierre (C.E)	Endocrinologie	Mme TAUBER Marie-Thérèse (C.E)	Pédiatrie
M. GROLLEAU RAOUX Jean-Louis (C.E)	Chirurgie plastique	M. TELMON Norbert (C.E)	Médecine Légale
Mme GUIMBAUD Rosine	Cancérologie	Mme TREMOLLIERS Florence	Biologie du développement
Mme HANAIRE Héliène (C.E)	Endocrinologie	Mme URO-COSTE Emmanuelle (C.E)	Anatomie Pathologique
M. HUYGHE Eric	Urologie	M. VAYSSIERE Christophe (C.E)	Gynécologie Obstétrique
M. IZOPET Jacques (C.E)	Bactériologie-Virologie	M. VELLAS Bruno (C.E)	Gériatrie
M. KAMAR Nassim (C.E)	Néphrologie	M. VERGEZ Sébastien	Oto-rhino-laryngologie
<b>P.U. Médecine générale</b>			
M. OUSTRIC Stéphane (C.E)			

**FACULTE DE SANTE**  
**Département Médecine Maieutique et Paramédicaux**

P.U. - P.H. 2ème classe		Professeurs Associés
M. ABBO Olivier	Chirurgie infantile	<b>Professeur Associé de Médecine Générale</b> M. ABITTEBOUL Yves M. BOYER Pierre M. CHICOULAA Bruno Mme IRI-DELAHAYE Motoko M. POUTRAIN Jean-Christophe M. STILLMUNKES André
M. AUSSEIL Jérôme	Biochimie et biologie moléculaire	
Mme BONGARD Vanina	Epidémiologie, Santé publique	
M. BONNEVILLE Nicolas	Chirurgie orthopédique et traumatologique	
M. BOUNES Vincent	Médecine d'urgence	
Mme BOURNET Barbara	Gastro-entérologie	
Mme CASPER Charlotte	Pédiatrie	
M. CAVAINAC Etienne	Chirurgie orthopédique et traumatologie	
M. CHAPUT Benoit	Chirurgie plastique	
M. COGNARD Christophe	Radiologie	
Mme CORRE Jill	Hématologie	
Mme DALENC Florence	Cancérologie	
M. DE BONNECAZE Guillaume	Anatomie	
M. DECRAMER Stéphane	Pédiatrie	
M. EDOUARD Thomas	Pédiatrie	
M. FAGUER Stanislas	Néphrologie	
Mme FARUCH BILFELD Marie	Radiologie et imagerie médicale	
M. FRANCHITTO Nicolas	Addictologie	
M. GARRIDO-STÖWHAS Ignacio	Chirurgie Plastique	
M. GUIBERT Nicolas	Pneumologie	
M. GUILLEMINAULT Laurent	Pneumologie	
M. HERIN Fabrice	Médecine et santé au travail	
M. LAIREZ Olivier	Biophysique et médecine nucléaire	
M. LAROCHE Michel	Rhumatologie	
Mme LAURENT Camille	Anatomie Pathologique	
M. LE CAIGNEC Cédric	Génétique	
M. LEANDRI Roger	Biologie du dével. et de la reproduction	
M. LOPEZ Raphael	Anatomie	
M. MARCHEIX Bertrand	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire	
M. MARTIN-BLONDEL Guillaume	Maladies infectieuses, maladies tropicales	
Mme MARTINEZ Alejandra	Gynécologie	
M. MARX Mathieu	Oto-rhino-laryngologie	
M. MEYER Nicolas	Dermatologie	
M. PAGES Jean-Christophe	Biologie cellulaire	
Mme PASQUET Marlène	Pédiatrie	
M. PORTIER Guillaume	Chirurgie Digestive	
M. PUGNET Grégory	Médecine interne	
M. REINA Nicolas	Chirurgie orthopédique et traumatologique	
M. RENAUDINEAU Yves	Immunologie	
Mme RUYSEN-WITRAND Adeline	Rhumatologie	
Mme SAVAGNER Frédérique	Biochimie et biologie moléculaire	
M. SAVALL Frédéric	Médecine légale	
M. SILVA SIFONTES Stein	Réanimation	
M. SOLER Vincent	Ophthalmologie	
Mme SOMMET Agnès	Pharmacologie	
M. TACK Ivan	Physiologie	
Mme VAYSSE Charlotte	Cancérologie	
Mme VEZZOSI Delphine	Endocrinologie	
M. YRONDI Antoine	Psychiatrie	
M. YSEBAERT Loic	Hématologie	
<b>P.U. Médecine générale</b> M. MESTHÉ Pierre Mme ROUGE-BUGAT Marie-Eve		

# Remerciements du jury

*Au président du jury,*

**A Monsieur le Professeur Pierre MESTHÉ,**

Vous nous faites l'honneur de présider ce jury, nous vous en remercions. Sachez également toute notre reconnaissance et profond respect pour votre investissement au sein du Département Universitaire de Médecine Générale et pour la pédagogie, ainsi que pour votre accompagnement des internes de médecine générale depuis toutes ces années.

*Aux membres du jury,*

**A Madame le Professeur Motoko DELAHAYE,**

Merci pour ton investissement et ta confiance tout au long de ce travail. Merci d'avoir dirigé cette thèse avec autant d'optimisme et de bienveillance. Nous te remercions pour ta disponibilité, souvent jusqu'à des heures tardives et malgré l'instabilité du réseau aveyronnais. Après toutes ces visios, nous avons hâte de te voir en vrai !

**A Monsieur le Docteur Emile ESCOURROU,**

Nous vous remercions d'avoir accepté de juger notre travail. Veuillez trouver ici notre reconnaissance envers votre engagement pour la pédagogie. Soyez assuré de notre gratitude envers l'intérêt que vous portez à ce travail.

**A Madame le Docteur Pauline MUNIER,**

Nous vous remercions de vous être intéressée à notre travail et d'avoir accepté de participer à ce jury. Veuillez trouver ici le témoignage de notre reconnaissance.

## Remerciements personnels de Hugo

*A ma famille :*

A **mes parents**, merci d'avoir été là dès le premier jour. Merci pour l'éducation que vous m'avez donnée et la confiance que vous m'accordez. Je n'en serais pas là aujourd'hui sans votre soutien et votre exemple. Je vous aime.

A **Martin**, pour la complicité que nous avons petits, pour ta bonne humeur et pour ton côté farceur. Je te dois beaucoup de fous rires.

A **mes grands-parents**, pour avoir suivi mes études de loin et pour m'avoir encouragé tout au long du parcours.

*A mes amis :*

A **Léa** ma chère co-thésarde, merci d'avoir réalisé cette thèse avec moi. Collègue de travail au début depuis ce semestre à Carca, puis de musique, de soirée et surtout d'état d'esprit, ton amitié m'est précieuse (Ce n'est pas pour tout le monde que j'enjambe des balcons !) Merci pour ton sérieux et pour ta présence motivante, mais également pour ton sens de l'humour, discret mais à toute épreuve. Pour nos sessions de travail présentielle aussi, pas toujours très efficaces, lors desquelles tu as été plus d'une fois l'oreille attentive dont j'avais besoin. Merci pour tout.

Aux plus anciens, ceux du collège et du lycée qui m'accompagnent depuis le début de mes aventures toulousaines, et à ceux venus enrichir ce groupe année après année. **Alexandre, Robin, Vincent, Fanny, Lucas, Julie S, Julie V, Paul, Neïla, Marine, Guilhem, Claire, Laurène, Valentin** et **Zoey** la petite dernière. Groupe éclectique qui m'a vu grandir et avec lequel j'ai tant partagé : des cours, des examens, des voyages scolaires mais également des vacances à la mer ou à la montagne, des week-ends, des réveillons, des soirées papotage et même une naissance maintenant ! Il en reste tellement à prévoir. Votre présence à mes côtés et votre amitié me sont chères et j'espère que l'on continuera à se suivre encore longtemps.

A **Mélissa, Alizée, Stéphanie, Alice**, mes potos du cheval, et la best team d'escape game ever. Ces heures de cours du samedi matin passées avec vous m'ont permis de garder un équilibre pendant toutes ces années d'étude.

A **Elora**, ex-coloc toujours dans mon cœur, merci de me faire rire aussi régulièrement par tes snaps. On est une espèce en voie de disparition mais balec, on kiffe ;)

Au reste de ce groupe **Louise, Maxime, Kevin, Simon, Anaïs**, pour votre bonne humeur, pour les soirées et les week-ends que nous avons passés ensemble, pour ce voyage magique au Canada. On repart quand vous voulez !

**Maxime, Simon** et **Kévin**, dédicace spéciale à notre groupe de sous-colles, je me sentais parfois largué mais ces sessions ont été salutaires.

A **Simon**.

Je plaisante, merci de nous faire rire, parfois malgré toi. Ne change pas.

A mes bouchons préférés **Laurie, Loïc** et **Audrey**, pour votre présence à mes côtés pendant l'externat, pour les fous rires en cours, pour les moments passés ensemble, week-ends ou même anniversaire en visio. Ce séjour à La Réunion est toujours dans les tiroirs, il faudra y remédier.

A **Marine, Boris** et **Kim**, pour nos intenses discussions, toujours éclairantes. Pour les soirées karaoké piano/Disney, pour tous les repas partagés, à domicile ou dans de bons restos. Et à ce voyage à Milan contrarié par la pandémie. Ce n'est que partie remise.

A **Pauline, Audrey** et **Maud**, pour votre accompagnement et pour tout ce que nous avons partagé pendant l'internat. Maud, j'ai beaucoup apprécié de travailler avec toi pendant cette moitié de semestre en gériatrie. Pauline pour ta façon de vivre les choses pleinement, pour ton empathie, pour ton soutien sans faille. Un grand merci pour ta relecture. Audrey pour ta force que j'admire et tes conseils avisés qui me sont précieux.

A mes co-internes carcassonnaises **Marie, Léa G, Léa L**, pour les gardes/nuits blanches (chat noir oblige) passées (ou plutôt subies par moment) ensemble. Vous avez égayé ce semestre aux urgences.

Aux albigeois, **Célia, Céline, Paul, Jeanne, Chloé, Tim, Ségo, Manon, Mathilde, Juliette, Victor**, vous avez contribué à rendre ce semestre inoubliable. Merci pour cette bonne humeur collective, pour nos soirées, nos sessions sport, et pour tous les week-ends géniaux qui ont suivis.

Merci à mes maîtres de stage, pour votre bienveillance et pour tout ce que vous m'avez apporté.

Merci à l'équipe des urgences de Carcassonne et à celles des services du court séjour gériatrique et de médecine interne/maladies infectieuses d'Albi.

Merci aux MSU qui ont accepté de participer à ce travail.

## Remerciements personnels de Léa

*À ma famille,*

À **mes parents**, pour votre patience et bienveillance au fil de toutes ces longues années, pour vos valeurs qui m'accompagnent chaque jour dans la vie et en consultation. Je n'aurais pas pu en arriver là sans vous et votre soutien infailible. Merci de nous avoir toujours donné les moyens de tracer notre voie, à Jérémy et à moi. Votre fierté est ma plus belle réussite. Merci pour tout.

À **Rémi**, parce que tu es le seul pour qui je citerais du rap dans ma thèse : « *Passé, futur ou présent... J'voudrais tout l'temps être avec toi, moi* ». A nos cocasseries rocambolesques et toutes celles à venir.

À mes grands-parents, **Lucien et Raphaëlle**, pour tous ces souvenirs d'enfance heureux. À toi Papy, parce que l'envie de soigner a commencé avec toi. À toi Mamie, à ta force de caractère et à la couche supplémentaire qui ne quitte jamais mes épaules comme elle ne quittait jamais les tiennes. J'aurais aimé vous voir dans cette salle aujourd'hui.

À **Jérem et Coralie**, au plaisir que j'ai d'être à dix minutes de chez vous, et non plus à dix heures. À **Lou**, au bonheur que j'ai de te voir grandir.

À ma tante, **Dominique**, pour tes encouragements depuis toujours de près comme de loin. À tout le reste de la famille, pour votre soutien et votre indulgence face à toutes mes absences aux repas de famille.

À ma belle-famille, mon autre famille. Merci pour tous ces week-ends aveyronnais où l'opulence est le maître mot. À **Elise et Valentin**, pour le Tableau des Ceintures, nos moments à quatre et votre présence dès qu'un coup de main est nécessaire. À **Maryline et Jean-Pierre**, merci pour votre si bel accueil au sein du cocon familial et pour vos petites attentions qui me font me sentir comme chez moi, alors que j'en suis pourtant si loin.

*Aux copains de Lille,*

À **Clème**, à ta sensibilité, ton humour inégalable et ton franc-parler (sauf sur le parking de la fac). Au Bartown qui a vu naître cette complicité et nos premières confidences. À toutes nos heures passées au téléphone ou dans ce « joli trajet le long de la mer ». Et à cette confiance que tu m'accordes depuis le début (pas en D1, donc), aujourd'hui encore avec Vio, et qui m'est si précieuse.

À la « Team lycée » : **Sarah, Claire, Paul, Fred, Zélie, Axel et Marine**. À nos retrouvailles toujours ensoleillées... aux quatre coins de la France. Merci pour la bouffée d'air frais, loin de la médecine, que ces moments représentent à chaque fois. Sans vous le parcours aurait été bien plus long et compliqué, vous m'avez portée sans même le savoir.

À **Sarah**, à ton oreille attentive quoi qu'il arrive, à nos aprem's boulot à Lille et nos week-ends épicuriens à Cahors ou dans les Pyrénées, à nos apéros-randos avec Axel et Rémi. On ne désespère pas de vous revoir un jour dans le Sud !



À **Claire**, qui a toujours été là, du début à la fin. De nos premiers pas en P1 à nos carrières toulousaine et franco-suisse, on peut dire qu'on en a fait du chemin depuis ces conseils de classe. Prochain arrêt : Pierre Fabre... On t'attend !

À **Gauthier**, unique binôme 52 ou 25 et premier pilier de toute cette aventure médicale. A tous nos moments aux Estudines et ailleurs, à nos introspections sur des échafaudages ou sur une péniche, à cette coloc' qui aurait été tout aussi exceptionnelle que ce costume de prise électrique.

À **Mona**, pour ton humour si fin et cette soirée à Exarchia où ta capacité à me raisonner au moment le plus opportun a rendu notre voyage sécuré. Merci pour tes danses endiablées (hey, what's your name ?) et ta voix si mélodieuse en concert que j'ai plaisir à réécouter en vidéo (cf Mumford & Sons et The Lumineers où l'on retrouve tes octaves les plus notables).

À **Antoine**, la cinquième roue de notre carrosse Burger Quizzien, sans qui le dit carrosse serait si bancal désormais. A ton accueil à chacune de nos visites et à ton capital sympathie qui dériderait le plus raide des balais.

À **Violette**, qui est déjà la plus cool de la bande et qui pourra toujours compter sur sa marraine.

À **Clara**, pour qui le placement par ordre alphabétique n'a jamais aussi bien fait les choses. Merci pour tes aller-retours (avec péripéties toujours !) à Toulouse, ton autodérision légendaire et tes leçons de grand banditisme en stage ou au restaurant. Et à Bobby, que j'ai hâte de rencontrer.

À **Guillaume**, à tous ces Temps d'un Encas sur le pouce à Gambetta, et à ce lien qui perdure malgré notre incapacité à être organisés. PS : merci de créer du souvenir à chaque retrouvaille !

À **Nono, François, Valou, Juju, Thomas et Agnès**, pour votre bonne humeur contagieuse et le fait de ne jamais m'oublier dans les invitations malgré toutes mes absences.

*Aux copains de Toulouse,*

À **Hugo**, mon co-interne de toujours : de notre première garde aux urgences jusqu'à la thèse, la boucle est bouclée ! A toutes nos heures de travail et de bavardage intempestif « bon allez, on s'y met » et à notre immense incompetence sur Word et Excel... Mais surtout à tous nos moments autour d'un verre ou en vadrouille (dans des buissons ou ailleurs). Tu es un ami précieux, tout autant que tes playlists.

À **Pauline**, de la coloc' dans une villa 5 étoiles avec Fourchette aux escapades en montagne ou dans les salles de concert, merci pour tous ces bons moments passés et à venir. À **Audrey**, maintenant que la tyrolienne n'a plus de secret pour nous, je propose de construire notre fameuse ligne Bourrassol – Amidonniers pour plus de facilité pour les apéros.

À la **team Albi** : **Céline, Paulo, Célia, Tim, Manon, Maud, Mathou, Jaja, Chloé, Ségo, Juliette** et tous les autres. À ce semestre d'été 2020, incontestablement le plus fun de mon internat ! À toutes nos soirées albigeoises avec vue cathédrale, aux Vignals du jeudi soir,

aux soirées beauf et paillettes, au risotto et à la TIAC, à la réanimation de la piscine tous les trois jours, au mental breakdown de MD le dernier jour... À nos soirées et excursions qui perdurent depuis, j'attends les prochaines avec impatience (option sans toilettes sèches de préférence) !

À mes **co-internes de Carcassonne** : **Marie, Léa L.** et **Léa G.** (aka Léa 2 et 3 ou 3 et 1, on sait plus trop à force), pour votre bonne humeur et la solidarité lors des gardes interminables à Carca. À nos kilos de cernes partagés sur les photos de l'été 2019. Vous retrouver est toujours un plaisir.

À **Cécile** et **Louis**, merci pour votre accueil clandestin durant le confinement (tout ce qui se passe à Dalayrac reste à Dalayrac). Au Championnat des mots, au Théâtre magique, à nos soirées au Biko ou ailleurs. Et au star kébab, bien sûr. Vous êtes plus que les « anciens colocs de Rémi ».

Aux **copains du COLT**, merci pour votre accueil dès mon arrivée à Toulouse et pour cette ambiance familiale au sein du club, le volley aura été ma soupape durant tout l'internat. À **Audrey, Chris, David, Micka et Coco**, pour nos doodles dignes des plus grands ministres. À **l'équipe Mixte**, merci pour cette première saison on ne peut plus réussie. En route pour la deuxième, eh yeeees papaaa !

*À mes Maîtres de Stage,*

A mes MSU et aux équipes des Urgences de Carcassonne, de Cardiologie et Neurologie d'Albi qui m'ont accueillie et formée.

Aux **Docteurs Florence Boudet, Maïlis Briole, Isabelle Fray, Emilie Giovanni, Anne Saint-Martin et à Mélinda**, à votre accueil durant deux semestres de Covid et au plaisir que j'ai à travailler avec vous. À ce cabinet si petit mais où j'ai tant appris. Merci d'avoir pris de votre temps pour me former à ce métier et de m'avoir donné un aperçu d'une si belle médecine générale. Merci pour votre confiance qui a été, et est toujours, si précieuse. À **Maïlis**, du nourrisson à la personne en fin de vie, tu as grandement forgé le médecin que je suis aujourd'hui, dans la bienveillance et la bonne humeur.

*Aux MSU ayant accepté de participer à cette thèse, merci.*

# Table des matières

Liste des abréviations .....	2
Introduction .....	3
Matériel et méthode.....	6
I.    Choix de la méthode .....	6
II.   La population .....	6
III.  Élaboration du guide d’entretien.....	7
IV.  Recueil des données et retranscription.....	8
V.    Analyse des données .....	8
VI.  Démarche éthique.....	9
Résultats .....	10
I.    Caractéristiques de la population .....	10
II.   Résumé des principaux résultats .....	11
III.  Analyse thématique.....	12
A.    Organisation du débriefing .....	12
B.    Attentes du MSU.....	15
C.    Pédagogie.....	18
D.    Vécu du MSU .....	23
E.    Pistes d’amélioration.....	28
Discussion .....	31
Conclusion.....	48
Références bibliographiques .....	49
Annexes.....	52

# Liste des abréviations

AIMG-MP :	Association des Internes de Médecine Générale de Midi-Pyrénées
CHU :	Centre Hospitalier Universitaire
CNGE :	Collège National des Généralistes Enseignants
CNIL :	Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés
CPP :	Comité de Protection des Personnes
DES :	Diplôme d'Études Spécialisées
DPO :	Data Protection Officer (Délégué à la Protection des Données)
DU :	Diplôme Universitaire
DUMG :	Département Universitaire de Médecine Générale
ECN :	Épreuves Classantes Nationales
GEP :	Groupe d'Échange de Pratiques
MG :	Médecine Générale
MGe :	Médecin Généraliste
MSP :	Maison de Santé Pluriprofessionnelle
MSU :	Maître de Stage Universitaire
PN1 :	Stage chez le Praticien de Niveau 1
RGPD :	Règlement Général sur la Protection des Données
SASPAS :	Stage Autonome en Soins Primaires Ambulatoire Supervisé

# Introduction

Depuis plusieurs décennies, l'organisation de la formation médicale n'a cessé d'être modifiée. Depuis la création des Centres Hospitaliers Universitaires (CHU) sous l'ordonnance du 30 décembre 1958, les stages hospitaliers ont vu le jour (1). Dix ans plus tard, Edgar Faure élaborait la loi d'orientation de l'enseignement supérieur et l'on assistait à une réforme des études médicales qui étaient alors divisées en trois cycles, chacun d'entre eux ayant des objectifs pédagogiques bien précis. Suite à cette réforme, le parcours des futurs Médecins « Généralistes » (MGe) et « spécialistes » est scindé en deux avec des modalités différentes. Les étudiants ayant opté pour la voie généraliste effectuaient alors un stage pratique hospitalier d'une année, tandis que les futurs « spécialistes » devaient passer le concours de l'internat (2).

En 1988, le troisième cycle des études de santé est modifié et à nouveau, les filières « généraliste » et « spécialiste » sont dichotomisées. Les futurs généralistes devaient obtenir leur certificat de synthèse clinique et thérapeutique pour ensuite effectuer leur résidanat, d'une durée de deux ans. Quant aux futurs médecins « spécialistes », ils passaient le concours de l'internat, qui durait ensuite quatre à cinq ans (3). En 1997, la durée du résidanat de Médecine Générale (MG) est allongée d'un semestre (4).

Le décret du 19 janvier 2001 a porté la durée du troisième cycle de formation à la MG à trois ans (5). L'arrêté du 19 octobre 2001 a précisé les modalités de la formation. A ce moment-là, la maquette comprenait quatre semestres obligatoires à réaliser en médecine adulte hospitalière, gynécologie-pédiatrie hospitalières, urgences hospitalières et un stage ambulatoire auprès de praticiens généralistes agréés : c'était l'ancêtre du Stage chez le Praticien de Niveau 1 (PN1) (6). Les deux derniers semestres de MG étaient dits libres et l'un d'eux devait préférentiellement s'effectuer en ambulatoire : c'était le précurseur du Stage Autonome en Soins Primaires Ambulatoire Supervisé (SASPAS).

L'année 2004 a ensuite marqué la disparition du concours de l'internat et la création des Épreuves Classantes Nationales (ECN) et des Diplôme d'Études Spécialisées (DES). La MG devenait alors une spécialité médicale à part entière. Ainsi, le PN1 puis le SASPAS apparaissaient alors comme des piliers fondamentaux dans la formation de l'interne en MG : une circulaire a donc rapidement été établie pour en préciser les modalités (7). Le SASPAS permettait en effet à l'interne d'être confronté au monde ambulatoire et à tout ce qu'il

implique : la prise en charge globale du patient et son suivi, la place prépondérante de la prévention et de l'éducation thérapeutique, la gestion et l'organisation du cabinet, la création d'un réseau de soins.

La circulaire du 26 avril 2004 relative à l'organisation du SASPAS décrit les objectifs pédagogiques du stage comme tels (7) :

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

L'interne y approfondit donc son futur rôle de MGe et ses fonctions de prévention, diagnostic et de soins. Il exerce en autonomie complète mais sous la responsabilité et la supervision indirecte de son Maître de Stage Universitaire (MSU). Le MSU a pour mission d'effectuer des révisions de dossiers, aussi appelées « débriefings », avec l'interne au décours de ses consultations.

Si dans les autres subdivisions, les deux derniers semestres étaient libres avec l'un d'entre eux à réaliser préférentiellement en ambulatoire, à Toulouse, les internes effectuaient leurs deux derniers semestres en SASPAS depuis 2019 (8).

La méthode pédagogique du SASPAS repose principalement sur la supervision indirecte (7,9). Il n'y a pas de formation standardisée sur cette supervision. Au niveau local, le Département Universitaire de Médecine Générale (DUMG) de Toulouse propose une formation globale à la maîtrise de stage. Dans d'autres régions, la formation spécifique à la supervision indirecte est dispensée par un organisme de formation proche du Collège National des Généralistes Enseignants (CNGE). Des travaux de thèse, effectués dans d'autres régions, ont montré des disparités dans le débriefing entre les terrains de stage

(10,11). Il a également été mis en évidence un lien significatif entre la qualité du débriefing et la progression des internes (11).

Notre recherche bibliographique a permis de trouver trois thèses portant sur le vécu des MSU, deux publiées en 2010 et une en 2013. L'un de ces travaux portait sur le vécu global du SASPAS et a été soutenu par Magali Portier Lecarpentier, à Paris (12). Ce travail évoquait surtout les aspects pratiques et organisationnels de la supervision indirecte. Un autre, au contraire, portait sur les obstacles à cette supervision identifiés par les MSU. Ce travail réalisé par Elise Petite à Grenoble a permis d'identifier deux principaux freins : le manque de formation des MSU et la difficulté d'organiser un temps dédié à la supervision indirecte (13). Le dernier travail, soutenu par Bernadette Haspot, portait sur l'évaluation du SASPAS du point de vue des MSU et étudiait l'organisation et le ressenti des MSU en 2013, soit dix ans après sa mise en place à Angers (14).

Nous n'avons pas trouvé de travaux plus récents à ce sujet et aucun ne semble avoir été réalisé en Occitanie. De plus, le DUMG de Toulouse ayant mis en place l'obligation de deux SASPAS durant la dernière année d'internat, il semblait intéressant d'interroger les MSU concernant le temps de débriefing dans les départements dépendants de la faculté de Toulouse.

L'objectif principal de l'étude est d'évaluer le vécu et les attentes des MSU concernant le débriefing. L'objectif secondaire est d'identifier, à travers les difficultés ressenties, les freins à la supervision et de proposer des pistes d'amélioration.

# Matériel et méthode

## I. Choix de la méthode

Les chercheurs ont choisi de réaliser une étude qualitative afin d'étudier le vécu et les attentes des MSU concernant le débriefing en SASPAS. Ces critères étant difficilement mesurables, l'approche qualitative semblait la plus pertinente (15).

Cette étude s'est faite au moyen d'entretiens semi-dirigés, à l'aide de questions ouvertes répertoriées dans un guide d'entretien. Ils ont été réalisés sur la plateforme Zoom®, principalement pour faciliter le recrutement des volontaires car cela favorisait leur disponibilité. L'utilisation de la visioconférence était également plus pratique dans le contexte pandémique.

Compte tenu de l'emploi du temps des MGe, a fortiori en pleine pandémie de coronavirus, il a été impossible de réunir plusieurs d'entre eux afin de réaliser des focus groupes. Les chercheurs ont donc pris le parti de ne pas réaliser de focus groupes, méthodologie qui avait été initialement envisagée.

## II. La population

La population cible était les MSU. Ces derniers devaient être volontaires, dépendre de la région Occitanie Ouest et accueillir un SASPAS actuellement ou avoir accueilli un SASPAS dans les deux dernières années.

Un talon sociologique a été établi, de manière à obtenir un échantillon raisonné, avec une variation maximale au sein des profils interrogés. Il a permis de diversifier le recrutement. Il s'agissait d'une fiche reprenant les données socio-professionnelles de chaque participant. Ce questionnaire de deux pages (Annexe 1) était rempli par les médecins et reprenait leur âge, leur sexe, leur situation familiale, leur département, leur mode et le milieu d'exercice, une éventuelle spécificité de patientèle, leur parcours en tant que MSU, leur parcours universitaire et leur implication ou non dans les enseignements du DUMG. Ce talon sociologique était à compléter idéalement en amont de l'entretien.

Le recrutement des MSU a été effectué par les chercheurs, d'abord grâce à leurs connaissances personnelles respectives puis grâce à l'aide des MSU déjà interrogés, de



référents départementaux et des évaluations de stage disponibles sur le site de l'Association des Internes de Médecine Générale de Midi-Pyrénées (AIMG-MP), permettant de cibler certains critères du talon sociologique.

Les MSU de l'étude ont été contactés pour la plupart par courrier électronique, certains par SMS, appel téléphonique ou en passant par leur secrétariat. Le sujet de l'étude leur était brièvement expliqué et leur accord était demandé pour participer à un entretien.

Après ce premier accord écrit ou téléphonique, les chercheurs leur ont ensuite envoyé un courrier électronique explicatif reprenant les tenants et aboutissants de l'étude (Annexe 2). Ils leur remettaient alors une notice d'informations du Règlement Général sur la Protection des Données (RGPD) relatif aux droits concernant leurs données, ainsi qu'un consentement à remplir et signer (Annexe 3) (16).

Le recrutement s'est terminé une fois arrivé à saturation des données, ce qui correspondait au point théorique à partir duquel aucune nouvelle donnée n'émergeait au cours des entretiens.

### III. Élaboration du guide d'entretien

Les chercheurs ont utilisé les ateliers méthodologiques du DUMG, disponibles en ligne, pour se familiariser à cette démarche qualitative et à l'élaboration du guide d'entretien (17). Ils ont aussi sollicité leur directrice de thèse.

Un guide d'entretien a été réalisé, composé de questions ouvertes invitant le médecin à être le plus exhaustif possible dans ses réponses, sans orientation de la part des chercheurs. Ce guide comportait également des questions de relance. Il a été construit avec des mots de langage oral afin de faciliter un échange naturel.

Plusieurs thématiques ont été pensées en amont et ont ensuite été ordonnées puis traduites sous forme de questions. Les chercheurs ont choisi d'aborder en premier lieu l'aspect pratique du débriefing afin de commencer par des questions organisationnelles. Puis ils ont choisi de développer l'aspect pédagogique du débriefing. Enfin, ils se sont penchés sur des questionnements plus personnels concernant les attentes du MSU, les éventuels problèmes rencontrés et les pistes d'amélioration.

Une version initiale (Annexe 4) a été utilisée au cours d'un premier entretien réalisé le 16 juin 2021. Cet entretien a permis d'ajouter une question brise-glace pour débiter l'entretien

plus facilement : « *Quand avez-vous débriefé la dernière fois ? Racontez-moi le débrief qui vous vient en tête concernant l'un des patients ?* » ainsi qu'une question abordant l'aspect relationnel dans le débriefing. (Annexe 5)

Le guide a de nouveau été modifié après quelques entretiens, le 30 novembre 2021. Les chercheurs ont ajouté une question à propos de la préparation en amont au rôle de MSU, après suggestion de leur directrice de thèse (Annexe 6).

#### IV. Recueil des données et retranscription

La date et l'heure des entretiens ont été convenus d'un commun accord entre les chercheurs et le MSU en fonction de leurs disponibilités.

Les entretiens ont été réalisés via la plateforme Zoom®. Les MSU ainsi que les chercheurs étaient soit chez eux, soit sur leur lieu de travail. Un des chercheurs se plaçait en tant qu'observateur tandis que l'autre interrogeait le MSU.

Pour chacune des thématiques abordées dans le guide d'entretien, des relances ont été faites si le MSU ne parvenait pas à répondre spontanément ou n'évoquait pas ces axes-là. L'entretien se terminait dès que tous les points souhaités avaient été abordés.

Les entretiens ont été enregistrés, avec l'accord des participants, sur le logiciel dictaphone de nos téléphones et via Zoom®. Ces enregistrements seront conservés deux ans avant d'être détruits. Ils ont ensuite été retranscrits dans leur intégralité grâce aux fichiers audio sur Microsoft Word®, en y intégrant le verbal et non-verbal. Le contexte de réalisation des entretiens ainsi que l'ambiance et le ressenti des chercheurs ont été précisés au début de chaque retranscription.

Tous les entretiens ont été anonymisés, chaque MSU a été associé à un numéro et leur département d'exercice à une lettre allant de A à I. Les éléments permettant de reconnaître un MSU ont été supprimés et remplacés par des parenthèses contextualisées.

#### V. Analyse des données

Les chercheurs ont réalisé une analyse des données de type thématique. Une première étape a consisté en une lecture flottante des entretiens pour repérer les idées principales et le contexte d'énonciation.

Séparément, les chercheurs ont découpé chaque entretien en verbatims, c'est-à-dire en unités de sens exprimant une seule et même idée. Chaque unité de sens a ensuite été associée à un code, exprimant fidèlement et sans interprétation l'idée transmise par l'unité de sens. Les chercheurs ont ensuite mis en commun leurs codes accompagnés des verbatims correspondants dans un tableau Microsoft Excel®. En cas de désaccord, l'avis de la directrice de thèse pouvait être sollicité. Cette triangulation des chercheurs a permis de renforcer la validité interne de l'étude.

Les codes ont ensuite été regroupés en fonction de caractéristiques communes, ce qui a permis de faire émerger des catégories puis des thèmes principaux.

## VI. Démarche éthique

Cette étude est hors loi Jardé. Elle ne relevait pas d'une autorisation du Comité de Protection des Personnes (18).

Les travaux de recherche ont été enregistrés auprès du Délégué à la Protection des Données, Data Protection Officer en anglais (DPO) du DUMG dans le cadre de la déclaration de conformité à la Méthode de Référence MR004, de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL) (Annexe 7).

# Résultats

## I. Caractéristiques de la population

Nous avons contacté trente-trois MSU, quinze nous ont répondu, un MSU n'accueillait finalement pas de SASPAS et nous n'avons pas donné suite à deux d'entre eux car leur profil était trop proche des MSU déjà interrogés. Au total, douze MSU ont été interrogés durant cette étude, les entretiens se sont déroulés entre juin 2021 et juin 2022. La totalité des entretiens a été réalisée en visioconférence. Le résumé des caractéristiques des participants qui correspond au talon sociologique est disponible en Annexe 8.

Notre population comprenait six femmes et six hommes. Les MSU avaient entre 33 et 64 ans, la moyenne d'âge était de 47,5 ans. L'ensemble des participants était en couple, hormis un MSU célibataire. Huit MSU avaient des enfants, quatre n'en avaient pas.

Parmi les terrains de stages proposés en Occitanie Ouest, huit départements sur neuf étaient représentés : l'Ariège, l'Aude, l'Aveyron, la Haute-Garonne, le Lot, les Hautes-Pyrénées, le Tarn et le Tarn et Garonne. Nous n'avons pas réussi à recruter des MSU exerçant dans le Gers. L'ancienneté d'installation allait de 4 ans à 30 ans, l'ancienneté moyenne d'installation était de 15,4 ans.

Concernant les modalités d'exercice, cinq participants travaillaient en milieu rural, trois en milieu semi-rural et quatre en milieu urbain. L'activité du MSU était libérale pour six d'entre eux, les autres avaient une activité mixte. Six exerçaient en cabinet de groupe et six en Maison de Santé Pluriprofessionnelle (MSP).

En ce qui concerne l'activité des participants, l'ensemble des MSU travaillait sur rendez-vous, à l'exception d'un MSU qui avait également une matinée sans rendez-vous. L'ensemble des participants avait un secrétariat présentiel et cinq MSU avaient un secrétariat téléphonique en plus. Le type de patientèle était varié : patients aigus, chroniques, gynécologie et pédiatrie, gériatrie.

Les participants étaient MSU depuis 9 mois à 15 ans et ils accueillait un SASPAS depuis 9 mois à 10 ans. Ils accueillait tous un autre étudiant (PN1, Santé Femme et Enfant ou encore un étudiant de deuxième cycle des études médicales) sauf l'un d'entre eux.

Concernant leurs engagements facultaires, aucun MSU n'était responsable de GPP et trois participaient à divers enseignements donnés au sein de la faculté.

Aucun n'avait bénéficié d'une autre formation que celle délivrée par le DUMG de Toulouse. Six des MSU avaient eux-mêmes réalisé un SASPAS au cours de leur formation.

Parmi les participants, deux MSU ne souhaitent plus accueillir de SASPAS, un pour une durée temporaire le temps de faciliter l'installation d'un nouvel associé et une de façon définitive.

Au cours de nos entretiens, la saturation des données a été obtenue vers le dixième entretien. Aucune nouvelle donnée n'était apportée. Nous avons réalisé deux entretiens supplémentaires pour confirmer cette saturation.

La durée des entretiens allait de 15 à 50 minutes, la durée moyenne d'entretien était de 27,07 minutes. Les résultats sont illustrés à l'aide de verbatims cités en gris et en italique, les entretiens sont annotés de E1 à E12, dans l'ordre chronologique de réalisation.

## II. Résumé des principaux résultats

Concernant l'organisation du débriefing, la plupart des MSU rapporte faire des débriefings d'environ 30 à 45 minutes, en présentiel, à partir des dossiers du logiciel métier. Ce débriefing est évolutif au cours du stage.

Les MSU attendent un moment d'échange avec l'interne, sincère et ouvert, où celui-ci aborde ses difficultés et lors duquel ils peuvent être rassurés quant à la prise en charge de leurs patients. Ils attendent de l'interne une démarche réfléchie et adaptée.

Il se dégage une bienveillance particulière des MSU interrogés. Ceux-ci s'appliquent à rassurer l'interne et à se tenir disponibles. Ils adoptent volontiers le rôle de guide dans la pratique de l'interne ou dans son travail universitaire, en se plaçant comme un collègue qui lui apporte son expérience. Le débriefing est un moment d'échange avec l'interne et d'apprentissage commun.

De manière générale, le débriefing est bien vécu par les MSU. Ils l'identifient comme le socle pédagogique du SASPAS. Les MSU entretiennent une relation de confiance avec leur interne. Les difficultés rencontrées n'entachent pas leur vision globale du débriefing. Les difficultés les plus fréquentes sont en lien avec la personnalité ou l'implication de l'interne.

Dans les points à améliorer, les MSU rapportent surtout manquer de temps pour leur débriefing. Le point concernant la formation ou un guide de débriefing est clivant, certains

MSU seraient en demande d'un soutien méthodologique ou d'un guide, d'autres ne le souhaiteraient pas.

### III. Analyse thématique

#### A. Organisation du débriefing

##### 1. Organisation globale

Quelques MSU rapportent vérifier que l'organisation de débriefing convient bien aux besoins de l'interne (E5 : « *j'essaye de temps en temps de faire un petit point en cours de stage. En leur disant est-ce que ça te va les débriefs* »).

##### 2. Durée

Le MSU accorde un temps dédié au débriefing, allant de 30 minutes à plus d'une heure et la majorité des MSU débriefent en 30 à 45 minutes (E6 : « *ça dure au moins une demi-heure minimum, sinon trois quarts d'heure* »).

Certains MSU ont tout de même un désir d'efficacité dans le débriefing (E7 : « *Comme ça, c'est ni trop long pour nous ni trop long pour vous* ») car un débriefing trop long peut paraître pénible, ils choisissent alors de faire l'impasse sur les cas de patients les plus simples pour gagner du temps (E10 : « *écoute les petits rhinos sans problème, tu m'en parles pas, tu me parles surtout des dossiers qui t'ont posé problème* »).

A l'inverse, un manque de temps pour débriefer peut être frustrant pour le MSU (E8 : « *Enfin c'est mieux que rien mais c'est pas... et ça donne pas... Non, c'est pas satisfaisant. Pour moi, c'est pas satisfaisant (...) Donc c'est frustrant en fait, c'est la frustration qui ressort quoi* »).

##### 3. Horaire et fréquence

Les MSU débriefent soit en fin de journée (E6 : « *Le soir, à la fin de la consultation* »), soit en fin de demi-journée (E2 : « *je fais des débriefings à chaque fin de demi-journée* »). Le

débriefing a lieu tous les jours, le jour même (E1 « On essaie de faire chaque jour en tout cas »).

Parfois, il est nécessaire de s'adapter aux contraintes de la journée (E5 : « une journée où les horaires de l'un ou de l'autre font qu'on n'a pas le temps d'y accorder le soir on le complète ou on le fait le lendemain matin par téléphone »).

Le fait de débriefer en fin de journée peut être problématique pour plusieurs raisons :

- Le MSU souhaite que la journée se termine (E10 : « des fois quand je suis un peu crevée quoi, des fois je me dis : ah ouais faut encore débriefer »).
- Le MSU ne veut pas libérer l'interne trop tard (E2 : « moi ça me dérange un petit peu de libérer à 19h-19h30 après le débriefing »)
- La fin de journée de l'interne ne correspond pas à celle du MSU, il ne veut ni faire attendre l'interne (E10 : « Moi j'ai pas envie de faire attendre mon interne »), ni faire attendre ses patients (E10 : « Donc je vais débriefer entre 2 patients et comme j'aime pas faire non plus attendre mes patients, quand c'est comme ça, c'est peut être des fois un peu expéditif »).
- Le MSU est contraint par des obligations personnelles (E8 : « le soir quand on débrieфе après les consults et ben c'est le moment où comme moi cette journée là je travaille pas, je récupère les enfants et donc c'est toujours... c'est jamais le bon moment »).

A l'inverse, le débriefing en fin de demi-journée a quelques avantages :

- Cela dégage plus de temps (E8 : « on déjeunait ensemble entre midi et deux, donc on faisait une partie du débriefing là et puis on refaisait une partie du débriefing le soir après les consults. Donc ça c'était très agréable parce qu'on avait le temps »).
- Cela permet de réduire la durée du débriefing le soir (E11 : « deux débriefings, c'est à dire entre midi et deux et le soir. De manière à pas (...) faire vite et mal le soir »).
- Cela permet d'anticiper les patients de l'après-midi (E10 : « Là on avait déjà parlé à l'avance des patients qu'il allait voir »).
- Cela facilite la restitution des cas (E2 : « en fin de demi-journée, ça me va, les patients sont encore frais dans la tête de l'interne »).

#### 4. Lieu

La plupart des MSU réalisent le débriefing en présentiel (E4 : « toujours au maximum en présentiel ») et peuvent parfois adapter leur façon de faire en fonction des contraintes de la journée (E8 : « Dernièrement, depuis que je suis installée, il y a beaucoup plus de travail et puis j'ai des enfants (...) je peux pas être en présentiel au cabinet »).

Le débriefing présentiel apporte plusieurs avantages :

- Il est perçu comme plus qualitatif (E6 : « C'est vrai que le débriefing en présentiel est quand même mieux que le débriefing par téléphone »).
- Il permet d'améliorer la relation avec l'interne (E4 : « la relation avec l'interne est beaucoup plus riche (...) important pour la vie du cabinet en fait et l'intégration de l'interne »).
- Il donne accès au non-verbal (E11 : « Il manque des choses ! Moi j'aime bien voir la personne, sa réaction, voir le dossier, lire avec lui »).

Certains MSU trouvent que le débriefing téléphonique est moins pratique voire désagréable (E5 : « le faire à distance ça nécessite dans l'idéal d'être à 2 sur le support, c'est parfois un peu plus complexe » ; E11 : « je supporte pas les débriefs à distance ») et qu'il raccourcit le temps de débriefing (E4 : « en plus on peut aborder autre chose (...) Tout ça par téléphone finalement on a tendance à abréger »).

Seul un MSU réalise ses débriefings par téléphone car le fait d'être en présentiel lui donne l'impression de surveiller l'interne (E6 : « être présent ça voudrait dire que je peux aussi le fliquer. C'est à dire ça peut être perçu sur un manque de confiance et un flicage supplémentaire »).

## 5. Support

La majorité des MSU utilisent le dossier informatique pour réaliser le débriefing (E3 : « on ouvre le dossier du patient à chaque fois »). Quelques MSU utilisent d'autres supports :

- Le planning (E10 : « je regarde son planning de rendez-vous, on parle voilà »).
- Un outil propre à l'interne (E2 : « Elle a son cahier aussi ou des choses qu'elle a pas forcément voulu noter dans le dossier »)
- Le Relevé d'Activité Quotidienne (E1 : « on leur imprime un tableau et donc ils le complètent »)



- Les objectifs intermédiaires du DUMG (E11 : « *c'est assez récent mais j'utilise un peu la grille des objectifs intermédiaires* »).
- Aucun support n'est utilisé (E7 : « *C'est un débriefing oral, qu'on fait ensemble* »).

Le MSU qui débriefe par téléphone demande parfois à l'interne de laisser des transmissions papier concernant les patients qu'il a vus (E6 : « *Ensuite, elle me laisse sur mon bureau des traces écrites sur les gens qu'elle a vus* »).

## 6. *Revue des patients*

Pour effectuer le débriefing, certains MSU font un screening des patients de la journée (E6 : « *on passe en revue chacun des patients qu'elle a vus* »).

Certains choisissent ensuite d'être exhaustifs dans le débriefing (E9 : « *Tous les cas, pour savoir ce que c'est (...) il y a toujours des choses à dire de toute façon* »), là où la moitié des MSU préfèrent se concentrer sur les cas ayant posé problème à l'interne (E4 : « *pour se concentrer sur les cas qui ont été un peu plus originaux ou compliqués* »).

Quelques MSU laissent le choix à l'interne (E12 : « *je m'adapte en fonction des internes et comment ils ont envie de faire* ») et semblent s'adapter tout au long du stage (E11 : « *Donc au départ on va prendre tous les patients dans l'ordre d'arrivée et au bout d'un moment c'est lui qui va me dire : moi c'est ces 3 situations qui m'ont posé problème* »).

### B. Attentes du MSU

#### 1. *Contenu et déroulement du débriefing*

En ce qui concerne les points abordés durant le débriefing, certains MSU attendent un compte-rendu plus ou moins détaillé de la consultation (E4 : « *J'attends une retranscription de ce qu'il a fait* »), là où d'autres souhaitent que l'interne cible sur les difficultés qu'il a pu rencontrer (E1 : « *Après j'attends pas non plus qu'il débriefe toutes les consultations soyons honnêtes* ») et qu'il les aborde spontanément (E12 : « *Alors j'attends surtout qu'il me pose des questions sur ce qu'il a pas réussi à gérer* »). Un MSU attend que l'interne soit responsable vis-à-vis de ses doutes, et ne passe pas sous silence une difficulté (E11 : « *je pars du principe que si je le considère adulte en disant tu me sélectionnes ce qui a posé* »).

*problème il faut qu'il y ait aussi un comportement tel (...) je m'interdis d'être un flic avec un interne »).*

Un MSU attend de l'interne qu'il aborde l'aspect relationnel avec le patient lors du débriefing (E4 : *« relationnels (...) pour moi le débrief doit... il doit y avoir cette dimension »*).

Concernant le déroulement du débriefing, deux MSU souhaitent une certaine rigueur de la part de l'interne, dans la tenue des dossiers (E2 : *« d'avoir un dossier qui soit bien tenu, toutes les choses qui soient retranscrites (...) j'attends pas mal de systématisme en fait »*) ou dans le fait d'appliquer les conseils prodigués (E11 : *« une vraie écoute des conseils et l'application la journée suivante »*).

Il est également attendu de l'interne qu'il soit proactif (E11 : *« qu'il soit pas passif quoi »*) et efficace lors du débriefing (E3 : *« je demande qu'il prenne quelques notes pour que ça aille un peu vite »*).

Pour plusieurs MSU, le débriefing est un moment d'échange et d'écoute mutuelle (E7 : *« que l'échange est cordial et que... voilà que l'interne est à l'écoute comme nous on est à votre écoute »*), une MSU précise même que l'idéal est que l'interne et le MSU soient sur la même longueur d'ondes (E10 : *« Alors le débriefing parfait c'est surtout quand on se comprend »*).

Les MSU attendent également une certaine ouverture d'esprit de la part de l'interne (E4 : *« le débrief idéal c'est celui où on peut échanger des idées sans que ça vexé qui que ce soit »*), ainsi qu'une sincérité lors des échanges (E3 : *« on partage tout y compris les choses qui peuvent être désagréables pour moi »*). Les MSU sont preneurs d'éventuels retours que l'interne aurait à proposer (E4 : *« me donne des conseils sur un truc qu'on pourrait améliorer »*).

## *2. Démarche et attitude médicale de l'interne*

Le débriefing est également attendu par les MSU pour évaluer la démarche médicale de l'interne, notamment dans l'adéquation de ses prises en charge (E5 : *« sans que ça pénalise la prise en charge du patient, ce qui est quand même pour moi la priorité »*) et si besoin, dans l'adaptation de celles-ci (E9 : *« parce qu'il y a des conduites à tenir qui peuvent même arriver jusqu'à rappeler des gens, mais c'est toujours des légères corrections de prise en charge »*)

Les MSU souhaitent que l'interne ait une démarche médicale réfléchie (E8 : « *le déroulé c'était ça : présentation du dossier, explication du raisonnement clinique et exposition des différentes prescriptions* ») et qu'il aborde toutes les dimensions de la consultation (E2 : « *si possible aller un petit peu au-delà de la consultation* »).

Un seul MSU aborde l'attitude médicale de l'interne, il veut que l'interne soit à l'aise (E6 : « *qu'elle se soit sentie à l'aise, sur les circonstances de l'examen, sur les circonstances des examens complémentaires, sur le diagnostic* ») et qu'il ait un bon relationnel avec les patients (E6 : « *qu'elle ait eu un bon contact avec le patient* »).

### 3. Continuité des soins

Pour plusieurs MSU, le débriefing est également un moyen de s'assurer qu'il n'y ait pas de rupture dans le suivi de ses patients (E5 : « *si c'est des patients dont je suis médecin traitant, bah pour pas repartir à zéro avec la prochaine consultation que j'aurai avec eux* » ; E9 : « *j'attends une transmission d'info* »).

### 4. Réassurance

La plupart des MSU utilisent le débriefing comme outil de réassurance, en effet certains peuvent être inquiets en l'absence de retour de l'interne (E1 : « *moi j'aime bien quand même quand ils ont des choses à me raconter (...) là où j'aurais peur c'est s'il me disait bah non j'ai rien à dire* »).

Le débriefing permet également aux MSU de garder un œil sur leur patientèle (E8 : « *c'est une sécurité pour moi, pour vérifier ce qui a été fait pour mon patient, puisque c'est ma patientèle* » ; E10 : « *j'ai toujours un petit fond d'inquiétude qu'il soit pas passé à côté d'un truc important quoi* »).

Les MSU sont également rassurés sur leur pratique (E10 : « *ben il a eu le même raisonnement que moi j'aurais eu, bah ça me fait plaisir pour lui et puis moi ça me conforte aussi pour moi* »), que ce soit au niveau de leur façon de faire (E2 : « *plus sa façon de fonctionner est proche de la mienne, plus c'est rassurant pour moi aussi* ») ou de leur

ressenti vis-à-vis des patients (E2 : « moi ça me rassure des fois, ou me conforte dans des ressentis que j'ai de certains patients »).

### 5. Bénéfices secondaires à accueillir un interne

Les MSU étaient heureux de débriefing avec leur interne car cela leur permet d'apprendre grâce à lui (E7 : « Pour moi c'est une richesse. Ça me permet de réfléchir, ça me permet de me remettre en question. C'est pour ça que j'ai voulu être maître de stage »).

Le débriefing avec l'interne apporte un regard extérieur sur la patientèle du MSU (E9 : « parfois aussi d'avoir un regard neuf sur les patients »).

Enfin, le débriefing permet également de créer du lien avec son interne et de garder contact dans l'optique d'un futur remplacement (E10 : « D'ailleurs, il va faire des remplacements dans notre maison de santé, ça c'est la bonne nouvelle du jour »).

## C. Pédagogie

### 1. Bienveillance envers l'interne

#### a. Réassurance

Pour la majorité des MSU interrogés, la réassurance passe par le fait de ne pas laisser l'interne rentrer chez lui avec des angoisses (E6 : « Moi je veux que mon interne, il soit bien après le débriefing et qu'il ne passe pas sa soirée à refaire toute la consultation avec son Vidal et internet à revoir toutes les pathologies qu'il a vues »). Certains d'entre eux prennent également le temps de passer en revue tous les patients de la journée, de façon systématique (E2 : « de vraiment revoir tous les patients, je pense que ça permet aussi de les rassurer »).

Pour plus de la moitié des MSU, le débriefing permet également de conforter l'interne dans ses prises en charge (E12 : « ça rassure l'interne sur le fait qu'il a bien fait les choses »). Pour quelques MSU, le débriefing est également un temps pour rassurer l'interne sur sa pratique (E1 : « ça les rassure, ils nous disent, voilà, toi est-ce que t'aurais fait ça ? Et généralement on leur dit bah oui j'aurais fait comme toi »), et de lui rappeler que l'incertitude en médecine générale est normale (E10 : « moi les stages c'est surtout

*apprendre à se dire que... à réaliser que finalement le médecin qui a son expérience, son vécu, son truc et bah finalement il a le même désarroi devant une situation particulière »).*

Certains MSU se servent également du débriefing pour faire un renforcement positif auprès de l'interne, pour qu'il prenne confiance (E7 : *« Du coup j'hésite pas, que ça soit positif ou négatif, après d'en faire retour. C'est à dire que de temps en temps, je leur dis, "ah bah tiens j'ai revu Madame machin, ils sont super contents de toi", c'est important quoi (...) c'est bien de vous dire aussi ce qui va. ça renforce la confiance en soi »*).

#### b. Implication et adaptation au cours du stage

Les MSU se révèlent attentifs aux ressentis de leur interne :

- Pour quelques MSU, le débriefing commence avant tout par une question sur les difficultés générales de la journée (E5 : *« je demande comment s'est passé la journée de manière globale, est-ce qu'il y a eu des difficultés particulières »*).
- Une MSU est attentive, au-delà du débriefing, au vécu global de l'interne (E12 : *« si ça a été une journée qui a été agréable »*).
- Un MSU souhaite que l'interne sorte du débriefing avec une impression de progression (E6 : *« qu'elle ait eu le sentiment d'avoir progressé »*).
- Certains MSU essaient de repérer le non verbal également (E5 : *« par des observations indirectes, mais bon là c'est très subjectif de ma part. D'avoir l'impression que l'interne ne part pas frustré du débrief »*).

La majorité des MSU rapporte se tenir disponible en dehors du débriefing (E9 : *« La règle on leur a toujours dit, c'est de ne jamais se sentir en difficulté, s'il y a la moindre question ils appellent ils trouvent de l'aide et mais ne jamais être en difficulté »*).

Certains MSU adaptent leur disponibilité ou l'organisation de la journée en fonction de l'interne (E4 : *« discuter avec la secrétaire, dire bah voilà elle a besoin de plus de pauses »* ; E11 : *« je me suis adapté. C'est à dire que les premiers temps elle m'appelait souvent, les débriefings duraient plus »*). D'autres adaptent leur approche pédagogique (E7 : *« C'est à dire qu'en fonction de la personne que j'ai en face de moi, je vais pas forcément fonctionner pareil sur la pédagogie quoi »*).

Les MSU montrent une implication dans leur rôle (E11 : *« Et là je les laisse. C'est à dire que moi je leur dis ça fait partie du boulot, sinon on fait pas ce boulot, si on n'est pas capable »*).

*d'assumer ça ») et une bienveillance envers les internes (E6 : « Il y a une écoute bienveillante, jamais je lui dis t'as fait une connerie »).*

## 2. Posture du MSU

### a. Rôle de formateur d'un futur médecin généraliste

Les MSU aident les internes dans leur acquisition de la gestion d'une journée de consultation (E7 : « *Le timing aussi, le retard... euh, voilà. La cotation, le paiement, comment elle s'organise pour vérifier son paiement le soir* »), dans celle du cabinet (E10 : « *Alors là on parle du débriefing mais il y a quand même d'autres sujets, la tenue du cabinet médical en général* »), et dans celle d'un patient dans son ensemble (E8 : « *ça pouvait être l'aspect vision d'ensemble du patient et donc réflexion sur la prévention pour ce patient-là* »).

Une MSU rapporte travailler par étapes dans ce but (E7 : « *Deux mois diagnostic-thérapeutique et puis un peu cotation, après je fais gestion cabinet financière, comment on peut s'organiser pour s'y retrouver et puis tout ce qui va à côté du cabinet : recevoir les bilans, lire les courriers et les classer, tu fais un peu de compta* »).

Une autre MSU veille surtout à ce que l'interne trouve le mode d'exercice qui lui convient (E12 : « *Sans dire de le préparer, c'est qu'il trouve son mode de fonctionnement* »).

### b. Rôle de guide

Les MSU adoptent volontiers un rôle de guide. Quelques-uns dans la réflexion personnelle de l'interne (E9 : « *Mais je pousse à se poser des questions* ») et la moitié dans la prise en charge des patients en pratique (E4 : « *je lui demande de revenir dessus, de savoir qu'est-ce qu'elle pourrait faire la prochaine fois, (...) je donne plus des pistes (...) pour qu'elle puisse progresser au cours du stage* ») ou dans le travail universitaire (E1 : « *Ou leur dire que ça, ça peut faire sujet d'un SCRE* »).

### c. Rôle de collègue expérimenté

Environ la moitié des MSU rapportent se voir plutôt comme un collègue de l'interne, avec plus d'expérience. Ils choisissent de ne pas prendre la posture d'enseignant (E10 : « *j'estime qu'ils connaissent la médecine, je me pose pas en professeur qui donne des leçons* »). Ils guident l'interne pour que celui-ci s'affranchisse parfois de la théorie pure et dure (E8 : « *quand on a des connaissances théoriques des fois il faut les adapter à la pratique quotidienne ou à l'exercice quotidien de terrain et c'est permettre ça en fait* ») et apportent leur expérience médicale, humaine et sociale (E4 : « *important de transmettre, ce que moi j'ai pu déjà observer depuis presque 10 ans d'exercice, pour que lui il ait des plus d'outils et d'armes pour commencer sa vie de médecin* » ; E6 : « *là où j'ai beaucoup à leur apprendre, les cas où il y a des comportements humains à adopter vis-à-vis de situations humaines* »).

#### d. Rôle d'enseignant universitaire

La plupart des MSU vérifient le raisonnement clinique de l'interne au cours du débriefing (E3 : « *en argumentant un petit peu sa conduite à tenir* »).

Certains vérifient également ses connaissances (E5 : « *je peux le faire aussi sous forme de questions auprès de l'interne pour quand même voir le socle de connaissances* ») et sa capacité à aller chercher une information (E8 : « *vérifier ses capacités de vérifier ses connaissances ou de mettre à jour ses connaissances* »).

Quelques MSU instaurent des discussions théoriques sur les cas rencontrés (E5 : « *faire sortir les thématiques en fonction de l'activité quotidienne, et pas du coup de prendre une liste à priori d'enseignement* ») ou même des moments d'enseignement pur (E5 : « *élargir après une petite discussion de 5 à 10 min sur quelque chose d'enseignement pur* »).

### 3. Enrichissement

#### a. Échanges avec l'interne

Pendant le débriefing, les MSU apportent leur connaissance des patients, ce qui peut parfois amener à modifier la prise en charge réalisée par l'interne (E9 : « *et la prise en charge est parfois un peu différente quand on connaît les gens* »).

Il arrive régulièrement que les MSU et internes réfléchissent ensemble en cas de désaccord initial, afin de choisir la prise en charge la plus adaptée (E2 : « *Par contre qu'on soit pas* »).

*d'accord exactement sur une prise en charge et qu'en en discutant finalement on fasse le mieux pour le patient »).*

La quasi-totalité des MSU envisagent leur apport dans le débriefing comme une transmission d'expérience. (E6 : « *Donc je lui donne des astuces, ou mon ressenti en termes de vieux médecin* »).

Quelques MSU rapportent trouver un intérêt particulier au débriefing car toute situation quelle qu'elle soit amène des questions (E11 : « *Parce que c'est libre (...) sur chaque patient, même pour une rhinopharyngite, on peut trouver 10 000 points de questions* »).

#### b. Relationnel patient

La plupart des MSU abordent l'aspect relationnel avec le patient dans le débriefing (E4 : « *Donc je pose souvent la question quand je vois des patients qui sont potentiellement voilà compliqués* »), parfois même de manière prépondérante (E12 : « *c'est là qu'on fait cet échange d'expérience (...) cet aspect relationnel est évidemment ben au centre finalement du débriefing* »).

Quelques MSU anticipent les difficultés relationnelles que peut rencontrer l'interne (E2 : « *Quand j'ai le temps de regarder strictement son planning, des fois j'essaye de prévenir un petit peu si c'est un petit peu difficile* »).

Certains MSU questionnent l'interne sur son ressenti à l'issue d'une difficulté d'ordre relationnelle (E11 : « *est-ce que à la fin tu as senti qu'il a adhéré à ce que tu lui as proposé ?* »).

Plusieurs MSU remarquent que l'interne aborde aussi régulièrement cet aspect-là de manière spontanée (E9 : « *Et s'il s'est senti à l'aise ou pas à l'aise éventuellement avec ce type de patient, il peut l'aborder à ce moment-là* »).

Un MSU a rapporté ne pas aborder l'aspect relationnel (E3 : « *Mais non c'est pas quelque chose sur lequel je m'appesantis beaucoup, effectivement* »).



### c. Bénéfices du débriefing pour le MSU

La majorité des MSU considèrent qu'il y a un apprentissage mutuel pendant le débriefing (E7 : « *J'apprends des choses avec vous et moi je vous apprend* ») et que cela leur permet même de rester à jour sur leurs connaissances (E10 : « *souvent, je demande à mes internes "tiens dans tel cas, c'est quoi les recos" je suis toujours très curieuse, je suis pas d'une génération recos moi* »).

## D. Vécu du MSU

### 1. Relationnel avec l'interne

#### a. Bonne entente

Pour une partie des MSU, il existe un bon relationnel avec l'interne, ce qui est vécu comme agréable (E2 : « *les choses se sont bien passées dès le début quoi, donc c'est vrai que pour moi ça a été facile et agréable* »).

La quasi-totalité des MSU rapporte une absence de difficulté relationnelle avec l'interne (E9 : « *mais que soit moi ou mes collègues, on a jamais de problème* »).

#### b. Confiance envers l'interne

Certains MSU accordent une confiance progressive à l'interne (E6 : « *plus les débriefs se font, plus la confiance s'établit l'un vis-à-vis de l'autre* »), d'autres l'accordent presque immédiatement (E12 : « *j'ai vraiment une totale confiance (...), vous êtes hyper carrés* »).

Une grande majorité des MSU est satisfaite du travail de l'interne (E10 : « *ils sont bien, ils sont consciencieux, j'ai confiance, je n'ai jamais eu affaire à un interne vraiment catastrophique pour qui je me disais c'est pas possible, je peux pas le laisser tout seul* »).

#### c. Partage

La moitié des MSU se sent comme un compagnon pour l'interne (E3 : « *effectivement je suis un compagnon pendant les 6 mois je dirais pour les internes* »). Une MSU a fait le

rapprochement avec la conduite accompagnée (E10 : « Voilà je trouve qu'il y a beaucoup de points communs, j'ai à côté de moi quelqu'un, bon qui a appris, qui connaît le code, mieux que moi même, qui a appris la conduite. Je ne lui apprends pas la conduite, je lui apprends l'expérience de rouler rouler rouler »).

Pour un peu plus de la moitié des MSU, le débriefing est vécu comme un temps de partage (E12 : « discussion entre confrères-collègues »).

## 2. Communication avec l'interne

Une MSU rapporte inviter l'interne à faire un retour sur le débriefing (E7 : « j'essaye de vous mettre un maximum à l'aise pour me dire la vérité »). Mais elle craint que ce retour ne soit pas très transparent de la part de l'interne (E7 : « "Maintenant le retour réel, on le sait pas. (...) Et l'interne, en fait il ose pas le dire directement quand il est en stage, tu vois. De peur après de se faire tacler, ce qui est tout à fait logique »). Elle déplore l'absence de retour officiel par la faculté (E7 : « Mais c'est vrai que votre évaluation envers nous, on n'en a pas et c'est dommage parce que ça nous permettrait de nous remettre en question quand même »).

Plusieurs MSU nous disent ne pas savoir ce que pense l'interne de leur façon de faire le débriefing (E3 : « Ben j'espère qu'il les perçoit comme moi »), voire ne pas communiquer à ce sujet (E12 : « faudrait que je leur demande. J'ai pas demandé tiens »).

## 3. Réflexion autour du rôle de MSU et de l'accueil du SASPAS

### a. Préparation personnelle et universitaire

Un MSU déclare avoir anticipé et s'être préparé à certaines situations (E5 : « "Bien que c'était une, non pas une crainte mais en tout cas quelque chose à laquelle je m'étais préparé »).

Quelques MSU ont attendu avant d'être maître de stage, pour accueillir les internes dans de bonnes conditions (E7 : « Je voulais attendre d'être à l'aise dans mon cabinet »).

Plusieurs MSU racontent que leur propre passage en stage de SASPAS leur permet d'être plus à l'aise dans leur débriefing (E5 : « parce que je les fais comme moi je considérais en

*étant interne en médecine générale que je trouvais un débrief pertinent et qui m'apportait des choses »).*

Plusieurs MSU rapportent le bénéfice de faire le Diplôme Universitaire (DU) de maîtrise de stage (E8 : *« Mais voilà le fait d'aller à ce DU, à plusieurs dans la voiture, on débriefait entre nous »*).

#### **b. Pas de préparation**

Certains MSU ne se sont pas préparés à devenir MSU, soit parce qu'ils ont dû rapidement se lancer (E10 : *« J'avais pas fait la formation, je m'étais pas posé des questions, je n'étais pas prête (...) Après j'ai sûrement fait plein plein d'erreurs, j'ai dû être négligente quand j'y pense parce que j'avais pas l'expérience ni la formation. Mais je sais pas, les choses sont venues tout à fait naturellement »*), soit parce qu'ils étaient déjà passés en SASPAS et que cela semblait naturel pour eux (E11 : *« Je me suis pas préparé parce que pour moi ça coulait de source »*).

#### **c. Réflexion entre collègues à propos de la gestion des internes**

Un MSU échange avec ses collègues sur les internes en stage dans son cabinet (E9 : *« Donc on partage informellement, puis je vous dis, comme on est un cabinet de 4, tous les 4 on connaît tous les internes, donc chacun peut avoir un avis »*).

### **4. Intérêt du débriefing**

La moitié des MSU rapporte que le débriefing est ce qui différencie le stage du remplacement déguisé (E4 : *« en plus pour moi l'intérêt du SASPAS c'est quand même qu'il y ait un débriefing à la fin, sinon autant qu'ils remplacent »*).

Deux MSU n'ont pas réalisé de SASPAS et se rendent compte que ça apporte beaucoup (E7 : *« Moi j'aurais voulu avoir des maîtres de stage qui m'apportent leur expérience »*).

Un MSU pense que le débriefing permet à l'interne de s'évaluer (E9 : *« Alors l'utilité pour lui de savoir où il se situe voilà »*).

Une MSU voit le débriefing comme un moyen de créer du lien avec l'interne (E10 : « *Je n'imagine pas ne pas débriefer, ce serait d'un triste. Je verrai plus jamais mon interne quoi* »).

Une MSU compare le débriefing à des situations similaires dans d'autres corps de métiers (E7 : « *Moi ma fille, elle est en formation alternée euh... ils ont un débriefing aussi (...) Et vous êtes en formation alternée en fait, c'est surtout ça donc il faut vraiment qu'il y ait du retour et de l'accompagnement* »).

## 5. *Bon vécu du débriefing*

La confrontation aux connaissances de l'interne est vécue comme normale par plusieurs MSU, et ne les déstabilise pas (E3 : « *Ça me déstabilise pas du tout ... Je trouve ça normal* »).

La moitié des MSU déclare se sentir à l'aise dans le débriefing (E9 : « *j'ai pas de pression là-dessus voilà. Moi ça me convient tout à fait, j'y suis à l'aise et j'espère que les internes y trouvent leur compte, en tout cas ils nous l'ont jamais exprimé* »).

La moitié des MSU a confiance dans la qualité des débriefings (E5 : « *j'ai l'impression de faire des débriefs pertinents* »).

Quelques MSU rapportent avoir l'impression que les internes sont satisfaits du débriefing (E11 : « *j'ai plutôt le sentiment que, de ce que j'en ai compris, qu'ils aiment bien ma manière de procéder* »), et un MSU remarque que son interne est impliqué et investi (E9 : « *En tout cas il en est demandeur, ça c'est sûr* »).

## 6. *Difficultés lors du débriefing*

### a. *Contraintes organisationnelles*

Une MSU rapporte que sa charge de travail actuelle rend difficile l'accueil d'un interne (E8 : « *Dernièrement, depuis que je suis installée à (nom de ville), il y a beaucoup plus de travail* »), ce qui l'a conduit, en partie, à ne plus accueillir d'interne, de peur de mal faire (E8 : « *Donc ça c'est devenu beaucoup plus galère et du coup c'est ce qui m'a donné envie d'arrêter le stage parce que c'est très déplaisant de pas avoir le temps, d'être interrompu, de pas être en présentiel* »)

## b. Sentiment d'imposture

Quelques MSU ont des difficultés à prendre la posture d'enseignant (E8 : « *j'avais l'impression de rien apporter à l'interne, que soit il savait déjà tout* » ; E1 : « *Alors moi j'ai l'impression de pas leur enseigner grand-chose* »), notamment en cas de connaissances poussées de l'interne, qui rendent le MSU mal à l'aise (E12 : « *toujours très au point sur les recos et ils mettent toujours très mal à l'aise vis-à-vis de tout ça parce que c'est moi là c'est très loin derrière moi* »).

Les MSU ont parfois l'impression d'être jugés sur leur pratique (E4 : « *un peu déstabilisée parce qu'effectivement les recos disaient ça et donc il fallait que je me justifie alors que c'est une position qui n'est pas agréable dans un débrief de se justifier* »).

## c. Difficultés relatives à l'interne

Les MSU rencontrent parfois des problèmes lorsque la façon de faire de l'interne et la leur divergent trop (E4 : « *si après avoir insisté plusieurs fois, ils ne veulent plus, moi je vais pas m'épuiser non plus* »).

La communication avec l'interne peut s'avérer difficile (E7 : « *l'échange était difficile* »).

Certains MSU éprouvent des difficultés en raison de la personnalité de l'interne, notamment en cas d'interne trop sûr de lui (E4 : « *certaines personnalités d'interne n'aiment pas trop cette remise en question au moment du débriefing* »), ce qui peut parfois faire peur (E8 : « *Des internes sûrs d'eux, ça oui, ça pour moi c'est un problème parce que ça me fait peur.* »).

D'autres MSU se sont déjà retrouvés face à des internes qui n'étaient pas fiables (E11 : « *Alors j'ai rencontré des problèmes parce qu'on m'a pas tout dit. Donc là ça m'a énervé.* »).

Plusieurs MSU rapportent un manque d'implication de certains internes (E4 : « *j'ai eu des internes très pressés, qui voulaient pas que ça dure, qui voulait que la journée se termine. Ça c'était pas simple à gérer* »).

Une MSU a eu des mauvais retours de patients concernant un interne (E7 : « *un relationnel compliqué avec les patients* »).

Ces difficultés conduisent les MSU à adapter le stage dans certains cas (E7 : « *bah on met moins de patients, on prévient un peu les gens. On débriefer systématiquement physiquement (...) ça demande beaucoup plus de temps pour nous* »).

#### d. Inadéquation entre le fonctionnement du stage de SASPAS et celui du MSU

La supervision indirecte peut induire un stress chez le MSU (E10 : « *Parce qu'il faut pas oublier que le maître de stage est quand même responsable de son interne, de ce qui se passe et de ce qui se passe pas quoi et c'est toujours un peu présent dans mon esprit.* »), ce qui peut conduire à arrêter d'accueillir des SASPAS, quand le MSU se retrouve en trop grande difficulté (E8 : « *C'est complexe parce qu'on confie nos patients à des jeunes, qu'on connaît pas, qui sont pas passés chez nous avant (...) Je trouve que c'est un stage qui est pas forcément très confortable pour moi et donc l'adaptation que j'ai trouvé ben j'avais pas trop trouvé* »).

Une MSU rapporte des difficultés à évaluer la situation à distance (E10 : « *j'ai du mal à me projeter en plus quand je n'étais pas là* ») et lorsqu'elle ne connaît pas les patients vus par l'interne (E10 : « *Je suis un petit peu embarrassée parce qu'en fait mes internes voient surtout des patients que je ne connais pas donc c'est pour moi... voilà, parce qu'il se trouve que bah forcément si c'était des patients que je connaissais, ça me parlerait plus* »).

### E. Pistes d'amélioration

#### 1. Dégager du temps

La moitié des MSU souhaiterait pouvoir dégager plus de temps de débrief (E5 : « *La seule chose qui me pose problème dans les debriefs que je fais actuellement, c'est le timing* »), et un MSU rapporte vouloir plus de temps également pour faire des recherches (E3 : « *c'est vrai qu'on manque un peu de temps pour faire un peu de recherche* »).

#### 2. Échange et collégialité

##### a. Échange entre MSU

Une MSU souhaiterait des sortes de groupes d'échange pratiques (GEP) ciblés sur les problèmes soulevés lors du débriefing (E8 : « *Mais je pense peut-être formaliser des temps sur une thématique, en regroupant plusieurs situations qui ont posé problème, vous voyez accentuer peut-être sur des choses... Refaire une peut être deux ou trois fois dans le semestre, prendre 1h pour discuter de trois ou quatre situations qui ont recoupé soit une même problématique, soit une même difficulté* »), et également échanger plus souvent avec d'autres MSU de manière informelle (E8 : « *on se retrouve entre maîtres de stage et on peut discuter aussi de notre, de nos expériences donc ça c'est aussi ça fait aussi partie des manières de se préparer ou en tout cas d'être réflexif sur cette pratique de maître de stage* »).

Une MSU propose d'organiser des débriefings avec plusieurs MSU ou plusieurs SASPAS (E10 : « *peut être de temps en temps faire un débriefing pas uniquement un maître de stage et un SASPAS, mais peut être 2 maîtres de stage de 2 SASPAS (...) c'est quand j'ai mon niveau 1 et mon SASPAS en même temps on débrieife à 3* »).

#### b. Échange avec l'interne

Plusieurs MSU rapportent souhaiter plus de dialogue avec l'interne (E2 : « *il faudrait que je m'ouvre peut-être un peu plus à eux* »).

### 3. Contenu du débriefing

Un MSU pense qu'il devrait inclure l'aspect relationnel dans le débriefing (E3 : « *Peut-être qu'il faudrait quand même qu'on parle plus du relationnel, c'est vrai* »), et quelques MSU réfléchissent quant à eux à inclure l'aspect administratif du cabinet dans le débriefing (E11 : « *c'est à dire essayer vraiment d'élargir sur le fonctionnement du cabinet (...) essayer d'avoir une vision financière, économique et organisationnelle du débriefing* »).

### 4. Formation et guide de débriefing

Un MSU envisagerait un soutien méthodologique (E3 : « *pourquoi pas un soutien méthodologique* ») et une MSU, sans évoquer un soutien, pense qu'elle a besoin de plus de

rigueur dans son débriefing (E8 : « *Moi je pense que ce qui me manque c'est de la rigueur dans le débriefing* »).

Une MSU aimerait un focus plus important sur le débriefing lors du DU (E7 : « *Alors qu'on nous donne des grandes lignes lors d'une formation, en DU, comment ça se passe et cetera* »).

Quelques MSU pensent qu'un guide de débriefing aurait pu les aider (E4 : « *il y avait peut-être une méthode de débrief qui aurait pu m'aider, la façon de dérouler le débrief (...) une sorte de déroulé de débriefing idéal* »), tandis que d'autres au contraire n'aimeraient pas quelque chose de trop cadré (E7 : « *j'aurais du mal à accepter qu'on me donne une grille et de remplir une grille quoi. Je suis pas très scolaire. En fait, moi je supporterai pas qu'on me scolarise.* »).

#### 5. *Rigueur dans l'accueil de l'interne*

Une MSU songe à présenter un cadre plus strict à l'interne, de manière à éviter certains écarts (E4 : « *je sois plus cadrante, plus rigide dans les règles, dans la présentation du stage* »).

#### 6. *Soutien du DUMG, des collègues*

Une MSU exprime le besoin d'avoir une personne ressource à la faculté (E7 : « *quand nous on est en difficulté ou quand vous êtes en difficulté, il faudrait qu'il y ait une tierce personne, tu vois, qui puisse nous être joignable ou nous aider dans ces cas-là (...) je pense pas qu'il faut que ce soit un référent du département, parce que comme c'est lui qui gère les stages et tout...* »), et un retour officiel systématique sur l'évaluation des internes sur le stage (E7 : « *si vous pouvez faire remonter que l'évaluation de l'interne envers les maîtres de stages, qu'il devrait y avoir un retour vers nous, ça nous aiderait* »).

Un MSU, qui n'a pas encore été en difficulté, pense qu'il ne faut pas rester seul (E5 : « *je pense que rapidement je solliciterais des collègues pour ça, des collègues MSU du secteur, le responsable du GPP* »).



# Discussion

L'objectif principal de notre étude était d'évaluer le vécu et les attentes des MSU concernant le débriefing en SASPAS. Un objectif secondaire était d'identifier, à travers les difficultés rapportées, les freins à la supervision et de proposer des pistes d'amélioration.

Ce travail a permis de dégager plusieurs points clés. Les MSU semblent avoir un bon vécu du débriefing et entretiennent des relations de confiance avec leurs internes. Il se dégage une bienveillance chez la quasi-totalité des MSU interrogés. Ils rapportent accorder beaucoup d'importance à la réassurance de l'interne et se tenir disponibles pour lui. Ils se considèrent comme des compagnons pour l'interne, chargés de transmettre leur expérience de terrain.

Les principales difficultés ressenties sont en lien avec le comportement de l'interne en stage. Plusieurs MSU ont déjà été confrontés à des internes très sûrs d'eux, avec qui la communication était compliquée et qui n'étaient pas dans une posture d'apprentissage. D'autres ont été confrontés à des internes peu impliqués dans leur stage.

Pour les MSU interrogés, le débriefing idéal est un moment d'échange avec l'interne, présentiel, ni trop court, ni trop long, sincère et ouvert, où celui-ci aborde ses difficultés et lors duquel ils peuvent être rassurés quant à la prise en charge de leurs patients. Ils manquent pour la plupart de temps pour le réaliser et sont souvent soumis à d'autres contraintes.



Notre étude comprend plusieurs forces. Il s'agit tout d'abord d'une étude unique en Occitanie Ouest - où les internes réalisent 2 semestres en SASPAS - et peu de travaux se sont intéressés à l'aspect du vécu des MSU ailleurs en France. Notre travail a été réalisé en parallèle d'une thèse qualitative étudiant le point de vue des internes de SASPAS en Occitanie Ouest également. Cette thèse a été soutenue par Biranthaaban Sivakumar et Emeline Dos Santos Nogueira et publiée avant la nôtre (19). Après l'analyse de nos données et une première réflexion concernant notre discussion, nous avons pu rapprocher nos idées des points abordés dans leur travail et tenir compte des propositions des auteurs.

Nous avons fait le choix d'une méthode qualitative, qui est plus adaptée pour étudier le vécu et le ressenti. Nous nous sommes formés à la recherche qualitative grâce aux ateliers mis à disposition en ligne par le DUMG de Toulouse et notre méthodologie a respecté les critères de recherche qualitative. La réalisation des entretiens semi-dirigés s'est faite dans de bonnes conditions, dans un temps et un espace convenus à l'avance avec les MSU, permettant ainsi d'avoir des échanges de qualité, sans interruption ni perte d'information.

La validité interne de l'étude a été assurée par la présence des deux chercheurs à chaque entretien, permettant ainsi de ne pas perdre de données, notamment les données non-verbales, et d'avoir une analyse plus fidèle. Si l'un des chercheurs avait eu un contact par le passé avec un des MSU interrogés, il laissait à l'autre le soin de réaliser l'entretien.

La part de subjectivité qu'une telle étude implique a été réduite grâce à l'analyse des entretiens d'abord en individuel puis en commun par les deux chercheurs et avec parfois une triangulation des chercheurs en cas de désaccord.

La région Occitanie est vaste et étendue mais nous avons tout de même recruté des MSU des différents départements grâce à la réalisation des entretiens en visioconférence. La diversité au sein de notre talon sociologique, et donc la variété de profils de MSU ont renforcé la validité externe de notre étude et permettrait d'extrapoler nos résultats.

Notre étude présente tout de même certaines limites. Etant nous-mêmes internes en SASPAS lors du début de l'étude, le recrutement des MSU a pu être impacté. Certains MSU n'ont peut-être pas osé participer de peur d'être jugés sur leur débriefing et ce d'autant que le travail de thèse était dirigé par la directrice du DUMG. De ce fait, il existe un biais de sélection. En effet, en comparaison avec les évaluations de stage disponibles sur le site internet de l'AIMG-MP et les retours de certains de nos co-internes, il semble que les répondants étaient tous impliqués et « exemplaires » dans leur réalisation du débriefing. Pour limiter ce biais, nous avons expliqué dans le mail de recrutement puis en début d'entretien l'anonymisation complète des verbatims et l'impossibilité pour notre directrice de thèse de « retrouver » l'identité des MSU.

De plus, nous ne pouvons exclure la possibilité d'un certain degré de biais de désirabilité sociale, avec des MSU interrogés déformant potentiellement la réalité, même inconsciemment. Cela aurait pu faire rapprocher leurs réponses du discours officiel du DUMG.

Il existe également un autre biais de sélection que l'on peut qualifier de géographique. Nous n'avons pas réussi à interroger de MSU venant du Gers. Nous n'avons donc pas une population représentative de l'ensemble du territoire d'Occitanie Ouest. Une hypothèse pour expliquer cette absence était que peut-être, certains départements étaient moins pourvus en MSU. Après étude des effectifs de MSU au sein des différents départements, il s'avère que cela n'a pas eu de lien. De plus, à cette étape du travail, nous étions plus sélectifs et recherchions les MSU en fonction des critères manquants du talon sociologique. Dans ce but, nous avons contacté quelques MSU dans le Gers, pour lesquels nous n'avons pas eu de réponse. Nous avons donc fait le choix d'inclure d'autres MSU et nous sommes parvenus à saturation des données avant d'inclure des MSU exerçant dans le Gers.

Devant des contraintes organisationnelles et des difficultés de recrutement des MSU, nous n'avons pas pu réaliser de focus group, méthode que nous avons envisagée initialement. Cela aurait apporté une dynamique de groupe, favorisant des échanges plus riches et permettant ainsi l'émergence d'idées ou le renforcement de certains résultats.

La totalité de nos entretiens ont été réalisés via Zoom®. Bien que nous n'ayons pas eu l'impression qu'il y ait un frein ou une gêne lors des échanges, cela a pu contribuer à des réponses plus courtes ou moins développées par manque d'interaction non-verbale.



Nous étions internes au moment de commencer ce travail. Il nous a paru pertinent de nous interroger sur notre positionnement vis-à-vis du sujet de recherche.

Ce sujet nous a été proposé parmi plusieurs autres. Notre choix s'est porté sur cette question de recherche spécifique car nous étions jeunes SASPAS au moment de démarrer cette thèse, et cela nous touchait donc directement. Nous avons une appréhension concernant la méthodologie qualitative, qui nous semblait plus longue et plus fastidieuse par rapport à une étude quantitative par exemple. Cette appréhension a été partiellement gommée par le fait que nous nous connaissions bien et que nos méthodes de travail étaient compatibles.

Nous étions deux binômes de chercheurs intéressés par ce travail, qui devait se décomposer en une thèse sur le vécu des internes et une autre sur le vécu des MSU. Notre choix s'est porté sur le travail concernant les MSU.

Nous n'avons globalement pas eu de problème au cours de nos stages respectifs. L'un de nous a eu une expérience un peu moins bonne en premier SASPAS, avec une supervision indirecte jugée comme légère pour l'un des trois MSU de la maquette. Ce manque dans la supervision indirecte a donné l'impression d'être un remplaçant, et a même conduit à un désintérêt pour cette journée de la maquette et une distance envers le MSU. La supervision des deux autres MSU était appréciée et le ressenti global sur ce terrain de stage est resté plutôt positif. Aucune démarche n'a été entreprise pour remonter la problématique, et le sujet n'a pas été évoqué non plus avec le MSU en question. Certains de nos co-internes nous rapportaient également parfois leurs mésaventures de stage.

Nous avons donc été surpris par les réponses des MSU lors des entretiens, qui étaient toutes positives, chargées de bienveillance et en accord avec le discours officiel du DUMG. Devant les disparités rapportées et notre propre expérience, travailler sur ce sujet nous a semblé très utile et nous avons à cœur de mieux comprendre le vécu et les attentes des superviseurs et supervisés, et ainsi, à l'issue de ce travail, potentiellement proposer des pistes pour réduire ces disparités.



Notre étude a permis de dégager un profil type de débriefing attendu par les MSU. Tout d'abord, le débriefing réalisé par les MSU interrogés dure le plus souvent entre 30 et 45 minutes. Cette donnée est en accord avec le vécu des internes d'Occitanie Ouest, qui appréciaient des débriefings concis, n'excédant pas 45 minutes dans l'étude de Dos Santos Nogueira et Sivakumar (19). Dans la littérature, la durée du débriefing est variable. Dans son travail de thèse auprès des internes de MG de Nantes, Blanchard-Rocheteau retrouvait une durée moyenne de supervision indirecte de 30 minutes (10). Lajzerowicz retrouvait quant à elle un temps de supervision moyen de 21 minutes (11). De son côté, Haspot retrouve une durée moyenne de 1h et 10 minutes (14). Dans la continuité de son travail de thèse, Lajzerowicz a publié en 2018 dans la revue *Pédagogie Médicale* un papier sur la supervision indirecte idéale pour les internes où ils répondaient un idéal de 30 minutes par jour (20).

Un débriefing trop long était considéré comme pénible par les MSU interrogés. Le débriefing en fin de journée pouvait amener plusieurs contraintes pour les MSU : il rallonge une journée déjà bien chargée, correspond au moment où ils veulent rentrer chez eux ou

terminer leurs consultations laissées en suspens pour débriefer. A l'inverse, une revue de dossiers par demi-journées permet de réduire la durée du débriefing le soir, d'avoir les patients en tête plus facilement pour l'interne et permet au MSU d'anticiper les éventuelles difficultés des patients de l'après-midi. Lajzerowicz et al. montraient également que le débriefing en fin de journée réduisait l'exhaustivité de la révision de dossiers en raison de la fatigue (20). Elle retrouvait effectivement dans sa thèse une durée de supervision moyenne de 21 minutes quand il est réalisé en fin de journée, alors que la durée moyenne était de 21 minutes pour une matinée et 24 minutes pour l'après-midi lorsqu'il est réalisé en demi-journée (11).

Lorsque nous évoquons les pistes d'amélioration, la moitié des MSU interrogés déploraient un manque de temps lors de la réalisation du débriefing. Cette contrainte de temps semblait liée à des difficultés organisationnelles. La thèse de Petite relève également ces difficultés (13). Pour contrer ce manque de temps, compte-tenu de certaines réponses des MSU interrogés, il nous semble qu'un débriefing en demi-journée permettrait d'alléger le débriefing du soir et donc de moins subir les contraintes évoquées par les MSU. Cependant, nous n'avons pas retrouvé de consensus à ce sujet dans la littérature. Plusieurs travaux évoquent cette absence de consensus et suggèrent un dialogue entre l'interne et le MSU(13,19). L'idéal serait donc de décider quel moment convient le mieux aux deux protagonistes pour organiser ce temps de débriefing.

Le débriefing était préférentiellement réalisé en présentiel car il favorisait les échanges avec l'interne ainsi que la relation MSU-interne. Il permettait également de prendre en compte les interactions non-verbales. Les MSU trouvaient qu'un débriefing présentiel était de meilleure qualité, là où un débriefing téléphonique était perçu comme désagréable et raccourcissait le temps de débriefing. La thèse de Lajzerowicz confirme ces points en mettant en évidence qu'un débriefing présentiel est plus long, avec une différence significative comparé au débriefing téléphonique (11). Un débriefing présentiel est préconisé par le CNGE dans la charte de 2021 (21).

Concernant le support du débriefing, la quasi-totalité des MSU utilisaient le logiciel métier. C'est encore une condition nécessaire à une supervision efficace d'après la charte du CNGE (21). L'un d'entre eux utilisait également les objectifs intermédiaires du SASPAS, mis à disposition par le DUMG, qu'il trouvait pertinents (22). Il ne s'agissait pas d'un MSU particulièrement proche du DUMG et cela nous a surpris. Cela rejoint le biais de sélection évoqué plus haut où notre population semble être attachée à la pédagogie.

Au sujet de la revue des patients, elle pouvait être exhaustive ou centrée sur les cas complexes. La moitié des MSU interrogés s'adaptaient en cours de stage. Le CNGE, dans sa charte de 2012, propose plutôt une revue systématique de tous les actes effectués par l'interne. Dans la version de 2021, on retrouve seulement la notion d'une revue systématique, sans précision sur le contenu (21,23). Dans le cadre de notre travail de thèse, nous avons pu assister à deux demi-journées du DU *Formation pédagogique à la maîtrise de stage* donné à la faculté de Toulouse et également échanger avec les responsables de la pédagogie à propos de nos résultats. Leur point de vue allait dans le sens des MSU, à savoir réaliser un débriefing systématique, c'est-à-dire de tous les patients en début de stage puis s'adapter en cours de stage et aller vers un débriefing ciblé. Les internes d'Occitanie appréciaient également ce mode de fonctionnement (19). Les internes d'Aquitaine préféraient rendre compte de tous les patients, avec une revue rapide des situations non problématiques et un temps plus long pour les consultations ayant posé problème. Pour eux, cela permettait de concilier temps et exhaustivité. Les autres avantages cités étaient : éviter de passer à côté de quelque chose, réajuster leur auto-évaluation et poser des questions sur des problématiques secondaires (20).

L'adaptabilité au cours du stage nous semble essentielle. Il nous paraît tout de même judicieux de citer chaque cas, choisir de s'y arrêter ou non, et développer les cas ayant posé problème.

Tableau comparatif des organisations du débriefing de SASPAS

<i>Organisation</i>	<i>Par les MSU d'Occitanie Ouest</i>	<i>Souhaits des Internes de Médecine Générale d'Occitanie Ouest (18)</i>	<i>Littérature (10,11,12,14)</i>
<i>Durée</i>	<i>30 à 45 min en moyenne (Variable de 20 min à 1h30)</i>	<i>30 à 45 min</i>	<i>Variable 21 min à 1h10 en moyenne (10,11,14)</i>
<i>Moment de la journée</i>	<i>4 s'adaptent 4 débriefent midi et soir 3 débriefent le soir</i>	<i>7 préfèrent midi et soir 5 préfèrent le soir</i>	<i>13% midi seul 15% midi et soir 63% soir 5% autre (10)</i>
<i>Présentiel ou téléphonique</i>	<i>Présentiel pour 11 MSU sur 12</i>	<i>Préférence pour le débriefing présentiel par 11 Internes sur 12</i>	<i>82 % en Présentiel (10) 91 % en Présentiel (11)</i>
<i>Revue des cas</i>	<i>Systématique pour 3 MSU Adaptable pour 6 MSU Certains cas pour 2 MSU</i>	<i>Systématique pour 5 internes Certains cas pour 4 internes Patients pris au hasard pour 2 internes</i>	<i>73% des patients (10) Pas de règle (12)</i>



Notre étude a permis de relever quelques attentes notables des MSU.

La première qui nous ait marqués est le fait qu'ils apprécient que l'interne aborde spontanément ses difficultés et oriente ainsi ses recherches et travaux en ce sens, pour résoudre les problématiques identifiées. Ils attendent une position de sincérité, d'écoute et d'ouverture. Les MSU attendent en fait une posture d'apprentissage de la part de l'interne si l'on se réfère au texte de Giroud et al. publié dans la revue Pédagogie Médicale. La position d'apprentissage y est définie comme : « *une attitude d'ouverture, confiante, propice à expérimenter, à réfléchir et à tirer profit du partage de l'expérience disciplinaire et relationnelle des personnes ressources* ». A l'inverse, une position d'évaluation : « *reflète davantage le fait d'être et de se sentir jugé et évalué. Elle est influencée par la nature hiérarchique de la relation entre le superviseur et le supervisé, de même que par le désir de bien paraître chez l'apprenant* ». Dans ce travail, ils suggèrent qu'un interne en position d'évaluation, et non d'apprentissage, tente de combler les attentes de son superviseur et donc évite les zones de doute ou d'incertitude (24). Plus le MSU prend une position d'examineur, plus l'interne persiste dans cette position avec une pression et un stress de

performance et de conformité. Il perçoit alors ses lacunes comme des faiblesses et va plutôt évoquer spontanément les sujets où il est confiant. Par conséquent, cela limite son apprentissage. Un MSU aux positions rigides et au fonctionnement trop ancré favorisera donc une position d'évaluation et une supervision moins efficace, ce qui est confirmé par Kilminster et al. dans leur papier (25). Cette rigidité n'était pas présente ni abordée par les MSU que nous avons interrogés. En revanche, si l'on se place du côté des internes, dans le travail de Dos Santos Nogueira et al., avoir un superviseur paternaliste semble être contreproductif et surtout mal vécu (19). On peut donc dire que cette attente des MSU concernant les internes est conditionnée par leur propre attitude envers eux.

Les MSU attendent également de la réassurance lors du débriefing. Cela semble logique puisqu'un des freins à la supervision indirecte rapportée par les MSU de la subdivision de Grenoble était la question de contrôle et de la gestion de l'interne en autonomie (13). Il s'agit pour eux du moment où ils peuvent s'assurer que leurs patients ont bien été pris en charge. La réassurance du MSU passe par la confiance qu'il a envers l'interne, notamment dans sa capacité à reconnaître ses doutes ou questionnements. Plusieurs MSU ont en effet rapporté une inquiétude lorsqu'un interne assure qu'il n'a pas eu de problème. Hauer et al. dans la revue *Medical Education* ont montré que la reconnaissance des limites du supervisé et sa propension à chercher de l'aide favorisent l'obtention de la confiance du superviseur envers lui (26).



Les MSU interrogés attachaient une importance particulière au fait d'être présents et disponibles pour l'interne, ainsi que de les rassurer dans leur pratique. Cette attitude bienveillante est en tout cas appréciée des internes et semble être un élément déterminant à l'encadrement et la supervision de l'étudiant. Cette notion est d'ailleurs retrouvée dans le mémoire de Mégane Bresson, qui s'intéresse à l'encadrement des étudiants sage-femmes. Elle y décrit que, pour encadrer, les sage-femmes doivent posséder certaines qualités, telles que la bienveillance et la confiance envers l'autre (27). Comme nous le disions précédemment concernant les attentes des MSU envers les internes, Giroud et al montrent dans leur article que la relation entre le superviseur et le supervisé conditionne l'apprentissage du supervisé. En effet, un échange ouvert et bienveillant entre l'apprenant et



son superviseur favorise l'adoption par le supervisé d'une position d'apprentissage. Il est alors en mesure de tirer pleinement parti du stage pour progresser (24).

De manière surprenante au vu des retours que nous avons eus de la part de co-internes, nous avons retrouvé une attitude bienveillante auprès de la plupart des MSU interrogés. De même, certains MSU ont spontanément évoqué l'incertitude en MG lors de leurs débriefings, ce qui suggérerait une posture tournée vers la pédagogie. D'autres l'ont évoquée indirectement en se disant inquiets devant une absence de doute de la part des internes. L'incertitude en MG est donc considérée comme normale et faisant partie de la pratique quotidienne.

Cette posture pédagogique aurait pu s'expliquer par une proximité avec le DUMG. Pour les MSU ayant abordé spontanément en débriefing l'incertitude, l'un d'eux était jeune et a pu avoir en effet en tête le discours du DUMG de par sa formation récente. Une autre était pourtant plus âgée et à distance du DU. Par ailleurs, quatre MSU se sont déclarés être responsables GPP dans le questionnaire du talon sociologique. Après vérification avec la liste des responsables de GPP de 2019 disponible sur le site du DUMG, et vérification d'éventuels changements avec notre directrice de thèse, aucun n'en faisait finalement partie (28). Une première explication pourrait être qu'ils sont proches des responsables GPP nommés, et qu'ils effectuent certaines tâches qu'on leur délègue. Une autre pourrait être qu'ils ont lu trop vite, et qu'ils sont en charge d'animer des GEP par exemple.

Bien que notre population ne soit pas particulièrement proche du DUMG, elle est pourtant « exemplaire » sur beaucoup de points.

En ce qui concerne la pédagogie, les MSU se sont positionnés de différentes manières au cours de nos entretiens et endossaient plusieurs rôles. Nous avons choisi de les regrouper en quatre catégories selon le vocabulaire employé par les MSU et leur manière de l'évoquer : Formateur, Guide, Compagnon, Enseignant.

Ils se placent tout d'abord comme « Formateurs » d'un futur médecin généraliste, en aidant l'interne à prendre en charge de manière globale un patient. Certains se concentrent aussi sur la gestion d'un cabinet de MG. Bien qu'ils aient parlé d'une évolutivité du débriefing au cours du même stage, ils n'ont pas évoqué une évolution entre le premier et le second SASPAS. Le message délivré au cours du DU reprend les points évoqués par les MSU en précisant que certaines notions sont plutôt à aborder en premier SASPAS, notamment la

gestion de la consultation, et d'autres en second avec l'organisation du cabinet ou la comptabilité. L'objectif principal étant à terme de permettre à l'interne d'avoir une vision de la façon dont il veut exercer.

Les MSU tenaient également les rôles de « Guide », « Compagnon » et « Enseignant ». Lorsqu'ils se positionnaient en tant que guide, ils aiguillaient la réflexion des internes, suggéraient des sujets pour réaliser leurs écrits universitaires et donnaient des pistes de progression. Certains MSU assumaient le rôle d'enseignant en vérifiant les connaissances, le raisonnement et la capacité de l'interne à chercher une information. Le rôle de compagnon occupait une place prépondérante dans le discours des MSU et leur permettait de partager leur expérience et d'éloigner l'interne des recommandations purement théoriques pour les appliquer en pratique. Plusieurs MSU ont précisé ne pas se sentir ou ne pas se positionner comme « enseignant qui donne des leçons ». Dans son travail concernant les obstacles à la supervision, Petite retrouvait cette difficulté à se positionner en enseignant (13).

Lorsque nous avons évoqué le sujet avec certains responsables de la pédagogie du DUMG de Toulouse (directeurs des enseignements pratiques, du tutorat et de la pédagogie), lors d'entretiens individuels pour discuter de nos résultats, ils ont tous les trois été unanimes : les MSU n'investissent pas suffisamment leur rôle universitaire. Pour eux, le compagnonnage est important mais ne doit pas se substituer au rôle d'enseignant universitaire. Dans sa thèse, Petite souligne que le rôle d'enseignant est une démarche essentielle pour permettre une supervision optimale. Ce rôle comprend la place de guide pédagogique et favorise la posture réflexive de l'interne (13).

In fine les positions prises par nos MSU, bien qu'ils s'en défendent, se rapprochent du Rôle Universitaire. Par exemple, lorsqu'ils expliquent guider la réflexion de l'interne, il s'agit de favoriser une posture d'apprentissage chez l'interne et cela remplit le rôle d'enseignant. Lorsqu'ils incitent l'interne à se poser des questions, à faire des recherches, ou suggèrent la réalisation d'une trace écrite, ils réalisent alors des prescriptions pédagogiques. Par leur débriefing, les MSU, sans même en avoir conscience, favorisent en fait la position d'apprentissage. Le superviseur stimule l'étudiant à voir toujours plus loin et à identifier les problématiques qu'il a pu rencontrer. Par cette rétroaction, il lui apporte les réponses et clés que l'interne, seul, n'aurait pas ou difficilement trouvé (29).

Lors du DU de maîtrise de stage, plusieurs futurs MSU ont partagé leur questionnement concernant la gestion de l'autonomie de l'interne et de la supervision indirecte. Les

enseignants du DU avaient répondu qu'il fallait s'adapter à chaque situation et trouver le juste milieu entre laisser de l'autonomie et évaluer l'étudiant.

L'une des solutions pour que les MSU prennent conscience de leur Posture Universitaire serait peut-être d'accentuer ces points lors du DU, en les rassurant sur l'accessibilité de cette posture.

Le rôle de superviseur est bénéfique non seulement pour l'interne mais également pour le MSU. En effet, plusieurs travaux montrent que superviser, être maître de stage, amène à se perfectionner dans sa pratique. Les MSU se sentent stimulés par les échanges avec les internes. Ces échanges amènent une remise en question et sont une source de progression pour le MSU (12,14). Les MSU interrogés estimaient en effet bénéficier d'un apprentissage commun grâce à ces débriefings. On retrouve ce point ailleurs, chez les sage-femmes, où l'encadrement des étudiants est vécu comme positif et permet aux superviseurs de s'enrichir de ces moments (27).



La très grande majorité des MSU interrogés rapporte entretenir de bonnes relations avec les internes, et ne pas percevoir de difficultés relationnelles. Certains MSU accordent leur confiance de manière progressive, étant un peu stressés et sur la réserve en début de stage. D'autres accordent leur confiance de manière plus immédiate.

Plusieurs travaux abordant la pédagogie médicale, et notamment la supervision, s'y sont intéressés. Hauer et al. développent que le fait de construire une relation de bonne entente avec l'étudiant permettait au superviseur de faire confiance à son étudiant (30). Dans l'article québécois de Côté et al. il est expliqué que pour établir une alliance pédagogique entre le superviseur et le supervisé, il faut qu'il y ait une confiance mutuelle et une communication entre les acteurs (29). Pour assurer une bonne supervision, le point déterminant semble être une confiance entre le superviseur et le supervisé.

La communication entre MSU et interne semble décisive, pour autant, lorsque nous les avons interrogés à propos de la perception du débriefing par l'interne, six MSU ont répondu ne pas savoir ou avoué ne pas leur avoir demandé. Cela nous a surpris car cela dénote de l'aspect

« exemplaire » retrouvé par ailleurs. A notre sens, le MSU devrait apporter une attention particulière aux besoins et ressentis de l'interne au début et tout au long du stage pour adapter le débriefing si besoin.

Une MSU nous a confié essayer de mettre l'interne à l'aise pour qu'il puisse exprimer un retour si besoin mais elle pense que ce retour est rarement transparent par peur d'éventuelles conséquences pour l'interne. Elle déplore l'absence de retour officiel par la faculté sur les évaluations de stage, point de vue qui est rejoint par un autre MSU. Selon eux, ce retour leur permettrait de se remettre en question. Ce souhait d'un retour sur le travail de superviseur est retrouvé dans le travail de Petite. Dans sa thèse, les MSU évoquent une frustration à ne pas pouvoir accéder à leur propre évaluation et estiment qu'ils ne peuvent pas s'améliorer s'ils n'ont pas de critique (13).

Les MSU vivent globalement bien le débriefing et ils sont à l'aise dans sa réalisation. Cependant, lorsque nous avons participé au DU de maîtrise de stage, les futurs MSU mettaient en avant la crainte de ne pas être légitime. Certains MSU interrogés parlent même de crainte d'être jugés sur leur pratique. Ils pouvaient se sentir mal à l'aise lorsque l'interne a des connaissances poussées, par exemple. Portier Lecarpentier retrouve cette peur du jugement dans son travail également (12). Ces craintes sont également présentes dans le travail de thèse de Cousty qui s'intéresse aux motivations et freins des jeunes généralistes à devenir MSU. Pour contrer l'appréhension du manque d'expérience, elle proposait de réaliser des rencontres entre MSU de la même tranche d'âge pour valoriser leur capacité à accueillir des étudiants en tant que jeunes médecins (31). De façon plus générale et en ce qui concerne la légitimité, les enseignants du DU à Toulouse précisaient que la maîtrise de stage porte davantage sur la transmission de compétences plutôt que de connaissances.

L'une des autres difficultés rapportées par les MSU, notamment pour l'une d'entre eux, était la gestion de sa propre charge de travail et l'accueil de l'interne. Pour cette MSU, cela a d'ailleurs été rédhibitoire et elle a fini par ne plus accueillir d'interne par peur de mal le former. Cette « démission » rend bien compte de la nécessité d'une disponibilité du MSU pour avoir une supervision satisfaisante, c'est d'ailleurs ce qu'attendaient les internes d'Occitanie, car cette disponibilité leur permettait d'avoir des échanges de qualité avec les MSU (19).

Quelques MSU ont rapporté ressentir des difficultés en cas de façon de faire différente de l'interne. La première solution à évoquer serait évidemment de dialoguer, poser les attentes

de chacun et essayer d'arriver à un consensus. Si cela ne fonctionnait pas, une autre option pourrait être de proposer de faire une demi-journée ou une journée de consultation à deux, afin de mieux se rendre compte de ce qui est important pour l'un comme pour l'autre. Dans leur travail de thèse, Dos Santos Nogueira et al. suggèrent même d'anticiper, et de réaliser cette journée en début de stage afin de poser les bases pour une compréhension et une communication efficace et ainsi garantir une alliance pédagogique de qualité (19). Cette solution pourrait également convenir en cas de MSU ayant des difficultés avec la supervision indirecte. En effet, l'une des MSU nous a évoqué avoir du mal à évaluer une consultation lorsqu'elle n'y était pas. Ainsi, le fait d'observer l'interne et sa façon de travailler pourrait rassurer le MSU dans un premier temps.

D'autres MSU mentionnent que la personnalité de l'interne joue énormément dans leur relation avec lui. Ils ont pu ressentir des difficultés en cas d'interne trop sûr de lui, qui de ce fait ne tenait pas compte des remarques. Encore une fois, ce genre de difficulté ne peut se résoudre qu'avec un dialogue entre le MSU et l'interne. Kilminster et al. expliquent que des personnalités incompatibles entre superviseur et supervisé peuvent gêner la supervision. Une solution possible rapportée est de faire appel à une tierce personne. Les programmes d'enseignement doivent comporter des directives claires concernant la conduite à tenir devant ce genre de situation (25). C'est déjà le cas à Toulouse où les internes comme les MSU sont incités régulièrement à rapporter leurs soucis aux responsables GPP par exemple.

Deux MSU ont été confrontés à un interne qui ne présentait pas les situations cliniques de façon fidèle. Ils parlent de mensonge ou de rétention d'information. Une des MSU rapportait aussi que l'interne en question avait un relationnel compliqué avec les patients. La solution mise en place par ces MSU a été de programmer moins de patients sur le planning de l'interne, de prendre plus de temps pour débriefer et de passer en revue tous les cas de manière systématique. Nous pensons que dans ce genre de cas, ce sont des ajustements parfaitement adaptés.

Certains internes semblent ne pas s'intéresser à la supervision indirecte. Plusieurs MSU ont rapporté avoir eu des internes pressés, qui voulaient que la journée se termine et qui n'attendaient pas de débriefing ou qui étaient un peu fermés. Un MSU avait alors considéré qu'il traiterait le débriefing comme une formalité administrative simple avec cet interne sans plus s'investir. Ces éléments sont aussi retrouvés dans la thèse de Petite. La passivité de l'interne est un frein à la réalisation de la supervision et impacte la qualité de la relation entre le MSU et l'interne. Cela peut donc instaurer un cercle vicieux, comme suggéré par une interne interrogée dans la thèse de Dos Santos Nogueira et al. qui s'est rendue compte que

lorsqu'elle était elle-même concise, son MSU l'était encore plus. Selon nous, la communication entre MSU et interne sur les attentes concernant le débriefing est essentielle. Afin que les échanges soient de qualité, il est important que les deux acteurs soient proactifs et investissent pleinement la supervision (13,19).



Face à ces difficultés, les MSU ont abordé quelques pistes d'amélioration. Certains ont évoqué des pistes personnelles comme s'organiser pour gagner du temps, aborder plus de thématiques durant le débriefing, notamment l'aspect relationnel ou encore la gestion du cabinet.

D'autres ont pensé à des idées qui pourraient potentiellement s'appliquer à tous. Une MSU a proposé de réaliser des GEP pour MSU, centrés sur les problèmes soulevés en débriefing. Deux autres ont plutôt évoqué des échanges informels entre MSU, à organiser localement, selon les envies et les problématiques de chacun.

Une autre a pensé à faire des débriefings ponctuels avec plusieurs binômes MSU/interne. Elle nous expliquait le réaliser déjà en partie avec son interne SASPAS et de PN1. Elle envisagerait d'étendre cela de façon plus officielle avec deux MSU et deux SASPAS par exemple. L'idée serait de proposer des sessions de débriefing un peu plus poussées plusieurs fois au cours du semestre, afin d'enrichir ce moment. Nous pensons que c'est une très bonne idée, mais que cela serait en pratique difficilement réalisable, compte tenu des emplois du temps et des obligations déjà nombreuses de chacun, les MSU nous ayant déjà rapporté manquer de temps pour le débriefing classique. Il pourrait être judicieux d'imaginer ce genre de sessions plus poussées au sein du binôme MSU/interne pour commencer avant d'envisager de l'étendre.

D'autres ont évoqué la formation. Certains envisageaient un déroulé de débriefing idéal, sorte de guide de débriefing délivré au DU. A l'inverse, certains sont plutôt contre ces idées et ne veulent pas de choses trop scolaires ou cadrées puisque par définition pour eux, le débriefing est un moment où le MSU doit s'adapter à l'interne. Cependant, lors de notre participation aux deux demi-journées de DU, les futurs MSU ont posé beaucoup de questions sur la supervision indirecte lors du relevé de leurs attentes en début de séance. L'intérêt est

donc bien présent, il serait peut-être judicieux de réaliser une sorte de récapitulatif des points les plus importants concernant ce moment de révision de dossiers.



Au terme de ce travail de thèse, nous pensions pouvoir proposer une sorte de portrait-robot du débriefing à réaliser. Au fil des entretiens et de nos réflexions, nous avons constaté que cela serait difficilement réalisable en raison des personnalités variées des MSU mais également des internes, ou encore des modes d'exercice changeant d'un MSU à un autre.

S'il n'y a pas de débriefing-type, il y a tout de même des points clés à avoir en tête. Idéalement, le débriefing devrait être réalisé en présentiel et effectué au cours d'un temps dédié où chacun y accorderait le temps nécessaire, sans qu'aucune contrainte personnelle ou professionnelle ne puisse interférer. Surtout, le débriefing devrait être évolutif et adaptable en fonction des besoins identifiés. Une attitude ouverte et bienveillante est une condition nécessaire à une bonne rétroaction. Au cours de cette rétroaction, le MSU, tout en partageant son expérience, doit également favoriser le développement d'une attitude réflexive chez l'interne.

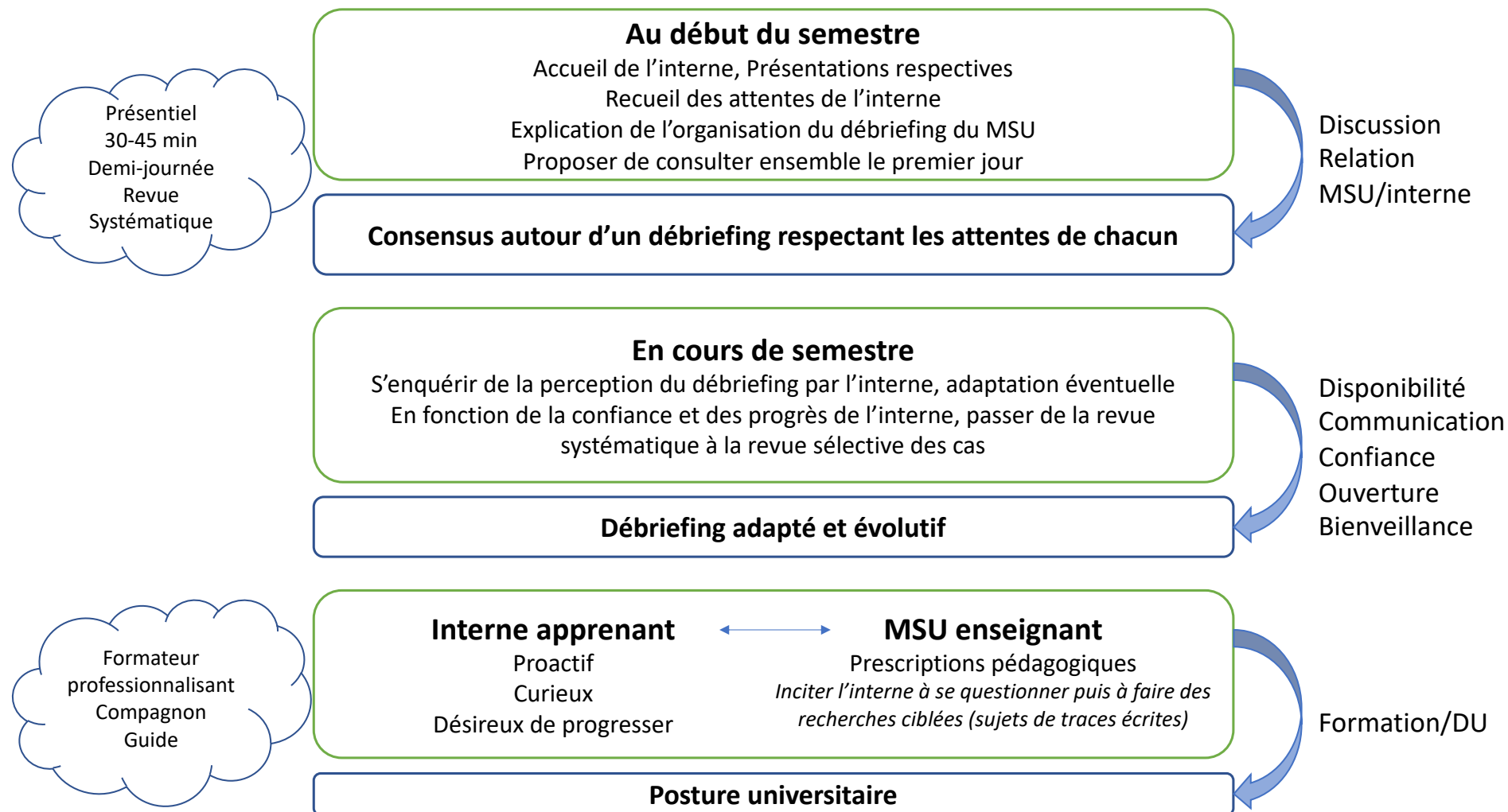
Nous avons relevé et développé quelques points nous semblant importants à mettre en place ou à proposer aux MSU qui sont illustrés dans la Figure 1.

- En premier lieu, il nous paraît primordial de prendre un temps avec l'interne, avant même le début du stage, pour que MSU et interne se présentent. Ils pourront ainsi poser leurs attentes respectives et anticiper les éventuels points de divergence. Il pourrait être intéressant de consulter ensemble le premier jour pour observer les façons de faire de chacun.
- En cours de stage, le MSU devrait s'assurer régulièrement de la satisfaction de l'interne concernant le débriefing et le stage en général, afin de mettre en place des ajustements si besoin.
- Si le déroulé recommandé du débriefing est globalement respecté, on note quand même une lacune organisationnelle dans le moment dédié à la supervision. Bien que le débriefing par demi-journées nous paraisse être le plus pertinent, nous sommes conscients qu'il ne peut pas être appliqué par tous les MSU. Le plus important reste que MSU et interne conviennent ensemble d'un temps dédié à la supervision.

- Les MSU semblaient ne pas avoir conscience de leur posture d'enseignant durant le débriefing, pourtant ils investissaient tout de même ce rôle. L'idée serait donc, au cours du DU, d'insister sur ces points et de proposer un récapitulatif de la posture universitaire attendue par le DUMG.



*Figure 1 : Guide récapitulatif du débriefing de SASPAS destiné aux MSU*



# Conclusion

Notre étude qualitative a permis de mettre en avant le vécu et les attentes des MSU d'Occitanie Ouest, ainsi que leurs difficultés concernant le débriefing réalisé en SASPAS.

Ce vécu est très favorable dans la population de MSU interrogés. Ils sont bienveillants, disponibles et s'appliquent à rassurer les internes dans leurs prises en charge. Ils se positionnent volontiers en compagnon de voyage qui partagent leur expérience de terrain et entretiennent une relation de confiance avec leurs internes. Ils attendent de ceux-ci une position ouverte et sincère d'apprenant, qui leur permet d'aborder leurs difficultés spontanément. Ce moment est l'occasion de garder un œil sur leur patientèle et est source d'enrichissement mutuel. Le manque de temps est vécu comme frustrant et peut être lié à des problèmes organisationnels au sein du cabinet. D'autres difficultés, souvent en lien avec la personnalité ou l'implication de l'interne, n'entachent pas leur vision positive globale du débriefing.

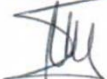
Le débriefing est identifié par les MSU comme la clé de voute pédagogique du SASPAS. Pourtant ils n'investissent pas pleinement le rôle universitaire qui y est rattaché. Si le rôle de compagnon est bien intégré par les MSU, le rôle d'enseignant l'est beaucoup moins. Pour autant, par leur débriefing de qualité, ils sont acteurs de la pédagogie et de la formation de l'interne.

Le renforcement du lien et du dialogue entre MSU et interne permettrait d'anticiper les éventuelles problématiques organisationnelles. Il conviendrait de rassurer les MSU sur leur posture universitaire lors du DU de maîtrise de stage, en désacralisant le rôle d'enseignant.

## Signatures et tampons :

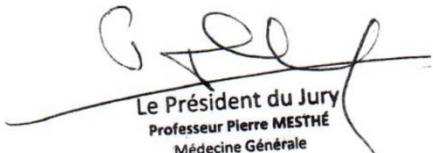
**Doyen de la Faculté**

Toulouse le 7/11/2022  
Vu et permis d'imprimer  
Le Président de l'Université Toulouse III – Paul Sabatier  
Faculté de Santé  
Par délégation,  
La Doyenne-Directrice  
Du Département de Médecine, Maïeutique, Paramédical  
Professeure Odile RAUZY



**Président du Jury**

Vu  
Toulouse le 07/11/2022



Le Président du Jury  
Professeur Pierre MESTHÉ  
Médecine Générale

# Références bibliographiques

1. Ordonnance n° 58-1373 du 30 décembre 1958 relative à la création de centres hospitaliers et universitaires, à la réforme de l'enseignement médical et au développement de la recherche médicale. 1958 [cité le 19 oct 2021]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000000886688/>
2. Loi n°68-978 du 12 novembre 1968 d'orientation de l'enseignement supérieur. 68-978 nov 12, 1968. 1968 [cité le 19 oct 2021]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000000693185>
3. Décret n°88-321 du 7 avril 1988 fixant l'organisation du troisième cycle des études médicales. 88-321 avr 7, 1988. 1988 [cité le 19 oct 2021]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000000704452>
4. Décret no 97-494 du 16 mai 1997 modifiant le décret no 88-321 du 7 avril 1988 fixant l'organisation du troisième cycle des études médicales. 97-494 mai 16, 1997. 1997 [cité le 19 oct 2021]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000000749984>
5. Décret n°2001-64 du 19 janvier 2001 modifiant le décret n° 88-321 du 7 avril 1988 fixant l'organisation du troisième cycle des études médicales. 2001-64 janv 19, 2001. 2001 [cité le 19 oct 2021]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000000220977>
6. Arrêté du 19 octobre 2001 modifiant l'arrêté du 29 avril 1988 modifié relatif à l'organisation du troisième cycle des études médicales. 2001 [cité le 19 oct 2021]. Disponible sur: [https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/article\\_jo/JORFARTI000001264478](https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/article_jo/JORFARTI000001264478)
7. Ministère de la santé et de la protection sociale, Ministère de l'éducation nationale, de l'enseignement supérieur et de la recherche. Circulaire DGS/DES/2004/n°192 du 26 avril 2004 relative à l'organisation du stage autonome en soins primaires ambulatoire supervisé [Internet]. 2004 [cité 28 févr 2021]. Disponible sur: [https://www.cnge.fr/media/docs/cnge\\_site/cnge/Circulaire\\_DGS-DES2004\\_n\\_192\\_du\\_26\\_avril\\_2004\\_1.pdf](https://www.cnge.fr/media/docs/cnge_site/cnge/Circulaire_DGS-DES2004_n_192_du_26_avril_2004_1.pdf)
8. Déroulement du DES à Toulouse | AIMG-MP [Internet]. [cité 18 mai 2021]. Disponible sur: <https://www.aimg-mp.com/index.php/deroulement-du-des/>
9. Jacquet JP, Imbert P. La supervision indirecte différée (SID), une méthode pédagogique adaptée aux stages en médecine générale du troisième cycle. *Pédagogie Médicale*. 2003;4(4):199-201.
10. Blanchard-Rocheteau M. La supervision indirecte au cours du SASPAS à Nantes: enquête descriptive auprès des internes [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Nantes. Unité de Formation et de Recherche de Médecine et des Techniques Médicales; 2011.

11. Lajzerowicz C. Le SASPAS en Aquitaine en 2016: enquête auprès des internes sur les pratiques de supervision et l'acquisition des compétences professionnelles pendant le stage. [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Bordeaux; 2017.
12. Portier Lecarpentier M. Quel est le vécu des Maîtres de Stage accueillant un interne en SASPAS ? [Thèse d'exercice]. [France]: Université Paris Diderot - Paris 7 (1970-2019). UFR de médecine; 2010.
13. Petite E. Obstacles à la supervision indirecte en SASPAS à Grenoble: identification par les maîtres de stage et perspectives d'amélioration [Thèse d'exercice]. [Grenoble, France]: Université Joseph Fourier; 2010.
14. Haspot B. Le SASPAS dix ans après sa création: le point de vue des maîtres de stage universitaires [Thèse d'exercice]. [France]: Université d'Angers; 2013.
15. Aubin-Auger I, Mercier A, Baumann L, Lehr-Drylewicz AM, Imbert P, Letrilliart L, et al. Introduction à la recherche qualitative. Exerc Rev Fr Médecine Générale. 2008;19(84):142-5.
16. Le règlement général sur la protection des données - RGPD | CNIL [Internet]. [cité 18 oct 2022]. Disponible sur: <https://www.cnil.fr/fr/reglement-europeen-protection-donnees>
17. Département universitaire de médecine générale de Toulouse. Ateliers d'aide méthodologique à la recherche pour la thèse en médecine générale. 2021 [cité 19 oct 2021]. Disponible sur: <https://dumg-toulouse.fr/page/les-ateliers-methodologiques>
18. Recherches n'impliquant pas la personne humaine, études et évaluations dans le domaine de la santé Méthodologie de référence MR-004 | CNIL [Internet]. [cité 18 oct 2022]. Disponible sur: <https://www.cnil.fr/fr/declaration/mr-004-recherches-nimpliquant-pas-la-personne-humaine-etudes-et-evaluations-dans-le>
19. Dos Santos Nogueira E, Sivakumar B, Iri-Delahaye M. Vécu et attentes des internes de médecine générale de la subdivision de Toulouse concernant le débriefing au cours du stage ambulatoire en soins primaires en autonomie supervisée: une approche qualitative [Internet]. France; 2022 [cité 15 oct 2022]. Disponible sur: <http://thesesante.ups-tlse.fr/3941/>
20. Lajzerowicz C, Vincent YM, Jung C. La supervision indirecte idéale d'après l'expérience des internes en stage autonome en soins primaires ambulatoires supervisé. Pédagogie Médicale. 1 févr 2018;19(1):27-35.
21. Collège national des généralistes enseignants. Charte des MSU de médecine générale 2021 [Internet]. 2021 [cité 28 févr 2021]. Disponible sur: [https://www.cnge.fr/le\\_cnge/textes\\_de\\_reference\\_du\\_cnge/la\\_charte\\_des\\_maitres\\_de\\_stage\\_universitaires\\_msu/](https://www.cnge.fr/le_cnge/textes_de_reference_du_cnge/la_charte_des_maitres_de_stage_universitaires_msu/)
22. Département universitaire de médecine générale de Toulouse. Carnet de stage [Internet]. 2022 [cité 18 oct 2022]. Disponible sur: <https://dumg-toulouse.fr/page/carnet-de-stage>
23. CNGE, SNEMG. Charte des maîtres de stage des universités: les éléments fondamentaux [Internet]. 2012 [cité 28 févr 2021]. Disponible sur:

[https://www.cnge.fr/le\\_cnge/textes\\_de\\_reference\\_du\\_cnge/la\\_charte\\_des\\_maitres\\_de\\_stage\\_universitaires\\_msu/](https://www.cnge.fr/le_cnge/textes_de_reference_du_cnge/la_charte_des_maitres_de_stage_universitaires_msu/)

24. Giroux M, Girard G. Favoriser la position d'apprentissage grâce à l'interaction superviseur-supervisé. *Pédagogie Médicale*. août 2009;10(3):193-210.
25. Kilminster S, Cottrell D, Grant J, Jolly B. AMEE Guide No. 27: Effective educational and clinical supervision. *Med Teach*. janv 2007;29(1):2-19.
26. Hauer KE, Oza SK, Kogan JR, Stankiewicz CA, Stenfors-Hayes T, Cate OT, et al. How clinical supervisors develop trust in their trainees: a qualitative study. *Med Educ*. août 2015;49(8):783-95.
27. Bresson M. L'encadrement des étudiants sages-femmes par leurs futurs pairs: état des lieux auprès des sages-femmes des Alpes-Maritimes [Mémoire]. [Nice, France]: Université de Nice-Sophia-Antipolis; 2017.
28. Département universitaire de médecine générale Toulouse : Les responsables des GPP [Internet]. [cité 17 oct 2022]. Disponible sur: <https://dumg-toulouse.fr/page/les-responsables-des-gpp>
29. Côté L. Réflexion sur une expérience de supervision clinique sous l'angle de l'alliance pédagogique. *Pédagogie Médicale*. févr 2015;16(1):79-84.
30. Hauer KE, Ten Cate O, Boscardin C, Irby DM, Iobst W, O'Sullivan PS. Understanding trust as an essential element of trainee supervision and learning in the workplace. *Adv Health Sci Educ Theory Pract*. août 2014;19(3):435-56.
31. Cousty M, Brabant Y, Gomes J, Silvain C, Roblot P, Bonnet C, et al. Motivations et freins des jeunes généralistes charentais à devenir maître de stage: étude qualitative [Internet]. Lieu de publication inconnu, France; 2015 [cité 18 oct 2022]. Disponible sur: <http://nuxeo.edel.univ-poitiers.fr/nuxeo/site/esupversions/765dfc81-2a0e-40d5-ad4d-f1a406c4f4ad>

# Annexes

## Annexe 1 – Talon sociologique

### A propos de vous

- Votre sexe :
  - Féminin
  - Masculin
  
- Votre âge ? .....
  
- Quelle est votre situation familiale ?
  - célibataire
  - en couple
  - pacsé ou marié
  - des enfants (si oui, combien et quel âge :  
.....)
  
- Quel est votre statut ?
  - MSU
  - Chef de clinique
  - Assistant
  - Autre : .....
  
- Depuis quand exercez-vous ? .....
  
- Dans quel département exercez-vous ? .....
  
- Quel est votre type d'activité ?
  - Libéral
  - Salarié
  - Mixte
  
- Dans quel milieu exercez-vous ?
  - rural
  - semi-rural
  - urbain

- Quel est votre mode d'exercice ?
  - seul
  - en cabinet de groupe
  - en MSP
  
- Quel est votre type de patientèle principale ?
  - patients plutôt "aigus"
  - patients plutôt "chroniques" avec suivi
  
- Avez-vous une orientation particulière dans votre activité ?
  - gynécologie
  - pédiatrie
  - médecine du sport
  - gériatrie
  - autre : .....
  
- Quel fonctionnement adoptez-vous au cabinet concernant la prise de rendez-vous ?
  - avec RDV
  - sans RDV
  - les deux
  
- Quel fonctionnement adoptez-vous au cabinet concernant le secrétariat ?
  - secrétariat présentiel
  - télésecrétariat
  - pas de secrétariat
  
- Avez-vous suivi une autre formation pour devenir MSU que celle proposée par le DUMG de Toulouse ? Si oui, laquelle ?  
 .....
  
- Depuis combien de temps êtes-vous MSU ? .....
  
- Depuis combien de temps accueillez-vous un SASPAS ? .....
  
- Avez-vous déjà accueilli un autre interne que le SASPAS ? Si oui, lequel ? (externe, PN1, SFE)
  
- Participez-vous à des groupes de pairs, groupes Balint ?  
 .....

- Êtes-vous responsable de GPP et/ou GTT ?
  - oui
  - non
  
- Participez-vous à l'enseignement délivré au sein du DUMG ?
  - oui
  - non
  
- Avez-vous vous-même effectué un stage en SASPAS au cours de votre internat ?
  - oui
  - non
  
- Avez-vous déjà accueilli un SASPAS et n'avez pas souhaité en reprendre par la suite ?
 

	Si	oui,	pourquoi	
?				?
.....				
.....				



## Annexe 2 – Mail de contact MSU

Bonjour,

Nous sommes deux internes de 3<sup>ème</sup> année de DES de médecine générale, et nous faisons notre travail de thèse sur **la perception et les attentes des MSU concernant le débriefing réalisé avec les internes lors du SASPAS**. Il s'agit d'une étude qualitative visant à évaluer le déroulement de ces moments d'échange avec l'interne, ainsi que le vécu et les attentes que peuvent en avoir les maîtres de stage. Un objectif secondaire serait de proposer une trame type permettant d'apporter un support pour le MSU et l'interne.

Nous avons prévu de recueillir les données en **entretiens semi-dirigés**, en présentiel ou en visio en fonction des disponibilités de chacun. Ces données seront **anonymisées**.

L'idéal pour nous serait d'échanger avec des **profils variés**, donc si vous êtes actuellement MSU pour un stage de SASPAS, ou avez été MSU pour un SASPAS dans les deux dernières années, nous aimerions beaucoup nous entretenir avec vous, quelles que soient vos conditions d'exercice.

Si vous êtes intéressés par le projet, vous pouvez nous contacter à l'adresse mail suivante : [xxxx@xxxxmail.com](mailto:xxxx@xxxxmail.com).

Nous restons à votre disposition pour d'éventuelles précisions.

Hugo CESAR-DESFORGES et Léa GOUDENHOOFT

## Annexe 3 – Consentement et notice RGPD

### **Perception et attentes des Maîtres de Stage Universitaire de Midi-Pyrénées concernant le débriefing lors du stage ambulatoire en soins primaires en autonomie supervisée.**

Merci d'avoir accepté de participer à ce travail de recherche. Dans ce document, vous trouverez premièrement un rapide rappel de notre travail de thèse. Puis, nous avons pris soin de vous expliquer quels sont vos droits concernant les informations et données personnelles que vous nous fournissez dans le cadre de ce travail. Enfin, vous trouverez en fin de document (page 4), un formulaire de consentement que nous vous prions de remplir, signer et de nous retourner par mail.

### **Présentation de la thèse**

#### ***Les thésards :***

Hugo César-Desforges et Léa Goudenhoofft, sous la direction du Pr Motoko Delahaye.

Nous sommes tous les deux internes en dernière année de médecine générale à la Faculté de médecine de Rangueil, à Toulouse. Nous sommes actuellement en SASPAS.

#### ***Objectif de la thèse :***

Nous souhaitons évaluer le déroulement du débriefing réalisé en SASPAS et comment il est vécu par les MSU. Secondairement, l'idée est aussi de mettre en évidence les difficultés rencontrées et de proposer des voies d'amélioration en proposant un référentiel type de révision des dossiers.

#### ***Méthodologie de la thèse :***

Il s'agit d'une étude qualitative où le recueil de données se fera via des entretiens semi-dirigés. Les entretiens et données personnelles seront anonymisés via une pseudonymisation. Nous serons les seuls à y avoir accès. Aucun membre du DUMG, autre MSU ou interne n'aura accès à ces données. Pour rappel, notre directrice de thèse n'aura pas accès aux données brutes mais seulement après anonymisation, elle ne pourra donc pas faire le lien entre vos données et vous.

#### ***Concrètement, comment se passe l'entretien ?***

Vous serez sollicité pour participer à un entretien individuel, en présentiel ou en visio via Zoom®. Cet entretien sera enregistré via un dictaphone et/ou téléphone retranscrit dans son intégralité. Globalement, l'entretien durera 20 à 30 minutes mais il faut prévoir 40 minutes de votre temps pour y participer. Vous aurez évidemment un droit de regard à chaque étape de notre travail.

# **Notice d'information RGPD**

## **(Règlement Général sur la Protection des Données)**

**Référent concernant le traitement et la protection des données au DUMG :**

Pr Pierre BOYER

Service : Département Universitaire de Médecine Générale de Toulouse

Adresse : 133 route de Narbonne. 31062, TOULOUSE CEDEX

Mail : [dpo@dumg-toulouse.fr](mailto:dpo@dumg-toulouse.fr)

### **Cadre légal de la recherche :**

Étude qualitative, hors Loi Jardé, MR-004.

Votre participation est volontaire et libre, soumise à un consentement écrit qui est révocable à tout moment au cours de l'étude.

### ***Quelles sont les données vous concernant qui seront collectées et traitées ?***

- Nom, prénom, âge, sexe
- Situation familiale
- Mode et milieu d'exercice
- Modalités d'exercice (rdv, secrétariat, patientèle)
- Votre parcours en tant que MSU
- Votre expérience dans l'enseignement (DUMG/formation autre)
- Participants à des groupes de paires ou groupes balint
- Responsable de GPP ou non

### ***Pour quelle finalité vos données personnelles seront collectées et traitées ?***

Vos données personnelles sont collectées à visée épidémiologique, dans le but d'avoir un échantillon vaste et représentatif pour améliorer la qualité et pertinence de notre thèse de médecine générale. Elles seront anonymisées.

Les résultats finaux seront possiblement publiés.

### ***Où vont être hébergées vos données personnelles ?***

Vos données sont stockées sur un Google Drive protégé par mot de passe, accessible uniquement aux thésards.

### ***Un transfert de vos données personnelles hors de l'Union Européenne est-il envisagé ?***

Non.

***Pendant combien de temps vos données personnelles vont-elles être conservées ?***

Elles seront conservées 2 ans maximum après la publication des résultats.

***Qui aura accès à vos données personnelles ?***

Vos données personnelles non anonymisées ne seront accessibles que pour les deux chercheurs réalisant la thèse, sous couvert d'une protection via mot de passe.

***Qui sera responsable de vos données personnelles ?***

Les deux chercheurs réalisant l'étude ainsi que le Pr Pierre Boyer, responsable de la protection des données.

***Quels sont vos droits concernant le traitement de vos données personnelles ?***

- Retirer votre consentement à n'importe quel moment de l'étude, sans justification.
- Demander à accéder aux données personnelles, de les modifier et/ou de les effacer.
- Droit de regard et de modification concernant les retranscriptions des entretiens.
- Déposer une réclamation auprès de la CNIL.

***Comment pourrez-vous les exercer ?***

Si vous avez des questions au sujet du recueil, de l'utilisation de vos informations personnelles ou pour exercer vos droits ou pour vous opposer à l'utilisation de vos données si vous ne souhaitez pas participer à cette étude, veuillez contacter le délégué à la protection des données du DUMG de Toulouse : [dpo@dumg-toulouse.fr](mailto:dpo@dumg-toulouse.fr) .

Si malgré les mesures mises en place vous estimez que vos droits ne sont pas respectés, vous pouvez déposer une réclamation auprès de l'autorité de contrôle de la protection des données, la CNIL : <https://www.cnil.fr>.

## Consentement libre et éclairé

Je soussigné(e) \_\_\_\_\_, consens librement à participer à la recherche intitulée : « Perception et attentes des Maîtres de Stage Universitaire de Midi-Pyrénées concernant le débriefing lors du stage ambulatoire en soins primaires en autonomie supervisée ».

J'ai pris connaissance du présent document et je comprends le but et la nature du projet de recherche.

Je suis satisfait(e) des explications, précisions et réponses que le chercheur m'a fournies, le cas échéant, quant à ma participation à ce projet.

Fait à \_\_\_\_\_, le \_\_\_\_\_ 2021

Signature

## Annexe 4 – Version initiale du guide d’entretien

### Guide d’entretien initial

Bonjour,

Je suis Léa/Hugo, avec mon/ma co-interne Hugo/Léa, on réalise notre thèse de médecine générale sur la perception et les attentes des MSU concernant le débriefing fait avec l’interne en SASPAS.

Merci d’avoir accepté de participer au projet. On vous avait envoyé les informations concernant vos droits avec le consentement. Est-ce que vous avez des questions ?

On peut commencer l’entretien. Je vais l’enregistrer avec mon téléphone et mon dictaphone puis je retranscrirai tout ça par écrit. Je vous rappelle que le stockage des données ainsi que la retranscription resteront anonymes. De même, si notre directrice de thèse, le Pr DELAHAYE Motoko, est amenée à consulter ces données dans le cadre d’un arbitrage dans l’analyse thématique, elle aura accès aux données anonymisées, donc elle ne pourra pas faire de lien avec vous !

Pour rappel, vous avez un droit de regard sur la retranscription et si vous souhaitez y accéder, vous pouvez nous contacter à tout moment.

Alors, racontez-moi comment se passent vos débriefings habituellement ?

*Si les éléments suivants n’ont pas été mentionnés, relancer avec des questions ouvertes concernant la durée/support/présentiel/contenu/esprit focus sur le moment.*

- Combien de temps accordez-vous au débriefing ?
- Quel support utilisez-vous pour revoir les dossiers de la journée ? (*listing doctolib, dossier patient*)
- Dans quel environnement réalisez-vous vos débriefs ?
- Quel est le contenu de vos débriefs habituels ?

*Si difficultés, on relance avec des questions fermées pour avoir les précisions concernant le débriefing :*

- Téléphonique/présentiel ?
- A quel moment de la journée ? Demi-journée/fin de journée
- Êtes-vous seul ?
- Temps dédié au débriefing ?
- Attention dédiée au débriefing ?
- Listing de tous les patients ou seulement ceux ayant posé problème ?

Qu’attendez-vous de l’interne lors du débrief ?

*Ajouter oralement :*

- type d'information concernant le patient,
- réassurance concernant la prise en charge,
- est-ce que l'interne a bien géré l'ensemble des champs bio/médico/sociaux,
- ressenti de l'interne sur certaines consultations attendues comme difficiles (patient "chiant", motif de consultation)

En quoi ce moment vous permet d'enseigner quelque chose à l'interne ?

Comment faites-vous pour que le débriefing ait un intérêt pédagogique ?

Comment imaginez-vous que l'interne perçoit vos débriefs ?

*Relancer avec une question plus fermée :*

Est-ce que ces débriefings vous paraissent pertinents ?

Quel genre de problème avez-vous pu rencontrer au cours de vos débriefings ?

*S'ils n'ont pas d'idées, on peut citer quelques exemples :*

- Interne non réceptif aux remarques ?
- Interne très stressé pour qui le moindre détail est source de soucis ?
- Interne très au point sur les reco et impressionnant le MSU ?

Comment vous adaptez-vous à l'interne dans ce genre de cas ?

Qu'est ce qui pourrait vous aider à vous sentir plus à l'aise dans vos débriefs ? (soutien méthodo, groupes de paires entre MSU avec problématiques de pédagogie, formations)

Quel serait le débriefing idéal pour vous ?

Comment est-ce que vous amélioreriez ce débriefing ?

Et voilà ! L'entretien est maintenant fini. Je vais couper l'enregistrement.

Je vous rappelle que vous avez la possibilité de lire la retranscription de cet enregistrement si vous le désirez.

Merci beaucoup d'avoir participé.

## Annexe 5 – Guide d’entretien modifié, version 1

### Guide d’entretien version 1

Quand avez-vous débriefé la dernière fois ? Racontez-moi le débrief qui vous vient en tête concernant l’un des patients ?

Alors, racontez-moi comment se passent vos débriefings habituellement ?

*Si les éléments suivants n’ont pas été mentionnés, relancer avec des questions ouvertes concernant la durée/support/présentiel/contenu/esprit focus sur le moment.*

- Combien de temps accordez-vous au débriefing ?
- Quel support utilisez-vous pour revoir les dossiers de la journée ? (*listing doctolib, dossier patient*)
- Dans quel environnement réalisez-vous vos débriefs ?
- Quel est le contenu de vos débriefs habituels ?

*Si difficultés, on relance avec des questions fermées pour avoir les précisions concernant le débriefing et rebondir sur la réponse, demander une justification :*

- Téléphonique/présentiel ?
- A quel moment de la journée ? Demi-journée/fin de journée
- Êtes-vous seul ?
- Temps dédié au débriefing ?
- Attention dédiée au débriefing ?
- Listing de tous les patients ou seulement ceux ayant posé problème ?

Qu’attendez-vous de l’interne lors du débrief ?

*Ajouter oralement :*

- type d’information concernant le patient,
- réassurance concernant la prise en charge,
- est-ce que l’interne a bien géré l’ensemble des champs bio/médico/sociaux,
- ressenti de l’interne sur certaines consultations attendues comme difficiles (patient “chiant”, motif de consultation)

Comment abordez-vous avec l’interne l’aspect relationnel avec le patient lors de vos débriefs ?

En quoi ce moment vous permet d’enseigner quelque chose à l’interne ?

Comment faites vous pour que le débriefing ait un intérêt pédagogique ?

Comment imaginez-vous que l’interne perçoit vos débriefs ?



*Relancer avec une question plus fermée :*

Est-ce que ces débriefings vous paraissent pertinents ?

Quel genre de problème avez-vous pu rencontrer au cours de vos débriefings ?

*S'ils n'ont pas d'idées, on peut citer quelques exemples :*

- Interne non réceptif aux remarques ?
- Interne très stressé pour qui le moindre détail est source de soucis ?
- Interne très au point sur les reco et impressionnant le MSU ?

Comment vous adaptez-vous à l'interne dans ce genre de cas ?

Qu'est ce qui pourrait vous aider à vous sentir plus à l'aise dans vos débriefs ? (soutien méthodo, groupes de paires entre MSU avec problématiques de pédagogie, formations)

Quel serait le débriefing idéal pour vous ?

Comment est-ce que vous amélioreriez ce débriefing ?

## Annexe 6 – Guide d’entretien version finale

### Guide d’entretien version finale

Quand avez-vous débriefé la dernière fois ? Racontez-moi le débrief qui vous vient en tête concernant l’un des patients ?

Alors, racontez-moi comment se passent vos débriefings habituellement ?

*Si les éléments suivants n’ont pas été mentionnés, relancer avec des questions ouvertes concernant la durée/support/présentiel/contenu/esprit focus sur le moment.*

- Combien de temps accordez-vous au débriefing ?
- Quel support utilisez-vous pour revoir les dossiers de la journée ? (*listing doctolib, dossier patient*)
- Dans quel environnement réalisez-vous vos débriefs ?
- Quel est le contenu de vos débriefs habituels ?

*Si difficultés, on relance avec des questions fermées pour avoir les précisions concernant le débriefing et rebondir sur la réponse, demander une justification :*

- Téléphonique/présentiel ?
- A quel moment de la journée ? Demi-journée/fin de journée
- Êtes-vous seul ?
- Temps dédié au débriefing ?
- Attention dédiée au débriefing ?
- Listing de tous les patients ou seulement ceux ayant posé problème ?

Qu’attendez-vous de l’interne lors du débrief ?

*Ajouter oralement :*

- type d’information concernant le patient,
- réassurance concernant la prise en charge,
- est-ce que l’interne a bien géré l’ensemble des champs bio/médico/sociaux,
- ressenti de l’interne sur certaines consultations attendues comme difficiles (patient “chiant”, motif de consultation)

Comment abordez-vous avec l’interne l’aspect relationnel avec le patient lors de vos débriefs ?

Quelle est, pour vous, l’utilité du débriefing ?

En quoi ce moment vous permet d’enseigner quelque chose à l’interne ?

Comment faites vous pour que le débriefing ait un intérêt pédagogique ?

Comment imaginez-vous que l'interne perçoit vos débriefs ?

*Relancer avec une question plus fermée :*

Est-ce que ces débriefings vous paraissent pertinents ?

Quel genre de problème avez-vous pu rencontrer au cours de vos débriefings ?

*S'ils n'ont pas d'idées, on peut citer quelques exemples :*

- Interne non réceptif aux remarques ?
- Interne très stressé pour qui le moindre détail est source de soucis ?
- Interne très au point sur les reco et impressionnant le MSU ?

Comment vous adaptez-vous à l'interne dans ce genre de cas ?

Comment vous êtes-vous préparés à endosser le rôle de MSU ?

Qu'est ce qui pourrait vous aider à vous sentir plus à l'aise dans vos débriefs ? (soutien méthodo, groupes de paires entre MSU avec problématiques de pédagogie, formations)

Quel serait le débriefing idéal pour vous ?

Comment est-ce que vous amélioreriez ce débriefing ?

## Annexe 7 – Conformité CNIL



Université PAUL SABATIER – TOULOUSE III  
Facultés de Médecine de Toulouse  
**DEPARTEMENT UNIVERSITAIRE DE MEDECINE GENERALE (DUMG)**  
Faculté de médecine de Toulouse – Rangueil 133 route de Narbonne  
31062 TOULOUSE Cedex

**Pr Pierre BOYER**

Directeur NTIC – Numérique

DPO-78344

DUMG Toulouse

[pierre.boyer@dumg-toulouse.fr](mailto:pierre.boyer@dumg-toulouse.fr)

[dpo@dumg-toulouse.fr](mailto:dpo@dumg-toulouse.fr)

Je soussigné **Pr Pierre Boyer**, DPO du département universitaire de médecine générale de Toulouse, certifie que :

**M. Hugo CESAR-DESFORGES**

- a satisfait aux obligations de déclaration des travaux de recherche ou thèse concernant le Règlement Général de Protection des Données

- a été inscrit dans le TABLEAU D'ENREGISTREMENT RECHERCHE ET THESES - Déclaration conformité CNIL du DUMG de TOULOUSE (133 route de Narbonne 31 062 Toulouse CEDEX) à la date du 15/06/2021

sous le numéro : **2021CDH03**

Fait à Toulouse, le 26/05/2022

  
Pr. BOYER



Université PAUL SABATIER – TOULOUSE III  
Facultés de Médecine de Toulouse  
**DEPARTEMENT UNIVERSITAIRE DE MEDECINE GENERALE (DUMG)**  
Faculté de médecine de Toulouse – Rangueil 133 route de Narbonne  
31062 TOULOUSE Cedex

**Pr Pierre BOYER**

Directeur NTIC – Numérique

DPO-78344

DUMG Toulouse

[pierre.boyer@dumg-toulouse.fr](mailto:pierre.boyer@dumg-toulouse.fr)

[dpo@dumg-toulouse.fr](mailto:dpo@dumg-toulouse.fr)

Je soussigné **Pr Pierre Boyer**, DPO du département universitaire de médecine générale de Toulouse, certifie que :

**Mme Léa GOUDENHOFT 2021GL04**

- a satisfait aux obligations de déclaration des travaux de recherche ou thèse concernant le Règlement Général de Protection des Données

- a été inscrite dans le TABLEAU D'ENREGISTREMENT RECHERCHE ET THESES - Déclaration conformité CNIL du DUMG de TOULOUSE (133 route de Narbonne 31 062 Toulouse CEDEX) à la date du 15/06/2021 sous le numéro : **2021GL04**

Fait à Toulouse, le 26/05/2022

  
Pr. BOYER

## Annexe 8 : Talon sociologique : caractéristiques de la population

Participants	Sexe	Âge	Situation personnelle	Département d'exercice	Type d'exercice	Profil du MSU	Formation	Ne veut plus accueillir SASPAS
<b>MSU 1</b>	F	38 ans	En couple 2 enfants (6-8 ans)	A	Libéral Semi-rural Cabinet de groupe Secrétariat présentiel et télésecrétariat Avec rendez-vous Patientèle aiguë/chronique/pédiatrie/gynécologie	Installation depuis 10 ans MSU depuis 5 ans Accueil d'un SASPAS depuis 5 ans N'accueille pas d'autre interne Ne participe pas aux groupes de pairs Pas enseignant au DUMG Pas de statut particulier (assistantat, clinicat...) Pas responsable GPP	A fait un SASPAS dans son internat Pas d'autre formation que DUMG	Non
<b>MSU 2</b>	M	33 ans	En couple 2 enfants (21 mois-6 ans)	G	Libéral Rural Cabinet de groupe Secrétariat présentiel Avec rendez-vous Patientèle chronique/pédiatrie/gériatrie	Installation depuis 4 ans MSU depuis 9 mois Accueil d'un SASPAS depuis 9 mois Accueil d'un Externe Ne participe pas aux groupes de pairs Pas enseignant au DUMG Pas de statut particulier (assistantat, clinicat...) Pas responsable GPP	Pas fait de SASPAS dans son internat Pas d'autre formation que DUMG	Non
<b>MSU 3</b>	M	50 ans	Pacsé ou marié Sans enfant	G	Activité mixte Rural MSP Secrétariat présentiel Avec rendez-vous Patientèle chronique/soins palliatifs	Installation depuis 19 ans MSU depuis 10 ans Accueil d'un SASPAS depuis 10 ans Accueil d'un PN1 Participe aux groupes de pairs Pas enseignant au DUMG Pas de statut particulier (assistantat, clinicat...) Responsable GPP	A fait un SASPAS dans son internat Pas d'autre formation que DUMG	Non
<b>MSU 4</b>	F	38 ans	Pacsé ou marié 3 enfants (9 mois, 2 et 4 ans)	F	Activité mixte Semi-rural MSP Secrétariat présentiel Avec rendez-vous Patientèle chronique	Installation depuis 8 ans MSU depuis 4 ans Accueil d'un SASPAS depuis 4 ans Accueil d'un PN1 Ne participe pas aux groupes de pairs Pas enseignant au DUMG Pas de statut particulier (assistantat, clinicat...) Pas responsable GPP	A fait un SASPAS dans son internat Pas d'autre formation que DUMG	Non
<b>MSU 5</b>	M	36 ans	Pacsé ou marié 2 enfants (2 - 5 ans)	A	Libéral Rural MSP Secrétariat présentiel et télésecrétariat Avec rendez-vous Patientèle chronique/pédiatrie/IVG/polygraphie	Installation depuis 5 ans MSU depuis 2 ans Accueil d'un SASPAS depuis 2 ans Accueil d'un PN1 Ne participe pas aux groupes de pairs Pas enseignant au DUMG Pas de statut particulier (assistantat, clinicat...) Pas responsable GPP	A fait un SASPAS dans son internat Pas d'autre formation que DUMG	Non
<b>MSU 6</b>	M	64 ans	Pacsé ou marié Enfants : oui (sans précision)	C	Libéral Urbain Cabinet de groupe Secrétariat présentiel et télésecrétariat Avec rendez-vous et 1 matinée par semaine sans rendez-vous Patientèle chronique/ostéopathie	Installation depuis 20 ans MSU depuis 8 ans Accueil d'un SASPAS depuis 8 ans Accueil d'un externe Ne participe pas aux groupes de pairs Pas enseignant au DUMG Pas de statut particulier (assistantat, clinicat...) Pas responsable GPP	Pas fait de SASPAS dans son internat Pas d'autre formation que DUMG	Non

Participants	Sexe	Âge	Situation personnelle	Département d'exercice	Type d'exercice	Profil du MSU	Formation	Ne veut plus accueillir de SASPAS
MSU 7	F	50 ans	En couple, pacsé ou marié Enfants : oui (sans précision)	D	Mixte Urbain Cabinet de groupe, MSP Secrétariat présentiel Avec rendez-vous Patientèle aiguë/chronique/gynéco/douleurs soins palliatifs	Installation depuis 20 ans MSU depuis 3 ans Accueil d'un SASPAS depuis 3 ans Accueil d'un externe et PN1 Participe aux groupes de pairs Enseignant au DUMG Pas de statut particulier (assistantat, clinicat...) Responsable GPP	Pas fait de SASPAS dans son internat Pas d'autre formation que DUMG	Non
MSU 8	F	50 ans	Marié 2 enfants (8 - 10 ans)	F	Libéral Urbain MSP Secrétariat présentiel Avec rendez-vous Patientèle aiguë/chronique	Installation depuis 22 ans MSU depuis 13 ans Accueil d'un SASPAS depuis 10 ans Accueil d'un Externe, PN1 et SFE Ne participe pas aux groupes de pairs Enseignant au DUMG Pas de statut particulier (assistantat, clinicat...) Pas responsable GPP	Pas fait de SASPAS dans son internat Pas d'autre formation que DUMG	Oui, en raison de la charge de travail devenue trop lourde
MSU 9	M	61 ans	En couple 4 enfants (23, 27, 29 et 31 ans)	F	Activité mixte Rural Cabinet de groupe Secrétariat présentiel Avec rendez-vous Patientèle chronique/gériatrie	Installation depuis 30 ans MSU depuis 15 ans Accueil d'un SASPAS depuis 10 ans Accueil d'un Externe et PN1 Ne participe pas aux groupes de pairs Pas enseignant au DUMG Pas de statut particulier (assistantat, clinicat...) Pas responsable GPP	Pas fait de SASPAS dans son internat Pas d'autre formation que DUMG	Oui, de façon temporaire pendant 6 mois pour faciliter l'installation de son associé
MSU 10	F	64 ans	Célibataire 2 enfants (28 et 32 ans)	B	Libéral Rural MSP Secrétariat présentiel et télésecrétariat Avec rendez-vous Patientèle aiguë/chronique/tout	Installation depuis 25 ans MSU depuis 13 ans Accueil d'un SASPAS depuis 7 ans Accueil d'un Externe et PN1 Ne participe pas aux groupes de pairs Enseignant au DUMG Pas de statut particulier (assistantat, clinicat...) Responsable GPP	Pas fait de SASPAS dans son internat Pas d'autre formation que DUMG	Non
MSU 11	M	39 ans	Marié Sans enfant	E	Libéral Semi-rural Cabinet de groupe Secrétariat présentiel Avec rendez-vous Patientèle chronique/gériatrie	Installation depuis 10 ans MSU depuis 7 ans Accueil d'un SASPAS depuis 5 ans Accueil d'un PN1 Ne participe pas aux groupes de pairs Pas enseignant au DUMG Pas de statut particulier (assistantat, clinicat...) Pas responsable GPP	A fait un SASPAS dans son internat Pas d'autre formation que DUMG	Non
MSU 12	F	47 ans	En couple 3 enfants (13, 17 et 20 ans)	I	Activité mixte Urbain Cabinet de groupe Secrétariat présentiel et télésecrétariat Avec rendez-vous Patientèle chronique	Installation depuis 12 ans MSU depuis 3 ans Accueil d'un SASPAS depuis 2 ans Accueil d'un Externe et PN1 Ne participe pas aux groupes de pairs Pas enseignant au DUMG Pas de statut particulier (assistantat, clinicat...) Responsable GPP	A fait un SASPAS dans son internat Pas d'autre formation que DUMG	Non

## Annexe 9 – Tableau de codage

Thèmes	Catégories	Sous-catégories	Codes
Organisation du débriefing	Organisation globale		Le MSU vérifie que son organisation de débriefing convient bien aux besoins de l'interne
	Durée du débriefing	Timing du débriefing	Le débriefing dure moins de 30 minutes
			Le débriefing dure entre 30 et 45 minutes
			Le débriefing dure 45 minutes minimum
			Le débriefing dure entre 45 et 60 minutes
			Le débriefing dure 60 minutes minimum
		Le débriefing dure 75 minutes	
		La durée du débriefing est adaptable	
		Le débriefing a une durée fixée en amont	
		Contrainte lorsque le débriefing est long	Le MSU souhaite que l'interne soit efficace lors du débriefing, pour ne pas s'éterniser
			Le MSU trouve qu'un débriefing long est pénible
	Le MSU et l'interne font l'impasse sur les cas simples lors du débriefing		
	Manque de temps pour faire le débriefing	Le MSU est frustré par le manque de temps pour réaliser le débriefing	
	Horaire du débriefing	Fin de journée	Le MSU débriefe en fin de journée
		Fin de demi-journée	Le MSU débriefe en fin de demi-journée
		Moment du débriefing variable	Le MSU s'adapte à l'interne
			Le MSU s'adapte aux contraintes de la journée
		Problématiques spécifiques au débriefing du soir	Le MSU a envie que la journée se termine
			Le MSU a envie de voir ses enfants
			Le MSU a envie de libérer l'interne
			Le MSU débriefe après la fin de sa journée à lui, qui ne correspond pas forcément à celle de l'interne
			Le MSU débriefe à la fin de la journée de l'interne et termine ses consultations ensuite
			Le MSU n'a pas envie de faire attendre les patients
			Le MSU est contraint par des obligations annexes
		Avantages d'un débriefing par demi-journée	L'absence de contrainte de temps est appréciable
			Un débriefing par demi-journée permet de réduire la durée du débriefing le soir
	Le débriefing par demi-journée permet d'anticiper sur les patients de l'après midi		
	En fin de demi-journée, il est plus facile de se rappeler des situations		
	Fréquence du débriefing	Régularité	Le débriefing est réalisé tous les jours
	Lieu	Débriefing téléphonique	Le MSU débriefe au téléphone
		Débriefing présentiel	Le MSU débriefe en présentiel
		Modification de la façon de débriefe en raison de contraintes personnelles	Le MSU adapte son débriefing à ses contraintes personnelles
Inconvénient du débriefing téléphonique		Le débriefing téléphonique raccourcit le temps de débriefing	
Inconvénient du débriefing présentiel		Le débriefing téléphonique est perçu comme moins pratique et désagréable	
		Le débriefing présentiel donne l'impression de surveiller l'interne	
Avantage d'un débriefing présentiel		Le MSU pense que le débriefing présentiel est indispensable	
		Le débriefing présentiel permet l'accès au non-verbal	
	Le débriefing présentiel améliore la relation avec l'interne		
Le débriefing présentiel est perçu comme plus qualitatif			
Support		Le débriefing est fait à partir des dossiers	
		Le débriefing est fait à partir du planning	
		Le débriefing est fait à partir d'un outil propre à l'interne	
		Le MSU imprime le Relevé d'Activité Quotidienne	
		Le MSU utilise les objectifs intermédiaires du DUMG	
		La fin du débriefing est effectuée par écrit sur le mode de transmissions papiers	
Revue des patients		Le MSU n'utilise aucun support pour débriefe	
		Le MSU effectue un screening des patients de la journée	
		Le MSU laisse le choix à l'interne de s'arrêter sur les situations ou non	
		Le MSU choisit de faire un débriefing exhaustif	
		Le MSU adapte le débriefing en cours de stage	
	Le MSU choisit de se concentrer sur les choses difficiles		



<b>Pédagogie</b>	Bienveillance	Réassurance	Le MSU rassure en passant en revue tous les patients pendant le débrief Le MSU veut que l'interne rentre chez lui le soir serein Le MSU conforte l'interne dans ses prises en charge Le MSU pense que la similitude de leur pratique respective rassure l'interne Le MSU fait comprendre que l'incertitude en MG est normale Le MSU effectue un renforcement positif via son propre retour ou celui des patients	
		Implication, adaptabilité et prévenance	Le MSU s'intéresse en premier lieu aux difficultés de la journée Le MSU est attentif aux ressentis de l'interne, même tus Le MSU est attentif au vécu global de l'interne Le MSU est attentif au sentiment de progression de l'interne Le MSU s'adapte aux besoins de l'interne en terme de disponibilité ou d'organisation de la journée Le MSU adapte son approche pédagogique au fonctionnement de l'interne Le MSU est disponible en dehors du débriefing Le MSU est impliqué dans son rôle Le MSU essaye d'avoir une approche bienveillante	
		Posture du MSU	Rôle de formateur d'un futur médecin généraliste	Le MSU aide à acquérir la gestion globale d'une journée de consultation Le MSU aide à acquérir la tenue globale du cabinet de médecine générale Le MSU aide à trouver le mode d'exercice idéal de l'interne Le MSU autonomise progressivement l'interne vers le remplacement ou l'installation, en travaillant par étapes Le MSU aide l'interne à prendre en charge globalement un patient
			Rôle de guide	Le MSU guide la réflexion personnelle de l'interne Le MSU guide le travail universitaire de l'interne Le MSU guide la pratique de l'interne (guider la CAT en cas de problème)
			Rôle de collègue expérimenté	Le MSU guide l'interne vers une prise en charge plus pratique que théorique (sortir des recos) Le MSU choisit de ne pas prendre la posture d'enseignant, ne fait pas d'apprentissage théorique Le MSU apporte son expérience médicale, humaine et sociale
			Rôle d'enseignant	Le MSU instaure des moments d'enseignement purement théorique dans le débriefing Le MSU cible les discussions théoriques sur les cas pratiques rencontrés Le MSU est exhaustif dans le débriefing d'un cas qui a posé problème à l'interne Le MSU vérifie/évalue les connaissances de l'interne pendant le débriefing Le MSU vérifie/évalue le raisonnement de l'interne Le MSU vérifie la capacité de l'interne à chercher une information
	Enrichissement	Echanges avec l'interne	Le MSU apporte sa connaissance du patient, ce qui peut modifier la prise en charge Le MSU et l'interne réfléchissent ensemble en cas de désaccord initial Le MSU échange à propos de son expérience Le MSU pense que toute situation rencontrée peut être débriefée	
		Relationnel patient	Le MSU anticipe les difficultés relationnelles que peut rencontrer l'interne Le MSU aborde l'aspect relationnel avec le patient dans le débrief Le MSU questionne le ressenti de l'interne à l'issue d'une difficulté d'ordre relationnelle L'interne aborde spontanément l'aspect relationnel dans le débrief Le MSU n'aborde pas l'aspect relationnel	
		Bénéfices du débrief pour le MSU	Le MSU considère qu'il y a un apprentissage commun pendant le débrief	

<b>Pédagogie</b>	Bienveillance	Réassurance	<p>Le MSU rassure en passant en revue tous les patients pendant le débrief</p> <p>Le MSU veut que l'interne rentre chez lui le soir serein</p> <p>Le MSU conforte l'interne dans ses prises en charge</p> <p>Le MSU pense que la similitude de leur pratique respective rassure l'interne</p> <p>Le MSU fait comprendre que l'incertitude en MG est normale</p> <p>Le MSU effectue un renforcement positif via son propre retour ou celui des patients</p>	
		Implication, adaptabilité et prévenance	<p>Le MSU s'intéresse en premier lieu aux difficultés de la journée</p> <p>Le MSU est attentif aux ressentis de l'interne, même tus</p> <p>Le MSU est attentif au vécu global de l'interne</p> <p>Le MSU est attentif au sentiment de progression de l'interne</p> <p>Le MSU s'adapte aux besoins de l'interne en terme de disponibilité ou d'organisation de la journée</p> <p>Le MSU adapte son approche pédagogique au fonctionnement de l'interne</p> <p>Le MSU est disponible en dehors du débriefing</p> <p>Le MSU est impliqué dans son rôle</p> <p>Le MSU essaye d'avoir une approche bienveillante</p>	
	Posture du MSU	Rôle de formateur d'un futur médecin généraliste	<p>Le MSU aide à acquérir la gestion globale d'une journée de consultation</p> <p>Le MSU aide à acquérir la tenue globale du cabinet de médecine générale</p> <p>Le MSU aide à trouver le mode d'exercice idéal de l'interne</p> <p>Le MSU autonomise progressivement l'interne vers le remplacement ou l'installation, en travaillant par étapes</p> <p>Le MSU aide l'interne à prendre en charge globalement un patient</p>	
		Rôle de guide	<p>Le MSU guide la réflexion personnelle de l'interne</p> <p>Le MSU guide le travail universitaire de l'interne</p> <p>Le MSU guide la pratique de l'interne (guider la CAT en cas de problème)</p>	
		Rôle de collègue expérimenté	<p>Le MSU guide l'interne vers une prise en charge plus pratique que théorique (sortir des recos)</p> <p>Le MSU choisit de ne pas prendre la posture d'enseignant, ne fait pas d'apprentissage théorique</p> <p>Le MSU apporte son expérience médicale, humaine et sociale</p>	
		Rôle d'enseignant	<p>Le MSU instaure des moments d'enseignement purement théorique dans le débriefing</p> <p>Le MSU cible les discussions théoriques sur les cas pratiques rencontrés</p> <p>Le MSU est exhaustif dans le débriefing d'un cas qui a posé problème à l'interne</p> <p>Le MSU vérifie/évalue les connaissances de l'interne pendant le débriefing</p> <p>Le MSU vérifie/évalue le raisonnement de l'interne</p> <p>Le MSU vérifie la capacité de l'interne à chercher une information</p>	
		Enrichissement	Echanges avec l'interne	<p>Le MSU apporte sa connaissance du patient, ce qui peut modifier la prise en charge</p> <p>Le MSU et l'interne réfléchissent ensemble en cas de désaccord initial</p> <p>Le MSU échange à propos de son expérience</p> <p>Le MSU pense que toute situation rencontrée peut être débriefée</p>
			Relationnel patient	<p>Le MSU anticipe les difficultés relationnelles que peut rencontrer l'interne</p> <p>Le MSU aborde l'aspect relationnel avec le patient dans le débrief</p> <p>Le MSU questionne le ressenti de l'interne à l'issue d'une difficulté d'ordre relationnelle</p> <p>L'interne aborde spontanément l'aspect relationnel dans le débrief</p> <p>Le MSU n'aborde pas l'aspect relationnel</p>
			Bénéfices du débrief pour le MSU	<p>Le MSU considère qu'il y a un apprentissage commun pendant le débrief</p>

Vécu du MSU	Relationnel avec l'interne	Bonne entente	Le bon relationnel avec l'interne est perçu comme agréable Le MSU a l'impression de ne pas avoir de difficulté relationnelle avec l'interne		
		Confiance envers l'interne	Le MSU accorde sa confiance de manière progressive Le MSU accorde une confiance immédiate à l'interne		
			Partage	Le MSU est satisfait du travail de l'interne Le MSU rempli une mission de compagnonage Le débriefing est vécu comme un temps de partage sans hiérarchie	
		Communication avec l'interne	Retour de l'interne	Le MSU invite l'interne à exprimer un retour Le MSU pense que le retour n'est pas transparent par peur des conséquences Le MSU déplore une absence de retour officiel de la part du DUMG	
	Manque de communication		Le MSU ne communique pas sur les perceptions de l'interne		
	Réflexions autour du rôle de MSU et de l'accueil du SASPAS	Préparation personnelle	Le MSU anticipe certaines situations, en raison de son inexpérience Le MSU voulait accueillir l'interne dans de bonnes conditions Le MSU n'a pas vécu de SASPAS et aurait aimé avoir accès aux débriefings Réflexion en amont sur son propre vécu en SASPAS		
			Pas de préparation	Le MSU ne s'est pas préparé à accueillir un SASPAS	
		Préparation universitaire	Le MSU fait part du bénéfice d'avoir fait le DU de maîtrise de stage		
		Réflexion entre collègues à propos de la gestion des internes	Le MSU apprécie les échanges entre collègues sur la gestion des internes		
	Appréciation globale de l'intérêt du débriefing		Le débriefing évite le "remplacement déguisé" Le débriefing permet à l'interne de s'évaluer Le débriefing permet de créer du lien avec l'interne Le MSU trouve que le débriefing est utile quelque soit le corps métier		
		Bon vécu du débriefing	A l'aise lors du débriefing	La confrontation aux connaissances de l'interne ne déstabilise pas le MSU Le MSU se sent à l'aise dans son débriefing	
	Confiance en son débriefing		Le MSU a confiance en la qualité de son débriefing		
	Sentiment de satisfaire l'interne		Le MSU a l'impression que les internes sont investis dans le débriefing Le MSU a l'impression que les internes sont satisfaits du débriefing		
	Difficultés lors du débriefing	Contraintes organisationnelles	La charge de travail du MSU rend l'accueil d'un interne compliqué Le MSU connaît des difficultés organisationnelles ayant conduit à ne plus accueillir d'interne, de peur de mal faire		
			Sentiment d'imposture	Le MSU a du mal à prendre la posture d'enseignant Le MSU est mal à l'aise lorsque l'interne a des connaissances poussées Le MSU a l'impression d'être jugé sur sa pratique	
		Difficultés relatives à l'interne		Le MSU et l'interne ont des façons de faire différentes Le MSU rencontre des difficultés pour communiquer avec certains internes Le MSU éprouve des difficultés en raison de la personnalité de l'interne Le MSU trouve que certains internes ne sont pas fiables Le MSU trouve que certains internes ne sont pas impliqués Le MSU a eu des mauvais retours de la part des patients	
			Inadéquation entre le fonctionnement du stage SASPAS et celui du MSU	Le MSU a été contraint d'adapter le stage en cas d'interne difficile La supervision indirecte induit un stress dans le cas d'un interne trop sûr de lui La supervision indirecte et ses potentielles conséquences (responsabilité...) induisent un stress La personnalité du MSU n'est pas compatible avec la supervision indirecte Le MSU a des difficultés à évaluer la consultation à distance Le MSU a des difficultés lorsqu'il ne connaît pas les patients	
				Sentiment d'avoir été isolé lors de la pandémie	Le MSU a le sentiment de n'avoir pas été assez soutenue par le DUMG pendant le confinement

<b>Attentes du MSU</b>	Contenu et déroulement du débriefing	Points abordés durant le débriefing	Le MSU attend un compte rendu détaillé Le MSU attend que l'interne cible sur ses difficultés Le MSU attend que l'interne aborde l'aspect relationnel Le MSU attend que l'interne aborde spontanément ses difficultés	
		Rigueur de l'interne	Le MSU attend que l'interne tienne correctement ses dossiers Le MSU attend que l'interne applique ses conseils et remarques	
		Comportement de l'interne durant le débriefing	Le MSU attend une proactivité dans le débriefing de la part de l'interne Le MSU attend de l'efficacité Le MSU attend une écoute mutuelle, un échange Le MSU attend que l'interne et lui soit sur la même longueur d'onde Le MSU attend de la sincérité de la part de l'interne Le MSU attend un retour de l'interne concernant le débriefing Le MSU responsabilise l'interne dans le débriefing et lui laisse le choix Le MSU attend une ouverture d'esprit de la part de l'interne	
			Démarche	Le MSU attend que l'interne ait des prises en charge adaptées Le MSU attend parfois un ajustement de la prise en charge Le MSU attend une démarche clinique réfléchie Le MSU attend une prise en charge globale de toutes les dimensions de consultation
			Attitude	Le MSU attend une aisance dans la démarche médicale Le MSU attend un bon relationnel de la part de l'interne avec le patient
			Continuité des soins	Le MSU souhaite qu'il n'y ait pas de rupture dans le soin
	Pédagogie	Le MSU souhaite que l'interne sorte du débriefing avec une impression de progression		
	Réassurance du MSU	Le MSU est inquiet en absence de retour Le MSU souhaite garder un œil sur sa patientèle Le MSU est rassuré lorsque le fonctionnement de l'interne est proche du sien Le MSU est rassuré dans le ressenti qu'il peut avoir vis à vis des patients Le MSU est conforté vis à vis de sa propre pratique		
	Bénéfice secondaire à accueillir un interne	Apport de connaissances	Le MSU espère apprendre grâce à l'interne	
		Créer du lien	Le MSU espère que l'interne remplacera au cabinet plus tard	
		Avis sur la patientèle	Le débriefing apporte un regard extérieur sur les patients	

<b>Pistes d'amélioration</b>	Dégager du temps	Le MSU souhaiterait avoir plus de temps pour débriefer Le MSU souhaiterait avoir plus de temps de recherche
	Echange et collégialité	Le MSU aimerait faire des sortes de GEP ciblés sur des problèmes soulevés lors du débriefing Le MSU aimerait faire des débriefings en collégialité de temps en temps Le MSU aimerait échanger avec d'autres MSU de façon informelle Le MSU souhaiterait plus de dialogue
	Contenu du débriefing	Le MSU pense qu'il devrait inclure l'aspect relationnel dans le débriefing Le MSU pense qu'il devrait inclure l'aspect administratif du cabinet dans le débriefing
	Formation et guide de débriefing	Le MSU envisagerait un soutien méthodologique Le MSU aurait besoin de plus de rigueur méthodologique Le MSU aimerait un focus sur le débriefing lors du DU Le MSU aimerait un guide de débriefing Le MSU n'aimerait pas un guide de débriefing trop cadré
	Rigueur dans l'accueil de l'interne	Le MSU songe à présenter un cadre plus strict à l'interne
	Soutien du DUMG	Le MSU exprime le besoin d'avoir une personne ressource neutre à la fac Le MSU pense qu'il ne faut pas rester seul en cas de difficulté
		Le MSU souhaite un retour officiel systématique

Directrice de thèse : Pr Motoko DELAHAYE  
Discipline administrative : Médecine Générale

---

### **Vécu et attentes des Maîtres de Stage Universitaire d'Occitanie Ouest concernant le débriefing réalisé lors du Stage Autonome en Soins Primaires Ambulatoire Supervisé**

**Introduction :** Le Stage Autonome en soins primaires Ambulatoire Supervisé (SASPAS) est un pilier dans la formation de l'interne en médecine générale. La méthode pédagogique du SASPAS repose principalement sur la supervision indirecte délivrée par le maître de stage universitaire (MSU) envers l'interne. Il n'y a pas de formation standardisée pour cette supervision et des disparités sont observées sur le territoire.

**Objectif principal :** Evaluer le vécu et les attentes des MSU concernant le débriefing.

**Matériel et méthode :** Étude qualitative par entretiens individuels semi-dirigés auprès des MSU accueillant des SASPAS dans la région Occitanie Ouest. Analyse thématique des données obtenues, avec triangulation des chercheurs.

**Résultats :** 12 entretiens semi-dirigés ont été réalisés entre juin 2021 et juin 2022. Les MSU avaient un vécu globalement positif du débriefing qui permet de tisser un lien de confiance avec l'interne. Un débriefing type s'est dessiné : il devait être concis, en présentiel et évolutif au cours du stage. Les MSU attendaient de ce moment qu'il soit un échange sincère et ouvert avec l'interne, où celui-ci aborde ses difficultés et dans lequel les MSU sont rassurés sur la prise en charge de leurs patients. Il permettait également au MSU d'adopter un rôle de guide, d'enseignant et de compagnon apportant son expérience à l'interne.

**Conclusion :** Les maîtres de stage jouent un rôle primordial dans l'encadrement pédagogique du SASPAS. Ils trouvent un intérêt dans le débriefing et leur vécu est bon, malgré des difficultés organisationnelles ou de posture. Le rôle d'enseignant est endossé inconsciemment par nos MSU et ils sont acteurs de la pédagogie par leur débriefing de qualité. Pour pallier ces difficultés, il est important de renforcer le lien entre MSU et internes et de rassurer les MSU sur leur posture universitaire lors de leur formation, en désacralisant le rôle d'enseignant.

**Mots-clés :** médecine générale, maître de stage universitaire, pédagogie, supervision indirecte, stage en autonomie supervisée

---

### **Experience and expectations of the university internship supervisors of West Occitania concerning the debriefing carried out during the ambulatory internship in primary care in supervised autonomy**

**Introduction:** The ambulatory internship in primary care in supervised autonomy (SASPAS) is one of the mainstays of the training of the general practice resident. The pedagogical method of the SASPAS is mainly based on the indirect supervision delivered by the university internship supervisor (MSU) to the intern. There is no standardized training for this supervision and disparities are observed in the territory.

**Primary objective:** To assess the MSUs' experience and expectations regarding the debriefing.

**Material and Method:** Qualitative study by semi-directed individual interviews with MSUs receiving SASPAS in the West Occitania region. Thematic analysis of the data obtained, with triangulation of the researchers.

**Results:** 12 semi-directed interviews were carried out between June 2021 and June 2022. Overall, MSUs had a positive experience of the debriefing which allows them to build a relationship of trust with the resident. A standard debriefing emerged: it had to be concise, face to face and evolving during the internship. MSUs expected this moment to be a sincere and open exchange with the resident, where they address their difficulties and in which MSUs are reassured about the care of their patients. It also allowed MSUs to assume a role of guide, teacher and companion sharing their experience to the resident.

**Conclusion:** Internship supervisors play a key role in the resident's pedagogical supervision. Debriefings are interesting for MSUs and they have a good experience, despite organisational or positional difficulties. The teaching role is unconsciously assumed by our MSUs and thanks to their quality debriefings, they are educational actors. To overcome these difficulties, the bond between MSUs and residents must be strengthened and the MSUs should be reassured about their academic role by desacralising the teaching posture.

**Key words:** general practice, university internship supervisor, pedagogy, indirect supervision, internship in supervised autonomy

---