

Travail de Fin d'Études
Maîtrise complémentaire en Médecine Générale
Université Catholique de Louvain
2019-2020

Maître de stage en médecine générale : quel vécu de la supervision ?

Etude qualitative en Belgique francophone

Morgane Ravet
Promoteur : Stéphane Debanterlé

Table des matières

Remerciements	2
Résumé.....	3
Mots clés	3
Introduction	4
Méthodologie.....	8
Résultats.....	12
La supervision elle-même	13
Fréquence et organisation.....	13
Contenu et support	14
Ressenti des maîtres de stage par rapport à l'organisation et au contenu de la supervision.....	16
Les objectifs des maîtres de stage.....	16
Les éléments influenceurs.....	19
La perception du métier de généraliste par le maître de stage.....	19
La définition personnelle de la relation maître de stage - assistant	20
Les éléments extérieurs qui influencent la relation maître de stage - assistant	21
Les éléments internes qui influencent la relation	22
Les bases d'une bonne relation maître de stage - assistant	24
Les avantages et difficultés du rôle de maître de stage	24
Les difficultés	24
Les éléments positifs	25
La formation de maître de stage.....	26
Espoirs pour l'avenir.....	28
Discussion.....	29
Réponses aux questions de départ et pistes de réflexion	29
Points faibles et points fort de l'étude.....	33
Conclusion.....	34
Bibliographie	36

Remerciements

Je voudrais remercier les personnes qui m'ont guidée et soutenue dans ce travail.

Merci à mon promoteur, le Dr Stéphane Debanterlé, pour m'avoir aidée à clarifier mon propos et à garder mon objectif de départ.

Merci au Dr Anne-Laure Lenoir pour le temps qu'elle m'a accordé à plusieurs reprises ainsi que pour son soutien. Nos échanges m'ont rendu l'envie de voir ce travail aboutir.

Merci au Dr Dory Valérie pour les articles envoyés et avec eux, les pistes de réflexion.

Merci à la revue « Pédagogie médicale » pour la pertinence et la diversité de ses articles qui m'ont énormément aidé.

Merci à chaque médecin ayant accepté de participer à l'élaboration de ce travail. Il n'existe que grâce au temps que chacun m'a accordé.

Un immense merci à ma première relectrice, Francesca, sans qui ce travail n'aurait pas la moitié des finitions d'aujourd'hui.

Merci à mes autres relecteurs : ma sœur « Juju », mon papa, ma maman, Fabienne.

Merci à Nath pour l'aide sur la mise en page, la bibliographie et tout le reste.

Résumé

Objectif : Sur le terrain, comment les médecins généralistes francophones belges perçoivent-ils la supervision de leur assistant, comment l'intègrent-ils dans leur pratique, quel en est leur vécu ?

Méthode : Huit entretiens semi-dirigés ont été réalisés avec des médecins généraliste actifs en tant que maître de stage. Ces entretiens ont été enregistrés puis retranscrits. Ces écrits ont été analysés par la théorie ancrée en vue de dégager des réponses de terrain aux questions de recherche.

Résultats : Les maîtres de stage appliquent une supervision spontanée régulière de leur assistant, notamment par téléphone. Une partie d'entre eux prévoit également un temps spécifique dans l'horaire chaque semaine. Durant cette rencontre, de nombreux sujets sont abordés concernant l'aspect thérapeutique lui-même, ainsi que des aspects plus globaux. La réalisation de la supervision est influencée par des facteurs extérieurs et personnels aux intervenants. La maîtrise de stage est une voie professionnelle avec des avantages et des inconvénients qui lui sont propres et influencent le vécu des médecins quant à leur rôle de superviseur. L'accès à la maîtrise de stage passe par une formation universitaire. Le ressenti par rapport à celle-ci diverge entre la formation initiale et la formation continue.

Conclusion : La maîtrise de stage est une orientation professionnelle essentiellement enrichissante et stimulante pour les médecins qui la pratiquent. Il existe toutefois des disparités dans la perception du rôle de superviseur et donc, des différences dans les connaissances et l'exploitation des compétences qui y sont liées. Des recherches plus poussées pour comprendre ce phénomène et les répercussions sur les futurs médecins de famille pourraient être envisagées.

Mots clés

Supervision clinique – Vécu - Maître de Stage - Médecine générale - Belgique

Clinical supervision – Experience - Medical Teacher - General Practitioner - Belgium

Introduction

En tant qu'assistante en médecine générale, j'ai facilement accès au vécu émotionnel de mes congénères. J'ai entendu des récits divers de relations entre un assistant et son maître de stage. Les émotions exprimées étaient très variables : admiration, complicité, neutralité, colère, mépris et bien d'autres encore. J'ai été très intriguée par cette pluralité et la puissance des ressentis, surtout les négatifs car j'avais, moi-même, une très bonne relation avec mon maître de stage. Je me suis interrogée sur l'origine de telles discordances, sur les particularités de cette relation tutorale, et sur ce qui cristallise des émotions si extrêmes dans un cadre professionnel. Sachant que je ne pourrais pas, au sein d'un simple TFE, interroger maîtres de stage et assistants, j'ai choisi de me focaliser sur ceux auxquels j'avais moins spontanément accès, à savoir ; les maîtres de stage. J'ai choisi d'axer ma recherche sur la façon dont ceux-ci voient leur propre rôle auprès du candidat généraliste. Plus précisément encore, je me suis concentrée sur la supervision car elle semblait être un sujet problématique récurrent et me permettait de limiter mon propos.

Toute relation professionnelle se base sur un cadre précis, en voici les caractéristiques :

En Belgique, tout médecin de famille exerçant depuis au moins 5 ans peut, sur base volontaire et après une formation complémentaire, devenir maître de stage pour de jeunes candidats généralistes. (1) Ce médecin doit également être agréé par le ministère de Santé Publique.

La formation de base se déroule sur deux journées dont l'une au sein de la faculté auprès de laquelle le médecin est affilié. Par la suite, il devra maintenir une formation continue à raison de deux soirées ou d'une journée par an, dans la faculté de son choix (antennes délocalisées possibles). (2)(3)

Ces médecins partagent leur patientèle, leurs locaux et leur matériel avec un nouveau venu : le candidat généraliste, dit "l'assistant"¹. Ce type d'encadrement peut durer entre plusieurs mois et deux ans, et comprendre la prise en charge de un à trois assistants à la fois.

¹ Par défaut, l'accord masculin sera utilisé pour les termes « maître de stage » et « assistant », ceci dans un souci de facilité de lecture et non une exclusion de genre.

Durant cette période, le maître de stage se doit d'être disponible pour répondre aux questions médicales de l'assistant et l'encadrer dans sa pratique professionnelle. Le maître de stage est, dans la loi, tenu "*d'être à la disposition du candidat généraliste qui lui est confié*". (2) (4) S'il le souhaite, le maître de stage peut également développer un partenariat avec un autre maître de stage pour mettre en place deux mi-temps complémentaires pour un même assistant.

Les conditions administratives de la relation maître de stage-assistant sont définies par diverses conventions établies entre ces deux parties et une troisième : la CCFFMG². Ces conventions sont au nombre de trois³ :

1. Convention de coordination : entre l'assistant et la CCFFMG. La CCFFMG est l'employeur du candidat généraliste et, à ce titre, lui reverse un salaire mensuel suivant un statut « sui generi ».
2. Convention de maîtrise de stage : entre le maître de stage et la CCFFMG. Le maître de stage s'engage à former le candidat généraliste et à reverser une participation financière mensuelle fixe. Cette participation change en fonction de l'année de master complémentaire de l'assistant.
3. Convention de formation (5) : entre le maître de stage et l'assistant. Cette dernière stipule les dates de début et de fin de la collaboration (classiquement du 1^{er} octobre au 30 septembre de l'année suivante), l'organisation du rôle de garde ainsi que les droits et devoirs réciproques. Les horaires doivent, notamment, être remis électroniquement à la fin de chaque mois par le candidat généraliste puis validés par le maître de stage avant le 05 du mois suivant et ce, auprès de la CCFFMG.

Dans la convention de formation, le maître de stage reçoit des balises pour son activité pédagogique. Entre autres, il est tenu « *de consacrer le temps et l'écoute nécessaires à la supervision clinique quotidienne du Candidat Médecin Généraliste (MG)* », idem pour « *la supervision pédagogique* ». (5) Le vade-mecum 2019 - 2020 de la CCFFMG (6) reprend divers éléments légaux pour les mettre en exergue comme « *le Maître de Stage responsable*

² « Centre de Coordination Francophone pour la Formation en Médecine Générale », asbl chargée de faire respecter les diverses conventions, hors formation.

³ Les particularités liées aux stages hospitaliers des candidats MG ne seront pas développées, la supervision y étant assurée par des médecins spécialistes.

consacre un temps suffisant à la supervision et aux moments de discussion avec le candidat MG de façon à permettre une formation de qualité »⁴. Malheureusement, ces termes restent assez vagues. Comment évaluer le temps et, plus subjectif encore, « l'écoute » nécessaire ?

La Fédération des Maisons Médicales s'est penchée sur le sujet. Un vade-mecum plus spécifique (7) a vu le jour pour prendre en compte les particularités de ces structures dans le cadre de l'accompagnement d'un apprenant médecin. Il y est question d'une supervision « *d'une heure/semaine minimum* » conseillée par le CCFFMG⁵. Ce vade-mecum encourage une supervision « *de qualité et planifiée* ». S'il y a plusieurs assistants, il n'y a pas de règle : ils peuvent être supervisés en même temps ou séparément, par un même médecin, par des médecins différents ou par une alternance de médecins. Pour le contenu de la supervision, diverses possibilités sont évoquées, comme le fait de passer en revue tous les cas, des cas aléatoires ou les cas difficiles. Ce vade-mecum propose également d'aborder les « *Apprentissages au raisonnement clinique, présentations de sujets/articles, revue de la littérature, analyse d'incidents critiques, partage d'erreurs* ». Tous ces éléments permettent de mieux appréhender le cadre et les obligations du maître de stage mais ils ne permettent pas d'approcher le vécu des maîtres de stage.

En 2015, Frédéric Ketterer a réalisé une enquête en ligne auprès de maîtres de stage et d'assistants. Ce chercheur à l'ULiège a agi sur demande de la CCFFMG et a collecté quelques informations chiffrées concernant l'organisation et le contenu de la supervision. (8) Dans les résultats de l'étude, on constate que 26.2% des maîtres de stage répondants ressentent un manque de disponibilité pour la supervision, tandis que 13.9% perçoivent un manque de réceptivité de l'assistant, et, à hauteur du même pourcentage, un manque de systématisme dans la supervision. Les trois quarts d'entre eux pensent devoir s'améliorer dans des domaines très variés, classés ici par ordre d'importance : les connaissances scientifiques, la disponibilité, la pédagogie ou encore en termes d'autorité. Les éléments d'amélioration potentiels sont vus très différemment par les assistants, je n'en parlerai pas davantage pour

⁴ Les recommandations du vade-mecum de la CCFFMG 2020-2021 contiennent des balises beaucoup plus explicites concernant le contenu de la supervision ainsi que le temps moyen qui y est dédié. Ce vade-mecum étant sorti dans le courant de l'année 2019-2020, il n'a pas été utilisé comme base dans ce travail, partant du principe qu'il n'était pas encore d'application.

⁵ Je n'ai malheureusement pas retrouvé cette notion dans les documents de la CCFFMG.

ne pas alourdir mon propos mais j'invite le lecteur à retrouver ces catégories et leurs implications directement dans l'étude de Mr Ketterer sus-mentionnée.

Après toutes ces lectures, des interrogations persistaient. Sur le terrain, comment les médecins généralistes belges perçoivent-ils la supervision, comment l'intègrent-ils dans leur pratique ? J'ai, dès lors, eu envie de rencontrer des maîtres de stage de pratiques et d'expériences variées pour connaître leurs réponses propres. J'ai tenté de me cantonner au vécu des maîtres de stage concernant la supervision. Ceci ne fût pas chose aisée, tant elle est influencée par divers composants. Ces composants sont décrits dans les résultats puis, discutés dans la partie ad-hoc.

Méthodologie

La première étape a été d'effectuer une recherche par mots-clés dans la CDLH⁶, axant comme annoncé, ma recherche autour de la relation de supervision entre maître de stages et assistants. Pour cela, les mots recherchés ont été « medical supervision », « supervision médecin », « supervision assistant ». Malheureusement, ces termes sont, en anglais comme en français, liés à la supervision du patient par le médecin et non à la supervision d'un candidat spécialiste ou généraliste par un médecin aguerri.

La première méthode de recherche n'ayant pas été concluante, un nouvel essai a été réalisé avec le terme « supervision médicale » dans Google Scholar. Par association, le moteur de recherche a également alloué les résultats pour le terme « supervision clinique ». Ce terme est apparu être le concept exact de la recherche. De plus, la revue internationale francophone spécialisée "Pédagogie médicale" fût citée à plusieurs reprises. (9) Elle contient de nombreux articles détaillant la supervision ainsi que des méthodes d'évaluation de médecins en formation au Canada. Vu la pertinence et l'abondance d'articles en français trouvés sur ce moteur de recherche, la recherche anglophone n'a pas été effectuée.

Pour tenter de centrer le propos sur la Belgique, la Dr Valérie Dory, contributrice de divers articles dans la revue susmentionnée, a été contactée par mail. La Dr Valérie Dory a travaillé au CAMG⁷ ainsi qu'à l'université canadienne McGill et fait une thèse sur l'auto-évaluation des médecins résidents de l'UCL. Actuellement, elle travaille au sein du département de médecine générale de l'ULiège. En retour de mail, Dr Dory a conseillé une série d'articles concernant : les techniques de supervision clinique, le vécu des maîtres de stages et l'identification en tant que superviseur. Ces études avaient été réalisées dans des pays européens (Belgique, Suisse) et au Canada. Les résultats pour la Belgique uniquement étaient donc peu nombreux. (10)(11)(12)

La supervision clinique concerne l'apprentissage des soignants médicaux et paramédicaux. La définition la plus complète et claire nous est fournie par « *Le journal des psychologues* », spécialisée en psychologie : "*La supervision peut être définie comme un*

⁶ « Cebam Digital Library for Health », site de référence médical orienté vers la pratique clinique. Accessible gratuitement après inscription pour tous médecins belges.

⁷ « Centre Académique de Médecine Générale », département de l'UCL.

dispositif de formation professionnalisante consistant en l'ensemble des opérations critiques (observation, analyse, jugement, intervention) par lesquelles une personne en situation de responsabilité vise à améliorer la qualité de l'acte professionnel des personnes dont elle est responsable, de façon à assurer la plus grande cohérence possible entre les référentiels et les pratiques". (13)

La supervision clinique possède trois facettes complémentaires reprises comme suit dans la littérature (14) :

1. La supervision directe : le médecin expérimenté assiste au travail du candidat médecin et le corrige si besoin ou lui fournit une rétroaction par la suite.
2. Le modèle de rôle : le médecin expérimenté exerce en présence de l'apprenant. La pratique du médecin en formation s'inspire du modèle professionnel observé pour créer sa propre identité de soignant.
3. La supervision indirecte : discussion entre le superviseur et l'apprenant, sans la présence d'un patient.

On voit ici à quel point le mot "supervision" est riche d'interprétations auxquelles il faut encore ajouter : le sens de la loi qui semble être une disponibilité de réponse lors de problèmes en direct, et, le sens courant qui est un temps prévu de façon régulière dans l'horaire du médecin et du candidat généraliste.

Cependant, l'apprentissage du métier de médecin n'a pas trait uniquement aux compétences médicales. Il comprend également *"la communication, l'éthique, le travail collaboratif et le professionnalisme"*, ce qui en fait une profession riche et complexe. (15)

La perception des maîtres de stage de leur rôle et leur implication dans l'apprentissage de l'assistant qui les accompagne influencent l'application pratique de ces principes (11). J'ai alors décidé de réaliser une étude qualitative visant à explorer le vécu des médecins généralistes francophones de Wallonie concernant leur expérience de maîtres de stage en tant que superviseur. Mes interrogations étaient les suivantes : comment ces médecins conçoivent leur rôle, quels sont leurs objectifs et comment souhaitent-ils y parvenir ?

Le double critère d'inclusion pour cette recherche exigeait que les personnes interrogées soient médecins généralistes pratiquants, mais également qu'ils soient des maîtres de stage agréés et actifs (avoir au minimum un assistant durant l'année en cours).

J'ai exclu mes maîtres de stage pour limiter les biais (gêne à expliquer un conflit avec ma personne, par exemple).

Le guide d'entretien a été réalisé avec l'aide de mon promoteur, le Dr Debanterlé, et de l'un de mes animateurs de séminaire 1/15 (séminaire loco-régional), le Dr Laperche. Pour valider le guide d'entretien, il a été soumis à trois médecins généralistes maîtres de stage, dont le Dr Lenoir. Cette dernière, par son expérience en tant que doctorante⁸ et animatrice de séminaire loco-régional, a permis une amélioration significative du guide d'entretien.

Le guide d'entretien se présente comme suit :

La première série de questions est de nature factuelle et s'inspire largement de l'étude du Dr Dory (11): âge, sexe, nombre d'années de pratique en médecine générale, nombre d'années de pratique en tant que maître de stage. Auxquelles nous avons ajouté les éléments suivants : milieu de pratique (rural, semi-rural, urbain) et lien avec une faculté de médecine ou organisme de formation continue (GLEM⁹, cercle régional).

Après cette première série, le guide d'entretien continue par une question générale concernant la relation entretenue avec l'assistant. Il se poursuit ensuite par une série de questions ouvertes concernant la perception du maître de stage de son rôle dans l'apprentissage de son assistant, ainsi que des objectifs et aspects que cela requiert. Etant donné que 75.2% des répondants de l'enquête de Mr Ketterer pensaient devoir s'améliorer et que de nombreux articles sont dédiés au développement de compétences propres au maître de stage, la dernière question de mon entretien concerne la préparation des maîtres de stage à cet aspect de leur pratique, leur demandant s'ils se sentent suffisamment bien formés à cet égard.

Le recrutement des médecins s'est fait par téléphone, d'abord dans la région de Dinant (où j'exerce) puis dans l'arrondissement et enfin, sur conseil de mon promoteur, le Dr

⁸ « Facteurs d'attraction et de maintien dans la profession de médecin généraliste », 2017, Ulg

⁹ « Groupe Local d'Evaluation Médicale », groupe de médecin se réunissant plusieurs fois par an dans un but de remise à niveau et de réflexion des connaissances médicale. Organisation validée et soutenue par l'INAMI.

Debanterlé, dans les provinces du Luxembourg et de Liège. Durant cette étape, treize médecins généralistes ou leur secrétariat ont été contactés. Huit ont répondu par la positive à la demande d'interview. Les rencontres ont d'abord eu lieu soit à leur domicile soit à leur cabinet. Par la suite, la situation sanitaire nécessitant un confinement, les entretiens ont été réalisés par écran interposé (WhatsApp) ou par téléphone. Les interviews ont duré entre 15 et 85 minutes. Avec le consentement oral des médecins rencontrés, les échanges ont été enregistrés et retranscrits. Les retranscriptions des interviews ont servi de base à l'étude qualitative menée dans ce travail de recherche. Elles se trouvent en annexe.

La méthode d'analyse, la théorie ancrée, a été choisie après lecture du TFE du Dr Gatin¹⁰, lu dans un but de compréhension de la structure propre à ce type de travail universitaire. La théorie ancrée permet, sur base d'un background de littérature, d'explorer une situation sans hypothèse préliminaire. L'objectif est de dégager des idées issues directement du terrain. Le background de littérature est un soutien cognitif à la direction de l'entretien mais ne doit en aucun cas être limitant. L'analyse se fait en parallèle de la récolte de données et doit permettre d'affiner le guide d'entretien tout au long de la recherche. Durant l'analyse, le chercheur extrait des « codes » de ses résultats. Ces codes sont la concrétisation des idées du terrain, ils permettront l'émergence de la thèse finale. Lorsque la récolte de terrain ne permet plus la découverte de nouveau code, il y a « saturation ». Cette méthode, appliquée rigoureusement, permet de faire émerger des idées ou concepts nouveaux de façon scientifique. (16) La théorie ancrée était, par ces caractéristiques, très adaptée pour ce travail.

Cette méthode a été appliquée après chacun des entretiens. Le premier a fait émerger 8 codes, le suivant, 3 nouveaux. Le sixième intervenant a permis l'apparition d'un 12^{ème} code. Les septième et huitième intervenants n'ont pas permis l'apparition de nouveau code. La saturation des résultats est donc apparue à ce stade.

¹⁰ « Comment le médecin généraliste réagit-il face à une demande d'euthanasie ? Étude qualitative en province du Luxembourg, Belgique », Alexandra Gatin, 2016.

Résultats

Caractéristiques des participants :

Participant	Âge	Sexe	Années de pratique de MG	Années de Maîtrise de stage*	Type de pratique	Implication dans d'autres rôles	Lieu de pratique	Faculté de formation
Médecin I		M	33	5	Association multidisciplinaire	Administrateur au sein du cercle local	Semi-rural	UCL
Médecin II	45	F	20	6	Solo	/	Semi-rural	UCL
Médecin III	56	M	23	3	Association de médecins	/	Semi-rural	UCL
Médecin IV	51	M	26	17	Association de médecins	Responsable cellules SSMG	Rural	UCL Uliège ULB
Médecin V	59	F	34	1	Solo	/	Urbain	Uliège
Médecin VI	48	M	23	11	Maison médicale au forfait	Animateur séminaire 1/15	Urbain	UCL Uliège ULB
Médecin VII	35	M	9	2	Solo	/	Rural	Uliège
Médecin VIII	49	M	22	1	En couple	Président du cercle local	Rural	Uliège

*l'année en cours compte pour une année entière par souci de facilité de lecture.

Pour le développement des résultats, les extraits d'interviews n'ont pas été repris en tant que tels pour tenter de rendre le propos plus explicite.

Le ou les intervenants sources sont notés à la fin de chaque paragraphe et ce, en chiffre romain pour éviter toute confusion avec la bibliographie.

La supervision elle-même

Fréquence et organisation

Tous les médecins rencontrés procédaient à une supervision “opportuniste”, c’est-à-dire qu’ils intervenaient à la suite d’une demande de l’assistant, de façon ponctuelle. Une partie d’entre eux dédiait, en plus, systématiquement un moment de leur horaire pour une rencontre avec l’assistant. *(I-VIII)*

La fréquence de la supervision opportuniste semblait fort variable : elle s’échelonnait de plusieurs fois par jour à sporadique. Les repas furent régulièrement cités comme un moment propice à la discussion. La supervision pouvait démarrer d’une question spontanée de l’assistant en dehors d’une consultation ou lors d’une demande d’avis. Dans ce dernier cas, deux modalités étaient rapportées : la supervision téléphonique et la supervision en présentiel, le maître de stage pouvant intégrer la consultation de l’assistant en cas de besoin. *(I-VIII)*

Plusieurs des médecins citaient également des co-consultations où ils prenaient en charge un patient en partenariat direct avec leur assistant. Ces co-consultations pouvaient être spontanées si la charge de travail de l’assistant était faible par exemple. Elles pouvaient également avoir lieu sur demande de l’assistant lors d’une difficulté avec une volonté de revoir le patient. Une partie de ces médecins organisaient une supervision directe d’actes techniques maîtrisés imparfaitement par l’assistant. Les membres du secrétariat ou de l’accueil participaient à l’organisation de ces co-consultations d’actes techniques en prévoyant un temps dédié dans les horaires du médecin et du candidat généraliste. Il pouvait également arriver que le maître de stage juge un cas intéressant au niveau sémiologique, et appelle l’assistant pour lui en faire part. *(IV, VI, VII)*

La supervision pouvait aussi avoir lieu par résultats interposés. L’un des maîtres de stage mettait son assistant en copie de résultat de prises de sang ou de demandes d’imagerie et, inversement, de sorte à susciter la discussion lors de l’arrivée des résultats. Un autre médecin intégrait les résultats dans les dossiers et en profitait pour lire le compte rendu de la consultation ayant mené à cet examen. Si la raison de la demande lui semblait incomplète, il en discutait avec son assistant. Ce médecin lisait également les comptes rendus précédents

lorsqu'il revoyait un patient en consultation. Ces lectures lui permettaient d'évaluer le raisonnement de son assistant. (VI, VII)

Lorsqu'elle était prévue, la supervision avait lieu en général une fois par semaine sauf en cas de surcharge de travail. Cette fréquence semble avoir été choisie spontanément par certains pour limiter l'accumulation de questions et garder un souvenir frais des événements. Un médecin disait s'être basé sur les recommandations du vade-mecum de la CCFFMG et de la Fédération des Maisons Médicales. La durée oscillait entre 30 minutes et une heure. Cette variabilité était fonction des couples maître de stage-assistant mais aussi, du nombre de cas ou de questions de l'assistant. (III, IV, VI)

Dans l'une des pratiques de groupe avec deux assistants et deux maîtres de stage, la supervision organisée avait lieu à quatre. Dans une autre, les maîtres de stage supervisaient seul à seul leur assistant mais organisaient une tournante au bout de six mois d'assistantat pour augmenter la diversité de modèles de rôle offerts aux assistants. (IV, VI)

L'un des médecins en pratique de groupe avait testé une supervision rétroactive sur base d'un support vidéo : des consultations de l'assistant avaient, avec son accord et celui des patients, été filmées pour être discutées par la suite. Malheureusement, ce système brisait le naturel de l'entretien en huis clos rendant le résultat peu probant. La méthode a été abandonnée. (VI)

Contenu et support

La supervision démarrait le plus souvent avec les questions du généraliste en formation. Plusieurs médecins disaient également passer en revue l'agenda de la semaine qui précédait pour discuter des cas rencontrés via ouverture des dossiers des patients concernés. L'un des médecins parcourait l'agenda et les dossiers de son assistant en dehors de sa présence et lui apportait un feedback si nécessaire uniquement. Plusieurs médecins disaient appliquer un cadre de supervision fort variable d'un assistant à l'autre, suivant les besoins de celui-ci ; adaptation de la fréquence et de la méthodologie. La variabilité était due à une adaptation suivant le caractère de l'assistant mais, était aussi fonction de l'année de cursus de l'apprenant. Ainsi, les assistants de première année semblaient avoir besoin d'un encadrement plus rapproché, plus rassurant, tandis que les assistants de deuxième et troisième année étaient décrits comme plus indépendants. (II, III, IV, VI)

La supervision pouvait être utilisée, entre autres, pour renforcer positivement l'assistant dans sa façon de travailler ou essayer de comprendre son raisonnement et, si nécessaire, corriger les mauvaises habitudes ou les lacunes. Il était alors, pour plusieurs médecins, important d'expliquer leur raisonnement dans un but pédagogique : ils souhaitaient faire progresser leur assistant dans sa démarche thérapeutique, une question qui sera abordée à nouveau plus loin. La supervision permettait aussi à l'un des médecins de rester au courant du suivi thérapeutique de ses patients, tandis qu'un autre médecin disait en profiter pour soutenir l'avancée du TFE de son assistant. (I, III, IV, VI)

L'un des médecins disait avoir axé la supervision d'un ancien assistant autour de la présentation d'articles scientifiques pertinents en médecine générale. (II)

Un autre médecin évoquait les émotions de son assistant comme sujet de discussion. Plusieurs des interviewés voulaient que les assistants puissent aborder leurs difficultés, que ces dernières soient en termes de ressenti ou de connaissance. Ils souhaitaient pouvoir débriefer ces difficultés pour aider l'assistant à les surmonter. (III, IV, VI)

La supervision à distance était parfois aidée par des applications comme WhatsApp, qui permettent des échanges de messages, d'images et de photos par internet. (V, VIII)

En plus de l'agenda, une grille de communication a été utilisée comme support par l'un des médecins lors d'une situation conflictuelle avec un assistant. (IV)

Plusieurs médecins s'accordent à dire que les cas médicaux complexes (polypathologies, patients très exigeants) sont ceux qui requièrent plus d'échanges et de supervision que les autres. (I, III, VI)

Un dernier médecin utilisait la supervision dans un but un peu différent : les cas cliniques étaient majoritairement discutés en réunion de secteur (c'est-à-dire entre les médecins de l'équipe) et le tête-à-tête de la supervision visait le développement de l'esprit critique scientifique et sociétal ainsi que l'acquisition d'outils thérapeutiques de l'apprenant. Le maître de stage et l'assistant y parlaient entre autres de l'entretien motivationnel, de la construction du carnet d'adresses, de la prise en charge non médicale, de la place du médecin dans la société ou encore du fonctionnement du système de soin de santé. (VI)

L'un des maîtres de stage clôturait l'année par un bilan avec l'assistant. Chacun pouvait y exprimer les points forts et les points faibles de l'autre, ainsi que les siens, pour encourager la remise en question et l'amélioration. (VI)

Ressenti des maîtres de stage par rapport à l'organisation et au contenu de la supervision

L'un des médecins, pratiquant une supervision sporadique avec son assistant du moment, semblait regretter ne pas avoir de rencontres plus régulières. (II)

Tous les médecins rapportaient un certain enrichissement de leur pratique grâce aux échanges avec leur assistant. Cet enrichissement pouvait se faire par des apports théoriques plus récents, par la possibilité d'une réflexion commune et d'un échange de point de vue. L'échange et le partage furent d'ailleurs très souvent cités comme inhérents à la relation maître de stage - assistant. Cet apport pouvait aussi être plus personnel encore : le plaisir de transmettre son savoir et de participer à la formation d'un jeune confrère. (I-VIII)

Les objectifs des maîtres de stage

Les maîtres de stage avaient des objectifs tant pour eux-mêmes que pour leur assistant, au cours de leur collaboration. Ces objectifs étaient une sorte de contenu diffus présent lors des échanges entre le médecin et son assistant.

Les objectifs concernant l'assistant

Les maîtres de stage attendaient de leur assistant le développement de compétences diverses et d'un savoir-être lié à leur statut d'apprenant et de futur médecin de famille.

Les compétences évoquées furent, notamment, la capacité à diriger une consultation de façon systématique et cohérente, en ce compris l'anamnèse et l'examen clinique mais aussi la gestion des traitements médicamenteux, du temps de consultation, de la charge de travail et du travail administratif. L'un des médecins nommait également la gestion du cabinet au sens large, c'est-à-dire les aspects matériels et financiers propres au statut d'indépendant. Toujours parmi ces compétences, les maîtres de stage souhaitaient que le développement de l'expérience et de l'intuition vienne renforcer les connaissances théoriques de l'apprenant pour rendre sa démarche thérapeutique optimale. Par ailleurs, l'un des docteurs attendait de son assistant qu'il sache donner un diagnostic clair aux patients. (II, III, IV, V)

Pour l'un des médecins, il était au contraire inutile de chercher à développer à tout prix des compétences comme définies par la CCFMG dans les évaluations, par exemple. Pour ce maître de stage, ce sont les stimulations répétées de la part des patients qui permettront l'émergence des compétences nécessaires. (VIII)

Dans le savoir-être, l'apprenant devait accepter ses limites. Pour ce faire, il devait soit faire appel à son maître de stage, soit référer chez un spécialiste si cela semblait nécessaire. Plus essentiel, l'un des médecins exprimait que le candidat généraliste devait évoluer dans *“sa confiance en lui”*, c'est-à-dire construire son identité de soignant. Cette notion était complétée par un autre médecin qui souhaitait faire émerger une identité professionnelle et la recherche d'un équilibre vie privée - vie professionnelle chez son assistant. La majorité des médecins attendaient également des assistants du respect envers les patients. Ce respect comprenait plusieurs facettes comme l'écoute, l'accueil ou la prise en compte de la situation financière des patients. (I, II, III, VI)

Une réflexion concernant le rôle sociétal du médecin était proposée par l'un des maîtres de stage. Il cherchait à élaborer une conscience critique de la place et du rôle du médecin dans la société et dans la vie du patient. (VI)

Plusieurs des médecins s'accordaient en un point important : l'assistant est acteur de sa formation. Il est guidé par son maître de stage et par les balises du métier, comme la médecine EBM¹¹ par exemple, mais, c'est à lui de trouver sa voie. Il a été plusieurs fois évoqué textuellement que l'assistant ne devait pas *“être le clone”* de son maître de stage ni *“travailler exactement comme lui”*. L'important était que l'apprenant soit cohérent, applique une logique scientifique à ses raisonnements et sache expliquer ces derniers. Toutefois, si l'assistant avait la liberté thérapeutique de prime abord, l'un des médecins souhaitait qu'il respecte et applique en partie sa méthode de travail concernant la prise en charge lors de certaines pathologies. (I - VI)

Enfin, plusieurs des maîtres de stage souhaitaient que leur assistant se plaise dans le partenariat et dans l'exercice de la médecine générale. (I, III, VIII)

¹¹ « Evidence-Based Medicine » : la médecine s'appliquant à suivre les recommandations tirées d'études scientifiques valides.

Les buts des maîtres de stage pour eux-mêmes

Les objectifs des maîtres de stage variaient déjà au niveau de l'introduction dans la pratique: certains sont devenus maître de stage pour trouver un associé ou attirer des confrères dans une région en pénurie, d'autres, pour partager la charge de travail et d'autres encore, pour offrir une partie de leur savoir à un jeune en formation. (I, II, IV, V, VI, VII, VIII) Ces catégories étaient parfois superposées.

Ceux ayant commencé ce type de partenariat dans une optique de transmission avaient spontanément plus de propos en lien avec la pédagogie : ils cherchaient à comprendre le raisonnement de leur assistant, ils en identifiaient les lacunes de façon opportuniste (en lisant un résultat d'examen complémentaire, par exemple) et tentaient d'améliorer ou de corriger le raisonnement de l'apprenant. Ce sont majoritairement ces médecins qui mentionnaient une satisfaction de l'assistant quant à leur partenariat (cf point ci-dessus). De plus, ils disaient accepter ouvertement la remise en question par l'assistant, même devant un patient. Ils acceptaient aussi la diversité de raisonnement des candidats généralistes : ceci rejoint le développement fait précédemment, stipulant que l'apprenant ne doit pas être le clone du maître de stage. Il est apparu d'ailleurs une certaine humilité des maîtres de stage quant à leurs connaissances médicales et à leur approche thérapeutique. (I, III, IV, VI)

Ces mêmes docteurs accompagnaient l'émancipation progressive de leur assistant et s'adaptaient aux besoins de ce dernier au fur et à mesure de sa progression, mais aussi aux variations des besoins entre assistants d'une année à l'autre par exemple. A cet effet, l'un des médecins appliquait le modèle de rôle de façon variée via les co-consultations. (IV)

Un des médecins souhaitait être un soutien pour l'assistant dans sa prise en charge thérapeutique. Pour ce médecin, le but de son intervention visait d'abord une bonne prise en charge du patient et non une évaluation de l'assistant. (VII)

Un autre médecin avait à cœur de respecter ses patients et leurs difficultés quant à l'arrivée d'un tiers. Pour lui, les patients devaient toujours pouvoir choisir leur soignant. Ce maître de stage tenait à rassurer ses patients quant à sa disponibilité par téléphone en cas de question de l'apprenant. (VIII)

En ce qui concerne la charge de travail, si elle a pu être le but premier d'un médecin devenant maître de stage, elle n'en est pas devenue une finalité ultime. Il est apparu notamment que le maître de stage prenait du plaisir à partager son savoir et se sentait valorisé par ce rôle. Ce changement, pour un médecin travaillant seul, a été l'occasion de (re)découvrir la diversité de ses propres compétences et la joie de ne plus être seul dans son métier. Pour en revenir à la charge de travail, malgré son importance, plusieurs médecins évoquaient le souhait de respecter les conditions de travail de leur assistant en ce qui concerne l'horaire. (IV, V)

L'équilibre financier et le maintien de la réputation du cabinet faisaient partie des objectifs concrets d'un médecin solo accueillant un assistant pour la première fois. Il en allait de même pour l'un des médecins travaillant au sein d'une maison médicale. (V, VI)

L'un des médecins endossait le double rôle de maître de stage et de promoteur de TFE. Son but était alors de faire progresser l'assistant dans son travail scientifique. (IV)

Les éléments influenceurs

Lors de mes entretiens, de nombreux éléments ne concernant pas directement la supervision ont été cités. Ces éléments influençaient la relation maître de stage - assistant et, de cette façon, influençaient également la supervision au sens large.

La perception du métier de généraliste par le maître de stage

Le médecin aguerri possède une vision personnelle de son métier, étoffée par ses années d'expériences professionnelles. Cette vision conditionne les objectifs du maître de stage envers son assistant.

Pour commencer, la majorité évoquait un "droit à l'erreur", mêlant ainsi l'adage "la médecine est un art" et "l'erreur est humaine". Par-là, les praticiens entendaient : la médecine n'est pas une science exacte et pure, il existe une part de subjectivité dans la profession. Le plus important semblait donc le systématisme et la cohérence du raisonnement, les bases scientifiques sur lequel il s'appuie, ainsi que la remise en question régulière du soignant sur sa pratique. Ceci excluait bien entendu les situations d'urgence et les manquements flagrants de traitement. Deux médecins disaient parler spontanément de

leurs propres erreurs à leurs assistants de sorte à dédramatiser le phénomène et à en faire un terreau de discussion. (I - VI)

Ensuite, deux des médecins parlaient de l'amour du métier. Pour eux, être médecin traitant, c'est aimer le contact avec les patients, s'intéresser à tout, vu la diversité des pathologies à gérer et faire preuve de respect envers les difficultés financières des patients. (II, VIII)

Le contact avec les confrères spécialistes et la reconnaissance de ses limites faisaient partie des impondérables pour plusieurs interviewés. (I, II, III)

La relation médecin-patient fût évidemment abordée. L'un des médecins impliquait ses patients dans les décisions thérapeutiques pour viser une meilleure adhérence au traitement. Un autre se veut à l'écoute de ses patients. (II, IV)

L'un des médecins, pratiquant au forfait, défendait une communication ouverte et transparente avec ses confrères à l'acte, de sorte à prévenir des conflits « idéologiques ». Il parlait également de la définition Wonca¹² en tant que référentiel du métier de généraliste dans tous ses aspects. (VI)

La définition personnelle de la relation maître de stage - assistant

Les médecins généralistes avaient des perceptions variées de la relation qu'ils entretenaient avec leur assistant. Pour certains, cette relation était purement professionnelle, pour d'autres au contraire, elle était également d'ordre privé : ils partageaient des repas chez eux régulièrement avec le candidat généraliste, parlaient de leur vie familiale. L'un des médecins évoquait un lien presque filial avec son premier assistant. Lorsque la relation était décrite comme en partie privée, les médecins avaient des contacts très réguliers avec leur assistant et l'un d'entre eux y voyait un lien causal, expliquant leur bonne entente. (II, III, V, VIII)

De manière répétée, la relation maître de stage - assistant fût définie comme un échange entre l'expérience du maître de stage et les connaissances théoriques récentes de l'assistant. La relation, décrite comme un compagnonnage par plusieurs des médecins, était

¹² « World Organisation of National Colleges, Academies and Academic Association of General Practitioners/Family Physicians », souvent abrégé « World Organisation of Family Doctors ». ONG internationale créé en 1972 pour promouvoir et définir des soins de première ligne de qualité.

plusieurs fois conçue comme un partenariat sur un même pied d'égalité. On rejoint donc ici les objectifs pour l'assistant discutés plus haut (l'assistant avait la liberté thérapeutique et ne devait pas être le clone de son maître de stage, il devait cependant être dans le même profil de soin etc..). (I, III, IV, VIII)

L'un des médecins mettait en évidence une composante particulière de la relation : la hiérarchie administrative. Il remarquait que, s'il le désirait, il pouvait l'utiliser comme moyen de pression sur son assistant vu que ce dernier en dépend pour faire valider son cursus. (VI)

Les éléments extérieurs qui influencent la relation maître de stage - assistant

Ces éléments ne dépendent pas des protagonistes.

La formation facultaire de l'assistant mettait en confiance plusieurs des médecins pour les connaissances médicales des candidats généralistes. Au contraire, d'autres médecins rapportaient des compétences très limitées en ce qui concernent les traitements et la gestion administrative. L'un d'eux espérait d'ailleurs que la réforme des études permettrait un meilleur apprentissage de ces compétences. (I, II, III, VII)

L'encadrement pédagogique du TFE était décrit comme meilleur à l'ULg car plus rigoureux, avec un promoteur issu du monde académique. Ceci aboutirait à de meilleurs travaux ainsi qu'un partage de l'aide à apporter à l'assistant pour ce travail. (IV)

Les patients entraient en jeu par différents mécanismes : ils pouvaient refuser de voir l'assistant, ce qui a été source d'étonnement ou de frustration pour certains maîtres de stage. L'un des médecins le vivait, au contraire, de façon neutre en expliquant que des patients refusaient de le voir aussi. Un autre médecin insistait sur l'importance de la transparence : les patients devaient systématiquement être prévenus s'ils allaient être vus par l'assistant et non par lui-même. S'ils étaient reçus par l'assistant, les patients demandaient parfois à être revus par le maître de stage. L'un des médecins évoquait à ce propos l'impact financier pour la société d'une telle consommation de soins. Les patients pouvaient aussi être satisfaits de l'assistant et le dire ouvertement à son maître de stage. (I, II, V, VII, VIII)

Le nombre d'assistants précédents étaient à double tranchant : pour l'un des médecins, c'était une source d'exaspération et de fatigue pour les patients. Pour un autre, au

contraire, les patients s'habituait à trianguler la relation. Dans le cabinet de ce maître de stage, les stagiaires de master étaient déjà des contributeurs de la réflexion médicale. (II, IV)

Le fait de ne jamais avoir eu de différend important avec un ancien assistant permettait de consolider la confiance du maître de stage envers son futur assistant. Toutefois, les maîtres de stage ayant eu des expériences négatives ne s'en trouvaient pas déforçés pour autant : ils en parlaient comme d'une expérience parmi d'autres. Les difficultés elles-mêmes sont développées plus bas. (I, IV, VI)

Lorsque les maîtres de stage travaillaient avec un secrétariat ou des accueillantes, ils étaient soutenus par ces derniers au niveau logistique. En effet, en les prévenant d'une préférence ou d'un souhait d'apprentissage de l'assistant, les médecins pouvaient augmenter le flux d'actes techniques particuliers vers l'assistant. (IV, VI, VIII)

Les sources d'informations du médecin concernant la maîtrise de stage étaient variées : facultés et cercles notamment. Les communications de ces informateurs pouvaient être tournées, d'après l'un des interviewés, soit vers le partage et la formation, soit vers la rentabilité financière. Ce serait donc au maître de stage à faire leur tri dans les messages reçus. (VI)

Enfin, notre société actuelle est un facteur de stress. Prônant la réussite, parfois à tout prix, elle fût évoquée par un maître de stage comme une pression chez les assistants. (IV)

Les éléments internes qui influencent la relation

Ces éléments ont trait aux vécus personnels du maître de stage et de l'assistant.

Tout d'abord, le caractère des intervenants semblait être un puissant influenceur. Comme dit plus haut, le partenariat maître de stage - assistant est une relation interpersonnelle. Elle était donc influencée par les caractères et la façon d'être des protagonistes. Les maîtres de stage percevaient certains assistants comme moins réceptifs à la discussion et au changement. L'un d'eux évoquait la difficulté de s'adapter aux très grandes variations qui pouvait survenir d'un assistant à l'autre. L'excès de confiance en soi de la part de l'assistant pouvait également constituer une difficulté car les maîtres de stage observaient alors un manque de remise en question. (II, III, IV, VI, VII)

A contrario, un médecin évoquait son propre savoir-être comme source de confiance pour l'apprenant. Il estimait faire preuve d'ouverture et de respect. Il veillait également à faire la distinction entre la personne et une erreur qu'elle aurait pu commettre : c'est un comportement qu'il remettait en cause et non les capacités de l'apprenant. (IV)

A diverses reprises, les maîtres de stage interrogés ont parlé de confrères maîtres de stage peu réceptifs ou dont le caractère se prêterait peu à l'exercice de pédagogie. J'y reviendrai dans ma discussion. (IV, VI, VII)

L'expérience au sens large était également un modulateur : l'expérience professionnelle de l'assistant, comme ses anciens lieux d'exercice ou de stage, avait modulé sa pratique et ses habitudes qui pouvaient, ou non, répondre aux exigences du maître de stage actuel. Le maître de stage, lui, était influencé par son propre parcours professionnel qui comportait, pour certains, un passage par un autre métier ou une autre spécialisation. (II, III, IV, V, VI)

La pédagogie du médecin trouvait ses sources dans son expérience en tant que maître de stage, dans certaines formations (j'y reviendrai) mais aussi dans les loisirs. L'un des interviewés a été formateur de plongée et y lie une partie de ses compétences. (III)

L'intérêt d'un maître de stage pour les affects pédagogiques ou relationnels avait modulé ses formations complémentaires et l'avait orienté vers des discussions différentes avec son assistant : la gestion des émotions, par exemple. (VI)

Le plus jeune médecin pensait que la proximité de son assistantat lui permettait d'être plus empathique avec son assistant et de s'identifier à ses questionnements et à son expérience plus facilement. Il ne lui demandait pas des choses qu'il projetait être source de difficulté pour un assistant. (VII)

L'un des médecins avait eu des difficultés privées et semblait avoir eu, dans cette période, du mal à communiquer avec son assistant. (II)

Un stage préalable à l'assistantat était vu par plusieurs maîtres de stage comme une première approche pour cerner le caractère de l'apprenant. Les maîtres de stage l'ayant pratiqué paraissaient plus en confiance avec leur assistant. (II, V)

Les bases d'une bonne relation maître de stage - assistant

Les maîtres de stage avaient en tête divers prérequis pour un bon fonctionnement relationnel.

La confiance réciproque était la base pour plusieurs maîtres de stage. Cela signifiait pour eux qu'il devait y avoir une liberté de parole et une bienveillance mutuelle. C'était, en réalité, du respect des intervenants l'un envers l'autre dont il était question. (I, IV)

Le savoir-être était primordial pour l'un des médecins, notamment par le respect des horaires. (II)

Les avantages et difficultés du rôle de maître de stage

La position de maître de stage comprend des avantages et des inconvénients, voici ceux des médecins expérimentés interrogés.

Les difficultés

La première difficulté se trouvait dans le métier lui-même : le maître de stage était médecin avant d'être pédagogue. Ce qui signifiait que sa priorité allait à la gestion de la charge de travail et à la prise en charge thérapeutique. Il se pouvait alors que le temps dédié à l'encadrement de l'apprenant s'en trouve amputé. (I, II, III, IV)

Une supervision manquant de systématisme dans sa fréquence et sa forme était aussi ressentie comme une difficulté par l'un des médecins. (II)

Les patients pouvaient être source de difficultés pour le maître de stage de plusieurs manières : plainte par rapport aux changements répétés d'assistant, manque de confiance en l'assistant et en ses capacités médicales, réticences à quitter la relation personnelle qu'ils entretenaient avec leur médecin, peur du départ prématuré du médecin à la pension. Il fallait alors consacrer du temps à rassurer mais aussi à éduquer les patients aux nouvelles dispositions. Ceci semblait plus prégnant chez les médecins travaillant en solo. La prise en charge des patients pouvait, de son côté, être mise à mal par le turn-over répété d'assistants et le manque d'un médecin référent. (II, V, VI, VII)

Dans la relation entre le maître de stage et l'assistant, le fait de devoir répéter ses souhaits de prise en charge sans modification de la part de l'assistant menait à de l'exaspération ou des conflits. Il en allait de même lors de malentendus ou de refus de remise

en question de l'assistant. De plus, si le maître de stage avait le sentiment de ne pas avoir été appelé quand ça aurait dû être le cas, sa confiance en l'assistant s'en trouvait diminuée. La pauvreté de la relation en tant que telle (manque d'échange) était une déception pour l'un des médecins interrogés. Le manque d'intérêt de l'assistant pour une matière pouvait aussi heurter le maître de stage dans sa conception du métier. Par ailleurs, si l'assistant ne respectait pas le cadre de travail préétabli, le maître de stage devait consacrer du temps à reclarifier ce cadre. (II, IV, VI)

Dans un lieu de stage avec deux assistants, un conflit est survenu entre les deux apprenants à propos des horaires. Les maîtres de stages respectifs sont intervenus pour apaiser les tensions et rétablir un climat de travail adapté. (VI)

La logistique compliquait parfois l'organisation du maître de stage. Ceci se manifestait soit par des soucis concernant les programmes informatiques (session de l'assistant dans le programme médical, enregistrement auprès de e-health...), les documents administratifs ou la location d'un local ; soit, l'assistant lui-même n'avait pas rempli ses devoirs : pas de permis de conduire, pas d'inscription à l'ordre des médecins, par exemple. Les éléments administratifs étaient les plus chronophages et généraient de la frustration chez les médecins. (V, VI)

Les éléments positifs

Au niveau médical, les maîtres de stage profitaient des connaissances scientifiques plus récentes de leur assistant. Ils étaient également stimulés par les interrogations et les remises en question de l'apprenant. Cette stimulation procurait une richesse intellectuelle et entretenait l'ouverture d'esprit des médecins quant à la diversité possible d'une prise en charge thérapeutique. Les médecins se disaient influencés par leur assistant au niveau des prescriptions notamment : sur le sujet de la diminution de prescription d'antibiotiques, par exemple. L'un des médecins pensait que le fait d'être dans la même lignée de soins renforçaient les deux intervenants. Un autre pensait, au contraire, que même un désaccord préalable pouvait être une source d'enrichissement si la discussion se faisait dans le respect (cf « Prérequis »). Un autre encore, estimait qu'il y a une complémentarité possible simplement au travers de la dimension de travail d'équipe, ce qui améliorait la prise en charge du patient. (I, II, IV, VII, VIII)

Entre maîtres de stage, une solidarité était possible par partage de la supervision lors d'absence par exemple. (IV)

Plusieurs des médecins n'avaient jamais été déçus ni eu de conflit avec un assistant. (I, III, VII)

Au niveau logistique et matériel : l'assistant représentait un intérêt financier plus important qu'un associé. L'apprenant pouvait également être un renfort d'équipe en période de vacances. De plus grâce à la collaboration avec un assistant, les médecins de famille avaient, pour la majorité, du temps qui se libérait. Ce temps permettait une amélioration de la qualité de vie, du temps à consacrer à leur famille ou à des lectures scientifiques. Ce temps pouvait permettre également un meilleur accompagnement des patients : soit car l'ouverture de nouvelles plages de consultations ou de visites permettait un service plus rapide, soit car le maître de stage dégagait du temps pour approfondir certaines problématiques ou réaliser des actes. (II, IV, V, VI, VII, VIII)

Au niveau du développement personnel, l'un des médecins travaillant en solo avait pu briser la solitude inhérente à notre métier. Ce médecin était également valorisé dans la diversité de ses connaissances et redécouvrait sa profession. Devenir maître de stage constituait un renouveau professionnel. Le fait d'être en contact étroit avec un jeune confrère permettait aussi une relation privée enrichissante. (V)

La formation de maître de stage

Globalement, les retours étaient assez négatifs tant sur la forme que sur le contenu.

La forme pour commencer : lors des formations continues, ayant lieu deux fois par an, l'organisation en soirée ne semblait pas convenir car les médecins devaient quitter leur cabinet plus tôt. La distance était également évoquée comme un souci, d'autant plus lorsque le maître de stage n'avait pas eu accès à une place en formation décentralisée. (II, IV)

L'un des interviewés avait essayé le e-learning mais le côté impersonnel de cette méthode ne l'avait pas satisfait. (VI)

Le contenu quant à lui : la formation initiale, posant les bases administratives et légales, était reconnue utile par plusieurs des docteurs interrogés. (I, III, V)

En ce qui concerne la formation continue : plusieurs maîtres de stage la trouvaient peu qualitative, surtout à l'UCL. L'un des médecins se demandait si les animateurs de formation eux-mêmes avaient des objectifs clairs. Dans le même temps, l'un des médecins observait une amélioration à l'UCL depuis plusieurs années. Un autre, ayant testé les trois universités, trouvait l'ULg plus pertinente, mieux structurée et l'ULB plus orientée vers l'application pratique. (I, III, IV, VI)

Parmi les apprentissages transmis, l'un des médecins a gardé une grille de communication en cas de conflit. Un autre médecin avait quant à lui retenu des astuces de gestion et de prévention des conflits. La majorité d'entre eux se souvenait avoir eu des modules sur la communication, mais ils disaient ne pas en sentir l'influence et penser pouvoir se passer de la formation. L'un des médecins parlait d'une gestion basée sur le ressenti plutôt que sur des codes enseignés lors des formations. (I, II, III, IV, V, VII)

Un autre maître de stage, quant à lui, identifiait clairement ses besoins et souhaitait que la formation lui permette de développer ses compétences pédagogiques et lui fournisse des outils clairs en ce sens. (IV)

L'un des médecins n'appréciait pas le système en jeu de rôle qui était perçu comme artificiel. (V)

La formation était vue comme un fardeau par l'un des médecins. Plusieurs avaient, eux, plaisir à se rendre aux formations pour voir des confrères et partager un repas pour discuter. Pour plusieurs médecins, ces échanges informels étaient parfois sources de réflexion plus intéressantes que la formation. Toutefois, rappelant le caractère interpersonnel de la relation maître de stage - assistant, l'un des interviewés trouvait que les situations évoquées étaient souvent trop éloignées de la sienne pour en tirer une aide ou un apprentissage. (II, III, IV, V, VI)

L'un des médecins trouvait le caractère obligatoire de la formation continue rébarbatif voir décourageant. (VIII)

Un format alternatif a été évoqué par l'un des médecins : des rencontres entre maîtres de stage d'une même région trois fois par an durant 1h30 pour discuter de thèmes sur la maîtrise de stage. Ces rencontres, validées par la faculté, remplaçaient l'une des soirées

obligatoires de formation continue. Elles avaient pour but l'échange et non l'accomplissement d'objectifs prédéfinis. Initialement prévues pour les maîtres de stage uniquement, les médecins de la région en question avaient préféré y faire participer leurs assistants. Ces réunions avaient su faire émerger des idées nouvelles qui ont été testées sur le terrain (cf « Fréquence et organisation »). (VI)

En dehors de leur vécu personnel, plusieurs médecins ont parlé de vécu de confrères maîtres de stage. Il semblait à une partie d'entre eux que certains maîtres de stage espéraient que leur assistant soit « *un bon petit soldat* », travaillant exactement comme eux. Un autre évoquait une grande souffrance de maîtres de stage en conflit sévère avec leur assistant. (IV, VI, VII)

Espoirs pour l'avenir

Un des médecins avait plusieurs souhaits pour le futur : il aurait aimé que les facultés permettent une évaluation des maîtres de stages par les assistants ainsi qu'une systématisation du cadre de la relation maître de stage - assistant. Ceci pour limiter l'apparition de malentendus et permettre une persistance des lieux d'assistantat les plus appropriés uniquement (en dehors du contexte exceptionnel représenté par la double cohorte¹³). (VI)

Il souhaitait également que les assistants disposent d'un syndicat propre octroyant un support juridique. (VI)

L'un des médecins espérait que les assistants de la réforme disposeront d'une meilleure formation pour les compétences administratives. (III)

¹³ L'année scolaire 2017-2018 a diplômée simultanément les étudiants dit « de l'ancien système » en 7 ans et ceux « de la réforme » en 6 ans. La spécialisation en médecine générale passant en parallèle de 2 à 3 ans, la situation sera en partie résolue à partir de l'année scolaire 2020-2021.

Discussion

Réponses aux questions de départ et pistes de réflexion

Il existe autant de méthodes de supervision qu'il existe de binômes maître de stage – assistant. Chaque maître de stage, avec le temps, développe des habitudes ou des techniques qu'il privilégie, tout en tâchant de s'adapter à l'apprenant.

Les médecins rencontrés pratiquaient tous une supervision spontanée de leur assistant. En revanche, aucune règle unanime ne s'est dégagée de notre échantillon. Les médecins allaient au plus pratique : par téléphone ou par application mobile, voire en présentiel si le besoin se faisait sentir. Sans le savoir, une grande partie des interviewés pratiquait le modèle de rôle ainsi que la supervision directe lors de ces interventions. Il en allait de même lors des consultations partagées. La conscience de ce phénomène est très variable d'un maître de stage à l'autre, ce qui en modifie l'exploitation : pour certains c'était très concret et cultivé régulièrement ; pour d'autres, il n'y avait pas d'identification des mécanismes pédagogiques sous-jacents. Il pourrait être intéressant de creuser l'exactitude de cette méconnaissance pour la confirmer ou l'infirmer et de voir s'il existe une quelconque corrélation avec la satisfaction de l'apprenant, par exemple.

La supervision systématique est également très modulable. Les maîtres de stage en font varier la durée, la fréquence et le contenu suivant de nombreux paramètres dont l'un des plus influents semble être le temps disponible. En effet, soignants avant tout, les médecins doivent parfois faire l'impasse sur la supervision pour répondre à leur charge de travail. En maison médicale au forfait, ce temps professionnel passé en supervision est valorisé dans l'horaire, il est donc rémunéré. Dans la médecine à l'acte, les indépendants n'ont pas de rentrée directement liée à la supervision. Cependant, plusieurs médecins évoquaient le gain financier représenté par les prestations de l'assistant, on pourrait donc se dire que l'assistant finance indirectement ces heures de travail du maître de stage.

Les médecins sont influencés par la perception qu'ils ont de leur propre métier. Ils essaient de faire naître, chez l'assistant, une réflexion au sujet de cette perception. Ceci peut concerner des sujets incroyablement variés, comme nous l'avons vu. Les projections de cette perception sont propres à chaque médecin généraliste. Un médecin en formation arrive lui-

même avec sa propre vision du métier, sculptée par son vécu et ses expériences. Cette rencontre entre deux visions de la même profession peut être source de renforcement mutuel, soit car les deux parties sont sur la même longueur d'onde, soit car les discussions et les échanges sont productifs entraînant ainsi un enrichissement et une remise en question bienveillante. La rencontre peut, au contraire, être frustrante, voire conflictuelle, si le maître de stage ou l'assistant a une vision rigide de la situation et ne cautionne pas la vision de l'autre.

L'identification des lacunes de l'assistant est une recherche intuitive pour certains médecins qui profitent de nombreuses occasions pour les identifier et tenter de les corriger, souvent avec bienveillance. Cette attitude proactive permet également d'évaluer la justesse du raisonnement de l'assistant. Etant donné que les bases du raisonnement scientifique et sa qualité sont des éléments importants pour de nombreux maîtres de stage, identifier les manquements dans ces domaines semble être primordial pour assurer à la population la formation de médecins de qualité.

La hiérarchie est un sujet récurrent dans la relation avec l'assistant. La majorité du temps, les médecins souhaitent montrer à leur apprenant qu'il est à leur hauteur, sur « un pied d'égalité ». Ils voient l'assistant comme un confrère, un professionnel avec un avis qui lui est propre. Toutefois, la différence de statut est bien présente, notamment au niveau des responsabilités juridiques et administratives. La volonté d'égalité amenée par le maître de stage rencontre donc certaines limites. Une pression sur l'assistant est d'ailleurs possible au travers de ces mécanismes comme cela a été évoqué dans les résultats. La différence hiérarchique peut également trouver sa source dans les revenus générés par l'assistant pour son maître de stage : les médecins évoquent de façon générale un gain d'argent, pouvant mener à des dérives chez des confrères. L'intérêt de ces confrères maîtres de stage seraient alors plus financier que pédagogique ou logistique. Il serait intéressant d'évaluer la perception qu'ont les assistants de cette hiérarchie et de ce qui la caractérise.

L'orientation professionnelle vers la maîtrise de stage trouvait des motivations variées, comme développé dans les résultats. Qu'elles que soient les motivations de départ, les médecins ressentent en général du plaisir à partager leur savoir et à valoriser leurs compétences de la sorte.

Les conflits abordés dans les interviews ont laissé des souvenirs sereins chez les médecins concernés. Certains rapportaient des histoires très douloureuses vécues par des confrères. Ce travail n'a pas vu l'émergence de tels récits. Mon statut d'assistante, ainsi que la faible taille de l'échantillon, ont pu en empêcher l'accès, ceci est abordé plus loin.

La relation entre les patients et l'assistant est parfois une source de frustration pour le maître de stage. Il semblerait qu'un renforcement positif du maître de stage vers les patients, concernant les compétences de l'assistant, entraîne de meilleurs retours de la part des patients. On peut donc imaginer que la façon d'être du maître de stage, son introduction de l'assistant auprès des patients ou sa façon de communiquer avec lui influence l'attitude des patients. Il se peut également que les maîtres de stage dont le caractère est plutôt optimiste retiennent moins facilement les retours négatifs. Par ailleurs, il est peut-être difficile pour les patients de quitter une relation exclusive avec leur soignant. Le lien thérapeutique entre un médecin et son patient s'établit parfois en plusieurs années, dans le respect du secret médical, de l'intimité du patient et du colloque singulier.

La formation initiale de maîtrise de stage est un bon bagage au niveau des connaissances législatives et organisationnelles (triade avec le CCFFMG). Les formations continues, quant à elles, semblent peu enrichissantes pour les médecins même si, avec les années, certains ont pu en tirer des supports de communication. On constate avec évidence que peu d'entre eux identifient clairement leurs besoins en la matière. Peut-être serait-il bon de creuser les aptitudes projetées par les médecins sur leur rôle de maître de stage et leur mise en pratique ? Une fois ces aptitudes définies, leur développement pourrait être envisagé lors des formations continues.

Une alternative à la formation continue a été abordée dans ce travail : des rencontres entre les maîtres de stage et leur assistant, lors de trois temps de midi par an. Ces réunions semblent apporter une plus grande liberté ainsi qu'une orientation plus pratico-pratique des sujets abordés. Il serait peut-être intéressant de généraliser ce système durant quelques années et d'évaluer, par la suite, la satisfaction des maîtres de stage.

Une partie des résultats rejoignent les études citées en introduction :

Les raisons de début de maîtrise de stage, évoquées plus haut, rejoignent en grande partie l'étude de Mr Ketterer. On peut ici y ajouter le souhait d'attirer de jeunes confrères

dans une région donnée. De plus, de nombreux maîtres de stage ressentait un manque de disponibilité comme perçu dans l'étude de Mr Ketterer ainsi qu'occasionnellement, un manque de réceptivité de l'assistant.

D'autre part, dans l'étude précitée, de nombreux maîtres de stage pensent devoir s'améliorer. Le travail qui nous concerne ici n'a pas vu une telle proportion de médecin souhaitant peaufiner certaines compétences. De plus, les compétences citées ici étaient essentiellement d'ordre pédagogique et non en termes de connaissances médicales comme apparu dans l'étude de Mr Ketterer.

Dans l'une des études citées en introduction, « Beliefs, identities and educational practice: A Q methodology study of general practice supervisors » (11), on découvre deux perceptions du rôle de superviseur : l'une où le médecin a intégré son rôle d'enseignant à sa pratique et l'autre, où le médecin perçoit la supervision comme un partage de son expérience. Ces représentations apparaissent également dans les interviews des médecins rencontrés lors de ce travail. Même si la perception de l'importance de son propre rôle en tant que maître de stage n'a pas été clairement approchée lors des entretiens, on peut constater que certains médecins avaient un lexique plus orienté vers l'apprentissage lui-même, les rencontres étaient plus longues et ils avaient essayé plusieurs facultés pour réaliser la formation continue. Ces médecins semblaient plus conscients de leur rôle de maître de stage et avaient mieux construit leur identité de superviseur. Ils avaient des propos en lien avec l'identification des émotions, la gestion des conflits et la remise en question de leurs pratiques professionnelles. Ils cherchaient à optimiser l'apprentissage de leur assistant. Contrairement aux résultats de l'étude du Dr Dory, ce sont les partages d'expériences qui sont majoritaires dans ce travail, et non l'intégration médecin – enseignant.

Points faibles et points fort de l'étude

Plusieurs biais apparaissent lors de l'analyse des résultats : tout d'abord, la faible taille de l'échantillon. Seuls huit médecins ont été interrogés en Belgique francophone. Les conclusions ne peuvent donc pas être étendues de facto à l'ensemble des médecins généraliste de cette entité.

Ensuite, la méthode de recrutement basée en partie sur une zone géographique puis sur un conseil personnel.

Enfin, le sujet lui-même a pu créer un biais de sélection : des maîtres de stage en conflit avec leur assistant, non intéressés par la supervision ou non désireux de creuser leur rôle de maître de stage, ont pu souhaiter ne pas répondre à mon enquête. Il en va de même pour ma personnalité, mon statut d'assistante ou ma façon de mener les entretiens qui ont pu ne pas créer le climat de confiance nécessaire, voir entraîner un biais de désirabilité chez les médecins rencontrés.

Le sujet est un point fort tout autant qu'un point faible. Nous sommes ici à la jonction des mondes médicaux et sociologiques. Un peu en dehors des sentiers battus, ce thème souhaitait avant tout permettre de comprendre une perception subjective du partenariat maître de stage – assistant. En effet, cette facette de la vie professionnelle d'un soignant peut influencer le reste de son activité et sa satisfaction.

Ensuite, l'analyse a été menée avec rigueur et systématisme ce qui rend les conclusions pertinentes pour la population interrogée.

Conclusion

Durant cette étude, une diversité des ressentis des maîtres de stage en tant que superviseur d'un assistant s'est progressivement révélée. Ces médecins vivent des expériences influencées par de nombreux facteurs comme nous l'avons vu tout au long de ce travail (personnalité des intervenants, vision personnelle du métier de médecin généraliste, expériences précédentes etc.). Ils ressentent, tout comme les assistants, des émotions très variées à propos de la relation interpersonnelle qui les lie professionnellement. Ce travail a pu mettre en avant le plaisir et l'enrichissement, voire l'épanouissement, ressenti par la majorité des maîtres de stage lors de leur collaboration avec de jeunes médecins. Il existe également des binômes moins harmonieux, notamment au niveau de la communication. Les émotions extrêmes, comme le désarroi et la colère, ne sont apparues que par discours indirect. Une forme de dépistage par les facultés de ces situations pourrait peut-être éviter des évolutions dramatiques, comme rapportées par les maîtres de stage rencontrés.

Dans l'introduction de ce travail, nous évoquions les guides existant pour réaliser la supervision. Ils semblaient alors incomplets pour une application claire et ancrée dans la pratique. Dans les faits, les maîtres de stage parviennent à rassembler des informations venant de sources multiples (formation à la maîtrise de stage, vade-mecum officiel ou spécifique à certaines structures, etc.) et, avec l'expérience, ajustent leur pratique de la supervision, tant au niveau du contenu qu'au niveau de l'organisation.

Les maîtres de stage ont par ailleurs des objectifs qui rejoignent la définition de la supervision évoquée dans l'introduction (13) : recherche d'une cohérence entre la pratique de l'apprenant et les guidelines via l'observation puis l'analyse du travail de ce dernier et, avec intervention si nécessaire.

Il est intéressant d'élargir le regard au-delà du cas particulier de la relation maître de stage – assistant et ce, au vu du rôle sociétal du médecin généraliste et du financement public que représentent les professions de la santé. Les maîtres de stage forment, au quotidien, les médecins de famille de demain. L'épanouissement des médecins dans leur rôle de maître de stage et leur conscience de l'impact qu'ils peuvent avoir auprès d'un jeune en formation, sont peut-être des facteurs de réussite de collaboration et de formation. Au vu de

la pénurie de médecins qui se profile (17) ainsi qu'aux nombreux défis à venir (précarisation croissante de la population, essor des connaissances scientifiques, féminisation de la profession et diminution du temps de travail moyen des médecins généralistes), il est important de former des professionnels consciencieux, à jour et avec un bon équilibre vie de famille – vie professionnelle, pour éviter une perte de force vive tout en assurant une prise en charge de première ligne de qualité.

Bien d'autres sujets mériteraient d'être approfondis lors d'études ou de thèses ultérieures.

Voici quelques pistes, découlant de l'état des lieux réalisé dans ce travail :

Une recherche orientée vers les maîtres de stage pour évaluer la corrélation entre leur implication dans leur rôle de superviseur et leur satisfaction ainsi que celle de leur assistant pourrait permettre de comprendre plus en profondeur la relation professionnelle qui les lie.

Dans le domaine de l'évaluation de l'assistant par son maître de stage, on pourrait imaginer cerner les stratégies employées de façon conscientes et inconscientes de sorte à les optimiser. L'objectif final serait, bien entendu, d'améliorer la formation du futur médecin généraliste. Les formations continues n'ont globalement pas suscité d'engouement, les médecins ayant d'ailleurs formulé une forme d'indifférence à leur égard. Dès lors, pourquoi ne pas envisager de remplacer l'une ou les deux soirées annuelles par des interventions ponctuelles d'un chercheur dédié lors de supervisions programmées, au cabinet du médecin? La limitation des déplacements pour le médecin pourrait être un facteur d'adhésion au programme de recherche. Au terme de la durée de l'étude, l'impact des interventions pourrait être évalué suivant la méthode d'assurance de qualité, par exemple.

Réaliser ces recherches en Belgique francophone pourrait permettre une amélioration de la formation des médecins généralistes francophones avec les particularités propres à notre pays. Nous pourrions également augmenter le poids scientifique de notre spécialisation au sein du monde médical.

Bibliographie

1. SPF Santé Publique. « Maître de stage médecin généraliste », 13 avril 2016. <https://www.health.belgium.be/fr/sante/professions-de-sante/medecins-dentistes-et-pharmaciens/medecins-generalistes/maitre-de-stage>.
2. « La loi – CCFFMG ». Consulté le 23 février 2020. <http://www.ccffmg.be/le-vademecum/1-la-loi/>.
3. « Annexe-5 : Arrêté Ministériel déterminant les critères d’agrément des Maitres de Stage en MG.pdf ». Consulté le 23 février 2020. <http://www.ccffmg.be/wp-content/uploads/2015/03/Annexe-5-AM-MB-16121997-d%C3%A9terminant-les-crit%C3%A8res-dagr%C3%A9ment-des-Maitres-de-Stage-en-MG.pdf>.
4. « Annexe-4-Arrêté Ministeriel fixant les activités médicales du MG durant le stage chez le MdS agréé dans le cadre de la formation spécifique pour la MG.pdf », Consulté le 1 mai 2020. <http://www.ccffmg.be/wp-content/uploads/2015/03/Annexe-4-AM-MB-18082009-fixant-les-activit%C3%A9s-m%C3%A9dicales-du-MG-durant-le-stage-chez-le-MdS-agr%C3%A9%C3%A9-dans-le-cadre-de-la-formation-sp%C3%A9cifique-pour-la-MG.pdf>.
5. CCFFMG, « Modèle de convention de Formation 2015-2016 généré sur FORDOC », fichier .pdf. Consulté le 1 mai 2020. <http://www.ccffmg.be/wp-content/uploads/2015/03/Mod%C3%A8le-de-convention-de-Formation-2015-2016-g%C3%A9n%C3%A9r%C3%A9-sur-FORDOC.pdf>.
6. CCFFMG, « Vademecum du CCFFMG pour l’année 2019-2020 approuvé par le CA du 21 mai 2019 », Fichier .pdf. Consulté le 3 août 2020. <http://www.ccffmg.be/wp-content/uploads/2019/05/vademecum-du-CCFFMG-pour-lann%C3%A9e-2019-2020-approuv%C3%A9-par-le-CA-du-21-mai-2019.pdf>.
7. Fédération des Maisons Médicales. « Vade-mecum des assistants médecins en maison médicale », septembre 2018.
8. “Formation pédagogique initiale pour nouveau maître de stage en médecine générale”, document PowerPoint, CCFFMG, version actualisée de février 202
9. « Pédagogie médicale ». Consulté le 15 août 2019. <https://www.pedagogie-medicale.org/presentation/objectifs-et-domaines>.

10. Dory Valérie, Marie-Claude Audétat. « « Ils sont carrément incurables » : comment les métaphores des cliniciens enseignants révèlent leur malaise dans la gestion des difficultés de raisonnement clinique de leurs internes ». *Pédagogie Médicale* 14 (1 mai 2013): 83-97. <https://doi.org/10.1051/pmed/2013040>.
11. Dory Valérie, Marie-Claude Audétat, Charlotte Rees. « Beliefs, identities and educational practice: A Q methodology study of general practice supervisors ». *Education for Primary Care* 26 (1 mars 2015): 66-78. <https://doi.org/10.1080/14739879.2015.11494316>.
12. Stone Sarah, Beth Ellers, Deborah Holmes, Rosemary Orgren, Donna Qualters, Janet Thompson. « Identifying Oneself as a Teacher: The Perceptions of Preceptors ». *Medical Education* 36, n° 2 (2002): 180-85. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2923.2002.01064.x>.
13. Castro Dana, Marie Santiago Delefosse, Valérie Capdevielle-Mougnibas. « La supervision de la pratique clinique : définitions et questionnements ». *Le Journal des psychologues* n° 270, n° 7 (2009): 45-48.
14. Côté Luc, Geneviève Perry, Paul-Henri Cloutier. « Développer son modèle de rôle en formation pratique : la contribution d'une communauté de pratique de cliniciens enseignants ». *Pédagogie Médicale* 14, n° 4 (1 novembre 2013): 241-53. <https://doi.org/10.1051/pmed/2013057>.
15. Chamberland Martine, René Hivon. « Les compétences de l'enseignant clinicien et le modèle de rôle en formation clinique ». *Pédagogie Médicale* 6, n° 2 (1 mai 2005): 98-111. <https://doi.org/10.1051/pmed:2005015>.
16. « L'analyse par théorisation ancrée – Cahiers de recherche sociologique – Érudit ». Consulté le 12 janvier 2020. <https://www.erudit.org/fr/revues/crs/1994-n23-crs1517109/1002253ar/>.
17. Lenoir Anne-Laure. « FACTEURS D'ATTRACTION ET DE MAINTIEN DANS LA PROFESSION DE MÉDECIN GÉNÉRALISTE - Une analyse par les choix d'orientation professionnelle d'étudiants et de jeunes médecins », 24 janvier 2018. <http://bictel.ulg.ac.be/ETD-db/collection/available/ULgetd-01182018-110907/>.

Travail de fin d'étude

Maîtrise complémentaire en Médecine Générale

Université catholique de Louvain

2019-2020

Maître de stage en médecine générale : quel vécu de la supervision ?

Etude qualitative en Belgique francophone

Annexes

Ravet Morgane

Promoteur : Stéphane Debanterlé

Guide d'entretien

Questions « mise en contexte » :

Age, sexe, année de profession, nombre d'années en tant que maître de stage effectif, (lien avec une faculté)

Question d'introduction : « Comment concevez-vous la supervision dans votre pratique ? »

Éléments à explorer :

1. De quoi avez-vous besoin pour vous en sentir à l'aise avec votre assistant ?
2. Qu'estimez-vous que l'assistant doit avoir acquis au bout d'une année chez vous ? Quel rôle pensez-vous jouer dans cet apprentissage ?
3. Comment pratiquez/envisagez-vous la supervision de votre assistant ?
4. Qu'est-ce qui vous met à l'aise pour assurer la supervision de votre assistant ?
5. Qu'est-ce qui, au contraire, vous met dans l'embarras pour assurer la supervision ?
6. Utilisez-vous des outils ou des supports pour vous aider ?
7. Vous sentez-vous suffisamment formé pour aborder les éléments dont nous avons parlé ? Aimeriez-vous avoir d'autres formations en la matière ?

Retranscription des entretiens

Les retranscriptions qui suivent sont issues de discours oraux spontanés. Les répétitions liées à la réflexion ont été limitées ainsi que les digressions de ma part. Des abréviations courantes ont été utilisées.

Interview 1

Factuel : homme, années d'expériences : 33 ans, 5^{ème} année mds, pratique de groupe (association), administrateur dans le cercle local

M: Ma première question est de savoir comment ça se passe en général avec votre assistante, que vous me parliez de la relation.

Med1 : La relation MEDICALE : très bien. Je suis maître de stage pour des assistants depuis cinq ans mais avant ça j'ai des stagiaires depuis 25 ans et j'ai toujours été très surpris du niveau des stagiaires qui est très bons. Les gens sont très bien formés à la faculté et je confirme ça avec les assistants que j'ai eu qui étaient toujours très bien formés. Ça a toujours très vite fonctionné, très bien fonctionné. C'est donc en confiance que je reçois les assistants. Et puis, c'est très gai pour moi. J'espère pour eux aussi parce que c'est un échange de bon procédé : ils sortent de la faculté donc la tête est bien faite, il y a plein de choses dedans. Moi, j'attrape, mon âge mais je me rends compte que j'ai une expérience, 33 ans, donc je suis peut-être moins affûté scientifiquement mais j'ai l'expérience et confronter les deux c'est bien. Les syndromes rares, c'est les assistants qui les trouvent, les trucs qu'on voit souvent, c'est moi qui les trouve. (rires)

M: Est-ce qu'il y a d'autres choses qui vous permette d'avoir une relation équilibrée et confortable ou au contraire des choses en particulier qui, ça, rendent la relation inconfortable?

Med 1: Ce qui est important pour qu'il y ai une bonne relation, c'est qu'il y ai une relation de confiance. Des deux côtés. Je pense devoir faire confiance et, inversement donc ça permet de se dire ce qui doit être dit. Si on est content on le dit, si on n'est pas content on le dit et puis c'est tout. Je n'ai jamais fait de grand reproche à personne. Je pense qu'on ne m'a jamais fait de grand reproche non plus mais quand il y a quelque chose qui ne va pas, il faut savoir le dire, ça c'est important. Pour les assistants et assistantes que j'ai eus, on a toujours fonctionné un peu dans la même vision du travail.

M: Qu'est-ce que vous entendez par même vision du travail?

Med 1: Un truc simple, par exemple, la vision sur la prescription des médicaments où moins on prescrit mieux on se porte. C'est pas une vision générale de la médecine mais si je prescris peu d'antibiotique, je crois que les assistants en prescrivent encore moins que moi ! Et tant mieux parce que depuis que j'en ai, j'en prescris encore moins ! Donc on se conforte l'un l'autre dans sa vision de voir les choses. Ça c'est un exemple facile à comprendre, et c'est pareil avec d'autres choses: les rapports qu'on peut avoir les hôpitaux, les spécialistes... On se comprend.

M: Au bout d'une année qu'un assistant passe avec vous, pour vous, qu'est-ce qu'il doit avoir acquis, dans quoi est-ce qu'il doit avoir évolué?

Med 1: (temps de réflexion) La confiance en soi. J'entends souvent les gens qui sortent ou les stagiaires c'est... Moi j'arrête pas de leur dire qu'ils sont très bien formés mais ils ne le savent pas. Ils ont la peur de faire une bêtise, surtout devant un médecin qui a de la bouteille comme ça. On fait tous des erreurs enfin sauf moi (rires) mais les autres font des erreurs. Il faut savoir le reconnaître. Moi je suis content et j'ai confiance en eux. Parce que leur tête est bien faite. En tout cas ceux que j'ai eu. Ceux que j'ai eu, j'ai jamais dit "écoute, arrête". Non, j'ai dit "continue, t'es dans le bon métier".

M: Et comment vous pensez, vous, participer justement à cet apprentissage dans la confiance?

Med1 : En les confortant dans leurs diagnostics, dans leurs idées, en leur disant "à ta place j'aurais fait autrement MAIS..." Quand je reçois un assistant pour la première fois ce que je lui dis c'est qu'il est médecin comme moi. Donc il a la liberté thérapeutique tout autant que moi et que s'il a des choix différents des miens, c'est son libre choix tant c'est défendable ! Je les vois comme des... Il faudra demander aux assistants ce qu'ils en pensent mais j'espère faire comprendre que on est sur un pied d'égalité. Avec des compétences peut-être différentes parce que j'ai de la bouteille mais mes études étaient il y a longtemps, que la théorie date d'il y a longtemps et que les assistants, eux sortent avec une tête très bien faite, je le redis mais moins d'expérience. J'arrête pas leur dire : "vous êtes médecins. Si on doit discuter, on discute" et ça se passe toujours bien.

M: Plus au niveau "faits", la supervision vous organisez ça comment? Là je voyais par exemple qu'avec R.(assistante actuelle) vous mangez ensemble. Ce sont aussi des moments d'échanges informels ?

Med 1 : On essaie de manger ensemble, c'est pas toujours le cas et puis d'échanger. Avant de manger, elle avait plusieurs patients qu'elle n'avait jamais vu hier, je lui ai demandé comment ça s'est passé, ce qu'il y a eu comme problème. C'est pour moi me tenir au courant de ce qui se passe avec les patients. On a un peu discuté d'un cas un peu compliqué. Qui était compliqué pour elle et pour moi hein. Mais pour moi, c'est très gai d'échanger, de pouvoir discuter, dire "ben tiens, qu'est-ce que tu fais". Ce que je n'arrête pas de dire aux assistants aussi c'est que quand je demande leur avis, je demande réellement leur avis. C'est pas un interrogatoire du maître qui sait tout, c'est la question d'un confrère qui demande "ben tiens, qu'est-ce que tu ferais à ma place?"

M: Vous avez un temps prévu par exemple pour la supervision ou pas spécialement?

Med 1 : C'est pas écrit, c'est comme ça se fait. Régulièrement il y a un cas compliqué, on en discute. On n'a pas mis une heure précise pour le faire. Il faudrait pte oui. Le repas de midi!

M: Oké. Et, vous sauriez me citer un exemple d'un moment où ça s'est, où vous trouvez justement que ça s'est vraiment bien passé au niveau de l'échange?

Med 1: (temps de réflexion) tout le temps

M: Et un en particulier, un souvenir que vous avez ?

Med 1 : Le plus récent, le plus précoce, c'est celui d'aujourd'hui donc c'est un patient qui s'enfonce dans une démence sénile donc de gros problème de mémoire et qui gère sa médication tout seul. Entouré par des gens mais soit. Et voyant différents spécialistes qui tous donnent leur mot sur le traitement sans se concerter. Nous on est là comme généralistes pour essayer de mettre tout ça ensemble et dire "bon". Et on a discuté avec elle du traitement le plus utile à ce monsieur-là. Ça s'est bien passé. Je pense. Il faudra lui demander après. On a discuté du cas, ce dire ben tient "c'est utile, c'est pas utile".

M: et un souvenir d'un moment où au contraire, ça s'est pas très bien passé au niveau de l'échange?

Med 1 : (temps de réflexion) Y a des moments où je n'étais pas d'accord mais à nouveau, je n'ai pas la science infuse et, vous savez comme moi, que dans tout cas, il y a toujours matière à discussion. Est-ce qu'on fait une radio ou pas? On est souvent à la limite de savoir si on en fait une ou pas mais bon. C'est pour tout hein: est-ce qu'il faut envoyer à l'hôpital ou pas? Peut-être que l'assistant l'enverra plus vite que moi ou inversement. Mais chacun a ses raisons qui sont très louables. Y a jamais eu de dispute, y a jamais eu de conflit, j'ai jamais du rattraper la sauce auprès d'un patient en disant "mon dieu, il a fait une bourde". Jamais, non.

M: Donc globalement, plutôt positif quoi?

Med 1 : Oui! Y a déjà eu des gens qui ont été pas bien avec l'assistante ou avec moi et non, ça s'est bien passé.

M: d'accord, très bien. Et alors, voilà ma dernière question, est-ce que vous trouvez que vous êtes suffisamment formé pour être maître de stage?

Med 1 : Première chose à dire c'est que pour être maître de stage j'ai dû faire une formation de deux jours complets si je me souviens bien. La formation était complètement nulle, ridicule. (Désignant l'enregistreur) Ça va être lu par les copains du CAMG. Mais j'étais effaré du... Ça ne m'a rien apporté... Enfin, si: y a eu un truc intéressant, c'est les explications au niveau paperasse. Ce qu'il fallait s'attendre, problème d'assurance, comment faire les attestations, comment ça se passe niveau dossier, ça oui. Mais d'un point de vue fonctionnement, qu'est-ce qui faudrait de plus... Mais y a rien à faire, c'est quand on fonctionne qu'on met les choses en place... Niveau formation complémentaire qui m'aurait apporté quelque chose. Non.

M: Et vous la trouviez nulle pourquoi la formation?

Med 1 : Infantile. Par rapport à moi! Moi, pour ma formation de maître de stage, j'ai affaire à des... On a fait des ateliers qui étaient infantiles oui voilà. Des gens qui devaient absolument faire leurs heures et qui ne trouvaient pas la matière à faire non.

M: Mais comme vous dites, il n'y a pas spécialement de trucs en plus que vous aimeriez, que vous auriez aimé qu'on vous dise ou qu'on vous apprenne?

Med 1 : un truc important, c'est clarifier les choses d'un point de vue papiers... Les revenus comment ça se passe, les assurances, rédaction d'une attestation. Notre responsabilité, jusqu'où elle va. Voilà, ça peut être intéressant. Les contrats, qu'est-ce qui faut faire, pas faire,

les gardes comment ça se passe. Le fonctionnement pratique. Je crois que c'était intéressant à avoir. Maintenant, déjà le terme "maître de stage" et assistant, ça me gêne. Je présente toujours les assistants comme étant des confrères, des collaborateurs mais je ne me sens pas le "maître" de stage, maître du savoir, maître de je ne sais pas quoi. J'accueille quelqu'un, avec qui je partage des patients, mon savoir. Je vois ça comme un partage et donc ça se passe bien. Moi c'est ce que je dis, faut leur demander si ce que je dis est vrai. Peut-être que je crois que c'est comme ça que ça se passe et que... J'espère le faire comme ça.

M: Merci d'avoir pris le temps de me parler. Y a des trucs en plus que vous aimeriez rajouter ? En général, que ce soit sur les assistants, sur la fac...

Med 1 : Non, je ne sais pas quoi ajouter.

Interview 2

Médecin 2

Factuel : femme, 45 ans, 20 ans d'exp. 6 ans mds, 5 assistants. Membre uoad.

M: La première est assez large ; est-ce que, en général, vous savez me dire qqes mots sur la relation que vous avez votre assistant.

Med 2: En général, ça se passe super bien, surtout celui qui est resté deux ans. Il est parti parce que il a voulu s'installer tout seul mais moi j'aurais voulu le garder. Le but pour moi, ce n'était pas d'avoir un assistant différent chaque année, c'était de trouver la "perle rare" avec qui j'allais m'associer. C'est clair que financièrement c'est beaucoup moins intéressant mais que pour les patients, changer tous les ans, ils en ont marre, c'est la 5ème année. N. (assistant actuel) se prend beaucoup de remarques : "encore un nouveau" etc., je pense que c'est lui se prend le plus de remarques parce que maintenant les gens en ont marre, que T. avant est resté deux ans. Avec T., ça a super bien smatché, avec moi, avec les patients, ça se passait vraiment bien donc ils ont beaucoup de mal à se défaire de T. Les gens en ont parfois marre du changement. ça, c'est clair.

M: Vous diriez que vous avez besoin de quoi pour être à l'aise et que ça se passe bien avec votre assistant?

Med 2: (réflexion) J'ai pas besoin que ce soit mon clone, c'est ce que je leurs dis toujours. La première chose que je leur dis, c'est qu'il faut aimer son métier, aimer les gens, c'est la médecine générale. Faire de tout. Pour certains ça pose problème. D'être à l'aise, de pouvoir communiquer avec eux. Que ce ne soit pas mon clone mais qu'il travaille un peu comme moi quand même donc ça veut dire que si moi, je mets des antibio en différé quand je suis sûre que c'est un gros virus mais que je sens que ça va se sur-infecté et après 20 ans, je le sens plus, c'est normal. On ne peut pas leur demander d'avoir une intuition après un an mais je leurs demande d'être dans le même profil de soin. Et dans le même profil d'accueil, d'accueillir, les gens, de les écouter. Et si quelqu'un n'a pas les moyens, ne pas commencer à réclamer des sous. 'fin, travailler de la même façon.

M: Au bout du temps passez ensemble, qu'est-ce que vous trouvez que l'assistant doit avoir acquis auprès de vous?

Med 2: Savoir travailler tout seul. M'appeler toujours, je suis toujours disponible, même en vacances, je suis au bout de mon téléphone tout le temps, je suis un peu accro à mes patients. Donc savoir travailler tout seul, savoir faire une bonne anamnèse, un bon examen clinique, commencer à avoir du nez, commencer à sentir quand il faut faire une prise de sang ou pas, avoir des bonnes prescriptions. Et ça quand ils arrivent, c'est zéro pointé, niveau prescription, traitement, c'est n'importe quoi. La formation théorique ne vous prépare pas du tout. Donc un traitement d'une sinusite, au début, si je ne dis pas trois fois, 'il faut mettre un mucolytique, un décongestionnant et ça se sur-infecte plus souvent une sinusite qu'une rhinite". Au niveau traitement, il y a des grosses, grosses lacunes je trouve et donc au bout d'un an, j'estime qu'ils doivent savoir jongler avec les traitements. Et surtout, sentir l'urgence ou pas, envoyer au spécialiste quand il faut, savoir passer la main. Et savoir donner un diagnostic, pour moi un assistant qui dit : "gorge rouge", c'est pas un diagnostic. Moi mes patients, ils savent s'ils ont une angine, une pharyngite, une laryngite quand ils sortent. "Vous avez une gorge rouge", non! Je m'en fou. "gorge rouge", ils abaissent leur langue devant le miroir et ils le savent eux-mêmes.

M: Est-ce que vous savez me citer un moment où ça s'est vraiment bien passé et pourquoi ça s'est vraiment bien passé? Que ce soit un échange avec l'assistant ou une gestion de cas à deux.

Med 2 : Avec T., on se voyait tous les midis donc on échangeait beaucoup. Comme on avait une pratique plus ou moins similaire, ça se passait super bien parce que les patients l'acceptaient. Or plus les patients acceptent l'assistant mieux ça se passe. Le problème c'est quand les patients arrivent et qu'ils voient que ce n'est pas moi en consult et qu'ils soufflent et que le lendemain ils me téléphone "oui on a vu votre assistant mais je ne suis pas sûr du diagnostic" et que je dois re-contrôler, donc une deuxième consult tarifiée qui n'est pas justifiée : ça c'est un échec. Oui, ça s'est mieux passé avec celui qui est resté deux ans, ce n'est pas pour rien qu'il est resté deux ans. Alors que, honnêtement, c'était les deux ans les pires de ma vie parce que je suis divorcée depuis presque un an et moi, c'était les deux ans où j'étais vraiment mal. Les gens disaient "oui que ce soit vous ou...", ça c'est un grand point: si le patient au téléphone dit "peu importe, vous ou lui", ça c'est gagné quoi. Ça veut dire que le patient se sent tellement bien prit en charge par l'assistant et en confiance que je peux envoyer qui je veux. Ça c'est top.

M: Et vous pensez que ça s'est bien passé parce qu'il est resté les deux ans ou parce que vous aviez une approche de soin qui était similaire?

Med 2 : On avait une approche de soin qui était similaire, très humain, très à l'écoute. On s'est disputé deux-trois fois donc je pense que temps en temps, si ça doit aller au clash, ça va au clash mais gentiment. Mais de pouvoir oser dire ce qui ne va pas : il y a des gens qui sont prêt à entendre ce qui ne va pas et des gens qui ne sont pas prêt à entendre ce qui va pas. Et donc, il faut accepter aussi que le maître de stage c'est nous et que, même s'ils sont déjà docteur, ils sont là pour encore avoir des conseils donc si à un moment donné je dis "traitement de ta sinusite" je dis sinusite parce que voilà, il y en a plein, "ça ne va pas": à la troisième fois, si je

regarde dans l'ordinateur et que c'est la même connerie qui est prescrite, à la quatrième, je m'énerve un peu et donc ça, d'après la personnalité de l'assistant, y en qui ne sont pas prêt à se remettre en question. Y en a qui ne sont pas prêt à entendre les conseils et qui prennent les conseils comme des critiques ce qu'ils ne sont pas.

M: Et, ces fameuses "disputes", elles portaient sur quoi ? Vous vous souvenez ?

Med 2 : C'était par rapport à ce que j'avais dit quelque chose sur lui, qu'il avait mal prit lors d'un souper avec des collègues alors que c'était pas du tout ce que je voulais exprimer. C'était un malentendu. Pas par rapport à ses soins, jamais. Jamais par rapport à ses soins, j'ai jamais eu des remarques à faire par rapport aux soins donnés. C'était plus un problème de comportement que j'avais mal interprété.

M: Et avec vos autres assistants, y a eu des moments où au contraire c'était très difficile et que vous auriez des exemples.

Med 2: Oui, donc avec S., ça s'est très passé mais c'était une fille très, très, très anxieuse, déjà pendant ses études et donc elle était tellement anxieuse qu'au début elle m'appelait quatre fois par consult... J'ai eu du mal à gérer son anxiété. Alors que N. ici il est très cool: il devrait m'appeler, il le fait pas... Il est très très très cool. Passer d'un caractère à un autre, c'est parfois difficile. En fonction du caractère du maître de stage, moi je suis anxieuse quand il faut être anxieux mais voilà, je vais pas commencer à stresser pour... 'fin après 20 ans, on stress moins aussi. Mais il faut un caractère qui smatch quoi, moi je suis très très ponctuelle, je suis très sur les horaires. Donc moi l'assistant qui arrive en retard, ça me plombe. Voilà, je ne supporte pas. Ça, ils le savent. J'ai mes exigences.

M: J'avais une question qui a rapport plus à l'utilisation des supports. Si j'ai bien compris, de temps en temps, vous reprenez les dossiers ensemble et vous voyez un petit peu ?

Med 2 : Non, donc lui, il a un google agenda. De temps en temps je regarde par exemple, ce matin, qui il a vu en consultation libre. Et alors je vais voir ben tiens, celle-là, qu'est-ce qu'elle avait... parce que je l'aime bien et je regarde et, en fonction... De temps en temps, je prends un patient comme ça et je regarde ce qu'il avait, comment il a traité et puis je lui dirais quoi mais c'est pas d'office. Les cas difficiles, c'est d'office. Au début avec certains assistants, on avait prévu le vendredi de prendre une heure de table ensemble pour discuter. Ça a été tenu par la première qui était très médecine interne, très cadrante etc. Elle marquait toute la semaine ses questions pour les poser le vendredi si ce n'était pas urgent. Si c'était urgent, évidemment, elle téléphone et on répond à la minute. Ici avec N., ça n'a pas encore été assez fait. Donc ça, on en a discuté hier d'ailleurs que ça devait être plus fait. Avec T., on voulait instaurer, au départ un truc intéressant c'était que, sur un sujet : l'angine, sur le strepto, sur l'utilité ou pas du frottis, l'antibiothérapie ect. On allait, une fois par mois, lui, faire un travail de recherche, et en discuter tous les deux. On l'a fait deux-trois fois puis après on se perd dans le boulot puis on oublie. Ça c'est un truc un peu qui me manque oui. Quelque part, l'assistant peut apporter beaucoup puisque ce sont des nouvelles données surtout sur les antibio, sur les doses sur le temps à donner etc. Et quand il y a des articles intéressants, je l'arrache et je lui dis de les lire. Il y a des assistants plus student que d'autres, médecine interne que d'autres,

plus guidelines... Ici, il n'y a pas beaucoup d'échange scientifique avec N. mais j'aimerais bien que ça change oui. Parce que ça, ça moi, ça me nourrit évidemment.

M: Et alors, j'avais aussi une question par rapport à la formation, en générale, de maître de stage: est-ce que vous trouvez que vous êtes suffisamment formée, armée, pour les problématiques que vous rencontrez finalement dans la pratique comme maître de stage ou, il y a des choses auriez aimé avoir en plus ou...

Med 2: On a des formations sur la communication, on fait des jeux de rôle, on fait des trucs comme ça sur justement, comment communiquer avec son assistant, comment ne pas s'énervé comment ci, comment ça... C'est intéressant, maintenant de là à dire que c'est transcendantal. Moi je préfère un peu du feeling en fonction de mon caractère. Comme on aborde un stagiaire, comme dans tous les boulots, c'est fort son caractère qui fait que. Moi, je sais que je suis très très maternelle, d'ailleurs je suis très cocooning. Mon ancien assistant, T., c'était un peu mon gamin. Il avait toujours un petit café, un petit chocolat etc.... Voilà, ça, ça s'apprend pas, c'est en fonction du caractère mais je trouve que les formations m'ont fait chier. Parce qu'il faut y aller, ça prend quatre heures. Elles sont pas mauvaises. Mais moi, j'ai l'impression que je pourrais faire sans.

M: Et c'est y aller parce que ça prend du temps ou parce que c'est loin?

Med 2 : Parce que je m'inscris tellement tard et je suis tellement pas papier que, vite, celles tout près, elles sont déjà prises! (Rires) Je m'organise mal! Il y en a à Marche mais je m'inscris trop tard en général

M: Y a pas des trucs que vous auriez aimé qu'on vous coach en plus au niveau de la formation?

Med 2 : Pas pour l'instant non

M: Y a des trucs en plus que vous trouvez important de dire par rapport justement au fait d'être maître de stage et ce que ça comporte?

Med 2 : (réflexion) qu'il reste deux ans, je voudrais, ça c'est clair que, normalement (interruption: toquage à la porte)... Normalement je les prends toujours comme stagiaire avant, j'essaie. Pour les trois premiers c'est ce que j'ai fait et ici, je ne l'ai pas fait pour N. et j'aurais peut-être dû. Parce quelque part, ça se passe bien mais ce n'est pas vraiment un caractère qui colle avec moi. On est vraiment très différents. Lui est très très cool, très baba-cool et moi je suis cool mais très cadrante. Moi la patiente sort, elle a son RDV etc... Lui, il a fait un an ailleurs, c'était une patientèle très précaire, un peu moins cortiquée donc les gens, on ne devait pas leur expliquer leurs traitements, ils s'en foutaient. Ici, moi j'ai des gens qui ont besoin de savoir etc. Je vais voir ma petite louloute (patiente prévue).

Interview 3

Factuel : homme, 56ans, 23 ans d'exp. 3 ans mds, 2 assistants.

M: La première question est très ouverte, c'est: "est-ce que vous pouvez me parler, en général, de la relation que vous entretenez avec votre assistant?"

Med 3 : C'est une relation que j'estime, plutôt bonne (rires), je l'espère en tout cas. C'est évidemment principalement professionnel. Et le plus pédagogique possible.

M: Qu'est-ce que vous entendez par pédagogique?

Med 3: Quand il y a des cas un peu difficile, j'essaie d'expliquer comment essayer de prendre les choses dans le bon ordre et puis voir les conclusions qu'on peut en tirer. Pour essayer, dans l'espoir d'avoir un comportement plutôt cohérent, pas juste instinctif. On a besoin d'instinct aussi mais quand je prends, quand j'explique des décisions, quand je n'aurais pas fait la même chose que l'assistant par exemple, j'explique pourquoi moi j'aurais fait autrement. J'explique pourquoi. Je ne dis pas juste "moi j'aurais pas fait ça point barre". (Rires). C'est pas très intéressant pour l'assistant parce qu'il n'y a pas qu'une seule vérité en médecine. A part une réa à faire ! Mais ça nous arrive pas souvent

M: Au niveau de la supervision, vous organisez ça comment ? Est-ce que c'est un temps qui est prévu ou c'est quand il vous appelle, quand vous vous croisez ?

Med 3 : Déjà quand on se croise et qu'il y a une question qui lui vient mais sinon, une fois par semaine, à peu près. On prend un temps pour faire la supervision de toute la semaine précédente. En général, le lundi fin de matinée avant de partir en consultation sauf si on a un peu trop de boulot. Globalement c'est quand même une supervision qui est plutôt programmée et pas à la sauvette.

M: Et lors de la supervision, est-ce que, vous m'avez dit que vous parlez des cas, est-ce que ça vous arrive de reprendre les dossiers ensemble ou d'utiliser différents supports ?

Med 3 : Principalement, on revoit les dossiers, par exemple je prends le listing des patients qu'il a vu et on fait patient par patient qu'est-ce que c'était ? Qu'est-ce que tu as fait ? De temps en temps, on en prend un et on regarde un peu plus attentivement. Et quand il y a plus de questions, évidemment là, on rouvre le dossier. Donc le support qu'on a c'est le dossier.

M: Est-ce que vous avez un exemple d'un moment où l'exemple s'est bien passé et vous savez me dire pourquoi ça s'est bien passé?

Med 3: (Réflexion) Pas vraiment parce que j'ai l'impression que ça se passe bien chaque fois. Et j'ai pas vraiment non plus de mémoire d'un moment où ça s'est mal passé. Mais je n'ai pas la prétention de dire que je suis parfait mais je n'ai pas vraiment remarqué que des fois c'était bien mieux que d'autres ou nettement moins bien.

M: Est-ce qu'il y a des choses qui vous mettent en confiance, qui font que l'assistant est une personne avec qui vous pouvez travailler ?

Med 3: (réflexion) D'abord son esprit d'initiative et la logique de ses décisions. La logique académique et factuelle.

M: Et pour le moment, vous trouvez jusqu'à maintenant que vous avez rencontré des assistants où les bases étaient...

Med 3 : Tout à fait, ça s'est bien passé. Ils communiquent correctement

M: Avec vous?

Med 3 : Oui. Avec le patient aussi évidemment. Et quand ils disent que dans tel ou tel cas, ils sont un peu moins à l'aise, ça permet, nous-même de faire confiance et se dire "ils sont moins à l'aise et ils nous préviennent".

M: Ils reconnaissent leurs limites en fait. Et par bonne communication, c'est justement ça que vous entendez ? Qu'ils osent dire ?

Med 3 : Oui, oui, tout à fait, que ça ils ne maîtrisent pas bien.

M: Au bout d'une année ou, deux ans ici avec votre assistant, qu'est-ce que vous trouvez que l'assistant doit avoir acquis en plus dans son bagage?

Med 3: (réflexion) Principalement le contact avec le patient. Parce que ça, il n'y en a pas énormément pendant les deux ans de stages. Ça ne reste que deux ans et tout dépend des stages qu'on a fait. Je veux dire.

M: Oui dans le système en sept ans. Mais votre assistant est dans le système en six ans ?

Med 3 : Non ! Celui, que j'ai, il a fait ses études en Italie donc c'est pour ça qu'il a fait trois ans. Il a fait un an chez moi, un an en milieu hospitalier et il revient faire la troisième année. Et l'autre, elle avait fait ses sept ans. Donc, le contact avec le patient, la gestion de l'administratif parce que ça, on apprend très peu au niveau académique. Et l'administratif, ça englobe beaucoup beaucoup de choses. Comme la rédaction des ordonnances, même si c'est aidé par l'informatique. La rédaction des certificats, pas seulement les ITT mais tous les certificats en général, les constats de décès. Savoir comment le remplir, la prescription de soins et d'examens, les BF...

M: Je pose la question parce que j'ai rencontré une autre doctoresse qui me disait que, par exemple, au niveau rédaction de tout ce qui est administratif, les assistants qui arrivaient étaient vraiment très mauvais.

Med 3 : Tout à fait, c'est vraiment pas terrible ! (Rires) On va le dire comme ça ! Je ne dirais pas très mauvais mais c'est vrai qu'ils ne sont pas très formés à ce niveau-là. Peut-être que maintenant avec le module qu'ils ont après leurs six ans, avant de rentrer dans les stages, ils ont des modules de deux semaines. Maintenant, comme c'est en six ans, avant d'entrer, je

crois qu'ils ont un module particulier. C'est une ou deux semaines. Je ne sais pas très bien ce qu'il y a dedans. Mais c'est pour les préparer un peu plus.

M: Et comment vous voyez votre participation à ces différentes acquisitions?

Med 3: L'orienter dans la rédaction de tous ces documents. Et pour la relation patient, encadrer un petit peu quand ils me disent que certains, ça se passe un peu moins bien. Donner quelques lignes de conduites pour une approche un peu différente que celle qu'ils ont à ce moment-là.

M: Vous les aidez à relativiser les problèmes qu'ils ont. Et, par rapport à cette fameuse formation que vous avez eue, vous en tant que maître de stage, qu'est-ce que vous en pensez?

Med 3 : (réflexion puis soupir) C'est intéressant de discuter des problèmes et d'astuces pédagogiques mais au niveau réel. Je ne sais pas. Par les médecins qui discutent beaucoup de cette formation. C'est le but, enfin leur but en tout cas mais parfois je me demande vers où eux-mêmes veulent aller. Ce qu'ils veulent nous faire passer vraiment comme message.

M: Et est-ce qu'il y a des trucs, au cours de la formation, dont vous auriez aimé qu'on parle plus ou qu'on parle moins?

Med 3 : (réflexion) Je ne sais pas. La première formation initiale, là on nous a appris évidemment la législation donc ça c'est quand même intéressant. Après, comme la relation avec l'assistant c'est jamais qu'une relation interpersonnelle, c'est tellement variable d'un cas à l'autre que l'expérience des uns pourrait aider les autres mais dans des situations qui ont, parfois, des points communs tellement faibles qu'on ne sait pas très bien où on en est. On fait ce qu'on peut. En espérant que les assistants soient satisfaits de leur passage

M: Est-ce que vous vous sentez suffisamment formé et encadré en tant que maître de stage ou vous vous dites, comme le disait l'autre médecin, « j'aurais très bien pu faire sans et c'est mon feeling qui fait la relation avec mon assistant » ?

Med 3 : Oui, je pense que sans cette formation, je ne suis pas sûr qu'il y aurait grand chose qui aurait changé dans ma façon de travailler. Moi j'ai un parcours un peu particulier, j'ai déjà donné des cours et fait de l'encadrement en dehors de métier de médecin donc ça m'aide quand même un petit peu au niveau pédagogique. Je suis moniteur de plongé et j'ai fait quelques années à l'armée comme officier, c'est un petit peu différent.

M: Est-ce qu'il y a des choses que vous avez envie de dire parce, ça, ça compte dans ma relation avec mon assistant ? Ou ça m'a beaucoup influencé ?

Med 3: Y a rien qui me vient

Interview 4

Factuel : homme, 51 ans, 26 ans d'exp, 17 ans mds. Pratique de groupe (associations). Président fondateur du cercle local, responsable de plusieurs cellules SSMG

M: Ma première question est assez vaste: est-ce que vous pouvez me parler de la relation que vous entretenez avec votre/vos assistants. Vu qu'il y en a deux cette année. D'ailleurs comment est-ce que ça se passe, est-ce que vous êtes deux maîtres de stage et vous avez chacun le vôtre ou vous chapeautez à deux les deux assistants ?

Med 4: Non, on a chacun le nôtre et on est maître de stage adjoint de l'autre. Mais par exemple, on va avoir ici pour six mois, une troisième assistante et donc j'en aurais deux moi. C'est une jeune consœur qui arrive au mois d'avril parce qu'elle a fait six mois hospitalisés et qu'il lui fallait encore six mois et quasiment personne ne la voulait. Nous on s'est dit que ça pouvait être bien, justement quand les vacances arrivaient. Elle va devoir remplacer des gens et tout le poids ne retombe pas sur les assistants habituels. Elle était partante et donc elle vient nous rejoindre et j'en aurais deux. La relation, moi je la vois, parfois différemment, quand je suis en réunion de maître de stage, je me rend compte que je la vois comme certain et pas du tout comme d'autres. C'est à dire que moi je la vois comme un compagnonnage. Il y a un jeune médecin qui viens avec moi qui suis plus âgé et voilà, on essaie de profiter l'un de l'autre, de s'apprendre les ficelles du métier, ou des choses qu'on a dû apprendre par l'expérience, qu'on peut transmettre facilement. Et en même temps, moi je bénéficie aussi de l'approche plus jeune, plus fraîche de la théorie et de certains aspects. Donc je la vois un petit peu comme un compagnonnage où le jeune collègue est un confrère. On est pas dans une relation hiérarchique ou d'enseignant et d'enseigné. C'est vraiment un compagnonnage, c'est comme ça que je l'envisage. Parce qu'à la dernière formation de maître de stage à laquelle j'ai participé, c'était un atelier qui s'intitulait "quand le stage se passe mal". Chacun devait parler de situation où ça se passait mal. Et je me suis rendu compte qu'il y avait des gens qui voulaient vraiment un bon petit soldat. « Je suis le chef, je décide de ton horaire, tu fais comme ceci, tu fais comme cela et si je te dis que quand le patient demande un antibiotique, tu mets un antibiotique, tu es prié de t'exécuter parce que c'est ma patientèle et pas la tienne ». Des choses comme ça que j'ai entendue et je me dis « ah oui, là on est vraiment dans une relation où le rapport n'est pas le même ». Moi parfois je suis là « pourquoi est-ce que tu as prescrit ça, je ne comprends pas bien » ou « pourquoi est-ce que tu as demandé autant de choses dans ta prise de sang? ». Peut-être qu'il avait besoin d'être rassuré, c'est une réponse pour moi: « j'avais besoin d'être rassuré parce que j'étais inquiet, je ne savais pas où aller » mais parfois, quand je vois une prise de sang de trois pages qui arrive de l'assistant, ça m'interpelle « tiens, tu ne savais pas ce que tu cherchais » ou « tu as des mauvaises habitudes » et on en parle, « moi je me serais contenté de demander ça, ça et ça ». C'est un échange et un partenariat à ce niveau-là mais pas une relation « fais ce que je te dis et ne donne pas ton avis sur tout ». (rires) Plus des relations hiérarchiques qui moi, ne m'intéresse pas.

M: Mais vous-même, il y a des moments où vous avez éprouvé des difficultés avec vos assistants?

Med 4 : Oui, ça a été des difficultés relationnelles avec une assistante qui n'acceptait plus, ne tolérait plus les discussions sur certains de ses choix et sur certaines de ses habitudes. Ça rendait la relation vraiment conflictuelle à chaque fois qu'on parlait boulot. Au point, alors qu'au départ on pensait qu'elle allait faire deux ans, on a arrêté au bout d'un an, à mon grand soulagement et je pense à son grand soulagement aussi. Des difficultés relationnelles que je n'avais jamais eue avec quelqu'un d'autre, ce sont confirmées par la suite. Je pense qu'il y avait un mauvais spectre relationnel parce qu'avec d'autres, parfois tu n'es pas d'accord sur

certaines choses et on peut quand même discuter. J'ai déjà eu un assistant qui affirmait clairement « j'ai vu que vous aviez donné ça et ça, moi je ne suis pas d'accord, pourquoi est-ce que vous avez donné des antibiotiques à cette dame qui pour moi n'a rien et gnagna ». On en discute et moi ça ne me dérange pas non plus qu'on ne soit pas d'accord avec moi. C'est ma patiente, c'est moi qui l'ai vue, je décide ce que je veux mais ça ne me dérange pas de dire comment et pourquoi, et que, ma justification qui me convient, ne convienne pas à l'assistant, moi je comprends. J'en ai eu un comme ça, où c'était toujours très motivant et même chose dans l'autre sens. Ça ne me dérange pas la confrontation des pratiques et des avis. Même si finalement on ne trouve pas un accord mais on sait entendre l'autre. C'est un échange entre deux professionnels pour une situation pour laquelle on peut discuter. On est tous bien d'accord que dans un diabète où il y a 10 d'Hb glyqué, il faut changer de traitement. Mais ce n'est pas sur des choses comme ça. Une infection qui a des caractéristiques virales, on est bien d'accord mais chez un patient immunodéprimé. Est-ce que je mets un antibiotique ou pas? « Mais non, on a la revoit, on réévalue etc... », « oui mais la dernière fois, ça a volé quand même finalement à l'hospitalisation etc » donc moi j'ai préféré la prudence de mettre un antibiotique. « Ouais mais c'est pas très prudent non plus », peut-être. On en discute et l'échange se fait. Moi, j'ai un patient mucoviscidovique de 54 ans, il est sous antibiotiques toute l'année. Là aussi on peut parler des résistances mais finalement il y a plus de gains que de pertes. Et je n'ai pas la réponse, on a pas la réponse EBM dans un cas spécifique comme ça. La confrontation des idées. Je pense qu'on est finalement chacun resté sur notre position mais on a pu entendre. C'est enrichissant, on discute et, parfois je change d'avis. Parfois pas. Parfois l'assistant change d'avis, parfois pas. C'est pas mon but non plus. Le but c'est le débat, et finalement qu'on sorte tous avec peut-être moins de routine et plus de réflexion.

M: Les exemples très positifs, c'est quand vous vous sentiez en confiance dans la discussion, si je comprends bien ?

Med 4 : Moi, je suis toujours à l'aise. Je prends aussi des stagiaires, on consulte ensemble, je dis toujours « tu peux poser tes questions devant le patients ». Il n'y a pas de soucis. On en parle, devant le patient et je peux justifier ma position, ma décision, mon choix, ma question. Ils sont parfois un peu surpris. Et les patients aussi ! (Rires) Surpris des questions qui viennent! Mais ça fait aussi 17 ans que je prends des stagiaires et maintenant, les patients sont habitués à ce genre de chose : la consultation à trois. On échange devant le patient et on intervient à trois. C'est très motivant et très stimulant. Et les patients se rendent aussi un peu plus compte de parfois la complexité du diagnostic ou d'un choix thérapeutique. Et je suis toujours très tenté d'impliquer le patient dans la décision thérapeutique. Quand j'ai une hésitation, je la partage et le patient choisi et finalement, on a vraiment une décision qui est partagée. Je fais un peu la même chose aussi avec les assistants et les stagiaires.

M: Est-ce c'est une façon de faire que vous essayé d'un peu susciter chez les assistants quand ils travaillent? De quelle manière par exemple?

Med 4 : Oui, oui. On fait encore des temps en temps des consultations ensemble. Il y a des assistants qui n'aiment pas et qui très vite n'en veulent plus. Ça ne me dérange pas parce que moi je n'aimais pas quand j'étais assistant. Par contre, il y en a, ça les rassure. Par exemple, N. (assistante actuelle), s'il n'y a pas de boulot, on consulte en libre ensemble, elle aime bien venir dans le cabinet, elle dit « j'apprends encore toujours ». Donc ça j'essaie aussi, de dire

« dans cette situation, je laisse le choix au patient » par exemple. L'échange finalement fait qu'on connaît mieux le patient et qu'on a un traitement où on a plus de chance qu'il soit compliant et efficace. Donc ça j'essaie de le susciter chez l'assistant. Parce que je pense c'est plus performant si la décision est partagée, on va avoir beaucoup plus d'adhésion au traitement, plus de compliance.

M: Au niveau de la supervision, vous vous organisez comment ?

Med 4: Alors la supervision, elle est systématique, le mardi midi, les assistants, les maîtres de stage se voient : les deux assistants, les deux maîtres de stage, pour parler, pour qu'on puisse faire un feedback, eux aussi puissent dire « telle personne, ça ne s'est pas bien passé, là j'ai été en difficultés. ». Il y a aussi, opportuniste, quand un cas arrive. Un cas problématique pour l'assistant, nous on est disponible. Soit au téléphone, soit sur place si on consulte ensemble. L'un comme l'autre. Et d'autre part, nous aussi. Il y a des objectifs: on a demandé à N., « qu'est-ce que tu veux apprendre durant ta deuxième année? Quels sont vraiment les manques que toi tu identifies encore? » Alors elle nous a fait une petite liste de choses, notamment les actes techniques. Systématiquement, quand on a ce genre d'acte technique, si c'est compatible: soit on reporte soit on l'appelle et on le fait ensemble. Pour qu'à la fin de l'année, elle ait acquis cette expérience dans les domaines où elle ne se sentait pas à l'aise. On essaie d'être opportuniste. Si on a un cas vraiment intéressant aussi, on l'appelle. Je ne fais pas ça qu'avec les assistants, aussi avec mes collègues.

M: vous faites ça chaque année, voir les objectifs de l'assistant avec lui ?

Med 4: oui, quand il arrive. On voit un peu quels sont les objectifs de son année. Ce sont souvent les mêmes objectifs quand ils sont en première : se sentir à l'aise, trouver une certaine autonomie. Mais en deuxième année, c'est très différent s'ils sont venus chez nous ou venu d'ailleurs. Il y a parfois des gens qui n'ont fait aucun acte technique. Nous on en fait beaucoup. Ou qui ne sont pas à l'aise en pédiatrie, on a vu ça aussi. Les secrétaires le savent aussi parce que c'est elles qui managent aussi toute une série de demande de rendez-vous donc elles peuvent dire aussi « Pour ce genre de choses, je vais mettre en même temps chez l'un et chez l'autre pour qu'ils puissent le faire ensemble » ou bien « le docteur F. (assistante actuelle) fait ça très bien ». Pour pouvoir orienter les patients vers ce vers quoi ils veulent affiner leurs capacités. On fait chaque fois le bilan de quels sont les objectifs aussi de l'assistant. Nous on dit aussi quels sont nos objectifs, finalement, que ça se passe bien. Que ce ne soit pas un poids pour nous. Une charge de travail oui, mais pas un poids. Et si les gens sont en dernière année, le TFE, je veux qu'ils commencent à travailler dessus tout de suite parce qu'après, c'est le rush et c'est la cata.

M: Et est-ce que vous réévaluez ces objectifs en cours d'année? Ou vous faites le bilan en fin d'année?

Med 4 : Parfois. Ici, on a eu l'occasion de faire pas mal d'infiltration d'épaule très vite, elle m'a dit « Pour les épaules c'est okay » Elle l'a fait toute seule devant moi. Mais par contre, les ongles incarnés, on en a fait ensemble mais elle ne se voit pas encore en faire toute seule. Puis j'avais un spino cellulaire sur le lobe d'une oreille d'un patient, je lui dis « écoutes, viens avec moi parce que tu vas voir et moi j'aime bien être à quatre mains parce que les oreilles ça saigne

beaucoup ». Donc oui, ça se réévalue aussi en cours d'année, en fonction des opportunités, des occasions qui se présentent.

M: Et est-ce que vous utilisez des supports particuliers lors de la supervision? C'est une discussion ou il vous arrive d'utiliser des grilles d'évaluation, des trucs du genre?

Med 4: Je n'utilise plus maintenant, mais j'ai utilisé une grille qui avait été proposée lors d'une journée de formation pour faire un feedback à l'assistant et c'est très standardisé. C'est à dire: on explique la situation dont on voudrait discuter. On demande à l'assistant: comment ça s'est passé et quelle est son appréciation de sa performance. Après, on donne notre perception à nous ou ce qui nous a été renvoyé et on discute de comment améliorer la situation. C'est truc qui avait été proposé par des canadiens. Je l'ai utilisé quelques fois quand ça doit vraiment être très formel et sinon c'est plutôt la même structure mais de façon orale. Mais ça dépend aussi de la posture du maître de stage. Je pense que peu d'assistant ou de stagiaire ont peur de moi. Ils savent bien que je peux gueuler mais pas sur eux, sur des situations qui ne se passent pas comme faut et on peut parler d'un truc qui s'est bien ou mal passé sans qu'on en vienne à de l'humiliation ou des aspect négatif. Je parle souvent aux assistants et aux stagiaires de mes propres erreurs. Parfois ça prête à conséquence. Quelque part, montrer sa vulnérabilité et ses faiblesses aussi peut les renforcer. Et ça nous permet d'être meilleur médecin parce qu'on s'améliore plus avec nos erreurs qu'avec nos réussites. Eric Galam, un médecin français, a fait un livre « le médecin, la deuxième victime de l'erreur médicale ». Il a montré que quand il y a de grosses erreurs médicales, en général, les médecins arrêtent la médecine par contre, ceux qui n'arrêtent pas sont bien meilleur après et donc qu'il fallait soutenir les médecins après une erreur médicale parce que ça leur permettait de rester dans le métier et d'être meilleur plutôt que perdre des forces vives. Moi je suis aussi dans cette philosophie-là. En général quand on fait une erreur, on a tendance à la cacher, à ne pas la débriefer alors que si on en parle on vit mieux. Et on peut progresser. On a quand même toujours largement dans notre enseignement une culture de la performance. Il faut être plus travailleur que les autres, plus performant que les autres. « il faut, il faut, il faut » mais on ne sait pas toujours.

M: Je voulais revenir sur quelque chose que vous avez dit un petit peu plus tôt: vous avez parlé des formations de maître de stage, vous avez refait récemment l'une des formations?

Med 4 : Oui, en fait on doit faire une formation puis chaque année, encore une journée. Donc moi jusqu'à présent, je les faisais à l'UCL mais j'étais pas satisfait du contenu. Je trouve que ça ne correspondait pas beaucoup à ce que j'attendais. J'ai l'impression d'être plus utilisé pour les projets du CAMG que le CAMG me fournisse des outils pour m'aider dans mon travail de maître de stage. Donc je me suis dirigé vers Liège où il y avait des choses plus intéressantes. Et puis cette année, quand j'ai voulu m'inscrire, il n'y avait plus de place, donc j'ai été contraint de m'inscrire à l'ULB. J'y suis allé et j'ai eu d'autres ateliers, d'autres animateurs, et j'ai aussi pris pas mal de choses intéressantes. Donc, ça m'a convaincu « faisons plutôt plusieurs en fonction des années », parce que cette formation est donnée par les unif mais on est pas obligé d'aller dans la même unif. Tant mieux, c'est une richesse.

M: Qu'est-ce que vous trouviez bof dans celle où vous avez été?

Med 4 : L'UCL, soit c'est une grande journée de temps en temps sur un thème ou l'autre, soit c'est des demi-journées mais donc des soirées en fait. Il y en a une à Bruxelles, une à Mons ou à Marche en Famenne. On commence à 18h donc ça c'est déjà pas évident, jusque tard le soir. Parfois c'est de l'improvisation ou l'UCL venait nous présenter un truc où ils voulaient notre feedback à nous mais ils n'avaient rien préparé pour nous. Alors que moi quand je viens à une formation de maître de stage, j'ai envie qu'on m'apprenne à faire un bon feedback, à faire une bonne supervision, à comment accompagner de manière performante un TFE. Quel est vraiment le rôle du promoteur, du superviseur? ça, jamais rien à l'UCL. Y a juste la grille là, je l'ai eue dans une formation à l'UCL mais elle était donnée par les canadiens et eux avaient préparés quelque chose. Pour l'accompagnement de leur TFE aussi. A l'ULg, le promoteur c'est d'office quelqu'un de l'équipe académique et c'est une nette supervision en plus. Et après, on choisit le promoteur qu'on veut. L'accompagnement est plus strict, plus rigoureux. Qui d'ailleurs fait des meilleurs TFE. Les jurys vous le diront que les travaux de Liège sont vraiment mieux.

M: Est-ce qu'il y a des trucs en plus que vous vous dites « ça, ça influence très fort ma pratique avec mon assistant et je trouve que c'est important de le dire. » ?

Med 4 : (Réflexion) le changement de statut des assistants. Avant, les premiers assistants étaient des indépendants qui signaient un contrat avec moi et moi je ne les ai jamais exploités, ils gagnaient très bien leur vie. Ça permettait de faire aussi un accompagnement dans « médecin gestionnaire de cabinet », ils devaient déjà tenir leur comptabilité, leurs recettes, leurs dépenses etc. On apprenait à tenir un carnet, un livre journal. Maintenant, en fin de deuxième, ils commencent à s'inquiéter, il fallait que je montre etc. Alors, l'assistant est libéré de cet aspect-là oui mais il va devoir quand même s'y coller après puisque plus de 90% deviennent indépendant. Je pense que c'est dommage parce que moi j'ai vu des assistants qui hésitaient à se lancer comme indépendant, qui cherchaient une maison médicale ou un truc où ils pouvaient encore être dorlotés alors que c'était par leur désir ultime. Ou ils font l'un ou l'autre emplacement puis seulement ils s'installent. C'est un frein ces deux ans de salaria pour s'installer après. Je pense que c'était plus profitable à l'installation et à la rétention dans le métier. On voit que quand des gens abandonnent le métier, c'est aussi à cause des difficultés administratives et financières. Maintenant, pour les assistants, certains médecins en profitaient puisqu'ils mettaient le minimum prévu pour l'assistant et il gagnait très très peu sa vie alors que le maître de stage gagnait beaucoup. Moi j'ai pas pris un assistant pour gagner des sous donc il est payé. J'avais des assistants qui gagnaient entre 5 et 8 mille euros par mois. Maintenant ils ne savent plus faire ça, je comprends aussi qu'ils n'ont pas envie de faire deux heures en plus. Quand il y a une épidémie de grippe, ben... Voilà! Tandis que si c'était pour eux, s'il y avait encore quatre patients prêts à passer chez eux, ils resteraient.

M: Et pour avoir commencé à avoir des assistants pourquoi?

Med 4 : Pour partager ! L'expérience ! De mon temps, on était pas obligé d'être assistant, on pouvait s'installer et aller aux séminaires 1/15. Ça nous supervisait. Moi j'avais un maître de stage mais vraiment, un compagnonnage où j'ai appris beaucoup de choses et j'avais envie de faire la même chose. Et je sais que pas mal de mes anciens assistants font la même chose. Parmi eux, il y en a quatre ou cinq qui sont maître de stage. C'est contagieux.

Interview 5

Femme, 59ans, 34 ans généraliste, première assistante, solo

M: Est-ce que vous pouvez me parler de votre expérience en tant que mds?

Med 5 : Je me sens mieux depuis que j'ai mon assistante. Même si j'ai une petite expérience, et c'est le début pour elle, elle est en première année. Je travaille tjs autant, en heure, ça ne m'a pas diminué ma charge de travail mais j'ai un ressenti tout à fait différent par rapport à mon travail. C'est assez difficile à expliquer. J'aurais dû le faire plus tôt mais il faut toujours le temps. Il faut trouver la personne avec qui on peut vivre.

M : Et comment vous avez choisi justement ? Comment vous avez senti que ça passait bien ?

Med 5 : Elle m'a laissé un message, je lui ai demandé son CV. On ne s'est pas rencontrées avant, elle est venue faire un stage au mois de mai pendant trois semaines et on s'est senties bien ensemble. C'est assez comique. Et elle ne restera pas, ça je sais déjà, c'est juste pour une année. Au départ, elle avait dit peut-être trois ans mais maintenant on sait que c'est que pour une année mais malgré tout, ça se passe bien.

M: Vous pensez continuer à avoir un assistant?

Med 5 : ah oui ! Le tout, c'est qu'il faut que je retrouve. Mais la difficulté, c'est vraiment d'être bien avec la personne au niveau relationnel. D'abord. Le métier tu l'apprends. Le relationnel, tu l'as ou tu ne l'as pas. Il y a des choses qu'on a au départ, c'est comme la déontologie, tu l'as ou tu ne l'as pas, t'as beau l'étudier, ça ne rentrera jamais, malheureusement. Après, la médecine, au niveau pratique, je pense qu'on peut l'acquérir. Il y en a qui ont plus au départ que d'autres mais voilà. Mon expérience est petite, je ne peux pas dire que je me sentais mal avant mais j'étais fort fatiguée et je ne me vois pas retravailler comme ça.

M: Et avec elle, vous avez identifié des trucs qui font que la relation passe bien?

Med 5 : C'est vraiment personnel. Quand tu rencontres quelqu'un, tu sais que tu peux t'entendre avec ou faire confiance ou pas. C'est un peu comme dans un couple, il faut s'entendre sur bcp de choses pour vivre ensemble. Et un assistant, finalement, il fait partie de ta vie : il entre dans ta maison, on mange ensemble, elle a les clés de la maison, on est parti en vacances, c'est elle qui gère ici donc c'est, enfin, ce n'est pas comme un enfant mais c'est vraiment quelqu'un que tu introduis dans ta vie. Au niveau professionnel mais au niveau privé aussi. Note, pte qu'il y en a qui sont plus scindé, plus séparé. Ça, ça dépend. Je trouve que c'est un partenariat, d'emblée, une assistante, c'est une collaboration. Ce que je veux c'est qu'on travaille ensemble pour le bien du patient. Et du cabinet.

M: Comment vous l'avez intégrée dans votre quotidien, ça n'a pas été trop difficile?

Med 5 : Non, franchement ça s'est fait comme ça. Maintenant je loue un deuxième cabinet d'un autre médecin qui a arrêté de travailler en décembre 2018. A ce moment-là, je cherchais mais je n'avais pas trouvé « l'âme sœur » comme je dis. Parce que moi mon cabinet, je l'occupe tout le temps et je n'avais pas envie de devoir me presser pour finir à l'heure. Il y en a qui

alternent mais du coup, quand tu as du retard, tu impactes ton confrère. Donc pour elle comme pour moi, j'avais pas envie de stress donc je loue. Si je suis en vacances, elle est ici, il y a que le cabinet ici qui fonctionne. Sinon, elle a son cabinet et moi le mien. Les patients vont d'un côté ou de l'autre, on a un dossier commun. Le jeudi, là elle vient ici parce que je garde ma petite-fille. C'était aussi le but. Le jeudi matin, je travaille encore souvent mais progressivement, je vais diminuer mais il faut le temps que je me décide à lâcher tout doucement. En tout cas, le jeudi, c'est F. (ass actuelle) qui est dans le cabinet et moi je suis ici avec Anouk (petite-fille) donc au niveau suivi, si elle a des questions, je peux aller plus facilement. Maintenant si elle est dans l'autre cabinet, elle me téléphone, WhatsApp c'est hyper pratique ! On s'aide des technologies. J'ai toujours le télésecrétariat et j'ai un agenda électronique. Donc il y a 8 ou 9 dixièmes des rdv qui sont pris en ligne. Là, il y a deux agendas et c'est pas top-top au niveau des patients parce que il faut s'y retrouver. Hier, j'en ai encore une qui avait pris rdv chez F. et qui s'est retrouvée ici. Ça pourrait être plus clair.

M: Pour la supervision, vous me disiez, une partie par téléphone, est-ce que vous avez aussi prévu un temps dans la semaine pour discuter?

Med 5 : On fait le courrier ensemble, on mange presque tous les jours ensemble et c'est plutôt en mangeant ou comme ça mais on a pas mis "le mercredi de 2 à 3". Il y a plutôt un debriefing permanent. J'étais en vacances, elle me contactait plusieurs fois par jour et le soir, un petit debriefing. Les trucs qu'elle sait gérer elle-même, elle gère. Les trucs qu'elle ne sait pas qui peuvent attendre, c'est pour plus tard et le reste, elle m'appelle. Le debriefing est permanent, encore hier, on discutait mais on discute aussi de la vie en générale, pas que médecine. Aussi du fonctionnement, son bien-être, le mien etc... Je pense qu'elle savait clairement dès le départ, mon but à moi c'était d'améliorer ma qualité de vie et de travail.

M: Et vous trouvez qu'elle s'est améliorée parce que vous trouvez que vous avez plus de tps avec les patients par expl? Ou parce que vous avez quelqu'un avec qui partager les cas ?

Med 5 : Il y a un peu de tout, il y a le partage, il y a le fait de pouvoir compter sur quelqu'un. Le stress, c'est de ne pas pouvoir répondre à la demande. Et maintenant, comme F. est là, ce que je ne sais pas voir et qui doit être vu la journée, elle, elle sait le voir. Donc c'est une répartition comme ça. Enfin, c'est une impression. C'est peut-être le fait de ne plus être seule en fait. Parce qu'il y a quand même des gens qu'on ne sait pas voir le jour même, ça déborde quand même. Et finalement, l'ass a, avec les séminaires, les machins, les trucs, vous avez quand même des heures à respecter. Je peux pas lui faire faire des journées de 12h comme moi. Mais quand j'étais en vacances, elle a fait des bonnes journées.

M: Au niveau de vos attentes par rapport à F., qu'est-ce que vous aviez identifié? Est-ce que vous avez l'impression que ça a un petit peu changé maintenant? Que ça changera pour la prochaine ass?

Med 5 : A la limite, mon but au début c'était de pouvoir partager, de pouvoir déborder un petit peu. Donc, j'attendais qu'elle soit capable de gérer. En gros, de faire le travail que je fais. Et de la former. Ça je vois bien, par rapport au premier octobre quand elle est arrivée et maintenant, il n'y a pas photo! Le problème, c'est que quand tu avances, tu ne t'en rends pas compte en fait. On voit tjs ce qu'on ne sait pas. Encore moi maintenant, il y a toujours des

choses que je ne sais pas. Mais le premier jour c'est vrai que c'était (sous-entendu, un peu chaud). Par contre, je me suis rendu compte, j'avais oublié, qu'il y avait beaucoup de choses à apprendre : au niveau médical, au niveau pratique, informatique, administratif,... Il y a beaucoup d'aspects finalement dans le boulot. Et il faut tout gérer. Et au niveau informatique, les dossiers globaux, les demandes de remboursement, les joyeusetés ...

M: Et quand vous dites la former, c'est lui donner des clés pour qu'elle arrive à tout ça?

Med 5 : Est-ce que je lui dis « il faut faire comme ça » ou « est-ce que je lui donne...? ». Ça dépend : il y a des choses où je dis « moi je fais comme ça, après à toi à essayer et à te faire ton idée », maintenant il y a des choses auxquelles il faut vrmt faire attention, le reste, pour les pathologies bénignes, t'as dix façons de les traiter. Je la laisse aussi et on confronte nos avis. Après, si je trouve que ça ne va pas, je vais le dire. Il y a des choses, c'est comme ça et pas autrement.

M: Je me faisais la réflexion, c'est pas trop difficile quand on a suivi ses patients, parfois pendant 20 ans, de les partager avec quelqu'un d'autre?

Med 5 : Pour moi non, pour le patient oui. Ça c'est une difficulté pour le patient d'être face à quelqu'un d'autres. Il y en a qui sont là « ah non ». J'ai parfois été étonnée et interpellée, il y a des patients, je ne m'attendais pas à cette réaction-là. Je ne sais pas comment je dois dire. Mais Phillipe (époux) me dit souvent « non, ils viennent pour toi, ils ont envie de te voir toi ». Alors ce que je disais c'est que s'ils veulent que je tienne, ils doivent me partager un peu. Sinon à un moment donné, ça va péter. Je l'ai dit : je vais durer longtemps. Parce qu'au début, ça a été un peu panique à bords, les patients : « vous allez arrêter de travailler ! ». Non ! Moi c'était pas du tout mon objectif. Au contraire « non, je ne vais pas arrêter de travailler mais il faut que je trouve une solution pour durer justement ». Je n'ai pas de plan d'arrêt. Moi c'était vraiment l'inverse et avec les patients qui disait « vous allez arrêter de travailler », je me disais ouaille: je veux encore travailler! Faut pas non plus qu'on me mette dehors ! (rires) que ça y est, mon truc s'écroule! Le stress ! Maintenant, il y en a de toute façon où je sais d'office, c'est moi qui les vois, ils ne partageront jamais. Et d'autres, qui progressivement...

M: C'est humain, la relation interpersonnelle.

Med 5 : Ah oui c'est complètement vrai! Maintenant d'un autre côté, on a tous été jeunes, il faut bien commencer. Mais le patient, par définition, est égoïste, c'est humain.

Ph: Mais le patient doit aussi savoir qu'il y a toujours un contrôle.

Med 5 : ça je le dis et même pendant les vacances : « le dossier est là, elle est là et je suis toujours derrière ». C'est vrai qu'il faut rassurer les gens. Ça je n'avais pas pensé à cet aspect au départ. Mais pour l'assistant, ce n'est pas facile. Parfois je me dis « comment c'est possible d'être aussi désagréable ? ». Il y en a qu'elle a amadouée comme ça, qui ne voulaient pas au départ. Elle est contente évidemment parce que elle arrive à créer le contact malgré la réticence... Moi j'ai facile, moi s'ils viennent, ça fait longtemps. Mais je leur dis aussi : « même si vous me préférez moi, il vaut mieux l'assistante qui a le dossier, avec qui je suis au téléphone si nécessaire, que d'aller aux urgences ou au poste de garde ou chez quelqu'un qu'ils ne connaissent pas. » Il faut éduquer et rééduquer les patients. C'est une autre approche.

M: Et dans les autres avantages ou autres difficultés auxquelles vous n'aviez pas pensé, il y a quoi?

Med 5 : (réflexion) Il y a ces petites difficultés là mais qui est plus une constatation. Une difficulté sans être une difficulté, c'est comme ça. Ça a peut-être plus été au départ la mise en route. C'était pas au niveau médical, c'était au niveau pratique. L'ordinateur, health one, pour avoir tout, les sessions avec les tarifications etc... Au niveau informatique, le premier mois, ça m'a pompé l'air... J'avais déjà oublié. La mise en place et même en s'y prenant à l'avance. On avait signé le contrat au mois de juillet, j'avais prévenu au niveau informatique, j'avais pris rdv avec health one. Même en prenant rdv, il y a plein de choses qui ne vont pas et on a passé un temps fou à coordonner les deux logiciels. Une grosse énergie pdt un mois, un mois et demi. Chez health one, au téléphone, tu dois taper un, taper deux, taper un, tu n'en as plus au téléphone ou ça dépend vraiment sur qui tu tombes. C'est partout comme ça, l'informatique... Il faut que tout fonctionne pour que tu puisses être opérationnel et comme on a pas de temps à perdre !

M: Ma dernière question est sur la formation de mds de stage: est-ce que vous vous sentez suffisamment formée pour être mds?

Med 5 : Je ne suis pas du tout formée moi

M: Vous n'avez pas dû faire la formation?

Med 5 : Si mais...(toussotement dubitatif). J'ai été faire mes heures. Je ne sais plus combien de truc à faire, je suis allée à Gembloux. C'est bien ça ? Mais à la limite... Oui les formalités administratives mais le reste, tu l'apprends sur le tas. La première : savoir la CCFFMG ce que c'est, comment tu dois faire pour payer ton assistant, ça oui. La formation comme mds de stage... La question est là: est-ce qu'il y a besoin d'une? Je ne suis pas enseignante. Est-ce qu'il faut être enseignant pour former ? Je pense que c'est plus un accompagnement et tu apprends en travaillant. Nous, on a appris en travaillant, seuls. Vous avez quand même un référent à qui poser les questions mais c'est à vous à vous former en fonction des cas avec quelqu'un qui peut vous aiguiller. Les formations qu'on a, de temps en temps, il y a un module qui est intéressant au niveau gestion stress, gestion comportement, moi j'aime bien. Mais les jeux de rôle là, (rires), celui qui fait du théâtre, il aime peut-être bien mais moi je ne sais pas être quelqu'un d'autre. Moi je suis moi, je ne sais pas me mettre dans la peau de, jouer le rôle de quelqu'un d'autre qui réagirait différemment. A un moment donné, moi je dis « écoutez, ça ne va pas, moi c'est comme ça, je fais comme ça ». Donc au niveau formation, il n'y a rien comme ça... Le tout évidemment, ça se passe bien. Mais c'est vraiment une question de personne. Comme je disais, avec F., c'est qu'on devait se rencontrer. Jusqu'à présent, on a pas eu de soucis. Moi par exemple, je ne suis pas à une heure près dans les deux sens niveau horaire par exemple. Elle, elle n'est pas à une heure près mais moi, si elle a besoin d'aller pour sa voiture, elle va pour sa voiture. Je ne suis pas en train de compter, il faut une certaine souplesse dans les deux sens. Je lui ai dit aussi: « si t'as quelque chose à dire, tu le dis ». Pas accumuler des rancœurs ou des trucs. Maintenant on a tous des jours, c'est humain, le jour où t'es moins bien, t'es fatigué. Par contre au niveau formation, ça tu ne sais pas... En communication, ça peut améliorer quelqu'un qui a déjà, à mon avis, une bonne communication et qui a encore envie de s'améliorer. Mais comme je disais au départ, c'est

comme la déontologie, la communication, soit on l'a et on a envie d'être encore plus humain et plus communicant soit... Et il y a des gens voilà... ça c'est mon avis. Maintenant je suis peut-être perçue d'être différente de ce que je crois! Mais, un patient où c'est plus difficile, je vais quand même essayer d'aller dans la communication, de tisser un lien. F., je vois qu'il y en a où elle va y arriver et d'autres, « ah non, là non ». Moi je me dis, c'est pas toujours facile au départ mais il y en a où on arrive qd même à tisser un lien thérapeutique.

M: C'est aussi construire son identité de médecin et arriver à distinguer qui on est nous de qui on est comme médecin. Est-ce qu'il y a un truc que vous voudriez dire en plus?

Med 5 : J'avance un peu à tâtons. Mais c'est vrai qu'au début quand j'ai signé le truc, je me suis dit « Houla, qu'est-ce que j'ai fait ! » (rires) A la limite, j'ai déjà oublié, j'avance mais c'est un changement de vie. Il fallait qu'elle s'entende aussi avec Philippe l'air de rien. C'est quelqu'un qui entre dans la famille, c'est pas que le métier. Il y en a peut-être où c'est plus scindé si le cabinet n'est pas à la maison par exemple. Là, les rapports sont plus de patron à employé je vais dire. Mais une fois on parlait et elle m'a dit « vous êtes quand même mon boss » et là, ça m'a un peu étonné parce que je ne me considère pas comme ça mais oui, finalement, c'est vrai. Moi je le vois plus comme un partage. Dans ma tête, je ne l'avais pas vu comme ça. Au niveau formation, diriger quelqu'un, je le fais peut-être sans le savoir mais pas avec l'esprit militaire. Il faut de la souplesse.

M: Est-ce que vous pensez que le fait de vous voir souvent de façon informelle participe au fait que vous vous entendez bien?

Med 5 : Oui. Avec F., on s'est d'emblée bien entendue. Pour moi, c'est que ça devait se faire. Alors qu'il y avait d'autres stagiaires... Mais il ne faut pas un mois pour voir si ça va se passer ou pas. Pour en revenir à ta question ? Ils comptent changer quelque chose ?

M : Niveau formation ? Non, à la base c'était une question un peu subsidiaire et je me rends compte que jusqu'à maintenant, il n'y en a qu'un de satisfait de formation ULB et ULg mais pas UCL. Dans les formations continues, pas dans la formation initiale.

Med 5 : Oui, il y a des sujets comme « comment aider mon assistant pour son TFE », « comment faire de la recherche scientifique », « comment gérer le stress en général », « problème relationnel », et des trucs comme ça... Je me dis que j'en ai pas besoin. Les formations c'est bien mais pdt que tu es en formation, tu ne travailles pas. Pareil pour les assistants et finalement, le travail c'est une formation permanente. Tu te formes toi-même. Moi, même avant que l'accréditation n'existe, je n'ai jamais arrêté d'aller en formation. Si tu restes avec juste ton diplôme, en un an, t'es complètement périmé ! (rires) C'est spontané quand tu aimes ce que tu fais. La formation mds, tu y vas pour tes points. Le côté agréable, c'est que tu rencontres des gens que tu n'avais plus vu depuis longtemps. Mais c'est un intérêt complètement parallèle. Tu papotes et tu confrontes ton expérience en mangeant un petit bout. Là oui mais j'y vais parce que je suis obligée. Mais si tu n'obliges pas, il y en a qui ne font rien.

Interview 6

Homme, 48 ans, 23 ans de profession, mds depuis 11 ans, 2 assistants pour le moment, MM au forfait en milieu urbain. Médecin coordinateur pour centre de jour pour personne toxicomane, formateur expert médical pour la transmission de maladie au sein d'une population toxicomane, a été président du cercle local, animateur SLR.

Med 6: On était deux mds ici à la MM et suite à des arrangements, des visions de vie différentes, le deuxième mds est parti au mois de mars. Et donc, pour ne pas mettre en défaut les deux assistantes, comme on avait chacun une assistante, j'ai décidé d'en reprendre une en plus alors que normalement, je n'ai chaque fois qu'une assistante.

M: Est-ce que vous pouvez me parler en général de la supervision? Comment vous la voyez, comment vous la vivez ?

Med 6: Ici, actuellement, ce qu'on fait surtout c'est mettre quelque chose de ponctuel. Une fois par semaine, on a dans l'horaire une rencontre d'une heure prévue avec l'assistant. Pendant cette heure-là, moi personnellement je mets chaque fois un thème de ce dont on va débattre, ce qu'on va faire. Pourquoi est-ce que je fais ça ? Parce que dans le système ici à la MM, on a deux autres réunions qui ne sont pas des tête à tête mais une réunion d'équipe de deux h le mardi et une réunion médicale d'une h et demie. Il y a déjà pas mal d'échanges au niveau cas clinique ou sociaux ou tout ce qui est rencontré par l'assistant quand il travaille. Donc la supervision est là surtout pour discuter avec le mds d'autre chose que de la clinique. Maintenant, le thème n'est pas imposé, on en discute. Parfois l'assistant veut qu'on discute de clinique et moi je ne suis pas contre du tout mais ça ne prend pas toute l'heure de supervision.

M: Et ça pourrait être quoi comme thème par exemple?

Med 6 : Le bien soin de soin, l'empathie, quel système de santé on défend, de quel système de santé on fait partie, qu'est-ce que les lois sociales, pourquoi est-ce que le chômage existe, quel type de prise en charge non médicale est-ce qu'on peut faire, l'entretien motivationnel... ça va vraiment dans tous les sens, les thèmes sont ce qu'on rencontre d'une manière globale dans notre métier. Moi je suis surtout la dernière recommandation Wonca qui est très lointaine, 2001. Le médecin généraliste a été analysé sous toutes ses coutures : il y a le médecin généraliste en tant qu'être humain mais aussi en tant que professionnel, que gestionnaire, que fondateur d'une famille, homme ou femme dans la société actuelle... Pas mal de thèmes intéressants où on doit réfléchir avec l'assistant dans ce qu'il veut mettre en place pour le futur, ce qu'il a envie de mettre en place et de comment il va le faire.

M: Et comment est-ce que vous avez entendu parler de Wonca?

Med 6: Quand j'étais président de cercle, on a fait toute une réflexion en se disant « qu'est-ce qu'on va mettre en place pour aider les médecins généralistes ». Avant de comprendre ce qu'on va mettre en place, il fallait comprendre ce qu'était un médecin généraliste et donc on a défini ce que c'était et comment on pouvait les aider, à quel moment, à quel endroit, quels moyens. Et on a fait le tour de la question avec Wonca. Parce que c'était le seul élément

débatte au niveau de la mégé au niveau européen et mondial. C'est un truc qui date, depuis lors, il y a eu pas mal de réflexion autre mais plutôt locale. C'est en France ou en Espagne, en Hollande, pour définir le système de santé et comment le médecin y adhère ou en fait partie. Mais jamais une réflexion générale sur le métier de médecin généraliste.

M: Comment est-ce que vous avez décidé de la fréquence?

Med 6: Dans le vade-mecum, il est marqué qu'il faut faire une fois par semaine et on a remarqué que si on le faisait comme ça, c'était bien pour l'assistant et pour le mds parce que on était content que ce soit écrit quelque part. Maintenant, au niveau pratico-pratique, soit les choses se passent bien et on ne fait pas de supervision d'une heure une fois par semaine, soit les choses ne se passent pas bien et on fait deux-trois supervision sur la semaine. On met en place une théorie de rencontre mais on peut s'interpeller quand on veut dans la journée ou dans la semaine. On peut se dire aussi « tiens j'ai pas envie de te rencontrer aujourd'hui, ou c'était prévu mais j'ai pas envie de te voir parce que j'ai d'autres choses à faire » et ça, c'est complètement compris par les deux partis. A ce moment-là, on se remet une date de rencontre et si jamais l'assistant ou le MDS veut voir l'autre plus tôt, on se remet une date plus tôt. C'est toujours d'un même accord. Le pourquoi on a décidé de faire comme ça, c'est parce que c'est écrit. Maintenant, d'expérience, il y a une demande qui est bcp plus importante quand l'assistant est en 1ère ou 2ème année qu'en 3ème année. On sent que l'assistant a moins besoin de supervision, il a plus besoin d'un coaching: faire comprendre à l'assistant qu'il fait bien les choses au niveau thérapeutique, anamnésique, prescription. Un renforcement des acquis. Au début du cursus, ils demandent plus ce qu'il faut faire et comment il faut le faire donc là, on a un rôle de mise en place comme nous on les sent et une interprétation : ce que nous on met en place, est-ce que ça les agrée ou pas ? Donc la supervision n'est pas la même en première année qu'en troisième année.

M: Et vous me disiez que vous l'aviez trouvé dans le vade-mecum, c'est dans celui de la Fédé ?

Med 6 : Il y en a une de la CCFFMG où il est marqué qu'il y a une supervision qui doit être faite. Au niveau de la Fédé, il y a un vade-mecum pour les assistants où il est marqué « une heure au minimum ».

M: Certains médecins me disaient qu'à cursus égal, le caractère de l'assistant et ses expériences passées changeaient aussi la donne. C'est quelque chose que vous retrouvez aussi?

Med 6: Dans la personnalité de l'assistant, il y en a qui vont être très vite en confiance et d'autre qui vont être très peu vite en confiance. Ceux qui sont vite en confiance ont envie d'avoir une indépendance et une autonomie assez rapide. Nous on était dans la réticence par rapport à ça. C'est vrai que certains sont bcp plus vite formés ou avec des réflexes de travail plus vite acquis mais le problème c'est que la réflexion n'est toujours pas acquise. La supervision est mise en place pour une remise en question je trouve. Remise en question de certaines pratiques, certaines réflexions ou certaines croyances ou aussi référence. C'est important. Nous on disait avec L. (mds en binôme), on ne veut pas soigner les assistants, on veut les assister. On est là pour faire part de notre expérience mais c'est notre expérience à nous avec notre bagage etc... Mais il y a aussi des références sur lesquelles on veut ouvrir les

yeux aux assistants. Et une réflexion personnelle. L'air de rien, si on prend que le système de soin, un assistant vient ici, c'est pas parce que on fait des soins dans un contexte social ou dans un contexte forfaitaire ; c'est parce que ils veulent tester ça. Nous, en accueillant l'assistant, on ne ment pas, on a choisi ce système-là parce que on y croit et qu'on veut travailler là-dedans et donc, on remet en réflexion l'assistant par rapport au système de soins: est-ce que ça te convient, est-ce qu'il y a des choses que tu veux améliorer, est-ce que tu trouves que toi tu veux travailler dans ce système là ou tu trouves ce système-là complètement débile et arriver à l'acte. C'est important que l'assistant se prenne en charge au niveau de cette réflexion.

M: Pour le temps de la supervision, comme vous avez deux assistantes pour le moment, comment vous faites? Est-ce que vous prenez les deux ensembles ? Séparément ? Quand vous étiez deux mds, est-ce que vous faisiez les rencontres à 4 ?

Med 6 : Ce qu'on faisait avec L., c'était six mois-six mois. On supervisait une assistante six mois puis elle passait chez l'autre mds et inversement. Comme ça, elles avaient six mois de supervision avec quelqu'un qui avait un certain bagage et une certaine façon de fonctionner puis six mois avec quelqu'un d'autre. Ça permettait de voir différentes choses et d'avoir une supervision différente aussi. Plus on a d'expériences et mieux c'est. Actuellement, je mets un jour une heure pour une assistante et un jour une autre heure pour l'autre assistante et on va mettre quelque chose en commun. On a des objectifs communs à travailler comme le carnet d'adresse qui est très important à mettre en place. Ça ce sera la supervision en commun, par contre les autres sont en tête à tête.

M: Vous me parliez de supervision plus ponctuelle: ça commence plutôt comment dans ces cas là? C'est l'assistant qui vous interpelle autours de quelque chose ou l'inverse?

Med 6: Il y a deux choses, les formelles, ça veut dire qu'au niveau de résultats, certaines consultations, contacts téléphonique ou l'assistant voit comment on travaille. On se met des copies de bio l'un à l'autre. Moi si je ne vois rien dans le dossier, je lui demande « tiens comment tu traites cette prise de sang, ce résultat de scanner ». Si c'est dans l'autre sens, c'est pareil, elle me dit « tiens j'ai reçu une prise de sang de votre part et j'ai pas vu dans votre dossier ce qu'il se passe au niveau de la prise en charge », on en parle aussi. L'informel, c'est quand il y a par exemple, une demande d'avis assez importante, pour l'assistant comme pour moi, on s'appelle, on fait une consultation à deux. S'il y a une consultation à refaire et que l'assistant n'est pas très en sécurité ou en confiance, on la fait en doublon et alors si jamais l'assistant va mal, on en parle. On parle aussi des situations qu'on rencontre au niveau émotionnel. On appelle ça des réunions debout chez nous. On se croise et on se dit « je dois te parler » et hop! Le formel, soit on se met un temps pour en parler soit on n'a pas grand chose à faire et on le fait directement. On révise aussi des cas de façon formelle ou informelle quand la demande est là. Ici, on essaie que l'assistant soit un médecin à part entière : il a le même temps de travail que nous, les mêmes répartitions du temps de travail au niveau rdv, consultations et visites donc il voit autant de monde que nous s'il veut. Et dans les chroniques, on met une liste de chroniques qu'on « échange » avec l'accord du patient. Une fois sur deux, c'est l'assistant qui va le voir. Il y a aussi le « chronique assistant », ça veut dire qu'un ou deux patients sont suivis uniquement par l'assistant.

M: Et lors de toutes ces supervision, est-ce qu'il y a des moments où vous avez été mis à mal? Où vous êtes dit « je ne sais pas très bien comment réagir à cette situation »?

Med 6 : Dans le mis à mal, c'est surtout quand on est dans une position hiérarchique où on se dit « c'est moi qui ai raison donc toi tu te tais » donc non, nous on n'a pas vraiment cette mentalité ici. Dans un sens, on essaie de pouvoir faire des consensus et d'écouter ce que tout le monde raconte puis d'arriver à une conclusion qui agréé les deux partis. Il n'y a pas de chef ici, même si, au niveau administratif, il y a un chef vu que je dois signer le machin. Si je veux faire chier, je le signe pas donc ça crée des tensions. Mais ça, c'est pas mon intention du tout. Tout est discuté, tout est mis à plat. Ce qu'on a déjà eu, ce sont des conflits entre assistants : il y avait deux assistants et deux façons de voir les choses au niveau suivi des patients et de la structure d'horaire. Donc il y a eu des discordances qu'on a mises à plat à un moment donné et on a trouvé un système qui agréé les deux. Et après, il y a eu réconciliation et compréhension de chacun. Moi j'ai jamais eu de difficulté avec les assistants sauf au niveau structurel. Au début, on met les règles par rapport aux horaires, aux gardes qu'ils doivent reprendre etc... Et comme je fais partie du cercle et du rôle de garde sur Namur, je défends fort que le mds doit être présent pour les gardes des assistants que ce soit physiquement ou par téléphone et que l'assistant puisse se dire : « si je reprends une garde, je suis sûr que mon mds sera là ». Et il y a eu un cas où l'assistante avait pris une garde sans m'en parler. Elle m'a interpellé alors que j'étais en train de skier. J'ai appris ce jour-là que j'étais de garde. Moi j'étais pas content. J'ai pas été impoli mais j'ai dit « on s'est tjs mis d'accord pour dire qu'on devait être là physiquement et pouvoir te superviser. Là, tu me mets dans l'embarras parce que tu me mets devant le fait accompli, moi je ne sais rien faire et donc je ne suis pas content ». Ça c'était une de ses erreurs mais elle a pu comprendre les choses et elle ne l'a plus jamais fait. C'était, comme je décrivais au départ, elle était en dernière année et elle était dans le « je suis autonome, je fais ce que je veux ». Elle était déjà dans une phase où elle travaillait un peu pour elle et elle ne prenait plus conscience qu'elle était tjs supervisée, toujours assistante. On en a rediscuté ; « tu veux être indépendante et tu te projettes sur ta future vie mais n'oublie pas qu'actuellement, tu n'es pas encore là-dedans donc reviens un peu en arrière ». Les autres difficultés qu'on a eu, ça j'en rigole encore, c'est une assistante qui est arrivée sans permis de conduire et sans carnet d'attestation. Elle n'avait pas encore demandé son numéro inami rien du tout. Elle est arrivée comme une touriste. (rires) Donc on lui a fait passer son permis de conduire et on lui a dit de s'inscrire à l'ordre des médecins pour avoir son n° inami. On était un peu en porte à faux à ce moment-là parce qu'elle a dû travailler avec mes carnets et mon n° inami. Mais ça a duré un mois et son permis, elle l'a eu après deux mois donc ça va.

M: Au bout d'une année passée ensemble à travailler avec l'assistant, qu'est qu'il doit avoir acquis, quelles sont les compétences qu'il doit avoir développer?

Med 6: Savoir ce qu'il veut faire plus tard, d'être sûr que dans sa formation et quand il va s'installer, il sait où il va. Les compétences, c'est aussi la conscience de ce qu'il sait faire et où il doit s'améliorer aussi. Pouvoir être critique sur ce qu'il a appris. Nous, on fait tjs, en fin d'assistanat, une espèce de questionnaire de Proust : « donne-moi trois qualités, trois défauts », et on le fait d'une façon interactive, je le fais avec lui. Et à l'inverse : qu'est-ce que tu vois qu'on pourrait améliorer ici, qu'est-ce qui ne convient pas du tout ? On met ça en commun et on discute, ça nous permet à nous de pouvoir évoluer, et à l'assistant de pouvoir comprendre que chaque période de sa vie pourra être un questionnaire de Proust. A chaque

fois, voir ce qu'il veut améliorer, ce qu'il ne veut pas, ce qu'il a acquis, ce qu'il veut acquérir et dans le système où il est, qu'est-ce qu'il veut mettre en place pour l'améliorer ou ne pas l'améliorer. Nous on remarque que quand on sort de formation universitaire et qu'on arrive dans la vie active, il y a une dimension estudiantine où on a appris les choses par nos cours et par les prof. Il y a une dimension personnelle ou éducationnelle, c'est ce que tu as expérimenté personnellement ou par ton éducation. Et une dimension curieuse où tu as envie de savoir, pas pour appliquer mais parce que tu as envie de comprendre. Et ces dimensions, on ne peut rien en faire nous en tant que mds. On ne peut pas soigner les gens on disait « si tes parents ne t'ont pas appris à faire des cakes, je vais pas te dire de faire des cakes ». S'ils ne t'ont pas appris que le chômage, c'est un système à part entière ici en Belgique et qu'il y en a d'autres, je vais pas te l'apprendre maintenant sauf si tu me le demandes mais je vais te l'expliquer comme je l'ai compris. Mais si tu veux vraiment comprendre ça, tu vas demander à l'onem comment fonctionne le chômage. Tout ça, ce sont des choses où on ne peut pas obliger les assistants à se former mais on suscite cet éveil parce que ça fait partie de notre job. On fait partie d'un système et si on ne comprend pas le système, on va faire des impairs, on va essayer de travailler à l'aveugle et ça, c'est pas une bonne chose. On essaie d'éveiller, pas d'inculquer. Une réflexion en interne, où on est outré : dans le profil de la Fédé, il y a une phrase par exemple c'est « est-ce que la personne est de « gauche » ». (Rires) ça me fait tjs marrer, je comprends l'esprit de la Fédé qui défend cette vision des choses mais nous, on est pas là pour former ou dogmatiser des gens sur la politique de gauche et qu'il n'y a que celle-là de bonne. On est là pour dire : « nous on a accepté cette politique là et on fait avec mais ce n'est pas pour ça que toi, tu dois devenir quelqu'un de gauche ». Nous, on a adhéré à ce système-là parce que on y croit mais c'est pas pour ça qu'on va essayer de dogmatiser l'assistant en disant « tu dois devenir de gauche sinon tu ne feras pas une bonne médecine » (Rires). Si l'assistant décide de venir dans un endroit et de fonctionner dans un endroit, il va être identifié comme quelqu'un qui aime cet endroit ou sa façon de fonctionner. Il n'y a rien à faire, si tu t'habilles en bobo et que tu arrives qqe part, on va te dire « t'es une bobo ». On va avoir une image qu'on ne défend pas mais qu'on accepte, lié au choix qu'on fait de l'endroit où on travaille. Moi je dis aux assistants, je les préviens « si tu te dis que tu vas travailler à la MM dans tel quartier, on te traiter de baraki ». C'est pas péjoratif, c'est juste qu'ici, on a cette étiquette où on soigne la population difficile, psychiatrique ect... Faut pas mal le prendre, c'est un choix et on sait bien en interne qu'on est pas des barakis mais les autres pensent ça et tant pis pour eux. Quand on a commencé, on était la première MM au forfait du coin et nous, en tant que médecins adhérents au forfait, je disais : « On est les premiers à s'installer au forfait, on va pas faire une espèce de village gaulois avec une étiquette socialo-communiste, on va aller les voir » et donc je suis rentré dans le cercle de médecins. J'ai été à toutes les réunions pdt 1 ou 2 ans. Et je m'en suis pris plein la tronche. Après, j'ai dit au président de cercle que j'aimerais bien, pdt l'AG du cercle, expliquer ce que c'est le forfait. Je l'ai fait pendant trois ans. A la fin, tout le monde a compris ce que c'était le forfait, pourquoi on avait choisi ça, que c'était notre philosophie de travail. Sans critiquer l'autre partie du système de santé en disant que c'était complémentaire etc. Quand on s'explique et que les gens comprennent, on a beaucoup moins de préjugés mais il faut faire une démarche pro-active. C'est parfois mal compris, et c'est de l'incompréhension que naissent les rancunes, le racisme, ou des conflits. Le fait d'être plutôt ouvert, d'aller vers l'autre, pas faire Gandhi mais se dire que je viens pour délier les langues et comprendre comment on fonctionne : ça va bcp mieux. Moi je suis devenu président de cercle tu vois. « On accepte parce qu'il ne vient pas pour faire un dogme, s'il devient président de cercle, il ne va pas dire « tout le monde passe au forfait ». »

M: Niveau support et outils : vous utilisez quoi par exemple lors de la supervision ?

Med 6: On fait des supervisions de mds où on apprend par le CAMG des outils donc il y a les CNV, le bonhomme OSBD: observation, sensation, besoin, demande. Il y a le fameux « snaps »: c'est une façon de mettre en commun une réflexion sur un cas clinique. C'est en anglais donc c'est résumer l'anamnèse, proposer des DD, analyser les éléments qui parlent de l'hypothèse qu'on veut garder, poser la question au superviseur pour voir s'il y a une incertitude ou une difficulté qu'on a pas rencontrée. Proposer un plan de prise en charge puis savoir, après avoir fait les réflexions, voir si on va pas aller faire de la recherche littéraire sur ce cas là parce que on ne le maîtrise pas. C'est assez facile. On prend un cas clinique "migraine" par exemple, on réfléchit à deux sur la migraine donc à quoi tu penses, qu'elles sont les questions à poser pour l'anamnèse, quels sont les DD, tu en propose trois. Quel est celui que tu gardes en fonction de l'anamnèse et de l'examen clinique. Quelles sont les questions que tu peux poser à ton confrère : je tiens cette hypothèse là mais je crois qu'il y a des liens pour d'autres hypothèse, qu'est-ce que tu en penses ? Après tu proposes un plan de prise en charge : scanner, antidouleur, rien du tout. Et après, tu te dis « qu'est-ce que je pourrais lire pour me conforter dans la migraine et comment la prendre en charge ». Il y a aussi le site de l'UCM pour les allocations, il est très bien fait. Et le fameux Wonca. Et tout ce qui est mon dada: l'entretien motivationnel, la courbe du changement, philosophie: les valeurs humaines. Et la méthode Deming: ça sert à mettre une réflexion sur comment tu veux aborder la prévention par exemple. C'est l'assurance qualité en fédé: quels sont mes besoins, comment est-ce que je vais les mettre en place, comment est-ce que je vais les évaluer, et comment je fais les faire vivre et les améliorer. Il y aussi les déterminants de santé de Whitehead et Dalgren (rires) : « le médecin dans la société ». À la faculté, j'avais pris le cours à option psychologie pour avoir un bagage supplémentaire sur la relation humaine et donc, ça m'a aidé pour pouvoir mettre en place certaines choses. En même temps, j'avais fait des cours en plus en psychologie pour pouvoir mettre en place l'entretien motivationnel et la compréhension du message. C'est un truc que je prône dans la discussion : le message initial et le message final. Quand tu envoies un message à un patient ou à n'importe qui, le message final n'est que 20% de ce que tu as amené. Il faut être conscient de ça. On en parlait encore avec F. la semaine dernière, tu reçois un patient diabétique, tu lui donnes bcp d'infos, il ressort en disant « j'arrête le sucre », mais pour lui, ce n'est pas le coca. C'est le sucre qu'il met dans son café. On a beau mettre n'importe quelle prose ou support, il n'y a que 20% qui passe. Et ça, il faut en être conscient. Ce qui amène de la frustration et le burn out, c'est qu'on essaie de faire passer des messages les plus complets possibles et il n'y a pas grand-chose qui se passe.

M: l'avantage de notre métier, c'est qu'on a la durée, donc il faut se répéter chaque fois pour qu'au bout d'un moment, il y ai de plus en plus d'infos qui passent. Et si les intervenants se recourent, on a une action de plus.

Med 6: Exactement. Dans Whitehead et Dahlgren, les déterminants de santé ont été défini, qu'ils soient social, médical, religieux ou autres... Nous on ne fait partie que de 7% du changement. Ça a été quantifié dans une étude de 91, qui vaut ce qu'elle vaut vu qu'elle est très vieille mais donc, les 93% autres ne viennent pas de nous. Il faut donc être conscient qu'on est pas TRÈS important dans le changement des gens, on peut faire partie du changement mais on est pas les seuls. Donc parfois, le dialogue à l'abri de bus est plus parlant pour le

patient que le nôtre. Ce qu'il faut faire: renforcer le positif puisqu'il y croit. Il y a aussi les thèmes et les supports que les assistants m'amènent. Vous avez aussi des modules maintenant qui sont nouveaux avec des thèmes bien spécifique. L'assistant me dit « j'aimerais bien parler de ça », que je ne connais pas. Et après on en discute.

M: Est-ce que vous trouvez que vous êtes suffisamment formés, soutenu par les facultés pour endosser votre casquette de superviseur ou il y a des lacunes que vous identifiez ?

Med 6: Moi j'ai eu une période, où je me suis dit que j'allais aller leur dire au CAMG que c'était complètement inadaptés et inadéquat parce que depuis 11 ans, j'allais à une formation le soir pour manger un bon repas et voir des potes. C'est tout ce que j'allais faire. On avait des évaluations à remplir donc moi je me lâchais là-dedans. Il y a plusieurs personnes que je connaissais qui se sont aussi lâchés, d'autres qui ne voulait pas intervenir. Actuellement, c'est plus interpellant et intéressant. On a un spécialiste en communication qui vient nous parler de la relation entre assistant et mds, sur des thèmes bien spécifiques, avec des techniques qu'on apprend. C'est comme ça que j'ai appris le « snaps ». Dernièrement, on a eu un coach de vie qui nous a expliqué comment le cerveau réagit à nos croyances etc... Comment est-ce qu'on peut parfois être en porte à faux par rapport à la pensée d'un assistant ou d'un jeune médecin, nous les vieux médecins. Je trouvais ça super intéressant parce qu'on l'expérimente tous les jours. C'est bcp mieux maintenant qu'il y a 5-6 ans. En plus, ce qu'on a mis en place nous dans la région, vu qu'on pouvait, c'est une réunion entre mds qu'on peut faire 3x le midi pdt une h et demi pour discuter des lieux de stage. Ça s'appelle "Equalips". On est les seuls à le faire dans la province pour l'UCL. Ça permet une rencontre pour les mds ici tout près, on se connaît bien et de dire, on va pas aller se faire chier une soirée en plus à Marche. Ça nous libérait d'une des deux soirées à Marche. On devait normalement se réunir seulement entre mds mais on a dit non. On est assez révolutionnaire, nous les mds ici, on veut se réunir entre mds et assistant. Ça permet aussi à l'assistant de nous voir fonctionner autrement et autre part. Il y a chaque fois un thème, on fait un tour de table. On voit comment on pense le thème et comment on fait les choses. C'est simplement une rencontre donc il n'y a pas de but en soi à part se connaître et connaître comment fonctionne l'autre. Ça a permis aussi de pouvoir réfléchir avec les assistants. On a mis des choses en place grâce à cette réflexion collective qu'on aurait jamais mis en place tout seuls.

M: Et vous avez fait toutes vos formations au CAMG?

Med: Non, j'ai testé l'ULB et L'ULg aussi. En gros, l'UCL connaît plus de monde niveau mds. A Liège j'étais un peu perdu, je ne connaissais personne. C'est pour ça que j'ai continué à l'UCL. A l'ULB, je connaissais une personne. Comme j'y vais pour voir des gens, la formation en tant que telle ben... J'ai aussi essayé la formation en e-learning mais j'ai mis un ola parce que je trouve que le contact informatique est d'une impersonnalité et une hypocrisie flagrante. Il n'y a pas le nom verbal. Là aujourd'hui, on se parle et tu ne m'a pas en visage et il manque quelque chose. C'est un manque dans notre échange. Ah oui tiens que j'y pense! Dans les Techniques, il y avait aussi « les biopsies de compétences ». C'est venu de la réflexion d'Equalips. Avec l'accord du patient et l'assistant, on était observateur. On se mettait dans le cabinet, on s'asseyait et on regardait comment l'assistant se débrouillait puis le patient partait avec son traitement et on débattait un peu de ça. Le problème c'était que le patient n'était plus naturel du tout et l'assistant non plus. Et donc, on a mis en place une caméra : on filmait la

consultation puis on regardait ensemble mais le problème, c'est qu'avec la caméra, le patient n'était pas naturel et l'assistant non plus! Donc on a arrêté. L'intrusion d'une observation dans la consultation met dans l'inconscient le fait qu'on est jugé, observé... Peur de mal faire, peur de dire des conneries donc il y avait une non objectivité de la consultation. Toutes les consultations se passait tjs très bien. On s'est dit « c'est pas normal ! ». Je l'ai expérimenté moi-même pour voir et la critique qu'on peut faire c'est que tu essaies de bien faire ou bien te comporter. Mais aussi de jouer un rôle. Tu essaie, comme ça va être visionné, de montrer non pas la personne que tu es mais la meilleure personne que tu n'es pas. Donc c'est pas très objectif. Ce serait mieux d'être filmé à son insu. Tu serais naturel mais ce n'est pas éthique. (Rires)

M: Ou alors, il faudrait filmer tout le temps et on regarderait slmt un moment tiré au hasard.

Med 6: Non, inconsciemment tu l'as, c'est décrit. Dès que tu sais que tu es observé, tu as une espèce de défense reptilienne. Donc voilà, c'est une technique qu'on avait pensée mais qui ne convenait pas.

M: Et dans les formations que vous avez eue, est-ce qu'il y a des choses que vous aimeriez avoir pour vous aider?

Med 6: Oui, tout à fait! Dans la supervision, ce qu'il manque et je le note à chaque fois dans le rapport pour les assistants pour qu'ils puissent le lire, c'est cette formation en dehors de la médecine donc : cours de comptabilité, cours d'assurance, comment le système fonctionne, pourquoi l'hospitalocentrisme existe, où s'impliquer pour que, si les personnes le veulent, pouvoir changer les choses. J'ai pas mal de demande d'assistants qui me disent qu'ils aimeraient bien rentrer dans un syndicat par exemple : ça va me servir à quoi, je ne sais pas mais j'aimerais défendre la médecine générale dans ma région, comment est-ce que je peux faire. Ce sont tous des thèmes qui ne sont jamais débattu et qui peuvent être intéressants. Et ce phénomène qui maintenant est corrigé, c'est la relation médecin-assistant. Ce n'était pas fort débattu et maintenant, ça commence à devenir plus criant. Ce qui manque aussi, j'espère que ça viendra, c'est une évaluation du mds. Ça existe de façon informelle : il y a des réseaux comme fb. Mais c'est quantifié seulement émotionnellement. En Flandres, depuis 5 ans, il y a une évaluation du mds qui a été réfléchi par les facultés sur certains items. C'est très bien je trouve. Il manque aussi un endroit pour gérer les conflits. C'est horrible mais c'est comme ça. Moi, avec G. (co-animateur de SLR), je suis animateur de séminaire et nous, on a pas vraiment de conflit mais on se rend compte qu'il en existe à l'extérieur et que ça peut être très grave. Et il y a une espèce de commission des conflits qui existe à la faculté qui est une hypocrisie +++... Puisqu'ils ne vont pas se tirer les uns sur les autres en tant que mds. Avec G., on dit toujours, « c'est parce que vous n'avez que 2 ou 3 ans d'assistanats et que vous savez tenir le coup mais je serais à votre niveau, je ferais un genre de syndicat des assistants ou soit un avocat ». Il serait partie prenante pour vous pour voir quelles sont les façons de punir au niveau pénal ou civil les mds qui exagèrent parce que des fois, ça dépasse l'entendement. C'est un droit et parfois, il y a des injustices. Et il n'y a pas de niveau pour les défendre. Le premier niveau, ce serait de pouvoir analyser les lieux de stage et les mds, comme ça, les assistants ne sont pas dans l'inconnu. S'ils tombent sur un salaud, ils savent que c'est un salaud. Actuellement, ça va se régler avec le numérus clausus. Il faudra encore attendre 4ans mais il y aura plus de mds que d'assistants et les assistants pourront choisir avec une compétition. Ça

va se niveler. Mais je trouve ça dommage. Ce que nous on remarque en séminaire, que ce soit des dires des spécialistes ou des généralistes, ils ont encore cette mentalité « c'est moi qui dirige, c'est moi qui dirige ta vie pendant un an ou deux ans ». On a été jusqu'à la commission pour défendre une assistante où le mds ne voulait pas signer le rapport de stage et la fin de son cursus parce que cette fille devait acheter sa maison et ça devait être acté. C'est une situation qui n'a rien à voir avec la médecine, rien à voir avec la formation en tant qu'assistante et donc, ça dépasse tous les entendements ! Ce mds, pour moi, il doit être radié, il ne peut plus être mds, il n'accomplit pas son rôle de formateur. C'est dommage qu'on ne puisse pas mettre un veto à ce mec là en disant « toi, tu arrêtes, tu ne peux plus prendre d'assistant de ta vie ». Il y a un autre endroit où ils se sont battus avec les poings, ils se sont tapés dessus. Là aussi, il faut dire « carte rouge, tu n'es pas là pour te battre avec ton assistant, tu es là pour le former, pour expliquer ce qui ne va pas si ça va pas, l'accepter aussi comme il est et pouvoir faire avec. Mais si tu fais mds, c'est aussi pour accepter les avtg et les désavtg ». Si c'est passé à la bagarre générale avec son assistant, c'est pas formateur du tout, et en mm temps, c'est quelqu'un qui peut-être est mal dans sa peau, peut-être ne va pas bien, et qui doit arrêter ou qu'on doit arrêter comme formateur parce que il ne sait plus rien apporter.

M: Est-ce qu'il y a un élément de plus qui vous semble important?

Med 6: Ce qui est important, c'est tjs le début: pas l'interview mais comment on va mettre les choses en place. La discussion n'est pas à sens unique, elle doit venir des deux partis. On remarque tjs ça avec les h de travail : c'est important d'être très clair au mois d'octobre de comment se passent les congés, comment les h de travail, les différentes techniques de travail, est-ce que vous devez faire plein de visites ou pas. Soyez conscient de ça parce que souvent, ils l'apprennent sur le tard et ça crée des discordes parce que soit ça a été mal interprété soit mal expliqué et ça n'a pas été mis sur papier, c'est surtout ça. Il faut pouvoir être clair et net dès le début comme ça, il n'y a pas de quiproquo, pas de difficulté et on peut revenir sur un morceau de papier ou un écrit. Dire, « voilà ce qu'on avait décidé ». Ça peut être rediscuté, je ne dis pas : "On avait dit ça mais les choses ont évolué donc on va décider autre chose d'un commun accord". Mais c'est important de démarrer sur une base écrite. C'est le début de votre vie professionnelle et si vous commencez « oui, je vais tout faire et je suis gentil », c'est pas être formé ça. C'est être déformé, de dire « on doit tenir bon pdt trois ans puis on fera ce qu'on veut »: non. C'est le moment où on commence à mettre ses balises, où on commence à comprendre soit qu'on se fait utiliser ou pas, qu'on tombe dans un monde de bisounours ou pas. Et donc il faut se protéger, penser à sa vie privée, à sa vie professionnelle et bien calquer les choses. Sinon, on déborde ou on se fait déborder. C'est quelque chose qu'on n'inculque pas au début. Il y a des formations pour vous sur comment diriger un interview, comment répondre aux questions du mds mais il n'y pas cette formalité, quand vous signer la convention, qui est souvent faite par mail ou quoi... De dire « je veux vous rencontrer, savoir quand vous prenez congé Mr ou Mme, je veux savoir si moi je dois être en renfort pour les congés ou si je peux être en congé en même temps que vous. » Pas mal d'assistants se retrouvent prf seul pdt trois semaines parce que le mds s'est barré. Ça, c'est inconvenable, c'est impensable. Qu'il parte trois semaines, d'accord mais qu'il prenne quelqu'un en remplacement. Nous au séminaire, on a une assistante qui est restée trois mois toute seule parce que son mds était parti faire le tour de la Birmanie. Ça, c'est un truc qui ne doit pas être accepté, ça doit être dénoncé, discuté avant. C'est aussi une surenchère du mds en se disant « j'ai un assistant, je l'utilise ». Et dans l'autre sens aussi, je connais un endroit où la personne

a 10 assistants. Lui il fait de la rentabilité et plus de la formation. Ça ne va pas non plus. Tu vois, il y a à manger et à boire dans les situations, ce qu'il faut, c'est trouver un juste équilibre. Et c'est souvent à l'assistant à amener cet équilibre. Même si vous avez cette épée de Damoclès en vous disant « si on commence à discuter et qu'on ne va pas être d'accord, il peut être méchant avec moi, ne pas me coter, ne pas me rendre mon fordoc etc... » Non. Vous n'êtes pas sous un employeur qui est le médecin. Votre employeur, c'est le CCFFMG. C'est avec cette asbl que vous signez votre contrat et non avec le mds. Vous signez un contrat de formation avec le mds. Ça c'est parfois mal entendu! Et je reviens avec l'avocat. Si vous aviez un avocat, ce serait bcp plus clair, et au moins les mds pourraient dire « l'avocat que j'ai eu au téléphone m'a dit que je ne pouvais pas faire ça ». Ce qu'il ne faut pas oublier non plus, ça tu dois le nommer, même si ça peut choquer pas mal de gens, c'est que le système actuel est un marketing. Avant, les assistants, étaient payé par un % qu'on fixait au début, de ce le mds gagnait. L'assistant faisait des actes, ça rapportait de l'argent au mds et de cet argent, il y a 10-20, ça pouvait aller jusqu'à 50%, qui revenait à l'assistant. Ça c'était, avant que vous ne soyez salariés. Donc, il y a eu un paradigme de dire « je vais prendre un assistant, je vais le faire travailler à mac », il n'y a pas ce phénomène de 50h semaine, « et donc, il va me rapporter à mac, et lui, il sera content parce que il aura 25% de ce qu'il va faire, et c'est normal parce que on a tous commencé comme ça ». Ça, ce sont les réflexions de vieux. Et donc, il y a eu ça et il y avait aussi les assistants dans les hôpitaux qui n'avaient aucune récupération de garde et donc, il y avait parfois 36h-48h-72h de travail jusqu'à un moment où il y a eu des erreurs médicales à cause d'épuisement et donc, on a pensé au salaria. Qui a été très mal accueilli par les médecins généralistes. Pq? Parce que eux, ils étaient dans le marketing en se disant : « il ne pourra plus aller faire des prise de sang, faire des gardes, aller dans les homes etc... » Et donc, nous en tant que cercle, on a défini ce système de salaria comme étant bcp plus juste, parce que il y avait au moins un contrat avec quelque chose qui était nommé au niveau des heures de formation. Mais en plus, on disait au mds « vous allez gagner bcp plus, vous allez être vachement plus gagnant ». Et ça, peu de mds l'ont compris avant de l'expérimenter. Au niveau marketing actuel, t'as quelqu'un qui vient, tu le paies 1.500€ par mois, il te rapporte 5-6.000€ par mois. En même temps, il y a qd mm une volonté au niveau des facultés, ils ont dû avaler cette double cohorte : il y a soit un message philosophique en disant « vous vous voulez vous impliquer pour pouvoir mettre à bon escient votre expérience pour former quelqu'un d'autre », soit « devenez mds et gagnez du pognon ». Et donc, vous assistants, vous arrivez dans un système qui a été préconçu par les facultés. Soit vous tombez sur quelqu'un qui est devenu mds parce que il voulait former quelqu'un, soit parce que il gagne du pognon. C'est ça qu'il faut détricoter. Mais parfois, par la suite, il découvre que ça peut être intéressant d'avoir une formation avec un jeune et de pouvoir avoir des nouvelles de la théorie et inculquer certaines informations. C'est le biais qui existe actuellement : comment le mds, au niveau de sa supervision, la voit : est-ce qu'il la voit en se disant « tu m'as rapporté 30.000€ en plus de l'année passée » ou « oui c'est sympa, j'ai évolué dans mon métier au niveau médecin ». Et c'est ça que certains mds ne participent pas à ton TFE, ils n'ont peut-être pas encore touché cette supervision en se disant « ça m'intéresse parce que ça me permet aussi de pouvoir mettre des choses en place ». Ici, moi je voulais être mds au niveau philosophique parce que je trouvais ça super important de pouvoir former quelqu'un, j'adore ça mais dans l'équipe, il y avait une discussion « si vous voulez un médecin supplémentaire, il faut un médecin qui ne coûte pas trop cher ». Et donc, dans la décision d'équipe, on a pris un assistant pour avoir une personne en plus pour le travail et qui moi intéressait parce que je pouvais le former et pour l'équipe, on ne le payait que 1.700€ par mois. Tout le monde était gagnant. Actuellement, on

veut toujours former des assistants mais on voit que le turn over des assistants mets à mal le suivi des patients. Parce que les patients il voient des têtes différentes chaque fois et on a une population qui a besoin d'avoir une tête fixe. Donc on a mis une autre réflexion en place : tant pis si ça coûte plus cher mais on veut un autre médecin attiré en plus et on diminue le nombre d'assistant pour n'en avoir plus qu'un. Pour le bien être des patients.

Interview 7

M, 35 ans, 9ans de pratique, mds depuis 2 ans, association de médecin, /

M : Comment est-ce que vous percevez la supervision ? Comment est-ce que vous l'appliquez ?

Med 7 : ça se passe super bien. J'ai eu la chance d'avoir des chouettes assistantes qui sont tout à fait compétentes. Il n'y a pas de bémol. Ça fait un peu bisounours de dire ça mais tout va bien. Chaque fois où je n'étais pas forcément d'accord ou je n'aurais pas fait de la même façon, on en discute et ça reste toujours constructif. Et les situations où je suis en désaccord, c'est 1% des situations. Le reste, ça coule souvent de source. Maintenant, je crois que j'ai aussi la chance, je suis assez ouvert vu que mon assistanat est encore assez frais dans ma tête. Donc je sais un petit peu ce que je ne voudrais pas imposer à un assistant car je sais très bien... Je pense que ce qui bloque aussi parfois, c'est les mds qui travaillent tout seul depuis lgt et qui ont une seule façon de gérer un problème mais la médecine générale, c'est comme quand tu fais des travaux ; une prise en charge, il n'y a pas qu'une façon de le faire. T'as peut-être 4 généralistes qui vont gérer la situation de 4 façons différentes et dans les 4, il n'y en a pas une qui est mauvaise. Et parfois, ils feraient différemment de moi sans que ce soit une mauvaise méthode.

M : Au niveau supervision, est-ce que vous avez prévu un temps, est-ce que c'est quand votre assistante vous appelle pour une question ?

Med 7 : Je suis toujours joignable, c'est plus spontané. Quand elle est là, on mange chaque fois ensemble et ça, c'est aussi un moment privilégié pour discuter des cas ou des choses comme ça et sinon, c'est plus à la demande. J'ai toujours mon gsm sur moi et elle sait qu'elle peut tjs me joindre.

M : ça arrive aussi que vous soyez au même endroit ? Elle consulte où ?

Med 7 : On coupe la journée en deux : le matin, il y en a qui consulte et l'autre fait des visites et l'après-midi on inverse. Sauf pour le moment où c'est un peu particulier. Avec le confinement, on a décidé de faire un jour c'est moi qui gère, un jour c'est elle qui gère complètement. Sinon, pour le moment, tu t'ennuies et en mm temps, t'es pas libre d'aller faire un tour avec tes enfants.

M : ça vous arrive de faire des consultations ensemble?

Med 7 : On a eu le cas avec une patiente qui était difficile à gérer. Une patiente très psy qui a l'art, quand tu essaies de mettre quelque chose en place, ça ne marche jamais. Et F. (ass actuelle) m'en parlait quand on se voyait et je voyais qu'elle commençait à être... Ça commençait à la peser un petit peu, elle ne voyait pas d'issue. Je lui ai proposé qu'on la voit

ensemble. C'est aussi une patiente qui a tendance à consommer des benzo, qui revient à la charge et on l'a revue en binôme pdt 3-4 consult. On a un peu recadré. Maintenant, c'est Florence qui la voit toute seule et ça l'a bien aidée. Les actes techniques aussi : les infiltrations etc... Au début, on les a fait ensemble, maintenant elle les fait elle-même. De temps en temps quand j'ai une lésion un peu plus grosse à enlever, je lui dis « viens on va le faire ensemble ». Mais sinon voilà, 90% des cas, elle voit les patients toute seule.

M : Et dans des consult comme ça à deux, vous trouvez qu'il y a parfois moyen d'identifier un peu des lacunes?

Med 7 : Là, j'étais pas dans le mode où je l'évalue elle, j'étais concentrée sur la problématique de la patiente parce que c'est vrai que c'était pas facile. Je dirais que j'ai plus évalué les 2 premières semaines. Là, on a travaillé ensemble pour qu'elle prenne ses marques : « où sont les aiguilles dans le cabinet. ». Lui montrer un peu nous comment on travaillait, la présenter à nos patients. Je dirais que c'est plus là que j'ai jaugé mais j'avais pas trop de doute par rapport à ses compétences. Je m'étais vite rendu compte qu'elle n'avait pas de lacunes dans sa formation, qu'elle était très bien. Maintenant, la façon de l'évaluer, c'est plus via le logiciel quand je vois ce qu'elle note. Je vois quel était son raisonnement. Je pense que c'est plus là que je peux jauger d'un point de vue scientifique. Je vois, dans les courriers, les examens qu'elle a demandé, je défriche un peu tout ça et souvent, c'est tout à fait justifié, ça se passe bien. Je ne dois pas aller à contre-courant de ce qu'elle a fait. Mais souvent, c'est pas du tout un reproche ce que je vais dire, c'est lié au fait qu'elle est plus jeune et qu'en tant qu'assistant, tu dois faire tes armes. Je suis sans doute passé par cette tendance-là. Je dirais que parfois, elle demande un examen un peu plus rapidement que ce que j'aurais fait mais je ne lui reproche pas du tout. Mieux vaut gagner en confiance et de rassurer au début. C'est normal, ça se fait naturellement. Quand tu commenceras à avoir plus d'expérience, tu te fieras plus à ton examen clinique. Pour l'évaluer, je dirais surtout via le logiciel. Et pour l'évaluer sur la plan humain, le meilleur retour, c'est celui des patients. Et là, tous les patients me disent qu'elle est gentille et que ça se passe bien. Donc quand on fait une consultation en binôme, c'est pas l'évaluer elle, c'est pour l'aider et il y a plus d'idée dans deux têtes que dans une. On est une équipe. En plus, elle a fait la médecine du sport donc peut-être que moi aussi si j'ai un cas ostéo-articulaire un peu bizarre, je lui demanderais de m'aider et qu'on consulte en binôme.

M : ça vous est déjà arrivé de vous trouver un peu en difficulté pour des cas ou des choses dont vous deviez discuter ?

Med 7 : (réflexion) Peut-être, c'est léger hein, avec la patiente en question. C'est une patiente qui a d'emblée eu un suivi avec ma première assistante, je ne l'ai jamais suivie. Et F. a pris le relais, c'est pas ma patiente à la base. Juste, avec ma première assistante, une fois où elle était en vacances, la patiente a téléphoné pour avoir des ordonnances et là j'ai vu dans le dossier que mon assistant avait un peu la main légère niveau prescription de morphinique ou de benzo. Ça je lui ai juste dit que si cette dame prenait la voiture... Voilà, après, elle a essayé de freiner la consommation de la patiente mais j'ai dit ça gentiment et ce n'est pas parti en sucette pour autant. J'ai la chance d'avoir des assistantes avec qui on est sur la même longueur d'onde. Maintenant, on a bien choisi aussi. On a pris la peine de choisir nos assistantes. Je pense qu'il faut, F. on la connaissait déjà parce qu'elle était venue en stage chez nous et elle

est un peu de la région. Notre première assistante, on a quand même vu 5 ou 6 assistants avant de la choisir elle. On a senti que le courant passait bien. C'est hyper important, pour travailler ensemble, qu'il y ai une petite accroche. La sélection est importante. Un des critères qu'on s'était dit avec mon collègue pour choisir c'était ce qu'on ne voulait pas. Moi un défaut qui m'agace vite, c'est le manque d'humilité, le côté un peu prétentieux. Et il y a une assistante, directement, on a senti que ça n'irait pas. Quelqu'un qui a trop de confiance, tu ne sais pas lui en retirer, quelqu'un qui n'en a pas assez, c'est mieux parce que tu pourras lui en donner en le renforçant etc. Mon collègue et moi, ça fait plus partie de nos tempéraments et c'est vrai que c'était un critère qu'on s'était fixé.

M : Les dossiers, vous les parcourez de temps en temps quand vous y pensez puis vous en parlez avec F. ou quand elle vous parle d'un cas, vous regardez le dossier ensemble, comment ça se passe ?

Med 7 : C'est plus, soit quand je revois le patient en consultation et qu'elle l'a vu avant, je vois ce qu'elle a noté. Et puis, quand je reçois les prises de sang, je mets chaque fois un commentaire de la bio dans le dossier et donc je regarde ce qu'elle a noté et je vois pourquoi elle a demandé l'examen. Maintenant, les cas dont on discute, on en discute donc je vais pas forcément voir dans le dossier.

M : Comment ça s'était passé niveau formation mds, ce que vous en avez retiré ?

Med7 : (réflexions) J'en ai retiré que j'ai deux jeunes médecins qui vont venir s'installer sur la commune ! Moi c'était mon but aussi, d'attirer des jeunes. On est sur un projet d'associations qui va commencer fin d'année et on voulait être gentils avec eux pour qu'ils aient envie de rester. Enfin, on a pas dû se forcer (rires). Elles nous ont annoncé qu'elles participaient au projet et qu'elles restaient. Pour moi c'est un grand ouf parce que on est 10 médecins sur la commune et il y en a 8 qui ont plus de 60 ans donc ça va être chaud boulette si je n'ai pas de jeunes qui viennent en renfort dans les prochaines années. Ça c'est le côté très pratico-pratique : avoir pu les « convaincre » de rester. Sinon, je pense que tu gagnes en ouverture d'esprit, en échange d'idées... Parfois, quand on faisait un examen clinique la première semaine, tu échanges des petits trucs. Parfois, je lui rapporte des cas un peu plus rare et plus compliqué et on réfléchit à deux. Ça te rassure aussi parfois dans ta gestion des cas complexes. Pour le patient, c'est un plus parce que il y a plus d'idées dans deux têtes que dans une. C'est vraiment un win-win comme on dit. Et puis ça me permet d'être plus avec mes enfants, avec ma famille, ça c'est vraiment super !

M : Et comment s'est passé la formation ? Vous trouvez que ça vous un peu outillé pour devenir mds ?

Med 7 : Est-ce qu'on peut parler de formation ? C'est deux soirées. C'est plus pour avoir ton petit bout de papier. Maintenant je ne pense pas qu'il y ait besoin de mille choses. C'était essentiellement des trucs de base sur la communication, la collaboration, le savoir être. Mais je pense qu'il y a beaucoup de choses qui doivent être déjà acquise, qui relève de ta personnalité, de ton éducation. Si t'as un tempérament de solitaire, que t'es un peu sectaire, ben déjà, tu dois pas avoir d'assistant sinon ça risque de mal se passer. Oui les deux soirées de formation... Maintenant, je ne vois pas ce qu'ils pourraient faire de révolutionnaire. Ça me

paraissait un petit peu bateau. Le truc le plus intéressant auquel j'ai assisté : donc, on a deux formations de bases puis deux journées de formation continue pour garder notre titre de mds, c'était un truc « gestion des conflits avec son assistant ». Moi j'en avais pas et je me suis inscrit là parce que j'étais un peu à l'arrache et qu'il ne restait de la place que dans ce groupe-là. Mais ça m'a permis de voir, sur dix médecins, il y en avait 5, comme moi, inscrit un peu par hasard mais les 5 autres : t'avais des médecins qui étaient en pleurs ! Qui expliquaient des situations dramatiques où leur assistant avait remis un certificat de trois mois, ils ne se parlaient plus, c'était vraiment le clash. Ça m'a permis de me rendre compte que j'avais de la chance mais aussi de me conforter dans l'idée que c'est vraiment hyper important de faire une sélection et de connaître un peu les gens avant de t'engager. Voir aussi des pistes de solutions quand tu arrives dans des situations dramatiques. Bon, il n'y a pas de baguette magique, de solution miracle mais... Peut-être des petits trucs à mettre en place pour que ça n'atteigne pas un point aussi dramatique. Et c'est le truc le plus intéressant que je garde en tête. Pour le reste, des choses qui font partie de ton éducation et de ta personnalité et qui sont souvent acquises à la base. Si t'as besoin de ça pour apprendre à dire « bonjour » et être disponible pour un assistant, c'est malheureux.

M : Est-ce qu'il y a un que vous avez envie de rajouter parce que vous trouvez ça important ?

Med 7 : Moi c'est vraiment une chouette expérience. Sur le plan humain et sur le plan scientifique. J'ai vraiment hâte d'être en association. Je suis toujours frustré dans mon métier de ne pas avoir du temps pour lire des trucs, me former. Donc moi, ça me permet aussi d'avoir plus de temps pour être uptodate et donc c'est une valeur ajoutée à tes connaissances.

Interview 8

49 ans, 22 ans de profession, de couple, mds pour la 1^{ère} année, président cercle local, organisateur dodécagroupe

M : comment est-ce que vous envisager la supervision au quotidien avec votre assistante ?

Med 8 : Je pense que ce sera au cas par cas. Au début, il y a un "accompagnement" peut-être plus présent, plus physique. Mais bon, ici avec M. (ass actuelle), ça s'est fait de façon très limitée dans le temps car elle était déjà fort indépendante. Et puis dans un second temps, chacun travaille avec une délégation d'un certain nombre de visites, consultations, rdv... Toujours avec l'accord du patient. Le patient ne doit jamais se sentir piégé par l'arrivée de quelqu'un d'autre que le médecin auquel il était habitué avant. Avec des données communes et toujours la possibilité de faire appel ou une consultation en parallèle ou autre pour vérifier qu'on est sur la même ligne de conduite. Et pour ne pas laisser dans le flou en cas de soucis. Nous on a un secrétariat. Quand les gens téléphonent pour une visite, la secrétaire... Enfin là, suite à la crise du covid, c'est nous qui prenons le téléphone mais sinon la secrétaire propose l'assistant. Il y a des gens qui sont d'accord. De temps en temps ils ne préfèrent pas. Quand c'est en consultation libre, on travaille en parallèle avec une salle d'attente commune donc là, on ouvre la porte tour à tour et l'assistant se propose. Là aussi, avec le temps, ils acceptent de plus en plus mais il y en a qui disent « non, je préfère attendre... ». Pour les rdv, c'est la même chose. C'est la secrétaire qui suggère éventuellement un rdv chez l'un ou l'autre

en fonction du patient, du problème et des désirs de tout un chacun. Les gens savent toujours où ils vont et en consultation libre, ils ont toujours le choix d'où ils vont et où ils ne vont pas.

M : C'est la première fois que vous avez une assistante, pour le moment, est-ce qu'il y a parfois des réticences des patients, des anicroches ou globalement, ça shift plutôt bien ?

Med 8 : ça se passe bien. Maintenant, il y en a toujours, mais de moins en moins, je crois que c'est même pas une fois sur 10. Peut-être une fois sur 15 ou sur 20. « Je préférerais que ce soit le docteur auquel je suis habitué ». Ça nous arrive depuis qu'on travaille avec mon épouse. De temps en temps je venais la seconder pdt ses consultations libres parce que ça débordait et quand j'ouvrais la porte et que je me proposais, il y avait des patients qui préféraient l'un ou l'autre, dans les deux sens. C'est pas spécialement propre au fait d'avoir un ou une assistante. Les gens ont leurs habitudes. Un peu comme quand on va chez le coiffeur et que la première fois c'est le jeune coiffeur qui dit « est-ce que ça vous dérange si c'est moi qui vous coupe les cheveux ? ». Généralement, quand on dit oui la première fois, on a toujours une petite crainte mais qui est très vite vaincue.

M : Est-ce que vous pensez qu'avoir introduit régulièrement votre assistante comme ça dans votre pratique, ça a permis que ça se passe bien au niveau des patients pour le passage de l'un à l'autre ? Ou il vous semble qu'il y a d'autres choses qui ont participé à l'intégration de l'assistant ?

Med 8 : Je pense que les gens se rendent bien compte qu'on a une base de données commune car ici l'assistant a l'ordinateur et tout est en commun. Les gens se rendent bien compte que l'assistant peut faire appel à nous. Ils se rendent bien compte aussi qu'en étant à deux à la place de trois, il y a une meilleure disponibilité, ça avance plus vite. Le fait de travailler en parallèle en expliquant clairement d'une part qu'ils ont le choix, d'autre part qu'on est toujours derrière. Parce que voilà, on peut dire qu'on a cette petite expérience et puis on connaît le passé des gens. Ça les rassure. Voilà, l'assistant vient avec ses forces et quand il vient aussi avec ses faiblesses, les gens savent qu'on est là s'il y a un souci. Je trouve que ça se passe fort bien comme ça.

M : Et quand vous dites les forces et les faiblesses, c'est plus par rapport aux connaissances ? Au caractère ou autre ?

Med 8 : Non, c'est un tout. Nous, on a l'avantage de connaître certaines personnes depuis plus de 20 ans donc fatalement, on a toute leur histoire, on a tout leur passé. Et on a une expérience médicale qui commence à se faire un peu plus longue. Et d'un autre côté, on est plus, enfin j'espère pas trop mais on est plus toujours au fait des nouveautés etc... Et de l'évolution de la médecine. J'espère qu'on est pas trop has been de ce côté-là. Voir arriver quelqu'un avec d'autres approches, d'autres valeurs, parfois, ça permet à chacun de s'enrichir. Je pense que tout le monde y trouve vraiment son compte. C'est un échange dans les deux sens. On reste plus dans le vent. Et puis ça oblige à se poser des questions sur des choses parfois qu'on fait un petit peu par habitude plus qu'autre chose. Le fait de se dire « tiens la jeune génération... », je ne me sens pas vieux mais bon ! ça permet de se remettre en question et d'en discuter avec l'assistant ou l'assistante. C'est bénéfique pour tout le monde : pour nous, j'espère pour l'assistant et pour les patients.

M : Au bout d'une année passée ensemble, qu'est-ce que vous aimeriez que l'assistant ai acquis ?

Med 8 : (réflexion) Ce que je souhaite avant tout qu'un assistant ai acquis en venant chez moi, c'est le plaisir de faire la médecine. D'avoir le côté à la fois médical, social et humain.

Maintenant, qu'il acquière des compétences spécifiques dans tel ou tel domaine, ça je pense que ça, de toute façon, ça se fera avec le temps. Donc les fameuses compétences que le CCFFMG veut nous imposer, ça je pense que ça s'acquiert spontanément. Parce que si on les a pas, finalement, les gens nous les rappelle. Ce que j'espère surtout, c'est qu'en passant chez moi, on ai envie de continuer et qu'on y prenne « du plaisir ». Le côté à la fois médical, scientifique et humain de la médecine.

M : Vous-même, c'est quelque chose que vous ressentez par rapport à votre métier ? Quand je vous entends le dire comme ça

Med 8 : oui, c'est vraiment ce que je veux, en fin de journée, en fin de semaine, globalement si on regarde ce qu'on a fait, on a fait du bon boulot, les gens sont contents et à ce moment-là, on est content. Spécifiquement nommer des compétences de communication, de gestion... Je pense pas que c'est important. Le tout, c'est de se dire qu'on a pu aider, on a pu apporter sa pierre à l'édifice du bon fonctionnement de la société.

M : Au niveau supervision, tout à l'heure, vous me disiez que vous faisiez de la supervision par téléphone lors votre assistante vous appelle. Vous faites aussi une supervision en directe, donc où vous me disiez que vous faisiez parfois les consultations à deux s'il y avait besoin. Ça c'est plutôt quand vous êtes appelé en cours de consultation ou parce que vous prévoyez des consultations ensemble ?

Med 8 : C'est quand je suis appelé en cours de consultation. J'ai l'impression que sinon, ça pourrait éventuellement gêner le patient. Ça fait un peu professeur oral. Les gens, nous-même et l'assistant sont peut-être un peu moins à l'aise, moins naturel. Au tout début, c'est ce qu'on a fait pendant une 15n de jours. On a travaillé comme ça pour apprendre à se connaître et puis, je crois que chacun doit voler de ses propres ailes. En sachant que s'il y a un problème, l'assistant peut appeler. Si ça se peut se faire par téléphone, ça se fait par téléphone. En sachant que nos cabinets sont réunis par une centrale téléphonique qui nous permet une facilité. Et sinon, les cabinets sont l'un à côté de l'autre donc je peux passer. Et en visite, jusqu'ici ça ne s'est jamais mis mais avec les moyens de communication actuel M. m'a déjà envoyé une photo ou l'autre pour me dire "tiens voilà, qu'est-ce que tu penses de ça ?" Et on s'arrange comme ça. Maintenant, il n'y a pas des moments spécifiques qui sont dédiés à la supervision où on se dirait de telle heure à telle heure. Mais comme globalement à midi on a tous besoin de manger, c'est parfois le moment de parler un petit peu de ce qui peut poser des questions. Ça se fait très naturellement quand le besoin s'en fait sentir. Ça s'est décidé comme ça comme c'est la première année. On a pas décidé de telle heure à telle heure, on va déballer les problèmes et essayer de les analyser. Ça se fait quand le problème est là et quand ça doit se faire. On a tous l'estomac qui crie à midi. Maintenant, on ne mange pas spécialement ensemble. Un peu plus ici avec le confinement mais parfois je ne rentre pas le midi ou mon épouse n'est pas là ou il y a une consultation qui dure un petit peu. Mais on se croise au moins à ce moment-là.

M : Au niveau du fonctionnement de la supervision, est-ce que ça vous est déjà arrivé de trouver que c'était un peu coïncant, que vous aviez l'impression que les idées n'étaient pas très fort entendue ou que la façon dont la communication se faisait était problématique ? Ou au contraire, jusqu'à présent, tout s'est bien passé ?

Med 8 : la communication est très naturelle et très fluide. Je n'ai pas l'impression que, de mon côté, il y ai jamais eu de soucis à ce niveau-là.

M : Est-ce que vous trouvez que la formation vous a servi par rapport à ce nouveau rôle qui se rajoutait à celui de médecin ? Ou la formation n'a, il vous semble, pas changé grand-chose à ce que vous auriez fait si vous ne l'aviez pas eue ? Qu'est-ce que vous en pensez ?

Med 8 : Je pense que le fait de pouvoir effectivement avoir des moments d'échanges avec les autres mds et éventuellement des cours ou des rencontres un peu plus officielles pour la formation est intéressant pour celui qui se pose des questions, celui qui veut un peu voir où il en est. Maintenant, les rendre obligatoires, les rendre nécessaire pour continuer d'avoir son agrément... Voilà, c'est un peu comme l'accréditation... Je trouve parfois ça un peu ridicule et réducteur de nous imposer une ligne de conduite. Mais la possibilité d'avoir des échanges est intéressant parce que certains, probablement, se sentiront plus à l'aide de voir comment leur confrère travaille, de pouvoir échanger ou d'avoir des bases de conduite un peu plus officiel : on évalue l'assistant d'une façon ou d'une autre. Ça je pense que c'est intéressant. Les rendre obligatoire et rendre nécessaire d'avoir deux fois par année une demi journée de formation dans un cadre bien spécifique, je trouve ça un peu enfantin par rapport à ce que les autorités académiques nous imposent. Ça c'est dans tout : l'agrément, l'accréditation, l'agrément en tant que mds. Ça met un certain nombre de barrière probablement pour que tout y est ne fasse pas n'importe quoi. Je ne dis pas qu'on s'est passerait bien mais ça ne me semble pas indispensable de nous l'imposer en tout cas. Mais c'est une bonne chose que ça existe. Mais que ce soit imposé... Enfin, ce n'est pas très très lourd, deux fois une demi journée, une soirée... c'est pas énorme. Le contenu me semble parfois, personnellement, plus théorique que pratique. On a chacun sa façon de former son assistant et moi, je voyais plus, cette année me conforte dans mon idée, le rôle de mds comme un compagnonnage. Comme un ouvrier va apprendre avec quelqu'un qui a 20 ans de bouteille et qui lui montre comment il faut faire. Ils échangent et c'est comme ça qu'on apprend. Le fait de dire « il faut évaluer telle et telle compétences, il faut s'assurer que l'assistant ai telle ou telle valeur », c'est très théorique. Je pense qu'en pratique, chacun va évoluer à sa façon au niveau des médecins et des futurs médecins. Chacun formera aussi sa personnalité et sa patientèle en fonction de ce qu'il aime. Je pense qu'on ne doit pas trop nous mettre dans un canevas prédéfini pour être un bon médecin. Chacun fera le bon médecin qui convient à ses patients.

M : C'est vrai qu'effectivement au niveau formation, les mds rencontrés jusque maintenant n'était pas particulièrement satisfait. Vous, vous les faites à l'ulg ?

Med 8 : Oui, pour une question de proximité. C'est déjà pas facile car c'est à C. et sinon c'est au CHU mais comme on est un peu excentré, on est près de la frontière allemande, c'est déjà une certaine trotte. On est vite très loin. C'est une question purement pratique, je ne suis pas attaché plus à une université qu'à une autre pour la formation et c'est vrai qu'au niveau mds, notre assistant ici vient de l'UCL et on regarde pour l'année prochaine, ce sont plutôt des étudiants de l'ULg qui m'ont répondu. Ça c'est le hasard qui fait que.

M : Et au niveau compagnonnage, pour vous, comme vous l'expliquiez, c'est le fait d'accompagner au fur et à mesure de l'évolution de l'assistant ? Vous voyez au fur et à mesure comment les choses se construisent, il n'y a pas des objectifs... ?

Med 8 : Bien prédéfinis non. Par contre, je suis tout à fait à l'écoute si un assistant me dit "j'aimerais bien me former un peu plus spécifiquement dans tel domaine" que ce soit la pédiatrie, la gynéco", je vais essayer de m'arranger pour, qu'avec la secrétaire, on puisse plus orienter l'assistant qui le désirerait vers la petite enfance ou vers la gynéco etc... Tant qu'à maintenant, il n'y a pas eu de demandes spécifiques et puis la médecine est quelque chose d'extrêmement large qui permet de voir un peu tout. On a chacun un peu ses préférences. Je

suis prêt aussi à laisser plus de place dans un domaine ou un autre pour un assistant qui dirait par exemple « moi j'aime bien la petite chirurgie » et voilà « s'il y a une plaie de j'appelle et s'il y a une petite chirurgie à faire, je te laisse faire ». Jusqu'à maintenant, M. était intéressée par tout, elle a travaillé fort de la même façon que nous.

M : Au début vous m'avez dit que le fait d'être trois à la place de deux, ça allait un petit peu plus vite: c'est pour ça que vous vous êtes engagé vers la maîtrise de stage ? Pour avoir un soutien logistique à ce niveau-là?

Med 8: C'était, en autres choses, aussi pour pouvoir, je dirais pas du tout diminuer notre charge de travail parce que je pense que ça ne s'est pas passé comme ça parce que voilà, M. a aussi apporté ses spécificités et puis ça a permis de voir un petit mieux certaines personnes pour qui on post-posait un peu des choses. Mais peut-être pouvoir offrir un service un peu plus rapide, permettre aux gens de moins attendre. C'était surtout pour nous permettre de travailler mieux, de retrouver, c'était aussi la motivation, certaines pratiques et certaines approches qu'on avait dû délaissier parce que c'est vrai que quand le travail s'accumule, on a tendance à déléguer aux spécialistes tout ce qui ECG, EFR etc. A un moment je les faisais puis n'ayant plus le temps pour les faire, on envoyait chez le spécialiste pour des choses qu'on pouvait en fait faire: reconstruire des plaies etc, on avait tendance à dire aux gens "dites à l'infirmière de nous appeler s'il y a un soucis", maintenant ça permet de reconstruire. Donc je pense que ça permet aussi de retrouver une approche plus globale, plus centrale de notre boulot de devoir moins déléguer. En fait, l'assistant ou l'assistante permet de ne pas devoir référer ailleurs des choses parce que voilà on est une personne de plus et donc on a une possibilité supplémentaire, au niveau temps, de pratiquer comme on souhaite le pratiquer, comme on le pratique au début quand on a un peu plus de temps à consacrer aux gens quand on a moins de patients.

M: Une certaine sérénité aussi si je vous comprends bien?

Med 8 : Une sérénité parce que ça permet de pouvoir ne pas dire aux gens qui nous appellent à 9h du matin "ben écoutez pour une visite on viendra le soir". Là, je peux dire "soit, effectivement, vous désirez que ce soit moi et alors ce sera après 20h. Soit, je peux vous proposer que l'assistant ou l'assistante passe et là, elle saura passer début d'après-midi ou que sais-je". Donc c'est vrai qu'on est plus à l'aise parce que on est moins à devoir gazer. On est trois à pouvoir gérer un horaire et donc c'est plus facile d'intercaler, de gérer toute la partie temps et gérer à la fois la partie visite, consultation et rdv.

M: D'accord. Moi j'ai balayé toutes mes questions, est-ce qu'il y a des choses en plus qui vous viennent à l'esprit par rapport à notre discussion?

Med 8: De prime abord il n'y a rien qui me vient.

Codage et catégories

Apports de :

- Med 1: catégories 1 à 8 (+10)
- Med 2: catégories 9 et 11
- Med 6 : catégorie 12
- Med 3, 4, 5, 7, 8 : Pas de nouvelle catégorie

1) Définition personnelle de la relation mds-assistant:

relation professionnelle - échange entre l'expérience clinique du mds et les connaissances théoriques de l'assistant - pied d'égalité instauré par le mds – partenariat – assistant n'est pas le clone du mds – assistant doit être dans le même profil de soin que son mds – le mds a une expérience professionnelle que l'assistant n'a pas – chaque relation mds-assistant est particulière - compagnonnage – assistant prend de la place dans le quotidien du mds – partenariat pour le suivi thérapeutique et la réputation du cabinet – respect mutuel (commun accord) – le côté administratif peut renforcer la hiérarchie et devenir un moyen de pression du mds – mds connaît l'histoire des patient - échange entre l'expérience du mds et les connaissances de l'assistant - enrichissement par la rencontre d'une autre pratique - compagnonnage

2) Les éléments extérieurs qui influencent la relation mds-assistant:

bonne qualité de la formation des assistant - accueil des assistant en confiance par rapport à leurs connaissances – jamais eu d'erreur importante d'un assistant – un patient peut ne pas se sentir en confiance avec l'assistant mais aussi avec le mds- formation académique non formative pour les traitements – le parcours académique ne forme pas les compétences administrative – un changement d'apprentissage aura peut-être lieu avec la réforme des études de médecine - avec le temps, les patients s'habituent à trianguler la relation – meilleur encadrement académique à l'ULg – regard des autres – les sources d'informations du mds : fac, cercle – culture de la réussite – retour + des patients – relation médecin/patient importante pour le patient – soutien par le secrétariat

3) Les bases d'une bonne relation mds-assistant:

importance d'une confiance réciproque assistant-mds - être capable de dire et d'entendre - assistant a la liberté thérapeutique - exigence d'un raisonnement médical de qualité – le savoir être - stage avant l'assistantat pour mieux cerner personnalité assistant - méthodologie réflexive et EBM – savoir reconnaître ses limites – feeling relationnel – respect mutuel – souplesse/adaptabilité - choisir son assistant – humilité de l'assistant – éducation et personnalité du mds – plus de temps en début d'assistant pour instaurer la confiance

4) Les éléments positifs du rôle de mds :

influence de la pratique de l'assistant sur la pratique du mds - un mds et un assistant qui fonctionnent de la même manière se renforcent – enrichissement de la pratique grâce au discussion avec l'assistant - un assistant est intéressant financièrement - les contacts réguliers permettent de faire plus d'échanges avec l'assistant - apport de l'assistant au mds par ses

connaissances – constance dans le bon déroulement professionnel – soutien réciproque entre mds – assistant peut être un soutien logistique – mds bénéficie des connaissances théoriques de l'assistant - un désaccord de prise en charge peut mener à une discussion enrichissante – le discussion entretien la remise en question du médecin - stimulation intellectuelle liée aux questions de l'apprenant – amélioration qualité de vie – briser la solitude du métier – valorisation du métier de généraliste dans la multitude de compétence à avoir – devenir mds donne un renouveau à la carrière – compétences complémentaires – ouverture d'esprit – meilleure prise en charge du patient – dégagement de tps libre privé et scientifique – soutien logistique de l'assistant - meilleure prise en charge thérapeutique grâce au temps dégagé via l'assistant - réappropriation d'actes techniques - amélioration du service rendu au patient

5) Les objectifs du mds pour l'assistant :

assistant doit construire sa confiance en lui - assistant doit découvrir sa valeur - intérêt pour le vécu de l'assistant et sa satisfaction – acquisition d'une intuition – assistant doit demander conseil SN – conduire une consultation correctement – doit connaître et être à l'aise avec les traitements – donner un diagnostic clair au patient – confiance des patients en l'assistant - l'expérience aide à gérer son stress – il faut être systématique pour travailler de façon cohérente - *assistant doit trouver les clés de lui-même tout en étant aiguillé* - accepte que l'assistant ai une pratique différente de la sienne – rendre l'assistant acteur de son apprentissage – acquisition de l'apprentissage “mdc-gestionnaire de cabinet” – savoir gérer la charge de travail – l'assistant est acteur de sa formation – développement esprit critique (sur compétences propres et celles d'autrui) + entre ressenti/expérience personnelle et guidelines + système de soins de santé – trouver sa route en conscience – être conscient de sa place/son rôle en tant qu'humain et médecin dans la société – construire son identité professionnelle – aimer son métier

6) Les difficultés du rôle de mds :

difficulté de prévoir un temps de supervision dans la charge de travail – reproches des patients liés au changement répété d'assistant - difficulté quand l'assistant n'aime pas une matière - réticence des patients à changer de soignant – la manque de confiance pt –assistant entraîne une surconsommation des soins - exaspération de devoir répéter ses consignes - possibilité de conflit sur malentendu – moins de confiance dans l'assistant qd le mds a l'impression qu'il y a eu erreur d'appréciation de l'assistant (n'a pas appelé) - manque de systématisme de la supervision - déception lié à la pauvreté de la relation mds-assistant – la charge de travail peut prendre le pas sur la supervision (d'abord médecin avant d'être mds) - assistant qui refuse la discussion professionnelle – couacs logistiques – patients ayant peur de perdre leur médecin – rassurer les patient – éduquer les patients – mise en place logistique – conflit entre assistants – non respect du cadre – assistant pas au point au niveau logistique – mise à mal du traitement des patients via turn-over assistant

7) Les objectifs du mds pour lui-même :

mds souhaite garder un œil sur ses patients - humilité du mds (ne sait pas tout) - ne se reconnaît pas dans les termes “mds-assistant” - mds en vue de trouver un associé - implication dans la pédagogie/la formation de son assistant – souhaite la satisfaction de son assistant quant à sa formation – respecter les conditions de travail de son assistant - volonté de transmettre un savoir acquis par l'expérience - volonté de comprendre le raisonnement de l'assistant - repérage des lacunes/erreur de l'assistant et tentative de correction – accepte d'être

remis en question devant le patient – s'adapte aux besoins de son assistant – sert de modèle d'exemple - assistant est une charge de travail assumée - double casquette mds/promoteur TFE – accepter la prise d'autonomie progressive de l'assistant - plaisir à pratiquer activité pédagogique – maintenir confort logistique – amélioration qualité de vie – respect des horaires de l'assistant – maintenir l'équilibre financier – partage charge de travail - équilibre budgétaire d'une structure – soutien de l'assistant dans son travail avec le patient – prise en charge optimale du patient – attirer jeunes consœurs – respecte ses patients et leurs desiderata – rassurer les patients sur la présence d'une supervision - souhaite une satisfaction de l'assistant et de ses patients

8) La formation de maître de stage:

formation mds (UCL) peu qualitative - intérêt des formations administratives – pas de souhait de formation complémentaire - intérêt de connaître ses obligations légales - contenu de la formation sur la communication – peu d'impact de la formation sur la façon d'être du mds à l'assistant - limite des places disponibles - le parcours académique de l'assistant influence l'acquisition de compétence - but de la formation nébuleux – formation ULB aborde problème pratico-pratique - déception contenu UCL – enrichissement par ULB et ULg - limite due à l'horaire de la formation – souhait de développer des compétences propres au rôle de mds – amélioration qualité à l'UCL depuis quelques années – Equalypse – e-learning impersonnel – formation d'apparat – pas de besoin supplémentaire – souffrance de confrères – gestion et prévention des conflits - ne devrait pas être obligatoire – d'autres médecins ont peut-être besoin d'échanges avec confrères mds – contenu fort théorique - éloignement géographique

9) Les éléments internes qui influencent la relation :

l'expertise mds vient avec la pratique – assistant qui a la même pratique que son mds aide à ce que la relation se passe bien – influence de la vie privée du mds – la personnalité de l'assistant influence sa façon de recevoir les dires du mds – gestion de la relation via ressenti du mds – assistant traité comme son propre enfant (dépend de l'assistant) - l'expérience professionnelle de l'assistant influence sa façon de travailler - expérience professionnelle hors médecine ou loisirs – le savoir être du mds - l'expérience influence la pratique médicale – intérêt du mds pour les affects relationnels – récence de l'assistantat du mds – stage ensemble

10) La perception du métier de généraliste par le mds :

le droit à l'erreur, l'erreur est humaine - humilité de reconnaître ses erreurs – la médecine est un art – amour de son métier - mg = être à l'aise avec les patients – respect de la situation financière du patient – savoir passer la main – l'inquiétude du professionnel peut être une cause d'investigation - certains sujet en médecin ne prêtent pas à discussion - influence des expériences passées sur la pratique d'aujourd'hui - peu de vérités absolues en médecine - les cas particuliers échappent parfois à l'EBM - implication du patient dans sa prise en charge pour une meilleure adhérence thérapeutique – le sens humain/relationnel peut s'aiguiser mais il faut une base – être systématique – Wonca – ouverture envers confrères - les compétences peuvent s'acquérir avec le temps – les patients poussent le médecin vers le haut – le médecin participe au bon fonctionnement de la société - sélection d'une patientèle qui ressemble au médecin - diversité du métier

11) Supervision : contenu et organisation :

renforcement + de la pratique de l'assistant - discussion des cas complexes – lecture des dossiers de l'assistant par le mds seul – feedback différé, non systématique - organisation de la supervision fonction de la demande de l'assistant - supervision opportuniste +

supervision programmée hebdomadaire – utilisation de l’agenda et des dossiers comme support de supervision – revue systématique des patient vu la semaine par l’assistant - le déroulement et la fréquence de la supervision dépend des besoins de l’assistant - groupée, systématique - permet aux assistant ET aux mds d’interagir - supervision directe si nécessaire - mds en soutien au travail du TFE – un cadre de communication très stricte peut aider les situations conflictuelles – soutien par la technologie – informelle quotidienne – lieu de débat et de réflexion scientifique et sociétale – aide du cadre écrit pour l’organisationnel – besoins différent en fonction de l’année de l’assistant – mise en copie réciproque de résultat d’examen complémentaire – Consultation en binôme – débriefing émotionnel – fin d’année : bilan s/ assistant et lieu de stage – supervision directe puis filmée : échec – lecture de dossier opportuniste // consultation ou résultats examen – proximité physique des cabinets - mds peu à l’aise par les co-consultations – supervision opportuniste par tel ou présentiel SN – utilisation d’application - pas de supervision programmée - partage des repas - pas d’intérêt d’évaluer compétences prédéfinies par CCFFMG – adaptation suivant besoins de l’assistant

12) Espoir pour l’avenir ? :

amélioration de la formation administrative des assistant – ctrl des mds par les universités via évaluation des mds – syndicat/avocat – encadrement des mds