Université de Poitiers
Faculté de Médecine et Pharmacie

ANNÉE 2022

THÈSE
POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT
DE DOCTEUR EN MÉDECINE
(décret du 16 janvier 2004)

Présentée et soutenue publiquement
Le 07 avril 2022 à Poitiers
Par M^me^ Marion PRUVOST

Retours d'expérience de maîtres de stage universitaires concernant la mise en pratique de la SODEV à l'aide d'un protocole national fourni pour les internes de SASPAS

COMPOSITION DU JURY

Président : Monsieur le Professeur Philippe BINDER

Membres : Monsieur le Professeur Pascal PARTHENAY
Madame le Docteur Julia MAUHOURAT

Directeurs de thèse : Monsieur le Docteur Pascal AUDIER, codirigé par le Docteur Nicolas DE JONGH

UNIVERSITE DE POITIERS

Faculté de Médecine et de Pharmacie

Le Doyen,

Année universitaire 2021 - 2022

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
- COUDROY Rémi, médecine intensive-réanimation
- DAHYOT-FIZELIER Claire, anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
- DEBAENE Bertrand, anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
- 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 viscérale et digestive **(retraite au 01/01/2022)**
- LECLERE Franck, chirurgie plastique, reconstructrice
- LECRON Jean-Claude, biochimie et biologie moléculaire
- LELEU Xavier, hématologie
- LEVARD Guillaume, chirurgie infantile **(retraite au 01/11/2021)**
- 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, médecine d'urgence
- 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, médecine intensive-réanimation **(retraite au 01/12/2021)**
- ROBLOT France, maladies infectieuses, maladies tropicales
- ROBLOT Pascal, médecine interne
- 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, médecine intensive-réanimation
- TOUGERON David, gastro-entérologie
- WAGER Michel, neurochirurgie
- XAVIER Jean, pédopsychiatrie

Maîtres de Conférences des Universités-Praticiens Hospitaliers

- ALBOUY-LLATY Marion, santé publique
- ALLAIN Géraldine, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
- BEN-BRIK Eric, médecine du travail **(en détachement)**
- BILAN Frédéric, génétique
- BOISSON Matthieu, anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire (**en mission 1 an jusqu'à fin octobre 2021**)
- CAYSSIALS Emilie, hématologie
- CREMNITER Julie, bactériologie-virologie
- DIAZ Véronique, physiologie
- FROUIN Eric, anatomie et cytologie pathologiques
- GACHON Bertrand, gynécologie-obstétrique
- GARCIA Magali, bactériologie-virologie
- GUENEZAN Jérémy, médecine d'urgence
- JAVAUGUE Vincent, néphrologie **(en mission 1an a/c du 12/07/2021)**
- JUTANT Etienne-Marie, pneumologie
- 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 3 ans à/c du 01/07/2020**)
- PERRAUD Estelle, parasitologie et mycologie
- PICHON Maxime, bactériologie-virologie
- 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

Bât. D1 - 6 rue de la Milétrie – TSA 51115 - 86073 POITIERS CEDEX 9 - France
☎05.49.45.43.43 - 🖷 05.49.45.43.05

Professeur associé des universités des disciplines médicales

- FRAT Jean-Pierre, médecine intensive-réanimation

Maître de Conférences associé des universités des disciplines médicales

- HARIKA-GERMANEAU Ghina, psychiatrie d'adultes

Professeurs associés de médecine générale

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

Maîtres de Conférences associés de médecine générale

- AUDIER Pascal
- BRABANT Yann
- JEDAT Vincent

Enseignant d'Anglais

- DEBAIL Didier, professeur certifié

Professeurs émérites

- GIL Roger, neurologie (08/2023)
- GUILHOT-GAUDEFFROY François, hématologie et transfusion (08/2023)
- HERPIN Daniel, cardiologie (08/2023)
- MARECHAUD Richard, médecine interne (24/11/2023)
- RICCO Jean-Baptiste, chirurgie vasculaire (08/2022)
- SENON Jean-Louis, psychiatrie d'adultes (08/2023)
- TOUCHARD Guy, néphrologie (08/2023)

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
- BOINOTCatherine, hématologie – transfusion
- BONTOUX Daniel, rhumatologie (ex-émérite)
- BURIN Pierre, histologie
- CARRETIER Michel, chirurgie viscérale et digestive (ex-émérite)
- CASTEL Olivier, bactériologie-virologie ; hygiène
- 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, cancérologie 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)
- GOMES DA CUNHA José, médecine générale (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)
- KITZIS Alain, biologie cellulaire (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
- MAUCO Gérard, biochimie et biologie moléculaire (ex-émérite)
- 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
- RODIER Marie-Hélène, parasitologie et mycologie
- SULTAN Yvette, hématologie et transfusion
- TALLINEAU Claude, biochimie et biologie moléculaire
- TANZER Joseph, hématologie et transfusion (ex-émérite)
- TOURANI Jean-Marc, cancérologie
- VANDERMARCQ 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 de l'honneur que vous me faites en acceptant d'évaluer et juger mon travail. Recevez le témoignage de mon profond respect.*

Au membre du jury, ***Madame le Docteur Julia MAUHOURAT****. 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.*

Merci aux personnes qui ont rendu ce travail possible :

A tous les internes et maîtres de stage qui ont pris le temps de participer à l'étude, merci pour votre investissement.

A Laura avec qui j'ai partagé ce travail. Merci pour ta patience et ton compagnonnage qui m'ont permis de passer des nuits plus sereines.

A toutes ces personnes que j'ai rencontrées et qui ont construit la médecine que je pratique aujourd'hui, et notamment à mes maîtres de stage de SASPAS et à ma tutrice : Docteur FLEURANT, Docteur QUAIS, Docteur ROBIN et Docteur HEINTZ. Je ne sais pas si vous lirez ces quelques lignes mais sachez que je garde toujours vos conseils avisés dans un coin de ma tête.

Merci à mes copains de faculté :

A Claire pour ton soutien et ta présence, et à Karen pour ta compagnie (à quand le prochain cappuccino ?).

A la petite troupe de pharmaciens et leur famille : Clem Lolo Émile, Juju et Yon², LM et Sirima : merci d'avoir pimenté un peu le voyage !

A ma famille *qui a toujours répondu présent :*

A mes grands-parents « du Nord », à Mémé Lulu et tonton Daniel qui m'ont accompagnée durant toutes ces années. Je pense aussi à mes oncles, tantes, et à mes cousins ;

A mes parents et à ma sœur Clémentine pour votre soutien malgré nos caractères de cochon. Petite pensée aussi à tonton Rémy le monstre effrayant.

A mes beaux-parents qui ont suivi mes péripéties depuis le début, sans oublier Juliette, Victor, Adèle et Charlotte.

A Rodrigue, ma moitié. Merci pour ton aide précieuse pour cette thèse… Merci pour ton soutien, ta patience, et pour ta cohabitation contrainte et forcée avec Dame Médecine. A notre nouveau projet en famille !

A mes deux petits soleils, Alma et Léon. Peluche sur le clavier, un bébé sur les genoux, on peut dire que j'étais bien entourée pendant ces longues heures d'écriture grâce à vous ! Mais ça y est, mon « livre » est enfin fini, promis Alma je ne raterai plus le goûter quand tu rentreras de l'école !

SOMMAIRE

LISTE DES ABRÉVIATIONS....13

INTRODUCTION....15

1. Les compétences relationnelles, essentielles à la médecine générale....15
2. La formation à la communication des internes de médecine générale français....16
   2.1. Les enseignements « hors stage »....16
   2.2. La formation pratique....17
      2.2.1. La supervision habituelle en stage ambulatoire....17
      2.2.2. La Supervision par Observation Directe avec Enregistrement Vidéo....19
3. Les enjeux de l'étude....23
   3.1. Objectif principal....23
   3.2. Travaux complémentaires....24

MATÉRIEL ET MÉTHODE....25

1. Élaboration de notre protocole à partir de la bibliographie disponible....25
   1.1. Méthode de recherche bibliographique....25
   1.2. Cadre médico-légal....25
   1.3. Le tutoriel....26
      1.3.1. A quel moment du stage réaliser les sessions de SODEV en SASPAS ?....26
      1.3.2. Comment installer la caméra pendant les enregistrements ?....26
      1.3.3. Comment se déroulent les enregistrements ?....27
      1.3.4. Suite aux enregistrements, comment se prépare et se déroule la supervision ?....27
      1.3.5. Sur quel outil s'appuyer pour la séance de supervision ?....28
      1.3.6. Comment procéder à la visualisation des vidéos ?....28
      1.3.7. Quelle durée doit être consacrée à la pratique de la SODEV ?....29
2. Réalisation d'une vidéo explicative....30
3. Le choix du matériel vidéo....30
4. Méthode de la recherche....31
   4.1. Une étude qualitative....31
   4.2. Population étudiée et recrutement....31
   4.3. Expérimentation par les binômes....32
   4.4. Technique de recueil des données....33
   4.5. Analyse des données....34
   4.6. Validation du codage....34

RÉSULTATS....35

1. Population de l'étude....35
   1.1. Inclusion....35

1.2. Profil des participants (MSU)....35
2. Expérimentation....37
3. Résultats et mode d'analyse....37
4. Analyse qualitative....37
4.1. La supervision habituelle en SASPAS....37
4.2. La SODEV : Un protocole....39
4.2.1. Déroulement d'une journée en pratique....39
4.2.2. Déroulement sur le semestre....43
4.3. La SODEV : apport de l'outil....45
4.3.1. L'hétéro-évaluation....45
4.3.2. L'auto-évaluation....48
4.3.3. La grille de Calgary-Cambridge....49
4.4. La SODEV : le matériel....50
4.4.1. Qualité et facilité d'utilisation du matériel....51
4.4.2. Des problèmes techniques....51
4.4.3. Installation et manipulation du matériel....53
4.5. La SODEV : acceptabilité et freins à sa réalisation....54
4.5.1. Pour les patients....55
4.5.2. Pour les internes, du point de vue des maîtres de stage....55
4.5.3. Pour les maîtres de stage....58
5. Synthèse des résultats....64
DISCUSSION....66
1. Forces et faiblesses de l'étude....66
1.1. Concernant le matériel et la méthode....66
1.1.1. Population de l'étude....66
1.1.2. Durée de l'étude....68
1.1.3. Lieu de l'étude....68
1.1.4. Le protocole....68
1.1.5. Le matériel....69
1.1.6. Disponibilité des investigateurs....70
1.1.7. Concernant le déroulé de l'étude....70
1.1.8. Recueil et analyse des données....70
2. Discussion à propos des résultats....70
2.1. A propos du protocole....70
2.1.1. L'organisation de la journée....71
2.1.2. L'auto-évaluation est importante....72
2.1.3. La grille de Calgary-Cambridge finalement peu utilisée....73
2.1.4. Les MSU, de nouveau observateurs grâce à la supervision vidéo....73
2.1.5. Acceptabilité pour l'interne : une difficulté pour le MSU....74

2.1.6. A propos du matériel....75
2.1.7. Sécurité des données....76
2.1.8. La motivation des MSU : une condition nécessaire....76
2.1.9. La formation : une aide aux MSU pour se lancer ?....76
2.2. Proposition à l'issue de l'étude....77
CONCLUSION....79
ANNEXES....80
ANNEXE 1 : Première version du protocole d'aide à la SODEV....80
ANNEXE 2 : Protocole national d'aide à la SODEV....82
ANNEXE 3 : Tutoriel définitif d'aide à la SODEV....85
ANNEXE 4 : Grille de Calgary-Cambridge simplifiée....88
ANNEXE 5 : Notice de la caméra ZOOM Q2n....90
ANNEXE 6 : E-mail adressé aux maîtres de stage....92
ANNEXE 7 : Consentement écrit destiné aux internes....93
ANNEXE 8 : Consentement écrit destiné aux MSU....94
ANNEXE 9 : Consentement écrit destiné aux patients....95
ANNEXE 10 : Questionnaire pour la population d'étude (MSU)....96
ANNEXE 11 : Guide d'entretien semi-dirigé (MSU)....98
RÉSUMÉ....101
BIBLIOGRAPHIE....103
SERMENT D'HIPPOCRATE....107

LISTE DES ABRÉVIATIONS

CNGE : Collège National des Généralistes Enseignants

CNIL : Commission National de l'Informatique et des Libertés

DMG : Département de Médecine Générale

FMC : Formation Médicale Continue

GEP : Groupe d'Echange Pratique

MSU : Maître de Stage Universitaire

SASPAS : Stage Ambulatoire en Soins Primaires en Autonomie Supervisée

SODEV : Supervision par Observation Directe avec Enregistrement Vidéo

SD : Secure Digital

USB : Universal Serial Bus

HDMI : Interface Multimédia Haute Définition

SUDOC : Système Universitaire de Documentation

INTRODUCTION

1. LES COMPÉTENCES RELATIONNELLES, ESSENTIELLES À LA MÉDECINE GÉNÉRALE

Les compétences relationnelles sont aujourd'hui considérées comme des habiletés indispensables, voire exigées à la bonne pratique du médecin généraliste. De nombreux travaux attestent du fait que la communication avec le patient est un facteur déterminant pour l'adhésion et la poursuite de cette relation thérapeutique[1-2].

Par exemple, un lien a été établi entre une communication de qualité et la diminution des douleurs, de l'anxiété, ou encore l'amélioration de la tension artérielle et de la glycémie à jeun[3]. De même, la détresse psychologique chez les patients atteints de pathologies graves serait moindre s'ils ont bénéficié d'un temps d'annonce et d'explications adaptés[4].

A contrario, le manque d'information et une attitude inadaptée du médecin peuvent motiver un patient à consulter de nouveau pour un même motif, ou encore baisser son observance thérapeutique[2-5]. Tous ces facteurs montrent l'importance évidente d'un bon échange entre le médecin et son patient.

A juste titre, l'aptitude relationnelle est au cœur des compétences génériques exigées pour l'interne de médecine générale au cours de son cursus, comme en témoigne la marguerite des 6 compétences. Mais qu'en est-il en pratique ?

Figure 1 : La compétence relationnelle, cœur de la marguerite des 6 compétences du CNGE

2. LA FORMATION À LA COMMUNICATION DES INTERNES DE MÉDECINE GÉNÉRALE FRANÇAIS

L'enseignement de la médecine générale a connu de nombreuses évolutions afin d'optimiser la formation des jeunes médecins généralistes. L'arrêté du 22 septembre 2004 concernant la réglementation des diplômes d'études spécialisées de médecine détermine le cadre de formation des internes de médecine générale avec une durée de spécialisation fixée à 3 ans[6]. Les modalités de validation de cette formation comprennent :

- Un enseignement théorique de 200 heures (séminaires, groupes d'échanges pratiques…)
- Un enseignement pratique (validation de 6 semestres de stage).

Récemment réformé en 2017[7], le parcours de formation de l'interne de médecine générale se découpe maintenant en 2 phases :

- **La première année dite phase « socle »** au cours de laquelle l'étudiant doit réaliser un stage aux urgences et un stage de médecine générale en ambulatoire de « niveau 1 ». Au décours de cette phase socle, la progression de l'interne vis à vis des différentes compétences est évaluée par le biais de son tuteur ainsi qu'au cours d'une soutenance orale.

- **Les deuxième et troisième années d'internat dites phase « d'approfondissement »** comprennent des terrains de formation hospitaliers et ambulatoires. Deux stages ambulatoires peuvent être réalisés : le stage « femme-enfant », et celui de SASPAS (Stage Autonome en Soins Primaires Ambulatoires Supervisé) qui a récemment été rendu obligatoire. Ce dernier est considéré comme le plus professionnalisant pour la pratique de la médecine générale. La soutenance d'un mémoire finalise cette phase approfondissement.

2.1. Les enseignements « hors stage »

La formation théorique est délivrée à l'étudiant par le biais de séminaires et de groupes d'échanges pratiques (GEP) obligatoires. Elle porte sur des thématiques variées et fait intervenir les 6 compétences génériques à acquérir par l'interne au cours de son cursus (confer figure 1).

Une part des enseignements est consacrée à des moments d'échanges entre internes et professeurs, relatant de sujets vécus ou de mises en scène par jeux de rôles. Plusieurs d'entre eux sont ainsi axés sur l'aspect relationnel avec le patient et les sujets prédéfinis à l'avance. C'est le cas par exemple du séminaire 4 *« la relation médecin patient : outils de repérage et choix de mise en œuvre »*, du GEP 4 *« la consultation avec un tiers »*, ou encore du GEP 5 *« le patient insatisfait ou revendicateur »*[9] etc.

Le référentiel des niveaux de compétences produit par un groupe d'experts du CNGE mentionne la compétence relationnelle comme suit[8] :

5. Relation, communication, approche centrée patient

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.

- 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
- Communiquer avec les autres professionnels de santé et médico-sociaux intervenant auprès du patient, dans l'intérêt de celui-ci, en utilisant le média le plus judicieux en fonction du problème dans son contexte
- Communiquer avec les institutionnels dans l'intérêt du patient

Des sous-items viennent compléter les critères requis pour valider les niveaux de « novice », « intermédiaire » ou « compétent ».

Des travaux écrits réguliers sont demandés à l'interne qui doit tenir à jour son « portefolio ». Ils comprennent des récits descriptifs de mises en situation vécues au cours des stages où l'étudiant y rend compte de sa progression vis-à-vis des 6 compétences sus-citées. Il s'agit d'une pédagogie dite d'apprentissage, au cours de laquelle « l'étudiant apprend de façon autonome, en interaction avec les professeurs » et non des « professeurs qui apprennent à l'étudiant »[9].

2.2. La formation pratique

Les stages cliniques viennent compléter la formation théorique de l'interne qui met en application ses connaissances sur le terrain et y acquiert sa dimension pratique. L'interne est alors placé sous l'autorité d'un responsable médical du lieu de stage dans lequel il est affecté et bénéficie de retours de la part de son encadrant pédagogique[10].

2.2.1. La supervision habituelle en stage ambulatoire

Composante primordiale du processus d'apprentissage, la supervision clinique consiste en un échange planifié entre l'étudiant et son maître de stage dans le but de développer ses compétences et habiletés professionnelles[11]. C'est un moment privilégié où l'interne peut faire part de ses incertitudes et où le praticien définit des objectifs pédagogiques d'amélioration.

Au cours des stages de médecine générale en ambulatoire, l'autonomisation se veut progressive et se déroule en plusieurs étapes[9]. Ceci est surtout vrai pour le stage de niveau 1, découpé en 3 phases successives :

- d'observation active du maître de stage en consultation,
- de mise en situation professionnelle en présence de l'enseignant (= **supervision directe**),
- de mise en autonomie (= **supervision indirecte**, différée).

L'interne de SASPAS est, quant à lui, rapidement mis en situation d'autonomie.

a) La supervision directe

Le maître de stage est présent en tant que spectateur et/ou intervenant de l'entretien réalisé par l'interne. Cette méthode de supervision a pour avantage d'évaluer tous les aspects de la consultation, aussi bien le raisonnement clinique que les compétences communicationnelles de l'interne[12].

Néanmoins, la présence du praticien peut avoir tendance à modifier le déroulement de l'entretien avec le patient[12-13-14]. Elle peut générer une anxiété de performance de la part de l'interne et altérer la qualité de la consultation ou sa manière de mener l'interrogatoire[12-15]. Le patient lui, peut avoir tendance à s'adresser au maître de stage plutôt qu'à l'interne et biaiser l'échange.

b) La supervision indirecte

Le maître de stage est absent de la consultation. Ce type de supervision permet à l'interne d'exercer, bien qu'encadré, en toute autonomie. Il est demandé à l'étudiant de relever par écrit toutes les situations de la journée (précisant le diagnostic de situation, la décision prise, le niveau d'aisance perçu et la famille de situation à laquelle appartient la situation). Le JACC ou Journal d'Activité et de Certification des Compétences constitue un outil d'autoévaluation et de préparation de la supervision.

La rétroaction, basée sur l'entretien d'explicitation avec le maître de stage[16-17] est différée et fait appel au récit de l'interne (raisonnement clinique, ressenti...). Elle évalue plus volontiers les aptitudes médicales que communicationnelles et ne permet pas de mettre en lumière toutes les compétences et lacunes de l'étudiant aussi efficacement que la supervision directe[18].

Par ailleurs selon les travaux d'Élise PETITE, elle n'est pas toujours jugée satisfaisante par les maîtres de stage qui déplorent le manque de support d'évaluation de l'interne ainsi que son côté informel. Certains émettent même des réticences à laisser leur interne pratiquer seul[16].

c) Des méthodes de supervision inexploitées

D'autres méthodes d'évaluation et de supports à la supervision existent pourtant et sont peu exploitées en France. Au Québec par exemple, l'observation du résident par son enseignant à travers un miroir sans tain (qui nécessite des locaux adaptés) ou encore la supervision par enregistrement vidéo, sont fréquemment intégrées au parcours pédagogique du résident[12]. Nous nous intéresserons particulièrement à cette dernière. En quoi consiste la SODEV ou Supervision par Observation Directe avec Enregistrement Vidéo ? Que nous dit la littérature à ce sujet ?

2.2.2. La Supervision par Observation Directe avec Enregistrement Vidéo

Considérée comme une méthode de supervision directe, la SODEV semble être une solution intermédiaire, à la frontière de la supervision indirecte. En effet, l'interne réalise des consultations en autonomie dans les conditions exigées de son exercice futur, filmées avec l'accord du patient. Une séance de supervision différée entre le maître de stage et son étudiant est ensuite organisée autour des enregistrements vidéos réalisés. En France cette méthode semble être privilégiée pour les internes en niveau de SASPAS.

a) Les bénéfices de la SODEV

Une démarche d'auto-évaluation

La SODEV est le seul outil permettant à l'interne de revoir sa propre consultation. Elle aurait pour effet une prise de conscience de l'interne sur sa manière d'être, l'autocritique favorisant une démarche réflexive[14-15].

Un support profitable pour la relation interne / MSU

La SODEV aurait un effet bénéfique en ce qui concerne la relation entre l'interne et son MSU. Elle renforce la confiance du maître de stage en son interne : il aurait moins de réticence à le laisser pratiquer seul[19]. Elle instaure par ailleurs un support supplémentaire d'échange, où l'interne se montrerait plus ouvert et réceptif aux remarques de son MSU[14].

Une atténuation des scotomes liés à la méthode de supervision

Pendant la supervision indirecte classique imposant l'absence du maître de stage, une partie des champs de la consultation peut ne pas être efficacement explorée[18]. En effet, le débriefing est basé sur l'entretien d'explicitation auprès du MSU[16-17] : l'interne n'est pas vu en action mais il remémore les faits passés par une narration descriptive. Sa façon d'interagir avec le patient (verbale,

gestuelle…) ou encore son raisonnement clinique, s'ils sont approfondis, sont par conséquent difficiles à évaluer objectivement par le maître de stage[18].

En rétablissant une image des faits, le support vidéo atténue ces scotomes et constitue un outil de supervision particulièrement adapté à l'évaluation des compétences relationnelles pour les internes en autonomie, en particulier pour l'aspect non verbal[13-14-15-18].

Un outil dans la formation des compétences relationnelles

Ceux qui ont bénéficié d'une formation de SODEV amélioreraient leurs aptitudes relationnelles, avec des effets constatés comme étant durables sur le long terme[20]. Par exemple, ils useraient plus facilement de stratégies de communication telles que la clarification des propos du patient, l'usage de questions ouvertes et auraient plus tendance à couvrir les problèmes psychosociaux[20].

La SODEV est considérée comme un outil d'aide pédagogique à l'évaluation de l'interne dans sa globalité (raisonnement clinique, relationnel...) par les maîtres de stage[13-14-15]. Elle permet de définir ensemble des objectifs de progression plus adaptés[13-21].

Bonne acceptabilité de l'outil

La SODEV présente les avantages de la supervision directe, tout en s'émancipant du regard du maître de stage parfois considéré comme anxiogène[12-13-21]. Au sein de l'étude d'Élodie PAILHE, plusieurs témoignages d'internes rapportent qu'ils se sont sentis plus à l'aise en SODEV qu'en supervision directe, et qu'ils se révèlent par ailleurs plus autonomes[15].

En ce qui concerne les patients, une étude de HERZMARK relève que sur 285 patients, une majorité d'entre eux a considéré que la présence d'une caméra n'altérait pas la qualité de la consultation[22]. Les travaux de thèse récents de Younes TOUATI évoquent par ailleurs un refus de seulement 10,9 % de la part des patients (sur un total de 745 propositions d'enregistrements vidéo)[23]. A noter que plusieurs paramètres semblent influencer le consentement, comme par exemple le moment où la participation à l'étude leur était proposé (en salle de consultation ou en amont)[24], ou encore le choix de l'interlocuteur qui en fait la demande (ils obtenaient une meilleure acceptabilité en cas de demande par le maître de stage)[25].

b) Des obstacles à sa réalisation

Une activité potentiellement chronophage

La SODEV essuie en revanche quelques critiques de la part des enseignants qui la perçoivent comme chronophage[13-14-15-19-26-27], si bien que certains lui préfèrent la supervision directe du fait de ses inconvénients logistiques[26]. Il s'agit du frein le plus fréquemment abordé dans la littérature. Certains ayant expérimenté la SODEV évoquent « des difficultés pour trouver le temps de débriefer », ou encore une sensation de « majoration de la charge de travail »[23].

Anxiété de la part des internes

Certains internes peuvent ressentir des difficultés à la perception de leur propre image lors des visionnages vidéos[14]. Une anxiété de performance liée à la présence de la caméra a également été décrite mais celle-ci serait transitoire et aurait tendance à s'estomper avec le temps au fil des enregistrements[12-13-14-21-25].

Contraintes matérielles

La qualité des enregistrements conditionne en grande partie la qualité du support de rétroaction. Ce critère est fréquemment rapporté dans les études de nos prédécesseurs, pouvant altérer les bénéfices perçus grâce à la SODEV[14-15-19-28]. Par exemple, la caméra GoPro® a été critiquée pour son niveau sonore lors de la lecture des enregistrements vidéo[19]. Par ailleurs, une partie des maîtres de stage ne se déclare pas prêt à investir dans du matériel du fait du coût et de la technicité[13-15].

Absence d'examen clinique enregistré

Les protocoles actuellement expérimentés et validés par la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés ne permettent pas l'enregistrement de l'examen clinique. Seul le son est enregistré, ce qui ne permet pas l'évaluation gestuelle et non verbale à ce moment de la consultation[19].

Absence de formation

La formation des maîtres de stage est un sujet qui semble partager les MSU. Plusieurs travaux évoquent ce besoin de formation[19-25-28]. Néanmoins, Élodie PAILHE rapporte que certains maîtres de stage disaient se sentir capables et formés à la rétro action, quand d'autres ont exprimé un malaise lié au manque de formation à la communication, et à l'absence de support soutenant la rétro action[15].

	AVANTAGES	INCONVÉNIENTS
Supervision directe (MSU observateur de la consultation)	- Évaluation globale de la consultation de l'interne : raisonnement clinique, communication…[12] - Observation de la consultation dans sa totalité (examen clinique compris)	- Biais lié à la présence du superviseur : [12-13-14-15] • Anxiété de performance • Échanges à trois (patient / interne / enseignant)
Supervision indirecte (Interne en autonomie avec supervision différée)	- Évaluation en autonomie, représentative des conditions réelles d'exercice	- Scotomes liés à la supervision par récit : [18] biais de mémoire, omission, absence de visu du déroulé de la consultation et du non verbal…
SODEV (Interne en autonomie avec MSU observateur de la consultation via une caméra)	- Évaluation en autonomie représentative des conditions réelles d'exercice - Évaluation globale de la consultation de l'interne[13-14-15-18] - Amélioration des compétences communicationnelles[20] - Nouveaux objectifs pédagogiques[13-21] - Amélioration de la relation interne/ MSU[19]	- Acceptabilité de l'interne, vis-à-vis de la caméra et de sa propre image[13-14-15-19-26] - Activité chronophage[19-20-21-22] - Manipulation du matériel[13-15-19-27] - Absence de visu sur l'examen clinique[19]

Tableau 1 : Récapitulatif des avantages et inconvénients des méthodes de supervision

c) État des Lieux en France

Bien qu'elle suscite un intérêt grandissant dans la littérature francophone, la SODEV reste un outil encore méconnu en France par les maîtres de stage et les internes. Dans les récents travaux de Gaëlle JACQUET en 2018, 29 DMG sur 32 (soit 90,7%) n'utiliseraient actuellement pas la SODEV mais 22 souhaiteraient l'utiliser (soit 68,75%). Les DMG de Rouen[19-24-25] et de Paris Est Créteil[23] semblent avoir une longueur d'avance et commencent à s'emparer du sujet. Dans cette optique de développement, un comité de pilotage initié en 2013 par le CNGE a été mis en place.

Une étude de faisabilité de Younes TOUATI, dont les résultats sont parus au cours de nos investigations, a permis le recrutement de 67 internes en stage ambulatoire sans distinction de niveau au sein de l'UFR Paris Est Créteil. Dans ce travail, il était conseillé aux internes de réaliser des séances de SODEV de manière hebdomadaire avec un objectif minimum de 6 à 12 vidéos devant faire l'objet d'une rétroaction au cours du semestre. Le recueil des données était essentiellement quantitatif. L'objectif était d'évaluer la faisabilité et l'intérêt de la SODEV comme outil

de formation et d'évaluation des internes de médecine générale en stage ambulatoire. La SODEV y apparaît faisable mais nécessite une adaptation aux différents terrains de stage. Une potentielle ouverture vers un nouvel outil de certification est par ailleurs évoquée[23].

Un autre travail de thèse a également été soutenu en 2020 par Mathieu LETELLIER. Il s'agissait d'une étude qualitative avec des retours d'expérience des maîtres de stages et d'internes de niveau 1 ayant réalisé des enregistrements vidéo. Les groupes se basaient sur un protocole standardisé et à l'aide d'une caméra ZoomQ2N[25].

En Poitou-Charente, seuls quelques maîtres de stage pratiquent la SODEV de façon isolée. Ils sont néanmoins minoritaires et la SODEV n'est pas intégrée ni même proposée aux internes de la région. En Charente, une étude de 2014 par les Dr Nicolas DE JONGH, Laetitia DUMANGE et Augustin HOUDUSSE avait abouti à 3 travaux de thèses précurseurs dans le domaine[13-21-30].

Jusqu'alors, aucun travail qualitatif n'avait évalué l'expérience de la SODEV basée sur un tutoriel standardisé et établi à partir de la littérature, dans les conditions pratiques réelles du terrain, pour les internes de SASPAS.

3. LES ENJEUX DE L'ÉTUDE

En pratique, l'interne de SASPAS n'est quasiment jamais amené à réaliser de la supervision directe et les compétences relationnelles sont peu explorées sur le terrain alors qu'elles sont primordiales en médecine générale. La SODEV, encore perçue comme marginale en France, est pourtant un outil pédagogique validé. Des travaux d'internes français ont commencé à émerger ces dernières années, et tous s'accordent pour dire que des améliorations sont nécessaires à la mise en pratique de la SODEV.

Il nous a donc paru pertinent d'évaluer si l'utilisation d'un tutoriel adapté et d'un matériel approprié pour les enregistrements vidéos, permettait d'en améliorer la faisabilité. Le but de la manœuvre était de réduire au maximum les freins relatifs à l'utilisation de la SODEV et d'optimiser sa mise en œuvre.

3.1. Objectif principal

L'objectif principal de cette thèse est d'analyser à travers le ressenti des maîtres de stage, si la pratique de la SODEV dans les conditions réelles du terrain et à l'aide d'un tutoriel standardisé, est généralisable pour l'évaluation des compétences communicationnelles des internes de SASPAS français.

Le travail que nous avons décidé de réaliser consiste à étudier la faisabilité de la SODEV à l'aide :

- D'un protocole standardisé et adapté
- De la Grille de Calgary-Cambridge comme support d'auto et hétéro-évaluation
- D'un matériel adéquat et validé pour les enregistrements vidéos.

3.2. Travaux complémentaires

Cette thèse est associée à un autre travail chargé de recueillir et d'analyser le point de vue des internes. Il a été soutenu le 1er avril 2021 par Madame Laura FAULMEYER.

MATÉRIEL ET MÉTHODE

1. ÉLABORATION DE NOTRE PROTOCOLE À PARTIR DE LA BIBLIOGRAPHIE DISPONIBLE

La suite de notre travail a consisté en la réalisation d'un protocole d'aide à la pratique de la SODEV afin d'en optimiser son bon déroulement. Basé sur la bibliographie francophone et tenant compte des contraintes de la CNIL en matière de protection des données[31], le protocole établi par nos soins s'est avéré rejoindre celui réalisé parallèlement sur le plan national par le CNGE (confer annexe 1 et 2). A la suite de nos recherches, nous avons donc fait le choix d'ajuster le protocole national sous la forme d'un tutoriel (confer annexe 3) détaillé ci-après, afin de guider les maîtres de stage et leurs internes à la réalisation de la SODEV.

1.1. Méthode de recherche bibliographique

Dans un premier temps, nous avons réalisé un état des lieux des travaux francophones concernant la supervision vidéo sur le portail SUDOC. Les bases de données Pubmed, Google Scholar et Medline ont ensuite été interrogées en fonction des thématiques et par les mots clefs suivants :

- La communication en santé : « relation médecin-patient », « communication », « médecine générale », « compétences relationnelles », « physician-patient relation »
- La supervision : « SODEV », « supervision vidéo », « enseignement vidéo », « enregistrements », « supervision directe », « supervision indirecte », « feedback », « videotape recording », « videorecording », « clinical supervision », « communication training », « Calgary-Cambridge »
- La méthode de travail : « étude qualitative », « Focus groups », « entretiens semi-dirigés »

La gestion des articles sources et la production de la bibliographie a été réalisée à l'aide du logiciel Zotero.

1.2. Cadre médico-légal

Afin de répondre aux exigences de la CNIL, plusieurs mesures ont été prises. Des formulaires de consentement écrits ont été réalisés pour l'interne et le maître de stage (confer annexe 7 et 8). Préalablement à la consultation, il était demandé aux participants de délivrer au patient une information orale et écrite sur l'objet de l'étude, explicitant de manière claire son droit de refus à tout moment dans l'expérience (confer annexe 9).

Le protocole national validé par la CNIL comporte plusieurs mesures de sécurité dans l'optique de garantir la protection des données et le secret médical, ainsi :

- La partie examen clinique ne doit pas être filmée, il ne persiste que le son.
- Les vidéos enregistrées sur la carte SD de la caméra ne doivent pas être copiées sur l'ordinateur.
- La wifi et le Bluetooth doivent être désactivés au moment de la visualisation des vidéos.
- Les vidéos doivent être supprimées après la supervision qui doit avoir lieu le jour même.
- Les fichiers ne doivent pas quitter l'enceinte du cabinet.

1.3. Le tutoriel

1.3.1. A quel moment du stage réaliser les sessions de SODEV en SASPAS ?

Il est conseillé de réaliser trois séances de supervision vidéo :

- la première à environ un mois (après adaptation au fonctionnement interne du cabinet, au logiciel médical...) pour réaliser un premier « diagnostic » de compétence[13-14-19-21] ;
- à 3 mois pour établir un « état des lieux » de milieu de stage ;
- pendant le dernier mois de stage pour observer les améliorations[14-15-19].

1.3.2. Comment installer la caméra pendant les enregistrements ?

Le dispositif doit être placé dans le cabinet, de manière à voir à la fois le patient et l'interne[13-19]. La partie examen clinique ne doit pas être filmée. 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[13-14-15-19-21].

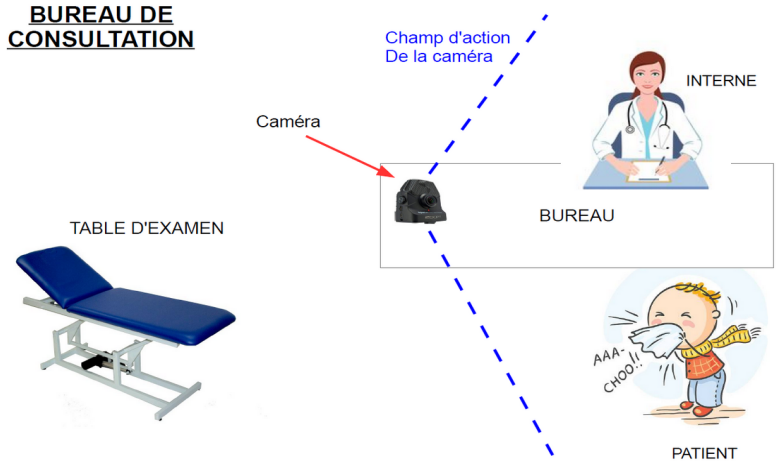


Figure 2 : Installation du matériel dans le bureau de consultation.

1.3.3. Comment se déroulent les enregistrements ?

Le patient est informé préalablement à son entrée dans le cabinet de la possibilité de l'enregistrement vidéo de la consultation. Il est demandé à ce que lui soient précisés : l'objectif de l'étude, l'assurance de la non diffusion des données et de leur destruction en fin de journée après analyse pédagogique avec le maître de stage, ainsi que la possibilité pour lui de refuser l'enregistrement vidéo et de pouvoir l'interrompre à tout moment. S'il accepte, il donne ensuite son accord oral et signe le consentement écrit[13-19] (confer annexe 9).

L'interne allume alors la caméra et interrompt l'enregistrement après le départ du patient. L'enregistrement est 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 entières peuvent être filmées[13-19].

1.3.4. Suite aux enregistrements, comment se prépare et se déroule la supervision ?

a) Une autoévaluation préalable

A la différence du protocole national décrivant le temps d'auto-évaluation de l'interne comme facultatif, nous avons fait le choix de la mentionner comme une étape à part entière du déroulement d'une journée de SODEV. Ce choix fait suite aux travaux de thèse d'Augustin HOUDOUSSE décrivant l'auto-évaluation comme bénéfique dans l'apprentissage des internes[30]. Il est donc conseillé aux binômes que la vidéo soit visualisée d'abord par l'interne seul qui réalise une auto-évaluation de ses compétences, à l'aide de la grille de Calgary-Cambridge simplifiée[19-30] (confer annexe 4).

b) Pas d'autoévaluation par le MSU seul

Suite aux questionnements de Baptiste CHAUVIN et de Philippe ROULAND, et pour limiter l'aspect chronophage de la pratique de la SODEV, nous avons volontairement fait le choix de ne pas mentionner la possibilité d'une hétéro évaluation par le maître de stage seul avant la supervision[19-28].

c) Temps passé au débriefing

Le débriefing est ensuite réalisé avec le MSU sur un temps dédié, d'une durée de 1 à 2 heures[13-14]. 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 mis en difficulté

l'interne, et d'une tirée au sort. 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. **Enfin, les vidéos sont effacées de la carte SD.**

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

1.3.5. Sur quel outil s'appuyer pour la séance de supervision ?

La supervision est réalisée à l'aide de la grille de Calgary-Cambridge, qui constitue un outil pédagogique validé et reconnu sur le plan international. La grille originale comporte plus de 70 items avec pour objectif l'acquisition des compétences communicationnelles de l'entrevue médicale. Jugée simple d'utilisation, elle est perçue par certains maîtres de stage comme une aide structurant la rétroaction de manière objective[14-19]. Néanmoins, on lui reproche fréquemment son côté redondant et chronophage[14-19-32]. C'est pourquoi nous avons fait le choix d'associer au tutoriel de supervision une grille de Calgary simplifiée (confer annexe 4).

Le modèle de grille permet de réaliser les trois séances du semestre. L'évaluation est réalisée sur une échelle de Likert à 4 entrées (1 correspondant à « Pas du tout », 2 à « Plutôt non », 3 à « Plutôt oui » et 4 à « Tout à fait »). Une partie « annotations » a été ajoutée à la fin de chaque grand item afin de laisser une plus grande liberté d'expression[21]. **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.**

1.3.6. Comment procéder à la visualisation des vidéos ?

Afin de limiter tout risque de piratage des données, 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 :

- lue sur l'ordinateur en reliant celui-ci à la caméra au moyen d'un câble USB ou HDMI.

- retirée de la caméra, mise dans l'adaptateur, puis insérée dans le port prévu sur l'ordinateur, ou si l'ordinateur ne dispose pas d'un port pour carte SD, un adaptateur SD-USB peut être utilisé.

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, et les vidéos sont supprimées de la carte SD à la fin de la supervision. Comment faciliter l'acceptation de la SODEV auprès des internes ?

On propose au maître de stage 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.

1.3.7. Quelle durée doit être consacrée à la pratique de la SODEV ?

La SODEV est une activité potentiellement chronophage. Pour assurer une bonne supervision, le temps dédié doit être de 1h30 à 2 heures par rétroaction pour réaliser un travail pédagogique de qualité[13-15].

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

9h	Enregistrement des consultations par l'interne. (Allègement du planning : consultations plus longues, pauses supplémentaires...)
10h	
11h	
12h	
13h	PAUSE
14h	Consultations
15h	
16h	Auto-évaluation
17h	
18h	Débriefing avec le MSU
19h	

Tableau 2 : Proposition de planning d'une journée de SODEV type

2. RÉALISATION D'UNE VIDÉO EXPLICATIVE

Une vidéo explicative du protocole d'une durée de 4 minutes 39 secondes a été réalisée via le site *Animaker.fr*. Elle met en scène des personnages animés expliquant les objectifs de la SODEV sous forme de questions-réponses. Publiée sur la plateforme *Youtube*, l'idée était d'ajouter un côté ludique aux explications du tutoriel et de notre projet d'étude, facilement accessible par tous sur internet. Cette vidéo était proposée aux maîtres de stage et internes avant leur potentielle participation à l'étude. Elle est disponible à l'adresse suivante : https://www.youtube.com/watch?v=kxsQdfCDoqk .

3. LE CHOIX DU MATÉRIEL VIDÉO

Le matériel vidéo utilisé est celui qui a été validé par le DMG de Rouen, présenté au 18ème congrès national du CNGE à Tours en 2018 : la *Zoom Q2N*®. Cette caméra mobile 1,8 pouces est discrète, simple d'utilisation, et peu coûteuse.

Parfois décrite comme « caméra nomade pour les musiciens » par certains revendeurs[33], il émane par ce choix de caméra la nécessité d'une bonne qualité audio suite aux problèmes de sons décrits avec la *GoPro Héro+LSD*®*[19].* Elle fonctionne avec 2 piles AA avec une autonomie estimée à 3 heures, ou bien sur secteur. Ce modèle apparaît également plus accessible en terme de coût, vendu 120 € à ce jour et 200 € pour le modèle supérieur la *Zoom Q2N-4K*® (prix susceptible de varier selon les revendeurs).

Le kit de matériel vidéo comprend :

- une caméra *Zoom Q2N® ;*
- une alimentation sur secteur et un cable USB ;
- une carte SD 64 Giga-octets (*SanDisk*) avec vitesse de transfert à 100MB/secondes permettant un stockage suffisant et une lecture vidéo directe satisfaisante via la carte SD ;
- un adaptateur micro SD (*SanDisk*) permettant la lecture de la carte SD directement sur l'ordinateur (sans transfert des vidéos) via un port adapté.

- Une notice de la caméra simplifiée de 2 pages (confer annexe 5).

La totalité du kit est estimée à ce jour à 190 € (étui de caméra et trépied compris). A noter que le coût des deux kits de matériel vidéo utilisé pour l'étude a été supporté par les deux investigatrices.

4. MÉTHODE DE LA RECHERCHE

Nous avons fait le choix d'évaluer les retours d'expérience des binômes maîtres de stage et internes suite à la réalisation de sessions de SODEV à l'aide du tutoriel et matériel fournis. Pour ce faire, nous avons choisi de réaliser une étude qualitative.

4.1. Une étude qualitative

La recherche qualitative consiste en un recueil de données verbales ou verbatims. Elle est particulièrement appropriée à l'étude de phénomènes subjectifs (comportements des acteurs de l'étude, émotions ressenties…). Ce type de recherche a pour objectif d'aboutir à une meilleure compréhension du contexte et des sujets dans leur environnement[34]. A la différence d'une étude quantitative, elle ne teste pas une hypothèse prédéfinie antérieurement mais crée l'hypothèse, à partir de faits rapportés ou observés[35]. En cela, elle constitue un raisonnement inductif où le chercheur aboutit à une idée suite aux retours d'expériences, par généralisation.

Un court questionnaire quantitatif a été également réalisé afin d'avoir une meilleure visibilité du profil des participants (confer annexe 10).

4.2. Population étudiée et recrutement

Notre étude s'adressait à tous les maîtres de stage universitaires et leurs internes en SASPAS dans le Poitou-Charente.

La liste exhaustive des maîtres de stage à inclure ainsi que leurs coordonnées ont été obtenue via un fichier réalisé par la faculté de Poitiers destiné aux étudiants. À noter que tous les internes ont été recrutés par l'intermédiaire de leur MSU.

Les maîtres de stage étaient contactés une première fois par e-mail et par courrier, dans la semaine précédant l'arrivée de l'interne dans son nouveau stage. Ce délai avait pour objectif d'une part, de laisser un temps de réflexion aux maîtres de stage, mais également d'anticiper un délai d'inclusion trop long (retardant potentiellement le calendrier conseillé pour la SODEV).

Les refus de MSU de participer à l'étude étaient définitivement exclus de l'étude. En cas de non-réponse, un e-mail de relance était envoyé dans les 3 semaines suivant le début du stage, laissant l'opportunité aux maîtres de stage d'aborder le sujet avec leur SASPAS. En cas d'accord antérieur à l'arrivée de l'interne, un email était également envoyé pour s'assurer du consentement réciproque de l'étudiant.

4.3. Expérimentation par les binômes

En cas d'acceptation de la part du MSU et de son interne, les documents suivants étaient fournis au binôme :

- Les feuilles de consentements à nous retourner pour l'interne et le maître de stage, ainsi que le consentement patient (confer annexe 7,8 et 9)
- Le tutoriel d'aide à la SODEV (confer annexe 3)
- La grille de Calgary Simplifiée (confer annexe 4)
- La notice de la caméra simplifiée (confer annexe 5).

Un rendez-vous téléphonique était organisé afin d'expliquer aux participants le déroulé de l'étude et d'apporter des précisions au besoin. Pour refléter au mieux la réalité du terrain de binômes MSU / interne en autonomie, le tutoriel fourni était volontairement présenté aux membres de l'étude comme une aide à la réalisation de la SODEV, et non comme un protocole rigide à suivre impérativement. Il était toutefois vivement recommandé d'aménager le planning de l'interne les jours de réalisation des sessions de SODEV. Les mesures de sécurité en matière de protection des données ont également été rappelées.

Par ailleurs, nous proposions aux différents groupes le prêt du matériel d'enregistrement précédemment suscité. Nous disposions de 2 kits de matériel vidéo à partager entre les différents participants. Un rendez-vous était programmé à l'avance pour le prêt du matériel et laissé à disposition 2 à 3 semaines pour chacun des binômes. Cela permettait un temps suffisant à l'interne pour organiser une séance d'enregistrement.

Toujours dans un souci de laisser au maximum les binômes en autonomie, le nombre de sessions de SODEV à réaliser au cours du semestre était laissé à la libre appréciation du binôme en fonction de l'avancement dans le stage. Trois sessions étaient néanmoins conseillées.

D'autre part, nous nous tenions disponibles auprès des binômes par l'intermédiaire d'une adresse email dédiée (sodev.contact@gmail.com), ou par téléphone.

4.4. Technique de recueil des données

Nous avions dans un premier temps envisagé le recueil de données par *Focus groups*. Cette technique consiste à réunir les participants autour d'une discussion, modérée par un animateur, dans l'objectif de faire naître des idées autour de cet échange. Plusieurs points nous ont amenées à ne pas choisir cette méthode, notamment la possibilité de l'émergence de « normes de groupes » et de potentiels leaders d'opinions[36-37]. Un autre argument de taille concernait la complexité à réunir les soignants ensembles (éloignement géographique, disponibilités des participants…).

Il nous a donc paru plus pertinent de recueillir les avis des participants via des entretiens semi dirigés individuels, plus propices aux retours d'expériences et aux ressentis personnels[36]. Ce type de recueil a aussi pour avantage de pouvoir faire évoluer la trame des entretiens au fil des entrevues, et ainsi faire émerger de nouvelles problématiques[38]. Ces entrevues ont été basées sur un guide d'entretien portant sur une trame de questions ouvertes et neutres (confer annexe 11).

Les premières interviews ont été réalisées aux cabinets des maîtres de stage. Du fait du contexte sanitaire lié à la COVID19 survenu au cours de l'étude, les entretiens ont par la suite été réalisés par l'intermédiaire de WhatsApp. Le choix de cette application s'explique par son utilisation répandue et facile d'accès pour nos interlocuteurs, mais surtout le fait de conserver une entrevue de visu conservant l'aspect non-verbal de l'échange.

Les propos des maîtres de stage recueillis ont bénéficié, par mesure de sécurité, d'un double enregistrement via le logiciel Audacity et la plateforme Voice Recorder. Ils ont ensuite été intégralement retranscrits manuellement sur fichier LibreOffice Writer, mot à mot, en tenant compte des expressions non verbales (rires, silences...). Ces retranscriptions rigoureuses sont appelées « verbatims ». Les interlocuteurs ont été anonymisés, chaque maître de stage étant identifié par la lettre M suivie d'un numéro tenant compte de la chronologie des entretiens. Les prénoms et lieux mentionnés, ont également été rendus non identifiables.

4.5. Analyse des données

L'étude des données a été réalisée à l'aide du logiciel d'analyse qualitative *QDA lite miner*. Ce logiciel offre les fonctions de base de CAQDAS (Computer Assisted Qualitative Data Analysis Software) dont il constitue un outil reconnu et une alternative au leader de sa catégorie *NVivo*[39-40].

L'analyse débute par le codage des verbatims. Il s'agit d'extraire par une lecture rigoureuse, des phrases ou des mots clefs (appelés « segments ») et de les classer par catégories (chacune représentant une idée). Chaque segment textuel codé constitue un « code enfant », contenu dans une catégorie correspondant au « code parent ». Il en découle un arbre de concepts et d'idées auquel s'ajoute une analyse descriptive des résultats de ce travail.

4.6. Validation du codage

La validation du codage a dans un premier temps été réalisée par la technique du codage inversé[39]. Il s'agit de vérifier à partir du code que tous les segments codés sous celui-ci sont homogènes et ont bien le même sens.

Dans un second temps, l'analyse a bénéficié d'un double codage par un second codeur extérieur à l'étude. Cette démarche augmente ainsi la fiabilité du codage et donc la validité de l'analyse.

RÉSULTATS

1. POPULATION DE L'ÉTUDE

1.1. Inclusion

L'étude s'est déroulée sur deux semestres, de mai 2019 à mai 2020. Au premier semestre, tous les maîtres de stage de la Charente ont été contactés. Sur 26 MSU, deux maîtres de stage ont été inclus avec leur interne, les autres n'ont pas répondu.

Au second semestre, nous avons étendu l'étude aux départements de la Vienne, des Deux-Sèvres et de la Charente-Maritime. Tous les maîtres de stage du Poitou-Charentes ont été inclus à l'exclusion :

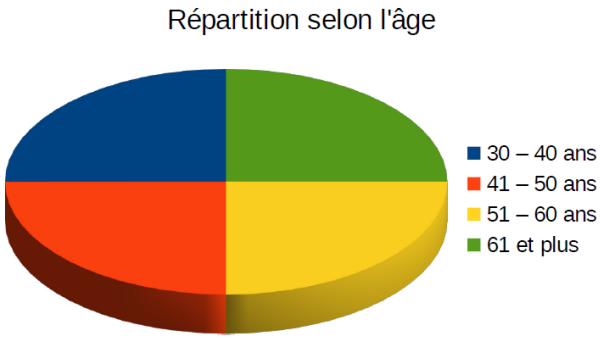
- des 2 MSU ayant participé à l'étude au semestre précédent ;
- des 3 MSU de l'interne investigatrice en stage de SASPAS.

Sur 133 MSU, 6 ont refusé l'invitation et 9 maîtres de stage se sont portés volontaires si leur interne était d'accord. Deux internes n'ont pas souhaité participer à l'étude. Un binôme a été perdu de vue au cours du semestre, les raisons n'ont pas été demandées.

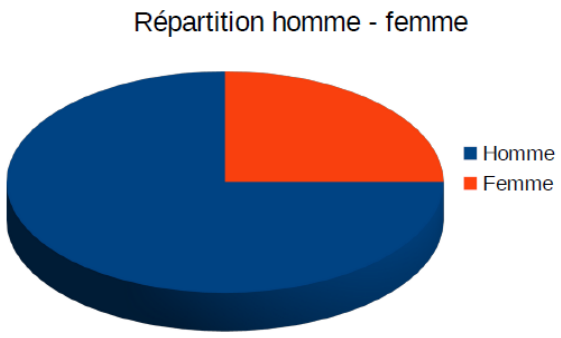
Sur les deux semestres, ce sont donc au total 8 MSU pour 6 internes qui ont été inclus, un des internes ayant participé avec ses trois maîtres de stage.

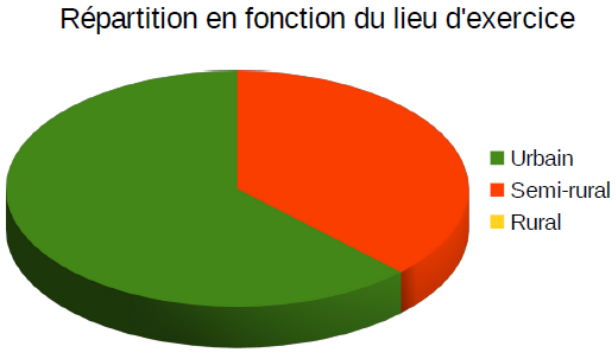
1.2. Profil des participants (MSU)

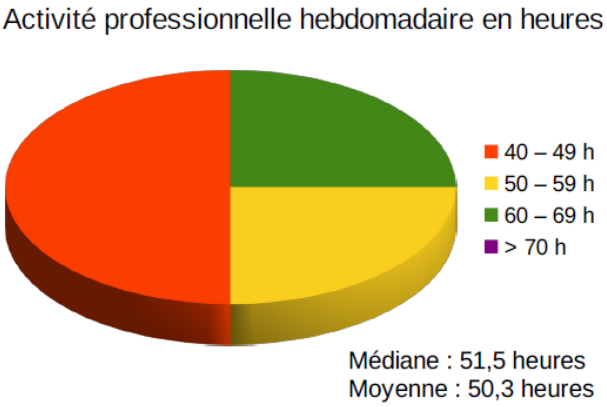
Le profil des participants établi à partir du questionnaire quantitatif a révélé les caractéristiques suivantes :

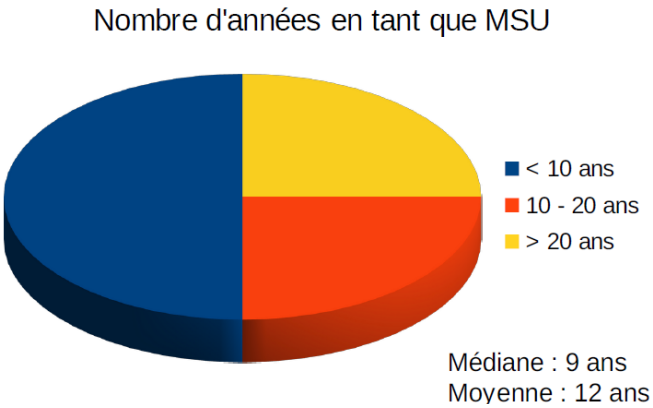


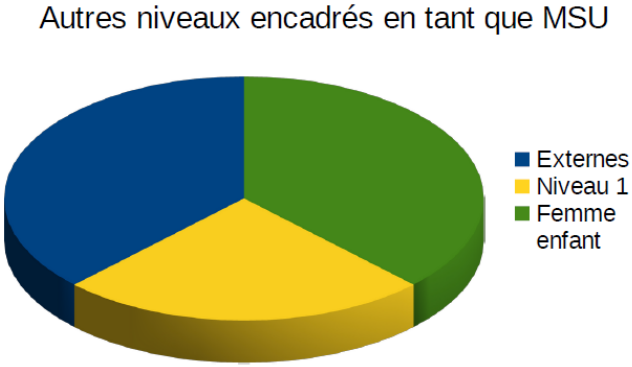
Médiane : 53 ans
Moyenne : 51 ans

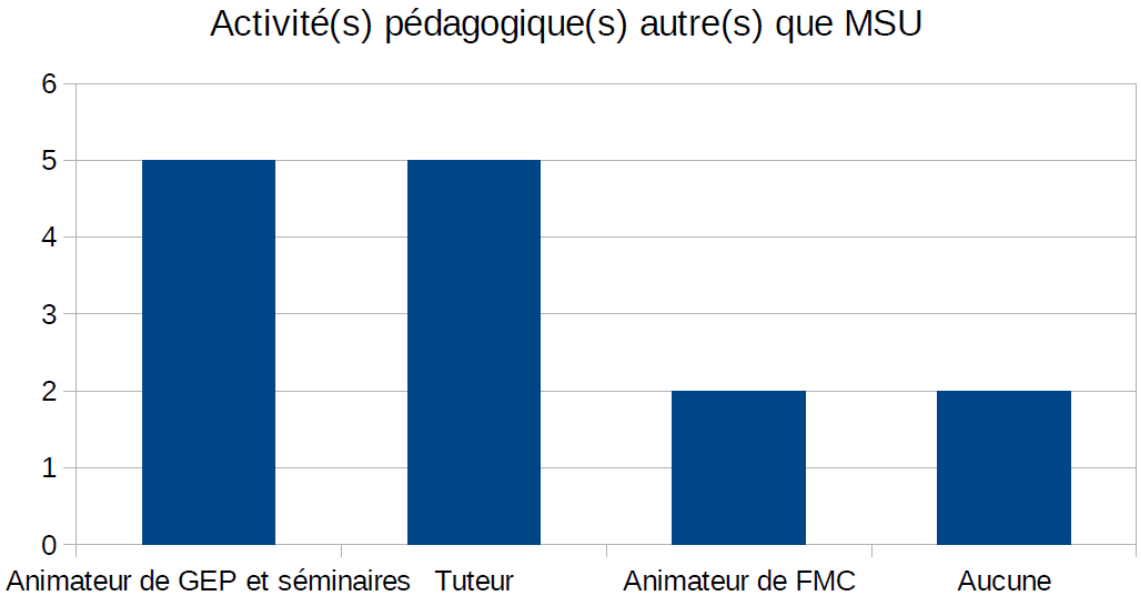












À noter également que sur les 8 maîtres de stage participants, 5 déclaraient connaître la SODEV sans jamais l'avoir pratiquée (dont 3 qui l'avaient envisagé), et 3 n'en avaient jamais entendu parler.

En matière de pédagogie, 4 se percevaient comme « *modérément intéressé à intéressé* », 3 comme étant « *très intéressé* », et 1 comme étant « *passionné* ».

Par ailleurs, 3 MSU considéraient avoir un niveau « *confirmé* » dans le domaine de l'informatique et du multimédia et 5 se sont décrits comme « *amateurs* ». Aucun ne s'est considéré comme « *novice* ».

2. EXPÉRIMENTATION

Au cours de leurs semestres d'expérimentation, tous les internes inclus ont réalisé au moins une à trois séances d'enregistrement vidéo. Ainsi, sur les 6 internes :

- 2 internes n'ont pu réaliser qu'une séance de SODEV suite à une inclusion tardive et à la survenue des restrictions sanitaires du premier confinement.
- 3 internes ont réalisé 2 séances d'enregistrements
- 1 interne inclus avec ses 3 MSU faisait figure d'exception en réalisant régulièrement des sessions à la demande avec l'un de ses maîtres de stage. Il a réalisé 2 à 3 sessions sur le semestre avec ses deux autres MSU.

En moyenne, 3 à 4 consultations ont été enregistrées par les étudiants au cours d'une session de SODEV.

3. RÉSULTATS ET MODE D'ANALYSE

Huit entretiens semi-directifs ont été réalisés auprès des maîtres de stages inclus au cours de l'étude. Ils représentent au total 216 minutes d'entrevue avec une moyenne de 27 minutes (extrêmes : 19 min – 35 min).

4. ANALYSE QUALITATIVE

4.1. La supervision habituelle en SASPAS

En termes de supervision, les huit maîtres de stage s'accordent pour dire que leur confiance est rapidement laissée à l'interne de SASPAS, jugé apte à consulter en autonomie. En dehors du premier jour de stage, la supervision directe est exceptionnelle dans les pratiques (8 occurrences).

> *«Je fais une demi-journée avec moi pour voir comment ils bossent et leur montrer le matos, l'ordinateur et compagnie. Après voilà, en supervision directe j'ai pas l'occasion d'en faire…*

C'est à faire quand on repère des difficultés chez un SASPAS. Et de mon côté, c'est très rarement arrivé » M5

« En supervision directe… C'est arrivé avec les histoires de COVID une ou deux fois mais habituellement jamais non. » M7

Quant à la supervision indirecte classique et habituelle en stage de SASPAS, la durée évoquée pour le débriefing varie de 30 minutes à 2 heures pour certains binômes. Un seul des maîtres de stage déclarait réaliser une supervision de mi-journée.

« On le fait en deux fois, on doit faire une demi-heure le midi, et au moins trois quarts d'heure à une heure le soir. Faudra voir si elle dit la même chose mais… Ça doit faire 1h30 en tout je pense. Ce qui est long le temps de voir tout. Moi j'aime bien couper en deux, les consult's du matin sont plus fraîches. » M2

En ce qui concerne l'appréciation des compétences relationnelles de leurs internes, certains la réaliseraient systématiquement (3 occurrences) quand d'autres en parleraient à l'occasion (3 occurrences). La manière de procéder semble propre à chacun, toujours à travers le ressenti de l'interne.

« C'est plus subjectif en demandant comment il a senti la consultation, est-ce qu'il a ressenti des difficultés. Plutôt en l'interrogeant. » M8

« C'est toute une technique la supervision indirecte. Je choisis un cas, qui lui, l'a intéressé. Il me fait un diagnostic de situation dans les trois champs bio psycho socio. Et quand il arrive dans le champ relationnel j'essaie d'évaluer comment il s'en sort, comment il l'a vécu, et comment il intègre le champ relationnel dans la consultation. » M7

« Je fais plutôt de l'explicitation. Ça s'est pas bien passé, à quel moment tu as ressenti cette difficulté, qu'est ce qui l'a déclenché ? J'essaie de replonger l'interne dans sa consultation et d'aller repérer ses petits signes qui font repérer '' c'est à ce moment là que ça a dérapé parce que j'ai dit ça ''. Et sur les émotions, comment tu t'es senti, le patient qu'est-ce que tu as l'impression qu'il exprimait ?» M5

Certains évoquent quelques scotomes à cette méthode de supervision.

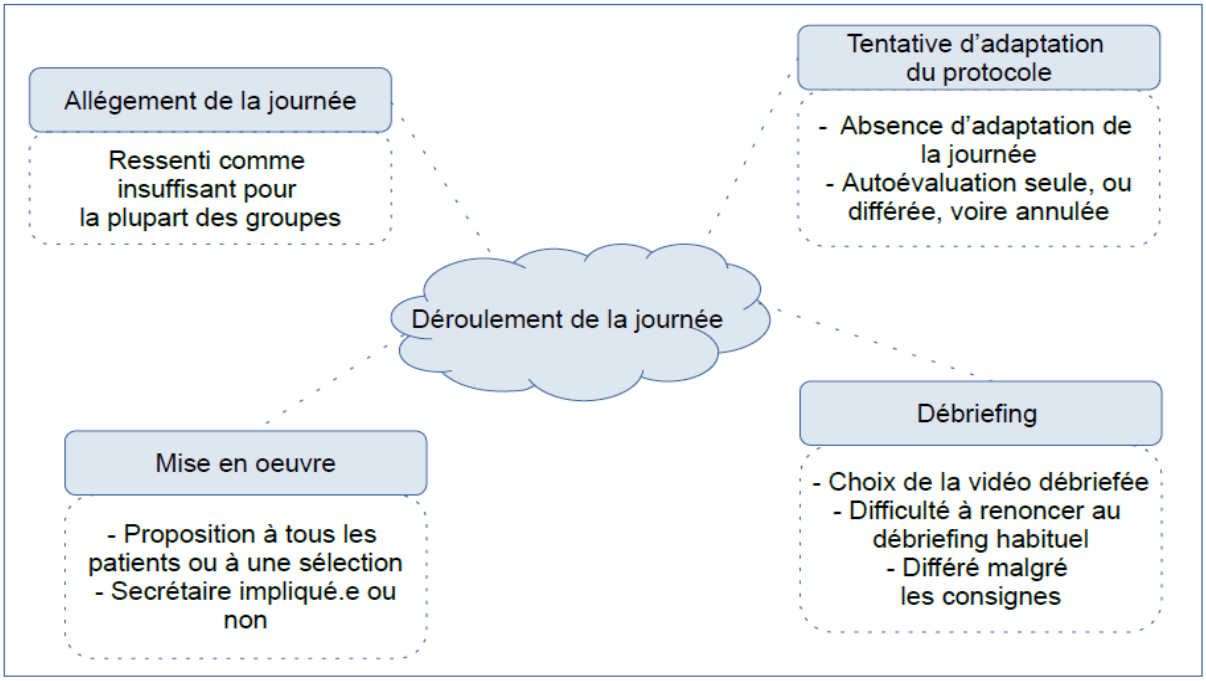
« Les choses qu'on ne voit pas. En même temps, même quand on a des étudiants qui travaillent, quand on évalue comme ça pendant une demi-heure le soir, il y a des choses

qu'on ne voit pas : sur la présentation, sur l'empathie, l'écoute, la reformulation… On ne voit pas, non, ce n'est pas possible… On ne peut pas voir, ce n'est pas possible. » M1

« Moi j'attache beaucoup d'importance dans tout ce qui est la phase entretien, les attitudes verbales et non verbales, et c'est quelque chose qui est très compliqué à évaluer, en tout cas que je ne sais pas évaluer en supervision indirecte. Les niveaux 1 je les emmerde avec tout cet aspect entretien, et forcément je peux les surveiller, les corriger. Là [en supervision indirecte] je ne peux pas. » M3

4.2. La SODEV : Un protocole

4.2.1. Déroulement d'une journée en pratique



a) La mise en œuvre par l'interne

Les binômes aidés du protocole, ont pour la plupart allégé la journée de consultation de l'interne de SASPAS.

« Nous sommes partis du principe qu'elle allait faire une matinée avec, à se filmer… Elle proposait à tous les patients d'être filmés, et puis à voir ceux qui allaient accepter ou pas. Donc elle avait un planning qui était plus allégé que d'habitude. Elle avait une demi-heure par consultation, et y'avait plus de pauses encore que d'habitude. Donc elle a du, sur la première matinée... Elle a dû faire 4 vidéos sur 6 ou 7 consultations. La secrétaire était

briefée, prévenait en bas, elle donnait le document de consentement pour être filmé ou pas. » M2

« Oui, c'était une journée qui était euh… Ouais moi mes internes font pas des journées de folie non plus mais on avait adapté la journée, on avait mis pour finir un peu plus tôt le soir pour pouvoir débriefer. » M3

Pour les enregistrements, soit la SODEV était proposée à tous les patients sans distinction (3 occurrences), soit ils étaient choisis par l'interne (3 occurrences). Ce sont en moyenne 3 consultations qui ont été enregistrées par les internes au cours d'une session de SODEV.

« Il en avait fait, ouais je crois que c'était le matin 2 ou 3 consultations à la suite. Il a essayé de prendre une fois une relation avec un enfant et un parent, une fois avec un adulte... Oui c'était ça. Une petite sélection par rapport aux consultations qui arrivaient, et c'était lui qui choisissait quand il le sentait. Il a eu un ou deux refus. Il m'avait dit '' là j'aurais bien aimé c'était intéressant '' mais on lui avait dit non. » M8

La façon de proposer la SODEV en amont aux patients était déterminée par les binômes. Pour la plupart des groupes, l'interne gérait seul la proposition au patient d'enregistrer la consultation (7 occurrences).

«C'était Interne 3 qui demandait en début de consultation » M3

« Donc la secrétaire expliquait, qu'il fallait donner son accord, les patients lisaient [le formulaire de consentement] dans la salle d'attente, et puis ensuite ils voyaient Interne 2, et puis ils disaient s'ils étaient d'accord ou pas.» M2

b) Des tentatives d'adaptation du protocole par les binômes

Les consignes de déroulement d'une session de SODEV ont été suivies partiellement par les binômes, dans l'intention d'adapter le protocole à leur propre façon de fonctionner. Malgré un allègement partiel de la journée, certains se sont fait surprendre par le manque de temps ou des problèmes logistiques et matériels.

« On pensait débriefer le soir même après nos journées respectives. Mais non on a pas respecté la consigne… Pour l'auto évaluation elle l'a finalement regardée chez elle.. » M5

Par exemple, l'auto-évaluation n'a pas été réalisée par l'un des groupes, par choix et absence d'organisation de la journée en conséquence.

«Il aurait fallu organiser un moment où elle aurait dû les regarder seule en fait. Mais oui on aurait pu faire ça, qu'elle les voit, et puis qu'on les revoit ensuite ensemble derrière. Faute de temps on ne l'a pas fait, et je lui ai demandé de choisir ses vidéos. Manque d'expérience de notre part aussi. C'est à dire aussi que pour l'avoir fait, ça demande du temps, donc oui voilà, si c'était à refaire, on prévoirait beaucoup plus de temps encore sur l'après, sur le débriefing et sur le pré débriefing» M2

A contrario, certains groupes ont privilégié l'auto-évaluation (2 occurrences). C'est le cas du maître de stage et de son interne qui pratiquaient de la SODEV régulièrement, et ce, afin d'en limiter l'aspect chronophage. Pour le second groupe qui lui n'avait réalisé qu'une session unique de SODEV, la perception de l'outil par le MSU et la survenue de problèmes techniques en l'absence de persévérance, ont été évoqué.

«Y'a eu beaucoup de débriefes autonomes, c'est-à-dire qu'il s'auto-débriefait tout seul parce que ça… Essentiellement à cause d'une raison de temps. C'est-à-dire que quand on fait déjà le débriefe de tout, ça prend déjà pas mal de temps… Alors se taper des consult' en vidéos… C'est euh... C'est très très long. On a débriefé une consultation que moi j'avais filmée pour commencer… C'était intéressant. Mais on en a débriefé nettement moins que lui n'en a filmé. Plus d'auto-débriefes que de débriefes» M4

« En fait, j'ai plus perçu la SODEV comme un outil d'auto-évaluation pour l'interne j'avoue. Lui s'est vu sur un écran normal, il s'est auto évalué. On a pas vraiment évalué ensemble puisque moi j'ai essayé de regarder, et vu que c'était sur la caméra on voyait pas bien et on n'entendait pas bien, c'était pas terrible. Mais effectivement c'est pas possible de le faire sur toutes les consultations, mais je pense surtout que c'est bien de s'enregistrer et de voir comment on est quoi. » M6

Un MSU explique quant à lui ses raisons de différer l'auto-évaluation après la supervision, lié à la crainte de mettre son interne en difficulté.

« Je voulais pas trop qu'il se voit non plus tout seul dès le début. J'avais peur qu'il se juge négativement ou quoi, ce qui est normal s'il y a des progrès à faire. Mais après il s'était re-regardé, on avait pas effacé tout de suite parce qu'il voulait se revoir.» M8

Certains regrettent a posteriori de ne pas avoir suffisamment suivi le tutoriel et en tirent les conclusions d'un manque d'anticipation suffisant sur le planning.

« Non non vous avez bien aiguillé ! (rires) Mais voilà dans la mise en œuvre on aurait pu faire encore mieux. On n'a pas bien suivi ce que vous nous proposiez. C'était un choix de

notre part après oui… C'est parce que c'est parce que… Ça s'est fait comme ça (rires). Après elle appréhendait beaucoup, je voulais pas lui faire porter trop de choses non plus. » M2

« Ces jours là faut prévoir une petite journée de consultation avec une ou deux heures peut être pour eux, et envisager que ça allonge le débriefing. On s'était dit le matin il bosse normalement, l'après midi il fait la SODEV, et puis on débriefe celle du matin PLUS la SODEV, mais en voyant moins de patients l'après midi. Il faut prendre le temps qu'il faut mais on peut pas faire une journée normale, plus un débriefe classique plus la SODEV… Ça c'est pas possible. Une journée de SODEV ça s'anticipe. Moi je suis prêt à en refaire, je trouve ça vraiment intéressant mais faut mieux l'anticiper. Effectivement faut l'anticiper et se dire '' il pourra pas voir 18 personnes il en verra que 6 ''». M6

c) La réalisation du débriefing

Un maître de stage a pris l'initiative de regarder l'intégralité des vidéos avant la supervision avec son interne.

« Oui une que j'ai visualisé… J'ai tout visualisé et j'en ai vu une avec elle. C'était plus intéressant me semble-t-il. En moyenne moi j'ai mis à peu près deux heures pour tout regarder à chaque fois.» M1

Sur la totalité des enregistrements de l'interne, ce sont en moyenne 2 consultations qui ont été débriefées par les binômes au cours d'une séance de supervision. Le choix des consultations à visionner ensemble était propre à chaque groupe : il était soit déterminé par le MSU (1 occurrence), soit par l'interne (3 occurrences), soit il était décidé conjointement de regarder toutes les vidéos (2 occurrences).

« Je lui ai demandé de choisir ses vidéos. Bah on va en regarder 2/3 voir ce que t'as fait et ensuite en discuter dessus. » M2

« Ben en fait il avait enregistré pendant une heure, donc il avait enregistré trois consultations, donc on a tout regardé. » M3

Malgré nos consignes claires sur le sujet, plusieurs groupes ont pris l'initiative de différer l'hétéro-évaluation à distance des enregistrements pour des raisons organisationnelles (2 occurrences).

«Il y a eu un temps d'auto-évaluation le soir ou le lendemain. Et la semaine d'après on débriefait ensemble sur le choix d'une consultation que lui avait choisi et trouvait pertinente.» M7

« Pour éviter les problèmes de risques de non-respect des règles de sécurité pour les vidéos, il faut anticiper le temps… Sinon le risque de se dire '' attends j'emmène la vidéo chez moi '' c'est tentant. » M6

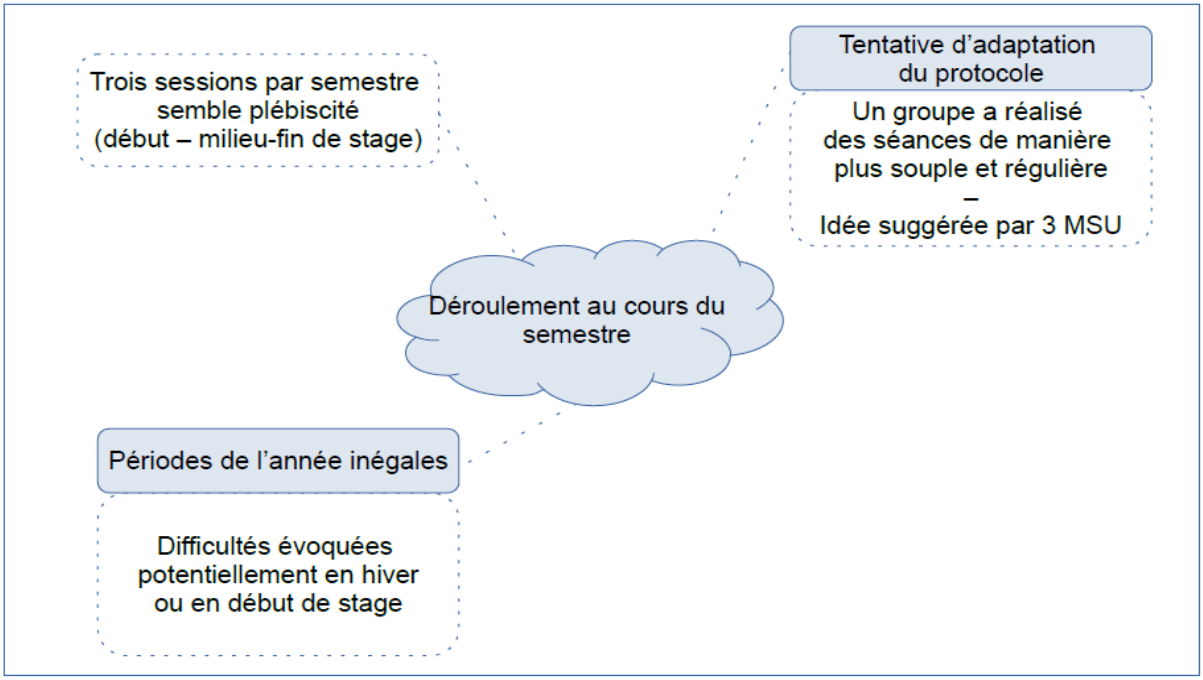
Certains évoquent des difficultés à renoncer au débriefing habituel (2 occurrences).

« Moi en temps normal je débriefe facilement une heure, une heure et demi les SASPAS… Parce que j'aime bien revenir sur l'ensemble des consultations, des dossiers etc… J'aime pas sélectionner des consultations, ou dire à mon interne « prends moi une consultation où t'as bien réussi pas réussi» et laisser tomber les autres. Donc si on fait ça [la sodev] ça vient en plus, ou alors faut renoncer à un débriefing classique… » M5

Mais les MSU trouvent tout de même des pistes de réflexion pour pallier à cette sensation d'incertitude.

«Je me dis, parce qu'en fait on a un logiciel en ligne… Souvent je regarde les dossiers avant de débriefer avec elle dans la journée. Donc je sais déjà ce qui s'est passé finalement. Donc remplacer un débriefing classique par cet exercice en vidéo c'est faisable je pense exceptionnellement. C'est faisable si on le fait pas à chaque fois. » M5

4.2.2. Déroulement sur le semestre



Bien que peu de binômes en pratique aient réalisé les 3 sessions de SODEV, la plupart s'accordent pour dire qu'une session en début, milieu et fin de stage semble le plus pertinent (6 occurrences).

> *« Je pense pas qu'on puisse le faire à chaque journée de SASPAS. Mais trois fois dans le stage c'est vraiment intéressant pour voir la progression. »* M8

Un binôme avait procédé différemment, la fréquence des enregistrements étant déterminée par l'interne sans qu'elle ne soit imposée.

> *« Je lui ai laissé la liberté de le faire, euh et… C'était donc presque toutes les semaines où il avait la caméra, il pouvait en faire. Des fois il y pensait à en faire, d'autres fois il y pensait pas. »* M4

Par ailleurs, trois MSU évoquent effectivement le fait de réaliser des sessions à la demande avec plus de liberté.

> *« Là on était aussi tributaires des semaines où on pouvait avoir le matériel dans le roulement, mais si on avait notre propre matériel, on pourrait faire des séances plus régulièrement, ou sur la journée on se dit j'en fais qu'une ou deux et on fait un débriefe moins long. Vaudrait peut être mieux faire un peu moins long et plus souvent. »* M3

> *« Il faut que ce soit à la demande et fonction de l'évolution du stage, et le matériel à disposition de l'interne. Le but c'est que l'interne soit aussi inscrit sur la durée vis à vis de la patientèle, proposer pour la prochaine consultation au patient s'il peut filmer.. Peut être quelque chose de moins scolaire. Mais dans une projection sur l'avenir, il faudrait que l'outil soit à disposition, éventuellement fourni par le DMG… Ce serait bien ça (rires). Et que l'interne se promène avec son matos de maître de stage en maître de stage. »* M7

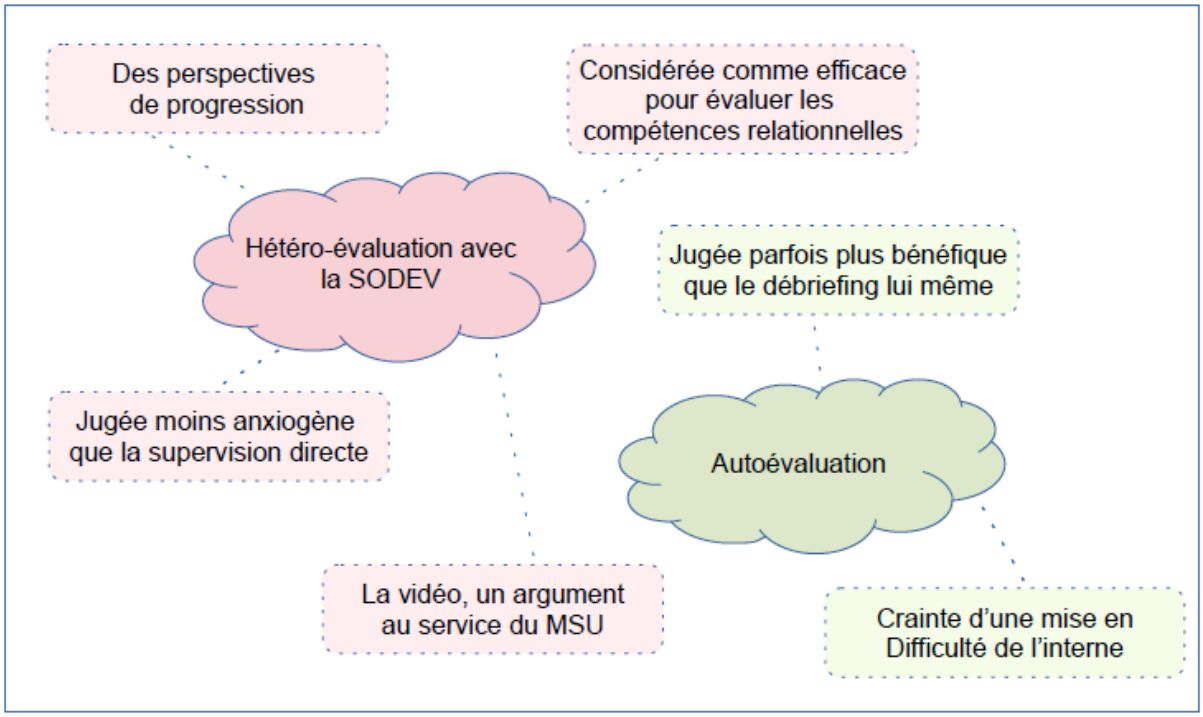
Néanmoins, certains évoquent des contraintes de temps liées à une activité de SODEV potentiellement chronophage, plus difficile à intégrer sur certaines périodes de l'année (2 occurrences).

> *« C'est difficile à appréhender, et si on veut le faire il faut prévoir un temps supplémentaire en plus des consultation … En plus en hiver les consultations sont un peu plus chargées, ce serait peut être plus facile en été par exemple. »* M4

> *« En l'occurrence, quand ça se fait en début du stage, dans le débriefing, on a quand même tendance à débriefer toutes les consultations.. Parce qu'il faut vérifier que l'interne ne fasse pas de bêtises, soit à l'aise médicalement parlant… Que j'ai pas d'erreur à rattraper… Donc*

ça prend déjà pas mal de temps… Si en plus, il faut prendre une heure pour regarder les vidéos et débriefer sur les vidéos, c'est compliqué. Et si on débriefe que sur les vidéos, euh… Hé bien on passe à côté de l'aspect purement médical. En fin de stage, je connais mon interne, je sais ce qu'il maîtrise, ce qu'il maîtrise pas, j'ai pas besoin de vérifier toutes les consultations. Je pense qu'en fin de stage, le temps est moins un problème » M2

4.3. La SODEV : apport de l'outil



4.3.1. L'hétéro-évaluation

a) Par rapport aux autres méthodes de supervision

Après expérimentation, certains voient en la SODEV un support de supervision efficace pour évaluer les compétences relationnelles de l'interne en autonomie.

« Souvent en biomédical tout se passe bien, les SASPAS ont vraiment très rarement des soucis. Mais en relationnel, l'idée c'est pas d'être en supervision directe avec eux, ils ont assez donné je pense, 'fin voilà... Ils ont besoin d'être en autonomie. Mais qu'on ait un regard ensemble sur la pratique de ce qui se joue dans la communication, pour moi c'est essentiel et [la SODEV] c'est vraiment un super outil, plus que ce que j'imaginais. » M8

« Là on travaille plus sur la consultation en elle-même, bah comme si on était en supervision directe ! Donc on peut aborder des choses qu'on aborde moins en supervision indirecte,

comme son comportement, sa posture, comment elle agit, comment elle inter agit avec le patient. » M2

Aussi, l'outil est perçu par les MSU comme étant moins anxiogène que la supervision directe.

« Y'a pas la présence, la caméra elle arrive à l'oublier… Maintenant si je suis à côté… Je suis là...(silence)» M2

« Ce que les SASPAS nous disent, c'est qu'ils aiment être seuls avec le patient pour faire la consultation. Donc avec le MSU sur place, des retours qu'on a, ils sont plus à l'aise du fait qu'ils sont seuls avec le patient. Ça peut être un intermédiaire du fait qu'on est pas présent et qu'on puisse malgré tout parler de la consultation. » M8

b) Des perspectives de progression

La SODEV permet de définir de nouveaux objectifs pédagogiques et perspectives de progression.

« J'ai regardé avec elle une vidéo où il y avait des problèmes. Donc il y avait... C'est une bonne étudiante, pas de problème dans le stage. Mais il y avait, moi je crois, un seul élément qui me paraissait important qu'elle ne faisait pas et elle s'est corrigée tout de suite : c'est le diagnostic de situation. C'est tout bête le diagnostic de situation, mais moi ça me parait assez rédhibitoire pour l'étudiant quand il fait une observation et qu'il ne donne pas le diagnostic de situation au patient... Je pense que c'est ce qui pèche chez les médecins. Ça permet de cadrer les choses avec le patient. Alors ça je pense que mon interne ne le faisait pas, à mon avis, assez bien… Alors qu'après, la deuxième fois, elle l'a très bien fait, elle s'est à ce moment-là corrigée par rapport à la fois d'avant. » M1

« Moi il m'a dit qu'il avait identifié un certains nombre de choses.. Qu'il regardait pas assez le patient par exemple et un peu trop l'ordinateur et pas assez le patient. On a vu malgré le petit écran qu'il tapait quasiment sans regarder le clavier comme c'est le cas de beaucoup de votre génération. Ben je disais : '' Tape éventuellement quand tu écoutes le patient, ou arrête de taper et discute avec lui ! Et quand il se rhabille ou qu'il fait autre chose, tape ton compte rendu ! '' Il s'est rendu compte de ça, qu'il regardait trop l'ordinateur et pas assez le patient... Et qu'il fallait qu'il arrête de taper quand il était dans l'échange avec le patient.

Et l'autre chose, il s'est rendu compte qu'il reformulait pas assez, qu'il restait dans ce qu'il entendait, qu'il reformulait pas pour relancer la problématique et se recentrer sur le patient, chose sur laquelle on a beaucoup travaillé pendant 3-4 mois. Il me disait : '' je lui ai dit de faire comme ça, tout va bien ''.. Sauf que voilà, moi j'avais le retour des patients et c'était

pas tout à fait pareil. Et donc la vidéo a été un petit plus sur tout l'aspect psycho relationnel qu'on a pu faire. » M7

Certains expriment le fait d'avoir été surpris dans l'idée qu'ils se faisaient des consultations de leur interne, tandis que cela confirmait leurs appréciations pour d'autres.

« Ça a permis de voir quand même qu'il y a des choses quand on s'entretient avec les étudiants qui passent un petit peu à l'as. Moi je pensais que c'était acquis et en fait je me suis rendu compte que ça ne l'était pas complètement» M1

« Le peu qu'on a vu cadrait avec l'idée que je m'en faisais dans sa façon de fonctionner. » M7

« Moi vu ce qu'il me disait, j'ai pas été surprise. Je dirais plus que lui s'est découvert comment il travaillait… » M8

Du fait de problèmes liés au matériel vidéo, le support vidéo en tant qu'hétéro-évaluation n'a pas été jugée optimal (2 occurrences) voire jugé inutile au débriefing (1 occurrence).

« Moi j'ai eu un peu plus de mal j'avoue. J'aurais eu un bon outil… j'ai regardé un peu mais j'ai vite arrêté finalement, voilà. Mais pour lui ça a été très formateur, de l'autoformation.» M6

c) La vidéo comme argument

La vidéo intervient pour le maître de stage comme un support concret, appuyant certains propos difficilement identifiés auparavant par l'interne.

« Il était dans le déni de toute façon au départ. ''Y'a pas besoin de s'emmerder avec les patients si on les voit pour une angine, on va pas s'amuser à leur parler de la pluie et du beau temps". Donc il était très... Il s'est rendu compte que y'avait des choses qui se passaient entre le médecin et le patient. Il l'a accepté et il s'est rendu compte lui-même que les remarques qu'on lui faisait, y'avait quand même une base de vérité. C'est un atout supplémentaire dans la prise de conscience de l'interne dont on parlait lors des débriefings. De se voir lui en situation et de se rendre compte de choses dont on avait déjà parlé, ça a été très profitable. » M7

« Je pense que quand il s'est vu, voilà on parlait de reformulation.. Je voyais bien que ça lui parlait pas déjà. Après il a corrigé, et il m'a bien dit, '' ça va beaucoup mieux ''. J'avais pas

l'impression que dans ma supervision indirecte, juste avec mes paroles il voyait pas ce qu'il pouvait changer comme ça. Mais en se voyant il a vu ce qu'il pouvait changer. » M8

4.3.2. L'auto-évaluation

La démarche d'auto-évaluation a parfois été jugée plus bénéfique que la supervision avec le maître de stage elle-même (2 occurrences).

« Mais sur la démarche d'autoanalyse grâce à la vidéo, et que l'interne en fasse l'analyse et la synthèse au maître de stage, même si l'outil n'était pas performant, la démarche était très intéressante. On sait très bien qu'en matière de communication si on veut progresser il faut travailler ses attitudes… Du fait de se rendre compte de ce ''qu'on est" en action. Ça c'est hyper important. Donc à la limite que lui l'ait analysé, et notamment ses insuffisances dans son comportement avec le patient, j'ai trouvé ça très intéressant. » M7

«Après, j'avais déjà fait un jeu de rôle où on se filmait, je m'étais vraiment découvert. J'ai trouvé ça vraiment mieux le fait qu'il se voit lui. Une hétéro évaluation pourquoi pas du coup, mais pas dans le jugement. » M6

Un maître de stage avait envisagé la pratique de la SODEV avec certains collègues de proximité sans aboutir : l'auto-évaluation devait y avoir une place prépondérante.

« Fin dans l'idée, la réunion qu'on avait fait il y a deux ans, c'était que les vidéos ne soient regardées que par l'interne. Elles ne seraient même pas vues par le Maître de Stage. L'idée qui avait émergée c'était que l'interne se voit filmé sans que ce soit débriefé, éventuellement des débriefes entre internes... aussi. Sur les lieux de stage où il y a plusieurs internes, pour que ce soit un peu plus soft, le temps qu'ils s'habituent à leur image, puis éventuellement, débriefer avec le Maître de Stage. » M2

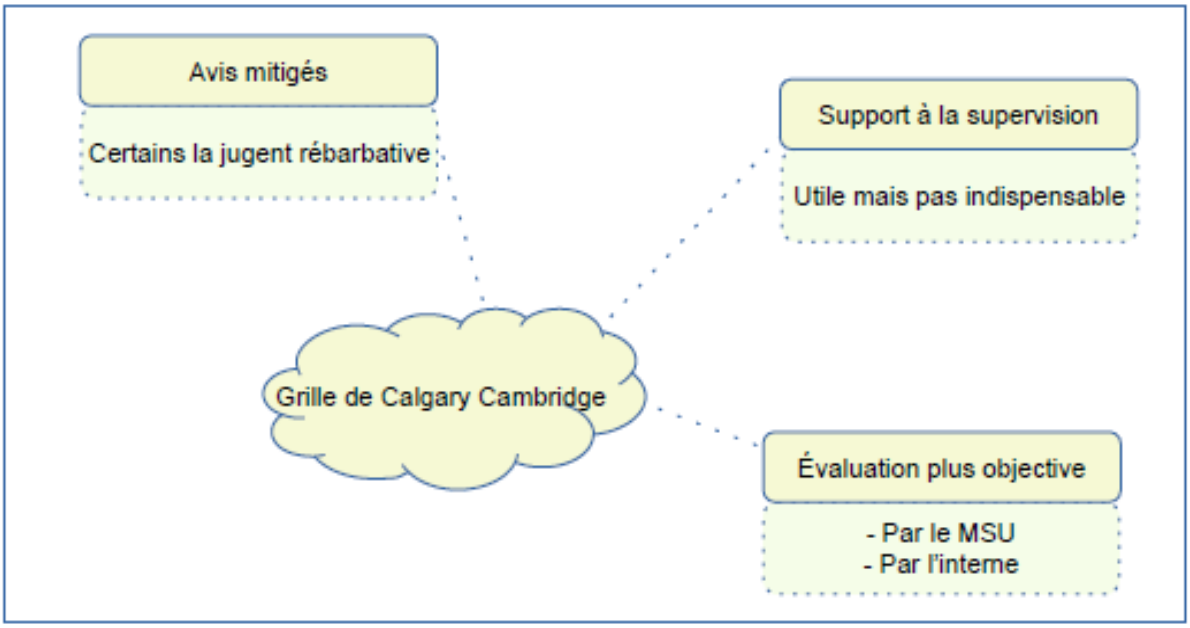
Certains se questionnent sur le risque d'une auto-évaluation avant la supervision, pouvant laisser l'interne seul en position de difficulté (2 occurrences)

« Je pense que c'est important surtout que l'interne s'auto-évalue tout seul, mais certains autres maîtres de stage s'interrogent sur la perception de l'interne qui pourrait être laissé tout seul en situation d'échec… Que lui se constate en situation d'échec en vidéo, ça peut être un peu perturbant. Donc c'est à double tranchant » M4

Quand d'autres jugent la méthode préférable en terme d'acceptabilité.

« Je pense que l'interne c'est mieux qu'il se voit tout seul avant plutôt qu'il la découvre avec le maître de stage. » M5

4.3.3. La grille de Calgary-Cambridge



Les avis sur la grille de Calgary-Cambridge sont mitigés. Certains l'utilisaient déjà occasionnellement avec leurs étudiants (3 occurrences).

« Non j'ai pas de critiques à faire sur cette grille qui a été validée. Moi je la trouve très bien, elle permet de voir tous les temps de la consultation, c'est une base de travail. D'habitude je l'utilise surtout pour les externes. Et les internes le fait qu'il y ait la vidéo permet de l'utiliser davantage qu'en supervision indirecte. Elle est bien adaptée à la SODEV. » M8

Elle fait l'objet de quelques appréhensions et préjugés aussi bien auprès des internes que de certains maîtres de stage. Certains ont fait le choix de ne pas l'utiliser (3 occurrences).

« La grille de Calgary… C'est comment dire… Un truc d'enseignant. Boarf… On l'utilise un peu sans le savoir. 'Fin je trouve ça plus intéressant de cibler les choses qui ressortent. » M2

« Dans l'esprit, mais quand on reprend item par item c'est quand même très pénible… La grille de Calgary… Je sais qu'ils adorent avoir des grilles et les imposer aux enseignants… Mais voilà passer ligne par ligne… Déjà faire un diagnostic de situation, rien que ça c'est déjà compliqué. » M6

D’autres ont tenté l’expérience et la jugent encore négativement malgré nos tentatives de réadaptation (1 occurrence).

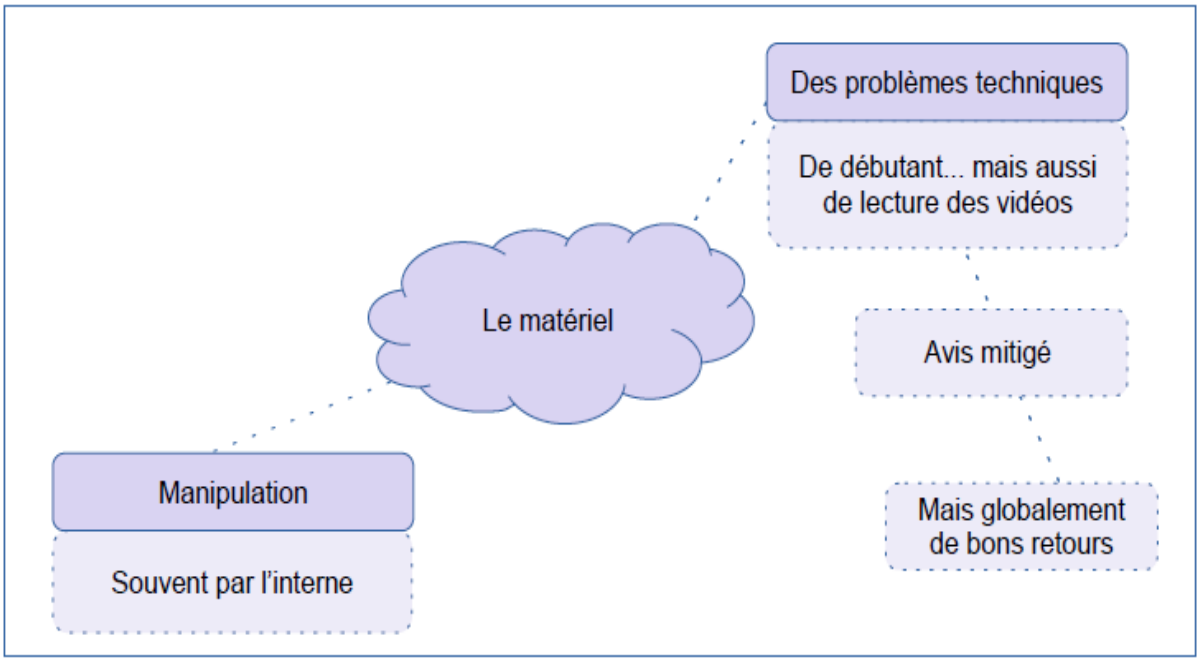
> *« On s’en est pas beaucoup servi… Parce qu’elle est encore bien longue du coup [rires], c’est le gros problème la façon de débriefer ça… »* M4

Certains ont finalement pu constater son utilité, permettant d’évaluer plus objectivement les éléments de progression de l’interne (2 occurrences).

> *« J’ai évalué ; quand je regardais tout seul : je prenais la grille de Calgary, je regardais. Elle est là dans mon bureau. « Ça c’est bien, c’est bien fait », « tu te débrouilles bien sur tous ces items là ». On a pris les grands items et je dis : « voilà cet item là c’est bon. ». C’est bien cette grille, je l’ai mise de côté pour la réutiliser avec les autres étudiants, je l’ai utilisée aussi avec mon autre étudiant de niveau 1. »* M1

> *« Lui était réticent à utiliser la grille. ‘’ Non mais t’façon la communication ça m’intéresse pas ce truc, c’est du théorique c’est n’importe quoi ‘’ fin voilà. Mais du coup je lui ai fait faire, ‘’ Tu la fais en même temps que tu regardes la vidéo ‘’. Et il a vu qu’il était vraiment intermédiaire sur la grille. On l’a réutilisée la fois suivante et il a vu qu’il avait vraiment progressé. On l’avait utilisée pour une consultation sur les trois, mais pas pour toutes. »* M8

4.4. La SODEV : le matériel



4.4.1. Qualité et facilité d'utilisation du matériel

Le matériel en lui-même a reçu des avis divergents. Malgré des difficultés rencontrées sur le plan technique par une majorité des groupes, six maîtres de stage déclaraient que s'ils avaient à investir dans du matériel, ils choisiraient la même caméra (6 occurrences). Suite à des problèmes matériels surtout d'ordre logiciels, trois maîtres de stage avaient tout de même un avis mitigé, voire complètement défavorable pour l'un d'entre eux.

> *« J'ai été assez surpris de la qualité du matériel, la facilité de l'installation, la facilité de la gestion. »* M1

> *« L'utilisation qu'on en a faite était décevante… Mais peut être que ça marchait bien chez les autres.. en tout cas nous on a jamais réussi à le faire marcher correctement. Et donc le débriefing sur la Gopro là… » M7*

L'image et le son ont été jugés comme globalement satisfaisants pour la rétroaction par les maîtres de stage (4 occurrences).

> *« L'image était intéressante avec les grands angles qu'on a pu faire, on voyait l'interne et le patient en même temps. On a pu vraiment débriefer sur le verbal d'une part, et sur le non verbal d'autre part. »* M8

Un maître de stage a proposé d'améliorer la notice simplifiée qui avait été fournie.

> *« C'est un très très bon appareil, mais plutôt la qualité de la notice explicative pour les gens de ma génération [rires]. Nan mais voilà, mettre 5-6 items, ne pas en mettre trop. Être un peu plus explicite sur des petits schémas qu'on ferait agrandir. Moi j'ai été plus bloqué là dessus, pas sur le fonctionnement, mais sur la notice.. »* M1

4.4.2. Des problèmes techniques

Il y a eu des problèmes liés à une méconnaissance du matériel, facilement corrigeables.

> *« Une fois ça ne marchait pas, mais en fait les piles étaient foutues. Après j'ai mis des piles et ça a marché. En fait on a mis la caméra ici [montre un endroit du bureau], et on n'avait pas de prise pour à proximité. Mais ça j'ai corrigé. »* M1

« La deuxième fois, le problème a été que la vidéo… Elle me dit '' oui oui je me suis filmée ''… Et puis on regarde : elle s'était filmée que 30 secondes (rires). La caméra avait coupé c'est ça... » M5

Des binômes ont par contre fait face à des obstacles plus contraignants en ce qui concerne la lecture des vidéos (6 occurrences). Ces problèmes n'ont pas été clairement identifiés par les différents groupes, certainement liés à des incompatibilités logicielles. Seuls deux des binômes y étaient parvenus sans aucune difficulté.

« On avait pas pensé qu'on avait pas ce qu'il fallait pour regarder les vidéos sur mon ordinateur. Je pense plutôt que c'était le logiciel de vidéo qui était pré-installé sur mon ordinateur professionnel… » M3

« C'est là que ça a été insuffisant. Y'a pas eu moyen de le brancher sur l'ordinateur… Donc on l'a visionné sur cette espèce de Gopro où on voyait rien du tout…. Pas moyen d'arrêter, de repartir, de faire un zoom sur l'attitude… » M7

«On a été obligé une fois de voir directement sur la caméra pour avoir à la fois le son et l'image. Mais l'écran est petit donc c'est un peu dommage. Car quand on mettait sur mon ordinateur, on avait l'image, et pas le son… On a donc beaucoup parlé du non verbal. Et quand j'ai ramené mon ordinateur portable, on avait le son... Mais plus l'image ! Je ne sais pas trop d'où vient le problème. La première fois où j'avais visionné seule sur mon ordinateur j'avais les deux, donc je ne comprends pas ce qui s'est passé la fois d'après.» M8

Certains ont donc pallié facilement au problème en changeant d'ordinateur (4 occurrences).

«Par contre la 1ère fois elle avait emmené son PC portable donc on avait pu lire en grand, mais sur mon ordi ça marchait pas… Elle avait amené son PC.» M2

D'autres se sont accommodés du problème en réalisant une rétroaction plus axée sur le langage non verbal, explicité et analysé par l'interne (2 occurrences).

« Du coup la démarche était intéressante parce qu'il m'a fait un débriefing oral de ce qu'on voyait sur l'image et pourquoi il avait choisi ces deux ou trois consultations et de ce qu'il s'était rendu compte lui même. Des images en miroir de son attitude qui étaient très intéressantes. Mais analyser la vidéo elle même non… Vraiment il faut un matériel adéquat et beaucoup plus professionnel que ce qu'on a vu là… » M7

« C'était la fois où il n'y avait pas le son. Mais justement on a pu voir déjà en non verbal, on mimait, il se rappelait de ce qu'il avait dit, on a fait un peu comme on a pu. Mais déjà dans l'attitude et tout, par exemple il me disait '' mais je me rends pas compte à quel point je regarde toujours l'ordinateur '' Et toi tu peux voir, quand tu regardes l'ordinateur, le patient regarde l'ordinateur aussi, et dès que je le regarde il me regarde. Fin voilà il s'est rendu compte dans le non verbal de pleins de petites choses.» M8

En conséquence, un maître de stage propose de faire le point sur les logiciels permettant la lecture des vidéos.

« Peut être qu'il faudrait mentionner sur la notice de télécharger tel ou tel logiciel pour visionner les vidéos. » M3

4.4.3. <u>Installation et manipulation du matériel</u>

L'installation du matériel et son positionnement ont été réalisés soit par l'interne (6 occurrences), soit par le maître de stage (2 occurrences).

« Plutôt simple d'utilisation… Mais c'est plutôt elle qui a manipulé en fait. » M2

«Alors (rires), moi j'y connais rien ! Mais il m'a dit qu'elle était vachement bien ! Oui, c'est lui qui a tout géré du coup niveau matériel ! Je lui ai dit, il se démerde, et il a fait ça très bien (rires)» M3

Pour une partie des binômes, le positionnement de la caméra n'a pas semblé être une difficulté (4 occurrences).

« Oui on a bien pu voir les expressions ! C'est très très bien, vraiment ! Vous voyez le patient, on voit le patient se lever pour l'examen, donc l'examen on ne le visualise pas, mais on voyait le médecin et le patient, ça c'était très bien. » M1

Certains ont néanmoins du s'y reprendre à plusieurs fois avant de trouver un angle de vue optimal (2 occurrences), facilité notamment par l'utilisation d'un trépied (1 occurrence).

« C'était cadré pas au top… La façon de positionner la caméra c'était assez compliqué, euh, bon.. Ce qui fait que j'ai fini par acheter un pied, ça fait un trépied en plastique souple [montre le trépied via la caméra], donc on peut l'attacher à l'écran, le mettre un peu plus haut un peu plus bas… Parce qu'avant c'était posé sur le sol, posé sous l'écran... Au début

la vision était un peu étrange ça filmait par le dessous de mes trous de nez, et c'était pas très agréable… Donc pour filmer le non verbal c'était pas très pertinent. » M4

« Ah ! Je me souviens aussi .... Parce que la caméra… Je ne voyais pas le patient. On ne voyait que le médecin… J'avais l'image de l'interne » M3

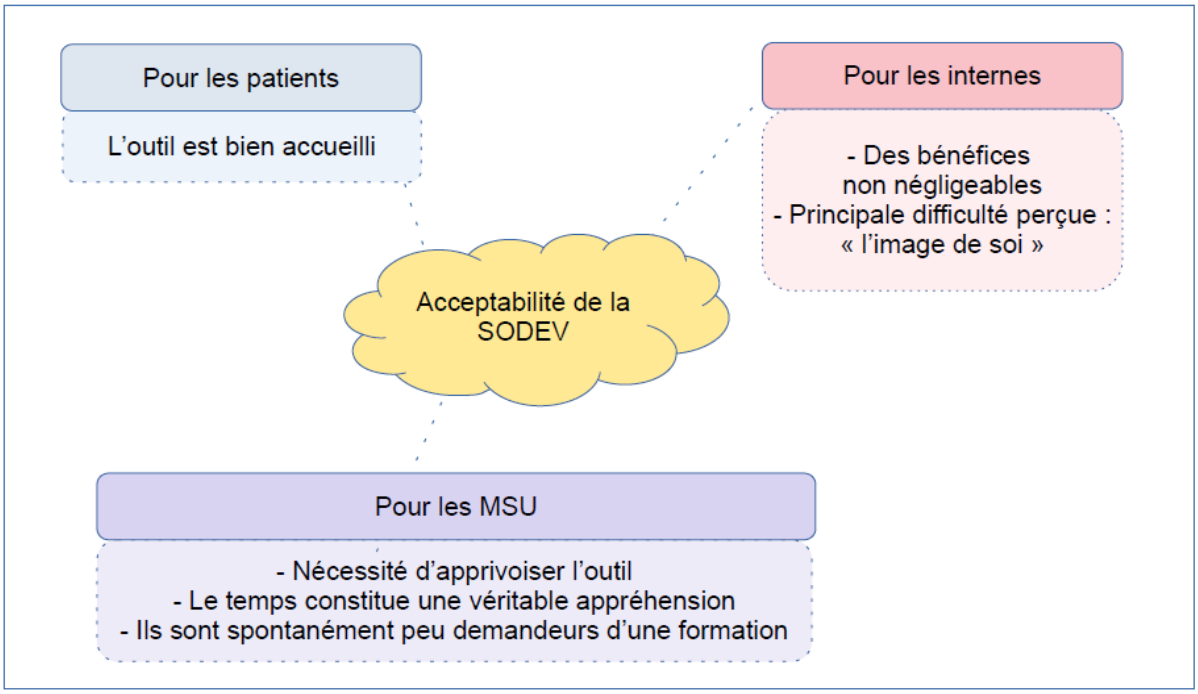
Au delà de l'angle de vue, le réglage de la caméra avait également son importance, au niveau du son par exemple.

« Faut trouver les bons réglages euh... Avec le son à fond… Parce que quand il continue l'entretien à la table d'examen, on entend rien du tout sinon. Et puis après en champ large ça permettait de filmer sur le côté de table… Et que le médecin et le patient soient de profil, ben on voit mieux avec une vision un peu plongeante plutôt qu'en contre plongée » M4

Le fait de ne pas filmer l'examen clinique n'a pas été considéré comme un problème.

« Il n'avait pas filmé l'examen clinique, mais c'était intéressant d'avoir le son des questions qui étaient posées pendant l'examen. » M8

4.5. La SODEV : acceptabilité et freins à sa réalisation



4.5.1. Pour les patients

La SODEV semble, d'après les MSU, avoir été bien accueillie par les patients (7 occurrences).

> *« Ils l'ont très bien pris, très très peu de refus. »* M1

> *« J'ai l'impression que la majorité acceptait, même s'il y en a quelques uns qui ont refusé mais c'était pas si compliqué que ça d'avoir des accords »* M4

Par choix, un groupe a lui préféré filmer uniquement l'interne. Ce critère semble perçu comme présenter une meilleure acceptabilité pour le patient.

> *« Oh aucun problème, ils ont l'habitude des internes, qu'on fait de la recherche et de la pédagogie… Ça nous a pas paru intrusif d'autant plus que l'interne s'est filmé lui. »* M6

4.5.2. Pour les internes, du point de vue des maîtres de stage

a) Pour les internes de SASPAS

En terme d'acceptabilité, la question de l'image de soi est une question fréquemment abordée. Elle semble conditionnée par le profil de l'étudiant.

> *« Il est assez sûr de lui, donc non, il m'a bien dit que ça ne l'avait pas perturbé. Mais en se voyant j'ai bien vu que ça le perturbait de se voir. En tout cas dans le stage par rapport à la communication il s'est énormément amélioré. Mais non il était pas spécialement perturbé. Mais la nouvelle étudiante, on en a parlé, mais elle, ça la panique, elle veut pas d'emblée. Je lui laisse un peu le temps et je lui en reparlerai. Mais lui n'était pas opposé du tout.»* M8

> *« Elle a trouvé ça intéressant bien qu'au départ elle était assez réticente... Je lui ai dit oui ''Écoute c'est pour une thèse faut le faire"… Et je pense qu'en fait elle a accepté parce que j'ai insisté. Je pense que l'adhésion des internes est pas si simple que ça finalement. Mais je ne la sentais pas très à l'aise avec. Peut être que si on en avait fait plus elle aurait fini par passer au dessus de ça quoi. Si on le fait plus régulièrement, on finit par s'habituer. »* M5

Dans l'objectif de dédramatiser l'expérience et de favoriser l'adhésion de leur interne, certains MSU se sont prêtés au jeu de la supervision inversée (3 occurrences) et ont pu constater que la démarche pouvait être déroutante.

«J'avais un peu peur au départ. Je me suis fait moi même une propre vidéo. Je voulais pas lui mettre entre les mains sans l'avoir fait moi même, ça me paraissait évident. Déjà j'ai pu voir que ça pouvait être un peu perturbant de voir sa pratique. Je me rappelais bien que dans la consultation, j'étais pas forcément dans le même état d'esprit que ce que je montrais. Je semblais très calme alors qu'intérieurement ça m'agaçait un peu la consultation. J'étais un peu dans la maîtrise. Il y avait un petit décalage avec ce que j'imaginais dégager. » M8

« Oui j'ai trouvé ça très intéressant, vraiment, sur le non-verbal, sur des postures qu'on pense avoir, et… Et finalement quand on se voit on se dit ''Ah oui tiens je suis comme ça !", ça permet de se corriger un peu.» M4

D'autres ont, avec bienveillance, laissé le temps à leur interne de se faire à leur propre image.

« Comment ça s'est passé, la première [session de débriefing] en fait, j'ai pas dit grand-chose, j'ai juste fait de la réassurance sur l'image de soi, on a tous des tics, et que le but de la vidéo n'était pas forcément de s'attarder là dessus. Et donc le fait de se voir plusieurs fois elle est passée au dessus de ça et de son image. » M2

Les craintes des internes s'il y en a eu, ont semblé s'estomper avec le temps.

« Un peu d'appréhension juste au début et puis finalement, y'avait pas de soucis. » M3

Pour favoriser l'adhésion, un MSU évoque le fait de l'intégrer plus facilement au cours du stage en s'appuyant sur une situation concrète.

« Je pense qu'il faudrait l'intégrer… Si j'avais le matos, lui proposer en fonction de l'évolution dans le stage : '' Je comprends pas bien ce qu'il se passe quand tu m'expliques ça, est-ce que ça t'intéresserait de te filmer la prochaine fois et qu'on en reparle ?".» M6

La plupart des maîtres de stage jugent que l'expérience a été bénéfique pour leur interne.

« Il m'a dit que ça lui avait fait bizarre au début évidemment de se savoir enregistré. Mais euh.. Je pense que ça permet de prendre conscience de certains tics » M3

« Il a trouvé ça vachement intéressant et était très content d'avoir fait ça. » M6

« Ça permet déjà d'identifier les champs insuffisants et on arrivait à approfondir la façon dont il travaillait. Notamment dans son comportement par rapport à la réaction du patient. Donc ça a été positif. Le travail qui a été fait chez lui a été positif. » M7

« On a vu ensemble, et j'ai eu l'impression que ça le remuait un peu de se voir. En reprenant les éléments de la grille de Calgary sans la reprendre complètement, vous parliez de reformulation par exemple, il voyait bien que c'était des choses qu'il ne faisait pas. Et il a vraiment progressé par rapport à ça ensuite. Et effectivement sur les questions pendant la supervision indirecte, c'était pas aussi riche que la vidéo, c'est évident. » M8

b) Et pour les autres étudiants ?

La SODEV pourrait être adaptée aux phases d'autonomie des internes de niveaux 1 et femme-enfant (3 occurrences).

« On peut l'utiliser aussi pour les autres étudiants qui sont en niveau 1 en fin de stage, quand ils sont tout seuls, quand on a fait trois mois, on peut prendre le temps de faire ça, faire une consultation par le MSU tout seul et une par l'étudiant. » M1

Le discours semble néanmoins plus modéré pour une partie des MSU en ce qui concerne la SODEV pour les étudiants moins avancés dans leur cursus (2 occurrences).

«L'interne, faut quand même qu'il ait une petite carrure et soit un peu posé. A mon avis, si je propose à un niveau 1 dès le début, lui dire ''On va te filmer'' ça peut être déstabilisant, pour un interne peu sûr de lui… Mais en même temps on est pédagogue on fait pas dans la maltraitance non plus. L'interne de niveau 1 redécouvre la médecine générale, on va pas lui rajouter en plus la caméra dès le début, donc plutôt quand il commence à être un minimum à l'aise. La pédagogie pour que ça marche faut que les gens puissent être détendus. » M6

Le maître de stage se devant d'être présent malgré les phases d'autonomie, la SODEV ne doit pas se substituer à la présence du maître de stage pour ces niveaux d'enseignement (1 occurrence).

« Tout dépend l'objectif. Si l'objectif c'est de faire une analyse de sa prestation et de permettre au maître de stage qui n'est pas là… L'interne ce n'est pas un remplaçant de stage. Normalement le maître de stage est là, il a un regard déjà complètement différent de celui d'un SASPAS. » M7

Un maître de stage évoque des prémices de SODEV réalisées avant notre étude, avec ses étudiants.

« Les externes faut pas trop les brusquer.. Non, ils ont besoin de voir, éventuellement faire un modèle de jeu de rôles. J'avais déjà fait avec mes externes des enregistrements vocaux uniquement et c'est déjà pas mal. Et j'ai une étudiante en supervision indirecte, je l'ai faite écouter dans sa voiture et je lui ai dit ''Tu verras ça va te faire bizarre tes tics de langage, et ça te fera progresser". » M6

4.5.3. <u>Pour les maîtres de stage</u>

a) Une question de temps et surtout d'organisation

Le temps est le sujet le plus fréquemment abordé (7 occurrences).

« Peut-être que l'activité est chronophage, mais il faut s'accorder le temps pour le faire, c'est important. » M1

«Le facteur limitant c'est le temps… Le temps de la supervision vidéo c'est quand même voilà… On peut pas le faire tout le temps, et faut vraiment se prendre un temps dédié pour ça quoi. » M4

Au-delà du temps, le fait d'anticiper et surtout d'apprivoiser un planning optimal au bon déroulement de la journée semble pointé du doigt.

«Après si on prévoit ça faut un planning plus allégé, donc voilà, faut anticiper, prévoir les périodes où on va le faire. » M2

« C'est peut-être dans l'organisation du temps que c'est le plus compliqué, pour en tirer un bénéfice vraiment réel. » M4

b) Une demande de formation ?

Deux maîtres de stage évoquent malgré la présence du tutoriel le souhait de bénéficier d'un moment d'explications pour pallier aux appréhensions précédemment évoquées. Les six autres n'ont pas formulé de demande particulière à ce sujet.

« Mais oui il faudrait que le maître de stage soit motivé. Qu'il sache l'organisation pour que l'interne fasse ça dans de bonnes conditions, et que le débriefe se passe bien. Il faudrait qu'on soit bien aiguillé. » M2

L'un d'entre eux évoque surtout le souhait d'une phase d'informations en ce qui concerne le matériel.

> *« Oui pour qu'on m'explique. On aurait tout noté sur un truc plus explicite, parce qu'en fait la notice est photocopiée et il y a des petites choses qu'il faudrait dire simplement. Je pense que sur la technique, ce sont des choses très simples, mais que ce soit fait par un professionnel ou par un étudiant, en disant voilà : ''on veut mettre en marche", ''on veut effacer", ''penser que c'est sur secteur", ''penser aux piles", des petites techniques toutes simples.»* M1

c) Une question d'investissement personnel

Certains MSU pensent qu'un manque de motivation de la part des maîtres de stage est l'un des premiers freins, la SODEV pouvant nécessiter un investissement initial de la part des MSU pour appréhender sa mise en place (3 occurrences).

> *«Moi je pense que s'il y a un blocage ça ne peut venir que du maître de stage, ça ne viendra pas de l'interne, ça ne viendra pas des patients. Si on présente les choses bien à chaque fois, il n'y a pas de problème. Ma patientèle est formée à ça parce que je suis maître de stage depuis plus de 10 ans. Donc s'il y a un frein je pense que ça peut venir du maître de stage, qui n'a pas trop envie de prendre du temps pour ça. »* M1

> *« Je pense que c'est chronophage et que ça risque d'être compliqué à généraliser. Il faut être motivé de base. »* M5

D'autres maîtres de stage évoquent des facteurs limitants de la part de leur interne, pas forcément toujours investis eux même :

> *« J'essayais d'en faire régulièrement… Après c'était lui qui oubliait régulièrement la caméra, j'ai fini par en acheter une. »* M4

> *«Je sais plus ce qu'il y avait eu ce jour-là… Je crois que mon interne n'avait pas amené le câble…»* M7

À noter qu'en pratique au cours de l'étude, des binômes ont été confrontés à des difficultés d'ordre logiciels ou matériels. Il semble avoir émergé pour certains groupes, un manque de persévérance et de ténacité face à celles-ci.

« C'est pas normal qu'on n'ait pas réussi à la faire fonctionner. Il faudrait peut-être qu'on s'y mette plus sérieusement… » M5

« J'ai pas cherché tellement plus… » M6

d) Une question d'investissement : le matériel

Sur le plan pécuniaire, plusieurs maîtres de stage se disent prêt à acheter le matériel (3 occurrences). Un MSU a d'ailleurs déjà sauté le pas. Seuls deux maîtres de stage ont évoqué le coût comme étant un frein.

« D'ailleurs moi je vais en acheter une parce que trouve ça extrêmement intéressant pour les étudiants… Pour moi… Que je m'enregistre et que j'enregistre aussi ce que font les étudiants. J'ai regardé les prix : c'est abordable, 150 euros, quelque chose comme ça, c'est correct. C'est vraiment du très bon matériel ! » M1

Pour trois des maîtres de stage, le sujet d'une participation à l'achat du matériel considéré comme matériel inhérent à la pédagogie a été soulevé (3 occurrences).

« Il faudrait suggérer au DMG de mettre en place un lot de caméras, je vois pas pourquoi ce serait le lot des médecins de mettre en place du matériel pédagogique… » M4

« C'est clair que ça devrait être mis à disposition par le DMG… Si c'est un outil pédagogique y'a aucune raison que ça soit un maître de stage qui l'achète. C'est la fac qui doit la filer, point barre… Ça relève pas de la mission du maître de stage. » M7

Le fait d'apprivoiser le fonctionnement du matériel fait également parti de l'effort de mise en route. Il semble en effet nécessaire de se familiariser avec les réglages de la caméra pour en tirer un réel bénéfice.

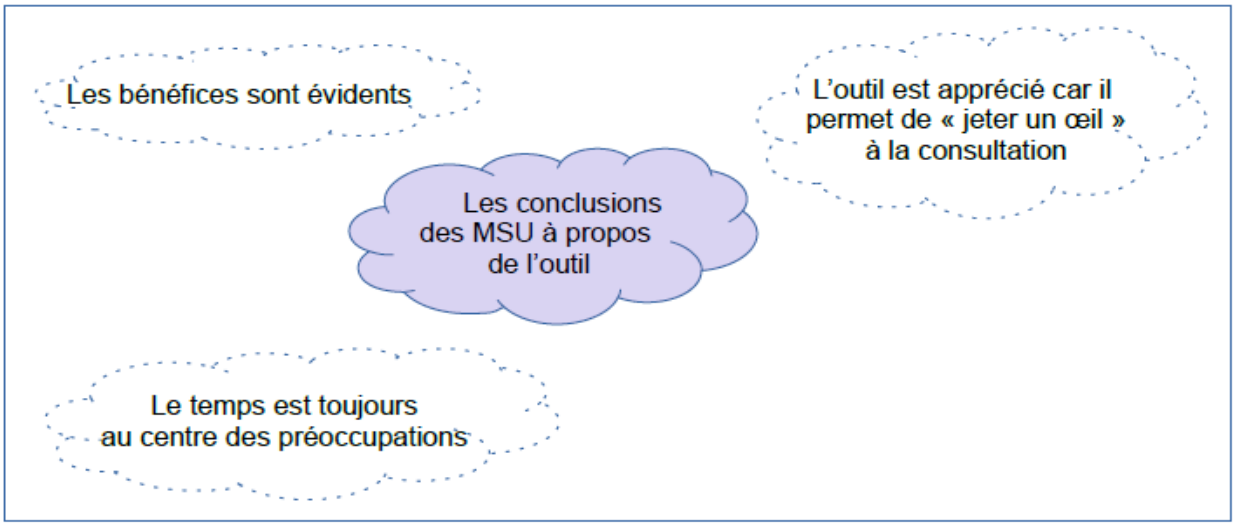
« Il faut apprendre à maîtriser son matériel et prendre un peu de temps pour ça» M5

« Y'a des sessions où c'était mal filmé et la session était pas exploitable… Donc y'a eu quelques séances un peu ratées comme ça » M4

Néanmoins, un maître de stage évoque que le fait d'avoir un interne pratiquant la SODEV avec ses trois maîtres de stage peut être un atout dans la réalisation des sessions et de la manipulation du matériel.

« S'ils en font chez chacun des maîtres de stage comme là c'était le cas puisqu'on était tous les trois dans l'étude… D'abord ils apprennent à utiliser l'outil donc ça va peut-être plus vite, ils le font chez l'un. Du coup chez l'autre ils font moins d'erreurs pour être plus efficace dans l'usine. » M4

e) La conclusion des MSU ?



Tous s'accordent pour dire que l'expérience tirée présente des bénéfices évidents pour leur interne. Néanmoins, certains semblent garder des réserves sur la SODEV et sa faisabilité.

« Ça passe vraiment tellement vite, notre quotidien passe tellement vite, on a des contraintes pro, et aussi essayer de tout faire caler et donc, prévoir ça, faut l'anticiper, et donc prévoir sur le planning que …. Ça va être comme ça. Nous on a des plannings qui... Les patients prennent RDV à l'avance… Une fois sur l'autre. Donc ça remplit vite… Mais après j'imagine qu'on peut organiser des choses en aménageant un peu mieux le temps. Rien d'insurmontable on va dire ! » M2

«Clairement, c'est pas facile d'explorer les compétences communicationnelles d'un interne en supervision indirecte puisqu'on ne le voit pas faire, et c'est une manière de le voir faire. C'est l'outil principal pour évaluer cette compétence… MAIS ! Il faut maîtriser son matériel, être motivé, y consacrer du temps.» M5

Le MSU ayant investi dans le matériel de SODEV pendant l'expérience reste convaincu par la méthode mais conscient de ses propres limites et notamment de l'adhésion par les maîtres de stage.

« Bah moi j'étais déjà convaincu, j'avais déjà suivi des topos sur la SODEV lors des congrès du CNGE en 2018. J'avais essayé de suggérer au DMG de mettre en place du matériel sur

notre secteur… Ça a fait un flop. J'ai trouvé votre initiative très intéressante de faire cette étude là, ça permettait aussi en prêtant le matériel que d'autres médecins puissent tester, puissent se dire ''Ah oui c'est peut être pas mal''. On verra les résultats de votre thèse, si ça peut faire un déclic tant mieux. Ceci dit, la caméra on passe pas notre temps à se filmer, c'est chronophage. On peut pas le faire tout le temps, et faut vraiment se prendre un temps dédié pour ça. » M4

Pour un maître de stage, la technique est perçue comme un support pédagogique supplémentaire avec des bénéfices évidents suite à l'expérience.

« Alors j'ai noté les références de la caméra. Je pense m'équiper. J'en ai déjà parlé à l'interne en SASPAS suivant pour envisager d'en refaire pour son stage. Parce que concrètement ça a été super riche. Et je pense que notre interne ça lui a beaucoup apporté, ça tombait plutôt bien pour lui qui ne se sentait pas à l'aise dans le relationnel, il était très à l'aise sur le plan biomédical, mais sur le plan relationnel, on a pu voir énormément de choses sur la vidéo. Et effectivement, sur les questions pendant la supervision directe, c'était pas aussi riche que la vidéo c'est évident » M8

Finalement, l'outil est surtout perçu comme permettant aux MSU de retrouver leur statut d'observateur au sein de la consultation.

« Personnellement, en tout honnêteté, je pense que ça le fait, on voit les étudiants différemment. Quand on les évalue, la première journée en début de stage, on ne voit pas… On fait généralement deux demi-journées avec eux mais après, beh ils donnent des rendus de consultation, ça va des fois assez vite : ''Il vient pour telle raison'', et on se rend compte que des fois, on ne voit pas assez.. » M1

« Non vraiment, je pense que c'est bien. Après voilà, c'est compliqué à mettre en place au début. Mais si on fait pas de supervision directe en début de stage, ça me paraît indispensable. » M3

« *En niveau 1 surtout au début, on n'est pas en autonomie... Donc on les voit bosser a contrario des SASPAS qu'on ne voit pas bosser puisqu'ils ne font quasiment exclusivement que de la supervision indirecte. Vérifier que ça colle… On sait pas ce qu'il se passe mais on regarde quand même et on jette un œil. »* M6

« L'outil vidéo en SASPAS lorsqu'il n'y a que des supervisions indirectes, devient un outil de supervision directe et permet au maître de stage qui a un peu plus de bouteille de faire une analyse. Si le matériel marche bien, il faut faire des entraînements techniques avant de se

lancer vraiment, et il en faut beaucoup plus. Ça doit être un complément régulier, un outil indispensable de supervision indirecte.» M7

5. SYNTHÈSE DES RÉSULTATS

POPULATION D'ETUDE :

133 MSU interrogés

6 refus

11 accords MSU

2 refus d'internes
1 PDV

8 participants pour 6 internes

DEBRIEFING :

Nombre de consultations débriefées par session :

- Une (2 internes)
- Deux (3 internes)

Choix des vidéos par :
Le MSU : 2, l'interne : 2, les deux : 2,
sans précision : 2

EXPERIMENTATION :

Nombre de sessions sur le semestre :

- Une à deux (pour 5 internes)
- Trois et plus (pour l' interne avec ses trois MSU)

Moyenne de **3** à **4** consultations enregistrées par session

Nombre de sessions sur un semestre :

- 3 sessions est jugé acceptable sur un semestre
- Proposition d'en réaliser plus régulièrement
- Début de stage et période de forte affluence potentiellement moins propices à leur réalisation

MATÉRIEL :

Installation :
- Positionnement simple pour la plupart des groupes, quelques ajustements peuvent être nécessaires (angle de vue, prise secteur à proximité…)
- En pratique souvent gérée par l'interne

Qualité d'enregistrement :
- Sons et images ont globalement été jugés satisfaisants après réglages (mode grand angle, enregistrements sonores au maximum...)

Soucis techniques :
- Facilement corrigeables (mauvaise manipulation, piles HS …)
- Fréquents soucis de lecture et incompatibilités logicielles probables : occasionnent des avis mitigés sur le matériel

- 6 MSU achèteraient néanmoins la même caméra
- Question d'une participation financière au matériel de pédagogie.

Grille de Calgary Cambridge :

- Jugée utile par certains MSU car objective
- Critiquée car *« encore trop longue »* : une majorité préfère débriefer sans.

AUTOEVALUATION ;

- En pratique pas toujours réalisée ou différée par manque d'adaptation du planning
- Craintes liées à une possible mise en difficulté de l'interne
- Jugée comme la plus pertinente par certains MSU
- Avantageuse car moins chronophage pour le MSU

INTERNES :

Bénéfices pour l'interne :
- Avis positifs unanime par nos 8 MSU
- Prise de conscience, image en miroir
- Meilleure compréhension des remarques du MSU illustrées par la vidéo
- Perspectives d'évolutions
- Moins anxiogène que la supervision directe

Acceptation de l'interne :
- Fonction du profil de l'étudiant, de son image
- Question sur la façon d'intégrer la SODEV :
    * Supervision inversée (faite par 3 MSU)
    * Premier débrief axé sur la réassurance
    * Intégré à des situations concrètes
- Avis mitigé pour une ouverture vers les autres niveaux

MSU :

Bénéfices pour le MSU:
- Avis unanime par nos 8 MSU
- Support supplémentaire riche permettant de *« travailler sur la consultation en elle même »*
- Avoir un regard sur la consultation de son interne *« on ne sait pas ce qu'il s'y passe, mais on regarde quand même »*

Persistance de freins conséquents :
- Le perçu chronophage de l'activité,
- Surtout apprivoiser le protocole, les réglages, les aléas lorsqu'on débute : cela prend du temps et demande un minimum de motivation par le MSU.
- Difficultés à renoncer au débriefing habituel

PATIENTS :

- Bonne acceptabilité apparente
- *« C'était pas si compliqué que ça d'avoir des accords »*

Proposition au patient :
- par l'interne, ou par la secrétaire en amont pour deux d'entre eux.
- à certains en particulier (au hasard ou en fonction du motif de consultation), ou à tous sans distinction.

SI C'ÉTAIT A REFAIRE...

- Suivre davantage le protocole et aménager plus franchement la journée
- Prendre le temps de faire des test avant de commencer réellement les sessions
- Lister les logiciels de lecture vidéos compatibles et fonctionnels
- Insister davantage sur les mesures de sécurité des données *« sinon le risque de se dire, attends, j'emmène la vidéo chez moi, c'est tentant... »*

DISCUSSION

1. FORCES ET FAIBLESSES DE L'ÉTUDE

1.1. Concernant le matériel et la méthode

1.1.1. Population de l'étude

a) Recrutement

Forces : Le travail de recrutement a été réalisé de manière exhaustive et minutieuse auprès des différents maîtres de stage du Poitou-Charente. Il a permis de dresser un premier constat sur la faible proportion de MSU intéressés et prêts à s'investir pour découvrir la SODEV. Ce sont en effet seulement 8,2 % des MSU qui ont répondu par la positive à notre proposition de participation à l'étude (11 maîtres de stage sur 133 au total).

Faiblesses : Il aurait été intéressant de connaître les raisons des refus qui n'ont pas été demandées dans notre étude. Cela aurait permis de discerner de potentiels facteurs limitants d'un véritable désintérêt à la pratique de la SODEV. Certains refus de participation ont par exemple spontanément évoqué des internes en difficulté, ou encore des soucis personnels au moment de l'étude. Par ailleurs, nous ne considérons pas avoir atteint la saturation des données.

b) Profil des MSU participants

En ce qui concerne le profil des participants des maîtres de stage, il était hétérogène pour le critère de l'âge, du temps de travail, et le fait qu'aucun d'entre eux n'avaient déjà réalisé de la SODEV, bien que deux d'entre eux l'avaient envisagé.

Il y avait en revanche moins de mixité en ce qui concerne la proportion majoritaire d'hommes par rapport aux femmes (75 % versus 25%), et le milieu d'exercice plutôt urbain (62,5%). Par ailleurs seuls 2 maîtres de stage n'étaient pas investis autrement qu'en leur qualité de MSU en matière de pédagogie : les 6 autres étant également tuteurs, professeurs ou encore animateur de FMC. Ceci peut traduire un biais de recrutement déjà constaté par nos prédécesseurs[19-25] avec des maîtres de stage potentiellement plus motivés et impliqués dans la formation des internes.

Ces résultats seraient à confronter avec les caractéristiques générales et profils des MSU poitevins, pour lesquels il ne semble pas y avoir eu d'étude réalisée. Deux travaux de 2010 et 2011 à ce sujet existent néanmoins à l'échelle régionale et départementale pour le Pays de la Loire et du Rhône Alpes[41-42].

		MSU de notre étude n = 8	MSU Pays de la Loire n = 181	MSU Rhône Alpe n = 623
		%	%	%
Sexe				
	Hommes	75	65,2	69,2
	Femmes	25	34,8	30,8
Age				
	< 45 ans*	25	26,5	28,5*
	45 à 54 ans*	37,5	36,5	44,5*
	> 55 ans*	37,5	37	27*
Milieu d'exercice				
	Urbain	62,5	50,3	62,8
	Rural	0	31,5	37,2
Temps de travail hebdomadaire				
	Moyenne (en heures)	50,3	55	NC

* ± 2 ans pour le critère de l'âge

Tableau 3 : Comparaison du profil des MSU recrutés dans notre étude à celle de deux autres départements français.

Les caractéristiques des MSU se révèlent semblables sauf en ce qui concerne le milieu d'exercice : nous n'avons recruté aucun maître de stage exerçant en milieu rural. La question d'une activité professionnelle réputée plus intense dans ces secteurs pourrait expliquer un frein de la part des MSU des milieux ruraux. De même, il semble que le temps de travail hebdomadaire soit légèrement inférieur à celui évoqué par l'un de ces deux travaux. La localisation et la temporalité de nos études sont néanmoins à tempérer dans notre analyse.

c) Un trinôme complet de maître de stage

Forces : Un point fort de notre étude est le fait d'avoir recruté un interne de SASPAS avec ses trois MSU. Cela a permis d'évaluer quels pouvaient être les avantages ou inconvénients de réaliser plus couramment la SODEV sur ses trois lieux de stage. L'interne en question a semblé en effet plus à l'aise que les autres avec l'outil : cela lui a possiblement permis d'être plus rapidement efficace dans la réalisation de ses sessions de SODEV avec ses trois MSU.

1.1.2. Durée de l'étude

Forces : L'étude s'est déroulée sur une année complète, couvrant ainsi les semestres d'été et d'hiver. En tenant compte de ces deux périodes de l'année qui peuvent par exemple occasionner des variations en terme de charge de travail, l'expérience a donc bénéficié de retours plus représentatifs.

Faiblesses : Un des groupes aurait souhaité réaliser une dernière session d'enregistrement et a été limité du fait de la crise sanitaire. Cet événement, bien que survenu lors de la fin du second semestre d'investigation, a pu occasionner un biais cognitif quant au retour d'expérience pour ce binôme.

1.1.3. Lieu de l'étude

Forces : Les inclusions se sont étendues à toute la région du Poitou-Charente avec au moins un binôme participant par département, limitant ainsi de possibles disparités inter-départementales. La plupart des travaux sont actuellement réalisés au sein de DMG où la SODEV connaît un essor récent, notamment à Rouen ou Paris Créteil[19-23-25]. Il existe donc un possible biais concernant les conclusions de ces études puisque les internes et maîtres de stage sont plus informés et potentiellement plus influencés à participer à ce type de travaux. Nous pensons donc que le fait d'étudier la SODEV dans notre département de médecine générale permet d'en avoir une approche différente puisque basée sur une autre population d'étude.

Faiblesses : Nous avons conscience que le Poitou-Charente reste néanmoins une petite région à l'échelle nationale et qu'une étude de plus grande envergure serait souhaitable afin d'en augmenter la validité externe.

1.1.4. Le protocole

a) Le choix d'un tutoriel

Forces : Notre tutoriel a été réalisé à partir d'une bibliographie validée, particulièrement par les écrits de nos confrères de cette dernière décennie au sujet de la SODEV. Ce protocole s'est avéré être semblable à celui réalisé parallèlement sur le plan national par le CNGE, ce qui témoigne d'un travail de recherche reproductible et de qualité, faisant consensus. Nous avons modifié essentiellement sa mise en page pour en faciliter la compréhension et la rapidité de lecture. Les internes et maîtres de stage l'ont trouvé clair.

b) La vidéo explicative

Forces : Bien que nous n'ayons pas exploité le sujet dans nos retours d'expérience, la réalisation d'une vidéo comme accroche et explication du protocole était une force de notre étude par son côté innovant. Elle permet de diffuser l'information par une autre approche avec un aspect ludique, peut être plus accessible et audible que par le biais d'un protocole écrit. Il s'agira peut être à l'avenir d'un outil intégré dans les enseignements et formation à la SODEV.

1.1.5. Le matériel

a) Un matériel validé

Forces : Le matériel testé est celui actuellement préconisé au niveau national et présenté au cours des récents ateliers de SODEV aux congrès de médecine générale notamment à Tours en 2018. En dehors du travail de Mathieu LETELLIER[25] qui concernait les niveaux 1, nous sommes pour l'instant les seuls à avoir évalué ce matériel sur le terrain pour les SASPAS.

Le kit complet d'enregistrement est actuellement peu coûteux et facile d'accès pour les maîtres de stage souhaitant en faire éventuellement l'acquisition. Six des huit maîtres de stage ont ainsi déclaré que s'ils devaient acheter du matériel pour poursuivre la SODEV, ils choisiraient la *Zoom Q2N® ,* ce qui peut témoigner d'un investissement acceptable pour ces derniers.

b) Prêt du matériel

Forces : Afin de favoriser les participations à notre étude, le kit complet d'enregistrement était proposé aux différents groupes. Il était également possible pour ceux le désirant, d'utiliser leur propre caméra d'enregistrement si cela paraissait plus simple pour eux. L'objectif était de limiter un biais de sélection. De même, le transport du matériel était géré par nos soins.

Tous ont fait le choix d'utiliser le matériel proposé et ont pu bénéficier de l'un de nos 2 kits à tour de rôle. Le nombre de kit était suffisant pour le roulement au vu du nombre de participants à l'étude.

Faiblesses : Bien que nous restions disponibles pour rendre le matériel utilisable au moment souhaité, deux MSU ont déploré de ne pas pouvoir réaliser de la SODEV avec plus de spontanéité au cours du semestre. Une solution aurait été de prêter le matériel en continu sur les six mois, sans limite de temps.

1.1.6. Disponibilité des investigateurs

Forces : Nous étions disponibles en cas d'interrogation ou de problèmes techniques pour une éventuelle assistance, soit par téléphone, soit par e-mail sur l'adresse dédiée sus-citée. En pratique, peu de binômes ont eu recours à nous : au-delà des explications initiales, les éventuels obstacles rencontrés ont été gérés en autonomie.

1.1.7. Concernant le déroulé de l'étude

Forces : L'un des paramètres que nous souhaitions voir transparaître à travers notre travail est le fait d'instaurer une mise en situation la plus proche possible de celle d'un MSU qui souhaiterait débuter la SODEV en autonomie. Le protocole a donc été testé en tenant compte le plus fidèlement possible des modalités d'exercice des praticiens enseignant dans leur environnement habituel.

Il n'a pas été imposé de cadre rigide aux binômes participant, qu'il s'agisse des périodes d'enregistrement, du choix du matériel ou encore du lieu, de la façon de procéder au débriefing, et ce toujours dans un soucis de refléter au mieux une introduction à la SODEV sur le terrain. Les participants ont réalisé leurs sessions et affronté leurs aléas en toute autonomie. En cela, l'étude semble intéressante pour envisager les potentielles réalités en ce qui concerne l'essor de la SODEV.

Faiblesses : La qualité de l'information pour débuter l'étude peut occasionner un biais sur la perception ultérieure de l'expérience. On peut néanmoins imaginer qu'à l'avenir, les maîtres de stage seront encadrés par le biais de formations pour débuter la SODEV.

1.1.8. Recueil et analyse des données

Forces : Les entretiens semi-dirigés ont tous été réalisés par le même interviewer à un moment propice choisi par le participant, et sans limite de temps. Malgré le contexte sanitaire, aucun entretien n'a été réalisé par téléphone : ils ont été réalisés soit en présentiel, soit par vidéoconférence, permettant ainsi de conserver l'échange verbal et non verbal de l'entrevue.

Faiblesses : Du fait de sa connaissance sur le sujet, l'interviewer qui était également l'investigateur principal de l'étude a pu de manière non intentionnelle, orienter les interviewés dans leurs réponses, occasionnant un biais méthodologique.

2. DISCUSSION À PROPOS DES RÉSULTATS

2.1. A propos du protocole

2.1.1. L'organisation de la journée

a) Alléger et organiser la journée : un paramètre primordial

L'un des points sur lesquels nous avons insisté auprès des MSU avant de débuter l'expérience était l'aménagement de la journée. Pourtant ce paramètre semble avoir été sous estimé par la plupart des binômes qui ont, au mieux, allégé timidement le planning de l'interne. Certains groupes ont regretté ce manque d'anticipation. Il s'agissait pour la plupart d'une volonté d'adapter la journée de SODEV au fonctionnement intrinsèque déjà établi au cabinet. Cela a occasionné par manque d'expérience et de temps, des débriefings parfois différés ou des auto-évaluations non réalisées, ainsi qu'un perçu plus anxiogène de la part des internes[43]. Au delà de l'anticipation sur le planning, la SODEV ne devrait pas s'imposer aux aléas imprévisibles de la journée (retard dans les consultations, urgences etc) : s'adapter avec souplesse et savoir reporter la session d'enregistrements vidéo est probablement une condition nécessaire au perçu positif de l'expérience.

L'aspect chronophage de l'expérience est encore reproché par une majorité des MSU. Malgré les conseils prodigués au sein du tutoriel, il faut tenir compte du fait que le binôme débutant doit se familiariser avec l'outil et qu'il peut connaître des aléas imprévisibles. De possibles ajustements sont nécessaires avant d'obtenir une technique de SODEV parfaitement fluide et donc moins chronophage. Les binômes ont donc tout intérêt à consacrer un temps dédié en début d'expérience en vue d'une pratique sereine et optimale. Après l'expérience il paraît précipité voire ambitieux de ne pas se fier, au moins au début, au protocole préconisant une organisation assumée de la journée.

Un MSU averti ayant de l'expérience avec la SODEV, pourrait quant à lui ajuster l'organisation à sa guise comme cela a pu être le cas pour le maître de stage du trinôme de MSU qui a investi dans du matériel. Une consultation avec enregistrement vidéo pourrait être réalisée à chaque journée de stage, avec tantôt des auto-évaluations seules, tantôt une supervision. Plusieurs configurations sont envisageables une fois l'outil apprivoisé.

9h	Consultations non enregistrées
10h	
11h	
12h	Débriefing habituel
13h	PAUSE
14h	Consultations enregistrées (par exemple 3 consultations avec pauses supplémentaires)
15h	
16h	Auto-évaluation
17h	
18h	Débriefing des vidéos de l'après midi avec le MSU
19h	

Tableau 4 : Planning d'une journée de SODEV type (alternative au Tableau 2)

b) Le nombre de sessions paraît adapté

Bien que la plupart des groupes n'aient pas réalisé les 3 sessions préconisées au cours du semestre, la majorité des MSU s'accordent pour dire que 2 voire 3 sessions est un schéma acceptable. Il paraît notamment intéressant pour visualiser une progression de la part de leur étudiant. Rappelons par ailleurs que les résultats de Younes TOUATI qui proposait initialement une série de 12 rétroactions sur le semestre, allaient dans le sens d'une limitation du nombre de sessions de SODEV à la demande des internes : « *trois vidéos supervisées par semestre parait plus faisable » « peut-être qu'une supervision vidéo en début, milieu et fin de stage serait plus simple à réaliser »*[23].

Une partie des MSU a aussi évoqué la possibilité d'en réaliser moins intensément mais plus fréquemment, avec plus de liberté. Cela permettrait à l'enseignant d'intégrer la SODEV en fonction des objectifs pédagogiques et des opportunités se présentant à l'interne. Ce cas de figure paraît envisageable (dans la mesure où il a été réalisé par l'interne du trinôme de MSU), par des protagonistes ayant apprivoisé l'outil.

La question de la pénibilité pour un interne qui devrait réaliser 2 ou 3 sessions avec chacun de ses maîtres de stage, pourrait se poser. D'après les résultats de la co-investigatrice de ce travail chargée d'interroger les internes de SASPAS, l'étudiant qui a réalisé de la supervision vidéo avec ses trois MSU a eu un avis favorable à propos de la SODEV[43]. Cela permettrait également à l'étudiant de diversifier les points de vue par l'intermédiaire de plusieurs observateurs. L'un de ses maîtres de stage a d'ailleurs fait remarquer que l'interne qui manie la SODEV plus régulièrement est de ce fait, plus rapidement efficace et commet moins d'erreurs techniques.

2.1.2. <u>L'auto-évaluation est importante</u>

Par manque de temps, l'auto-évaluation est l'étape qui a fait le plus l'objet d'impasses. Pourtant, dans le travail de Laura FAULMEYER, l'auto-évaluation est jugée parfois plus importante que le débriefing lui même[43] : *« 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 [...] »*.

Deux maîtres de stage partageaient cet avis au point que l'auto-évaluation a pu prendre le dessus sur l'hétéro évaluation. Moins chronophage pour les MSU, il pourrait être proposé comme cela a été fait par l'interne et son MSU qui réalisaient régulièrement de la SODEV, des sessions avec une auto-évaluation seule et d'autres avec une hétéro évaluation. Le regard extérieur du MSU reste néanmoins nécessaire[21-30].

Par ailleurs, pour que la méthode reste acceptable pour le MSU, il semble judicieux de ne pas préconiser une lecture des vidéos par le maître de stage seul avant le débriefing.

2.1.3. La grille de Calgary-Cambridge finalement peu utilisée

Le choix d'utiliser la grille de Calgary-Cambridge semblait dépendre de l'avis favorable ou non du maître de stage à son sujet. Qualifiée péjorativement de *« trop longue »*, ou de *« trucs d'enseignants »*, au moins la moitié des groupes ont préféré ne pas s'en servir, sans que cela n'entrave le déroulé du débriefing. Ce cas de figure avait également été observé dans le travail de thèse de Younes TOUATI où une partie des participants ne s'étaient pas servi de l'outil. Quant aux binômes qui ont fait le choix de l'utiliser, ils l'ont fait pour son côté exhaustif et objectif pour évaluer les éléments de progression de l'étudiant.

Face à ce constat, la grille de Calgary-Cambridge ne semble pas être une condition indispensable à la généralisation de la SODEV. Elle pourrait même freiner certains MSU par son côté scolaire. On pourrait imaginer qu'elle soit proposée à terme :

- comme un complément pour les maîtres de stage qui ne seraient pas à l'aise avec le fait de débriefer sans support.
- comme un élément d'évaluation à part entière du portefolio de l'interne.

2.1.4. Les MSU, de nouveau observateurs grâce à la supervision vidéo

Le visionnage des vidéos a été apprécié par les MSU. La caméra est vue avant tout comme un outil qui permet de pallier à leur absence pendant les consultations de l'interne : elle permet de retrouver leur position d'observateur. *« On sait pas ce qu'il se passe mais on regarde quand même et on jette un œil »*, *« et on se rend compte que des fois on voit pas assez ».*

De ce fait, la SODEV est considérée par nos MSU participants comme un outil de choix pour travailler sur *« la consultation en elle-même », et* les échanges verbaux et non verbaux (sous réserve d'un visionnage adapté des vidéos).

Néanmoins, certains ont fait part de leur appréhension à délaisser leurs débriefings habituels aux dépens de la SODEV. Cette sensation désagréable peut être plus importante encore en début de stage lorsque le maître de stage ne connaît pas encore très bien les lacunes de son étudiant, qui nécessite une supervision plus encadrée sur le plan purement médical. Plusieurs solutions pour pallier à cela sont envisageables :

- Avoir une vision d'ensemble des consultations de la journée de l'interne par le MSU avant le débriefing des consultations (via un logiciel en ligne ou le Journal d'Activité et de Certification des Compétences réalisé par l'étudiant etc)
- Anticiper suffisamment le planning en conséquence si le groupe souhaite conserver a minima une supervision plus générale
- Réaliser éventuellement une première session de SODEV allégée en enregistrant par exemple une seule vidéo à débriefer.

Cette dernière solution à double emploi permettrait en premier lieu de ne pas délaisser la supervision habituelle considérée comme importante par les MSU en début de stage. Les internes auraient également le temps de se familiariser avec l'outil et de se faire à leur propre image.

À noter que la façon de réaliser la supervision n'a pas paru être une source d'appréhension pour nos MSU participants.

2.1.5. Acceptabilité pour l'interne : une difficulté pour le MSU

L'adhésion de l'interne vis-à-vis de la méthode a posé question pour une partie des MSU. Malgré l'accord de son interne, une MSU nous explique avoir perçu des réticences de sa part *« je pense qu'en fait elle a accepté parce que j'ai insisté »*.

La façon d'introduire le sujet a été abordée. En pratique, la majorité des internes de notre étude ont rapidement oublié la présence de la caméra et relativisent l'outil par rapport à une supervision directe[43]. Pour les internes, le jeu de la supervision inversée permettrait de dédramatiser la technique[43], en plus d'en faire comprendre les enjeux aux maîtres de stage « *Déjà j'ai pu voir que ça pouvait être un peu perturbant de voir sa pratique »*. L'option d'une première session allégée axée sur la réassurance ou encore le fait d'intégrer la vidéo à une situation concrète constituent d'autres possibilités.

Par ailleurs, l'acceptabilité de l'interne vis-à-vis de l'auto-évaluation fait débat. Le fait de se voir avant est jugé plus acceptable pour certains qui considèrent que cela permet de prendre le temps de se faire à sa propre image. D'autres internes et MSU jugent au contraire l'autoévaluation comme anxiogène *« 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. »*[43] . Sur ce point, le plus simple semble de poser la question à l'interne en ce qui concerne son ressenti sur la façon de procéder. Une auto-évaluation pourrait être réalisée après le débriefing avec le maître de stage en cas de réticences importantes.

Internes[43] et MSU sont en tout cas unanimes en ce qui concerne les bénéfices de cette méthode.

2.1.6. A propos du matériel

a) La gestion du matériel : une charge qui incombe à l'interne ?

Pour 6 des 8 MSU, la tâche d'installer le matériel et de le manipuler a été réalisée avant tout par l'interne. Il est pourtant précisé dans le tutoriel que ce travail incombe au «*MSU, éventuellement assisté par l'interne* ». Plusieurs maîtres de stage l'ont justifié par leur méconnaissance sur le sujet. Pour autant, il semblerait judicieux de ne pas faire porter tout le poids de la SODEV à l'interne de SASPAS qui doit déjà gérer sa propre charge de travail et le fait de se familiariser avec l'outil face aux patients. A contrario, transférer cette tâche au MSU risque de rebuter les maîtres de stage moins persévérants et les moins motivés à la SODEV. Un travail coopératif semble souhaitable, ou au mieux, une formation des maîtres de stage.

b) La caméra : des avis mitigés

Après des réglages appropriés, la caméra a reçu des avis positifs en ce qui concerne le son et l'image, contrairement à d'autres modèles de caméras testés antérieurement[19]. Dans le travail de Mathieu LETELLIER qui utilise également la ZoomQ2NR avec les niveaux 1, les propos semblent positifs et cohérents à ce sujet[25] : *« Les caméras elles sont bien, elles permettent de s'installer même sur le bureau ou pas très loin » « non sinon pas eu de problème technique » « L'angle de vision était bon et l'enregistrement sonore était bon aussi ».* Les critiques y concernent surtout des difficultés à obtenir un angle de vue correct et il n'y a pas eu de problème technique majeur soulevé.

Nous concernant, le problème principal rencontré par nos participants a été des soucis de lecture des vidéos qui ont pu entraver le déroulement des débriefings. Plusieurs causes ont été évoquées notamment des incompatibilités logicielles, un matériel informatique vieillissant[43]. Pour pallier à cette éventualité, plusieurs solutions sont envisageables :

- Joindre à la notice de la caméra une liste des logiciels de lecture vidéos gratuits et fonctionnels ;
- Réaliser une vidéo test et en faire la lecture avant de procéder aux sessions de SODEV et son débriefing ;
- Avoir un second ordinateur de secours

Un autre point soulevé par nos participants était le fonctionnement de la caméra qui s'utilisait soit branchée, soit sur piles. Certains internes se sont fait surprendre par les piles qui se sont déchargées en cours de session, occasionnant des enregistrements tronqués. Une solution simple serait de brancher le matériel sur secteur. Néanmoins, la configuration du bureau en fonction de l'angle de vue souhaité peut rendre la tâche difficile : l'achat d'un adaptateur secteur micro USB suffisamment long reste une possibilité facile et peu coûteuse.

2.1.7. Sécurité des données

En matière de sécurité des données, la contrainte de débriefer la journée même peut être difficile à tenir par les binômes. Le fait d'anticiper suffisamment le débriefing par un planning adapté est une première piste. D'autres solutions ont été proposées comme par exemple garder le matériel sous clef au cabinet, ce qui permettrait aux groupes plus de souplesse en différant le visionnage des vidéos sans risquer de déroger à la sécurité des données. Une thèse sur le sujet est en cours de réalisation au sein du DMG de Paris.

2.1.8. La motivation des MSU : une condition nécessaire

Le concept de SODEV, bien qu'assez intuitif, demande un investissement personnel de départ afin de se familiariser avec la méthode. Le protocole, le matériel, l'aménagement du planning, la façon d'échanger avec son interne, sont autant de paramètres à apprivoiser et qui supposent un minimum de motivation de la part du maître de stage.

Nos MSU inclus laissent présumer déjà, par leur participation à l'étude, un minimum d'attrait pour la méthode. Pour autant, nous avons pu constater que certains groupes ont pu facilement baisser les bras face aux premières difficultés. Par exemple, un MSU confronté à un problème de lecture des vidéos n'a pas cherché à résoudre le problème et en conséquence, n'a pas réalisé d'hétéro-évaluation. La persévérance est donc une condition nécessaire pour ne pas renoncer précipitamment à la SODEV.

De plus, un maître de stage dont l'activité serait déjà chargée pourrait avoir plus de réticences à se rajouter une telle charge : *« Ça passe vraiment tellement vite, notre quotidien passe tellement vite, on a des contraintes pro, et aussi essayer de tout faire caler et donc prévoir ça, faut l'anticiper… »*.

Pour limiter au maximum l'effort du MSU qui envisagerait de débuter la SODEV, une explication orale et interactive serait souhaitable.

2.1.9. La formation : une aide aux MSU pour se lancer ?

Seuls deux de nos MSU ont formulé le souhait d'être suffisamment guidés au préalable *« il y a des petites choses qu'il faudrait dire simplement »*.. La majorité des maîtres de stage de notre étude n'ont pas été spontanément demandeurs d'une formation.

Une partie des groupes a par ailleurs réussi à mener des sessions de SODEV de manière efficace et autonome à l'aide du tutoriel qui leur avait été prêté. Cela montre que se lancer sans formation est tout à fait possible et accessible. Encore une fois, il existe un biais dans notre étude puisque nos

MSU participants étaient potentiellement plus intéressés et motivés à la SODEV et donc plus enclins à apprivoiser l'outil par leurs propres moyens. Qui plus est, tous n'y sont pas parvenus.

De ce fait, une formation expliquant les enjeux et la méthode permettrait aux MSU d'avoir moins d'efforts à fournir pour sa mise en place. Le fait également de faire connaître la SODEV, d'en répandre la pratique et de la rendre plus familière aux yeux des MSU sera sans doute une condition nécessaire à sa généralisation.

La question d'une participation financière et le fait que ce support soit officiellement proposé par les facultés favoriserait peut-être l'adhésion d'un plus grand nombre.

2.2. Proposition à l'issue de l'étude

Les critiques de nos participants ont permis de mettre en lumière les difficultés persistantes lors de la mise en place de la SODEV pour un groupe débutant. Il semble difficile, voire impossible, de toutes les éliminer. Néanmoins, les limiter au maximum favorisera sans doute l'adhésion des maîtres de stage à cette méthode bénéfique. Le schéma ci-après synthétise les grands éléments à retenir de notre étude.

SODEV

un outil méconnu mais nécessaire

PASSER OUTRE LES APPRÉHENSIONS DES MAÎTRES DE STAGE

Activité chronophage	Difficultés matérielles	Investissement financier	Rapport à la supervision	Adhésion de l'interne	Adhésion des patients
- Guider les MSU dans l'organisation du planning - ANTICIPER ++ - Assouplir la contrainte de débriefer dans la journée	- Tester son matériel avant de débuter - Avoir un ordinateur de secours - Délivrer une liste des logiciels compatibles avecla lecture des vidéos	- Matériel à des prix abordables - Participation financière du matériel pédagogique à terme ?	- Utilisation de la Grille de Calgary Cambridge simplifiée SI besoin	- Supervision inversée - Supervision progressive - Application à des cas concrets	- Fiche de consentement ou affiches explicatives en salle d'attente

FACILITER LE TRAVAIL DES MSU DÉBUTANTS :
- Tutoriel
- Formation orale et interactive

=> Insister sur les conseils appropriés et les erreurs à éviter

DES BÉNÉFICES

Respect des consignes de sécurité en matière de secret professionnel : matériel d'enregistrement sous clef ou débriefing dans la journée.

Pour l'interne :
- Une prise de conscience sur sa pratique
- Des perspectives de progression

Pour le maître de stage :
- Se réapproprier son statut d'observateur
- Bénéficier d'un support d'échanges riches avec son interne
- Évaluation de la consultation dans sa globalité

CONCLUSION

Dans un contexte où les compétences communicationnelles sont souvent négligées, les avantages de la SODEV pour les internes de médecine générale ne sont aujourd'hui plus à démontrer. Pour les maîtres de stage, elle permet de retrouver leur statut d'observateur évincé par la nécessité pour l'interne de consulter en autonomie. En cela, la SODEV constitue un support pédagogique riche d'échanges avec son étudiant en permettant une appréciation globale, qui ne se limite pas aux compétences purement médicales. Ces bénéfices non négligeables semblent justifier la nécessité d'organiser deux, voire trois journées aménagées au cours des six mois de stage de l'interne.

Néanmoins, sa pratique oblige un temps d'adaptation et d'apprivoisement incoercibles avant d'être optimale. Qu'il s'agisse du matériel, du protocole en lui-même, ou encore de l'aménagement de la journée, ce temps ne doit pas être sous estimé. L'expérience témoigne que les obstacles rencontrés par les MSU débutants peuvent être à l'origine d'un abandon rapide de la technique en l'absence de persévérance. L'implication du maître de stage et l'observance du protocole délivré semblent ainsi prépondérants au bon déroulement de la SODEV.

C'est une méthode généralisable si l'on tient compte de l'adhésion des MSU à l'outil. L'accompagnement des MSU débutants à la SODEV, via des campagnes d'information et de formation, sera sans doute un facteur déterminant avant d'envisager une pratique répandue et pérenne.

ANNEXES

ANNEXE 1 : Première version du protocole d'aide à la SODEV

(Tirée de la bibliographie avant la mise en commun avec le Protocole National)

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 (supervision inversée).

A quel moment du stage pratiquer la SODEV ?

- 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).[6-13-19-21]
- Puis deux autres sessions en milieu et en fin de stage[6-15-19]

Combien d'enregistrements réaliser au cours d'une session ?

- Une série de consultations sur une demi-journée (5 consultations environ)[13-19]

Comment se déroulent les enregistrements ?

(Quand débuter l'enregistrement, comment positionner le matériel, dans quel cadre médico-légal)

- Débuter l'enregistrement après avoir obtenu le consentement du patient (oral et écrit), après son entrée dans le bureau de consultation.[13-19] (Ou obtenir le consentement du patient dans la salle d'attente, entraînant possiblement un biais concernant le libre choix du patient, si les autres patients sont présents lors de l'accord pour la participation à l'enregistrement).
- Couper l'enregistrement entre chaque consultation[13-19]
- Ne filmer que la partie entretien de la consultation, avec examen clinique hors champ (mais avec enregistrement du son lors de l'examen clinique).[13-15-19-21-27]
- Installer la caméra de façon à voir le patient et l'interne de profil.[13-19]

Déconnexion des réseaux (Wifi, bluetooth..) requises quand la caméra est reliée à l'ordinateur pour la visualisation de l'enregistrement. [13-14-19]

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.

Combien de consultations débriefer au cours de la séance de supervision ?

- Une ou deux consultations enregistrées : soit une consultation tirée au sort, une consultation ciblant une compétence particulière, soit une consultation qui a posé problème.[13-19]
- Libre choix de la méthode de débriefing laissé aux MSU et internes.

Comment se déroule le débriefing ?

- Auto-évaluation de l'interne à l'aide de la grille de Calgary, modifiée (avec en parallèle possible hétéro-évaluation du MSU à l'aide de cette même grille[19], puis temps de débriefing sur un temps prévu à cet effet avec comparaison des grilles et visionnage de certaines parties de la vidéo pour appuyer les remarques [13-14-19-21].
- Prévoir un temps spécifique pour ce débriefing qui va durer 1 à 2 heures[13-15].
- Faire ce débriefing dans un délai de moins d'une semaine après l'enregistrement[19]
- Effacer la vidéo de la caméra après phase de débriefing effectuée[13-15-19].

ANNEXE 2 : Protocole national d'aide à la 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 3 : Tutoriel définitif d'aide à la SODEV

(Protocole final donné aux binômes participant à l'étude)

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 4 : Grille de Calgary-Cambridge simplifiée

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 :** Les éléments médicaux 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 *(hum…oui… et alors ? hochement de tête …)*				
	• Pose des questions semi-ouvertes ciblées… *Qui ? Quoi ? Où ? Comment ? Quand ?*				
	• … des questions fermées				
	• Clarifie et fait des résumés-synthèse				
	• Reformule les propos du patient				
	• Pose des questions ouvertes sur les répercussions sur sa vie				
	• Reconnait 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 *(« je me rends compte que ce que j'ai dit n'est pas très clair, pourriez-vous le résumer… »)*				
	• 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*)				

Tâches à accomplir...	... en utilisant : quelles habiletés ?	Pas du tout	Plutôt non	Plutôt oui	Tout à fait
TERMINE L'ENTREVUE	•Résume la séance et clarifie le plan de soins				
• Prépare la fin de l'entrevue	•Discute des rôles respectifs du patient et du médecin par la suite				
	• Informe des évolutions imprévues éventuelles				
• Met en place une stratégie d'aide et de sécurité	• Planifie les prochaines étapes				
	Annotations : (*Facultatif*)				
STRUCTURE L'ENTREVUE	• Clarifie le programme de la consultation				
• En rendant explicite son organisation	• Redirige la conversation par des interruptions explicites				
TOUT AU LONG DE L'ENTREVUE	• Fait des résumés intermédiaires				
• En prêtant attention au déroulement de l'entrevue	• 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*)				
CONSTRUIT LA RELATION	•Manifeste de l'empathie :				
	- reconnaît et comprend le vécu et l'état affectif du patient (reflet)				
• En développant une relation chaleureuse et harmonieuse	- partage (et reconstruit fidèlement) les sentiments du patient				
	- sait se taire				
TOUT AU LONG DE L'ENTREVUE	- traite avec tact les sujets délicats ou pénibles				
	• Offre du soutien :				
	- affirme sa disponibilité, sa préoccupation, son aide				
• En associant le patient à la démarche clinique et favorisant sa participation	- 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*)				

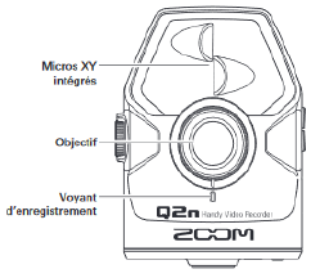
Traduit et adapté de Kurtz S, alii. the Calgary-Cambrigde Guides. Academic Medicine 2003; 78: 802-809.

ANNEXE 5 : Notice de la caméra ZOOM Q2n

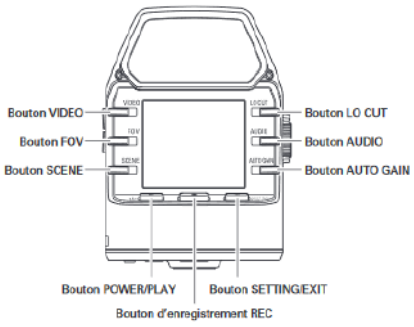
NOTICE CAMERA

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

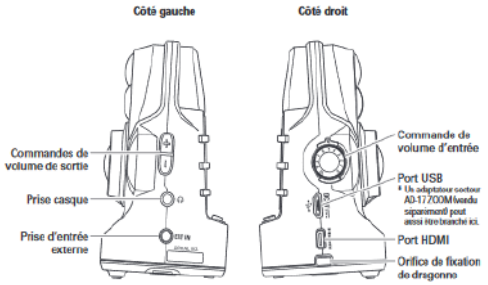
■ Avant



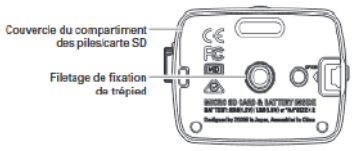
■ Arrière



■ Côtés

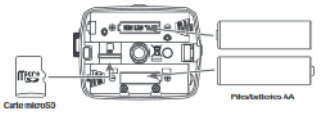


■ Dessous



NOTE

Retirez le couvercle du compartiment des piles/carte SD, et insérez les piles et une carte SD comme indique dans l'illustration ci-dessous. Utilisez des piles alcalines ou des batteries rechargeables NiMH.



■ Mise sous tension

1. Pressez ⏻ (▶).
   Le voyant d'enregistrement de la face avant s'allume en rouge puis en vert.

■ Mise hors tension

1. Maintenez pressée la touche ⏻ (▶).
   Après affichage de « Goodbye See You! » (Au revoir, à bientôt !), l'alimentation se coupe.

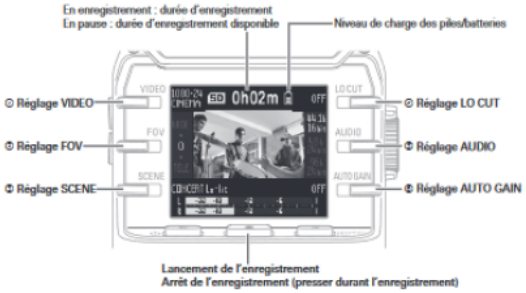
Enregistrement

■ 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

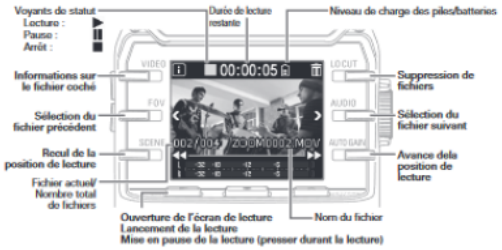
Les opérations et le format d'enregistrement se règlent dans cet écran.



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

ANNEXE 6 : E-mail adressé aux maîtres de stage

Madame, Monsieur,

Nous sommes deux internes de médecine générale et nous réalisons dans le cadre de notre projet de thèse, une étude de pédagogie : c'est pourquoi nous vous sollicitons en votre qualité de Maître de Stage Universitaire.

Nous vous proposons de participer à un projet innovant mis en place tout récemment sur le plan national par le DMG en matière d'enseignement : la SODEV.

Il s'agit, si vous et votre interne de SASPAS êtes d'accords, de permettre à celui-ci de se filmer en autonomie au cours d'une matinée de consultations et d'effectuer dans les suites, tous les deux, une séance de supervision (qui sera renouvelée une à deux fois au total dans le semestre).

Celle-ci a pour objectif de mettre en avant ses qualités sur le plan relationnel qui ne sont que trop peu évaluées au cours de notre cursus de Médecine Générale.

Il s'agit par ailleurs d'une expérience intéressante pour votre interne puisque se voir de "l'extérieur" peut permettre de mettre en lumière des attitudes et une gestuelle parfois non conscientisée, par exemple.

Pour ce faire, notez que le matériel pourra vous être prêté au cours de l'étude.

Si vous êtes intéressés, n'hésitez pas à consulter notre vidéo explicative :
https://youtu.be/kxsQdfCDoqk
Notez que l'expérience a été débutée au semestre dernier et que certains de vos confrères ont été plus qu'agréablement surpris par l'expérience et comptent la réitérer au cours des prochains semestres !

Cette pratique et ce protocole ont en effet pour vocation de s'étendre à grande échelle en France, il nous paraît donc intéressant dans ce cadre d'avoir vos retours.

Pour des soucis d'organisation, n'hésitez pas à nous répondre même si vous n'êtes pas intéressés. Nous espérons avoir suscité votre intérêt, dans l'attente de votre réponse et en vous remerciant,

PRUVOST Marion (06.xx.xx.xx.xx)
FAULMEYER Laura (06.xx.xx.xx.xx)
sodev.contact@gmail.com
Sous la direction de Dr AUDIER Pascal et DE JONGH Nicolas

ANNEXE 7 : Consentement écrit destiné aux internes

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 entrainer 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 8 : Consentement écrit destiné aux 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 9 : Consentement écrit destiné aux patients

CONSENTEMENT 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 _____

ANNEXE 10 : Questionnaire pour la population d'étude (MSU)

(Questionnaire destiné à l'analyse quantitative)

Etes-vous ? ☐Homme ☐ Femme

Quel âge avez-vous ? _____ ans

Concernant votre activité professionnelle et universitaire :

Vous exercez :
☐ En milieu rural ☐ En milieu semi-rural ☐ En milieu urbain

En terme de charge de travail, combien de temps consacrez-vous à votre activité professionnelle par semaine ? _____ heures

Vous êtes :
☐ Maître de stage pour les externes
☐ Maître de stage universitaire niveau 1
☐ Maître de stage universitaire femme-enfant
☐ Maître de stage universitaire SASPAS
☐ Tuteur
☐ Animateur de séminaire, geapi….
☐ Membre du cogem
☐ Autre : _____

Depuis combien de temps êtes investi en qualité de maître de stage universitaire ?
_____

En matière de pédagogie, vous vous considérez comme :
☐ modérément intéressé ☐Très investi
☐ Intéressé ☐ Passionné

Concernant le monde du numérique, de l'informatique et du multimédia :

Si vous deviez vous décrire vis à vis de ce domaine vous vous définiriez comme :
☐ Totalement novice
☐ Amateur
☐ Confirmé

Possédez-vous une caméra chez vous ?
☐ Oui une caméra relativement récente, à usage personnel
☐ Oui une vieille caméra, à usage personnel
☐ Non, je n'ai aucun matériel chez moi

Si oui, seriez-vous prêt à l'utiliser pour la SODEV ?
☐ Oui, pourquoi pas.
☐ Non, je préfère l'utiliser à usage personnel uniquement
☐ Non car je ne pense pas qu'elle soit adaptée à cette utilisation

Concernant la SODEV : AVANT l'étude

Avant de participer à cette thèse :
- Connaissiez-vous le principe de la SODEV ? ☐oui ☐non
- Aviez-vous déjà réalisé des consultations filmées ? ☐oui ☐non
- Connaissiez-vous la grille de Calgary-Cambridge? ☐ oui ☐non
- Aviez-vous déjà utilisé la grille de Calgary-Cambridge avec vos étudiants ? ☐ oui ☐non

Aviez-vous des appréhensions en matière d'utilisation de la caméra avant de réaliser les séances de SODEV ?
☐ pas du tout
☐ un peu vrai
☐ plutôt vrai
☐ complètement vrai

APRES l'étude

Envisagez vous de poursuivre l'expérience au cours des prochains semestres ?
☐ Oui
☐ Non
☐ Je suis mitigé-e

ANNEXE 11 : Guide d'entretien semi-dirigé (MSU)

(Questionnaire destiné à l'analyse qualitative)

- **CONSIGNE :**

Notre thèse 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.

Les débriefings habituels :

Combien de temps durent en moyenne vos débriefings habituels en fin de journée avec votre SASPAS ?

Vous arrive-t-il de réaliser de la supervision directe avec votre SASPAS ?

Vous arrive-t-il de débriefer par téléphone ? Si oui à quelle fréquence ?

Pendant vos débriefings avec votre SASPAS, le questionnez-vous sur ses compétences relationnelles Si oui, sur quels points ?
Par exemple :
- construction de la consultation ?
- manière de résoudre un problème : ressources utilisées etc
- éléments de négociation avec le patient ?
- etc.

Maître de stage universitaire et relation avec le numérique :

Quelles affinités présentez-vous avec le monde du multimédia et du numérique ? (par exemple réalisation de vidéos, montages, photos..) (question ouverte)

A propos de la SODEV : Questions générales :

Quelles sont vos premières impressions à la suite de votre participation concernant la SODEV ?

- **QUESTIONS DE PRÉCISION :**

THÈMES	RELANCE / SOUS-THÈME
PROTOCOLE ***Quelle méthode avez-vous utilisée pour la réalisation de la SODEV ?***	• **Compréhension protocole écrit et vidéo** *Qu'avez-vous pensé du protocole écrit et vidéo que l'on vous a proposé ?* • **Nombre d'enregistrements : nombre de séances idéales dans un semestre** • **Nombre de consultations filmées** *Comment s'est déroulée une journée type d'utilisation de la SODEV ?*
MATÉRIEL ***- Qu'avez-vous pensé du matériel utilisé et de la réalisation pratique des enregistrements ?*** ***- Si MSU favorable à la poursuite de la SODEV : seriez-vous prêt à investir dans***	• **Choix de la caméra** • **Soucis techniques** • **Facilité d'utilisation** • **Son/image**

du matériel tel que nous vous l'avons prêté, et si oui, à quel budget ?	
PATIENT ***Comment les patients ont-ils accueilli la proposition d'être filmé pendant la consultation ?***	• **Demande de consentement** • **Aspect rassurant ? Refus des patients ?** • **Rapport à la caméra**
INTERNE ***Pensez-vous que votre interne a tiré bénéfice de cette expérience ?***	• **Bénéfices ?** • **Rapport à la caméra : anxiété ?**
MSU ***Avez-vous trouvé une valeur ajoutée aux débriefings habituels ?***	• **Visualisation des compétences de l'interne *de visu***
AUTO-ÉVALUATION DE L'INTERNE ***Pensez vous que l'auto-évaluation de l'interne seul présente un intérêt ?***	• **Déroulement** *Comment avez-vous procédé ?* • **Intérêt** *Qu'est ce que cela vous a apporté ?*
DEBRIEFING INTERNE/MSU ***Comment avez-vous procédé pour les débriefings ?***	• **Déroulement** • **Visionnage des vidéos** • **Bienveillance**
GRILLE DE CALGARY-CAMBRIDGE ***Qu'avez-vous pensé de la grille fournie pour l'évaluation des compétences relationnelles ?***	• **Facilité d'utilisation** *Comment vous-êtes-vous servi de la grille ?* • **Intérêt** *Qu'est-ce qu'elle vous a apporté ?*
APPORT DE LA SODEV POUR LA FORMATION / GÉNÉRALISATION ***Que pensez-vous de la généralisation de de la SODEV pour la formation des internes concernant les compétences relationnelles ?*** ***Pensez-vous réitérer l'expérience avec vos prochains internes ?***	• **Avantages** • **Freins** *Quels-sont pour vous les avantages et les freins de cette technique ?* *Avez-vous trouvé que **le temps consacré à la SODEV** était correct ? Chronophage ? Nécessaire ?* • **Utilité** • **Pistes d'amélioration** *Avez-vous des remarques générales ou des pistes d'amélioration de la SODEV ?*

Des remarques ?

Merci de votre participation !

FAULMEYER Laura
PRUVOST Marion

RÉSUMÉ

Introduction : La SODEV est un support pédagogique encore méconnu en France. Depuis quelques années, elle intéresse pour ses bénéfices dans la formation aux compétences relationnelles des internes de médecine générale, notamment en SASPAS. L'objectif principal de ce travail est d'évaluer, via les retours des MSU, la faisabilité de la SODEV pour les internes de SASPAS à l'aide d'un tutoriel adapté, en situation réelle.

Méthode : Étude qualitative par entretien semi-dirigés auprès de MSU du Poitou-Charente ayant expérimenté la SODEV avec leur interne de SASPAS avec le protocole et le matériel fournis.

Résultats et discussion : Huit maîtres de stage ont été inclus pour six internes de SASPAS de mai 2019 à mai 2020. La SODEV a été validée par tous les MSU comme étant une expérience bénéfique pour leur interne : elle permet une prise de conscience par l'étudiant qui s'auto-évalue sous le regard avisé de son maître de stage. L'outil est perçu par une majorité d'entre-eux comme permettant d'être observateur des consultations de leur interne en autonomie, ce qui est habituellement impossible en supervision indirecte. Néanmoins, sa pratique nécessite un temps d'adaptation et d'apprivoisement incoercibles avant d'être optimale. En l'absence de persévérance, les obstacles rencontrés ont pu entraîner pour certains un renoncement à poursuivre la SODEV dans de bonnes conditions. La motivation du maître de stage et l'observance du protocole délivré semblent prépondérants au bon déroulement de la SODEV. Par ailleurs, l'aménagement de la journée est souvent pointé du doigt et sous-estimé par les maîtres de stage. Bien que peu de MSU en ait formulé la demande, une formation orale insistant sur les points importants de cette pratique diminuerait sans doute les difficultés de mise en route pour les débutants de la SODEV.

Conclusion : La SODEV est une méthode généralisable si le protocole est suivi et le maître de stage impliqué. L'accompagnement des MSU débutants à la SODEV sera sans doute un facteur déterminant avant d'envisager une pratique répandue et pérenne.

Mots clefs : SODEV, SASPAS, Maîtres de stage, compétences relationnelles, médecine générale

BIBLIOGRAPHIE

1. M C Dedianne, et al., « Qu`attendent les patients », La revue du Praticien – Tome 17, 2003. Consulté le 18 janvier 2021, https://studylibfr.com/doc/3023260/qu-attendent-les-patients.

2. M. DiMatteo et al., « Physicians' Characteristics Influence Patients' Adherence to Medical Treatment: Results From the Medical Outcomes Study », Health psychology : official journal of the Division of Health Psychology, American Psychological Association 12, 1 avril 1993 : 93-102, https://doi.org/10.1037/0278-6133.12.2.93.

3. M A Stewart, « Effective physician-patient communication and health outcomes: a review. », CMAJ: Canadian Medical Association Journal 152, no 9, 1 mai 1995 : 1423-33.

4. M Simpson et al., « Doctor-patient communication: the Toronto consensus statement. », BMJ : British Medical Journal 303, no 6814. 30 novembre 1991: 1385-87.

5. W. Levinson et al., « Physician-Patient Communication. The Relationship with Malpractice Claims among Primary Care Physicians and Surgeons », *JAMA* 277, nº 7 (19 février 1997): 553-59, https://doi.org/10.1001/jama.277.7.553.

6. « Arrêté du 22 septembre 2004 fixant la liste et la réglementation des diplômes d'études spécialisées de médecine - Légifrance », 2004.

7. « Arrêté du 21 avril 2017 relatif aux connaissances, aux compétences et aux maquettes de formation des diplômes d'études spécialisées et fixant la liste de ces diplômes et des options et formations spécialisées transversales du troisième cycle des études de médecine - Légifrance », 2017. https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000034502881/.

8. Pr Claude Attali et al., production d'experts du CNGE « Référentiel des niveaux de compétences en médecine générale » Consulté le 18 janvier 2021.

9. Département de médecine générale de l'université de Poitiers « Programme du DES de Médecine générale - Promotion 2017 Madeleine Brès », 2017.

10. « Arrêté du 12 avril 2017 portant organisation du troisième cycle des études de médecine - Légifrance », 2017.

11. Document d'aide à la supervision, Consortium national de formation en santé, Université d'Ottawa « brochure-super-stagiaire.pdf », 2011. Consulté le 18 janvier 2021. https://sante.uottawa.ca/rehabilitation/sites/health.uottawa.ca.rehabilitation/files/brochure-super-stagiaire.pdf.

12. S. Cayer et al., « La supervision directe. Perceptions d'ex-résidents en médecine familiale. », Canadian Family Physician 47, décembre 2001: 2494-99.

13. Nicolas de Jongh, « 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 de Doctorat, Poitiers, 2014). - UPthèses - Les thèses en ligne de l'Université de Poitiers », http://petille.univ-poitiers.fr/notice/view/51882.

14. Sophie Roua « Utilisation de la vidéo dans la formation à la communication des internes de médecine générale en stage de niveau 1 chez le praticien : Étude de faisabilité en Champagne Ardenne », (Thèse de Doctorat, Reims, 2014).

https://reims.cnge.fr/IMG/pdf/These_video_S_Roua.pdf.

15. Élodie Pailhe, « 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 de doctorat, Grenoble, 2012).

16. Élise Petite, « Obstacles à la supervision indirecte en SASPAS à Grenoble: identification par les maîtres de stage et perspectives d'amélioration », (Thèse de doctorat, Grenoble, 2010).

17. André Chauvet, intervenant pour le CIRFFI « Dossier documentaire Entretien d Explicitation - PDF Free Download », Octobre 2005.Consulté le 18 janvier 2021, https://docplayer.fr/23106412-Dossier-documentaire-entretien-d-explicitation.html.

18. R. K. Cydulka, C. L. Emerman, et N. J. Jouriles, « Evaluation of Resident Performance and Intensive Bedside Teaching during Direct Observation », Academic Emergency Medicine: Official Journal of the Society for Academic Emergency Medicine 3, no 4, avril 1996: 345-51, https://doi.org/10.1111/j.1553-2712.1996.tb03448.x.

19. Baptiste Chauvin, « Expérimentation de la supervision vidéo au DMG de Rouen : cadre légal et pratique » (Thèse de doctorat, Rouen, 2018).

20. Peter Maguire, Susan Fairbairn, et Charles Fletcher, « Consultation Skills of Young Doctors »: 292, 1986 : 4.

21. Lætitia Dumange, « 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 de doctorat, Poitiers, 2014). - UPthèses - Les thèses en ligne de l'Université de Poitiers », consulté le 18 janvier 2021, http://petille.univ-poitiers.fr/notice/view/51742.

22. 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.

23. Younes Touati « Mise en oeuvre d'une Supervision par observation directe avec Enregistrement vidéo en Situation Authentique de Soins (étude SENSAS) : enquête quantitative de faisabilité et d'intérêt », (Thèse de doctorat, Creteil; 2019).

24. 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.

25. Matthieu Letellier, « La SODEV en stage de premier niveau: étude qualitative avec retour d'expérience auprès des MSU et des internes », (Thèse de doctorat, Rouen, 2018).

26. William Durieux, « La supervision : un outil pédagogique dans la formation du résident en médecine générale » (These de doctorat, Bordeaux 2, 1998), http://www.theses.fr/1998BOR2M108.

27. Marco Vannotti et Christian Marin, « L'enregistrement vidéo de consultations de médecine générale quelle utilité pour la formation ? », Psychothérapies Vol. 29, no 4, 2009 : 219-24.

28. Philippe Rouland, « 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 de Doctorat, Bordeaux, 2016).

29. Gaëlle Jacquet « État des lieux de l'utilisation de la supervision par observation directe avec enregistrement vidéo (SODEV) en France et à l'international » (Thèse de doctorat, Rouen, 2018).

30. Augustin Houdusse « 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 de Doctorat, Poitiers, 2014). UPthèses - Les thèses en ligne de l'Université de Poitiers. http://petille.univ-poitiers.fr/notice/view/51942.

31. « Guide de la sécurité des données personnelles | CNIL », Consulté le 18 janvier 2021, https://www.cnil.fr/fr/principes-cles/guide-de-la-securite-des-donnees-personnelles.

32. Inès Guessoum, « Opinions d'internes en médecine générale sur l'évaluation de leur compétence de communicateur au moyen d'un guide d'auto-évaluation à la communication », (Thèse de Doctorat, Algérie, 2016).

33. « Test de la pocket cam Zoom Q2n », Audiofanzine, 15 mars 2017, consulté le 18 janvier 2021. https://fr.audiofanzine.com/pocket-cam/zoom/q2n/editorial/tests/video-ergo-zoom.html.

34. Isabelle Aubin-Auger et al., « Introduction à la recherche qualitative » Revue Exercer – 84:142-5, 2008.

35. N Bentayeb, et al. « Atelier Nvivo, Atelier de Formation pour débutants et intermédiaires», avril 2015. Consulté le 18 janvier 2021, https://cerberus.enap.ca/ENAP/docs/Portail_etudiant/Etudiants_chercheurs/Atelier-Nvivo_21avril_BentayebFast_2015.pdf.

36. Eric-Normand Thibeault, « A propos de la méthodologie des entretiens de groupe focalisés », http://www.adjectif.net/spip, 14 mars 2010, http://www.adjectif.net/spip/spip.php?article58.

37. Baribeau C. L'entretien de groupe : considérations théoriques et méthodologiques [Internet]., consulté le 18 janvier 2021, http://www.recherche-qualitative.qc.ca/documents/files/revue/edition_reguliere/numero29(1)/numero_complet_29(1).pdf#page=31.

38. Guide méthodologique pour réaliser une thèse qualitative « GMTQuali.pdf ». Consulté le 18 janvier 2021, https://nice.cnge.fr/IMG/pdf/GMTQuali.pdf.

39. CRIFPE Centre de Recherche Interuniversitaire sur la Formation de la Profession Enseignante « Conférence – Nvivo ou QDA miner, quel logiciel d'analyse qualitative utiliser ? » Quebec, 2009. Consulté le 3 février 2021. https://www.crifpe.ca/conferences/view/68.

40. Simon Collin, CRIFPE « Tutoriel de prise en main de QDA Miner pour l'analyse de données qualitatives » . Consulté le 3 février 2021. https://www.crifpe.ca/files/Tutoriel_QDAMiner_versionfinal.pdf?fbclid=IwAR30HVucaBTARL6oS1XnL0tf0pruHiDzlYsL6OdzeFMoPaGXwa1HpdsJWSM.

41. Céline Bouton, et al « Représentativité des médecins généralistes maître de stage universitaire ». Consulté le 31/10/2021.

42. Pauline Rigault-Fossier, Fossier Nicolas « Représentativité des généralistes enseignants : l'étude REGE » (Thèse de doctorat, Lyon 1, 2014).

43. 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 » (Thèse de doctorat, Poitiers, 2021).

SERMENT D'HIPPOCRATE

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 !