

Université de Poitiers

Faculté de Médecine et Pharmacie

ANNEE 2021

THESE

POUR LE DIPLOME D'ETAT
DE DOCTEUR EN MEDECINE
(décret du 16 janvier 2004)

Présentée et soutenue publiquement

Le 1^{er} avril, 2021 à Poitiers

Par **Mme Laura FAULMEYER**

Etude qualitative sur la faisabilité de la supervision vidéo en stage SASPAS dans l'apprentissage des compétences relationnelles des internes de médecine générale.

COMPOSITION DU JURY

Président : Monsieur le Professeur Philippe BINDER

Membres : Monsieur le Professeur Pascal PARTHENAY

Monsieur le Docteur Pierrick ARCHAMBAULT

Directeurs de thèse : Monsieur le Docteur Pascal AUDIER

Monsieur le Docteur Nicolas DE JONGH



Le Doyen,

Année universitaire 2020 - 2021

LISTE DES ENSEIGNANTS DE MEDECINE

Professeurs des Universités-Praticiens Hospitaliers

- BOULETI Claire, cardiologie
- BOURMEYSTER Nicolas, biologie cellulaire
- BRIDOUX Frank, néphrologie
- BURUCOA Christophe, bactériologie – virologie
- CHEZE-LE REST Catherine, biophysique et médecine nucléaire
- CHRISTIAENS Luc, cardiologie
- CORBI Pierre, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
- DAHYOT-FIZELIER Claire, anesthésiologie – réanimation
- DEBAENE Bertrand, anesthésiologie réanimation
- DEBIAIS Françoise, rhumatologie
- DROUOT Xavier, physiologie
- DUFOUR Xavier, Oto-Rhino-Laryngologie
- FAURE Jean-Pierre, anatomie
- FRASCA Denis, anesthésiologie-réanimation
- FRITEL Xavier, gynécologie-obstétrique
- GERVAIS Elisabeth, rhumatologie
- GICQUEL Ludovic, pédopsychiatrie
- GILBERT Brigitte, génétique
- GOMBERT Jean-Marc, immunologie
- GOUJON Jean-Michel, anatomie et cytologie pathologiques
- GUILLEVIN Rémy, radiologie et imagerie médicale
- HAUET Thierry, biochimie et biologie moléculaire
- INGRAND Pierre, biostatistiques, informatique médicale
- ISAMBERT Nicolas, cancérologie
- JAAFARI Nematollah, psychiatrie d'adultes
- JABER Mohamed, cytologie et histologie
- JAYLE Christophe, chirurgie thoracique t cardio-vasculaire
- KARAYAN-TAPON Lucie, cancérologie
- KEMOUN Gilles, médecine physique et de réadaptation (en disponibilité)
- KRAIMPS Jean-Louis, chirurgie générale
- LECLERE Franck, chirurgie plastique, reconstructrice
- LECRON Jean-Claude, biochimie et biologie moléculaire
- LELEU Xavier, hématologie
- LEVARD Guillaume, chirurgie infantile
- LEVEQUE Nicolas, bactériologie-virologie
- LEVEZIEL Nicolas, ophtalmologie
- MACCHI Laurent, hématologie
- MCHEIK Jiad, chirurgie infantile
- MEURICE Jean-Claude, pneumologie
- MIGEOT Virginie, santé publique
- MILLOT Frédéric, pédiatrie, oncologie pédiatrique
- MIMOZ Olivier, anesthésiologie – réanimation
- NEAU Jean-Philippe, neurologie
- ORIOT Denis, pédiatrie
- PACCALIN Marc, gériatrie
- PERAULT-POCHAT Marie-Christine, pharmacologie clinique
- PERDRISOT Rémy, biophysique et médecine nucléaire
- PIERRE Fabrice, gynécologie et obstétrique
- PRIES Pierre, chirurgie orthopédique et traumatologique
- RAMMAERT-PALTRIE Blandine, maladies infectieuses
- RICHER Jean-Pierre, anatomie
- RIGOARD Philippe, neurochirurgie
- ROBERT René, réanimation

- ROBLOT France, maladies infectieuses, maladies tropicales
- ROBLOT Pascal, médecine interne
- RODIER Marie-Hélène, parasitologie et mycologie (retraite 01/03/2021)
- SAULNIER Pierre-Jean, thérapeutique
- SCHNEIDER Fabrice, chirurgie vasculaire
- SILVAIN Christine, hépato-gastro- entérologie
- TASU Jean-Pierre, radiologie et imagerie médicale
- THIERRY Antoine, néphrologie
- THILLE Arnaud, réanimation
- TOUGERON David, gastro-entérologie
- WAGER Michel, neurochirurgie
- XAVIER Jean, pédopsychiatrie

Maitres de Conférences des Universités-Praticiens Hospitaliers

- ALBOUY-LLATY Marion, santé publique (en mission 2020/21)
- ALLAIN Géraldine, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
- BEBY-DEFAUX Agnès, bactériologie – virologie (en cours d'intégration PH)
- BEN-BRIK Eric, médecine du travail (en détachement)
- BILAN Frédéric, génétique
- BOISSON Matthieu, anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire (en mission 1 an à/c nov.2020)
- CASTEL Olivier, bactériologie - virologie – hygiène
- CAYSSIALS Emilie, hématologie
- COUDROY Rémy, réanimation
- CREMNITER Julie, bactériologie – virologie
- DIAZ Véronique, physiologie
- FROUIN Eric, anatomie et cytologie pathologiques
- GACHON Bertrand, gynécologie-obstétrique
- GARCIA Magali, bactériologie-virologie
- JAVAUGUE Vincent, néphrologie
- KERFORNE Thomas, anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
- LAFAY-CHEBASSIER Claire, pharmacologie clinique
- LIUU Evelyne, gériatrie
- MARTIN Mickaël, médecine interne
- PALAZZO Paola, neurologie (en dispo 1 an)
- PERRAUD Estelle, parasitologie et mycologie
- SAPANET Michel, médecine légale
- THUILLIER Raphaël, biochimie et biologie moléculaire

Professeur des universités

- PELLERIN Luc, biochimie et biologie moléculaire

Professeur des universités de médecine générale

- BINDER Philippe

Professeurs associés de médecine générale

- BIRAULT François
- FRECHE Bernard
- MIGNOT Stéphanie
- PARTHENAY Pascal
- VALETTE Thierry
- VICTOR-CHAPLET Valérie

Maîtres de Conférences associés de médecine générale

- AUDIER Pascal
- ARCHAMBAULT Pierrick
- BRABANT Yann
- JEDAT Vincent

Enseignants d'Anglais

- DEBAIL Didier, professeur certifié

Professeurs émérites

- CARRETIER Michel, chirurgie générale (08/2021)
- GIL Roger, neurologie (08/2023)
- GOMES DA CUNHA José, médecine générale (08/2021)
- GUILHOT-GAUDEFFROY François, hématologie et transfusion (08/2023)
- HERPIN Daniel, cardiologie (08/2023)
- KITZIS Alain, biologie cellulaire (16/02/2021)
- MARECHAUD Richard, médecine interne (24/11/2023)
- MAUCO Gérard, biochimie et biologie moléculaire (08/2021)
- RICCO Jean-Baptiste, chirurgie vasculaire (08/2022)
- SENON Jean-Louis, psychiatrie d'adultes (08/2023)
- TOUCHARD Guy, néphrologie (08/2021)

Professeurs et Maîtres de Conférences honoraires

- AGIUS Gérard, bactériologie-virologie
- ALCALAY Michel, rhumatologie
- ALLAL Joseph, thérapeutique (ex-émérite)
- ARIES Jacques, anesthésiologie-réanimation
- BABIN Michèle, anatomie et cytologie pathologiques
- BABIN Philippe, anatomie et cytologie pathologiques
- BARBIER Jacques, chirurgie générale (ex-émérite)
- BARRIERE Michel, biochimie et biologie moléculaire
- BECQ-GIRAUDON Bertrand, maladies infectieuses, maladies tropicales (ex-émérite)
- BEGON François, biophysique, médecine nucléaire
- BOINOT Catherine, hématologie – transfusion
- BONTOUX Daniel, rhumatologie (ex-émérite)
- BURIN Pierre, histologie
- CASTETS Monique, bactériologie -virologie – hygiène
- CAVELLIER Jean-François, biophysique et médecine nucléaire
- CHANSIGAUD Jean-Pierre, biologie du développement et de la reproduction
- CLARAC Jean-Pierre, chirurgie orthopédique
- DABAN Alain, oncologie radiothérapie (ex-émérite)
- DAGREGORIO Guy, chirurgie plastique et reconstructrice
- DESMAREST Marie-Cécile, hématologie
- DEMANGE Jean, cardiologie et maladies vasculaires
- DORE Bertrand, urologie (ex-émérite)
- EUGENE Michel, physiologie (ex-émérite)
- FAUCHERE Jean-Louis, bactériologie-virologie (ex-émérite)
- FONTANEL Jean-Pierre, Oto-Rhino Laryngologie (ex-émérite)
- GRIGNON Bernadette, bactériologie
- GUILLARD Olivier, biochimie et biologie moléculaire
- GUILLET Gérard, dermatologie
- JACQUEMIN Jean-Louis, parasitologie et mycologie médicale
- KAMINA Pierre, anatomie (ex-émérite)
- KLOSSEK Jean-Michel, Oto-Rhino-Laryngologie
- LAPIERRE Françoise, neurochirurgie (ex-émérite)
- LARSEN Christian-Jacques, biochimie et biologie moléculaire
- LEVILLAIN Pierre, anatomie et cytologie pathologiques
- MAIN de BOISSIERE Alain, pédiatrie
- MARCELLI Daniel, pédopsychiatrie (ex-émérite)
- MARILLAUD Albert, physiologie
- MENU Paul, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire (ex-émérite)
- MORICHAU-BEAUCHANT Michel, hépato-gastro-entérologie
- MORIN Michel, radiologie, imagerie médicale
- PAQUEREAU Joël, physiologie
- POINTREAU Philippe, biochimie
- POURRAT Olivier, médecine interne (ex-émérite)
- REISS Daniel, biochimie
- RIDEAU Yves, anatomie
- SULTAN Yvette, hématologie et transfusion
- TALLINEAU Claude, biochimie et biologie moléculaire
- TANZER Joseph, hématologie et transfusion (ex-émérite)
- TOURANI Jean-Marc, oncologie
- VANDERMARCO Guy, radiologie et imagerie médicale

REMERCIEMENTS

Au Président du jury, **Monsieur le professeur Philippe BINDER**. Vous me faites l'honneur de présider ce jury de thèse. Recevez ici toute ma reconnaissance et l'expression de mon plus profond respect.

Au membre du jury, **Monsieur le professeur Pascal PARTHENAY**. Je vous remercie d'accepter de participer au jury de cette thèse et je vous prie de bien vouloir accepter ma respectueuse considération.

Au membre du jury, **Monsieur le docteur Pierrick ARCHAMBAULT**. Vous me faites l'honneur d'accepter de juger ce travail. Veuillez recevoir mes plus sincères remerciements.

A mes directeurs de thèse, **Messieurs les docteurs Pascal AUDIER, et Nicolas DE JONGH**. Je vous remercie d'avoir accepté de diriger cette thèse, et de m'avoir apporté vos précieux conseils.

Aux **internes et maîtres de stage qui ont participé** à cette étude, merci de vous y être intéressé, et d'y avoir consacré du temps.

A **Marion**, avec qui je partage ce travail, à notre investissement dans cette thèse, et tout ce travail réalisé, malgré les difficultés rencontrées.

Aux **personnes rencontrées lors de mes stages de médecine**, j'ai la chance, grâce à vous, d'avoir eu plaisir à faire cet internat, et je vous en remercie. Une pensée particulière pour Faris, Anne-Laure, Christian, Saïd, Franck et Pascal.

A mes **co-internes** des urgences, Manon, Nicolas, Sophie, et à la DIACO&CO, Patrice, Tiphaine, Martin, pour tous ces moments partagés.

A **ma famille**, merci pour tout.

A **Mathieu**, pour chaque jour et pour ton aide précieuse dans cette thèse.

SOMMAIRE

REMERCIEMENTS	5
LISTE DES ABREVIATIONS	9
1. INTRODUCTION	11
1.1 ETAT DES LIEUX	11
1.1.1 Formation des internes aux compétences relationnelles.....	11
1.1.2 Supervisions réalisées en stage ambulatoire	13
1.1.3 Supervision par Observation Directe avec Enregistrement Video	15
1.2 FACILITER LA GENERALISATION DE LA SODEV EN SASPAS	21
1.3 PROBLEMATIQUE ET OBJECTIF.....	22
1.3.1 Problématique.....	22
1.3.2 Objectif	22
2. MATERIEL ET METHODE	23
2.1 TYPE D'ETUDE.....	23
2.2 POPULATION ET LIEU D'ETUDE	23
2.3 MATERIEL	24
2.3.1 Réalisation du protocole de SODEV	24
2.3.2 Matériel utilisé pour les enregistrements.....	31
2.3.3 Création d'une adresse mail dédiée.....	32
2.4 RECUEIL ET ANALYSE DES DONNEES.....	32
2.4.1 Recueil des données	33
2.4.2 Analyse des données.....	33
2.5 ETHIQUE ET CADRE MEDICO-LEGAL.....	34
2.6 BIBLIOGRAPHIE	34
3. RESULTATS	35
3.1 POPULATION D'ETUDE.....	35
3.2 RESULTATS DE L'ANALYSE QUALITATIVE.....	38
3.2.1 Le protocole de supervision vidéo.....	38
3.2.2 Le matériel utilisé pour les enregistrements	52

3.2.3	Le ressenti des internes.....	56
3.2.4	Les patients	63
3.2.5	Les maitres de stage.....	70
3.2.6	Les perspectives de la généralisation de la SODEV	74
4.	DISCUSSION.....	77
4.1	FORCES ET FAIBLESSES DE L'ETUDE	77
4.1.1	Concernant l'introduction	77
4.1.2	Concernant le matériel et la méthode	77
4.2	DISCUSSION DES RESULTATS	83
4.2.1	Rappel des principaux résultats	83
4.2.2	Discussion des résultats	86
4.3	PESPECTIVES D'UTILISATION DE LA SODEV	95
5.	CONCLUSION	97
6.	BIBLIOGRAPHIE.....	99
7.	ANNEXES.....	103
	ANNEXE I : GRILLE DE CALGARY-CAMBRIDGE MODIFIEE	103
	ANNEXE II : PROTOCOLE ISSU DE LA BIBLIOGRAPHIE.....	105
	ANNEXE III : PROTOCOLE NATIONAL DE SODEV.....	106
	ANNEXE IV : TUTORIEL SODEV CHOISI POUR L'ETUDE	109
	ANNEXE V : GUIDE D'UTILISATION SIMPLIFIE DE LA CAMERA	112
	ANNEXE VI : GUIDE D'ENTRETIEN POUR L'ANALYSE QUALITATIVE	114
	ANNEXE VII : QUESTIONNAIRE POPULATION D'ETUDE.....	115
	ANNEXE VIII : FEUILLE DE CONSENTEMENT POUR LE MSU	117
	ANNEXE IX : FEUILLE DE CONSENTEMENT POUR L'INTERNE.....	118
	ANNEXE X : FEUILLE DE CONSENTEMENT POUR LE PATIENT	119
8.	RESUME.....	121
9.	SUMMARY	123
10.	SERMENT D'HIPPOCRATE.....	125

LISTE DES ABREVIATIONS

DMG : Département de Médecine Générale

GEP : Groupes d'Echange de Pratiques

RTI : Rencontres Individuelles avec le Tuteur

RTG : Rencontres en Groupe avec les Tuteurs

JETL : Journée d'Enseignement à Thèmes Libres

MSU : Maître de Stage des Universités

SASPAS : Stage Ambulatoire en Soins Primaires en Autonomie Supervisée

SODEV : Supervision par Observation Directe avec Enregistrement Vidéo

CNIL : Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés

CNGE : Collège National des Généralistes Enseignants

SD : Secure Digital

USB : Universal Serial Bus

HDMI : Interface Multimédia Haute Définition

Sudoc : Système Universitaire de Documentation

LiSSa : Littérature Scientifique en Santé

1. INTRODUCTION

1.1 ETAT DES LIEUX

1.1.1 FORMATION DES INTERNES AUX COMPETENCES RELATIONELLES

Il est primordial que l'interne soit formé au cours de son internat à l'acquisition des compétences indispensables du médecin généraliste. L'une de ces compétences est la relation, communication, approche centrée patient, et est décrite comme *la capacité à construire une relation avec le patient, son entourage, les différents intervenants de santé, ainsi que les institutionnels, en utilisant dans les différents contextes les habiletés communicationnelles adéquates, dans l'intérêt des patients (1).*

Elle comprend notamment (1) :

- Mener des entretiens avec tout type de patients et leurs entourages, en restant centré sur leurs besoins implicites et explicites, en intégrant des notions d'éthique de la communication,
- Construire et maintenir à travers ces contacts, une relation avec le patient et/ou son entourage, en étant attentif à rester dans le cadre professionnel et en se questionnant sur ses propres capacités et limites relationnelles,
- Respecter les différentes législations et code déontologique concernant les droits du malade et les devoirs du médecin.

La formation des internes concernant cette compétence est nécessaire, aussi bien pour le patient que pour le médecin. Elle participe à la construction de leur relation et a un impact sur la qualité et la sécurité des patients. Une bonne communication améliore le taux de satisfaction et l'état de santé du patient, tout en réduisant le risque d'effet indésirable lié à une mauvaise compréhension ou adhésion aux soins. De plus, il est estimé que 70 à 80% des poursuites médicales sont liées à des problèmes de communication entre le patient et son médecin, essentiellement en rapport avec l'attitude du médecin, le manque d'informations et d'échanges (2,3).

1.1.1.1 Formation théorique

La formation théorique au sein du Département de Médecine Générale (DMG) de Poitiers est constituée de (4) :

- Neuf séminaires qui abordent des notions transversales et des grandes compétences ;
- Dix Groupes d'Echange de Pratiques (GEP) thématiques réunissant un groupe d'étudiants avec exposition de situations cliniques vécues et discussion ;
- Quatre Rencontres Individuelles avec le Tuteur (RTI) ;
- Trois Rencontres en Groupe avec les Tuteurs (RTG).

Tous ces enseignements permettent d'aborder le versant théorique de la communication et la relation avec le patient, et d'apprécier le retour des internes ainsi que les difficultés ressenties.

A cela s'ajoute des enseignements et activités optionnels comme la Journée d'Enseignement à Thèmes Libres (JETL) qui aborde une des six compétences du médecin généraliste. Il y a par exemple, une journée sur l'entretien motivationnel.

De plus, l'interne rédige un certain nombre de traces d'apprentissage et de récits cliniques de situations vécues qu'il analyse et enrichit de recherches afin d'améliorer sa pratique.

1.1.1.2 Formation pratique

La formation pratique comprend les différents stages réalisés par l'interne au cours de son cursus et notamment les stages ambulatoires réalisés au sein des cabinets médicaux (5).

1.1.1.2.1 Stage de niveau 1 et femme-enfant

Le stage de niveau 1 est effectué pendant la première année d'internat. Il se déroule en trois phases dont la durée est variable selon la rapidité d'acquisition des compétences de l'interne lui permettant de s'autonomiser : une phase d'observation active, une phase de supervision directe, et une phase de supervision indirecte.

La mise en autonomie est progressive en fonction des compétences acquises. Le Maître de Stage des Universités (MSU) assure une présence potentielle en cas de nécessité.

Le stage femme-enfant ambulatoire permet à l'interne d'être confronté quotidiennement aux motifs de consultations les plus fréquents en médecine générale dans le domaine de la gynécologie et de la pédiatrie. Il reprend les mêmes principes d'autonomisation que le stage de niveau 1.

1.1.1.2.2 Stage SASPAS

Le stage de professionnalisation ou Stage Ambulatoire en Soins Primaires en Autonomie Supervisée (SASPAS) se déroule en fin d'internat en milieu ambulatoire auprès d'un trinôme de MSU.

Ce stage est une transition vers la fin de l'internat et l'autonomie complète. L'interne consulte seul assez rapidement, en un ou deux jours, mais un MSU du trinôme doit être joignable à tout moment pendant la période du stage. Le nombre d'actes effectués par l'interne ne peut excéder 12 actes par demi-journée en moyenne (6).

Une rétroaction est réalisée le soir des consultations avec MSU, afin de faire progresser l'interne dans ses différentes compétences de médecine générale.

1.1.2 SUPERVISIONS REALISEES EN STAGE AMBULATOIRE

1.1.2.1 Supervision directe

La supervision directe est une méthode permettant d'observer les capacités de l'interne à mener une consultation dans sa totalité et dans des conditions les plus proches de la réalité.

Elle peut se faire en présence physique directe du maître de stage, c'est le cas le plus habituel, ou nécessiter des moyens matériels plus complexes comme un miroir unidirectionnel, l'utilisation d'un enregistrement vidéo ou audio (7).

En stage SASPAS, le plus souvent, la phase d'observation directe se déroule en présence du maître de stage en début de semestre, et sa durée est limitée à une ou deux journées (5).

Il est indéniable que la présence du MSU modifie le déroulement de la consultation de l'interne, aussi bien pour son étudiant que pour ses patients (8–10).

Les techniques de supervision directe avec utilisation de matériel complexe permettent donc de supprimer l'interférence du maître de stage sur le déroulement de la consultation, mais des moyens techniques appropriés sont nécessaires (7).

1.1.2.2 Supervision indirecte

C'est la technique de supervision réalisée en stage SASPAS.

Elle consiste en un compte rendu de l'interne au MSU, réalisé à posteriori, concernant son activité de la journée. *Il s'agit d'un acte pédagogique et non pas uniquement d'un compte rendu factuel utile à la mise à jour du dossier médical* (7).

Cette méthode ne donne pas entière satisfaction (11). La compétence relationnelle de l'interne est difficilement évaluable étant donné que le MSU n'est pas présent lors de la consultation pour voir comment l'interne communique avec le patient.

Par conséquent, le débriefing en supervision indirecte permet d'explorer plus facilement la partie biomédicale que la partie relationnelle, qui ne se base que sur des éléments rapportés par l'interne et à postériori par le patient. L'interne ne peut donc améliorer que ce dont il est conscient. Comme il ne se voit pas consulter, un certain nombre de scotomes ne sont pas pris en compte dans son apprentissage et notamment concernant ses compétences communicationnelles et relationnelles avec les patients.

1.1.3 SUPERVISION PAR OBSERVATION DIRECTE AVEC ENREGISTREMENT VIDEO (SODEV)

1.1.3.1 Définition

La SODEV est une technique de supervision directe. L'interne filme sa consultation avec le patient en l'absence du maître de stage et la vidéo est utilisée pour le débriefing.

1.1.3.2 Utilisation

1.1.3.2.1 Dans le monde

C'est une technique déjà utilisée dans les autres pays et plus particulièrement au Canada, où elle est intégrée à la formation des internes à la relation médecin-patient (12–14).

1.1.3.2.2 En France

Pour le moment, elle est peu utilisée en France. Seuls certains DMG l'ont développée, notamment à Rouen (14–16), et à Paris-Est Créteil (17).

Une thèse récente de 2018 fait l'état des lieux de son utilisation en France. Selon ce travail, 90,7% des DMG n'utilisent pas la SODEV principalement à cause des obstacles matériels, la méconnaissance du concept, et les obstacles juridiques. Mais 68,75% souhaiteraient y participer à l'avenir (14).

Elle n'est pas intégrée dans le cursus de l'interne en Poitou Charente.

1.1.3.3 Bénéfices de la SODEV

La supervision vidéo est un outil qui a montré un intérêt dans l'enseignement prodigué aux internes (9,18–20). Elle est validée aussi bien par les internes (8,21) que par les MSU (9).

En effet, elle permet un apprentissage des compétences relationnelles, dont l'efficacité est durable (8,19,22). Les étudiants ayant eu un apprentissage avec la SODEV sont de meilleurs communicants que les étudiants n'en ayant pas bénéficié, et ce, à long terme (22).

1.1.3.3.1 Apport par rapport à la supervision directe classique

Plusieurs témoignages ont rapporté que l'interne était plus à l'aise en SODEV qu'en supervision directe classique avec le MSU à ses côtés (9).

De plus, l'interne serait plus autonome durant la consultation filmée. Alors qu'en supervision directe classique, il n'oserait pas terminer la consultation sans demander au MSU son avis (9).

1.1.3.3.2 Apport par rapport à la supervision indirecte

La supervision vidéo permet de faire progresser l'interne sur des points non accessibles en supervision indirecte (9,19,23). Les maîtres de stage avancent un apport important de la SODEV concernant l'exploration des compétences communicationnelles, tandis que les supervisions utilisées actuellement en stage SASPAS permettraient plutôt d'étudier les compétences techniques et cliniques de l'interne (15).

1.1.3.3.3 Amélioration de la relation MSU-interne

La SODEV est également bénéfique concernant la relation entre le MSU et son interne. En effet elle renforce la confiance du MSU en son interne pour le laisser en autonomie (9) et lui permet d'évaluer facilement ses compétences dans leur globalité (10,18).

Elle est perçue comme une relation d'échange entre l'interne et le MSU. Cette supervision s'effectue dans un climat de confiance, il n'y a pas de notion de jugement de la part du MSU (24). De nombreux MSU ont évoqué une progression positive de leur relation avec l'interne à la suite de cette expérience. L'interne qui a constaté par lui-même certains aspects de son comportement se montre plus ouvert et plus réceptif aux remarques. La vidéo permet également aux MSU d'aborder certains sujets difficiles à formuler (10).

1.1.3.3.4 Possibilité d'illustrer des remarques

C'est un support objectif d'aide aux MSU pour illustrer les remarques qu'ils peuvent faire aux internes en supervision indirecte (23–25).

1.1.3.3.5 Permet à l'interne de s'auto-évaluer

C'est le seul outil qui permette à l'interne de revoir sa propre consultation et ce miroir lui permet une prise de conscience sur certains aspects de sa manière d'être (9,10). L'autocritique l'inciterait à avoir une démarche réflexive (9).

Ils constatent également une meilleure capacité à se questionner sur eux-mêmes, à se faire confiance, à accepter leurs forces et leurs faiblesses (8).

1.1.3.3.6 Bonne acceptabilité de l'outil

Par rapport à l'acceptation de la SODEV, selon les études, les internes s'habituent progressivement à la présence de la caméra (8,10,24,26).

Dans la plupart des travaux, il est retrouvé que l'outil est accepté par les patients (9,27–29) et la qualité de la consultation n'est pas altérée par la présence d'un enregistrement vidéo (27).

En général, la plupart des personnes acceptent qu'on les enregistre ou qu'on les examine sur bande vidéo ou audio, mais il faut établir des règles de base et respecter pleinement les individus (25,30). La condition indispensable est que la bande vidéo soit utilisée pour la formation de l'interne et que les patients soient informés sur l'utilisation du film (9).

Les patients pourraient plus facilement accepter de consulter l'interne si la consultation était filmée et revue en rétroaction. Ils seraient en effet rassurés par le fait que leur médecin traitant voit le film et puisse détecter les erreurs médicales (9).

1.1.3.4 Freins à l'utilisation de la SODEV

1.1.3.4.1 Manque de formation des MSU

Le manque de formation spécifique des MSU à la SODEV a été cité (9,16,31). Mais cela n'est pas retrouvé dans toutes les études (18).

Cette ambivalence est décrite dans la thèse d'Elodie PAILHE. Les avis des MSU ont été partagés sur leur capacité à superviser une séance de rétroaction sur la communication. Certains se sentaient formés et capables. D'autres ont exprimé leur malaise lié au manque de formation sur la communication (9).

Il semblerait que le manque de formation concerne plus un apprentissage sur la communication que sur la SODEV.

1.1.3.4.2 Anxiété des internes

La notion d'anxiété de performance et de gêne des internes concernant leur image de soi revient souvent dans la littérature. La caméra pourrait majorer une impression d'observation et de vérification de chacun des gestes et des paroles de l'interne (10).

Cependant, elle est souvent transitoire et n'est pas considérée comme un obstacle à la généralisation de la SODEV (8,18,24,31).

1.1.3.4.3 Influence du contexte sur l'acceptabilité des patients

Selon une étude de 1986, de Servant et Matheson, seulement 10% des patients donnent leur consentement pour l'enregistrement vidéo, lorsque le médecin fait attention à ce qu'ils ne subissent aucune pression (32).

Le moment choisi pour demander le consentement aurait également une influence selon une étude de 1984. Le consentement est de 90% lorsque le médecin le demande dans la salle de consultation, il tombe à 80% lorsque le personnel le demande dans la salle d'attente et à 10% lorsqu'on le demande au patient par courrier à leur domicile (33).

Il n'y a pas d'étude récente réalisée auprès de patients afin d'approfondir ces notions.

1.1.3.4.4 Modification éventuelle du comportement du patient face à la caméra

Il est évoqué le fait que le comportement du patient lui-même est perturbé par la caméra. Certains peuvent avoir des réticences à aborder certains sujets personnels ou intimes. D'autres, pour être agréables au médecin, vont essayer d'agir comme un patient « modèle » (10).

1.1.3.4.5 Impossibilité de filmer l'examen clinique

Concernant la réalisation pratique de l'enregistrement des consultations, il est prévu dans les différents protocoles en accord avec la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL) de ne pas filmer l'examen clinique. Il n'y a donc pas d'exploration possible de la pratique non verbale et gestuelle au cours de l'examen clinique (15). L'enregistrement sonore n'est pas dérangeant. Il ne permet toutefois pas de déceler le langage non verbal (30).

1.1.3.4.6 Qualité du matériel utilisé

La qualité du matériel est un problème rencontré dans la plupart des études, avec un souci de coût, et de qualité des enregistrements, notamment au niveau du son (9,10,15,31).

1.1.3.4.7 Aspect chronophage

La SODEV est chronophage. C'est le frein évoqué de façon systématique dans les travaux antérieurs. Et notamment il y a la contrainte de temps lié à la durée des débriefings (9,10,15,18,19,31).

1.2 FACILITER LA GENERALISATION DE LA SODEV EN SASPAS

Les études ont montré un bénéfice de cette pratique pour la formation en communication des internes. Pourtant, elle n'est pas intégrée dans le cursus des étudiants et peu pratiquée.

Elle est en effet limitée par plusieurs freins, qui sont essentiellement l'aspect chronophage et l'aspect technique. Dans l'état actuel, elle n'est donc pas intégrable au cursus officiel et notamment au stage SASPAS.

Un comité de pilotage national concernant la SODEV a été créé, en lien avec le Collège National des Généralistes Enseignants (CNGE), avec une participation des enseignants de plusieurs DMG en France, notamment à Rouen, Poitiers, Bordeaux, et Paris Créteil. Il a été établi un protocole de supervision visant à réduire les freins et faciliter la généralisation de la SODEV.

Une seule étude de faisabilité a été réalisée en grande échelle par l'université de Paris Créteil dont les résultats ont été publiés au cours de la réalisation de notre étude (17). L'objectif était d'expérimenter et d'évaluer la faisabilité et l'intérêt de l'utilisation de la SODEV comme outil de formation et d'évaluation des apprentissages des internes de médecine générale au cours des stages ambulatoires. Entre novembre 2017 et octobre 2018, les internes en stages ambulatoires à l'Université Paris-Est Créteil ont recueilli des données quantitatives relatives aux enregistrements réalisés. Des données de satisfaction ont été recueillies par questionnaire. Les résultats ont retrouvé que la SODEV semblait être faisable mais nécessitait d'être adaptée aux terrains de stages en termes de temps et de logistique. Elle semblait utile dans l'acquisition des différentes compétences professionnelles de médecine générale, dont la compétence de relation avec le patient. Elle pourrait constituer un outil supplémentaire pour la certification (17).

1.3 PROBLEMATIQUE ET OBJECTIF

1.3.1 PROBLEMATIQUE

L'utilisation d'un protocole adapté de SODEV permet-il la généralisation de cette méthode de supervision dans la formation des internes et l'apprentissage des compétences relationnelles en médecine générale ?

1.3.2 OBJECTIF

L'objectif de notre travail est de montrer que l'utilisation d'un protocole adapté de SODEV avec du matériel adéquat pour les enregistrements, et un outil de rétroaction, permet la généralisation de cette méthode de supervision dans la formation des internes et l'apprentissage des compétences relationnelles en médecine générale.

Le travail que nous avons donc décidé de réaliser consiste à étudier la faisabilité de la généralisation de la SODEV :

- Avec l'utilisation d'un protocole adapté,
- Associé à un outil : la grille de Calgary-Cambridge pour l'auto et l'hétéroévaluation,
- Après des internes en stage SASPAS,
- En tenant compte des facteurs limitants mentionnés par nos prédécesseurs,
- Pour l'apprentissage des compétences relationnelles des internes.

J'ai réalisé dans ce but, une enquête qualitative auprès des internes de médecine générale de Poitou Charente en stage SASPAS.

Ma collègue, Marion Pruvost, réalise une thèse conjointe avec une analyse qualitative auprès des MSU.

2. MATERIEL ET METHODE

Pour étudier la faisabilité de la généralisation de le SODEV auprès des internes de médecine générale en stage SASPAS, nous avons réalisé un protocole basé sur les précédents travaux afin de limiter les freins à l'utilisation de cette technique, et sélectionné un matériel d'enregistrement adapté. Puis nous avons testé ce protocole lors des stages en SASPAS.

2.1 TYPE D'ETUDE

Il s'agit d'une étude qualitative réalisée auprès des internes.

2.2 POPULATION ET LIEU D'ETUDE

La population d'étude correspond aux internes de médecine générale en stage SASPAS en Poitou Charente.

Il n'y avait pas de nombre limite de participants.

Le recrutement s'est déroulé sur deux semestres, de mai 2019 à mai 2020. Il s'est effectué par le biais des MSU. Après accord du MSU, il proposait ce travail à son interne.

Les MSU ont été contacté par mail et par courrier, après un premier contact téléphonique au secrétariat pour expliquer le projet. Le contenu des messages comportait une explication brève du principe de la SODEV et une vidéo que nous avons réalisée.

Sur le premier semestre, tous les MSU du département de Charente ont été contactés, sans exclusion.

Sur le deuxième semestre, tous les MSU de l'ancienne région du Poitou Charente ont été contactés. Ont été exclus l'interne qui se trouvait être le deuxième investigateur de la thèse ainsi que ses trois MSU.

2.3 MATERIEL

2.3.1 REALISATION DU PROTOCOLE DE SODEV

Le premier temps de notre thèse a consisté à sélectionner, après une recherche bibliographique, un protocole de SODEV qui permettrait de prendre en compte les différents facteurs limitants retrouvés dans les précédents travaux et donc favoriserait la généralisation de cette pratique.

Dans le même temps, comme précisé précédemment, ce travail a été réalisé sur le plan national dans le même but, avec la création d'un protocole. Ces deux protocoles étaient finalement semblables étant donné qu'ils étaient basés sur les mêmes travaux de recherche.

2.3.1.1 Protocoles des anciens travaux et pistes d'amélioration

2.3.1.1.1 Fréquence et nombre des enregistrements

Dans les thèses précédentes, il était réalisé au minimum une série d'enregistrements (9,10) ou plus (19). La plupart proposait deux ou trois sessions (15,18,24,26).

Les internes de SASPAS inclus dans les études précédentes débutaient leur première séance soit un mois après leur arrivée (temps d'adaptation nécessaire au cabinet, au logiciel médical, au fonctionnement interne) (15); soit à tout moment du stage, car étant donné qu'il s'agissait d'un deuxième stage chez le médecin généraliste, l'interne était très vite en autonomie et consultait seul une fois passé les premiers jours (24).

Il est ressorti dans les travaux que plusieurs séries d'enregistrements étaient préférables. En effet, plusieurs enregistrements à différents moments permettraient d'évaluer la progression de l'interne (10). La majorité des MSU ont trouvé que la SODEV avait peu de bénéfices sur une seule consultation mais qu'elle aurait un intérêt s'ils supervisaient plusieurs consultations dans le stage (9). Plusieurs MSU ont proposé le rythme d'un enregistrement par mois pendant les 6 mois (10).

Certains ont pensé qu'il n'y aurait pas non plus d'intérêt à filmer tout le temps mais que la meilleure fréquence pour la SODEV pouvait être une utilisation au début, au milieu et en fin de stage (9).

Selon les internes, il faudrait augmenter le nombre de séries d'enregistrements et diminuer le nombre d'enregistrements par série, dans le but de diminuer le temps de visionnage des entretiens (24).

2.3.1.1.2 Auto-évaluation de l'interne

En fonction des protocoles, l'interne visualisait seul ou non les enregistrements avant le temps du débriefing, c'est-à-dire qu'il réalisait une auto-évaluation (9,10,15,18,26). L'autoévaluation par l'interne divise. Pourtant elle semble bénéfique. Elle permet à l'interne de se rendre compte seul de certains éléments et de dédramatiser, notamment en s'habituant à se voir, et en s'habituant à son verbal et son non verbal (26). Mais elle est également considérée comme chronophage (15). En revanche, elle ne se suffit pas à elle-même. Le besoin, d'un regard extérieur, celui du maître de stage, était évoqué par les internes (24,26). Le plus pertinent étant de coupler l'auto-évaluation de l'interne avec l'hétéroévaluation du MSU.

2.3.1.1.3 Planification du temps

L'aspect chronophage de la supervision a été mise en avant dans la plupart des travaux (9,10,15,18,29,31).

La planification de la rétroaction est citée comme un moyen de diminuer la contrainte de temps dans la littérature (12). Il est fortement conseillé au binôme MSU-interne de prévoir un temps dédié suffisant (1h30 à 2h) pour réaliser un travail pédagogique de qualité (15). Il faudrait prévoir en avance, dans le planning, une journée dédiée à la SODEV. L'interne effectuerait ses enregistrements, préférentiellement le matin, et analyserait ses vidéos, plutôt en début d'après-midi (et donc prévoir l'absence de consultation à ce moment). Le MSU pour sa part devrait prévoir dans son emploi du temps pour cette journée, des consultations en début d'après-midi et réserver, la deuxième moitié de cette demi-journée, du temps libre pour

une séance de supervision avec l'interne, celle-ci pouvant durer jusqu'à deux heures (15).

Il a été proposé de multiplier les enregistrements et prévoir des temps de rétroaction dédiés. Par exemple, utiliser l'enregistrement sur une seule consultation par jour tirée au hasard, bien que plusieurs aient été filmées, et débriefer le reste des consultations sans vidéo (18). Ou alors, ne regarder que les passages qui posent problèmes ou qui peuvent servir d'exemples pendant la rétroaction (12).

Pour les MSU, le choix de la consultation doit être aléatoire puisque toutes les consultations de médecine générale peuvent être intéressantes à filmer et à étudier. Il n'existe pas de consultation type qui mériterait d'être plus étudiée qu'une autre. Des consultations peu attrayantes au départ peuvent se révéler plus riches et plus intéressantes que d'autres à analyser (10).

2.3.1.1.4 Utilisation de la grille de Calgary-Cambridge

Lors de l'auto-évaluation et du débriefing, un outil d'aide à la supervision était utilisé la plupart du temps. La grille de Calgary Cambridge a été choisie dans certains travaux antérieurs (10,15,18).

L'analyse de la vidéo serait facilitée avec un guide sur la communication selon les MSU, d'où la nécessité d'un guide d'entretien comme cette grille (9). C'est un guide répandu et validé en France comme au Canada (10,34–36) et son utilisation associée à la SODEV est déjà évoquée et étudiée dans d'anciennes publications (18,24,26). Selon les MSU, elle structure la supervision, est simple d'utilisation, et permet d'explorer la globalité des tâches ainsi que chaque tâche séparément (10,15). Elle est jugée reproductible et donc adaptable et réutilisable lors des différentes consultations. Elle constitue un réel outil de comparaison et peut servir à évaluer la progression de l'étudiant (10). Selon les internes, elle permet de mieux visualiser, de manière autonome, certaines lacunes ainsi que certaines compétences acquises et est facile d'utilisation (24).

En revanche, lors des précédentes thèses, il a été mis en évidence une difficulté pratique d'utilisation. Notamment une difficulté de cotation de certains items plus subjectifs relevés par les internes (24), pour des problèmes de compréhension de formulation, de ressemblances ou redites dans des items quasi similaires (10).

Il a également été suggéré d'ajouter de la place pour prendre des notes au niveau de la grille (18,24). Éventuellement, on pourrait aussi n'utiliser la grille de Calgary-Cambridge que partiellement en fonction des lacunes de l'étudiant du fait d'une certaine lourdeur de l'outil utilisé intégralement (15).

Certaines modifications ont été réalisées lors des précédents travaux, notamment l'ajout de l'échelle de Likert ce qui a été considéré comme adapté selon les internes (15,18), ou une modification de la grille adaptée à la supervision vidéo : une grille qui tient sur une page recto-verso, avec un encadré à la fin permettant de résumer la rétroaction et d'indiquer les points à retravailler lors des prochaines consultations (10).

Pour notre travail, nous avons donc décidé d'utiliser une grille de Calgary-Cambridge simplifiée comprenant une échelle de Likert en y ajoutant un espace adapté pour prendre des notes (voir Annexe I).

2.3.1.2 Tutoriel de SODEV choisi

2.3.1.2.1 Tutoriel écrit

Après la prise en compte de tous ces éléments, nous avons donc rédigé un protocole adapté présenté en Annexe II. Parallèlement, le protocole national a été mis à disposition (voir Annexe III). Étant donné que les deux protocoles étaient semblables, nous avons décidé d'utiliser le protocole national, en modifiant simplement la mise en page pour une question de clarté des explications. Nous avons choisi également de renommer le protocole « tutoriel » pour une question de sémantique, afin que notre outil soit considéré comme un guide d'apprentissage, plutôt qu'un ensemble de règles à suivre.

Le tutoriel définitif de SODEV utilisé dans notre étude est présenté en Annexe IV. Les principaux éléments retenus sont décrits ci-après.

○ **Déroulement de la SODEV**

Pendant le semestre SASPAS, il a été proposé trois séances de supervision vidéo, afin de pouvoir mieux évaluer la progression de l'interne :

- La première à environ un mois pour réaliser un premier « diagnostic » des compétences relationnelles,
- La deuxième à 3 mois pour établir un « état des lieux » de milieu de stage,
- Et la troisième, pendant le dernier mois de stage, pour observer les améliorations.

○ **Déroulement technique des enregistrements**

Installation de la caméra :

Le dispositif doit être placé dans le cabinet, de manière à voir à la fois le patient et l'interne. La partie examen clinique ne doit pas être filmée.

Déroulement :

Le patient est informé préalablement à son entrée dans le cabinet de l'enregistrement vidéo de la consultation et il a la possibilité de le refuser et de pouvoir l'interrompre à tout moment durant la consultation. Il donne son accord oral et signe le consentement écrit.

L'interne allume la caméra en cas d'acceptation. Lors de la fin de la consultation, l'interne interrompt l'enregistrement après le départ du patient. L'enregistrement est donc coupé entre chaque consultation.

La durée et le nombre de consultations filmées sont déterminés par le MSU et son interne. Une à trois consultations voire des demi-journées peuvent être entièrement filmées.

○ **Déroulement de la supervision**

La vidéo est visualisée d'abord par l'interne seul, qui réalise une auto-évaluation de ses compétences, à l'aide de l'outil fourni : la grille de Calgary-Cambridge simplifiée.

Puis, le débriefing est réalisé avec le MSU sur un temps dédié, d'une durée d'une à deux heures. Une à trois consultations sont sélectionnées en tenant compte de l'intérêt pédagogique et des compétences à travailler : il peut s'agir par exemple d'une consultation qui a posé soucis à l'interne, et d'une tirée au sort. Il ne paraît pas judicieux de regarder toutes les consultations, car cela est jugé trop chronophage dans les précédentes études.

A l'issue de la supervision, l'interne et le MSU définissent ensemble les objectifs d'amélioration concernant une ou plusieurs compétences et établissent une prescription pédagogique.

Enfin, les vidéos sont effacées de la carte Secure Digital (SD).

- ***Outil pour la supervision***

La supervision est réalisée à l'aide de la grille de Calgary-Cambridge simplifiée fournie. Le MSU et l'interne s'accordent sur une évaluation à l'aide de l'intégralité de la grille ou sur le travail d'une tâche en particulier.

- ***Visualisation des vidéos***

L'ordinateur permettant la visualisation des vidéos doit être mis en «mode avion» ou les communications Wi-Fi et/ou Bluetooth doivent être interrompues. Si l'ordinateur est relié à internet par un mode filaire, le câble doit être débranché.

La carte SD est soit retirée de la caméra et mise dans l'adaptateur prévu sur l'ordinateur ou via un câble d'adaptateur SD-Universal Serial Bus (USB), soit lue directement sur l'ordinateur en le reliant à la caméra au moyen d'un câble USB ou Interface Multimédia Haute Définition (HDMI). Les vidéos ne sont pas copiées sur l'ordinateur, mais uniquement visualisées à partir de la carte mémoire.

La visualisation des vidéos et la supervision est effectuée le jour même de leur réalisation au cabinet du maître de stage.

Lorsque la supervision à partir des différentes visualisations est terminée, les vidéos doivent être supprimées de la carte SD.

- **La supervision inversée : condition au bon déroulement de la SODEV**

On conseille au MSU de réaliser la première fois un enregistrement d'une de ses propres consultations pour expliquer le principe de la SODEV à son interne et la dédramatiser. L'interne et le MSU effectuent alors une supervision dans laquelle l'interne prend le rôle du superviseur. Ce moment permet à l'interne d'observer et d'anticiper le déroulement d'une supervision vidéo, sans être mis d'emblée en difficulté.

- **Temps dédié à la supervision**

La SODEV est une activité potentiellement chronophage. Pour assurer une bonne supervision, le temps dédié doit être d'une heure et demi à deux heures afin de réaliser un travail pédagogique de qualité. Le temps alloué à la supervision fait partie intégrante du stage SASPAS, et à ce titre organisé sur le planning de l'interne. Le temps dédié à la supervision vidéo ne devrait pas excéder six heures sur six mois.

2.3.1.2.2 Tutoriel vidéo

Afin de présenter la SODEV aux MSU et aux internes de façon plus simple et potentiellement moins chronophage, nous avons ensuite réalisé une version vidéo du protocole. Ceci a été créé à l'aide d'un outil internet : *Animaker* (37) qui nous a permis de réaliser une vidéo expliquant les principes de la SODEV.

Nous avons effectué une version plus courte de la vidéo, qui a été envoyée aux MSU lors de la demande de participation à notre thèse. Les participants ont ensuite reçu une version longue de la vidéo avec le reste des documents s'ils étaient intéressés.

La vidéo est disponible à l'adresse suivante :

<https://www.youtube.com/watch?v=kxsQdfCDoqk&feature=youtu.be> (38).

2.3.2 MATERIEL UTILISE POUR LES ENREGISTREMENTS

2.3.2.1 Matériel utilisé dans les précédentes études

Dans les travaux précédents, différents matériels ont été utilisés :

- Un bureau de consultation réservé aux internes avec un matériel fixe, une caméra, un enregistreur, deux micros et une télévision installés fournis par le DMG, d'un coût de 2121 euros (18,24,26).
- Une caméra Go pro (15,17),
- Une caméra avec un trépied (9),
- Une caméra numérique avec une télécommande permettant de déclencher l'enregistrement à distance. La caméra était fixée sur un trépied (10).

Le matériel d'enregistrement est d'une importance capitale. En effet, la mauvaise qualité, notamment du son, a été un des freins retrouvés dans les précédents travaux (9,10,15,31).

Le coût du matériel peut également être un facteur limitant (9,18,24). Les MSU ne seraient pas prêts à s'équiper eux-mêmes pour réaliser les vidéos du fait du prix. Par contre, ils seraient favorables à ce que le DMG investisse dans le matériel en se dotant de plusieurs caméras qui pourraient être prêtées aux différents maîtres de stage (10).

Enfin, les caméras sur trépied utilisées dans certaines thèses, ont été jugées encombrantes, et cela peut attirer plus facilement l'attention du patient ou de l'interne vers la caméra, du fait qu'elle soit plus voyante (10).

Plusieurs MSU ont spontanément évoqué le fait qu'une webcam serait plus pratique pour réaliser cette technique. La webcam est moins encombrante, plus simple à mettre en place, plus facile pour le cadrage et les vidéos sont directement accessibles sur l'ordinateur (10).

Pour que la vidéo se fasse oublier, il faudrait donc qu'elle soit la plus discrète possible, de petite taille et positionnée à un endroit où elle ne gêne pas le déroulement de la consultation (10).

2.3.2.2 Matériel utilisé dans notre étude

Lors du 18^e congrès national du CNGE, qui s'est tenu à Tours du 21 au 23 novembre 2018, il nous a été présenté le protocole national rédigé par le comité pilote, et nous avons pu tester au cours d'un atelier de SODEV, la caméra choisie par le DMG de Rouen pour réaliser les enregistrements. Ce matériel semble répondre à toutes les exigences repérées dans les précédents travaux et est peu coûteux. Le son était de bonne qualité lors des essais malgré le bruit ambiant du congrès. Nous avons donc décidé de faire l'acquisition à nos frais de deux de ces caméras de modèle « zoom Q2n » afin de pouvoir les proposer en roulement aux participants durant l'étude.

Pour faciliter l'utilisation de cette caméra, nous avons également créé un guide d'utilisation plus bref et plus compréhensible (Annexe V). La notice complète était également jointe à caméra.

L'ensemble comportait donc la caméra, les notices, des piles de rechange, une carte SD, un adaptateur et un câble USB pour brancher la caméra, et enfin un adaptateur pour insérer la carte SD dans l'ordinateur. Un pack complet pour une caméra nous a coûté 200 euros. Nous en avons acheté deux.

2.3.3 CREATION D'UNE ADRESSE MAIL DEDIEE

Afin de faciliter le dialogue avec les différents participants, nous avons créé une adresse mail dédiée à la SODEV pour notre thèse : SODEV.contact@gmail.com.

2.4 RECUEIL ET ANALYSE DES DONNEES

Afin d'avoir un retour d'expérience des internes, il a été réalisé une analyse qualitative par le biais d'entretiens semi-dirigés.

2.4.1 RECUEIL DES DONNEES

Afin d'effectuer le recueil de données, le choix s'est porté sur des entretiens semi-directifs. L'entretien semi-directif est une *technique qualitative de recueil d'informations permettant de centrer le discours des personnes interrogées autour de thèmes définis préalablement et consignés dans un guide d'entretien* (39). Il autorise une grande liberté de parole. Dans ce but, un guide d'entretien a été réalisé. Il est présenté en Annexe VI.

Les entretiens ont été réalisés au cabinet des MSU avec l'interne, sans la présence du maître de stage, lors du premier semestre. Pour le deuxième semestre, ils ont été réalisés par visioconférence ou appel téléphonique directement auprès de l'interne, compte tenu du contexte sanitaire avec la période de confinement lié à la Covid 19. Ils ont été prévus avec l'interne sur une plage dédiée de 30 minutes. La réalisation s'est déroulée à la fin du semestre, entre une à deux semaines après la dernière session de SODEV. Ils ont été effectués par l'auteur de la thèse et enregistrés avec un dictaphone, après avoir expliqué le caractère anonyme de l'enregistrement et de la retranscription.

Pour la caractérisation de l'échantillon des participants, un questionnaire anonyme a été réalisé (Annexe VII).

2.4.2 ANALYSE DES DONNEES

Par la suite, une retranscription des entretiens dans leur intégralité a été effectuée, ce qui a constitué les verbatims utilisés pour l'analyse statistique. L'analyse a été réalisée par l'interviewer. Un double encodage a été effectué par un autre interne en médecine, afin de s'assurer d'une meilleure validité scientifique de l'analyse.

Le logiciel *QDA miner* (40) a été utilisé pour le codage des verbatims. Ainsi, chaque partie du verbatim a été classée dans une ou plusieurs catégories représentant l'idée véhiculée. Ces catégories ont ensuite été regroupées en thèmes plus généraux et parfois déclinées en sous-catégories plus détaillées selon la particularité de l'idée émise (41).

2.5 ETHIQUE ET CADRE MEDICO-LEGAL

Afin de répondre aux exigences du CNIL, un certain nombre de mesures ont été prises. Pour commencer, nous avons réalisé des feuilles de consentement pour les MSU (Annexe VIII) et les internes (Annexe IX) acceptant de participer à la thèse. Nous avons également réalisé des feuilles de consentement pour les patients (Annexe X) qui ont été signées après explication de l'anonymat et du projet d'étude, préalablement au début de la consultation.

Le protocole national de supervision vidéo validé auprès du CNIL comprend certaines mesures de sécurité. Lors des enregistrements, la partie examen clinique n'est pas filmée, il ne persiste que le son. Pour garantir le secret médical et la sécurisation des données enregistrées, il est prévu dans le protocole que les fichiers vidéo ne soient pas copiés sur l'ordinateur et que lors de la visualisation de ces fichiers, l'ordinateur soit mis en mode « avion ». Cette visualisation des vidéos doit s'effectuer au sein même du cabinet, les fichiers ne devant pas être transportés en dehors de l'enceinte. Après le débriefing, qui doit être réalisé le jour même, les enregistrements sont effacés de la caméra.

2.6 BIBLIOGRAPHIE

Les bases de données : Système Universitaire de Documentation (Sudoc), Google Scholar, Littérature Scientifique en Santé (LiSSa), Cismef et PubMed ont été interrogées à l'aide des mots clés suivants :

- En français : « relation médecin-patient », « formation », « communication », « supervision vidéo », « supervision directe », « SODEV », « supervision indirecte », « SASPAS », « calgary-cambridge », « entretiens semi-dirigés »

- En anglais : “videotape recording”, “clinical supervision”, “video recording”, “communication training”, “calgary Cambridge”.

3. RESULTATS

3.1 POPULATION D'ETUDE

Au premier semestre, tous les MSU de SASPAS de Charente ont été contacté, ce qui correspondait à 26 binômes MSU-internes. Il y a eu deux réponses positives, et les autres MSU n'ont pas répondu.

Au deuxième semestre de l'étude, tous les MSU de SASPAS de Poitou Charente ont été inclus, à l'exclusion :

- Des deux MSU ayant participé au semestre précédent,
- Et des trois MSU du deuxième interne investigateur de l'étude qui était en stage SASPAS.

Ce qui correspondait à 133 MSU.

Neuf MSU ont répondu positivement si leur interne était d'accord.

Six MSU ont répondu négativement, les raisons n'ont pas été demandées. Certains MSU ont évoqué un manque de temps ou des problèmes personnels.

Deux internes des neuf binômes potentiels n'ont pas voulu tenter l'expérience car ne se sentaient pas à l'aise en stage SASPAS.

Au total, au deuxième semestre il y a donc eu sept MSU participants avec leur interne ce qui correspondait à cinq internes, car un interne a participé avec ses trois MSU.

Un binôme a été perdu de vue avant le premier enregistrement, les raisons n'ont pas été expliquées.

Il y a donc eu six internes participants, avec huit MSU, sur l'ensemble de la période de recrutement.

- Deux en Charente,
- Un en Charente Maritime,
- Deux en Vienne,
- Un en Deux-Sèvres.

Les caractéristiques des internes participants à notre étude sont présentées dans le tableau I.

INTERNE		INTERNE 1	INTERNE 2	INTERNE 3			INTERNE 4	INTERNE 5	INTERNE 6
MSU		MSU 1	MSU 2	MSU 3	MSU 4	MSU 5	MSU 6	MSU 7	MSU 8
SEXE		Femme	Femme	Homme			Homme	Femme	Homme
AGE DE L'INTERNE (année)		28	30	27			30	30	30
SEMESTRE D'INTERNAT		Semestre 6	Semestre 6	Semestre 5			Semestre 6	Semestre 5	Semestre 5
STAGES AMBULATOIRES EFFECTUES AUPARAVANT	NIVEAU 1	Oui	Oui	Oui			Oui	Oui	Oui
	MERE-ENFANT	Non	Non	Non			Non	Non	Non
	SASPAS	Non	Non	Non			Non	Non	Non
ZONE DU STAGE		Semi-Rural	Semi-Rural	Semi-Rural	Urbain	Semi-Rural	Urbain	Semi-Rural	Semi-Rural
PHASE DE SUPERVISION DIRECTE EN DEBUT DE STAGE		Oui (3 Consultations)	Non	Oui	Oui	Oui	Oui	Non	Oui (1 Journée)
AVANT LA PARTICIPATION A LA THESE	CONNAISSANCE DU PRINCIPE DE LA SODEV	Non	Non	Non			Oui	Non	Non
	REALISATION DE CONSULTATIONS FILMEES	Non	Non	Non			Non	Non	Non
	CONNAISSANCE DE LA GRILLE DE CALGARY CAMBRIDGE	Oui	Oui	Oui			Oui	Oui	Oui
	UTILISATION DE LA GRILLE	Non	Non	Non			Oui	Oui	Oui
PROJET PROFESSIONNEL		Ambulatoire	Ambulatoire	Ambulatoire			Mixte	Ambulatoire	Ambulatoire
AVIS CONCERNANT LES COMPETENCES RELATIONNELLES AVEC LE PATIENT	FORMATION SUFFISANTE AU COURS DE L'INTERNAT	Plutôt Oui	Plutôt Oui	Plutôt Non			Plutôt Non	Plutôt Oui	Plutôt Oui
	CAPACITE D'EVALUATION AU COURS D'UN DEBRIEFING CLASSIQUE	Plutôt Non	Plutôt Non	Plutôt Non			Plutôt Non	Plutôt Oui	Plutôt Non
DUREE DE L'ENTRETIEN		14min 31s	21min37s	35 Min			15min39s	19min31s	21min24s
MODE D'ENTRETIEN		Présentiel	Présentiel	Appel Vidéo			Appel Vidéo	Téléphone	Téléphone

Tableau I : Caractéristiques des internes participants

3.2 RESULTATS DE L'ANALYSE QUALITATIVE

3.2.1 LE PROTOCOLE DE SUPERVISION VIDEO

3.2.1.1 Compréhension du protocole proposé

3.2.1.1.1 Le protocole n'a pas toujours été vu par l'interne

INTERNE 3 « *Je n'ai rien vu, ce sont eux qui l'ont vu.* »

3.2.1.1.2 Le protocole était clair

INTERNE 5 « *J'avais lu tout cela, mais finalement assez longtemps à l'avance. Mais c'était compréhensible, pas de souci.* »

INTERNE 4 « *J'avais tout vu, j'avais vérifié tous les documents. Je ne me souviens plus exactement tout ce que cela comprenait mais j'avais tout visualisé. Pas du tout de souci de compréhension.* »

INTERNE 2 « *C'était compréhensible. Il y avait tout.* »

INTERNE 1 « *C'était clair.* »

3.2.1.2 Protocole réalisé durant l'étude

3.2.1.2.1 Nombre de sessions réalisées au cours du stage

- **Le nombre de sessions a été variable**

La plupart des binômes ont fait une ou deux sessions durant le stage.

- INTERNE 6 « On n'a fait qu'une seule session. »
- INTERNE 3 « Alors avec le MSU 3, j'ai fait une seule journée, tout seul. »
- INTERNE 2 « On s'était dit qu'on ferait à deux mois, quatre mois et six mois. »
 « Finalement, au tout début et la fin. On en a fait deux. »

Un binôme a réalisé trois sessions durant le stage.

- INTERNE 3 « Avec MSU 5, on a vraiment suivi le protocole, de faire vraiment une session au début, en milieu et à la fin. »

Et un binôme a fait plusieurs sessions tout au long du stage.

- INTERNE 3 « Avec MSU 4, lui, il est un petit peu « bordélique ». Donc le protocole, il ne l'a pas trop suivi. Il voulait que j'en fasse un petit peu à chaque fois. Donc j'en ai fait pas mal. J'ai fait deux, trois consultations en moyenne par jour, et ça 5-6 fois. »

- **Le nombre de sessions a été limité par certains évènements**

Certains binômes n'ont pas pu faire les trois sessions proposées du fait d'une inclusion dans l'étude trop tardive par rapport au moment du stage.

- INTERNE 5 « Comme on s'y était pris déjà un peu au dernier moment pour faire la vidéo, on n'a pas eu le temps de refaire l'enregistrement. »

Les problèmes techniques rencontrés ont également limité la fréquence des sessions.

- INTERNE 1 « Il n'y avait pas de batterie quand j'ai enregistré. C'est pour ça qu'on a fait deux fois des enregistrements dans le stage et non pas trois. »

Enfin, le contexte sanitaire lors de l'étude a entraîné un arrêt des sessions plus tôt dans le stage lors du deuxième semestre.

- INTERNE 3 « Après on voulait réessayer mais il a eu le coronavirus et donc on n'a pas pu le faire. »
- INTERNE 4 « Ensuite on devait faire une deuxième session mais ça a été un petit peu avorté du fait du coronavirus et de la téléconsultation. »

3.2.1.2.2 Nombre de consultations filmées lors des sessions

Le nombre de consultations filmées lors des sessions était variable en fonction des binômes, mais cela concernait un petit nombre de patients.

- INTERNE 5 « J'en ai filmé qu'une. Mon MSU m'a dit de ne faire qu'une seule consultation filmée. »
- INTERNE 1 « Pas beaucoup, je pense quatre ou cinq. »
- INTERNE 2 « On l'a fait des demi-journées, enfin des matinées. »
- INTERNE 6 « Dans la matinée, j'ai fait trois enregistrements. On n'a fait qu'une seule session, avec deux ou trois patients. »
- INTERNE 4 « Je l'ai utilisée pendant une heure, ce qui correspondait à trois consultations je crois. »

3.2.1.2.3 Aménagement prévu de la journée

- **Aucun aménagement n'a été réalisé pour la plupart des binômes**
- INTERNE 3 « On n'a pas adapté la journée. Comme on s'était dit que ce n'était que trois sessions, ça ferait juste deux trois soirs où je finirais un peu plus tard. Ça faisait des journées un petit peu longues. »

INTERNE 4 « Non non, je l'ai fait en même temps que mes consultations. Pour le visionnage je l'ai fait quand j'avais des trous entre deux consultations. Je ne l'ai pas fait en plus le soir. »

INTERNE 5 « Pas spécialement de temps de débriefing dédié. »

INTERNE 1 « Après il est arrivé qu'on débriefer alors qu'il avait encore des consultations derrière. »

○ **Deux binômes avaient quand même prévu des modifications**

INTERNE 2 « On avait un petit peu diminué. Enfin on avait enlevé une consultation du soir, mais il devait partir, donc on avait dû « speeder » après dans tous les cas. On avait dû se dépêcher pour voir les autres. »

INTERNE 6 « De base, le débriefing dure 1h30 pour 20 patients. Mais si tu fais ça pour chaque patient ça va être monstrueux. Donc heureusement qu'on avait adapté la journée et seulement trois enregistrements à visualiser. » « On avait vraiment mis moins de patients exprès pour que l'on puisse faire ça. »

3.2.1.2.4 Débriefing réalisé

○ **Déroulement et organisation différents dans chaque groupe**

Certains binômes ont regardé directement les vidéos ensemble puis les ont commentés pendant ou après le visionnage.

INTERNE 6 « Mais après on les a regardés ensemble. Ce qu'on a fait c'est que chacun avait sa grille de Calgary et on a noté tous les deux. Et après on a comparé ce qu'on avait chacun relevé de notre côté. »

INTERNE 2 « On faisait le debrief le soir, avec la vidéo. J'ai regardé directement les vidéos avec lui. Donc on prenait n'importe laquelle, c'est lui qui choisissait au hasard. »

INTERNE 1 « En fin de journée on a regardé ensemble la plupart du temps. C'est arrivé qu'on débrief alors qu'il avait encore des consultations derrière, dans ce cas-là on passait plus vite sur certaines consultations où il n'y avait pas eu de souci, on adaptait un peu le reste. »

INTERNE 3 « La première fois qu'on a fait les vidéos, on a choisi deux vidéos au hasard pour l'analyse avec la grille tous les deux. On l'a fait ensemble, avec MSU 4. »

Parfois, le maître de stage visionnait les vidéos tout seul avant la visualisation avec l'interne.

INTERNE 1 « On regardait à deux ou alors lui tout seul d'abord et ensuite avec moi. » « Ça arrivait qu'il regarde un peu avant moi quand je lui rendais la caméra et puis qu'on regardait après tous les deux. »

Pour un des binômes, l'interne et le maître de stage ont regardé chacun de leur côté avant d'en discuter lors du débriefing.

INTERNE 4 « Après j'ai regardé ça, et puis mon MSU a regardé ça aussi de son côté et on en a un peu discuté. On l'a fait en même temps que le débriefing habituel. On en a discuté pour voir ce que je pouvais améliorer. »

Pour un binôme, l'interne a visionné les vidéos seul, sans débriefing avec son maître de stage.

INTERNE 3 « Après au niveau de l'analyse on n'a pas vraiment fait d'analyse ensemble avec une grille. Je regardais tout seul, plusieurs fois, et voilà. Et lui [MSU 5] derrière il ne me demandait rien. »

○ **Visionnage des vidéos**

- Les binômes ont décidé de regarder les vidéos en entier.

« On a tout revu. C'est vrai que le fait de s'auto-évaluer avant, on aurait pu sélectionner des parties pour ne pas tout revoir. Mais d'un autre côté, il y a des choses qui pouvaient peut-être moins nous choquer je pense, et que lui va s'attarder sur d'autres choses que moi je n'aurais pas forcément pensé toute seule en me voyant. »

INTERNE 2 *« On les regardait ensemble et puis après... Alors, on commentait en même temps qu'on regardait et puis à la fin. On discutait en même temps qu'on visionnait les vidéos, sur les choses à noter, on ne mettait pas sur « pause » parce que c'est vrai que ça prenait du temps de regarder, et après on débriefait un peu à la fin. Mais pendant, on discutait. »*

INTERNE 5 *« J'ai regardé la vidéo toute seule entre midi et deux et puis après on a regardé la vidéo ensemble avec mon MSU sur un autre moment, en entier. On a un peu débriefé. »*

INTERNE 6 *« Comment on choisirait ? Moi je trouve que tout est important, même l'examen clinique, quand on explique au patient ce qu'on fait. Je trouve que c'est intéressant de tout regarder. »*

INTERNE 1 *« On l'a regardé en entier tous les deux. »*

- Cependant, certains groupes les ont sélectionnées.

INTERNE 1 *« On en a choisi une ou deux. » « Après on a choisi des consultations. La dernière fois comme je n'avais pas beaucoup de temps il m'a dit de choisir une des quatre consultations et on a revu que celle-là. J'ai pris celle où j'avais eu des difficultés et on l'a regardée en entier tous les deux. »*

INTERNE 3 *« La première fois qu'on a fait les vidéos, on a choisi deux vidéos au hasard pour l'analyse avec la grille tous les deux. On l'a fait ensemble. »*

INTERNE 2 *« On ne les a pas toutes regardées. »*

- Un des binômes n'a regardé que des extraits de vidéo lors du débriefing.

INTERNE 4

« Je ne me souviens plus exactement mais ce n'est pas impossible que l'on ait regardé que des bouts de vidéos. Il me semble qu'on a regardé des petits bouts oui, mais vraiment des extraits qui étaient assez brefs. »

- **Temps passé pour le débriefing**

- Au cours de l'étude

« Généralement pour 18 patients on met une heure. Et là, il fallait 20 minutes pour UNE consultation. Mais du coup, celle-là, on la fait bien. Donc on peut en faire une bien par jour et les autres comme d'habitude. »

INTERNE 2

« Sans la vidéo d'habitude on met une heure, enfin $\frac{3}{4}$ d'heure-une heure. Au début c'était plus long et maintenant ça diminue. Et là on met, pour une consultation, et bien le temps de la consultation donc 20 minutes, plus les autres consultations. Parce qu'on débriefer sur tous les patients, on ne sélectionne pas. Enfin je ne vois pas beaucoup de patients, parce qu'il finit tôt, donc j'en vois 18/20 maximum 22. »

INTERNE 1

« Je crois qu'il fallait plus ou moins faire une heure mais on ne l'a pas fait, ça devait faire 40 min à tout casser. »

- Le débriefing a été chronophage

La plupart des internes ont mentionné que le débriefing était long en partie parce qu'ils regardaient les vidéos entières des consultations.

INTERNE 6

« Le débriefing a été très long. Parce que moi ce sont des consultations d'une demi-heure. Mais bon on a visionné les 30 minutes de consultation en entier donc le débriefing a été plutôt long. »

INTERNE 2 « Ça prenait du temps.. [rire] C'était 20 minutes par consultation.. Et même, au début, je prenais plus de temps que 20 minutes, les premières consultations. » « C'est que, après, même si on ne finit pas tard, ça fait une grosse masse, c'est lourd en fait sur une journée. On essaie avec lui de faire le débrief du matin entre midi et deux pour rendre moins lourd. Mais quand ce n'est pas possible, comme on fait de bons débriefings, à la fin on est un peu explosé. Mais c'est vrai que ça prend du temps. »

INTERNE 3 « Et puis elle, elle me laissait seulement deux patients par heure au début de stage donc ce sont quand même des consultations qui ne durent pas moins de vingt minutes, même pour un renouvellement. Donc c'est un peu long. ça prend beaucoup de temps par contre. »

INTERNE 5 « Après ce qui était un peu long c'est le débriefing. Parce qu'on a regardé la consultation encore une fois en entier, et puis après d'en reparler derrière et tout.. Entre le débriefing là et le débriefing de la journée on en a eu pour une heure et demie. »

- Mais l'aspect chronophage est à relativiser

Certains internes n'ont pas trouvé que le débriefing pouvait être considéré comme chronophage.

INTERNE 1 « Non pas si long que ça franchement. »

INTERNE 4 « Non non, ce n'était pas non plus chronophage. Il n'y avait pas énormément de choses à dire non plus, et on avait déjà vu les vidéos. Et puis c'était dans la continuité de ce sur quoi on travaillait déjà. »

INTERNE 2 « Ce n'est pas chronophage, ce n'est que deux fois, ce n'est pas toutes les semaines. »

Cela ne rajoutait pas beaucoup de temps par rapport au débriefing classique de la journée.

INTERNE 1 « Habituellement c'est légèrement moins, ça ne rajoute pas grand-chose. » « Non, on le faisait en même temps que le débrief de la journée habituelle donc ça rajoutait ça en plus, mais ce n'était pas chronophage. »

INTERNE 4 « Ça n'a pas allongé beaucoup notre débrief. »

Cela ne serait pas chronophage si prévu sur un temps adapté.

INTERNE 6 « Le plus gros frein ce serait le temps du débriefing. Mais si tu as des moments dédiés à ça, où tu regardes, tu t'autoévalues, et chacun de son côté, je trouve ça bien. »

3.2.1.3 Conditions de généralisation de la SODEV concernant le protocole

3.2.1.3.1 Respecter le protocole permettrait une meilleure organisation

INTERNE 3 « Ça dépend si les MSU se tiennent au protocole et qu'on ne déborde pas dans tous les sens à dire « j'en fais un petit peu à chaque fois », et qu'on se réserve une heure de trou pour débriefer pourquoi pas ! ».

3.2.1.3.2 Nombre de sessions idéal selon les internes

- **Il ne faut pas le faire trop souvent**

INTERNE 4 « Ça reste un moyen assez pratique de progresser sans le faire tous les quatre matins. »

INTERNE 5 « Après, il ne faudrait pas que ce soit trop souvent. Trois fois dans le semestre pourquoi pas. Je pense que c'est pas mal. »

INTERNE 2 « Oui ce n'est pas chronophage, ce n'est que deux fois, ce n'est pas toutes les semaines. »

- **Une session en début et fin de stage pourrait suffire.**

INTERNE 4 « Je pense que début et fin ça peut être pas mal, pour avoir un comparatif. Début, milieu et fin de stage c'est peut-être un petit peu trop pour le coup. Pour bien voir l'évolution, autant la voir sur deux enregistrements de consultations à six mois d'intervalle, mais pas forcément plus souvent. »

INTERNE 3 « En faire à chaque fois c'est long, et ça ne permet pas d'être organisé. Après trois fois ça paraît bien. Mais peut être qu'une au début et une en dernier tiers du semestre ça suffit, peut être que deux ça suffit. »

- **La session en début de stage est importante car permet de bien voir l'évolution**

INTERNE 1 « Nous on a commencé quand j'avais déjà progressé donc ça aurait été bien de le faire au tout début de stage pour bien voir l'évolution. Je pense que j'aurais plus vu la progression si j'avais commencé au tout début du stage. »

INTERNE 6 « Nous on l'a fait en milieu de stage, mais ça peut être intéressant de faire une fois au début et une fois à la fin pour pouvoir comparer. »

- **Un des internes proposerait d'en faire plus souvent durant le stage.**

INTERNE 2 « Si j'avais eu le temps... En fait ce n'est pas un automatisme encore... Je pense que une fois par mois... »

3.2.1.3.3 Pratiquer la SODEV avec les trois maitres de stage

- **Trop dense pour certains internes**

INTERNE 5 « Ça ferait beaucoup. »

INTERNE 1 « Après si les trois maitres de stage le faisaient, ça ferait peut-être un peu beaucoup. Là je ne l'ai fait que chez un MSU mais pas les trois, faut voir. Pour eux ce seraient bien mais pour celui qui se fait filmer ça ferait beaucoup. »

INTERNE 2 « Ah oui, non ! ça ferait beaucoup. »

○ **Sauf si c'est fait dans les règles**

INTERNE 3 « Ça fait neuf fois. Ça dépend si les MSU se tiennent au protocole et qu'on ne déborde pas dans tous les sens à dire « j'en fais un petit peu à chaque fois ». »

○ **Un intérêt certain pour d'autres internes**

INTERNE 6 « Avec des praticiens différents ça peut être bien. Au moins avec chaque praticien et au moins une fois dans le semestre. »

« Ça peut être intéressant de le faire deux fois avec chaque praticien. »

INTERNE 3 « Après c'est ça qui est intéressant ! C'est que chez trois médecins différents ce n'est pas la même patientèle. Chez certains tu es vraiment à regarder l'heure. Les gens viennent juste pour parler avec moi. Alors que chez d'autres, les gens viennent vraiment pour un seul motif, donc là, on peut les laisser parler parce qu'on sait qu'il n'y a rien d'autre derrière. C'est intéressant de le faire chez plusieurs médecins parce que ce ne sont pas les mêmes patients. »

3.2.1.3.4 Aménager la journée permettrait de lever les freins

INTERNE 2 « Il devait partir, donc on avait dû speeder après dans tous les cas. On avait dû se dépêcher pour voir les autres. Mais je pense que c'est une question d'habitude et d'organisation. Il faudrait donc organiser en amont ça serait moins chronophage, ce serait plus simple je pense. »

INTERNE 6 « Si c'est sur un temps dédié organisé ça ne pose pas de problème. Quand tu fais des grosses journées c'est compliqué derrière. Mais si tu as des moments dédiés à ça, où tu regardes, tu t'autoévalue, chacun de son côté je trouve ça bien. A faire en adaptant au niveau du temps comme on l'avait fait. Là on n'a mis au moins 1h30 à faire trois patients du coup pour le débriefing, avec déjà la visualisation des vidéos et après la discussion. »

INTERNE 3 « Pour l'aspect chronophage, il faudrait bloquer une heure pour bien le faire oui, comme c'était recommandé. » « Ça dépend si on se réserve une heure de trou pour débriefer pourquoi pas ! »

3.2.1.4 Auto-évaluation par l'interne

3.2.1.4.1 Réalisation durant l'étude

- **Aucune auto-évaluation pour certains binômes**

INTERNE 1 « C'est vrai que je n'ai pas fait l'autoévaluation mais je me suis vue quand même et moi-même je me faisais des petites remarques aussi. »

INTERNE 3 « Je ne les regardais pas seul avant. »

INTERNE 2 « J'ai regardé directement les vidéos avec lui. »

- **Une auto-évaluation parfois partielle pour d'autres internes**

Certains internes ont fait une autoévaluation.

INTERNE 3 « On a fait une deuxième session peut être un mois après, et là, je me suis regardé tout seul et j'ai quand même vu les progrès que j'avais pu faire. » « Je regardais tout seul, plusieurs fois. »

INTERNE 5 « J'ai regardé la vidéo toute seule entre midi et deux. »

INTERNE 4 « Après j'ai regardé ça et puis mon MSU a regardé ça aussi de son côté et on en a un peu discuté. »

Un des internes a regardé les vidéos seul uniquement pour s'assurer de la qualité de l'image et non dans un but pédagogique.

INTERNE 6 *« Je les avais regardées un peu avant, parce que j'avais un peu de temps. » « Enfaite je regardais la qualité de l'image, comment la caméra était positionnée, par curiosité. Mais c'est tout. J'ai regardé les consultations en entier directement avec mon chef ensuite. »*

3.2.1.4.2 Intérêt de l'autoévaluation

Cela permet de faire un premier état des lieux.

INTERNE 4 *« Je pense que c'est bien de regarder les vidéos tout seul avant histoire de faire un premier état des lieux, et après d'en débriefer avec ton MSU qui l'a aussi vue histoire de voir si les points de vue concordent. »*

Mais cela peut aussi être anxiogène selon un interne, de voir « les défauts » avant la visualisation avec le maitre de stage.

INTERNE 2 *« J'aurais justement encore plus vu mes gros défauts et je me serais dit : « mince il va voir ça ! », alors que le voir directement avec lui... de toute façon j'étais gênée. »*

3.2.1.5 Grille de Calgary-Cambridge comme aide à la supervision

3.2.1.5.1 Utilisation variable durant l'étude

INTERNE 3 ○ **Elle est jugée contraignante.**
« En médecine générale c'est quand même rapide, en 15 minutes ce n'est pas possible de faire tout en détail. Je n'ai pas repris tous les critères de la grille parce que c'était quand même assez long. En fait ce n'est pas utilisable à chaque fois. »

- INTERNE 2

 - **Elle n'était pas nécessaire à la supervision.**

« On l'avait lu un moment, avant, mais après on ne s'en est pas servi. »

« On ne l'a pas utilisé. On en avait déjà parlé plusieurs fois durant le stage. On l'utilisait assez régulièrement pendant les debriefs de consultations hebdomadaires. Mais on ne l'a pas fait spécifiquement pour les consultations filmées. »
- INTERNE 4

 - **Mais elle a quand même été utilisée par certains binômes.**

« La grille c'est surtout lui qui l'a regardée. » « Il l'avait. Il regardait, et au fur et à mesure que l'on regardait ensemble, il me disait « ça c'est bon », « ça c'est bon »... »

« La première fois qu'on a fait les vidéos, on a choisi deux vidéos au hasard pour l'analyse avec la grille tous les deux. Mais on a quand même bien analysé la grille, on l'a vraiment bien fait. On a essayé de bien réfléchir ect.. »
- INTERNE 1

 - **Mais elle a quand même été utilisée par certains binômes.**

« Elle l'avait sortie ma MSU. Une fois qu'on avait fini de regarder la vidéo on a regardé sur la grille si j'avais à peu près respecté les différents items. On n'avait pas coché au fur à mesure mais on l'a fait à la fin du visionnage. Même avec ma MSU on l'avait fait quand elle s'était filmée aussi ! »
- INTERNE 3

 - **Mais elle a quand même été utilisée par certains binômes.**

« Elle l'avait sortie ma MSU. Une fois qu'on avait fini de regarder la vidéo on a regardé sur la grille si j'avais à peu près respecté les différents items. On n'avait pas coché au fur à mesure mais on l'a fait à la fin du visionnage. Même avec ma MSU on l'avait fait quand elle s'était filmée aussi ! »
- INTERNE 5

 - **Mais elle a quand même été utilisée par certains binômes.**

« Elle l'avait sortie ma MSU. Une fois qu'on avait fini de regarder la vidéo on a regardé sur la grille si j'avais à peu près respecté les différents items. On n'avait pas coché au fur à mesure mais on l'a fait à la fin du visionnage. Même avec ma MSU on l'avait fait quand elle s'était filmée aussi ! »

3.2.1.5.2 Avis concernant la grille de Calgary-Cambridge

- INTERNE 1

 - **Elle est mieux dans cette version pour son utilisation pratique**

« Elle m'a semblé claire, ça m'a paru être des points vraiment concrets et adaptés à la consultation. »

« Moi je trouve que la grille de Calgary-Cambridge elle est bien mieux faite que celle qu'ils ont à la fac. On a utilisé celle de la faculté pour réaliser l'évaluation de fin de stage et on a clairement vu la différence. Il y a des items qui ne sont pas du tout adaptés ! Donc cette version nous a beaucoup aidé ! »
- INTERNE 6

 - **Elle est mieux dans cette version pour son utilisation pratique**

« Elle m'a semblé claire, ça m'a paru être des points vraiment concrets et adaptés à la consultation. »

« Moi je trouve que la grille de Calgary-Cambridge elle est bien mieux faite que celle qu'ils ont à la fac. On a utilisé celle de la faculté pour réaliser l'évaluation de fin de stage et on a clairement vu la différence. Il y a des items qui ne sont pas du tout adaptés ! Donc cette version nous a beaucoup aidé ! »

- **Mais toujours jugée trop complexe pour un interne**

INTERNE 3

« La grille est trop complexe pour moi. Je la trouve vraiment très compliquée parfois. »

« Après il y a des items sur la grille que je trouvais très compliqués, c'était parfois très subtile et je ne m'y retrouvais pas trop. Mais j'essayais de le faire quand même bien. »

« Peut-être simplifier la grille. Le début est rapide, mais après il y a des choses que je ne comprends pas. »

3.2.2 LE MATERIEL UTILISE POUR LES ENREGISTREMENTS

3.2.2.1 Utilisation du matériel

3.2.2.1.1 Disposition dans la salle de consultation

Chaque binôme a installé la caméra dans son bureau de consultation selon l'angle de vue qu'il souhaitait avoir.

INTERNE 2

« Je mettais la caméra là sur mon bureau, et on me voyait surtout moi et un peu eux, et après je bloquais avec le cache pour l'examen. »

INTERNE 1

« C'est moi qui l'installais. Après c'est plus une question logistique du cabinet. Parce que quand le patient venait tout seul, je disais : « Mettez-vous plutôt à cet endroit-là. » pour être bien dans le champ de la caméra. Quand il venait avec un tiers, ce n'était pas forcément évident, si spontanément ils se mettaient à l'inverse, de leur dire de bouger. » « Il faut avoir une prise pas loin de là ou on veut mettre la caméra, ou des piles rechargeables. »

INTERNE 3

« MSU 4 avait un grand bureau donc l'angle ça allait. Mais il faut un bureau long et large pour mettre la caméra le plus loin possible. »
« Ce n'est pas mal parce que MSU 5 avait acheté un pied télescopique que tu peux moduler. On l'avait placé près du bureau,

et on voyait beaucoup mieux. On avait un angle plus large. On voyait vraiment bien les deux personnes. Le pied télescopique c'est une bonne idée. » « Le trépied c'est top ! En plus tu as une vue un peu plus haute donc tu prends plus de hauteur tu vois mieux tu as une vue plus globale, alors que quand la caméra est à hauteur de bureau on voit moins le mouvement de la tête et la posture générale. »

3.2.2.1.2 Réalisation pratique des enregistrements

Les internes lançaient les enregistrements entre chaque consultation.

INTERNE 4 *« J'ai installé la caméra, j'ai lancé les enregistrements, sur des consultations à la suite. Je coupais l'enregistrement entre chaque consultation, mais j'allumais avant d'aller chercher le patient. »*

INTERNE 1 *« Moi j'ai juste mis en route quand il le fallait. »*

3.2.2.1.3 Facilité d'utilisation

INTERNE 3 *« Après le matériel une fois que tu as la caméra et le pied télescopique c'est bon, pas de souci, pas de frein. »*

INTERNE 4 *« On a regardé sur l'ordinateur. C'était très bien. Je n'ai vraiment rien à dire sur le matériel. Non c'est très pratique. Très pratique. »*

INTERNE 1 *« Oui, mais franchement là c'était basique donc pas de souci. »*

3.2.2.2 Problèmes rencontrés

3.2.2.2.1 Erreur humaine

INTERNE 2 *« La première fois il y a une consultation qui a sauté. Je croyais que j'avais enregistré mais ça n'avait pas marché ! Mais c'est ma faute, après c'était la première fois... »*

3.2.2.2.2 Soucis pour lire les enregistrements sur l'ordinateur

INTERNE 2 « La première fois, j'avais emmené mon ordinateur pour le lire sur mon PC, et la deuxième fois je ne l'avais pas emmené donc on n'a pas réussi à la remettre sur l'ordinateur. Oui, je crois qu'il y a des trucs pour bloquer, une protection sur son ordinateur, sur le mien ça a marché, donc là on n'a pas réussi, on a regardé directement sur la caméra donc c'était tout petit...»

« Avec MSU 3, on n'a pas essayé de mettre les vidéos sur l'ordinateur, parce qu'il n'avait pas de port SD sur sa tour. »

INTERNE 3 « Avec MSU 4 on a eu un problème de son la première fois sur son ordinateur alors que sur mon mac ça marchait. On avait la vidéo sans le son, enfin il était ralenti, je ne sais pas pourquoi. On les avait regardés ensemble mais il y avait eu un bug de son, donc on a fait que « le non verbal ». »

« Et avec MSU 5, on a eu un problème de port SD initialement et après on avait le son mais pas l'image.. »

3.2.2.2.3 Problème de batterie

INTERNE 1 « Il y a une fois où j'ai lancé l'enregistrement et ça s'éteignait. Je n'ai pas fait gaffe et en fait il n'y avait plus de batterie. Les piles étaient vides et du coup au bout de 30 secondes, chaque consultation coupait en fait. »

INTERNE 6 « J'ai eu des petits bugs de caméra... Je ne sais pas pourquoi, la caméra s'éteignait au bout de 25 minutes donc je n'avais jamais les consultations en entier. Mais bon on avait quand même les $\frac{3}{4}$ de la consultation. Après est-ce que c'était un problème de piles qui n'étaient pas bonnes c'est possible. Après malgré les piles neuves elles s'usaient très rapidement. »

INTERNE 5

« Et puis après quand je me suis filmée et bien la caméra s'est éteinte toute seule au bout d'un moment, je ne sais pas pourquoi. Et je ne m'en suis pas rendue compte. Donc j'ai continué mon truc. On devait la regarder le soir avec mon MSU, et finalement on a pas eu le temps donc elle m'a dit « Je vais la regarder de mon côté toute seule ». Et elle m'a dit qu'il y avait que 30 secondes de la consultation qui étaient enregistrées. Elle était sur piles mais il y avait de la batterie tu vois donc je ne sais pas pourquoi elle s'est éteinte. »

3.2.2.3 Qualité du matériel

3.2.2.3.1 Au niveau du son

Pas de remarque particulière au niveau du son de la caméra.

INTERNE 1 *« On entendait bien. »*

INTERNE 2 *« Oui oui, ça allait. Il y a un micro dessus de toute façon. C'était bien. »*

3.2.2.3.2 Au niveau de l'image

Les internes ont trouvé satisfaisante la qualité de l'image des vidéos.

INTERNE 5 *« Ça avait bien filmé et on avait un bon angle de vue sur le premier enregistrement. »*

INTERNE 6 *« Ensuite on a regardé les vidéos directement sur la petite caméra, mais on voyait très bien. »*

INTERNE 4 *« C'était très bien. Je n'ai vraiment rien à dire sur le matériel. »*

INTERNE 1 *« On voyait bien. »*

3.2.3 LE RESSENTI DES INTERNES

3.2.3.1 La SODEV a été validée par tous les internes

3.2.3.1.1 Expérience ressentie comme positive globalement

- INTERNE 1 *« J'étais plutôt contente en fait de le faire, donc oui je trouve ça super. »*
- INTERNE 4 *« Les freins ? Euh [...] Je ne vois pas, parce que franchement je trouve que ça n'est pas très contraignant justement. »*
- INTERNE 6 *« C'est un travail exhaustif. Mais à utiliser. »*
- INTERNE 5 *« Oui moi je pense c'est un bon outil de travail clairement. »*

3.2.3.1.2 Cela leur a permis de repérer des scotomes

- **Prise de conscience**

Cette expérience de supervision vidéo leur a permis de prendre conscience de certains éléments.

- INTERNE 1 *« On a un recul qu'on n'a pas naturellement puisqu'on ne se voit pas. C'est comme quand on entend ça propre voix et qu'on se dit : « bah ma voix n'est pas comme ça », c'est un peu pareil, tu te dis : « Ah bon ? Je suis comme ça ? ». » « Tout l'intérêt aussi, de repérer des choses que nous, on n'a pas l'impression de faire ou de ne pas faire... »*
- INTERNE 2 *« Nous, de se voir, ça marque plus pour nous, de s'autoévaluer, il y a des choses qui ressortent. Mais le fait de se voir, moi je m'autocritiquais. »*
- INTERNE 3 *« L'avantage c'est de se découvrir, ce ne sont pas forcément des choses majeures. »*

INTERNE 6 « Mais en fait tu prends conscience de beaucoup de choses tout seul. Effectivement on remarque des petits défauts, des choses auxquelles on ne fait pas forcément attention. »

○ **Apport concernant les compétences relationnelles**

▪ Sur la façon de s'exprimer

INTERNE 2 « Je me suis rendu compte que je disais « ouais ». Je ne dis pas « oui » [rire]. C'est naturel mais quand je l'entends ce n'est pas pareil. Des automatismes que j'ai... Du coup après je faisais plus attention. Je me suis rendu compte par exemple que je parlais parfois trop vite ou que j'explique trop. »

INTERNE 1 « Je me suis aperçue déjà que je n'avais pas la même voix justement, je prenais une espèce de voix professionnelle toute douce ... [rire] calme... »

INTERNE 6 « Donc on a regardé un petit peu tout ça et oui effectivement on remarque des petits défauts, des choses auxquelles on ne fait pas forcément attention, le langage. »

INTERNE 3 « Après les critiques personnelles sur moi, dont je me suis rendu compte, ce n'est pas forcément que du « non verbal ». Je me suis rendu compte que je ne reformulais pas beaucoup les choses aux gens, que je faisais beaucoup de questions fermées, toujours dans l'idée d'aller assez vite ; de diriger la consultation un peu plus. »

INTERNE 5 « Déjà le fait de se regarder, tu te dis « Je parle vraiment comme ça ? » »

▪ Sur le rapport avec l'ordinateur

INTERNE 4 « On s'est rejoint sur toute la communication non verbale, le fait que quand tu consultes tu regardes un peu souvent ton ordinateur pour avoir des informations et en noter etc. »
« On avait déjà discuté des choses à améliorer et ça a conforté nos analyses, surtout sur la communication non verbale, le fait d'être attentif, de, éventuellement, couper la consultation en disant « attendez, je vais regarder l'ordinateur, excusez-moi si je ne vous regarde plus », ou quelque chose comme ça. »

INTERNE 3 « Alors c'est vrai qu'au début ce qui est flagrant c'est qu'on regarde l'ordinateur au lieu de regarder les gens. C'est vraiment flagrant ! Si moi on me dit « Est ce que tu parles aux gens en les regardant ? » je te dirais « oui », alors qu'en réalité tu parles à l'écran ! »
« Enfaite on se rendait compte que je regardais beaucoup l'écran pour ne pas perdre de temps. »

▪ Sur la répartition du temps de parole entre l'interne et le patient

INTERNE 5 « Moi je pense c'est un bon outil de travail clairement. Parce que tu vois moi je ne m'étais pas rendu compte de certaines choses et c'est en me revoyant que je me suis rendu compte par exemple que je parlais beaucoup durant la consultation. Et je me suis dit qu'il fallait que j'améliore ça en laissant beaucoup plus de temps aux gens de s'exprimer. Peut-être faire moins de questions et leur laisser plus m'expliquer ? Je me suis rendu compte que la consultation partait dans tous les sens et je me suis dit que j'aurais peut-être dû moins poser de questions. »

INTERNE 2 « Je ne me voyais pas faire en fait, et je me suis rendu compte par exemple que je parlais parfois trop vite ou que j'explique trop. J'explique et je ne laisse pas toujours parler le patient. Et ça on ne s'en rend pas compte quand on le fait. »

▪ Sur la posture de l'interne

- INTERNE 5 « J'ai remarqué des trucs physiques, comme le fait que je ne me tiens pas droite. [rire] Je ne me tiens vraiment pas droite ! »
- INTERNE 3 « Ce sont des choses dont on ne se rend pas compte au quotidien, apprendre à bien se tenir, à être plus vers le patient qu'affalé dans son siège, essayer de sourire, de reformuler.. Des petits détails mais je pense que le patient à la fin il pense qu'on s'occupe plus de lui. »
- INTERNE 2 « Parce que déjà tu vois beaucoup de défauts la première fois et ce sont des défauts qui se corrigent assez facilement comme : bien se tenir, sourire, regarder le patient plutôt que l'ordinateur. »
- INTERNE 1 « Je ne me voyais pas et il y a des choses, des gestuelles que j'ai, que je ne me rendais pas compte et là... »
- INTERNE 1 « C'est plus mon attitude générale... »

○ **Apport concernant les compétences organisationnelles**

- INTERNE 1 « J'avais l'impression d'être un peu lente en fait moi spontanément en me regardant parce que j'étais beaucoup plus douce et zen en consultation que normalement. »
- INTERNE 5 « Je me suis rendu compte que la consultation partait dans tous les sens et je me suis dit que j'aurais peut-être dû moins poser de questions. »

3.2.3.1.3 Cela leur a permis de se valoriser

- INTERNE 3 « On a fait une deuxième session peut être un mois après, et là, je me suis regardé tout seul et j'ai quand même vu les progrès que j'avais pu faire que ce soit dans la posture, le sourire.. »
- INTERNE 1 « Je pense que ça fait progresser et ça met en confiance. Au final c'était peut-être assez positif finalement ce que j'ai vu. »
- INTERNE 1 « Je pense que, à la fois ça donne confiance en soi ça met en confiance, parce qu'on se dit : « Ah beh ça je ne le fais pas si mal ». »

3.2.3.1.4 Cela a permis une amélioration de leur pratique

- INTERNE 1 « Ça permet de progresser en se voyant et voyant des choses à améliorer. Il y a une remarque que j'ai prise en compte pour la suite sur le fait, en fin d'entretien, de demander au patient s'il y avait d'autres choses à voir avant de passer à l'examen clinique, pour ne pas se retrouver coincé en fin de consultation à voir d'autres motifs de consultation auxquels on ne s'attendait pas. Ça c'est vrai que je ne le faisais pas, ou pas suffisamment, et maintenant ça je le fais. »
- INTERNE 3 « Dès la première fois tu t'en rends compte et tu peux te corriger tout de suite. Tu verras ensuite les améliorations sur les prochains enregistrements. » « J'ai fait des changements, c'est sûr ! » « Tu gagnes car tu améliores ta pratique. » « Je regardais pour voir un petit peu ce que je pouvais modifier par rapport au fois précédentes. »
- INTERNE 4 « Ça reste un moyen assez pratique de progresser. »

3.2.3.2 Les éléments à améliorer ont plus d'impact quand ils sont repérés par l'interne lui-même

- INTERNE 2 « Le maître de stage n'apportait pas forcément plus que ce qu'il apporte d'habitude. C'est plutôt moi. Ce qui est bien c'est vraiment qu'on se voit, ce n'est pas forcément ce que le maître de stage dit, parce qu'on a l'habitude qu'il nous voit dans d'autres stages mais nous de se voir ça marque plus pour nous, de s'autoévaluer, il y a des choses qui ressortent. » « Et ça on ne s'en rend pas compte quand on le fait et on se voyant ça marque beaucoup plus que s'il nous dit : « Là, tu vois, tu ne le laisses pas parler », ce n'est pas aussi marquant que de se voir vraiment faire. »
- INTERNE 5 « Enfaite ça ne m'a pas apporté spécialement le débriefing avec mon MSU. »

3.2.3.3 Les freins possibles à la généralisation de la SODEV

3.2.3.3.1 Anxiété de l'interne

- **Une appréhension faible**

INTERNE 1 « Bah pas beaucoup d'appréhension franchement. »

INTERNE 5 « En fait ce n'est pas tant de la peur c'est surtout un peu d'appréhension. »

INTERNE 3 « Ça ne me gênait pas, ça ne m'angoissait pas. »

- **Se voir peut être désagréable**

INTERNE 1 « Donc oui je trouve ça super même si c'est un peu désagréable de se voir. » « Moi j'appréhendais un peu de me voir parce que c'est toujours un peu bizarre de se voir. »

INTERNE 2 « Oui, je n'aime pas... surtout m'entendre et me voir... »

INTERNE 4 « Après voilà, se regarder consulter c'est un peu bizarre pour le coup. »

- **Savoir que le maitre de stage va voir la vidéo peut créer de l'anxiété**

INTERNE 5 « Parce que déjà tu as quand même une petite appréhension de te filmer, mon MSU l'avait aussi, de se dire « Si ça se trouve je fais des erreurs » donc si en plus tu as l'appréhension des commentaires du MSU... »

INTERNE 3 « Oui alors pas d'appréhension vraiment pour moi mais plus si tu veux vis-à-vis de mes MSU. »

- **L'anxiété peut être diminuée par une bonne planification**

INTERNE 3 « Ça ne te fait pas angoisser : tu sais que ce jour-là tu as deux trois vidéos à faire. »

- ***L'anxiété peut être diminuée si la pratique de la SODEV n'est pas faite dès le début du stage***

INTERNE 2

« Surtout on l'a fait au bout de deux mois. Donc on a eu deux mois... Je n'avais plus de gêne par rapport à ça. »

3.2.3.3.2 Modification possible de l'attitude de l'interne du fait de la caméra

- ***Une modification parfois brève pour certains***

Certains internes ont reconnu avoir modifié leur façon d'être au début des enregistrements, mais cela s'est atténué rapidement pendant la consultation.

INTERNE 2

« Mais pendant la consultation, la première j'essayais de mieux faire que ce que je fais habituellement, mais après j'ai oublié la caméra. En fait on l'oublie facilement alors que pourtant je suis quelqu'un de mal à l'aise... Mais ça s'oublie, puisqu'on est dans la consultation on pense à la consultation, et on ne pense pas forcément à la caméra. »

INTERNE 6

« Je trouve que j'étais un peu biaisé. On a eu des séminaires sur le langage non verbal ect... et donc je faisais plus attention, même inconsciemment, à ma posture, mon langage. » « Comme tu es à l'écoute du patient quand même tu ne fais pas tout le temps attention à ça. C'est juste parfois, des petites prises de conscience où là je faisais attention « ah je suis filmé ! ». Pas naturel à 100%. »

INTERNE 3

« La première consultation c'est marrant parce qu'on s'écoute un petit peu parler et après on n'y fait plus gaffe du tout. »

INTERNE 5

« Au début tu as un peu d'appréhension on va dire, donc tu te dis que tu vas y prêter beaucoup d'attention mais finalement c'est l'histoire d'une ou deux minutes même pas sur la consultation. Après honnêtement je n'y ai pas particulièrement fait attention. »

INTERNE 1

« Moi au début, j'y ai pensé les deux premières consultations et après je n'y pensais pas spécialement, qu'il y avait la caméra. »

○ **Pas de changement d'attitude notable pour d'autres**

INTERNE 4 « Non pendant les consultations ça ne m'a pas du tout gêné, je n'ai pas du tout fait attention à ça. Ça n'a pas du tout changé ma manière de consulter. »

INTERNE 3 « Moi je n'ai pas du tout fait attention à la caméra ou au trépied. »

3.2.4 LES PATIENTS

3.2.4.1 Technique réalisée pour l'obtention du consentement

3.2.4.1.1 Explications de la SODEV données par l'interne

Dans la plupart des cas, ce sont les internes qui expliquaient le principe de la SODEV aux patients avant la consultation.

INTERNE 3 « Aucune information avant, c'est moi qui leur demandais : « Avant de commencer, je voulais vous proposer quelque chose, c'est de participer à une étude des comportements, non verbaux notamment, des internes en formation, si vous êtes d'accord on enregistre. »
Je leur expliquais qu'à la fin on en choisissait au hasard des consultations filmées, et que c'était anonyme, et qu'à la fin de journée on supprimait tout que ça ait été vu ou non. Voilà. »

INTERNE 2 « Je leur expliquais que : voilà, on est interne et étudiant donc on fait nos consultations la journée et le soir on en reparle avec le médecin et que là c'est la même chose sauf qu'on va se filmer, et que je me filme surtout moi et que de toute façon on efface la vidéo après. »

INTERNE 5 « En fait je me présentais et après je leur disais que dans le cadre d'un projet de thèse on se filmait et on supprimait les vidéos après le soir et je leur demandais si ça les ennuyait que je filme l'entretien. »

3.2.4.1.2 Prémices du principe de la SODEV donnés par la secrétaire

Deux binômes ont procédé de façon à ce que les secrétaires donnent les documents informatifs aux patients dont ils pouvaient prendre connaissance dans la salle d'attente avant les explications de l'interne.

INTERNE 2 *« Les feuilles de consentement pour les patients on les a imprimées. Enfin c'est la secrétaire qui le donnait en bas aux gens quand ils arrivaient pour qu'ils aient le temps de le lire en salle d'attente. Et moi, je réexpliquais. »*

INTERNE 1 *« Ça arrivait que la secrétaire les prévienne avant et leur fasse remplir le formulaire et ça arrivait que moi je le fasse une fois entré dans le cabinet. »*

3.2.4.1.3 Les internes ont été mal à l'aise pour en parler avec les patients

INTERNE 1 *« Dans les freins, juste le fait d'être à l'aise pour demander aux patients d'être filmés. J'appréhendais que, oui, certains soit gênés, mais enfaite ça n'a pas été le cas. »*

INTERNE 2 *« Ça me gênait un petit peu, parce que, déjà qu'on est l'interne, quelque fois ils ne veulent pas voir l'interne, et en plus l'interne leur dit qu'ils vont être filmés... déjà qu'il y a certaines personnes qui ne sont pas super contentes de voir l'interne... » « Le système de demander à la secrétaire de demander avant, ils ont le temps de le lire, et de réexpliquer ensuite. Quand ils arrivent ils ont déjà lu, c'est mieux que de directement leur donner quand ils rentrent avec nous. Donc du coup quand elle leur donnait déjà et qu'ils avaient eu le temps de le lire, ils avaient eu le temps de se faire à l'idée. »*

3.2.4.2 Acceptabilité des patients

3.2.4.2.1 Il y a eu des refus pour différentes raisons...

○ **Parfois, les patients n'ont pas donné de raison particulière.**

INTERNE 5

« La première journée ça s'est passé sans problème mais la deuxième journée les gens étaient un peu plus réticents alors je ne sais pas. Les patients ont refusé quatre ou cinq fois de suite, les gens ne voulaient pas que je les filme. »

INTERNE 2

« Il y en a un qui m'a dit : « non non je ne veux pas ». Donc j'ai cru que ça allait être une consultation spéciale, qu'il aurait pleins de choses à dire... Mais en fait c'était une rhinopharyngite donc je ne sais pas pourquoi... Je pense que c'était... Enfin il n'avait pas envie. »

INTERNE 2

« Alors moi j'ai trouvé que c'était « psy » mais... [RIRE] Mais pas eux... Il n'y avait pas de gens qui venaient pour des problèmes de dépression. Je pensais qu'ils refusaient pour ça, mais en fait non, ils ont refusé pour d'autres raisons. C'étaient des gens qui n'étaient pas d'accord. »

○ **Souvent, les internes ont trouvé que les refus étaient fonction du motif de consultation.**

INTERNE 5

« En même temps je ne savais pas trop au départ les motifs réels de consultation. Et deux patients qui ont refusé c'était compréhensible c'était de la psy donc je comprends qu'ils n'aient pas forcément envie d'être filmé. En tout cas c'étaient des gens qui venaient pour un motif et en fait derrière ils voulaient parler quoi. »

INTERNE 3

« Soit ce sont des « enquiquineurs », soit ce sont des motifs cachés, ou des renouvellements de SUBUTEX, des gens qui ont un peu honte de leur passé en fait. Quand tu en discutes avec eux, personne n'est au courant. Ils se sentent un petit peu piégés avec ce truc. C'est intrusif pour eux. » « Ceux qui refusent ce sont surtout des motifs un peu particuliers, parler d'alcool et de drogue. C'est dommage parce que je pense que ce sont des entretiens intéressants mais pour le coup ils refusent. Une fois j'ai eu un papa qui est venu pour sa fille qui n'avait pourtant rien de particulier alors qu'il avait refusé. Et à la fin de la consultation il m'a fait part d'un problème d'alcool. Tu vois c'était le motif caché. »

o **Les patients pouvaient aussi se sentir mal à l'aise donc l'interne n'insistait pas.**

INTERNE 5 « Et puis après il y en a d'autres où tu les sentais un peu gênés alors tu leur dis que ce n'est pas obligatoire, tu ne veux pas que ça les mettent mal à l'aise. Et ils disent : « bah je ne préférerais pas », mais ça les embêtait de dire non. »

o **Certains patients auraient eu peur que la vidéo soit utilisée par la suite.**

INTERNE 2 « De toute façon on efface la vidéo après, parce qu'ils avaient un peu peur qu'on utilise la vidéo. »

3.2.4.2.2 ...Mais la plupart ont donné leur accord

o **Les patients ont accepté facilement selon les internes**

INTERNE 5 « La première fois ça s'est plutôt bien passé, je n'ai pas eu de réticence. La première patiente à qui j'ai proposé a tout de suite dit oui. »

INTERNE 6 « Ça, ça allait, pas de refus. Et il n'y avait pas de gros examen. »

INTERNE 1 « Avec les patients ça s'est plutôt bien passé il n'y en a aucun qui m'a dit non en fait. »

INTERNE 2 « La première fois ils avaient tous dit « oui ». Oui ils ont tous accepté. »

o **Arguments proposés pour faciliter l'acceptabilité des patients**

▪ - Le visionnage par le maitre de stage, permet une relecture de la consultation

INTERNE 2 « Il y avait un coté rassurant avec la caméra de dire aux patients qu'après, derrière, le médecin va voir la consultation. C'est comme ça parfois, que j'ai réussi à en convaincre un ou deux ! »

- - Une bonne explication de la technique permet une meilleure acceptabilité

INTERNE 3

« Mais il y a des gens qui ont refusé quand même, mais je pense que c'était une question d'explication. Si tu prends le temps d'expliquer aux gens à quoi ça sert, que c'est anonyme, que c'est pour former, ils acceptent quasiment tous. Quand je leur expliquais comme ça, ça marchait bien. »

3.2.4.3 Choix des consultations à filmer

3.2.4.3.1 Soit les internes ont pris des consultations au hasard

INTERNE 6

« Oui, au hasard. »

INTERNE 3

« Oui j'en demandais trois ou quatre par jour tout au long de la journée. Je ne demandais pas systématiquement à tout le monde. »

3.2.4.3.2 Soit, ils choisissaient en fonction du patient et du motif probable de consultation.

INTERNE 1

« Alors ça dépendait, soit je savais ce qui allait un peu arriver et je choisissais en fonction, si c'était quelqu'un que j'avais déjà vu et que je savais que ça allait être intéressant je le filmais ; ou au contraire, qu'on n'avait pas grand-chose à se redire que c'était juste une consultation de contrôle comme ça, je ne filmais pas. J'essayais quand même de prendre soit de l'aigu soit des choses que je savais intéressantes dans le suivi. »

3.2.4.4 Impacts de la SODEV sur les patients lors des consultations

3.2.4.4.1 Modification d'attitude des patients du fait de la caméra

- **Importance de la discrétion de la caméra**

Si la caméra est petite, cela influe moins un changement de comportement du patient.

INTERNE 4 « Les patients n'avaient donc pas fait attention à la caméra parce que en fait dans le bureau tu as l'ordinateur dans un angle, avec les patients en face, et j'avais mis la caméra vraiment en dessous de l'écran d'ordinateur. »

INTERNE 1 « Ils n'étaient pas absorbés parce qu'elle est petite et qu'on l'oublie vite. »

○ **Modification possible de leur comportement**

▪ - Appréhendée par l'interne

INTERNE 1 « Après, par rapport aux patients j'appréhendais que, oui, certains soit gênés, mais pas trop justement. »

INTERNE 5 « Et puis après il y en a d'autres où tu les sentais un peu gêné alors tu leur dis que ce n'est pas obligatoire, tu ne veux pas que ça les mettent mal à l'aise. »

▪ - Parfois ressentie

INTERNE 6 « Alors, je trouve qu'ils faisaient attention. C'est quelque chose que j'ai ressenti pour moi et pour eux. »

▪ - Mais non notable pour la plupart

INTERNE 6 « Le patient, ça s'est ressenti sur une consultation, alors que sur les deux autres ils étaient naturels. »

INTERNE 1 « Je trouve qu'ils ont facilement fait abstraction de la caméra. »

INTERNE 3 « Non, ils ne faisaient pas gaffe, non vraiment ils n'y prêtaient pas du tout attention. Et puis après on n'y pense pas du tout, ils ne faisaient pas exprès de faire les choses bien. »

INTERNE 5 « Elle ne faisait pas attention à la caméra. »

3.2.4.4.2 Augmentation du temps de consultation

Cela n'a été mentionné que par deux internes qui avaient des avis opposés sur la question.

INTERNE 5 *« Le temps pour expliquer aux patients, pas du tout, ce n'était pas long ça. »*

INTERNE 3 *« Je n'aime pas le retard, je ne veux pas que ça dépasse, je ne supporte pas d'avoir cinq minutes de retard. Après celui qui s'en fout ça ne lui posera de problème cet aspect chronophage au cours de la journée. Parce que cela prend du temps d'expliquer à chaque patient, ça prend trois minutes à chaque fois. Donc il faudrait faire des créneaux de consultations plus longs pour inclure l'explication, rajouter cinq minutes pour ne pas prendre de retard, enfin ça fait peut-être beaucoup, deux ou trois minutes suffisent. »*

3.2.4.5 Intérêt ressenti de la SODEV dépendant du type de patient

INTERNE 3 *« Si on veut faire beaucoup de psy, il y a vraiment un gros impact. Ce ne sont pas forcément des choses majeures, mais avec une patientèle un peu fragile, très psy, angoisse, ça peut t'aider à avoir une bonne relation médecin patient. Après avec une patientèle terre à terre, assez simple qui vient chercher son ordonnance et qui repart est ce que vraiment ça améliorera ta pratique ? Je ne sais pas. Je pense que c'est très dépendant de la patientèle pour que cela ait vraiment un impact dans ta façon de travailler. Et donc cela dépend des patients et de ce qu'ils cherchent aussi. »*

INTERNE 4 *« Après tu as forcément le biais de savoir sur quelles consultations tu vas faire ça. Si c'est de la consultation de psy, de la traumatologie, tu ne consultes pas de la même manière et tu n'as pas les mêmes faiblesses donc tu ne vas pas forcément pouvoir voir si tu les as améliorées ou pas. Mais ça tu ne peux pas l'anticiper quoi. »*

3.2.5 LES MAITRES DE STAGE

3.2.5.1 Un bénéfice pour le MSU ressenti par les internes

3.2.5.1.1 La SODEV peut permettre d'illustrer une remarque faite en supervision classique

INTERNE 4 « On avait déjà discuté des choses à améliorer et ça a conforté nos analyses, surtout sur la communication non verbale. »

3.2.5.1.2 La SODEV permet de mieux voir les compétences relationnelles...

INTERNE 4 « On s'est rejoint sur toute la communication non verbale, le fait que quand tu consultes tu regardes un peu souvent ton ordinateur pour avoir des informations et en noter ect. »

INTERNE 6 « C'est sûr que oui forcément. Cela permet de faire une supervision directe en quelque sorte, comme un niveau 1. C'est l'avantage parce qu'eux peuvent te voir et t'aider à améliorer certaines formulations, certaines façons de faire, qu'ils ne peuvent pas voir en tant que superviseur indirect. »

INTERNE 1 « Ton MSU peut plus facilement voir comment améliorer tes compétences. »

3.2.5.1.3 ...et les compétences organisationnelles

Le maitre de stage peut voir comment l'interne organise sa consultation, et le rythme de celle-ci.

INTERNE 1 « Il y a juste eu une remarque que j'ai prise en compte pour la suite sur le fait, en fin d'entretien, de demander au patient s'il y avait d'autres choses à voir avant de passer à l'examen clinique, pour ne pas se retrouver coincé en fin de consultation à voir d'autres motifs de consultation auxquels on ne s'attendait pas. Il ne me voyait pas et puis ça, moi pour le coup, je ne le voyais pas spécialement non plus.

Je me retrouvais parfois un peu en difficulté en fin de consultation sans me dire : « bah oui mais c'est parce que je ne le fais pas systématiquement ». En fait lui m'a dit « pose la question systématiquement à ce moment-là », et c'est vrai que derrière ça paye. »

INTERNE 3

« Enfait on se rendait compte que je regardais beaucoup l'écran pour ne pas perdre de temps. »

3.2.5.1.4 Le maitre de stage peut valoriser son interne

INTERNE 1

« Je me disais « Je suis trop lente » et lui m'a dit que non au contraire il trouvait que je faisais les consultations assez rapidement avec un bon rythme. » « J'ai dû lui dire une ou deux fois un truc, mais sauf que lui avait tendance à me dire : « non non, ça va » ... »

3.2.5.1.5 Il peut suivre sa progression

INTERNE 2

« Entre les deux enregistrements il a trouvé que j'étais plus à l'aise. Alors est ce que c'était avec la vidéo que j'étais plus à l'aise ou les consultations qui étaient moins compliquées ? Il y a vraiment une évolution sur les deux vidéos. » « Il a vu des différences entre ma première et ma deuxième séance de vidéo que moi je n'ai pas forcément vues. Par rapport à ma posture, oui, à mon assurance, il a vu qu'il y avait une évolution entre la première et la deuxième fois. »

3.2.5.1.6 Et il peut mieux évaluer son stage

INTERNE 6

« Parce que finalement comment le superviseur indirect peut évaluer les compétences de son interne ? Finalement, il y a le retour des patients déjà quand ils reviennent la fois d'après. Après c'est le but du jeu, c'est le niveau 2. On est en SASPAS, donc plus autonome. »

3.2.5.2 L'implication du maitre de stage est une condition nécessaire à la généralisation de la pratique de SODEV

3.2.5.2.1 Le maitre de stage doit être motivé

- INTERNE 2 « Parce que lui il est bien pour ça, il se pose pleins de questions, il est très... Les debriefs sont très bien même sans la vidéo. »
- INTERNE 5 « Après il faut aussi que ton MSU t'apporte des trucs et qu'il soit vraiment bienveillant et motivé. »
- INTERNE 4 « Et bien en fait, dans l'autre cabinet où je suis en stage ils ont ce système en place pour les SASPAS de consultations filmées. Donc j'en ai fait deux ou trois, mais on ne les a jamais débriefées. Je les ai enregistrées, mais je n'ai jamais eu de retour. Je ne les ai pas visualisées. C'est un endroit où ils mettent énormément de choses en place mais derrière on n'a pas forcément le retour. Donc c'est dommage. »
- INTERNE 3 « Je pense qu'il n'était pas trop motivé. Ça n'a pas été.. instructif. »

3.2.5.2.2 Le maitre de stage doit être disponible

- INTERNE 2 « Il faudrait que les médecins aient le temps, c'est toujours pareil. »
« Mes deux autres maitres de stage ça n'aurait pas pu être possible avec eux. Il y en a un, on fait le debrief vite fait sur 35 patients, ça part dans tous les sens. Et l'autre médecin, elle le ferait, mais déjà on n'a pas le temps de faire les débriefings, parce qu'on finit déjà à 20h. On fait le débrief par téléphone après, on met du temps, deux heures, mais à distance. Avec elle, elle n'a pas le temps, elle est tout le temps en retard donc si je devais l'attendre... déjà que je lui prends des patients pour qu'elle finisse plus tôt.. Mais on finirait après 22h, donc avec la vidéo.. La vidéo ce ne serait pas possible. »

3.2.5.2.3 Le nombre de patients vus par l'interne doit être adapté

L'intérêt de la SODEV dépend du rythme et du nombre de patient vu par jour.

INTERNE 3 « J'en voyais 15 par jour maximum. Chez MSU 3, j'en voyais dix et chez MSU 4 j'ai fait des journées à 25 parfois. Ça n'avait rien à voir entre les trois. Mais si ce sont des médecins qui bossent vite, qui voient énormément de patients je ne suis pas sûr qu'ils changeront vraiment leur façon de faire. Ce ne sera pas leur état d'esprit. »

3.2.5.3 La relation entre le maitre de stage et son interne a un impact sur la possibilité de réaliser une SODEV

3.2.5.3.1 La bonne entente est une condition nécessaire

INTERNE 3 « Oui alors de l'anxiété pas vraiment pour moi mais plus si tu veux vis-à-vis de mes MSU. Ils m'ont un peu titillé dès le début, fait des reproches. Donc déjà que je savais que je me prendrais des remarques en temps normal, alors je savais qu'avec la vidéo ça n'allait pas aller mieux avec lui, ce qui fait que je n'avais pas envie. Si tu as une bonne relation de base avec eux, il n'y a pas de souci. »

INTERNE 2 « Oui, je n'aime pas... surtout m'entendre et me voir... Mais en fait, le fait que ce soit juste avec le maitre de stage... enfin on se connaît ! » « Après pendant le débrief c'est un peu gênant mais ça va. Il nous connaît donc voilà... » « Maintenant que je l'ai fait... et puis c'est parce que c'est ce maitre de stage là, avec les autres maitres de stage je ne sais pas comment ça se passerait... »

INTERNE 5 « Si c'est avec quelqu'un avec qui tu ne t'entends pas c'est super stressant et ça peut mal se passer. Parce que déjà tu as quand même une petite appréhension de te filmer, mon MSU l'avait aussi, de se dire « si ça se trouve je fais des erreurs » donc si en plus tu as l'appréhension des commentaires du MSU... »

3.2.5.3.2 La bienveillance a été respectée

- INTERNE 2 « J'étais plus critique que lui. »
- INTERNE 1 « J'ai dû lui dire une ou deux fois un truc mais sauf que lui avait tendance à me dire : « non non, ça va » ... C'était bienveillant. »
- INTERNE 3 « J'étais assez d'accord avec ce qu'elle disait, « Tiens regarde tu ne souris pas », « Là, tu es un petit peu froid dans ta façon de parler ». Ce n'était pas de la critique, ce n'était pas pour dire « Regarde là tu n'es pas bien avec le patient », non c'était vraiment constructif. »

3.2.5.4 La réalisation d'une session par le MSU lui-même peut aider à appréhender la technique de la SODEV

- INTERNE 5 « Ma MSU s'était déjà filmée et elle m'avait montré la consultation où elle s'était filmée justement. Donc elle m'avait dit « Désstresse, on s'en fout, ce n'est pas très grave ». Le fait que mon MSU ce soit filmé franchement moi ça m'a bien aidé. Ça ma déstressé. Surtout de voir qu'elle ne faisait pas tout bien. Par exemple un moment, elle tapait sur la table en disant « Bon allez ! » [rire], enfin un truc comme ça, donc je me suis dit « Bon ça va, je ne suis pas ... » [rire]. »

3.2.6 LES PERSPECTIVES DE LA GENERALISATION DE LA SODEV

3.2.6.1 Une utilisation plus généralisée dans l'internat

- INTERNE 2 « En SASPAS c'est bien parce qu'on est tout seul, on fait des consultations, mais je pense que ça serait bien au début d'internat. Parce qu'en trois ans on a pris des habitudes, donc moi j'avais très peur de me rendre compte que je faisais des trucs pas de la bonne façon du tout, mais que j'étais en fin d'étude et que ce serait un peu tard pour se corriger. » « Le problème c'est qu'en niveau 1 on est avec le maitre de stage. Mais je pense qu'il faudrait le faire tôt en fait pour pouvoir vraiment évoluer et se voir évoluer. Peut-être au tout début quand on nous lâche tout seul, voir comment on se débrouille. »

INTERNE 4

« Je pense que le faire en SASPAS c'est une bonne idée. Après, je pense que le mettre aussi en cours de niveau 1 cela peut être intéressant. Peut-être faire deux fois une heure de consultation à partir du moment où tu es en autonomie. Mais vu que tu as un moins d'expérience et de pratique cela peut être intéressant avec une bonne marge de progression. »

3.2.6.2 Une utilisation possible après l'internat

INTERNE 1

« Même après l'internat, je pense que ça fait progresser »

4. DISCUSSION

4.1 FORCES ET FAIBLESSES DE L'ETUDE

4.1.1 CONCERNANT L'INTRODUCTION

Par rapport au choix de la thèse, il y a peu d'études concernant la pratique de la supervision vidéo en France, bien que cela commence à se développer dans certains DMG. Une des forces de cette étude est sa réalisation au sein du DMG de Poitiers où la SODEV est peu utilisée, et inconnue de la plupart des internes. Les précédentes publications sont regroupées dans les DMG qui ont investi dans cette pratique notamment à Rouen (14–16) ou à Paris Créteil (17), où la SODEV est en cours d'intégration dans la formation et où du matériel a été acheté. Il y a donc un biais possible concernant les conclusions des études puisque les MSU et possiblement les internes sont plus informés et plus influencés à participer. Au DMG de Poitiers, la SODEV n'est pas présentée aux internes, et très peu utilisée, ou alors par des MSU isolés. Il n'y a eu qu'un seul travail réalisé par le passé, découpé en trois thèses en 2014 (18,24,26). Le fait d'étudier la SODEV dans notre département de médecine générale, permet donc d'avoir une approche peut être différente puisque que basée sur une autre population d'étude et donc permet d'augmenter la validation des éléments retrouvés dans les autres DMG.

4.1.2 CONCERNANT LE MATERIEL ET LA METHODE

4.1.2.1 Population et lieu d'étude

4.1.2.1.1 Forces

- ***Etendue dans le temps***

La thèse a été réalisée sur deux semestres, ce qui a permis de laisser du temps aux différents binômes de SASPAS de participer à l'étude. Il n'y avait pas de nombre limite de participants.

- ***Etendue dans l'espace***

Le recrutement a été étendu à toute l'ancienne région Poitou Charente. Nous avons eu des binômes de chaque département, ce qui permet d'être plus représentatif notamment s'il y avait des disparités interdépartementales. On pourrait imaginer par exemple un impact de certaines formations délivrées dans une partie de la région qu'il n'y aurait pas eu ailleurs.

- ***Diversité des moyens utilisés pour le recrutement***

Nous avons multiplié les moyens de recrutement pour avoir un plus grand nombre de participants. Nous avons expliqué notre projet au secrétariat par téléphone afin d'obtenir les adresses mails et afin d'introduire notre travail, puis les MSU ont été contactés par mail et par courrier.

- ***Caractéristiques de la population***

La population d'internes étudiée était assez hétérogène avec une bonne répartition concernant le nombre d'hommes et femmes et le semestre en cours. Ils n'avaient pas de connaissance du principe de la SODEV excepté un interne, mais aucun n'avait déjà réalisé de consultation filmée. Il n'y avait donc pas de biais concernant une éventuelle pratique antérieure de la supervision vidéo.

4.1.2.1.2 Faiblesses

- ***Faible taux de participation***

Lors du premier semestre, la sélection a été limitée au département de la Charente puisque nous pensions avoir beaucoup de participants et pas assez de caméras pour le roulement. Lors du second semestre, nous avons sélectionné tous les stages SASPAS de Poitou Charente du fait du faible taux de participation.

Ce faible de taux de participation est constant dans les autres études sur le sujet (10,15,16,31). Il pourrait être interprété comme un manque d'intérêt pour cette pratique. En effet, on pourrait en déduire que le fait que les MSU ne participent pas à cette étude, signifie que cette supervision vidéo n'est pas généralisable actuellement. Mais il pourrait être lié plutôt au faible taux de participation des médecins généralistes aux thèses de médecine générale. Il serait intéressant d'étudier les raisons du refus de participation et elles n'ont pas été demandées dans notre étude, tout d'abord parce que nous avons eu un faible de taux de réponse. Les réponses négatives que nous avons reçues étaient parfois justifiée par un manque de temps, ou un problème personnel, ou un interne en difficulté en stage.

D'après un article publié dans la revue *Exercer*, concernant le manque d'investissement des médecins généralistes dans les thèses de médecine générale, il était évoqué que le taux de réponses n'était pas un gage de qualité d'une enquête mais c'est un critère nécessaire à l'exploitation des données. Le taux de participation des médecins généralistes dans les thèses étaient dépendants de la taille de l'enquête, du sujet, du réseau local, d'une rémunération, de la période de l'année et du type de recueil de données (42).

Il n'y a pas dans la littérature, d'analyse du taux de participation des médecins généralistes aux thèses de médecine générale en Poitou Charente, ce qui ne nous permet pas d'évaluer si notre faible taux de participation peut être dû au manque d'intérêt pour la SODEV ou au manque de participation aux thèses de façon générale.

- ***Biais de sélection***

Il y a un biais concernant les participants à notre étude puisque les MSU ayant accepté de participer sont potentiellement plus motivés et impliqués dans la formation des internes et cela peut se ressentir auprès des internes sur la pratique de la SODEV.

Ceci est en accord avec les précédents travaux, notamment dans la thèse de Baptiste CHAUVIN où la plupart des recrutés étaient tuteurs, professeurs, praticiens associés (15), et évoqué également dans la thèse de Matthieu LETELLIER où les MSU les plus motivés ont participé et l'ont proposé à leurs internes (16).

De plus, il y a un biais lors du recrutement comme celui-ci s'est fait par le biais des MSU, et non directement aux internes, puisque l'acceptation du maître de stage était une condition indispensable à la réalisation de l'étude. Le taux de participation aurait pu être différent si le recrutement avait été réalisé par le biais des internes, mais difficilement faisable en pratique du fait que la technique de supervision doit d'abord être validée et acceptée par le MSU.

4.1.2.2 Force de l'étude concernant le matériel

4.1.2.2.1 Le protocole

- ***Le choix du protocole***

Le protocole que nous avons réalisé a été effectué à partir de la bibliographie existante concernant la SODEV. Nous avons relevé tous les freins éventuels à la généralisation de la pratique pour les prendre en compte. Dans le même temps le protocole réalisé au niveau national a été exposé. Comme les deux protocoles étaient basés sur les mêmes travaux, il était logique qu'ils soient semblables. Ce qui était le cas. Ceci met en évidence la reproductivité du travail et donc augmente la validité du protocole national que nous avons choisi d'utiliser.

Nous avons modifié la mise en page du protocole afin d'augmenter sa compréhension et sa rapidité de lecture. Les internes qui avaient pris connaissance du protocole l'ont trouvé clair.

- ***L'adaptation de la grille de Calgary Cambridge***

Nous avons également proposé une grille de Calgary Cambridge adaptée en fonction des remarques des précédents travaux, avec une zone d'annotation, une simplification et une échelle de notation afin de faciliter son utilisation. L'outil est ainsi plus pratique, si les binômes souhaitent s'en servir.

- ***La réalisation d'une version vidéo du protocole***

La réalisation d'un protocole vidéo est une force de notre travail. Nous l'avons créé pour le côté didactique et afin de favoriser la compréhension du principe de la SODEV auprès des MSU et des internes et qu'elle soit plus facile d'accès. Pour cela nous avons réalisé une vidéo longue reprenant le protocole et une vidéo plus courte pour avoir un moyen de comprendre ce qu'est la SODEV facilement et rapidement. Je pense que cet outil peut être utile à la généralisation de la supervision vidéo. Notre travail de thèse n'étant pas axé sur la réalisation de cette vidéo explicative, nous n'avons pas eu énormément de retour par rapport à cela. C'est une façon inédite de présenter le protocole et on pourrait évaluer son utilité pratique dans un prochain travail.

4.1.2.2.2 Le matériel pour les enregistrements

- ***Matériel validé***

Le matériel choisi correspond à une caméra sélectionnée par le DMG de Rouen, afin de lever les freins concernant les problèmes retrouvés dans les travaux antérieurs. C'est le matériel qui a été proposé au niveau national à toutes les facultés à l'heure actuelle pour la pratique de la supervision vidéo. Notre étude est donc réalisée avec ce même matériel, ce qui augmente sa reproductibilité.

- ***Matériel mis à disposition pour les participants***

Afin de faciliter la participation à notre thèse, nous avons acheté deux kits de caméra, avec toutes les connectivités et la mémoire nécessaire à leur utilisation. Nous avons donc pu proposer à tous les participants ce matériel, en effectuant un roulement. Cela a limité un biais de sélection.

Tous les participants ont voulu tester notre matériel et certains MSU envisagent de l'acheter pour continuer la pratique de la SODEV.

Le matériel étant facile d'accès et peu cher, il est reproductible pour les études futures et permet aux MSU de se projeter pour en faire l'acquisition.

- ***Disponibilité des investigateurs***

Nous nous sommes rendues disponibles tout au long de cette année d'étude pour les participants afin de leur faire parvenir le matériel et d'effectuer un roulement.

Le guide d'utilisation était simplifié, et nos coordonnées étaient données ainsi qu'une adresse mail dédiée pour tout problème technique.

En revanche étant donné que nous n'avions que deux caméras, nous ne pouvions pas organiser plus de deux sessions en même temps. Vu le faible taux de participation cela n'a pas posé problème mais s'il y avait eu plus de participants, cela aurait pu limiter le nombre de sessions par binôme et donc inclure un biais dans la réalisation pratique du protocole.

4.1.2.3 Recueil et analyse des données

4.1.2.3.1 Forces

Les entretiens avec les internes ont tous été réalisés par le même interviewer, qui était l'investigateur principal. Cela s'est passé en l'absence du maître de stage pour limiter un biais au niveau de l'interne, qui a pu s'exprimer librement.

Le temps prévu pour l'échange était organisé en amont sur le planning de l'interne donc il n'y a pas eu de limite de durée, ni de contrainte de temps nécessitant d'écourter l'échange.

L'étude réalisée est une étude qualitative par entretien, ce qui permet une meilleure visualisation des commentaires et des ressentis que les études quantitatives ou qualitatives par questionnaire, réalisées auparavant sur le même sujet (15,17).

Lors de l'analyse, la fiabilité des données a été augmentée par une double lecture.

4.1.2.3.2 Faiblesses

Les entretiens du deuxième semestre d'enregistrements n'ont pas pu être réalisés directement en présence de l'interne du fait du contexte sanitaire et du confinement.

Nous avons réalisé les entretiens par visioconférence ou par téléphone, ce qui aurait pu avoir une incidence sur la qualité du recueil de données. Selon la littérature, la recherche doit profiter des changements technologiques, incluant notamment l'utilisation du système de visioconférence, qui présente des avantages comme la ponctualité, la liberté du créneau horaire, l'anticipation possible, le gain de temps, l'abolition des distances, la confidentialité, le confort, le coût financier réduit et l'empreinte carbone moindre (43).

D'après Soyer et Tanda : « *L'entretien par vidéotéléphone est intéressant, car il reproduit des conditions très proches d'un entretien en face à face tout en abolissant les distances géographiques* » (43).

Par rapport à l'entretien en présentiel, du point de vue de la qualité de la collecte des données, il ne semble pas y avoir de différences significatives. Du point de vue du langage verbal ou non verbal, le niveau d'authenticité des données recueillies est égal du fait que dans les deux cas le processus de gestion des impressions est rendu visible (44).

Il y a également un biais d'investigation du fait que le seul interviewer soit aussi l'investigateur de l'étude, sans expérience précédente dans la réalisation des entretiens semi-dirigés, et qu'il pourrait avoir influencé les réponses des internes non intentionnellement au cours de l'interview du fait de sa connaissance sur le sujet.

4.2 DISCUSSION DES RESULTATS

4.2.1 RAPPEL DES PRINCIPAUX RESULTATS

Les principaux résultats ont été résumés dans la figure 1.

PROTOCOLE REALISE

Nombre de sessions :

- La plupart des internes ont réalisé une ou deux sessions durant le stage.
- Un binôme a réalisé trois sessions durant le stage.
- Et un binôme a fait plusieurs sessions tout au long du stage.

Le nombre de sessions a été limité par une inclusion dans l'étude trop tardive, certains problèmes techniques, et le contexte sanitaire lors de l'étude.

Le nombre de consultations filmées lors des sessions était variable en fonction des binômes, mais cela concernait un petit nombre de patients.

Aucun aménagement de la journée n'a été réalisé pour la plupart des binômes.

L'organisation et le déroulement du débriefing était différent entre chaque groupe.

Cela a été parfois chronophage mais :

- La plupart des internes ont mentionné que le débriefing était long car ils regardaient les vidéos entières des consultations.
- Certains internes n'ont pas trouvé que le débriefing pouvait être considéré comme chronophage.
- Cela ne rajoutait pas beaucoup de temps par rapport au débriefing classique de la journée.
- Cela ne serait pas chronophage si prévu sur un temps adapté.

Les binômes ont décidé de regarder les vidéos en entier. Cependant, pour certains groupes, les vidéos à regarder ont été sélectionnées.

PATIENTS

Technique réalisée pour l'obtention du consentement :

- Dans la plupart des cas, ce sont les internes qui expliquaient le principe de la SODEV aux patients avant la consultation.
- Deux binômes ont procédé de façon à ce que les secrétaires donnent les documents informatifs aux patients avant les explications de l'interne.
- Les internes ont été mal à l'aise pour en parler avec les patients.

Acceptabilité des patients :

Il y a eu des refus (sans raison particulière, ou en fonction du motif de consultation) mais la plupart ont donné leur accord facilement.

Choix des consultations à filmer :

- Soit les internes ont pris des consultations au hasard.
- Soit ils choisissaient les consultations à filmer en fonction du patient et du motif probable de consultation.

Impact sur les consultations :

- Modification d'attitude des patients du fait de la caméra parfois ressentie mais non notable pour la plupart.
- Augmentation du temps de consultation possible du fait de l'explication de la SODEV.

L'Intérêt ressenti par les internes est dépendant du type de patient

CONDITIONS DE GENERALISATION

PROTOCOLE

Le respect du protocole permettrait une meilleure organisation et limiterait l'aspect chronophage.

Le débriefing devrait être réalisé sur un temps dédié.

Le nombre de sessions idéal serait deux à trois durant le stage. Il ne faut pas le faire trop souvent. Une session en début et fin de stage pourrait suffire.

La session en début de stage est importante car permet de bien voir l'évolution.

Pratiquer la SODEV avec les trois maîtres de stages serait trop dense pour certains internes, sauf si c'est fait dans les règles. Mais ce serait considéré comme un intérêt certain pour d'autres internes.

INTERNE

L'anxiété peut être diminuée par une organisation de la journée.

L'anxiété peut être diminuée si la pratique de la SODEV n'est pas faite dès le début du stage.

Figure 1 : Principaux résultats de l'étude

MAITRES DE STAGE

Un bénéfice pour le MSU ressenti par les internes

- La SODEV peut permettre d'illustrer une remarque faite en supervision classique.
- Elle permet de mieux voir les compétences relationnelles et organisationnelles de l'interne.
- Le maître de stage peut valoriser son interne.
- Il peut suivre sa progression et l'évaluer.

GRILLE DE CALGARY CAMBRIDGE

Utilisation durant l'étude variable en fonction des binômes.

Elle a été jugée contraignante.
Elle n'était pas nécessaire à la supervision. Mais elle a quand même été utilisée par certains binômes.

Elle est mieux dans cette version pour son utilisation pratique. Mais toujours jugée trop complexe pour un interne.

MATERIEL UTILISE

Chaque binôme a installé la caméra dans son bureau de consultation selon l'angle de vue qu'il souhaitait avoir. Les internes lançaient les enregistrements entre chaque consultation.

Les problèmes rencontrés ont concerné des erreurs humaines, des soucis pour lire les enregistrements sur l'ordinateur, et un problème de batterie.

La qualité du son et de l'image ont été satisfaisante.

INTERNES

La SODEV a été validée par tous les internes comme une expérience positive.

Cela leur a permis de prendre conscience de scotomes concernant les compétences relationnelles notamment sur la façon de s'exprimer, le rapport avec l'ordinateur, la répartition du temps de parole entre l'interne et le patient, la posture de l'interne, et concernant les compétences organisationnelles.

Cela leur a permis de se valoriser et d'améliorer leur pratique.

Les internes ont trouvé que l'impact était plus important quand les éléments étaient repérés par eux-même.

Les freins possibles à la généralisation de la pratique de la SODEV concernent :

- L'anxiété de se filmer qui a été faible ou uniquement la première fois pour certains internes,
- Le fait que se voir soit un peu désagréable,
- Savoir que le maître de stage va voir la vidéo peut créer de l'anxiété,
- Une modification possible de l'attitude de l'interne du fait de la caméra. Certains internes ont reconnu avoir modifié leur façon d'être au début des enregistrements, mais cela s'est atténué rapidement pendant la consultation et d'autres n'ont pas noté de changement de comportement.

AUTO EVALUATION DE L'INTERNE

Elle a été réalisée par la moitié des binômes.
Elle permet de faire un premier état des lieux.
Mais cela peut aussi être anxiogène avant la visualisation avec le maître de stage.

DE LA SODEV

PATIENTS

Arguments proposés pour faciliter l'acceptabilité des patients :

- Le visionnage par le maître de stage permet une relecture de la consultation.

- Une bonne explication du principe de la SODEV permet d'obtenir l'accord du patient.

Donner les fiches explicatives par la secrétaire avant l'explication de l'interne, pour que le patient puisse se faire à l'idée et que l'interne soit moins gêné pour en parler.

MSU

L'implication du maître de stage est une condition nécessaire à la généralisation de la pratique de SODEV.

Le maître de stage doit être motivé et disponible.

Si l'interne doit voir trop de patients dans la journée, il ne peut pas pratiquer la supervision vidéo de façon adaptée.

La relation entre le maître de stage et son interne a un impact sur la possibilité de réaliser une SODEV. La bonne entente et la bienveillance sont des conditions nécessaires.

La réalisation d'une session par le MSU lui-même peut aider à appréhender la technique avant les premiers enregistrements.

4.2.2 DISCUSSION DES RESULTATS

L'objectif de cette étude était d'étudier la faisabilité d'une généralisation de la supervision vidéo en stage SASPAS pour l'apprentissage des compétences relationnelles de l'interne.

4.2.2.1 Le protocole de supervision vidéo est adapté

4.2.2.1.1 La généralisation repose sur le suivi du protocole dont l'organisation de la journée

Durant l'étude, le protocole proposé n'a pas été suivi par la plupart des binômes. Les freins possibles à la généralisation de la SODEV sont liés à l'organisation de la journée et l'aménagement de celle-ci. Cette notion d'aménagement est primordiale et déjà évoquée dans les autres travaux, notamment pour ne pas alourdir la charge de travail, à la fois de l'étudiant mais aussi du maître de stage (30).

Les internes ont précisé que si le protocole avait été mieux suivi ou si le débriefing avait été réalisé sur un temps dédié prévu, ils auraient trouvé la pratique moins chronophage et également moins anxiogène. En effet, les binômes l'ont fait en plus de leur journée « normale » de SASPAS. De plus, la plupart des binômes ont regardé les vidéos en entier, ce qui est très chronophage. Il aurait été plus utile de regarder des parties de la vidéo, comme conseillé dans le protocole. Mais pour les internes ces parties pourraient être difficiles à choisir.

On pourrait proposer de prendre des extraits au hasard, comme le choix des consultations filmées à regarder, ou bien des parties de la consultation où l'interne s'est senti en difficulté. Même si la vidéo a un intérêt du début jusqu'à la fin, ce n'est pas le but de la pratique, donc cela paraît approprié de travailler sur des extraits plutôt que sur l'ensemble.

Il avait déjà été proposé en 2014 par Eaton et al. au Canada (45) pour gagner du temps sur la rétroaction, que le superviseur cible un élément de compétence spécifique à débriefer.

C'est également une notion présente dans la thèse de Matthieu LETELLIER où il était indiqué qu'il ne fallait pas forcément regarder toutes les vidéos mais demander à l'interne quelle vidéo est intéressante pour lui, et cibler un élément de compétence à travailler (16).

Il y a donc plusieurs éléments permettant de limiter l'aspect chronophage :

- Respecter le protocole prévu à cet effet
- Prévoir une organisation de la journée avec un temps dédié de rétroaction
- Réaliser une auto-évaluation de l'interne
- Ne regarder qu'une partie des vidéos, et non pas les vidéos en entier
- Utiliser un outil d'évaluation : la grille de Calgary Cambridge, avec la possibilité de cibler une partie de la grille à travailler
- Enfin, l'expérience et l'habitude de la pratique de la SODEV, vont permettre au fil du temps, de limiter cet aspect chronophage.

4.2.2.1.2 Le nombre de sessions proposé paraît adapté

Pour que les internes puissent voir des améliorations, il est préférable de faire au moins deux sessions. Si on considère que l'interne va effectuer la SODEV avec ses trois maîtres de stages, deux sessions avec chacun pourrait suffire et permettrait une approche plus variée.

Les internes précisent qu'il ne faut pas le faire trop souvent. C'est également ce qui est ressorti du travail de Younes TOUATI, dans lequel il proposait 12 rétroactions par semestre et les internes ont expliqué qu'ils étaient en faveur d'une limitation du nombre : « *trois vidéos supervisées par semestre paraît plus faisable* », « *pas nécessaire de multiplier les films* », « *peut-être qu'une supervision vidéo en début, milieu et fin de stage serait plus simple à réaliser* » (17).

Dans les autres publications, il n'a pas été étudié la réalisation de la SODEV avec plusieurs maîtres de stage et sa possibilité pratique. Dans notre étude, un interne a pu tester cette combinaison car ses trois maîtres de stage ont accepté de participer. Cela a permis de voir la diversité et l'intérêt de la technique qui a été très différente pour chacun de ses maîtres de stage. Cela paraît réalisable puisqu'il a eu un avis favorable concernant la pratique de la supervision vidéo après cette expérience.

4.2.2.2 L'auto-évaluation de l'interne paraît intéressante

L'auto-évaluation par l'interne n'a pas été réalisée de façon systématique. Pourtant dans les autres études elle a été montrée comme bénéfique (9,16,26).

Les internes reconnaissent que le fait de se voir a un impact plus important pour eux que les commentaires de leur maîtres de stage. Cela leur permet une prise de conscience, et également de s'habituer à leur image et leur comportement à la fois verbal et non verbal. L'importance de cette auto-évaluation est telle que l'on pourrait imaginer faire des sessions avec juste une auto-évaluation de l'interne, ce qui serait moins chronophage mais pourrait déjà beaucoup apporter.

Cependant, cela ne suffit pas, car il a été montré dans une étude que l'interne avait besoin d'un regard extérieur, celui du maître de stage (24,26). On pourrait proposer de faire des sessions avec juste une autoévaluation et des sessions avec un débriefing avec le maître de stage.

4.2.2.3 La grille de Calgary-Cambridge a été peu utilisée

Son intérêt pour la supervision ne semble pas aussi important que dans de précédentes thèses (9,15,18,26). En effet elle n'a pas toujours été utilisée, sans que cela gêne au débriefing et à l'apport de la SODEV, selon les internes. Son utilisation ne semble donc pas être une condition à la généralisation de la technique. Ceci est également retrouvé dans la thèse de Younes TOUATI où la majorité des rétroactions avec le MSU étaient effectuées sans utiliser un outil d'évaluation (17). Si un outil est nécessaire, on peut à ce moment-là, s'appuyer sur cette grille. En effet, dans sa thèse, parmi les situations ayant fait l'objet d'une rétroaction avec l'utilisation d'un outil d'évaluation, 75,2% ont eu recours à une grille Calgary-Cambridge (17).

En revanche, son utilisation semble pertinente afin de pouvoir évaluer l'interne et suivre sa progression de façon objective et reproductible. Il paraît alors utile, voir indispensable de s'appuyer sur un outil validé, tel que cette grille. Elle est utilisable aussi bien pour l'auto-évaluation que pour l'hétéro-évaluation.

Sa version plus simplifiée est quand même appréciable afin qu'elle soit plus facilement utilisable en pratique.

4.2.2.4 Le matériel utilisé est adapté

Le choix du matériel et sa bonne utilisation, en plus de garantir une qualité d'enregistrement, est un élément de diffusion de la SODEV (31).

Par rapport aux autres études où le matériel était un vrai frein à la généralisation de la supervision vidéo, les internes n'ont pas considéré que cela impactait l'utilisation de cette technique.

La qualité du son et de l'image était satisfaisante ce qui n'était pas le cas dans les autres études, notamment concernant le son (9).

Il y a eu quand même des soucis techniques. Le principal étant le fait que la caméra s'utilise soit branchée soit sur piles. Les piles ne permettant pas une longue durée d'action, les internes ont parfois eu des sessions tronquées car ne pensaient pas à changer les piles durant la demi-journée d'utilisation. Si on utilise la caméra branchée sur secteur, cela semble plus pratique, mais c'est dépendant des possibilités dans le bureau de consultation en fonction de l'angle de vue que l'on souhaite avoir. Cette variable n'est donc pas facile à intégrer. Il faudrait probablement insister sur cette partie dans la notice d'utilisation. Enfin, il y a eu des problèmes de compatibilité lors de la lecture du fichier sur l'ordinateur. Mais les internes précisaient que c'était souvent un matériel informatique trop ancien et que ça fonctionnait avec leur ordinateur personnel, donc cela ne semble pas limitant pour la généralisation.

Mattieu LETELLIER a utilisé la même caméra dans son étude en 2020, il n'y a eu aucun problème technique. « *L'angle de vision était bon et l'enregistrement sonore était bon aussi* », « *Sur le point de vue technique, il n'y a pas eu de souci, c'est facile à mettre en place avec le type de caméra qu'on a choisie* », « *Les caméras elles sont bien, elles permettent de s'installer même sur le bureau ou pas très loin, enfin de faire des plans assez faciles à installer* » (16).

Le matériel paraît donc adapté. Il faudrait le confirmer dans d'autres travaux.

Un des points d'amélioration non évoqué par les internes, serait l'utilisation d'une télécommande pour le lancement de l'enregistrement. Cela permettrait d'éviter les interférences en début de consultation du fait de devoir aller appuyer directement sur la caméra qui peut être placée à distance de l'interne.

Dans son travail de thèse (10), Sophie ROUA a utilisé un dispositif avec une télécommande, mais il semblerait que son matériel ait été trop complexe et donc cela n'a pas été jugé pratique d'utilisation.

4.2.2.5 Les internes sont favorables à l'utilisation de la SODEV

Dans notre étude, les internes ont été unanimes concernant l'apport de la SODEV. Ils ont pu progresser concernant les compétences relationnelles et organisationnelles et sont motivés pour se filmer par la suite.

Ceci est retrouvé dans les différentes études. *La majorité des internes, soit 83,7%, étaient satisfaits de la SODEV ; 72,1% étaient en accord (« Tout à fait d'accord » et « D'accord ») avec le caractère généralisable et faisable de la SODEV (17).*

Dans le questionnaire anonyme demandé pour les caractéristiques de la population d'étude, cinq internes sur six répondent « plutôt non » à la question : « Lors d'un débriefing classique de SASPAS, pensez-vous que votre MSU puisse évaluer votre niveau dans cette compétence de relation avec le patient ? ». Il semble donc y avoir une réelle lacune concernant l'évaluation de cette compétence et la SODEV pourrait être une réponse à apporter.

Les internes ne semblent pas être un frein à la généralisation de cette pratique, au contraire.

Ils évoquent le fait qu'ils ont pu avoir un peu d'anxiété au début ou avoir modifié leur façon d'être mais en précisant à chaque fois que c'était très transitoire et parfois non notable. La supervision inversée, réalisée avant de débiter les sessions, comme proposée dans le protocole, serait vraiment aidante pour dédramatiser cette technique et devrait peut-être être plus généralisée. C'est une façon de présenter la SODEV aux internes en réalisant cet enregistrement d'une consultation du MSU avant la première session.

4.2.2.6 L'acceptabilité des patients est essentielle pour la généralisation de cette pratique

4.2.2.6.1 Obtention du consentement

Concernant le consentement des patients, la technique qui consiste à ce que les secrétaires donnent les feuilles explicatives en salle d'attente paraît tout à fait adaptée. Cela permet d'assimiler l'information, et d'avoir plus de détails par l'interne ensuite. Cela permet également à l'interne d'avoir une introduction à son discours et de moins se sentir gêné pour en parler.

Cela a été mentionné par beaucoup d'internes finalement comme le moment le plus anxiogène pour eux, plus que le fait de se filmer. Ils ne se sentaient pas forcément légitimes du fait de leur rôle d'interne et donc cela rajoutait une difficulté supplémentaire à proposer aux patients, ce qui a pu les mettre mal à l'aise.

Une meilleure organisation de l'obtention du consentement pourrait donc faciliter la généralisation de la pratique.

Cette notion n'est pas beaucoup retrouvée dans la littérature. Dans la plupart des autres travaux c'est le MSU qui obtenait le consentement du patient (9,31). Mais cela a été évoqué dans la thèse du Philippe ROULAND : « *La première étape est celle du choix du patient. Il semble préférable que cette tâche incombe au MSU pour éviter de majorer la charge de l'interne. D'autant que ce dernier peut ne pas être à l'aise dans sa requête* » (31).

4.2.2.6.2 Acceptabilité des patients

Concernant l'acceptabilité des patients, les internes avaient de l'appréhension mais ont trouvé justement qu'ils n'avaient pas eu beaucoup de refus.

Dans les publications antérieures, la supervision vidéo a été bien accueillie par les patients. Dans le travail de Sophie ROUA, tous les patients à qui la vidéo a été proposée ont accepté (10).

Dans une étude à plus grande échelle, sur 745 enregistrements proposés aux patients, 81 (10,9%) n'ont pas été suivis d'un enregistrement pour cause de refus des patients, ce qui est plutôt faible (17).

Il semblerait cependant que cela dépend de la façon dont est recherché le consentement du patient. En effet, Matthieu LETELLIER retrouve que l'acceptabilité des patients lorsque le MSU explique la méthode est excellente. D'autant plus que dans ce travail, sept MSU sur les neuf MSU participants ont choisi les patients au hasard. Cependant, lorsque l'interne a proposé le travail aux patients, on se rend compte que l'acceptabilité n'est plus la même et le taux de consentement du patient chute (Sept patients sur dix ont refusé) (16).

4.2.2.6.3 Raisons du refus des patients

Les raisons des refus n'ont pas été demandées, mais parfois supposées quand les consultations étaient un peu particulières. L'ambivalence tient dans le fait que les internes pensent que la SODEV est très dépendante du type de patient, et notamment qu'elle serait plus bénéfique sur les consultations plutôt « psychologiques » mais ce sont ces consultations, selon eux, pour lesquelles les patients refusent d'être filmés en général. La SODEV semble pourtant utile lors de tout type de consultation, puisque le relationnel avec le patient peut tout à fait être étudié lors d'une consultation pour un motif simple, autant que pour une consultation compliquée sur le plan psychologique. Ce qui est intéressant, c'est surtout la diversité des consultations filmées.

Les causes de refus évoquées dans notre étude étaient soit non mentionnées, soit le fait que les patients soient mal à l'aise, soit qu'ils avaient peur qu'on utilise la vidéo par la suite. Ce sont les mêmes causes que dans l'étude de faisabilité de Younes TOUATI où les principales raisons des refus des patients étaient liées à un problème d'image de soi, un problème de confidentialité (devenir des vidéos) ou des refus sans explications données par le patient (17).

Selon la thèse d'Elodie PAILHE, on peut se demander si les patients accepteraient plus facilement de consulter l'interne si la consultation était filmée et revue en rétroaction. Les patients seraient en effet rassurés par le fait que leur médecin traitant voit le film et puisse détecter les erreurs médicales (9). Ceci a également été évoqué dans notre étude, comme argument utile pour l'acceptabilité des patients.

4.2.2.6.4 Impact sur la consultation

Concernant les modifications de la consultation elles ne sont pas notables. Les patients n'ont pas changé de comportement devant la caméra, et ce, facilité par l'utilisation d'un petit matériel. L'importance de la discrétion du matériel est retrouvée dans la littérature. La taille du dispositif semble jouer un rôle afin de ne pas biaiser la scène filmée (31).

Cet oubli de la caméra par les patients, est en accord avec les données de la littérature. « *L'interne et le patient s'affranchissent facilement de la présence de la caméra. Certains patients habituellement pudiques « ont oublié la caméra au point de commencer à se déshabiller dans le champ de vision alors qu'il y a une salle d'examen séparée » » (15). « Cet enregistrement n'a, à priori, pas eu d'impact sur l'attitude du patient, ces derniers oubliant vite la vidéo » (24).*

Par ailleurs, deux internes ont eu un avis différent concernant l'aspect chronophage de la demande de consentement du patient au cours de la consultation. En effet un interne a précisé que le temps d'expliquer la technique et d'obtenir le consentement du patient prenait deux à trois minutes ce qui nécessiterait un allongement du temps de consultation afin de ne pas prendre du retard. Alors qu'un autre interne a précisé que pour lui ça ne changeait rien. Dans les précédentes publications, cela ne semble pas être un frein retrouvé, mais tout doit dépendre de la façon dont est obtenu le consentement et à quel moment. « *Ce n'est pas chronophage pour la consultation : Le déroulement du temps des consultations n'est pas pénalisé par la vidéo. Il faut juste mettre en route, donc on ne prend pas de retard » (10).* Il serait intéressant d'étudier le mode de recueil de consentement plus précisément dans un autre travail et son impact sur la durée de la consultation.

4.2.2.6.5 Biais de sélection

Il est évident qu'il y a un biais de sélection au cours de notre étude et des autres travaux concernant les patients filmés. En effet, leur accord étant nécessaire à la SODEV, les données recueillies sont donc issues de patients ayant accepté la supervision vidéo. Ces mêmes patients sont déjà des patients qui acceptent de voir l'interne à la place de leur médecin traitant, ce qui correspond à une partie de la patientèle et donc ne peut pas être généralisé à tous les patients.

Cet élément est retrouvé dans la littérature. La bonne acceptation des patients, peut être en lien avec la motivation à la formation de l'interne (9,10). Les patients recrutés étaient ceux qui acceptaient d'être reçus en consultation par un interne. On peut donc penser qu'il s'agissait de patients désirant participer à la formation des médecins (24).

Il serait intéressant de réaliser lors d'un prochain travail, une enquête auprès des patients, afin d'obtenir leur ressenti sur la SODEV. Cela n'a pas été effectué pour le moment, peut être car l'essentiel était d'abord la mise en place de la technique et son utilisation plus généralisée.

4.2.2.7 La généralisation dépend de l'intérêt que le MSU porte à cette pratique de supervision

C'est là que réside la principale limite à la généralisation de la SODEV.

Le bénéfice de cette technique pour le MSU est réel, et retrouvé dans les précédents travaux (9,15,18).

Au cours de nos entretiens, les internes ont souligné l'importance de l'implication du maître de stage pour que la SODEV puisse être pratiquée. En effet cela nécessite que le maître de stage soit disponible, mais finalement guère plus que pour une supervision classique. Le frein tient donc dans le fait que la motivation et la disponibilité du maître de stage est déjà très hétérogène dans les différents stages SASPAS et que la généralisation de cette technique ne peut pas s'appliquer avec tous les MSU.

Les internes ont souligné le fait qu'ils ne se voyaient pas le faire avec certains de leurs autres maîtres de stage car ils n'avaient déjà pas le temps de faire un débriefing classique habituellement, ou qu'ils voyaient trop de patients dans la journée.

De plus, ils ont précisé que la bonne entente est primordiale, et cette condition est difficilement généralisable, même si la bienveillance peut toujours être respectée. Les personnalités peuvent ne pas être compatibles et cela entraîne une appréhension plus importante de l'interne.

On ne peut pas dire que la supervision vidéo n'est pas généralisable du fait des maîtres de stage, mais plutôt que la pratique d'une supervision de qualité est dépendante des maîtres de stages. La SODEV ne semble pas être limitée auprès des maîtres de stage motivés et disponibles pour leurs internes. L'étude de la généralisation de la SODEV auprès des maîtres de stage est réalisée par le deuxième investigateur de ce travail, et l'analyse des résultats est en cours.

4.3 PESPECTIVES D'UTILISATION DE LA SODEV

La SODEV pourrait tout à fait être utilisée dans le stage SASPAS et notamment pour l'évaluation de stage. Actuellement, les MSU n'ont que les dires de l'interne et le retour des patients pour évaluer les compétences de leur interne, donc cette technique pourrait leur permettre de mieux se rendre compte du niveau d'apprentissage de leur étudiant.

Son intérêt ne se limite pas qu'à la compétence relationnelle et c'est d'ailleurs ce qui a été mis en évidence dans le travail de Younes TOUATI, où la majorité des internes (93,1%) était en accord avec le fait que la SODEV présentait un intérêt dans le travail de la compétence « Relation, communication, approche centrée patient » mais également des compétences « Approche globale, prise en charge de la complexité » (32 internes (74,4%)), « Education en sante, prévention individuelle et communautaire » (24 internes (55,8%)) et « Professionnalisme » (33 internes (76,8%)) (17).

De plus, elle commence à être testée dans le stage de niveau 1, avec notamment le travail de thèse de Matthieu LETILLER à Rouen, où tous les participants ont été unanimes : cette méthode est adaptée au stage de premier niveau (16). Son utilisation en SASPAS serait peut-être préférable dans un premier temps, étant donné qu'il n'y a pas ou très peu de supervision directe dans ce stage, contrairement au stage de niveau 1, mais cela pourrait tout à fait être bénéfique également.

On peut également élargir son champ d'action au-delà de l'internat, pour une formation continue des médecins, en imaginant des groupes de pairs avec un enregistrement vidéo de consultation. Mais cela nécessiterait un certain nombre de modifications concernant le protocole, notamment au niveau du cadre légal. Ou bien il faudrait que le groupe se réunisse dans le cabinet d'un des médecins participants, qui s'enregistrerait le matin même de la réunion et réaliserait son auto-évaluation l'après-midi. Puis une consultation serait tirée au sort le soir lors du groupe de pairs et débriefée. Il pourrait ainsi y avoir un roulement dans les différents cabinets, tout en garantissant que les vidéos ne sortent pas du cabinet et soient supprimées rapidement pour la sécurité des patients.

Enfin, pourquoi ne pas utiliser cette pratique de supervision vidéo sur les lieux de stages hospitaliers, également auprès des internes d'autres spécialités, notamment sur les moments de stage de consultations. Cela ne semble pas du tout développé dans les autres spécialités, pourtant la communication avec le patient y est tout aussi importante, notamment à l'hôpital, avec les annonces de mauvaises nouvelles, le suivi des patients en oncologie etc..

5. CONCLUSION

La SODEV est une technique de supervision appréciée par les internes, leur permettant d'améliorer leurs compétences relationnelles avec les patients.

La généralisation de cette pratique semble possible, si elle est réalisée dans le respect du protocole proposé, notamment en prévoyant un aménagement de la journée. Les bénéfices apportés concernant la prise de conscience des internes et l'apport pour les maitres de stages afin d'évaluer le niveau de compétence de leurs étudiants, semble justifier la contrainte de prévoir trois journées aménagées durant les six mois de stage.

Les patients ne semblent pas être un frein à la généralisation de la pratique même s'il y aura toujours des refus, tout comme il y a des patients qui refusent les consultations avec les internes, mais cela concerne une minorité.

La faisabilité de l'intégration de cette supervision en SASPAS dépend en grande partie des maitres de stage et de leur implication dans la formation des internes. Il n'y a pas d'obstacle à la généralisation quand les MSU sont motivés et disponibles.

Elle pourrait tout à fait être intégrée dans le cursus de l'interne et c'est d'ailleurs en cours de mise en place dans certains DMG de France.

La formation des internes évolue avec son temps, et les pratiques utilisées également. L'utilisation de la SODEV a des potentiels multiples, notamment dans les stages hospitaliers ou lors de la formation continue.

6. BIBLIOGRAPHIE

1. Référentiel niveaux de compétence en MG.pdf [Internet]. [cité 17 sept 2020]. Disponible sur: <https://bv.univ-poitiers.fr/access/content/group/edb1a182-b8f3-4062-aa81-5283b64b421a/resspub/5%20Enseignements%20pratiques/Outils%20communs%20aux%20stages%20A%20et%20H/Outils%20p%C3%A9dagogiques/R%C3%A9f%C3%A9rentiel%20niveaux%20de%20comp%C3%A9tence%20en%20MG.pdf>
2. Levinson W. Physician-Patient Communication: A Key to Malpractice Prevention. JAMA. 23 nov 1994;272(20):1619-20.
3. Beckman HB, Markakis KM, Suchman AL, Franker RM. The doctor-patient relationship and malpractice. Lessons from plaintiff depositions. Arch Intern Med 1994; 154 (12): 1365-70.
4. Modalités des EHS promo 2017.pdf [Internet]. [cité 17 sept 2020]. Disponible sur: <https://bv.univ-poitiers.fr/access/content/group/edb1a182-b8f3-4062-aa81-5283b64b421a/resspub/6%20Enseignements%20th%C3%A9oriques/Outils%20p%C3%A9dagogiques/Modalit%C3%A9s%20des%20EHS%20promo%202017.pdf>
5. 2016 Programme DES MG.pdf [Internet]. [cité 17 sept 2020]. Disponible sur: <https://bv.univ-poitiers.fr/access/content/group/edb1a182-b8f3-4062-aa81-5283b64b421a/resspub/3%20Programme%20du%20DES-MG/2016%20Programme%20DES%20MG.pdf>
6. 2004 04 26 Circulaire DGS-DES-2004 n°192 Organisation du SASPAS.pdf [Internet]. [cité 17 sept 2020]. Disponible sur: <https://bv.univ-poitiers.fr/access/content/group/edb1a182-b8f3-4062-aa81-5283b64b421a/resspub/1%20Textes%20officiels/2004%2004%2026%20Circulaire%20DGS-DES-2004%20n%C2%B0192%20Organisation%20du%20SASPAS.pdf>
7. Vidal M, Lauque D, Nicodeme R, Bros B, Arlet P. Les outils pédagogiques pour le stage des résidents au cabinet du médecin généraliste français. Pédagogie Médicale. 1 févr 2002;3(1):33-7.
8. Cayer S, St-Hilaire S, Boucher G, Bujold N. La supervision directe. Perceptions d'ex-résidents en médecine familiale. Can Fam Physician. déc 2001;47:2494-9.
9. Pailhe É. Avantages et inconvénients de la supervision directe avec enregistrement vidéo pour la formation des internes de médecine générale à la communication : enquête qualitative auprès de maîtres de stage [thèse]. Faculté de médecine de Grenoble, 2012.
10. Roua S. Utilisation de la vidéo dans la formation à la communication des internes de médecine générale en stage de niveau I chez le praticien : étude de faisabilité en Champagne Ardenne [thèse d'exercice de médecine]. Faculté de médecine de Reims, 2014.
11. Petite E. Obstacles à la supervision indirecte en SASPAS à Grenoble : identification par les maîtres de stage et perspectives d'amélioration [thèse d'exercice]. Grenoble; 2010.
12. Boucher G, Cayer S, St-Hilaire S. L'apprentissage de la relation médecin-patient. La supervision directe du R II dans une unité de médecine familiale. Can Fam Physician. sept 1993;39:2006-12.
13. Cassata DM, Conroe RM, Clements PW. A program for enhancing medical interviewing using video-tape feedback in the family practice residency. J Fam Pract. 1977 Apr;4(4):673-7.
14. Jacquet G. État des lieux de l'utilisation de la supervision par observation directe avec enregistrement vidéo (SODEV) en France et à l'international [Thèse d'exercice]. Université de Rouen Normandie; 2018.

15. Chauvin B. Expérimentation de la supervision vidéo au DMG de Rouen : cadre légal et pratique [thèse d'exercice]. Université de Rouen; 2018.
16. Letellier M. La SODEV en stage de premier niveau : étude qualitative avec retour d'expérience auprès des MSU et des internes [Thèse d'exercice]. Faculté de Rouen; 2020.
17. Touati Y. Mise en œuvre d'une Supervision par observation directe avec Enregistrement vidéo en Situation Authentique de Soins (étude SENSAS) : enquête quantitative de faisabilité et d'intérêt [Thèse d'exercice]. Université de Creteil; 2019.
18. De Jongh N. Proposition d'un outil pédagogique d'aide à la supervision vidéo dans l'apprentissage de la communication en médecine générale : enquête qualitative auprès de maîtres de stage [thèse d'exercice]. Université de Poitiers; 2014.
19. Durieux W, Gay B. La supervision: un outil pédagogique dans la formation du résident en médecine générale. [Thèse d'exercice]. Bordeaux; 1998.
20. Cydulka Rk, Emermancl, Jouriles. Evaluation of resident performance and intensive bedside teaching during direct observation. *Acad Emerg Med* 1996; 3(4): 345-51.
21. Turgeon J, St-Hilaire S. La supervision directe en médecine familiale... l'expérience d'une résidente. *Pédagogie Médicale*. 1 nov 2001;2(4):199-205.
22. Maguire P, Fairbairn S, Fletcher C. Consultation skills of young doctors: I--Benefits of feedback training in interviewing as students persist. *Br Med J Clin Res Ed*. 14 juin 1986;292(6535):1573-6.
23. Vivekananda-Schmidt P, Lewis M, Coady D, Morley C, Kay L, Walker D, et al. Exploring the use of videotaped objective structured clinical examination in the assessment of joint examination skills of medical students. *Arthritis Rheum*. 2007 Jun 15;57(5):869–76.
24. Dumange L. Proposition d'un outil pédagogique d'aide à la supervision vidéo dans l'apprentissage de la communication en médecine générale : enquête qualitative sur l'hétéro-évaluation auprès d'internes [Thèse d'exercice]. Poitiers; 2014.
25. Davis RH, Jenkins M, Smail SA, Stott NC, Verby J, Wallace BB. Teaching with audiovisual recordings of consultations [Internet]. *The Journal of the Royal College of General Practitioners*. 1980. *J R Coll Gen Pract*. 1980 Jun;30(215):333–6.
26. Houdusse A. Proposition d'un outil pédagogique d'aide à la supervision vidéo dans l'apprentissage de la communication en médecine générale : enquête qualitative sur l'auto-évaluation auprès d'internes [Thèse d'exercice]. Université de Poitiers; 2014
27. Herzmark G. Reactions of patients to video recording of consultations in general practice. *Br Med J Clin Res Ed*. 3 août 1985;291(6491):315-7.
28. Campbell LM, Murray TS. Videotaped consultations. *Br J Gen Pract*. 1 nov 1995;45(400):631-631.
29. Vannotti M, Marin C. L'enregistrement vidéo de consultations de médecine générale, quelle utilité pour la formation ? *Psychothérapies*. 2009;29(4):219-24.
30. Talbot M, Horne E, Inhaber S, et al. La communication efficace... à votre service : bonnes pratiques préventives et la communication dans la relation de soin. Ottawa: Santé canada; 2001.
31. Rouland P. Freins à l'utilisation de la supervision vidéo dans l'enseignement de la communication médecin-patient : étude qualitative auprès de maîtres de stage et d'internes en médecine générale [Thèse]. Université de Bordeaux; 2016.

32. Servant JB, Matheson JAB. Video recording in general practice: the patients do mind. *J R Coll Gen Pract.* déc 1986;36(293):555-6.
33. Martin E, Martin PML. The reactions of patients to a video camera in the consulting room. *J R Coll Gen Pract.* nov 1984;34(268):607-10.
34. Kurtz S, Silverman J, Benson J, Draper J. Marrying content and process in clinical method teaching: enhancing the Calgary-Cambridge guides. *Acad Med J Assoc Am Med Coll.* 2003 Aug;78(8):802–9.
35. Tribby E, Richard C, Lussier M-T (dir.) (2016), *La communication professionnelle en santé*. Montréal, Pearson. *Commun Inf Médias Théories Prat [Internet]*. 26 févr 2018 [cité 17 sept 2020];(vol. 35/1). Disponible sur: <http://journals.openedition.org/communication/7513>
36. Millette B, Lussier M-T, Goudreau J. L'apprentissage de la communication par les médecin: aspects conceptuels et méthodologiques d'une mission académique prioritaire. *Pédagogie Médicale.* 2004 May;5(2):110–26.
37. Avec Animaker, créez gratuitement des vidéos animées sur le cloud [Internet]. [cité 17 sept 2020]. Disponible sur: <https://www.animaker.fr/>
38. Faulmeyer L, Pruvost M. SODEV : Supervision Vidéo des Internes de Médecine Générale ! - YouTube [Internet]. [cité 17 sept 2020]. Disponible sur: https://www.youtube.com/watch?v=kxsQdfCDoqk&feature=youtu.be&ab_channel=ischemie03
39. Réaliser un entretien semi-directif [Internet]. [cité 17 sept 2020]. Disponible sur: https://eureval.files.wordpress.com/2014/12/ft_entretien.pdf
40. QDA Miner Lite - Logiciel d'analyse qualitative [Internet]. Provalis Research. [cité 17 sept 2020]. Disponible sur: <https://provalisresearch.com/fr/produits/logiciel-d-analyse-qualitative/gratuit/>
41. Guide méthodologique pour réaliser une thèse qualitative [Internet]. [cité 17 sept 2020]. Disponible sur: <https://nice.cnge.fr/IMG/pdf/GMTQuali.pdf>
42. Morice E, Leroyer E. Existe-t-il des éléments prédictifs de l'implication des médecins généralistes dans les thèses de recherche en médecine générale ? *Exercer* 2002 ; 100 :31-32.
43. Soyer, L., & Tanda, N. (2015). *Initiation à la démarche de recherche et traitement des données*. Unités d'enseignement 3.4 et 5.6. Semestres 4 et 6. Paris : Vuibert. Collection Référence IFSI.
44. Sullivan, J. R. (2012). Skype : An appropriate method of data collection for qualitative interviews? *The Hilltop Review*, 6, 54-60.
45. Eaton W. Analyse de vidéos. *Can Fam Physician.* janv 2014;60(1):e92-4.

7. ANNEXES

ANNEXE I : GRILLE DE CALGARY-CAMBRIDGE MODIFIEE

Guide de Calgary-Cambridge de l'entrevue médicale modifiée

Tâches à accomplir...	... en utilisant : quelles habiletés ?	Pas du tout	Plutôt non	Plutôt oui	Tout à fait
DÉBUTE L'ENTREVUE Établit le premier contact (présentation et accueil) • Identifie la (les) raison(s) de la consultation	• Se présente				
	• Pose une question ouverte				
	• Écoute les premiers propos sans interruption				
	• Est attentif aux indices non-verbaux				
	• Recueille les motifs de consultation				
	• Résume (et propose un programme de la consultation)				
Annotations : (Facultatif)					
RECUEILLE L'INFORMATION • Explore les problèmes du patient pour découvrir : <u>Les éléments médicaux</u> Les informations de base et le contexte La perspective du patient et son vécu du problème • Encourage l'expression des émotions	• Aide le patient à évoquer la situation vécue				
	• Use de facilitateurs (<i>hum...oui... et alors ? hochement de tête ...</i>)				
	• Pose des questions semi-ouvertes ciblées... <i>Qui ? Quoi ? Où ? Comment ? Quand ?</i>				
	• ... des questions fermées				
	• Clarifie et fait des résumés-synthèse				
	• Reformule les propos du patient				
	• Pose des questions ouvertes sur les répercussions sur sa vie				
	• Reconnaît les indices non verbaux et fait une vérification orale de leur signification				
	Annotations : (Facultatif)				
COMMUNIQUE lors de l'EXAMEN CLINIQUE	• Explique les gestes délicats à faire				
	• Commente son examen				
	• Reprend éventuellement l'interrogatoire pour préciser certains points				
	• Fait une synthèse de l'examen clinique				
	Annotations : (Facultatif)				
EXPLIQUE ET PLANIFIE • Fournit la quantité et le type adéquats d'information • Aide le patient à retenir et comprendre les informations • Arrive à une compréhension partagée en intégrant la perspective du patient • Planifie une décision partagée	• Segmente l'information				
	• Crée un lien entre ses explications et le point de vue du patient				
	• Facilite et encourage la participation du patient				
	• Fait reformuler par le patient <i>(« je me rends compte que ce que j'ai dit n'est pas très clair, pourriez-vous le résumer... »)</i>				
	• Détecte des indices verbaux et non verbaux à propos de la transmission des informations				
	• Vérifie la compréhension par des résumés intermédiaires (avec ou sans reformulation)				
	• Précise les détails d'une consigne complexe				
	Annotations : (Facultatif)				

Guide de Calgary-Cambridge de l'entrevue médicale modifiée

Tâches à accomplir...	... en utilisant : quelles habiletés ?	Pas du tout	Plutôt non	Plutôt oui	Tout à fait	
<u>TERMINE L'ENTREVUE</u> • Prépare la fin de l'entrevue • Met en place une stratégie d'aide et de sécurité	• Résume la séance et clarifie le plan de soins					
	• Discute des rôles respectifs du patient et du médecin par la suite					
	• Informe des évolutions imprévues éventuelles					
	• Planifie les prochaines étapes					
	Annotations : (Facultatif)					
<u>STRUCTURE L'ENTREVUE</u> • En rendant explicite son organisation TOUT AU LONG DE L'ENTREVUE • En prêtant attention au déroulement de l'entrevue	• Clarifie le programme de la consultation					
	• Redirige la conversation par des interruptions explicites					
	• Fait des résumés intermédiaires					
	• Souligne une transition pour réduire l'incertitude du patient					
	• Obtient l'adhésion du patient					
	• Réalise un entretien flexible mais ordonné					
	• Reste centré sur les tâches à accomplir					
	• Gère efficacement le temps imparti pour la consultation					
	Annotations : (Facultatif)					
<u>CONSTRUIT LA RELATION</u> • En développant une relation chaleureuse et harmonieuse TOUT AU LONG DE L'ENTREVUE • En associant le patient à la démarche clinique et favorisant sa participation	• Manifeste de l'empathie :					
	- reconnaît et comprend le vécu et l'état affectif du patient (reflet)					
	- partage (et reconstruit fidèlement) les sentiments du patient					
	- sait se taire					
	- traite avec tact les sujets délicats ou pénibles					
	• Offre du soutien :					
	- affirme sa disponibilité, sa préoccupation, son aide					
	- reconnaît les efforts du patient					
	- fait en sorte que le patient se sente compris, estimé, appuyé en confiance					
	• Adopte une communication éthique					
	- a une attitude prévenante et marque du respect					
	- établit une alliance thérapeutique (partenariat)					
	- prend une décision juste et équitable.					
	Annotations : (Facultatif)					

Traduit et adapté de Kurtz S, alii. the Calgary-Cambridge Guides. Academic Medicine 2003; 78: 802-809.

ANNEXE II : PROTOCOLE ISSU DE LA BIBLIOGRAPHIE

PROTOCOLE SODEV

Faire signer au préalable un consentement de l'interne et du MSU.

Proposer une séance où le MSU s'enregistre à la place de l'interne, afin de dédramatiser la SODEV.

- A quel moment du stage :
 - Les internes de SASPAS débuteraient leurs enregistrements pour la première séance environ un mois après leur arrivée (temps d'adaptation nécessaire au cabinet, au logiciel médical, au fonctionnement interne).
 - Un enregistrement au début, en milieu et en fin de stage

- Nombre d'enregistrement :
 - Une série de consultations sur une demi-journée (5 consultations environ)

- Nombre de consultations débriefées par la SODEV :

Sur une ou deux consultations enregistrées, avec un choix soit tiré au sort, soit ciblant une compétence particulière, soit qui a posé problème.

Libre choix de la méthode aux MSU et internes.

- Déroulement de l'enregistrement vidéo de la consultation : *(quand débiter l'enregistrement, comment positionner le matériel, cadre médico-légal)*

Débuter l'enregistrement après avoir obtenu le consentement du patient (oral et écrit), et donc après son entrée dans le bureau de consultation. (Ou, obtenir le consentement du patient dans la salle d'attente)

Couper l'enregistrement entre chaque consultation.

Ne filmer que la partie entretien de la consultation, avec examen clinique hors champ mais avec enregistrement du son lors de l'examen clinique.

Installer la caméra de façon à voir le patient et l'interne de profil.

Déconnexion des réseaux (Wifi, bluetooth..) requises quand la caméra est reliée à l'ordinateur pour la visualisation de l'enregistrement.

Ne pas copier les fichiers de la caméra sur l'ordinateur, mais lire directement les vidéos sur la carte SD ou sur l'ordinateur via un câble reliant la caméra à l'ordinateur.

- Déroulement du débriefing :
 - Autoévaluation de l'interne à l'aide de la grille de Calgary modifiée puis temps de débriefing sur un temps prévu à cet effet avec visionnage de parties de la vidéo pour appuyer les remarques.
 - Prévoir un temps spécifique pour ce débriefing qui va durer 1 à 2 heures.
 - Faire ce débriefing dans un délai de moins d'une semaine après l'enregistrement.
 - Effacer la vidéo de la caméra après phase de débriefing effectuée.

ANNEXE III : PROTOCOLE NATIONAL DE SODEV

Protocole national SODEV

Cadre légal

Inscription du projet pédagogique avec le cadre d'utilisation au registre de l'université

Action à mener en lien avec le représentant local de la CNIL : CIL

Formulaires de consentement

Etablir les différents formulaires de consentement à destination des intervenants

- MSU et interne
- Patient

Déroulement technique des enregistrements :

Installation de la caméra :

L'installation est réalisée par le MSU assisté éventuellement par l'interne

Le dispositif doit être placé dans le cabinet, de manière à voir à la fois le patient et l'interne.

La bonne position peut être vérifiée grâce à l'écran arrière de la caméra ou par transfert d'un essai sur l'ordinateur

Déroulement :

Le patient est informé préalablement à son entrée dans le cabinet de l'enregistrement vidéo de la consultation en précisant :

- l'objectif
- l'assurance de la non diffusion des données et de leur destruction en fin de journée après analyse et travail pédagogique avec le maître de stage
- que l'examen clinique n'est pas filmé
- la possibilité pour le patient de refuser l'enregistrement vidéo et de pouvoir l'interrompre à tout moment durant la consultation

Préalablement à l'entrée dans le cabinet ou lors de l'entrée, le patient donne son accord oral et signe le consentement écrit.

L'interne allume la caméra en cas d'acceptation.

Si la table d'examen entre dans le champ de vision de la caméra, l'interne met, au moment d'examiner le patient, un cache prévu à cet effet sur la lentille afin d'occulter la vidéo pendant le déroulement de l'examen physique. Ceci permet de conserver l'enregistrement audio.

Lors de la fin de la consultation, l'interne interrompt l'enregistrement après le départ du patient.

Visualisation des vidéos :

L'ordinateur permettant la visualisation des vidéos doit être mis en « mode avion » (si disponible sur l'ordinateur) ou les communications Wi-Fi et/ou Bluetooth doivent être interrompues. Si l'ordinateur est relié à internet par un mode filaire, le câble doit être débranché.

La carte mini SD est soit :

- retirée de la caméra et mise dans l'adaptateur prévu sur l'ordinateur soit directement soit, si l'ordinateur ne dispose pas d'un port pour carte SD, il est utilisé un adaptateur SD-USB.
- lue directement de l'ordinateur au moyen d'un câble USB ou HDMI

Les vidéos ne sont pas copiées sur l'ordinateur, mais uniquement visualisée à partir de la carte mémoire.

La visualisation des vidéos et la supervision est effectuée le jour même de leur réalisation au cabinet du maître de stage.

Lorsque la supervision à partir des différentes visualisations est terminée, les vidéos doivent être supprimées de la carte SD.

Déroulement de la SODEV sur un semestre SASPAS :

Réalisation des enregistrements :

Pendant le semestre SASPAS, il sera réalisé trois séances de supervision vidéo,

- la première à environ un mois (après adaptation au cabinet, au logiciel médical, au fonctionnement interne) pour réaliser un premier « diagnostic » de compétence,
- à 3 mois pour établir un « état des lieux » de milieu de stage,
- pendant le dernier mois de stage pour observer les améliorations.

La durée et le nombre de consultations filmées sont déterminés par le MSU et son interne. Une à trois consultations voire une matinée ou un après-midi de consultation peut être entièrement filmé.

Déroulement de la supervision :

La vidéo peut être visualisée d'abord par l'interne seul, puis par le MSU seul ou en présence de l'interne.

Sur accord de l'interne et du MSU, une à trois consultations sont sélectionnées en tenant compte de l'intérêt pédagogique et des compétences à travailler. Si le MSU le juge utile, les consultations peuvent être supervisées à la suite sans sélection de patient.

Dans l'objectif d'observer la progression des compétences, le choix des compétences à superviser est effectué soit par l'interne et le MSU ou le MSU selon le niveau de l'interne, soit par le MSU seul.

Les objectifs d'amélioration des compétences sont définis soit par l'interne et MSU ensemble, interne seul, MSU seul

L'intégralité de la vidéo peut être regardée par le superviseur et le supervisé, ou bien le superviseur et/ou le supervisé choisi des séquences particulières, qu'il juge pédagogiquement importantes.

La supervision est réalisée à l'aide la grille de Calgary Cambridge fournie. L'interne et le MSU utilisent chacun une grille. Le modèle de grille fourni permet de réaliser les trois séances du semestre. La notation de la grille est réalisée sur une échelle de 1 à 4 (1 correspond à « Pas du tout », 2 à « Plutôt non », 3 à « Plutôt oui » et 4 à « Tout à fait »).

Le MSU et l'interne s'accordent sur une évaluation à l'aide de l'intégralité de la grille ou sur le travail d'une tâche en particulier.

A l'issue de la supervision, l'interne et le MSU définissent ensemble les objectifs d'amélioration concernant une ou plusieurs compétences et établissent une prescription pédagogique.

Enfin, les vidéos sont effacées de la carte SD.

Conditions nécessaires au bon déroulement de la SODEV :

La supervision inversée

On conseille à au MSU de réaliser un enregistrement d'une de ses consultations. L'interne et le MSU effectuent alors une supervision dans laquelle l'interne prend le rôle du superviseur. Ce moment permet à l'interne d'observer et d'anticiper le déroulement d'une supervision vidéo, sans être mis d'emblée en difficulté.

Temps dédié à la supervision

La SODEV est une activité potentiellement chronophage. Pour assurer une supervision de qualité, le temps dédié doit être de 1h30 à 2 heures pour réaliser un travail pédagogique de qualité.

Il est possible de réaliser les enregistrements dans la matinée et d'effectuer les visionnages puis la séance de supervision dans l'après-midi.

Le temps alloué à la supervision fait partie intégrante du stage SASPAS (2 heures de supervision correspondant à 4 patients en SASPAS), et à ce titre organisé sur le planning de l'interne.

Le temps dédié à la supervision vidéo ne devrait donc pas excéder 6 heures sur 6 mois.

ANNEXE IV : TUTORIEL SODEV CHOISI POUR L'ETUDE

TUTORIEL SODEV

(Supervision par observation directe avec enregistrement vidéo)

Formulaires de consentement :

Établir les différents formulaires de consentement à destination des intervenants

- MSU et interne
- Patient

Déroulement de la SODEV sur un semestre SASPAS :

Pendant le semestre SASPAS, il sera réalisé trois séances de supervision vidéo :

- la première à environ un mois (après adaptation au cabinet, au logiciel médical, au fonctionnement interne) pour réaliser un premier « diagnostic » de compétence,
- la deuxième à 3 mois pour établir un « état des lieux » de milieu de stage,
- et la troisième, pendant le dernier mois de stage, pour observer les améliorations.

Déroulement technique des enregistrements :

Installation de la caméra :

L'installation de la caméra est réalisée par le MSU assisté éventuellement par l'interne.

Le dispositif doit être placé dans le cabinet, de manière à voir à la fois le patient et l'interne.

La partie examen clinique ne doit pas être filmée. La bonne position peut être vérifiée grâce à l'écran arrière de la caméra ou par transfert d'un essai sur l'ordinateur.

Si la table d'examen entre dans le champ de vision de la caméra, l'interne met, au moment d'examiner le patient, un cache prévu à cet effet sur la lentille afin d'occulter la vidéo pendant le déroulement de l'examen physique. Ceci permet de conserver l'enregistrement audio.

Déroulement :

Le patient est informé préalablement à son entrée dans le cabinet de l'enregistrement vidéo de la consultation en précisant :

- l'objectif
- l'assurance de la non diffusion des données et de leur destruction en fin de journée après analyse et travail pédagogique avec le maître de stage
- que l'examen clinique n'est pas filmé
- la possibilité pour le patient de refuser l'enregistrement vidéo et de pouvoir l'interrompre à tout moment durant la consultation.

Préalablement à l'entrée dans le cabinet ou lors de l'entrée, le patient donne son accord oral et signe le consentement écrit.

L'interne allume la caméra en cas d'acceptation. Lors de la fin de la consultation, l'interne interrompt l'enregistrement après le départ du patient. L'enregistrement est donc coupé entre chaque consultation.

La durée et le nombre de consultations filmées sont déterminés par le MSU et son interne. Une à trois consultations voire des demi-journées peuvent être entièrement filmées.

Déroulement de la supervision :

La vidéo est visualisée d'abord par l'interne seul, qui réalise une auto-évaluation de ses compétences, à l'aide de l'outil fourni : la grille de Calgary-Cambridge simplifiée.

Puis, le débriefing est réalisé avec le MSU sur un temps dédié, d'une durée de 1 à 2 heures.

Une à trois consultations sont sélectionnées en tenant compte de l'intérêt pédagogique et des compétences à travailler : il peut s'agir par exemple d'une consultation qui a posé soucis à l'interne, et d'une tirée au sort.

Dans l'objectif d'observer la progression des compétences, le choix des compétences à superviser est effectué soit par l'interne et le MSU ou le MSU seul selon le niveau de l'interne.

Au moment du debriefing, l'intégralité de la vidéo peut être regardée par le superviseur et le supervisé, ou bien ils sélectionnent des séquences particulières, qu'ils jugent pédagogiquement importantes.

A l'issue de la supervision, l'interne et le MSU définissent ensemble les objectifs d'amélioration concernant une ou plusieurs compétences et établissent une prescription pédagogique.

Enfin, les vidéos sont effacées de la carte SD.

A titre d'exemple, il est possible de réaliser les enregistrements dans la matinée et d'effectuer les visionnages puis la séance de supervision dans l'après-midi.

Outil pour la supervision :

La supervision est réalisée à l'aide la grille de Calgary Cambridge simplifiée fournie.

Le modèle de grille permet de réaliser les trois séances du semestre.

La notation de la grille est réalisée sur une échelle de 1 à 4 (1 correspond à « Pas du tout », 2 à « Plutôt non », 3 à « Plutôt oui » et 4 à « Tout à fait »).

Le MSU et l'interne s'accordent sur une évaluation à l'aide de l'intégralité de la grille ou sur le travail d'une tâche en particulier.

Visualisation des vidéos :

L'ordinateur permettant la visualisation des vidéos doit être mis en « mode avion » (si disponible sur l'ordinateur) ou les communications Wi-Fi et/ou Bluetooth doivent être interrompues. Si l'ordinateur est relié à internet par un mode filaire, le câble doit être débranché.

La carte mini SD est soit :

- retirée de la caméra et mise dans l'adaptateur prévu sur l'ordinateur soit directement soit, si l'ordinateur ne dispose pas d'un port pour carte SD, il est utilisé un adaptateur SD-USB.
- lue directement sur l'ordinateur en le reliant à la caméra au moyen d'un câble USB ou HDMI.

Les vidéos ne sont pas copiées sur l'ordinateur, mais uniquement visualisées à partir de la carte mémoire.

La visualisation des vidéos et la supervision est effectuée le jour même de leur réalisation au cabinet

du maître de stage.

Lorsque la supervision à partir des différentes visualisations est terminée, les vidéos doivent être supprimées de la carte SD.

La supervision inversée : condition au bon déroulement de la SODEV :

On conseille au MSU de réaliser un enregistrement d'une de ses propres consultations. L'interne et le MSU effectuent alors une supervision dans laquelle l'interne prend le rôle du superviseur. Ce moment permet à l'interne d'observer et d'anticiper le déroulement d'une supervision vidéo, sans être mis d'emblée en difficulté.

Temps dédié à la supervision :

La SODEV est une activité potentiellement chronophage. Pour assurer une bonne supervision, le temps dédié doit être de 1h30 à 2 heures pour réaliser un travail pédagogique de qualité.

Le temps alloué à la supervision fait partie intégrante du stage SASPAS, et à ce titre organisé sur le planning de l'interne. Le temps dédié à la supervision vidéo ne devrait pas excéder 6 heures sur 6 mois.

Pour toute question, vous pouvez nous contacter par mail à l'adresse suivante :
SODEV.contact@gmail.com

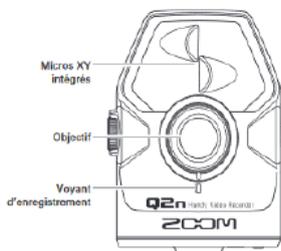
PRUVOST Marion
FAULMEYER Laura

ANNEXE V : GUIDE D'UTILISATION SIMPLIFIÉ DE LA CAMERA

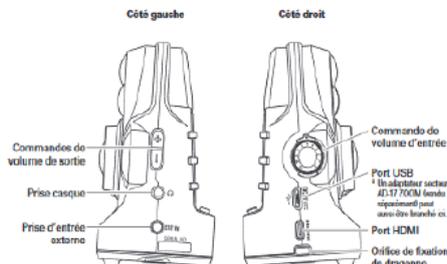
NOTICE CAMERA

(EN CAS DE PROBLÈME, NOUS CONTACTER AU « SODEV.contact@gmail.com »)

■ Avant



■ Côtés



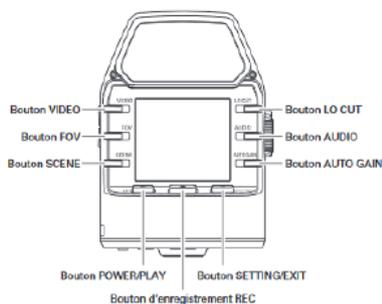
■ Mise sous tension



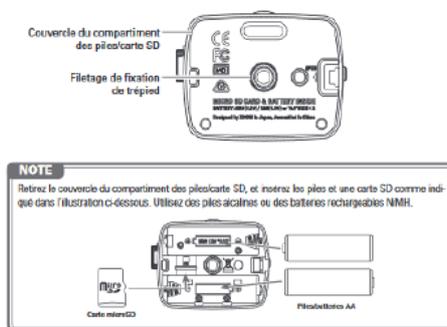
1. Pressez

Le voyant d'enregistrement de la face avant s'allume en rouge puis en vert.

■ Arrière



■ Dessous



■ Mise hors tension



1. Maintenez pressée la touche

Après détachage de « Goodbye Sooyou! » (Au revoir, à bientôt !), l'alimentation se coupe.

Enregistrement

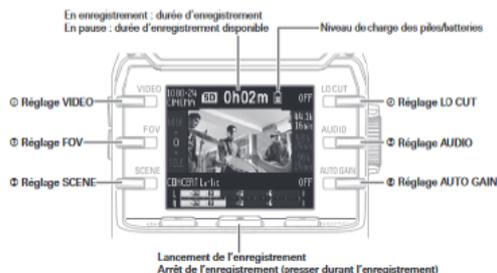
■ Opérations d'enregistrement



1. Pressez .
Cela lance l'enregistrement vidéo.
2. Pressez à nouveau pour arrêter l'enregistrement vidéo.

■ Utilisation de l'écran d'enregistrement

Les opérations et le format d'enregistrement se réglent dans cet écran.



Lecture des enregistrements

■ Utilisation de l'écran de lecture

Dans cet écran, vous pouvez contrôler la lecture, vérifier les informations concernant un fichier, sélectionner et supprimer des fichiers.



Suppression de fichiers

Pressez les boutons suivants lorsque l'écran de lecture est ouvert pour supprimer un fichier.



1. Sélectionnez .
Cela ouvre l'écran de suppression.
2. Sélectionnez .
La case de gauche au-dessus de la vignette du fichier est cochée.
3. Sélectionnez .
4. En écran de confirmation, pressez et sélectionnez « YES » (oui).
Cela supprime le fichier coché. Pressez et sélectionnez « NO » (non) pour annuler.

!/! Vérifier que la molette située à droite (molette de commande de volume d'entrée) soit réglée sur >7 pour bien enregistrer le son !/!

→ Astuce- : Pour n'enregistrer que le son sans l'image : cliquer sur le bouton « vidéo » et l'image disparaîtra

Comment lire les vidéos enregistrées sur la carte SD ?

Pour lire la carte SD sur votre ordinateur vous pouvez :

- soit retirer la carte SD de la caméra et l'insérer dans le lecteur de carte SD de votre ordinateur,
- ou brancher directement la caméra à l'ordinateur à l'aide du câble USB fourni.

(appuyer sur  pour obtenir le menu comme ci dessous, puis appuyer sur  pour sélectionner la flèche de droite et appuyer sur  si vous avez un PC ou  si vous avez un MAC pour sélectionner « carte reader »)

..... Connexions USB

En connectant le **Q2n** à un ordinateur ou appareil IOS au moyen d'un câble USB, vous pouvez vous en servir de webcam, de micro USB et de lecteur de carte.

■ Connexion par USB



1. Quand l'écran d'enregistrement est ouvert, pressez  pour ouvrir l'écran de réglage.
2. Pressez  pour ouvrir l'écran de réglage de connexion USB.
3. Utilisez les boutons pour sélectionner la fonction désirée.
4. En écran de confirmation, pressez  et sélectionnez « YES  » (oui).

5. Utilisez un câble USB pour connecter un ordinateur ou un appareil IOS.
6. Pour mettre fin à une connexion USB, pressez  en écran de fonction.
7. En écran de confirmation, pressez  et sélectionnez « YES  » (oui).

Cela ouvre l'écran d'enregistrement.

ANNEXE VI : GUIDE D'ENTRETIEN POUR L'ANALYSE QUALITATIVE

GUIDE ENTRETIEN SEMI-DIRIGE – INTERNE

(ANALYSE QUALITATIVE)

Généralisation de la SODEV

- **CONSIGNE :**

Notre thèse se porte sur la pratique de la supervision vidéo des internes en stage en SASPAS pour l'apprentissage des compétences relationnelles. Le but de cette étude est d'étudier si son utilisation serait généralisable pour la formation des internes. Cet entretien sera enregistré et retranscrit dans son intégralité pour l'analyse qualitative de ce travail, de façon anonymisée.

- **QUESTION GENERALE :** Comment s'est passé la pratique de la supervision vidéo durant ce stage ?

- **QUESTIONS DE PRECISION :**

<u>THEMES</u>	<u>RELANCE / SOUS-THEME</u>
PROTOCOLE REALISE <i>Quelle méthode avez-vous utilisée pour la réalisation de la SODEV ?</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Compréhension protocole écrit et vidéo <i>Qu'est ce que vous avez pensé du protocole écrit et vidéo que l'on vous a proposé ?</i> - Nombre d'enregistrement - Nombre de consultations filmées <i>Comment s'est déroulée une journée type d'utilisation de la SODEV ?</i>
MATERIEL <i>Qu'avez-vous pensé du matériel utilisé et de la réalisation pratique des enregistrements ?</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Soucis techniques - Facilité d'utilisation - Son/image
PATIENT <i>Comment ça s'est passé avec les patients ?</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Refus des patients - Rapport à la caméra - Demande de consentement (par l'interne ?)
ACCEPTATION DE L'INTERNE <i>Comment avez-vous vécu le fait de se filmer et de se voir ?</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Anxiété - Rapport à la caméra
AUTO-EVALUATION DE L'INTERNE <i>Parlez-nous de l'auto-évaluation, avec le visionnage des vidéos seul</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Déroulement <i>Comment avez-vous procédé ?</i> - Intérêt <i>Qu'est ce que cela vous a apporté ?</i>
DEBRIEFING AVEC MSU <i>Comment se sont passés les débriefings avec le MSU ?</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Déroulement / Visionnage des vidéos - Bienveillance - Temps passé - Apport pour le MSU ?
GRILLE DE CALGARY-CAMBRIDGE <i>Qu'avez-vous pensé de la grille fournie pour l'évaluation des compétences relationnelles ?</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Facilité d'utilisation <i>Comment vous-êtes-vous servi de la grille ?</i> - Intérêt <i>Qu'est-ce qu'elle vous a apporté ?</i>
APPORT DE LA SODEV POUR LA FORMATION / GENERALISTAION <i>Que pensez-vous de la généralisation de l'utilisation de la SODEV pour la formation des internes concernant les compétences relationnelles ?</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Avantages/ Utilité / Freins <i>Quels-sont pour vous les avantages et les freins de cette technique ?</i> - A quel moment de l'internat et dans quel stage ? <i>Que pensez-vous du fait de le faire avec ses trois maitres de stage en SASPAS ?</i> - Pistes d'amélioration <i>Avez-vous des remarques générales ou des pistes d'amélioration de la SODEV ?</i>

ANNEXE VII : QUESTIONNAIRE POPULATION D'ETUDE

QUESTIONNAIRE POPULATION D'ETUDE – INTERNES

Etes-vous ? Homme Femme

Quel âge avez-vous ? _____ ans

En quelle semestre êtes-vous ? Semestre 5 Semestre 6

Avant votre stage SASPAS actuel, avez-vous déjà effectué des stages ambulatoires ?

Niveau 1 Mère-enfant ambulatoire Un premier stage SASPAS

Concernant votre stage SASPAS actuel :

- Il se situe en milieu : rural semi-rural urbain
- Avez-vous eu une phase de supervision directe au début du stage ? oui non
(Votre MSU étant présent dans le bureau et observant votre consultation)

Avant de participer à cette thèse :

- Connaissez-vous le principe de la SODEV ? oui non
- Avez-vous déjà réalisé des consultations filmées ? oui non
- Connaissez-vous la grille de Calgary-Cambridge? oui non
- Avez-vous déjà utilisé la grille de Calgary-Cambridge ? oui non

Concernant la compétence de communication et relation avec le patient :

- Pensez-vous avoir reçu une formation suffisante concernant cette compétence au cours de votre internat ? pas du tout plutôt non plutôt oui tout à fait
- Lors d'un débriefing classique de SASPAS, pensez-vous que votre MSU puisse évaluer votre niveau dans cette compétence ?
 Pas du tout plutôt non plutôt oui tout à fait

Concernant vos projets professionnels, quel type de pratique envisagez-vous à la fin de votre internat ?

médecine ambulatoire médecine hospitalière mixte ne sait pas

Concernant votre participation à cette thèse sur la SODEV :

- Combien de journée d'enregistrement avez-vous réalisé dans le semestre ?
Aucune 1 fois 2 fois 3 fois >3
(préciser :)
- Combien de consultations filmées lors d'une session en général ?
Entre 1 et 5 entre 5 et 10 >10
- Avez-vous utilisé la grille de calgary-cambridge ? oui non
- Avez-vous réalisé une auto-évaluation (visionnage des vidéos seul) ? oui non

Merci de votre participation !

FAULMEYER Laura

PRUVOST Marion

ANNEXE VIII : FEUILLE DE CONSENTEMENT POUR LE MSU

CONSENTEMENT MSU

Cher confrère,

Afin de rendre encore plus performant l'apprentissage pour votre interne SASPAS, nous vous proposons de filmer ses consultations. Ce matériel servira de support pour une séance de supervision et permettra une analyse plus fine et authentique de ses compétences.

L'utilisation de son image est strictement encadrée et ne pourra être utilisée que par vous-même et votre interne (Article 9 du Code Civil sur le respect de la vie privée).

La séance de supervision réalisée à la suite de l'enregistrement se déroulera au cabinet médical.

Il est obligatoire que les données vidéos contenues sur la carte mémoire de la caméra ne soient pas copiées, et ceci sans exception.

La visualisation des vidéos se fera sur l'ordinateur du cabinet, préalablement déconnecté des réseaux permettant l'accès à internet.

A l'issue de la séance de supervision, les vidéos seront détruites et la carte reformatée.

Tout manquement à la sécurisation des données vidéo peut entraîner des poursuites judiciaires en cas de divulgation de données médicales.

Bien entendu, la participation à cette technique de supervision n'est pas obligatoire.

PRUVOST Marion
FAULMEYER Laura
Internes en médecine générale
SODEV.contact@gmail.com

Je soussigné _____ certifie avoir pris connaissance des informations ci-dessus et donne mon accord pour la participation à la supervision vidéo.

Mentions Informatiques et Libertés :

En vertu de la loi 78-17 du 6 janvier 1978, nous vous informons que vous disposez des droits d'accès, de modification et de suppression, voire d'opposition en vous adressant à SODEV.contact@gmail.com.

Fait le _____ à _____

ANNEXE IX : FEUILLE DE CONSENTEMENT POUR L'INTERNE

CONSENTEMENT INTERNE SAPSAS

Cher collègue,

Afin de rendre encore plus performant votre apprentissage, votre MSU vous propose de filmer vos consultations. Ce matériel servira de support pour une séance de supervision et permettra une analyse plus fine et authentique de vos compétences.

L'utilisation de votre image est strictement encadrée et ne pourra être utilisée que par vous-même et votre maître de stage (Article 9 du Code Civil sur le respect de la vie privée).

Vous aurez en charge les manipulations techniques de la caméra lors des enregistrements.

La séance de supervision réalisée à la suite de l'enregistrement se déroulera au cabinet médical.

Il est obligatoire que les données vidéos contenues sur la carte mémoire de la caméra ne soient pas copiées, et ceci sans exception.

La visualisation des vidéos se fera sur l'ordinateur de votre ECA-MSU, préalablement déconnecté des réseaux permettant l'accès à internet.

A l'issue de la séance de supervision, les vidéos seront détruites et la carte reformatée.

Tout manquement à la sécurisation des données vidéo peut entraîner des poursuites judiciaires en cas de divulgation de données médicales.

Bien entendu, la participation à cette technique de supervision n'est pas obligatoire, et votre refus ne doit pas entraîner de préjudice sur le déroulement de votre stage.

PRUVOST Marion
FAULMEYER Laura
Internes en médecine générale
SODEV.contact@gmail.com

Je soussigné _____ certifie avoir pris connaissance des informations ci-dessus et donne mon accord pour que la consultation soit filmée.

Mentions Informatiques et Libertés :

En vertu de la loi 78-17 du 6 janvier 1978, nous vous informons que vous disposez des droits d'accès, de modification et de suppression, voire d'opposition en vous adressant à SODEV.contact@gmail.com.

Fait le _____ à _____

ANNEXE X : FEUILLE DE CONSENTEMENT POUR LE PATIENT

Madame, Monsieur,

Nous vous proposons, de participer activement à la formation d'un jeune médecin généraliste.

L'interne qui va vous recevoir est un médecin généraliste en fin de formation, et va vous proposer de filmer la consultation.

Cet enregistrement vidéo servira à effectuer une séance de supervision avec votre médecin traitant habituel.

La supervision est un temps dédié de formation où médecin maître de stage et interne échangent sur l'apprentissage et le perfectionnement des compétences de ce dernier.

L'examen clinique n'est pas filmé.

Cette vidéo ne sera visualisée que par votre médecin traitant et l'interne, et sera effacée à la fin de la séance de supervision (Article 9 du Code Civil sur le respect de la vie privée).

Vous pouvez refuser d'être filmé(e), sur simple notification à l'interne lorsqu'il vous sollicitera ; et bien entendu sans préjudice sur votre prise en charge.

Si à un moment de la consultation, vous souhaitez interrompre l'enregistrement vidéo, vous pouvez le signaler à l'interne qui aura alors l'obligation de couper la caméra.

PRUVOST Marion
FAULMEYER Laura
Internes en médecine générale

Je soussigné _____ certifie avoir pris connaissance des informations ci-dessus et expliquées par _____ et donne mon accord pour que la consultation soit filmée.

Mentions Informatiques et Libertés :

En vertu de la loi 78-17 du 6 janvier 1978, nous vous informons que vous disposez des droits d'accès, de modification et de suppression, voire d'opposition en vous adressant à : SODEV.contact@gmail.com.

Fait le _____ à _____

8. RESUME

La Supervision par Observation Directe avec Enregistrement Vidéo (SODEV) est une méthode pédagogique utile pour l'apprentissage des compétences relationnelles des internes. Elle est pourtant peu utilisée en France. L'objectif de ce travail est d'étudier la faisabilité de sa généralisation en Stage Ambulatoire en Soins Primaires en Autonomie Supervisée (SASPAS), par l'utilisation d'un protocole adapté.

Une enquête qualitative par entretiens semi-dirigés a été réalisée auprès de six internes de SASPAS en Poitou Charente ayant expérimenté ce protocole de supervision vidéo, de mai 2019 à mai 2020.

La SODEV a été validée par tous les internes comme une expérience positive qui leur a permis d'améliorer leurs compétences relationnelles et organisationnelles. Ils sont favorables à son utilisation. La généralisation de cette méthode semble possible si elle est réalisée dans le respect du protocole proposé, notamment en prévoyant un aménagement de la journée, ce qui permettrait de lever les freins concernant l'aspect chronophage. L'acceptabilité des patients est bonne si la technique est bien expliquée. Les internes ont ressenti un bénéfice pour le maître de stage, mais la faisabilité de cette supervision est dépendante de son implication, sa disponibilité et sa bienveillance.

La SODEV est une pratique généralisable en SASPAS si le protocole proposé est suivi et le maître stage impliqué. Son développement dans les différents départements de médecine générale et son intégration au cursus de l'interne pourrait permettre une amélioration de l'apprentissage des compétences relationnelles des internes.

Mots-clés : SODEV, communication, enregistrement vidéo, SASPAS, médecine générale

9. SUMMARY

Supervision by direct observation with video recording (SODEV : *Supervision par Observation Directe avec Enregistrements Vidéo*) is a useful pedagogical method for learning intern's relational skills. However, it is not widely used in France. The objective of this work is to study the feasibility of its generalization in in Supervised Autonomy Primary Care Ambulatory Internship (SASPAS : *Stage Ambulatoire en Soins Primaires en Autonomie Supervisée*), through the use of an adapted protocol.

A qualitative survey by semi-directed interviews was carried out with six SASPAS interns in Poitou Charente who had experimented with this video supervision protocol, from May 2019 to May 2020.

The SODEV was validated by all the interns as a positive experience that allowed them to improve their relational and organizational skills. They are favorable to its use. The generalization of this method seems possible if it is carried out in compliance with the proposed protocol, including an arrangement of the day, which would make it possible to lift the brakes on the time-consuming aspect. Patient acceptability is good if the technique is well explained. The interns felt a benefit for the supervisor, but the feasibility of this supervision depends on his involvement, availability and kindness.

SODEV is a generalizable practice in SASPAS if the proposed protocol is followed and the internship supervisor is involved. Its development in the different departments of general practice and its integration into the program of the intern could improve the learning of relational skills of interns.

Keywords: SODEV, communication, video recording, SASPAS, general practice



UNIVERSITE DE POITIERS

Faculté de Médecine et de
Pharmacie



SERMENT



En présence des Maîtres de cette école, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

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

